

Vol.2 Nr.2 Oktober 91

**DISKJOURNAL für
PSYCHOTHERAPIE**

**DISKJOURNAL for
PSYCHOTHERAPY**

**DISCJOURNAL pour la
PSYCHOTHERAPIE**

Thieme - Verlag (Stuttgart, New York)

Inhaltsverzeichnis

Dimensionen des Kommunikationserlebens von Patient und Therapeut therapeutischen Erstinterviews

Hildegard Felder, Christa Brähler, Elmar Brähler

Family Assessment: Group versus individual Scores

Manfred Cierpka, Volker Thomas

Katamnestische Untersuchung von 39 Patientinnen mit Anorexia nervosa 2 bis 9 Jahre nach stationärer analytisch orientierter Psychotherapie.

Liedtke R, Löns P, Lempa W, Künsebeck HW, Jäger B, Hannover

Expectations in the health care system from a crosscultural and group- specific perspective

Uwe Hentschel

Von A bis Z [I-M]

Dimensionen des Kommunikationserlebens von Patient und Therapeut therapeutischen Erstinterviews

Hildegard Felder, Christa Brähler, Elmar Brähler

Zusammenfassung

Es werden 2 Fragebögen vorgestellt, mit denen sich Aspekte des Kommunikationserlebens von Therapeut und Patient erfassen lassen: der Fragebogen zum Kommunikationserleben des Therapeuten (Kom-T) und der Fragebogen zum Kommunikationserleben des Patienten (Kom-P). Sie wurden im Zusammenhang mit einem Projekt zur Erfassung des Kommunikationsverhalten in psychotherapeutischen Erstinterviews entwickelt in Anlehnung an den Therapiesitzungsbericht von Howard und Orlinski (1972).

Faktorenanalytisch gewonnene und itemanalytisch abgesicherte Skalen für die beiden Fragebögen werden dargestellt, die an einer Stichprobe von 100 Patienten ermittelt wurden (Brähler et al. 1987).

Die 3 Skalen des Therapeutenfragebogens aus einer Voruntersuchung an 40 Patienten (Brähler 1976) können in leicht modifizierter und besser abgesicherter Form beibehalten werden. Die 5 ursprünglichen Skalen des Patientenfragebogen können nicht beibehalten werden, es können jedoch 2 Skalen mit sehr guten statistischen Kennwerten ermittelt werden. Es werden Validitätsaspekte der gewonnenen Skalen hinsichtlich automatisch erfaßten Sprechverhalten untersucht und mit den Befunden aus den sechs Voruntersuchungen verglichen.

Ziel der Untersuchung ist es, für Interviews ein Instrument zur Verfügung zu stellen, daß mit geringem Aufwand zuverlässig einige Aspekte des Kommunikationserlebens qualifizieren kann.

1. Einleitung

In dieser Arbeit werden 2 Fragebögen vorgestellt, mit denen sich Aspekte des Kommunikationserlebens von Therapeut und Patient erfassen lassen: der Fragebogen zum Kommunikationserleben des Therapeuten (Kom-T) und der Fragebogen zum Kommunikationserleben des Patienten (Kom-P). Sie wurden im Zusammenhang mit einem Projekt zur Erfassung des Kommunikationsverhalten in psychotherapeutischen Erstinterviews entwickelt von Helmuth Zenz, Helmut Junker, Ulrike Christ, Michael Lukas Moeller und Elmar Brähler angeregt durch den Therapiesitzungsbericht von Howard und Orlinsky (1972).

Die Kommunikationsfragebögen sind inzwischen zur Untersuchung verschiedener Aspekte in psychotherapeutischen Erstinterviews verwendet worden. Zenz und Brähler (1974) unterzogen anhand von 40 Erstinterviews die Items des Kommunikationsbogens von Patient und Therapeut einer Faktorenanalyse und erhielten 3 Dimensionen für den Therapeutenfragebogen: T1. Non-direktives versus

exploratives Interview T2. Unterwürfigkeit versus Rivalisieren des Patienten T3. "Gute" versus "schlechte" Interviewstunde.

Für den Patientenfragebogen ergaben sich 5 Dimensionen: P1. Selbstzentrierte vs patientenzentrierte Haltung des Arztes P2. Ungehemmte vs. gehemmte Kommunikationsbereitschaft P3. Positive vs negative Einstellung zum Schweigen P4. Konfliktlosigkeit vs Konflikthaftigkeit des Interviews P5. Vertrauen vs Mißtrauen

Brähler (1976) setzte die erhaltenen Factorscores in Beziehung zum automatisch erfaßten Sprechverhalten. Dabei ergaben sich bei 2 von 5 ermittelten Dimensionen des Kommunikationserlebens des Patienten bedeutsame Beziehungen zum automatisch erfaßten Sprechverhalten.

Bei Patienten, die nach dem Erstinterview Vertrauen zum Therapeuten hatten (Dimension P1), war es im Interview zu wenig Schweigen gekommen, vor allem zu wenig langen Reaktionspausen der Patienten. Patienten, die nach dem Erstinterview Schweigen positiv bewerteten (Dimension P5, haben in der Stunde sehr oft pausiert, der Therapeut mußte öfters ihren Redefluß stimulieren. Beim Therapeutenfragebogen waren 2 von 3 Dimensionen "objektivierbar". Die Einschätzung des Therapeuten, ein eher nondirektives oder eher exploratives Interview geführt zu haben (Dimension T1), hing sehr konsistent mit den Ergebnissen der Sprachanalyse zusammen: die Einschätzung der Therapeuten, ein eher exploratives Interview geführt zu haben, korrespondiert mit einem niedrigen Redeanteil des Patienten, es war zu viel Reaktionspausen gekommen, der Therapeut monologisierte sehr viel und in der Stunde wurde viel geschwiegen.

Patienten, die vom Therapeuten nach dem Erstinterview als angenehm bzw. unterwürfig beschrieben wurden (Dimension T2), ließen die Therapeuten während der Erstinterviews ungestört monologisieren. Sie selbst redeten oft kurz, ohne vom Therapeuten gestört zu werden. Der Therapeut reagierte auf diese Patienten oft nach einer kurzen Reaktionspause. Bei diesen Patienten war es im Erstinterview zu einer größeren Schweigezeit gekommen.

Zenz et al. (1975) fanden systematische Zusammenhänge zwischen dem Kommunikationserleben von Therapeuten und Patienten mit der Selbst- und Fremdbeurteilung des Patienten im Gießen-Test. Patienten, die sich selbst eher depressiv und/oder negativ sozial resonant beschrieben (vor der Stunde), bewerteten das Interview als eher konflikthaft. Patienten, die sich als dominant einstufen, zeigten eine ungehemmtere Kommunikationsbereitschaft. Patienten, mit denen der Therapeut nach seiner Einschätzung ein eher non- direktives Interview geführt hatte, werden von ihm nach der Stunde eher als sozial resonant und sozial potent eingestuft. Patienten, die nach Ansicht des Therapeuten eher rivalisiert haben, werden im Gießen-Test als dominant geschildert.

Bischoff (1978) verwendet den Kommunikationsfragebogen des Therapeuten, um die Widerspiegelung des zustimmenden bzw. ablehnenden Patientenverhaltens im Kommunikationserleben des Therapeuten zu erfassen. Häufiges Verneinen des Patienten führte beim Therapeuten zu der Einschätzung, schlecht gelaunt zu sein, viel geredet zu haben, eher gelenkt und explorativ interviewt zu haben. Wenig Zustimmung von seiten des Patienten evozierten beim Therapeuten das Gefühl, daß das Interview ihm schmerzlich gefallen sei und er den Patienten schlecht verstanden habe.

Marx et al. (1976) untersuchten die Wechselbeziehung zwischen dem Interviewstil des Therapeuten und dem Kommunikationserleben von Patient und Therapeut. Einige Faktorenscorevariablen der Kommunikationsbögen beider Gesprächspartner weisen einen systematischen Zusammenhang zu einigen Interventionsarten des Therapeuten auf, die nach dem System von Strupp & Wallach (1965) eingestuft werden: - In länger dauernden Interviews wird von den Patienten Schweigen eher als negativ beurteilt (P3) - In Interviews mit vielen nicht klar therapierelevanten Äußerungen der Therapeuten wird von den Patienten Schweigen eher positiv beurteilt (P3) - In Interviews mit vielen Minimaläußerungen der Therapeuten empfinden die Patienten Kontakt und Vertrauen (P5) - In Interviews mit vielen Interpretationen wird von den Patienten die Kommunikation als schwierig und die Beziehung zu den Therapeuten als gespannt erlebt (P2) - Bei einer hohen Gesamtzahl von Interventionen, bei vielen Minimaläußerungen verbunden mit anschließender Exploration, Klarifikation, Interpretation und direkter Führung sowie bei häufigen Klarifikationen und Explorationen wurde das Gespräch als exploratives Interview von den Therapeuten beurteilt (T1) - Bei längerer Dauer des Interviews erleben die Therapeuten das Gespräch eher als non-direktiv (T1) - Werden häufig Klarifikationen gegeben, wird von den Therapeuten das Interview eher als gut bezeichnet (T3) - Bei häufigen von Minimaläußerungen eingeleiteten Explorationen und Klarifikationen wurde der Patient als eher angenehm bzw. unterwürfig erlebt (T2)

Zenz und Brähler (1977) untersuchten das Kommunikationserleben in Abhängigkeit von Inhalten, die nach dem Kategoriensystem von Dollard & Auld (1959) geratet wurden. Dabei ergaben sich folgende Zusammenhänge: - Interviews, in denen Patienten nach ihren Angaben eine Atmosphäre des Vertrauens zum Therapeuten verspürten (P5), sind gesprächsinhaltlich durch eine Häufung der Kategorie "Liebe" und eine Minderung der Kategorie "Widerstand" gekennzeichnet - Interviews, in denen die Therapeuten nach eigenen Angaben einen eher explorativen Gesprächsstil hatten (T1), waren durch eine Häufung von Therapeutenkategorien "Triebprovokation" und "hm-mm" gekennzeichnet. Darüberhinaus kam es häufiger zu ungewöhnlichen Interventionen, die der Kategorie "nicht kodierbar" zugewiesen wurden - Interview, bei denen sich die Patienten nach eigenen Angaben in ihrer Kommunikationsbereitschaft gehemmt fühlten (P2), waren inhaltlich gekennzeichnet durch eine Häufung der Kategorie "Feindseligkeit" sowie durch das seltenere Vorkommen der Kategorie "Feindseligkeit gegen sich selbst". In solchen Interviews war die Therapeutenkategorie "Triebprovokation" häufiger. - Interviews mit rivalisierenden Patienten (T2) zeigen eine Häufung von "Deutungen" auf Therapeutenseite und "Bestätigungen" auf Patientenseite.

Berger et al. (1981) untersuchten 38 psychoanalytische Erstinterviews mit Patienten, die mit der Frage einer stationären Behandlung an die Gießener Psychosomatische Klinik überwiesen worden waren. Die Patienten wurden in 3 Diagnosegruppen eingeteilt. Zwischen diesen Diagnosegruppen ergaben sich im Kommunikationserleben der Patienten keine Unterschiede. Dagegen verhält sich der Therapeut gegenüber den am schwersten gestörten Patienten eher explorativ nach eigener Einschätzung, dagegen werden die am wenigsten gestörten Patienten als eher unangenehm vom Therapeuten geschildert. Bei dieser Untersuchung ist zu

berücksichtigen, daß es um die Untersuchung vieler Patienten eines Therapeuten ging, der auch die Diagnose festlegte.

In der vorliegenden Arbeit werden faktorenanalytisch gewonnene und item-analytisch abgesicherte Skalen für die beiden Fragebögen zum Kommunikationserleben Kom-T und Kom-P vorgestellt, die an einer Stichprobe von 100 Patienten erhoben wurde (Brähler et al. 1987).

Die 3 Skalen des Therapeutenfragebogens aus einer Voruntersuchung an 40 Patienten (Brähler 1976) können in leicht modifizierter und besser abgesicherter Form beibehalten werden. Die 5 ursprünglichen Skalen des Patientenfragebogen können nicht beibehalten werden, es können jedoch 2 Skalen mit sehr guten statistischen Kennwerten ermittelt werden. Die Skalenbildung bei der Untersuchung mit 100 Patienten ist besser abgesichert als bei der Voruntersuchung mit 40 Patienten, wo die Schätzungen ungenauer sein müssen. Es werden Validitätsaspekte der gewonnenen Skalen hinsichtlich automatisch erfaßten Sprechverhalten untersucht und mit den Befunden aus der Voruntersuchung verglichen.

Ziel der Untersuchung ist es, für Interviews ein Instrument zur Verfügung zu stellen, daß mit geringem Aufwand zuverlässig einige Aspekte des Kommunikationserlebens qualifizieren kann.

II Fragebögen und Skalierungsstichproben

Die Fragebögen wurden von Patient und Therapeut unmittelbar im Anschluß an die gemeinsame Sitzung ausgefüllt. Der Patientenfragebogen (Kom-P) enthält 38 Items, der Therapeutenfragebogen (Kom-T) 25 Items. Die Fragebögen finden sich abgedruckt bei Brähler 1976, Zenz & Brähler 1974 sowie Zenz et al. 1975.

Die Items sind bipolar formuliert und 7-stufig skaliert. Die Fragebögen enthalten verschiedene Gruppen von Items, die untereinander vermischt wurden. Die erste Gruppe umfaßt Items, die die Wahrnehmung des Redeablaufs betreffen (Redeitems).

Beispiel: "Ich habe vielwenig geredet"(Kom-P, Item 5, Kom-T, Item 1).

Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um Items, die den emotionalen Kontakt mit dem Gesprächspartner betreffen (Beziehungsitems).

Beispiel: "Der Patient war überheblich....unterwürfig"(Kom- T, Item 12).

Die dritte Gruppe von Items charakterisiert das Selbsterleben und das persönliche Befinden während und nach dem Gespräch (Items zum Selbsterleben).

Beispiel: "Ich fühle mich jetzt eher bedrückt...erleichtert" (Kom-P, Item 19).

Die Fragebögen wurden in 2 Untersuchungen eingesetzt:

a) Vier psychosomatisch orientierte Psychotherapeuten unterschiedlichen Ausbildungsstandes führten je 10, insgesamt 40 Erstinterviews mit 20 Patienten und 20 Patientinnen durch, die entweder selbständig die Poliklinik des Zentrums für Psychosomatische Medizin in Gießen aufsuchten oder dorthin von einer anderen Stelle überwiesen wurden. Das Alter der Patienten lag zum Zeitpunkt der Erstinterviews (1971-1973) zwischen 20 und 67 Jahren mit einem Mittelwert von 33

Jahren (vgl. Brähler 1976). Die Patienten stellten eine unausgelesene Stichprobe dar.

b) 6 männliche und 4 weibliche psychosomatisch orientierte Psychotherapeuten unterschiedlichen Ausbildungsstandes im Alter von 26 bis 40 Jahren führten 10, insgesamt 100 Erstinterviews mit 51 Patientinnen und 49 Patienten im Alter von 17 bis 66 Jahren ($\bar{x}=31$ Jahre) durch in den Jahren 1974 bis 1976 (vgl. Brähler et al. 1987).

Bei der Auswertung zeigte sich, daß 2 Therapeuten- und 3 Patientenfragebögen nicht oder unsinnig ausgefüllt worden waren, so daß in die Skalenbildung 137 bzw. 138 Fragebögen aus den beiden Stichproben eingingen.

III. Skalenbildung

Die 38 Items des Patientenfragebogens und die 25 Items des Therapeutenfragebogens wurden anhand der Stichprobe einer Faktorenanalyse nach der Hauptsachenmethode mit anschließender Varimaxrotation unterzogen.

Beim Therapeutenfragebogen erwies sich nach dem Scree-Test (vgl. Gaensslen & Schubö 1976) und nach der Zahl eindeutig Faktoren zuzuordnenden Items die 4-Faktorenlösung, die 60,1% der Gesamtvarianz aufklärt, als sinnvolle Lösung.

Beim Patientenfragebogen erwies sich nach dem Scree-Test und nach der Zahl eindeutig Faktoren zuzuordnenden Items ebenfalls die 4-Faktorenlösung, die 39,8% der Gesamtvarianz aufklärt, als sinnvoll. Die aufgeklärte Varianz ist wesentlich niedriger als beim Therapeutenfragebogen. Dies mag einerseits an der größeren Zahl von Items liegen, andererseits an der größeren Heterogenität der Items des Patientenfragebogens.

Anhand der bei der Faktorenanalyse gefundenen Faktoren wurden für den Patienten- und den Therapeutenkommunikationsfragebogen Skalen (Programm "ITAMIS" von H.U.KOHR, 1978) gebildet, wobei bei allen Skalen Items mit Ladungen $> .40$ berücksichtigt wurden. Lagen Doppelladungen $> .40$ vor, so wurde das Item der Skala bzw. dem Faktor zugeordnet, wo es die höhere Ladung aufwies. Beim Therapeutenfragebogen mußten 2 Skalen zusammengefaßt werden, da sie sich nicht ausreichend trennen ließen. Den Skalen zugeordnet wurden nur solche Items, die eine korrigierte Korrelation mit dem Skalenwert von mindestens $> .40$ aufweisen und deren Korrelation mit den anderen Skalen deutlich niedriger ist als mit der eigenen Skala.

Tabelle 1 zeigt die Teststatistik für die Items der 3 verbliebenen Skalen des Therapeutenfragebogens. Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse der Itemanalyse für die Skalen beider Fragebögen. Von den 25 Items des Therapeutenfragebogens sind 19 den 3 Skalen zuzuordnen.

Die interne Konsistenz ist bei den ersten beiden Skalen, die 10 bzw. 5 Items enthalten, sehr zufriedenstellend, bei der 3. Skala mit 4 Items befriedigend. Die Skalen sind relativ homogen, wie an der recht hohen durchschnittlichen Interkorrelation der Items zu sehen ist. Die recht hohen Split-half-Reliabilitäten zeigen, daß selbst bei Vorliegen individueller Beurteilungsräume der verschiedenen Therapeuten allgemeine Beurteilungsstrukturen vorliegen.

Die teststatistischen Kennwerte für die Skalen sind hervorragend, so daß die erfaßten Aspekte des Kommunikationserlebens zuverlässig abgebildet werden. Die Skalen aus der früheren Untersuchung, die nur faktorenanalytisch gewonnen waren, bestätigen sich im wesentlichen. Die 5 zu Skala 1 gehörigen Items legen die Beziehung nahe:

"Exploratives vs. Non-direktives Interview"

Die 4 Items der Skala 2 stellen Rivalitätsaspekte dar, die Pole dieser Skalen lassen sich kennzeichnen als

"Rivalisieren vs. Unterwürfigkeit des Patienten".

Die Skala 3 enthält 10 Items, die Aufschluß darüber geben, ob der Therapeut seiner Meinung nach eine "gute vs. schlechte Interviewstunde" hinter sich hat.

Tabelle 1: Teststatistik der 3 Skalen des Kom-T Item Itemtext in gleichsinniger Polrichtung x s r r

tk tu		S k a l a 1			
1	Ich habe wenig geredet	3.90	1.58	.67	.80
3	Das Gespräch glich eher einem				
	Interview	4.59	1.46	.62	.75
7	Der Patient hat viel geredet	2.61	1.58	.53	.70
15	Ich habe das Gespräch wenig lenken				
	müssen	3.99	1.58	.74	.85
21	Der Patient hat mich dazu gebracht,				
	selten zu intervenieren	3.69	1.51	.76	.86
		S k a l a 2			
9	Der Patient hat mit mir gar nicht				
	rivalisiert	4.49	1.72	.55	.76
16	Der Patient hat mich selten unterbrochen	5.12	1.50	.68	.82
	Der Patient hat mich nicht geärgert	4.49	1.63	.62	.79
	Ich hatte selten das Gefühl, daß der				
	Patient mich nicht zu Wort kommen ließ	5.01	1.69	.57	.77
		S k a l a 3			
2	Ich habe den Patienten schlecht				

	verstanden	2.79	1.24	.68	.74
4	Das Gespräch war langweilig	3.35	1.34	.60	.68
5	Dieser Patient hat mich wenig				
	interessiert	4.81	1.21	.52	.60
8	Ich bin mit dem Gespräch unzufrieden	3.61	1.50	.82	.86
13	Das Gespräch war für mich sehr				
	anstrengend	3.83	1.56	.60	.69
14	Ich glaube, daß ich mich schlecht				
	verständlich machen konnte	3.51	1.30	.69	.76
19	ich fühlte mich während des Gesprächs				
	unsicher	4.81	1.35	.66	.73
20	Das Gespräch war sehr unergiebig	3.54	1.34	.71	.77
24	Der Patient hat mich schlecht				
	verstanden	3.46	1.31	.61	.68
25	Mir fiel das Interview schwer	4.07	1.59	.79	.84

----- r
tu = unkorrigierte Trennschärfe r
tk = korrigierte Trennschärfe

Tabelle 2: Ergebnisse der Itemanalyse (Kom-T und Kom-P)

Skala	x	s	a	r	r	r	r								
									tt	tk	tu	m			
-----								Kom T 1	21.56	6.11	.85	.69	.67	.80	.55
Kom T 2	19.11	5.13	.79	.56	.61	.79	.50	Kom T 3	34.74	10.17	.91	.86	.68	.75	.50
Kom P 1	18.27				7.39				.85	.82	.60	.70	.43		
Kom P 2	25.03				7.72				.80	.62	.56	.71	.40		

----- rtt = Korrelation der Hälften (Split-half)
a = Cronbach-Alpha rtk = durchschnittliche Trennschärfe (part-whole-korrigiert)

in Bezug auf Skala rtu = durchschnittliche Trennschärfe (part-whole-unkorrigiert)
in Bezug auf Skala rm = durchschnittliche Korrelation der Items der Skala

Bei der untersuchten Stichprobe ergeben sich für die 3 Skalen folgende Interkorrelationen:

Skala 3 / Skala 1 =	-.20	(p<0.5)
Skala 3 / Skala 2 =	-.36	(p<0.1)
Skala 1 / Skala 2 =	-.18	(p<0.5)

Dies zeigt, daß die Skalen nicht völlig orthogonal sind. Sieht der Therapeut das Gespräch als gut an, so erlebt er es eher als non- direktiv. Ebenso ist es für ihn befriedigend, wenn er den Patienten als passiv unterwürfig erlebt. Sieht der Therapeut das Gespräch eher als explorativ an, so erlebt er den Patienten eher als passiv unterwürfig.

Diese Zusammenhänge verweisen jedoch nur auf eine Bewertungstendenz.

Beim Patientenfragebogen wurde die Itemanalyse analog durchgeführt. Von den 4 Faktoren aus der Faktorenanalyse war einer wegen unbefriedigender Teststatistiken nicht als Skala zu verwenden, zwei Faktoren waren nicht genügend voneinander zu trennen.

Tabelle 3 zeigt die Teststatistiken für die Items der 2 verbleibenden Skalen.

Tabelle 2 zeigt die Itemstatistiken für die Skalen. Von den 38 Items lassen sich 8 bzw. 6 den beiden Skalen zuordnen. Daß sich nur 14 Items den Skalen zuordnen lassen, deutet darauf hin, daß es nur wenige Beurteilungsdimensionen gibt, die für alle Patienten in der Erstinterviewsituation gültig sind.

Die interne Konsistenz der Skalen ist sehr gut. Die durchschnittlichen Interkorrelationen der Items lassen auf eine relative Homogenität der Skalen schließen. Die recht hohen Splithalf-Reliabilitäten deuten auf allgemeinere Beurteilungsstrukturen der doch inhomogeneren Gruppe der Patienten hin.

Tabelle 3: Teststatistiken der 2 Skalen des Kom-P

Item	Itemtext in gleichsinniger Polrichtung	x	s	r	r
tk	tu	-----	S	k	a
1	Der Arzt wirkte ungeduldig	1.91	1.10	.56	.66
3	Ich hatte das Gefühl, einen schlechten				
	Kontakt mit dem Arzt zu haben	2.69	1.35	.70	.78
4	Ich fand den Arzt nicht sehr sympathisch	2.23	1.13	.71	.78

7	Ich habe zum Arzt wenig Vertrauen gehabt	2.47	1.40	.60	.71
8	Ich bin von dem Gespräch enttäuscht	5.04	1.62	.56	.70
11	Ich fühlte mich durch den Arzt einge- schüchtert	5.80	1.38	.57	.69
15	Manchmal habe ich mich darüber geärgert, wie der Arzt mich behandelt hat	5.81	1.59	.57	.71
21	Der Arzt wirkte auf mich aufgeregt	1.61	0.93	.45	.55

----- S k a l a 2

6	Es fiel mir leicht zu reden	3.59	2.06	.60	.76
10	Das Gespräch hat mich wenig angestrengt	4.05	1.84	.49	.66
13	Ich hatte selten Angst, etwas mitzu- teilen	5.28	1.59	.55	.69
16	Ich hatte selten Schwierigkeiten, mich auszudrücken	3.86	1.83	.52	.68
17	Ich war wenig aufgeregt	3.56	1.94	.55	.72
26	Es fällt mir leicht, etwas Passendes zu sagen	3.87	1.65	.61	.74

rtu = unkorrigierte Trennschärfe rtk = korrigierte Trennschärfe

Die 8 Items der Skala 1 enthalten fast alle das Wort "Arzt", sie lassen sich zusammenfassen als die Gegenpole

"gelungene" vs "mißlungene" Beziehung zum Arzt.

Der Mittelwert in der Untersuchungsstrichprobe von 18.27 zeigt bei einem hypothetischen Mittelwert von 32, daß die Patienten im Durchschnitt die Beziehung zum Arzt als gelungen ansehen, wobei man allerdings die Idealisierung der

Arztrolle beachten muß. Die Skala 1 zeigt große Ähnlichkeiten mit der Skala 5 aus Zenz et al. 1975, die mit "Vertrauen" vs "Mißtrauen" bezeichnet worden war.

Die der Skala 2 zugehörigen Items geben Auskunft über ein

"unsicheres bzw. sicheres Gefühl des Patienten im Gespräch".

Diese Skala zeigt keine eindeutigen Ähnlichkeiten mit der Skala aus der früheren Untersuchung.

Die Skalen interkorrelieren in der untersuchten Stichprobe mit $-.27$, d.h. ein sicheres Gefühl des Patienten im Gespräch korrespondiert nur leicht mit der gelungenen Beziehung zum Arzt. Diese beiden Bewertungsaspekte sind relativ unabhängig voneinander.

Die Interkorrelationen der Skalen des Therapeutenfragebogens mit denen des Patientenfragebogens sind niedrig:

Th 3 // P 1	-. 5	Th 3 // P 2	.04
Th 1 // P 1	-. 0	Th 1 // P 2	.13
Th 2 // P 1	-. 9	Th 2 // P 2	-.06

Es ergibt sich nur ein geringer Zusammenhang zwischen der gelungenen Beziehung zum Arzt und dem non-direktiven Interviewstil, d.h. daß die Beurteilungsdimensionen von Therapeut und Patient über das Gespräch voneinander relativ unabhängig sind.

Kommunikationserleben und Kommunikationsverhalten

Bei den 100 Interviews der zweiten Untersuchungsstichprobe wurden die 5 Dimensionen des Kommunikationserlebens in Beziehung gesetzt zum Sprechverhalten. Die Kennwerte des Sprechverhaltens werden durch die Gießener Sprachanalyseanlage automatisch gewonnen. Eine Beschreibung dieser Anlage findet sich bei Brähler und Zenz (1974). Jedes Ereignis sprachlicher Interaktion im Interview wird bei diesem Verfahren in 1/4-Sekunden-Intervallen überprüft und einem der 3 Zustände zugeordnet: 1. Patientenreden (P), 2. Therapeutenreden (T), 3. Schweigen (0). Man erhält für das Interview damit eine Zustandskette, d.h. eine Folge von O,P,T. Daraus lassen sich 3 Variablenbündel extrahieren: a) Globalmaße: 1. Zahl der Redewechsel, 2. Prozent-Anteil Reden Patient, 3. Prozent-Anteil Reden Therapeut, 4. Prozent-Anteil Schweigen. b) Kategorien: Folgen gleicher Zustände, d.h. ununterbrochenes Schweigen, Reden des Therapeuten bzw. des Patienten lassen sich daraufhin überprüfen, welche Phase ihnen vorausging bzw. welche ihnen nachfolgt und damit einer der folgenden 12 Kategorien zuweisen:

1. TOP= Pause, die nach Reden des Therapeuten auftritt und von einem Reden des Patienten beendet wird ("Reaktionspause des Patienten")

2. POT= Pause, die nach Reden des Patienten auftritt und von einem Reden des Therapeuten beendet wird ("Reaktionspause des Therapeuten")
3. TOT= Pause, die nach Reden des Therapeuten auftritt und von einem Reden des Therapeuten beendet wird ("Initiativpause des Therapeuten")
4. POP= Pause, die nach Reden des Patienten auftritt und von einem Reden des Patienten beendet wird ("Initiativpause des Patienten")
5. OPO= Reden des Patienten, das nach einer Pause auftritt und von einer Pause beendet wird ("Monologreden des Patienten")
6. OPT= Reden des Patienten, das nach einer Pause auftritt und von einem Reden des Therapeuten beendet wird ("Startreden des Patienten")
7. TPO= Reden des Patienten, das nach Reden des Therapeuten auftritt und von einer Pause beendet wird ("Niederreden des Therapeuten")
8. TPT= Reden des Patienten, das nach dem Reden des Therapeuten auftritt und von einem Reden des Therapeuten beendet wird ("Intermittierendes Reden des Patienten")
9. PTP= Reden des Therapeuten, das nach Reden des Patienten auftritt und von einem Reden des Patienten beendet wird ("Intermittierendes Reden des Therapeuten")
10. PTO= Reden des Therapeuten, das nach Reden des Patienten auftritt und von einer Pause beendet wird ("Niederreden des Patienten")
11. OTP= Reden des Therapeuten, das nach einer Pause auftritt und von einem Reden des Patienten beendet wird ("Startreden des Therapeuten")
12. OTO= Reden des Therapeuten, das nach einer Pause auftritt und von einer Pause beendet wird ("Monologreden des Therapeuten")

Diese operationale Kategoriedefinition erfaßt systematisch vier Schweigekategorien (1-4), und acht Redekategorien (5-12). Reden und Schweigen wird dabei nicht nur in der Beziehung zum vorhergehenden Gesprächszustand erfaßt, sondern auch zum nachfolgenden. Für die Kategorien 1 - 4 wurde die Häufigkeit in der Stunde für die Dauer bis 2 sec (kurz) und > 2 sec (lang) erfaßt, bei den Kategorien 5 - 12 für die Dauer bis 1 sec (kurz) und > 1 sec (lang). Die Zweiteilung der Kategorien wurde vorgenommen aufgrund der Häufigkeitsverteilung über die Länge (vgl. Brähler 1976). Bei den Pausenkategorien sind die Pausen > 2 Sekunden eher Schweigezeit, die Pausen bis 2 Sekunden eher Redepausen.

Tabelle 4 zeigt die Interkorrelationen der Häufigkeiten der Kategorien des Sprechverhaltens mit den Skalen der Kommunikationsfragebögen.

Tabelle 4: Interkorrelationen der Häufigkeiten der Kategorien des Sprechverhaltens mit den Skalen des Com-Th und des Com- P

Com-Th	Com-Th	Com-Th	Com-P	Com-P	Sprachvariable	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Faktor 1	Faktor 2	-----			Redewechsel			-.05
.16	-.02	-.17	.09	Dauer	.13	-.39**	.03	.13
				Redeant. P.	.52**	-.33**	-.15	-.20
				Redeant. Th.	-.27	.09	.04	.12
								-.10

10

Schweigezeit .14 -.43** .14 .31** .15

OPO kurz	.10	.04	.02	-.02	.04
lang	.42**	-.30**	-.19	-.02	.18
OTO kurz	-.25*	.18	.03	.15	-.21*
lang	-.37**	.17	.02	.27**	-.17
TPO kurz	.05	.14	.06	-.21*	.17
lang	.16	-.01	-.04	-.22*	.17
OPT kurz	.13	.04	-.00	-.19	.14
lang	.12	.09	-.04	-.22*	.13
PTO kurz	-.01	.17	-.08	-.18	.04
lang	.03	-.11	-.13	.11	-.09
OTP kurz	.04	.11	-.07	-.15	.10
lang	-.13	.10	.01	-.14	-.01
PTP kurz	.15	.03	-.01	-.26**	.18
lang	.17	-.14	-.06	-.20*	.04
TPT kurz	.04	-.02	-.06	-.23*	-.02
lang	.05	.12	-.08	-.16	.17
TOP kurz	-.15	.19	-.07	-.04	.02
lang	-.46**	.29**	.19	.10	-.18
POP kurz	.48**	-.23	-.12	-.09	.22*
lang	-.11	.19	.05	.03	-.11
POT kurz	-.13	.17	-.01	-.05	.04
lang	-.49**	.21*	.14	.15	-.13
TOT kurz	-.16	.11	-.02	.17	-.22*

lang	-.50**	.24*	.11	.21*	-.13
------	--------	------	-----	------	------

----- * = $p < 0.05$ ** = $p < 0.01$

Patientenerleben

Im Erleben des Patienten ist die Dauer der Schweigezeiten ein wichtiges Kriterium zur Einschätzung der Kontaktaufnahme zum Therapeuten (Kom-P 1).

Viel Schweigen wird vom Patienten als mißlungene Kontaktaufnahme zum Therapeuten erlebt. Diese Einschätzung mag damit zusammenhängen, daß tatenloses Schweigen in der Arzt- Patient-Beziehung ungewohnt ist und nicht der üblichen Rollenerwartung entspricht.

Viele Redefolgen ohne Pausen (TPO,OPT,PTP,TPT) kommen den Erwartungen der Patienten eher entgegen. Das Gespräch wird so lebendig und flüssig und macht weniger Unbehagen. Die Gesprächspartner bekommen sofort Rückkoppelung und Reaktion des anderen, so daß es ihnen leichter fällt, die Beziehung zu definieren als bei langen Schweigezeiten. Die direkten Rede- Antwort-Sequenzen scheinen den Patienten Sicherheit zu geben und ein Gefühl der Akzeptanz, unabhängig von den Unsicherheiten und Kontaktschwierigkeiten, die mit Kom-P2 erfaßt werden.

Beiden Skalen des Patientenerlebens gemeinsam ist die negative Einstellung zu Monologen des Therapeuten (OTO,TOT). Dieses Therapeutenverhalten steht in Zusammenhang sowohl mit unsicherem Gefühl des Patienten als auch mit der Einschätzung einer mißlungenen Beziehung zum Arzt.

Das unsichere Gefühl des Patienten im Interview hat jedoch nach u.E. primär etwas mit einer Kommunikationshemmung des Patienten zu tun. Zwar mag die ungewohnte Situation im Interview und deren Bewältigung bestehende Unsicherheiten des Patienten verstärken, Wortkargheit und Kommunikationshemmung des Patienten lassen sich jedoch sicher nicht nur aus der aktuellen Interaktion erklären, sondern sind Anzeichen für prinzipielle Kontaktprobleme.

Der sichere Patient redet viel, kann Pausen zulassen und selbständig weiterarbeiten (POP) und der Therapeut muß wenige Vorgaben machen.

Der unsichere Patient ist sehr zurückhaltend. Seine Schwierigkeit aus sich heraus zu gehen, zeigt sich ja auch schon in dem Item "es fiel mir schwer zu reden". Der Therapeut muß ihn immer wieder anregen (TOT). Selbständiges Strukturieren ist dem unsicheren Patienten nicht möglich. Die Unsicherheit und Zurückhaltung des Patienten schein Monologe des Therapeuten zu fördern, die dann wieder beim Patienten als mangelnde Kontaktaufnahme erlebt werden.

Hier deutet sich an, daß ein positives Patientenerleben im Interview möglichst wenig Kommunikationshemmungen des Patienten voraussetzt.

Die Höhe des Zusammenhanges zwischen den Variablen des Patientenerlebens und den Sprachvariablen ist trotz der Signifikanz nicht sehr bedeutsam.

Therapeutenerleben

Es findet sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Sprechverhalten und Kom-T 3 ("gute" vs. "schlechte" Stunde). Daraus läßt sich schließen, daß die Einschätzung eines Interviews durch den Therapeuten als befriedigend oder unbefriedigend nicht durch konkretes Kommunikationsverhalten determiniert ist, sondern eher durch inhaltliche Kriterien des Interviews. Die Ergebnisse der früheren Untersuchung bestätigen sich hier (Brähler 1976).

Ob ein Gespräch vom Therapeut als eher non-direktiv oder explorativ eingeschätzt wird, hängt ab vom Redeanteil der Gesprächspartner und deren Tendenz zu Monologen. D.h. ein Gespräch wird vom Therapeuten als non-direktiv erlebt, wenn der Patient viel redet und viele Monologe hält (OPO und POP) und der Therapeut wenig redet.

Wechselreden mit langen Schweigephasen (TOP,POT) sind charakteristisch für therapeutengesteuerte Interviews. Beide Gesprächsteilnehmer scheinen zu zögern, das Gespräch wirkt schleppend. Außerdem spricht der Therapeut im therapeutengesteuerten Interview viel, mit häufigen Monologen und der Patient spricht wenig.

Aus diesem Sprachverhalten ergibt sich die Vorstellung eines Interviews, in der der Therapeut durch Fragen und Zusammenfassungen das Gespräch in Gang hält und dadurch aber auch selbst strukturiert. Auch hier werden die Ergebnisse der Erstuntersuchung bestätigt (Brähler 1976).

Die Charakterisierung des Patienten als rivalisierend vs. unterwürfig hat deutliche Korrelate im Kommunikationsverhalten. Hier werden widersprüchliche Rollenerwartungen von Seiten des Therapeuten deutlich.

Einerseits soll der Patient aktiv sein, was wenig Kommunikationshemmungen beim Patienten voraussetzt, andererseits soll er die Autorität des Therapeuten anerkennen (siehe Items zu Skala Kom T 2).

Tatsächlich gibt es im Kommunikationsverhalten mit den rivalisierenden Patienten und dem non-direktiven Therapeuten (Kom T 1) ähnliche Beziehungen: bei beiden ein hoher Redeanteil des Patienten mit vielen Monologen (OPO,POP) und wenig Wechselpausen (TOP,POT). Zusätzlich zum non-direktiven Therapeuten zeigt sich beim selbstbewußten Patienten noch folgendes Sprachverhalten: lange Interviews und lange Schweigezeiten.

Anscheinend mutet der Therapeut dem selbstbewußten Patienten mehr zu (Schweigen). Er gibt weniger Anstöße, gleichzeitig dauern aber diese Interviews besonders lang. Sind selbstbewußte Patienten für den Therapeuten besonders interessant? Die Ergebnisse der Voruntersuchung werden auch hier bestätigt (Brähler 1976).

Betrachtet man die Einschätzung der Patienten, daß langes Schweigen verunsichert, so kann man auch das Therapeutenverhalten in der Interaktion mit dem selbstbewußten Patienten als Machtkampf verstehen. Er unterbricht nicht und rivalisiert nicht offen wie der Patient sondern er demonstriert seine Überlegenheit im Schweigen. Die Zusammenhänge zwischen dem Kommunikationserleben der Therapeuten und den Sprachvariablen sind teilweise von bedeutsamer Höhe.

Anwendung und Ausblick

Die vorgestellten Kommunikationsbögen ermöglichen die Erfassung von verschiedenen Dimensionen der Bewertung des Kommunikationserlebens von Therapeut und Patient in Interviews oder Erstgesprächen und auch in laufenden Therapien. Den Therapeuten ist damit ein zeitökonomisches Instrument an die Hand gegeben, Zusatzinformationen über ein geführtes Interview zu erhalten. Darüber hinaus können die vorgestellten Fragebögen auch für bestimmte Forschungsfragestellungen eingesetzt werden. Ist man nur an die hier vorgestellten Dimensionen, die durch die Skalen erfaßt werden, interessiert, kann man die Fragebögen auf 14 Items für den Patienten bzw. 19 für den Therapeuten kürzen. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, die Fragebögen mit neu formulierten Items zu ergänzen und das Instrument auszubauen.

Eine Standardisierung der Fragebögen ist nicht sinnvoll, da die untersuchten Interviews lediglich in der psychosomatischen Ambulanz durchgeführt wurden und eine Generalisierung nicht angebracht ist.

Die Fragebögen liegen in modifizierter Form auch für Familienuntersuchungen vor (Brähler und Felder 1991).

KOM-T Kommunikationsfragebogen - Therapeut

Datum:

Name des Arztes:

Name und Vorname des Patienten:

Kenn-Nr.

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie das soeben geführte Gespräch sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihre Eindrücke jeweils auf der Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht von 1-3 nach links oder rechts.

Wenn Sie die 0 ankreuzen, bedeutet das, daß Ihr Eindruck weder der linken noch der rechten Seite der jeweiligen Feststellung zuneigt. Wenn Sie z.B. bei Feststellung Nr. 1 glauben, weder viel noch wenig geredet zu haben, kreuzen Sie bitte die 0 an. Weicht Ihr Eindruck nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.

01. Ich habe viel 3 2 1 0 1 2 3 wenig geredet.
02. Ich habe den Patienten gut 3 2 1 0 1 2 3 schlecht verstanden
03. Das Gespräch glich eher einer Exploration 3 2 1 0 1 2 3 eher einem Interview
04. Das Gespräch war anregend 3 2 1 0 1 2 3 langweilig
05. Dieser Patient hat mich wenig 3 2 1 0 1 2 3 besonders interessiert
06. Der Patient war sehr verschlossen 3 2 1 0 1 2 3 sehr offen
07. Der Patient hat viel 3 2 1 0 1 2 3 wenig geredet
08. Ich bin mit dem Gespräch zufrieden 3 2 1 0 1 2 3 unzufrieden
09. Der Patient hat mit mir stark 3 2 1 0 1 2 3 gar nicht rivalisiert
10. Ich war aufgeregt 3 2 1 0 1 2 3 nicht aufgeregt
11. Ich war heute eher gut gelaunt 3 2 1 0 1 2 3 eher schlecht gelaunt
12. Der Patient war überheblich 3 2 1 0 1 2 3 unterwürfig
13. Das Gespräch war für mich sehr anstrengend 3 2 1 0 1 2 3 wenig anstrengend

14. Ich glaube, daß ich mich schlecht verständlich gut verständlich 3 2 1 0 1 2 3 machen konnte
15. Ich habe das Gespräch stark lenken müssen 3 2 1 0 1 2 3 wenig lenken müssen
16. Der Patient hat mich häufig unterbrochen 3 2 1 0 1 2 3 selten unterbrochen
17. Der Patient hat mich sehr geärgert 3 2 1 0 1 2 3 nicht geärgert
18. Der Patient wirkte aufgeregt 3 2 1 0 1 2 3 nicht aufgeregt
19. Ich fühlte mich während des Gesprächs unsicher 3 2 1 0 1 2 3 sicher
20. Das Gespräch war sehr ergiebig 3 2 1 0 1 2 3 unergiebig
21. Der Patient hat mich dazu gebracht häufig 3 2 1 0 1 2 3 selten zu intervenieren
22. Der Patient hat flüssig 3 2 1 0 1 2 3 stockend gesprochen
23. Ich hatte oft das Gefühl 3 2 1 0 1 2 3 selten das Gefühl, daß der Patient mich nicht zu Wort kommen ließ
24. Der Patient hat mich gut 3 2 1 0 1 2 3 schlecht verstanden
25. Mir fiel das Interview schwer 3 2 1 0 1 2 3 leicht

KOM-P Kommunikationsfragebogen - Patient

Datum:

Ihr Name, Vorname:

Kenn-Nr.:

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie das soeben geführte Gespräch sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihre Eindrücke jeweils auf der Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht von 1-3 nach links oder rechts.

Wenn Sie die 0 ankreuzen, bedeutet das, daß Ihr Eindruck weder der linken noch der rechten Seite der jeweiligen Feststellung zuneigt. Wenn Sie z.B. bei Feststellung Nr. 1 den Eindruck haben, der Arzt wirkt weder geduldig noch ungeduldig, kreuzen Sie bitte 0 an. Weicht Ihr Eindruck nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.

01. Der Arzt wirkte geduldig 3 2 1 0 1 2 3 ungeduldig
02. Der Arzt ist wenig 3 2 1 0 1 2 3 sehr auf meine Probleme
eingegangen
03. Ich hatte das Gefühl, 3 2 1 0 1 2 3 einen schlechten Kontakt
einen guten Kontakt mit dem Arzt zu haben
04. Ich fand den Arzt sehr sympathisch 3 2 1 0 1 2 3 nicht sehr sympathisch
05. Ich habe viel 3 2 1 0 1 2 3 wenig geredet
06. Es fiel mir leicht 3 2 1 0 1 2 3 schwer zu reden
07. Ich habe zum Arzt viel 3 2 1 0 1 2 3 wenig Vertrauen gehabt
08. Ich bin vom Gespräch enttäuscht 3 2 1 0 1 2 3 nicht enttäuscht
09. Ich habe mich gründlich 3 2 1 0 1 2 3 zu wenig aussprechen
können
10. Das Gespräch hat mich sehr angestrengt 3 2 1 0 1 2 3 wenig angestrengt
11. Ich fühlte mich durch den
Arzt eingeschüchtert 3 2 1 0 1 2 3 nicht eingeschüchtert
12. Der Arzt hat viel 3 2 1 0 1 2 3 wenig geredet

13. Ich hatte häufig Angst 3 2 1 0 1 2 3 selten Angst etwas mitzuteilen
14. Ich hatte manchmal das Gefühl 3 2 1 0 1 2 3 nie das Gefühl, den Arzt zu verärgern
15. Manchmal 3 2 1 0 1 2 3 nie habe ich mich darüber geärgert, wie der Arzt mich behandelt hat
16. Ich hatte häufig 3 2 1 0 1 2 3 selten Schwierigkeiten mich auszudrücken
17. Ich war sehr aufgeregt 3 2 1 0 1 2 3 nicht sehr aufgeregt
18. Der Arzt ließ mich selten 3 2 1 0 1 2 3 häufig zu Wort kommen
19. Ich fühle mich jetzt eher bedrückt 3 2 1 0 1 2 3 erleichtert
20. Ich habe die Erklärungen des Arztes über meine Krankheit sehr gut 3 2 1 0 1 2 3 gar nicht verstanden
21. Der Arzt wirkte auf mich ruhig 3 2 1 0 1 2 3 aufgeregt
22. Der Arzt hat mich häufig 3 2 1 0 1 2 3 selten unterbrochen
23. Ich hatte das Gefühl, daß der Arzt mir aufmerksam 3 2 1 0 1 2 3 nicht so aufmerksam zuhörte
24. Ich fand das Gespräch angenehm 3 2 1 0 1 2 3 unangenehm
25. Wenn ich nichts zu sagen wußte, hat mir der Arzt meist 3 2 1 0 1 2 3 selten weitergeholfen
26. Es fällt mir schwer 3 2 1 0 1 2 3 leicht, etwas Passendes zu sagen
27. Ich äußere mich für gewöhnlich nur, wenn ich darum 3 2 1 0 1 2 3 nicht nur, gebeten werde
28. Man kann einander im Schweigen besonders gut 3 2 1 0 1 2 3 schlecht verstehen
29. Es gab während des Interviews nichts einiges 3 2 1 0 1 2 3 nichts, was ich ver schweigen wollte
30. Ich bin gern 3 2 1 0 1 2 3 ungern mit meinen Gedanken allein

31. Ich habe oft 3 2 1 0 1 2 3 selten Angst, etwas Dummes zu sagen
32. Man darf nicht alles aussprechen 3 2 1 0 1 2 3 Man sollte alles aussprechen was man denkt
33. Ich schweige oft 3 2 1 0 1 2 3 selten aus Verlegenheit
34. Ich fühle mich im Schweigen wohl 3 2 1 0 1 2 3 unwohl
35. Nur wenn man Pausen macht 3 2 1 0 1 2 3 Auch während man redet kann man über alles nachdenken
36. Es ist mir lieber, meine wenn ich die Fragen des Gedanken selbständig z äußern 3 2 1 0 1 2 3 Arztes beantworten muß
37. Es passiert mir oft 3 2 1 0 1 2 3 selten, daß ich vor lauter Gefühlen nichts sagen kann
38. Es liegt mir stark 3 2 1 0 1 2 3 gar nicht daran, dem Arzt zu zeigen, daß ich auch schweigen kann

Literatur

- BERGER F, BRÄHLER E, KUNKEL R, STEPHANOS S (1981)
Untersuchungen zum Sprechverhalten und Kommunikationserleben von psychosomatischen Patienten im psychoanalytischen Erstinterview im Zusammenhang mit dem Konzept der 'pensee operateure'. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 27, 45-58
- BISCHOFF C (1978)
Attributionstheoretische Untersuchungen zur psychoanalytischen Urteilsbildung. Theor Med Diss, Ulm
- BRÄHLER E (1976)
Die automatische Analyse des Sprechverhaltens in psychoanalytischen Erstinterviews mit der Gießener Sprachanalyseanlage. Dissertation, Dr. rer biol hum Ulm
- BRÄHLER E, FELDER H (1991)
Das Familienerstgespräch im klinischen Alltag: empirische Untersuchung der Interaktion und Kommunikation. System Familie 4: 81-96
- BRÄHLER E, FELDER H, BRÄHLER C (1987)
Das Sprechverhalten von Therapeut und Patient im psychotherapeutischen Erstinterview. Zeitschrift für Klinische Psychologie 16, 234-247
- DOLLARD J, AULD F (1959)
Scoring human motives. A manual. Yale University Press, New Haven
- GAENSSLEN H, SCHUBÖ W (1976)
Einfache und komplexe statistische Analyse - eine Darstellung multivariater Verfahren für Sozialwissenschaftler und Mediziner. Ernst-Reinhardt Verlag, München-Basel
- HOWARD KJ, ORLINSKY, DE (1972)
Psychotherapeutic Processes. Annu. Rev. Psychol. 23, 615
- KOHR HU (1978)
Itamis. Ein benutzerorientiertes FORTRAN-Programmsystem zur Test- und Fragebogenanalyse. Sozialwiss. Institut der Bundeswehr
- MARX I, OVERBECK G, BRÄHLER E, BECKMANN D (1976)
Untersuchungen zum Interventionsstil von Therapeuten im psychoanalytischen Erstinterview. Medizinische Psychologie 2, 107-120

STRUPP HH (1965)

A further study of psychiatrist's in quasitherapy situations. Behav.Sci. 10, 113

ZENZ H, BRÄHLER E (1974)

Die Beziehungen zwischen Kommunikationsverhalten und Kommunikationserleben von Patient und Psychotherapeut im Erstinterview. Medizinische Psychologie 1, 159-182

ZENZ H, BRÄHLER E (1977)

Das Kommunikationserleben in Abhängigkeit von Inhalten bei psychotherapeutischen Interviews. In: TACK WH (Hrsg): Bericht über den 30. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Regensburg 1976. Hogrefe, Göttingen, S 128- 131

ZENZ H, BRÄHLER E, BRAUN P (1975)

Persönlichkeitsaspekt des Kommunikationserlebens im Erstinterview. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 21, 376-389

Dr.biol.hom.Dipl.-Psych. Hildegard Felder, Zentrum für Psychosomatische Medizin der Justus Liebig-Universität, Friedrichstraße 33, 6300 Gießen

Family Assessment: Group versus individual Scores

Manfred Cierpka¹ Volker Thomas**

The progress in family theory over the last decade in general and in the field of family assessment in particular, has led to the development of numerous assessment instruments. Doing family assessment requires instruments which measure family organization and functioning. Usually self-report questionnaires are more economical and easier to use in clinical settings and in research than observational instruments. In addition, questionnaires have a better reliability than observational instruments (20). In several overview articles the theoretical orientations, the sociometric characteristics, and the external validation components of family self-report questionnaires have been discussed (6, 20, 15, 2). Beside the usefulness in clinical practice and the necessity of acceptable levels of reliability and validity, two main criteria are pointed out for the evaluation of self-report family assessment instruments: (1) The instrument should be based on a theoretical model. Only recently have family researchers succeeded in developing models which are independent from the various family therapy schools, and are able to integrate different theoretical approaches. The "theoretical component" of the instrument (20) requires an explicit definition of each construct as well as specifications of functional links among constructs.

(2) Using questionnaires in family assessment means that family members are asked about their individual perceptions of their family. However, a family questionnaire should emphasize a systemic perspective in that it focuses on the family as a whole. To obtain a family score the data of the family members are often aggregated to "family mean scores" or to various "family discrepancy scores" (15).

There is general consensus in the family assessment field that self-report instruments provide information about the perceptions of individual family members about their family (5, 8, 10, 12). For the assessment of families on the level of the family as a whole family members' scores are aggregated in two directions. Using family mean scores it is assumed that these perceptions are to some extent shared by the family members. Taking discrepancies of self-report scores into account it is assumed that these perceptions are non-shared. To what extent discrepancies or agreements in the scores are derived may be highly dependent on the item formulations of the questionnaires.

¹ Familientherapie Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie
Universitaet Goettingen Humboldtallee 38, 3400 Goettingen

In regard to 'family scores' there has been a considerable debate regarding how much emphasis is to be placed on examining the characteristics of the individual family members, dyadic/triadic subsystems, or the family system as a whole. As Wynne notes: "The problems of aggregated data deserve high priority. Although multiple measures are widely advocated, the difficulty of deciding what to do about discrepancies between measures and how to interpret them and handle them statistically, should give researchers pause before proliferating their use of multiple measures" (26, p. 262).

For this study the most interesting questions was what two self- report instruments say about the family on the level of the family as a whole. This question has already been discussed in the controversy between Cromwell and Peterson (4, 16), and Reiss (17). In their multitrait-multimethod approach Cromwell and Peterson (4) interpret questionnaire scores as referring to the level of the family as a whole. But Reiss asks: "Are these then measures of the family 'level' or the individual 'level'? The problems become clearest when different individuals from the same family report very different perceptions. Can we say that the instruments reveal anything about the family 'level' except that family members disagree about their perceptions of the family?" (17, p. 167).

The problem of aggregated data in family therapy research will be discussed by comparing the results of a study whose primary goal was to test the discriminant validity of two self-report instruments, the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES II) (13), and the Family Assessment Measure (FAM III) (21). Olson's (11) suggestion was followed to only use one specific methodological approach, such as self- report instruments, when comparing two theoretical models. Since many of the self-report instruments are based on different theoretical models it can be assumed that they view the familial process from different angles, and enable researchers and clinicians to better understand the complexity of family systems (11). Recently several comparison studies have been conducted regarding family instruments in order to evaluate the compatibilities of the theoretical approaches and/or differences in their specific theoretical constructs (8, 10, 19, 1, 7).

This study raises the issue of family/group versus individual scores by addressing the following questions.

(a) Because the data is collected from individual family members, mean scores and/or discrepancy scores are used in order to interpret the data as "family data". What methodological consequences does this inconsistency have? Do clinical and non-clinical families discriminate in regard to question (a)?

(b) How does the perception of the "identified patient" (IP) compare to the family score?

(c) Given the fact that the two questionnaires are based on different theoretical models with very different items derived from these models, are there differences in the answers of questions (a) and (b) depending on which questionnaire is used?

The following provides a brief summary of the two models.

The Circumplex Model and the FACES II

The Circumplex Model (12) is an attempt to bridge family theory, research, and therapy. Two central dimensions of family behavior are integrated in the model: cohesion and adaptability. Family cohesion is defined as the emotional bonding that family members have toward one another. Family adaptability is defined as the ability of a marital or family system to change its power structure, role relationships, and relationship rules in response to situational and developmental stress. Within the Circumplex Model there are four levels of cohesion ranging from extremely low cohesion (disengaged), to moderate (separated, connected), to extremely high cohesion (enmeshed). There are also four levels of adaptability ranging from extremely low adaptability (rigid), to moderate (structured, flexible), to extremely high adaptability (chaotic).

Family Communication is the third dimension of the Circumplex Model. It facilitates movement on the two other dimensions. It is assumed that families who are plotted into the balanced area of the Circumplex Model have better communication skills than families in one of the extremes.

The Circumplex Model illustrates 16 possible combinations of the two dimensions. The four quadrants in the center of the model are called balanced, because they are hypothesized to be most viable for healthy family functioning. The four extreme quadrants are generally seen as more problematic in terms of family functioning. The eight mid-range quadrants are considered to be less important, because it is hypothesized that families being plotted into one of them tend to move either into the balanced or the extreme area over time.

The Circumplex Model assumes that there is a curvilinear relationship between the central dimensions and family functioning measured by the FACES II. Extremely low as well as extremely high scores of cohesion and adaptability indicate family dysfunctioning, while moderate scores reflect healthy family functioning. While a curvilinear relationship has been hypothesized for clinical or problem families, a linear relationship is hypothesized for functioning in non-clinical or "normal" families (12).

The self-report instrument FACES II (13) consists of these two main dimensions: cohesion and adaptability. The cohesion dimension includes eight subscales: emotional bonding, family boundaries, coalitions, time, space, friends, decision-making, interests and recreation. The adaptability dimension has six subscales: assertiveness, leadership and control, discipline, negotiations, roles, and rules. Each sub-scale has two to three items which makes the FACES II a 30 item self-report questionnaire.

After this study was started Olson, Portner, and Lavee (14) published an improved 20 item version, the FACES III. Both, FACES II and Faces III are derived from the

Circumplex Model (see Table 1), and are based on a 50 item pool. In various factor analyses the 30 items of FACES II were reduced to 20 items (FACES III) in order to make administration, scoring, and interpretation of the questionnaire easier, and to improve its sociometric characteristics (13). More than half of the items were not changed, the rest was edited, those with the lowest factor loadings were eliminated. The underlying subscales of cohesion and adaptability which the items reflect remained the same (14). Because of the minor differences between FACES II and III the results of this study can still be of great benefit. (The major improvement of FACES III included the independence of the cohesion and adaptability dimensions).

The US norms of the FACES II are based on a national survey including 2,412 individuals (13). An item analysis conducted as part of this study, which was based on 56 German families including 227 family members, showed similar results (24): Cronbach Alpha was .87 for cohesion and .73 for adaptability. Olson et al. (18) report an internal consistency (Cronbach Alpha) of .87 for cohesion, .78 for adaptability, and .90 for the total scale. Factor analysis limited to two factors showed cohesion items loading on factor 1 (range from .35 to .61), and adaptability items loading on factor 2 (range from .34 to .64).

The Process Model of Family Functioning and the FAM III

The Process Model of Family Functioning (22) tries to integrate the family systems approach with other theories such as cognitive theory, developmental theory, stress theory, and psychoanalysis.

The model emphasizes the integration of various process variables. Problem solving and task accomplishment are defined as superordinate goals. Each task forces the family to organize or reorganize themselves. All tasks have to be accomplished in a way that allows all family members to continue their individual growth processes, to function as a unit, and as a part of the community. In order for the family to accomplish these tasks in an optimal way one has to take into consideration a number of interdependent variables.

The family's successful role performance requires an appropriate role differentiation and the willingness of the family members to perform their roles accordingly. A sufficient role performance requires effective communication which in turn depends on a good affective expression. Affective expression can hinder communication as well as improve it. Involvement refers to the extent and the quality of interest family members have in each other. Control describes the process by which individual family members influence or balance each other. The family ought to be

able to keep certain functions stable and flexibly adjust others. The socially transmitted values and norms as assimilated by the family are also part of these dimensions.

FAM III is a self-report instrument which measures family strengths and problems operationalized in these seven dimensions of the Process Model of Family

Functioning (21). The instrument is designed to operationalize family strengths and problems by plotting the scores of the subscales into a profile. The FAM is divided into three scales: (a) The General Scale focuses on the family system as a whole. (b) The Dyadic Relationship Scale explores various dyads in the family. (c) The Self-Rating Scale deals with the family members' perceptions of their own functioning within the family. The three scales reflect the authors' attempt to look at families from several different perspectives (23).

The General Scale includes nine subscales and 50 items, whereas both the Dyadic Relationship Scale and the Self-Rating Scale measure 42 items on seven subscales. The basic seven subscales derived from the Process Model include: task accomplishment, role performance, communication, affective expression, involvement, control, values and norms. The larger number of items of the General Scale is due to the two additional subscales social desirability and defensiveness.

Skinner and his group based their norms for the FAM III on a sample of 475 families, including 28% pathological families. The item analysis revealed good results (21). This study could replicate Skinner's findings in regard to normal families, conducting an item analysis which included 56 families (1). The German item analysis showed an internal consistency (Cronbach Alpha) of .93 for the General Scale, .95 for the Dyadic Relationships Scale, and .89 for the Self-Rating Scale. The correlation between the scales ranged from .25 to .82.

METHOD Subjects

The total sample of the presented study includes 56 families ($n = 227$ family members), 36 non-clinical ($n = 147$) and 20 clinical ($n = 80$) families (see Table 1). The clinical families requested treatment in the outpatient clinic of the Department of Psychotherapy at the University of Ulm, Medical School, W. Germany. The identified patients, which were in all cases the adolescents, were evaluated as neurotic or psychotic. Diagnoses were given according to the ICD-9 (International Classification of Diseases) by a psychiatrist who was trained in family therapy. The twelve neurotic patients suffered from anxiety, obsessive-compulsive disorder, eating disorder, and/or were suicidal. Follow-ups with the eight psychotic patients supported their initial diagnosis of schizophrenia. All of the "clinical families" were two-parent families with one to three children. Their socioeconomic status was consistently high (middle and upper middle class) living in the urban or suburban areas of Ulm, West Germany. There were no significant differences (T-test) in the sociodemographic data for families with "neurotic" or "schizophrenic" patients.

	clinical	non-clinical
	family members members	family
	(n=80)	(n=147)
Age of patients 20,2 (3,4) (Average age and standard deviation)		
Boys	15	
Girls	5	
Birth order	1.91	
Social class (Hollingshead)		
upper middle and middle	48,3%	50,9%
lower middle	30,6%	33,4%
working and lower class	21,1%	15,7%
Family size	4,00	4,09
Age of parents	31,6 (15,4)	29,7 (14,6)
Age of all adolescents	17,5 (2,9)	16,9 (3,0)
(inc. patients)		
Gender		
Boys	23	30
Girls	17	45

Table 1: Demographic features of the clinical and non-clinical families

In order to match the "non-clinical families" with the "clinical families" in relation to their sociodemographic properties one urban and one suburban junior high and high school were contacted. 50 two-parent families with at least one adolescent were

randomly selected and invited to participate in the study. 40 families responded positively and 36 were eventually included in the study (72% response rate). In 4 families at least one family member refused to participate and/or the data was contaminated for various reasons. One of the inclusion criteria was that none of the "non-clinical" family members had been in psychiatric and/or psychotherapeutic treatment prior to participating in the study (18).

Procedure

Since both instruments were originally worded in English they were translated into German and later retranslated into English, in order to compare them to their original versions. The final German versions were adjusted for cultural differences wherever necessary.

The "clinical families" filled out both questionnaires in the clinic before the initial interview. A research assistant explained the procedure and stayed with the families until they completed the questionnaires to make sure that the family members answered all questions independently. This also was to minimize missing data.

The "non-clinical families" who had responded to the invitation to participate were contacted over the phone. An appointment was scheduled which included all family members currently living in the household. A research assistant visited the families in their homes and was present while the family members filled out the questionnaires.

RESULTS

As mentioned above one major goal of the study was to compare the two family assessment instruments in regard to their discriminative power. Therefore, various indices among family member scores were constructed and used to distinguish clinical from non-clinical membership. These methodologies were helpful to determine which method of scale construction was most valid. In the literature (13, 12, 21) discriminant analysis in regard to clinical and non-clinical families is mainly based on family scores.

It was of interest to find out whether and how clinical and non-clinical families discriminate by looking at individual versus group scores. A discriminant analyses (9) was used to assess the relative power of FAM III and FACES II in differentiating the clinical from the non-clinical family groups.

At this point a remark is necessary to explain the use of the terms "clinical/non-clinical" and "functional/dysfunctional". Both terms are often used synonymously. Both, FACES II and FAM III are designed to discriminate between functional and dysfunctional families. The distinction between "dysfunctional" and "clinical" families has to be taken into account. "Clinical" families are identified by specific symptoms and syndromes, while "dysfunctional" families are defined according to the quality of certain dynamic family related variables (26). Thus, "dysfunctional" families are not

necessarily "clinical" families and vice versa. Yet both instruments hypothesize that "clinical" families are rather "dysfunctional" and "non-clinical" families are rather "functional".

dependent	actual	group	pred.	group	accuracy	of	variable	membership	non-clinical
clinical					predicion				%

FAMIII non-clinical	147	99	48	67.3	clinical	80	30	50	62.5	both	227	129	98	65.6
---------------------	-----	----	----	------	----------	----	----	----	------	------	-----	-----	----	------

F=27.57, p<0.01, Wilks Lambda = 0.89

FACESII non-clinical	147	88	59	59.9	clinical	80	32	48	60.0	both	227	120	107	59.9
----------------------	-----	----	----	------	----------	----	----	----	------	------	-----	-----	-----	------

F=16.89, p<0.01, Wilks Lambda = 0.86

FAM III and FACESII non-clinical	147	113	34	76.9	clinical	80	34	46	57.5	both	227			
----------------------------------	-----	-----	----	------	----------	----	----	----	------	------	-----	--	--	--

F=6.62, p<0.01, Wilks Lambda = 0.86

Table	2:	Stepwise	discriminant	analysis	(n=227)
-------	----	----------	--------------	----------	---------

The statistical analysis of discrimination between FACES II and FAM III was conducted in three steps to evaluate differences in the discriminative power of the two instruments. The results are shown in Table 2. The analysis is based on the individual scores of the family members as opposed to family mean scores. As the first step the General Scale of the FAM III was chosen as dependent variable. As the second step the FACES II was selected as the dependent variable. During the third step both instruments were defined as dependent variables, in order to attain more information about the additional variance.

The results reveal a statistically significant discrimination between clinical and non-clinical families for both instruments. The FAM III discriminates in 65.6% of the cases. The FACES II is lower with 59.9%. Defining both instruments as dependent variables the discrimination rate between clinical and non-clinical families increased to 70.0%. Predicting always the classification 'non-clinical family' about 65% of the cases (147 of 227) are expected to be accurately classified as non-clinical families. Considering this fact, the accuracy of prediction for FACES II and FAM III is rather low. However, it is much higher in regard to clinical families.

How can these results be explained, considering that the discriminant analysis was based on the scores of the individual family members? Would aggregated data like family mean scores and family discrepancy scores improve the discriminative power of the instruments? In order to answer these questions several group tests were conducted. Three subgroups were defined containing of the "family as a whole", the "identified patients", and the "other family members" (without patient).

FACES II	extreme balanced	midrange
non-clinical families	2 71	27
(n=36) clinical families	50 20	30 (n=20)

FAMIII problems		
normal strengths non-clinical families	2 71	27 (n=36)
clinical families	5 85	10 (n=20)

Table 3: Discrimination of the families by family mean scores in percentage

Additional analysis was conducted in which the distinction between clinical and non-clinical families was based on the mean scores for the whole family. Table 3 revealed considerable differences between both groups on the FACES II. As hypothesized, a higher percentage (50%) of the clinical families fell into the extreme areas compared to only 2% of the non-clinical families. At the same time, 71% of the non-clinical families were located in the balanced area, as opposed to 30% of the clinical families.

The FAM III results showed a less obvious discrimination between clinical and non-clinical families. 27% of the non-clinical families and 10% of the clinical families scored in the area of family strengths. As expected only 2% of the non-clinical families fell in the problem area, but surprisingly only 5% of the clinical families.

However, it is problematic to base the discrimination analysis on family mean scores, especially if there are high discrepancies among family members. In order to take this issue into account, discrepancy scores between the family mean and the individual scores were calculated. The hypothesis was that only those balanced families were "truly" balanced who revealed low discrepancy scores. Perhaps a considerable portion of the 30% clinical families plotted into the balanced area could be accounted for by high discrepancy scores, thus not being "truly" balanced. The Family Discrepancy Scores (FDS) were calculated as suggested by Olson and McCubbin (15).

The FDS were compared with the family mean scores using a Chi-square test. It turned out that the proportions of families with low, moderate, and high discrepancy scores did not differ significantly from those proportions of the families of low, moderate, and high family mean scores. A comparison between clinical and non-clinical families also did not reveal significant differences.

An additional approach was used to test the hypothesis that differences among individual family members distorted the results. Family members were classified according to the three subgroups: "non-clinical family members", "other family members" (without IPs), and "patients" (IPs). Table 4 shows the percentages for the three subgroups for FACES II and FAM III.

The perceptions of the IPs were compared with the perception of the whole family. FACES II showed significant similarities between the clinical families as a whole (Table. 3) and the IPs (Table. 4). 50% scored in the extreme area of the Circumplex Model.

FACES II	extreme balanced	midrange
non-clinical family	25,9 40,8	33,3
members (n=144) other family	24,6 31,5 44,0	members (n=60) patients 50,0 35,0 15,0 (n=20) -----
FAMIII		
problems normal strengths non-clinical family	6,8 81,0 12,2	
members (n=144) other family	19,3 78,9 1,8	
members (n=60)		
patients	50,0 40,0	10,0 (n=20)

Table 4: Discrimination by individual and subgroup scores in percentage

Furthermore, it is striking that only 15% of the IPs scored in the balanced area while 30% of the clinical families score in the same area. This finding seems to indicate that the rest of the family perceives the family as more functional than the IP 2 (see footnote 1).

At this point it needs to be mentioned that one cannot assume that those families who scored in the extreme area in Table 3 are identical with the families of those IPs who revealed different results in Table 4. Thus, we looked through the files and found out that the IP scores in Table 4 and the family means in Table 3 actually are identical. This leads to the conclusion that in regard to the extreme area of the Circumplex Model the IP ratings strongly influence the scores of the whole family according to the FACES II results. Of course, these results are influenced by the size of the family. However, this is also true for the data derived from FAM III.

Rather opposite results were found for the FAM III regarding the differences between IPs and the family as a whole. While 50% of the IPs scored in the problem area (Table 4), only 5% of the clinical families were plotted into the same area (Table 3). In these families the mean scores seem to level out the individual differences to an extent that 85% of the family means were in the normal area (Table 3). The predictive power of the FAM scores as family mean scores are very low.

In order to double check these results the IP scores were compared with the scores of the rest of the "other family members" (Table 4). 24.6% in Table 4 of the "other family members" of the FACES II results, and 19.3% (Table 4) of the FAM III results show that these family members perceive the family as dysfunctional compared to 50% of the IPs (Table 4). In general, the results of the "other family members" (excluding the IPs) tended toward normal functioning for both questionnaires. Adding the mid-range and the balanced areas of the FACES II showed almost the same result (about 80%) as the normal area of the FAM III (Table 4).

Furthermore, the question was raised whether there are differences between clinical families (excluding the IPs) and the members of the non-clinical families. FACES II reveals almost identical tables (Table 4) between the subgroups of "non-clinical family members" and "other family members". FAM III shows more "other family members" of the clinical families (19.3% in Table 4) scoring in the problem area than "non-clinical family members" (6.8% in Table 4). Accordingly there are more strengths in the non-clinical group (12.2% in Table 4) than in the clinical group (1.8% in Table 4).

DISCUSSION

Regarding the comparison between individual scores and aggregated family scores there are several issues which have been raised above and will be discussed in more detail below.

Both questionnaires collect individual data which reflect the family members' perceptions of their family. The comparisons are based on family and group mean scores. As Fisher et al. (5) and Olson and McCubbin (15) point out mean scores may only be appropriate when the discrepancies among family members' scores are small. There is a considerable indication that for this sample family members perceive their families in very different ways, especially when looking at the FAM III scores. Deviant perceptions of family members are leveled out which may reflect intrafamilial conflict. This is particularly true for any discrepancies between the adolescent (IP) and his/her parents and/or between the parents. For example, the two parents may score in the balanced area of the Circumplex Model, while the two adolescents score in opposite extreme areas. The family's mean score in the balanced area would cover up the deviant scores of both adolescents. The results showed rather small discrepancies for the FACES II. Consequently the family mean scores may be used appropriately (5). Because of the larger discrepancies of the FAM III scores, they have to be interpreted with some caution.

Another issue is that of "individual" data about the family as opposed to "relational" data of the family (5). For example, the subgroup "IPs" is based on individual data whereas the subgroup "clinical families" reflects relational data. Comparing these two levels reduced the available statistical methods considerably. These restrictions also have to be taken into account when interpreting the results.

Looking at the different subgroups it becomes apparent that the IP usually perceives the family as more dysfunctional than the other family members. Considering that the IPs in the sample are adolescents, this is a common finding which is reflected in the norms of the instruments (13, 21). Yet the discrepancies are considerably higher than those of the normative samples, particularly for the FAM III. As mentioned above family mean scores do not reveal these discrepancies. Non-clinical families score more often in the functional range according to their family scores than clinical families score in the dysfunctional areas of the two models. 98% of all non-clinical families fell into the functional range based on their FAM III scores as well as on their FACES II scores. Clinical families did not fall into the expected dysfunctional range (50% based on their FACES II scores and only 5% based on their FAM III scores). This seems to be due to the obvious discrepancies in the scores of the IPs and the other family members.

In regard to concurrent validity the results of the study show a moderate discrimination between clinical and non-clinical families in regard to both instruments. The FACES II results indicate that the IPs' perceptions of the family as a whole compared to the perceptions of the "other family members" is not as discrepant as the FAM III results. The family mean scores of the FACES II may be used for this sample to find out where the families are located in the Circumplex Model. This cannot be concluded for the FAM III family means. Only the perceptions of the individual family members should be used interpreting the FAM III results.

An explanation why the FAM III reveals larger differences than the FACES II in regard to the scores of the IPs compared to the scores of the rest of the family members may be that the systemically derived FACES II dimensions of cohesion and adaptability appear to be more compatible across family members than the FAM III subscales which are oriented toward the problemsolving behavior of the family. This behavior may be perceived very differently from each individual family member.

It is striking how similar the FAM III perceptions of the non-clinical family members are to those of the clinical family members who are not identified as patients. The additional analyses show that in both questionnaires the members of clinical families who are not IPs perceive the functioning of their families as better than the members of the non-clinical families. This finding could be due to the effects of social desirability. Yet, the FAM III includes a social desirability and a defensiveness scale which rule out social desirability as the cause of the similarities of the results of these subgroups. The result could be explained with the fact that the perceptions of the family members reflect the influence of the adolescent's mental disorder on family functioning. The advent of a mental disorder may promote a considerably higher cohesion among family members, at least at the onset of the disorder.

The results indicate that individual variables have to be taken into account in dealing with family assessment instruments which use individual and relational data, because most data of the family members are more likely non-shared data. One of our questions is to what extent the IP's perception of the family functioning influences the representation of the whole family as reflected in aggregated data. Along with Reiss (17) we are skeptical that FAM III and FACES II provide

information about the family "level" except that family members disagree about their perceptions of the family. The results of this study suggest a critical review and interpretation of family/group scores in self-report data. The relational data seem to be strongly influenced by the IPs' judgements, especially when the IPs are adolescents. The discrepancies in the perceptions of the family members become so relevant that relational data should be avoided in such cases. However, the amount of discrepancies in the perceptions of the family members, which become apparent by comparing the individual scores, are important as diagnostic indices for intrafamilial conflict. This is a critical aspect why self-report data provide feedback and differential information about family functioning.

+ We would like to thank David H. Olson, Ph. D.; Harvey A Skinner, Ph.D.; and Paul D. Steinhauer, M.D., F.R.C.P. (C) for their thoughtful comments on the first drafts of this article

*Schwerpunkt Familientherapie, Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie, Universitaet Goettingen

**Assistant Professor, College of Education at the University of Iowa; while the study was conducted, staff of the Center of Psychosomatics, Psychiatry and Psychotherapy, University of Ulm, FRG

1 There are no statistically significant differences (T-test) between the scores of male and female IPs.

References

- (1) BLOOM, B. L. A Factor Analysis of Self-Report Measures of Family Functioning, *Family Process* 24: 225-239, 1985
- (2) CIERPKA, M. Ueberblick ueber familiendiagnostische Fragebogen- instrumente, in M. Cierpka (ed.). *Familiendiagnostik*, Heidelberg, New York, Springer, 1987
- (3) CIERPKA, M., RAHM, R., & SCHULZ, H., Die Testguetekriterien des 'Family Assessment Measure' (FAM Version III), in M. Cierpka & E. Nordmann (eds.). *Methoden in der Familienforschung*, Heidelberg, New York, Springer, 1987
- (4) CROMWELL, R.E. & PETERSON, G.W., Multisystem-Multimethod Family Assessment in Clinical Contexts, *Fam. Proc.* 22: 147-163, 1983
- (5) FISHER, L., KOKES, R. F., RANSOM, D. C., PHILLIPS, S. L., & RUDD, P. Alternative Strategies for Creating "Relational" Data, *Family Process* 24: 213-224, 1985
- (6) FORMAN, B.D. & HAGAN, B.J., Measures for Evaluating Total Family Functioning, *Family Therapy* 11: 1-36, 1984

- (7) FRISTAD, M. A. A Comparison of the McMaster and Circumplex Family Assessment Instruments, *Journal of Marital and Family Therapy* 15: 259-269, 1989
- (8) GREEN, R. G., KOLVEZON, M. S., & VOSLER, N. R. The Beavers- Timberlawn Model of Family Competence and the Circumplex Model fo Family Adaptability and Cohesion: Separate, But Equal?, *Family Process* 24: 385-398, 1985
- (9) JENNRICH, R.I., Stepwise Discriminant Analysis, in K. Enslein, A. Ralston, & H.S. Wilf (eds.). *Statistical Methods for Digital Computers*, New York, Wiley, 1977
- (10) MILLER, I. W., EPSTEIN, N. B., BISHOP, D. S., & KEITNER, G. I. The McMaster Family Assessment Device: Reliability and Validity, *Journal of Marriage and Family Therapy* 11: 345-356
- (11) OLSON, D. H. Commentary: Struggling with Congruence Across Theoretical Models and Methods, *Family Process* 24: 203-207, 1985
- (12) OLSON, D.H. Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III, *Family Process* 25: 337-351, 1986
- (13) OLSON, D.H., BELL, R., & PORTNER, J., Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II, University of Minnesota, St. Paul, Family Social Science Department, 1982
- (14) OLSON, D.H., PORTNER, J., & LAVEE, Y. FACES III - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III, University of Minnesota, St. Paul, Family Social Science Department, 1985
- (15) OLSON, D.H. & McCUBBIN, H.I. Assessment of Family Functioning, in B. Rounsaville (ed.). *Diagnostic Sourcebook*, Washington, National Insti- tute of Drug Abuse (NIDA), 1985
- (16) PETERSON, G.W. & CROMWELL R.E. A Clarification of Multi- system- Multimethod Assessment: Reductionism Versus Wholism, *Family Process* 22: 173-177, 1983
- (17) REISS, D. Sensory Extenders Versus Meters and Predictors: Clarifying Strategies for the Use of Objective Tests in Family Therapy, *Family Process* 22: 165-171, 1983
- (18) RISKIN, J. & FAUNCE, E. E. Family Interaction Scales, Theoretical Framework and Method, *Arch. Gen. Psychiatry* 22: 504-512, 1970
- (19) SIGAFOOS, A., REISS, D., RICH, J., & DOUGLAS, E. Pragmatics in the Measurement of Family Functioning, *Family Process* 24: 189-203, 1985

- (20) SKINNER, H.A. Self-report Instruments for Family Assessment, in T. Jacob (ed.). Family Interaction and Psychopathology, New York, Plenum, 1987
 - (21) SKINNER, H.A., STEINHAUER, P.D., & SANTA-BARBARA, J. The Family Assessment Measure, Canadian Journal of Community Mental Health 2: 91-105, 1983
 - (22) STEINHAUER, P.D., SANTA-BARBARA, J, & SKINNER, H.A. The Process Model of Family Functioning, Canadian Journal of Psychiatry, 29: 77-88, 1984
 - (23) STEINHAUER, P. D. The Family as a Small Group: The Process Model of Family Functioning, in T. Jacob (ed.). Family Interaction and Psychopathology, New York, Plenum, 1987
 - (24) THOMAS, V. Das Circumplex Model und der FACES, in M. Cierpka (ed.). Familiendiagnostik, Heidelberg/New York, Springer, 1987
 - (25) WALSH, F. W. Normal Family Processes, New York, Guilford, 1982
 - (26) WYNNE, L.C. (ed.) The State of the Art in Family Therapy Research: Controversies and Recommendations, New York, Family Process Press, 1988
- Analysis of Self-Report Measures of Family Functioning, Family Process 24: 225-239, 1985
- (2) CIERPKA, M. Ueberblick ueber familiendiagnostische Fragebogen- instrumente, in M. Cierpka (ed.). Familiendiagnostik

Address of the first author:

Prof. Dr. med. M. Cierpka Schwerpunkt Familientherapie Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie Universitaet Goettingen Humboldtallee 38, 3400 Goettingen

Katamnestische Untersuchung von 39 PatientInnen mit Anorexia nervosa 2 bis 9 Jahre nach stationärer analytisch orientierter Psychotherapie.

R. Liedtke, P. Löns, W. Lempa, HW. Künsebeck, B. Jäger, Hannover

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Effektivität unserer psychoanalytisch orientierten stationären Gruppentherapie bei Patienten mit Anorexia nervosa zu überprüfen. Nach einer durchschnittlichen Katamnesedauer von 6 Jahren konnten 39 Patientinnen, welche die Diagnose-Kriterien nach FEIGHNER et al. erfüllten, nach- untersucht werden. Zur Zeit der stationären Aufnahme wiesen die Patientinnen zu jeweils ungefähr 50% die Symptome einer schweren bzw. weniger stark ausgeprägten A.n. auf. Die Nachuntersuchung erfolgte überwiegend im Form eines halbstandardisierten Interviews, die Beurteilung des Langzeitergebnisses basierte auf dem von GARFINKEL et al angegebenen Global Clinical Score (GCS). Danach konnten 31% der Patientinnen als geheilt und 28% als deutlich gebessert bezeichnet werden, 8% zeigten Symptome einer mäßig ausgeprägten Erkrankung und 33% einen ungünstigen Krankheitsver- lauf. Die Einschätzung nach dem GCS konnte durch das von FICHTER und KEESER entwickelte Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeur- teilung (ANIS) bestätigt werden. Die Therapieergebnisse stimmten gut mit entsprechenden Angaben in der Literatur überein, so daß unsere relativ kurze, eher auf den Autonomiekonflikt als auf das Symptom zentrierte Gruppentherapie als geeignetes Therapieverfahren bei Patienten mit Anorexia nervosa gelten kann.

Einleitung

Über den Versuch der Bewertung des Behandlungserfolges hinaus ist im Rahmen katamnestischer Untersuchungen von PatientInnen mit Anorexia nervosa (A.n.) eine Vielzahl von Variablen hinsichtlich ihrer prognostischen Wertigkeit überprüft worden, von denen einige relevant erschienen, sich jedoch in anderen Studien nicht bestäti- gen ließen (s. FICHTER 1985). Häufige Beachtung hat beispielsweise das Lebensalter der PatientInnen bei Erkrankungsbeginn gefunden. Mehrere Autoren beurteilen einen frühen Beginn bzw. das Auftreten der Erkrankung vor Vollendung des 15. Lebensjahres als prognostisch günstig (HALMI et al 1973, 1975, HSU et al 1979, MORGAN & RUSSEL 1975, SUEMATSU et al 1985, THEANDER 1970), während andere dem Erkrankungsalter keine prognostische Aussage beimessen können (GARFINKEL et al 1977a, HAWLEY 1985, MORGAN et al 1983, NISKANEN et al 1974, ROLLINS & PIAZZA 1981, SWIFT 1982) oder sogar einen Zusammenhang zwischen frühem Erkrankungsbeginn und ungünstigem Langzeitverlauf feststellen (DALLY 1969). Methodische Mängel einzelner Studien wie eine nicht hinreichend präzise Syndromdefinition und die Anwendung indirekter Methoden der Datenerhebung schränken die Aussagekraft und Vergleichbarkeit ein, methodische Probleme erwachsen auch unter dem Aspekt von Selektion und Generalisierbarkeit der Ergebnisse aus der spezifischen Zusammen- setzung des

behandelten und nachuntersuchten Patientenkollektivs, so daß weitere Verlaufsuntersuchungen - auch nach psychoanalytischen Therapien - unter stärkerer Berücksichtigung der in der letzten Zeit mehrfach formulierten Kritikpunkte notwendig sind (s. u.a. FICHTER 1985, HSU 1980, MEERMANN & VANDEREYCKEN 1987, STEINHAUSEN & GLANVILLE 1983).

Darstellung der empirischen Untersuchung

PatientInnenauswahl

In Vorbereitung einer umfangreicheren Studie über differentielle Behandlungseffekte verschiedener Therapieformen bei PatientInnen mit Eßstörungen haben wir die PatientInnen mit A.n., die zwischen 1977 und 1984 auf der Station der Abteilung Psychosomatik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) behandelt wurden, katamnestisch untersucht. In diesem Zeitraum waren 62 PatientInnen unter dieser im Aufnahme- und Entlassungsbericht festgehaltenen Diagnose stationär aufgenommen worden, was 11% der auf der Station versorgten Patienten entspricht. Die Station wurde 1977 eröffnet, die vorliegende katamnestische Studie 1986/87 durchgeführt. Bei einem erforderlichen Mindestkatamnesezeitraum von 2 Jahren (s. HSU 1980, SCHWARTZ & THOMPSON 1981) konnten dementsprechend PatientInnen bis 1984 erfaßt werden. Ausgeschlossen wurden von vornherein PatientInnen mit unklar definierter Eßstörung (z.B. "psychogene Eßstörung") oder mit einer weiteren, den Allgemein- und Ernährungszustand maßgeblich beeinflussenden Gesundheitsstörung (wie 2 M. Crohn-PatientInnen mit A.n. - Begleitsymptomatik). Ein Therapieabbruch war kein Ausschlußkriterium, jedoch wurden aus dem Untersuchungskollektiv von 62 PatientInnen weiter ausgeschlossen: (1.) Der einzige männliche Patient wegen mangelnder Vergleichbarkeit. (2.) 3 PatientInnen, deren aktueller Wohnsitz trotz intensiver Bemühungen nicht ausfindig zu machen war. Keine dieser PatientInnen war als verstorben gemeldet. Da alle PatientInnen des endgültigen Untersuchungskollektivs die Diagnosekriterien nach FEIGHNER und Mitarbeitern (1972) erfüllen sollten, wurden darüber hinaus ausgeschlossen: (3.) 3 PatientInnen, deren archivierte Krankenunterlagen inhaltlich keine ausreichende Beurteilung der Erkrankung vor Behandlungsbeginn zuließen. (4.) 3 PatientInnen, die bei Erkrankungsbeginn älter als 25 Jahre waren und damit das Kriterium 1 der FEIGHNER-Kriterien nicht erfüllten. (5.) 4 PatientInnen, die im Ausmaß von Gewichtsabnahme bzw. Untergewicht nicht dem Kriterium 2 der FEIGHNER-Kriterien genügten. Es verblieb ein Kollektiv von 48 weiblichen PatientInnen mit Anorexia nervosa.

Meßinstrumente

Als Grundlage für die Erhebung der Ausgangsdaten dienten die vorhandenen Krankenakten. Mit Hilfe eines Dokumentationsbogens wurden die anamnestischen, somatischen, sozialen und therapeutischen Daten standardisiert und für die statistische Auswertung aufbereitet. Die Nachuntersuchung war so zu konzipieren,

daß sowohl mit Hilfe eines persönlichen Interviews als auch eines Fragebogens vergleichbare Daten erhoben werden konnten. Es wurde ein Nachuntersuchungsbogen entwickelt, der einerseits als Grundlage bei der Durchführung des halbstandardisierten Interviews dienen und andererseits als Fragebogen verschickt werden konnte. In seiner inhaltlichen Konzeption wurde der Nachuntersuchungsbogen weitgehend mit dem Dokumentationsbogen parallellisiert, so daß eine Beurteilung des intraindividuellen Krankheitsverlaufes möglich war.

Als Maß für die Ausprägung der anorektischen Symptomatik diente der von GARFINKEL und Mitarbeitern (1977 b) angegebene Global Clinical Score (GCS), der sich auf die Größen Körpergewicht, Eßverhalten, Menstruation, soziale Situation und Ausbildung/Beruf stützt.

Zusätzlich wurde den PatientInnen das von FICHTER und KEESER (1980) entwickelte Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS) vorgelegt, dessen Items sich den Skalen Figurbewußtsein, Überforderung, Anankasmus, negative Auswirkung des Essens, sexuelle Ängste und Bulimie zuordnen lassen.

Durchführung der Untersuchung

Die 48 PatientInnen des Nachuntersuchungskollektivs wurden brieflich um ihre Mitarbeit an der geplanten Nachuntersuchung gebeten. 31 PatientInnen (64%) konnten wir persönlich in Form des standardisierten Interviews befragen, das von einem aus der früheren Therapie nicht bekannten Untersucher (P.L.) etwa zu gleichen Teilen in der MHH und in den Privatwohnungen der PatientInnen geführt wurde und in dem zunächst die folgenden zentralen Punkte thematisiert wurden: Persönliche Lebensumstände, Anamneseerweiterung, Krankheitsverlauf, Gesundheitszustand unter besonderer Berücksichtigung der für die A.n. typischen Symptome (vgl. LÖNS 1990). Nach diesem Interview von 1-2-stündiger Dauer erhielten die PatientInnen das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung vorgelegt.

Bei 8 PatientInnen (17%) konnte die Nachuntersuchung nur schriftlich erfolgen, in 5 Fällen aufgrund der zu großen Entfernung ihres Wohnortes von Hannover, in 3 Fällen aufgrund unüberwindbarer Widerstände gegenüber einem persönlichen Interview.

7 PatientInnen lehnten jegliche Teilnahme mit der Begründung ab, die Therapie auf der psychosomatischen Station habe ihnen in keiner Weise geholfen. 2 PatientInnen, die der Nachuntersuchung zustimmten, konnten nicht einbezogen werden, da in dem einen Fall ein Unfall mit längerem Krankenhausaufenthalt das Gespräch unmöglich machte und in dem anderen Fall die ausgefüllten Fragebogen auf dem Postweg verloren gingen. Bei einem Ausgangskollektiv von 48 PatientInnen und 39 nachuntersuchten PatientInnen lag die Drop-out-Rate somit bei 19%.

Behandlungsrahmen

Die strukturellen Grundlagen unserer stationären Behandlung lassen sich folgendermaßen umreißen (LIEDTKE 1986). Bei einer Behandlungsdauer von 2 Monaten werden jeweils zwei geschlossene Gruppen von 7 Patienten aufgenommen. Der viermal wöchentlich stattfindenden psychoanalytischen Gruppensitzung, in der überwiegend kein Thema angeboten wird, stehen integrativ verbunden die vorstrukturierten Gruppentherapieformen gegenüber, in denen eine Aufgabe oder ein Thema vorgegeben und vor allem averbales Ausdrucksverhalten angeregt wird. Die von den Schwestern und Pflegern der Station geleiteten Interaktionsübungen, die Gestaltungstherapie und die körperorientierten Verfahren (wie die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) sind hier zu nennen. Weiter gehören Frühsport, die symptomzentrierte Zimmerrunde, die Stationsrunde sowie im Bedarfsfall Einzelgespräche zum Therapieangebot. Die auf der Station als Gruppentherapeuten tätigen Ärzte und Psychologen befinden sich in fortgeschrittener psychoanalytischer Ausbildung oder haben diese bereits abgeschlossen. Die Schwestern und Pfleger der Station absolvieren eine sozial-psychiatrische Zusatzausbildung, erwerben psychoanalytische Grundkenntnisse und nehmen an Psychodrama- sowie Gestaltungstherapie-Fortbildungskursen teil.

A.n.-PatientInnen mit stärker ausgeprägtem Untergewicht werden in der Regel nicht direkt auf unsere Station aufgenommen. Ihnen wird zunächst eine Wiederauffütterungsbehandlung auf einer internistischen Station der MHH empfohlen, wo sie konsiliarisch im Sinne der supportiven Psychotherapie von uns mitbetreut werden können. Während der Behandlung auf unserer Station wird für die PatientInnen eine Gewichtsuntergrenze festgelegt, bei deren Unterschreiten sie entweder eine hochkalorische Nährlösung zu trinken haben oder diese über eine nasogastrale Sonde zugeführt bekommen oder letztlich auf eine internistische Station (rück-)verlegt werden. Bleiben die PatientInnen über der Untergrenze, so wird die Ernährung nicht reglementiert.

Die im Rahmen der vorliegenden Nachuntersuchung erfaßten A.n.-PatientInnen wurden insgesamt von 11 verschiedenen Ärzten bzw. Psychologen als Gruppentherapeuten behandelt. Die nach unserer Erfahrung therapeutisch relevanten Besonderheiten bei der Überführung des Kampfes um das Gewicht in eine Auseinandersetzung, in der die unbewußten Aspekte des Verhaltens unter den Gesichtspunkten von Autarkie, Leistungsorientiertheit und Triebverzicht reflektiert werden, haben wir andernorts dargelegt (BERNS & LIEDTKE 1981).

Ergebnisse

Das Erkrankungsalter betrug 17,6 (12-25) Jahre, die mittlere Latenz bis zur stationären Aufnahme in der MHH 3,8 Jahre (8 Monate - 15 Jahre). Bei Aufnahme zur stationären Therapie waren die PatientInnen 16 bis 36, im Mittel 22 Jahre alt. Das Lebensalter bei Nachuntersuchung betrug 21 bis 42, im Mittel 28 Jahre, der Katamnesezeitraum durchschnittlich 6 (2-9,7) Jahre.

Gemäß dem katamnestischen Untersuchungsergebnis ließen sich die PatientInnen nach dem Global Clinical Score in folgende drei Gruppen einteilen: Grp. 1 = 0 - 3 Punkte: ausgezeichnetes Langzeitergebnis (n=12) Grp. 2 = 4 - 11 Punkte: befriedigendes Langzeitergebnis (n=14) Grp. 3 = > 11 Punkte: unbefriedigendes Langzeitergebnis (n=13).

Bei der statistischen Auswertung wurde auf eine weitere Unterteilung der Gruppe 2, wie sie GARFINKEL et al (1977 b) vornahmen, verzichtet, um vergleichbare Gruppengrößen zu erhalten.

Die Schwere der Krankheitssymptomatik läßt sich nach dem GCS für die Erstuntersuchung (anhand der Unterlagen) und für die Nachuntersuchung tabellarisch folgendermaßen darstellen.

Tabelle 1: Darstellung der GCS-Ergebnisse bei Erst- und Nachuntersuchung (Unterteilung in Gruppe 1 bis 3 nach GCS bei Nachuntersuchung)

Erstuntersuchung_follow-up

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3		Gesamt	
	Gesamt							—
								—
Mittelwert	11.3	11.9	13.9	12.4			7.8	—
								—
	N	%	N	%	N	%	N	%
0 - 3 Punkte	0	0	0	0	0	0	12	31
4 - 7 Punkte	1	8	0	0	1	3	11	28
8 - 11 Punkte	6	50	8	57	4	31	3	8
> 11 Punkte	5	42	6	43	9	69	13	33
								—
Summe	12	100	14	100	13	100	39	100

Wie die Tabelle 1 zeigt, erfüllen zum Zeitpunkt der Aufnahme zur stationären Behandlung 20 PatientInnen (51%) die Kriterien einer ausgeprägten A.n. (Score > 11 Punkte). Das arithmetische Mittel liegt bei 12,4 (7-18) Punkten. Bei der Nachuntersuchung findet sich insgesamt eine deutliche Besserung. Der Mittelwert liegt mit 7,8 (0-21) Punkten wesentlich niedriger, die Streuung ist jetzt größer. 12 PatientInnen (31%) können als geheilt, weitere 11 (28%) als deutlich gebessert bezeichnet werden. Dagegen bieten noch 3 PatientInnen (8%) Symptome einer mäßig ausgeprägten A.n., 13 PatientInnen (33%) sind der Gruppe mit ungünstigem Langzeitverlauf zuzurechnen.

Die Betrachtung der Veränderungen der einzelnen Scores von der Erst- zur Nachuntersuchung ergibt, daß 30 PatientInnen bei Nachuntersuchung einen niedrigeren Wert aufweisen, also als gebessert eingestuft werden können, und 8 PatientInnen einen höheren Wert haben. Bei einer Patientin findet sich ein konstanter Wert. Die bei stationärer Aufnahme schwerer erkrankten PatientInnen erleben häufiger auch einen ungünstigen Krankheitsverlauf mit unbefriedigendem katamnestischen Ergebnis. Allerdings sind unter den PatientInnen mit gutem Langzeitergebnis (Score 0-3 Punkte) keineswegs nur PatientInnen mit niedrigerem Aufnahmescore, sondern auch mit höherem Score zu finden.

Auf eine nähere Differenzierung der einzelnen in den GCS eingegangenen Größen wird noch einmal in der Diskussion eingegangen (s. a. LÖNS 1990). Zusammenfassend läßt sich sagen, daß für den signifikant niedrigeren Mittelwert bei Nachuntersuchung (vgl. Tab. 1) insbesondere somatische Variablen ausschlaggebend sind: Die typischen pathologischen Eßgewohnheiten, wie induziertes Erbrechen, Heißhungeranfälle und Laxantienabusus, finden sich nur noch in ungefähr 30% der Fälle gegenüber 70% bei Aufnahme. Auch die Zahl der PatientInnen mit Amenorrhoe ist deutlich niedriger (21% gegenüber 89%). Im Bereich sozialer Beziehungen zeigt sich hingegen keine so eindeutige Tendenz, und im Bereich der beruflichen Leistungsfähigkeit finden sich praktisch identische Werte. Das für das Gesamtkollektiv ermittelte Durchschnittsgewicht zeigt im Gesamtverlauf nur eine geringfügige Zunahme, die der physiologischen Gewichtszunahme eines nicht-erkrankten Normalkollektivs im Rahmen des Alterungsvorganges entspricht. Bezogen auf das altersentsprechende Normalgewicht liegt das relative Körpergewicht bei Entlassung bei 83% und bei Nachuntersuchung bei 85% gegenüber 80% bei Aufnahme (vgl. Wissenschaftliche Tabellen GEIGY 1980). Auch im Rahmen der stationären Behandlung war es also nur zu einer geringfügigen Gewichtszunahme gekommen, was jedoch mit den Vorbedingungen und Zielsetzungen der durchgeführten Therapie durchaus vereinbar ist (vgl. BERNIS & LIEDTKE 1981).

Knapp 80% der PatientInnen der GCS-Gruppe 3 litten gemäß Selbsteinschätzung bei der Nachuntersuchung stark bzw. sehr stark unter depressiven Phasen, keine Patientin der Gruppe 1 und ungefähr 30% der PatientInnen der Gruppe 2. Vor Aufnahme zur stationären Aufnahme in der MHH waren 69% aller PatientInnen ohne festen Partner in den vorangegangenen letzten 6 Monaten, die Gruppen 1 bis 3 unterscheiden sich nicht nennenswert voneinander. Bei Nachuntersuchung

leben hingegen 69% in einer festen partnerschaftlichen Beziehung. Die Zahl der PatientInnen, die eine gemeinsame Wohnung mit dem Partner teilt, ist z.Zt. der Nachuntersuchung in Gruppe 1 mit Abstand am höchsten. Aus Gruppe 3 wohnen immerhin 4 von 13 PatientInnen (31%) bei Katamnese noch oder wieder bei ihren Eltern, was sicherlich über dem Altersdurchschnitt liegen dürfte. In Anlehnung an KLEINING und MOORE (1968) wurde der sozioökonomische Status der PatientInnen anhand des derzeitigen Berufes bestimmt. Die nach dem GCS unterteilten Patientengruppen verhalten sich in etwa parallel zum Gesamtkollektiv, die meisten PatientInnen gehören der unteren Mittelschicht an. Aus dem höchsten erreichten Schulabschluß ergibt sich ein etwas höherer Bildungsstand der bei Nachuntersuchung geheilten PatientInnen (Gruppe 1). Die Zahl der PatientInnen ohne Berufs- oder Ausbildungstätigkeit nimmt in der Gruppe 3 im Katamnesezeitraum deutlich zu und beträgt bei Nachuntersuchung fast 50%. Die Beziehung zu den Eltern hat sich nach den Einschätzungen der PatientInnen im Katamnesezeitraum gebessert, wobei die Beziehung zur Mutter etwas besser beurteilt wird. Wie schon erwähnt, lebten 27 PatientInnen (69%) bei Nachuntersuchung in einer festen Beziehung (mit einem männlichen Partner). Die Frage nach sozialen Kontakten außerhalb von Ursprungsfamilie und Partnerbeziehung ergab eine weitgehende Isolierung für den größten Teil der PatientInnen bei Erstuntersuchung. Bei Nachuntersuchung hält sich ungefähr die Hälfte der PatientInnen für sozial integriert. 92% der PatientInnen der Gruppe 1 verfügen über gute bzw. befriedigende soziale Kontakte, jedoch nur 42% der PatientInnen der Gruppe 2 und 23% der PatientInnen der Gruppe 3. Für den Bereich Sexualität ergibt sich eine eher negative Einschätzung aller zur Nachuntersuchung in einer festen partnerschaftlichen Beziehung lebenden PatientInnen.

Das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS) wurde lediglich bei der Nachuntersuchung eingesetzt, so daß keine intra-individuelle Verlaufsbeobachtung möglich war. Im interindividuellen Vergleich finden sich mit Ausnahme der ANIS-Skala V SEX signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen 1-3 (gemäß dem GCS bei Nachuntersuchung). In Tabelle 2 sind die Daten unserer Untersuchung den Ergebnissen von FICHTER & KEESER (1980) gegenübergestellt. Es zeigt sich, daß die Werte der Patientengruppe von FICHTER und KEESER in allen Subskalen zwischen denen der Gruppe 2 und 3 liegen, während die Werte der Gruppe 1 gut mit denen der Kontrollgruppe bei FICHTER & KEESER - also bei gesunden Probanden erhobenen Daten - korrespondieren.

Tabelle 2: ANIS-Ergebnisse im Vergleich mit Daten von FICHTER & KEESER (1980)

Skala	Medizinische Hochschule H.			FICHTER & KEESER	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Patienten	Kontrolle
I FIG	10.75	19.14	27.83	22.69	16.64
II UEF	9.08	13.93	17.42	15.00	8.85

III	ANA	11.17	14.86	17.25	15.61	9.37
IV	NAE	3.42	.21	13.33	9.13	.09
V	SEX	1.75	.00	4.83	4.61	.79
VI	BUL	1.08	.64	5.00	3.80	.70
Gesamt		37.25	56.07	85.66	70.85	43.40

Von den 39 nachuntersuchten PatientInnen haben 4 (10%) die Therapie 2-6 Wochen nach Beginn vorzeitig abgebrochen. Der Langzeitverlauf war bei 2 dieser PatientInnen gut, bei den anderen beiden befriedigend, während alle PatientInnen mit ungünstigem Langzeitverlauf die Therapie beendeten.

Potentielle Prognosefaktoren

Für unser Patientenkollektiv findet sich ein Zusammenhang zwischen jüngerem Lebensalter bei Erkrankungsbeginn und ungünstigem Langzeitergebnis. Die PatientInnen der Gruppe 3 waren bei Beginn der Magersucht mit 16,1 Jahren durchschnittlich 2 Jahre und damit signifikant ($p < 0,05$) jünger als die der Gruppen 1 und 2 (18,4 bzw. 18,1 Jahre).

Ebenfalls besteht ein Zusammenhang zwischen kurzer Krankheitsdauer vor Therapiebeginn und gutem Langzeitergebnis. So waren die PatientInnen der Gruppe 1 durchschnittlich nur 1 Jahr und 8 Monate vor stationärer Aufnahme in die MHH erkrankt, bei den anderen beiden Gruppen waren es hingegen jeweils knapp 5 Jahre.

Der stationären Aufnahme waren bei 10 PatientInnen ein bzw. zwei ambulante Psychotherapieversuche mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 10 Monaten sowie bei ebenfalls 10 PatientInnen ein bzw. zwei stationäre psychosomatische Therapieversuche von durchschnittlich 5 Monaten Dauer vorausgegangen. Ein Einfluß dieser Therapieansätze auf das Langzeitergebnis ist gemessen am GCS nicht erkennbar.

Ein Zusammenhang zwischen Katamnesedauer und Nachuntersuchungsergebnis besteht nicht. So findet sich bei den PatientInnen, die von 1977 bis 1980 zur stationären Psychotherapie aufgenommen wurden, im GCS bei Nachuntersuchung mit durchschnittlich 7,8 Punkten exakt derselbe Wert wie bei denjenigen, die zwischen 1981 und 1984 in stationärer Behandlung waren.

Im Katamnesezeitraum haben sich insgesamt 20 PatientInnen, zum Teil mehrfach, einer ambulanten Behandlung (mittlere Dauer 6 Monate) und insgesamt 14 PatientInnen einer erneuten stationären Behandlung (mittlere Dauer 6 Wochen) unterzogen. Dabei wurden erneute Therapien häufiger von den PatientInnen mit ungünstigem Langzeitverlauf in Anspruch genommen; diese Patientengruppe hat in

77% an einer ambulanten und in knapp 60% der Fälle an einer stationären Behandlung im Katamnesezeitraum teilgenommen. Von den PatientInnen mit gutem bzw. befriedigendem Langzeitverlauf haben sich 50% weiteren ambulanten und 23% weiteren stationären Behandlungen unterzogen.

Diskussion

Die mittlere Krankheitsdauer vor Beginn der stationären Behandlung in unserer Abteilung war mit 3,8 Jahren vergleichsweise lang (vgl. HSU et al 1979, MORGAN et al 1983, TOLSTRUPP et al 1985, MARTIN 1985), was als prognostisch ungünstiger Faktor herausgestellt wurde (PIERLOOT et al 1975, MORGAN & RUSSEL 1975, HSU et al 1979, MORGAN et al 1983, VANDEREYCKEN 1985). Nach oft vorausgegangener Auffütterungstherapie lag das durchschnittliche Körpergewicht z.Zt. der Aufnahme auf unsere Station bei nur 80% des Normalgewichts. Etwa 50% der untersuchten PatientInnen wiesen zu diesem Zeitpunkt nach dem GCS Symptome einer schweren A.n. auf. Diese Daten unterstreichen, daß einer Fachabteilung eher schwer erkrankte oder bisher therapierefraktäre PatientInnen zugewiesen werden, so daß ein bereits selektiertes Krankengut betreut wurde (s. RUSSEL 1977, JENKINS 1987).

Die Drop-out-Rate war mit 19% (vgl. HALMI et al. 1975, STURZEN- BERGER et al 1977) niedriger als erwartet. Eine schlechtere Compliance (s. ROLLINS & PIAZZA 1981, NAUJOKS et al 1981, SUEMATSU et al 1985) aufgrund mangelhafter Motivation zur Nachuntersuchung wäre möglich gewesen, da die PatientInnen in der Regel nur kurzfristig in der MHH nachbetreut wurden und der letzte Kontakt zur MHH bei einer mittleren Katamnese-dauer von 6 Jahren relativ weit zurücklag. Über lückenlose Nachuntersuchungen berichten MORGAN und RUSSEL (1975), GARFINKEL et al. (1977 b) und TOLSTRUPP et al. (1985), wobei letztere auch nur in 80% der Fälle auf Interview- Informationen zurückgreifen konnten; GARFINKEL et al. beschränkten sich ausschließlich auf Gespräche mit den Hausärzten bzw. Therapeu- ten der PatientInnen. Auch MARTIN (1985) konnte alle 25 PatientIn- nen nachuntersuchen, allerdings auf der Grundlage einer regelmässi- gen ambulanten Betreuung.

Bei globaler Betrachtung erscheint das Langzeitergebnis (GCS, ANIS) unserer PatientInnen mit dem anderer Autoren vergleichbar. Ungefähr 30% unserer PatientInnen können zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung als gesund bezeichnet werden, knapp 40% als gebessert und gut 30% als chronisch erkrankt. MORGAN und RUSSEL (1975) finden einen chronischen Verlauf der Magersucht bei 29%, PIERLOOT et al. (1975) bei 34% und ROLLINS und PIAZZA (1981) bei 31% ihrer PatientInnen. Andere Autoren beschreiben einen chronischen Krankheitsverlauf bzw. ein ungünstiges Langzeitergebnis bei 20-30% ihrer PatientInnen (GARFINKEL et al. 1977 b, PERTSCHUK 1977, HSU et al. 1979, MORGAN et al. 1983, TOLSTRUPP et al. 1985). SCHWARTZ und THOMPSON (1981) kommen in einer Übersichtsarbeit zu folgendem globalen Ergebnis: Von 602 PatientInnen sind zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 49% vollständig geheilt, 31% gebessert und 18% als chronisch erkrankt anzusehen. Die Beurteilung der genannten Zahlen ist allerdings nur mit Einschränkungen möglich, denn die Patientenkollektive sind

häufig nicht vergleichbar, der Katamnesezeitraum variiert erheblich, Eingangskriterien und Erfolgskriterien sind oft ungenügend definiert.

Die Mortalität der A.n. beträgt zwischen 0 bis 21%, im Mittel etwa 5% (CRISP et al. 1977, SCHWARTZ u. THOMPSON 1981). Erfreulicherweise ist trotz der relativ langen Katamnesezeitdauer ein Todesfall in unserem Patientenkollektiv nicht aufgetreten.

Hinsichtlich des Ernährungszustandes wird eine maximale Abweichung des Körpergewichtes von 15% vom alters- und körpergrößebezogenen Normalgewicht als befriedigend angesehen (HSU et al. 1979, MORGAN u. RUSSEL 1975). In den meisten Studien findet sich eine Gewichtsnormalisierung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bei 50-70% aller PatientInnen (STEINHAUSEN u. GLANVILLE 1983), bei unseren PatientInnen bei 50%. Deutlich bessere Ergebnisse erzielten GOETZ et al. (1977) und ROSMANN et al. (1977).

STEINHAUSEN und GLANVILLE (1983) geben eine Normalisierung des Eßverhaltens bei 30-70% der PatientInnen an. Heißhungeranfälle, induziertes Erbrechen und Laxantienabusus wurden von 20-30% unserer PatientInnen bei Nachuntersuchung berichtet. Allerdings fanden sich subtilere Eßverhaltensstörungen wie 'Angst, in Gesellschaft zu essen', 'unregelmäßige Nahrungsaufnahme', 'einseitige Ernährung' u.ä. wesentlich häufiger. Eine klare Grenze zwischen Normvarianten und pathologischen Verhaltensmustern ist hier nicht zu ziehen. Immerhin bescheinigten sich selbst nur 41% unserer PatientInnen zum Katamnesezeitpunkt ein ungestörtes Verhältnis zur Nahrungsaufnahme (vgl. MORGAN u. RUSSEL 1975, HSU et al. 1979).

Auch hinsichtlich der Menstruation ist eine exakte Beurteilung schwierig. Insbesondere die Zuordnung der PatientInnen, die regelmäßig hormonelle Kontrazeptiva nehmen, ist problematisch. Als am ehesten vergleichbares Kriterium bietet sich der Anteil der PatientInnen mit persistierender Amenorrhoe - in unserem Patienten- gut 21% - an, der in anderen Untersuchungen mit 10-30% angegeben wird (HSU et al. 1979, MARTIN 1985). Dies entspricht ungefähr dem Ergebnis verschiedener Übersichtsarbeiten, die zu dem Resultat kommen, daß zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 50-70% aller PatientInnen wieder Menstruationen haben (HSU 1980, SWIFT 1982, STEINHAUSEN u. GLANVILLE 1983). Eine deutliche Abweichung findet sich bei MORGAN und RUSSEL (1975) und GARFINKEL et al. (1977 b), die eine persistierende Amenorrhoe bei 42% bzw. 51% ihrer PatientInnen feststellen konnten.

Das von STEINHAUSEN und GLANVILLE (1983) beschriebene Ergebnis, daß sich 50-80% aller PatientInnen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung in einer Situation befriedigender sozialer Integrität und Akzeptanz befinden, wird durch unsere Zahlen bestätigt, auf deren umfassendere Wiedergabe aus Raumgründen verzichtet werden mußte (s. LÖNS 1990). Hinsichtlich der beruflichen Leistungsfähigkeit läßt sich sagen, daß zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 80% unserer PatientInnen in einem festen Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis stehen. Bei anderen Autoren sind es zwischen 70 und 90% (VALANNE et al. 1972, MORGAN u. RUSSEL 1975,

GARFINKEL et al. 1977 a, HSU et al. 1979). Im Gegensatz zu anderen Feststellungen sind allerdings unsere PatientInnen mit schlechtem Langzeitergebnis häufiger von Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit betroffen.

Auf dieses Drittel unserer PatientInnen mit chronischem Verlauf bzw. ungünstigem Katamneseergebnis ist abschließend noch einmal ausführlicher einzugehen:

1. Die Krankheitssymptomatik dieser PatientInnen war - gemessen am GCS - bei stationärer Aufnahme ausgeprägter als bei den anderen PatientInnen (Mittelwert 13,9 gegenüber 12,4 im Gesamtkollektiv). Die Schwere der Krankheitssymptomatik findet allerdings keinen Niederschlag im Körpergewicht, das bei Aufnahme über dem Gesamtdurchschnitt lag.
2. Der zeitliche Abstand zwischen Erkrankungsbeginn und Aufnahme zur stationären Therapie in der MHH war in dieser Patienten- gruppe wesentlich größer als im Gesamtkollektiv. Entsprechende Beobachtungen, also langer Krankheitsverlauf vor Therapiebeginn als ungünstiger prognostischer Faktor, wurden bereits von mehreren Autoren berichtet. Einschränkend ist allerdings anzumerken, daß bei langem Krankheitsverlauf vor Therapiebeginn in der MHH häufiger bereits ambulante und/oder stationäre Therapieversuche unternommen worden waren. Insofern läßt sich nicht mit Sicherheit sagen, ob eine frühzeitigere Behandlung in der MHH zu einem günstigeren Langzeitverlauf geführt hätte.
3. Das Lebensalter zu Beginn der A.n. war bei dieser Patienten- gruppe signifikant niedriger als bei den anderen PatientInnen. Obwohl es mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein kann, den Beginn einer Anorexia nervosa individuell festzulegen, da diese Erkrankung in der Regel zunächst weder Leidensdruck noch Krankheitsgefühl erzeugt, scheint dieser Zusammenhang nicht bestreitbar, denn der zufällige Fehler dürfte gleichermaßen für alle PatientInnen gelten und daher die statistische Auswertung nicht systematisch beeinflussen. Die Wertigkeit des Lebensalters bei Erkrankungsbeginn als prognostischer Faktor wird - wie dargelegt - in der Literatur durchaus kontrovers diskutiert. Für die PatientInnen der MHH ist zunächst anzunehmen, daß ein jüngeres Erkrankungsalter einen eher ungünstigen Krankheitsver- lauf erwarten läßt.
4. Häufiger findet sich bei dieser Patientengruppe die Kombination der A.n. mit einer ausgeprägten individuellen und/oder familiä- ren Suchtproblematik (2 Pat. Alkohol-, 1 Pat. Drogenabusus, Alkoholismus des Vaters bei 2 Pat.).
5. Im Katamnesezeitraum haben die PatientInnen mit ungünstigem Langzeitverlauf häufiger an weiteren ambulanten und/oder stationären Therapien teilgenommen.
6. Während die PatientInnen mit ungünstigem Langzeitverlauf in keinem Fall die stationäre Therapie in der MHH vorzeitig beende- ten, waren dies immerhin je zwei PatientInnen der Gruppen mit befriedigendem und gutem Langzeitverlauf. Ein Abbruch der Behandlung auf Wunsch des PatientInnen stellt also nicht zwangs- läufig einen prognostisch ungünstigen Faktor dar.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß auch nach unseren Ergebnissen die Langzeitprognose aus Anamnese und Befund bei Erstuntersuchung nicht sicher vorhersagbar ist. Immerhin scheinen aber Faktoren zu existieren, die besondere Risiken signalisieren und Anlaß zu verstärkter Aufmerksamkeit sein sollten. Trotz teilweise deutlich von- einander abweichender Therapiekonzepte stimmen unsere Ergebnisse in wesentlichen Punkten mit verschiedenen anderen katamnestischen Studien überein. Dies kann als Bestätigung der mehrfach geäußerten Auffassung gelten, daß eine Überlegenheit eines bestimmten Therapieregimes nicht erkennbar ist (GARFINKEL et al 1977 a, b, HSU 1986, RUSSEL 1977, THEANDER 1970, STEINHAUSEN & GLANVILLE 1983). Im erlaubten Umkehrschluß läßt sich aber sagen, daß unsere analytisch orientierte stationäre Gruppentherapie - ein eher konflikt- als symptomzentrierter Therapieansatz, in dem der Patient auch im Hinblick auf das Eßverhalten weitgehend in seiner Autonomie belassen wird - offenbar auch ein für diese Patientengruppe geeignetes Therapieverfahren darstellt.

Literatur

- BERNS U, LIEDTKE R. Analytisch orientierte Psychotherapie von Anorexia-nervosa-Patienten auf der psychosomatischen Station. In MEERMANN R (Hrsg.) Anorexia nervosa: Ursachen und Behandlung pp. 143-149. Stuttgart: Enke, 1981.
- CRISP AH, KALUCY RS, LACEY JH, HARDING B. The long-term prognosis in anorexia nervosa: some factors predictive of outcome. In VIGERSKY RA (ed.) Anorexia nervosa pp. 55-65. New York: Raven Press, 1977.
- DALLY PJ. Anorexia nervosa London: Heinemann Medical Books, 1969.
- FEIGHNER JP, ROBINS E, GUZE SB, WOODRUFF RA, WINOKU G, MUNOZ R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry 1972; 26:57-63.
- FICHTER MM. Magersucht und Bulimia. Berlin: Springer, 1985.
- FICHTER M, KEESER W. Das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS). Arch Psychiatr Nervenkr 1980; 228:67-89.
- GARFINKEL PE, MOLDOFSKY H, GARNER DM. The outcome of anorexia nervosa: significance of clinical features, body image and behavior modification. In VIGERSKY RA (ed.) Anorexia nervosa pp. 315-329. New York: Raven Press, 1977.

- GARFINKEL PE, MOLDOFSKY H, GARNER DM. Prognosis in anorexia nervosa as influenced by clinical features, treatment and self-perception. *Can Med Assoc J* 1977; 117:1041-1045.
- GOETZ PL, SUCCOP RA, REINHART JB, MILLER A. Anorexia nervosa in children: a follow-up study. *Am J Orthopsychiatry* 1977; 47:597-603.
- HALMI K, BRODLAND G, LONEY J. Prognosis in anorexia nervosa. *Ann Intern Med* 1973; 78:907-909.
- HALMI K, BRODLAND G, RIGAS C. A follow-up study of seventy-nine patients with anorexia nervosa: An evaluation of prognostic factors and diagnostic criteria. *Life Hist Res Psychopath* 1975; 4:290-300.
- HAWLEY RM. The outcome of anorexia nervosa in younger subjects. *Br J Psychiatry* 1985; 146:657-660.
- HSU LKG. Outcome of anorexia nervosa: a review of the literature (1954 to 1978). *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:1041-1046.
- HSU LKG. The treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1986; 143:573-581.
- HSU LKG, CRISP AH, HARDING B. Outcome of anorexia nervosa. *Lancet* 1979; 1:61-65.
- JENKINS ME. An outcome study of anorexia nervosa in an adolescent unit. *J Adolesc* 1987; 10:71-81.
- KLEINING G, MOORE H. Soziale Selbsteinstufung (SSE). *Kölner Z Sozialforsch* 1968; 20:502-552.
- LIEDTKE R. Strukturelle Grundlagen und therapeutische Praxis in der stationären Psychotherapie psychosomatisch erkrankter Patienten. *Gruppenpsychother Gruppendedyn* 1986; 22:138-150.
- LÖNS P. Psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie bei Patienten mit Anorexia nervosa: Eine katamnestiche Untersuchung von 39 Patientinnen 2 bis 9 Jahre nach Therapie. Hannover: Med Dissertation, 1990.
- MARTIN FE. The treatment and outcome of anorexia nervosa in adolescents: A prospective study and five year follow-up. *J Psychiatr Res* 1985; 19:509-514.
- MEERMANN R, VANDEREYCKEN W. Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa. Berlin: De Gruyter, 1987.
- MORGAN HG, PURGOLD J, WELBOURNE J. Management and outcome in anorexia nervosa. A standardized prognostic study. *Br J Psychiatry* 1983; 143:282-287.

- MORGAN HG, RUSSEL GFM. Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychol Med* 1975; 5:355-371.
- NAUJOKS C, LIEB H, SCHWARZ D. Ergebnisse und Probleme einer katamnестischen Untersuchung bei anorektischen Patienten. In MEERMANN R (Hrsg.) *Anorexia nervosa: Ursachen und Behandlung* pp.205-237. Stuttgart: Enke, 1981.
- NISKANEN P, JÄÄSKELÄINEN J, ACHTE K. Anorexia nervosa, treatment, results and prognosis. *Psychiatr Fenn* 1974; 5:257-263.
- PERTSCHUK MJ. Behavior therapy: extended follow-up. In VIGERSKY RA (ed.) *Anorexia nervosa* pp.305-313. New York: Raven Press, 1977.
- PIERLOOT RA, WELLENS W, HOUBEN ME. Elements of resistance to a combined medical and psychotherapeutic program in anorexia nervosa. *Psychother Psychosom* 1975; 26:101-117.
- ROLLINS N, PIAZZA E. Anorexia nervosa: a quantitative approach to follow-up. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981; 20:167-183.
- ROSMAN BL, MINUCHIN S, BAKER L, LIEBMANN R. A family approach to anorexia nervosa: study, treatment, and outcome. In VIGERSKY RA (ed.) *Anorexia nervosa* pp.341-348. New York: Raven Press, 1977.
- RUSSEL GFM. General management of anorexia nervosa and difficulties in assessing the efficacy of treatment. In VIGERSKY RA (ed.) *Anorexia nervosa* pp.227-289. New York: Raven Press, 1977.
- SCHWARTZ DM, THOMPSON MG. Do anorectics get well? Current research and future needs. *Am J Psychiatry* 1981; 138:319-323.
- STEINHAUSEN HC, GLANVILLE K. Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findings. *Psychol Med* 1983; 13:239-249.
- STURZENBERGER S, CANTWELL DP, BURROUGHS J, SALKIN B, GREEN JK. A follow-up study of adolescent psychiatric inpatients with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Psychiatry* 1977; 16:703-715.
- SUEMATSU H, KUBOKI T, ITOH T. Statistical studies on the prognosis of anorexia nervosa. *Psychother Psychosom* 1985; 43:104-112.
- SWIFT WJ. The long-term outcome of early onset anorexia nervosa: a critical review. *J Am Acad Child Psychiatry* 1982; 21:38-46.

THEANDER S. Anorexia nervosa: a psychiatric investigation of 94 female patients. Acta Psychiatr Scand Suppl 1970; 214:1-194.

TOLSTRUP K, BRINCH M, ISAGER T, NIELSEN S, NYSTRUP J, SEVERIN B, OLESEN NS. Long-term outcome of 151 cases of anorexia nervosa. Acta Psychiatr Scan 1985; 71:380-387.

VALANNE EH, TAIPALE V, LARKIO-MIETTINEN A-K, MOREN R, AUKEE M. Anorexia nervosa: A follow-up study. Psychiatr Fenn 1972; 265- 269.

VANDEREYCKEN W. Inpatient treatment of anorexia nervosa: some research-guided changes. J Psychiatr Res 1985; 19:413-422.

Wissenschaftliche Tabellen - Geigy. 8. Aufl., pp.9-12. Basel, 1982.

PD Dr. R. Liedtke Abteilung Psychosomatik Medizinische Hochschule Hannover
Konstanty-Gutschow-Str. 8 D-3000 Hannover 61

Expectations in the health care system from a crosscultural and group-specific perspective²

Uwe Hentschel

Summary

The health care systems of the Netherlands and Germany are compared from a bio-psycho-social approach to the treatment of illness. Empirical studies were done in both countries in order to compare the attitudes of the subjects to their respective health care system. Moreover the attempt was made to identify subgroups, characterized by different values, attitudes and attributions in relation to health, treatment and assumed etiology of illness. The meaningfulness of considering these interindividual differences in the actual treatment plans for patients is discussed as well as the necessity of new criteria for health under a bio-psycho-social perspective.

When the bio-psycho-social approach to the treatment of illness is divided into its traditionally separate components, the basic expectation could be that the biological part, belonging to the natural sciences, shows very small differences between different countries, whereas the other two approaches seem more culture-bound, and thus greater differences between countries would be more likely. As Lynn Payer (1988) was able to show a commonly accepted basis for a treatment, within the bio-medical limits, is in reality very restricted across different countries. It is the tradition of the medical education, embedded in a cultural context, that often leads to a completely different treatment of the same illness in different countries. The scope of her analysis was not beyond comparable health-care systems, but within the western part of the world limited to the situations in the United States, Great Britain, West Germany and France.

The Dutch health-care system was characterized for a long time by a heavy dependence on private welfare institutions, it is today almost completely within the responsibility of the state with expenses of roughly 10% of the national product (in 1986 = 35 billions Dfl.) The Dutch have the highest life expectancy in Europe (women 79.5, men 70.5; Germany: women 77, men 70.5). Every year 10% of the population stays 14 days in hospital (220 hospitals with roughly 70.000 beds) (Germany: 19%, 19 days). The Dutch government is interested in still lowering the mean duration of the stays in hospital and consequently wants to reduce the number of beds from roughly 5 per 1000 to 3 per 1000 inhabitants.

The general practitioner is a central figure in the Dutch health-care system, the patients have to consult him first, the general practitioner then decides about the further steps to take, so that his attitude has a heavy weight in shaping the rational

²Based on a paper presented at the Symposium 'Comparative Perspectives in Bio-Psycho-Social health', (chaired by F. Lolas, Santiago de Chile), at the 10th World Congress of the International College of Psychosomatic Medicine in Madrid, October 1989.

of the medical treatment. I would characterize the general direction of this kind of treatment in comparison to other health-care systems as a rather 'humanistic' one, having the side-effect that at the same time attention is paid to the costs in contrast to a routine 'high-tech' approach. There are, of course, all high-tech facilities available in the Netherlands, but there is no quasi automatic implicit or explicit rule that they should be used under all circumstances. An example that seems rather typical to me, concerns the delivery of children. The Dutch prefer to a great deal childbirth at home, only in case of a special indication the mother is automatically referred to the hospital, where she then usually stays only a few hours. This is quite different from the rules and habits in other countries, but on the whole very successful and at the same time cheaper than the strategy of a stay of at least several days in hospital.

The Dutch are experimenting a lot with their social institutions, including the health-care, one of these experiments going on at this moment is the so-called first line health-care system. It provides the possibility of a direct co-operation between a general practitioner and a psychiatrist or psychologist in a group practice. The general precondition is that the psychological treatment is some kind of short-term therapy: the patient has to be "cured" in 8 to 10 sessions. How successful this setting is will be investigated also empirically. The Department of Clinical Psychology at the University of Leiden is involved in this research.

In cases where no help can be provided by the first line, there is a referring system to the so-called second line and as far as mental health of outpatients is concerned the government is interested to concentrate most of the treatment in the regional institutions for outpatient mental health care (Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg: RIAGG). Three years ago a report about the satisfaction of 1300 RIAGG-patients was published by the Dutch consumer organization (Consumentengids, november 1986). It is, of course, difficult to say how an optimal treatment situation would look like in the eyes of the respondents, but the RIAGG-patients had a lot of complaints. They thought that the waiting times before the treatment were too long (51% longer than 4 weeks). It happened quite often that they were confronted with different therapists during their treatment and they complained about the unquiet atmosphere in the outpatient centers. There was also a study performed regarding the evaluation of the RIAGG-services by the general practitioners (Zepeda Cambronero Mansveld, Abraham & Akkerhuis, in preparation). This study was restricted to the area around the city of Leiden and the result showed a divided distribution of attitudes toward the very positive or very negative end. Within a year, however, - the practitioners were then asked for their opinion a second time - the negative judgements had changed somewhat to the positive end, due to the common endeavour that the two parties had made in the mean time to solve the existing problems. In spite of the still existing wish that there should be more space and possibilities (i.e. legal and financial support) for private therapeutic practices, with joined forces some of the obvious problems of the RIAGG can be overcome.

Astonishing, in comparison to the German health-care system for example, is a complete lack of psychosomatic hospitals in the Netherlands, which clearly shows a different tradition of treating these illnesses in the two countries. Some time ago I have started an investigation in both countries on the attitudes toward health and illness (German form of the interview by Hentschel & Kießling, 1986, Dutch form by

Hentschel & Bekker, 1987) with different samples: normal 'healthy' people and also a subsample of psychosomatic patients. At this moment I can report only the preliminary results of some unpublished master theses (Diplomarbeiten) of students of mine who took part in this investigation. According to the results of Marion Reinsch (1987), who interviewed 40 Dutch respondents and compared them to a German sample of 129 subjects, the Dutch family doctor has a very good image, he is preferred by 83% (German sample 55%) compared to a much lower preference for the specialist by 10% (German sample 21%). The Dutch respondents have, again in comparison with the German respondents, a better image of their hospitals and as medical patients they seem also to have a better compliance than the German respondents. Comparing these two samples, psychotherapy seems to be more popular among the German subjects. On the fictional question what they would do in case of an ulcer roughly 70% of the Dutch patients (31% of the German subjects) would leave the decision to the doctor, whereas 80% of the German patients at the first place would consider a change of their life-style (Dutch subjects 32%) and 40% would probably seek some kind of psychotherapy (Dutch subjects 6%). According to these results the German subjects seem also to be more afraid of infections than the Dutch respondents and they have a different pattern of what they think are important activities for the prevention of illness. I have included in the interview 2 short projective stories about two case-histories of a good and a bad outcome of an ulcer. Two old ladies are discussing why in the case of the one the ulcer was cured and she preserved her health, whereas the other had been sick and frail all her life. For both cases there were 12 possible explanatory alternatives given and the subjects were asked to choose the 4 most probable ones according to their opinion. The 12 alternatives can be divided into 4 groups, with reasons due to 'physical constitution and heredity', 'psychological personality characteristics', 'social support' and an 'appropriate medical treatment'. The Dutch respondents see the main reason for the good outcome in personality characteristics and for the bad outcome in constitutional factors, whereas the German subjects give a higher rank to personality characteristics for the bad outcome and social support factors for the good outcome. We do not know, of course, if our interviewees would act in the way as they have reported in the case they really had an ulcer and we do not know if they would ascribe the same reasons to themselves if they suffered from an ulcer in reality, but what we can infer from their answers are different attitudes, attributions, images and subjective interpretations of treatment features for the two samples and what we can expect is that these variables are also influencing the actual interaction between the patients and the doctors.

Exclusively for the German situation we have compared (cf. Hoock, 1988) the attitudes of 40 psychosomatic patients and a matched control group toward health and illness, using the same interview. The psychosomatic patients were more critical toward traditional medical treatment and more differentiated in their opinions, referring more often to emotional and social conditions as possible reasons for illness. This is a result that we, with the concept of alexithymia as one possible hypothesis for the expected pattern of answers in mind, have not predicted. As 36 of the psychosomatic patients had at least some experience of psychotherapy compared to only 9 of the control group, this result possibly might be one of the side-effects of the therapeutic learning process.

Another attempt to find differential effects in the needs of the patients was made by using some questions of the interview as a mean to classify patients according to their tendency to use holistic ideas, i.e. a classification into a group with a high versus a group with a low level of an holistic attitude (Glas, 1988). These results are again up to now only available for the German subsample (N = 209, in part the same subjects as in the earlier mentioned samples). Patients with a low holistic attitude put a stronger weight on the efficiency of a special treatment, they give also less critical comments on hospitals and the consumption of pills. The holistic subjects have a more person-related image of health and illness. They prefer more frequently than the comparison group, in case of a fictional ulcer for example, the treatment of psychotherapy. They think that reasons for illness in general can be found in such life-style variables as stress, family relations and the socially imposed need for achievement, and they also tend to regard more illnesses as psychosomatic ones.

Can treatments be planned in such a way that they differentially take into account the personality-related or group-specific needs and attitudes of patients? There is, as far as I know, no project considering different types of general attitudes as moderator variables for treatment, but there is the approach of clinical decision analysis (cf. Weinstein et al., 1980) an approach that is also vividly represented in the Netherlands by the 'Center for Decision Analysis' at the Erasmus University in Rotterdam (cf. Lubsen & Hunnink, 1984; Warndorff, Pouls & Knottnerus, 1988). A task for clinical decision analysis is usually to compare different treatments according to a certain utility measure. A possible question would be whether vaccination is a useful preventive measure for a certain disease (reduced incidences of the illness versus risks of vaccination as utility measure), but in clinical decision analysis also quality of life aspects can be incorporated as utilities (cf. Kassirer, Moskowitz, Lau & Pauker, 1987) and it is possible to consider even general attitudes of patients, under the condition that these attitudes are stable and valid, i.e., for example, related to compliance or to other generally the recovering process determining factors. That is also a main perspective under which we want to see our attempts at classifying patient attitudes.

Another general problem of health-care, which in some European countries obviously gains importance, is 'how to successfully prevent illnesses'. For the Netherlands and Germany the topic is also economically very important, because both countries are confronted with the problem of an ageing population in the near future. The prediction for both countries is that the costs for health insurances can be kept under control only if treatment costs do not raise too much, which in turn can only be achieved if the treatment-expenses for the subpopulation of older people can be cut down compared to the actual expenses per capitum now. Active prevention seems to be one of the promising strategies for solving the expected problems, but even here a differential approach taking care of the needs, attitudes and personality characteristics of subgroups seems highly recommendable. In the Netherlands a number of private and public institutions are involved in prevention programs (cf. v.d. Water, 1989). One of the most prominent institutions among these is probably the National Institute for Prevention Health Care (Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg: NIPG) that studies all social-medical aspects of ageing and strategies for reducing morbidity and mortality, as well as the improvement of quality of life for specific groups. On the

European level special programs, also relevant for illness prevention, are worked out and evaluated by the European Foundation for the Improvement of Living- and Workingconditions, which just has started a new three years plan.

Altogether the different pathways of bio-, psycho- and social approaches to health cover such a great number of different possible strategies for an optimal treatment of patients, that they will lead even in the future certainly to different solutions in different countries. What I have mainly tried to stress in this contribution is the differential aspect of treatment and prevention, which should be given more attention in the general structure of the health-care system and in the planning of actual programs.

A bio-psycho-social approach to health that wants to see the three areas in some form of integration (cf. v. Uexküll, 1988) requires also clearly another kind of discourse with patients than the technical form of medical language that tries to exclude all personal psycho-social and social contexts (Waitzkin, 1989), which from another perspective just are the illness-provoking phenomena (for a number of impressive case histories see Huebschmann, 1985). Last, but not least an integrated bio-psycho-social treatment approach requires also a different criterium for health than the very restricted one of the 'ability to work' which dominates to a great deal modern medicine (cf. Waitzkin, 1989). The concept that healthy individuals should be able to work, love and play and solve their personal and social problems favored so strongly in the tradition of psychoanalysis (cf. Vaillant, 1977) is a more advanced criterium and at the same time a good reflection of the idea that mental health is an indispensable part of the condition of health in general.

References

- Consumentengids (1986) Psychische nood: een zorg apart. [Psychological distress: a special worry]. Consumentengids, 34, nr. 11, pp. 504-509
- Glas, K. (1988) Laienvorstellungen zu psychosozialen Aspekten von Krankheit und Gesundheit. [Laymen ideas on psycho-social aspects of illness and health]. Unpublished thesis, Johannes Gutenberg University, Mainz.
- Hentschel, U. & Bekker, F.J. (1987) Interview: ziekte en gezondheid. [Interview: illness and health]. University of Leiden.
- Hentschel, U. & Kießling, M. (1986) Interview: Krankheit und Gesundheit. [Interview: illness and health]. Johannes Gutenberg University, Mainz.
- Hooek, B. (1988) Einstellung zu Krankheit und Gesundheit: ein Vergleich psychosomatisch Erkrankter und Nichterkrankter. [Attitude toward illness and health: a comparison of psychosomatic patients and a healthy control group]. Unpublished thesis, Johannes Gutenberg University, Mainz.
- Huebschmann, H. (1985) Dialog als Therapie. [Dialogue as therapy]. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 10, 206- 217.
- Kassirer, J.P., Moskowitz, A.J., Lau, J. & Pauker, S.G. (1987) Decision analysis: A Progress Report. Annals of internal medicine, 106, 275-291.
- Lubsen, J. & Hunnink, M.G.M. (1984) Medische besliskunde: een oud probleem in een nieuwe jas. [Medical decision analysis: an old problem in new clothes]. Ned. Tijdschrift Geneeskunde, 128, 249-257.

- Payer, L. (1988) *Medicine and culture*. New York: Holt.
- Reinsch, M. (1987) *Einstellung zu Krankheit und Gesundheit im interkulturellen Vergleich (NL - D)*. [Attitude toward illness and health in a cross-cultural comparison (NL - D)]. Unpublished thesis, Johannes Gutenberg University, Mainz.
- Uexküll, Th. von (Ed.) (1986) *Psychosomatische Medizin*. [Psychosomatic medicine]. 3rd ed., München: Urban & Schwarzenberg.
- Vaillant, G.E. (1977) *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown and Company.
- Waitzkin, H. (1989) A critical theory of medical discourse: ideology, social control, and the processing of social context in medical encounters. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 220-239.
- Warndorff, D.K., Pouls, C.J.M. & Knottnerus, J.A. (1988) *Medische besliskunde in Nederland* [Medical decision analysis in the Netherlands]. *Medisch contact*, 43, (39) 1174-1178.
- Water, H.P.A. v.d. (1989) *Bouwen aan basisgezondheidszorg*. [Structuring the basic health-care system]. Dissertation, Erasmus University Rotterdam.
- Weinstein, M.C., Fineberg, J.V., Elstein, A.S., Frazier, H.S., Neuhauser, D., Neutra R.R. & McNeil, B.J. (1980) *Clinical decision analysis*. Philadelphia: Saunders.
- Zepeda Cambronero E.R., Mansveld M.E.J., Abraham, R.A., Akkerhuis, G.W. (in preparation) *RIAGG en huisartsen - een vervolg*. [RIAGG and general practitioners - continued]. University of Leiden.

Uwe Hentschel University of Leiden Department of Psychology Unit of Personality Psychology 2333 AK Leiden The Netherlands

Literatur N – Z

Wer hätte nicht schon immer gerne die Literatur unmittelbar zur Hand gehabt, die er jetzt gerade braucht. Weder die nahegelegene Bibliothek, sofern vorhanden, noch der DIMDI Service, den die meisten sowieso nur vom Hörensagen kennen, hilft hier weiter. Was hilft ist nur unser Angebot, die privaten Sammlungen der Bibliomanen, der Literaturophilen der PPmP Diskjournal Leserschaft zugänglich zu machen. Wir laden Sie ein, uns Ihre umfänglichen Sammlungen von Literatur zu den verschiedenen Themengebieten unseres Faches zur Veröffentlichung anzubieten.

Wir setzen diesen speziellen Service mit dem Abdruck der Ulmer psychoanalytischen Lehrbuch - Literatur: Die Datei umfasst ca. 2400 Literaturangaben, die aus Thomä & Kächele Band 1 und 2, sowie Dahl et al. (1988) stammen.

Universität Ulm, Abteilung für Psychotherapie, Am Hochsträß 8 D-7900 Ulm

Nacht S (1964) Silence as an integrative factor. Int J Psychoanal 45:299-303

Nase E, Scharfenberg J (1977) Psychoanalyse und Religion .
Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt

Nedelmann C (1980) Behandlungsziel und Gesundheitsbegriff der Psychoanalyse.
In: Bach H (Hrsg) Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse.
Bestimmungsversuche auf einem Psychoanalytiker- Kongreß der Deutschen
Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 1980 .
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 55-67

Needles W (1959) Gesticulation and speech. Int J Psychoanal 40:291-294

Neisser U (1976) Cognition and reality. Principles and implications of
cognitive psychology . Freeman, San Francisco

Neisser U (1979) Kognition und Wirklichkeit. Prinzipien und Implikationen der
kognitiven Psychologie . Klett-Cotta, Stuttgart. Engl: (1976) Cognition and
reality. Principles and implications of cognitive psychology. Freeman, San
Francisco

Nemiah JC, Sifneos PE (1970) Psychosomatic illness: a problem in
communication. Recent research in psychosomatic. Psychother Psychosom
18:154-160

- Nerenz K (1983) Eine Legende zum Begriff der Gegenübertragung. In: Hoffmann SO (Hrsg) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse . Fischer, Frankfurt am Main, S 146-151
- 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 (1987) Change in self-esteem during psychoanalysis: a single case study. In: Cheshire NM, Thomä H (Hrsg) Self, symptoms and psychotherapy . Wiley & Sons, New York Chichester, S 243-265
- Neumann H (1987) Ein Ohr für den Partner. Forum Psychoanaly 3:112- 126
- Neuser J, Quabeck K, Beelen DW, Schäfer UW, Stäcker K-H (1987) Stressors under bone marrow transplantation - an empirical longitudinal study of adult patients. Syllabus, Current concepts in Psycho-Oncology and AIDS, New York, Sept 17-19,1987
- Neuser J, Quabeck K, Beelen DW, Schäfer UW, Stäcker K-H (1988) Prevalence of severe mood disturbance under bmt. Abstract, European Cooperative Group for Bone Marrow Transplantation, Chamonix 10.-14.4.1988
- Neuser J, Schäfer UW, Stäcker K-H (1988a) Psychological distress under bmt for leukemia: a longitudinal prospective study. Bone Marrow Transplantation 3[Suppl 1: Proceedings of XIVth Annual meeting of the European Cooperative Group for Bone Marrow Transplantation]:290-291
- Neuser J, Schäfer UW, Stäcker K-H (1988b) Psychological stress under bone marrow transplantation: prevalence of mood disturbance. J Cancer res Clin Oncol 114[Suppl]:
- Neuser J (in press) Personality and survival time after bone marrow transplantation. J Psychosom Res
- Neuser J, Höfer I, Beelen DW, Quabeck K, Schäfer UW, Stäcker K-H (in press) Mood disturbance under bone marrow transplantation for leukemia: estimation of prevalence rate in adult patients.

- Neyraut M (1974) Le transfert. Etude psychoanalytique . Presses Universitaires de France, Paris. Dt: Die Übertragung. Eine psychoanalytische Studie. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Niederland WG (1959) The "miracled up" world of Schreber's childhood. Psychoanal Study Child 14:383-413
- Nietzsche F (1973) Sämtliche Werke, Bd 1, Morgenröte . Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Nisbett RE, Wilson T (1977) Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. Psychol Rev 84:231-259
- Norman HF, Blacker KH, Oremland JD, Barrett WG (1976) The fate of the transference neurosis after termination of a satisfactory analysis. J Am Psychoanal Assoc 24:471-498
- Noy P (1978) Insight and creativity. J Am Psychoanal Assoc 26:717- 748
- Nunberg H (1930) Die synthetische Funktion des Ich. Int Z Psychoanal 16:301-318. Engl: (1931) The synthetic function of the ego. Int J Psychoanal 12:123-140
- Nunberg H (1951) Transference and reality. Int J Psychoanal 32:1-9
- Oevermann U, Allert T, Konau E, Krambeck (1979) Die Methodologie einer <objektiven Hermeneutik> und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner HG (Hrsg) Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften . Metzler, Stuttgart, S
- Office of Technology Assessment OTA (1980) The implications of cost-effectiveness analysis of medical technology (Background paper no 3: The efficacy and cost effectiveness of psychotherapy). Washington
- Ogden TH (1979) On projective identification. Int J Psychoanal 60:357-373. Dt: (1988) Die projektive Identifikation. Forum Psychoanal 4:1-21
- Olbrich E, Todt E (1984) Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen . Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Olinick SL (1964) The negative therapeutic reaction. Int J Psychoanal 45:540-548

- Olinick SL (1970) Negative therapeutic reaction. J Am Psychoanal Assoc 18:655-672
- Orlinsky D, Howard K (1983) The therapy session report. In: Greenberg L, Pinsof W (Hrsg) The psychotherapeutic process. A research handbook . Guilford, New York, S
- Orlinsky D, Howard KI (1986) Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield S, Bergin AE (Hrsg) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 3rd edn . Wiley, New York, S 311-381
- Orlinsky D (1987) Patients and therapists intersession experience. In: Kächele H, Cierpka M, Hölzer M (Hrsg) 18th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Ulm, S 26-28. PSZ-Verlag,
- Ornstein RE (1969) On the experience of time . Penguin Books, Baltimore
- Ornston D (1982) Strachey's influence. A preliminary report. Int J Psychoanal 63:409-426
- Ornston D (1985a) Freud's conception is different from Strachey's. J Am Psychoanal Assoc 33:379-412
- Ornston D (1985b) The invention of "cathexis" and Strachey's strategy. Int Rev Psychoanal 12:391-412
- Orr WD (1954) Transference and countertransference. A historical study. J Am Psychoanal Assoc 2:621-670
- Ortony A (Hrsg) (1979) Metaphor and thought . Cambridge Univ Press, Cambridge
- Ostow M (1966) Psychopharmaka in der Psychotherapie . Huber/Klett, Bern/Stuttgart
- Overbeck G (1977) Das psychosomatische Symptom. Psyche 31:333-354
- Paivio A (1971) Imagery and verbal processes . Holt, Rinehardt & Winston, New York
- Palazzoli Selvini M (1986a) Towards a general model of psychotic family games. J Marital Family Therapy 12:339-349

Palazzoli Selvini M (1986b) Rejoinder to Anderson. J Marital Family Therapy
12:355-357

Palombo SR (1973) The associative memory tree. Psychoanal Contemp Sci
2:205-219

Papousek H, Papousek M (1979) Early ontogeny of human social interaction: its
biological roots and social dimensions. In: Foppa K, Lepenies W, Ploog D (Hrsg)
Human ethology: Claims and limits of a new discipline . Cambridge Univ Press,
Cambridge, S 456-489

Papousek M (1981a) Die Bedeutung musikalischer Elemente in der frühen
Kommunikation zwischen Eltern und Kind. Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik
3:412-415

Papousek H (1981b) The common in the uncommon child: Comments on the
child's integrative capacities and on parenting. In: Lewis M, Rosenblum LA
(Hrsg) The uncommon child . Plenum Press, New York, S 317-328

Papousek H, Papousek M (1983) Interactional failures. Their origins and
significance in infant psychiatry. In: Call JD, Galenson E, Tyson RL (Hrsg)
Frontiers of infant psychiatry . Basic Books, New York, S 31-37

Papousek H, Papousek M, Giese R (1984) Die Anfänge der Eltern- Kind-Beziehung.
In: Frick-Bruder V, Platz P (Hrsg) Psychosomatische Probleme in der
Gynäkologie und der Geburtshilfe . Springer, Berlin Heidelberg New York
Tokyo, S 187-203

Parin P (1978) Warum die Psychoanalytiker so ungern zu brennenden
Zeitproblemen Stellung nehmen. Eine ethnologische Betrachtung. Psyche
32:385-399

Parin P, Parin-Matthèy G (1983a) Medicozentrismus in der Psychoanalyse. Eine
notwendige Revision der Neurosenlehre und ihre Relevanz für die Theorie der
Behandlungstechnik. In: Hoffmann SO (Hrsg) Deutung und Beziehung. Kritische
Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse .
Fischer, Frankfurt am Main, S 86-106

Parin P, Parin-Matthèy G (1983b) Gegen den Verfall der
Psychoanalyse. Gespräch mit A. Messerli. Tell 15:9-15

Parkin A (1980) On masochistic enthrallment. A contribution to the study of
moral masochism. Int J Psychoanal 61:307-314

Parloff (1969) @ .

Parloff MB, Waskow IE, Wolfe BE (1978) Research on therapist variables in relation to process and outcome. In: Garfield SL, Bergin AE (Hrsg) Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis, 2nd edn . Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane, S 233-282

Parsons T (1964) Social structure and personality . Free Press, London

Patenaude AF, Szymanski L, Pappeport JM (1979) Psychological costs of bone marrow transplantation in children. Amer J Orthopsychiat 49:409-422

Patenaude AF, Pappeport JM (1982) Surviving bone marrow transplantation: the patient in the other bed. Annals Intern Med 97:915-918

Perrez M (1972) Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft? . Huber, Bern
Stuttgart Wien

Perrez M, Otto J (Hrsg) (1978) Symptomverschiebung. Ein Mythos oder ein unklar gestelltes Problem? . Otto Müller Verlag, Salzburg

Perrez M (1983) Wissenschaftstheoretische Probleme der klinischen Psychologie. Psychotherapeutische Methoden - zum Stand ihrer metatheoretischen Diskussion. In: Minsel WR, Scheller R (Hrsg) Forschungskonzepte der klinischen Psychologie (Brennpunkte der klinischen Psychologie, Bd 6) . Kösel, München, S 148-163

Peterfreund E (1975) How does the analyst listen? On models and strategies in the psychoanalytic process. Psychoanal Contemp Sci 4:59-101

Peterfreund E (1978) Some critical comments on psychoanalytic conceptualizations of infancy. Int J Psychoanal 59:427-441

Peterfreund E (1980) On information and systems models for psychoanalysis. Int Rev Psychoanal 7:327-345

Peterfreund E (1983) The process of psychoanalytic therapy. Models and strategies . Analytic Press, Hillsdale NJ

Peterfreund E (1986) Reply to Eagle and Wolitzky. Psychoanal Contemp Thought 9:103-124

- Petermann F (1982) Einzelfalldiagnose und klinische Praxis . Kohlhammer, Stuttgart
- Petzold E (1979) Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia nervosa . Verlag für Med Psychologie, Göttingen
- Pfandl L (1935) Der Narzißbegriff. Versuch einer neuen Deutung. Imago 21:279-310
- Pfeffer AZ (1959) A procedure for evaluating the results of psychoanalysis. A preliminary report. J Am Psychoanal Assoc 7:418- 444
- Pfeffer AZ (1961) Follow-up study of a satisfactory analysis. J Am Psychoanal Assoc 9:698-718
- Pfeffer AZ (1963) The meaning of the analyst after analysis. A contribution to the theory of therapeutic results. J Am Psychoanal Assoc 11:229-244
- Pfeifer R, Leuzinger-Bohleber M (1986) Applications of cognitive science methods to psychoanalysis: a case study and some theory. Int Rev Psychoanal 13:221-240
- Pfister O (1944) Das Christentum und die Angst . Artemis, Zürich
- Pfister O (1977[1928]) Die Illusion einer Zukunft. In: Nase E, Scharfenberg J (Hrsg) Psychoanalyse und Religion . Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, S 101-141
- Philippopoulos GS (1979) The analysis of a case of dysmorphophobia (psychopathology and psychodynamics). Can J Psychiatry 24:397-401
- Philipps JH (1962) Psychoanalyse und Symbolik . Huber, Bern
- Piaget J (1954) The construction of reality in the child . Basic Books, New York
- Pinegger-O'Connor G, Bender-Götze C (1980) Betreuung minderjähriger Knochenmarkspender. Münch med Wschr 122:597-601
- Pines M (1985) On the question of revision of the Standard Edition of Freud's writing. Int J Psychoanal 66:1-2
- Platon (oJ) Sämtliche Werke, Bd 1. Das Gastmahl . Schneider, Berlin

- Polanyi M (1958) Personal knowledge. Towards a post-critical philosophy .
Routledge & Kegan Paul, London
- Pollock GH (1971) Temporal anniversary manifestations: hour, day, holiday.
Psychoanal Q 40:123-131
- Pollock GH (1977) The psychosomatic specificity concept: its evolution
and re-evaluation. Annu Psychoanal 5:141-168
- Pontalis JB (1968) Nach Freud . Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Popkin MK, Moldow CF (1977) Stressors and responses during bone marrow
transplantation. Arch Int Med 137:725
- Popkin MK, Moldow CF, Hall RCW, Branda RF, Yarchoan R (1977) Psychiatric
aspects of allogenic bone marrow transplantation for aplastic anaemia. Dis
Nerv Syst 38:925-927
- Popper KR (1969) Logik der Forschung, 3. erw Aufl . Mohr, Tübingen
- Popper KR, Eccles JC (1977) The self and its brain. An argument for
interactionism . Springer, Berlin Heidelberg New York. Dt: (1982) Das Ich
und sein Gehirn. Piper, München
- Porder MS (1987) Projective identification: an alternative hypothesis.
Psychoanal Q 56:431-451
- Pressman MD (1969) The cognitive function of the ego in psychoanalysis.
I. The search for insight. Int J Psychoanal 50:187-196
- Pribilla O (1980) Arztrechtliche Fragen und Probleme in der
Psychotherapie. Dt Ärztebl 38:2250-2254
- Pribram KH, Gill MM (1976) Freud's project reassessed . Hutchinson,
London
- Prim R, Tilmann H (1973) Grundlagen einer kritisch-rationalen
Sozialwissenschaft . Quelle & Meyer, Heidelberg
- Pulver SE (1978) Survey of psychoanalytic practice 1976. Some trends and
implications. J Am Psychoanal Assoc 26:615-631. Dt: (1984) Erhebung über
die psychoanalytische Praxis 1976. Tendenzen und Konsequenzen. Psyche
38:63-82

- Pulver SE (1987a) How theory shapes technique: perspectives on a clinical study. *Psychoanal Inquiry* 7:141 - 299
- Pulver SE (1987b) Prologue to "How theory shapes technique: perspectives on a clinical study". *Psychoanal Inquiry* 7:141-145
- Pulver SE (1987c) Epilogue to "How theory shapes technique: perspectives on a clinical study". *Psychoanal Inquiry* 7:289-299
- Quervain PF de (1978) *Psychoanalyse und dialektische Theologie* . Huber, Bern Stuttgart Wien
- Quint H (1984) Der Zwang im Dienst der Selbsterhaltung. *Psyche* 38:717-737
- Racker H (1957) The meanings and uses of countertransference. *Psychoanal Q* 26:303-357
- Racker H (1968) *Transference and countertransference* . Int Univ Press, New York. Dt: (1978) *Übertragung und Gegenübertragung*. Reinhardt, München Basel
- Rad M von (1987) Diskussionsbemerkung. In: Hahn P, Jacob W (Hrsg) *Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag* . Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 163-165
- Radebold H (1982) Probleme der psychotherapeutischen Technik bei neurotischen und reaktiven Erkrankungen im höheren und hohen Lebensalter. In: Helmchen H, Linden M, Rüger U (Hrsg) *Psychotherapie in der Psychiatrie* . Springer, Berlin Heidelberg New York, S 303-309
- Radó S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (Hrsg) (1930) *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt* . Int Psychoanal Verlag, Wien
- Rager G (1988) Das Menschenbild im materialistischen Emergentismus von Bunge. *Z Klin Psychol, Psychopath, Psychother* 36:368-373
- Ramzy I (1974) How the mind of the psychoanalyst works. An essay on psychoanalytic inference. *Int J Psychoanal* 55:543-550

Rangell L (1959) The nature of conversion. J Am Psychoanal Assoc 7:632-662.
Dt: (1969) Die Konversion. Psyche 23:121-147

Rangell L (1966) An overview of the ending of an analysis. In: Litman RE
(Hrsg) Psychoanalysis in the Americas. Original Contributions from the
First Pan-American Congress for Psychoanalysis . Int Univ Press, New York,
S 141-165

Rangell L (1968) A point of view on acting out. Int J Psychoanal 49:195-201

Rangell L (1971) The decision making progress. A contribution from
psychoanalysis. Psychoanal Study Child 26:425-452

Rangell L (1981) Psychoanalysis and dynamic psychotherapy. Similarities and
differences twenty-five years later. Psychoanal Q 50:665-693

Rangell L (1984) The analyst at work. The Madrid congress. Synthesis
and critique. Int J Psychoanal 65:125-140

Rank O (1914) Der Doppelgänger. Imago 3:97-164

Rank O (1924) Eine Neurosenanalyse in Träumen . Int Psychoanal Verlag,
Leipzig Wien Zürich

Rapaport D (1942) Emotions and memory . Williams & Wilkins, Baltimore.
Dt: (1977) Gefühl und Erinnerung. Klett, Stuttgart

Rapaport D (1953a) On the psycho-analytic theory of affects. Int J Psychoanal
34:177-198

Rapaport D (1953b) Paul Schilder's contribution to the theory of thought-
processes. Translator's foreword. In: Schilder P (Hrsg) Medical psychology .
Int Univ Press, New York, S 7-16

Rapaport D (1959) A historical survey of psychoanalytic ego psychology. In: Klein
GS (Hrsg) Identity and the life cycle. Selected papers by Erik H Erikson (
Psychological issues, Bd 1,no 1, monograph 1) . Int Univ Press, New York, S
5-17

Rapaport D, Gill M (1959) The points of view and assumptions of
metapsychology. Int J Psychoanal 40:153-162

- Rapaport D (1960) The structure of psychoanalytic theory. A systematizing attempt (Psychological issues, Bd 2, no 2, monograph 6) . Int Univ Press, New York
- Rapaport D (1967) The collected papers of David Rapaport . Basic Books, New York
- Rapaport D (1967) A theoretical analysis of the superego concept. In: Gill MM (Hrsg) The collected papers of David Rapaport . Basic Books, New York, S 685-709
- Rapaport D (1970) Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Versuch einer Systematik . Klett, Stuttgart. Engl: (1960) The structure of psychoanalytic theory. A systematizing attempt (Psychological issues, vol 2, no 2, monograph 6). Int Univ Press, New York
- Rapaport D (1974) The history of the concept of association of ideas . Int Univ Press, New York
- Rapaport EA (1956) The management of an erotized transference. Psychoanal Q 25:515-529
- Redlich FC, Freedman DX (1966) The theory and practice of psychiatry, 3rd edn . Basic Books, New York. Dt: (1970) Theorie und Praxis der Psychiatrie. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Redlich FC (1968) Psychoanalyse und soziale Verantwortung. Psyche 22:658-671
- Reed GS (1987) Scientific and polemical aspects of the term "transference neurosis" in psychoanalysis. Psychoanal Inquiry 7:465-483
- Rehberg KS (1985) Die Theorie der Intersubjektivität als eine Lehre vom Menschen. In: Joas H (Hrsg) Das Problem der Intersubjektivität. Neuere Beiträge zum Werk GH Meads . Suhrkamp, Frankfurt am Main, S @
- Reich W (1933) Charakteranalyse. Technik und Grundlagen für studierende und praktizierende Analytiker . Selbstverlag des Autors, Wien
- Reich A (1951) On counter-transference. Int J Psychoanal 32:25-31
- Reichenbach H (1938) Experience and prediction . Univ Chicago Press, Chicago

- Reid JR, Finesinger JE (1952) The role of insight in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 108:726-734
- Reider N (1972) Metaphor as interpretation. *Int J Psychoanal* 53:463-469
- Reik T (1948) *Listening with the third ear*. Farrar Straus & Giroux, New York
- Reik T (1976) Hören mit dem dritten Ohr. Die innere Erfahrung eines Psychoanalytikers. Hoffmann & Campe, Hamburg. Engl: (1948) *Listening with the third ear*. Farrar Straus & Giroux, New York
- Reis WJ (1970) Formen der freien Assoziation zu Träumen. *Psyche* 24:101-115
- Reiser MF (1985) Converging sectors of psychoanalysis and neurobiology. Mutual challenges and opportunity. *J Am Psychoanal Assoc* 33:11-34
- Reiss D (1983) Illusion as a tool in psychoanalytic investigation. *Psychoanal Contemp Thought* 6:331-402
- Reiter L (1973) Zur Bedeutung der Sprache und Sozialisation für die Psychotherapie von Patienten aus der sozialen Unterschicht. In: Strotzka H (Hrsg) *Neurose, Charakter, soziale Umwelt*. Kindler, München, S 157-179
- Reiter L (1975) Wissenschaftstheoretische Probleme der Psychotherapie. In: Strotzka H (Hrsg) *Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. Urban & Schwarzenberg, München, S 7-31
- Rentrop E, Straschill M (1986) Der Einfluß emotionaler Faktoren beim Auftreten des idiopathischen Torticollis spasmodicus. *Z Psychosom Med Psychoanal* 32:44-59
- Richards IA (1936) *The philosophy of rhetoric*. Oxford Univ Press, London Oxford New York
- Richards AD (1980) Technical consequences of object relations theory. *J Am Psychoanal Assoc* 28:623-636
- Richards AD (1984) The relation between psychoanalytic theory and psychoanalytic technique. *J Am Psychoanal Assoc* 32:587-602

- Richfield J (1954) An analysis of the concept of insight. *Psychoanal Q* 23:390-408
- Richter HE, Beckmann D (1969) *Herzneurose* . Thieme, Stuttgart
- Richter HE (1970) *Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie* . Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Richter HE (1976) *Flüchten oder Standhalten* . Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Richter HE (1984) Sterbeangst und Destruktivität. *Psyche* 38:1105- 1123
- Richter HE (1985) Als Psychoanalytiker in der Friedensbewegung. *Psyche* 39:289-300
- Rickman J (1957) *Selected contributions to psychoanalysis* . Basic Books, New York
- Ricoeur P (1965) *De l'interprétation* . Seuil, Paris
- Ricoeur P (1969) *Die Interpretation. Ein Versuch über Freud* . Suhrkamp, Frankfurt am Main. Fr: (1965) *De l'interprétation*. Seuil, Paris
- Ricoeur P (1969) *Le conflit des interprétations. Essais d'herméneutique* . Seuil, Paris
- Ricoeur P (1974) *Hermeneutik und Psychoanalyse* . Kösel, München. Fr: (1969) *Le conflit des interprétations. Essais d'herméneutique*. Seuil, Paris
- Riemann F (1973) Fritz Riemann. In: Pongratz LJ (Hrsg) *Psychotherapie in Selbstdarstellungen* . Huber, Bern Stuttgart Wien, S 346-376
- Rivers WHR (1920) *Instinct and the unconscious. A contribution to a biological theory of the psycho-neuroses* . Cambridge Univ Press, Cambridge
- Riviere J (1936) Zur Genese des psychischen Konfliktes im frühen Lebensalter. *Int Z Psychoanal* 22:487-512. Engl: (1936) On the genesis of psychical conflict in earliest infancy. *Int J Psychoanal* 17:395-422
- Roback HB (1974) Insight. A bridging of the theoretical and research literature. *Canadian Psychologist* 15:61-88

- Robbins WS (1975) Termination: Problems and techniques. J Am Psychoanal Assoc 23:166-176
- Robbins M (1988) Use of audiotape recording in impasses with severely disturbed patients. J Am Psychoanal Assoc 36:61-75
- Rochlin G (1973) Man's aggression. The defence of the self . Gambit, Boston
- Rogers R (1942) The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. Am J Orthopsychiatry 12:429-434
- Rogers R (1978) Metaphor: a psychoanalytic view . Calif Univ Press, Berkeley
- Roheim G (1917) Spiegelzauber. Imago 5:63-120
- Roiphe H, Galenson E (1981) Infantile origins of sexual identity . Int Univ Press, New York
- Roland A (1971) The context and unique function of dreams in psychoanalytic therapy. Clinical approach. Int J Psychoanal 52:431-439
- Rooijmanns HGM, Kraal-Dingjan CGA, Pluut RA, Zwaan FE (1979) Psychological aspects of the treatment of patients with bone marrow insufficiency. Neth J Med 22:138-142
- Rosen VH (1969) Sign phenomena and their relationship to unconscious meaning. Int J Psychoanal 50:197-207
- Rosenblatt AD, Thickstun JD (1977) Energy, information, and motivation. A revision of psychoanalytic theory. J Am Psychoanal Assoc 25:537-558
- Rosenfeld H (1955) Notes on the psycho-analysis of the super-ego conflict in an acute schizophrenic patient. In: Klein M, Heimann P, Money-Kyrle RE (Hrsg) New directions in psycho-analysis . Basic Books, New York, S 180-219
- Rosenfeld H (1971a) Beitrag zur psychoanalytischen Theorie des Lebens- und Todestriebes aus klinischer Sicht. Eine Untersuchung der aggressiven Aspekte des Narzißmus. Psyche 23:476-493. Engl: (1971) A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts. An investigation into the aggressive aspects of narcissism. Int J Psychoanal 52:169-178

- Rosenfeld H (1971b) A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts. An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *Int J Psychoanal* 52:169-178
- Rosenfeld H (1971c) Contribution to the psychopathology of psychotic states: the importance of projective identification in the ego structure and the object relation of the psychotic patient. In: Foucet P, Laurin C (Hrsg) *Problems of psychosis* . The Hague: Excerpta Medica, S 115-128
- Rosenfeld H (1972) A critical appreciation of James Strachey's paper on the nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 53:455-461
- Rosenfeld H (1975) Negative therapeutic reaction. In: Giovacchini PL (Hrsg) *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy, vol 2* . Hogarth, London, S 217-228
- Rosenfeld H (1981) Zur Psychopathologie der Hypochondrie. In: Rosenfeld H (Hrsg) *Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände* . Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 209-233
- Rosenfeld H (1987) *Impasse and interpretation* . Tavistock, London
- Rosenkötter L (1973) Die psychoanalytische Situation als Grundlage der psychoanalytischen Therapie. *Psyche* 27:989-1000
- Rosenkötter L (1983) Alexander Mitscherlich als Chef und Lehrer. *Psyche* 37:346-351
- Rosenthal D, Frank JD (1958) The fate of psychiatric clinic out- patients assigned to psychotherapy. *J Nerv Ment Diseases* 127:330- 343
- Ross M (1973) Some clinical and theoretical aspects of working through. *Int J Psychoanal* 54:331-343
- Rothenberg A (1984) Creativity and psychotherapy. *Psychoanal Contemp Thought* 7:233-268
- Rothstein A (1983) *The structural hypothesis. An evolutionary perspective* . Int Univ Press, New York

- Ruberg W (1981) Untersuchung sprachlicher Reaktionen von Patienten auf Tonbandaufnahmen psychoanalytischer Behandlungen. Diss Dr.rer.biol.hum., Universität Ulm
- Rubinstein E, Parloff MB (Hrsg) Research in psychotherapy . American Psychological Association, Washington
- Rubinstein BB (1967) Explanation and mere description. A metascientific examination of certain aspects of the psychoanalytic theory of motivation. In: Holt RR (Hrsg) Motives and thought. Psychoanalytic essays in honor of David Rapaport (Psychological issues, Bd 5, no 2-3, monograph 18-19) . Int Univ Press, New York, S 18-77
- Rubinstein BB (1972) On metaphor and related phenomena. Psychoanal Contemp Sci 1:70-108
- Rubinstein BB (1973) On the logic of explanation in psychoanalysis. Psychoanal Contemp Sci 2:338-358
- Rubinstein BB (1976) On the possibility of a strictly clinical psychoanalytic theory. An essay in th philosophy of psychoanalysis. In: Gill MM, Holzman PS (Hrsg) Psychology versus metapsychology. Psychoanalytic essays in memory of George S. Klein (Psychological issues, Bd 9, no 4, monograph 36) . Int Univ Press, New York, S 229-264
- Rubinstein BB (1980) The self and the brain. An argument for interactionism. By Karl Popper and John C. Eccles. J Am Psychoanal Assoc 28:210-219
- Rubovits-Seitz P (1986) Clinical interpretation, hermeneutics and the problem of validation. Psychoanal Contemp Thought 9:3-42
- Rudominer HS (1984) Peer review, third party payment, and the analytic situation. A case report. J Am Psychoanal Assoc 32:773- 795
- Ruffler G (1957) Zur Bedeutung der Anamnese für die psychosomatische Fragestellung, dargestellt an einer Anfallskranken. Psyche 11:416-458
- Russell HN, Dugan RS, Stewert JQ (1945) Astronomy. A revision of Young's manual of astronomy . Ginn, Boston
- Rüger U (1976) Tiefenpsychologische Aspekte des Verlaufs phasischer Depressionen unter Lithium Prophylaxe. Nervenarzt 47:538-543

- Rüger U (1986) Psychodynamische Prozesse während einer Lithium-Langzeitmedikation. In: Müller-Oerlinhausen B, Greil W (Hrsg) Die Lithiumtherapie . Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S @
- Sabshin M (1985) Psychoanalysis and psychiatry. Models for future relations. J Am Psychoanal Assoc 33:473-491
- Sacks S (Hrsg) (1979) On metaphor . Chicago Univ Press, Chicago London
- Safran J, Greenberg L (Hrsg) (1988) Affective change events in psychotherapy . Academic Press, New York
- Sager CJ, Grundlach R, Kremer M, Lenz R, Royce JR (1968) The married in treatment. Effects of Psychoanalysis on the marital state. Arch Gen Psichiatry 19:205-217
- Sampson H, Weiss J (1983) Testing hypotheses. The approach of the Mount Zion Psychotherapy Group. In: Greenberg L, Pinsof W (Hrsg) The psychotherapeutic process. A research handbook . Guilford, New York, S
- Sander LW (1962) Issues in early mother-child interaction. J Am Acad Child Psychiat 1:141-166
- Sander LW (1980) Investigation of the infant and its care giving environment as a biological system. In: Greenspan SI, Pollock GH (Hrsg) The course of life, vol 1 . US Department of Health and Human Services, Washington DC, S 177-201
- Sander (1985) Toward a logic of organization in psychobiological development. In: Klar K, Siever L (Hrsg) Biologic Response Styles: Clinical Implications .
- Sandler J (1960) The background of safety. Int J Psychoanal 41:352-356
- Sandler J (1962) The Hampstead Index as an instrument of psychoanalytic research. Int J Psychoanal 43:289-291
- Sandler J, Dare C, Holder A (1973) The patient and the analyst: the basis of the psychoanalytic process . Allen & Unwin, London. Dt: (1973) Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie. Klett, Stuttgart

- Sandler J (1976) Countertransference and role-responsiveness. *Int Rev Psychoanal* 3:43-47. Dt: (1976) Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche* 30:297-305
- Sandler J (1982) Psychoanalysis and psychotherapy. The training analyst's dilemma. In: Joseph ED, Wallerstein RS (Hrsg) *Psychotherapy. Impact on psychoanalytic training. The influence of practice and theory of psychotherapy in psychoanalysis* (*Int Psychoanal Assoc, monograph series, Bd 1*) . Int Univ Press, New York, S 39-47
- Sandler J (1983) Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int J Psychoanal* 64:35-45. Dt: (1983) Die Beziehung zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis. *Psyche* 37: 577-595
- Sandler J, Sandler AM (1984) The past unconscious, the present unconscious and interpretation of the transference. *Psychoanal Inquiry* 4:367-399. Dt: (1984) Vergangenheits-Unbewußtes, Gegenwarts-Unbewußtes und die Deutung der Übertragung. *Psyche* 39:800-829
- Sargent HD, Horwitz L, Wallerstein RS, Appelbaum A (1968) Prediction in psychotherapy research. Method for the transformation of clinical judgements into testable hypothesis (*Psychological issues, Bd 6, no 1, monograph 21*) . Int Univ Press, New York
- Sartre JP (1969) Der Narr mit dem Tonband. *Neues Forum* 16:705-725
- Sashin JI, 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
- Saul LJ (1963) The erotic transference. *Psychoanal Q* 31:54-61
- Schacht L (1973) Subjekt gebraucht Subjekt. *Psyche* 27:151-168
- Schachtel EG (1947) On memory and childhood amnesia. *Psychiatry* 10:1-26
- Schafer R (1968) Aspects of internalization . Int Univ Press, New York
- Schafer R (1973) The idea of resistance. *Int J Psychoanal* 54:259- 285

- Schafer R (1976) A new language for psychoanalysis . Yale Univ Press, New Haven
- Schafer R (1981) Action language and the psychology of the self. Annu Psychoanal 8:83-92
- Schafer R (1982) The relevance of the "here and now" transference interpretation to the reconstruction of early development. Int J Psychoanal 63:77-82
- Schafer R (1985) Wild analysis. J Am Psychoanal Assoc 33:275-299
- Schaffer R (1982) Mütterliche Fürsorge in den ersten Lebensjahren . Klett-Cotta, Stuttgart
- Schalmey P (1977) Die Bewährung psychoanalytischer Hypothesen . Scriptor, Kronberg/Ts
- Scharfenberg J (1968) Sigmund Freud und seine Religionskritik als Herausforderung für den christlichen Glauben . Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schaumburg C, Kächele H, Thomä H (1974) Methodische und statistische Probleme bei Einzelfallstudien in der psychoanalytischen Forschung. Psyche 28:353-374
- Scheidt CE (1986) Die Rezeption der Psychoanalyse in der deutschsprachigen Philosophie vor 1940 . Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Schepank H (1982) Epidemiologie psychogener Erkrankungen. Ein Beitrag zur Grundlagenforschung aus einer Feldstudie. Z Psychosom Med Psychoanal 28:104-125
- Scheunert G (1973) Über das "Agieren" als theoretisches und praktisches Problem in der Psychoanalyse. In: Hahn P, Herdieckerhoff E (Hrsg) Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie. Sektion B: Schriften zur Technik, Heft 1 . Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich, S
- Scheunert G (1984) Von den Anfängen der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung. Erinnerungen eines Beteiligten. Int Psychoanal Assoc Newsletter 16, no 4 (dt Ausg):4-5

- Schilder P (1923) Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers . Springer, Berlin
- Schilder P (1933) Das Körperbild und die Sozialpsychologie. Imago 19:367-376
- Schilder P (1935a) The image and appearance of the human body. Studies in the constructive energies of the psyche . Kegan, London
- Schilder P (1935b) Psychoanalyse und bedingte Reflexe. Imago 21:50-66
- Schimek JG (1983) The construction of the transference. The relativity of the here and now and the there and then. Psychoanal Contemp Thought 6:435-456
- Schipper H, Clinch J, McMurray A, Levitt M (1984) Measuring the life of cancer patients: The Functional Living Index-Cancer: Development and validation. J Clin Oncol 2:472-483
- Schleiermacher FDE (1977) Hermeneutik und Kritik . Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Schlesier R (1981) Konstruktionen der Weiblichkeit bei Sigmund Freud . Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt am Main
- Schlessinger N, Robbins FP (1983) A developmental view of the psychoanalytic process. Follow-up studies and their consequences . Int Univ Press, New York
- Schlieffen H von (1983) Psychoanalyse ohne Grundregel. Psyche 37:481-486
- Schmale HT (1966) Working through. J Am Psychoanal Assoc 14:172- 182
- Schmidl S (1955) The problem of scientific validation in psychoanalytic interpretation. Int J Psychoanal 36:105-113
- Schneider E (1972) Die Theologie und Feuerbachs Religionskritik . Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schneider PB (1973) Zum Verhältnis von Psychoanalyse und psychosomatischer Medizin. Psyche 27:21-49
- Schneider PB (1977) The observer, the psychosomatic phenomenon and the setting of the observation. Psychother Psychosom 28:36-46

- Schneider H (1983) Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses . Huber, Bern Stuttgart Wien
- Schneider W (1987) Deutsch für Kenner . Gruner & Jahr, Hamburg
- Schonecke O, Herrmann J (1986) Das funktionelle kardiovaskuläre Syndrom. In: Uexküll T von (Hrsg) Psychosomatische Medizin, 3. Aufl . Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 503-522
- Schopenhauer A (1974) Sämtliche Werke . Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Schott HG (1981) "Traumdeutung" und "Infantile Cerebrallähmung". Überlegungen zu Freuds Theoriebildung. Psyche 35:97-110
- Schott HG (1983) Die Selbstanalyse als eine praktische Methode bei Freud. Freiburger Universitätsblätter 22:67-77
- Schönau W (1968) Sigmund Freud's Prosa. Literarische Elemente seines Stils . Metzlersche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart
- Schröter K (1979) Einige formale Aspekte des psychoanalytischen Dialogs. In: Flader D, Wodak-Leodolter R (Hrsg) Therapeutische Kommunikation. Ansätze zur Erforschung der Sprache im psychoanalytischen Prozeß . Scriptor, Königstein/Ts, S 179-185
- Schröter K (1980) Spezifische Reaktionen auf das Behandlungsverfahren und die soziale Distanz zum Therapeuten. In: Menne K, Schröter K (Hrsg) Psychoanalyse und Unterschicht. Soziale Herkunft - ein Hindernis für die psychoanalytische Behandlung? . Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 59-72
- Schulte D (1976) Psychodiagnostik zur Erklärung und Modifikation von Verhalten. In: Pawlik K (Hrsg) Diagnose der Diagnostik . Klett, Stuttgart, S 149-176
- Schultz H (1973) Zur diagnostischen und prognostischen Bedeutung des Initialtraumes in der Psychotherapie. Psyche 27:749-769
- Schultz-Hencke H (1951) Lehrbuch der analytischen Psychotherapie . Thieme, Stuttgart
- Schur M (1955) Comments on the metapsychology of somatization. Psychoanal Study Child 10:119-164Dt: (1974) Zur Metapsychologie der Somatisierung.

- In: Brede, K (Hrsg) Einführung in die Psychosomatische Medizin: klinische und therapeutische Beiträge. Fischer Athenäum, Frankfurt am Main, S 335-395
- Schur M (1966) Some additional "day residues" on the specimen dream of psychoanalysis. In: Loewenstein RM et al (Hrsg) Psychoanalysis. A general psychology . Int Univ Press, New York, S 45-85. Dt: (1974) Weitere "Tagesreste" zum Traummuster. In: Scheidt, J vom (Hrsg) Der unbekannte Freud. Kindler, München, S 116-149
- Schüffel W, Uexküll T von (1986) Ulcus duodeni. In: Uexküll T von (Hrsg) Psychosomatische Medizin, 3. Aufl . Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 761-782
- Schwaber EA (1987) Models of the mind and data-gathering in clinical work. Psychoanal Inquiry 7:261-275
- Schwarz HJ (1987) Illness in the doctor: implications for the psychoanalytic process. J Am Psychoanal Assoc 35:657-692
- Searles HF (1965) Collected papers on schizophrenia and related subjects . Int Univ Press, New York
- Sedler MJ (1983) Freud`s concept of working through. Psychoanal Q 52:73-98
- Segal H (1964) Introduction to the work of Melanie Klein, 1st edn . Basic Books, New York
- Segal H (1974) Melanie Klein. Eine Einführung in ihr Werk . Kindler, München. Engl: (1973) Introduction to the work of Melanie Klein, new enl edn. Hogarth, London
- Segal H (1982) Early infantile development as reflected in the psychoanalytic process. Steps in integration. Int J Psychoanal 63:15-22
- Seidenberg H (1971) The basic rule. Free association. A reconsideration. J Am Psychoanal Assoc 19:98-109
- Seiffke-Krenke I (1985) Problembewältigung im Jugendalter. Z Pädagogische und Entwicklungspsychologie 18:122-152
- Seitz P (1966) The consensus problem in psychoanalysis. In: Gottschalk LA, Auerbach AH (Hrsg) Methods of research in psychotherapy . Appleton Century Crofts, New York, S 209-225

- Selg H, Mees U, Berg D (1987) Psychologie der Aggressivität . Verlag für Psychologie, Göttingen
- Sellschopp A (1988) Das Dilemma der Psycho-Onkologie. Mitteilungen der Deutschen Krebsgesellschaft 3:10-19
- Shakow D (1960) The recorded psychoanalytic interview as an objective approach to research in psychoanalysis. Psychoanal Q 29:82-97
- Shakow D, Rapaport D (1964) The influence of Freud on American psychology (Psychological issues, Bd 4) . Int Univ Press, New York
- Shane M (1980) Countertransference and the developmental orientation and approach. Psychoanal Contemp Thought 3:195-212
- Shane M, Shane E (1980) Psychoanalytic developmental theories of the self. An integration. In: Goldberg A (Hrsg) Advances in selfpsychology . Int Univ Press, New York, S 23-46
- Shane E (1987) Varieties of psychoanalytic experience. Psychoanal Inquiry 7:199-205;241-248
- Shapiro SH (1984) The initial assessment of the patient. A psychoanalytic approach. Int Rev Psychoanal 11:11-25
- Shapiro T (1984) On neutrality. J Am Psychoanal Assoc 32:269-282
- Sharpe EF (1940) Psycho-physical problems revealed in language: an examination of metaphor. Int J Psychoanal 21:201-213
- Sharpe EF (1950) The technique of psychoanalysis. Seven lectures. In: Brierley M (Hrsg) Collected papers on psychoanalysis by Ella Freeman Sharpe . Hogarth, London, S 9-106
- Sheehan DV, Sheehan KH (1983) The classification of phobic disorders. Int J Psychiat Med 12:243-266
- Shengold L (1971) More about rats and rat people. Int J Psychoanal 52:277-288
- Sherwood M (1969) The logic of explanation in psychoanalysis . Academic Press, New York

- Sherwood M (1973) Another look at the logic of explanation in psychoanalysis. *Psychoanal Contemp Sci* 2:359-366
- Siebenthal W von (1953) *Die Wissenschaft vom Traum. Ergebnisse und Probleme. Eine Einführung in die allgemeinen Grundlagen*. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
- Sifneos PE (1973) The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 22:255-262
- Silberschatz G (1978) Effects of the therapist's neutrality on the patient's feelings and behavior in the psychoanalytic situation. Unpublished doctoral dissertation, New York Univ
- Silverman MA (1987) Clinical material. *Psychoanal Inquiry* 7:147- 165
- Simmel E (1930) Zur Geschichte und sozialen Bedeutung des Berliner Psychoanalytischen Instituts. In: Radó S, Fenichel O, Müller- Braunschweig C (Hrsg) *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt*. Int Psychoanal Verlag, Wien, S 7-12
- Simon J, Fink G, Gill MM, Endicott NA, Paul IH (1970) Studies in audio-recorded psychoanalysis. II. The effect of recording upon the analyst. *J Am Psychoanal Assoc* 18:86-101
- Slap JW (1976) A note on the drawing of dream details. *Psychoanal Q* 45:455-456
- Slap JW, Levine FJ (1978) On hybrid concepts in psychoanalysis. *Psychoanal Q* 47:499-523
- Sloane ERB, Staples FR, Cristol AH, Yorkston NJ, Whipple K (1975) *Psychotherapy versus behavior therapy*. Harvard Univ Press, Cambridge
- Smith ML, Glass GV, Miller TL (1980) *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins Univ Press, Baltimore London
- Snyder F (1970) The phenomenology of dreaming. In: Madow L, Snow LH (Hrsg) *The psychodynamic implications of physiological studies on dreams*. Thomas, Springfield, S 124-151
- Solnit AJ (1982) Early psychic development as reflected in the psychoanalytic process. *Int J Psychoanal* 63:23-37

- Specht EK (1981) Der wissenschaftstheoretische Status der Psychoanalyse. Das Problem der Traumdeutung. *Psyche* 35:761-787
- Spence DP, Lugo M (1972) The role of verbal clues in clinical listening. *Psychoanal Contemp Sci* 1:109-131
- Spence DP (1976) Clinical interpretation: some comments on the nature of evidence. *Psychoanal Contemp Sci* 5:367-388
- Spence DP (1981a) Toward a theory of dream interpretation. *Psychoanal Contemp Thought* 4:383-405
- Spence DP (1981b) Psychoanalytic competence. *Int J Psychoanal* 62:113-124
- Spence DP (1982a) Narrative truth and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis . Norton, New York
- Spence DP (1982b) On some clinical implications of action language. *J Am Psychoanal Assoc* 30:169-184
- Spence DP (1983) Narrative persuasion. *Psychoanal Contemp Thought* 6:457-481
- Spence DP (1984) Perils and pitfalls of free floating attention. *Contemp Psychoanal* 20:37-59
- Spence DP (1986) When interpretation masquerades as explanation. *J Am Psychoanal Assoc* 34:3-22
- Sperling E, Massing A (1970) Der familiäre Hintergrund der Anorexia nervosa und die sich daraus ergebenden therapeutischen Schwierigkeiten. *Z Psychosom Med Psychoanal* 16:130-141
- Spielberger CD (1980) *Streß und Angst* . Beltz, Weinheim
- Spillius EB (1983) Some developments from the work of Melanie Klein. *Int J Psychoanal* 64:321-332
- Spinner H (1974) *Pluralismus als Erkenntnismodell* . Suhrkamp, Frankfurt am Main

- Spitz RA (1956) Countertransference. Comments on its varying role in the analytic situation. J Am Psychoanal Assoc 4:256-265
- Spitz RA (1957) No and Yes. On the genesis of human communication . Int Univ Press, New York. Dt: (1959) Nein und Ja. Ursprünge der menschlichen Kommunikation. Klett, Stuttgart
- Spitz R (1965) The first year of life. A psychoanalytical study of normal and deviant development of object relations . Int Univ Press, New York
- Spitz RA (1965) The evolution of dialogue. In: Schur M (Hrsg) Drives, affects, behavior, vol 2 . Int Univ Press, New York, S 170-190
- Spitz RA (1973) Die Evolution des Dialogs. Psyche 27:697-717
- Spitz RA (1976) Vom Dialog. Studien über den Ursprung der menschlichen Kommunikation und ihre Rolle in der Persönlichkeitsbildung . Klett, Stuttgart
- Spruiell V (1983) Kuhn`s "paradigm" and psychoanalysis. Psychoanal Q 52:353-363
- Stegmüller W (1969) Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und analytischen Philosophie. Bd II: Theorie und Erfahrung . Springer, Berlin Heidelberg New York
- Stein MH (1981) The unobjectable part of the transference. J Am Psychoanal Assoc 29:869-892
- Stein MH (1985) Irony in psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 33:35-57
- Steiner R (1985) Some thoughts about tradition and change arising from an examination of the British Psychoanalytical Society's Controversial Discussions (1943-1944). Int Rev Psychoanal 12:27-72
- Steiner R (1987) Some thoughts on "La vive voix" by I. Fonagy. Int Rev Psychoanal 14:265-272
- Stepansky PE (1977) A history of aggression in Freud . Int Univ Press, New York

- Sterba RF (1929) Zur Dynamik der Bewältigung des Übertragungswiderstandes. Int Z Psychoanal 15:456-470
- Sterba RF (1934) Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. Int Z Psychoanal 20:66-73
- Sterba RF (1936) Zur Theorie der Übertragung. Imago 22:456-470
- Stern A (1924) On countertransference in psychoanalysis. Psychoanal Rev 11:166-174
- Stern H (1966) The truth as resistance to free association. Psychoanal Rev 53:642-646
- Stern MM (1970) Therapeutic playback, self objectification and the analytic process. J Am Psychoanal Assoc 18:562-598
- Stern DN, Beebe B, Jaffe J, Bennett SL (1977) The infant's stimulus world during social interaction. A study of caregiver behaviors with particular reference to repetition and timing. In: Schaffer HR (Hrsg) Studies of mother-infant interaction . Academic Press, New York, S 177-202
- Stern DN (1977) The first relationship. Mother and infant . Fontana Open Books, London
- Stern DN (1979) Mutter und Kind, die erste Beziehung . Klett- Cotta, Stuttgart. Engl: (1977) The first relationship. Mother and infant. Fontana Open Books, London
- Stern D (1985) The interpersonal world of the infant . Basic Books, New York
- Steury S, Blank ML (Hrsg) (1981) Readings in psychotherapy with older people . US Department of Health and Human Services, Washington DC
- Stevenson RL (1967[1886]) Dr. Jekyll & Mr. Hyde . Bantam, New York
- Stewart WA (1963) An inquiry into the concept of working through. J Am Psychoanal Assoc 11:474-499
- Stiemerling D (1974) Die früheste Kindheitserinnerung des neurotischen Menschen. Z Psychosom Med Psychoanal 20:337-362

Stierlin H (1975) Von der Psychoanalyse zur Familientherapie . Klett-Cotta, Stuttgart

Stierlin H, Weber G, Simon FB (1986) Zur Familiendynamik bei manisch-depressiven und schizoaffektiven Psychosen. Familiendynamik 11:267-282

Stoller RJ (1968) Sex and gender. Vol I: On the development of masculinity and feminity. Vol II: The transsexual experiment . Hogarth, London

Stoller RJ (1985) Presentations of gender . Yale Univ Press, New Haven

Stoller RJ (1986a[1979]) Sexual excitement. Dynamics of erotic life . Maresfield Library, London

Stoller RJ (1986b[1975]) Perversion. The erotic form of hatred . Maresfield Library, London. Dt: (1979) Perversion: die erotische Form von Haß. Rowohlt, Reinbek

Stolorow RD, Lachmann FM (1984/85) Transference: the future of an illusion. Annu Psychoanal 12/13:19-37

Stone L (1961) The psychoanalytic situation. An examination of its development and essential nature . Int Univ Press, New York. Dt: (1973) Die psychoanalytische Situation. Fischer, Frankfurt am Main

Stone L (1971) Reflections on the psychoanalytic concept of aggression. Psychoanal Q 40:195-244

Stone L (1973) On resistance to the psychoanalytic process. Some thoughts on its nature and motivations. Psychoanal Contemp Sci 2:42-73

Stone L (1981a) Notes on the noninterpretive elements in the psychoanalytic situation and process. J Am Psychoanal Assoc 29:89- 118

Stone L (1981b) Some thoughts on the "here and now" in psychoanalytic technique and process. Psychoanal Q 50:709-733

Strachey J (1934) The nature of the therapeutic action of psycho- analysis. Int J Psychoanal 15:127-159

- Strachey J (1935) Die Grundlagen der therapeutischen Wirkung der Psychoanalyse. Int Z Psychoanal 21:486-516
- Strachey J (1937) Zur Theorie der therapeutischen Resultate der Psychoanalyse. Int Z Psychoanal 23:68-74
- Strauch I (1981) Ergebnisse der experimentellen Traumforschung. In: Baumann U, Berbalk H, Seidenstücker G (Hrsg) Klinische Psychologie, Bd 4 . Huber, Bern, S 22-47
- Straus E (1935) Vom Sinn der Sinne. Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie . Springer, Berlin
- Straus E (1949) Die aufrechte Haltung. Mschr Psychiat Neurol 117:367-379.
Engl: (1952) The upright posture. Psychiatr Q 26: 529-561
- Strian F (1983) Angst. Grundlagen und Klinik. Ein Handbuch zur Psychiatrie und medizinischen Psychologie . Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Strotzka H (1969a) Psychotherapy for the working class patient. In: Redlich FC (Hrsg) Social psychiatry . Williams & Wilkins, Baltimore, S @
- Strotzka H (1969b) Psychotherapie und soziale Sicherheit . Huber, Bern Stuttgart Wien
- Strotzka H (Hrsg) (1975) Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen . Urban & Schwarzenberg, München
- Strotzka H (Hrsg) (1980) Der Psychotherapeut im Spannungsfeld der Institutionen. Erfahrungen, Forderungen, Fallbeispiele . Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Strupp HH, Wallach MS, Wogan M (1964) Psychotherapy experience in retrospect: questionnaire survey of former patients and their therapists. In: Kimble GA (Hrsg) Psychological monographs general and applied . @, @, S Whole No 558
- Strupp HH (1973) Psychotherapy. Clinical, research, and theoretical issues . Aronson, New York
- Strupp HH, Hadley SW, Gommers-Schwartz B (1977) Psychotherapy for better or worse . Aronson, New York

- Strupp HH (1978) Suffering and psychotherapy. Contemp Psychoanal 14:73-97
- Strupp HH (1978) Psychotherapy research and practice: an overview. In: Garfield SL, Bergin AE (Hrsg) Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis, 2nd edn . Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane, S 3-22
- Strupp HH (1982) Psychoanalytic failure. Reflections on an autobiographical account. Contemp Psychoanal 18:235-258
- Strupp HH (1984) Psychoanalytisches Versagen. Reflexionen über einen autobiographischen Bericht. Psia - Info 23:34 - 55
- Strupp HH, Binder J (1984) Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy . Basic Books, New York
- Stunkard AJ (1986) Adipositas. In: Uexküll T von (Hrsg) Psychosomatische Medizin, 3. Aufl . Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 583-599
- Sullivan HS (1953) The interpersonal theory of psychiatry . Norton, New York. Dt: (1980) Die interpersonale Theorie der Psychiatrie. Fischer, Frankfurt
- Sulloway FJ (1979) Freud, biologist of the mind. Beyond the psychoanalytic legend . Basic Books, New York. Dt: (1982) Freud Biologe der Seele. Jenseits der psychoanalytischen Legende. Hohenheim, Köln
- Sutherland JD (1980) The British object relations theorists. Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip. J Am Psychoanal Assoc 28:829-860
- Swaan A de (1978) Zur Soziogenese des psychoanalytischen "Settings". Psyche 32:793-826. Engl: (1980) On the soziogenesis of the psychoanalytic situation. Psychoanal Contemp Thought 3:381-413
- Szecsödy I (1981) The supervisory process. Theory and research in psychotherapy supervision (a research project). Rapport 3, Univ Stockholm
- Szecsödy I (1986) Feedback in psychotherapy and in training. Nord Psych Tidsk 40:193-200
- Szondi F (1975) Einführung in die literarische Hermeneutik . Suhrkamp, Frankfurt am Main

- Tafertshofer A (1980) Latente Funktionen psychoanalytischer Verfahrensregeln. *Psychanalyse* 1:280-320
- Teller V (1981) Book Review: Rogers R: Metaphor: a psychoanalytic view. *Psychoanal Rev* 68:458-460
- Teller V, Dahl H (1986) The microstructure of free association. *J Am Psychoanal Assoc* 34:763-798
- Tenzer A (1983) Piaget and psychoanalysis. Some reflections on insight. *Contemp Psychoanal* 19:319-339
- Tenzer A (1984) Piaget and psychoanalysis II. The problem of working through. *Contemp Psychoanal* 20:421-536
- Teta MJ, Po MC del, Kasl SV, Myers MH, Mulvihill JJ (1986) Psychological consequences of childhood and adolescent cancer survival. *J Chronic Dis* 39:751-759
- Thomae H (1968) Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie . Hogrefe, Göttingen
- Thomä H (1953) Traitement d'une hypertension considérée comme exemple d'un "refoulement béphas". *L'Evolution psychiatrique* III:443-456. Dt: (1953/54) Über einen Fall schwerer zentraler Regulationsstörung als Beispiel einer zweiphasigen Verdrängung. *Psyche* 7:579-592
- Thomä H (1954) Über die psychoanalytische Behandlung eines Ulcuskranken. *Psyche* 9:92-125
- Thomä H (1957) Männlicher Transvestitismus und das Verlangen nach Geschlechtsumwandlung. *Psyche* 11:81-124
- Thomä H (1961) Anorexia nervosa, Geschichte, Klinik und Theorie der Pubertätsmagersucht . Huber/Klett, Bern/Stuttgart
- Thomä H (1962/63) Bemerkungen zu neueren Arbeiten über die Theorie der Konversion. *Psyche* 16:801-813
- Thomä H (1963) Die Neo-Psychoanalyse Schultz-Henckes. Eine historische und kritische Betrachtung. *Psyche* 17:44-128

- Thomä H (1964) Einige Bemerkungen zur Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland von 1933 bis heute. In: Sigmund-Freud-Institut (Hrsg) Ansprachen und Vorträge zur Einweihung des Institutsneubaues am 14. Oktober 1964 . Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt am Main, S 31-39
- Thomä H (1967) Konversionshysterie und weiblicher Kastrationskomplex. *Psyche* 21:827-847
- Thomä H, Houben A (1967) Über die Validierung psychoanalytischer Theorien durch die Untersuchung von Deutungsaktionen. *Psyche* 21:664-692
- Thomä H, Thomä B (1968) Die Rolle der Angehörigen in der psychoanalytischen Technik. *Psyche* 22:802-822
- Thomä H, Rosenkötter L (1970) Über die Verwendung audiovisueller Hilfsmittel in der psychotherapeutischen Ausbildung. *Didacta Medica* 4:108-112
- Thomä H, Kächele H (1973) Wissenschaftstheoretische und methodologische Probleme der klinisch-psychoanalytischen Forschung. *Psyche* 27:205-236; 309-355. Engl: Problems of metascience and methodology in clinical psychoanalytic research. *Annu Psychoanal* 3: 49-119
- Thomä H, Grünzig HJ, Kächele H (1976) Das Konsensusproblem in der Psychoanalyse. *Psyche* 30:978-1027
- Thomä H, Kächele H (1976) Bemerkungen zum Wandel neurotischer Krankheitsbilder. *Psychother Med Psychol* 26:183-190
- Thomä H (1977a) Identität und Selbstverständnis des Psychoanalytikers. *Psyche* 31:1-42. Engl: (1983c) Conceptual dimensions of the psychoanalyst's identity. In: Joseph ED, Widlöcher D (eds) The identity of the psychoanalyst (Int Psychoanal Assoc, monograph series, no 2). Int Univ Press, New York, pp 93-134
- Thomä H (1977b) Psychoanalyse und Suggestion. *Z Psychosom Med Psychoanal* 23:35-55
- Thomä H (1978) Von der "biographischen Anamnese" zur "systematischen Krankengeschichte". In: Drews S et al (Hrsg) Provokation und Toleranz. Alexander Mitscherlich zu ehren. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag . Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 254-277

- Thomä H (1980) Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitis mit zwanzigjähriger Katamnese. *Psyche* 34:589-624
- Thomä H (1981) Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker . Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Thomä H, Hohage R (1981) Zur Einführung einiger kasuistischer Mitteilungen. *Psyche* 35:809-818
- Thomä H (1983a) Erleben und Einsicht im Stammbaum psychoanalytischer Techniken und der "Neubeginn" als Synthese im "Hier und Jetzt". In: Hoffmann SO (Hrsg) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse . Fischer, Frankfurt am Main, S @
- Thomä H (1983b) Zur Lage der Psychoanalyse innerhalb und außerhalb der deutschen Universität. *Psychoanalyse in Europa (Bulletin der Europ Psychoanal Föderation)* 20-21:241-165. Engl: The position of psychoanalysis within and outside the German university. *Psychoanalysis in Europe (Bulletin of the Europ Psychoanal Fed)* 20-21: 181-199
- Thomä H (1984) Der "Neubeginn" Michael Balints aus heutiger Sicht. *Psyche* 38:516-543
- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 1: Grundlagen . Springer, Berlin Heidelberg New York Paris London Tokyo
- Thomä H, Kächele H (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 2: Praxis . Springer, Berlin Heidelberg New York Paris London Tokyo
- Thomson PG (1980) On the receptive function of the analyst. *Int Rev Psychoanal* 7:183-205
- Ticho GR (1967) On self-analysis. *Int J Psychoanal* 48:308-318
- Ticho EA, Ticho GR (1969) Das Behandlungsbündnis und die Übertragungsneurose. *Jahrb Psychoanal* 6:19-34
- Ticho GR (1971) Selbstanalyse als Ziel der psychoanalytischen Behandlung. *Psyche* 25:31-43

- Ticho EA (1974) DW Winnicott, Martin Buber and the theory of personal relationships. *Psychiatry* 37:240-253
- Tower L (1956) Countertransference. *J Am Psychoanal Assoc* 4:224- 265
- Tölle R (1983) Ärztliche Überlegungen zum Einsichtsrecht des Patienten. *Dt Ärzteblatt* 18:47-53
- Tress W (1989) Ein Blick auf die Konturen des Elefanten. Bericht von der Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research (SPR) in Santa Fé vom 14.-18. Juni 1988. *Z Psychosom Med Psychoanal* 35:175-186
- Treurniet N (1983) Psychoanalysis and self psychology. A metapsychological essay with a clinical illustration. *J Am Psychoanal Assoc* 31:59-100
- Trevarthen C (1977) Descriptive analyses of infant communicative behaviour. In: Schaffer HR (Hrsg) *Studies of mother-infant interaction* . Academic Press, New York, S 227-270
- Tugendhat E (1979) Selbstbewußtsein und Selbstbestimmung. Sprachanalytische Interpretationen . Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Tugendhat E (1984) Probleme der Ethik . Reclam, Stuttgart
- Tyson RL, Sandler J (1971) Problems in the selection of patients for psychoanalysis: Comments on the application of concepts of "indications", "suitability", and "analysability". *Br J Med Psychol* 44:221-228
- Tyson RL, Sandler J (1974) Probleme der Auswahl von Patienten für eine Psychoanalyse. Zur Verwendung der Begriffe "Indikation", "Eignung" und "Analysierbarkeit". *Psyche* 28:530-559. Engl: (1971) Problems in the selection of patients for psychoanalysis: Comments on the application of concepts of "indications", "suitability", and "analysability". *Br J Med Psychol* 44:221-228
- Uexküll T von (1985) Der Körperbegriff als Problem der Psychoanalyse und der somatischen Medizin. *Praxis Psychother Psychosom* 30:95-103
- Uexküll T von (Hrsg) (1986) Psychosomatische Medizin, 3. Aufl . Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Valenstein AF (1962) The psycho-analytic situation. Affects, emotional reliving, and insight in the psychoanalytic process. *Int J Psychoanal* 43:315-324

- Valenstein AF (1979) The concept of "classical" psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 27[Suppl]:113-136
- Van Dam H (1987) Countertransference during an analyst's brief illness. J Am Psychoanal Assoc 35:647-655
- Viderman S (1979) The analytic space. Meaning and problems. Psychoanal Q 48:257-291
- Vogt R (1986) Psychoanalyse zwischen Mythos und Aufklärung oder Das Rätsel der Sphinx . Campus, Frankfurt am Main New York
- Wachtel PL (1977) Psychoanalysis and behavior therapy. Toward an integration . Basic Books, New York
- Wachtel PL (1980) Transference, schema, and assimilation. The relevance of Piaget to the psychoanalytic theory of transference. Annu Psychoanal 8:59-76
- Wachtel PL (1981) Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Ein Plädoyer für ihre Integration . Klett-Cotta, Stuttgart. Engl: (1977) Psychoanalysis and behavior therapy. Toward an integration. Basic Books, New York
- Wachtel PL (1982) Vicious circles. The self and the rhetoric of emerging and unfolding. Contemp Psychoanal 18:259-273
- Waelder R (1930) Das Prinzip der mehrfachen Funktion. Bemerkungen zur Überdeterminierung. Int Z Psychoanal 16:285-300. Engl: (1936) The principle of multiple function. Observations on overdetermination. Psychoanal Q 5:45-62
- Waelder R (1936) Zur Frage der Genese der psychischen Konflikte im frühen Lebensalter. Bemerkungen zur gleichnamigen Arbeit von Joan Riviere. Int Z Psychoanal 22:513-570
- Waelder R (1956) Introduction to the discussion on problems of transference. Int J Psychoanal 37:367-368
- Waelder R (1960) Basic theory of psycho-analysis . Int Univ Press, New York
- Waelder R (1962) Psychoanalysis, scientific method and philosophy. J Am Psychoanal Assoc 10:617-637

- Waelder R (1963) Die Grundlagen der Psychoanalyse . Huber/Klett, Bern/Stuttgart. Engl: (1960) Basic theory of psycho-analysis. Int Univ Press, New York
- Waldhorn HF (1959) The silent patient. Panel report. J Am Psychoanal Assoc 7:548-560
- Waldhorn HF (1960) Assessment of analysability. Technical and theoretical observations. Psychoanal Q 29:478-506
- Walker LEA (Hrsg) (1988) Handbook on sexual abuse of children . Springer Publishing Company, New York
- Wallerstein RS, Sampson H (1971) Issues in research in the psychoanalytic process. Int J Psychoanal 52:11-50
- Wallerstein RS (1973) Psychoanalytic perspectives on the problem of reality. J Am Psychoanal Assoc 21:5-33
- Wallerstein RS (1981) Becoming a psychoanalyst. A study of psychoanalytic supervision . Int Univ Press, New York
- Wallerstein RS (1983a) Self psychology and "classical" psychoanalytic psychology. The nature of their relationship. Psychoanal Contemp Thought 6:553-595
- Wallerstein RS (1983b) Reality and its attributes as psychoanalytic concepts: an historical overview. Int Rev Psychoanal 10:125-144
- Wallerstein RS (Hrsg) (1985) Changes in analysts and their training (Int Psychoanal Assoc, monograph series, Bd 4) . Int Psychoanal Assoc, London
- Wallerstein RS (1986) Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy . Guilford, New York
- Wangh M (1989) Die genetischen Ursprünge der Meinungsverschiedenheiten zwischen Freud und Romain Rolland über religiöse Gefühle. Psych 43:40-66
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1967) Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes . Norton, New York

- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1969) Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien . Huber, Bern. Engl: (1967) Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. Norton, New York
- Weber M (1921) Soziologische Grundbegriffe . Mohr, Tübingen
- Weber JJ, Elinson J, Moss IM (1966) The application of ego strength scales to psychoanalytic clinic records. In: Goldman GS, Shapiro D (Hrsg) Developments in psychoanalysis at Columbia University . Hafner, New York, S 215-273
- Weber M (1968) Methodologische Schriften . Fischer, Frankfurt am Main
- Weber M (1968[1904]) Der Sinn der "Wertfreiheit" der soziologischen und ökonomischen Wissenschaften. In: Weber M (Hrsg) Methodologische Schriften . Fischer, Frankfurt am Main, S 229-277
- Weber JJ, Bachrach HM, Solomon M (1985) Factors associated with the outcome of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II). Int Rev Psychoanal 12:127-141
- Wehler HU (Hrsg) (1971) Geschichte und Psychoanalyse . Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln Mainz
- Wehler HU (Hrsg) (1972) Soziologie und Psychoanalyse . Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln Mainz
- Weigert E (1952) Contribution to the problem of terminating psychoanalyses. Psychoanal Q 21:465-480
- Weiner H (1977) Psychobiology and human disease . Elsevier, New York
- Weiner H (1979) Freud's project reassessed. By Karl H Pribram and Merton M Gill. J Am Psychoanal Assoc 27:215-227
- Weinrich H (1968) Die Metapher. Poetica 2:100-130
- Weinrich H (1976) Sprache in Texten . Klett, Stuttgart
- Weinshel E (1966) Severe regressive states during analysis. A panel report. J Am Psychoanal Assoc 14:538-568

- Weiss J (1971) The emergence of new themes. A contribution to the psychoanalytic theory of therapy. *Int J Psychoanal* 52:459-467
- Weiss SS, Fleming J (1980) On teaching and learning of termination in psychoanalysis. *Annu Psychoanal* 8:37-55
- Weiss J, Sampson H (1986) *The psychoanalytic process* . Guilford, New York
- Weiss E (1988) Symbolischer Interaktionismus und Psychoanalyse. Zur Geschichte und Bedeutung ihres theoretischen Verhältnisses. *Psyche* 42:795-830
- Weizsäcker V von (1943) *Klinische Vorstellungen* . Hippokrates, Stuttgart
- Weizsäcker V von (1950a) *Diesseits und jenseits der Medizin* . Köhler, Stuttgart
- Weizsäcker V von (1950b) Zwei Arten des Widerstandes. *Psyche* 4:1- 16
- Weizsäcker V von (1951) *Fälle und Probleme*. 2. Aufl . Thieme, Stuttgart
- Weizsäcker V von (1977[1954]) *Natur und Geist. Erinnerungen eines Arztes*, 3. Aufl . Kindler, München
- Weizsäcker R von (1985) Ansprache in der Gedenkstunde im Plenarsaal des Deutschen Bundestages am 8. Mai 1985. In: Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg) *Erinnerung, Trauer und Versöhnung* . Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Bonn, S 63-82
- Weizsäcker CF von (1987) Viktor von Weizsäcker zwischen Physik und Philosophie. In: Hahn P, Jacob W (Hrsg) *Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag* . Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 163-165
- Wellisch DK, Fawzy FI, Yager J (1978) Life in a Venus flytrap: Psychiatric liaison to patients undergoing bone marrow transplantation. In: Faguet RA, Fawzy FI, Wellisch DK, Pasnau RO (Hrsg) *Liaison Psychiatry* . Spectrum, New York, S 39-51
- Westerlundh B, Smith G (1983) Perceptgenesis and the psychodynamics of perception. *Psychoanal Contemp Thought* 6:597-640
- Westmeyer H (1978) Wissenschaftstheoretische Grundlagen klinischer Psychologie. In: Baumann U, Berbalk H, Seidenstücker G (Hrsg) *Klinische*

Psychologie. Trends in Forschung und Praxis, Bd 1 . Huber, Bern Stuttgart
Wien, S 108-132

White RW (1959) Motivation reconsidered. The concept of
competence. Psychol Rev 66:297-333

White RW (1963) Ego and reality in psychoanalytic theory. A proposal
regarding independent ego energies (Psychological issues, Bd 3, no
3, monograph 11) . Int Univ Press, New York

Wickler W (1971) Die Biologie der Zehn Gebote . Piper, München

Wilson E jr (1987) Did Strachey invent Freud? Int Rev Psychoanal 14:299-315

Winnicott DW (1949) Hate in the countertransference. Int J Psychoanal 30:69-
74. Dt: (1976) Haß in der Gegenübertragung. In: Winnicott DW (Hrsg) Von
der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Kindler, München, S 75-88

Winnicott DW (1956) Zustände von Entrückung und Regression. Psyche 10:205-
215

Winnicott DW (1965) The maturational processes and the facilitating
environment. Studies in the theory of emotional development . Int Univ
Press, New York. Dt: (1974) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt.
Kindler, München

Winnicott DW (1972) Fragment of an analysis . @, @. Dt: (1982)
Bruchstücke einer Psychoanalyse. Klett-Cott, Stuttgart

Winnicott DW (1973) Vom Spiel zur Kreativität . Klett, Stuttgart

Wirsching M, Stierlin H, Haas B, Weber G, Wirsching B (1981)
Familientherapie bei Krebsleiden. Familiendynamik 6:2-23

Wirsching M, Stierlin H (1982) Krankheit und Familie . Klett- Cotta,
Stuttgart

Wisdom JO (1956) Psycho-analytic technology. Br J Philosophy Sci 7:13-28

Wisdom JO (1967) Testing an interpretation within a session. Int J Psychoanal
48:44-52

- Wisdom JO (1970) Freud and Melanie Klein. Psychology, ontology, Weltanschauung. In: Hanly C, Lazerowitz M (Hrsg) Psychoanalysis and philosophy . Int Univ Press, New York, S 327-362
- Wisdom JO (1984) What is left of psychoanalytic theory? Int J Psychoanal 11:313-326
- Wittgenstein L (1960) Philosophische Untersuchungen, Schrift 1 . Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Wittgenstein L (1984) Werkausgabe, Bd 8 . Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Wittmann WW (1985) Evaluationsforschung. Aufgaben, Probleme und Anwendungen . Springer, Berlin Heidelberg New York
- Wodak-Leodolter R (1979) Probleme der Unterschichttherapie. Aspekte einer empirischen Untersuchung therapeutischer Gruppen. In: Flader D, Wodak-Leodolter R (Hrsg) Therapeutische Kommunikation. Ansätze zur Erforschung der Sprache im psychoanalytischen Prozeß . Scriptor, Königstein/Ts, S 186-207
- Wolf ES (1979) Transferences and countertransferences in the analysis of disorders of the self. Contemp Psychoanal 15:577-594
- Wolf E (1982) Emphatische Resonanz. Psychoanalyse 3:306-314
- Wolf ES (1983) Empathy and countertransference. In: Goldberg A (Hrsg) The future of psychoanalysis . Int Univ Press, New York, S 309-326
- Wolff PH (1960) The developmental psychologies of Jean Piaget and psychoanalysis . Int Univ Press, New York
- Wolff P (1966) The causes, controls, and organisation of behavior in the neonate (Psychological Issues, Bd 17) . Int Univ Press, New York
- Wolff PH (1971) Review of psychoanalytic theory in the light of current research in child development. J Am Psychoanal Assoc 19:565-576
- Wolff HG (1977) The contribution of the interview situation to the restriction of phantasy, life and emotional experience in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 28:58-67

- Wollcott DL, Wellisch DK, Fawzy FI, Landsverk J (1986a) Adaption of adult bone marrow transplantat recipient long-term survivors. Transplantation 41:478-484
- Wollcott DL, Wellisch DK, Fawzy FI, Landsverk J (1986b) Psychological adjustment of adult bone marrow transplantatdonors whose recipient survives. Transplantation 41:484-488
- Wollheim R, Hopkins J (Hrsg) (1982) Philosophical essays on Freud . Cambridge Univ Press, Cambridge
- Wolman BB (1979) Preface. In: Wolman BB (Hrsg) Handbook of dreams . Van Nostrand, New York, S
- Wurmser L (1977) A defense of the use of metaphor in analytic theory formation. Psychoanal Q 46:466-498. Dt: (1983) Plädoyer für die Verwendung von Metaphern in der psychoanalytischen Theoriebildung. Psyche 37:673-700
- Wurmser L (1981) The mask of shame. A psychoanalytic study of shame affects and shame conflicts . Johns Hopkins Univ Press, Baltimore
- Wurmser L (1987) Flucht vor dem Gewissen . Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Wurmser L (1989) Either-Or: Some comments on Professor Grünbaum's ctitique of psychoanalysis. Psychoanal Inquiry 9:220-248
- Wyatt F (1984) Unnötige Widersprüche und notwendige Unterscheidungen. Überlegungen zur Differenzierung von Psychoanalyse und psychoanalytischer Psychotherapie. Psychother Psychosom Med Psychol 34:91-96
- Wyss D (1958) Die Bedeutung der Assoziationstheorien für die Psychoanalyse. Confin Psychiatr 1:113-132
- Wyss D (1982) Der Kranke als Partner . Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Wyss D, Bühler KE (1985) Von der Daseinsanalyse zur anthropologisch-integrativen Psychotherapie. Nervenheilkunde 4:222-226
- Yalom ID, Elkin G (1974) Every day gets a little closer. A twice- told therapy . Basic Books, New York

- Zeligs MA (1957) Acting in. A contribution to the meaning of some postural attitudes observed during analysis. J Am Psychoanal Assoc 5:685-706
- Zeligs MA (1960) The role of silence in transference, countertransference, and the psycho-analytic process. Int J Psychoanal 41:407-412
- Zenz H, Brähler E, Braun P (1975) Persönlichkeitsaspekte des Kommunikationserlebens im Erstinterview. Z Psychosom Med Psychoanal 21:376-389
- Zeppelin I von (1987) Outline of a process model of psychoanalytic therapy. In: Cheshire N, Thomä H (Hrsg) Self, symptoms and psychotherapy . Wiley, New York, S 149-165
- Zerssen D von, Möller HJ, Baumann U, Bühringer G (1986) Evaluative Psychotherapieforschung in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. Psychother med Psychol 36:8-17
- Zetzel ER (1956) Current concepts of transference. Int J Psychoanal 37:369-376
- Zetzel ER (1965) The theory of therapy in relation to a developmental model of the psychic apparatus. Int J Psychoanal 46:39-52
- Zetzel ER (1966) Additional notes upon a case of obsessional neurosis: Freud 1909. Int J Psychoanal 47:123-129
- Zetzel ER (1970) The capacity for emotional growth . Hogarth, London
- Zetzel ER (1974) Die Fähigkeit zu emotionalem Wachstum . Klett, Stuttgart.
Engl: (1970) The capacity for emotional growth. Hogarth, London
- Zilboorg G (1952) Precursors of Freud in free association. Some sidelights on free association. Int J Psychoanal 33:489-497
- Zulliger H (1957) Bausteine zur Kinderpsychotherapie und Kindertiefenpsychologie . Huber, Bern