

Beziehungsstrukturen in der Psychotherapieforschung. Eine innerdeutsche Beziehungsgeschichte.

Cornelia Albani, Michael Geyer (Universität Leipzig),

Dan Pokorny, Horst Kächele (Universität Ulm)

1. Einleitung

Therapeuten jeglicher Provenienz erkennen und nutzen auf der interpersonalen Ebene Beziehungsmuster zwischen sich und den Patienten, die sich laut bewährter klinischer Auffassung aus den vielfach ablaufenden Interaktionsmustern zwischen den Familienmitgliedern in der frühen Erfahrungswelt des Kindes ergeben haben und in belastenden Situationen dysfunktional sich in die angemessene Bewältigung einmischen. Deshalb vertreten die psychodynamische Schulen in besonderer Weise das therapeutische Prinzip: „hoc Rhodos, hic salta“, d.h. in der therapeutischen Beziehung sollte die Wirksamkeit dieser Beziehungsmuster zu spüren und zu identifizieren sein. Die Analyse der Beziehung zwischen Patient und Therapeut ist das entscheidende psychodynamisch-psychodiagnostische Instrument. Eine positive therapeutische Beziehung gilt als ein wesentlicher Wirkfaktor [27]. Sich wiederholende dysfunktionale Beziehungsmuster gelten als Behandlungs- und entsprechend als Forschungsgegenstand [160]. Der Formulierung von Beziehungsmustern kommt sowohl in der psychodynamischen wie auch der kognitiv orientierten Einzelpsychotherapie z.B. [143, 180, 181] zentrale Bedeutung zu.

Die Übertragung, das zentrale Konstrukt der psychoanalytischen Ätiologie- und Behandlungstheorie, meint faktisch solche repetitiven Beziehungsmuster. Versuche, dieses Konstrukt systematisch-empirisch zu fassen, reichen schon weit zurück. Ausgehend von klinischen psychoanalytischen Konzepten wurden zunächst sogenannte systematische klinische Formulierungen über die Patienten erprobt. Es erwies sich allerdings als äußerst problematisch, einen Konsens über solche komplexen klinischen Konzepte herzustellen. Das Ergebnis des Chicago-Konsensus-Projektes von 1966 war entsprechend nüchtern: "the agreement that we had disagreed" ([149], S.212). Erfolgreicher wurden solche Versuche später, als die Erfassung von beobachtbaren klinischen Ereignissen angestrebt wurde, wie dies bei der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas, über die hier ausführlicher berichtet werden soll, geschieht.

Ein anderer Zugang zur Erfassung der Beziehungsstrukturen basiert auf dem von Sullivan eingeführten interpersonalen Modell psychopathologischer Störungen [166], aus dem Leary das sog. Circumplexmodell [111] entwickelte. Alle Verhaltensweisen werden im Circumplexmodell in

einem zweidimensionalen semantischen Raum mit den Dimensionen Zuneigung und Kontrolle angeordnet.

Und auch die Bindungstheorie [31-33] gibt Impulse für eine beziehungsorientierte Psychotherapieforschung, indem ausgehend von den Beziehungserfahrungen des Kindes mit den primären Bezugspersonen Vorhersagen über die mentalen Repräsentanzen der eigenen Person und der Objekte, sog. "innere Arbeitsmodelle" gemacht werden [158, 159].

Methodisch lassen sich bei der Erfassung von Beziehungsmustern zwei Zugänge unterscheiden: Während mit der Selbstbeurteilung anhand von Fragebogen (z.B. das Inventar Interpersonaler Beziehungen, IIP [88]) lediglich summarische Einschätzungen von Beziehungsmustern ermittelt werden können und oftmals eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdwahrnehmung bezüglich des eigenen Verhaltens besteht, erlaubt die direkte Erfassung von Beziehungsmustern anhand von Stundentranskripten oder Videoaufzeichnungen durch externe Beobachter eine differenziertere Beurteilung. Neben inhaltsanalytischen Verfahren, wie die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas, gibt es inzwischen auch Methoden zur Analyse der mimischen Interaktion [60, 61].

Und es können verschiedene Erfassungsebenen unterschieden werden - es kann die aktuelle Beziehung analysiert werden, also *interpersonelle* Beziehungsmuster beobachtet werden oder es können Schilderungen des Patienten von seinen Beziehungen untersucht werden, die einen Rückschluss auf *intrapsychische* Muster erlauben.

Unter den seit den 70er Jahren entwickelten Methoden zur Erfassung von Zentralen Beziehungsmustern (s. Abbildung 1) zählt die von Luborsky entwickelte Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas (ZBKT, englisch *Core Conflictual Relationship Theme - CCRT*) inzwischen zu den etabliertesten Methoden [114, 120, 122].

Abbildung 1

Methoden zur Operationalisierung von systematischen psychodynamischen Formulierungen

1977	Luborsky [114] (dt.: Luborsky u.M.v. Albani & Eckert [117, 122])	CCRT	Core Conflictual Relationship Theme
1977	Weiss & Sampson [37, 178] (dt.: Albani, et al. [8])	PD	Plan Diagnosis (später: Plan Formulation Method)
1979	Mardi Horowitz [91]	CA	Configurational Analysis (später: Role Relationship Models Configuration)
1981	Teller & Dahl [37, 167] (dt.: Hölzer [87])	FRAME S	Frame Analysis, Fundamental Repetitive And Maladaptive Emotional Structures
1982	Gill [76] (dt.: Herold [85])	PERT	Patient's Experience of Relationship with Therapist
1983	Slap [152]		Clinical summaries of schemas

1984	Schacht [144, 145]		Dynamic Focus
1994		SASB-CMP	(später: Cyclic Maladaptive Pattern, später: SASB-CMP)
1985	Kiesler [103]	IMI	Impact Message Inventory
1986	Bond [29]		Clinical Evaluation Team
1986	Maxim [129]	SPLASH	Seattle Psychotherapy Language Analysis Schema
1989	Perry [134]	ICF	Idiographic Conflict Formulation Method
1989	Len Horowitz [90]	CRF	Consensual Response Formulation
1990	Crits-Christoph [44]	QUAIN T	Quantitative Analysis of Interpersonal Themes
1992	Demorest [52]		Personal Scripts
1996	OPD-Arbeitsgruppe [132]	OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

2. Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas

Wir haben unlängst auf die Entwicklung der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas aufmerksam gemacht [102]:

"Als Nebenprodukt seiner Bemühungen um ein Maß für die therapeutische Allianz stellte Luborsky - am 17. Januar 1977 um 14 Uhr im Downstate Medical Center in New York - (Dies ist die erste exakte Zeitangabe in der Geschichte der Psychotherapieforschung.) - ein Verfahren zur Messung des zentralen Musters, nach dem jeder einzelne seine Beziehungen gestaltet, vor, das er *Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)* nannte. Bei der Durchsicht von Therapiesitzungsprotokollen war ihm aufgefallen, dass er sich in erster Linie für die Erzählungen des Patienten über die Interaktionen mit dem Therapeuten und anderen Personen und für deren wiederkehrende Aspekte interessierte. Er untersuchte vor allem drei Kategorien:

1. Was will der Patient von den anderen Personen?
2. Wie reagieren diese darauf?
3. Wie reagiert der Patient wiederum auf deren Reaktionen?" (S.179).

Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas ist ein inhaltsanalytisches Verfahren. Luborsky [114] betont die Nähe zu klinischen Schlußbildungsprozessen, wenn er feststellt, dass erfahrene psychodynamisch orientierte Kliniker zwar weniger formalisiert, aber prinzipiell auf die gleiche Weise zur Formulierung von Übertragungsmustern gelangen. Sein Übertragungsbegriff wird theoretisch allerdings nicht scharf herausgearbeitet, vielmehr implizit durch das praktisch-methodische Vorgehen abgesteckt [124].

Als Datengrundlage dienen sog. Beziehungsepisoden [122], d.h. Narrative über bedeutsame Interaktionen mit Anderen, wobei es sich um Einzelpersonen (z.B. der Therapeut) oder eine Gruppe von Personen (z.B. Familie, Mitschüler) handeln kann.

Zur Illustration nachfolgend eine Erzählung eines Patienten über seine Beziehung zum Bruder aus der Fokalthherapie "Der Student"¹:

T: Mit dem älteren Bruder können sie sich's besser ausdenken, ausmalen?

P: Der hat ja auch mehr mit mir gemacht an für sich, mit mir. Obwohl die Beziehung jetzt auch nicht mehr so toll ist, weil, ja weil, er macht jetzt so auf, er ist jetzt zweiunddreißig glaub' oder dreiunddreißig? Dreiunddreißig, und er will jetzt, ha ja, der macht so auf, 'mei jetzt möcht ich Geld verdienen, jetzt muss endlich was laufen' so. Na ja, aber der hat halt immer Schach mit mir gespielt und solche Sachen und mit dem Motorrad, wo ich noch kleiner war da war ich natürlich nicht so gern gesehen, wenn seine ganzen Freunde da waren. Aber der hat mich dann immer mit dem Motorrad mitgenommen oder Feste, manchmal; also da kam wenigstens irgendwie was.

Die Grundannahme des Verfahrens beruht auf der Vorstellung, daß die Schilderung von Beziehungserfahrungen für den Patienten prototypische und charakteristische Subjekt-Objekt-Handlungsrelationen enthält, die dort "wie eingebrennte Klischees" sichtbar gemacht werden können. Erzählungen sind ein gutes Mittel, um Erfahrungen zu transportieren [30]; besonders festgefügte, repetitive Erfahrungen verdichten sich in Erzählepisoden [35, 65]. Endergebnis ist das individuelle, zentrale Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) des Erzählers. Es wird im Sinne eines vorgestellten Interaktionsschemas zwischen Subjekt und Objekt aus drei von einander unabhängigen Einzelkomponenten zusammengesetzt:

- Wünsche, Bedürfnisse, Absichten des Erzählers (W-Komponente);
- Reaktionen des Objekts (RO-Komponente);
- Reaktionen des Subjekts (RS-Komponente).

Unter psychodynamischen Gesichtspunkten können diese Beziehungsmuster als konflikthafte Resultante zwischen den persönlichen Bedürfnissen bzw. Wünschen, den Ängsten und Abwehrvorgängen einerseits und den Reaktionen der Interaktionspartner andererseits verstanden werden. Die psychische Symptomatik des Patienten ist in charakteristische dysfunktionale Beziehungsmuster eingebettet - der Wunsch, die Angst bei der Wunscherfüllung und die entsprechende Abwehr des Wunsches bzw. der Angst konfiguriert auch die interpersonalen Beziehungen.

Der Beurteiler notiert in einer Kurzformulierung Komponententyp und Inhalt, der zunächst möglichst textnah formuliert werden soll. Wünsche können im Bereich zweier Abstraktionsebenen kodiert werden: wenn sie direkt vom Patienten geäußert werden (explizite Wünsche) oder wenn sie einigermaßen klar aus den Worten des Patienten geschlussfolgert werden können (implizite Wünsche). Und Wünsche werden danach unterschieden, ob sie objekt- oder subjektbezogen sind. Es werden positive, negative und unspezifische Reaktionen unterschieden, wobei sich die Wertung der Reaktionen des Objekts darauf bezieht, ob die Reaktion aus der Sicht des Patienten der Wunscherfüllung diene ("positiv") oder nicht ("negativ") oder bezogen auf den Wunsch nicht eindeutig bestimmbar ist ("unspezifisch"). Für die Reaktionen des Subjekts wird die Wertung entsprechend der emotionalen Valenz beurteilt.

¹ Die hier zitierten Textstellen unterliegen den für die Ulmer Textbank festgelegten Bestimmungen [177].

Für eine interindividuelle Vergleichbarkeit liegen für jede der drei Komponenten Listen von Standardkategorien und Clustern vor [23]. Diese Kategorien wurden vielfältig kritisiert, z.B. bezüglich ihrer Konstruktion und Gütekriterien. Sie wurden an einer kleinen studentischen Stichprobe entwickelt, erfassen klinische Inhalte deshalb nur unzureichend, es gibt starke Überlappungen zwischen den Kategorien, was die Beurteilerübereinstimmung reduziert und die Listen, aus denen jeweils eine Kategorie ausgewählt werden muss, sind relativ lang.

Ausgehend von einer umfangreichen empirischen Basis konnte unsere Leipzig - Ulmer-Arbeitsgruppe gemeinsam in einem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projekt [4] eine grundlegende Neukonstruktion der kategorialen Strukturen der Methode vornehmen ("CCRT-LU", [15, 139]). Die reformulierten Kategorien erlauben eine differenziertere inhaltliche Analyse. Während bei der Beurteilerübereinstimmung mit den ursprünglichen Kategorien Kappa-Koeffizienten lediglich im Bereich deutlicher Übereinstimmung (Kappa 0.41 - 0.60, [142]) erzielt werden, konnten wir unter Anwendung der reformulierten Kategorien Kappa-Koeffizienten im Bereich starker Übereinstimmung (Kappa 0.61 – 0.80) erreichen. Diese Prädikatenliste ist potentiell eine universelle Sprache für die Erfassung von sowohl intrapsychischen, wie auch interpersonellen Beziehungsmustern und könnte zukünftig die Vergleichbarkeit von Beziehungsmustern, die mit verschiedenen Methoden erfasst wurden, ermöglichen.

Inzwischen liegt eine Vielzahl verschiedenster Untersuchungen mit der ZBKT-Methode vor (für eine aktuelle Zusammenfassung des Standes der ZBKT-Forschung s. [126]), und unsere Leipzig-Ulmer-ZBKT-Arbeitsgruppe konnte wesentliche Beiträge dazu leisten.

3. Eine Ulm-Leipziger-Beziehungsgeschichte

Die Ulm-Leipziger-Beziehungsgeschichte, die mit dieser zusammenfassenden Darstellung auch beleuchtet werden soll und die den Rahmen für diese Forschungsarbeiten darstellt, begann 1986 mit einer Einladung an Prof. Kächele an die damalige Karl-Marx-Universität Leipzig zum Thema "Psychoanalyse heute" durch Prof. Geyer.

In Ulm gab es bereits seit 1976 Kontakte zu Prof. Luborsky in Philadelphia, 1985 wurde eine ZBKT-Arbeitsgruppe etabliert und von Doktoranden, die Luborsky auch direkt betreute, Forschungsthemen zur ZBKT-Methode bearbeitet. Ein Stipendium der Breuninger-Stiftung ermöglichte es der Erstautorin, ihre Dissertation weitgehend in Ulm in Zusammenarbeit mit D. Pokorny und H. Kächele durchzuführen.

1991 traf sich die seit 1989 bestehende bundesweite ZBKT-Arbeitsgruppe zu ihrem jährlichen Workshop in Leipzig, in dessen Folge auch in Leipzig unter der Leitung von Prof. Geyer eine ZBKT-Arbeitsgruppe entstand. Mit dem Enthusiasmus der damaligen Leipziger Aufbruchstimmung trafen sich ca. 15 Doktorandinnen, erlernten gemeinsam die Methode und bearbeiteten Forschungsthemen.

Bei der Übertragung der Methode in den deutschen Sprachraum konnte von Vorarbeiten der Ulmer Arbeitsgruppe ausgegangen werden [117]. Inhaltlich präzisiert und um Auswertungsbeispiele ergänzt, erschien 1992 die revidierte Fassung des Manuals zur ZBKT-Methode [122].

Eine systematische Einzelfallanalyse [2] lieferte die notwendige umfangreiche Datengrundlage zur Entwicklung alternativer Auswertungsstrategien – die Analyse musste nicht mehr nur auf die jeweils absolut häufigsten Kategorien beschränkt werden, sondern wir entwickelten datenanalytische Methoden [138], um für jeweils bestimmte Interaktionspartner oder Therapiephasen typische Beziehungsmuster zu ermitteln. Auf Grundlage dieser methodischen Entwicklungen und umfangreicher Untersuchungen von Beziehungsmustern an nicht-klinischen Stichproben [175, 182] konnte ein multizentrischer Forschungsantrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft erfolgreich auf den Weg gebracht werden. In einem gemeinsamen Projekt der Universitäten Leipzig, Ulm und Göttingen [75] konnten wir die Beziehungsmuster von insgesamt 266 jungen Frauen mit psychoneurotisch - psychosomatischen Störungen untersuchen [3, 5]. Damit konnte der bisher umfangreichste ZBKT-Datensatz erhoben werden. Der enorme Zeitaufwand für die ZBKT-Auswertung dieser Daten konnte nur durch die Unterstützung vieler DoktorandInnen bewältigt werden. Inzwischen wurden in Leipzig und Ulm zahlreiche Doktorarbeiten zur Anwendung der ZBKT-Methode abgeschlossen.

Regelmäßige Arbeitstreffen der Projektgruppe und auch der internationale ZBKT-Workshop 1995 in Ulm gaben Anregungen und Anstöße. 1997 konnte unsere Leipzig-Ulmer-Arbeitsgruppe in einem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Folgeprojekt die Reformulierung der kategorialen Strukturen der ZBKT-Methode vornehmen.

Im Juni 2003 wird unter der Leitung unserer Arbeitsgruppe ein internationaler ZBKT-Workshop in Weimar stattfinden.

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die in unserer Ulm-Leipziger-ZBKT-Arbeitsgruppe bearbeiteten Fragestellungen.

Abbildung 2

Übersicht über Forschungsprojekte der Leipzig-Ulmer-ZBKT-Arbeitsgruppe

Grundlagenwissenschaftliche Fragestellungen

- Valenz von Beziehungsmustern und Psychopathologie [5, 14]
- Beziehungsmuster und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten [17]
- Beziehungsmuster und Bindungsstile [9, 13]
- Beziehungsmuster und Emotionen [12]
- Beziehungsmuster bei verschiedenen diagnostischen Gruppen (depressive Störungen [58], phobische Störungen [110], Essstörungen [28])
- Verlaufsbeschreibungen von Psychotherapien anhand von Einzelfällen (psychoanalytische Kurztherapien [2, 155], Katathym-imaginative Therapie [156])
- Entwicklungspsychologische Perspektiven des ZBKT [53]

Klinische Fragestellungen

- Prädiktive Validität von Beziehungsmustern für den Therapieerfolg [7]

- Veränderung von Beziehungsmustern durch Psychotherapie [34]
- Beziehungsmuster im Therapieverlauf - Das Ulmer Prozessmodell [18]
- Empirische Prüfung des Übertragungskonzeptes [16]
- Objektspezifität von Beziehungsmustern [11]
- Beziehungsmuster in Traumberichten [10]

Methodische Fragestellungen

- Reformulierung des Kategoriensystems der ZBKT-Methode [15]
- "Mustersuche" - Alternative Methoden der Datenanalyse [2]
- Reliabilität der ZBKT-Methode (Transkriptausswertung [108, 137], Video-Transkript-Reliabilität [136])
- Selbsteinschätzung von Beziehungsmustern [107]
- Alternative Cluster-Strukturen für die ZBKT-Methode [106]

In den folgenden Abschnitten sollen einige ausgewählte Forschungsprojekte detaillierter dargestellt werden.

4. Klinisch relevante Empirie – Ergebnisse der Anwendung der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas unserer ZBKT-Arbeitsgruppe

4.1. Valenz von Beziehungsmustern und Psychopathologie²

Die Bewertung von Sachverhalten, Objekten, inneren Zuständen oder Beziehungen bezüglich ihrer Wertigkeit im Sinne der affektiven Valenz (positiv versus negativ) wird sowohl in der psychologischen wie auch im engeren Sinne in der Psychotherapieforschung als basale Klassifikation für die Orientierung im sozialen Feld und auch die Selbstregulation betrachtet. Freud beschrieb diese Valenzdimension als "Lust - Unlust" neben "Subjekt - Objekt" und "aktiv - passiv" als grundlegende Polaritäten des Seelenlebens [72] und kategorisierte Übertragungsmuster in dieser Weise [71]. Die Valenzdimension entspricht der ersten Dimension des allgemeinen semantischen Raumes [133] und gilt auch in der Emotionsforschung (neben der Aktivitätsdimension) inzwischen als empirisch gut gesichert [174].

Auch die meisten der anderen Methoden zur Operationalisierung von Beziehungsstrukturen beurteilen Beziehungsmuster entsprechend ihrer affektiven Wertigkeit. Die SASB-Methode (Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens [25, 176]) kodiert Interaktionen auf der Affiliations - Achse zwischen den Extrempolen "liebvolle Freundlichkeit" und "feindseliger Hass". In Dahl und Tellers FRAME-Methode [50, 167] findet sich eine "positiv-negativ"-Dimension. Bei der "Configurational Analysis" [91] dienen die "states of mind" zur Beschreibung der Valenzdimension.

² Teile des Manuskriptes wurden der Arbeit "Zum Zusammenhang zwischen der Valenz von Beziehungserfahrungen und der Schwere der psychischen Beeinträchtigung" [14] entnommen.

Bei der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas werden positive, negative und unspezifische Reaktionen unterschieden. Die empirischen Befunde bezüglich der Valenzdimension sind über verschiedenste Studien hinweg konsistent - negative Reaktionen überwiegen. Obwohl in nichtklinischen Stichproben [153, 172, 182] der Anteil negativer Reaktionen tendenziell geringer ist (37-61%) als in den klinischen Stichproben (65-80%, [7, 45, 58, 82, 83]), überwiegt der Anteil negativer Reaktionen deutlich, wobei die Reaktionen der Objekte noch negativer beschrieben werden als die eigenen Reaktionen. Lediglich Kinder scheinen die Welt noch positiv zu sehen - in der Längsschnitt-Studie von Luborsky et al. [125] wurden Kindern im Alter von 3 und 5 Jahren jeweils 10 konflikthafte Situationen in der Familie vorgegeben (z.B. "Der Autoschlüssel ist weg, Papa und Mama suchen danach - Was passiert dann?"), die sie im Spiel mit Hilfe von Puppen ergänzen sollten. In immerhin ca. 70% der Episoden zu beiden Untersuchungszeitpunkten waren die Reaktionen positiv.

Im klinischen Alltag ist die mehr oder weniger formalisierte Diagnostik dysfunktionaler Beziehungsmuster gebräuchlich. Der Zusammenhang zwischen der Valenz von Beziehungserfahrungen und klinischen Variablen, der naheliegender ist, wenn davon ausgegangen wird, dass psychische Störungen in jedem Fall auch Beziehungsstörungen sind, wurde bisher in der ZBKT-Forschung kaum untersucht. Die wenigen Studien, die dazu vorliegen, sind widersprüchlich: während Crits-Christoph & Luborsky [49] Zusammenhänge zwischen der Negativität der geschilderten eigenen Reaktionen und der Krankheitsschwere ermittelten, ergab sich in der Untersuchung von Grenyer & Luborsky [83] ein Zusammenhang nur für die berichteten Reaktionen der Interaktionspartner. Weitere Untersuchungen konnten die vermuteten Zusammenhänge nicht bestätigen [58, 82, 173].

Ziel einer unserer Untersuchungen war es, die Zusammenhänge zwischen der Valenzdimension der Beziehungsschilderungen und der Schwere der psychischen Störung (operationalisiert als Beeinträchtigungsschwere) systematischer und an umfangreichen klinischen Stichproben zu untersuchen, um dabei auch die klinische Relevanz der Valenzdimension in der ZBKT-Methode zu prüfen. Wir gingen von folgender Hypothese aus:

Je schwerer die psychische Beeinträchtigung, desto höher ist der relative Anteil der negativen Komponenten der Reaktionen des Objekts bzw. des Subjekts an diesen Komponenten insgesamt.

Wir konnten in unsere Untersuchung 2 Stichproben von Psychotherapiepatientinnen einbeziehen: und 32 weitere Patientinnen (Untersuchungsstichprobe 2), bei denen ein klinisches Interview die Datengrundlage bildete.

Als Datengrundlage dienten in Untersuchungsstichprobe 1 videografierte Beziehungsepisodeninterviews (BE-Interview), in denen die Patientin aufgefordert wird, "Geschichten über Beziehungen" zu schildern [118]. Wir konnten mit 266 Patientinnen ein Beziehungsepisoden-Interview durchführen (drei Teilstichproben: Leipzig mit n=114, Ulm mit n=72 und Göttingen mit n=80 Patientinnen). In der Untersuchungsstichprobe 2 wurde die

ZBKT-Auswertung anhand transkribierter klinischer Interviews von 32 Patientinnen, die sich an der biografischen Anamnese nach Dührssen [57] orientierten, durchgeführt.

Als Maße zur Erfassung der symptomatischen Krankheitsschwere wurde als Selbsteinschätzung die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R, [54, 67]) im Sinne des subjektiven Beschwerdedruckes verwendet. Eine Fremdbeurteilung erfolgte mittels Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS, [146]) und der Global Assessment of Functioning Scale (GAF, [19]).

Die Untersuchungsstichprobe 1 wurde im Rahmen einer multizentrischen, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Studie der Universitäten Leipzig, Ulm und Göttingen [75], an den Psychotherapeutischen Ambulanzen der Universitäten Leipzig und Ulm rekrutiert, in Göttingen in einer Spezialambulanz für Essstörungen im Schwerpunkt Familientherapie, Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen und zusätzlich an einer Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studierende der Universität³. Die Untersuchungsstichprobe 2 wurde an der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikum Leipzig erhoben.

Im Verlauf des Erstinterviewverfahrens wurden die Patientinnen von den betreffenden Psychotherapeuten über das Forschungsprojekt informiert, über die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt und um die Teilnahme am Beziehungsepisodeninterview bzw. einem klinischen Interview gebeten. Die SCL-90-R, GAF und BSS sind Bestandteil der Eingangsdiagnostik der beteiligten klinischen Einrichtungen.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die soziodemografischen Merkmale der Stichproben, die Verteilung der Diagnosen und der ZBKT-Variablen sowie die Ausprägung der Schweremaße.

Tabelle 1

Soziodemografische Merkmale der Stichproben und Mittelwerte (Standardabweichung) der ZBKT-Variablen und Schweremaße

	Untersuchungs- stichprobe 1, n=266 (BE-Interview)	Untersuchungs- stichprobe 2, n=32 (klinisches Interview)
Alter	24.7 Jahre (S 3.2, Range 18-30)	30.6 Jahre (S 1.6, Range 18-59)
in fester Partnerschaft lebend	51%	71%
eigene Kinder	17%	35%
Berufstätigkeit		
Schülerin oder Studentin	30%	26%
Angestellte	32%	42%
Facharbeiterinnen	4%	7%
Auszubildende in Umschulung	8%	7%
Arbeiterinnen	11%	3%

³ Das Projekt wurde außerdem durch folgende nicht-universitäre klinische Einrichtungen unterstützt: Klinik für Psychosomatische Medizin, Klinik Schwedenstein; Abteilung für Psychotherapie, Park-Krankenhaus Leipzig-Dösen; Kreiskrankenhaus Erlabrunn, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik; Schussentalklinik, Aulendorf; Klinik am Schönen Moos, Saulgau und Parklandklinik Bad Wildungen. Den dortigen MitarbeiterInnen möchten wir für ihre Hilfe danken.

Renterinnen	-	7%
Hausfrau/ohne Beruf/Sonstige	15%	8%
Erwerbstätigkeit		
erwerbstätig	53%	49%
arbeitslos	17%	20%
mittlere Dauer der Hauptbeschwerden	4.8 Jahre (S 4.2)	5.4 Jahre (S 8.9)
ICD-Hauptdiagnosen		
affektive Störung (F 3)	16%	25%
neurot. Belast./ somatoforme Störung (F4)	30%	44%
Essstörungen (F 5)	35%	22%
Persönlichkeitsstörung (F 6)	19%	9%
ZBKT-Variable	M (S)	M (S)
Anzahl der Beziehungsepisoden	32.9 (13.1)	37 (17)
Anzahl Komponenten	187.4 (102.3)	174 (94)
Positivitätsindex* RO	34.6 (13.8)	25.6 (10.3)
Positivitätsindex* RS	38.2 (15.0)	25.9 (11.0)
Schweremaße		
SCL-90-R, GSI	1.27 (0.7)	1.41 (.68)
GAF-Skala, letzte 7 Tage	57 (13)	53 (8.1)
BSS, Summe, letzte 7 Tage	5.8 (1.9)	6.3 (1.5)

In beiden Stichproben überwogen die negativen Reaktionen, wobei die Patientinnen im klinischen Interview noch negativere Reaktionen schilderten als die Patientinnen im Beziehungsepisoden-Interview (s. Tabelle 1). Die Einschätzung des subjektiven Beschwerdedruckes mit der SCL-90-R ergab für den GSI Werte, die denen aus der Literatur für PsychotherapiepatientInnen angegebenen Werten entsprechen [67]. Die BSS-Summenwerte sind als "ausgeprägte und schon ziemlich schwer beeinträchtigende Erkrankung" zu interpretieren [146]. Die Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus mit der GAF-Skala ergab für den Zeitpunkt der Einschätzung (letzte 7 Tage) Werte im Bereich einer "ernsten Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit".

In Tabelle 2 sind die Zusammenhänge zwischen der Valenz der Beziehungserfahrungen und dem Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung dargestellt.

Tabelle 2

Zusammenhang zwischen dem Positivitätsindex^o der Reaktionskomponenten und dem Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung

(r = Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, einseitig)

	Positivitätsindex^o RO	Positivitätsindex^o RS
--	---	---

	Untersuchungs- stichprobe 1, n=266 (BE-Interview)	Untersuchungs- stichprobe 2, n=32 (klin. Interview)	Untersuchungs- stichprobe 1, n=266 (BE-Interview)	Untersuchungs- stichprobe 2, n=32 (klin. Interview)
	r ^{oo}	r	r ^{oo}	r
SCL-90, GSI	-.23***	-.13	-.29***	-.51**
BSS, Summe	-.22***	-.05	-.16**	-.39*
GAF	.20***	.13	.17**	.24

° Die Positivitätsindices wurden arcus-sinus-transformiert.

°° Da die Pearson-Korrelationskoeffizienten in der Gesamtstichprobe (n=266) berechnet wurden, es sich dabei aber um eine stratifizierte Stichprobe handelt, haben wir zum einen jede Korrelation in den drei Teilstichproben getrennt berechnet und die Korrelationskoeffizienten auf Homogenität geprüft (Differenzen der Korrelationskoeffizienten nicht signifikant) und zum anderen jeweils die durchschnittlichen Korrelationskoeffizienten geschätzt, die mit den Korrelationskoeffizienten aus der Gesamtstichprobe identisch sind. Dies legitimiert die Analyse der Gesamtstichprobe.

Die Ergebnisse stehen (außer für die Valenz der Reaktionen der Objekte in Untersuchungsstichprobe 2) im Einklang mit der eingangs formulierten Hypothese (s. Tabelle 2). Das heißt sowohl für die Einschätzungen durch die Therapeuten wie auch durch die Patientinnen gilt bezüglich des Ausmaßes der Beeinträchtigung:

Je höher das Maß an Beeinträchtigung ist, um so negativer scheinen die Patientinnen die eigenen Reaktionen und die ihrer Interaktionspartner in den Beziehungsepisoden zu beschreiben.

Unsere Ergebnisse entsprechen denen anderer ZBKT-Studien bezüglich des hohen Anteils negativer Reaktionskomponenten und bestätigen die Untersuchungen von Crits-Christoph & Luborsky [49] und Grenyer & Luborsky [83] zum Zusammenhang zwischen der Valenz der Reaktionskomponenten und der Krankheitsschwere.

Die Korrelationskoeffizienten sind relativ niedrig und klären in der Untersuchungsstichprobe 1 weniger als 10 % der Varianz auf. Die Erklärungen dafür sind vielfältig (z.B. Reliabilität der Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere durch die Therapeuten, deren Übereinstimmung aufgrund großer Anzahl der beteiligten KollegInnen nicht überprüft werden konnte; das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung wird nicht allein durch die Negativität der Beziehungsschilderungen determiniert, sondern durch vielfältige, weitere Faktoren, wie z.B. Strukturniveau, Art der Abwehrmechanismen, Ausmaß der persönlichen Ressourcen u.v.a.m. beeinflusst).

Die Untersuchungen an Untersuchungsstichprobe 2 bestätigen die Befunde aus Untersuchungsstichprobe 1 nur für die Reaktionen des Subjekts, was möglicherweise durch die verschiedenen Erhebungsmethoden begründet ist (im klinischen Interview stehen die Schwierigkeiten, problematischen Erfahrungen und eigenen Reaktionsweisen der Patientinnen stärker im Mittelpunkt als im Beziehungsepisoden-Interview, in dem die Patientinnen lediglich instruiert werden, (positive oder negative) Geschichten zu berichten).

Auch wenn aus den in unserer Studie ermittelten korrelativen Zusammenhängen zwischen der Negativität der Beziehungsschilderungen und dem Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung keine Rückschlüsse auf kausale Beziehungen möglich sind, stehen unsere Ergebnisse in Einklang mit klinischen psychoanalytischen Konzepten, in denen davon ausgegangen wird, dass psychische Störungen verschiedenster Symptomatik v.a. Beziehungsstörungen sind, d.h. im interpersonellen Kontext entstanden sind und auch dort in Erscheinung treten. Die vorliegende Untersuchung stellt einen Beitrag zur Validierung der Valenzdimension der ZBKT-Methode dar. Der ermittelte Zusammenhang zwischen der Negativität der Reaktionskomponenten und der Schwere der psychischen Beeinträchtigung unterstreicht das Ziel psychotherapeutischer Arbeit, das vor allem auch im Erwerb von Bewältigungsstrategien maladaptiver Beziehungsmuster liegen muss, die es dem Patienten ermöglichen sollten, innerhalb und außerhalb der Therapie Beziehungserfahrungen mit "positiverem" Ausgang zu machen.

4.2. Fokusformulierung mittels zentraler Beziehungsmuster

Das Konzept des Fokus zählt zu den Basiskonzepten in der Psychotherapie und hat im klinischen Gebrauch zwei Bedeutungen [99]: einerseits wird mit "fokussieren" eine heuristische, therapeutische Strategie beschrieben, die sich aus der Begrenztheit der Informationsgewinnung und -verarbeitung ergibt und eine Gerichtetheit der Aufnahmebereitschaft erfordert.

"Im Kopf des Analytikers treten der Funktionszustand maximaler Informationsgewinnung (gleichschwebende Aufmerksamkeit) und die Organisation der gewonnenen Information unter dem jeweils prägnantesten Gesichtspunkt (das Fokussieren) wechselweise in den Vordergrund." ([99], S. 358).

Zum anderen wird damit die Begrenzung auf einen Konfliktherd (lat. focus) bezeichnet [109], die kennzeichnend sowohl für die psychoanalytische Fokalthherapie [21, 112, 127] wie auch für verschiedene Formen psychodynamischer Kurztherapie (z.B. [51, 128, 150]) ist.

"Der dynamische Fokus in der Kurzzeittherapie stellt eine Heuristik dar. Der Fokus hilft dem Therapeuten, psychotherapeutisch relevante Informationen zu generieren, zu erkennen und zu organisieren." ([162], S.65).

Klüwer [104] beschreibt als Technik zur Fokusformulierung interkollegiale Fallkonferenzen. Systematische Untersuchungen zu einer objektivierenden Fokusdiagnostik sind bisher noch selten [99]. In einer Untersuchung [2] wollten wir prüfen, inwieweit sich die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas zur Operationalisierung des Fokus-Konzeptes eignet.

Ausgangspunkt war eine inhaltliche Methodenkritik bezüglich Luborskys Annahme: "Was am häufigsten ist, ist zentral", d.h. seltene, aber möglicherweise klinisch relevante Beziehungsmuster werden nicht beachtet. Es wurden deshalb alternative Strategien der Datenanalyse entwickelt, die es ermöglichen, nicht nur die jeweils absolut häufigsten Kategorien zu bestimmen. Datenbasis war die erstmals vollständige ZBKT-Auswertung einer psychoanalytischen Kurztherapie ("Der Student", 28 Stunden und zwei Katamnesestunden mit insgesamt 297 Beziehungsepisoden).

Klinische Beschreibung des Patienten "Der Student" [99, 102]:

Der 23jährige Sozialpädagogik-Student leidet seit der Pubertät an Kontrollzwängen - er muss sich umdrehen, den Boden kontrollieren, hat das Gefühl, etwas verloren zu haben, wenn er in ein Haus hineingegangen ist. Er lebt mit seiner Freundin und deren 3jährigen Sohn zusammen. Er kann nur schwer allein sein, hat aber Angst vor seinen Anhänglichkeitswünschen. Er kritisiert sein von ihm so genanntes Suchtverhalten, indem er durch Essen, Trinken und Rauchen psychische Belastungen kompensiere. Der Patient ist das jüngste von 3 Geschwistern. Die Mutter sei ständig erschöpft gewesen, und der Vater habe sich mehr mit dem Auto und seiner Stereoanlage beschäftigt als mit der Familie. Er habe als Kind viel allein gespielt, stets in der Nähe der Mutter, mit der er dann in der Pubertät viele Ausflüge unternommen habe, wohl um sie über ihre Einsamkeit hinweg zu trösten. Seine Versuche, sich in der peer group zurechtzufinden, waren stets problematisch. Der interviewende Analytiker beschreibt den Patienten als einen Adoleszenten, der in seinem Ablösungsprozess gescheitert ist. Es wurde die Indikation zu einer zeitlich begrenzten Fokaltherapie gestellt, bei der die Überwindung der verfrühten innerseelischen Festlegung in einem eheähnlichen Verhältnis mit einer mütterlichen Partnerin ganz in der Nähe der Eltern ein äußeres Ziel, die Bearbeitung der negativ-ödipalen Sehnsucht und der Erwerb der Fähigkeit zu einer positiv-ödipalen Rivalität ein inneres Ziel darstellte. Das Zwangssymptom wurde als Hinweis auf Einschränkungen in der Handhabung einer auf Trennung und Ablösung zielenden Aggressivität verstanden.

B

Aus klinischer Sicht wurden folgende Foci formuliert:

- Thema 1:* Er ist ein Nachkömmling einer durch ständige Berufsarbeit verbrauchten Mutter, seine drei älteren Geschwister hatten es da besser - so die subjektive Vorstellung des Patienten, er hat zu wenig bekommen.
- Thema 2:* Er ist auch der Liebling, das Nesthäkchen der Mutter, mit ihr identifiziert mit den Vorwürfen gegenüber dem Vater, der sich um sie wie um ihn zu wenig kümmert. Seine jetzige Beziehung, ebenfalls zu einer verlassenen Mutter, wird durch die Identifikation mit dem dreijährigen Sohn geprägt: er spielt Vater und Tröster der Mutter zugleich.
- Thema 3:* Neid und Rivalität gegenüber dem sechs Jahre älteren Bruder, der ihn nur als kleinen Jungen behandelt hat.

Die 29stündige Therapie wurde katamnestisch als erfolgreich eingeschätzt [99]. Werden die absoluten Häufigkeiten verglichen, findet sich folgendes Muster (d.h. die Kombination dieser drei Komponenten in einer Episode) am häufigsten (insgesamt 14 mal) in den 297 Beziehungsepisoden:

W Cl 5	"Ich möchte den anderen nahe sein und sie annehmen" (n=47)
RO Cl 5	"Die anderen sind zurückweisend und gegen mich" (n=99)
RS Cl 7	"Ich fühle mich enttäuscht und deprimiert" (n=62).

Die Anwendung alternativer Auswertungsstrategien (exakter Test auf Unabhängigkeit der Kategorien versus übererwartet häufige Kombinationen in der dreidimensionalen Tabelle und Korrektur nach Bonferroni) ergab ein anderes Muster, das insgesamt 4 mal auftrat:

W Cl 6	"Ich möchte geliebt und verstanden werden" (n=43)
RO Cl 8	"Die anderen verstehen mich" (n=8)
RS Cl 3	"Ich fühle mich respektiert und akzeptiert" (n=16).

Dieses Muster kann als Gegenstück zur absolut häufigsten Kombination (W Cl 5 - RO Cl 5 - RS Cl 7) verstanden werden (W Cl 5 und W Cl 6 sind sich inhaltlich sehr ähnlich und drücken Wünsche nach Zuwendung aus). Dem typischen Wunsch folgt aber hier ein anderer Handlungsablauf - der Wunsch nach Nähe und Zuwendung wird erfüllt, und der Patient ist zufrieden. Die 4 Beziehungsepisoden, die nach diesem Muster verlaufen, sind Episoden mit dem Lehrer und der Freundin. Es sind Erzählungen des Patienten über eine geglückte Beziehungsgestaltung, befriedigende, positive Beziehungserfahrungen, die als Ausdruck positiver Objektbeziehungen im Sinne von Ressourcen verstanden werden können. Das "Besondere" daran ist, dass er nur von wenigen so guten Erfahrungen erzählt, und das ist wohl auch spezifisch für ihn. Dieses Muster kann als eine Art "Kehrseite" des absolut häufigsten Musters verstanden werden - d.h. auch dieses Muster ist typisch für den Patienten, aber nicht wegen der absoluten Häufigkeit, sondern typisch ist es, weil es die gewünschte Realität des Patienten darstellt. Diese Beziehungsepisoden stehen in einem Kontext, in dem der Patient vom Therapeuten nach dem vom Patient gewünschten Beziehungsablauf gefragt wird bzw. diesen im Widerspruch zur Deutung des Therapeuten darstellt, wie dies die folgende Episode mit dem Lehrer illustriert:

- T: Ich hab mich gefragt 'ja wo sind da die Menschen mit denen er dann das gemacht hat.'*
- P: Ja da war halt recht wenig, und der Lehrer war für mich schon die Bezugsperson, mit dem ich mich auch, und da hab ich dann schon eine exponierte Rolle angenommen. Im Unterricht, ich konnt' mich streiten mit dem Lehrer, ohne dass mir was passiert, das war bei manchen, war das damals nicht so die...*
- T: Das war eine besondere Position. Da muss...*
- P: Ja, da dann schon.*
- T: Da sind Sie der, der Lieblings-...*
- P: Nee, das auch wiederum nicht.*
- T: -schüler nein ?*
- P: Ich, nee, ich hab mich gern in die Nesseln reingesetzt und hab gesagt, 'Ha das ist doch Quatsch' oder so also, so auf Lieblingsmache, ich hab schon wider...*
- T: Nein aber Sie waren schon fleißig, denken Sie nicht, der Lehrer hat sich auch gefreut so einen zu haben?*
- P: Doch, weil ich den Unterricht bestimmt mit vorantrieb.*
- T: Ja, so also nicht Liebling in diesem Sinne von Schmeicheln sondern, so einer auf den er schon insgeheim stolz war.*
- P: Oder auf den er sich zumindest im Unterricht verlassen konnte und ausgehen konnte davon, ich beiss' an, wenn er irgendwie ein Problem aufwirft oder so.*

Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas erwies sich zur Fokusformulierung geeignet. Die Anwendung alternativer Methoden zur Datenanalyse stellt eine lohnenswerte Ergänzung zum Vorgehen Luborskys dar, indem nicht nur das häufigste Thema einbezogen wird.

Die ermittelten zentralen Muster entsprechen inhaltlich den Themen der klinischen Foci, die jedoch objektspezifischer formuliert sind.

Für die klinische Validität dieses Ansatzes sprechen erste Befunde, die einen Zusammenhang zwischen dem Therapieerfolg, der Entwicklung der therapeutischen Beziehung und der "Korrektheit", mit der das zentrale Beziehungsmuster gedeutet wird, nahelegen [43, 47, 48]. In diesem Sinn kann das Zentrale Beziehungsmuster als Struktur für die Deutungsaktivität verstanden werden und liefert darüber hinaus eine Möglichkeit zur Verlaufskontrolle.

Der mit der ZBKT-Methode ermittelte Fokus bleibt nur auf der subjektiven Ebene der Sicht des Patienten. Diese Begrenzung kann aber (gerade auch für AusbildungskandidatInnen) von Vorteil sein, da zunächst eine Formulierung des zentralen Beziehungsthemas ohne die Gefahren der Verstrickung in die aktuelle therapeutische Interaktion und die eigene Gegenübertragung möglich ist. Die Operationalisierung in Form interpersoneller Wunsch-Handlungsrelationen betont den interpersonellen Aspekt bei der Genese psychischer Störungen und bietet eine Strukturierungshilfe auch für das Verständnis der therapeutischen Beziehung, in der sich nach dem Konzept der Übertragung in früheren Beziehungen erworbene, zentrale Beziehungsmuster wiederholen.

4.3. Ein Klischee oder mehrere? - Objektspezifische Beziehungsmuster

Freud ging bei seiner Konzeption der späteren Beziehungsgestaltung von in der Kindheit erworbenen Klischees aus:

"Machen wir uns klar, dass jeder Mensch durch das Zusammenwirken von mitgebrachter Anlage und von Einwirkungen auf ihn während seiner Kinderjahre eine bestimmte Eigenart erworben hat, wie er das Liebesleben ausübt, also welche Liebesbedingungen er stellt, welche Triebe er dabei befriedigt und welche Ziele er sich setzt. Das ergibt sozusagen ein Klischee (oder auch mehrere), welches im Laufe des Lebens regelmäßig wiederholt, neu abgedruckt wird, insoweit die äußeren Umstände und die Natur der zugänglichen Liebesobjekte es gestatten, welches gewiss auch gegen rezente Eindrücke nicht völlig unveränderlich ist." ([71], S.364-365).

Luborsky [123] legt bei der Operationalisierung von Beziehungsmustern ein "central relationship pattern" zugrunde (S. 314). Andere Autoren postulieren mehr als nur ein Schema (z.B. [39, 44, 46, 151]). Mit der Bestimmung der Interaktionspartner in den Beziehungsepisoden bietet die ZBKT-Methode die Möglichkeit, Beziehungsmuster auch objektspezifisch zu analysieren. Dazu liegen bisher jedoch kaum Studien vor. In einer Einzelfallstudie mit der aus der ZBKT-Methode abgeleiteten QUAIN-T-Methode [46], fanden sich Hinweise darauf, dass es jeweils verschiedene Muster mit bestimmten Objekten gibt.

Aufgrund des umfangreichen Datenmaterials war in den Einzelfalluntersuchungen der bereits erwähnten Kurztherapie "Der Student" und der psychoanalytischen Behandlung der Patientin "Amalie" eine objektspezifische Untersuchung von Beziehungsmustern möglich.

Im ersten Schritt können die jeweiligen Teilstichproben von Beziehungsepisoden mit einem bestimmten Objekt getrennt analysiert und die jeweils häufigsten Kategorien ermittelt werden („Einzelwelten“ s. Tabelle 3). Im zweiten Schritt wird überprüft, bezüglich welcher Kategorien

sich die einzelnen Objekte voneinander unterscheiden („Kontrastbilder“ s. Tabelle 4). Die Variable "Objekt" wird dazu in einer zweidimensionalen Kontingenztabelle jeweils einer der ZBKT-Variablen gegenübergestellt. Als Nullhypothese werden die beobachteten Häufigkeiten der Einzeldimensionen zur Kenntnis genommen und es wird vorausgesetzt, dass die beiden Dimensionen statistisch unabhängig sind, d.h. dass die Häufigkeitsverteilungen der ZBKT-Komponenten in den Episoden mit verschiedenen Objekten gleich sind. Die Alternativhypothese lautet dann, dass einige der Kategorien bei einigen der Objekte häufiger vorkommen, als von den beobachteten Häufigkeiten der Einzeldimensionen her zu erwarten wäre. Diese Hypothese der Homogenität der Objekte wird zuerst mit dem verallgemeinerten Fisher-Test global getestet (Monte-Carlo-Methode). Im folgenden explorativen Schritt werden mittels einseitigen, klassischen Fisher-Tests die ZBKT-Kategorien ermittelt, die in den Episoden mit einem bestimmten Objekt übererwartet häufig vorkommen. (Für eine detaillierte Beschreibung dieses Vorgehens s. [2, 135].)

4.3.2. Objektspezifische Beziehungsmuster des "Studenten"

Für diesen Patienten (Klinische Beschreibung s. 4.2.) konnten folgende objektspezifische Muster ermittelt werden.

Tabelle 3

"Einzelwelten" - Objektspezifische Beziehungsmuster des "Studenten" (absolute und relative Häufigkeiten bezogen auf die Beziehungsepisoden mit dem jeweiligen Objekt)

	Wunsch	Reaktion des Objekts	Reaktion des Subjekts
"Welt des Vaters" n=14*	W CI 5: "Ich möchte dem Vater nahe sein und ihn annehmen" (6; 43%)	RO CI 5: "Der Vater ist zurückweisend und gegen mich" (10; 72%)	RS CI 7: "Ich bin enttäuscht und deprimiert" (9; 65%)
"Welt des Therapeuten" n=36	W CI 5: "Ich möchte dem Therapeuten nahe sein und ihn annehmen" (12; 33%)	RO CI 5: "Der Therapeut ist zurückweisend und gegen mich" (19; 53%)	RS CI 7: "Ich bin enttäuscht und deprimiert" (11; 30%) RS CI 6: "Ich fühle mich hilflos" (11; 30%)
"Welt der Mutter" n=17	W CI 8: "Ich möchte Erfolg und Leistung erreichen und der Mutter helfen" (5; 30%)	RO CI 5: "Die Mutter ist zurückweisend und gegen mich" (8; 47%)	RS CI 7: "Ich fühle mich enttäuscht und deprimiert" (5; 30%)

"Welt der Freundin" n=61	W CI 1: "Ich möchte mich behaupten und unabhängig sein" (12; 20%)	RO CI 3: "Die Freundin ist ärgerlich, bestürzt und aufgeregt" (21; 34%)	RS CI 5: "Ich empfinde Selbstkontrolle und Selbstvertrauen" (18; 30%)
		RO CI 5: "Die Freundin ist zurückweisend und gegen mich" (21; 34%)	

* Anzahl der Beziehungsepisoden mit dem Vater

Tabelle 4

"Kontrastbilder" - Objektspezifische Beziehungsmuster des "Studenten" (Fisher-Test $p \leq .05$, einseitig, absolute Häufigkeiten)

	Wunsch	Reaktion des Objekts	Reaktion des Subjekts
Vater n=14	W CI 5: "Ich möchte dem Vater nahe sein und ihn annehmen" (6)	RO CI 5: "Der Vater ist zurückweisend und gegen mich" (10)	RS CI 7: "Ich bin enttäuscht und deprimiert" (9)
Therapeut n=36	W CI 5: "Ich möchte dem Therapeuten nahe sein und ihn annehmen" (12)	RO CI 1: "Der Therapeut ist stark" (6)	RS CI 6: "Ich fühle mich hilflos" (11)
Mutter n=17	W CI 8: "Ich möchte Erfolg und Leistung erreichen und der Mutter helfen" (5)	RO CI 2: "Die Mutter ist kontrollierend" (5)	RS CI 4: "Ich widersetze mich der Mutter und verletze sie" (3)
Freundin n=61	W CI 1: "Ich will mich behaupten und von der Freundin unabhängig sein" (12)	RO CI 3: "Die Freundin ist ärgerlich, bestürzt und aufgeregt" (21)	RS CI 5: "Ich empfinde Selbstkontrolle und Selbstvertrauen" (18)

Für Vater und Therapeut fand sich ein negatives, enttäushtes Beziehungsmuster (s. 4.4.). Obwohl sich auch in der Beziehung zur Mutter das Muster von Ablehnung und Enttäuschung wiederholt, steht hier vor allem das Thema "Hilfe geben" im Vordergrund, was der klinischen Einschätzung bezüglich der Identifikation des Patienten mit der hilfsbedürftigen Mutter entspricht. Das Beziehungsmuster mit der Freundin unterscheidet sich deutlich: in dieser Beziehung geht es um die Position des "starken Mannes", der sich wehrt, durchsetzt und unabhängig ist. Die Freundin wird als bestürzt, ärgerlich und aufgeregt beschrieben. Er fühlt sich auch von ihr zurückgewiesen, empfindet aber der Freundin gegenüber auch Selbstvertrauen und Selbstkontrolle. Die Beziehung zur Freundin scheint insgesamt am befriedigendsten für den Patienten zu sein. Es zeigt sich eine Ähnlichkeit zwischen Mutter und Freundin bezüglich der Abhängigkeits - Autonomie Thematik: die Mutter wird besonders als kontrollierend erlebt; die Intensität des Wunsches nach Behauptung und Unabhängigkeit der Freundin gegenüber kann als

Lösungsversuch der Abhängigkeit von der Mutter verstanden werden, der aber nur teilweise gelingt.

4.3.2. Objektspezifische Beziehungsmuster der Patientin "Amalie" X

Um in einer weiteren Untersuchung die Objektspezifität von Beziehungsmustern zu prüfen, entschieden uns für die gut dokumentierte psychoanalytische Behandlung der Patientin Amalie X [169], weil bisher noch keine Untersuchung einer psychoanalytischen Behandlung mit der ZBKT-Methode vorlag und in einer psychoanalytischen Therapie die Analyse von Beziehungsmustern Priorität besitzt. Außerdem bietet die umfangreiche Datengrundlage einer psychoanalytischen Therapie eine ausreichende Anzahl von Beziehungsepisoden, die eine objektspezifische Untersuchung ermöglicht.

Klinische Beschreibung der Patientin "Amalie"

Die zu Therapiebeginn 35jährige, alleinlebende, berufstätige Patientin hatte sich wegen zunehmender depressiver Beschwerden in Behandlung begeben. Amalie steht in der Geschwisterreihe zwischen 2 Brüdern, denen sie sich unterlegen fühlte und fühlt. Ihr Vater war während ihrer gesamten Kindheit abwesend - zunächst wegen des Krieges, später aus beruflichen Gründen. Wegen einer lebensbedrohlichen Tuberkulose-Erkrankung der Mutter wurde Amalie im Alter von 5 Jahren als erstes der Geschwister zur Tante gegeben, wo sie ca. 10 Jahre lang blieb. Sie wurde stark von der streng religiösen und puritanischen Erziehung durch Tante und Großmutter beherrscht. Seit der Pubertät leidet Amalie subjektiv stark an einem idiopathischen Hirsutismus. Ihre ganze Lebensentwicklung und ihre soziale Stellung als Frau standen unter den Auswirkungen dieser virilen Stigmatisierung, die unkorrigierbar war und mit der sich die Patientin vergeblich abzufinden versucht hatte. Die u.a. auch daraus resultierende Selbstwertstörung, mangelnde weibliche Identifizierung, zwangsneurotische Skrupel und angstneurotische Symptome erschwerten persönliche Beziehungen und führten dazu, dass Amalie keine engen geschlechtlichen Beziehungen aufnehmen konnte. Die insgesamt 517stündige psychoanalytische Behandlung wurde sowohl in der klinischen wie auch in der testpsychologischen Einschätzung als erfolgreich bewertet [171]. Für eine ausführliche klinische Beschreibung s. [101, 171].

Als Datengrundlage dienten Stundentranskripte. Es wurden die ersten 30 und letzten 17 Stunden ausgewertet. Weiterhin wurden beginnend mit der 50. Stunde im Abstand von 50 Stunden jeweils Blöcke von in der Regel 5 Stunden analysiert. Die Stichprobe umfasst 11 Blöcke mit insgesamt 92 Stunden, in denen sich 580 Beziehungsepisoden mit 152 verschiedenen Objekten und mit insgesamt 806 Wünschen, 986 Reaktionen des Objekts und 1103 Reaktionen des Subjekts fanden.

Tabelle 5

Objektspezifische Beziehungsmuster (absolute Häufigkeiten / relative Häufigkeiten in %, bezogen auf die Beziehungsepisoden mit dem jeweiligen Objekt, °Fisher-Test $\alpha \leq .05$, einseitig)

Ob- jekt	Einzelwelten		Kontrastbilder^o	
Chef n=23	WO B	"Chef soll mich unterstützen" (13/50.0)*	WO B	"Chef soll mich unterstützen" (13/50.0)
	RO I	"Der Chef ist unzuverlässig" (17/42.5)	RO I	"Der Chef ist unzuverlässig" (17/42.5)
	RS F	"Ich bin unzufr., ängstlich" (12/30.0)	RS J	"Ich weise den Chef zurück" (6/15.0)
Theo- logen n=20	WO A	"Th. sollen sich zuwenden" (14/56.0)		
	WS D	"Ich möchte souverän sein" (3/ 100)	WS D	"Ich möchte souverän sein" (3/ 100)
	RO K	"Theolog. dominieren" (7/ 21.2)		
Ana- lytike r n=88	RS F	"Ich bin unzufr., ängstlich" (15/38.5)	RS F	"Ich bin unzufrieden, ängstlich" (15/38.5)
	WO A	"A.soll sich zuwenden" (32/ 36.8)	WO B	"A.soll mich unterstützen" (33/37.9)
	WO B	"A.soll mich unterstützen" (33/37.9)		
Part- ner n=77	WS A	"Ich will mich zuwenden" (8/ 25.0)	WS A	"Ich will mich zuwenden" (8/ 25.0)
	RO J	"A.ist zurückweisend" (35/ 24.5)	RO H	"A.ist verärgert" (13/ 9.1)
			RO M	"A.zieht sich zurück" (24/ 16.8)
	RS F	"Ich bin unzufrieden, ängstlich" (53/36.8)	RS F	"Ich bin unzufr., ängstlich" (53/36.8)
			RS D	
		RS C	"Ich bin souverän" (16/ 11.1) "Ich liebe, fühle mich wohl" (14/ 9.7)	
	WO A	"P. soll sich zuwenden" (26/ 41.9)	WO C	"P. soll lieben, wohlfühlen" (18/29.0)
	WS C	"Ich will lieben, wohlfühlen" (19/39.6)	WS C	"Ich will lieben, wohlfühlen" (19/39.6)
			WS M	"Ich will mich zurückziehen" (13/27.1)
	RO I	"P. ist unzuverlässig" (34/ 23.0)	RO A	"P. wendet sich zu" (14/ 9.5)
			RO M	"P. zieht sich zurück" (19/ 12.8)
	RS M	"Ich ziehe mich zurück" (31/ 18.1)	RS M	"Ich ziehe mich zurück" (31/ 18.1)

* In den Episoden mit dem Chef fanden sich insgesamt nur 3 Wünsche des Subjekts, die jeweils einer anderen Kategorie zugeordnet wurden, deshalb erfolgte keine Auswertung.

Ausgehend von der klinischen Beschreibung [101, 171] ergab die Untersuchung der psychoanalytischen Behandlung der Patientin "Amalie" objektspezifische Beziehungsmuster, wobei reformulierte ZBKT-Kategorien verwendet wurden. Es wurden die Beziehungsepisoden mit den am häufigsten genannten Objekten untersucht: Therapeut, Partner, Beichtväter und Chef, in denen sich ein zentrales Muster zeigte (repräsentiert durch die in jeder Teilstichprobe von Episoden mit den Objekten absolut häufigsten Kategorien – "Einzelwelten"), das als "Grundthema" verstanden werden kann und in allen Beziehungen auftritt: Amalie möchte Zuwendung und Unterstützung von anderen, erlebt diese aber als unzuverlässig, zurückweisend und dominant und reagiert selbst darauf mit Angst, Schuldgefühlen und Rückzug. Bezüglich der subjektbezogenen Wünsche unterscheiden sich die Beziehungsepisoden mit den verschiedenen

Objekten. Den Theologen gegenüber möchte Amalie vor allem Unabhängigkeit erreichen, während die Beziehungsepisoden mit dem Analytiker und mit dem Partner von Ambivalenz geprägt sind - einerseits möchte sich Amalie dem Analytiker zuwenden und den Partner lieben, andererseits will sie sich zurückhalten.

In den übererwartet häufigen Kategorien ("Kontrastbilder") zeigt sich, worin sich die einzelnen Objekte von allen anderen Objekten unterscheiden (z.B. in den Beziehungsschilderungen mit den Theologen beschrieb Amalie besonders häufig Schuldgefühle und ihren Wunsch nach Unabhängigkeit; vom Chef und vom Analytiker wünscht sich Amalie Unterstützung, erlebt den Chef als unzuverlässig und den Analytikers als verärgert, vorwurfsvoll und zurückgezogen; nur in den Episoden mit dem Analytiker beschreibt sie Gefühle von Unabhängigkeit und Zufriedenheit; dem Partner gegenüber thematisiert Amalie sexuelle Wünsche; der Anteil der positiven Reaktionen ist dem Partner gegenüber am größten und sie beschreibt ihn als zugewandt, dem entgegen steht das Thema des Rückzugs und der Distanzierung, die Amalie einerseits wünscht, andererseits aber auch bei sich und dem Partner beklagt). Diese objektspezifischen Beziehungsmuster erlauben eine detaillierte und differenzierte Abbildung der Beziehungsschilderungen der Patientin mit verschiedenen Interaktionspartnern.

4.3.3. Objektspezifische Beziehungsmuster bei 70 Psychotherapiepatientinnen

An einer umfangreichen Stichprobe von Beziehungsepisoden-Interviews mit 70 Patientinnen wurden Teilstichproben von Beziehungsepisoden mit der Mutter, dem Vater, Männern und Frauen untersucht [11].

Die jeweils am häufigsten geäußerten Kategorien unterscheiden sich in den 4 Teilstichproben von Beziehungsepisoden (Vater, Mutter, Männer, Frauen) nur wenig. Die Patientinnen wünschen sich Liebe und Verständnis, erleben die anderen als zurückweisend und sind enttäuscht und deprimiert.

Werden die mittleren relativen Häufigkeiten aller Kategorien-Cluster in den Teilstichproben miteinander verglichen, ergeben sich jedoch deutliche Unterschiede (s. Tabelle 6).

Tabelle 6

Häufigkeiten der Kategorien (ZBKT-Cluster) in den verschiedenen Teilstichproben (mittlere relative Häufigkeiten, Standardabweichung, n=70, Wilcoxon-Test, zweiseitig, °p≤ .10, *p≤ .05, **p≤ .01, *p≤ .001)**

	Episoden mit							
	Mutter		Frauen		Vater		Männer n	
Wünsche	M	S	M	S	M	S	M	S
1 Mich behaupten	.09	.13	.06	.09	.07	.15	.06	.08
2 mich widersetzen, kontrollieren	.06	.11	.09°	.12	.09	.18	.08	.12

3 Verletzt werden	.18°	.23	.12	.18	.14	.22	.14	.19
4 Abstand haben	.11	.12	.12	.15	.15	.21	.16	.21
5 Anderen nahe sein	.15	.16	.28***	.23	.16	.22	.24*	.20
6 Geliebt werden	.30*	.25	.22	.2	.34°	.29	.24	.19
7 Mich gut fühlen	.05	.14	.03	.07	.03	.07	.03	.06
8 Erfolg erreichen, helfen	.06	.16	.07	.15	.03	.07	.04	.09
Objektreaktionen								
1 Stark	.03	.13	.06**	.06	.04	.08	.05	.08
2 Kontrollieren	.11°	.16	.08	.08	.14***	.16	.05	.07
3 Ärgerlich	.17**	.2	.09	.09	.13	.16	.13	.12
4 Schlecht	.03	.06	.05	.05	.04	.07	.04	.09
5 Weisen zurück	.40*	.26	.32	.32	.39	.25	.34	.21
6 Hilfreich	.08	.14	.10	.10	.09	.19	.10	.11
7 Mögen mich	.04	.08	.10***	.10	.07	.11	.14**	.14
8 Verstehen mich	.13	.19	.20*	.20	.10	.19	.16*	.18
Subjektreaktionen								
1 Hilfreich	.12	.18	.14	.16	.07	.15	.11*	.10
2 Unempfänglich	.07	.10	.09	.15	.08	.11	.09	.11
3 Respektiert	.13	.23	.22***	.2	.18	.28	.24*	.24
4 Widersetze mich	.08	.10	.07	.08	.09	.13	.06	.07
5 Selbstkontrolle	.07	.09	.06	.09	.05	.09	.07*	.07
6 Hilflos	.17°	.15	.12	.12	.16	.15	.14	.11
7 Enttäuscht	.29**	.20	.22	.13	.31°	.27	.22	.17
8 Ängstlich	.06	.11	.07	.14	.06	.10	.06	.09

Anders als in den Episoden mit Mutter und Vater, die von passiven Wünschen nach Zuwendung und Liebe ("Ich möchte geliebt und verstanden werden") geprägt sind, werden Männern und Frauen gegenüber eher aktive Wünsche geäußert ("Ich möchte den anderen nahe sein, sie annehmen"). Der Vater wird als kontrollierender beschrieben, während Männer häufiger als zugewandt und verständnisvoll charakterisiert werden. Die Reaktionen der Mutter werden häufiger als bei den Frauen als ärgerlich und zurückweisend beschrieben, die Frauen werden als stark und verständnisvoll geschildert. Die Patientinnen fühlen sich Männern und Frauen gegenüber häufiger als gegenüber Vater und Mutter respektiert und akzeptiert und beschreiben ein Gefühl von Selbstkontrolle. Der Anteil der positiven Reaktionen ist in den Episoden mit Frauen und Männern höher als in denen mit Vater und Mutter.

In dieser Untersuchung objektspezifischer Beziehungsmuster zeigt sich der Wiederholungsaspekt des klinischen Konzeptes der Übertragung: ein zentrales Beziehungsmuster prägt sowohl die Beziehung zu den Eltern wie auch zu anderen Frauen und Männern.

Darüber hinaus werden aber in den Episoden mit Männern und Frauen auch andere Kategorien als in den Geschichten mit Mutter und Vater geäußert: trotz überwiegend negativer Schilderungen der Beziehungserfahrungen mit den Eltern berichten die Patientinnen "positivere" Beziehungsepisoden mit anderen InteraktionspartnerInnen. Dies könnte ein Hinweis auf interpersonelle Ressourcen in dem Sinn sein, dass die Patientinnen zu einer flexibleren Beziehungsgestaltung fähig und für neue, andere Erfahrungen als mit den Eltern offen sind. Es scheint den Patientinnen wenigstens teilweise zu gelingen, soziale Unterstützung in Beziehungen zu erfahren.

Im klinischen Alltag richtet sich das Interesse nicht nur auf problematische, maladaptive Interaktionen der PatientInnen, die aus Beziehungserfahrungen mit den primären Bezugspersonen resultieren. Beziehungen, die von PatientInnen als positiv erlebt wurden, können im Sinne positiver Identifikationsangebote und sozialer Unterstützung verstanden werden. Sie dienen zum einen der Einschätzung von Ressourcen und ermöglichen es zum anderen, die Differenzierungsfähigkeit von PatientInnen in der Wahrnehmung und Schilderung von Beziehungsgeschehen zu beurteilen.

In der aktuellen Diskussion um Wirkprinzipien in der Psychotherapie gewinnt das Konzept der Ressourcenaktivierung nicht nur im Feld behavioral-kognitiver Therapierichtungen [81], sondern auch im Kontext psychoanalytischer Richtungen zunehmende Bedeutung. Ermann [62] plädiert für eine "ressourcenorientierte Handhabung der analytischen Beziehung" (S.254), wobei das klinische Konzept der Übertragung nicht unter dem Aspekt des Wiederholungszwanges gesehen, sondern als Lösungsversuch verstanden wird und in der therapeutischen Beziehung neue Erfahrungen ermöglicht werden.

In diesem Sinn kann die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas einer differenzierten Beziehungsanalyse und -diagnostik dienen (wobei nicht nur maladaptive Beziehungsmuster, sondern auch Ressourcen in der Beziehungsgestaltung erfasst werden) und somit eine wesentliche Grundlage für die Therapieplanung und Verlaufskontrolle im therapeutischen Prozess liefern.

4.4. Zentrale Beziehungsmuster und das Konzept der Übertragung

Der folgende ist wohl einer der berühmtesten Sätze der Psychoanalyse:

"Die Übertragung stellt sich in allen menschlichen Beziehungen ebenso wie im Verhältnis des Kranken zum Arzt spontan her, sie ist überall der eigentliche Träger der therapeutischen Beeinflussung, und sie wirkt um so stärker, je weniger man ihr Vorhandensein ahnt." ([70], S.55).

Freud postulierte, dass der Patient frühe, an Eltern und Geschwistern erworbene, charakteristische Gefühlshaltungen in der Behandlungssituation *überträgt*, d.h. dass Gefühle, Einstellungen und Phantasien auf eine Person der Gegenwart übertragen werden, die zu dieser Person nicht passen, sondern Wiederholungen von Reaktionen sind, die ihren Ursprung in der

Beziehung zu wichtigen Personen der frühen Kindheit haben. Diese unbewussten Reaktionen, die als "Neudrucke", d.h. "unveränderte Neuauflagen" früherer psychischer Erlebnisse verstanden werden, können für den psychoanalytischen Heilungsvorgang nutzbar gemacht werden und erhalten auf diese Weise klinische Relevanz. Bei Freud taucht in diesem Zusammenhang der Begriff "Übertragungsneurose" auf, deren Bearbeitung und Überwindung erst zur Heilung führt. Das Übertragungskonzept veränderte sich im Laufe der Zeit und innerhalb der verschiedenen Therapierichtungen (beispielsweise bezüglich der "Reichweite" von Übertragung: nur die pathologischen Gefühlsäußerungen des Patienten innerhalb der Therapie vs. alle emotionalen Verhaltensweisen des Patienten innerhalb der therapeutischen Situation vs. ein psychisches Grundphänomen menschlichen Verhaltens, das überall vorkommt oder bezüglich eines intrapsychischen vs. eines interaktionellen Übertragungsbegriffes).

Erste Versuche dieses Konstrukt systematisch-empirisch zu fassen, gab es im Menninger Projekt in Topeka. Dort wurden sogenannte systematische klinische Formulierungen über die Patienten erprobt, bei denen relativ komplexe Formulierungen zur Übertragung erarbeitet wurden. Die systematische Analyse früher Kindheitserinnerungen [130] bildete einen Eckpfeiler dieser Annäherung.

Am Anfang in den fünfziger Jahren standen Schätzmethode zur Quantität von Übertragung. Bellak und Smith [24] führten einen ersten Versuch durch, reliable Vorhersagen des therapeutischen Verlaufs von Stunde zu Stunde zu ermöglichen. Hierzu bildeten sie einen Itemkatalog von 23 Kategorien, in denen typische klinische Konzepte der fünfziger Jahre aufgelistet waren. Fünf Beurteiler schätzten ein, in welchem Ausmaß das jeweilige Konzept vorhanden war. Strupp und Mitarbeiter [161] erkannten die Notwendigkeit, klare operationale Definitionen vorzugeben und zielten auf klinisch beobachtbare Ergebnisse. Auch ihr Fazit war jedoch, dass das Ausmaß der Beurteilerübereinstimmung umgekehrt proportional zum Abstraktionsgrad der Konzepte war. Spezifisch analytische Konzepte waren besonders schwer einzustufen. Die Ulmer Arbeitsgruppe legte genauere Definitionen vor und erzielte eine verbesserte Übereinstimmung [84]. In einer experimentellen Studie untersuchten Lowinger & Huston [113] zehn analytische Therapien mit einem hinter einer Einwegscheibe visuell reduzierten, nur auditorisch verfügbaren Therapeuten. Wenn auch weniger intensiv als im direkten Kontakt entwickelten sich Übertragungsreaktionen trotz dieses technischen Hindernisses.

Einen anderen, nicht-klinischen Zugang wählten eine Reihe von Autoren, die aus der Persönlichkeitsforschung kommend, Q-Sort-Methoden zur Erfassung von Übertragungsaspekten zu benutzen versuchten: Ähnlichkeit zwischen "signifikantem Elternteil" und "Therapeutin" [38]; Ähnlichkeit zwischen "Idealer Person" und "Therapeut" [64]; Erfassung von Übertragung und Widerstand [140]; die Erwartungsvorstellungen des Patienten vom Therapeuten [20]; Ähnlichkeit im Verhalten gegenüber Eltern und Therapeut vor und nach der Therapie [164, 165]. Eine Zusammenfassung dieser frühen Untersuchungen findet sich bei Meltzoff und Kornreich [131]. Auch auf der Basis der Kelly-Grid-Technik wurden einige Versuche zur Untersuchung der Ähnlichkeit zwischen Elternfiguren und Therapeut unternommen: Vergleich "idealer Vater" und "Therapeut" [40-42]; Vergleich "Eltern" und "Therapeut" [148].

Aktuellere Ansätze wie z.B. der "Psychotherapy Process Q-Sort" (PQS, [93, 96], deutsche Version [6]) ermöglichen systematische Einzelfallanalysen (z.B. [92]), aber auch den Vergleich verschiedener Therapieformen (z.B. kognitiv-behaviorale versus interpersonelle Therapie [1], kognitiv-behaviorale versus psychodynamische Therapie [95]) und u.a. Untersuchungen zum Übertragungsgeschehen.

Die PERT-Methode von Gill ("Patient's Experience of Relationship with Therapist" [76], deutsche Überarbeitung [85, 86]) erlaubt das Aufspüren einzelner abgewehrter Beziehungsaspekte auf einer mikrostrukturellen Ebene des Prozesses, wobei das Vorgehen keine Analyse der Arbeit an der Übertragung erlaubt, sondern vorwiegend der Feststellung von "Widerstand gegen die Übertragung" dient.

Die beschriebenen Fortschritte zeigen, dass die psychoanalytische Forschung hier ein ertragreiches Feld identifiziert hat. Wir entschieden uns bei diesem Stadium der von klinischen Hypothesen geleiteten Sondierungen methodisch zunächst für einen Einzelfallansatz [66, 94, 97], der nach wie vor gültigen Empfehlung Edwards & Cronbachs [59] folgend:

"Information gained from an experiment mounts more or less in proportion to factorial n where n is the number of uncorrelated response variables. By this estimate five tests can report 120 times as much knowledge as a single test in the same investigation! ... Efforts to refine measurement has the same beneficial effect on the power of an investigation as adding to the number of cases." ([59], S.58).

Um das Übertragungskonzept direkt zu prüfen, wurde in der bereits unter 4.2. beschriebenen Einzelfallanalyse der Kurztherapie "Der Student" untersucht, welche der wichtigen biografischen Personen sich in der Übertragung wiederfinden. Die Vater-Übertragung, auf die der Kliniker sich festgelegt hatte, konnten wir in der Ähnlichkeit der Beziehungsmuster zwischen Vater und Therapeut bestätigen (s. Tabelle 3). Die nachfolgende Beziehungsepisode mit dem Therapeuten illustriert das Beziehungsmuster "Ich möchte dem Therapeuten nahe sein" (W Cl 5) - "Der Therapeut ist zurückweisend" (RO Cl 5) - "Ich bin enttäuscht" (RS Cl 7):

P: ... Ja ich lern von ihnen nicht viel kennen, das möcht ich ja. Aber von Ihnen kommt ja relativ wenig, was Sie so machen, ich nehme an, Sie machen hier Vorlesungen und so Therapien. Eigentlich kennen tu ich Sie nicht. Ich hätt' schon gern mehr wissen wollen, aber ich nehm' an, dass äh...(lacht leicht, bricht den Satz ab).

Eine Episode mit dem Vater nach dem gleichen Muster:

P: ...Ich habe damals viel unternommen, ich hab zum Beispiel - er hat viel an seinem Auto rumgebastelt, der hat erst seinen Führerschein gemacht, wo ich schon drei, vier Jahr alt war, glaub' ich, und er hat dann immer viel daran rumgebastelt, so aus Neugier. Und da bin ich halt immer runter, und hab' ich dann immer's Werkzeug aufräumen dürfen oder ihm bringen und so. Und das war so die Form von Gemeinsamkeit, die wir gehabt haben. Also ich hab mich schon bemüht. Und das hat mich immer geschmerzt, wenn ich irgendwas falsch gemacht habe oder so, gell und immer 'ah' oder so, 'mach's lieber gleich selber' oder so, das hat mich dann geschmerzt, aber ich hab' dann schon versucht noch, ähm, ja - um ein bißchen so ein Gefühl zu kriegen von Gemeinsamkeit, bin ich dann halt ums Auto rumgewetzt,

obwohl ich viel lieber in Wald gegangen wäre oder jetzt bloß symbolisch, mir fällt gerade nichts anderes ein....

Der Patient beschreibt in der Beziehung zum Therapeuten ähnliches wie in der Beziehung zum Vater - auf den Wunsch nach Nähe folgen Zurückweisung und Enttäuschung, d.h. der Wiederholungsaspekt einer früheren Beziehung zu einer wichtigen Bezugsperson in der aktuellen therapeutischen Beziehung wird deutlich.

In der psychoanalytischen Behandlung der Patientin "Amalie" (s. 4.3.2.) wird bezüglich der Übertragung wird davon ausgegangen, dass die Patientin dem Analytiker v.a. "Über-Ich-Funktionen" zuschreibt ([171], S.107). In den Kommentaren zu seinen Übertragungsdeutungen verweist der Analytiker auf die Parallelen zwischen sich und dem strengen Vorgesetzten der Patientin, der sie ungerecht kritisiert und gegen den sie nicht ankommt. Diese Parallelen zeigten sich in der ZBKT-Auswertung anhand der Übereinstimmung der Beziehungsmuster zwischen dem Therapeuten und dem Vorgesetzten.

Die Übereinstimmung von Beziehungsmustern mit dem Therapeuten und "signifikanten Anderen" konnten Conolly et al. [39] mit der QUAIN-T-Methode (einer methodischen Abwandlung der ZBKT-Methode nach Crits-Christoph et al. [46]) und Fried et al. [73, 74] mit der ZBKT-Methode an umfangreicheren Stichproben zeigen.

Auf die Erfassung von Übertragung hinsichtlich des Wiederholungsaspektes von Beziehungsmustern auch außerhalb der therapeutischen Beziehung wurde bereits unter 4.3.3. bezüglich der Ähnlichkeit der Beziehungsmuster zwischen Vater und Männern und Mutter und Frauen anhand der untersuchten Stichprobe von 70 Psychotherapiepatientinnen verwiesen.

Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas erlaubt keine Erfassung unbewusster Inhalte von Übertragung und sie erfasst nicht die prozesshafte, aktuelle Übertragungsbeziehung in der therapeutischen Interaktion, sondern strukturelle Aspekte des Übertragungskonzeptes. Dabei wird eine interaktionelle Sicht von Übertragung vernachlässigt,

"die sich unauffällig in der psychoanalytischen Praxis längst verbreitet hat. Denn schon immer ging es um die Beziehung zwischen Hier und Jetzt und Damals und Dort, wiewohl erst in unserer Zeit voll realisiert wird, wie sehr das, was jetzt vor sich geht, von uns beeinflusst wird." ([168] S. 73).

Die ZBKT-Arbeitsgruppe um Deserno [55] hat mit der Einführung der sog. "Therapeut Typ-X Episoden", in denen Patient und Therapeut gemeinsam eine aktuelle Szene bzw. Deutung verhandeln, einen vielversprechenden Ansatz vorgeschlagen, der die Analyse von Übertragung in ihrem prozesshaften, interaktiven Charakter ermöglichen könnte.

Der anspruchsvolle Titel von Luborskys Monografie zur ZBKT-Methode "Understanding transference" [120, 124] verschleiern, dass Luborsky eine genaue Definition seines Verständnisses des Übertragungsbegriffes schuldig bleibt. Es wirkt etwas tendenziös, wenn Luborsky 23 Beobachtungen Freuds zu Übertragungsphänomenen formuliert und für 11 dieser 23 Beobachtungen bestätigende, für 7 vorläufig bestätigende Untersuchungen mit der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas angibt [119]. Beispielsweise führt Luborsky an, dass das Zentrale Beziehungskonflikt-Thema ein allgemeines Muster darstellt, das seinen Ursprung in frühen Beziehungserfahrungen mit den Eltern hat und gleichermaßen verschiedene

Objektbeziehungen und eben auch die therapeutische Beziehung prägt; das sich in Psychotherapien aber auch außerhalb zeigt; das sowohl in Träumen wie auch in Erzählungen ausgedrückt wird und das bereits bei Kindern deutlich ist und eine zeitliche Stabilität aufweist, durch Deutungen jedoch auch veränderbar ist.

Luborsky selbst formuliert die Beziehung zwischen Übertragung und ZBKT folgendermaßen:

" 'If it looks like a duck and it talks like a duck then it is a duck!' Is it proper, then, to say about CCRT that if it looks like transference and it talks like transference then it is transference? Almost, but not exactly. When the talk is about a patient's central relationship pattern, the similarities and the differences can be simply stated: it is more fitting to say that a clinician's transference formulation is the clinician's unguided estimate of the concept. A clinician's formulation in CCRT terms is a probably overlapping but guided version of the concept." ([119], S.265).

Luborsky et al. [121] führen in diesem Zusammenhang aus, dass ZBKT und Übertragung nicht auf dem gleichen konzeptuellen Niveau stehen. ZBKT sei ein:

"...central set of components of each persons relationship to others and to self. These appear to be generated by an underlying structure, but are not the same as the structure." (S.176).

Crits-Christoph & Demorest [46] äußern sich bezüglich des Verhältnisses von Übertragung und QUAIN- / ZBKT-Methode folgendermaßen:

"Conceivably, to fully describe a transference reaction to the therapist and others that accords with clinical experience, measurement of deeper structures may be necessary. It is worth noting, however, that even on the level of measurement obtained here, some degree of similarity of patterns across people and with the therapist was found. Recent research [43] has shown that the extent to which therapist accurately center their interpretations on the type of content assessed through the CCRT method significantly predicts the outcome of the psychotherapy. The usefulness of measuring relatively more unconscious remains an agenda for further research." (S.210/211).

4.5. Beziehungsmuster im Therapieverlauf - Das Ulmer Prozessmodell psychoanalytischer Therapie

Es gibt vielfältige Möglichkeiten, eine psychoanalytische Behandlung zu charakterisieren. Freud verglich den analytischen Prozess mit dem Schachspiel und stellte Analogien zwischen den Tätigkeiten des Archäologen, des Malers und des Bildhauers und denen des Analytikers her. Eine klare Prozesskonzeption, die über die Benennung von Anfangs-, Mittel- und Endphase hinausgeht, findet sich bei Freud jedoch nicht [78]. Die Zahl kohärenter Prozessmodelle des psychoanalytischen Prozesses ist nach wie vor gering [170].

Im Ulmer Prozessmodell [98, 170, 171] wird die psychoanalytische Therapie als eine fortgesetzte, zeitlich nicht limitierte Fokaltherapie mit wechselndem Fokus konzeptualisiert, wobei der Fokus interaktionell gestaltet wird. Die Abfolge der Fokusse wird als Ergebnis der unbewussten Austauschprozesse zwischen den Bedürfnissen des Patienten und den Möglichkeiten seines Analytikers betrachtet. Der Patient kann in einem bestimmten Zeitraum verschiedene Angebote machen, zu einer Fokusbildung kommt es aber erst durch die selektive Tätigkeit des Analytikers. Die gemeinsame Arbeit an einem Fokus von Patient und Analytiker

führt zu weiteren inhaltlichen Schwerpunkten, die sich erst als Resultat der bisherigen Arbeit bilden konnten. Die Bearbeitung des ersten Fokus eröffnet den Zugang zu einem zweiten Fokus, dessen Bearbeitung möglicherweise wieder zum ersten Fokus zurückführt, der dann in qualitativ veränderter Form wieder bearbeitet werden kann.

Die thematischen Angebote des Patienten können im Sinne der "nuclear conflicts" von French [68, 69] als infantile Konfliktkonstellationen, die als unbewusste, psychogenetisch erworbene Strukturen Symptomatologie und Charakter des Patienten bestimmen, verstanden werden. Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas könnte solche Kernkonflikte operationalisieren. Wir wollten prüfen, ob sich anhand von Beziehungsmustern Amalies Behandlung nach dem Ulmer Prozessmodell beschreiben lässt. Unsere Stichprobe umfasst 11 Blöcke (11 Therapiephasen) mit insgesamt 92 Stunden (s. 4.3.2.). In mehreren Therapiephasen (Phase 1, 2, 4, 5, 6, 7) zeigt sich wiederholt das folgende Beziehungsmuster, wenn jeweils die absoluten Häufigkeiten der Komponenten untersucht werden:

Wunsch (subjektbezogen):	Ich möchte souverän sein.
Wunsch (objektbezogen):	Die anderen sollen sich zuwenden.
Reaktion des Objekts:	Die anderen sind zurückweisend.
Reaktion des Subjekts:	Ich bin unzufrieden, ängstlich.

Dieses Thema bildet einen zentralen Fokus der Therapie, ein Grundthema, das in mehreren Therapiephasen bearbeitet wird. Die folgende Beziehungsepisode mit der Mutter aus der Anfangsphase der Therapie illustriert dieses Beziehungsmuster.

P:... ich brauch den Sonntag manchmal wirklich um einfach, na ja, und dann muss ich auch wieder was tun, also und dann ist eben, meine Eltern, die kommen dann sehr häufig, nicht, meine Mutter ruft an und dann sagt sie, dann, sagt sie einfach: 'Ich komm' und da hab ich, hab ich noch nie fertiggebracht zu sagen, 'Bitte nein. Ich will nicht.' oder 'Es geht nicht' oder ...

Zum anderen kann man untersuchen, welche Beziehungsmuster für eine bestimmte Therapiephase besonders typisch sind, d.h. in welchen Beziehungsmustern sich diese Therapiephase von anderen unterscheidet, d.h. es werden für eine bestimmte Therapiephase spezifische Muster ermittelt [18]. Es sollen beispielhaft nur zwei Therapiephasen gezeigt und die Kategorien dargestellt werden, die für diese beiden Therapiephasen besonders typisch sind. Die **Therapiephase 9** (Therapiestunden 445-449) ist durch Amalies ambivalente Erfahrungen in ihrer ersten Partnerschaft geprägt. Das typische Beziehungsmuster dieser Therapiephase lautet:

Wunsch (subjektbezogen):	Ich möchte andere lieben, mich wohlfühlen. (11/ 37)*
Wunsch (objektbezogen):	Andere sollen mich lieben. (13/ 25)
Reaktion des Objekts:	Die anderen ziehen sich zurück. (18/ 17)
Reaktion des Subjekts:	Ich ziehe mich zurück. (25/ 20)
* absolute/ relative Häufigkeiten in % bezogen auf die jeweilige Therapiephase	

Auffallend ist der große Anteil negativer Reaktionen von Amalie in dieser Therapiephase. Die folgende Episode mit dem Partner ist ein Beispiel für dieses Muster:

P:... und er sagte dann, 'Du hör mal, schließlich, also, unsre Beziehung rechtfertigt solches gar nicht, Du hast praktisch kein Recht, eh, hm, mich jetzt von andern Beziehungen abzuhalten. Das wär was anderes, wenn man Familie gründen will und Kinder haben, dann ist es schlimm, wenn man sich herumtreibt und andere Frauen hat', so etwa, und das hat mich ja furchtbar im Nachhinein geschockt. Und als er dann am Montag anrief, ich dacht, ich ruf' bis Donnerstag nicht mehr an, wenn er was will, soll er das tun, und als er dann Montag anrief, was ich mir schon gedacht hatte, Montag war absolut Tiefpunkt. Ich dachte, ich muss wirklich Schluss machen. Und da war ich am Telefon auch so völlig eisig und absolut knapp und er hat ja dann nochmal angerufen wegen den Tabletten. Da ging's dann. Und da hat er wohl den Eindruck bekommen, ich bin, von dem Schluss machen, hat er vielleicht was gespürt, ich weiss es nicht. Ich weiss es nicht. Ich hab' eigentlich nie gesagt, 'Ich mach Schluss.' Oder ich hab nie gesagt, 'Fass mich nicht mehr an'.

Die **Abschlussphase** (Therapiestunden 501-517) ist vor allem durch die Bearbeitung von Amalies Erfahrungen in der vergangenen und einer sich neu anbahnenden partnerschaftlichen Beziehung und die Beendigung der Therapie geprägt. Das typische Beziehungsmuster lautet:

Wunsch (subjektbezogen):	Ich möchte die anderen ärgern, angreifen. (5/ 8)*
Wunsch (objektbezogen):	Die anderen sollen sich mir zuwenden. (45/ 19)
Reaktion des Objekts:	Die anderen sind unzuverlässig. (37/ 16)
Reaktion des Subjekts:	Ich bin verärgert. (25/ 20)
	Ich bin souverän. (23/ 10)

* absolute/ relative Häufigkeiten in % bezogen auf die jeweilige Therapiephase

Auffallend ist der große Anteil positiver Reaktionen von Amalie in der Schlussphase. Als Beispiel die nachfolgende Episode mit dem Analytiker. (Unter dem Aspekt der therapeutischen Veränderung sei noch einmal an die vorhin zitierte Episode aus der Anfangsphase erinnert, in der Amalie beschreibt, dass es ihr nicht gelingt, der Mutter zu sagen, dass sie keinen Besuch möchte.)

A: ... ich meine, gibt es eine Vorstellung, eine, die bei Ihnen liegt, wie meine Form sozusagen, meine Vorstellung vom Schlussmachen ist?*

*P***: Ich hab's gut. Das ist ganz kühn. Ich hab gedacht, Sie würden sich mir anpassen.*

A: Hmhm.

P: Und zwar erst in den letzten Stunden hatte ich das Gefühl. Es war wirklich ein Gefühl, er wird schon tun was ich will. Während vorher, da war es so ein Zerren, fühlte ich mich an der Leine und ich hatte das Gefühl, er begreift nichts, er hat so 'ne ganz eigene Vorstellung von Schluss machen. Er sagt sie mir zwar nicht, ich weiß sie deswegen nicht. Und es war so 'n wirkliches Zerren. Und jetzt, so seit drei vier Stunden glaub ich, hab nicht mitgezählt, denk ich, wie ich vorher gesagt hab. Es läuft einfach so. Ich sitz in meinem Schildkrötenhaus, und es erntet sich so ab. So wie ich's Ihnen gesagt hab.

A: *Hmhm*

P: *Ich werd einfach aufstehen und gehen, und ich fand das so schön, dass ich dachte, da kann er gar nicht anders, als mitmachen. Dass seine Vorstellungen dann eben auch; und wenn er noch thematisch was findet, das ist sein Problem. Denn zu finden ist immer was...*

* Analytiker, ** Patientin

Für jede der untersuchten Therapiephasen ließen sich typische Beziehungsmuster ermitteln, die im Sinne der "nuclear conflicts" von French den Fokus kennzeichnen und mit der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas operationalisiert werden können. Die Methode ermöglicht somit eine inhaltliche Strukturierung des Materials und erlaubt die Abbildung des Therapieverlaufes. Die Zentralen Beziehungsmuster illustrieren den von Thomä und Kächele [170, 171] postulierten wechselnden Fokus im Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung. Die Ergebnisse liefern erste empirische Hinweise auf die klinische Validität des Ulmer Prozessmodells.

4.6. Veränderung von Beziehungsmustern durch Psychotherapie

Sullivan, der Gründer der Washington School of Psychiatry, postulierte im Rahmen seiner dynamischen Psychiatrie [166], dass das

"was den Menschen ausmacht, das Ergebnis der Interaktion von Diktaten seiner biologischen Natur und den Anforderungen seiner physiochemischen und interpersonalen Umwelt" (S.43)

ist. Sullivans interpersonaler Ansatz passt zur psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie (z.B. [63, 179]) und Selbstpsychologie [105], aber auch zu Schemakzepten [80], zur sozialen Lerntheorie [22] und zur humanistischen Theorie [141]. Menschliche Entwicklung vollzieht sich nach Sullivan auf der Basis von interpersonalen Prozessen, die durch Komplementarität und Reziprozität gekennzeichnet sind. Leary's Circumplex-Modell [111], in dem interpersonale Verhaltensweisen in einem zweidimensionalen semantischen Raum mit den Dimensionen Zuneigung und Kontrolle beschrieben werden können, stützt die Theorie. Interpersonale Konzepte können eine integrative Basis bilden, um interpersonale, kognitive und emotionale Prozesse zu erklären. Schneider-Düker [147] bewertet den interpersonalen Ansatz als ein geeignetes ätiologisches Modell für die Entstehung von psychischen Störungen, als eine Basis für die Entwicklung einer Nosologie [26, 89], als deskriptives Verfahren in der Psychotherapie und als Interventionstheorie. Das Spektrum interpersonaler Ansätze in der Psychotherapie ist mittlerweile sehr breit und reicht von kommunikationstheoretischen, familientheoretischen über psychoanalytische, transaktionsanalytische, klientenzentrierte bis zu interaktionell verhaltenstherapeutischen Ansätzen [147]. So sehr sich die verschiedenen therapeutischen Schulen unterscheiden, zumindest ein Ziel der Behandlung in allen therapeutischen Richtungen ist es, ungünstige Interaktionsmuster zu erkennen und zu verändern.

In einer explorativen Untersuchung prüften wir mit der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas die Fragestellung, ob sich Beziehungsschilderungen in Beziehungsepisoden-Interviews vor und nach psychodynamisch orientierter, stationärer integrativer Psychotherapie unterscheiden [7]. Im Beziehungsepisoden-Interview werden die Patienten aufgefordert, Beziehungsgeschichten zu schildern, die für sie in besonderer Weise bedeutsam waren.

Die 39 untersuchten PatientInnen berichteten in den Erstinterviews insgesamt 1204 Beziehungsepisoden mit insgesamt 6640 Komponenten und in den Zweitinterviews 1097 Beziehungsepisoden mit insgesamt 6117 Komponenten. Die mittleren relativen Häufigkeiten betragen für die Anzahl der Beziehungsepisoden 30.8 (S 10.6) für das Erstinterview und 28.1 (S 8.3) für das Zweitinterview (Wilcoxon-Test, $p = .197$) und für die Anzahl der Komponenten 170.3 (S 67.0) im Erstinterview und 156.9 (S 62.0) im Zweitinterview (Wilcoxon-Test, $p = .353$) und unterschieden sich damit nicht signifikant zu den beiden Messzeitpunkten.

Das zentrale Beziehungsmuster der PatientInnen (d.h. die jeweils am häufigsten geäußerten Kategorien) blieb stabil: Die PatientInnen wünschen sich Zuneigung, erleben die anderen als zurückweisend und fühlen sich enttäuscht und deprimiert. Werden nicht die jeweils absolut häufigsten Kategorien, sondern die Häufigkeitsverteilungen der Kategorien im Erst- und Zweitinterview verglichen, zeigt sich ein signifikanter Unterschied für die Komponente Reaktion des Subjekts sowohl auf der Ebene der Cluster (Hotelling-Test $p \leq .01$) wie auch der Standardkategorien (Hotelling-Test $p \leq .01$). Tabelle 6 zeigt die ZBKT-Variablen, die sich im Erst- und Zweitinterview unterscheiden.

Tabelle 7

Vergleich der Reaktionen des Subjekts am Beginn und Ende stationären Psychotherapie (mittlere relative Häufigkeiten, Standardabweichung, $n=39$, Wilcoxon-Test, zweiseitig, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$)

	Therapiebeginn		Therapieende	
	M	S	M	S
Reaktionen des Subjekts				
Cluster 5 Selbstkontrolle	8.7	5.1	13.2 **	6.9
Cluster 1 Hilfreich	8.8	5.2	11.5 *	6.0
Cluster 7 Enttäuscht/Deprimiert	24.2	9.8	20.3 *	7.8
Pervasiveness ¹	30.8	7.5	27.3 *	5.8
Positivitätsindex²				
Reaktionen des Objekts	34.3	16.3	35.9	13.3
Reaktionen des Subjekts	36.7	13.0	42.6 *	14.7

¹ Anzahl der Beziehungsepisoden, die das häufigste Cluster enthalten bezogen auf alle Beziehungsepisoden

² Anzahl der positiven Reaktionen bezogen auf die Summe der positiven und negativen Reaktionen

Die PatientInnen schildern am Therapieende vor allem ihre eigenen Reaktionen anders als am Therapieanfang. Sie berichten häufiger von Selbstkontrolle und Selbstsicherheit, fühlen sich weniger enttäuscht und deprimiert (s. Tabelle 7). Veränderung durch Psychotherapie zeigt sich darin, dass sich das erlebte Resultat von Interaktionen verändert, Wünsche und Reaktionen der Objekte aber gleich bleiben. D.h. es scheint, dass eine veränderte Realitätsbewältigung möglich ist. Interaktionen werden anders verarbeitet und führen zu positiveren Beziehungserfahrungen.

Konsistent zu diesem Ergebnis zeigt sich am Ende der Therapie ein größerer Anteil positiver Reaktionen des Subjekts als am Anfang. Zum Vergleich der Valenz der Reaktionskomponenten wurden Positivitätsindices gebildet, indem die Anzahl der positiven Reaktionen auf die Summe der positiven und negativen Reaktionen bezogen wurde (s. Tabelle 7). Auch wenn am Anfang wie am Ende der Therapie der Anteil der negativen Reaktionen sowohl des Objektes wie auch des Subjektes überwiegt, zeigt sich eine Zunahme des Anteils positiver Reaktionen insgesamt, der für die Reaktionen des Subjektes die Signifikanzgrenze überschreitet. Die "Pervasiveness" der Reaktionen des Subjekts (die Anzahl der Beziehungsepisoden, die das häufigste RS-Cluster enthalten bezogen auf alle Beziehungsepisoden) nimmt ab, d.h. die häufigste RS-Kategorie bestimmt am Ende der Therapie weniger Beziehungsepisoden als am Anfang, die Rigidität des zentralen Musters scheint sich gelockert zu haben.

Die therapeutische Veränderung manifestiert sich vor allem im wahrgenommenen und verbalisierten, positiv veränderten eigenen Erleben und einer erweiterten Handlungskompetenz.

Diese Resultate stehen im Einklang mit den Ergebnissen einer Arbeit von Crits-Christoph und Luborsky [49], die für die jeweils häufigsten negativen Reaktionen des Objektes wie des Subjektes eine Abnahme, für die positiven Reaktionen eine Zunahme der Pervasiveness feststellten. Strauß et al. [157] ermittelten am Ende einer stationären Therapie Veränderungen für die Häufigkeitsverteilungen der Wünsche und der Reaktionen des Objekts.

Des Weiteren zeigte sich in unserer Untersuchung, dass die Beziehungsepisoden am Ende der Therapie häufiger als am Anfang in Form konkreter Geschichten geschildert werden. Die Vermutung liegt nahe, dass im Verlauf einer Therapie generalisierte Beziehungsschemata zugunsten neuer, konkreter Beziehungserfahrungen in Frage gestellt werden konnten. Als Interaktionspartner werden am Ende deutlich häufiger als am Anfang "Freunde" genannt, d.h. Beziehungserfahrungen mit den primären Bezugspersonen sind weniger präsent, die PatientInnen sind stärker mit ihrer aktuellen Lebenssituation beschäftigt, was als Ausdruck gelungener Autonomiebestrebungen verstanden werden könnte. Ähnliche Befunde beschreiben Strauß et al. [157]: PsychotherapiepatientInnen (n=19) berichteten nach einer Langzeitgruppenpsychotherapie weniger Episoden aus der Vergangenheit und über Elternfiguren als zu Therapiebeginn.

5. Was wird mit der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas erfasst?

Auf der Basis der vorliegenden Ergebnisse lässt sich die Frage, was mittels der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas gemessen wird, wie folgt beantworten:

- Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas untersucht die narrativen Darstellungen der Wahrnehmungen von Objektbeziehungen, des Selbstbildes und interpersonaler Konflikte, also die Selbstdarstellung der vom Patienten verbalisierten Beziehungserfahrungen in Form von Wunsch-Handlungs-Relationen.
- Beziehungsmuster werden in Form einer vorgegebenen Struktur (Wunsch, Reaktion des Objekts, Reaktion des Subjekts) abgebildet.
- Mit der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas werden strukturelle Aspekte des klinischen Übertragungskonzeptes in Form verinnerlichter Beziehungsmuster als Wunsch-Handlungsrelationen erfasst. Dabei wird der Beitrag des Therapeuten zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung vernachlässigt.
- Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas erlaubt die Abbildung von Grobstrukturen, die der Strukturierung des Textes dienen können und Deskription und Hypothesengenerierung ermöglichen. Die Interpretation dieser Strukturen sollte unter Beachtung des Kontextes, in dem ein bestimmtes Muster steht, erfolgen.
- Was mit der Methode abgebildet wird, ist abhängig von der Abstraktions- und Auswertungsebene.
- Werden die Häufigkeitsverteilungen der Kategorien geprüft bzw. die von unserer Arbeitsgruppe entwickelten alternativen Auswertungsstrategien verwendet, die nicht nur absolute Häufigkeiten analysieren, finden sich objektspezifische Muster, die u.a. auch als interpersonelle Ressourcen verstanden werden können und es zeigen sich therapeutische Veränderungen zentraler Beziehungsmuster.
- Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas erlaubt die Quantifizierung psychopathologisch relevanter Aspekte der Beziehungsgestaltung, was sich in starken korrelativen Zusammenhängen mit empirisch bewährten Methoden zeigt.

5.1. Klinische Relevanz der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas

Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas ist klinisch relevant. Dies drückt sich zum einen in den zum Teil deutlichen korrelativen Zusammenhängen mit verschiedenen Maßen der Beeinträchtigungsschwere und dem Therapieerfolg aus, zum anderen in den Zusammenhängen mit bewährten klinischen Basiskonzepten wie dem Konzept des Fokus oder der Übertragung, sowie mit klinischer Traumtheorie und dem Ulmer Prozessmodell psychoanalytischer Behandlung.

Nach bisherigen Erfahrungen ziehen sich besonders viele Kliniker enttäuscht von der Methode zurück, nachdem sich die (unangemessene) Erwartung, mit der Methode klinisch geronnenes Wissen der Übertragung in Fakten abbilden zu können, nicht bestätigte. Die Stärke einer wissenschaftlichen Methode liegt jedoch in der Fähigkeit, über Vereinfachung Strukturen zu identifizieren, nicht in der Imitation komplexen, klinischen Denkens.

Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas ist ein klinischen Schlußbildungsprozessen nahestehendes Verfahren, mit der repetitive Beziehungsmuster

abbildbar sind. Es werden die narrativen Darstellungen der Wahrnehmungen von Objektbeziehungen (und Interaktionen mit der eigenen Person) untersucht, also die vom Patienten verbalisierten Beziehungserfahrungen in Form von Wunsch-Handlungs-Relationen abgebildet.

Faszinierend bleibt Luborskys Kunstgriff, Intrapsychisches auf interpersonaler Ebene abzubilden, um dann daraus auf die intrapsychische Ebene rückschließen zu können. Es wird auf das, was der Patient erzählt, zurückgegriffen, d.h. die Geschichten werden so betrachtet, wie sie der Patient nach seiner individuellen Verarbeitung liefert - ob sie tatsächlich so geschehen sind, ist uninteressant, es zählt nur, wie der Patient sie erlebt hat und schildert.

Solche Geschichten bieten die Möglichkeit, internalisierte Muster des Patienten zu erkennen und zu beurteilen. Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas erlaubt, mit Abstand und den Augen des Patienten auf die Beziehungen des Patienten zu schauen und verschiedene Objektbeziehungen zu vergleichen. Auf diese Weise werden Abstraktionen möglich und Schemata erkennbar.

Bei aller Kritik müssen der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas folgende Vorzüge bezüglich ihrer klinischen Anwendbarkeit bescheinigt werden:

- für eine klinische Anwendung ist die Methode leicht erlernbar;
- der Zeitaufwand für die Formulierung der psychodynamischen Zusammenhänge im klinischen Gebrauch ist gering, somit lässt sich die Methode prozessbegleitend nutzen;
- die psychodynamische Formulierung ist für die Behandlung nutzbar;
- die Methode bildet die Grundlage der Deutungsarbeit in Luborskys Form analytischer Psychotherapie, der "Supportiv-expressiven Therapie" [115, 116];
- die Methode ist änderungssensitiv;
- die Methode ist mit verschiedenen Datenerhebungsformen kombinierbar (Transkripte, Videos, live-Interviews, Stundenprotokolle usw.);
- die Anwendung der Methode ist nicht nur erfahrenen Klinikern vorbehalten, sondern gerade auch für AusbildungskandidatInnen brauchbar;
- die mit der Methode erhobenen Daten haben klinische Relevanz.

Insofern befindet sich die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas stärker auf der klinisch-therapeutischen Seite als verwandte Verfahren (z.B. Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens, SASB, [25] u.a.), die aufgrund ihrer Komplexität stärker im grundlagenwissenschaftlichen Kontext angesiedelt sind. Jedoch macht genau diese Eigenschaft der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas, einen Beitrag zur Überwindung der Kluft zwischen praktisch-klinischen Erfordernissen und den (methodischen) Ansprüchen der Grundlagenwissenschaft zu leisten, die Methode interessant.

5.2. Relevanz der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas für die Psychotherapieforschung

Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas erlaubt eine Diagnostik und Differenzierung psychopathologisch relevanter, interpersonaler Aspekte, die eine Ergänzung zu einer rein symptomatologischen Typologie darstellen und Relevanz für die Untersuchung therapeutischer Veränderung haben.

Die Beurteilerübereinstimmung erwies sich als ausreichend und konnte unter Anwendung der von unserer Arbeitsgruppe entwickelten reformulierten kategorialen Strukturen noch deutlich erhöht werden. Dieses neue Kategoriensystem erlaubt eine zeitökonomischere Auswertung und liefert inhaltlich differenziertere Ergebnisse. Da das neue Kategoriensystem nicht reduktionistisch und rein theoriegeleitet entwickelt wurde und auf einer sehr umfangreichen empirischen Basis beruht, könnte es auch in anderen Verfahren zur Operationalisierung von Beziehungsstrukturen verwendet werden und möglicherweise eine universelle Sprache zur Beschreibung von Interaktionsmustern liefern.

In den Diskussionen um die Angemessenheit von Methoden für die Psychotherapieforschung ("Korrelierer vs. Deuter"), um erkenntnistheoretische Grundpositionen (kritischer Rationalismus vs. klinisch-hermeneutische Position) oder um die Kritik am "naiven Empirismus ('Science is measurement')" ([163], S.145) wird die Kluft zwischen den Erfordernissen der Gütekriterien der empirischen Sozialforschung und denen des Gegenstandes der Psychotherapieforschung deutlich. Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas könnte eine Brücke zwischen qualitativen und quantitativen Positionen bilden. Vor- und Nachteile beider methodischer Zugangswege könnten in einer Kombination kritisch gegenübergestellt und der Einfluss der gewählten Methode auf die Ergebnisse geprüft werden.

Trotz vielfältiger Untersuchungen und Erkenntnisse stellt sich die empirische Datenlage zu der Frage, wie im psychotherapeutischen Prozess Veränderung hergestellt wird, nach wie vor als unbefriedigend dar. Grawe's Einschätzung [79] gilt nach wie vor:

"...so können wir uns kaum der Einsicht entziehen, dass unser Unvermögen, wirklich bessere Therapiemethoden zu entwickeln, etwas mit unserem mangelhaften Verständnis dessen zu tun hat, was in Psychotherapien eigentlich geschieht." (S.4).

Aus diesem Grund fordern verschiedene Autoren eine Intensivierung der Einzelfall- und Prozessforschung (z.B. [94]), nachdem die Ära der psychotherapeutischen Legitimationsforschung weitgehend abgeschlossen zu sein scheint [100]. Für die Psychotherapie-Prozessforschung scheint die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas aus verschiedenen Gründen eine vielversprechende Methode zu sein:

- Die Methode zielt auf die Erfassung von Beziehungsgeschehen, was wiederum als zentral für die Entstehung psychischer Erkrankungen anzusehen ist. Die Qualität der therapeutischen Beziehung stellt einen zentralen, empirisch gesicherten psychotherapeutischen Wirkfaktor dar [27].
- Die Methode basiert auf verschrifteten Texten. Aufnahmen der Redebeiträge beider Interaktionspartner sind wesentlich leichter herzustellen, als z.B. exakte Bildaufzeichnungen, wie sie die FACS-Methode [61] erfordert.
- Der Methode kommt unter ökonomischen Gesichtspunkten insofern eine besondere Stellung zu, als sie im Vergleich zu anderen Methoden der Prozessforschung (FACS

bzw. EMFACS oder Structural Analysis of Social Behavior, SASB) in der Datenerhebung und -auswertung relativ wenig aufwendig ist⁴.

Aktuelle Ansätze beschreiben den psychotherapeutischen Prozess in Analogie zu dynamischen Systemen (z.B. [36, 154]). Danach finden dauerhafte Veränderungen nur statt, wenn sich wichtige Teile des gesamten Systems verändern und es zu einer Neukonstruktion kommt. Wenn solche Veränderungen innerhalb der therapeutischen Beziehung stattfinden, müssten sie in Beziehungsepisoden beschreibbar sein - zunächst möglicherweise als seltene Ereignisse, die sich dann aber auch in anderen Beziehungen ausserhalb der Therapie wiederholen sollten. Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas bietet unter Anwendung der in unserer Arbeitsgruppe entwickelten alternativen Auswertungsstrategien die Möglichkeit, nicht nur sich wiederholende, sondern auch seltene, aber relevante Beziehungsmuster zu ermitteln bzw. die Veränderung deren Häufigkeiten zu analysieren.

Auf dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse mit der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas, aber auch einer kritischen Einordnung und Bewertung der Methode erscheint die polemische Kritik von Dreher [56] an der "empiristischen quantitativen Analyseforschung", die sie am Beispiel der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas vornimmt, kaum fruchtbar. Dreher kritisiert beispielsweise den wenig expliziten Übertragungsbegriff bei Luborsky, die Beschränkung auf nur 10 Beziehungsepisoden oder die statische Anwendung der Methode und ignoriert damit Weiterentwicklungen und kritische Anwendungen der Methode außerhalb der Arbeitsgruppe um Luborsky. Natürlich kann empirische Psychotherapieforschung nur Aspekte erfassen, was aber vor allem auch am Gegenstand der Untersuchung liegt. Dass Empiriker, wie Dreher feststellt, ein Defizit an empirischen Daten in der Psychoanalyse konstatieren, Defizite bezüglich der verwendeten Konzepte aber übersehen, hilft kaum weiter, wenn es darum geht, mit Hilfe systematischer Forschung subjektive und schulengebundene, metapsychologische Konzepte zu prüfen - aber vielleicht besteht bezüglich der dringenden Notwendigkeit dieser Aufgabe leider noch immer kein Konsens.

Der US-amerikanische Psychoanalytiker Merton Gill setzt sich in seinem Buch "Psychoanalyse im Übergang" mit den Anforderungen für die Zukunft der Psychoanalyse auseinander:

"Angesichts der vielen sozialen und ökonomischen Gründe für die Abnahme des Prestiges der Psychoanalyse und die geringere Nachfrage nach ihr bin ich überzeugt, dass hierfür ein wichtiger Faktor die fehlende systematische Forschung ist.

Ich möchte wiederholen: Vielleicht sind wir zufrieden damit, dass es in unserem Bereich Weiterentwicklungen gibt, aber die Psychoanalyse ist der einzige bedeutsame Zweig des Wissens vom Menschen und der Therapie, der sich weigert, auf die Forderung der westlichen Zivilisation nach einem systematischen Nachweis seiner Behauptungen einzugehen. Eine systematische Erforschung der Psychoanalyse müsste größere Hindernisse überwinden, aber nur ein bedauerlich kleiner Prozentsatz unserer Arbeit

⁴ Verglichen mit anderen Methoden (z.B. FRAMES-Methode) ist die Methode zeitintensiver (Transkription, umfangreiches Beurteiler-Training, detaillierte Inhaltsanalyse des Textes (8-10 Stunden für ein Interview, je nach Anzahl der Beziehungsepisoden), Reliabilitätsuntersuchungen). Unter Anwendung der beschriebenen reformulierten kategorialen Strukturen der Methode ist die Auswertung erheblich zeitökonomischer.

wird der Entwicklung von Methoden gewidmet, die eine wohldurchdachte Auswahl unter unseren konkurrierenden Positionen erlauben." [77], S.231).

Wenn Psychoanalyse eine Zukunft haben will, muss sie empirischer Forschung einen hohen Stellenwert einräumen. Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas belegt, dass dabei die Entwicklung von Methoden, die in verschiedenen Arbeitsgruppen an verschiedenen Orten und Ländern erprobt und weiterentwickelt werden, einen bedeutsamen Beitrag leisten kann.

Literatur

- [1] Ablon S, Jones E. (1999) Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **67**(1): 64-75.
- [2] Albani C, Pokorny D, Dahlbender R W, Kächele H. (1994) Vom Zentralen-Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern (ZBM). Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des "Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas". *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, **44**(3-4): 89-98.
- [3] Albani C, Benninghofen D, Blaser G, Cierpka M, Dahlbender R W, Geyer M, Kächele H, Körner A, Pokorny D (1997) Bericht an die DFG über das Projekt: „Das Repertoire der Übertragungsbereitschaften von psychoneurotisch-psychosomatisch gestörten jüngeren Frauen". Universitäten Leipzig, Ulm und Göttingen.
- [4] Albani C, Geyer M, Pokorny D, Kächele H (1997) Kritik und Reformulierung der kategorialen Strukturen der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt Themas (ZBKT). Universitäten Leipzig und Ulm.
- [5] Albani C, Blaser G, Benninghoven D, Cierpka M, Dahlbender R, Geyer M, Körner A, Pokorny D, Staats H, Kächele H. (1999) On the connection between affective evaluation of recollected relationship experiences and the severity of the psychic impairment. *Psychotherapy Research*, **9**(4): 452-467.
- [6] Albani C, Blaser G, Jacobs U, Jones E, Geyer M, Kächele H. (2000) Die Methode des "Psychotherapie-Prozeß Q-Sort". *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, **48**(2): 151-171.
- [7] Albani C, Brauer V, Blaser G, Pokorny D, Körner A, Villmann B, Geyer M, Kächele H. (2000) Sind Beziehungsmuster in stationärer, integrativer Psychotherapie veränderbar? *Gruppentherapie und Gruppendynamik*, **36**: 156-173.
- [8] Albani C, Volkart R, Humbel J, Blaser G, Geyer M, Kächele H. (2000) Die Methode der Plan-Formulierung: Eine deutschsprachige Reliabilitätsstudie zur „Control Mastery Theory" von Joseph Weiss. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, **50**(12): 470-471, T1-T9.
- [9] Albani C, Blaser G, Pokorny D, Körner A, König S, Marschke F, Brenk K, Buchheim A, Geyer M, Kächele H, Strauß B. (2001) Zentrale Beziehungsmuster und Bindungsprototypen bei Psychotherapiepatientinnen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, (4): 347-362.
- [10] Albani C, Kühnast B, Pokorny D, Blaser G, Kächele H. (2001) Beziehungsmuster in Träumen und Geschichten über Beziehungen in einem psychoanalytischen Prozeß. *Forum der Psychoanalyse*, **17**: 287-296.

- [11] Albani C, Villmann T, Körner A, Reulecke M, Blaser G, Pokorny D, Geyer M, Kächele H. (2001) Zentrale Beziehungsmuster im Vergleich verschiedener Objekte. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, **51**(7): 298-300, T46-T54.
- [12] Albani C, Blaser G, Hölzer M, Pokorny D. (2002) Emotionen und Beziehung - zum Beziehungsaspekt emotionaler Äußerungen. Eine Validierungsstudie der Methode zur Klassifikation verbalisierter Emotionen nach DAHL et al. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, **1**: 29-46.
- [13] Albani C, Blaser G, Körner A, Geyer M, Strauß B. (2002) Bindungsprototypen und zentrale Beziehungsmuster. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, **52**(12): 521-525.
- [14] Albani C, Blaser G, Körner A, König S, Marschke F, Geißler I, Geyer M, Pokorny D, Staats H, Benninghofen D, Dahlbender R, Cierpka M, Kächele H. (2002) Zum Zusammenhang zwischen der Valenz von Beziehungserfahrungen und der Schwere der psychischen Beeinträchtigung. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, **52**: 282-285.
- [15] Albani C, Pokorny D, Blaser G, Grüninger S, König S, Marschke F, Geißler I, Körner A, Geyer M, Kächele H. (2002) Re-formulation of CCRT categories: The CCRT-LU Category System. *Psychotherapy Research*, **12**: 319-338.
- [16] Albani C, Pokorny D, Blaser G, König S, Geyer M, Thomä H, Kächele H. (2002) Zur empirischen Erfassung von Übertragung und Beziehungsmustern - eine Einzelfallanalyse. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, **52**: 226-235.
- [17] Albani C, Reulecke M, Körner A, Villmann T, Blaser G, Geyer M, Pokorny D, Kächele H. (2002) Erinnertes elterliches Erziehungsverhalten und Zentrale Beziehungsmuster bei Psychotherapiepatientinnen. *Psychotherapie Forum*, **9**(4): 162-171.
- [18] Albani C, Pokorny D, Blaser G, König S, Thomä H, Kächele H. (eingereicht) Study of a Psychoanalytic Process using the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) Method according to the Ulm Process Model. *Journal of the American Psychoanalytic Association*.
- [19] American Psychiatric Association, dt. Bearb. u. Einf. Wittchen H U, Saß H, Zaudig M, Koehler K. (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV). Beltz Weinheim.
- [20] Apfelbaum B. (1958) Dimensions of transference in psychotherapy. University of California Press Berkley.
- [21] Balint M, Ornstein P H, Balint E. (1973) Fokaltherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse. Suhrkamp Frankfurt am Main.
- [22] Bandura A. (1977) Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **84**: 191-215.
- [23] Barber J P, Crits-Christoph P, Luborsky L. (1998) A guide to the CCRT standard categories and their classification. in Luborsky L, Crits-Christoph P. (Eds.): Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method. American Psychological Association Washington, 43-54.
- [24] Bellak L, Smith M B. (1956) An experimental exploration of the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly*, **25**: 385-414.
- [25] Benjamin L S. (1974) Structural analysis of social behavior (SASB). *Psychological Review*, **81**: 392-425.
- [26] Benjamin L S. (1986) Adding social and intrapsychic descriptors to axis I of DSM-III. in Millon T, Klerman G L. (Eds.): Contemporary directions in psychopathology. Guilford New York, 599-638.
- [27] Bergin A E, Garfield S. (1994) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley & Sons New York.

- [28] Blumstengel K. (2000) Beziehungsverhalten von Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa und Bulimia nervosa- Eine methodenkritische Studie mit der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas (ZBKT). Medizinische Dissertation, Universität Leipzig.
- [29] Bond J A, Shevrin H (1986) The Clinical Evaluation Team Method. Unveröffentlichtes Manuskript, University of Michigan, Ann Arbor.
- [30] Boothe B. (1991) Analyse sprachlicher Inszenierungen - Ein Problem der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, **41**: 22-30.
- [31] Bowlby J. (1969) Attachment and Loss, Attachment. Vol. 1. Basic Books New York.
- [32] Bowlby J. (1973) Attachment and Loss, Separation anxiety and anger. Vol. 2. Basic Books New York.
- [33] Bowlby J. (1980) Attachment and Loss, Loss, sadness and depression. Vol. 3. Basic Books New York.
- [34] Brauer V. (eingereicht) Veränderung von Beziehungsmustern durch Psychotherapie. Medizinische Dissertation, Universität Leipzig.
- [35] Bruner J. (1987) Actual minds, possible worlds. Harvard University Press Cambridge, MA London.
- [36] Caspar F M. (1998) A connectionist view of psychotherapy. in Stein D, Ludik J. (Eds.): Neural Networks and Psychopathology. Cambridge University Press Cambridge, 88-131.
- [37] Caston J. (1977) Manual on how to diagnose the Plan. in Weiss J, Sampson H, Caston J, Silberschatz G. (Eds.): Research on the psychoanalytic process - A comparison of two theories about analytic neutrality. The Psychotherapy Research Group, Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center San Francisco, 15-21.
- [38] Chance L. (1952) The study of transference in group therapy. *International Journal of Group Therapy*, **2**: 40-53.
- [39] Connolly M B, Crits-Christoph P, Demorest A, Azarian K, Muenz L, Chittams J. (1996) Varieties of transference patterns in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **64**(6): 1213-1221.
- [40] Crisp A. (1964) An attempt to measure an aspect of transference. *British Journal of Medical Psychology*, **37**: 17-30.
- [41] Crisp A. (1964) Development and application of a measure of transference. *Journal of Psychosomatic Research*, **8**: 327-335.
- [42] Crisp A. (1966) Transference symptom emergence and social repercussion in behavior therapy: A study of 54 treated patients. *British Journal of Medical Psychology*, **39**: 179-186.
- [43] Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L. (1988) The accuracy of therapist's interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **56**(4): 490-495.
- [44] Crits-Christoph P, Demorest A, Connolly M B. (1990) Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy. *Psychotherapy*, **27**(4): 513-521.
- [45] Crits-Christoph P, Luborsky L (1990) Changes in CCRT Pervasiveness during Psychotherapy. in Luborsky L, Crits-Christoph P. (Eds.): Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method, Basic Books New York, 133-146.
- [46] Crits-Christoph P, Demorest A. (1991) Quantitative assessment of relationship theme components. in Horowitz M J. (Ed.): Person schemas and maladaptive interpersonal patterns. University of Chicago Press Chicago, 197-212.

- [47] Crits-Christoph P, Barber J, Kurcias J S. (1993) The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, **3**(1): 25-35.
- [48] Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L. (1998) The measurement of accuracy of interpretations. in Luborsky L, Crits-Christoph P. (Eds.): *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. American Psychological Association Washington, 197-212.
- [49] Crits-Christoph P, Luborsky L. (1998) Changes in CCRT pervasiveness during psychotherapy. in Luborsky L, Crits-Christoph P. (Eds.): *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. American Psychological Association Washington, 151-164.
- [50] Dahl H, Teller V. (1994) The characteristics, identification, and applications of FRAMES. *Psychotherapy Research*, **4**: 253-276.
- [51] Davanloo H. (1980) *Short-term dynamic psychotherapy*. Jason Aronson New York.
- [52] Demorest A, Alexander I E. (1992) Affect scripts as organizers of personal experience. *Journal of Personality*, **60**: 645-663.
- [53] Dengler D. (1990) *Anwendung des Zentralen Beziehungskonfliktthemas auf Narrative von Dreijährigen und Suche nach Zusammenhängen mit der Fähigkeit zur Problemlösung*. Medizinische Dissertation, Universität Ulm.
- [54] Derogatis L R. (1986) SCL-90-R. Self-Report Symptom Inventory. in CIPS Collegium Internationale Scalarum, Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz Weinheim.
- [55] Deserno H, Hau S, Brech E, Graf-Deserno S, Grünberg K. (1998) "Wiederholen" der Übertragung? Das Zentrale Beziehungskonfliktthema (ZBKT) der 290.Stunde - Fragen, Probleme, Ergebnisse. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, **48**: 287-297.
- [56] Dreher A U. (1998) *Empirie ohne Konzept? Einführung in die psychoanalytische Konzeptforschung*. Klett-Cotta Stuttgart.
- [57] Dührssen A. (1981) *Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt*. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen.
- [58] Eckert R, Luborsky L, Barber J, Crits-Christoph P. (1990) The narratives and CCRTs of patients with Major Depression. in Luborsky L, Crits-Christoph P. (Eds.): *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. Basic Books New York, 222-234.
- [59] Edwards A, Cronbach L. (1952) Experimental design for research in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, **8**: 51-59.
- [60] Ekman P, Friesen W V. (1978) *The facial action coding system*. Consulting Psychologists Press Palo Alto.
- [61] Ekman P. (1993) Facial expression and emotion. *American Psychologist*, **48**: S. 384-392.
- [62] Ermann M. (1999) Ressourcen in der psychoanalytischen Beziehung. *Forum der Psychoanalyse*, **15**: 253-266.
- [63] Fairbairn W R D. (1944) Endopsychic structures considered in terms of object-relationships. in Fairbairn W R D. (Ed.), *Psychoanalytic Studies of Personality*. Tavistock, Routledge and Kegan Paul London, 59-81.
- [64] Fiedler F, Senior K. (1952) An exploratory study of unconscious feeling reactions in fifteen patient-therapist pairs. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, **47**: 446-453.
- [65] Flader D, Giesecke M. (1980) Erzählen im psychoanalytischen Erstinterview. in Ehlich K. (Ed.), *Erzählen im Alltag*. Suhrkamp Frankfurt, 209-262.

- [66] Fonagy P, Moran G. (1993) Single case research. in Miller N, Luborsky L. (Eds.): Handbook of psychodynamic treatment research. Basic Books New York.
- [67] Franke G. (1995) Die Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) von Derogatis - Deutsche Version - Manual. Beltz Test GmbH Göttingen.
- [68] French T M. (1952) The integration of behaviour. Vol I: Basic postulates. University of Chicago Press Chicago.
- [69] French T M. (1970) Psychoanalytic interpretations. The selected papers of Thomas M. French, M.D. Quadrangle Chicago.
- [70] Freud S. (1910) Über Psychoanalyse. Fünf Vorlesungen, gehalten an der Clark University, Worcester, Mass. (USA). Gesammelte Werke, Bd. VIII, Fischer Taschenbuch Verlag Frankfurt am Main, 1-60.
- [71] Freud S. (1912) Zur Dynamik der Übertragung. Gesammelte Werke, Bd. VIII, Fischer Taschenbuch Verlag Frankfurt am Main, 363-374.
- [72] Freud S. (1915) Das Unbewußte. Gesammelte Werke, Bd. X, Fischer Taschenbuch Verlag Frankfurt am Main, 263-303.
- [73] Fried D, Crits-Christoph P, Luborsky L. (1990) The parallel of the CCRT for the therapist with the CCRT for other people. in Luborsky L, Crits-Christoph P. (Eds.): Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method. Basic Books New York, 147-157.
- [74] Fried D, Crits-Christoph P, Luborsky L. (1992) The first empirical demonstration of transference in psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **180**(5): 326-331.
- [75] Geyer M, Kächele H, Cierpka M. (1992) Das Repertoire der Übertragungsbereitschaften von psychoneurotisch-psychosomatisch gestörten jüngeren Frauen. Erstantrag auf Gewährung einer Sachbeihilfe an die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG). Universitäten Leipzig, Ulm und Göttingen.
- [76] Gill M, Hoffman I Z. (1982) A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **30**: 137-167.
- [77] Gill M M. (1997) Psychoanalyse im Übergang. Verlag Internationale Psychoanalyse Stuttgart.
- [78] Glover E. (1955) The technique of psychoanalysis. Baillière Tindall & Cox London.
- [79] Grawe K. (1988) Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, **17**(1): 1-7.
- [80] Grawe K. (1992) Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, **43**: 132-162.
- [81] Grawe K, Grawe-Gerber M. (1999) Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, **44**: 63-73.
- [82] Grenyer B F S. (1995) *The meaning of the positive-negative dimension in the CCRT: Links with health-sickness and the mastery of interpersonal conflicts*. 10th German CCRT-Workshop, Department of Psychotherapy, University of Ulm.
- [83] Grenyer B F S, Luborsky L. (1998) Positive Versus Negative CCRT Patterns. in Luborsky L, Crits-Christoph P. (Eds.): Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method. American Psychological Association Washington, 55-64.
- [84] Grünzig H J, Kächele H, Thomä H. (1978) Zur klinisch formalisierten Beurteilung von Angst, Übertragung und Arbeitsbeziehung. *Medizinische Psychologie*, **4**: 138-152.
- [85] Herold G. (1991) *Das Beziehungserleben in Psychoanalysen (BIP)*. Vortrag bei der Ulmer Werkstatt für empirische Forschung in der Psychoanalyse, Universität Ulm.

- [86] Herold G. (1995) Übertragung und Widerstand. Ulmer Textbank Ulm.
- [87] Hölzer M, Dahl H. (1996) How to find FRAMES. *Psychotherapy Research*, **6**(3): 177-197.
- [88] Horowitz L, Strauß B, Kordy H. (1994) Das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - IIP-D. Beltz Weinheim.
- [89] Horowitz L M, Vitkus J. (1986) The interpersonal basis of psychiatric problems. *Clinical Psychology Review*, **6**: 443-469.
- [90] Horowitz L M, Rosenberg S E, Ureno G, Kalehzan B M, O'Halloran P. (1989) Psychodynamic formulation, Consensual Response Method and interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **57**(5): 599-606.
- [91] Horowitz M J. (1979) States of mind: Analysis of change in psychotherapy. Plenum Press New York, London.
- [92] Jones E, Price P. (1998) Interaction structure and change in psychoanalytic therapy. in Bornstein R, Masling J. (Eds.): Empirical studies of the therapeutic hour. American Psychoanalytic Association Washington, 27-62.
- [93] Jones E E. (1985) Manual for the psychotherapy process Q-set. Unpublished Manuscript, University of California: Berkeley.
- [94] Jones E E. (1993) Introduction to special section: Single-case research in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **61**(3): 371-372.
- [95] Jones E E, Pulos S M. (1993) Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **61**(2): 306-316.
- [96] Jones E E. (2000) Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy. Jason Aronson Northvale, New Jersey.
- [97] Kächele H, Schors R. (1981) Ansätze und Ergebnisse psychoanalytischer Therapieforschung. in Baumann U, Berbalk H, Seidenstücker G. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis, Bd. 4. Huber Bern, Stuttgart, Wien, 209-257.
- [98] Kächele H. (1988) Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, **69**: 65-73.
- [99] Kächele H, Heldmaier H, Scheytt N. (1990) Fokusformulierungen als katamnestische Leitlinien. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, **35**: 205-216.
- [100] Kächele H, Kordy H. (1992) Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Der Nervenarzt*, **63**: 517-526.
- [101] Kächele H, Schinkel A, Schmieder B, Leutzinger-Bohleber M, Thomä H. (1999) Amalie X - Verlauf einer psychoanalytischen Therapie. *Colloquium Psychoanalyse*, **4**: 67-83.
- [102] Kächele H, Albani C. (2000) Die Arbeit mit der Übertragung: Klinik und Empirie. in Studentenwerk D. (Ed.), Forum für Psychotherapeutische Beratung und Therapie für Studierende. Deutsches Studentenwerk Tübingen, 1-19.
- [103] Kiesler D J, Anchin J C, Perkins M J, Chirico B M, Kyle E M, Federman E J. (1985) The impact message inventory: Form II. Consulting Psychology Press Palo Alto, CA.
- [104] Klüwer R. (1971) Erfahrungen mit der psychoanalytischen Fokalthherapie. *Psyche*, **25**: 932-947.
- [105] Kohut H. (1971) The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. International Universities Press New York.
- [106] Körner A, Albani C, Villmann T, Pokorny D, Geyer M. (2002) Alternative Cluster-Strukturen für die ZBKT-Methode. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, **52**(8): T47-T59.

- [107] Kurth R. (1998) Die Selbsteinschätzung von Beziehungsmustern mit Hilfe des Zwischenmenschlichen Beziehungs-Muster-Fragebogens (ZMBM) - eine Validierungs- und Reliabilitätsstudie. Psychologische Dissertation, Universität Ulm.
- [108] Kutz U. (1998) Die Reliabilität der Methode des "Zentralen Beziehungskonflikt-Themas" in einer Studie der Leipziger Arbeitsgruppe. Medizinische Dissertation, Universität Leipzig.
- [109] Lachauer R. (1993) Der Fokus in der Psychotherapie. Pfeiffer München.
- [110] Langkau K. (1995) Der Zentrale Beziehungskonflikt bei Patienten mit phobischen Syndromen unterschiedlichen Schweregrades. Medizinische Dissertation, Universität Leipzig.
- [111] Leary T C. (1957) Interpersonal diagnosis of personality. Ronald Press New York.
- [112] Leuzinger-Bohleber M. (1985) Psychoanalytische Fokalthherapie. Eine klassische psychoanalytische Kurztherapie in Institutionen. in Leuzinger-Bohleber M. (Hrg.), Psychoanalytische Kurztherapien. Westdeutscher Verlag Opladen, 54-93.
- [113] Lowinger P L, Huston P E. (1955) Transference and the physical presence of the physician. *The Journal of nervous and mental Disease*, **121**: 250-256.
- [114] Luborsky L. (1977) Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. in Freedman N, Grand S. (Eds.): Communicative structures and psychic structures. Plenum Press New York, 367-395.
- [115] Luborsky L. (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. Basic Books New York.
- [116] Luborsky L. (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer Berlin Heidelberg New York Tokyo.
- [117] Luborsky L, Kächele H. (1988) Der zentrale Beziehungskonflikt - ein Arbeitsbuch. PSZ-Verlag Ulm.
- [118] Luborsky L. (1990) The Relationship Anecdotes Paradigm (RAP) interview as a versatile source of narratives. in Luborsky L, Crits-Christoph P. (Eds.): Understanding transference: the CCRT method. Basic Books New York, 102-116.
- [119] Luborsky L. (1990) The convergence of Freud's observations about transference of the CCRT evidence. in Luborsky L, Crits-Christoph P. (Eds.): Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method. Basic Books New York, 251-266.
- [120] Luborsky L, Crits-Christoph P. (1990) Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method. Basic Books New York.
- [121] Luborsky L, Crits-Christoph P, Friedman S, Mark D, Schaffler P. (1991) Freud's transference template compared with the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT). in Horowitz M. (Ed.), Person Schemas and Maladaptive Interpersonal patterns. University of Chicago Press Chicago, 167-195.
- [122] Luborsky L, Albani C, Eckert R. (1992) Manual zur ZBKT-Methode (deutsche Übersetzung mit Ergänzungen). *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, **5**(DiskJournal).
- [123] Luborsky L. (1998) The convergence of Freud's observations about transference with the CCRT evidence. in Luborsky L, Crits-Christoph P. (Eds.): Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method. American Psychological Association Washington, 307-326.
- [124] Luborsky L, Crits-Christoph P. (1998) Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method. American Psychological Association Washington.
- [125] Luborsky L, Luborsky E, Diguer L, Schmidt K, Dengler D, Faude J, Morris M, Schaffler P, Buchsbaum H, Emde R. (1998) Stability of the CCRT from age 3 to 5. in Luborsky L,

- Crits-Christoph P. (Eds.): Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method. American Psychological Association Washington, 289-304.
- [126] Luborsky L, Diguer L, Kächele H, Dahlbender R, Waldinger R, Freni S, Krause R, Frevert G, Bucci W, Drouin M-S, Fischmann T, Seganti A, Wischmann T, Hori S, Azzone P, Pokorny D, Staats H, Grenyer B, Soldz S, Anstadt T, Schauenburg H, Stigler M. (1999) A guide to the CCRT's methods, discoveries and future. <http://www.sip.medizin.uni-ulm.de/Links/CCRT/ccrtframe.html>.
- [127] Malan D H. (1965) Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung. Huber Klett Bern Stuttgart.
- [128] Mann J. (1973) Time-limited psychotherapy. Harvard University Press Cambridge.
- [129] Maxim P. (1986) The Seattle Psychotherapy Language Analysis Schema. University of Washington Press Seattle.
- [130] Mayman M, Faris N. (1960) Early memories as expressions of relationship paradigms. *American Journal of Orthopsychiatry*, **30**: 507-520.
- [131] Meltzoff J, Kornreich M. (1970) Research in psychotherapy. Atherton Chicago.
- [132] OPD-Arbeitsgruppe. (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Verlag Hans Huber Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- [133] Osgood C E, Suci G J, Tannenbaum P H. (1957) The measurement of meaning. University of Illinois Press Urbana.
- [134] Perry C. (1991) Assessing psychodynamic patterns using the ideographic conflict formulation (ICF) method. in Miller N, Luborsky L, Docherty J. (Eds.): Doing research on psychodynamic therapy. Basic Books New York.
- [135] Pokorny D. (1995) EXACT-Programme - Software und Manual. Universität Ulm: Abteilung Psychotherapie.
- [136] Pokorny D, Blaser G, Kleiß M, Kleiß M, Kächele H, Dahlbender R W. (1996) *Reliability of video vs. transcript CCRT-ratings*. Paper presented at the 5th European Conference on Psychotherapy Research, Cernobbio (Lago di Como), Italy, 4.-8.9.1996.
- [137] Pokorny D, Stigler M. (1996) *Reliability study of CCRT in day-dreams and RAPs*. 5th European Conference on Psychotherapy Research, Cernobbio (Lago di Como), Italy, 4.-8.9. 1996.
- [138] Pokorny D, Sochorová A, Torres L, Zollner M, Dahlbender R. (submitted) Exploratory Analysis of Psychotherapy Research Data. Search for Relationship Patterns. *Journal of Medical Systems*.
- [139] Pokorny D, Albani C, Blaser G, Geyer M, Kächele H. (in Vorbereitung) Logische Struktur des reformulierten Kategoriensystems der "Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas" (ZBKT). Theorie und eine Einzelfalluntersuchung.
- [140] Rawn M L. (1958) An experimental study of transference and resistance phenomena in psychoanalytically-oriented psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, **14**: 418.
- [141] Rogers C R. (1951) Client-centered psychotherapy. Houghton Mifflin Boston.
- [142] Sachs L. (1992) Angewandte Statistik. Springer Berlin.
- [143] Safran J, Segal Z. (1990) Interpersonal Process in Cognitive Therapy. Basic Books New York.
- [144] Schacht T E, Binder J, Strupp H H. (1984) The dynamic focus. in Strupp H H, Binder J. (Eds.): Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books New York, 65-109.

- [145] Schacht T E, Henry W P. (1994) Modelling recurrent relationship patterns of interpersonal relationship with Structural Analysis of Social Behavior: the SASB-CMP. *Psychotherapy Research*, **4**(3&4): 208-221.
- [146] Schepank H. (1995) Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Beltz Test GmbH Göttingen.
- [147] Schneider-Düker M. (1992) Das interpersonale Modell - eine psychotherapeutische Grundorientierung? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, **28**: 93-113.
- [148] Sechrest L. (1962) Stimulus equivalents of the psychotherapist. *Journal of individual Psychology*, **11**: 49-59.
- [149] Seitz P. (1966) The consensus problem in psychoanalysis. in Gottschalk L A, Auerbach A H. (Eds.): *Methods of research in psychotherapy*. Appleton Century Crofts New York, 209-225.
- [150] Sifneos P. (1979) *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique*. Plenum Press New York.
- [151] Singer J L. (1984) Transference and the human condition: a cognitive-affective perspective. *Psychoanalytic Psychology*, **2**: 189-219.
- [152] Slap J, Slaykin A. (1983) The schema: basic concept in a nonmetapsychological model of mind. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, **6**: 305-325.
- [153] Staats H, Strack M, Seinfeld B. (1997) Veränderungen des zentralen Beziehungskonfliktthemas bei Probanden, die nicht in Psychotherapie sind. *Zeitschrift Psychosomatische Medizin*, **43**: 166-178.
- [154] Stern D N, Bruschiweiler-Stern N, Harrison A M, Lyons-Ruth K, Morgan A C, Nahum J P, Sander L, Tronick E Z. (2001) Die Rolle des impliziten Wissens bei der therapeutischen Veränderung. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, **51**: 147-152.
- [155] Stief B. (1991) ZBKT bei schwer gestörten Patienten - Untersuchung der Therapie einer Borderline-Patientin mit der ZBKT-Methode. Psychologische Diplomarbeit, Universität Tübingen.
- [156] Stigler M, Pokorny D. (1995) *CCRT in Daydream Psychotherapy*. Annual International Meeting of the SPR, June 22 - 25, Vancouver.
- [157] Strauß B, Daudert E, Gladewitz J, Kaak A, Kieselbach S, Lammert K, Struck D. (1995) Anwendung der Methode des Zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT) in einer Untersuchung zum Prozeß und Ergebnis stationärer Langzeitgruppenpsychotherapie. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, **45**: 342-350.
- [158] Strauß B, Schmidt S. (1997) Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2: Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychotherapeut*, **42**: 1-16.
- [159] Strauß B, Buchheim A, Kächele H. (2002) *Klinische Bindungsforschung. Theorien - Methoden - Ergebnisse*. Schattauer Stuttgart, New York.
- [160] Strupp H, Schacht T, Henry W. (1988) Problem-treatment-outcome congruence: A principle whose time has come. in Dahl H, Kächele H, Thomä H. (Eds.): *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Springer Berlin Heidelberg New York Tokyo, 1-14.
- [161] Strupp H H, Chassan J B, Ewing J A. (1966) Toward the longitudinal study of the psychotherapeutic process. in Gottschalk L A, Auerbach A H. (Eds.): *Methods of research in psychotherapy*. Appleton-Century-Crofts New York, 361-400.
- [162] Strupp H H, Binder J. (1984) *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Basic Books New York.

- [163] Stuhr U. (2001) Methodische Überlegungen zur Kombination qualitativer und quantitativer Methoden in der psychoanalytischen Katamneseforschung und Hinweise zu ihrer Integration. in Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M E. (Hrsg.): Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kohlhammer Stuttgart, 133-148.
- [164] Subotnik L. (1966) Transference in client-centered play therapy. *Psychology*, **3**: 2-17.
- [165] Subotnik L. (1966) Transference in child therapy: a third replication. *Psychological Review*, **16**: 265-277.
- [166] Sullivan H S. (1953) The interpersonal theory of psychiatry. Norton New York.
- [167] Teller V, Dahl H. (1981) *The framework for a model of psychoanalytic interference*. Seventh International Joint Conference on Artificial Intelligence.
- [168] Thomä H, Kächele H. (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1: Grundlagen. Springer Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo.
- [169] Thomä H, Kächele H. (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 2: Praxis. Springer Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo.
- [170] Thomä H, Kächele H. (1996) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1: Grundlagen. Springer Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo.
- [171] Thomä H, Kächele H. (1997) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 2: Praxis. Springer Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo.
- [172] Thorne A, Klohnen E. (1993) Interpersonal memories as maps for personality consistency. in Funder D, Parke R, Tomlinson-Keasey C, Widaman K. (Eds.): Studying lives through time: Approaches to personality and development. American Psychological Association Washington, 223-253.
- [173] Thorne A. (1995) Developmental truth in memories of childhood and adolescence. *Journal of Personality*, **63**: 139-163.
- [174] Tischer B. (1993) Die vokale Kommunikation von Gefühlen. PVU Weinheim.
- [175] Torres L. (in Vorb.) Beziehungsmuster junger gesunder Männer. Psychologische Dissertation, Universität Ulm.
- [176] Tress W. (1993) Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB). Asanger Heidelberg.
- [177] Ulmer Textbank. (1989) Der Student - Verbatimprotokolle einer Kurztherapie. Universität Ulm Ulm.
- [178] Weiss J, Sampson H, The Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986) The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research. Guilford Press New York.
- [179] Winnicott D W. (1965) The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development. International Universities Press New York.
- [180] Zimmer D. (1983) Die therapeutische Beziehung. Edition Psychologie Weinheim.
- [181] Zimmer D. (2000) Lernziel Beziehungsgestaltung: Erfahrungen und Ergebnisse aus der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten. *Verhaltenstherapie Verhaltensmedizin*, **21**: 455-467.
- [182] Zollner M. (1998) Beziehungsmuster junger gesunder Frauen. Medizinische Dissertation, Universität Ulm.

Anschrift der Erst-Autorin:

PD Dr. C. Albani

Universität Leipzig

Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin

Karl - Tauchnitz - Str. 25

04107 Leipzig

e-mail: albc@medizin.uni-leipzig.de