

B. Strauß

Muß sich die Psychoanalyse wandeln?

Schlußfolgerungen aus der empirischen Psychotherapieforschung*

Zusammenfassung Ausgangspunkt des Beitrages ist die aktuelle (kontroverse) Diskussion um die Wirksamkeit unterschiedlicher Formen der Psychotherapie und die Forderung nach einer „allgemeinen Psychotherapie“. Es wird gezeigt, daß sich in der öffentlichen Diskussion um diese Thematik die Psychoanalyse als „Opfer“ des gegenwärtigen Diskurses begreift und Gefahr läuft, eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den Methoden und Ergebnissen der Psychotherapieforschung zu vermeiden. Es wird dafür plädiert, die Befunde der Psychotherapieforschung zu nutzen, um das eigene Behandlungsmodell kritisch zu prüfen, wofür sich beispielsweise das von Orlinsky und Howard entwickelte „Generic Model of Psychotherapy“ eignen könnte. Ein Wandel der Psychoanalyse ist sicher zu verlangen, was ihr Verhältnis zur empirischen Forschung anbelangt. Dies wird an der Kluft demonstriert, die auch heute noch zwischen der Forschung im Bereich der Psychotherapie und der psychotherapeutischen Praxis besteht und die – nicht zuletzt angesichts der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Entwicklung – über kurz oder lang überbrückt werden muß.

Schlüsselwörter: Psychoanalyse, Psychotherapieforschung, Systematik von Forschungsbefunden, Generic Model of Psychotherapy, Verhältnis Forschung zu Praxis.

Faut-il que la psychanalyse évolue? Constat basé sur la recherche empirique en psychothérapie

Résumé Le présent travail prend pour points de départ les controverses actuellement liées à l'efficacité des différentes formes de psychothérapie et le postulat d'une "psychothérapie générale". Les méta-analyses qui se sont intéressées à l'efficacité des différentes psychothérapies montrent que le constat de Luborsky et ses collaborateurs – selon lequel "tout le monde

Does psychoanalysis have to change?

Conclusions from empirical psychotherapy research

Abstract The basis of this article is the recent (controversial) discussion around the effectiveness of different forms of psychotherapy as well as the demand for a "general psychotherapy". It is shown that psychoanalysis seems to understand itself as a "victim" of the public discussion and is endangered to avoid dealing with the methods and results of psychotherapy research. It is plead to use these results to critically evaluate the own treatment model of psychoanalysis. Orlinsky and Howard's "generic model of psychotherapy" could be a useful tool for this purpose. A change of psychoanalysis should occur as far as its relationship towards empirical research is concerned. This can be demonstrated using the gap which still exists between research in psychotherapy and psychotherapeutic practice and which – in view of the present health political developments – has to be bridged sooner or later.

Keywords: Psychoanalysis, psychotherapy research, summary of research findings, generic model of psychotherapy, research-practice-relationship.

gagne – tout le monde reçoit un prix", ne tient pas, du moins sous cette forme.

La question d'une différenciation de l'efficacité de la psychothérapie est importante sur le plan scientifique; ceci mis à part, le débat actuel sur ce thème est largement influencé par les problèmes économiques qu'a provoqués une réévaluation de tout le système de la santé. Celle-ci a plongé la psychothérapie dans une crise, la forçant à se légitimer – la psychothérapie psychanalytique semble particulièrement concernée. Par comparaison avec l'attitude que la psychanalyse avait eue face aux "attaques" concernant son épistémologie, elle semble réagir à la présentation des résultats de la recherche en psychothérapie de manière

* Dieses Manuskript basiert auf einem Vortrag im Rahmen des Plenums: „Psychotherapie im Wandel: Einheit oder Vielfalt?“, 16. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie (DAF) 27. bis 30. 9. 1995, Hamburg

extrêmement défensive et subjective. La majorité des psychanalystes refusent les demandes qui leur sont faites de reconnaître les résultats de la recherche empirique et d'en tenir compte dans leurs modèles de traitement, ceci bien que la recherche psychanalytique ait beaucoup contribué aux résultats à disposition.

Notre travail tente de montrer qu'il pourrait parfaitement être utile que la psychanalyse évalue les résultats scientifiques acquis dans le domaine de la psychothérapie et réfléchisse à ses propres rapports avec la recherche empirique. En tant que base, elle pourrait utiliser les modèles élaborés en vue de systématiser les résultats de recherche; nous décrivons plus en détail l'un d'entre eux, le "Generic Model of Psychotherapy". Ce dernier a été développé par Orlinsky et Howard et il est utilisé actuellement par les chercheurs travaillant sur les rapports processus-résultats de la psychothérapie. Il effectue une distinction entre différents niveaux du traitement psychothérapeutique: conditions de départ, variables du processus au sens étroit et conséquences du traitement à court et à long terme. Les éléments du processus psychothérapeutique définis par le modèle en fonction d'aspects formels, techniques, interpersonnels, intrapersonnels, cliniques et temporels semblent être d'une importance particulière par rapport à la question d'une évolution possible dans le contexte de la thérapie psychanalytique. Le présent article résume brièvement les résultats concernant ces aspects, tout en montrant que les

travaux empiriques devraient nous inciter à adopter une attitude critique envers certaines hypothèses de la psychothérapie psychanalytique.

Notre contribution traite également du débat concernant les difficiles rapports liant pratique psychothérapeutique et recherche. Il a été démontré que les praticiens de la psychothérapie ne s'intéressent que peu aux résultats de la recherche empirique. Les psychanalystes en particulier sont encore largement d'avis que la recherche moderne en psychothérapie n'a pas grande pertinence par rapport à l'objet de la thérapie psychanalytique, ce qui ne peut se justifier à long terme – compte tenu aussi des débats menés actuellement au niveau de la politique de la santé. Nous considérons donc qu'il faut que la psychanalyse s'ouvre à la recherche empirique en psychothérapie. La pratique analytique comme l'organisation et la structuration de la formation ne pourraient que bénéficier de cette ouverture. La psychanalyse pourrait également profiter d'une réflexion critique des théories générales de la psychothérapie, telles qu'elles ont été formulées récemment par Grawe et ses collaborateurs, par exemple; ceci n'impliquerait pas qu'elle doive renoncer à son indépendance. Les théories globales de la psychothérapie pourraient faciliter la comparaison entre les différents modèles de traitement; elles pourraient permettre de modifier ces modèles et d'élaborer un langage permettant les échanges qui auraient dû avoir lieu il y a longtemps déjà.

In einer der wohl meist zitierten Arbeiten auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung haben 1975 Luborsky, Singer und Luborsky den Versuch unternommen, einen Schlußstrich unter den bis dahin heftig tobenden Schulenstreit um die differentielle Effektivität spezifischer Formen der Psychotherapie zu ziehen. In ihrer Übersicht über Therapievergleichsstudien versuchten sie zu belegen, daß sich die Ergebnisse unterschiedlicher Psychotherapien *im allgemeinen* gleichen (was von einigen anderen Autoren in der Folge scheinbar bestätigt wurde, z.B. Smith et al., 1980). Die Arbeit von Luborsky und Mitarbeitern wurde mit einem Untertitel versehen, der ein Zitat aus Lewis Carrolls berühmten Kinderbuch „Alice im Wunderland“ entlehnt: „Everyone has won and all must have prices – jeder hat gewonnen, jeder erhält einen Preis.“

Mit diesem Zitat wurde in der Psychotherapie das sogenannte *Äquivalenzparadoxon* etabliert, unter dem man versteht, daß trotz aller z.T. erheblicher theoretischer Unterschiede Psychotherapien angeblich – im großen und ganzen, d.h. gemittelt über alle möglichen Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten – am Ende zu einem ähnlichen Ergebnis kommen. Es ist Luborsky und Mitarbeitern durchaus zuzutrauen, daß sie – ohne allerdings explizit darauf hinzuweisen – den erwähnten Ausspruch des Dodo-Vogels aus Carrolls Kinderbuchklassiker ganz bewußt benutzten, um ihre eigene Aussage von der Äquivalenz verschiedener Psychotherapien zu relativieren.

Was sind die Hintergründe des Ausspruchs des Dodo-Vogels? Alice und ein bunt zusammengewürfeltes Haufen von Kreaturen sind gerade dem von Alice produzierten Tränensee entstiegen, naß und durchgefroren. Nachdem der Versuch der Maus fehlschlägt, die Gruppe mit trockenen Erzählungen aus der mittelalterlichen Geschichte Englands zu wärmen, bringt der Dodo-Vogel die „Petition ein, die Konferenz zwecks Adaption wirkungsvollerer Direktiven zu vertagen“ und meint, daß ein „Freiwahlrennen“ das beste Mittel wäre¹.

Dazu steckte er einen nicht ganz runden Kreis ab. „Aber es kommt nicht darauf an, daß der Kreis wirklich rund ist“, sagte er. Dann stellte er die ganze Gesellschaft nebeneinander am Rande auf. Er gab nicht das Kommando „eins, zwei, drei – los!“, sondern jeder rannte los, wann er wollte, so daß man nicht ohne weiteres erkennen konnte, wann das Rennen zu Ende war. Als sie jedoch nach einer halben Stunde alle trocken waren, rief der Dodo plötzlich: „Schluß des Rennens!“ Die Gesellschaft umdrängte ihn und fragte: „Wer hat denn gewonnen?“ Zur Beantwortung dieser Frage benötigte der Dodo seinen ganzen Verstand. Er setzte sich und hielt sich lange Zeit eine Pfote grüblerisch an die Stirn (das ist die Haltung, in der gewöhnlich erhabene Denker auf Bildern zu sehen sind). Die anderen warteten schweigend. Schließlich verkündete der Dodo jenen berühmten Satz: „Jeder hat gewonnen, jeder erhält einen Preis.“

¹ Die Zitate aus „Alice im Wunderland“ entstammen der Ausgabe des Kinderbuchverlages Berlin, 6. Aufl., 1989.

Zurecht wurde problematisiert, ob sich dieses Geschehen wirklich als *Metapher für die vergleichende Psychotherapieforschung* eignen kann. Vielleicht ist es bei genauer Betrachtung aber besonders geeignet, wenn man sich vor Augen hält, daß die am Rennen Beteiligten ganz unterschiedlich „losrennen“ und „nicht genau zu erkennen ist“, wann ein jeder sein Rennen wirklich beendet hat.

Luborskys Aufsatz hat sicherlich dazu beigetragen, daß die Phase des Wettbewerbs in der Psychotherapieforschung vorerst beendet war, man sich in der Folgezeit mehr und mehr auf die Frage konzentrierte, wie Psychotherapie wirkt, was zu zahllosen, teilweise sehr aufwendigen Untersuchungen des Psychotherapieprozesses geführt hat. Nun ist aber unübersehbar, daß die Phase des Wettbewerbs und des Schulenstreits wiederbelebt ist, wofür in erster Linie Klaus Grawe und seine Arbeitsgruppe verantwortlich gemacht werden, die etwa seit 1990 – gestützt auf die mittlerweile sattem bekannte Metaanalyse von über 800 Psychotherapiestudien – die Frage aufwarfen, ob *wirklich alle einen Preis verdient* haben (Grawe et al., 1990).

Daß man heute die Berner Arbeitsgruppe für die immer lebhafter gewordene Diskussion verantwortlich macht und schilt, ehrt diese sicherlich, tut ihr aber auch Unrecht. Im englischsprachigen Raum z.B. wurde die Aussage des Dodo-Vogels schon viel früher hinterfragt (z.B. Stiles et al., 1986) und die Diskussion um die generelle Frage der Effektivität von Psychotherapie viel früher begonnen. Diese Diskussion hält an und ist – wie auch hierzulande – sicher primär vor dem Hintergrund einer *radikalen Neubewertung des gesamten Gesundheitssystems* zu verstehen, zu dem nun einmal auch die Psychotherapie gehört. Diese Neubewertung, die primär ökonomische Gründe hat, führte zu einer allgemeinen Legitimationskrise der Psychotherapie, die zunächst einmal von jeglichen Theorien- bzw. Schulenstreits unabhängig ist.

Die *psychoanalytische* Psychotherapie scheint auf den ersten Blick eines der „Opfer“ dieser Entwicklung zu sein und gerade im deutschsprachigen Raum – daran hat Grawe zweifelsohne seinen Anteil – ist die Kritik an der Psychoanalyse, gestützt durch die empirische Psychotherapieforschung, überlaut, die öffentliche und wissenschaftliche Diskussion fast grotesk geworden. Nun ist die Psychoanalyse von Beginn an Anfeindungen und fundierter Kritik ausgesetzt gewesen. Sie hat damit gelegentlich kokettiert, sich daran gewöhnt und sich mehrfach vor dem Problem gesehen, wissenschaftliche Befunde, die einige Grundannahmen ihrer Theorie erschütterten, „zu verdauen“ – man denke an die wissenschaftstheoretische Kritik Grünbaums (1988) und insbesondere an die revolutionär zu nennenden Befunde der Säuglingsforschung (z.B. Stern, 1988). Die Psychoanalytiker haben sich damit zwar schwer getan, aber anscheinend auch Wege gefunden, sich mit den Anfeindungen und mit neuen Erkenntnissen zu arrangieren. So ist es eigentlich erstaunlich, wie derzeit von Seiten der *institutionalisierten Psychoanalyse* auf den Vorwurf mangelnder Effektivitätsnachweise reagiert wird. Bereits an der ersten offiziellen Reaktion auf Grawes Beurteilung der „Psychotherapieforschung zu Beginn

der 90er Jahre“ (Grawe, 1992) läßt sich der Tenor der folgenden erahnen: „Bewunderung, etwas Scham und verbliebene Zweifel“ ist die Replik Sven Olaf Hoffmanns (1992) überschrieben, in der zumindest noch das deutliche „Evaluationsdefizit psychoanalytischer Psychotherapie“ anerkannt wurde.

Die folgenden Veröffentlichungen taten dies kaum noch und reichen von einer pauschalen Verurteilung der empirischen Psychotherapieforschung bzw. einer Überschätzung der psychoanalytischen Methode als *via regia* (etwa durch Kaiser, 1993) über eine persönliche Verunglimpfung der Berner Arbeitsgruppe (etwa durch Mertens, 1994) bis hin zu Verteidigungs- und Rückzugsgefechten, bei denen sich Psychoanalytiker auch gerne fachfremder Unterstützung bedienen (wie z.B. Rüger, 1994).

Kritische Psychoanalytiker, z.B. John Bowlby, haben immer schon darauf hingewiesen, daß man die eigene Profession *als Kunst und als Wissenschaft* verstehen solle. In einer „Ära der Theorien und Techniken“, also jener Phase der Psychotherapiegeschichte, in der „Psychotherapien von charismatischen Autoren konzeptualisiert, weiterentwickelt, dogmatisch verteidigt und schließlich als Therapieschulen etabliert wurden“ (Lueger, 1995), stand die „Kunst“ zurecht im Vordergrund. Die psychotherapeutischen Theorien waren wissenschaftlich in dem Sinne, daß sie zur Erklärung der Ursprünge von Problemen der Patienten geeignet waren, ebenso zur Erklärung des Prozesses und des Ergebnisses einer Behandlung. Diese Theorien lassen sich i.S. v. Orlinky (1994a) „im kulturellen Sinne als wissenschaftlich bezeichnen, sie sind naturalistisch, nicht notwendigerweise reduktionistisch, positivistisch oder materialistisch“. Die Plausibilität dieser Theorien steigt aber in dem Maß, in dem sie sich auf Konzepte beziehen können, die gegenwärtig auch in anderen wissenschaftlichen Disziplinen akzeptiert sind. Auch deshalb ist es notwendig, eine Theorie immer wieder zu erneuern, zu ergänzen und umzuformulieren. Im Zusammenhang mit der psychoanalytischen Theorie ließe sich hier der Bezug zu einer allgemeinen Theorie der Psychotherapie herstellen.

Ob Psychotherapien in einem anderen (soziopsychologischen bzw. biomedizinischen) Sinn als wissenschaftlich zu bezeichnen sind, hängt davon ab, in welchem Ausmaß klinische Auffassungen und Interventionen auf systematischen Forschungsbefunden basieren (vgl. Orlinky, 1994a). Hier wird der Psychoanalyse ein großes Defizit vorgeworfen. Konfrontiert mit diesem Vorwurf neigt sie zu den soeben skizzierten Reaktionen.

Dabei wird aber weitgehend übersehen, daß die psychoanalytische Psychotherapieforschung durchaus über beachtenswerte Ergebnisse verfügt, die allerdings zunächst gründlich gesichtet werden müßten. In diesem Zusammenhang erscheint wichtig, daß es bisher kaum eine Diskussion darüber gibt, ob die gängigen Standards für die Evaluation von Psychotherapie sich auf die Psychoanalyse sinnvoll anwenden lassen, oder ob es nicht eigentlich darum ginge, etwa bei einer Behebung des erwähnten Evaluationsdefizits zunächst neue Methoden und Kriterien für die Behandlungs-

evaluation in der Psychoanalyse zu entwickeln, welche ihrer Veränderungstheorie wirklich entsprechen.

Man kann zusammenfassen, daß die Reaktion auf die Kritik ihrer Effektivität und Wissenschaftlichkeit von Seiten der Psychoanalyse bisher überwiegend defensiv, z.T. auch unsachlich war. Längst ist in diesem Kontext das übliche Niveau der wissenschaftlichen Auseinandersetzung verlassen (man denke etwa an das „Spiegel“-Gespräch zwischen Grawe und Mertens; vgl. Strauß und Burgmeier-Lohse, 1995). In der letzten Ausgabe der Zeitschrift für klinische Psychologie ist der Appell der wissenschaftlichen Fachgesellschaft nachzulesen, man möge sich doch auf die Tugenden eines wissenschaftlichen Diskurses besinnen, wenn es darum geht, den aktuellen Stand der Psychotherapie und ihrer wissenschaftlichen Begleitung zu diskutieren (Fachgruppe Klinische Psychologie der DGfP, 1995). Gerade in der

jetzigen Zeit wäre – keineswegs nur aufgrund des ökonomischen Drucks – eine eher sachliche Auseinandersetzung mit der Frage nach der wissenschaftlichen Fundierung von Psychotherapie und den Konsequenzen für eine psychotherapeutische Richtung wichtig, die Psychoanalyse nicht ausgeschlossen.

Bei der Frage nach einem Wandel von Psychotherapie auf der Basis von Forschungsbefunden muß die Qualität dieser Forschungsbefunde zunächst einmal kritisch und sorgfältig diskutiert werden. Diese Diskussion wird derzeit in den einschlägigen Medien zur Genüge geführt. Stellt man die Frage *selbstkritisch*, sollte sie auch mit dem Bemühen verbunden sein, das eigene Behandlungsmodell anhand der vorliegenden Befunde der Psychotherapieforschung zu überprüfen und das Verhältnis der „Konfession“ – wie Grawe sagen würde – zur Forschung zu überdenken.

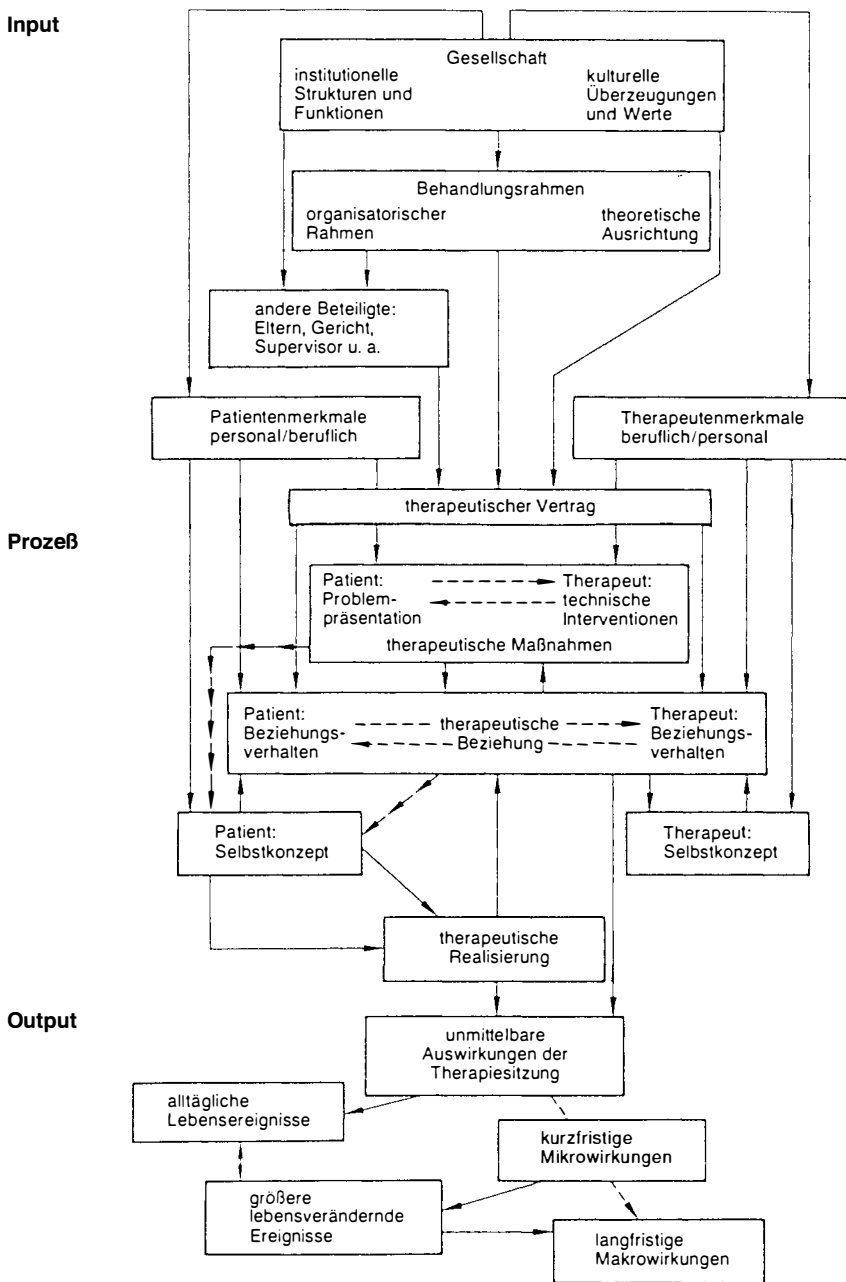


Abb. 1. Ein Modell des psychotherapeutischen Prozesses (aus Orlinsky und Howard, 1987)

Systematisierung von Forschungsbefunden in der Psychotherapie

Seit 1971 erscheint in regelmäßiger Folge das sogenannte „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“, in dem die Befunde der empirischen Psychotherapieforschung systematisch zusammengefaßt werden. Bei der Frage nach den potentiellen Konsequenzen dieser Forschung für die Praxis der Psychoanalyse sind vor allem jene Untersuchungen von besonderem Interesse, die den Versuch unternahmen, *Prozeßmerkmale von Psychotherapien* mit dem Behandlungsergebnis in Beziehung zu setzen. In den ersten drei Auflagen des erwähnten Handbuches wurden die Studien hierzu von David Orlinsky und Ken Howard akribisch zusammengefaßt. Das entsprechende Kapitel in der jüngsten Auflage des Handbuches aus dem Jahre 1994 wurde von Orlinsky et al. verfaßt und bezieht sich bereits auf insgesamt 2043 Einzelbefunde zu Prozeß-Ergebnis-Zusammenhängen, die bis dahin im englischen und im deutschen Sprachraum veröffentlicht wurden. Angesichts dieser immensen Fülle von Forschungsbefunden war es nötig, eine gewisse Systematik, ein Rahmenmodell zu entwickeln, das Orlinsky und Howard 1987 erstmalig vorstellten (Abb. 1). Dieses Modell, das sie als „generic model of psychotherapy“ bezeichnet haben, integriert die vielen unterschiedlichen Variablen, deren Einfluß auf das Behandlungsergebnis bisher untersucht wurde und unterscheidet darunter drei große Gruppen. Zunächst werden in diesem Modell jene Variablen als *Input-Variablen* bezeichnet, die sämtliche Ausgangsmerkmale der Therapie, wie z.B. das Versorgungssystem, dessen gesellschaftlicher Kontext, den Behandlungsrahmen und Charakteristika der Patienten und der Therapeuten umfassen. Als *Prozeßvariablen* werden verschiedene formale, technische, intra- und interpersonale, klinische und zeitliche Aspekte der „Therapie an sich“ beschrieben. *Output-Variablen* schließlich bezeichnen die kurz- und langfristigen Konsequenzen der Behandlung, die in einer komplexen Wechselwirkung zu Aspekten der inneren und äußeren Situation des Patienten stehen.

Für die hier interessierende Frage ist der psychotherapeutische Prozeß, der in dem Modell im Hinblick auf sechs Aspekte unterschieden wird (Tabelle 1), von besonderer Bedeutung.

Wichtig ist, daß das „generic model of psychotherapy“ keine klinische sondern eine wissenschaftliche Theorie darstellt, die primär als *Basis für die Einordnung von Einzelbefunden* gedacht ist und als Grundlage dafür dienen soll, klinische Fragen in Forschungsfragen zu übersetzen und umgekehrt. Die aktuellste Übersicht über Prozeßergebniszusammenhänge in der Psychotherapie von Orlinsky und Mitarbeitern orientiert sich an diesem Modell, wobei Einzelbefunde getrennt nach der Perspektive angeordnet wurden, aus der sie erhoben sind, also z.B. Patient, Therapeut, externer Beurteiler oder objektive Maße.

An dieser Stelle können die Einzelbefunde nicht umfassend dargestellt werden (siehe dazu Orlinsky et al., 1994). Es soll anhand einiger ausgewählter Aspekte exemplarisch gezeigt werden, wie sich einzelne Psy-

Tabelle 1. Das „Generic Model of Psychotherapy“: Aspekte des therapeutischen Prozesses (aus Orlinsky, 1994b)

1. Der formale Aspekt: Der therapeutische Vertrag

Definition der therapeutischen Situation und der wechselseitigen Rolle von Patient und Therapeut (einschließlich anderer beteiligter Parteien) und Vereinbarung der Modalitäten der Behandlung, die die Art der Therapie (Einzel- oder Gruppentherapie usw.), den Therapieplan, das Honorar, den Zeitpunkt usw. betreffen (*vertragliche Vereinbarungen*). Aushandeln des „working consensus“ bzgl. der Ziele und Erwartungen. Umsetzung der wechselseitigen Rollen in verschiedenen Phasen der Behandlung (*Vertragserfüllung*).

2. Der technische Aspekt: Therapeutische Maßnahmen

Anwendung des entsprechenden Fachwissens des Therapeuten:

- (1) um die subjektiven Beschwerden der Patienten sowie psychopathologische Muster in Denken, Fühlen und Handeln zu erkennen (*Problempäsentation des Patienten*);
- (2) um das jeweilige klinische Erscheinungsbild des Patienten anhand eines relevanten Behandlungsmodells zu verstehen, z.B. durch eine diagnostische Bewertung oder eine vorläufige Fallbeurteilung (*therapeutische Schlußfolgerungen*);
- (3) um auf der Grundlage des entsprechenden Behandlungsmodells geeignete Interventionsformen und -techniken auszuwählen (*therapeutische Interventionen*);
- (4) um den Patienten zu aktiver Mitarbeit zu motivieren (*Kooperation des Patienten*).

3. Der interpersonale Aspekt: Die therapeutische Beziehung

Das zwischenmenschliche Beteiligtsein oder die Allianz zwischen Patient(en) und Therapeut(en) beschreibt den Einfluß ihres wechselseitigen Beziehungsverhaltens auf die globale Qualität und die „Atmosphäre“ des zwischen ihnen entstehenden dyadischen bzw. des Gruppenprozesses. Dieser wird insbesondere durch die unterschiedliche Intensität der „therapeutischen Zusammenarbeit“ (*individuelle Umsetzung der entsprechenden Rollen, Abstimmung der Interaktion*) sowie des „individuellen Rapports“ (gegenseitiger Kontakt, wechselseitige Gefühlsbeteiligung) charakterisiert.

4. Der intrapersonale Aspekt: Innere Selbstbezogenheit

Das Selbsterleben in Beziehungen der Beteiligten in ihrer jeweiligen Rolle (Selbstbezogenheit des Patienten, Selbstbezogenheit des Therapeuten), umfaßt u.a. das Selbstbewußtsein, die Selbstkontrolle, die Selbstachtung der Betroffenen, die sich in einem unterschiedlichen Ausmaß an „Öffnung“ vs. „Abwehr“ manifestieren.

5. Der klinische Aspekt: Unmittelbare Auswirkungen der Therapiesitzung

Positive und negative Wirkungen der therapeutischen Interaktion auf die Beteiligten während einer Sitzung, insbesondere die Effekte beim Patienten, wie Einsicht und Selbstverständnis, Katharsis, Ermutigung, Kompetenzzuwachs, etc. („*therapeutische Realisierung*“ beim Patienten) sowie die gleichzeitigen Auswirkungen beim Therapeuten, wie das Erleben von Selbstwirksamkeit oder emotionaler Nähe („*Erleben während der Behandlung*“ beim Therapeuten).

6. Der zeitliche Aspekt: Der sequentiell verlaufende Prozeß

Interaktionsabfolgen, die über die Zeit innerhalb von Sitzungen entstehen (*Ablauf einer Sitzung*) sowie Ereignisse, die für den gesamten Behandlungszeitraum charakteristisch sind (*Therapieverlauf*).

chotherapierichtungen in der Diskussion um praktische Veränderungen auf dieses Modell beziehen könnten:

Die Übersicht von Orlinsky und Mitarbeitern zeigt, daß es bisher kaum Hinweise darauf gibt, daß grundlegende Merkmale des *Therapievertrages* sich wesentlich auf das Behandlungsergebnis auswirken. So spricht nichts dafür, daß die Einzeltherapie effektiver wäre, als die Gruppen- – und hier vielleicht von besonderem Interesse – auch die Familientherapie. Die Sitzungsfrequenz hat sich bislang als ebenso unbedeutend erwiesen wie die Frage, ob eine Therapie zeitlich limitiert oder unlimitiert bleibt. Bezogen auf das psychoanalytische Behandlungsmodell, das sicher primär die Einzelbehandlung in hochfrequenten Sitzungen ohne zeitliche Begrenzung vorsieht, ergeben sich aus den bisher vorliegenden Prozeß-Ergebnisuntersuchungen keine Hinweise, daß diese Modellkomponenten wichtige Therapiebedingungen darstellen würden.

Die Eignung eines Patienten für eine spezifische Therapieform, ein Aspekt der „*Vertragserfüllung*“, das Geschick des Therapeuten, ein höheres Maß an verbaler Aktivität auf Seiten des Patienten, die gesicherte Stabilität der Behandlungsvereinbarungen und die Einigung und Klarheit bezüglich der Behandlungsziele sowie insbesondere die „*Vorbereitung*“ des Patienten auf die Behandlung (in dem Sinne, daß die Patienten bei Behandlungsbeginn einigermaßen genau wissen, was sie erwartet), haben sich als günstige Prädiktoren für das Behandlungsergebnis erwiesen. Zusammengefaßt – und dies ist vielleicht für die psychoanalytische Therapie nicht unbedeutend – haben sich Aspekte wie das therapeutische Geschick, die Patienteneignung oder die Stabilität des Settings als viel wichtiger gezeigt als Formalitäten in der Behandlungsstruktur.

Unter den Voraussetzungen auf Patientenseite, von Orlinsky (1994b) unter den „*technischen Aspekten des Behandlungsprozesses*“ subsummiert, haben sich bisher bei der Problempräsentation des Patienten vor allem Fokussierungen auf die eigentliche Problematik und auf seine wesentlichen Beziehungen sowie relativ gut ausgebildete Ich-Funktionen als positiv im Hinblick auf das Behandlungsergebnis erwiesen. Bei den *technischen Interventionen* des Therapeuten weisen interessanterweise „*paradoxe Interventionen*“ sowie eine „*erlebnisorientierte Konfrontation*“ (z.B. die Stuhltechnik in der Gestalttherapie) die stärkste Beziehung zum Behandlungserfolg auf. Etwas weniger „*günstig*“ erwiesen sich Deutungen, während der positive Einfluß von Unterstützung, Ratschlägen, Selbstöffnung des Therapeuten sowie Exploration insgesamt gesehen nicht nachweisbar ist. Bezieht man diese Befunde auf das psychoanalytische Behandlungsmodell, dann zeigt sich in der empirischen Psychotherapieforschung, daß Deutungen effektiv sind, wobei sich das im psychoanalytischen Behandlungsmodell geforderte Primat der Deutung von Abwehr auf Seiten des Patienten auch empirisch stützen läßt. Interventionen, die in dem psychoanalytischen Behandlungsmodell keine Rolle spielen, wie z.B. die Selbstöffnung des Therapeuten oder Ratschläge, haben sich tatsächlich als ineffektiv erwiesen. Allerdings ist im Hinblick auf die Diskussion eines Wandels der

Psychoanalyse zu reflektieren, daß eben auch andere Interventionsmethoden, wie die paradoxe Intervention und die erlebnisorientierte Konfrontation, die im psychoanalytischen Modell und in der psychoanalytischen Ausbildung keine Rolle spielen, von ganz besonderer Wirkung zu sein scheinen.

Die postulierte Bedeutung der *therapeutischen Beziehung* zeigt sich klar und deutlich an den Forschungsbefunden: Von 1025 Einzelbefunden mit 18 verschiedenen Operationalisierungen der therapeutischen Beziehung standen 60% positiv mit dem Behandlungsergebnis in Beziehung. Differenziert betrachtet erwiesen sich nach bisherigen Befunden das persönliche Engagement der Patienten und der Therapeuten (im Gegensatz zu therapeutischer Zurückhaltung!), die Glaubwürdigkeit des Therapeuten, echte Kooperation (im Gegensatz zu Permissivität und Direktivität des Therapeuten bzw. im Gegensatz zu Abhängigkeit und Kontrolle beim Patienten) als besonders effektiv, gemeinsam mit einem wirklich reziproken Aufeinander-Abgestimmt-Sein in der Kommunikation und in der Affirmation positiver Gefühle. Bezüglich des psychoanalytischen Behandlungsmodells ist sicherlich hervorzuheben, daß *Zurückhaltung und emotionale Neutralität* auf der Ebene der therapeutischen Allianz (sicherlich noch einmal etwas anderes ist als die in der Psychoanalyse bedeutende Übertragungsbeziehung) als eher *ungünstig* für das Behandlungsergebnis bezeichnet werden müssen.

Ergänzend sei erwähnt, daß sich unter den *intrapsychischen Aspekten* des Behandlungsprozesses auf Patientenseite insbesondere Offenheit sowie die Artikulation von Gefühlen und auf Therapeutenseite Selbstakzeptanz und Selbstkongruenz als gute Prädiktoren für den Behandlungserfolg erwiesen haben. Der letztgenannte Befund unterstreicht noch einmal die Bedeutung der therapeutischen Selbsterfahrung.

Unter dem 5. Aspekt des Prozeßmodells, den *unmittelbaren Auswirkungen der Therapiesitzung*, sind Merkmale genannt, wie therapeutische Realisierungen (z.B. Einsichten, Katharsis etc.), das Erleben von Selbstwirksamkeit sowie emotionale Nähe beim Therapeuten, die allesamt als günstig für den Therapieerfolg ausgewiesen sind.

Schließlich – und wieder besonders bedeutsam für die Psychoanalyse – zeigt die Literatur eine klare Beziehung zwischen der Dauer einer Therapie und dem Behandlungsergebnis. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, daß viele Studien in den Überblick eingingen, in denen die durchschnittliche Behandlungsdauer bei nur sechs Sitzungen lag. Es läßt sich also sicher nicht unkritisch ein „*je länger – desto besser*“ erschließen. Untersuchungen zur Dosis-Effekt-Beziehung in der Psychotherapie zeigen immer wieder, daß sich die Beziehung zwischen dem Nutzen einer Behandlung und der Dauer durch eine negativ beschleunigte Kurve darstellen läßt, was bedeutet, daß sich nach einer bestimmten Zeit die durch ein mehr an Therapiesitzungen erzielten Effekte minimieren. Gerade dieser Aspekt und die Tatsache, daß die Überlegenheit von wirklichen Langzeitpsychoanalysen bislang empirisch keineswegs abgesichert ist, spielt in der gegenwärtigen Diskussion bekanntermaßen eine große Rolle.

Die ausgewählten Beispiele zeigen, daß das „generic model of psychotherapy“ eine Systematisierung erlaubt und damit auch Schlußfolgerungen über die potentielle Bedeutung von relativ spezifischen Prozeßfaktoren für den Behandlungserfolg. Es sollte also auch möglich sein, daß innerhalb eines jeden Behandlungsmodells anhand dieser Systematik Prüfungen von Anspruch und Wirklichkeit erfolgen könnten.

Ein wesentliches Ergebnis der Übersicht von Orlinsky und Mitarbeitern ist, daß die *Beurteilungsperspektive* einen wesentlichen Einfluß darauf hat, welche Faktoren sich letztendlich als bedeutsam erweisen: Aus der Perspektive der Therapeuten beispielsweise sind die robustesten Indikatoren für ein gutes Behandlungsergebnis Bewertungen der „Eignung“ des Patienten für eine Therapieform, persönliches Engagement, Kooperation im Gegensatz zu Widerstand, Offenheit im Gegensatz zu Abwehr, positive Gefühle in der therapeutischen Beziehung. Aus der externen Perspektive eines Supervisors, der beispielsweise Tonbandaufnahmen der Behandlung abhört, stehen das therapeutische Geschick, die Sicherheit und Glaubwürdigkeit des Therapeuten, der korrekte Einsatz von Deutungen, eine Fokussierung auf die Probleme des Patienten und eine Involvierung in die Beziehung, die von gegenseitigem Verständnis gekennzeichnet ist, in positiver Beziehung zum Therapieergebnis. Auch dieses Ergebnis, daß je nach Perspektive unterschiedliche Aspekte der Behandlung für wichtig erachtet werden, ist sicherlich für die Praxis nicht unbedeutend, zeigt es doch, daß eine vermehrte *Transparenz*, wie sie von der Psychotherapieforschung gefordert wird, möglicherweise zu umfassenderen Bewertungen des therapeutischen Prozesses führen könnte. In diesem Zusammenhang ist der immer noch massive Widerstand von Seiten psychoanalytischer Therapeuten gegenüber Tonband- oder Videoaufnahmen von psychotherapeutischen Sitzungen zu diskutieren, und dies leitet über zu der zweiten Frage, inwieweit ein Wandel der Psychoanalyse notwendig ist, was ihr Verhältnis zur empirischen Forschung anbelangt und wie dieses Verhältnis eine Auseinandersetzung mit allgemeinen Theorien der Psychotherapie möglich machen würde.

Psychotherapieforschung und psychotherapeutische Praxis

In den Vereinigten Staaten gab es kürzlich ein interessantes Experiment, das sich eine Arbeitsgruppe der Vanderbilt-Universität um Hans Strupp ausgedacht hat. Die Gruppe forderte einige namhafte Psychoanalytiker der Vereinigten Staaten auf, die Psychotherapieforschung aus klinischer Sicht zu bewerten. Diese Bewertungen wurden sodann Psychotherapieforschern vorgelegt und von diesen kommentiert. Das Experiment ist festgehalten in einem Buch mit dem Titel *„Psychotherapy Research and Practice“* herausgegeben von Talley et al. (1994). Ein wesentliches Ergebnis dieses Experimentes war, daß die Kliniker die Forschung voller Skepsis sehen und bemängeln, daß ganz zentrale, den Kliniker bewegende Fragen, von Seiten der Forschung nicht beantwortet worden seien. Die Entgeg-

nungen der empirisch orientierten Psychotherapieforscher in diesem Band dagegen zeigen, daß es auf viele der formulierten Fragen durchaus zuverlässige Antworten gibt, die man finden kann, wenn man von den Ergebnissen der Psychotherapieforschung Kenntnis nimmt, und die zumindest insofern Einfluß auf die klinische Praxis nehmen könnten, als sie zur Diskussion beitragen. Ein Beispiel, das im Kontext dieses Buches immer wieder erwähnt wird, ist die Frage nach der Dauer und Frequenz von psychotherapeutischen Behandlungen.

Von Seiten der Forscher wird durchaus selbstkritisch eingeräumt, daß die systematische empirische Erforschung von Psychotherapien zwar bereits in den 40er und 50er Jahren begann, daß es aber sicherlich lange Zeit in Anspruch nahm, ehe man die richtigen Techniken und Methoden zur Beantwortung relevanter Fragen entwickelt hatte. Möglicherweise haben sich in den Anfangsjahren Bilder von der Psychotherapieforschung entwickelt, die die Kliniker eher dazu brachten, sich hiervon abzuwenden. Diese inneren Bilder bestimmen auch heute noch die Haltung vieler praktizierender Psychotherapeuten. Eines steht jedenfalls fest: *Die Ergebnisse der empirischen Psychotherapieforschung werden vom Großteil der Praktiker aller möglicher Richtungen nicht rezipiert (vgl. Orlinsky, 1994a)!*

Die Psychoanalyse hatte schon immer ein schwieriges Verhältnis zur empirischen Forschung. Auch heute – in der erwähnten lebhaften, sicher überwiegend berufspolitisch gefärbten Diskussion – beharren viele psychoanalytische Autoren auf ihrer Sichtweise, daß die quantitative Psychotherapieforschung ein „Potemkinsches Dorf“ sei, und sie plädieren dafür, sich um keinen Preis den Maßstäben einer „nomologischen Psychotherapieforschung“ zu beugen (Kaiser, 1993). In den frühen Jahren war die Stellung der Psychoanalyse so, daß sie sich eine solche Haltung auch leisten konnte. Inzwischen hat sich die Situation jedoch so verändert, daß sich die Psychoanalyse mit den Ergebnissen der Effizienzforschung auseinandersetzen muß. Sie wird gar keine andere Wahl haben, wenn sie ihren Platz im Versorgungssystem behalten will. Diese Notwendigkeit ist keineswegs gleichbedeutend mit einer Unterwerfung unter die geltenden Regeln; sie spiegelt vielmehr einen Anspruch wieder, den die Konsumenten von Psychotherapie berechtigt äußern können, nämlich klare Aussagen über die Effektivität auch im Hinblick auf die „üblichen“ Kriterien – wie Symptomreduktion, Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen etc. – zu erhalten. Wenn die dafür heute üblichen Kriterien und Methoden möglicherweise für die psychoanalytische Psychotherapie nicht ausreichend sind, dann darf das – wie eingangs bereits erwähnt – nicht heißen, daß man sich der Frage nach Effektivitätsbelegen entzieht, man sollte vielmehr Wege und Methoden finden, die dem Gegenstand angemessener sind.

Was die Prozeßforschung anbelangt, so könnte die Psychoanalyse durchaus davon profitieren, wenn sie zum einen das eigene Behandlungsmodell auf wissenschaftlichem Wege transparenter machen würde, zum anderen, wenn sie sich mit den vorliegenden Befunden

– wie sie z.B. im „generic model of psychotherapy“ integriert sind – kritisch auseinandersetzen würde. Vielleicht würde dann deutlicher, daß bestimmte Maximen des psychoanalytischen Behandlungsmodells durchaus flexibler gehandhabt werden müßten. Dies wiederum könnte deutliche Auswirkungen auf die Ausbildung zum Psychoanalytiker haben. Diese Ausbildung ist ja von der Arbeitsgruppe um Grawe kritisiert worden, insbesondere die Lehranalyse wurde als „heilige Kuh“ bezeichnet, die längst hätte geschlachtet werden müssen.

Wie schon erwähnt, machen die Ergebnisse der Prozeß-Ergebnisforschung durchaus deutlich, daß therapeutische Selbsterfahrung wichtig ist. Die Frage ist aber, wie sie organisiert werden kann. Die Praxisstudien der letzten Jahrzehnte, beispielsweise jene der DGPT, zeigen, daß die klassische psychoanalytische Langzeitbehandlung, die „psychoanalytische Kur“, in der Praxis – sieht man von Lehranalysen und wenigen anderen Ausnahmen ab – kaum noch eine Rolle spielt. Praktizierende Psychoanalytiker arbeiten überwiegend in anderen Settings (zeitlich begrenzt, niedrigfrequent, in der Gruppe etc.). Im Hinblick auf die Ausbildung, in der die Langzeitanalyse sowohl in der Selbsterfahrung als auch in der Praxis eindeutig im Vordergrund steht, könnte dies bedeuten, daß Kandidaten der psychoanalytischen Institute überwiegend *etwas lernen, was sie später nicht anwenden, daß sie dagegen später Psychotherapieformen praktizieren, die sie nicht wirklich gelernt haben.*

Auch hier wäre also eine Öffnung wünschenswert und eine Diskussion der Frage, ob es nicht sinnvoll wäre, den Ausbildungskandidaten einen breiteren Horizont (auch im Sinne allgemeiner Theorien) darzubieten, anstatt Vertreter jener Behandlungsmodelle und -techniken, die mit den eigenen nicht kompatibel sind, zu ächten (man denke nur an die Reaktion auf die Plädoyers für körperbezogene Behandlungstechniken innerhalb der Psychoanalyse).

Versuche, allgemeine Prinzipien für die Psychotherapie zu formulieren, sind schon ziemlich alt; das, was kürzlich von Grawe (1995) dazu formuliert wurde, ist sicherlich eine sehr fundierte und aktualisierte Version einer psychotherapeutischen Veränderungstheorie, die aber Vorläufer hat, die bis in die 30er Jahre zurückreichen (z.B. Rosenzweig, 1936). Ähnlich alt sind die Versuche, die Konzepte unterschiedlicher therapeutischer Modelle in allgemeine Theorien zu integrieren. Diese Versuche fanden bei Psychoanalytikern offenbar wenig Interesse; umgekehrt ist dies anders. Heute wird in der Diskussion um die Psychoanalytische Schule ja immer wieder darauf hingewiesen, daß Psychotherapeuten unterschiedlicher Ausrichtung viele Konzepte und Techniken der Psychoanalyse entlehnt hätten. Dies mag durchaus auch umgekehrt der Fall sein, zugegeben wird es aber nicht.

Vor kurzem erschien in der Zeitschrift „Psychotherapeut“ ein Beitrag eines namhaften Vertreters der Psychoanalyse, Peter Kutter (vgl. Kutter, 1995), unter dem Titel „Psychoanalyse am Scheideweg“. In dieser Arbeit erfolgt eine selbstkritische und realistische Bewertung der Psychoanalyse, wahrscheinlich zum ersten Mal seit

die von Grawe ausgelöste Diskussion ihren Anfang nahm. Kutter konfrontiert in seinem Beitrag das „Ideal der psychoanalytischen Methode mit der heutigen Realität psychoanalytischer Praxis“ und versucht, Auswege aus dem Dilemma zwischen gegenwärtiger psychoanalytischer Praxis und gesellschaftlicher Verantwortung aufzuzeigen und kommt im Hinblick auf die implizite Frage, ob sich die Psychoanalyse wandeln müsse, zu folgenden Antworten:

- „1. Wir sollten in Zukunft mehr die Anwendungen der Psychoanalyse für die Krankenbehandlung in den Vordergrund rücken, weniger die klassische Psychoanalyse.
2. Wir brauchen Psychoanalyse als Forschungsinstrument mehr denn je und
3. wir sollten, zusätzlich zu unseren vertrauten psychoanalytischen Kriterien, künftig mehr wissenschaftliche Kriterien zur Einschätzung unserer täglichen Arbeit heranziehen“.

Unter anderem räumt Kutter ein, daß man jetzt nachholen müsse, „was wir aus Selbstüberschätzung vor über 20 Jahren nicht getan haben, nämlich echte von außen kommende wissenschaftliche Forschung betreiben“ und meint an anderer Stelle, daß die Haltung der Psychoanalyse, will sie ihrer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden, eine *wissenschaftliche* sein müsse! Dazu gehöre: „1. Der permanente interdisziplinäre Dialog mit anderen Wissenschaften ..., 2. daß wir uns um eine Sprache bemühen, die verständlich ist, 3. daß wir Einblick geben in das, was wir täglich hinter verschlossenen Türen tun, 4. daß andere Wissenschaftler unser Tun untersuchen, wie z.B. Sprachwissenschaftler, Linguisten, Soziologen, Psychologen.“

Ein Wandel des Verhältnisses der Psychoanalyse zur Forschung als Voraussetzung für einen Wandel der psychoanalytischen Praxis wäre also die Notwendigkeit, die sich angesichts der aktuellen Diskussion ergibt. Dabei muß man die anfangs erwähnten unterschiedlichen Kriterien für Wissenschaftlichkeit im Auge behalten, ebenso wie die Sicht, daß Psychotherapie sowohl Kunst als auch Wissenschaft sein sollte und die Notwendigkeit, eine Behandlungstheorie mit einer Krankheits- (oder Störungs-)theorie in Verbindung zu bringen. Gerade diesbezüglich hat die Psychoanalyse m.E. immense Vorteile. Allgemeine Theorien der Psychotherapie, wie sie von Grawe und seinen Mitarbeitern propagiert werden, können dabei helfen, den Vergleich verschiedener Behandlungsmodelle zu erleichtern, diese Modelle zu modifizieren und die für einen notwendigen Austausch gemeinsame Sprache zu finden. Dies bedeutet aber sicherlich nicht, daß dadurch die Vielfalt der Behandlungsmodelle (und der Krankheitsmodelle) obsolet geworden wäre.

Psychotherapie sollte ein „Freiwahlrennen“ bleiben, bei dem jeder da losrennen kann, wo er gerade steht und das Rennen beenden mag, wo er es für richtig hält. Die Entscheidung aber, ob die einzelnen dafür Preise erhalten, sollte auf der Grundlage klarer Regeln, d.h. real überprüfbarer Kriterien gefällt werden.

Literatur

- Fachgruppe Klinische Psychologie der DGfP (1995) Stellungnahme zur Auseinandersetzung um Forschungsergebnisse zur Psychotherapie. *Z Klin Psychol* 24: 229
- Grawe K (1992) Psychotherapieforschung zu Beginn der 90er Jahre. *Psychologische Rundschau* 43: 132–162
- Grawe K (1995) Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 130–145
- Grawe K, Bernauer F, Donati R (1990) Psychotherapien im Vergleich: Haben wirklich alle einen Preis verdient? *Psychother Psychosom Med Psychol* 40: 102–114
- Grawe K, Bernauer F, Donati R (1994) Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Grünbaum A (1988) Die Grundlagen der Psychoanalyse. Reclam, Stuttgart
- Hoffmann SO (1992) Bewunderung, etwas Scham und verbliebene Zweifel. *Psychologische Rundschau* 43: 163–167
- Kaiser E (1993) Quantitative Psychotherapieforschung – Modernes Paradigma oder Potemkinsches Dorf? *Forum Psychoanalyse* 9: 348–366
- Kutter P (1995) Psychoanalyse am Scheideweg. *Psychotherapeut* 40: 298–303
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975) Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „everyone has won and all must have prizes“? *Arch Gen Psychiatry* 32: 995–1008
- Lueger R (1995) Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 267–278
- Mertens W (1994) Psychoanalyse auf dem Prüfstand. Quintessenz, Berlin
- Orlinsky DE (1994a) Research-based knowledge as the emergent foundation for clinical practice in psychotherapy. In: Talley PH, Strupp HH, Butler SF (eds) *Psychotherapy research and practice – bridging the gap*. Basic Books, New York
- Orlinsky DE (1994b) Learning from many masters. *Psychotherapeut* 39: 2–9
- Orlinsky DE, Howard KE (1987) A generic model of psychotherapy. *J Integrative Eclectic Psychother* 6: 6–27
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks B (1994) Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York
- Rosenzweig S (1936) Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 6: 412–415
- Rüger B (1994) Kritische Anmerkungen zu den statistischen Methoden in Grawe et al. *Z Psychosom Med Psychoanalyse* 40: 368–383
- Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) The benefits of psychotherapy. Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Stern D (1988) The interpersonal world of the infant. Basic Books, New York
- Strauß B, Burgmeier-Lohse M (1995) Der wissenschaftliche Diskurs in der Psychotherapie aus interpersonaler Sicht. *Psychotherapeut* 40: 309–312
- Talley PH, Strupp HH, Butler SF (1994) *Psychotherapy research and practice – bridging the gap*. Basic Books, New York
- Stiles WB, Shapiro DA, Elliott R (1986) Are all psychotherapies equivalent? *Am Psychol* 41: 165–180

Korrespondenz: PD Dr. Bernhard Strauß, Dipl.-Psych., Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinik Kiel, Niemannsweg 147, D-24105 Kiel, Bundesrepublik Deutschland.

Priv.-Doz. Dr. phil. Bernhard Strauß ist klinischer Psychologe und Psychotherapeut an der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Universitätsklinik in Kiel. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte sind die psychosomatische Gynäkologie, die Entwicklung und Evaluation von psychosozialen Betreuungskonzepten in der Medizin sowie die Psychotherapieforschung (Schwerpunkte: Gruppentherapie, differentielle Indikation und Prognose; stationäre Psychotherapie)