

Kongreßbericht

Ein Blick auf die Konturen des Elefanten

Bericht von der 19. Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research (SPR) in Santa Fé vom 14.—18. Juni 1988¹

Von Wolfgang Tress

Vor rund 20 Jahren gründeten so herausragende Psychotherapieforscher wie *Lester Luborsky*, *Sol Garfield* und *Allen Bergin* die *Society for Psychotherapy Research (SPR)*, um einem dringenden Bedürfnis nach Objektivität im psychotherapeutischen Handwerk abzuwehren. Es erwuchs hieraus eine internationale Expertengesellschaft, gegliedert nach 3 regionalen Sektionen: Nord Amerika (Vorsitz *David Orlinski/Chicago*), Großbritannien (*David Shapiro/Sheffield*), Europa (bisher *Winfried Huber*, Louvain/Belgien, jetzt *Klaus Grawe/Bern*). Generalsekretär der Gesellschaft ist *Kenneth Howard/Chicago*. — Ende 1988 wählte die Gesellschaft als ersten Nichtamerikaner Prof. *H. Kächele*, Ulm, in den Vorstand. *H. Kächele* wird damit in wenigen Jahren turnusgemäß auch die Präsidentschaft übernehmen. Die Glückwünsche an ihn verbinden sich mit der Hoffnung auf innovative Impulse aus Mitteleuropa für die Psychotherapieforschung als Grundlagendisziplin, bisher allzu sehr geprägt von angloamerikanischem Effizienzdenken.

SPR umfaßte im Juli 1988 911 Mitglieder aus 25 Ländern, mehrheitlich Psychologen. Ärztliche Kollegen bilden eine starke Minorität. Man pflegt überwiegend eine tiefenpsychologisch-psychodynamische Grundorientierung, was im Charakter der meisten untersuchten Therapien zum Ausdruck kommt, beforcht aber in nachgeordnetem Maße auch kognitive Therapien. Der lerntheoretische Behaviorismus spielt indessen eine randständige Rolle.

In der indianisch-spanischen Pueblo-Stadt Santa Fé, New Mexico, wegen ihres einmaligen architektonischen Charakters eine beliebte Kongreßstadt, trafen sich im Juni 1988 250 Teilnehmer (nicht alle *SPR*-Mitglieder) aus aller Welt, darunter 40 europäische Besucherinnen und Besucher, ca. 25 davon deutscher Sprache. — An 4 Tagen wurden 32 Panels und 19 Papersessions mit insgesamt

¹ Der *Deutschen Forschungsgemeinschaft* sei für die finanzielle Unterstützung dieser Kongreßreise gedankt.

200 Präsentationen abgehalten und daneben unzählige Poster demonstriert. Vor dieser schwer überschaubaren Menge an wissenschaftlichem Ertrag tritt der Berichtersteller einige Schritte zurück und gibt zunächst anhand der *presidential address* von *Kenneth Howard*, gehalten am 16. Juni 1988, schlaglichtartig ausgewählte Impressionen zur Struktur der psychotherapeutischen Versorgung in den USA wieder.

Unter der Gesamtüberschrift „The Psychotherapeutic Service Delivery System“ ging *Howard* zunächst auf epidemiologische Erkenntnisse ein. Sie basieren entweder auf landesweiten Erhebungen an vielen tausend US-Bürgern (sofern sie in festen Haushalten leben), wobei allerdings nur oberflächliche Grobdaten von nicht weiter geschulten Interviewern erhoben werden können. Dies erlaubt akkurate Schätzungen, etwa über den Medikamentenverbrauch, die Inanspruchnahme der Chirurgie u. ä. m. und mündete zuletzt in das *National Medical Care Utilization and Expenditure Survey (NMCUES)* von 1980/81 (*Taube* u. a., 1984). Dem steht die intensive Beforschung ausgewählter Gemeinden auf der Grundlage fachlich qualifizierter Interviews gegenüber, etwas das *Epidemiologic Catchment Area Program (ECA; Regier* u. a., 1984), worin verschiedene Großstädte, aber auch die Insel Puerto Rico mittels des *DSM-III*-orientierten *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* nach psychischen Störungen durchkämmt werden. Dies erlaubt eine Schätzung, wonach 25,6 % oder ca. 40 Millionen US-Bürger jährlich wegen krankhafter seelischer Beeinträchtigungen der Hilfe des Mental Health-Versorgungssystems bedürfen. Eine solche Zahl schillert natürlich etwas für ein Land, das „Happiness“ zur ersten Bürgerpflicht erhebt. Andererseits läßt das *DSM-III* psychosomatische Erkrankungen einschließlich der psychovegetativen Störungen in sträflicher Weise unberücksichtigt, weshalb dieses weit verbreitete Störungsbild in die oben genannten Daten nur sehr indirekt eingehen kann. Insgesamt liegen die erwähnten Schätzungen recht genau in der Marge jener Erkrankungsquoten, die auch mitteleuropäische Studien hervorbringen (etwa *Dilling* u. a., 1984; *Schepank*, 1987).

Der so geschätzte Bedarf trifft seitens der Anbieter auf 44000 Psychiater, 55000 klinische Psychologen, 28000 psychiatrische Sozialarbeiter und 3000 psychiatrische Krankenschwestern, die allesamt qualifizierte ambulante Psychotherapie ausüben in der Lage sind. Ein solches Versorgungssystem wäre theoretisch in der Lage, jedem Bedürftigen 3 Behandlungsstunden im Jahr anzubieten. Tatsächlich aber kommen in 6 Monaten nur 7000000 US-Bürger mit dem *Mental Health System* in Kontakt, wovon ein Drittel bis knapp die Hälfte nicht einer aktuellen psychiatrischen Diagnose, wie sie den *DSM-III*-orientierten epidemiologischen Erhebungen zugrunde liegen, zuzuordnen sind. Darin spiegeln sich natürlich zum einen Unzulänglichkeiten des diagnostischen Klassifikationsschemas selbst, gerade im Bereich der psychovegetativen Erkrankungen. Zum anderen drückt das aber auch eine unkomplizierte

Haltung besonders des US-amerikanischen Bürgertums gegenüber der Psychotherapie aus, indem prophylaktische Check-ups nicht nur beim Dentisten und Internisten, sondern auch beim Psychotherapeuten gesucht werden.

Die ganz überwiegende Mehrzahl der administrativ durch Krankenkassen oder Institutsambulanzen erfaßten Psychotherapien bewegt sich in einem Umfang von ca. 15 Sitzungen. Ob sie dann allerdings tatsächlich enden oder auf der Basis privater Absprachen weitergeführt werden, ist in einem Land schwer zu übersehen, dessen Bevölkerung zu einem beachtlichen Prozentsatz (in Kentucky 40 %) überhaupt nicht krankenversichert ist und wo die Krankenversicherungen selbst nur 20 Psychotherapiesitzungen im Jahr zur Hälfte bezahlen (was obendrein von vielen Versicherten trotz durchgeführter Psychotherapie nicht in Anspruch genommen wird) und ein unregelmäßiger, aber wohletablierter grauer Psychotherapiemarkt offiziös seine Dienste offeriert. Dessen ungeachtet prägt jene 20-Stunden-Grenze die Designs der Psychotherapieforschungsobjekte in hohem Maße, wozu sicherlich auch beiträgt, daß die meisten Psychotherapeuten psychoanalytischer Orientierung in den USA eine Ausbildung durchlaufen haben, die etwa der Qualifikation des „kleinen Zusatztitel“ in Süddeutschland entspricht, und von daher psychogen Kranke in den Vereinigten Staaten als Standardangebot fokal tiefenpsychologische Kurztherapie mit einer Sitzung pro Woche erhalten. — Wir sehen also auch hier, daß die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik dank eines weltweit einmaligen Sozialrechts, das sogar langfristige Psychoanalysen in die Leistungspflicht der Krankenkassen mit einschließt, auch in den USA ihresgleichen sucht.

Ein weiterer Aspekt ist entscheidend, um die US-Forschungsszene zu verstehen: Drittmittel für psychotherapeutische Forschung werden nach einer Maßgabe des dort alles entscheidenden *National Institute of Mental Health* (NIMH) nur vergeben, wenn die beforschten Therapien auf ausgearbeitete Manuale zurückgehen, die einerseits das Vorhaben des Therapeuten theoretisch fundieren und auf der inhaltlichen Praxisebene reglementieren, andererseits aber auch hoch reliable Meßinstrumente bereitstellen, anhand derer das schulgerechte Vorgehen des Therapeuten zu objektivieren ist. Diese forschungspolitische Rahmensetzung hatte 1984 das Erscheinen dreier psychotherapeutischer Lehrbücher psychodynamischer Provenienz zur Folge, während verhaltenstherapeutische Manuale längst vorlagen. Im einzelnen waren dies:

- *Lester Luborsky* (1984): *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: Manual for Supportive-Expressive (SE) Treatment* (in deutsch: Einführung in die analytische Psychotherapie, 1988)
- *Hans Strupp, Jeffrey Binder* (1984): *Psychotherapy in a New Key: A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*, sowie
- *Klerman, G. u. a.* (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*.

Von diesen drei Manualen stimulieren insbesondere die ersten beiden die Aktivitäten innerhalb von *SPR* und schufen bereits regelrechte Traditionen des Forschens und der meist in Panels zusammengefaßten Präsentationen. Nur einige von ihnen kann der Berichterstatter nachfolgend referieren.

Unter der Leitung von *Lester Luborsky* (1984, 1988) erforscht (in Erweiterung des *Menninger Foundation Research Project*) das *Pennsylvania Psychotherapy Project* mit vielfältigen Verfahren die Gesetzmäßigkeit erfolgreicher und erfolgloser psychodynamischer Therapien. Das erste zentrale Konzept dieser Gruppe war das der positiven therapeutischen Allianz, objektiviert durch zahlreiche, sehr reliable Meßverfahren. Es gelang nachzuweisen, daß eine deutlich positive Beziehung, wobei der Patient seinen Therapeuten warm, unterstützend und seinem Anliegen auch faktisch hilfreich erlebt, bereits in der dritten Stunde den glücklichen Ausgang einer Behandlung vorhersagen kann. Negative Befunde aus der dritten Stunde sind indessen ohne prognostische, also auch nicht von negativer Bedeutsamkeit. — Vor dem Hintergrund einer solchen positiven therapeutischen Beziehung beleuchtet die Methode des zentralen Beziehungskonfliktes (*Core Conflictual Relationship Theme: CCRT*) weitere nützliche Aspekte des Behandlungsverlaufes. Charakteristische Beziehungsmuster des Patienten aus seiner Biographie, aus seinem aktuellen Alltag wie der aktuellen therapeutischen Beziehung konstellieren sich regelmäßig um einen oder ganz wenige Beziehungswünsche (z. B. Geliebtwerden, Anerkennung erhalten, Dominanz), wobei der Patient in neurotischer, d. h. für das Miteinanderleben der Erwachsenen in dysfunktionaler Weise bestimmte Reaktionen seiner Bezugspersonen fürchtet und erhofft (negative oder positive Reaktionen des Objektes: RO) und ferner glaubt, hierauf selbst mit bestimmten Reaktionen (Reaktionen des Selbst: RS) antworten zu müssen. Solche Beziehungsmuster, zu entnehmen den unterschiedlichsten Erzählungen während der Therapie, von zwischenmenschlichen Begebenheiten sind von hoher Stabilität und liegen z. T. außerhalb des Bewußtseins. Die psychotherapeutische Behandlung läßt zumindest bei den beforschten kurz- und mittelfristigen Therapien (im Material von *Luborsky* maximal 120 Stunden) den zentralen Beziehungswunsch weitgehend unverändert. Sehr wohl aber wandeln sich, und darin liegt der Behandlungserfolg, die Erwartungen des Patienten hinsichtlich der Reaktionen seitens der Umwelt und seiner selbst (RO und RS). — Für die klinische Anwendung teilt *Luborsky* mit, daß der therapeutische Erfolg um so wahrscheinlicher ist, je präziser der Therapeut den zentralen Beziehungskonflikt seines Patienten verbalisiert. Die kurativen Momente analytischer Psychotherapie wären also nach *Luborskys* Ergebnissen die positive therapeutische Allianz (allgemeiner Psychotherapiefaktor) und die Akkuratess, mit welcher der Therapeut den zentralen Beziehungskonflikt seines Patienten ausformuliert (spezieller psychotherapeutischer Faktor).

In gleicher Weise traditionsreich sind die *SPR*-Präsentationen von *Hans Strupp* und seiner Forschungsgruppe aus Nashville/Tennessee über den Fortgang der *Vanderbilt*-Projekte, wovon *Vanderbilt I* in Fachkreisen weitgehend bekannt sein dürfte. Zur Erinnerung: *Strupp* ließ 5 erfahrene Psychotherapeuten und 5 College-Professoren (allesamt hochengagierte Studentenberater!) als Laientherapeuten jeweils 3 männliche Collegestudenten mit Ängsten und Depressionen ein Vierteljahr lang in 2 wöchentlichen Sitzungen behandeln. Dem stand eine Kontrollgruppe gegenüber. Das gegen die Fachpsychotherapie weit hin ausgeschlachtete Hauptergebnis lautet, daß die Therapiegruppen im Mittel gleichmäßig gebessert waren und so die fachliche Kompetenz der Psychotherapeuten gegenüber den Studentenberatern scheinbar nicht ins Gewicht fiel. Tatsächlich aber waren sowohl die Laientherapeuten wie die Fachleute bei unterschiedlichen Studenten in sehr schwankendem Maße erfolgreich. Patienten mit erheblichen Persönlichkeitsstörungen blieben weitgehend unge bessert. Hingegen kamen die professionellen Therapeuten mit gut motivierten, kontaktfähigen und relativ frisch gestörten Studenten therapeutisch deutlich weiter als ihre Laien-Kollegen. Ähnlich wie in den Arbeiten von *Luborsky* prognostiziert eine gute Arbeitsbeziehung in der dritten Therapiestunde den erfolgreichen Ausgang der Behandlung. Schließlich ergab aber *Vanderbilt I* auch, daß die analytischen Psychotherapeuten in ihrem technischen Vorgehen sich recht rigide verhielten, weder krankheits- noch patientenorientiert vorgingen und im Kontext der Forschungs-Kurztherapien offensichtlich auch keine symptomatischen und/oder intratherapeutischen Ziele formulierten. Deshalb folgert *Strupp* (1984) aus *Vanderbilt I*, die Weiterentwicklung der psychodynamischen Kurztherapien müsse sich auf schwierige Patienten zentrieren, die üblicherweise vom Psychotherapeuten abgelehnt würden. Die Therapeuten hätten zu lernen, dynamische Fokalziele zu formulieren, das Setting den Patienten anzupassen, die Entwicklung einer aktiven, guten Arbeitsbeziehung von Anfang an mit speziellen Maßnahmen zu fördern, die Negativ-Übertragung des Patienten sofort aufzugreifen und nicht zuletzt, mit ihrer eigenen negativen Gegenübertragung konstruktiv umzugehen.

Völlig verfehlt dagegen erachtet *Strupp* die häufig aus *Vanderbilt I* gezogene Folgerung, wonach spezifische, methodentypische Faktoren in der Psychotherapie überhaupt keine Rolle spielten und alles auf die gute mitmenschliche Beziehung ankäme. Dagegen wendet *Strupp* ein, daß für eine derartige Schlußfolgerung die Therapiegruppen viel zu klein und homogen gewesen seien, die Therapiezeiten zu kurz und die als Laien ausgesuchten Professoren insgesamt begeisterte Studentenberater und damit wohl psychotherapeutische Naturtalente. Mit allergrößtem Nachdruck aber hebt *Strupp* seit Abschluß der *Vanderbilt I*-Studie hervor, daß die Instrumente der psychotherapeutischen Erfolgswissenschaft für die tatsächlichen Geschehnisse in der Psychotherapie unangemessen grob, global und unpräzise seien und deshalb tatsächliche Unter-

schiede infolge spezifischer Psychotherapieverfahren nicht zur Abbildung kämen.

Als Konsequenz, und natürlich sehr stimuliert durch die 1980 erlassenen Förderungsbedingungen des *NIMH*, legte *Strupp* das bereits erwähnte Manual (1984) vor, in dem er die zeitlich begrenzte dynamische Psychotherapie in lehr- und lernbarer Form darstellt. Unter dem Leitgedanken, daß Psychotherapie dann fruchtet, wenn der richtige Patient mit dem richtigen Therapeuten eine produktive Beziehung eingeht, wird der analytische Kurztherapeut angeleitet, für kooperative und einsichtsfähige Patienten einen psychodynamischen Fokus im Sinne eines sich immer neu wiederholenden Kindheitskonfliktes zu formulieren und diesen Fokus im Hier und Jetzt der Übertragung, also der Patienten-Therapeuten-Beziehung, wieder aufleben zu lassen: Der zentrale Konflikt des Patienten wird in die Beziehung hereingezogen und innerhalb der therapeutischen Dyade bearbeitet. Dies ist wohl der entscheidende Unterschied zu den Anleitungen von *Luborsky* (1984, 1988). Dazu gibt *Strupp* den Therapeuten recht konkrete Anweisungen an die Hand. Entsprechende Schätzskalen sollen operationalisieren, inwieweit die Therapeuten den gegebenen Ratschlägen folgen. — Die *Vanderbilt II*-Studie besteht nun kurz gesagt darin, daß professionelle Psychotherapeuten zunächst in ihrer herkömmlichen kurzpsychotherapeutischen Arbeit genau studiert werden, danach ein spezifisches Training zur speziellen zeitbegrenzten Therapie nach *Strupp* durchlaufen und damit wiederum neue Patienten behandeln. Die therapeutischen Erfolge der Kollegen vor und nach dem besonderen Training werden miteinander verglichen. Mittlerweile sind die *Vanderbilt II*-Erhebungen abgeschlossen, und die Auswertung konnte anlaufen. Die ersten Ergebnisse zeigen einmal mehr, daß die Verhältnisse in der Psychotherapie alles andere als durchsichtig und einfach sind. Einige Therapeuten scheinen z. B. von dem Training in ihrer faktischen Arbeit reichlich unberührt geblieben zu sein. Andere haben zwar gut gelernt, legen aber als Anfänger ein derart künstliches Verhalten an den Tag, daß sie mit ihren Patienten nur schwer in direkten Kontakt kommen. Wie schon so oft sind die Gruppenunterschiede der Therapieerfolge vor und nach dem speziellen kurztherapeutischen Training relativ nichtssagend.

Die radikale Folgerung von *Strupp* und Mitarbeitern, eine in Santa Fé allgemein geteilte Haltung, besagt, daß die Zeiten der Vergleiche von Patientengruppen endgültig vorbei sind. Die wissenschaftliche Aufgabe der Psychotherapieforschung besteht mittelfristig darin, mit empirischen Mitteln sehr akribisch zu beschreiben, was in den einzelnen Therapien tatsächlich vor sich geht. Das nämlich zeigen einfache Korrelationen nicht auf, und auch Cluster-Methoden führen nur zu Ergebnissen von sehr geringer Wiederholungsstabilität. Verschiedene Kennwerte des psychotherapeutischen Prozesses, aber auch Verhaltensweisen der Therapeuten und der Patienten, scheinen mit Persönlichkeitseigenschaften des Patienten zu interagieren. Dasselbe ist daher

nicht gut für alle. Es gibt offenbar keine einzige Prozeßvariable, die zuverlässig für jedermann mit erfolgloser oder erfolgreicher Therapie, wie auch immer definiert, zu korrelieren vermag. Daher meint *Strupp* im Einklang mit sehr vielen anderen: *The story is a single case*. Kennzahlen von Verteilungen auf der Grundlage statistischer Gruppenanalysen vernebeln dagegen die Wirklichkeit. Die Bedeutung derartiger Ziffern ergibt sich häufig erst aus Interviews (*Strupp* spricht von ökologischen Interviews) mit den Beteiligten, mit den Therapeuten, den Patienten, aber auch den Forschungsbeobachtern.

Numerische Ergebnisse, so die heutige Haltung, sind nur der Beginn der Exploration, sind die Aspekte eines sich bewegenden Elefanten, der von zahlreichen Blinden betastet wird. Der eine faßt den Rüssel, der andere die Ohren, wieder andere die Beine, den mächtigen Leib oder den dünnen Schwanz. Jeder gewinnt einen völlig anderen Eindruck von dem tatsächlichen Erkenntnisgegenstand, dem Elefanten in Bewegung. Alle diese Eindrücke aber müssen erst zusammengeführt werden, um die Wahrheit zu konstruieren. — Nicht unerwähnt bleiben soll freilich, daß die *Vanderbilt*-Forscher mit vielen anderen allerdings auch meinen, die Psychotherapieforschung verfüge mittlerweile auch über ungewöhnlich vielversprechende Forschungsinstrumente, für die stellvertretend das von *Lorna Smith/Benjamin* entwickelte *SASB* (*Structural Analysis of Social Behavior* zur Einführung: *Henry* u. a., 1986) genannt sei. Mittels dieses Verfahrens werden gedankliche Einheiten des therapeutischen Gesprächs unter Berücksichtigung der Sprachmelodie und der Gestik in einem 3fachen Rating gekennzeichnet:

- a) Sprecher meint *transitiv* den anderen oder *intransitiv* sich selbst;
- b) Einstufung des Gedankens nach „Zuneigung vs. Ablehnung“ und
- c) nach „Abhängigkeit vs. Unabhängigkeit“.

Man gelangt auf diese Weise über die Abfolge der Gedankeneinheiten seitens des Patienten und Therapeuten, woraus wir ja den therapeutischen Mikro-Outcome ablesen, zu einem sehr tiefen Einblick in die „funktionelle Histologie“ des psychotherapeutischen Geschehens. *Hans Strupp* sagt voraus, daß *SASB* in wenigen Jahren integraler Bestandteil der Ausbildung von Psychotherapeuten sein wird, weil hier eine sofortige Rückmeldung möglich ist, inwieweit der Therapeut die Kommunikation des Patienten so beantwortet hat, wie er sie theoretisch und technisch beantworten wollte. Ferner zeigt die *SASB*-Analyse für zunächst unklare Gesprächssituationen Möglichkeiten auf, den Verbalisationen bestimmter Patienten unter den je gegebenen Umständen optimal zu begegnen. An Einzelbeispielen konnten *Strupp* u. a. bereits nachweisen, daß dieselben Therapeuten im Rahmen derselben Technik mit recht ähnlichen Patienten erhebliche unterschiedliche Kommunikationsweisen an den Tag legen. Danach unterscheiden sich erfolgreiche und erfolglose Therapeuten voneinander.

Psychoanalytisch im ganz ursprünglichen Sinn forscht die *Mount Zion*-Gruppe in San Francisco um *Weiss* und *Sampson* (1986, 1988). Sie gehen von der These aus, der Analysand leide an pathologischen Überzeugungen hinsichtlich seiner Mitmenschen und seiner selbst. Seine meist ängstigenden pathologischen Grundüberzeugung will der Patient in der therapeutischen Beziehung neu überprüfen und am Analytiker korrigieren. Die eben beschriebene „Hypothese der unbewußten Kontrolle“ schreiben *Weiss* und Mitarbeiter der späten Position *S. Freuds* zu. Gemeint ist die Auffassung, der Mensch kontrolliere, obschon unbewußt, durchaus die Inhalte seines Seelenlebens und seine Handlungsimpulse. Bislang verdrängte Inhalte dürfen nach dieser Auffassung erst zum Vorschein kommen, wenn nach Meinung des kontrollierenden Ichs damit keine übermäßig bedrohlichen Gefahren mehr einhergehen. Das Verdrängte wird dann probenhalber zugelassen, nicht primär wegen des damit verbundenen Lustgewinns, sondern vor allem mit dem Ziel, die verdrängten Inhalte und Impulse zu meistern und in das bewußte Seelenleben zu integrieren. Hauptmotiv ist also jenes der Sicherheit im Rahmen der Behandlung, vor allem in der Beziehung zum Analytiker. Diese Sicherheit ermöglicht der Therapeut durch seine empathische, nicht kritische, freundlich neutrale Haltung. Aber auch zahlreiche, das Zutrauen des Patienten fördernde Parameter des Settings tragen dazu bei. — Dem eben skizzierten Konzept des analytischen Prozesses steht die „dynamische Hypothese“ als Position des frühen *Freud* gegenüber: Ihr zufolge besteht das unbewußte Seelenleben erfüllt von Kräften, Impulsen und Abwehrformationen, die miteinander außerhalb der bewußten Kontrolle des Individuums interagieren und derart die Manifestation der Psyche bestimmen, wobei die Person selbst hierüber wenig oder nahezu keine Kontrolle auszuüben mag. *Weiss*, *Sampson* und Mitarbeiter stellen die dynamische Hypothese und die Hypothese der unbewußten Kontrolle als zentrale, aber einander widersprechende Hypothesen der Psychoanalyse über unbewußte seelische Funktionen auf den Prüfstand konkreter analytischer Prozesse. Sie erproben deren jeweilige Erklärungskraft an Transkripten psychoanalytischer Stunden, wozu objektivierende Verfahren von beachtlicher Reliabilität entwickelt werden konnten. Aufwendige Rater-Studien belegen, daß die Inhalte und Affekte bislang abgewehrter Impulse tatsächlich erst dann zum Vorschein kommen, wenn unbewußte Ängste vor ihrem Offenbarwerden gemildert wurden. Nur deshalb fühlt sich der Patient nach ihrem Bewußtwerden weder verängstigt noch muß er die bislang verpönten Impulse und Inhalte isolieren. Er vermag sie vielmehr in der Stunde sehr plastisch zu erleben und zu bearbeiten. Die dynamische Hypothese besitzt dafür keine Erklärung. Sie prognostiziert vielmehr im Fall des Durchbruchs verdrängter Impulse eine Zunahme der Ängstlichkeit bzw. eine Verkleidung des bisher Verdrängten im Sinne der Symptombildung. — In ähnlicher Weise konnte die *Mount Zion*-Gruppe zeigen, wie der Patient interaktionell starke Triebforderungen sexueller oder

aggressiver Natur an den Analytiker heranträgt, um dessen neutrale Haltung der Abstinenz und des distanzierten Wohlwollens zu prüfen. Besteht der Analytiker solche Proben, dann wächst die Bereitschaft des Patienten, eine Vielzahl einschlägiger, aber bisher ausgesparter Phantasien und Impulse deutlich in der Übertragung zu durchleben und zu bearbeiten, weil der Analytiker sich hierdurch weder in der einen noch in der anderen Richtung verführen läßt. Entspannt und zugleich ermutigt wendet sich der Patient seinen Einfällen zu.

Hinter all dem, und auch das konnten entsprechende Ratings demonstrieren, stehen unbewußte pathologische Grundüberzeugungen (Kastrations-, Straf-, Schuld- und Schamängste), welche das Verhaltens- und Erlebensrepertoire des Patienten einengen. Daraus erwächst die Motivation, solche Überzeugungen zu verändern. Das leiten die oben geschilderten Beziehungsproben ein, auf welche der Analysand seinen Therapeuten stellt. Besonders hilfreich in diesem Prozeß, über interaktionelle Proben pathogene Grundüberzeugungen zu entschärfen, erweisen sich analog zu den Ergebnissen von *Luborsky* die sog. Pro-Plan-Interpretationen, welche die kommunikativen Test-Aktionen des Patienten benennen und in ihrem Sinn offenlegen. — Insgesamt untermauern die Forschungen der *Mount Zion*-Gruppe eine theoretische Position, nach welcher der Neurotiker vornehmlich unter unbewußten pathogenen Überzeugungen leidet, die er innerhalb der therapeutischen Beziehung aktiv bearbeiten und modifizieren möchte. Er ist dabei planvoll handelnder Akteur und keineswegs nur hilfloses Opfer des Lustprinzips und korrespondierender Ängste.

Von den deutschen Präsentationen fand die Berliner Psychotherapie-Studie (*Rudolf* u. a., 1988), welche sich die Kartographie des Terrains der Psychotherapie zur Aufgabe gewählt hat, besondere Beachtung. In Form einer Erkundungsstudie gaben 47 Therapeuten aus psychoanalytisch orientierten Praxen und Institutionen sowie eine vielfache Anzahl ihrer Patienten in Form komplementärer Fremd- und Selbsteinschätzungen Einblicke in das diagnostisch-therapeutische Geschehen auf unterschiedlichsten Ebenen. Neben demographischen Resultaten, wie dem, daß ein hoher Anteil der Patienten psychoanalytischer Praxen den sozial destabilisierten und benachteiligten Bevölkerungsgruppen angehört, handeln die Befunde von positiven und negativen prognostischen Aspekten, wie sie sich in der Erstuntersuchung herauschälen. Es bestätigt sich wieder einmal die zentrale Bedeutung der Bereitschaft zur therapeutischen Zusammenarbeit, getragen von gegenseitiger Wertschätzung. Weiterhin fand man typische Formen der therapeutischen Kooperation, geprägt von neurotischen Interaktionsmustern, Gegenübertragungsbereitschaften und dem Krankheitskonzept des Patienten, was in Beziehung zu verschiedenen Aspekten des therapeutischen Ergebnisses gerückt werden kann. Da ein Themenheft (*Rudolf* u. a., 1988) dieser Zeitschrift den Leser über die Fragestellungen, Probleme, Methoden und Ergebnisse der Berliner Therapiestudie unter-

richtet hat, erübrigt sich hier die Ausführung der weiteren, hochinteressanten Einzelheiten.

Das Schlußpanel des *SPR*-Kongresses brachte nochmals, von allen Seiten unwidersprochen, die Einschätzung der Forschungslage zum Ausdruck, wonach 4 Dekaden empirischer Psychotherapieforschung die Ernte des nomologischen, hypothesenprüfenden Forschungsdesigns auf gruppenstatistischer Basis eingebracht haben, insbesondere die Ergebnisforschung betreffend. Die Frage der Zukunft lautet nicht mehr, ob Psychotherapie wirkt, genauso wenig wie wir fragen, ob die innere Medizin oder die Orthopädie nützlich sind. Stattdessen haben wir zu klären, wie und warum Psychotherapie hilft. Die Psychotherapieforschung hat sich daher von einer anwendungsorientierten hin zu einer *Grundlagenwissenschaft* zu entwickeln, mit eigenen Fragestellungen und Methoden, die das kommunikative Geschehen im klinischen Einzelfall reliabel identifizieren. Das könnte uns z. B. weiterführen zu kleinen, bescheidenen, lokalen Theorien über typische, sich ständig wiederholende maladaptive Interaktionsstrukturen, die sich reliabel identifizieren lassen (Votum von *H. Dahl*). Der sog. Mikro-Outcome konkreter Interaktionsabfolgen wird im Zentrum der Forschung stehen, wenn spezielle Methoden, etwa das *SASB*, die Instrumente zum zentralen Beziehungskonflikt, zur *Helping alliance* u. v. a. vornehmlich qualitativ neue Einblicke in therapeutisch günstige und ungünstige Konstellationen geben werden (beachte dazu: *Greenberg, Pinsof, 1986; Dahl u. a., 1988*).

So erwartet man den Fortschritt der Psychotherapieforschung nicht mehr von Kenndaten der Verteilung großer Zahlen von Patienten ihrer Therapieverläufe, sondern von der Analyse einzelner Fälle und dem jeweils individuellen Muster komplexer, funktional ineinander greifender Einwirkungen und Rahmenbedingungen. Nur von dort her ergibt sich die Bedeutung gruppenstatistischer korrelativer Daten. Zugleich könnte sich auf der Grundlage einer solchen Forschung die derzeit weit offene Schere zwischen klinischen Praktikern und Psychotherapieforschern (gerne als „Fliegenbeinzähler“ belächelt) allmählich wieder schließen.

Ausdruck dieser Hinwendung zur Psychotherapieforschung als Grundlagenwissenschaft im deutschsprachigen Raum ist *PEP*: „*Psychotherapeutische Einzelfall-Prozeßforschung*“, initiiert von *Horst Kächele/Ulm* und *Klaus Grawe/Bern*. Überspitzt schreibt *Grawe (1988)*, die Psychotherapieforschung habe sich mit ihrem eigentlichen Gegenstand, nämlich dem tatsächlichen Geschehen in der Therapie, überhaupt noch nicht befaßt. Damit stellen sich die *PEP*-Forscher als Fernziel Fragen von der Art: Was geschieht überhaupt in Psychotherapien? Welche psychotherapeutischen Prozesse lassen sich unterscheiden? Was sind die wesentlichen Determinanten? Worin unterscheiden sich bestimmte Formen der Psychotherapie tatsächlich usw.? Um dahin zu gelangen, sind vorrangig Aufgaben der Methoden-Entwicklung und Methoden-

Vergleichs zu bewältigen. Hierzu finden sich derzeit ca. 15 Arbeitsgruppen, die je ein empirisches Verfahren (darunter zahlreiche qualitative) gewählt haben, im Rahmen von *PEP* zusammen. Jede wendet sich mit ihrer Methode immer denselben 2 transkribierten Therapieverläufen (30 Sitzungen) zu. Am Ende soll dann ein Vergleich der Möglichkeiten und Grenzen, natürlich auch des ökonomischen Aufwandes, zwischen all diesen Verfahren stehen. Stichwortartig seien als bisher vertretende Methoden genannt: *Phänomenanalyse*, *objektive Hermeneutik*, *Deutungsmusteranalyse*, *Ordnung durch Fluktuation*, *Prozeß-Dialog-Analyse*, *strukturelle Semantik*, *Gottschalk-Gleeser-Verfahren*, *SASB*, *zentraler Beziehungskonflikt* sowie die *Plananalyse nach Weiss und Sampson*. — Im September 1989 wird die hiesige Fachöffentlichkeit *PEP* anlässlich der Tagung der europäischen *SPR*-Sektion in Bern näher kennenlernen.

So darf diese Bestandsaufnahme zur Lage der Psychotherapieforschung im Anschluß an den *SPR*-Kongreß in Santa Fé beruhigt mit der Feststellung schließen, daß allenthalben die Kinderschuhe des pathologischen Experimentaltalpraktikums im 2. und 3. Studiensemester abgelegt sind und in geschärfter methodischer wie zugleich auch klinischer Einstellung Offenheit für zentrale Fragen des psychotherapeutischen Geschehens Einzug hielt, auch wenn Instrumente der Datengewinnung und geeignete Methoden der Schlußfolgerung hierzu weiter fortentwickelt werden müssen. In diesem Streben hat die Psychotherapieforschung auch dank des gründlichen gegenseitigen Austauschs im Rahmen der *Society for Psychotherapy Research* erheblich an theoretischer wie methodischer Klarheit gewonnen: Die Umriss des Elefanten sind bereits zu erahnen.

Literatur

- Dahl, H., H. Kächele, H. Thomä* (eds.): *Psychoanalytic Process Research Strategies*. New York: Springer (i. Druck). — *Dilling, H., S. Weyerer, R. Castell*: *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke 1984. — *Grawe, K.*: Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Z. klin. Psychol.* 17:1–7 (1988). — *Greenberg, L. S., W. M. Pinsof*: *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. New York: Guildford Press 1986. — *Henry, W. P., T. E. Schacht, H. H. Strupp*: Structural Analysis of Social Behavior: Application to a Study of Interpersonal Outcome. *J. Cons. Clin. Psychol.* 54:27–31 (1986). — *Klerman, G. u. a.*: *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books 1984. — *Luborsky, L.*: *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive (SE) Treatment*. New York: Basic Books 1984 (in deutsch: Einführung in die analytische Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer 1988). — *Regier, D. A., J. K. Meyers u. a.*: The NIMH Epidemiological Catchment Area Program. *Arch. Gen. Psychiat.* 41:934–941 (1984). — *Rudolf, G. u. a.*: Die Berliner Therapiestudie. Themenheft. *Z. Psychosom. Med.* 34:2–100 (1988). — *Schepank, H.*: *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer 1987. — *Strupp, H., J. Binder*: *Psychotherapy in a New Key: A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. New York: Basic Books 1984. — *Taube, C. A., L.*

Kessler, M. Feuerberg: Utilization and Expenditures for Ambulatory Mental Health Care during 1980. National Medical Care Utilization and Expenditure Survey, Data Report 5, U. S. Department of Health and Human Services 1984. — *Weiss, J., H. Sampson & The Mount Zion Psychotherapy Research Group*: The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations, and Empirical Research. New York: Guildford Press 1986. — *Weiss, J.*: Testing Hypotheses about Unconscious Mental Functioning. *Int. J. Psycho-Anal.* 69:87–95 (1988).

Anschr. d. Verf.: PD Dr. Dr. Wolfgang Tress, Psychosomatische Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Postfach 122120, D-6800 Mannheim 1.