

378. Albani C, Blaser G, Körner A, König S, Marschke F, Geißler I, Geyer M, Pokorny D, Staats H, Benninghofen D, Dahlbender RW, Cierpka M, Kächele H (2002) Zum Zusammenhang zwischen der Valenz von Beziehungserfahrungen und der Schwere der psychischen Beeinträchtigung. *Psychother psychol Med* 52: 282-285

Zum Zusammenhang zwischen der Valenz von Beziehungserfahrungen und der Schwere der psychischen Beeinträchtigung

LANGFASSUNG

Cornelia Albani, Gerd Blaser, Annett Körner, Susanne König, Franziska Marschke, Ilka Geißler, Michael Geyer, Dan Pokorny*, Hermann Staats[°], Dieter Benninghofen[°], Reiner Dahlbender*, Manfred Cierpka^{°°} & Horst Kächele*

Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Leipzig,

Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Ulm*,

Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Göttingen[°],

Abteilung Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg^{°°}

Key words

Relationship pattern, valence, CCRT, psychic impairment

Korrespondenzadresse

Dr.Cornelia Albani

Universitätsklinikum Leipzig AöR

Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin

K.-Tauchnitz-Str.25

04107 Leipzig

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

Zusammenfassung

Die vorliegende multizentrische Studie stellt einen Beitrag zur Validierung der Valenzdimension der ZBKT-Methode dar. Ausgehend vom Stand der ZBKT-Forschung bezüglich der affektiven Bewertung der Beziehungsschilderungen wurde an von zwei Stichproben (N=266 bzw. N=32) von Psychotherapiepatientinnen der Zusammenhang zwischen der Valenzdimension der Reaktionskomponenten und dem Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung untersucht. Für die Einschätzung der Krankheitsschwere sowohl durch die Therapeuten wie auch durch die Patientinnen selbst gilt: je stärker beeinträchtigt Patientinnen psychisch sind, um so negativer beschreiben sie die eigenen Reaktionen und die ihrer Interaktionspartner in den Beziehungsepisoden.

englischer Titel

Abstract

Einleitung und Fragestellung

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 [1] und kategorisierte Übertragungsmuster in dieser Weise [2]. Er unterschied dabei zwischen einer unanständigen, zärtlichen, positiven Übertragung, die der Behandlung förderlich ist und einer negativen, feindseligen Übertragung, wobei positiv oder negativ die Natur der übertragenen Affekte bezeichnete. Die Valenzdimension entspricht der ersten Dimension des allgemeinen semantischen Raumes [3] und gilt auch in der Emotionsforschung (neben der Aktivitätsdimension) inzwischen als empirisch gut gesichert [4]. Sie findet sich neben anderen Dimensionen dementsprechend in verschiedenen Emotionstheorien: zum Beispiel schon bei Wundt [5] und später bei De Rivera [6] als "Lust-Unlust"-Dimension, bei Krause [7] mit der Dimension "Basalklassifikation des Objektes" oder bei Dahl [8] als Valenzdimension "positiv-negativ" für die Selbstemotionen bzw. "Anziehung-Abstoßung" für die Objektemotionen.

Auch die meisten der inzwischen zahlreich existierenden Methoden zur Operationalisierung von Beziehungsstrukturen beurteilen Beziehungsmuster entsprechend ihrer affektiven Wertigkeit. Die SASB-Methode [9, 10] kodiert Interaktionen auf der Affiliations - Achse zwischen den Extrempolen "liebevoller Freundlichkeit" und "feindseliger Haß"; in Dahl und Tellers FRAME-Methode [11, 12] findet sich eine "positiv-negativ"-Dimension; bei der "Configurational Analysis" [13] dienen die "states of mind" zur Beschreibung der Valenzdimension.

Die von Lester Luborsky [14, 15] entwickelte Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas (ZBKT) gilt als eine der etabliertesten Methoden zur Abbildung internalisierter Beziehungsmuster und verfügt inzwischen über eine breite empirische Basis (z.B. [16-24]). Die ZBKT-Methode operationalisiert positive und negative Aspekte von Beziehungsmustern in der Einschätzung der affektiven Bewertung der Reaktionskomponenten. Die empirischen Befunde der ZBKT-Methode bezüglich der Valenzdimension sind über verschiedenste Studien hinweg konsistent. Tabelle 1 gibt einen Überblick über einige ausgewählte Ergebnisse.

Tabelle 1

Valenz der Reaktionskomponenten in verschiedenen ZBKT-Studien

Autoren	Material	Stichprobe	Ergebnis
Popp et al., 1998 [45]	Träume und Narrative aus Therapiestunden	PatientInnen n=13	66-71% NRO 65-80% NRS

Crits-Christoph & Luborsky, 1998 [25]	Therapiestunden	PENN-Psychotherapie-Project-Sample n=30	Pervasiveness-Scores ^u : - frühe Stunden NRO 40.7, NRS 41.7 PRO 8.6, PRS 13.4 - späte Stunden NRO 28.5, NRS 22.8 PRO 18.7, PRS 19.1
Grenyer, 1995 [46]	Therapiestunden	PENN-Psychotherapie-Project-Sample n=41	frühe Stunden 80% NRO, 79% NRS späte Stunden 75% NRO, 76% NRS
Grenyer & Luborsky, 1998 [28]	Therapiestunden	PENN-Psychotherapie-Project-Sample n=20	74% NRO, 70% NRS
Eckert et al., 1990 [29]	BE-Interviews*	PENN Depression Sample n=21	72% negative BE (NRO+NRS)
		Outpatient Sample n=24	73% negative BE (NRO+NRS)
Staats et al., 1997 [27]	BE-Interviews	StudentInnen n=24	61% NRO, 58% NRS Zweitinterview nach 6 Mon. 42% NRO, 48% NRS
Zollner, 1998 [47]	BE-Interviews	Studentinnen n=36	59 % NRO, 50 % NRS
Thorne & Klohnen, 1993 [30]	BE-Interview ^o	klinisch unauffällige junge Erwachsene n=48 Männer n=47 Frauen	45% negative BE (NRO+NRS) 37% positive BE (PRO+PRS) 18% mixed outcome BE
Albani, 2000 [48]	BE-Interview	PatientInnen n=39	Positivitätsindex ^{**} : - vor Therapie: - RO 36%, RS 42% - nach Therapie: - RO 34%, RS 37%
Luborsky et al., 1998 [26]	„doll family story“	Kinder n=18	im 3.Lebensjahr: 69% PRO, 63% PRS im 5.Lebensjahr: 71% PRO, 77% PRS

^u Anzahl der Beziehungsepisoden, die diese Komponente (jeweils die absolut häufigste) enthält bezogen auf alle Beziehungsepisoden

* Beziehungsepisoden-Interviews

^o ergänzt durch früheste Erinnerung überhaupt und die früheste an Mutter und Vater, eine, in der sich schämten, eine besonders gute und eine besonders schlechte Erinnerung

** Anzahl der positiven Reaktionen bezogen auf die Summe aus positiven und negativen Reaktionen

Obwohl in nichtklinischen Stichproben der Anteil negativer Reaktionen tendenziell geringer ist als in den klinischen Stichproben, ist der Anteil der negativen Reaktionen der Objekte wie auch der Subjekte in allen Studien größer als der Anteil positiver Reaktionen. Dabei werden die Reaktionen der Objekte noch negativer beschrieben als die eigenen Reaktionen. Selbst in Träumen

überwiegt der Anteil negativer Reaktionen (d.h. Wünsche werden *nicht* erfüllt).

In der Studie von Crits-Christoph und Luborsky [25] zeigte sich im Vergleich früher und später Therapiestunden eine deutliche Zunahme der Anzahl von Beziehungsepisoden mit positiven Reaktionen am Ende der Therapie, auch wenn insgesamt der Anteil der Beziehungsepisoden mit negativen Reaktionen überwog.

Lediglich Kinder scheinen die Welt noch positiv zu sehen - in der Längsschnitt-Studie von Luborsky et al. [26] wurden den 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. Und eine weitere Ausnahme bilden die Zweitinterviews der StudentInnen [27], in denen ein erheblicher Rückgang der negativen Reaktionen nachweisbar war.

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. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse im Überblick.

Tabelle 2

Zusammenhang zwischen der Valenz der Reaktionskomponenten und der Krankheitsschwere in verschiedenen ZBKT-Studien

Studie	Ergebnis
Crits-Christoph & Luborsky, 1998 [25] - 33 Patienten aus dem PENN Psychotherapy Project - ZBKT aus Anfangs- und Endstunden - Zusammenhang zwischen dem Pervasiveness-Score* für NRO, NRS, PRO, PRS und der Krankheits-Schwere (Hopkins Symptom Checklist, Health-Sickness Rating Scale, HSRS)	- PRS in frühen Stunden und Symptom Checklist ($r^{\circ} = -.48$, $p = .005$) und HSRS ($r = .41$, $p = .05$) - NRS in frühen Stunden und HSRS ($r = -.34$, $p = .05$)
Grenyer, 1995 [46] - 41 Patienten aus dem PENN Psychotherapy Project - ZBKT aus Anfangs- und Endstunden - Zusammenhang zwischen den relativen Häufigkeiten von NRO und NRS und der Krankheits-Schwere (Health-Sickness Rating Scale)	- keine korrelativen Zusammenhänge

Grenyer & Luborsky, 1998 [28]	
<ul style="list-style-type: none"> - 20 Patienten aus dem PENN Psychotherapy Project - ZBKT aus Anfangs- und Endstunden - Zusammenhang zwischen den relativen Häufigkeiten von NRO und NRS und der Krankheits-Schwere (Health-Sickness Rating Scale) 	<ul style="list-style-type: none"> - NRO am Ende der Therapie und HSRS am Beginn der Behandlung ($r=.45$, $p=.05$) - NRO ($r= .47$, $p=.05$) und NRS ($r= .64$, $p=.05$) am Ende der Therapie und HSRS am Ende der Behandlung
<hr/>	
Eckert et al., 1990 [29]	
<ul style="list-style-type: none"> - 21 Patienten mit "Major Depression" aus dem PENN Depression Sample - BE-Interviews** - Zusammenhang zwischen den relativen Häufigkeiten von NRO und NRS und dem Ausmaß depressiver Symptome (Beck Depression Inventory, Health-Sickness Rating Scale, Hamilton Rating Scale for Depression) 	<ul style="list-style-type: none"> - keine korrelativen Zusammenhänge
<hr/>	
Thorne & Klohnen, 1993, [30]	
<ul style="list-style-type: none"> - klinisch unauffällige junge Erwachsene (48 Männer, 47 Frauen) - BE-Interviews - Zusammenhang zwischen den relativen Häufigkeiten von NRO und NRS und dem Ausmaß depressiver Symptome (Beck Depression Inventory, General Behavior Inventory's Depression Scale, Depression Scale) 	<ul style="list-style-type: none"> - keine korrelativen Zusammenhänge

* Anzahl der Beziehungsepisoden, die diese Komponente enthält, bezogen auf alle Beziehungsepisoden

◦ PEARSON-Korrelationskoeffizient

** Beziehungsepisoden-Interviews

Nach den Ergebnissen der Untersuchung von Crits-Christoph und Luborsky [25] zeigt sich nur für die Valenz der Reaktionen des Subjekts ein Zusammenhang mit der Krankheitsschwere. Aus der Publikation ist nicht zu entnehmen, wie groß die absoluten Häufigkeiten der Komponenten sind. Bei einer Datenbasis von ca. 10 Beziehungsepisoden pro Patient und Meßzeitpunkt ist aber zu erwarten, daß (vor allem für die positiven Komponenten) die Anzahl sehr niedrig sein dürfte. Im Gegensatz dazu finden Grenyer & Luborsky [28] (vermutlich in einer Teilstichprobe von Crits-Christoph und Luborsky, [25]) auch einen Zusammenhang mit der Valenz der Reaktionen des Objekts. In den Untersuchungen von Eckert et al. [29] und Thorne & Klohnen [30] finden sich keine korrelativen Zusammenhänge zwischen Depressivität als spezifischer Symptomatik und der Valenz der Reaktionskomponenten.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, die Zusammenhänge zwischen der Valenzdimension der Beziehungsschilderungen und der Schwere der psychischen Störung (operationalisiert als Beeinträchtigungsschwere) systematischer und an umfangreichen 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.

Methode

Stichproben

Wir konnten in unsere Untersuchung 2 Stichproben von Psychotherapiepatientinnen einbeziehen: 266 Patientinnen, mit denen ein Beziehungsepisoden-Interview durchgeführt wurde (Teilstichprobe 1, drei Teilstichproben aus Leipzig mit n=114, Ulm mit n=72 und Göttingen mit n=80 Patientinnen) und 32 weitere Patientinnen, bei denen ein klinisches Interview die Datengrundlage bildete (Teilstichprobe 2). In Tabelle 3 sind die soziodemografischen Merkmale der beiden Stichproben dargestellt.

Tabelle 3

Soziodemografische Merkmale der Stichproben

	Teilstichprobe 1, n=266 (BE-Interview)	Teilstichprobe 2, n=32 (klinisches Interview)
Alter	24.7 (S 3.2, Range 18-30)	Jahre 30.6 (S 1.6, Range 18-59)
in fester Partnerschaft	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%
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%

Untersuchungsmethoden

Methode des Zentralen Beziehungskonflikt Themas (ZBKT)

Die ZBKT-Methode [15] beruht auf der Analyse narrativer Episoden eines Patienten über seine Beziehungserfahrungen. Als grundlegende Untersuchungseinheit dienen in der ZBKT-Methode die sog. Beziehungsepisoden, die im ersten Schritt identifiziert werden. Es werden drei Typen von Komponenten bestimmt:

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

In einer Beziehungsepisode können mehrere Wünsche und Reaktionen sowohl des Objekts wie auch des Subjekts vorkommen. Aus dem jeweils häufigsten Wunsch, der häufigsten Reaktion des Objekts und der häufigsten Reaktion des Subjekts wird das sog. Zentrale Beziehungs-Konflikt Thema (ZBKT) zusammengesetzt. Es werden positive, negative und unspezifische Reaktionen unterschieden, wobei sich die Valenz der Reaktionen des Objekts immer darauf bezieht, ob die Reaktion aus der Sicht des Patienten der Wunscherfüllung diene (d.h. "positiv" ist) oder nicht (d.h. "negativ") oder bezogen auf den Wunsch nicht eindeutig bestimmbar ("unspezifisch"). Die Valenz der Reaktionen des Subjekts wird hingegen gemäß der "emotionalen Valenz" der Reaktion kodiert.

Maße zur Erfassung der symptomatischen Krankheitsschwere

Als Maße zur Erfassung der symptomatischen Krankheitsschwere wurde als Selbsteinschätzung die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R, [31, 32]) im Sinne des subjektiven Beschwerdedruckes verwendet, zum anderen als Fremdbeurteilung der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS, [33]) und die Global Assessment of Functioning Scale (GAF, [34]).

Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)

Die SCL-90-R besteht aus 90 Items, für die die Patienten jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala angeben sollen, inwieweit sie in den vergangenen 7 Tagen an den aufgeführten Symptomen gelitten haben. Die Items wurden faktorenanalytisch zu 9 Skalen zusammengefaßt, und es werden globale Kennwerte ermittelt. In unserer Untersuchung verwendeten wir den Global Severity Index (GSI), der dem Mittelwert über alle Items entspricht.

Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

Der BSS soll aus Expertensicht einschätzen, wie schwer ein Mensch durch seine psychogene Symptomatik insgesamt beeinträchtigt ist und in welchem Bereich die Beeinträchtigung bevorzugt liegt. Ausgehend von der Annahme eines stufenlosen Kontinums zwischen völliger Gesundheit und schwerster psychogener Erkrankung wird der Schweregrad eines psychogenen Syndroms in den drei Dimensionen *körperliche Beeinträchtigung*, *Beeinträchtigung im psychischen Bereich* und *sozialkommunikative Beeinträchtigung* jeweils auf einer 5 stufigen Skala, die die Schweregrade von 0 (gar nicht beeinträchtigt) bis 4 (extrem beeinträchtigt) umfaßt, beurteilt. Für die einzelnen Stufen sind im

Manual Ankerbeispiele vorgegeben. Aus der Summe der drei Skalen wird eine Gesamt-BSS gebildet. Summenwerte von:

- "0-1 sind als optimale Gesundheit anzusehen,
- 2-3 entsprechen schon einer leichten Störung,
- 4-5 finden sich als deutliche Störung von Krankheitswert, am häufigsten bei der ambulanten Inanspruchnahmeklientel,
- 6-7 repräsentieren bereits eine ausgeprägte und schon ziemlich schwer beeinträchtigende Erkrankung
- 8-9 entsprechen einer außerordentlich schweren Erkrankung
- 10-12 ergeben die - erfahrungsgemäß sehr seltenen - in jeder Hinsicht schwerst gestörten Patienten mit Extremgraden psychogener Erkrankungen und ihrer Folgen in allen drei Dimensionen." ([33], S.10)

Die Einschätzung erfolgt für die durchschnittliche Beeinträchtigung in den letzten 7 Tagen oder auch mit einem durchschnittlichen Wert für eine bestimmte Periode (z.B. das letzte Jahr oder seit Entlassung aus der stationären Therapie). Voraussetzung für die Einschätzung ist eine gründliche und persönliche Diagnostik, die eine detaillierte Erfassung der Symptomatik und der auslösenden Situation, eine biografische Anamnese unter tiefenpsychologischem oder lerntheoretischem Aspekt, sowie eine Diagnostik der Persönlichkeitsstruktur beinhalten sollte. Primär somatisch bedingte Erkrankungen als Ursache für die mit dem BSS zu gewichtende Symptomatik werden ausgeschlossen.

Schepank gibt an, daß eine reliable Auswertung bereits nach einer kurzen Instruktion von 4-5 Doppelstunden möglich ist. In Reliabilitätsstudien wurden Intraclass-Korrelationskoeffizienten zwischen .68 und .99 erreicht [33].

Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala)

Die GAF-Skala erlaubt die Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus anhand ganzzahliger Werte zwischen Null und 90, wobei Null „anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten“ und 90 „gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Altersprobleme oder -sorgen“ bedeuten.

Beziehungsepisoden-Interview

Als Datengrundlage für die Beurteilung der Beziehungsepisoden mit der ZBKT-Methode diente in Teilstichprobe 1 das sog. Beziehungsepisodeninterview (BE-Interview), in dem der Patient aufgefordert wird, "Geschichten über Beziehungen" zu schildern [35]. Die Rolle des Interviewers beschränkt sich weitestgehend darauf, den Patienten durch gezielte Hilfestellungen beim Erinnern entsprechender Erfahrungen zu unterstützen. Die Instruktion zum BE-Interview lautet wie folgt:

"In diesem Gespräch geht es um Ihre Beziehungen zu anderen Menschen. Bitte erzählen Sie mir Begebenheiten aus Ihrem Leben, in welchen Sie mit einer anderen Person zu tun hatten. Jede Ihrer Erzählungen sollte einen speziellen Vorfall, eine konkrete Situation oder Szene behandeln, die auf irgend eine Art und Weise für Sie im Positiven wie im Negativen von besonderer Bedeutung gewesen ist. Bitte schildern Sie mir diese Geschichte wie eine Filmszene. Es sollten Ereignisse mit verschiedenen Personen sein, sowohl aus der Gegenwart, als auch aus der Vergangenheit. Bei jeder Begebenheit sagen Sie mir bitte wann und mit wem sie

sich ereignete, was Sie sich von der anderen Person gewünscht haben, was die andere Person sagte oder tat, was Sie selbst sagten oder taten und wie die Geschichte schließlich ausging."

Ablauf der Studie

Die Teilstichprobe 1 wurde im Rahmen einer multizentrischen, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Studie der Universitäten Leipzig, Ulm und Göttingen [36-38], 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 Universität. Das Projekt wurde außerdem durch folgende nicht-universitäre klinische Einrichtungen unterstützt: Klinik für Psychosomatische Medizin, Klinik Schwedenstein; Abteilung für Psychotherapie, Park-Krankenhaus Leipzig-Dösen; Kreis-Krankenhaus Erlabrunn, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik; Schusentalklinik, Aulendorf; Klinik am Schönen Moos, Saugau und Parklandklinik Bad Wildungen. Den dortigen MitarbeiterInnen möchten wir für ihre Hilfe danken. Die Teilstichprobe 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. Es erfolgte keine Vergütung der Patientinnen. Die SCL-90-R, GAF und BSS sind Bestandteil der Eingangsdagnostik der beteiligten klinischen Einrichtungen. Die Patientinnen bearbeiteten die Fragebogeninstrumente vor dem Erstkontakt bzw. während der ersten Tage des stationären Aufenthaltes. ICD-10 Diagnosen, GAF und BSS wurden von den Klinikern nach Abschluß des Erstinterviewverfahrens bzw. nach Abschluß des Aufnahmeverfahrens beurteilt. Die Beziehungsepisodeninterviews wurden von Projektmitarbeitern durchgeführt und videografiert. Es wurde eine Interviewdauer von 50 Minuten angestrebt, wobei Abweichungen von maximal zehn Minuten toleriert wurden. Alle Interviewer wurden zum Zwecke der größtmöglichen Standardisierung in die Durchführung des halbstrukturierten Interviews eingewiesen und während der ersten Interviews supervidiert.

Die klinischen Interviews, die sich an der biografischen Anamnese nach Dührssen [39] orientierten und durchschnittlich 60 Minuten dauerten, führte eine erfahrene Klinikerin durch, die nicht die behandelnde Therapeutin der Patientinnen und auch nicht in die Studie involviert war. Die klinischen Interviews wurden entsprechend der Transkriptionsregeln der Ulmer Textbank [40] transkribiert.

Ergebnisse

Reliabilität der ZBKT-Methode

Die BeurteilerInnen wurden ausführlich in der Anwendung der ZBKT-Methode trainiert. Während der Auswertung des Studienmaterials fanden weiter-

hin Übungssitzungen statt, um einer Raterdrift vorzubeugen. Die Prüfung der Beurteilerübereinstimmung in Teilstichprobe 1 erfolgte an einem zufällig ausgewählten Beziehungsepisoden-Interview, das von allen 16 BeurteilerInnen ausgewertet wurde. Aus der Teilstichprobe 2 wurden zufällig 4 Interviews ausgewählt, die von allen 3 BeurteilerInnen ausgewertet wurden (s. Tabelle 4).

Tabelle 4

Beurteilerübereinstimmung der ZBKT-Auswertung

	Teilstichprobe 1, n=266 (BE-Interview)	Teilstichprobe 2, n=32 (klinisches Interview)
Mittlere Anzahl der Beziehungsepisoden	59.1	159
Bedingte Episodenübereinstimmung*	.75	.69
Mittlerer Kappa-Koeffizient für Übereinstimmung der Valenz der Reaktionen		
RO	.70	.86
RS	.54	.74

*d.h. die Wahrscheinlichkeit, daß eine Episode, die ein Beurteiler identifizierte auch von den anderen Beurteilern (insgesamt 16 bzw. 3) identifiziert wurde, betrug 75% bzw. 69% (für eine ausführliche Beschreibung s. [37])

Die höhere Übereinstimmung der Markierung der Beziehungsepisoden für die Beziehungsepisoden-Interviews läßt sich mit der stärkeren Strukturierung dieser Interviews durch die klare Instruktion erklären. Im Gegensatz dazu werden im klinischen Interview Beziehungsepisoden weniger geordnet berichtet; häufig wird ein Thema später wieder aufgenommen, was zur Kodierung von "Fortsetzungsepisoden" führt und komplizierter zu beurteilen ist.

Die Beurteilerübereinstimmung bezüglich der Valenz der Reaktionen liegt im Bereich deutlicher bis starker Übereinstimmung [41].

Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung

Tabelle 5

Mittelwerte (Standardabweichung) der ZBKT-Variablen und Schweremaße

	Teilstichprobe 1, n=266 (BE-Interview)	Teilstichprobe 2, n=32 (klinisches Interview)
ZBKT-Variablen		
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)
<hr/>		
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)

* Anzahl der positiven Reaktionen bezogen auf die Summe positiver und negativer Reaktionen

In beiden Stichproben überwogen die negativen Reaktionen, wobei die Patientinnen im klinischen Interview noch negativere Reaktionen schilderten als die Patientinnen im Beziehungsepioden-Interview (s. Tabelle 5).

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 (Z.B. geben Davies-Osterkamp & Kriebel [42] für eine gemischte Gruppe von 428 Psychotherapiepatienten einen GSI von 1,21 (S 0.66) an).

Entsprechend der Angaben im Manual (Schepank, 1995) sind die vorliegenden BSS-Summenwerte als "ausgeprägte und schon ziemlich schwer beeinträchtigende Erkrankung" zu interpretieren. Für die Falldefinition (d.h. „krank“) in der epidemiologischen Studie an 600 zufällig ausgewählten Mannheimer Erwachsenen (bei Studienbeginn 25-45 Jahre alt) legte Schepank [43] den cut-off point mit einer BSS-Summe ≥ 5 fest.

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".

Die Ergebnisse der Selbst- und Fremdeinschätzung stimmen tendenziell im Ausmaß der Beeinträchtigung überein.

Zusammenhang zwischen der Valenz der Beziehungserfahrungen und dem Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung

Die folgende Tabelle 6 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Positivitätsindex der Reaktionskomponenten und dem Schweregrad der Störung.

Tabelle 6

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

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

° Die Positivitätsindizes 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 (CHI-Quadrat-Test 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 Teilstichprobe 2) im Einklang mit der eingangs formulierten Hypothese. 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, wobei es sich hier nur um korrelative Zusammenhänge handelt, die keine kausalen Rückschlüsse erlauben. Die Korrelationskoeffizienten sind zwischen der Einschätzung des Ausmaßes der Beeinträchtigung durch die Patientinnen selbst mittels SCL-90-R und der Negativität der Reaktionskomponenten am größten.

Diskussion

Unsere Ergebnisse entsprechen denen anderer ZBKT-Studien bezüglich des hohen Anteils negativer Reaktionskomponenten und bestätigen die Untersuchungen von Crits-Christoph & Luborsky [25] und Grenyer & Luborsky [28] zum Zusammenhang zwischen der Valenz der Reaktionskomponenten und der Krankheitsschwere.

Entgegen der Hinweisse von Luborsky (1990), die Anzahl der Beziehungsepisoden im Beziehungsepisoden-Interview auf 10 zu begrenzen, legten wir eine Zeitspanne für die Dauer der Interviews fest und erhielten somit deutlich mehr Beziehungsepisoden pro Interview (im Mittel 32.9 Episoden, SD 13.1).

An der Erhebung der Teilstichprobe 1 waren Einrichtungen mit unterschiedlichen Patientinnen beteiligt (in Leipzig wurden alle Patientinnen aus stationären Einrichtungen rekrutiert; in Göttingen machten Klientinnen der Psychotherapeutischen Studentenberatung einen großen Anteil der Teilstichprobe aus; in der Ulmer Stichprobe wurden Patientinnen aus stationären und ambulanten Einrichtungen untersucht). Es zeigte sich, daß in Leipzig der Anteil an Patientinnen mit einer Persönlichkeitsstörung am höchsten war, so daß zu vermuten ist, daß die in Leipzig stationär behandelten Patientinnen stärker beeinträchtigt waren, was auch das etwas höhere Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung in Teilstichprobe 2 erklärt.

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. Inwieweit die als unbefriedigend (im Sinne nicht erfolgter Wunschbefriedigung) wahrgenommenen Beziehungserfahrungen Ursache oder Folge der Erkrankung darstellen, läßt sich im Rahmen unserer Studie nicht entscheiden.

Die Korrelationskoeffizienten sind relativ niedrig und klären in der Teilstichprobe 1 weniger als 10 % der Varianz auf. Die Erklärungen dafür sind vielfältig. Kritisch muß dabei die Frage nach der Reliabilität der Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere durch die Therapeuten gestellt werden. Die große Anzahl der beteiligten Kolleginnen und Kollegen machte die Durchführung einer Reliabilitätsstudie jedoch unmöglich. Weiterhin ist das Ausmaß der Beeinträchtigung nicht allein durch die Negativität der Beziehungsschilderungen determiniert, sondern wird durch vielfältige, weitere Faktoren, wie z.B. Strukturniveau, Art der Abwehrmechanismen, Ausmaß der persönlichen Ressourcen u.v.a.m. beeinflusst. Wir haben in unserer Untersuchung lediglich die symptomatische Beeinträchtigung erfaßt, die nicht unbedingt der „Schwere der Störung“ (im Sinne einer strukturellen Diagnostik) entsprechen muß, da sich auch schwer gestörte Patientinnen in bestimmten Phasen relativ symptomfrei fühlen können. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß bei den untersuchten Patientinnen ein gewisses Maß an symptomatischer Beeinträchtigung vorlag, das zu einem Leidensdruck führte, der die Patientinnen in eine psychotherapeutische Behandlung brachte. Für zukünftige Untersuchungen wäre die Einbeziehung weiterer Faktoren in einer multidimensionalen Diagnostik, die sich nicht nur auf die symptomatologische Beeinträchtigung beschränkt, wünschenswert.

Die Untersuchungen an Teilstichprobe 2 bestätigen die Befunde aus Teilstichprobe 1 nur für die Reaktionen des Subjekts, was möglicherweise durch die verschiedenen Erhebungsmethoden begründet ist. Die bisher einzige Arbeit, die ZBKT-Ergebnisse aus Beziehungsepisoden-Interviews und Therapiestunden vergleicht [44] legt nahe, daß beide Datenquellen zu ähnlichen Ergebnissen führen. In den meisten der in Tabelle 1 aufgelisteten Studien mit Beziehungsepisoden-Interviews und auch in der vorliegenden Untersuchung wurden die StudentInnen und PatientInnen von ihnen unbekanntem Interviewern gebeten, Geschichten über Beziehungserfahrungen zu erzählen. Es existieren noch keine Untersuchungen über den Einfluß von Alter und Geschlecht des Interviewers auf die berichteten Geschichten. Die klinische Interviewerin war zwar nicht die behandelnde Therapeutin, den Patientinnen aber aus der Klinik bekannt. Im klinischen Interview stehen die Schwierigkeiten, problematischen Erfahrungen und eigenen Reaktionsweisen der Patientinnen stärker im Mittelpunkt als im Beziehungsepisoden-Interview, in dem die Patientinnen selbst entscheiden, welche Geschichten Sie erzählen. Desweiteren war die klinische Interviewerin aktiver (Nachfragen, Klarifizieren, ggf. Probedeutung), während der Intervie-

wer im Beziehungsepisoden-Interview lediglich durch Nachfragen den Inhalt der Geschichte vervollständigt.

Datenmaterial unserer Untersuchung waren *erinnerte* Beziehungserfahrungen. Wie groß der Einfluß traumatischer frühkindlicher Beziehungserfahrungen (ob in Form traumatischer Ereignisse oder andauernder pathogener Beziehungskonstellationen) im multifaktoriellen Geschehen psychischer Störungen ist, ist nach wie vor ungeklärt. Objektbeziehungspsychologie und Attachmenttheorie stützen ein Kausalitätsmodell, in dem negative Beziehungserfahrungen mit wichtigen Beziehungspersonen einen eindeutigen Vulnerabilitätsfaktor darstellen.

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.

Literatur

- ¹ Freud S. Das Unbewußte. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1915
- ² Freud S. Zur Dynamik der Übertragung. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1912
- ³ Osgood CE, Suci GJ, Tannenbaum PH. The measurement of meaning. Urbana: University of Illinois Press, 1957
- ⁴ Tischer B. Die vokale Kommunikation von Gefühlen. Weinheim: PVU, 1993
- ⁵ Wundt W. Grundriss der Psychologie. Leipzig: Engelmann, 1896
- ⁶ De Rivera J. A structural theory of the emotions. New York: International Universities Press, 1977
- ⁷ Krause R. Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der "frühen" Störungen. Z Psychother Med Psychol 1988; 38: 77-86
- ⁸ Dahl H. The key to understanding change: Emotions as appetitive wishes and beliefs about their fulfillment. In: Safran J, Greenberg L (eds). Emotions, psychotherapy and change. New York: Guilford, 1991: 130-165
- ⁹ Benjamin LS. Structural analysis of social behavior (SASB). Psychol Rev 1974; 81: 392-425
- ¹⁰ Tress W. Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB). Heidelberg: Asanger, 1993

- 11 Dahl H, Teller V. The characteristics, identification, and applications of
FRAMES. *Psychotherapy Research* 1993; 4: 253-276
- 12 Hölzer M, Dahl H. How to find FRAMES. *Psychotherapy Research*
1996; 6: 177-197
- 13 Horowitz MJ. *States of mind: Analysis of change in psychotherapy*. New
York, London: Plenum Press, 1979
- 14 Luborsky L. Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy:
The Core Conflictual Relationship Theme. In: Freedman N, Grand S
(eds). *Communicative structures and psychic structures*. New York: Ple-
num Press, 1977: 367-395
- 15 Luborsky L, Albani C, Eckert R. Manual zur ZBKT-Methode (deutsche
Übersetzung mit Ergänzungen). *Psychother Psychosom med Psychol*
1992; 5 (DiskJournal):
- 16 Albani C, Pokorny D, Dahlbender RW, Kächele H. Vom Zentralen-Be-
ziehungskonflikt-Thema (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern
(ZBM). Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des
"Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas". *Psychother Psychosom med*
Psychol 1994; 44: 89-98
- 17 Albani C, Villmann T, Körner A, Reulecke M, Blaser G, Pokorny D,
Geyer M, Kächele H. Zentrale Beziehungsmuster im Vergleich verschie-
dener Objekte. *Psychother Psychosom med Psychol* 2001; 51: 298-300,
T46-T54
- 18 Albani C, Pokorny D, Blaser G, König S, Geyer M, Thomä H, Kächele
H. Zur empirischen Erfassung von Übertragung und Beziehungsmustern
- eine Einzelfallanalyse. *Psychother Psychosom med Psychol* 2001; 51:
1-10
- 19 Strauß B, Daudert E, Gladewitz J, Kaak A, Kieselbach S, Lammert K,
Struck D. Anwendung der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-
themas (ZBKT) in einer Untersuchung zum Prozeß und Ergebnis sta-
tionärer Langzeitgruppenpsychotherapie. *Psychother Psychosom med*
Psychol 1995; 45: 342-350
- 20 Deserno H, Hau S, Brech E, Graf-Deserno S, Grünberg K. "Wiederhol-
en" der Übertragung? Das Zentrale Beziehungskonfliktthema (ZBKT)
der 290.Stunde - Fragen, Probleme, Ergebnisse. *Psychother Psychosom*
med Psychol 1998; 48: 287-297
- 21 Deserno H. Wie wird Übertragung erfaßt? Die Auswertung der
290.Stunde in klinischer Perspektive. *Psychother Psychosom med Psy-*
chol 1998; 48: 308-313
- 22 Stirn A, Overbeck G, Grabhorn R, Jordan J. Drei Therapieverläufe von
essgestörten Patientinnen, verglichen mit der Methode des Zentralen
Beziehungskonfliktthemas (ZBKT). *Psychother Psychosom med Psychol*
2001; 51: T16-T26
- 23 Grabhorn R, Overbeck G, Kernhof K, Jordan J, Mueller T.
Veränderung der Selbst-Objekt-Abgrenzung einer eßgestörten Patientin
im stationären Therapieverlauf. *Psychother Psychosom med Psychol*
1994; 44: 273-283

- 24 Luborsky L, Diguier 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. A Guide to the CCRT's Methods, Discoveries and Future. <http://www.sip.medizin.uni-ulm.de/Links/CCRT/ccrtframe.html> 1999:
- 25 Crits-Christoph P, Luborsky L. Changes in CCRT Pervasiveness During Psychotherapy. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (eds). Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method. Washington: American Psychological Association, 1998: 151-164
- 26 Luborsky L, Luborsky E, Diguier L, Schmidt K, Dengler D, Faude J, Morris M, Schaffler P, Buchsbaum H, Emde R. Stability of the CCRT from Age 3 to 5. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (eds). Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method, 2nd Edition. Washington: American Psychological Association, 1998: 289-304
- 27 Staats H, Strack M, Seinfeld B. Veränderungen des zentralen Beziehungskonfliktthemas bei Probanden, die nicht in Psychotherapie sind. *Zsch psychosom Med* 1997: 166-178
- 28 Grenyer BFS, Luborsky L. Positive Versus Negative CCRT Patterns. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (eds). Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method 2nd Edition. Washington: American Psychological Association, 1998: 55-64
- 29 Eckert R, Luborsky L, Barber J, Crits-Christoph P. The Narratives and CCRTs of Patients with Major Depression. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (eds). Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method. New York: Basic Books, 1990: 222-234
- 30 Thorne A, Klohnen E. 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. Washington: American Psychological Association, 1993: 223-253
- 31 Derogatis LR. SCL-90. Administration, scoring & procedures. Manual for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1977
- 32 Franke G. Die Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) von Derogatis - Deutsche Version - Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH, 1995
- 33 Schepank H. Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Göttingen: Beltz Test GmbH, 1995
- 34 American Psychiatric Association, dt. Bearb. u. Einf. Wittchen HU, Saß H, Zaudig M, Koehler K. Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-III-R). Weinheim: Beltz, 1989
- 35 Luborsky L. The Relationship Anecdotes Paradigm (RAP) interview as a versatile source of narratives. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (eds). Understanding transference: the CCRT method. New York: Basic Books, 1990: 102-116

- 36 Geyer M, Kächele H, Cierpka M. 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. 1992:
- 37 Albani C, Benninghofen D, Blaser G, Cierpka M, Dahlbender RW, Geyer M, Kächele H, Körner A, Pokorny D. Bericht an die DFG über das Projekt: „Das Repertoire der Übertragungsbereitschaften von psychoneurotisch-psychosomatisch gestörten jüngeren Frauen“: Universitäten Leipzig, Ulm und Göttingen, 1997:
- 38 Albani C, Blaser G, Benninghoven D, Cierpka M, Dahlbender R, Geyer M, Körner A, Pokorny D, Staats H, Kächele H. On the connection between affective evaluation of recollected relationship experiences and the severity of the psychic impairment. *Psychotherapy Research* 1999; 9: 452-467
- 39 Dührssen A. Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1981
- 40 Mergenthaler E. Die Transkription von Gesprächen. Ulm: Ulmer Textbank, 1986
- 41 Sachs L. Angewandte Statistik. Berlin: Springer, 1992
- 42 Davies-Osterkamp S, Kriebel R. Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das ‚Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme‘ (IIP). 1993; 29: 295-307
- 43 Schepank H. Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Berlin Heidelberg New York: Springer, 1987
- 44 Barber JP, Luborsky L, Crits-Christoph P, Diguier L. A comparison of Core Conflictual Relationship Themes before psychotherapy and during early sessions. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 145-148
- 45 Popp C, Diguier L, Luborsky L, Faude J, Johnson S, Morris M, Schaffer N, Schaffler P, Schmidt K. The Parallel of the CCRT from Waking Narratives with the CCRT from Dreams. Study 2: A further validation. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (eds). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*, 2nd Edition. Washington: American Psychological Association, 1998: 187-196
- 46 Grenyer B. 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, 1995
- 47 Zollner M. Beziehungsmuster junger gesunder Frauen. Medizinische Dissertation. Universität Ulm: 1998
- 48 Albani C, Brauer V, Blaser G, Pokorny D, Körner A, Villmann B, Geyer M, Kächele H. Sind Beziehungsmuster in stationärer, integrativer Psychotherapie veränderbar? *Gruppenther Gruppendyn* 2000; 36: 156-173