

B. Strauß

## Psychotherapiemotivation und -indikation: Eine kritische Würdigung der Forschungsbefunde

**Zusammenfassung** Die umfangreiche Forschung zu Psychotherapiemotivation und -indikation wird in diesem Beitrag in Form von sieben Thesen zusammengefasst und kommentiert. Es wird zunächst davon ausgegangen, dass die Motivation zur Psychotherapie nur begrenzt mit Indikationsentscheidungen kovariiert. Eine zweite These bezieht sich darauf, dass für die Psychotherapie komplexere Indikationsmodelle nötig sind als sie beispielsweise in der Medizin verwendet werden. Indikationsentscheidungen in der Psychotherapie sind in der Regel das Resultat komplexer Aushandlungsprozesse (These 3), bei denen Zielvereinbarungen, die Berücksichtigung vorhandener Ressourcen und die „Passung“ zwischen therapeutischem Angebot und den Vorstellungen der Patient(inn)en besonders bedeutend sind. These 4 vermutet die Bedeutung verzerrter Wahrnehmungen für die Indikationsstellung, die durch die Situation des praktizierenden Therapeuten gekennzeichnet sind. In den Thesen 5 und 6 werden die Konzepte der prognostischen und der adaptiven Indikation gegenübergestellt. Schließlich wird dafür plädiert, durch eine Kombination der beiden Indikationsmodelle (prognostisch vs. adaptiv) eine bedarfsgerechte Psychotherapie zu realisieren.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapiemotivation, Indikation, Versorgungssystem, prognostische Indikation, adaptive Indikation.

### **Psychotherapy motivation and indication: a critical evaluation of research results**

**Abstract** Numerous studies dealing with psychotherapy motivation and indication are summarized in this paper formulating and commenting seven theses. Basically it is assumed that psychotherapy motivation covariates only moderately with treatment decisions. A second thesis is related to the assumption that psychotherapy needs more complex models than those used – for example – in medicine. Treatment decisions in psychotherapy seem to be the result of complex negotiations considering treatment goals, individual resources and the “fit” between the psychotherapeutic offer and the expectations of the patients. Thesis 4 assumes the relevance of distorted perceptions in treatment indications characterized by the specific situation of the practicing therapist. Theses 5 and 6 compare the concepts of prognostic and adaptive treatment indication leading to the proposal to combine the models for the realisation of a psychotherapy that is oriented on the patients' needs.

**Keywords:** Psychotherapy motivation, indication, care system, prognostic indication, adaptive indication.

### **Motivation et indications en psychothérapie : un examen critique des résultats de la recherche**

**Résumé** Les nombreuses études concernant le domaine de la motivation et des indications en psychothérapie sont synthétisées ci-dessous en sept thèses et commentées. Nous partons du principe que la motivation à entreprendre une psychothérapie ne varie pas forcément de la même manière que ne le font les indications – c'est du moins ce que suggèrent les études épidémiologiques telle celle entreprise à Mannheim. A titre d'exemple, nous présentons d'abord une approche permettant de saisir les aspects motivation (cf. Schneider et al., 1989) en distinguant vécu de la maladie, 'étiologie' selon le patient, attentes envers le traitement et degré d'ouverture par rapport à la psychothérapie. Les études empiriques montrent que ces

variables n'ont qu'une influence restreinte sur le succès du traitement. La seconde thèse suggère que concernant la psychothérapie, les modèles d'indication doivent être plus complexes qu'ils ne le sont, par exemple, en médecine. Beutler et Clarkin (1991) ont élaboré un modèle synthétisant les principaux facteurs influençant les décisions prises au niveau des indications. En psychothérapie, ces décisions sont en général le produit de processus très complexes de pondération (thèse 3), au sein desquels les objectifs visés, la prise en compte des ressources existantes et 'l'adéquation' offre thérapeutique / idées des patients jouent un rôle particulièrement central. Quelques résultats de travaux menés à ce sujet par des chercheurs

*issus de différents courants sont présentés. La thèse 4 indique que la manière dont sont perçues les données en rapport avec l'indication souffre d'un biais, lié à la situation dans laquelle se trouve le psychothérapeute praticien (et ne reflétant pas la réalité de l'offre). Dans les thèses 5 et 6, les concepts d'indication sont contrastés en fonction des aspects pronostic et adaptation. Concernant le premier aspect, il faut supposer que lors du processus de formulation d'une indication, priorité est accordée aux personnes manifestant certaines caractéristiques qui font que le pronostic semble favorable (« les riches deviennent encore plus riches »). Une indication fondée sur l'aspect adaptation représenterait une alternative mais – en particulier dans le*

Wissenschaftliche Fragen im Zusammenhang mit der Psychotherapiemotivation und -indikation gehören zu den wesentlichsten Gebieten der empirischen Psychotherapieforschung unterschiedlichster Fachrichtungen. Die Tatsache, dass trotz jahrzehntelanger Forschungstradition noch viele Fragen ungeklärt sind, deutet die Komplexität dieser Forschungsthematik an.

Anstelle eines enzyklopädischen Überblicks, der eigentlich notwendig wäre, um die Forschungsbefunde kritisch zu bewerten, sollen im Folgenden einige Facetten der Thematik anhand von 7 Thesen diskutiert werden.

### **1. Die gemeinsame Varianz von Psychotherapiemotivation und Psychotherapieindikation ist begrenzt**

Eine der meistzitierten epidemiologischen Untersuchungen von psychotherapeutischer Relevanz im deutschsprachigen Raum ist die sogenannte Mannheimer Kohortenstudie von Schepank (1987) und darauf basierende Analysen (z. B. Franz, 1997). Die Studie zeigte, dass im Zusammenhang mit Indikationsentscheidungen in der Psychotherapie verschiedene Größen zu berücksichtigen sind, wenn es darum geht, den tatsächlichen Bedarf an Psychotherapie zu schätzen (zu einer Differenzierung zwischen Angebot, Bedürfnis und Bedarf s. den Beitrag von Jandl-Jäger). Die Mannheimer Studie kam zu dem Ergebnis, dass nach wissenschaftlichen Kriterien bei 22,8% der untersuchten Großstadtbevölkerung eine Indikation für psychotherapeutische Maßnahmen zu stellen wäre.

In seiner Reanalyse des Datenmaterials konnte Franz (1997) zeigen, dass aber nur etwa 11,4% (bezogen auf die Gesamtpopulation) eine Motivation für psychotherapeutische Behandlungen zeigte. Realisiert wurden psychotherapeutische Maßnahmen von – geschätzt – lediglich 7,5% der Personen. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass zwischen Indikations- und Motivationskriterien nur eine begrenzte Schnittmenge besteht, was empirische Untersuchungen zur Psychotherapiemotivation letztlich immer wieder zeigen.

Ergebnis dieser Untersuchungen ist außerdem, dass der Psychotherapiemotivation als Prädiktor für den psychotherapeutischen Behandlungserfolg nur eine begrenzte Vorhersagekraft zukommt. Der Einfluss der

*domaine ambulatoire – il arrive souvent qu'elle soit rendue impossible par des réglementations et lignes directrices (telles celles existant en Allemagne). Les conditions régnant par rapport aux traitements menés dans le cadre d'une hospitalisation sont plus favorables, mais le problème à ce niveau est que la plupart des institutions sont soumises à des facteurs d'ordre économique et structurel définissant une conception spécifique du traitement. Nous pensons qu'il faudrait combiner les modèles (pronostic / adaptation) pour mettre en œuvre une psychothérapie mieux adaptée aux besoins. Pour que cette idée puisse être réalisée, il faudra toutefois d'abord mettre en chantier des démarches scientifiques et politiques supplémentaires.*

Psychotherapiemotivation auf Inanspruchnahme, „Compliance“ und Behandlungserfolg ist limitiert, auch wenn das Konstrukt der Psychotherapiemotivation differenziert erfasst wird. Beispielhaft seien die Bemühungen der Arbeitsgruppe um Schneider (z. B. Schneider et al., 1999) genannt, die prädiktive Bedeutung der Psychotherapiemotivation zu untersuchen. Die Studien von Schneider u. a. basieren wesentlich auf einem Fragebogeninstrument zur Erfassung der Psychotherapiemotivation (Schneider et al., 1989), in dem das Konstrukt differenziert wird nach folgenden Aspekten:

- Krankheitserleben (hoher Leidensdruck, niedriger sekundärer Krankheitsgewinn),
- Laienätiologie (psychosomatische Ursachenzuschreibung),
- Behandlungserwartungen (Erwartungen bzgl. der Instrumentalität psychotherapeutischer Maßnahmen, Bereitschaft zur Übernahme einer aktiven Rolle in der Behandlung),
- Offenheit für Psychotherapie (in der Regel korreliert mit positiven Vorerfahrungen).

In einer jüngst vorgelegten Anwendung des Bogens konnte gezeigt werden, dass die Laienätiologie und die Offenheit für Psychotherapie psychotherapeutische Erfolge in stationärer Psychotherapie in gewisser Weise begünstigen, dass aber der Einfluss der Variablen deutlich geringer ist als erwartet (vgl. Schneider et al., 1999).

### **2. Ein medizinisches Indikationsmodell ist für die Psychotherapie ungeeignet. Für die Psychotherapie bedarf es komplexerer Modelle**

Ein medizinisches Indikationsmodell, demzufolge in Abhängigkeit von einer umgrenzten und definierten Symptomatik eine ebenso umgrenzte und definierte Behandlungsmaßnahme zu indizieren ist, lässt sich naturgemäß nicht auf die Psychotherapie übertragen, wengleich einige Bemühungen der „störungsspezifischen Psychotherapie“ in gewisser Hinsicht an dem medizinischen Indikationsmodell orientiert zu sein scheinen.

Die wohl umfassendste Übersicht über die bisherige Indikationsforschung in der Psychotherapie stammt von Beutler und Clarkin (1991). Die Autoren konnten auf der Basis einer Literaturzusammenfassung ein schu-

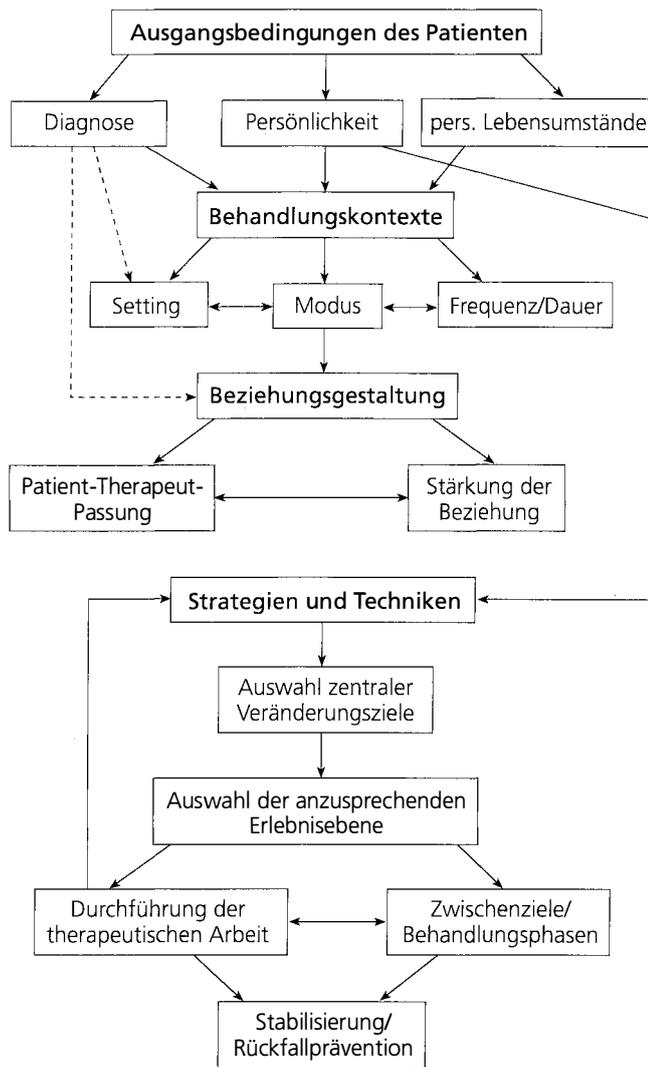


Abb. 1. Ein Schulen-unabhängiges Modell des Indikationsprozesses (nach Beutler und Clarkin)

lenunabhängiges Modell des Indikationsprozesses (welches auch den *dynamischen Charakter* von Indikationsstellung beinhaltet) entwickeln. Dieses Modell ist in Abb. 1 (nach Kächele und Kordy, 1996) wiedergegeben. Es verdeutlicht die zahlreichen Einflussfaktoren, welche die Ausgangsbedingungen einer potentiellen Psychotherapie mitbestimmen. Eine weitere Differenzierung des Modells findet sich bei Kächele und Kordy (1996).

### 3. Die Indikationsstellung setzt in der Regel einen Aushandlungsprozess in Gang, der darüber entscheidet, ob Psychotherapie zustande kommt

Bei diesem Prozess sind folgende Faktoren augenscheinlich besonders bedeutsam:

- die Zielvereinbarungen psychotherapeutischer Maßnahmen
- die Berücksichtigung von Ressourcen auf Patient(inn)enseite
- die Passung zwischen therapeutischem Angebot und den Vorstellungen der Patient(inn)en

Der Weg in eine Psychotherapie scheint in der Tat durch komplexe Prozesse der „Beziehungsfindung“ charakterisiert zu sein. Dies ist ein Grund dafür, warum die Ergebnisse kontrollierter Studien (in denen die Patientenzuweisung in der Regel per Zufall erfolgt) nicht uneingeschränkt auf die klinische Praxis der Psychotherapie übertragbar sind (vgl. Strauß und Kächele, 1998).

Die Psychotherapieforschung der letzten Jahre hat beispielsweise gezeigt, dass bei diesem Aushandlungsprozess von grundlegender Bedeutung ist, inwieweit bei Therapiebeginn mehr oder weniger konkrete Ziele einer Behandlung vereinbart werden (vgl. dazu Ambühl und Strauß, 1999).

Die u. a. von Grawe und Grawe-Gerber (1999) in jüngster Zeit propagierte Ressourcenorientierung in der Psychotherapie stellt den Versuch dar, wissenschaftlich die klinische Alltagsweisheit zu explizieren, wonach Patienten „da abgeholt werden sollten, wo sie stehen“, wenn sie einen erfolgreichen Weg „durch eine psychotherapeutische Behandlung“ absolvieren wollen.

Von besonderer Bedeutung erscheint für die Indikationsstellung und – sekundär – auch für den Therapieerfolg die sogenannte „Passung“ zwischen Therapieangebot und den Vorstellungen von Patient(inn)en zu sein. In jüngster Zeit mehren sich die Befunde, die für die Bedeutung dieses Konstruktes sprechen. Um nur einige Beispiele zu nennen:

- In der sogenannten Berner Psychotherapiestudie konnten Ambühl und Grawe (1988) zeigen, dass die Aufnahmebereitschaft des Patienten für die therapeutischen Interventionen eine gute therapeutische Beziehung konstituierte und letztendlich auch den Psychotherapieerfolg determinierte. Die Aufnahmebereitschaft war dabei u. a. definierbar über interpersonale Ausgangsmerkmale der Patienten, wie beispielsweise Neigung zu Submissivität oder Dominanz.
- Von Eckert und Biermann-Ratjen (1985) stammt die Beobachtung, dass im stationären gruppenpsychotherapeutischen Setting die erfolgreich behandelten Patient(inn)en relativ früh im Behandlungsprozess die „Theorie des Therapeuten“ übernehmen.
- Ähnliches konnte in einer Untersuchung von Strauß und Burgmeier-Lohse (1995) gezeigt werden. In dieser – ebenfalls im stationär-gruppenpsychotherapeutischen Kontext durchgeführten – Studie konnte nachgewiesen werden, dass die Übereinstimmungen zwischen Patient(inn)en und Therapeut(inn)en im Hinblick auf die Therapiezielformulierungen, aber auch Auffassungen über die Wirkfaktoren der psychoanalytisch orientierten Gruppenpsychotherapie das Ergebnis der stationären Behandlung maßgeblich beeinflussten.
- Auch in der vieldiskutierten NIMH-Studie zur Behandlung von Depression konnte gezeigt werden, dass eine Kongruenz zwischen der Behandlungszuweisung und der Präferenz für eine bestimmte Behandlungsform auf Patient(inn)enseite in Beziehung stand zu dem Engagement der Patienten in der Thera-

pie und zum Therapieerfolg. Diese Präferenz wurde operationalisiert über eine Erfassung der Vorstellungen der Patient(inn)en im Hinblick auf die Ursachen ihrer Probleme sowie Erwartungen bzgl. hilfreicher Faktoren in der Psychotherapie. Die entsprechende Studie ist bei Elkin et al. (1999) ausführlich beschrieben.

#### **4. Da die psychotherapeutische Praxis eine verzerrte Widerspiegelung von Versorgungswirklichkeiten ist (vgl. Kächele und Kordy, 1996), dürfte auch die Indikationsstellung durch verzerrte Wahrnehmungen bestimmt sein**

Diese Verzerrungen zeigen sich beispielsweise daran, dass in der psychotherapeutischen Praxis das primäre Interesse die Auslastung ist. Aufgrund des i. d. R. nicht zu befriedigenden Psychotherapiebedarfs haben Psychotherapeut(inn)en die Möglichkeit der Auswahl. Bei dieser Selektion werden sie sich – dies ist immer wieder gezeigt worden – für jene Patient(inn)en entscheiden, die zwar möglicherweise den größten Nutzen von der Psychotherapie haben dürften, nicht aber notwendigerweise den tatsächlichen Bedarf reflektieren. Die sogenannten YAVIS-Patienten (young, attractive, verbal, intelligent, successful) würden in diese Kategorie gehören.

Für diese Art der Selektion spricht das Ergebnis von Meyer et al. (1991), wonach der Vergleich der Ausgaben für Ersatzkassen- und Primärkassenpatienten in der Bundesrepublik zeigt, dass für die Psychotherapie bei den in Primärkassen Versicherten deutlich weniger Geld ausgegeben wird als entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Versicherten eigentlich zu erwarten wäre.

Die Organisation von psychotherapeutischen Praxen führt ebenfalls zu einer Verzerrung der Bedarfswirklichkeit. Genau genommen müsste – dies wurde beispielsweise in der Untersuchung von Vessey et al. (1994) gezeigt – eine psychotherapeutische Praxis die größte Kapazität für Kriseninterventionen vorhalten, gefolgt von kurzen, mittellangen und langen Psychotherapien. In der Realität ist die Kapazitätenverteilung wahrscheinlich gerade umgekehrt. Vor diesem Hintergrund leuchtet ein, dass Leuzinger (1984) die in den Ergebnissen enthaltenen Indikationsstereotype als „kollektive Lösung der Konfliktsituation bei der Indikationsstellung“ bezeichnet hat.

Letztendlich dient die von der Bedarfswirklichkeit abweichende Indikationsstellung sicher auch dem Schutz des praktizierenden Psychotherapeuten. Somit gehören zu den Verzerrungen sicher auch jene, die durch spezifische Therapeut(inn)enmerkmale bedingt sind. Es steht außer Zweifel, dass bestimmte Psychotherapeut(inn)en mit bestimmten Patient(inn)en besser arbeiten können als mit anderen, was impliziert, dass Indikationsentscheidungen nicht nur abhängig sind vom Beziehungsangebot auf Patient(inn)enseite sondern auch von den eigenen Beziehungserfahrungen der Therapeuten. Dieser Aspekt ist in der Psychotherapieforschung noch absolut unzureichend untersucht.

#### **5. Das Modell der prognostischen Indikation birgt die Gefahr in sich, dass „die Reichen noch reicher werden“**

Klinisch und wissenschaftlich ist Indikation für die Psychotherapie in der Regel dadurch definiert, dass Behandlungsmaßnahmen für jene Patient(inn)en vorgehalten werden, die erfahrungsgemäß von diesen Maßnahmen am besten profitieren, also die beste Prognose haben. In der Tat werden durch dieses Modell „die Reichen noch reicher“. Dies lässt sich empirisch an zahlreichen Studien belegen. Als Beispiel seien nur Untersuchungen aus einem bundesdeutschen Arbeitskreis zur stationären Gruppenpsychotherapie erwähnt, in denen deutlich zu zeigen war, dass jene Patient(inn)en, die bereits bei Beginn der Therapie ein besseres Bewusstsein ihrer interpersonellen Problematik aufweisen, von psychoanalytisch orientierten stationären Gruppenpsychotherapien deutlich mehr profitieren als „interpersonal insensitive“ Patient(inn)en (z. B. Davies-Osterkamp et al., 1996).

#### **6. Als Alternative zu diesem Modell könnte sich das Modell der adaptiven Indikation eignen, das aber aufgrund theoretischer und formaler Faktoren schwer zu realisieren ist**

Dieses Modell, nachdem die therapeutische Strategie den individuellen Bedürfnissen von Patient(inn)en adaptiv angepasst wird, ist scheinbar am ehesten in der stationären Psychotherapie realisiert, wo eine Vielzahl unterschiedlicher Behandlungsangebote zur Verfügung stehen. Tatsächlich beschränken sich die meisten stationären Einrichtungen aber auf das Angebot eines „Gesamtbehandlungsmodells“, das zwar insgesamt verschiedene Behandlungsansätze (wie Gruppenpsychotherapie, Einzeltherapie, körperorientierte Verfahren, gestalterische Methoden etc.) kombiniert, diese Kombination aber nicht nach den individuellen Bedürfnissen der behandelten Patient(inn)en ausrichtet.

Im ambulanten Bereich wird das Modell der adaptiven Indikation ganz deutlich durch Regularien und Richtlinien blockiert. In der BRD beispielsweise wird die ambulante Psychotherapie durch die sogenannten Psychotherapierichtlinien geregelt, nach denen beispielsweise eine in praxi oftmals sinnvolle Kombination unterschiedlicher Behandlungsansätze (z. B. psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch) „de jure“ nicht möglich wäre.

Das Modell der adaptiven Indikation birgt allerdings auch Gefahren, da es die Größenfantasie einer allgemeinen Psychotherapie generieren kann (vgl. Grawe, 1999), in der relevante individuelle Unterschiede – sowohl auf Patient(inn)en als auch auf Therapeut(inn)enseite – verleugnet werden.

#### **7. Die Kombination beider Modelle (prognostische und adaptive Indikation) bietet am ehesten die Chance zu einer bedürfnis- und bedarfsgerechten Psychotherapie**

Wenn sich die Psychotherapie vermehrt nach dem realen Bedarf richten würde, müssten Indikationsstellung und psychotherapeutische Realisierung in Zukunft

flexibler aufeinander abgestimmt werden. Innerhalb einzelner therapeutischer Schulrichtungen wäre es sicher auch sinnvoll, den Behandlungsauftrag der Psychotherapie ernster zu nehmen, was im Hinblick auf die Indikationsstellung und die therapeutische Technik eine gewisse Kompromissbildung zur Folge hätte.

Es ist fast vorherzusagen, dass angesichts der generellen Entwicklung des Gesundheitssystems auch das Psychotherapiesystem „renoviert“ werden muss, wobei vielleicht bestimmte Modelle aus der Organisations- und Betriebspsychologie gewinnbringend herangezogen werden könnten, um bedarfsgerechte Psychotherapie zu planen und zu realisieren. Auf diesem Weg bedarf es noch reger wissenschaftlicher Tätigkeit und vor allem vieler politischer Entscheidungen.

### Literatur

- Ambühl H, Grawe K (1988) Psychotherapeutisches Handeln als Verwirklichung therapeutischer Heuristiken. *PPmP* 38: 231–236
- Ambühl H, Strauß B (1999) Therapieziele. Hogrefe, Göttingen
- Beutler LE, Clarkin JF (1991) *Systematic treatment selection*. Brunner & Mazel, New York
- Davies-Osterkamp S, Strauß B, Schmitz N (1996) Interpersonal problems as predictors of symptom-related treatment outcome in long-term psychotherapies. *Psychother Res* 6: 164–176
- Eckert J, Biermann-Ratjen E-M (1985) *Stationäre Gruppenpsychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Elkin I, Yamaguchi JL, Arnkoff DB, Glass CR, Sotsky SM, Krupnick JL (1999) „Patient-treatment fit“ and early engagement in therapy. *Psychother Res* 9: 437–451
- Franz M (1997) *Der Weg in die psychotherapeutische Beziehung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Grawe K (1999) Auf dem Weg zu einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44: 350–359
- Grawe K, Grawe-Gerber M (1999) Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44: 63–73
- Kächele H, Kordy H (1996) Indikation als Entscheidungsprozess. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, v Uexküll Th, Wesiack W (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*, 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München
- Leuzinger M (1984) *Psychotherapeutische Denkprozesse*. PSZ Verlag, Ulm
- Meyer AE, Richter R, Grawe K, von der Schulenburg B (1991) *Forschungsgutachten zur Frage des Psychotherapeutengesetzes*. Hamburg-Eppendorf
- Schepank H (1987) *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Schneider W, Basler HD, Beisenherz B (1989) Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP). Beltz, Weinheim
- Schneider W, Klauer T, Janssen PL, Tetzlaff M (1999) Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt* 70: 240–249
- Strauß B, Burgmeier-Lohse M (1995) Merkmale der „Passung“ zwischen Patienten und Therapeut als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppentherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 41: 127–140
- Strauß B, Kächele H (1998) The writing on the wall – comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. *Psychother Res* 8: 158–170
- Vessey J, Howard K, Lueger R, Kächele H, Mergenthaler E (1994) The clinicians illusion and the psychotherapeutic practice. *J Consult Clin Psychol* 62: 679–685

**Korrespondenz:** Prof. Dr. Bernhard Strauß, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Medizinische Psychologie, Stoystraße 3, D-07740 Jena, Bundesrepublik Deutschland, E-Mail: [strauss@landgraf.med.uni-jena.de](mailto:strauss@landgraf.med.uni-jena.de)

*Bernhard Strauß, Prof., Dr. phil., Dipl.-Psych., Jahrgang 1956, psychologischer Psychotherapeut/Psychoanalytiker, seit 1996 Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie am Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena; Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapieforschung (zur Gruppentherapie, Indikationsstellung und Prognose, Qualitätssicherung), klinische Bindungsforschung, medizin-psychologische Studien zur Krankheitsverarbeitung, Psychosomatik der Fruchtbarkeitsstörungen.*