

5 Psychodynamische Wirkfaktoren psychotherapeutischer Verläufe

Wolfgang Tress

5.1 Wirkkonzepte der psychoanalytischen Behandlungslehre

Die klassischen Begriffe zum Verlauf psychoanalytischer Behandlungen heißen: Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten (Freud 1914). Die psychoanalytische Arbeit, so Freud (1919), bringt dem Kranken das Seelische in ihm zu Bewußtsein. Dazu zerlegt die Psychoanalyse, ähnlich der analytischen Chemie, die seelische Tätigkeit wie auch die Symptome des Patienten in ihre Elemente, im letzten Grunde in Motive, Triebregungen, von denen der Kranke bisher nahezu nichts weiß. – Immer wieder rief dieser treffende Vergleich der psychoanalytischen Arbeit mit einer chemischen Analyse die Besorgnis hervor, hinter dem Zerlegen könne die Synthese zu kurz kommen. Zu solchen Bedenken besteht freilich nach Freud wenig Anlaß, da wir es im Seelenleben mit Strebungen zu tun haben, die unter einem *Zwang zur Vereinheitlichung* und Zusammenfassung stehen. „Ist es uns gelungen, ein Symptom zu zersetzen, eine Triebregung aus einem Zusammenhang zu befreien, so bleibt sie nicht isoliert, sondern tritt sofort in einem neuen ein“ (Freud 1919, S. 186).

Die didaktische Gliederung Erinnern – Wiederholen – Durcharbeiten benennt in- und übereinander gewobene Strukturmomente des therapeutischen Prozesses, von denen eines das andere unweigerlich voraussetzt und nach sich zieht. Das therapeutische Hauptgewicht kommt dabei dem Durcharbeiten der Deutung zu, dem Durcharbeiten hinsichtlich der Modalitäten des inneren Konfliktes, der strukturellen Defizite und Mängel, der latenten Bedeutung der neurotischen Symptome und des pathologischen Verhaltens. Erst am Ende dieser Arbeit steht die emotional vollzogene Einsicht im Sinne der späteren Ich-Psychologie.

Bei Laplanche u. Pontalis (1972) lesen wir, daß im Durcharbeiten der Patient die Deutung allmählich integriert, indem er seine Widerstände gegen sie mehr und mehr überwindet und die verdrängten Elemente seines Seelenlebens und seiner Konflikte akzeptiert. Er befreit sich damit gleichzeitig von der Herrschaft des Wiederholungszwanges. Der Analytiker fördert die wachsende Selbsterkenntnis, indem er immer wieder zeigt, wie die in Frage stehenden Be-Deutungen sich in verschiedenen Zusammenhängen wieder-

finden. In wechselnder Perspektive erlebt der Patient derart seine verdrängten Impulse, Gefühle und Phantasien sowie seine Widerstände gegen deren Bewußtwerden. So vertieft er sich in den Widerstand und wiederholt ihn dank der Deutung dennoch so, daß er zugleich die Mechanismen des Wiederholungszwanges auflösen kann. In dieser Sicht rückt das Durcharbeiten in die Rolle, die einst der Abreaktion im Rahmen hypnotischer Behandlungen zukam. Hat der Patient die wesentlichen Verästelungen seiner inneren Konflikte auf den verschiedensten Ebenen der Ich-Regression kognitiv auf- und emotional abgearbeitet, dann müssen, so formulieren Thomä u. Kächele (1985, S. 317), die Symptome wie reife Früchte vom Baum der gewonnenen Erkenntnis fallen.

An Stelle solcher Es-Widerstände betonen neuere Entwicklungen, die unbewußte Absicht des Patienten, ein passiv erlittenes und dem Erleben selbst fremd gebliebenes Ereignis in aktiver Weise umzugestalten, was, ebenfalls in Anknüpfung an Freud (1926, S. 200), freilich an der Verdrängung scheitert. Die interpretativen Hilfen des Analytikers beim Durcharbeiten bestehen nun darin, dem Patienten die unbewußten Absichten seines Handelns und Verhaltens zugänglich zu machen, entsprechend seinem eigenständigen Bedürfnis, sich selbst vorzustehen und Initiator der eigenen Handlungen zu sein. Dazu aber müssen alte Strategien des Welt- und Selbstverstehens und -bewältigens verlassen und neue entdeckt und erprobt werden, was nur über Trennung und Abschied von überkommenen Schablonen, also über Trauer geschehen kann. Zugleich kommen seelische Akte erstmalig zu ihrem inhaltlichen und dynamischen Abschluß, anstatt wie bisher in neurotischen Sackgassen und Spiralen leerzulaufen.

Die 1919 noch so sicher angekündigte Psychosynthese erschien dem Altmeister (Freud 1937) längst nicht mehr so zwingend, stellt sich nach seiner späten Auffassung doch das biologisch verstandene Urgestein allzu oft einer erfolgreichen Beendigung der analytischen Arbeit in den Weg.

Allgemeingültig schreibt später Loewald (1960), Einsicht führe nicht automatisch zum Erfolg der Kur. Vielmehr müsse die Analyse dem Patienten auch eine Möglichkeit eröffnen, gangbare, nichtneurotische Lösungen seiner bisherigen Konflikte zu erarbeiten. Dazu muß der Analysand zunächst eine affektive Bindung zum Analytiker entwickeln. Dies vertieft Stone (1981) in seinem Konzept der psychosomatischen Grundfunktion der Sprache, welche er als eine primäre Brücke über die zunehmende körperliche Getrenntheit zwischen Mutter und Kind charakterisiert. Sie ersetzt in Erwachsenenbeziehungen weitgehend die frühere körperliche Intimität. Die Abstinenz des analytischen Dialogpartners stimuliere im Patienten einen Drang zur „körperlichen Wiedervereinigung“. In diesem Zustand der Vertrautheit und Entbehrung zugleich wird die Sprache zum Vehikel, leibliche Trennung zu überwinden. Hierzu fügt sich Balints Gedanke des Neubeginns, jenem arglosen In-der-Welt-sein als einem wesentlichen Bestandteil des Durcharbeitens, was

Thomä (1984) als entscheidende Voraussetzung zu einem systematischen Aufbau von Probehandlungen aufgrund gewonnener Einsichten in einer hierfür günstigen Atmosphäre (vgl. Kächele 1988) herausarbeitet. Dabei geht es um die systematische Bearbeitung der unbewußten Bedeutungen realer Charakterzüge des Analytikers, der sich dazu freilich auch als reales und kreatives neues Objekt anbieten muß.

Cremerius (1978) trug jene therapeutischen Aktivitäten zusammen, welche Freud dem Analytiker empfehlend anheimstellte, um der Deutung zur nachhaltigen Wirkung zu verhelfen: Erhöhung der Spannung innerhalb der Übertragung, manipulative Eingriffe in das Setting (Terminierung, Forderungen an Phobiker und Zwangsneurotiker), Erziehen, Beraten und Unterstützen sowie Katharsis. Greenson (1973) faßt dies als Abreaktion, Suggestion und Manipulation zusammen.

Damit offenbart (vgl. Fiscalini 1988) das Verhältnis zwischen Einsicht und Deutung im Kontext einer für das Durcharbeiten förderlichen therapeutischen Beziehung seine komplexe, rückbezüglich-dialektische Dynamik. Interpretation und Einsicht hier sowie die therapeutische Beziehung dort stehen nicht als getrennte Entitäten nebeneinander. Vielmehr sind sie als einander durchdringende Perspektiven des einen auf das andere zu verstehen. Deuten impliziert zwischenmenschliche Bezogenheit und diese reflexive wie expressive Bedeutung. Insofern müssen Analysand und Analytiker die interpretierten Themen in ihrer unmittelbaren Beziehung erleben (vgl. Tress 1985, 1987 a, b). Interpretation wird Einsicht, wenn neurotische Muster der Bezogenheit im Rahmen des Settings inszeniert *und* verstanden werden (vgl. Rangel 1981). Das meint die Dialektik der Koexistenz narrativer *und* zwischenmenschlicher Erfahrung. Ein solcher Prozeß kann glücken, wenn die Deutung, der biographische Narrativ, erfahrungsbezogene Bestätigung, d. h. existentielle Validierung, in der therapeutischen Beziehung findet. Andernfalls muß Therapie scheitern. Der Patient lernt nämlich mehr aus dem gegenseitigen kommunikativen Handeln, aus den antwortenden Taten seines Analytikers als aus dessen Worten. Als kuratives Moment der Psychoanalyse zeichnet sich damit die Neuerfahrung in der Beziehung ab, wenn der Patient alte Muster wiederholt und der Analytiker auf dieses Beziehungsangebot in einer neuen, bisher nicht gekannten Weise antwortet. So erfahren wir auch von Schlesinger u. Robbins (1975), daß nach einer geglückten Analyse die ehemaligen Patienten in katamnästischen Interviews ihre alten, charakteristischen Konfliktmuster und Kommunikationsstile auch weiterhin entfalten, indessen nicht länger pathologisch erstarrt, sondern überformt und relativ beweglich. Also bringt Psychoanalyse die inneren Konflikte der Patienten keinesfalls zum endgültigen Verschwinden. Wohl aber steigert sie oft in dramatischer Weise das Toleranzpotential des Patienten und seine Bewältigungsstrategien gegenüber Frustrationen, Ängsten und Depressionen, all das natürlich auf der Grundlage des emotional vertieften Verstehens seiner

selbst. Das ist in erster Linie ein Verdienst der Identifikation des Patienten mit den analytischen Funktionen seines Therapeuten. Der Patient hat nämlich gelernt, konfliktträchtige äußere und innere Geschehnisse zu beobachten, zu verstehen und zu integrieren (Huth 1985).

In begrifflicher Nähe dazu steht das Lernen am Modell, das zum Verständnis des Durcharbeitens, so betonen Thomä u. Kächele (1985, S. 134), wie auch andere Konzepte der Lernpsychologie äußerst hilfreich sein kann. Weitere Ansätze betreffen die Generalisierung des *in* der Therapie Erarbeiteten und die Bewältigung der *äußeren* Lebenswirklichkeit als Bestätigung der innerseelischen, kognitiven und emotionalen Umstrukturierungen zwischenmenschlicher Wirklichkeit. Dasselbe illustriert der Gedanke eines Prozesses des „kommunikativen matching“, worin Masterson (1976) im Anschluß an M. Mahler einen entscheidenden Aspekt des Durcharbeitens identifiziert: Im Separations-Individuationsprozeß unterstützt und bestätigt die Mutter die Entwicklung der Selbständigkeit ihres Kindes dadurch, daß ihr Kind gemäß seinen Bedürfnissen zum emotionalen Auftanken für kurze Zeit von seinen Entdeckungsfahrten zurückkehren und, sobald wieder stark genug, auch zu neuen Taten wieder aufbrechen darf. Genauso kann gerade für strukturell ich-gestörte Patienten die Therapie zur nachholenden Neuerfahrung werden, sofern der Therapeut bereit ist, vor dem Hintergrund eigener Lebenserfahrung mit dem Patienten erstmalig Erlebnisse, Eindrücke und Unsicherheiten zu besprechen, in die er gerät, wenn er sich in neue, bisher gemiedene Erfahrungsdimensionen vorwagt.

5.2 Empirische Korrelationsstudien zum psychodynamischen Behandlungsprozeß

In neuerer Zeit greift die objektivierende Psychotherapieforschung mit sozialempirischen Methoden ebenfalls die sehr komplexe Thematik des dynamischen Therapieprozesses auf. Stellvertretend für viele seien wenige prominente Autoren angeführt.

Unter der Leitung von Luborsky (1984) erforscht in Erweiterung des Menninger Foundation Research Projects das Pennsylvania Psychotherapy Project mit vielfältigen Verfahren die Gesetzmäßigkeiten erfolgreicher und erfolgloser psychodynamischer Therapien. Das erste zentrale Konzept dieser Gruppe war jenes der positiven therapeutischen Allianz, objektiviert durch zahlreiche, sehr reliable Meßverfahren. Es gelang der Nachweis, daß eine deutliche positive Beziehung, wobei der Patient seinen Therapeuten warm, unterstützend und in seinem Anliegen 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 (CCRT) weitere nützliche Aspekte des Behandlungsverlaufs. Charakteristische Beziehungsmuster des Patienten aus seiner Biographie, aus seinem aktuellen Alltag wie innerhalb der 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 dysfunktionaler Weise bestimmte Reaktionen seiner Bezugspersonen fürchtet und erhofft (RO) und ferner glaubt, hierauf selbst mit bestimmten Reaktionen (RS) reagieren zu müssen. Solche Beziehungsmuster, ablesbar an den unterschiedlichsten Erzählungen von zwischenmenschlichen Begebenheiten sind von hoher Stabilität und liegen z. T. außerhalb des Bewußtseins. Die psychotherapeutische Behandlung nun, so findet die Arbeitsgruppe um Luborsky, läßt die zentralen Beziehungswünsche weitgehend unberührt. Sehr wohl aber verändern sich, und darin liegt der Behandlungserfolg, die Erwartungen des Patienten hinsichtlich der Reaktionen seiner Umwelt (RO) und seiner selbst (RS). Für die klinische Anwendung teilen Luborsky u. Crits-Christoph (1988) 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 die positive therapeutische Beziehung und die Exaktheit, mit welcher der Therapeut den zentralen Beziehungskonflikt seines Patienten verbalisiert.

Sodann sei die Arbeit der Mount Zion Psychotherapy Research Group um Weiss u. Sampson (1986, 1988) angeführt. Sie stellen zentrale, aber sich widersprechende Hypothesen der Psychoanalyse über unbewußte seelische Funktionen einander gegenüber und überprüfen deren jeweilige Erklärungskraft an Transkripten psychoanalytischer Verläufe, wozu objektivierende Verfahren von beachtlicher Reliabilität entwickelt werden konnten. Es handelt sich bei jenen opponierenden Aussagen um

1) die dynamische Hypothese: Danach besteht das unbewußte Seelenleben aus Kräften, Impulsen und Abwehrformationen, die miteinander außerhalb des bewußten Kontrolle des Individuums interagieren und derart die Manifestation des Seelenlebens bestimmen, wobei die Person selbst hierüber wenig oder nahezu keine Kontrolle auszuüben vermag (Position des frühen Freud 1900). Dem gegenüber steht

2) die Hypothese der unbewußten Kontrolle (Freud 1933, 1940). Hier gilt über Hypothese 1 hinaus die zusätzliche Annahme, daß die Person durchaus die Inhalte ihres Seelenlebens und ihrer Handlungsimpulse, wenn auch unbewußt, kontrolliert. Bislang verdrängte Inhalte dürfen nach dieser Auffassung erst dann zum Vorschein kommen, wenn nach Meinung des kontrollierenden Ichs damit keine übermäßig bedrohlichen Gefahren einhergehen. Dann nämlich wird das Verdrängte probenhalber zugelassen, nicht primär

wegen des mitunter 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 natürlich vor allem in der Beziehung zum Analytiker. Diese Sicherheit gewährt der Therapeut durch seine empathische, nichtkritische, freundliche neutrale Haltung, aber auch durch zahlreiche, das Zutrauen des Patienten fördernde Parameter des Settings. Aufwendige Raterstudien belegen, daß bislang abgewehrte Impulse tatsächlich erst dann zum Vorschein kommen, wenn unbewußte Ängste vor ihrem Offenbarwerden gemildert sind. Nur deshalb fühlt sich der Patient nach ihrem Auftauchen weder verängstigt, noch muß er die bislang verpönten Impulse und Inhalte isolieren. Er vermag sie vielmehr sehr plastisch zu erleben und zu bearbeiten. Die dynamische These besitzt hierfür keine Erklärung. Sie prognostiziert vielmehr im Falle des Durchbruchs verdrängter Impulse eine Zunahme der Ängstlichkeit bzw. eine Verkleidung des bisher Verdrängten im Sinne der Symptombildung.

In ähnlicher Weise gelang es der Mount-Zion-Gruppe zu 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 auf der Probe zu stellen. Kann der Analytiker solche Proben bestehen, dann wächst die Sicherheit des Patienten, eine Vielzahl einschlägiger, aber bisher ausgesparter Phantasien und Impulse deutlich erleben und besprechen zu können, ohne daß sich der Analytiker hierdurch in der einen oder anderen Richtung verführen ließe. Der Patient ist entspannt und zugleich ermutigt, sich seinen Einfällen zuzuwenden.

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, derlei Überzeugungen zu verändern. Solche Veränderungen werden über die oben geschilderten Proben eingeleitet, auf welche der Analysand seinen Therapeuten stellt. In besonderer Weise hilfreich in diesem Prozeß, auf dem Wege interaktionaler Proben pathogene Grundüberzeugungen zu entschärfen, erweisen sich analog zu den Ergebnissen von Luborsky 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 die Vorstellung, daß der Neurotiker unter unbewußten pathogenen Überzeugungen leidet, die er innerhalb der therapeutischen Beziehung bearbeiten und modifizieren möchte.

3) Hier wären die nicht ganz so systematischen Erträge des Vanderbilt-Projektes von Strupp u. Binder (1984) zu nennen, deren wichtigste Botschaft vielleicht darin besteht, das Ungenügen der gängigen sozialempirischen Forschungsmethoden, auch der von Strupp u. a. selbst entwickelten, zu benen-

nen, wenn es gilt, die diffizilen Aspekte und Resultate spezifischer Therapien zu belegen. Nur so will Strupp den vielfach mißinterpretierten Zentralbefund der Vanderbilt-I-Studie verstanden wissen, wonach Hochschullehrer und professionelle Psychotherapeuten in Kurztherapien bei Studenten mehr oder weniger gleich erfolgreich abschnitten. In diesem Sinne gehe die häufige Gleichsetzung von Psychotherapie mit einer unspezifischen Droge als Übersimplifikation in die Irre.

Resümiert man schließlich die jüngsten Kongresse zur psychotherapeutischen Prozeß- und Ergebnisforschung (etwa der SPR-Kongreß in Santa Fe 1988), dann ist allenthalben die phänomenologisch-deskriptive, nicht Hypothesen testende und gleichwohl methodenorientierte Hinwendung zum einzelnen psychotherapeutischen Prozeß zu vermelden. Psychotherapieforschung habe die Phase der angewandten Wissenschaft zu überwinden und müsse zur Grundlagenwissenschaft werden, die Kommunikationsstrukturen und Interventionsstrategien beforscht, wozu sich die Mikrountersuchungen des zwischenmenschlichen Geschehens, etwa mit Hilfe der Structural Analysis of Social Behavior (SASB, Benjamin 1987) besonders empfiehlt. Es gilt den Mikro-Outcome der Intervention, änderungsrelevante Prozeßmomente sowie Fallstricke der Gegenübertragungs-Verwirrung mit derlei Verfahren auch operational zu notieren. In diesem Bestreben können Gruppenkorrelationen nur irreführen und einfache Korrelationsmaße oder vermeintlich stabile Clusteranalysen nur täuschen. Tatsächlich interagieren die verschiedensten Prozeßdimensionen mit wechselnden Patienteneigenschaften. Deshalb ist für den einen Patienten nicht selbstverständlich gut, was einem anderen geholfen hat. Die Botschaft für die zukünftige Psychotherapieforschung liegt vielmehr im Einzelfall, nicht in den großen Zahlen auf der Basis von Gruppendesigns. Nur aus dem Einzelfall kann sich die Bedeutung eines operationalen Datums ergeben, weshalb Strupp in der Vanderbilt-II-Studie auch sog. ökologische Interviews mit den Beteiligten zu ihrem Erleben und zu ihren Meinungen im Rahmen des psychotherapeutischen Geschehens durchführt. Dieser ungeheure Aufwand erweist sich als notwendig, weil bisher keine einzelne Prozeßvariable ausfindig zu machen war, die unter allen Umständen mit psychotherapeutischem Erfolg korreliert. Daher muß an die Stelle der quantifizierenden Forschung für längere Zeit die qualitativ-strukturelle, aber um nichts weniger empirische Aufarbeitung einzelner Verläufe treten (vgl. Grawe 1988).

5.3 Ein Versuch zur vergleichenden Psychotherapieverlaufsforschung

Im weiteren Horizont der soeben angedeuteten theoretischen und empirischen Entwicklungen des analytischen Prozesses steht eine eigene Arbeit

(Tress 1981, 1983), der es ebenfalls um die Aufklärung von psychotherapeutischen Wirkfaktoren in der Phase des Durcharbeitens geht. Sie reicht in jene Zeit zurück, in der die Diskussion zwischen defensiv argumentierenden dynamischen Schulen und den selbstbewußten behavioristischen Methoden im starken Aufwind der kognitiven Wende tobte. Beide Seiten unterstrichen in ihren damaligen Versuchen gegenseitiger Abgrenzung stets Ähnlichkeiten und hoben die Unterschiede dann um so schärfer hervor. Gerade das erlaubte es, bereits konzeptualisierte Wirkfaktoren beider Traditionen an definierten Krankheitsbildern zu untersuchen, etwa derart: Wie unterscheiden sich zeitlich begrenzte psychodynamische und verhaltenstherapeutische Verfahren hinsichtlich bestimmter Parameter, nämlich mögliche Wirkfaktoren *während* der therapeutischen Sitzung, und welche Veränderungen in Erleben und Verhalten der Patienten gehen damit *außerhalb* der therapeutischen Sitzungen einher? Zu diesem Ziel wurden Angstpatienten mit verschiedenen Methoden behandelt.

Als psychodynamisches Verfahren stand das Katathyme Bilderleben (KB) zur Verfügung, welches das vielfältige konflikthafte emotionale Durchleben von aktiv gelenkten Tagträumen zur Methode erhebt. Die KB-Literatur (Leuner 1985) betont immer wieder Parallelen zur Verhaltenstherapie, darunter an erster Stelle den Aspekt des Übens, wie er die ebenfalls imaginativ vorgehende systematische Desensibilisierung charakterisiert. Im Kontrast dazu unterstreicht allerdings die Theorie des KB die Bedeutung des Durchlebens und Durchleidens bildhaft symbolisch entfalteter Gefühle in der dramatischen Einheit von Handlung und Gefühl. Ausgehend von den hypnagogen Visionen an der Schwelle zum Schlaf oder den spontan aufsteigenden Imaginationen im Hypnoid etwa im Bildstreifen-Denken nach Kretschmer (1963), will das KB den Patienten über muskuläre Entspannung in einen regressiven Bewußtseinszustand versetzen und bildhafte Vorstellungen auf der Ebene der Primärprozesse anregen, worin sich persönlichkeitspezifische Konflikte darstellen. Das intensive bildhafte Erleben als Wahrnehmung *und* Handlung setzt starke Affekte frei, wobei der Patient unter dem Angstschutz des Therapeuten auf die Stufe der anaklitischen Übertragung regrediert. Kontinuierlich berichtet er seine gefühlsstarken projektiven Imaginationen, während der Therapeut Klärungen anregt, oder Rückversicherungen und ermutigende Stütze gibt. Hierbei geht die psychodynamische Theorie des KB sowohl von den Konzepten der unbewußten Affektdynamik als auch von der dagegengerichteten Abwehrhaltung aus und betont die Bedeutung von Übertragung und Gegenübertragung. Im Bereich der affektiv determinierten Bilderschicht arbeitet der Patient unter Anleitung und im Schutz des Therapeuten an seinen konfliktträchtigen Symbolen und erreicht gerade dadurch deren Wandlung, begleitet von Änderungen in der klinischen Symptomatik.

Die behavioristische Gegenposition bezweifelt keineswegs den therapeutischen Erfolg des KB, wohl aber die Notwendigkeit, in die ganze Breite der

inneren Bilder einzusteigen. Vielmehr handele es sich beim KB um eine *unsystematische* Form der Desensibilisierung. Die therapeutischen Effekte seien mithin als Extinktion zu erklären, als Angstlöschung, wie sie von der systematischen Desensibilisierung *gezielt* betrieben werde. In diese Kontroverse, gezielte Angstbewältigung hier, Vielfalt emotionalen Erlebens dort, galt es mehr Klarheit zu bringen. Die systematische Desensibilisierung und das KB scheinen dazu besonders geeignet, da sie, beide in der Therapie phobischer Syndrome bewährt, nach zeitlichem Aufwand und Setting durchaus vergleichbar sind. Dazu wurden phobische Patienten entweder mit dem einen oder dem anderen Verfahren behandelt und ihre therapeutischen Verläufe auf quantitative Unterschiede in der Phase des Durcharbeitens *während* und ihre therapeutischen Erträge *außerhalb* der Behandlungssituation einander gegenübergestellt.

Die untersuchte Stichprobe umfaßte 15 männliche, stationär aufgenommene Patienten, bei denen aufgrund phobischer Ängste systematische Desensibilisierung im Sinne eines Eingangskriteriums indiziert war. Im einzelnen handelte es sich um Höhenängste, Platzängste, Klaustrophobien und Autoritätsängste. Die 15 Männer waren Wehrpflichtige, Zeit- oder Berufssoldaten, die vom Truppenarzt aufgrund ihrer Symptomatik der neurologisch-psychiatrischen Abteilung des Bundeswehr-Zentralkrankenhauses in Koblenz zugewiesen worden waren. Sie kamen in den Genuß einer 4wöchigen Psychotherapie *in* der Klinik, ungetrübt von jedweden Konzepten der therapeutischen Gemeinschaft oder integrierter stationärer Psychotherapie (Schepank u. Tress 1988). Ich hatte meist nur einen, höchstens 2 Patienten gleichzeitig in Behandlung. So erstreckte sich die Gesamtdauer der Datenerhebung über knapp 2 Jahre.

5 dieser 15 Männer zwischen 20 und 40 Jahren wurden dem KB zugeteilt, das hier als bekannt vorausgesetzt sei und dessen Handhabung sich damals nicht von der heutigen unterschied. Aufgrund der raschen Wandlung in der Verhaltenstherapie ist aber die systematische Desensibilisierung, wie damals praktiziert, stichwortartig zu erläutern: Die phobische Symptomatik mußte respondenten Natur sein, d. h. das neurotische Angstverhalten sollte ausschließlich durch das äußere oder innere Auftauchen von fruchterzeugenden Wahrnehmungen bzw. Vorstellungen unterhalten sein. Dies galt es in der Verhaltensanalyse für alle Patienten als weiteres Eingangskriterium zu klären. Dann erarbeitete jeder Patient ein auf ihn persönlich zugeschnittenes Angstthermometer, bestehend aus real erlebten Szenen zwischen den Angstgraden 0 und 100. Die anschließende Desensibilisierung erfolgte in systematischer Entspannung aller Muskelpartien. Die Vorgabe von zunächst niedrig angstbesetzten Szenen, die der Patient 20–30 s lang imaginieren sollte, enthielt bereits einen Coping-Aspekt, indem der Patient leichte Ängste, die während der Imagination auftraten, zunächst versuchen sollte, durch Selbstinstruktion zu bewältigen. Sie war dem Sprachschatz des Patienten entnommen und auf ihn persönlich zugeschnitten, etwa: Ruhig und entspannt habe ich Selbstvertrauen und bin allen Anforderungen gewachsen.

Eine Kontrollgruppe aus 5 weiteren Patienten sollte den Einfluß des stationären Aufenthaltes sowie mögliche Spontanremissionen abschätzen lassen. Sie erhielt eine gründliche Einführung in das autogene Training als unspezifische Entspannungstherapie.

Eine erste Hypothesengruppe ging dahin, daß der Patient im Desensibilisierungsverfahren ein Wechselbad ängstigender Szenen erlebt und seine Emotionalität hin- und herpendelt zwischen den entgegengesetzten Polen einer affektiven Dimension, nämlich Furcht. Gegensätzlich dazu, so die Erwartung, erleben Patienten im KB qualitativ unterschiedliche Gefühle, ohne daß die Erregungsintensität ihrer Affekte derartige Schwankungen durchläuft, wie sie der Desensibilisierungsvorgang aufzwingt.

Zwei Parameter erfaßten die Muster subjektiven Erlebens und physiologischen Verhaltens während der Therapie:

1. Die fortlaufend aufgezeichnete Atemfrequenz galt als Indikator für emotionale Intensitätsschwankungen, für den Anstieg emotionaler Erregung und ihrer Bewältigung.
2. Auf einem hierfür eigens konzipierten Fragebogen markierten die Patienten unmittelbar nach der KB- oder Desensibilisierungsphase die qualitativ unterschiedlichen Affektzustände, die sie während der 20minütigen Behandlung erlebt hatten.

Die Ergebnisse bestätigen in hohem Maße die obigen Vermutungen. *Während* des KB erlebten die Patienten gewöhnlich doppelt so viele, quantitativ unterschiedliche Gefühlsklassen wie Patienten unter systematischer Desensibilisierung. Aber der Befund deckt sich keineswegs mit den Erwartungen eines puristischen Behaviorismus. Das reflexive Subjekt meldet sich nämlich auch in der Desensibilisierung, insofern während der verhaltenstherapeutischen Übung weit mehr Gefühle auftauchen, als die Theorie dies vorher sieht. Die Patienten fühlten neben Furcht und Entspannung auch Freude, Trauer, oder Wut. Wir stehen hier vor einem Befund, den die einschlägige Literatur bis vor kurzem nur selten beachtete und dessen Bedeutsamkeit für die therapeutische Interaktion in der Desensibilisierung sie erst allmählich zur Kenntnis nimmt.

Auch die Höhe der *mittleren* Atemfrequenz als Indikator emotionaler Intensität liegt für die systematische Desensibilisierung höher als für das KB. Noch deutlicher aber differieren die *Schwankungen* der Atemfrequenz, welche unter systematischer Desensibilisierung weit stärker ausfallen als unter KB.

Die hypothetischen Erwartungen hinsichtlich der therapeutischen Effekte *außerhalb* des Behandlungsraumes gingen dahin, daß systematische Desensibilisierung im wesentlichen die Angstregulation des Patienten optimiert, katathymes Bilderleben dagegen Wandlungen auf allen im Symboldrama angeregten Konfliktebenen einleitet. Wir erwarten also für phobische Patienten, behandelt mit systematischer Desensibilisierung, die vornehmliche, wenn auch nicht ganz isolierte Besserung der Leitsymptomatik, während das KB einen ganzheitlichen Änderungsprozeß anstoßen mag, der *auch* das phobische Syndrom einschließt.

Um die Erwartungen zu prüfen, begleitete eine Batterie diagnostischer Instrumente den Alltag des Patienten außerhalb der therapeutischen Situation. Bei diesen Verfahren, die auch der Kontrollgruppe vorgelegt wurden, handelte es sich um den Gießen-Test, den FPI, eine individuell zugeschnittene Verhaltensprobe als eine angstgefärbte Situation, die möglichst realistisch im Krankenhaus herbeizuführen war. Ein weiteres Diagnostikum aus der engeren Tradition der systematischen Desensibilisierung ist die oben beschriebene Angsthierarchie. Hierbei war die Veränderung des subjektiven Ausmaßes der Ängstlichkeit, bezogen auf die definierten Szenen zu registrieren.

Im Gießen-Test und im FPI deutete die Selbstbeurteilung der Patienten wie der Kontrollgruppe (autogenes Training) auf bedrücktes, ängstlich-depressives Selbsterleben hin. Patienten mit KB hingegen wurden im Verlauf heiterer und in ihrem Selbsterleben gefestigt. Dazwischen stand die verhaltenstherapeutische Gruppe. Interessanterweise lagen im FPI die verhaltenstherapeutischen Patienten sehr nahe an der negativen Selbstschilderung der Kontrollgruppe. Demzufolge scheint in der Einschätzung der Patienten das KB ihre Befindlichkeit und ihre psychosozialen Potenzen am deutlichsten zu fördern. Bezüglich der individuell entworfenen Verhaltensproben differieren die Gruppen nicht signifikant voneinander. Im Trend adaptieren sich die Patienten mit SD an die real ängstigende Situation aber am besten. Ihre Ängste werden therapeutisch ja auch explizit bearbeitet. Nicht ganz so angstfrei werden Patienten mit KB, und am wenigsten profitiert erwartungsgemäß die Kontrollgruppe mit unspezifischem autogenem Training.

Auch hinsichtlich der Angsthierarchie bleiben die Patienten in der Kontrollgruppe im Nachteil. Für sie verlieren die ängstlich besetzten Szenen nichts von ihrem bedrohlichen Charakter, während sich dieser unter SD und KB in vergleichbarem Maße mildert. Somit beweist das KB bei Phobien, der Indikationsdomäne der systematischen Desensibilisierung, seinen Behandlungswert auch in den traditionellen Erfolgskriterien der Verhaltenstherapie. Der SD bleibt lediglich ein Vorsprung in der Bewältigung von realen Angstsituationen, welche nachdrücklich therapeutisch bearbeitet werden, dagegen im KB vielleicht kein einziges Mal auftauchen.

Primäres Ziel der Untersuchung war es, die Möglichkeiten einer vergleichenden Psychotherapieverlaufsforschung auf gruppenstatistischer Basis exemplarisch auszuloten. Hierauf sei hier nicht näher eingegangen und der Interessierte lediglich auf die entsprechende Monographie (Tress 1983) verwiesen. Vielmehr sollen die differentiellen Aspekte des therapeutischen Durcharbeitens und ihrer Auswirkung auf den Lebensbereich *außerhalb* der Therapie näher beleuchtet und dazu noch einige Detailbefunde erwähnt sein. Es liegen nämlich diesbezüglich insgesamt 14 Meßwertreihen, darunter das noch nicht erwähnte fortlaufende Tagebuch, die tägliche Aufzeichnung der ängstlichen Beeinträchtigung über 24 h, ein Polaritätenprofil zur Einschätzung der Berufs- und Privatwelt, im Gießen-Test neben dem Real- das Idealbild, auch die Beurteilung des Therapeuten durch den Patienten, die Gießener Beschwerdeliste sowie das Fear-Survey-Schedule III vor.

Die bedeutsamen inferenzstatistischen Befunde bezüglich der Variablen außerhalb der Therapiesituation tendieren inhaltlich in die angenommene Richtung: Psychodynamisch unterlegte Verfahren wie das KB regen die Breite der gesamten Erlebnissphäre an und konfrontieren den Patienten mit der

eigenen Person. Das erweist sich in der traditionellen, eigenschafts- und statusorientierten Psychodiagnostik. Hingegen fördert die SD vorrangig die Besserung der Zielsymptomatik, ohne die Selbstbegegnung des Patienten wesentlich zu stimulieren.

Aus der Menge der Ergebnisse sei ein signifikanter Interaktionseffekt herausgehoben, der auftritt, wenn die Patienten ihren Therapeuten im Gießen-Test beurteilen. In der KB-Gruppe nimmt im Laufe der Zeit die *stereotype* Wahrnehmung des Therapeuten deutlich ab, die sich unter autogenem Training hingegen fortlaufend verstärkt, aber unter systematischer Desensibilisierung umgekehrt U-förmig verläuft. Letzteres mag ausdrücken, daß die Patienten den Therapeuten während einer ersten Phase der Einübung der systematischen Desensibilisierung bei permanenter Konfrontation mit angstbesetzten Szenen weniger konkret wahrnehmen und ihn erst in der zweiten Phase wieder ins Blickfeld rücken lassen. Sie sehen ihn dann als einen wenig selbstkritischen und weniger ängstlichen Menschen, als ihren optimistischen psychotechnischen Berater. Patienten unter KB setzen sich innerlich hingegen viel stärker mit der tatsächlichen Person des Therapeuten auseinander und beschreiben ihn als verschlossener, vergleichsweise weniger von sich preisgebend. Zugleich gewinnt sein Bild mehr, der wirklichen Persönlichkeit durchaus angemessene Zwischentöne.

Ein weiterer, deutlich differenzierender Parameter ergab sich aus dem fortlaufend geführten Tagebuch. Sein Inhalt wurde nach der Anzahl der aktuell angesprochenen Themen, nach der kumulierten Anzahl der überhaupt aufgetauchten Themen sowie nach Anzahl der anklingenden emotionalen Kategorien aufgeschlüsselt. Mit zunehmendem Verlauf der Behandlung lag das KB nach emotionaler und inhaltlicher Vielfalt weit vor den Vergleichsgruppen.

Von den vielfältigen Resultaten der multivariaten Datenanalyse (Diskriminanzanalyse, multiple Korrelationen und kanonische Korrelationen) ist in erster Linie festzuhalten, daß unabhängig von der Behandlungsmethode die beiden intratherapeutischen Kennwerte, nämlich die Schwankungsbreite der Atemfrequenz als Indikator der emotionalen Erregung und ihrer Bewältigung sowie die qualitative Breite des emotionalen Erlebens, einen gleichwertigen Beitrag zur Aufklärung des außertherapeutischen Verlaufs leisten. Beide erweisen sich als Wirkfaktoren von eigenem Recht, die zwar von unterschiedlichen Verfahren in konstant unterschiedlicher Weise realisiert werden, aber ganz eigenständig die Verlaufsergebnisse einer Psychotherapie beeinflussen.

5.4 Das Problem der Vermittlung zwischen operationaler Nomothetik und empirischer Hermeneutik im Behandlungsprozeß

Längst hat der Leser natürlich den gravierenden Mangel dieser Untersuchung, nämlich die fehlende Dokumentation der Arzt-Patient-Beziehung notiert, was dem Autor als Jugendsünde vergeben werden möge. Dafür sei

zuletzt nach der möglichen wissenschaftlichen Bedeutung solcher, auf der Grundlage operationalisierter Verlaufsdaten gruppenstatistisch gewonnener Resultate angesichts der Tatsache gefragt, daß Psychotherapie doch wesentlich als zwischenmenschliches kommunikatives Handeln mit einer je eigenen Geschichte aufzufassen ist. Darin werden die konfliktuös deformierten und defizitären Profile der Motive und Erwartungen beim Patienten aktualisiert und treffen auf eine Antwort des Therapeuten. Im Verlauf dieser Begegnungen verändern sich jene Motive und Erwartungen, weil der Patient, ermutigt durch eine neue zwischenmenschliche Erfahrung und im Besitz psychogenetischer Einsicht, die Vergangenheit aufgibt, um hier und jetzt den Neubeginn mit dem Therapeuten zu wagen. Beispielsweise könnten die Befunde nahelegen, daß die psychotherapeutische Begegnung dann besondere Aussicht auf Erfolg hat, wenn vielfältige starke Affekte unterschiedlichster Themen die Kommunikation bestimmen und darüber konflikthafte Spannungen entstehen dürfen, über die der Patient immer kompetenter Selbstverfügung erwirbt. Damit hätte – und darauf kommt es hier an – ein Forschungsergebnis *über* Psychotherapie, gewonnen mit sozialempririschen Methoden nach dem Vorbild der Naturwissenschaften, Bedingungen aufgewiesen, die *in* der therapeutischen Begegnung zu realisieren wären, um die Aussichten auf *außer*therapeutische Veränderungen zu steigern. Ferner wäre belegt, daß unterschiedliche Therapiemethoden diese Bedingungen in charakteristisch unterschiedlichem Maße verwirklichen. Einem völligen Mißverständnis indessen fällt anheim, wer derartige operational-gesetzeswissenschaftliche Ergebnisse mit einer hinreichenden Darlegung dessen verwechselt, was sich *in* der therapeutischen Beziehung zuträgt, genauer, was die Akteure in der therapeutischen Dyade bewußt oder unbewußt erleben, wünschen, wahrnehmen, wollen und wie sie bewußt und unbewußt auf diesen Grundlagen kommunizieren und handeln. Prinzipiell ermöglicht die empirische Operationalisierung und ihre nomologische Interpretation ausschließlich, förderliche und hinderliche Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen zu identifizieren für das affektiv-sinnlich relevante Kommunikationshandeln der Personen mit- und gegeneinander innerhalb der Settings.

Befunden, die sich auf relativ harte, operationalisierte Erhebungen und Fakten sowie ihre gesetzeswissenschaftliche Verarbeitung stützen, kommt für unser Verständnis psychogener Syndrome und psychotherapeutischer Prozesse ein ähnlicher Stellenwert zu wie den sog. Markern in der biologischen Psychiatrie (Tress 1988). Mit anderen Worten: Hinter den harten, vergleichsweise leicht zu erfassenden Fakten, etwa der Tatsache, daß in der dritten Therapiestunde bereits das Konstrukt der „helping alliance“ als erfüllt betrachtet werden kann (s. oben), stehen interaktionale Sinn- und Bedeutungsgestalten, die zwar mit den operationalen Daten oftmals sogar im Sinne einer zeitlichen Parallelität hoch korrelieren, sich selbst aber dem Zugriff der gängigen sozialempririschen Erhebungsmethode und Kausaltheorien ent-

ziehen. Prinzipiell ist kein theoretisches Modell konzipierbar, das *zugleich* beiden Beschreibungsebenen gerecht werden kann. Erkenntnistheoretisch verhält sich mithin die formale Kausalanalyse operationalisierter Befunde, auch wenn sie von psychotherapeutischen Prozessen handelt, geradezu komplementär zum inhaltlichen Dechiffrieren der intentionalen Dynamik zwischenmenschlichen Kommunikationshandelns, welches unmittelbar die Therapiesituation, ihre Atmosphäre und Bedeutungsgestalt bestimmt und worum sich das Erleben und Denken des Kliniklers in seiner Arbeit als empirische Hermeneutik ständig bewegt.

Wie steht es also um die psychodynamischen Wirkfaktoren therapeutischer Verläufe? Auf der nomologischen Ebene der Gesetzeswissenschaften bestätigt sich als ein förderlicher Therapiefaktor die immer erfolgreichere *Bewältigung* von bislang dem Patienten bedrohlich erscheinenden Erregungszuständen. Ein zweiter Therapiefaktor konnte in der *Vielfalt* der Affektqualitäten und der mit ihnen verbundenen Konfliktthemen identifiziert werden, für die der Patient allmählich immer besser die Autonomie der Affektregulation im gekonnten Wechselspiel von Erregung und Entspannung erwirbt. Dieser zweite Aspekt des Behandlungsprozesses steht offenbar in direkter Verbindung zur thematischen Breite des Veränderungsprofils, das außerhalb der Sitzungen angestoßen wird.

Befunde auf kausalanalytischer Ebene, wie der eben umrissene, lassen sich empirisch beliebig ausdifferenzieren bis in den Einzelfall hinein. Sie wechseln deshalb nicht über in die andere Erkenntnisebene der empirisch-hermeneutischen Betrachtung kommunikativer Szenen und ihrer Typisierung in exemplarische Narrative aus der Gattung zentraler Szenen frühkindlicher Biographie und ihrer Wiederholungen im Erwachsenenleben.

Dennoch können etwa die hier dargestellten, mit der operationalisierenden Kausalempirie erarbeiteten Therapiefaktoren als sozialempirische Indikatoren dafür verstanden werden, ob die Prozeßgestalt der therapeutischen Kommunikation vermutlich einen mehr oder einen weniger förderlichen Verlauf nimmt. Geht es doch in der Phase des Durcharbeitens um das immer wieder neue Betrachten existentieller Konfliktthemen in der ganzen Breite ihrer affektiven Qualitäten, wobei das Durcharbeiten nirgends so deutlich wird wie im Zulassen der Affektintensität und dem Kampf um deren Regulation im Dienste der Ich-Funktionen. Bleiben derartig starke Spannungszustände auf Dauer unterdrückt, so kommt die Behandlung über das Stadium intellektualistischer Spielereien nicht hinaus, und therapeutischer Erfolg kann höchstens als Einübung in Abwehr verstanden werden. Ob im Gruppenvergleich oder in der Betrachtung von Einzelfällen, derartige sozialempirische Indikatoren zeigen uns an, ob sich innerhalb der Therapie etwas ereignet, was die symptomatische und strukturelle Änderung des Patienten vermutlich voranbringt. Wovon die affektgetragene Kommunikation zweier sinnlicher Menschen im Spiel von Übertragung und Gegenübertragung da-

bei tatsächlich handelt, erschließen uns erst erfahrungsbezogene Methoden der Hermeneutik.

Literatur

- Benjamin LS (1987) Use of structural analysis of social behavior (SASB) to define and measure confrontation in psychotherapy. In: Huber W (ed) Progress in psychotherapy research. Presses de Universitaires, Louvain
- Cremerius J (1984) Einige Überlegungen über die kritische Funktion des Durcharbeitens in der Geschichte der psychoanalytischen Technik. In: Cremerius J (Hrsg) Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Frommann-Holzboog, Stuttgart, S154–171
- Fiscalini J (1988) Curative experience in the analytic relationship. *Contemp Psychoanal* 23:125–142
- Freud S (1900) Die Traumdeutung. (Gesammelte Werke, Bd 2/3; Fischer, Frankfurt/M. 1966ff.)
- Freud S (1914) Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. *GW*, Bd 10
- Freud S (1919) Wege der psychoanalytischen Therapie. *GW*, Bd 12
- Freud S (1926) Hemmung, Symptom und Angst. *GW*, Bd 14
- Freud S (1933) Neue Folge der Einführung in die Psychoanalyse. *GW*, Bd 15
- Freud S (1937) Die endliche und die unendliche Analyse. *GW*, Bd 16
- Freud S (1940) Abriß der Psychoanalyse. *GW*, Bd 17
- Grawe K (1988) Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Z Klin Psychol* 18:1–7
- Greenson RR (1973) Technik und Praxis der Psychoanalyse. Klett, Stuttgart
- Huth W (1985) Der Heilungsprozeß in der psychoanalytischen Behandlung. *Prax Psychother Psychosom* 30:152–159
- Kächele H (1988) Spezifische und unspezifische Faktoren in der Psychotherapie. *Prax Psychother Psychosom* 33:1–11
- Kretschmer E (1963) Medizinische Psychologie. Enke, Stuttgart
- Laplanche J, Pontalis J-B (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Leuner HC (1985) Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens. Huber, Bern
- Loewald H (1960) On the therapeutic action of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 41:16–33
- Luborsky L (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for Supportive-Expressive (ES) Treatment. Basic Books, New York
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1988) Measures of psychoanalytic concepts: The last decade of research from the "Penn Studies". *J Psychoanal* 69:75–86
- Luborsky L, Kächele H (1988) Der zentrale Beziehungskonflikt: Ein Arbeitsbuch. TSZ-Verlag, Ulm
- Masterson JF (1976) Psychotherapy in the borderline adult. Brunner/Mazel, New York
- Rangell L (1981) From insight to chance. *J Am Psychoanal Assoc* 29:119–141
- Schepank H, Tress W (Hrsg) (1988) Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

- Schlesinger N, Robbins F (1975) The psychoanalytic process: Recurred patterns of conflict and changes in ego-functions. *J Am Psychoanal Assoc* 23:761–782
- Stone L (1981) Notes on the non interpretative elements in the psychoanalytic situation crosses. *J Am Psychoanal Assoc* 29:89–119
- Strupp H, Binder JL (1984) *Psychotherapy in a new key*. Basic Books, New York
- Thomä H (1984) Der „Neubeginn“ Michael Balints (1932) aus heutiger Sicht. *Psyche* 37:516–543
- Thomä H, Kächele H (1985) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Tress W (1981) Emotionales Erleben und Angstbewältigung: Zwei psychotherapeutische Wirkfaktoren im Vergleich. *Psychother Med Psychol* 31:156–161
- Tress W (1983) *Psychotherapeutische Verläufe*. Enke, Stuttgart
- Tress W (1985) Psychoanalyse als Wissenschaft. *Psyche* 39:385–412
- Tress W (1987 a) Die intentionale Beschreibung als Grundlage psychoanalytischer Erkenntnis. *Psychother Med Psychol* 37:133–141
- Tress W (1987 b) *Sprache – Person – Krankheit*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Tress W (1988) Forschung zu psychogener Erkrankung zwischen klinisch-hermeneutischer und gesetzes-wissenschaftlicher Empirie: Sozialempirische Marker als Vermittler. *Psychother Med Psychol* 38:269–275
- Weiss J (1988) Testing hypotheses about unconscious mental functioning. *J Psychoanal* 69:87–95
- Weiss J, Sampson H (1986) *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. Guilford Press, New York