

Aus der Klinik und dem Klinischen Institut
für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress

**Die Patient-Therapeut-Beziehung in Kurzzeitpsychotherapien:
Eine empirische Untersuchung mit dem Intrex-Fragebogen**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
vorgelegt von

Eva Lukei

2004

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.: Univ.-Prof. Dr. med. dent. H.-M. Raab
Dekan

Referent: Univ. Prof. Dr. Dr. Tress
Korreferent: Priv. Doz. Dr. Haupt

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	
	Motivation, Fragestellung und Zielsetzung	3
2	Stand der Forschung	
2.1	Zum aktuellen Stand der Psychotherapieforschung	6
2.2	Die psychodynamisch / tiefenpsychologisch orientierte Kurzzeittherapie: Begriffsbestimmung	11
2.3	Die therapeutische Beziehung als zentraler Wirkfaktor in der Psychotherapie	13
2.3.1	Theoretische Konzepte zur therapeutischen Beziehung	13
2.3.2	Messinstrumente zur therapeutischen Beziehung	17
2.3.3	Wichtige empirische Studien zur therapeutischen Beziehung	18
3	Material und Methoden	
3.1	Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt (DKZP)	23
3.2	Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) und das zyklisch- maladaptive Muster (CMP)	25
3.3	Der Intrex-Fragebogen	31
3.4	Gruppenvergleiche - Effektstärken	33
3.5	Klassifikation des Therapieerfolges: BSS und SCL	34
3.6	Diagnosegruppen: Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen und neurotische Störungen	36
4	Ergebnisse	
4.1	Stichprobe, Gesamtkollektiv und fehlende Werte	40
4.2	Introjekt und therapeutische Beziehung in der Stichprobe	44
4.3	Die therapeutische Beziehung in Abhängigkeit von der Diagnose	49
4.4	Die therapeutische Beziehung in Abhängigkeit vom Therapieerfolg	52
4.5	Zusammenfassung der Ergebnisse	55
5	Diskussion und Ausblick	56

	2
Literaturverzeichnis	63
Anhang	
Intrex-Fragebögen	71
Lebenslauf	86
Danksagung	87
Zusammenfassung	88

1 Einleitung

Motivation, Fragestellung und Zielsetzung

„*Alles wirkliche Leben ist Begegnung*“ – so qualifiziert Martin Buber die Beziehung zwischen Menschen und misst dieser Dimension des Lebens gleichzeitig den höchsten Stellenwert bei.

Dass jedoch der Entwicklung einer Beziehung im Sinne von „Ich“ und „Du“ oft gewaltige Hindernisse im Weg stehen, erfahren wir nicht nur in den täglichen Nachrichten über die neuesten Ereignisse in den Krisen- und Kriegsgebieten dieser Erde. Auch das gelingende Miteinander in der Familie, unter Freunden, zwischen Arbeitskollegen oder Nachbarn ist wohl eher tägliche Herausforderung als eine Selbstverständlichkeit.

Auch mit uns selbst bleiben wir vor dieser Aufgabe nicht verschont: Wir können gar nicht anders als in Beziehung zu leben, zu denken und zu handeln, denn *„es ist eben nicht so, dass das Kind erst einen Gegenstand wahrnehme, dann etwa sich dazu in Beziehung setze; sondern das Beziehungsstreben ist das erste, die aufgewölbte Hand, in die sich das Gegenüber schmiegt; (...) Im Anfang ist die Beziehung: als Kategorie des Wesens, als Bereitschaft, fassende Form, Seelenmodell; das Apriori der Beziehung: das eingeborene Du“* (Buber 1962). Das Streben nach Beziehung, nach Begegnung ist begleitet von unseren Wünschen und Sehnsüchten nach „wirklichem Leben“, nach einem Leben, das Tiefe und Fülle hat. Gleichzeitig schwingen aber auch Befürchtungen mit, da es letztlich ein Wagnis bleibt, sich mit Haut und Haaren einzulassen, sich hinzugeben, Grenzen zu überschreiten, sich „aus zu setzen“. Ich gehe das Risiko ein, mich zu verändern, mich verändern zu lassen und auch verletzlich zu sein, weil es für das Gelingen von Beziehungen keine Erfolgsgarantie gibt. Auch die Begegnung von Menschen innerhalb eines (psycho)therapeutischen Prozesses ist - insbesondere auf Seite des Patienten - begleitet von vielerlei Erwartungen, Hoffnungen, Befürchtungen, heilsamen Entwicklungen wie auch Enttäuschungen.

Als Medizinerin und Theologin ist dieses Thema für mich persönlich eine reizvolle Nahtstelle zwischen zwei Disziplinen, die vermutlich mehr gemeinsam haben, als man auf den ersten Blick annimmt. Ein bedeutendes Beispiel für Beziehung ist die christliche Rede vom dreifaltigen Gott, der gerade kein monolithischer Block, sondern in sich Beziehung zwischen Vater, Sohn und Geist ist. Drei Personen, die selbstän-

dig existieren und nicht ineinander aufgehen - deren Verbindung untereinander aber auch nicht enger gedacht werden kann. Indem Gott sich in Jesus Christus auf uns Menschen einlässt, sich hingibt und verletzlich macht, wird sein unbedingter Beziehungswille und seine uneingeschränkte Beziehungsfähigkeit auf den Menschen hin konkret und erfahrbar.

Wenn nun ein zentrales Thema der Theologie die Zuwendung und Sorge Gottes für den Menschen ist, die auch die Art der Beziehung zwischen beiden prägt, dann muss auch in einer Disziplin, in der es um die Sorge des Menschen für den kranken Mitmenschen geht, je nach Situation eine Beziehung von entsprechender Qualität vorliegen.

Angeregt durch die Erfahrung, dass Beziehungen und das Bemühen um ihr Gelingen eine entscheidende Grundlage für meine tägliche Arbeit bilden und dass das Misslingen von Beziehungen oft genug dramatische Folgen haben kann, hat sich mein Interesse für den psychotherapeutischen Kontext entwickelt, da ich vermute, dass hier die Beziehung, die Beziehungsentwicklung und ihre Bedingungen eine ebenso bedeutende Rolle spielen. Die herausragende Rolle der zwischenmenschlichen Beziehungen bzw. Beziehungsprozesse beschreibt der Psychotherapieforscher William P. Henry in folgender Weise: „To the inescapables of life – death and taxes, let me add one more – interpersonal process. From cradle to grave we live our lives in relation to others, a neverending dance of approach and separation, control and submission. (...) Our dreams, our fears, our needs, our conflicts, our goals, can all be cast in interpersonal terms. (...) Psychopathology is manifest in disturbed interpersonal functioning, and stripped of technical jargon, psychotherapy is simply a structured relationship between two people.” (Geleitwort, Tress 1993)

Eine gute Gelegenheit, der Frage nach der Art und dem Verlauf der therapeutischen Beziehung nach zu gehen, bot sich im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekts der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität, das zum Ziel hat, mit Hilfe der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) Indikatoren für kurz-, mittel- und langfristige Effekte sowie Prädiktoren für günstige und ungünstige Verläufe von psychodynamischen Kurzzeittherapien (25 Stunden) zu ermitteln. (Zu Anlage, Inhalt und Verlauf des Projekts vgl. Kapitel 3.1).

Bei der Erhebung und Auswertung der Daten aus den bereits vorliegenden, von Patient und Therapeut ausgefüllten Fragebögen ist mit neuen und sehr detaillierten Auskünften über die therapeutische Beziehung zu rechnen. Die hohe Bedeutung der therapeutischen Beziehung in Psychotherapien und vor allem der enge Zusammenhang mit dem Therapieerfolg konnte bis heute immer wieder für unterschiedliche Therapieformen und –längen aufgezeigt werden (vgl. Kapitel 2.3) und ist auch für die vorliegenden Untersuchungen zu erwarten.

Hinsichtlich Verlauf, Einflussfaktoren und Einschätzung der Beziehung existieren jedoch je nach Therapieform und Messinstrument unterschiedliche, zum Teil widersprüchliche und in Bezug auf psychodynamische Kurzzeittherapien nur wenige Aussagen.

Die vorliegende Arbeit möchte diese Lücke ein wenig verringern, indem sie an einer kleinen, jedoch aussagekräftigen Stichprobe von 49 Patienten folgende Fragestellungen untersucht:

- *Nehmen Patienten und Therapeuten die therapeutische Beziehung unterschiedlich wahr?
Wie verändert sich die Patient-Therapeut-Beziehung im Verlauf der Therapie?*
- *Unterscheidet sich die therapeutische Beziehung hinsichtlich der verschiedenen Diagnosegruppen?*
- *Lässt sich der Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg bestätigen?*

Es würde mich freuen, wenn ich die Begegnung beider Fächer an dieser kleinen Stelle fördern und entsprechende Gemeinsamkeiten aufdecken und hervorheben könnte.

Um der besseren Lesbarkeit willen wird durchgängig das generische Maskulinum („der Therapeut“, „der Patient“) verwendet, das männliche und weibliche Personen einschließt.

2 Stand der Forschung

2.1 Zum aktuellen Stand der Psychotherapieforschung

Der Frage „Wirkt Psychotherapie überhaupt?“ sahen sich Vertreter aller Schulen von Anfang an ausgesetzt: eine berechnete Frage, die zum Auslöser von Psychotherapieforschung jeder Art wurde, aber zugleich auch eine schwierige Frage, die so global gestellt gar nicht zu beantworten ist. Ebenso wie ein Chirurg die Frage, ob eine Operation wirkt, nicht allgemein bejahen könnte, so ist auch in Sachen Psychotherapie eine weitere Differenzierung und Spezifizierung der Frage erforderlich, um zu einer Antwort zu gelangen. „Wann und wie wirkt welche Psychotherapie?“ ist die Frage, die angesichts des Entstehens immer neuer therapeutischer Richtungen und Methoden angemessen ist und weiterführt.

Dies zeigt sich deutlich in der Geschichte der Psychotherapieforschung, in der nach Kächele (1992) Ende der 80er Jahre die ausschließlich ergebnisorientierte Psychotherapieforschung von einer intensiven und detaillierten Erforschung des therapeutischen Prozesses abgelöst wurde, also ein Wandel von der Erfolgsforschung zur Prozessforschung stattgefunden hat. Zur Geschichte der Psychotherapieforschung vgl. u.a. Frommer et al. (2003), Bänninger-Huber (2001), Schauenburg (2000) und Strupp (2000).

In diesem Zusammenhang sind die Studien Vanderbilt I (Strupp und Hadley 1979) und Vanderbilt II (Henry, Strupp et al. 1993; Henry, Schacht et al. 1993) von richtungsweisender Bedeutung. Sie werden im Folgenden etwas ausführlicher beschrieben, da sich an ihnen zentrale Fragestellungen und Ergebnisse der Psychotherapieprozessforschung gut exemplarisch darstellen lassen (vgl. auch Hildenbrand, 1993). Beide Studien waren eine Antwort auf die zu dieser Zeit aktuelle Diskussion um Wirkfaktoren in der Psychotherapie, insbesondere auf die Frage nach dem Beitrag der Person des Therapeuten zum Behandlungsprozess. Zur Datenerhebung wurden Messinstrumente wie der Global Assessment Scale (Endicott et al. 1976), der SCL-90-R (Derogatis 1983) sowie klinische Interviews und Audio- und Videoaufzeichnungen von Therapiesitzungen eingesetzt. Zusätzlich wurden für diese Studien eigene Instrumente entwickelt und validiert, nämlich die Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS; Suh et al. 1986), die die Einstellungen und Verhaltensweisen von Patient und Therapeut zu Therapiebeginn erfassen soll, sowie die Vanderbilt Negative Therapist Indicator Scale (VNIS; Suh et al. 1986), die negative Faktoren in den ers-

ten Therapiestunden, die mit einem schlechten Therapieergebnis korrelieren, ermitteln soll und schließlich die Vanderbilt Therapeutic Strategies Scale (VTSS), mit der die Verbundenheit des Therapeuten mit den Anforderungen einer zeitbegrenzten psychodynamischen Therapie erhoben werden soll.

Die Vanderbilt-I-Studie (1972-1980) beschäftigte sich mit der Auswirkung therapeutischer Ausbildung und Erfahrung auf das Prozess- und Therapieergebnis. Ein zentrales Anliegen war die Differenzierung von spezifischen und unspezifischen Faktoren, die das Therapieergebnis beeinflussen. Hierzu wurden eine Gruppe erfahrener Therapeuten mit einer Gruppe als lebenserfahren und einfühlsam eingeschätzter College-Professoren ohne therapeutische Ausbildung hinsichtlich Therapieverlauf und -ergebnissen verglichen. Das Patientenkollektiv bildete sich aus Studenten mit Diagnosen aus dem Bereich Depressionen und / oder Angststörungen.

Hauptthese dieser Untersuchung war die Annahme, dass professionelle Therapeuten aufgrund einer optimalen Kombination „spezifischer“ und „unspezifischer“ Faktoren in ihren Therapieergebnissen den nicht professionellen Therapeuten deutlich überlegen seien.

Als unerwartetes und gleichzeitig provozierendes Ergebnis dieser Untersuchung stellte sich heraus, dass beide Therapiegruppen zwar einer unbehandelten Kontrollgruppe überlegen waren, sich jedoch die Ergebnisse der Therapiegruppen nicht wesentlich voneinander unterschieden.

Als eine der wichtigsten Schlussfolgerungen aus der Vanderbilt-I-Studie konnte festgehalten werden, dass spezifische und unspezifische Faktoren eng miteinander zusammenhängen und in Wechselwirkung stehen und sich nicht in dem gewählten experimentellen Design voneinander trennen lassen.

Rückblickend lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse von Vanderbilt I einen Wendepunkt in der Prozessforschung darstellten und zwar in dem Sinn, dass die Untersuchung einzelner Therapeutenfaktoren von der Untersuchung der therapeutischen Beziehung in ihrer ganzen Komplexität abgelöst wurde (Strupp 1998). Die therapeutische Beziehung wird demnach unter anderem durch spezifische Interventionen des Therapeuten gestaltet und ist weniger ein Faktor unter vielen und damit auch kein „unspezifischer“ Faktor in Abgrenzung zu „spezifischen“ Faktoren.

Schließlich sollen noch vier wichtige Ergebnisse der Vanderbilt-I-Studie genannt werden:

- Durch die Gruppenvergleiche wurde verschleiert, dass Patienten mit hoher Therapiemotivation, der Fähigkeit, schnell eine gute Beziehung zum Therapeuten aufzubauen und einer geringen Ausprägung langbestehender maladaptiver Muster von professionellen Therapeuten erfolgreicher behandelt wurden als von „Laientherapeuten“.
- Bei Patienten mit schweren Charakterproblemen wie z.B. ausgeprägter Feindseligkeit, Misstrauen und Negativismus konnten in keiner der beiden Gruppen nennenswerte Therapieerfolge erzielt werden.
- Die therapeutische Beziehung war im allgemeinen bis zum Ende der 3. Therapiesitzung ausgebildet und veränderte sich dann nicht mehr. Die Qualität dieser Beziehung erwies sich als ein wichtiger Prädiktor für den Therapieerfolg, d.h. eine gute Beziehung korreliert in einem hohen Maß mit einem guten Therapieergebnis und eine schlechte Beziehung sagt mit einer hohen Wahrscheinlichkeit ein schlechtes Ergebnis voraus, da eine anfänglich negative bzw. ambivalente Beziehung sich im Laufe der Therapie kaum noch verbessern lässt.
- Obwohl professionelle Therapeuten eigentlich mit dem Konzept der Übertragung und Gegenübertragung vertraut sein sollten, reagierten sie häufig negativ und antitherapeutisch.

Die Feststellung, dass Therapeuten offenbar Schwierigkeiten haben, Feindseligkeiten auf Patienten- wie auf Therapeutenseite adäquat zu handhaben, war eines der wichtigen und gleichzeitig herausfordernden Ergebnisse der Vanderbilt-I-Studie. Sie haben in bedeutender Weise die Entwicklung von Therapiemanualen gefördert, d.h. Forscher der verschiedenen Schulen, allen voran die Verhaltenstherapeuten, haben begonnen, Behandlungsabläufe detailliert zu beschreiben und zu verallgemeinern, um den Therapieprozess besser zu verstehen und Untersuchungen wiederholbar und vergleichbar zu machen und den Therapeuten insbesondere für die Arbeit mit schwierigen Patienten eine wirksame Handreichung zu bieten. Strupp und Binder (1984) entwickelten ein entsprechendes Manual für den psychodynamischen Therapieansatz. Parallel dazu wurden Messinstrumente entwickelt, die die „Manualtreue“ des Therapeuten erfassen sollen.

Die These, dass die Bezogenheit auf das Therapiemanual mit dem Therapieergebnis korreliert, war Ausgangspunkt der Vanderbilt-II-Studie (1983-1989). Hierbei wurde der Zusammenhang zwischen Ausbildungsstadium des Therapeuten und dem Therapieprozess und -ergebnis untersucht, indem das Therapeutenverhalten in einem Prä- und Postausbildungsdesign verglichen wurde.

Als Ergebnis konnte zunächst festgestellt werden, dass das Training in psychodynamischer Kurzzeittherapie die Gesprächsführung der Therapeuten allgemein verbesserte. Obwohl die Therapeuten, die eine überdurchschnittliche Bezogenheit auf das Therapiemanual aufwiesen, die besten durchschnittlichen Therapieergebnisse erreichten, ließ sich jedoch ein direkter Zusammenhang zwischen beiden Größen nicht feststellen. Zu erwähnen ist das paradoxe Ergebnis, dass gerade die eng am Manual arbeitenden Therapeuten weniger Wärme und Freundlichkeit zeigten und gleichzeitig deren Patienten das höchste Maß an Feindseligkeit (gemessen mit dem VPPS) aufwiesen. Zu weiteren Ergebnissen der Vanderbilt-II-Studie vgl. Hildenbrand (1993).

Die Vanderbilt-Studien haben insgesamt gezeigt, dass auch erfahrene Therapeuten relativ häufig Feindseligkeit (Disaffiliation) in der Interaktion mit dem Patienten nur schwer beherrschen konnten und sich kontratherapeutisch verhielten. Dieses Verhalten konnte auch durch ein spezielles Training der Therapeuten nicht signifikant verbessert werden.

Der Blick auf die Vanderbilt-Studien als Beispiel für Inhalte und Fragestellungen aktueller Psychotherapieforschung hat gezeigt, dass Psychotherapie sowohl als Technologie wie auch als menschliche Beziehung zu verstehen ist (Strupp 2000) und ein wichtiges Feld zukünftiger Forschung darin besteht, wie beide Bereiche in einer fruchtbaren Weise miteinander verbunden werden können. Die Dynamik und Herausforderung der Psychotherapie in Forschung und Praxis beschreibt Strupp (2000) in folgender Weise:

Ich würde sagen, „dass Psychotherapie in jeglicher Form – aus psychodynamischer oder kognitiv-behavioraler Sicht – eine spezifische menschliche Beziehung ist, die letztlich genährt wird durch einen Patienten oder eine Patientin, der oder die in ihr aufgehoben und lernbereit ist und einen Therapeuten oder eine Therapeutin, der oder die über die technischen Fertigkeiten und menschlichen Qualitäten verfügt, die das Wachstum der Persönlichkeit und Änderungen des Verhaltens fördern können.

Dabei muss allerdings klar sein, dass selbst unter besten Bedingungen (...) Geduld, Überzeugung und harte Arbeit wesentliche Zutaten von Psychotherapie sind.“

2.2 Die psychodynamisch / tiefenpsychologisch orientierte Kurzzeittherapie: Begriffsbestimmung

Der Begriff „psychodynamische Therapie“ ist ein seit Jahrzehnten international weit verbreiteter und gebräuchlicher Begriff, unter dem alle Verfahren verstanden werden, die sich enger oder weiter von der Psychoanalyse ableiten (Hoffmann 2000). Unter anderem im Bereich der Psychotherapieforschung fungiert diese Bezeichnung als Oberbegriff für sämtliche analytisch orientierten Verfahren in Abgrenzung zu anderen Therapieformen, z.B. zur Verhaltenstherapie. In der anglo-amerikanischen Literatur finden Bezeichnungen wie „psychodynamic psychotherapy“, „dynamic psychotherapy“ oder „dynamically oriented psychotherapy“ Verwendung – Garfield und Bergin (1994) sprechen zusammenfassend von „psychodynamic approaches“. Zudem ist es die Therapieform, die im deutschsprachigen und anglo-amerikanischen Raum sowohl im klinischen als auch im ambulanten Bereich bis heute am häufigsten angewendet wird (Gabbard 1990). Die Bezeichnungen „tiefenpsychologisch orientierte bzw. fundierte Therapie“ und „analytische Psychotherapie“ ergänzen das Begriffspanorama im deutschsprachigen Raum und haben hier eine vorwiegend kassenrechtliche Bedeutung.

Hoffmann und Schüssler (1999) bieten für die psychodynamische Therapie eine Zusammenfassung der Grundannahmen hinsichtlich Menschenbild und Theorie, die die Verbindungen und die Unterschiede zur klassischen psychoanalytischen Theorie herausstellt. Dazu gehören als verbindende Elemente die Psychologie des Unbewussten, die Konflikt- und Objektpsychologie, die Theorie und therapeutische Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung, die theoretische und therapeutische Nutzung und Bearbeitung der Abwehr (Widerstand) sowie eine hilfreiche Beziehung als Grundlage des therapeutischen Prozesses.

Unterschiede zur klassischen psychoanalytischen Theorie bestehen danach in der Begrenzung der therapeutischen Zielsetzung, der Einschränkung regressiver Prozesse. Außerdem ist die Verbindung zur psychoanalytischen Gesamtheorie begrenzt, da viele metatheoretische Positionen nicht übernommen werden.

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen der dynamischen Kurzzeittherapie und der Psychoanalyse ist die deutliche zeitliche Begrenzung. Die Ermittlung und die Arbeit an einem dynamischen Fokus zielt nach Schacht et al. (1991) allgemein darauf ab, bei zeitlich begrenzten Therapien eine möglichst große Effizienz zu erreichen.

Dies geschieht im wesentlichen dadurch, dass der dynamische Fokus auf eine bestimmte Art und Weise eine Therapieerfahrung strukturieren hilft und so die vorgesehene Zeit optimal nutzt. Er wird bestimmt mit Blick auf ein Hauptsymptom, auf ein anhaltendes zwischenmenschliches Dilemma bzw. Handlungsmuster („cyclic maladaptive pattern“, CMP), auf eine Entwicklungssperre oder eine fehlangepasste Selbsteinschätzung. Der Fokus ist weniger eine absolute Zielformulierung als eine heuristische Leitlinie für die Therapie, wobei schon die Fokusgewinnung selbst ein wichtiger erster Schritt für den Patienten ist, komplexe Lebensprobleme zu bewältigen (vgl. hierzu auch Kapitel 4.2).

2.3 Die therapeutische Beziehung als zentraler Wirkfaktor in der Psychotherapie

Auch wenn nach Strupp (2000) Psychotherapie weniger den Faktor „Beziehung“ beinhaltet als dass sie selbst Beziehung ist, ist es trotzdem sinnvoll, diese „Beziehung der besonderen Art“ mit Hilfe von Faktoren zu analysieren und zu beschreiben – wohl ahnend, dass dies der Komplexität und Originalität jeder menschlichen Beziehung nur ansatzweise gerecht wird.

Verschiedene Faktoren tragen nun zum Gelingen des psychotherapeutischen Geschehens bei. Nach Lambert und Barley (2001) gehören dazu sowohl Bedingungen, die außerhalb der Therapie liegen, als auch die (positiven) Erwartungen des Patienten, des weiteren spezifische therapeutische Techniken und schließlich allgemeine Faktoren, zu denen Empathie, Wärme, Echtheit und die Beziehung zwischen Patient und Therapeut zählen. Es konnte immer wieder, auch unabhängig vom Messinstrument, gezeigt werden, dass der Therapieerfolg in einem hohen Maß von der Qualität der therapeutischen Beziehung abhängt (z.B. Binder und Strupp 1997, Crits-Christoph 1998, Luborsky 1994). In den vergangenen Jahrzehnten der Psychotherapieforschung sind zahlreiche theoretische Konzepte und Studien zu diesem zweifellos wichtigen, jedoch nicht leicht zu beschreibenden und zu messenden Element der Psychotherapie entstanden, zu denen im Folgenden ein Überblick gegeben wird. (Vgl. hierzu Henry et al. 1994, Horvath 2001, Lambert und Barley 2001, Saketopoulou 1999).

Es ist nicht zu übersehen, dass die gute Beziehung zwischen Arzt bzw. Therapeut und Patient auch in anderen medizinischen Disziplinen insbesondere im Hinblick auf die Compliance eine bedeutende Rolle spielt (Kaplan 1998, Klemperer 2003).

2.3.1 Theoretische Konzepte zur therapeutischen Beziehung

Bereits für Freud war die gute Beziehung zwischen Patient und Therapeut das Schlüsselement einer erfolgreichen Analyse. Mit ihm beginnt auch gleichzeitig ein differenzierter Blick bzw. eine Modellvorstellung dessen, was zwischen beiden Personen geschieht. Freud geht davon aus, dass die libidinösen Bestrebungen des Menschen nur zum Teil die volle psychische Entwicklung durchmachen und dann

dem Bewusstsein zugänglich sind, während ein anderer Teil in seiner Entwicklung stehen bleibt und deshalb keine Verbindung zum Bewussten aufnimmt. Die unbewussten Anteile sind Gegenstand der Übertragung und deren Deutung durch den Analytiker, die Widerstände und Distanz auf Seiten des Patienten auslösen können, während die bewussten Anteile die solide und verlässliche Basis der Beziehung zwischen Arzt und Patient darstellen (Freud 1912).

Mit dem Begriff „Ich-Beziehung“ (ego alliance) versuchte Sterba (1934) hervorzuheben, dass die Fähigkeit des Patienten zum Wechsel zwischen Erfahrungen und Beobachtungen in der Analyse von großer Bedeutung ist. Mit dem Teil seines Ichs, das diese Fähigkeit besitzt, identifiziert sich der Patient mit dem Arbeitsstil des Therapeuten.

Der Begriff „therapeutische Beziehung“ wurde von Zetzel (1956) in die Psychotherapieforschung eingeführt. Sie ist der Meinung, dass in einer Therapie die Fähigkeit des Patienten, mit den gesunden und aktiven Anteilen seines Ichs eine Verbindung, also eine Beziehung zu dem Therapeuten einzugehen, eine bedeutende Rolle spielt. Grundlage hierfür ist eine überwiegend als stabil und hilfreich erlebte Mutter-Kind-Beziehung. Der Therapeut kann seinerseits die Entstehung dieser Beziehung fördern, indem er dem Patienten deutlich macht, dass er seine Nöte, Fragen und Ängste wahr nimmt und ernst nimmt. Unterbleibt dies, kann es sein, dass der Patient den Therapeuten als distanziert und wenig hilfreich erlebt und möglicherweise die Therapie abbricht oder ohne Erfolg beendet.

Anknüpfend an Sterba und Zetzel ergänzte Greenson (1965) den Begriff „therapeutische Beziehung“ mit den Begriffen „Arbeitsbeziehung“ bzw. „Arbeitsbündnis“. Er war der Meinung, dass sich „Arbeitsbeziehung“ auf die Fähigkeit des Patienten bezieht, in der Therapie erfolgreich mit dem Therapeuten zusammen zu arbeiten und „therapeutische Beziehung“ den Bindungscharakter dieser Beziehung beschreibt. Andererseits sind für ihn diese beiden Begriffe so eng verwandt, dass sie austauschbar sind. Die „Beziehung“ – bezogen auf die Arbeits- und die therapeutische Beziehung – hält er für das einzige Element in der therapeutischen Begegnung (neben der Übertragung und der „wirklichen Beziehung“), das unabhängig von Bedingungen und Beziehungen außerhalb der Therapie ist. Die oben genannten Modellvorstellungen bieten verschiedene Interpretationen und Lösungsvorschläge für die Frage nach dem Verhältnis von Übertragung und „wirklicher Beziehung“ zwischen Patient und Therapeut.

Noch weiter differenzierte Luborsky (1976), indem er hinsichtlich der Qualität der therapeutischen Beziehung zwei Hauptgruppen unterscheidet. In Beziehungen des Typs 1 ist der Patient davon überzeugt, dass der Therapeut in der Lage ist, ihm oder ihr zu helfen. Fünf Faktoren tragen zur Entstehung dieser Art von Beziehung bei: der Patient erlebt den Therapeuten als einfühlsam und unterstützend; sodann nimmt er den Therapeuten als hilfreich wahr. Drittens glaubt der Patient, dass die Therapie Veränderungen mit sich bringen wird. Darüber hinaus ist der Patient überzeugt, dass eine enge Beziehung entstehen wird, in der er keine Verletzungen oder Kränkungen durch den Therapeuten befürchten muss. Schließlich glaubt der Patient, dass die Therapie erfolgreich sein wird. Beziehungen des Typs 2 stellen für den Patienten eine Situation dar, in der die Möglichkeiten und Energien von Patient und Therapeut mobilisiert und miteinander verbunden werden. Hinzu kommt, dass beide Seiten ähnliche Vorstellungen über die Ursache der Probleme des Patienten haben müssen und schließlich muss der Patient in der Lage sein, den Dienst des Therapeuten zu nutzen und von ihm zu profitieren.

Ungefähr zur gleichen Zeit schlug Bordin (1979) ein dreiteiliges Modell der therapeutischen Beziehung vor. Eine erste Komponente stellt die emotionale Bindung zwischen Patient und Therapeut dar; als zweites kommt die Übereinstimmung mit den Zielen der Therapie hinzu und schließlich die Verständigung über die wichtigen Arbeitsfelder und Arbeitsweisen, die beide Seiten als relevant und effektiv ansehen. Dabei müssen sich sowohl Patient wie Therapeut dafür verantwortlich fühlen, die damit verbundenen Handlungen umzusetzen.

Obwohl Luborsky und Bordin ihre Ideen auf der Grundlage des psychodynamischen Therapieansatzes entfalten, sind sie dennoch für Kliniker und Forscher anderer Richtungen interessant. Als „transtheoretische Modelle“ heben sie die wichtige Rolle der therapeutischen Beziehung in allen helfenden Begegnungen hervor und entwickeln eine Modellvorstellung außerhalb der klassischen psychodynamischen Begrifflichkeiten (z.B. Übertragung, bewusste und unbewusste Prozesse).

In neuerer Zeit kam Gaston (1990) zu einem vierteiligen Modell, dessen Komponenten relativ unabhängig voneinander sind und das frühere Vorstellungen von der therapeutischen Beziehung neu zusammensetzt. Dies beinhaltet zunächst die Fähigkeit des Patienten, den Teil seines Ichs zu mobilisieren, der sich mit dem Therapeuten verbünden kann, um erfolgreich zu arbeiten; dann gehört dazu der Aufbau einer affektiven Bindung zwischen Patient und Therapeut. Zwischen beiden ist drittens eine

Übereinstimmung hinsichtlich der Ziele und Inhalte der Therapie erforderlich und schließlich auf Seiten des Therapeuten ein empathisches Verständnis für und eine Einstellung auf die emotionalen Bedürfnisse des Patienten.

Die Einschätzung und Wertschätzung der therapeutischen Beziehung ist auch abhängig von der Sichtweise einer Therapieschule. Für Rogers, auf den die Gesprächspsychotherapie zurückgeht, hat die therapeutische Beziehung an sich eine heilende Wirkung (Rogers 1951), und auch für die Verhaltenstherapie spielt sie trotz deren lerntheoretischer Ansätze eine zunehmend wichtige Rolle (Raue et al. 1994).

Dieser Überblick über die wichtigsten Modellvorstellungen auf dem Gebiet der therapeutischen Beziehung zeugt von großer Vielfalt und der bereits erwähnten Schwierigkeit, diese wichtige therapeutische Komponente zufriedenstellend zu beschreiben und zu erfassen. Trotz einer jahrzehntelangen Forschungsgeschichte existiert bis heute keine konsensfähige und eindeutige Definition dieses Begriffs. So bleiben auch einige Fragen, die Henry und Strupp (1994) an jede grundsätzliche Diskussion zur therapeutischen Beziehung richten, bis heute aktuell:

1. Was genau ist die therapeutische Beziehung? Ist es eine bestimmte Form von Beziehung, eine Zusammensetzung von Verhaltensweisen oder eine Übereinstimmung hinsichtlich der therapeutischen Ziele und Inhalte?
2. Ist die therapeutische Beziehung eine eindimensionale oder mehrdimensionale Konstruktion?
3. Wie entwickelt sich die therapeutische Beziehung während der Therapie?
4. Welche Beiträge leisten Therapeut und Patient zum Aufbau dieser Beziehung?
5. Hat die therapeutische Beziehung einen direkten oder indirekten Zusammenhang mit dem Therapieerfolg?
6. Hat die therapeutische Beziehung in unterschiedlichen Arten von Therapien verschiedene Funktionen oder allgemein während verschiedener Phasen einer Therapie?
7. In welchem Verhältnis stehen „Technik“ und „Beziehung“ zueinander?
8. Welche Bedeutung haben die Modellvorstellungen zur therapeutischen Beziehung für die Praxis und die Ausbildung der Therapeuten?

Aus der Schwierigkeit, eine Definition der therapeutischen Beziehung zu entwickeln resultiert auch die Schwierigkeit, ein eindeutiges und vor allem einheitliches Messinstrument dafür zu finden. Im Folgenden wird ein Überblick über die wichtigsten Methoden zur Erfassung der therapeutischen Beziehung gegeben.

2.3.2 Messinstrumente zur therapeutischen Beziehung

Die Zahl und die Art der Instrumente entspricht im Wesentlichen den verschiedenen Theorien zur therapeutischen Beziehung.

Eine der am meisten verbreiteten Möglichkeiten zur Messung der therapeutischen Beziehung, das Working Alliance Inventory (WAI), wurde von Horvath und Greenberg (1994) entwickelt. Es baut auf dem dreiteiligen Modell von Bordin auf und besteht aus drei Subskalen.

Auf dem Modell von Gaston (1990) baut die California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS, Marmar et al. 1989) auf, die je eine Version für den Patienten und den Therapeuten enthält.

Ebenfalls häufig benutzt werden die Penn Helping Alliance Rating Scale (HA, Morgan et al. 1982) und der Helping Alliance Global Questionnaire (HAQ), die sich beide auf die Typ-1 bzw. Typ-2-Beziehungen von Luborsky (1994) beziehen.

Ein mehrdimensionales Instrument, das möglichst umfassend die verschiedenen Beiträge von Patient und Therapeut zur therapeutischen Beziehung und deren Einschätzungen, Erfahrungen und Verhaltensweisen erfassen will, ist die Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS), entwickelt von Hartley und Strupp (1983). Zu weiteren, für die Vanderbilt-Studien entwickelten Messinstrumenten vgl. Kapitel 2.1.

Als eine Art Mikrokosmos der therapeutischen Beziehung beschreiben Frieswyk et al. (1986) die zu messenden sechs Dimensionen, und zwar: positives Klima, Widerstand des Patienten, Führung durch den Therapeuten, Motivation des Patienten, Verantwortung und Angst des Patienten.

Obwohl die genannten Messinstrumente zu verschiedenen Definitionen der therapeutischen Beziehung gehören, korrelieren sie oft in einem hohen Maß untereinander (Hougaard 1994, Luborsky 1994).

2.3.3 Wichtige empirische Studien zur therapeutischen Beziehung

Zum Thema „therapeutische Beziehung“ existiert eine nicht überschaubare Menge an Literatur, die sowohl die Entwicklung theoretischer Konzepte als auch Berichte über empirische Studien umfasst. Die Recherche zu den Stichworten „therapeutic alliance“, „therapeutic relationship“ und „working alliance“ in den Datenbanken „medline“ und „PsyIndex / PsycInfo“ ergab allein für den Zeitraum von 1997 bis heute pro Stichwort und Datenbank rund 150 Treffer. Diese Fülle beeindruckt und gewährt gleichzeitig einen Blick auf die große Bandbreite dieses Themas und unterstreicht dessen herausragende Bedeutung. Neben grundsätzlichen und wesentlichen Ergebnissen bisheriger Forschungen zur therapeutischen Beziehung ist für die vorliegende Fragestellung darüber hinaus interessant, ob und wie sich die Einschätzungen von Patient und Therapeut unterscheiden und welche detaillierten und aktuellen Aussagen es zu dem Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg gibt. Schließlich ist die Frage von Bedeutung, welche Eigenschaften auf Patienten- wie auf Therapeutenseite die Beziehung in welcher Weise beeinflussen. Zur Darstellung der allgemeinen Ergebnisse dient als Grundlage die Zusammenfassung von Henry et al. (1994), die Entwicklungen seit dieser Zeit werden durch Verweis auf exemplarisch ausgewählte, neuere Forschungsergebnisse belegt.

Die ersten Messungen zur therapeutischen Beziehung wurden zu Beginn der 1980er Jahre durchgeführt. Die Beurteilungen erfolgten durch unabhängige Beobachter und nicht (zusätzlich) durch den Patienten oder den Therapeuten selbst. Als Messinstrumente wurden „Zeichen zählen“ („counting sign method“) und „Allgemeine Einschätzungen“ („Global rating method“) entwickelt und eingesetzt. Bei der „counting sign method“ werden Äußerungen des Patienten bezüglich der therapeutischen Beziehung identifiziert und gewichtet, sodass letztlich pro Therapiesitzung eine mittlere Punktzahl als Maß für die Beziehung ermittelt werden kann. Da die Auswertung bei diesem Instrument ausgesprochen eintönig und ermüdend und damit aufwändig ausfällt und eine hohe Korrelation zur „Global rating method“ besteht, wurde letztere häufiger angewandt. Hierbei wird zunächst die ganze Therapiesitzung bzw. ein größerer Abschnitt daraus betrachtet, um anschließend verschiedene Einschätzungen der einzelnen Aussagen zur therapeutischen Beziehung vorzunehmen (Vgl. hierzu u.a. Luborsky et al. 1983). Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB, Benjamin 1974, vgl. hierzu Kapitel 4.2) stellt eine weitere Methode zur Beurteilung der

zwischenmenschlichen Abläufe in der Therapie dar, die nach Henry und Strupp (1994) nicht die Beziehung beeinflussen, sondern selbst die Beziehung *sind*. Andere Definitionen bzw. Umschreibungen von therapeutischer Beziehung (vgl. Kapitel 2.3.1) bauen danach auf diesen fundamentalen interpersonellen Prozessen auf.

Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchungen, die weiterhin mit einer zunehmenden Zahl von Messinstrumenten (u.a. VTAS, HA, vgl. Kapitel 2.3.2) durchgeführt wurden, war die Bestätigung und Bekräftigung der These, dass die therapeutische Beziehung eine entscheidende prognostische Bedeutung für den Therapieerfolg hat.

In einer nächsten Phase wurden Instrumente entwickelt und eingesetzt, die jeweils bestimmte Modelle zur therapeutischen Beziehung zur Grundlage hatten und vor allem die Einschätzung der Beziehung durch Beobachter, Patient und Therapeut vorsahen. Hierzu gehören WAI, CALPAS (vgl. Kapitel 2.3.2) und die auf einem generischen Psychotherapiemodell aufbauenden Therapeutic Bond Scales (TBS, Orlinsky und Howard 1986)

Wichtig ist sodann die Frage, ob die Aussagen verschiedener Messmethoden einander weitgehend entsprechen oder ob sie unabhängig voneinander betrachtet werden müssen. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Korrelation zwischen den verschiedenen Instrumenten und den Untersuchungsergebnissen eine recht große Bandbreite besitzt. Außerdem ist es so, dass die einzelnen Untersuchungsmethoden eine unterschiedlich hohe Vorhersagekraft für das Therapieergebnis haben.

Verschiedene statistische Methoden kommen bei der Auswertung der mit den unterschiedlichen Messinstrumenten erhobenen Daten zur Anwendung. Hierbei handelt es sich um die Untersuchung der Korrelation verschiedener Skalen einer Methode, sowie die Betrachtung der Zielgröße und der Einflussgröße.

Korrelation

Untersuchungen zur Korrelation lassen vermuten, dass es keine verschiedenen, eindeutig voneinander abgrenzbaren und messbaren Dimensionen therapeutischer Beziehung gibt (Henry et al. 1994), da häufig hohe Korrelationskoeffizienten zwischen Skalen ermittelt wurden, die auf einem mehrdimensionalen Beziehungsmodell beruhen. Allerdings wurden diese Untersuchungen mit recht homogenen Gruppen durchgeführt, bei denen ohnehin hohe Korrelationen zu erwarten sind.

Zielgröße

Ergebnisse von Studien, die sich mit der Untersuchung der Zielgröße befassen, scheinen eher für ein multidimensionales Beziehungsmodell zu sprechen, obwohl auch hier die Aussagen nicht eindeutig sind. Insbesondere der Beitrag des Therapeuten zur therapeutischen Beziehung konnte als eigenständiger Faktor vom Beitrag des Patienten zu dieser Beziehung unterschieden werden. Außerdem spricht viel für die Unterscheidung von therapeutischer Beziehung und Arbeits- bzw. Übertragungsbeziehung, da im Falle einer tragfähigen Beziehung die Patienten starke negative Reaktionen gegenüber dem Therapeuten durcharbeiten konnten, ohne die Therapie abubrechen.

Einflussgröße

Auch die Untersuchungen zu Einflussgrößen unterstützen weniger ein einfaches Modell als ein zweiteiliges Modell mit verschiedenen Beziehungsdimensionen. Allerdings wurden diese Ergebnisse nur bei Messungen mit WAI und CALPAS (vgl. Kapitel 2.3.2) beobachtet. Offenbar erscheint die therapeutische Beziehung nicht nur abhängig von der statistischen Methode sondern auch je nach Messinstrument entweder ein- oder mehrdimensional.

Hinsichtlich der konkreten Fragestellung dieser Arbeit sollen die wichtigsten Forschungsergebnisse zum Verlauf der Patient-Therapeut-Beziehung im Verlauf der Therapie, die Abhängigkeit der Beziehung von anderen Faktoren wie z.B. Diagnosen und schließlich der Zusammenhang zwischen Beziehung und Therapieerfolg dargestellt werden.

Verlauf der therapeutischen Beziehung

Die Frage nach dem Verlauf der therapeutischen Beziehung enthält nach Henry et al. (1994) verschiedene Aspekte: zunächst die Frage, ob und wenn ja welchen Veränderungen die Qualität der Beziehung während des gesamten Prozesses unterliegt; dann die Frage, ob es verschiedene Muster von Veränderungen gibt, die mit bestimmten Therapieergebnissen verknüpft sind bzw. keinen Zusammenhang mit bestimmten Ergebnissen haben. Schließlich ist noch von Interesse, ob es Zeiten bzw. Zeitabschnitte während der Therapie gibt, die für die Entwicklung der Beziehung eine besondere Bedeutung haben. Entsprechend den Ergebnissen der Vanderbilt-Studien

(vgl. Kap. 2.1) scheint sich eine gute therapeutische Beziehung bis zum Ende der 3. Sitzung zu entwickeln und danach relativ konstant zu bleiben. Ist bis dahin keine Beziehung von einer gewissen Qualität entstanden, entwickelt sie sich in den meisten Fällen nicht mehr. Dies wird auch von anderen Untersuchern bestätigt (z.B. Kokotovic und Tracey 1990, Mallinckrodt und Nelson 1991, Randeau und Wampold 1991). Von Marmar et al. (1989) wurde die 5. Sitzung als entscheidend für die Entwicklung der therapeutischen Beziehung und damit bedeutsam für das Therapieergebnis identifiziert. Beim Vergleich verschiedener Beziehungsqualitäten im Verlauf der Therapie stellte sich für Hartley und Strupp (1983) der Zeitpunkt nach Verstreichen eines Viertels des Prozesses als entscheidend heraus.

Im Hinblick auf weitere Details zum Verlauf der therapeutischen Beziehung ist es so, dass hierzu - abhängig vom Untersuchungsinstrument - recht unterschiedliche Aussagen gemacht werden können. Zum einen belegen Studien einen weitgehend konstanten Verlauf der therapeutischen Beziehung (Gomes-Schwartz 1978; Marmar et al. 1989; Morgan et al. 1982). Zum anderen stellten Hartley und Strupp (1983) fest, dass bei Patienten, die ihre Therapie zu Ende führten, die für die Beziehung stehenden Werte mit der Zeit abnahmen. Außerdem wurden verschiedene Muster von Beziehungsentwicklungen während der Therapie bei verbesserten und unveränderten Patienten beobachtet. Insgesamt merken Henry und Strupp (1994) hierzu kritisch an, dass die Gruppenvergleiche wichtige Untergruppen von Patienten und Therapeuten hinsichtlich der Einschätzung der Beziehung verschleiern, was in neuerer Zeit auch Bachelor und Salamé (2000) bestätigen, so dass die Frage nach unterschiedlichen Zusammenhängen zwischen Beziehung und Therapieergebnis bezogen auf den Therapieverlauf offen bleibt.

Einfluss anderer Faktoren

Hinsichtlich der verschiedenen Faktoren, die neben der Beziehung für Therapieverlauf und -ergebnis eine wichtige Rolle spielen, sei verwiesen auf Lambert und Barley (2001). Insbesondere mit der Bedeutung der Erwartungen von Patienten- wie von Therapeutenseite befassen sich Meyer et al. (2002)

Beziehung und Therapieergebnis

Der bereits erwähnte enge Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg konnte in den vergangenen Jahrzehnten der Forschung bis heute

immer wieder für verschiedene Therapieformen, insbesondere auch für die dynamische Kurzzeittherapie bestätigt werden (Frieswyk et al. 1986, Piper et al. 1995, Saunders 2000, Svartberg 1993). Die von Horvath und Symonds (1991) durchgeführte Meta-Analyse unter Einbeziehung von 24 Studien zum Zusammenhang von Beziehung und Therapieergebnis und die entsprechende Aktualisierung von Martin et al. (2000), die 79 Studien umfasst, belegt einen mäßigen aber reliablen Zusammenhang zwischen guter therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg. Durchgängig konnte beobachtet werden, dass die Qualität der Beziehung, wie sie von Patientenseite eingeschätzt wird, die zuverlässigste Vorhersage für den Therapieerfolg bietet. Mit abnehmender Vorhersagekraft folgen dann die Einschätzung von Therapeuten-seite und die eines unabhängigen Beobachters. Die Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch Patient und Beobachter scheinen grundsätzlich mit dem Therapieergebnis mehr zu korrelieren als die Einschätzung des Therapeuten. Schließlich ist die Verknüpfung von Beziehung und Therapieergebnis unabhängig von der Art der Therapie, von ihrer Länge, sowie von der Anzahl der Probanden. Die unterschiedliche Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch Patient und Therapeut bestätigen auch Hersoug et al. (2001). Insbesondere die Erfahrung und Ausbildung des Therapeuten wurde dabei nur von Therapeutenseite als bedeutsam für die Beziehung eingestuft.

3 Material und Methoden

3.1 Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt (DKZP)

In der vorliegenden Dissertation werden Therapieverläufe und –ergebnisse von 49 Patienten untersucht, die im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekts (DKZP) mit einer 25-stündigen dynamischen Kurzzeitpsychotherapie behandelt worden sind. Eine ausführliche Darstellung dieses Projekts findet sich bei Junkert-Tress et al. (1999, 2001). Ziel dieses Projektes ist es, mit Hilfe mikrostruktureller Prozess- und Inhaltsanalysen Prädiktoren für günstige und ungünstige Therapieverläufe bzw. gute und schlechte Therapieergebnisse zu ermitteln. Als Zielgruppen sind insbesondere Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Störungen im Blick, während Patienten mit neurotischer Symptomatik als Kontrollgruppe dienen, da für sie die Wirksamkeit dynamischer Kurzzeittherapie als gut erforscht und gesichert gilt (Shapiro et al. 1994, Barkham et al. 1994). Die einzelnen Sitzungen werden auf Tonband aufgezeichnet; zusätzlich diktiert der Therapeut nach jeder Stunde eine Zusammenfassung, die „critical events“ besonders berücksichtigt. Hiermit sind Abschnitte gemeint, in denen bedeutsame Aspekte des CMPs in der therapeutischen Beziehung sichtbar werden. Außerdem füllt der Therapeut nach jeder Sitzung einen Fragebogen aus, der den Vanderbilt Therapeutic Strategies Scale (VTSS Butler et al. 1995) entspricht. Nach der 4., 8., 12., 16., 20. und 24. Stunde ist vom Patienten der Intrex-Kurzfragebogen (Benjamin 1974, 1984), der auch die Einschätzung seiner Beziehung zum Therapeuten enthält, zu bearbeiten. Zu den gleichen Zeitpunkten füllt der Therapeut den Intrex-Fragebogen aus, der seine Beziehung zum Patienten erfassen soll. Neben den ICD-10 und DSM-III-R-Diagnosen und der tiefenpsychologischen Anamnese im Rahmen der Baseline-Diagnostik spielen als Untersuchungsinstrumente zur Beurteilung des Therapieerfolges der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS, Schepank 1987), die Symptom Check List (SCL-90-R, Derogatis 1983) und der Global Assessment of Functioning Scale (GAF, Endicott et al. 1976) eine wichtige Rolle. Außerdem wird nach der ersten Stunde der Intrex-Fragebogen (Version E, Tress 1993) eingesetzt. Die Sitzungen 1 und 2, außerdem die ersten 20 Minuten der 4., 8., 12., 16., 20. und 24. Stunde werden zur SASB-Prozessanalyse transkribiert (Mergenthaler 1992), da nach den Vanderbilt- (Henry et al. 1986) bzw. Penn-Studien (Luborsky et al. 1990) die ersten Sitzungen als entscheidend für den Verlauf der Therapie und die Qualität der therapeutischen Bezie-

hung identifiziert wurden. Anhand der nachfolgenden Sitzungsausschnitte lassen sich die Behandlungsprozesse beurteilen.

Im Rahmen der Abschlussdiagnostik wird erneut der Intrex-Fragebogen (Version E + Tress 1993) vom Patienten ausgefüllt, sowie von Patient und Therapeut eine globale Einschätzung des Therapieerfolges anhand der Eingangsdiagnostik und den zu Beginn formulierten Therapiezielen vorgenommen.

Katamnesen werden nach 6 Monaten, 1, 2 und 5 Jahren von einem anderen Therapeuten durchgeführt. Das dabei geführte Interview besteht aus einem freien Teil, der die Entwicklung der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung des Patienten zum Thema hat sowie einem halbstrukturierten Teil, in dem Punkte wie der augenblickliche Gesundheitszustand, das subjektive Erleben körperlicher und seelischer Symptome, Genuss- und Suchtmittelgebrauch, aktuelle Beziehungen zu bedeutsamen Anderen, die aktuelle Lebenssituation hinsichtlich Wohnen und Arbeit, Sexualität und Liebesfähigkeit, das derzeitige Selbstbild und die Erfahrung mit der stattgehabten Kurzzeitpsychotherapie erfragt werden.

3.2 Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) und das zyklisch-maladaptive Muster (CMP)

Die SASB/CMP-Methode ist der Kern des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekts. Dieser Methode liegt die Vorstellung zugrunde, dass sich wiederholende, weil sich selbst unterhaltende Verhaltens- und Beziehungsmuster als eine wichtige Form der Persönlichkeitsbildung (Sullivan 1953) wie auch als Ursache psychogener Erkrankungen (Luborsky 1984, Strupp und Binder 1984) anzusehen sind. Entscheidend ist nun, dass der Patient diese Verhaltensmuster in der therapeutischen Beziehung in Szene setzt und sie damit einer Veränderung zugänglich macht. Intrapsychische und interpersonelle Erwartungen und Handlungen stehen dabei in einem sehr engen, zirkulären Zusammenhang.

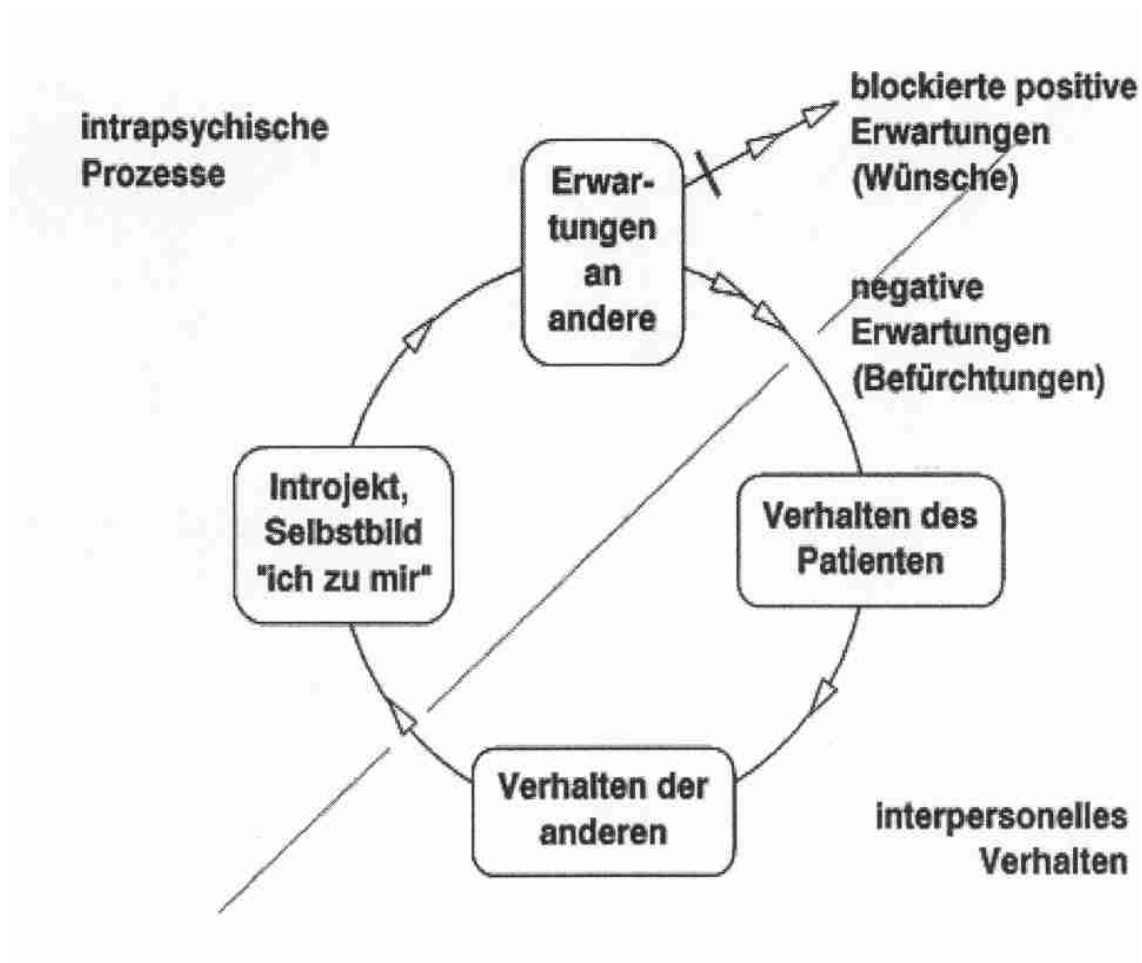


Abb.1: Das zyklisch-maladaptive Muster (CMP) von Strupp und Binder (1984), in der Übersetzung von Tress (1993).

Junkert-Tress et al. (1999) beschreiben das zyklisch-maladaptive Muster (CMP) von Strupp und Binder (1984) mit seinen vier verschiedenen Bestandteilen und ihre Zusammenhänge in Verhaltensmustern in folgender Weise:

„1. Das Introjekt betrifft den Umgang des Patienten mit sich selbst. In der Regel stoßen wir intrapsychisch auf selbstkontrollierende, selbstbestrafende, selbstunterstützende oder selbstzerstörerische Haltungen. Das Introjekt reflektiert Einstellungen und Bewertungen, welche der Patient früher durch relevante Bezugspersonen erfahren und nun selbstreflexiv übernommen hat. Zum Beispiel demütigt er sich heute selbst so, wie er früher von den Eltern kritisiert und lächerlich gemacht wurde.

2. Hierauf folgen generalisierte Erwartungsstereotypen des Patienten bezüglich des Verhaltens anderer zu ihm. Meist geht es um die Standard-Prognose von Entwertungen oder Bestrafungen bzw. Zurechtweisungen im Sinne einer Internalisierung früherer Primärerfahrungen. Positive Sehnsüchte nach Zuwendung und Wertschätzung bzw. elterlich-freundliche Anleitungen sind längst als aussichtslos verabschiedet. Solche Negativ-Erwartungen bezüglich der Einstellungen anderer gegenüber dem Patienten speisen sich unmittelbar aus seinem entwertenden Introjekt. ‚So schlecht, wie ich mich einschätze, werden mich früher oder später auch meine Mitmenschen sehen, falls sie es nicht längst schon tun!‘

3. Hieraus folgt meist in Identifikation mit den Primärobjekten ein spezifisches zwischenmenschliches Verhalten des Patienten, entweder im Sinne eines prophylaktischen Gegenangriffs oder er tritt, ohne dass schon wirklich etwas geschehen wäre, in vorwegnehmender Unterwerfung den Rückzug an. Davon wissen die Indexpersonen, also grundsätzlich ein jeder von uns, kaum etwas. Wir wissen alle erstaunlich wenig darüber, wie wir selbst mit unseren Mitmenschen umgehen.

4. Dies kann aber auf Dauer nicht ohne Folge für das reale Beziehungsverhalten der Umwelt bleiben. Es gestaltet sich meist komplementär zum Beziehungsverhalten des Patienten, etwa im Sinne der projektiven Identifizierung. Der Andere wird nahezu gezwungen, das vorwegphantasierte, gefürchtete Verhalten tatsächlich an den Tag zu legen, und eben dies verwertet der Patient radargenau als Bestätigung seines ohnehin schon schlechten Introjektes. ‚Wenn man mich so verächtlich behandelt,

dann heißt dies doch, dass ich wirklich nur und ausschließlich verachtenswert bin', womit sich das CMP geschlossen und im Sinne einer positiven feed-back-Schleife in seiner inneren Konsistenz und Schärfe verstärkt und beschleunigt hätte.“

In der Modifikation von Tress et al. (1996) werden die Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen weiter differenziert und in das ursprüngliche CMP-Modell integriert. „Das innere Modell früher Bezugspersonen wirkt mehrfach auf den maladaptiven Zirkel ein:

1. Über den Modus der *Internalisierung* beeinflusst es die Wünsche des Patienten an andere. Es ist, als sei die relevante Bezugsperson nun unmittelbar präsent und führt besonders zur Ausbildung negativer Erwartungen und Befürchtungen. (...) Diese Befürchtungen steuern nun sein Verhalten. Im SASB-Modell entsprechen diese Befürchtungen dem intransitiven *Fokus 2*.
2. Der Modus der *Identifikation* lässt die Früherfahrung auch direkt auf das Verhalten des Patienten einwirken. Der Patient verhält sich so wie seine früheren Bezugspersonen. Beispielhaft sei an den Abwehrmechanismus der ‚Identifikation mit dem Aggressor‘ erinnert. Dies entspricht dem transitiven *Fokus 1*. Entsprechend reagieren dann andere Menschen dann ihrerseits auf den Patienten.
3. Das Selbstbild des Patienten oder sein innerseelischer Umgang mit sich selbst wird im CMP durch das typische Verhalten der anderen aufrechterhalten. Es entsteht aber im Modus der *Introjektion*. Wieder kommt die negative Primärerfahrung zum Tragen. Der Patient behandelt sich selbst so, wie er früher von den Eltern behandelt wurde. Dieser Vorgang ist dem Introjekt-*Fokus 3* zuzuordnen.

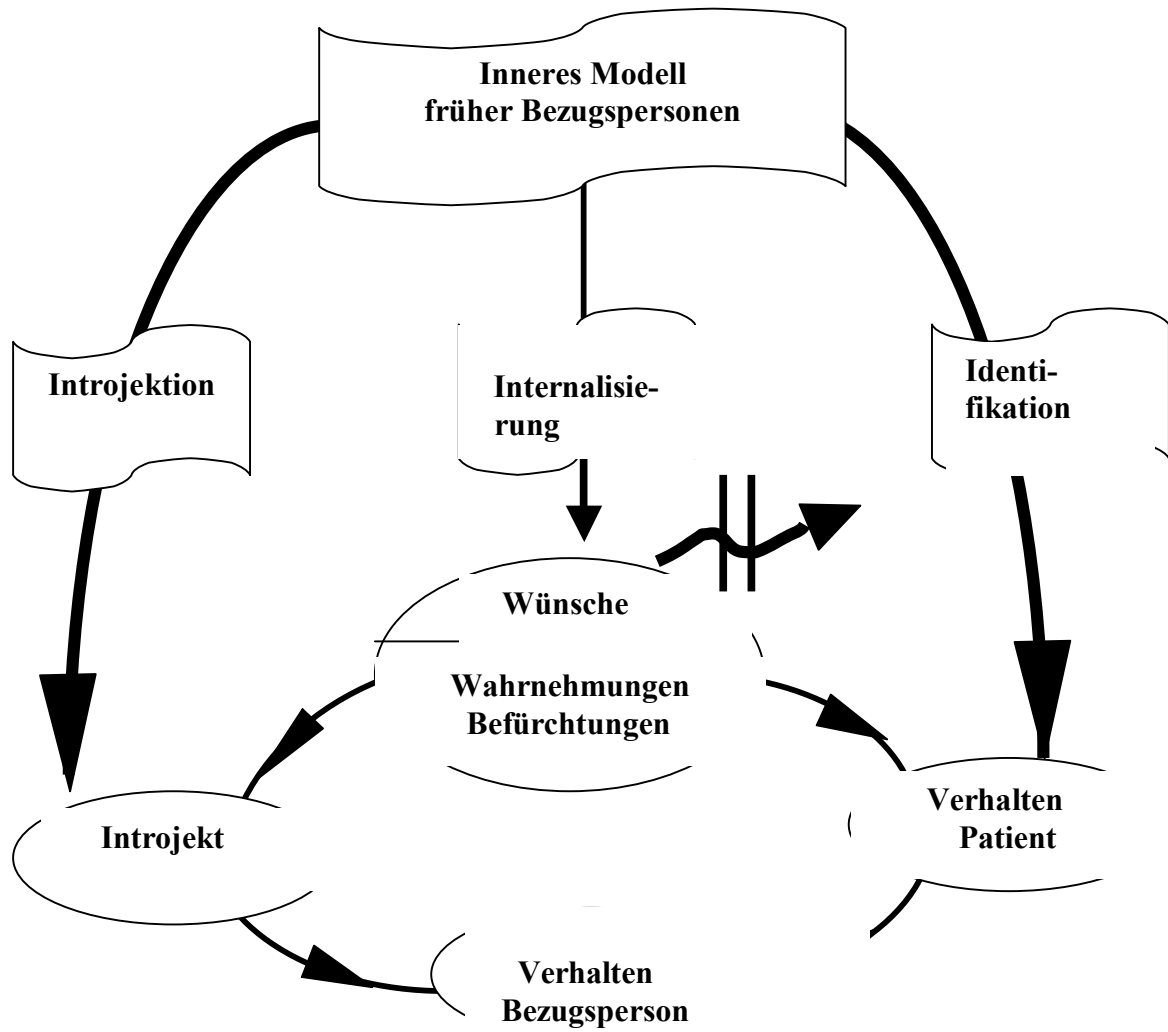


Abb. 2: erweitertes CMP (Tress et al. 1996)

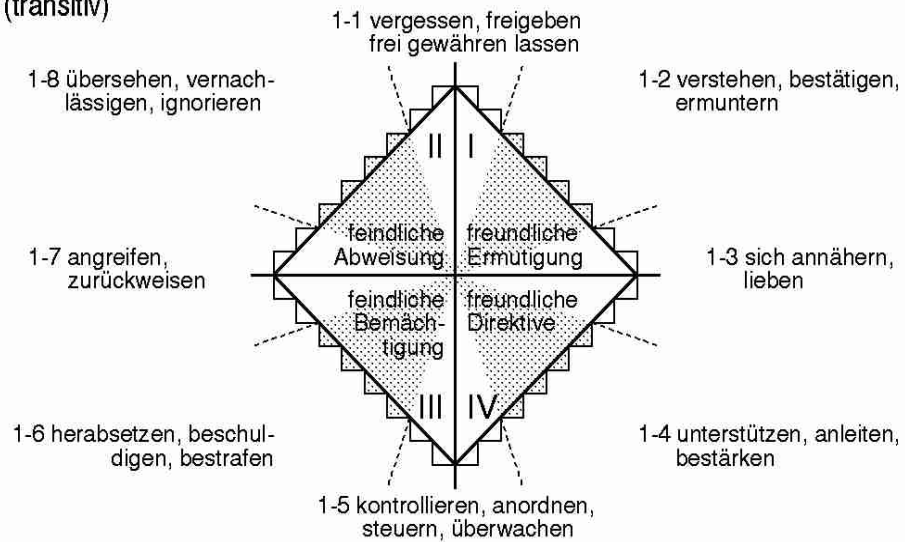
Junkert-Tress et al. (1999) führen weiter aus: „Überhaupt sehen wir die introjektive maladaptive Haltung der Patienten zu sich selbst als den wesentlichen Träger der anhaltenden psychosomatischen, innerseelischen und interpersonellen Pathologie. Die Ermäßigung des übelwollenden Introjektes ist daher aus unserer theoretischen Sicht Bestandteil einer jeden erfolgreichen Psychotherapie.“ Das bereits erwähnte in Szene setzen bestimmter Verhaltensmuster in der therapeutischen Beziehung eröffnet die Chance zur Interpretation und nachfolgend zu deren Auslöschung durch ein den Erwartungen entgegengesetztes Verhalten des Therapeuten. Die Veränderung der Verhaltensmuster und vor allem die Veränderung der Selbsteinschätzung des Patienten lassen sich durch das CMP, den Intrex-Fragebogen und die SASB-Prozess- und Inhaltsanalyse abbilden.

Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) (Benjamin 1974, Tress et al. 1990, 1993, 1996) ermöglicht nun in einer besonderen Weise, die verschiedenen CMPs eines Therapieverlaufs bzw. verschiedener Therapeuten zu abstrahieren, zu systematisieren und miteinander zu vergleichen. Im Sinne einer Problem-Treatment-Outcome (PTO)-Kongruenz (Schacht et al. 1991) ermöglicht sie die Erfassung des klinischen Problems (P), des Therapieverlaufs (T) und des Therapieergebnisses (O) mit ein und derselben Methode, was Ergebnisse in der Psychotherapieforschung deutlich aussagekräftiger werden lässt. Entsprechend den drei verschiedenen Dimensionen einer Kommunikationsstruktur werden drei verschiedene Foci unterschieden:

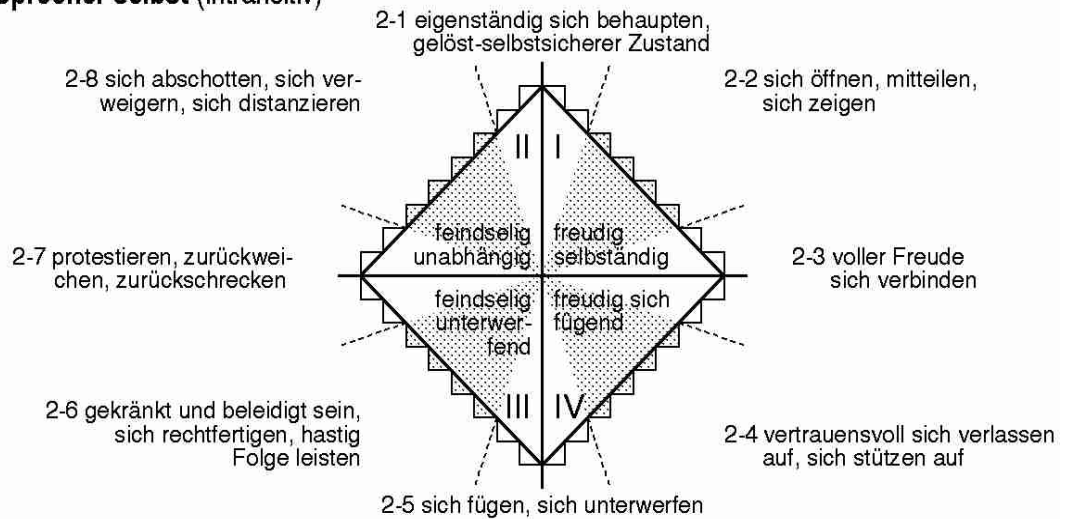
- (1) Fokus 1 bezeichnet transitive Verhaltensweisen: die Kommunikation ist auf ein anderes Individuum gerichtet, um es hinsichtlich seiner Stimmung, seines Verhaltens oder seiner Befindlichkeit zu beeinflussen. Die vertikale Dimension reicht von massiver Kontrolle bis zur Gewährung völliger Unabhängigkeit.
- (2) Fokus 2 bezeichnet intransitive Kommunikationsanteile, die entweder eine Reaktion auf die transitiven Verhaltensweisen des Kommunikationspartners darstellen oder etwas über das Befinden des Sprechers aussagen. Das „Selbst“ ist hier im Blick und zwar zwischen den Konnotationen ausgeprägter Unabhängigkeit bzw. umfassender Unterwerfung.
- (3) Fokus 3 richtet sich auf das Introjekt, also den Umgang mit sich selbst, das intrapsychische Verhalten. (Das Introjekt hat im CMP- wie im SASB-Modell die gleiche Bedeutung.) Insbesondere das internalisierte Verhalten wichtiger Bezugspersonen nimmt hierauf einen wichtigen Einfluss. Die vertikale Dimension erstreckt sich von Selbstkontrolle bis zu Selbstfreigabe, d.h. die Zulassung der eigenen Spontaneität.

Das SASB-Modell geht von zwei grundlegenden Arten zwischenmenschlichen Verhaltens aus: der Affiliation (freundlich-liebevolles oder feindselig-hasserfülltes Verhalten) und der Interdependenz, die – abhängig vom jeweiligen Focus – die oben genannten entsprechenden Qualitäten auf der vertikalen Achse einnimmt. Durch die drei Beurteilungsschritte Fokus, Affiliation und Interdependenz entsteht ein eindeutiger Messpunkt auf dem SASB-Modell. Auf jeder Fokusebene ordnen sich kreisförmig acht Cluster an, die den Aussagen hinsichtlich Affiliation und Interdependenz entsprechen (vgl. Abb. 3).

Fokus: Der Andere (transitiv)



Fokus: Der Sprecher selbst (intransitiv)



Fokus: Introjekt (intrapyschisch)

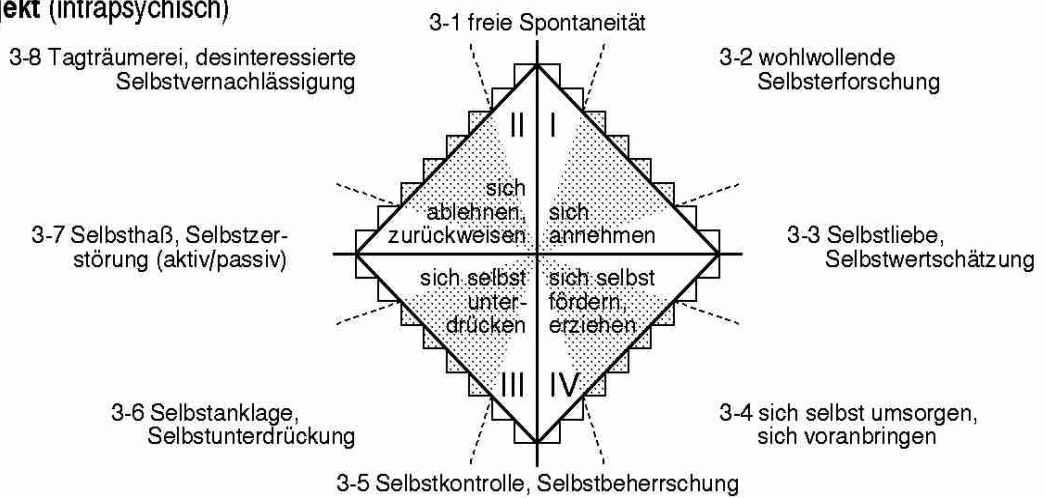


Abb. 3: SASB-Modell (Tress et al. 1990)

3.3 Der Intrex-Fragebogen

Die Intrex-Kurzform wurde 1987 von Benjamin eingeführt, seit 1988 gibt es sie in zwei Parallelformen (Benjamin 1988). Die erste deutsche Übersetzung legten Tress und Benjamin 1989 vor. Die heutzutage verwendete, revidierte Fassung existiert seit 1991 (siehe Anhang).

In diesem Intrex-Fragebogen ist für jeden der acht Oktanten des SASB-Modells – also für jedes „Cluster“ – ein Item formuliert, das den jeweiligen Oktanten inhaltlich erfassen soll. 16 Items beziehen sich auf das interpersonelle Verhalten, 8 Items auf das Introjekt, also den Umgang mit sich selbst. Auf einer Skala mit 11 vorgegebenen Punkten von 0 bis 100 müssen nun die einzelnen Items vom Bearbeiter des Fragebogens dahingehend bewertet werden, wo sie auf der Skala zwischen 0: „stimmt überhaupt nicht“ und 100: „stimmt voll und ganz“ einzuordnen sind.

Neben dem Introjekt sind in dieser Version folgende Beziehungen zu beurteilen:

- (1) die Beziehung zwischen dem Probanden und der wichtigsten Bezugsperson,
- (2) die Beziehung zwischen dem Probanden und der Mutter,
- (3) die Beziehung zwischen dem Probanden und dem Vater,
- (4) die Beziehung zwischen Vater und Mutter des Probanden.

Aussagen zu diesen Beziehungen sollen jeweils für den Zeitraum gemacht werden, als der Proband zwischen 5 und 10 Jahre alt war.

Das Introjekt und die Beziehung zur Bezugsperson werden unter zwei Umständen erfragt, nämlich als sich der Proband bzw. beide in ihren besten als auch in ihren schlechtesten Zeiten befanden.

Insgesamt enthält dieser Fragebogen 176 Items: 8 Items für jede Introjektversion, 64 Items für die Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson, ebenfalls 64 Items für die Beziehung zu den Eltern bzw. die Beziehung der Eltern untereinander.

Im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekts wird dieser Fragebogen vom Patienten nach der 1. und 25. Therapiesitzung ausgefüllt, erweitert um einen Teil, der die Beziehung zum Therapeuten behandelt.

Nach der 4., 8., 12., 16., 20. und 24. Stunde wird der Fragebogen ohne den Teil, der sich auf die Eltern bezieht, bearbeitet.

Der Therapeut füllt zu den genannten Zeiten eine Variante des Intrex-Fragebogens aus, die nur die therapeutische Beziehung zu den besten und schlechtesten Zeiten erfasst (siehe Anhang).

Mit Hilfe des Programms SPSS wurden die Intrex-Fragebögen von 49 Patienten und deren Therapeuten ausgewertet, die jeweils für die 1., 4., 8., 12., 16., 20. und 24. Stunde bzw. die Abschlussstunde vorlagen. Die Patientenauswahl geschah zufällig; es wurde allerdings auf ein vollständiges Vorliegen der Fragebögen, deren vollständige Ausfüllung und auf die gleichmäßige Verteilung auf die Diagnosegruppen geachtet. Hierbei war eine Anzahl von jeweils mindestens 15 Patienten erforderlich, um statistisch verwertbare Aussagen machen zu können.

Als gewichtete Achsenwerte (Quintana und Meara 1990) lassen sich die Werte jedes Patienten auf der Affiliations- und Interdependenzachse erfassen. Dabei wird folgende Formel verwendet:

$$\text{Aff}_{\text{gew.}} = 0,7071 \quad \text{Cl}_2 + \text{Cl}_3 + 0,7071 \quad \text{Cl}_4 + -0,7071 \quad \text{Cl}_6 + -1,0 \quad \text{Cl}_7 + -0,7071 \quad \text{Cl}_8$$

$$\text{Int}_{\text{gew.}} = 0,7071 \quad \text{Cl}_2 + \text{Cl}_3 + 0,7071 \quad \text{Cl}_4 + -0,7071 \quad \text{Cl}_6 + -1,0 \quad \text{Cl}_7 + -0,7071 \quad \text{Cl}_8$$

mit: $\text{Sin}(45^\circ) = 0,7071$

Die gewichteten Achsenwerte werden den Koeffizienten von Benjamin vorgezogen, da deren Verwendung die Möglichkeit einer Verzerrung mit sich bringt (vgl. Davies-Osterkamp et al. 1993a).

3.4 Gruppenvergleiche – Effektstärken

Um Unterschiede zwischen zwei Gruppen darzustellen, können die entsprechenden Effektstärken ermittelt werden. Dazu wird die Differenz der Mittelwerte durch den Mittelwert der Standardabweichungen dividiert. Durch Einbeziehung der Standardabweichung sind dabei auch bei einer großen Variation der Werte, d.h. bei einer hohen Standardabweichung aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen.

Kategorien:

Werte bis 0,2:	kein Effekt bzw. Unterschied zwischen den Gruppen
Werte von 0,2 bis 0,6:	mittlere Effektstärke
Werte ab 0,6:	hohe Effektstärke

Auch wenn es sich bei der Effektstärke lediglich um ein grobes und deskriptives statistisches Maß handelt, ist es bei einer explorativen Studie, die Verlauf und Ergebnis miteinander verbindet, als ausreichend zu betrachten. Komplexere statistische Methoden, z.B. spezielle Verfahren zur Verlaufsanalyse, sind in dieser Studie wegen der kleinen Größe der Stichprobe nicht sinnvoll.

3.5 Klassifikation des Therapieergebnisses: BSS und SCL

Im Rahmen der klinischen Basisdokumentation wurde die Symptom Checkliste (SCL-90-R) angewandt, die Aussagen zum Therapieerfolg aus Patientensicht macht (Selbstbeurteilung). Zur Beurteilung des Therapieergebnisses aus Therapeutesicht (Fremdbeurteilung) diene der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS). Je ein Instrument der Selbst- bzw. Fremdbeurteilung wurde für diese Untersuchung als ausreichend erachtet. Der BSS als reliableres und im deutschsprachigen Raum verbreitetes Verfahren wurde dabei dem GAF vorgezogen.

Bei der Symptom Checkliste (Derogatis 1983) handelt es sich um ein international weit verbreitetes und standardisiertes Messinstrument für hauptsächlich psychische, in zweiter Linie aber auch körperliche psychogene Beschwerden. 90 Items erfragen auf 9 Skalen Symptome wie Depressivität, phobische Angst, Psychotizismus, paranoides Denken etc. Bei der Auswertung ergeben sich drei globale Kennwerte, die ein Maß für den Grad der Beeinträchtigung darstellen: GSI (General Symptomatic Index), PSDI (Positive Symptom Distress Index) und PST (Positive Symptom Total). Der GSI in der deutschen Normstichprobe hat einen Mittelwert von 0,33 mit einer Standardabweichung von 0,24. Psychogen erkrankte Patienten der Ambulanz der Psychosomatischen Universitätsklinik Düsseldorf weisen einen Mittelwert von 1,19 auf, hier beträgt die Standardabweichung 0,65 (Franz et al. 1997).

Der Beeinträchtigungsschwere-Score (Schepank 1995) schätzt aus Therapeutesicht die Beeinträchtigung eines Menschen in drei Dimensionen ein, nämlich hinsichtlich der körperlichen, der psychischen und der sozialkommunikativen Beeinträchtigung. Jede Dimension wird nach ihrem Ausprägungsgrad (0=keine Beeinträchtigung; 4=Extrembeeinträchtigung) eingeschätzt. Die einzelnen Skalenwerte werden zu einem Gesamtscore addiert, der zwischen 0 (Optimale Gesundheit) und 12 (Schwerst gestörte Patienten mit Extremgraden psychogener Erkrankungen und ihrer Folgen in allen drei Dimensionen) liegen kann. Der mittlere BSS-Gesamtscore (letzte 7 Tage) in der allgemeinen Bevölkerung liegt bei 3,4 (Standardabweichung 1,9), in der Ambulanz der Psychosomatischen Universitätsklinik Düsseldorf bei 6,8 und bei stationären Klinikpatienten dieser Einrichtung bei 7,2 (Franz et al. 1997).

Der Behandlungserfolg wird nach dem Konzept der statistischen Signifikanz beurteilt. Dabei werden anhand der Werte zu Beginn und zum Ende der Therapie und der entsprechenden Vergleichsstichprobe die individuellen Veränderungen eines Patienten

in die Kategorien „verschlechtert“, „unverändert“, „verbessert“ und „klinisch bedeutsam verbessert“ eingeteilt. Dadurch kann die individuelle Veränderung sehr differenziert beurteilt werden. Allerdings hätte dieses Konzept wegen der kleinen Stichprobengröße in der vorliegenden Studie zur sehr kleinen Besetzung der Kategorien geführt. Statistisch gesicherte Aussagen sind auf diese Weise kaum noch möglich. Die Werte für SCL-90-R und BSS wurden daher lediglich in zwei Kategorien erfasst: in „verschlechtert/unverändert“ und in „verbessert“. Bei der SCL-90-R wurden Patienten als verbessert betrachtet, deren Gesamtwert (GSI) sich bei der Abschlussuntersuchung um mehr als 0,2 Einheiten gebessert hatte (verbessert $GSI_{ENT} - GSI_{AUF} > 0,2$). Die anderen Probanden wurden als verschlechtert/unverändert bezeichnet. Patienten wurden im BSS als verbessert bezeichnet, wenn der BSS Summenscore sich bei der Abschlussuntersuchung um mehr als einen Punkt gebessert hatte (verbessert: $BSS_{ENT} - BSS_{AUF} > 1$). Die anderen Patienten wurden als unverändert bezeichnet (es gab keine verschlechterten Patienten). Zur Anzahl der verbesserten und unveränderten / verschlechterten Patienten vgl. Kapitel 4 (Ergebnisse), Tabelle 2.

3.6 Diagnosegruppen: Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen und neurotische Störungen

Im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapieprojekts (DKZP) wurden drei Diagnosegruppen gebildet (vgl. Junkert-Tress et al. 1999). Die diagnostischen Zielgruppen bilden Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Störungen, während Patienten mit neurotischen Störungen als Kontrollgruppe dienen, da für sie die Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapie als gesichert gilt. Folgende Krankheitsbilder sind den einzelnen Diagnosegruppen zugeordnet:

○ Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen, in der ICD-10 unter F60 aufgeführt, werden dort nach Herpertz und Sass (2002) folgendermaßen klassifiziert:

„Persönlichkeitsstörungen sind nicht direkt auf Hirnschädigungen oder -krankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen und erfüllen die folgenden Kriterien:

- *Deutliche Unausgeglichenheit* in den Einstellungen und im Verhalten in Bezug auf mehrere Funktionsbereiche wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in der Beziehung zu anderen.
- Das *abnorme Verhaltensmuster* ist *andauernd* und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
- Das *abnorme Verhaltensmuster* ist *tiefgreifend* und in vielen persönlichen und sozialen Situationen *eindeutig unpassend*.
- Die Störungen *beginnen* immer in der *Kindheit oder Jugend* und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
- Die Störung führt zu *deutlichem subjektivem* Leiden, manchmal erst im späteren Verlauf.
- Die Störung ist meistens mit deutlichen *Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit* verbunden.

Die wichtigsten Erscheinungsformen sind die paranoide, die schizoide, die dissoziale, die emotional instabile, die histrionische, die anankastische (zwanghafte), die ängstliche und die abhängige Persönlichkeitsstörung. Die narzisstische Persönlichkeitsstörung kommt in der ICD-10 nicht vor - wenn diese Diagnose gestellt wird,

muss sie unter F60.8 (andere Persönlichkeitsstörungen) eingeordnet werden. Charakteristisch für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist außerdem, dass von den Betroffenen ihr abweichendes Verhalten nicht als solches wahrgenommen wird, sie erleben sich als *ich-synton* und ihre Störung nicht als krankheitswertig. Dies ist ein wichtiger Unterschied zu Patienten mit neurotischer Symptomatik, die sich als *ich-dyston* erleben und eine Symptomverbesserung anstreben (vgl. Hoffmann und Hochapfel 1999).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass den Persönlichkeitsstörungen ein Autonomie-Bindungskonflikt zu Grunde liegt, der sich in raschem, unvorhersehbarem Wechsel der interpersonellen Einstellung äußert, verbunden mit komplexer Kommunikation und inkongruenten Botschaften. Der gestörten Persönlichkeit ist das nicht immer leicht auszubalancierende gleichzeitige Streben nach Bindung und Differenzierung verlorengegangen (vgl. Tress et al. 2002). Besondere Herausforderungen ergeben sich deshalb für die psychotherapeutische Behandlung und insbesondere den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, da diese ein gewisses Maß an Bindungsfähigkeit auf Patienten- wie auf Therapeutenseite voraussetzt. Auch Benjamin (1993) und Benjamin und Karpiak (2001) unterstreichen die hohe Bedeutung der therapeutischen Beziehung für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Zur psychodynamischen Kurzzeittherapie von Persönlichkeitsstörungen und die Anwendung des CMPs auf die verschiedenen Störungsformen vgl. Tress et al. 2003.

○ Psychosomatische Störungen

Hierzu gehören die psychosomatischen Störungen im engeren Sinn, die nach ICD 10, F 54 „Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ genannt werden. Diese Kategorie soll also kombiniert mit an anderen Stellen des ICD 10 genannten körperlichen Krankheiten verwendet werden, wie Asthma (J45), Colitis ulcerosa (K51), Dermatitis (L23-25), Magenerkrankung (K25) oder Urtikaria (L50). Außerdem sind hier die Somatisierungsstörungen (F45) gemeint.

Küchenhoff und Ahrens (2002b) schlagen als Definition vor:

„Psychosomatische Störungen im engeren Sinne sind Krankheiten, bei denen ein seelischer Einfluss auf Entstehung und Verlauf der Krankheit angenommen wird und die organodestruktiv verlaufen. In diesem pathomorphologischen Sinne grenzen sie

sich von funktionellen Störungen ab, die ohne Schädigung am Organsubstrat verlaufen.“

Einerseits sind psychosomatische Krankheiten keine homogene und leicht zu erfassende Gruppe von Krankheitsbildern, da jeweils eine individuelle Mischung von somatisch-genetischer und biographischer Disposition, psychosozialen Belastungsfaktoren und Persönlichkeitsstruktur des Patienten vorliegt. Andererseits ist von einem „Grundkonflikt“ auszugehen, auf den die Patienten jeweils sehr persönlich und unterschiedlich ihre Antwort geben. Dieser besteht in einem Nähe-Distanz-Konflikt, d.h. in der Befürchtung, dass die Nähe zu anderen riskant ist, weil man von anderen vereinnahmt, „aufgefressen“ und auch verlassen werden könnte. Eine Art, diesen Gefährdungen inklusive möglicher schmerzlicher Empfindungen zu entgehen, besteht in der Funktionalisierung, d.h. Entemotionalisierung zwischenmenschlicher Abläufe, Alexithymie genannt. Dies hat Bedeutung für den psychotherapeutischen Zugang, da sich die umfassende Funktionalität des Patienten auch in der Patientenrolle auswirken kann: die Anpassung des Patienten an die Erwartungen des Therapeuten kann mit einem echten therapeutischen Prozess verwechselt werden.

Bei den Somatisierungsstörungen liegt ebenfalls ein Problem auf der emotionalen Ebene vor und zwar im Sinne einer Bildung von sogenannten Affektäquivalenten. Hierbei wird die seelische Empfindung von Affekten wie Wut, Trauer oder Scham verdrängt, und es bleibt lediglich ihr körperlicher Ausdruck erhalten. Die Somatisierungsstörung stellt dann ein Äquivalent für die nicht wahrgenommenen Affekte dar. (Küchenhoff und Ahrens 2002a)

○ Neurotische Störungen

Hierunter fallen Patienten mit Depressionen nach ICD 10, F32, F33 und F34, sowie Patienten mit Ängsten entsprechend F40 und F41. Das in F32 mit „depressive Episode“ überschriebene Krankheitsbild lässt sich einteilen in leichte, mittelgradige und schwere Formen. Charakteristische Symptome sind eine gedrückte Stimmung und eine Verminderung von Antrieb und Aktivität. Das Interesse, die Fähigkeit zur Freude und zur Konzentration sind nur noch eingeschränkt vorhanden. Weiterhin sind typischerweise der Schlaf (Früherwachen), der Appetit sowie Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl gestört. Auch bei der leichten Form können Schuldgefühle und Gedanken der eigenen Wertlosigkeit auftreten. Die verschiedenen Formen unterscheiden sich in der Anzahl und Ausprägung ihrer „Losigkeiten“ wie Interesselosigkeit,

Freudlosigkeit, Wertlosigkeit, Appetitlosigkeit, Antriebslosigkeit. Ein wichtiger Unterschied der Depression zur Trauer, die mit ähnlichen Symptomen einhergeht, ist die massive Einschränkung des Selbstwertgefühls, das bei einem Trauernden nicht in Mitleidenschaft gezogen ist. Tritt die depressive Episode wiederholt auf, ist die Diagnose „rezidivierende depressive Störung“ (F33) zu stellen. Dieses Krankheitsbild lässt sich wiederum einteilen in leichte, mittelgradige und schwere Formen, wobei die letzten beiden eine große Nähe zu den früheren Konzepten der manisch-depressiven Krankheit, der Melancholie, der vitalen und der endogenen Depression aufweisen. Unabhängig von der Zahl der aufgetretenen depressiven Episoden besteht immer auch die Möglichkeit des Auftretens einer manischen Episode. In diesem Fall ist die Diagnose in „bipolare affektive Störung“ (F31) zu ändern. F34 benennt außerdem noch „anhaltende affektive Störungen“, also Krankheitsbilder, die durch emotionale Instabilität gekennzeichnet sind. Diese ist jedoch nicht so stark ausgeprägt, dass eine Depression diagnostiziert werden könnte.

Unter F40 werden phobische Störungen zusammengefasst. Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass durch bestimmte, eigentlich ungefährliche Situationen Angst ausgelöst wird. Das hat zur Folge, dass diese Situationen vermieden oder in Furcht ertragen werden. Die Ängste können sich auf Symptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen oder auch mit sekundären Ängsten wie Angst vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden, verbunden sein. Auch die Vorstellung, dass die gefürchtete Situation eintreten könnte, kann schon eine „Angst vor der Angst“ („Phobophobie“) auslösen. Die Angststörungen sind zudem häufig mit Depressionen verbunden. Zu den verschiedenen Formen der Phobie gehören die Agoraphobie, soziale Phobien und spezifische (isolierte) Phobien wie Klaustrophobie oder Tierphobien. Schließlich bezeichnet F41 Störungen, bei denen die Angst selbst das Hauptsymptom darstellt, ohne dass ein Bezug zu einer bestimmten auslösenden Situation festgestellt werden kann. Depressive Symptome, Zwangssymptome oder phobische Elemente können zusätzlich vorkommen, sind dann aber eindeutig schwächer ausgeprägt. Zu der Gruppe der „anderen Angststörungen“ in Abgrenzung zu den phobischen Störungen gehören die Panikstörung, die generalisierte Angststörung und eine Mischung von Angst und depressiver Störung.

4 Ergebnisse

4.1 Stichprobe, Gesamtkollektiv und fehlende Werte

Zur Untersuchung der Patient-Therapeut-Beziehung existiert ein in die Kurzzeitpsychotherapie-Studie einbezogenes Gesamtkollektiv von bisher 92 Patienten (Stand 2004), deren Therapie beendet ist und von denen neben Anfangs- und Enddaten wenigstens die 6-Monats-Katamnese erhoben ist. Als Stichprobe wurden hieraus 49 Patienten ausgewählt, deren Fragebögen sowohl von Patienten- wie von Therapeuten-seite weitgehend vollständig ausgefüllt vorlagen und die sich gleichmäßig auf die verschiedenen Diagnosegruppen verteilten. Die untenstehende Tabelle zeigt, dass die Stichprobe hinsichtlich Geschlecht, Alter, Diagnosen und den Werten für Symptomschwere und Beeinträchtigungsschwere ein gutes Abbild des Gesamtkollektivs bietet.

Die Zahlen in Klammern geben entweder den prozentualen Anteil an der Stichprobe oder die Standardabweichung an.

Bei zwei Patienten konnte der GSI zur Zeit der Aufnahme nicht ermittelt werden, da die Fragebögen nicht vorlagen.

Tabelle 1: Die Stichprobe im Vergleich mit dem Gesamtkollektiv

	untersuchte Stichprobe n=49	Gesamt- kollektiv n=92
Geschlecht		
Frauen	36 (73,5 %)	68 (73,9 %)
Männer	13 (26,5 %)	24 (26,1 %)
Alter M (SD)	36,6 (11,1)	36,6 (11,2)
Diagnosen		
Persönlichkeitsstörungen	14 (28,6 %)	29 (31,5 %)
Neurosen	16 (32,7 %)	35 (38,0 %)
Psychosomatische Störungen	19 (38,8 %)	28 (30,4 %)
Symptomschwere SCL-90-R		
GSI Anfang	0,87 (0,49) [n=47]	0,98 (0,54)
GSI Ende	0,63 (0,52)	0,64 (0,52)
Beeinträchtigungsschwere BSS		
BSS Summe Anfang	5,8 (1,3)	6,0 (1,0)
BSS Summe Ende	4,0 (1,4)	4,0 (2,0)

Die Werte für den SCL in Stichprobe und Gesamtkollektiv liegen zu Therapiebeginn etwas niedriger als allgemeine klinische Stichproben, d.h. die Patienten sind hinsichtlich der Selbsteinschätzung weniger schwer erkrankt. Durch die Therapie wird eine Verbesserung erreicht; im Vergleich zur Norm liegt am Ende der Therapie jedoch immer noch eine deutliche Beeinträchtigung vor. Gleiches gilt auch für den BSS, dem Maß für die Fremdeinschätzung, dessen Wert zu Therapiebeginn nicht ganz so hoch liegt wie der der klinischen Stichprobe und zum Ende der Therapie zwar verbessert ist, jedoch nicht den Wert der allgemeinen Bevölkerung erreicht.

In der folgenden Tabelle wird das Therapieergebnis noch weiter differenziert, indem eine Aufschlüsselung nach den beiden verwendeten Instrumenten der Selbst- und Fremdbeurteilung (SCL und BSS) und den Diagnosegruppen vorgenommen wird (zur Aufteilung der Kategorien vgl. Kapitel 3.4). Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Daten der beiden Patienten, für die kein GSI_{Anfang} vorlag, ganz aus dieser Übersicht herausgenommen.

Tabelle 2: Therapieergebnisse (n=47)

Selbstbeurteilung		Fremdbeurteilung	
SCL (verbessert):	20	BSS (verbessert):	30
SCL (unverändert / verschlechtert):	27	BSS (unverändert / verschlechtert):	17

Übereinstimmung in der Einschätzung des Therapieergebnisses:	25
Therapieergebnis übereinstimmend verbessert:	14
Therapieergebnis übereinstimmend unverändert / verschlechtert	11
Unterschiede in der Einschätzung des Therapieergebnisses:	22
Verbesserung aus Therapeutensicht (BSS) und keine Veränderung bzw. Verschlechterung aus Patientensicht (SCL):	17
Verbesserung aus Patientensicht (SCL) und keine Veränderung bzw. Verschlechterung aus Therapeutensicht (BSS):	5

Wie oben zu sehen ist, gab es 5 Fälle, in denen aus Patientensicht eine Verbesserung, aus Therapeutensicht jedoch keine Veränderung festgestellt wurde. Dazu ist anzumerken, dass in drei dieser fünf Fälle die Werte sehr nah an der Ein- bzw. Ausschlussgrenze für verbessert bzw. unverändert lagen und zumindest in der Tendenz Patienten- und Therapeutensicht übereinstimmen. In den anderen beiden Fällen fand aus Patientensicht eine sehr deutliche Verbesserung statt, die aus Therapeutensicht nur sehr leicht wahrgenommen wurde, sich aber unter Einbeziehung der 6-Monats-Katamnese noch deutlicher ausprägte bzw. anhaltend stabilisierte.

Bei den 22 Fällen, in denen Patient und Therapeut das Therapieergebnis unterschiedlich einschätzten, wurde in der weitaus größeren Zahl (17 Fälle) aus Therapeutensicht eine Verbesserung und aus Patientensicht keine Veränderung bzw. eine Verschlechterung festgestellt - dies ist ein Drittel der untersuchten Stichprobe.

In der folgenden Tabelle werden die Therapieergebnisse in Abhängigkeit von den verschiedenen Diagnosegruppen dargestellt:

Tabelle 3: Therapieergebnisse nach Diagnosegruppen

	Stichprobe n=47	übereinstimmend verbessert (14)	nach BSS verbessert (30)	nach SCL verbessert (20)
Neurosen	15	6	12	7
Psychosom. St.	18	4	10	7
Persönlichk. St.	14	4	8	6

Hierbei zeigt sich, dass Patienten mit neurotischen Störungen sowohl in der Fremd- als auch in der Selbsteinschätzung den größten Teil der verbesserten Therapieergebnisse bieten.

Es entstanden bei der weiteren Auswertung 89 Tabellen, die sowohl Werte für die jeweilige Therapiesitzung (4., 8., 12., 16., 20., und 24. Stunde) lieferten, als auch Aussagen hinsichtlich Affiliation und Interdependenz bezogen auf die drei Foci und differenziert nach guten Zeiten / schlechten Zeiten machten. Zusätzlich wurden die Daten nach Diagnosegruppen und Therapieerfolg aufgeschlüsselt.

Nach einer ersten, allgemeinen Beschreibung der erhobenen Daten der Stichprobe, die auch Introjekt und Interdependenz berücksichtigt, wird bei der Differenzierung nach Diagnosegruppen und Therapieerfolg lediglich die Affiliation in guten und schlechten Zeiten im transitiven und intransitiven Fokus in den Blick genommen. Da von der Affiliation bezüglich der therapeutischen Beziehung relevante Aussagen zu erwarten sind, können diese durch die Reduktion der Tabellen noch deutlicher hervortreten. Beispielhaft werden Therapieverläufe über die einzelnen Sitzungen und Werte für die Interdependenz aufgezeigt, aus denen zu ersehen ist, dass dabei nur geringfügige Veränderungen stattfinden. Ein wichtiger Grund, warum die erhobenen Daten zum Therapieverlauf nicht weiter ausgewertet werden (obwohl zur Fragestellung der Arbeit gehörend), besteht in der bereits erwähnten Datenfülle, die nur durch Reduktion sinnvoll auszuwerten ist. Für die Ausblendung der Verlaufsdaten spricht dazu noch die Tatsache, dass in der Übersicht keine deutlich erkennbaren Veränderungen stattfinden. Zusätzlich wären hier noch komplexere statistische Methoden notwendig, da aufgrund der kaum erkennbaren Veränderungen die sonst bei Vergleichen verschiedener Gruppen angewandte Ermittlung von Effektstärken nicht greift.

4.2 Introjekt und therapeutische Beziehung in der Stichprobe

Die folgende Tabelle informiert über die Veränderungen des Introjekts, d.h. des Umgangs mit sich selbst im Verlauf der Therapie - gemessen zu verschiedenen Zeitpunkten. Die letzte Zeile gibt den Mittelwert bezogen auf alle Stunden an.

Tabelle 4: Zeitlicher Verlauf des Intrex Introjekt

Stunde	Introjekt Affiliation gute Zeiten		Introjekt Affiliation schlechte Zeiten		Introjekt Interdependenz gute Zeiten		Introjekt Interdependenz schlechte Zeiten	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1	109,9	68,0	-13,7	115,5	-12,1	58,8	-42,8	51,1
4	117,3	66,8	-11,9	100,6	-20,1	56,0	-40,9	55,4
8	120,8	77,7	-17,0	95,9	-15,3	55,5	-46,5	56,0
12	133,7	70,9	6,5	92,7	-1,9	41,3	-37,5	49,9
16	132,8	89,7	11,8	104,5	-10,9	46,7	-41,3	56,3
20	147,4	75,9	29,5	109,7	4,0	47,7	-34,4	48,6
24	159,7	61,5	36,6	105,3	2,4	53,0	-33,5	58,2
M	131,5	74,4	5,9	104,9	-7,8	52,1	-39,7	53,6

Es ist festzustellen, dass sowohl auf der Ebene der Affiliation als auch der Interdependenz und dabei in guten wie in schlechten Zeiten eine Verbesserung stattfindet. Das bedeutet, dass der Patient im Verlauf der Therapie immer freundlicher mit sich umgeht und sich mehr Autonomie gewährt. Die hohen Standardabweichungen zeigen jedoch an, dass es dabei eine große Variation gibt.

Die folgenden beiden Tabellen stellen die Affiliation, d.h. die Freundlichkeit des Patienten gegenüber dem Therapeuten sowie die Freundlichkeit des Therapeuten gegenüber dem Patienten dar. Dabei wird noch weiter differenziert nach guten und schlechten Zeiten und dem transitiven wie intransitiven Fokus, d.h. der Bezogenheit auf den anderen bzw. auf sich selbst.

Zur Darstellung der Unterschiede zwischen Patientensicht und Therapeutensicht wurden die Effektstärken ermittelt (vgl. Kapitel 3.4), die ein grobes statistisches Maß für Gruppenvergleiche darstellen. Hierbei wird die Differenz der Mittelwerte durch den Mittelwert der Standardabweichungen dividiert. Werte bis 0,2 bedeuten dabei, dass keinerlei Effekt, d.h. Unterschied vorliegt, Werte zwischen 0,2 und 0,6 zeigen eine mittlere und Werte ab 0,6 eine hohe Effektstärke an.

Tabelle 5: Umgang des Patienten mit dem Therapeuten

M 4-24	Affiliation gute Zeiten transitiv		Affiliation schlechte Zeiten transitiv		Affiliation gute Zeiten intransitiv		Affiliation schlechte Zeiten intransitiv	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Patientensicht	126,5	52,5	96,2	57,3	157,1	47,8	118,5	70,5
Therapeutensicht	107,8	49,7	48,5	52,3	135,0	59,4	52,0	69,1
Effektstärken	0,36		0,87		0,41		0,95	

Tabelle 5 informiert über den Umgang des Patienten mit dem Therapeuten und gibt über alle Stunden gemittelte Werte für die Affiliation, d.h. die Freundlichkeit in der Beziehung an. Es ist festzustellen, dass die Affiliation beim Umgang des Patienten mit dem Therapeuten sowohl im transitiven wie im intransitiven Fokus in guten Zeiten höher bewertet wird als in schlechten Zeiten und zwar aus Patienten- wie aus Therapeutensicht. Es ist ebenfalls zu erkennen, dass die Patienten die Beziehung durchgängig freundlicher einschätzen als die Therapeuten. Die ermittelten Effektstärken zeigen dabei, dass sich in guten Zeiten die Patienten- und Therapeutensicht nur wenig unterscheiden; in den schlechten Zeiten jedoch der Therapeut die Beziehung deutlich unfreundlicher einschätzt als der Patient. Zudem wird im intransitiven Fokus, d.h. in der Bezogenheit auf sich selbst, die Freundlichkeit aus Patienten- wie aus Therapeutensicht etwas höher eingeschätzt als im transitiven Fokus.

Zusammenfassend lässt sich zum Umgang des Patienten mit dem Therapeuten sagen:

- Die Beziehung wird von Patientenseite immer freundlicher eingeschätzt als von Therapeutenseite, d.h. der Patient bewertet seinen Umgang mit dem Therapeuten positiver als der Therapeut.
- Für den Therapeuten unterscheidet sich die Freundlichkeit in guten und schlechten Zeiten viel stärker als für den Patienten, d.h. der Therapeut bewertet die schlechten Zeiten deutlich unfreundlicher als der Patient.

Tabelle 6: Umgang des Therapeuten mit dem Patienten

M 4-24	Affiliation gute Zeiten transitiv		Affiliation schlechte Zeiten transitiv		Affiliation gute Zeiten intransitiv		Affiliation schlechte Zeiten intransitiv	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Patientensicht	173,8	48,4	149,8	59,0	132,4	59,1	108,3	61,1
Therapeutensicht	171,0	34,2	116,5	51,1	141,6	47,4	76,5	59,7
Effektstärken	0,06		0,60		0,17		0,52	

Tabelle 6 gibt Auskunft über den Umgang des Therapeuten mit dem Patienten, wobei hier ebenso wie bei der vorherigen Tabelle (Umgang des Patienten mit dem Therapeuten) in guten Zeiten eine größere Freundlichkeit festzustellen ist als in schlechten Zeiten; dies gilt für Patienten- und Therapeutensicht wie auch für den transitiven und den intransitiven Fokus. Weiterhin ist zu sehen, dass Patienten- und Therapeutensicht in guten Zeiten fast übereinstimmt, während in schlechten Zeiten wiederum der Therapeut die Beziehung deutlich unfreundlicher einschätzt. Schließlich wird die Freundlichkeit im transitiven Fokus, d.h. in aktiver Bezogenheit auf den anderen, deutlich höher eingeschätzt als im intransitiven Fokus.

Zusammenfassend lässt sich zum Umgang des Therapeuten mit dem Patienten sagen:

- Die Beziehung wird in guten Zeiten annähernd gleich und in schlechten Zeiten von Patientenseite freundlicher eingeschätzt als von Therapeutenseite.
- Der Therapeut schätzt die Freundlichkeit in schlechten Zeiten niedriger ein als der Patient.

Beim Vergleich beider Tabellen zeigen sich **Gemeinsamkeiten** bei der Einschätzung der Freundlichkeit in guten und schlechten Zeiten. So wird die Beziehung in guten Zeiten freundlicher eingeschätzt als in schlechten Zeiten; der Patient schätzt die Beziehung durchgängig freundlicher ein als der Therapeut. Insbesondere in schlechten Zeiten ist für den Therapeuten (im Gegensatz zum Patienten) die Freundlichkeit wesentlich geringer ausgeprägt als in guten Zeiten.

Unterschiede sind in der Ausprägung der Freundlichkeit zu erkennen, die in guten Zeiten (transitiver Fokus) im Umgang des Therapeuten mit dem Patienten deutlich stärker ist als im Umgang des Patienten mit dem Therapeuten. Außerdem fällt die

Freundlichkeit beim Umgang des Therapeuten mit dem Patienten im transitiven Fokus höher als im intransitiven Fokus; beim Umgang des Patienten mit dem Therapeuten ist es – entsprechend ihrer Rollen im Therapiegeschehen – umgekehrt.

Im Folgenden werden zwei Tabellen aufgeführt, die exemplarisch die Werte für Affiliation und Interdependenz im Verlauf der Therapie zeigen.

**Tabelle 7: Umgang des Patienten mit dem Therapeuten aus Patientensicht
(transitiv)**

Stunde	Pat. zu Therap. Affiliation gute Zeiten		Pat. zu Therap. Affiliation schlechte Zeiten		Pat. zu Therap. Interdependenz gute Zeiten		Pat. zu Therap. Interdependenz schlechte Zeiten	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
4	122,8	46,8	88,6	56,8	75,2	54,7	61,1	63,7
8	121,7	46,6	90,0	48,9	76,6	63,0	68,4	65,7
12	126,1	53,5	98,9	54,2	66,8	59,0	61,8	61,1
16	134,4	52,3	104,9	67,1	62,9	68,7	60,0	67,2
20	131,9	54,9	94,0	56,7	74,0	64,8	66,6	61,9
24	134,4	60,7	97,1	67,3	66,4	57,8	54,2	60,6
M	128,4	52,0	96,0	58,4	70,3	61,3	62,3	62,9

**Tabelle 8: Umgang des Patienten mit dem Therapeuten aus Therapeutesicht
(transitiv)**

Stunde	Pat. zu Therap. Affiliation gute Zeiten		Pat. zu Therap. Affiliation schlechte Zeiten		Pat. zu Therap. Interdependenz gute Zeiten		Pat. zu Therap. Interdependenz schlechte Zeiten	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
4	85,2	54,0	39,0	56,7	49,3	53,9	28,1	55,2
8	96,7	52,4	38,3	48,8	49,2	47,6	43,1	55,9
12	113,0	45,8	52,9	53,0	44,8	48,6	41,4	52,1
16	114,4	44,8	55,2	50,0	56,1	45,7	38,9	51,1
20	119,3	50,5	55,6	50,2	52,7	42,1	40,7	49,5
24	122,9	44,3	61,1	55,4	57,2	48,6	40,8	54,6
M	108,4	50,1	49,9	52,5	51,5	47,6	38,9	52,8

Wie schon beim Verlauf des Introjekts, also des Umgangs mit sich selbst, zu erkennen war (Tabelle 4), verbessert sich die Affiliation während der Therapie. Während

hier durchweg ein zeitlicher, wenn auch nicht immer stetiger und ausgeprägter Anstieg zu erkennen ist, lässt sich bei der Interdependenz über die Stunden hinweg keine eindeutige Linie der Verbesserung der Werte erkennen. Das bedeutet, dass das Ausmaß der Gewährung von Unabhängigkeit bzw. die Haltung des Kontrollierens gegenüber dem anderen sowohl von Patienten- als auch von Therapeutenseite während der Therapie im wesentlichen gleich bleibt.

4.3 Die therapeutische Beziehung in Abhängigkeit von der Diagnose

Differenziert nach Diagnosegruppen zeigt sich, dass beim Umgang des Patienten mit dem Therapeuten in guten Zeiten die Affiliation weitgehend gleich ausgeprägt ist, während es in schlechten Zeiten recht deutliche Unterschiede gibt. Zur besseren Übersicht sind die entsprechenden Mittelwerte der Stichprobe aus Tabelle 5 nochmals aufgeführt.

Tabelle 9: Umgang des Patienten mit dem Therapeuten aus Patientensicht

M 4-24	Affiliation gute Zeiten transitiv		Affiliation schlechte Zeiten transitiv		Affiliation gute Zeiten intransitiv		Affiliation schlechte Zeiten intransitiv	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Neurosen	124,2	53,0	111,6	58,1	165,1	47,6	125,3	68,1
Psychosomat. Störungen	137,2	43,2	87,3	59,4	137,9	41,2	104,8	75,3
Persönlichkeitsstörungen	118,2	61,4	89,8	54,6	168,5	54,8	125,5	68,2

Tabelle 9a: Die Mittelwerte der Stichprobe zum Vergleich

M 4-24	Affiliation gute Zeiten transitiv		Affiliation schlechte Zeiten transitiv		Affiliation gute Zeiten intransitiv		Affiliation schlechte Zeiten intransitiv	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Patientensicht	126,5	52,5	96,2	57,3	157,1	47,8	118,5	70,5

Tabelle 10: Umgang des Patienten mit dem Therapeuten aus Therapeutensicht

M 4-24	Affiliation gute Zeiten transitiv		Affiliation schlechte Zeiten transitiv		Affiliation gute Zeiten intransitiv		Affiliation schlechte Zeiten intransitiv	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Neurosen	107,9	52,7	51,8	47,7	141,9	52,0	62,1	62,8
Psychosomat. Störungen	111,6	51,1	57,9	52,1	135,2	69,0	69,0	74,7
Persönlichkeitsstörungen	104,0	45,4	35,9	57,2	128,0	57,4	24,9	70,0

Tabelle 10a: Die Mittelwerte der Stichprobe zum Vergleich

M 4-24	Affiliation gute Zeiten transitiv		Affiliation schlechte Zeiten transitiv		Affiliation gute Zeiten intransitiv		Affiliation schlechte Zeiten intransitiv	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Therapeutensicht	107,8	49,7	48,5	52,3	135,0	59,4	52,0	69,1

Es ist einerseits zu beobachten, dass in guten Zeiten die Freundlichkeit aus Patienten- wie aus Therapeutesicht ähnlich beurteilt wird, während in schlechten Zeiten die Persönlichkeitsstörungen aus Therapeutesicht am unfreundlichsten eingestuft werden, wobei der sehr geringe Wert für die Affiliation bei der Therapeutesicht im intransitiven Fokus im Gegensatz zu den fast gleichen Werten bei den Neurosen und den Psychosomatischen Störungen besonders auffällt.

Andererseits ist festzustellen, dass aus Patientensicht die Freundlichkeit im intransitiven Fokus in guten wie in schlechten Zeiten bei den Psychosomatischen Störungen im Gegensatz zu den gleich bewerteten Neurosen und Persönlichkeitsstörungen am geringsten ausgeprägt ist.

Betrachtet man nun den Umgang des Therapeuten mit dem Patienten hinsichtlich der verschiedenen Diagnosegruppen, so zeigen sich Unterschiede zum Umgang des Patienten mit dem Therapeuten sowohl aus Patienten- als auch aus Therapeutesicht. Die Mittelwerte der Stichprobe aus Tabelle 6 sind zur besseren Übersicht ebenfalls wieder aufgeführt.

Tabelle 11: Umgang des Therapeuten mit dem Patienten aus Patientensicht

M 4-24	Affiliation gute Zeiten transitiv		Affiliation schlechte Zeiten transitiv		Affiliation gute Zeiten intransitiv		Affiliation schlechte Zeiten intransitiv	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Neurosen	175,2	44,6	160,8	51,1	142,0	60,5	125,5	65,3
Psychosomat. Störungen	178,1	46,9	151,9	61,0	138,9	53,4	101,9	58,0
Persönlichkeitsstörungen	168,2	53,8	136,7	65,1	116,5	63,5	97,7	60,0

Tabelle 11a: Die Mittelwerte der Stichprobe zum Vergleich

M 4-24	Affiliation gute Zeiten transitiv		Affiliation schlechte Zeiten transitiv		Affiliation gute Zeiten intransitiv		Affiliation schlechte Zeiten intransitiv	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Patientensicht	173,8	48,4	149,8	59,0	132,4	59,1	108,3	61,1

Tabelle 12: Umgang des Therapeuten mit dem Patienten aus Therapeutesicht

M 4-24	Affiliation gute Zeiten transitiv		Affiliation schlechte Zeiten transitiv		Affiliation gute Zeiten intransitiv		Affiliation schlechte Zeiten intransitiv	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Neurosen	172,7	30,7	116,1	56,3	139,6	44,7	82,0	55,9
Psychosomat. Störungen	177,8	37,7	128,4	41,3	148,6	46,4	90,9	52,8
Persönlichkeitsstörungen	162,7	34,4	105,1	55,8	136,7	51,1	56,7	70,5

Tabelle 12a: Die Mittelwerte der Stichprobe zum Vergleich

M 4-24	Affiliation gute Zeiten transitiv		Affiliation schlechte Zeiten transitiv		Affiliation gute Zeiten intransitiv		Affiliation schlechte Zeiten intransitiv	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Therapeutesicht	171,0	34,2	116,5	51,1	141,6	47,4	76,5	59,7

Aus Patientensicht besteht – außer im transitiven Fokus in guten Zeiten - eine abnehmende Freundlichkeit von Neurosen über psychosomatische Störungen bis hin zu den Persönlichkeitsstörungen. Das bedeutet, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nicht nur sich selbst (intransitiv, d.h. bezogen auf sich selbst) für relativ unfreundlich halten, sondern auch den Therapeuten in seiner Bezogenheit auf ihn (den Patienten) selbst. Aus Therapeutesicht werden in guten Zeiten die verschiedenen Diagnosegruppen recht ähnlich eingeschätzt, während in schlechten Zeiten wiederum die Persönlichkeitsstörungen die niedrigsten Werte für die Affiliation aufweisen, dann aber – im Gegensatz zur Patientensicht – die Patienten mit psychosomatischen Störungen die höchste Freundlichkeit noch vor den neurotischen Patienten zeigen.

4.4 Die therapeutische Beziehung in Abhängigkeit vom Therapieerfolg

Die folgenden Tabellen geben Auskunft über den Zusammenhang zwischen Affiliation in der therapeutischen Beziehung und dem Therapieergebnis.

Verglichen wurden jeweils SCL _{verbessert} vs. SCL _{verschlechtert / unverändert} und BSS _{verbessert} vs. BSS _{unverändert}. Allgemein lässt sich feststellen, dass es keine großen Effektstärken hinsichtlich der Affiliation bei gutem oder schlechtem Therapieergebnis gibt. Tendenziell ist festzuhalten, dass aus Therapeutesicht größere Unterschiede in der Freundlichkeit zwischen Patienten mit gutem und unverändertem bzw. verschlechtertem Therapieergebnis wahrgenommen werden als aus Patientensicht. Aus Gründen der Übersicht werden im Folgenden nicht die tatsächlichen Werte, sondern die ermittelten Effektstärken aufgeführt. Wo Effektstärken zu verzeichnen sind (kein Wert liegt über 0,39), wird die Affiliation bei Verbesserung von SCL und BSS immer höher eingeschätzt als bei unveränderten bzw. verschlechterten Patienten.

Die folgenden Tabellen zeigen die Effektstärken beim Vergleich der Affiliation bei verbesserten / unverändertem bzw. verschlechtertem Therapieergebnis aus Patientensicht. (Vorhandene Effekte sind jeweils durch Fettdruck hervorgehoben.)

Tabelle 13: Umgang des Patienten mit dem Therapeuten aus Patientensicht

Effektstärken	Affiliation gute Zeiten transitiv	Affiliation schlechte Zeiten transitiv	Affiliation gute Zeiten intransitiv	Affiliation schlechte Zeiten intransitiv
	SCL	0,04	0,03	0,24
BSS	0,29	0,13	0,22	0,02

Tabelle 14: Umgang des Therapeuten mit dem Patienten aus Patientensicht

Effektstärken	Affiliation gute Zeiten transitiv	Affiliation schlechte Zeiten transitiv	Affiliation gute Zeiten intransitiv	Affiliation schlechte Zeiten intransitiv
	SCL	0,05	0,11	0,13
BSS	0,15	0,01	0,31	0,31

Affiliation aus Patientensicht

Patienten mit gutem Therapieergebnis in der **Selbstbeurteilung (SCL)** schätzen die Affiliation in der therapeutischen Beziehung ähnlich ein wie Patienten mit schlechtem Therapieergebnis. Bei Werten zwischen 0,04 und 0,19 gibt es hier keine nennenswerten Unterschiede.

Patienten, die sich in der **Fremdbeurteilung (BSS)** verbessert haben, schätzen die Affiliation beim Umgang des Therapeuten mit dem Patienten in guten und schlechten Zeiten im intransitiven Fokus höher ein als Patienten, die sich nicht verbessert haben. Einen erkennbaren Unterschied gibt es auch beim Umgang des Patienten mit dem Therapeuten in guten Zeiten im transitiven Fokus.

Die folgenden Tabellen zeigen die Effektstärken beim Vergleich der Affiliation bei verbesserten / unverändertem Therapieergebnis aus Therapeutensicht. (Vorhandene Effekte sind jeweils durch Fettdruck hervorgehoben.)

Tabelle 15: Umgang des Patienten mit dem Therapeuten aus Therapeutensicht

Effektstärken	Affiliation gute Zeiten transitiv	Affiliation schlechte Zeiten transitiv	Affiliation gute Zeiten intransitiv	Affiliation schlechte Zeiten intransitiv
SCL	0,33	0,02	0,32	0,31
BSS	0,39	0,34	0,30	0,02

Tabelle 16: Umgang des Therapeuten mit dem Patienten aus Therapeutensicht

Effektstärken	Affiliation gute Zeiten transitiv	Affiliation schlechte Zeiten transitiv	Affiliation gute Zeiten intransitiv	Affiliation schlechte Zeiten intransitiv
SCL	0,005	0,10	0,39	0,29
BSS	0,34	0,03	0,37	0,01

Affiliation aus Therapeutensicht

Bei Patienten mit gutem Therapieergebnis in der **Selbstbeurteilung (SCL)** ist im Umgang des Patienten mit dem Therapeuten die Affiliation in guten Zeiten (transitiv) und in guten und schlechten Zeiten (intransitiv) deutlich höher als bei Patienten mit schlechtem Therapieergebnis. Die Freundlichkeit des Therapeuten gegenüber dem Patienten wird von Patienten mit gutem Therapieergebnis im intransitiven Fokus in guten und schlechten Zeiten ebenfalls höher eingeschätzt als von Patienten mit schlechtem Therapieergebnis.

Von Patienten mit gutem Ergebnis in der **Fremdbeurteilung (BSS)** wird der Umgang des Patienten mit dem Therapeuten in guten Zeiten (transitiv und intransitiv) und in schlechten Zeiten (intransitiv) freundlicher eingeschätzt als von Patienten mit schlechtem Therapieergebnis. Beim Umgang des Therapeuten mit dem Patienten gibt es einen sehr deutlichen Unterschied zwischen guten und schlechten Zeiten. Bei verbesserten Patienten halten sich die Therapeuten in guten Zeiten (transitiv und intransitiv) für deutlich freundlicher im Umgang mit dem Patienten als in schlechten Zeiten (transitiv und intransitiv). In schlechten Zeiten gibt es aus Therapeutensicht keinen Unterschied.

Wählt man der Übersicht halber die Fälle aus, in denen in SCL *und* BSS ein Effekt vorliegt (bei Vernachlässigung der beiden Werte in Tabelle 13, die gerade ein wenig über dem Grenzwert für eine mittlere Effektstärke liegen), so zeigt sich, dass bedeutende Unterschiede in der Affiliation nur aus Therapeutensicht, nicht jedoch aus Patientensicht wahrgenommen werden und dass sich diese Unterschiede nur auf die guten Zeiten beziehen.

4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Stichprobe, Gesamtkollektiv und fehlende Werte

- Das Therapieergebnis wird in fast der Hälfte der Fälle (22 von 47) aus Patientensicht anders beurteilt als aus Therapeutensicht. Dabei stellt in den meisten Fällen (17) der Therapeut eine Verbesserung fest, während aus Patientensicht keine Veränderung oder Verschlechterung stattgefunden hat.
- Den größten Teil der übereinstimmend verbesserten Therapieergebnisse bilden Patienten mit neurotischen Störungen.

Introjekt und therapeutische Beziehung in der Stichprobe

- Die Affiliation verbessert sich im Verlauf der Therapie sowohl im Introjekt als auch in der therapeutischen Beziehung.
- Aus Therapeutensicht werden zwischen guten und schlechten Zeiten größere Unterschiede in der Affiliation wahrgenommen als aus Patientensicht.
- Insgesamt wird aus Patienten- wie aus Therapeutensicht die Freundlichkeit des Therapeuten deutlich höher eingeschätzt als die des Patienten.

Die therapeutische Beziehung in Abhängigkeit von der Diagnose

- Umgang des Patienten mit dem Therapeuten:
In guten Zeiten wird die Affiliation ähnlich eingeschätzt, in schlechten Zeiten ist aus Patientensicht die Freundlichkeit in der Gruppe der Psychosomatischen Störungen am geringsten ausgeprägt, aus Therapeutensicht in der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen.
- Umgang des Therapeuten mit dem Patienten:
In guten Zeiten wird die Affiliation weitgehend ähnlich eingeschätzt, in schlechten Zeiten ist aus Patienten- wie aus Therapeutensicht die Affiliation in der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen am niedrigsten.

Die therapeutische Beziehung in Abhängigkeit vom Therapieerfolg

- Verbesserte Patienten werden etwas freundlicher eingeschätzt als unveränderte / verschlechterte Patienten.
- Unterschiede in der Affiliation werden im Wesentlichen aus Therapeutensicht und dabei in den guten Zeiten wahrgenommen.

5 Diskussion und Ausblick

Entlang der eingangs gestellten Fragen werden die vorliegenden Ergebnisse im Folgenden diskutiert.

- *Nehmen Patienten und Therapeuten die therapeutische Beziehung unterschiedlich wahr? Wie verändert sich die Patient-Therapeut-Beziehung im Verlauf der Therapie?*

Obwohl die Verlaufsdaten (6 Messpunkte: Stunden 4, 8, 12, 16, 20, 24) der Therapie zur Affiliation in der Patient-Therapeut-Beziehung erhoben wurden, die in Tabelle 7 und 8 exemplarisch dargestellt sind, geschah hierzu keine weitere Auswertung. Grund hierfür war die bereits in der Übersicht erkennbare lediglich geringfügige Veränderung dieser Werte (vgl. Kapitel 4.1). Dies betrifft ebenso die Daten zur Interdependenz, bei denen ebenfalls nur geringe Veränderungen zu erkennen waren (Tabelle 7 und 8). Da von der Affiliation als Maß für die Freundlichkeit bzw. Unfreundlichkeit die relevanten Aussagen für die Qualität der therapeutischen Beziehung zu erwarten sind und die Werte für die Interdependenz als Maß für die Kontrolle bzw. die Gewährung von Unabhängigkeit eine spezifische Ergänzung darstellen, ist die Ausblendung dieser Daten von der Sache her für die vorliegende Fragestellung vertretbar. Die Beobachtung, dass im Verlauf der Therapie nur geringfügige Veränderungen stattfinden, entspricht den Befunden der Vanderbilt-Studien, nach denen sich die therapeutische Beziehung in den ersten Sitzungen klärt und danach praktisch gleich bleibt (vgl. Kapitel 2.1)

Da nach der SASB/CMP-Methode die maladaptive Haltung des Patienten zu sich selbst entscheidender Faktor der anhaltenden innerseelischen Pathologie ist und die Veränderung des Introjekts aus dieser Sicht den Ansatzpunkt jeder erfolgreichen Therapie darstellt (vgl. Kapitel 3.2, Junkert-Tress et al. 1999), ist den Untersuchungen zur therapeutischen Beziehung die Darstellung des Verlaufs des Introjekts vorangestellt, bei der ein zeitlicher Anstieg zu erkennen ist. Die an den hohen Standardabweichungen erkennbare breite Streuung der Werte ist charakteristisch für Untersuchungen mit dem Intrex-Fragebogen und kann auch in homogenen Gruppen wie Studenten beobachtet werden (Davies-Osterkamp et al. 1993b). Andererseits muss diese Variation als Hinweis auf die Grenzen der Gruppenvergleiche ernst genommen

werden, da dadurch wichtige individuelle Wahrnehmungen und Verläufe verschleiert werden können, wie dies bereits bei den Vanderbilt-Studien (vgl. Kapitel 2.1) aber auch in neuerer Zeit durch Bachelor und Salamé (2000) festgestellt werden konnte.

Die Untersuchung der Unterschiede zwischen Patienten- und Therapeutesicht wurde wegen der genannten geringfügigen Veränderungen nicht an den Verlaufsdaten direkt, sondern an den über die sechs Messzeitpunkte (Stunden 4, 8, 12, 16, 20 und 24) gemittelten Werten für die Affiliation durchgeführt und zwar hinsichtlich des Umgangs des Patienten mit dem Therapeuten sowie in Bezug auf den Umgang des Therapeuten mit dem Patienten.

Zunächst ist jedoch zur Stichprobe allgemein festzuhalten, dass in fast der Hälfte der Fälle (22 von 47) das Therapieergebnis aus Patientensicht anders beurteilt wird als aus Therapeutesicht. In den meisten Fällen (17) stellt der Therapeut eine Verbesserung fest, während aus Patientensicht keine Veränderung stattgefunden hat. Dies entspricht den in Kapitel 2.3.3 dargestellten Aussagen, dass Patienten- und Therapeutesicht hinsichtlich therapeutischer Beziehung bzw. Therapieergebnis oft nicht übereinstimmen; vgl. hierzu insbesondere die Meta-Analyse von Horvath und Symonds (1991) deren Aktualisierung von Martin et al. (2000) sowie die Untersuchungen von Bachelor und Salamé (2000) und Hersoug et al. (2001). Dass der größte Teil der übereinstimmend verbesserten Therapieergebnisse von Patienten mit neurotischen Störungen gebildet wird, war zu erwarten, da sie als Kontrollgruppe dienen, für die die Wirksamkeit dynamischer Kurzzeittherapie als gut gesichert gilt (Shapiro et al. 1994, Barkham et al. 1994), während Patienten mit psychosomatischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen die zu untersuchende Zielgruppe darstellen (vgl. Kapitel 3.1). Da die therapeutische Beziehung einen zentralen Wirkfaktor in der Psychotherapie darstellt und einen engen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg hat (vgl. hierzu Kapitel 2.3, Binder und Strupp 1997, Crits-Christoph 1998, Luborsky 1994), verdient der hohe Anteil der von Patient und Therapeut unterschiedlich eingeschätzten Therapieergebnisse Beachtung. Angesichts der im Ergebnisteil dargestellten unterschiedlichen Sichtweisen der therapeutischen Beziehung waren unterschiedliche Sichtweisen des Therapieergebnisses zu erwarten. Es stellt sich nun aber die Frage, wie denn der Therapieerfolg tatsächlich zu beurteilen ist, da zwei Wahrnehmungen oder Wahrheiten nebeneinander existieren: die des Patienten und die des Therapeuten. Diese Spannung lässt sich nicht ohne weiteres auflösen, da die

Validität und Reliabilität für beide Messinstrumente (SCL und BSS) als gut gesichert gilt (Franz et al. 1997) und beide Ergebnisse in ihrer Aussagekraft als gleichwertig und gleichgewichtig betrachtet werden müssen. Unterschiede in der Selbst- und Fremdbeurteilung ergeben sich erfahrungsgemäß insbesondere im sozialkommunikativen Bereich häufiger (vgl. ebd.). Weitere Erkenntnisse zu dieser Fragestellung könnten aus den im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeittherapie-Projekts geplanten katamnestischen Untersuchungen gewonnen werden (vgl. Kapitel 3.1). Es gibt Hinweise dafür, dass sich auf Dauer die Einschätzung des Patienten als die bedeutsamere erweist, da der Patient ja grundsätzlich von der stattgehabten Therapie und deren Auswirkungen im Gegensatz zum Therapeuten unmittelbar persönlich betroffen ist, und die „Psychotherapie (.) als ‚riskante Chance‘ in Ergänzung und Konkurrenz zu anderen (oft wirksameren) Lebensereignissen und Bewältigungsversuchen“ steht (Junkert-Tress 2000). Die Bedeutung der Einschätzung des Patienten für Verlauf und Ergebnis speziell der dynamischen Kurzzeittherapie heben auch Alpher et al. (1990) hervor. Da - wie insbesondere die Meta-Analyse von Horvath und Symonds (1991) gezeigt hat - die Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch den Patienten die zuverlässigste Vorhersage für den Therapieerfolg darstellt, ist es denkbar, dass dies auch für die Einschätzung des Therapieergebnisses und dessen weitere Entwicklung gilt (vgl. hierzu auch Kapitel 2.3.3).

Erwartungsgemäß gibt es hinsichtlich der Affiliation sowohl im Introjekt als auch im Verlauf der therapeutischen Beziehung insgesamt einen zeitlichen Anstieg, da mehr als die Hälfte der Therapieergebnisse aus Patienten- und Therapeutensicht übereinstimmend verbessert beurteilt wurde und sich wegen des engen Zusammenhangs von therapeutischer Beziehung und Therapieergebnis auch die Affiliation verbessert haben muss. Die Beobachtung, dass die Freundlichkeit in guten Zeiten stärker ausgeprägt ist als in schlechten Zeiten, hängt damit eng zusammen, da die Affiliation als ein aussagekräftiges Maß für die therapeutische Beziehung zu betrachten ist. Andererseits ist zu fragen, ob die Affiliation auch innerhalb der guten bzw. schlechten Zeiten nicht auch schwanken darf und ob noch weitere Faktoren die Klassifikation „gute Zeiten“ und „schlechte Zeiten“ aus Patienten- und Therapeutensicht beeinflussen.

Interessant ist nun, dass aus Therapeutensicht zwischen guten und schlechten Zeiten größere Unterschiede wahrgenommen werden als aus Patientensicht. Dies unterstützt die oben genannte Sichtweise, dass Patienten und Therapeuten unterschiedliche Maßstäbe für gute und schlechte Zeiten benutzen bzw. die verschiede-

nen Faktoren, die zu dieser Klassifikation führen, unterschiedlich gewichten. Möglicherweise ist es so, dass die Therapeuten auf Grund ihrer professionell bedingten größeren Vertrautheit mit dem Kurzzeittherapieprojekt und dem Inhalt der Fragebögen für die Wahrnehmung von guten und schlechten Zeiten stärker sensibilisiert sind als die Patienten. Hinzu kommt wahrscheinlich, dass die Therapeuten aus ihrem Wissen um die enge Verbindung von Affiliation, deren hohe Ausprägung in guten Zeiten und dem engen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg bemüht sind, eine möglichst hohe Frequenz von guten Zeiten herbeizuführen. Dabei könnte eine Rolle spielen, dass sich die Therapeuten sehr stark von ihrem Eindruck der therapeutischen Beziehung und der damit verbundenen Akzeptanz oder Ablehnung leiten lassen, wie Schulte und Meyer (2002) vermuten und dadurch den Unterschied zwischen guten und schlechten Zeiten besonders deutlich erleben.

Die aus Patienten- wie Therapeutensicht insgesamt höhere Freundlichkeit des Therapeuten könnte mit den unterschiedlichen Rollen beider zusammenhängen: der Therapeut ist / fühlt sich - bedingt durch seine Profession - zur Freundlichkeit verpflichtet und versucht, sie einzuhalten. Der Patient darf krankheits- bzw. problembedingt auch unfreundlich sein.

○ *Unterscheidet sich die therapeutische Beziehung hinsichtlich der verschiedenen Diagnosegruppen?*

In Bezug auf die verschiedenen Diagnosegruppen ist anzumerken, dass hier trotz grundlegend vorhandener Gemeinsamkeiten jeweils recht unterschiedliche Störungen zusammengefasst sind, die in Symptomatik, Dynamik und Therapie deutlich voneinander abgegrenzt werden können. Alle Aussagen hierzu sind deshalb grober Natur und müssten noch bezüglich der verschiedenen Krankheitsbilder differenziert werden. Diese grobe Sicht stellt jedoch einen wichtigen ersten Schritt dar, der hilft, einen Überblick zu gewinnen und Richtungen zu erkennen. Wegen der zu kleinen Besetzung der Kategorien wäre zudem eine weitere Differenzierung nach Störungsbildern in der untersuchten Stichprobe nicht möglich gewesen.

Es konnte nun beobachtet werden, dass in guten Zeiten die Affiliation in allen Diagnosegruppen durch Patienten und Therapeuten ähnlich eingeschätzt wird, während es Unterschiede zwischen Patienten- und Therapeutensicht in den schlechten Zeiten gibt: hier halten sich Patienten mit psychosomatischen Störungen im Umgang mit dem Therapeuten für besonders unfreundlich, während der Therapeut die Patienten

mit Persönlichkeitsstörungen am unfreundlichsten einschätzt. Ein Grund dafür, dass sich Patienten mit psychosomatischen Störungen für unfreundlicher halten als der Therapeut sie einschätzt, könnte mit den in Kapitel 3.6 beschriebenen Spezifika dieser Patientengruppe zusammenhängen. Da diese Personen keinen bzw. einen sehr eingeschränkten Zugang zu ihren Affekten haben und wenig konfliktfähig sind, kann es sein, dass sie weniger freundliche bzw. dezent unfreundliche Aussagen oder Verhaltensweisen nicht angemessen einschätzen können und als große Unfreundlichkeit überbewerten, die sich dann bedrohlich auf die Beziehung zum Therapeuten auswirken könnten.

Für den Therapeuten sind die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im Umgang mit ihm (dem Therapeuten) am unfreundlichsten, während der Therapeut auch sich selbst im Umgang mit dem Patienten am unfreundlichsten einschätzt. Auch aus Patientensicht wird der Umgang des Therapeuten mit dem Patienten in der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen am unfreundlichsten bewertet. Als Hintergrund (vgl. Tress et al. 2003) ist hier ein im Beziehungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut deutlich hervortretendes zyklisch-maladaptives Muster denkbar, das sich durch seine Rigidität und Neigung zur Wiederholung auch in Übertragung und Gegenübertragung zeigt. Charakteristisch für den Persönlichkeitsgestörten ist sein schlechtes Selbstbild, verbunden mit einer feindseligen und anklagenden Haltung, die er durch Erfahrungen in der Kindheit internalisiert hat und die heute sein Verhalten anderen gegenüber und das entsprechend feindselige Verhalten anderer ihm gegenüber prägen und unterhalten. Zur Aufrechterhaltung des maladaptiven Verhaltensmusters trägt außerdem die in Kapitel 3.6 beschriebene „Ich-Syntonie“ bei: persönlichkeitsgestörte Patienten empfinden für sich persönlich keinen Leidensdruck, der zur Veränderung eigener Denk- oder Verhaltensweisen führen könnte, da die Ursache für zwischenmenschliche Probleme und Konflikte immer der Umgebung zugeschrieben wird. Darüber hinaus wirkt dieses Verhaltensmuster identitätsstiftend, da auf diese Weise die alten Loyalitäten nicht aufgegeben werden müssen. Bereits die Vanderbilt-Studien haben gezeigt, dass der Umgang mit Disaffiliation in der Therapie für den Therapeuten eine große Herausforderung darstellt (vgl. Kapitel 2.1). Gleichzeitig besteht dabei auch ein großes Gefährdungspotential im Hinblick auf einen Therapieabbruch, da „sich vor dem endgültigen Therapieabbruch in der Hälfte der Fälle auch die Therapeuten, ohne sich dessen bewusst zu werden, in eine maligne Entwertungsspirale meist über komplexe, doppeldeutige Kommunikationen hineinziehen lassen. Sie geraten unbe-

merkt und ungewollt in einen Sog destruktiver Gegenübertragung.“ (Tress et al. 2003) In der von Junkert-Tress et al. (2000) durchgeführten Untersuchung konnte (bezogen auf die oben genannte Problematik der recht unterschiedlichen Störungsbilder in den drei Diagnosegruppen) auch gezeigt werden, dass Patienten mit Borderline-Syndromen von der Therapie auch in der Katamnese gut profitieren, während es in der Gruppe der narzisstischen Persönlichkeitsstörungen auch bei anderen Therapieformen zu den meisten Abbrüchen kommt.

Zur weiteren Erforschung bzw. Erfassung der emotionalen Defizite bei psychosomatischen Krankheitsbildern sowie Persönlichkeitsstörungen und deren Einfluss auf die therapeutische Beziehung und den Therapieerfolg könnten Untersuchungen hilfreich sein, die versuchen, das affektive Erlebnisrepertoire von Patienten zu erfassen. Die von Leising et al. (2004) durchgeführte Untersuchung anhand einer Klinischen Emotionsliste gibt Hinweise darauf, dass die Auftretenshäufigkeit bzw. der Ausfall bestimmter Affektqualitäten, die Variabilität des Affekterlebens und seine durchschnittliche Valenz wichtige Faktoren für den psychotherapeutischen Behandlungserfolg darstellen.

- *Lässt sich der Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg bestätigen?*

Durch die Beobachtung, dass verbesserte Patienten etwas freundlicher eingeschätzt werden als unveränderte bzw. verschlechterte Patienten, zeigt sich ein Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg. Die geringen Effektstärken weisen allerdings darauf hin, dass neben der Freundlichkeit als Maß für die Qualität der therapeutischen Beziehung auch noch andere Faktoren für das Therapieergebnis eine entscheidende Rolle spielen müssen. Dies bestätigten insbesondere die Untersuchungen von Lambert und Barley (2001), vgl. hierzu auch Kapitel 2.3. Interessant ist nun, dass in der untersuchten Stichprobe Unterschiede in der Affiliation im Wesentlichen aus Therapeutesicht und kaum aus Patientensicht und dabei lediglich in guten Zeiten wahrgenommen werden. Die Ergebnisse zur allgemeinen Untersuchung der therapeutischen Beziehung hatten ja bereits gezeigt, dass aus Therapeutesicht zwischen guten und schlechten Zeiten größere Unterschiede in der Freundlichkeit festgestellt wurden als aus Patientensicht. Möglicherweise gilt hier ebenfalls das bereits oben zur allgemeinen Wahrnehmung des Therapeuten und seiner Gewichtung der therapeutischen Beziehung Gesagte. Zusätzlich geht in schlech-

ten Zeiten, unabhängig vom Therapieergebnis, ein für die therapeutische Beziehung wichtiger und konstituierender Faktor verloren bzw. tritt in den Hintergrund. Die Frage ist dann, ob sich die verschiedenen Faktoren in schlechten Zeiten anders gewichten oder reduzieren, während sie in guten Zeiten in voller Ausprägung vorhanden sind. Die Untersuchung der Qualität und Quantität von guten und schlechten Zeiten im Verlauf der Therapie könnte in diesem Zusammenhang aufschlussreich sein. Um zu detaillierteren Aussagen zu gelangen, müssten die vorliegenden Ergebnisse an einer größeren Stichprobe validiert werden. Auch durch den Einsatz komplexerer statistischer Methoden, z.B. Zeitreihen und zusätzliche Untersuchung der Interdependenz könnten zur Beschaffenheit der therapeutischen Beziehung noch weitere wichtige Aussagen getroffen werden.

Hentschel et al. (1997) weisen darauf hin, dass beispielsweise internalisierte Mutter- und Vaterbilder Einfluss auf die Entwicklung einer hilfreichen therapeutischen Beziehung Einfluss nehmen. Eine interessante Ergänzung zur Einschätzung des Therapieergebnisses stellen Hannöver et al. (2000) vor, die die Patientenzufriedenheit als Maß für den Behandlungserfolg untersuchen. In dieser Richtung könnte der Frage nach der insbesondere katamnestic Bedeutung der Einschätzung des Patienten hinsichtlich therapeutischer Beziehung und Therapieergebnis nachgegangen werden sowie ein Beitrag zur möglichen Identifikation weiterer bedeutender Faktoren, die zum Aufbau einer tragfähigen und heilsamen therapeutischen Beziehung beitragen, geleistet werden.

Insgesamt haben die Untersuchungen die große Bedeutung der therapeutischen Beziehung hinsichtlich Therapieverlauf und –ergebnis für die vorliegende Stichprobe von der Tendenz her bestätigt. Wichtige Annahmen wie die Zunahme der Freundlichkeit im Introjekt, unterschiedliche Wahrnehmungen von Patient und Therapeut sowie gering ausgeprägte Affiliationsveränderungen im Therapieverlauf konnten gesichert werden. Gleichzeitig zeigte sich anhand zahlreicher Untersuchungsdetails auch sehr deutlich die Komplexität der therapeutischen Beziehung, die einfache und klare Aussagen zunächst nicht leicht zulässt. Diese Komplexität bildet andererseits eine Herausforderung für zukünftige Forschungen, die insbesondere hinsichtlich der Beurteilung des Therapieergebnisses, der Beschreibung des Therapieverlaufs und der Ermittlung und Gewichtung weiterer, für die therapeutische Beziehung konstitutiver Faktoren durchgeführt werden könnten.

Literaturverzeichnis

- Alpher VS, Henry WP, Strupp HH (1990) Dynamic factors in patient assessment and prediction of change in Short-term dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy* 27: 350-360
- Bachelor A, Salamé R (2000) Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 9: 39-53
- Bänninger-Huber E (2001) Von der Erfolgsforschung zur Prozessforschung – und wieder zurück? Zum aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum. *Psychotherapeut* 46: 348-352
- Barkham M, Rees A, Shapiro DA, Agnew RM, Halstead J, Culverwell A (1994) Effects of treatment method and duration and severity of depression on the effectiveness of psychotherapy: Extending the Second Sheffield Psychotherapy Project to NHS settings. Sheffield University SAPU Memo 1480
- Benjamin LS (1974) Structural analysis of social behavior. *Psychological Review* 81: 392-425
- Benjamin LS (1984) Principles of Prediction using Structural Analysis of Social Behavior. In Zucker RA, Aronoff J, Rabin AJ (eds.) *Personality and the Prediction of Behavior*. Academic Press New York: 121-173
- Benjamin LS (1988) Short Form User's Manual. Intrex Interpersonal Institute, Inc. 675 Cortez Street, Salt Lake City, Utah
- Benjamin LS (1993) *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. Guilford press New York
- Benjamin LS, Karpiak CP (2001) Personality Disorders. *Psychotherapy* 38: 487-491
- Binder JL, Strupp HH (1997) "Negative Process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 4(2): 121-139
- Bordin ES (1979) The generalizability of the psychoanalysis concept of the working alliance. *Psychotherapy* 16: 252-260
- Buber M (1962, 7. Auflage 1994) *Das Dialogische Prinzip*. Lambert Schneider, Gerlingen: 31

- Butler SF, Henry WP, Strupp HH (1995) Measuring adherence in time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy* Vol 32(4): 629-638
- Crits-Christoph P (1998) The interpersonal interior of psychotherapy. *Psychotherapy Research* 8: 1-16
- Davies-Osterkamp S, Hartkamp N, Junkert B (1993a) Das Konzept der Pattern-Koeffizienten. In: Tress W (Hg.) *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)*. Asanger, Heidelberg: 159-169
- Davies-Osterkamp S, Hartkamp N, Junkert B (1993b) Eigene Ergebnisse. In: Tress W (Hg.) *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)*. Asanger, Heidelberg: 196-200
- Derogatis LR (1983) *SCL-90-R administration, scoring and procedures manual*. John Hopkins University Press, Baltimore MD
- Endicott J, Spitzer RL, Fliess JL, Cohen J (1976) The Global Assessment Scale *Archives of General Psychiatry* 33: 766-771
- Franz M, Schmitz N, Tress W (1997) Möglichkeiten zur empirischen Erfassung des Schweregrades psychogener Erkrankungen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 37: 7-12
- Freud S (1912) Zur Dynamik der Übertragung, *Gesammelte Werke* Bd. 8: 364-374
- Frieswyk SH, Allen JG, Colson DB, Coyne L, Gabbard GO, Horwitz L, Newsom G (1986) Therapeutic Alliance: Its Place as a Process and Outcome Variable in Dynamic Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54 (1): 32-38
- Frommer J, Streeck U (2003) Qualitative Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum – ein Blick auf die Ergebnisse. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 49: 74-86
- Gabbard GO (1990) *Psychodynamic psychiatry*. APA, Washington
- Garfield SE, Bergin AE (eds.) (1994) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley New York, 4th ed.: 467-508
- Gaston L (1990) The concept of alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy* 27: 143-153
- Gomes-Schwartz BA (1978) Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcomes from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 1023-1035

- Greenson RR (1965, dt. 1966) Das Arbeitsbündnis und die Übertragungsneurose. *Psyche* 20: 81-103
- Hannöver W, Dogs Ch, Kordy H (2000) Patientenzufriedenheit – ein Maß für den Behandlungserfolg? *Psychotherapeut* 45: 292-300
- Hartley DE, Strupp HH (1983) The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In: Masling M (Ed.) *Empirical studies of psychoanalytic theories*. Hillsdale NJ, Analytic Press: 1-27
- Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE, Binder JL (1993) The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 434-440
- Henry WP, Strupp HH (1994) The therapeutic alliance as interpersonal process. In: Horvath AO, Greenberg LS (Eds.) *The working alliance: Theory, research and practice*. New York Wiley
- Henry WP, Strupp HH, Schacht TH, Gaston L (1994) Psychodynamic approaches. In: Garfield SE, Bergin AE (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley New York, 4th ed.: 467-508
- Henry WP, Schacht TE, Strupp HH (1986) Structural Analysis of Social Behavior – Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 27-31
- Henry WP, Schacht TE, Strupp HH, Butler SF, Binder JL (1993) Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses on training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 441-447
- Hentschel U, Kiessling M, Rudolf G (1997) Therapeutic alliance and transference: An exploratory study of their empirical relationship. *The Journal of Nervous and Mental Disease*: 254-262
- Herpertz S, Sass H (2002) Persönlichkeitsstörungen. In: Ahrens S, Schneider W (Hg.) *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin* (2. Auflage), Schattauer, Stuttgart: 215-218
- Hersoug AG, Hoglend P, Monsen JT, Havik OE (2001) Quality of working alliance in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10: 205-216
- Hildenbrand G (1993) Die Vanderbilt-Psychotherapieforschungsprojekte und ihre Ergebnisse. In: Tress W (Hg.) *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)*. Asanger, Heidelberg: 221-230

- Hoffmann SO, Hochapfel G (1999) Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, 6. Aufl., Stuttgart, Schattauer: 181
- Hoffmann SO, Schüssler G (1999) Wie einheitlich ist die psychodynamisch / psychoanalytisch orientierte Psychotherapie? *Psychotherapeut* 44: 367-373
- Hoffmann SO (2000) Psychodynamische Therapie und Psychodynamische Verfahren: Ein Plädoyer für die Übernahme eines einheitlichen und international gebräuchlichen Begriffs. *Psychotherapeut* 45: 52-54
- Horvath AO (2001) The alliance. *Psychotherapy* 38 (4): 365-372
- Horvath AO, Greenberg LS (Eds.) (1994) *The working alliance: Theory, research and practice*. New York Wiley
- Horvath AO, Symonds BD (1991) Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 38: 139-149
- Hougaard E (1994) The therapeutic alliance – a conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology* 35: 67-85
- ICD-10-SGBV (International Classification of Diseases), (1999), hrsg. v. Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information, Bd. 1 Systematisches Verzeichnis, Version 1.3, Krankenhausdrucke-Verlag Wanne-Eickel
- Junkert-Tress B, Schnierda U, Hartkamp, N, Schmitz, N, Tress, W (2001) Effects of short-term dynamic psychotherapy for neurotic, somatoform and personality disorders: a prospective 1-year-follow-up study. *Psychotherapy Research* 11: 187-200
- Junkert-Tress B, Tress W, Scheibe G, Hartkamp N, Maus J, Hildenbrand G, Schmitz N, Franz M (1999) Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt (DKZP). *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 49: 142-152
- Junkert-Tress B, Tress W, Hildenbrand G, Hildenbrand B, Windgassen F, Schmitz N, Hartkamp N, Franz, M (2000) Der Behandlungsabbruch – ein multifaktorielles Geschehen. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 50: 351 – 365
- Küchenhoff J, Ahrens S (2002a) Somatoforme autonome Funktionsstörungen. In: Ahrens S, Schneider W (Hg.) *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin* (2. Auflage), Schattauer, Stuttgart: 336-340

- Küchenhoff J, Ahrens S (2002b) Psychosomatische Störungen. In: Ahrens S, Schneider W (Hg.) Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin (2. Auflage), Schattauer, Stuttgart: 399-402
- Kächele H (1992) Psychoanalytische Therapieforschung 1930 – 1990. *Psyche* 46: 259-285
- Kaplan S (1998) The importance of the therapeutic alliance. *Journal of the American Optometric Association* 69 (10): 637-642
- Klemperer D (2003) Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden. *Deutsches Ärzteblatt* 100, A: 753-755
- Kokotovic AM, Tracey TJ (1990) Working alliances in early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology* 37: 16-21
- Lambert M, Barley DE (2001) Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy* 38: 357-361
- Leising D, Rudolf G, Grande T (2004) Die Klinische Emotionsliste – ein Verfahren zur Erfassung des affektiven Erlebnisrepertoires von Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 54: 173-178
- Luborsky L (1976) Helping alliances in psychotherapy. In: Claghorn JL (Ed.) *Successful psychotherapy*. Brunner/Mazel New York: 92-116
- Luborsky L (1984) *Principles of psychoanalytic psychotherapy*. Basic Books New York
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M (1983) Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting sign versus a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease* 171: 480-492
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1990) *Understanding transference*. Basic Books, New York
- Luborsky L (1994) Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In: Horvath AO, Greenberg LS (Eds.) *The working alliance: Theory, research and practice*. New York Wiley
- Mallinckrodt B, Nelson ML (1991) Counselor training level and formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology* 38: 133-138
- Marmar CR, Gaston L, Gallagher D, Thompson LW (1989) Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease* 177: 464-472

- Martin DJ, Garske JP, Davis MK (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 438-450
- Mergenthaler E (1992) Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research* 2: 125-142
- Meyer B, Pilkonis PA, Krupnick JL, Egan MK, Simmens SJ, Sotsky SM (2002) Treatment expectancies, patient alliance and outcome: further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(4): 1051-1055
- Morgan R, Luborsky L, Crits-Christoph P, Curtis H, Solomon J (1982) Predicting the outcome of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating method. *Archives of General Psychiatry* 39: 397-402
- Orlinsky DE, Howard KI (1986) Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SE (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 3rd ed.: 311-381, Wiley New York
- Piper WE, Boroto DR, Joyce AS, McCallum M, Azim HFA (1995) Pattern of alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Psychotherapy* 32: 639-647
- Quintana StM, Meara NM (1990) Internalization of therapeutic relationships in short-term psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology* 37: 123-130
- Randau SG, Wampold BE (1991) Relationship of power and involvement to working alliance: A multiple-case sequential analysis of brief therapy. *Journal of Counseling Psychology* 38(2): 107-114
- Raue PJ, Goldfried MR (1994) The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. In: Horvath AO, Greenberg LS (Eds.) *The working alliance: Theory, research and practice*. New York Wiley
- Rogers CR (1951) *Client-centered therapy*. Riverside Press Cambridge
- Saketopoulou A (1999) The Therapeutic Alliance in psychodynamic psychotherapy: theoretical conceptualizations and research findings. *Psychotherapy* 36 (4): 329-342
- Saunders SM (2000) Examining the relationship between the therapeutic bond and the phases of treatment outcome. *Psychotherapy* 37: 206-218

- Schacht TE, Binder JL, Strupp HH (1991) Der dynamische Fokus. In: Strupp HH, Binder JL Kurzpsychotherapie. Klett Cotta Stuttgart: 99-154
- Schauenburg H (2000) „Strength through diversity“ – wo steht die Psychotherapieforschung heute? *Psychotherapeut* 45: 380-381
- Schepank H (1995) Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS). Beltz, Göttingen
- Schulte D, Meyer F (2002) Woran orientieren sich Therapeuten bei ihrer Sitzungsbeurteilung und Erfolgsprognose? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31(4): 257-265
- Shapiro DA, Barkham M, Rees A, Hardy GE, Reynolds S, Startup M (1994) Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive/behavioural and psychodynamic/interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62: 522-534
- Sterba R (1934) The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis* 15: 117-126
- Strupp HH (2000) Ein zeitgemäßer Blick auf die psychodynamische Psychotherapie und deren Zukunft. *Psychotherapeut* 45: 1-9
- Strupp HH (1998) The Vanderbilt I Study revisited. *Psychotherapy Research* 8 (1): 17-29
- Strupp HH, Binder JL (1984) Psychotherapy in a new key – A guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books New York. Deutsche Ausgabe (1991) Kurzpsychotherapie. Klett Cotta Stuttgart
- Strupp HH, Hadley SW (1979) Specific versus non-specific factors in psychotherapy: a controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry* 36: 1125-1136
- Suh C, Strupp HH, O'Malley SS (1986) The Vanderbilt process measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). In: Greenberg LS, Pinsof WM (Eds.): *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Guilford, New York: 285-324
- Svartberg M (1993) Characteristics, outcome and process of short-term psychodynamic psychotherapy: An updated overview. *Nordic Journal of Psychiatry* 47(3): 161-167
- Tress W (Hg.) (1993) *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)*. Asanger, Heidelberg

- Tress W, Henry WP, Junkert-Tress B, Hildenbrand G, Hartkamp N, Scheibe G (1996) Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). *Psychotherapeut* 41: 215-224
- Tress W, Henry WP, Strupp HH, Reister G, Junkert B (1990) Die Strukturele Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) in Ausbildung und Forschung. Ein Beitrag zur „funktionellen Histologie“ des psychotherapeutischen Prozesses. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 36: 240-257
- Tress W, Junkert-Tress B, Hartkamp N, Wöller W, Langenbach M (2003) Spezifische psychodynamische Kurzzeittherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 48: 15-22
- Tress W, Langenbach M, Henry WP (2002) Das interpersonelle Modell der Persönlichkeitsstörungen. In: Ahrens S, Schneider W (Hg.) *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin* (2. Auflage), Schattauer, Stuttgart: 220-222
- Zetzel ER (1956) Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis* 37: 369-376

INTREX Kurzform, Version 2.0d(KTh)

© Copyright 1989-1991, Wolfgang Tress, Lorna Smith Benjamin

Dieser Fragebogen erkundigt sich nach Ihrem Verhalten und Erleben gegenüber sich selbst und anderen. Bitte antworten Sie so, wie Sie wirklich denken oder fühlen. Die allererste Reaktion auf die jeweilige Frage ist meist die beste Antwort. Es gibt keine „guten“ oder „schlechten“ Antworten. Nur Ihre Meinung zählt. Es geht nicht um „wahr“ oder „falsch“ oder darum, was andere von Ihnen erwarten.

Einige Fragen erkundigen sich nach Erinnerungen aus Ihrer Kinderzeit. Wenn Sie sich an diese Zeit nicht mehr erinnern können, nehme Sie eine andere, spätere Zeit, an die Sie sich erinnern können und ändern die Zeitangaben im Fragebogen entsprechend ab.

Name:

Vorname:

Datum:

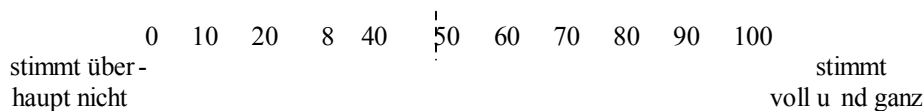
Bitte kreuzen Sie nun an, wie gut die jeweilige Frage beschreibt,

wie Sie mit sich selbst umgehen.

Beurteilen Sie sich zweimal: Einmal in Ihren besten und einmal in Ihren schlechtesten Zeiten. Zunächst versuchen Sie, sich an eine Zeit vor einigen Tagen, Wochen oder Monaten zu erinnern, als Sie eine besonders gute Zeit hatten und beurteilen Sie dann, wie Sie damals mit sich umgegangen sind. Dann denken sie an eine bestimmte Zeit vor einigen Tagen, Wochen oder Monaten, als Sie eine besonders schlechte Zeit hatten und beurteilen Sie, wie Sie damals mit sich umgegangen sind.

Bitte gehen Sie nicht mehr als ein Jahr zurück.

Benutzen Sie zu Ihrer Beurteilung diese Skala:



Bitte kreuzen Sie eine der Zahlen von 0 -100 an.

Zahlen von 0-40 bedeuten „stimmt nicht“, Zahlen von 50 -100 bedeuten „stimmt“. Je eher Sie eine Aussage für unzutreffend halten, desto eher müssen Sie zur „0“ hin ankreuzen, je mehr Sie einer Aussage zustimmen, desto mehr müssen Sie zur „100“ hin ankreuzen.

So gehe ich in meinen besten Zeiten mit mir um

	stimmt über-	haupt nicht							stimmt	voll und ganz	
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Unbekümmert und wie selbstverständlich tue und lasse ich, wonach mir der Sinn steht.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ohne einen Gedanken an die Folgen bin ich voller Ablehnung und Zerstörungswut mir gegenüber.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich mag mich und gehe liebevoll mit mir um.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Im Umgang mit mir selbst setze ich einiges daran, fürsorglich, achtsam und interessiert an meiner eigenen Entwicklung zu sein.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich bestrafe mich durch Selbstvorwürfe, Selbstzweifel und Selbsterniedrigung.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich nehme mich so wie ich bin, mit all meinen Stärken und Schwächen.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

	stimmt über- haupt nicht										stimmt voll und ganz					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100					
Gedankenlos und rücksichtslos vernachlässige ich mich, manchmal so, als wäre ich ganz egal.																
Ich achte darauf, dass ich alles richtig mache und halte mich selbst unter genauer Beobachtung und Kontrolle.																
						gar nicht	selten	häufig	immer							
Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie sich in Ihren besten Zeiten befanden.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Nun stellen Sie sich bitte um und beurteilen Sie:

So gehe ich in meinen schlechtesten Zeiten mit mir um

	stimmt über- haupt nicht										stimmt voll und ganz					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100					
Unbekümmert und wie selbstverständlich tue und lasse ich, wonach mir der Sinn steht.																
Ohne einen Gedanken an die Folgen bin ich voller Ablehnung und Zerstörungswut mir gegenüber.																
Ich mag mich und gehe liebevoll mit mir um.																
Im Umgang mit mir selbst setze ich einiges daran, fürsorglich, achtsam und interessiert an meiner eigenen Entwicklung zu sein.																
Ich bestrafe mich durch Selbstvorwürfe, Selbstzweifel und Selbsterniedrigung.																
Ich nehme mich so wie ich bin, mit all meinen Stärken und Schwächen.																
Gedankenlos und rücksichtslos vernachlässige ich mich, manchmal so, als wäre ich ganz egal.																
Ich achte darauf, dass ich alles richtig mache und halte mich selbst unter genauer Beobachtung und Kontrolle.																
						gar nicht	selten	häufig	immer							
Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie sich in Ihren schlechtesten Zeiten befanden.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Gehen sie jetzt bitte dazu über anzukreuzen, wie gut die jeweilige Frage

Ihre wichtigste Bezugsperson beschreibt.

Tragen Sie bitte ein, wer Ihre **wichtigste Bezugsperson** ist (z.B. „mein Mann“, „meine Freundin“ etc.):

Bezugsperson:

Beurteilen Sie diese Person und sich selbst zweimal: Wenn die Beziehung am besten und wenn sie am schlechtesten ist. Zunächst versuchen Sie sich an eine Zeit vor einigen Tagen, Wochen oder Monaten zu erinnern, als diese wichtige Bezugsperson und Sie selbst am besten miteinander auskamen. Während Sie an diese Zeit denken, beurteilen Sie diese besten Zeiten. Dann denken Sie an eine bestimmte Zeit vor einigen Tagen, Wochen oder Monaten, als Sie beide miteinander sehr schlecht auskamen, und beschreiben Sie diese Ihre schlechteste gemeinsame Phase.
Bitte gehen Sie nicht mehr als ein Jahr zurück.

So geht er/sie in unseren besten Zeiten mit mir um.

	stimmt über haupt nicht										stimmt voll und ganz				
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Er/sie lässt mich meinen eigenen Weg finden und bemüht sich, mich zu verstehen, auch wenn wir nicht einer Meinung sind.															
Er/sie schottet sich gegen mich ab und reagiert kaum.															
Er/sie erniedrigt, beschuldigt oder bestraft mich.															
Gedankenlos übersieht und vernachlässigt er/sie mich.															
Er/sie hört auf mich, verlässt sich auf mich und nimmt meine Angebote an.															
Er/sie geht liebevoll auf mich ein und bietet mir an, ihr/ihm ganz nach meinen Wünschen nahe zu sein.															
Beleidigt und verärgert kommt er/sie hastig meinem Willen nach.															
Er/sie teilt mir offen und gelöst seine/ihre Gefühle und Gedanken mit.															
Damit die Dinge ihre Ordnung haben, kümmert er/sie sich um alles selbst und ist darauf bedacht, dass ich mich an ihre/seine Regeln halte.															
Er/sie denkt und handelt so, wie ich es gerade will.															
Er/sie hat seine/ihre eigene Meinung und tut, was er/sie will, ganz unabhängig von mir.															
Ohne einen Gedanken an die Folgen, greift er/sie mich voller Hass und Zerstörungswut heftig an.															
Er/sie gibt mir sehr freundlich Anleitung, Schutz und Fürsorge.															
Sorglos lässt er/sie mich gehen und machen, was ich will.															
Gelassen und freudig genießt er/sie meine Gegenwart so oft wie möglich.															
Voller Angst und Hass schreckt er/sie vor mir zurück und meidet mich.															

Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie sich in Ihren besten Zeiten befanden.

gar nicht	selten	häufig	immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für die nächsten Fragen gehen Sie über zur Beschreibung von:

So gehe ich mit ihm/ihr in unseren besten Zeiten um.

	stimmt über haupt nicht										stimmt voll und ganz						
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Ich lasse sie/ihn ihren/seinen eigenen Weg finden und bemühe mich, sie/ihn zu verstehen, auch wenn wir nicht einer Meinung sind.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Ich schotte mich gegen sie/ihn ab und reagiere kaum.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Ich erniedrige, beschuldige oder bestrafe sie/ihn.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Gedankenlos übersehe und vernachlässige ich sie/ihn.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Ich höre auf sie/ihn, verlasse mich auf sie/ihn und nehme seine/ihre Angebote an.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Ich gehe liebevoll auf sie/ihn ein und biete ihr/ihm an, mir ganz nach ihren/seinen Wünschen nahe zu sein.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Beleidigt und verärgert komme ich hastig ihrem/seinem Willen nach.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Offen und gelöst teile ich ihr/ihm meine Gefühle und Gedanken mit.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Damit die Dinge ihre Ordnung haben, kümmere ich mich um alles selbst und bin darauf bedacht, dass sie/er sich an meine Regeln hält	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Ich denke immer so, wie er/sie gerade will.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Ich habe meine eigene Meinung und tue einfach, was ich will, ganz unabhängig von ihr/ihm.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Ohne einen Gedanken an die Folgen, greife ich sie/ihn voller Hass und Zerstörungswut heftig an.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Ich gebe ihr/ihm sehr freundlich Anleitung, Schutz und Fürsorge.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Sorglos lasse ich sie/ihn gehen und machen, was er/sie will.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Gelassen und freudig genieße ich ihre/seine Gegenwart so oft wie möglich.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Voller Angst und Hass schrecke ich vor ihr/ihm zurück und meide sie/ihn.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						

gar nicht selten häufig immer

Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie sich in Ihren besten Zeiten befanden.

Nun gehen Sie bitte dazu über, zu beschreiben:

So geht er/sie in unseren schlechtesten Zeiten mit mir um.

	timms über- haupt nic										stimmt voll und ganz		
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Er/sie lässt mich meinen eigenen Weg finden und bemüht sich, mich zu vers tehen, auch wenn wir nicht einer Meinung sind.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Er/sie schottet sich gegen mich ab und reagiert kaum.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Er/sie erniedrigt, beschuldigt oder bestraft mich.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Gedankenlos übersieht und vernachlässigt er/sie mich.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Er/sie hört auf mich, verlässt sich auf mich und nimmt meine Angebote an.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Er/sie geht liebevoll auf mich ein und bietet mir an, ihr/ihm g anz nach meinen Wünschen nahe zu sein.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Beleidigt und verärgert kommt er/sie hastig meinem Willen nach.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Er/sie teilt mir offen und gelöst seine/ihre Gefühle und Gedanken mit.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Damit die Dinge ihre Ordnung haben, kümmert er/sie sich um alles selbst und ist darauf bedacht, dass ich mich an ihre/seine Regeln halte.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Er/sie denkt und handelt so, wie ich es gerade will.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Er/sie hat seine/ihre eigene Meinung und tut, was er/sie will, ganz unabhängig von mir.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Ohne einen Gedanken an die Folgen, greift er/sie mich voller Hass und Zerstörungswut heftig an.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Er/sie gibt mir sehr freundlich Anleitung, Schutz und Fürsorge.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Sorglos lässt er/sie mich gehen und machen, was ich will.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Gelassen und freudig genießt er/sie meine G egenwart so oft wie möglich.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
Voller Angst und Hass schreckt er/sie vor mir zurück und meidet mich.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

gar nicht selten häufig immer

Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie sich in Ihren schlechtesten Zeiten befanden.

Für die nächsten Fragen gehen Sie über zur Beschreibung von:

So gehe ich mit ihm/ihr in unseren schlechtesten Zeiten um.

	stimmt über haupt nicht										stimmt voll und ganz
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich lasse sie/ihn ihren/seinen eigenen Weg finden und bemühe mich, sie/ihn zu verstehen, auch wenn wir nicht einer Meinung sind.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich schotte mich gegen sie/ihn ab und reagiere kaum.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich erniedrige, beschuldige oder bestrafe sie/ihn.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Gedankenlos übersehe und vernachlässige ich sie/ihn.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich höre auf sie/ihn, verlasse mich auf sie/ihn und nehme seine/ihre Angebote an.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich gehe liebevoll auf sie/ihn ein und biete ihr/ihm an, mir ganz nach ihren/seinen Wünschen nahe zu sein.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Beleidigt und verärgert komme ich hastig ihrem/seinem Willen nach.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Offen und gelöst teile ich ihr/ihm meine Gefühle und Gedanken mit.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Damit die Dinge ihre Ordnung haben, kümmere ich mich um alles selbst und bin darauf bedacht, dass sie/er sich an meine Regeln hält	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich denke immer so, wie er/sie gerade will.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich habe meine eigene Meinung und tue einfach, was ich will, ganz un abhängig von ihr/ihm.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ohne einen Gedanken an die Folgen, greife ich sie/ihn voller Hass und Zerstörungswut heftig an.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich gebe ihr/ihm sehr freundlich Anleitung, Schutz und Fürsorge.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Sorglos lasse ich sie/ihn gehen und machen, was er/sie will.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Gelassen und freudig genieße ich ihre/seine Gegenwart so oft wie möglich.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Voller Angst und Hass schrecke ich vor ihr/ihm zurück und meide sie/ihn.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie sich in Ihren schlechtesten Zeiten befanden.

gar nicht selten häufig immer

Gehen Sie jetzt bitte dazu über anzukreuzen, wie gut die jeweilige Frage

Ihren Therapeuten/Ihre Therapeutin beschreibt.

Beurteilen Sie Ihren Therapeuten/Ihre Therapeutin und sich selbst zweimal: Wenn die Beziehung am besten und wenn sie am schlechtesten ist. Zunächst versuchen Sie, sich an eine Zeit in den letzten Therapiestunden zu erinnern, als Therapeut/Therapeutin und Sie selbst am besten miteinander auskamen. Während Sie an diese Zeit denken, beurteilen sie diese besten Zeiten. Dann denken Sie an eine bestimmte Zeit in den letzten Therapiestunden, als Sie beide miteinander sehr schlecht auskamen, und beschreiben Sie diese Ihre schlechteste gemeinsame Phase.

So geht mein Therapeut in unseren besten Zeiten mit mir um.

	stimmt über haupt nicht										stimmt voll und ganz				
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Er/sie lässt mich meinen eigenen Weg finden und bemüht sich, mich zu verstehen, auch wenn wir nicht einer Meinung sind.															
Er/sie schottet sich gegen mich ab und reagiert kaum.															
Er/sie erniedrigt, beschuldigt oder bestraft mich.															
Gedankenlos übersieht und vernachlässigt er/sie mich.															
Er/sie hört auf mich, verlässt sich auf mich und nimmt meine Angebote an.															
Er/sie geht liebevoll auf mich ein und bietet mir an, ihr/ihm ganz nach meinen Wünschen nahe zu sein.															
Beleidigt und verärgert kommt er/sie hastig meinem Willen nach.															
Er/sie teilt mir offen und gelöst seine/ihre Gefühle und Gedanken mit.															
Damit die Dinge ihre Ordnung haben, kümmert er/sie sich um alles selbst und ist darauf bedacht, dass ich mich an ihre/seine Regeln halte.															
Er/sie denkt und handelt so, wie ich es gerade will.															
Er/sie hat seine/ihre eigene Meinung und tut, was er/sie will, ganz unabhängig von mir.															
Ohne einen Gedanken an die Folgen, greift er/sie mich voller Hass und Zerstörungswut heftig an.															
Er/sie gibt mir sehr freundlich Anleitung, Schutz und Fürsorge.															
Sorglos lässt er/sie mich gehen und machen, was ich will.															
Gelassen und freudig genießt er/sie meine Gegenwart so oft wie möglich.															
Voller Angst und Hass schreckt er/sie vor mir zurück und meidet mich.															

gar nicht selten häufig immer

Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie sich in Ihren besten Zeiten befanden.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Für die nächsten Fragen gehen Sie über zur Beschreibung von:

So gehe ich mit meinem Therapeuten in unseren besten Zeiten um.

	stimmt über haupt nicht										stimmt voll und ganz				
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Ich lasse sie/ihn ihren/seinen eigenen Weg finden und bemühe mich, sie/ihn zu verstehen, auch wenn wir nicht einer Meinung sind.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Ich schotte mich gegen sie/ihn ab und reagiere kaum.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Ich erniedrige, beschuldige oder bestrafe sie/ihn.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Gedankenlos übersehe und vernachlässige ich sie/ihn.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Ich höre auf sie/ihn, verlasse mich auf sie/ihn und nehme seine/ihre Angebote an.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Ich gehe liebevoll auf sie/ihn ein und biete ihr/ihm an, mir ganz nach ihren/seinen Wünschen nahe zu sein.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Beleidigt und verärgert komme ich hastig ihrem/seinem Willen nach.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Offen und gelöst teile ich ihr/ihm meine Gefühle und Gedanken mit.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Damit die Dinge ihre Ordnung haben, kümmere ich mich um alles selbst und bin darauf bedacht, dass sie/er sich an meine Regeln hält	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Ich denke immer so, wie er/sie gerade will.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Ich habe meine eigene Meinung und tue einfach, was ich will, ganz unabhängig von ihr/ihm.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Ohne einen Gedanken an die Folgen, greife ich sie/ihn voller Hass und Zerstörungswut heftig an.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Ich gebe ihr/ihm sehr freundlich Anleitung, Schutz und Fürsorge.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Sorglos lasse ich sie/ihn gehen und machen, was er/sie will.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Gelassen und freudig genieße ich ihre/seine Gegenwart so oft wie möglich.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Voller Angst und Hass schrecke ich vor ihr/ihm zurück und meide sie/ihn.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				

gar nicht selten häufig immer

Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie sich in Ihren besten Zeiten befanden.

Nun gehen Sie bitte dazu über, zu beschreiben:

So geht mein Therapeut in unseren schlechtesten Zeiten mit mir um.

	stimmt über haupt nicht										stimmt voll und ganz					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100					
Er/sie lässt mich meinen eigenen Weg finden und bemüht sich, mich zu verstehen, auch wenn wir nicht einer Meinung sind.																
Er/sie schottet sich gegen mich ab und reagiert kaum.																
Er/sie erniedrigt, beschuldigt oder bestraft mich.																
Gedankenlos übersieht und vernachlässigt er/sie mich.																
Er/sie hört auf mich, verlässt sich auf mich und nimmt meine Angebote an.																
Er/sie geht liebevoll auf mich ein und bietet mir an, ihr/ihm ganz nach meinen Wünschen nahe zu sein.																
Beleidigt und verärgert kommt er/sie hastig meinem Willen nach.																
Er/sie teilt mir offen und gelöst seine/ihre Gefühle und Gedanken mit.																
Damit die Dinge ihre Ordnung haben, kümmert er/sie sich um alles selbst und ist darauf bedacht, dass ich mich an ihre/seine Regeln halte.																
Er/sie denkt und handelt so, wie ich es gerade will.																
Er/sie hat seine/ihre eigene Meinung und tut, was er/sie will, ganz unabhängig von mir.																
Ohne einen Gedanken an die Folgen, greift er/sie mich voller Hass und Zerstörungswut heftig an.																
Er/sie gibt mir sehr freundlich Anleitung, Schutz und Fürsorge.																
Sorglos lässt er/sie mich gehen und machen, was ich will.																
Gelassen und freudig genießt er/sie meine Gegenwart so oft wie möglich.																
Voller Angst und Hass schreckt er/sie vor mir zurück und meidet mich.																

gar nicht selten häufig im mer

Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie sich in Ihren schlechtesten Zeiten befanden.

Für die nächsten Fragen gehen Sie über zur Beschreibung von:

So gehe ich in unseren schlechtesten Zeiten mit meinem Therapeuten um.

	stimmt über haupt nicht										stimmt voll und ganz						
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Ich lasse sie/ihn ihren/seinen eigenen Weg finden und bemühe mich, sie/ihn zu verstehen, auch wenn wir nicht einer Meinung sind.																	
Ich schotte mich gegen sie/ihn ab und reagiere kaum.																	
Ich erniedrige, beschuldige oder bestrafe sie/ihn.																	
Gedankenlos übersehe und vernachlässige ich sie/ihn.																	
Ich höre auf sie/ihn, verlasse mich auf sie/ihn und nehme seine/ihre Angebote an.																	
Ich gehe liebevoll auf sie/ihn ein und biete ihr/ihm an, mir ganz nach ihren/seinen Wünschen nahe zu sein.																	
Beleidigt und verärgert komme ich hastig ihrem/seinem Willen nach.																	
Offen und gelöst teile ich ihr/ihm meine Gefühle und Gedanken mit.																	
Damit die Dinge ihre Ordnung haben, kümmere ich mich um alles selbst und bin darauf bedacht, dass sie/er sich an meine Regeln hält																	
Ich denke immer so, wie er/sie gerade will.																	
Ich habe meine eigene Meinung und tue einfach, was ich will, ganz unabhängig von ihr/ihm.																	
Ohne einen Gedanken an die Folgen, greife ich sie/ihn voller Hass und Zerstörungswut heftig an.																	
Ich gebe ihr/ihm sehr freundlich Anleitung, Schutz und Fürsorge.																	
Sorglos lasse ich sie/ihn gehen und machen, was er/sie will.																	
Gelassen und freudig genieße ich ihre/seine Gegenwart so oft wie möglich.																	
Voller Angst und Hass schrecke ich vor ihr/ihm zurück und meide sie/ihn.																	

gar
nicht selten häufig immer

Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie sich in Ihren schlechtesten Zeiten befanden.

INTREX Kurzform, Version 2.0d(KTh; für Therapeut/in)

© Copyright 1989-1991, Wolfgang Tress, Lorna Smith Benjamin

Bitte beurteilen Sie, wie gut die jeweilige Frage

Ihren Patienten/Ihre Patientin beschreibt.

Name des/r Pat.:

Beurteilen Sie diese Person und sich selbst zweimal: Wenn die Beziehung am besten und wenn sie am schlechtesten ist. Zunächst versuchen Sie, sich an eine Zeit in den letzten Therapiestunden zu erinnern, als Patient/in und Sie selbst am besten miteinander auskamen. Während Sie an diese Zeit denken, beurteilen Sie diese besten Zeiten. Dann denken Sie an eine bestimmte Zeit in den letzten Therapiestunden, als Sie beide miteinander sehr schlecht auskamen, und beschreiben Sie diese Ihre schlechteste gemeinsame Phase.

So geht der/die Pat. in unseren besten Zeiten mit mir um.

	stimmt über haupt nicht										stimmt voll und ganz						
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Er/sie lässt mich meinen eigenen Weg finden und bemüht sich, mich zu verstehen, auch wenn wir nicht einer Meinung sind.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Er/sie schottet sich gegen mich ab und reagiert kaum.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Er/sie erniedrigt, beschuldigt oder bestraft mich.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Gedankenlos übersieht und vernachlässigt er/sie mich.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Er/sie hört auf mich, verlässt sich auf mich und nimmt meine Angebote an.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Er/sie geht liebevoll auf mich ein und bietet mir an, ihr/ihm ganz nach meinen Wünschen nahe zu sein.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Beleidigt und verärgert kommt er/sie hastig meinem Willen nach.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Er/sie teilt mir offen und gelöst seine/ihre Gefühle und Gedanken mit.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Damit die Dinge ihre Ordnung haben, kümmert er/sie sich um alles selbst und ist darauf bedacht, dass ich mich an ihre/seine Regeln halte.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Er/sie denkt und handelt so, wie ich es gerade will.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Er/sie hat seine/ihre eigene Meinung und tut, was er/sie will, ganz unabhängig von mir.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						
Ohne einen Gedanken an die Folgen, greift er/sie mich voller Hass und Zerstörungswut heftig an.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100						

	stimmt über haupt nicht										stimmt voll und ganz				
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100				
Ich gebe ihr/ihm sehr freundlich Anleitung, Schutz und Fürsorge.															
Sorglos lasse ich sie/ihn gehen und machen, was er/sie will.															
Gelassen und freudig genieße ich ihre/seine Gegenwart so oft wie möglich.															
Voller Angst und Hass schrecke ich vor ihr/ihm zurück und meide sie/ihn.															

	gar nicht	selten	häufig	immer
Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie sich in Ihren schlechtesten Zeiten befanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Eva-Maria Ilse Lukei
 Geburtsdatum: 12. Dezember 1967
 Geburtsort: Düsseldorf
 Konfession: katholisch
 Eltern: Bernhard Lukei und Elfriede Lukei, geb. Hoffmann
 Nationalität: deutsch
 Familienstand: ledig

Schulbildung

1974-78 Gemeinschaftsgrundschule an der Witzfeldstraße,
 Meerbusch-Büderich
 1978-87 St. Ursula-Gymnasium Düsseldorf, Abitur 1987

Studium

1987-89 Studium der Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum
 1989 Physikum
 1989-90 Studium der Humanmedizin an Universität-GH Essen
 1990 1. Staatsexamen
 1990-92 Studium der Humanmedizin an der Heinrich-Heine-Universität
 Düsseldorf
 1992 2. Staatsexamen
 1992-94 Praktisches Jahr im Evangelischen Krankenhaus
 Mülheim an der Ruhr
 1. Tertial: Chirurgie
 2. Tertial: Innere Medizin
 3. Tertial: Gynäkologie und Geburtshilfe
 1994 3. Staatsexamen
 1994-98 Studium der Katholischen Theologie an der Rheinischen
 Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
 1996-97 Studium der Katholischen Theologie an der Universität Wien
 1998 Diplomprüfung

Berufliche Tätigkeit

1998-2001 Pastoralassistentin im Erzbistum Köln,
 tätig in Hürth und Düsseldorf
 2001-2003 Pastoralreferentin im Erzbistum Köln,
 tätig in Düsseldorf
 seit 7/2003 tätig in Köln

Danksagung

Mein Dank gilt zunächst Herrn Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress für die Überlassung des Themas.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Brigitte Junkert-Tress, die diese Arbeit von der ersten Anfrage im November 2001 über das Kennenlernen des Intrex-Fragebogens und des SASB-Modells, über die Datenerhebung und die Reduktion einer Flut von Tabellen und Literatur hinweg in hervorragender Weise betreut und angeleitet hat. Vor allem in der Phase der Abfassung der Arbeit hat sie mir immer wieder mit zahlreichen inhaltlichen wie stilistischen Hinweisen und insgesamt mit großem persönlichen Engagement und viel Geduld (über manche Schaffenspausen hinweg) zur Seite gestanden.

Danken möchte ich auch Herrn PD Dr. Norbert Schmitz, der sich vor allem um die statistischen Aspekte dieser Dissertation gekümmert und mir bei der Vorbereitung des Vortrags beim Wissenschaftlichen Wochenende der Klinik im Februar 2003 geholfen hat.

Mein Dank gilt ebenfalls Frau Dr. Lilith König, die mit mir die ersten Schritten zur Datenerhebung und Formulierung der Fragestellung getan hat, sowie Frau Dipl.-Psych. Dagmar Hecke, deren Hinweise und Einsatz mir an wichtigen Punkten weitergeholfen haben.

Danken möchte ich meinen Eltern, die mir den Abschluss von zwei Studiengängen finanziell und ideell ermöglicht und zusammen mit der ganzen Familie durch ihr Interesse und ihre Ermutigung über manche Durststrecken hinweggeholfen haben. Wichtig dabei waren insbesondere die vielen Gespräche mit meiner Tante, Frau Dr. Ilse Triantafillou und ihrem Mann, Herrn Dr. Stavros Triantafillou.

Danken möchte ich schließlich Frau Pastoralreferentin Susanne Körber und Herrn Pfarrer Frank Müller von der Katholischen Hochschulgemeinde Düsseldorf für ihre tatkräftige Unterstützung vor allem beim Korrekturlesen. Mein Dank gilt außerdem Herrn Pfarrer Werner Heiliger und Herrn Pfarrer Dr. Wolfgang Fey für ihr Interesse an dieser Arbeit und für ihre wohlwollende gelegentliche Rücksichtnahme auf meine außerdienstlichen Aktivitäten. Dankbar bin ich nicht zuletzt für die ermutigenden Gespräche mit Frau Dr. Petra Focks und Frau Dr. Ursula Neufang, die auf ihre Weise zur Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen haben.

Die Patient-Therapeut-Beziehung in Kurzzeitpsychotherapien: Eine empirische Untersuchung mit dem Intrex-Fragebogen

von Eva Lukei

Die vorliegende Dissertation befasst sich im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekts mit der therapeutischen Beziehung in ihrem Verlauf, in ihrer Wahrnehmung durch Patienten und Therapeuten, in ihrem Bezug zu verschiedenen Diagnosegruppen (Neurosen, psychosomatische Störungen und Persönlichkeitsstörungen) und in ihrer Abhängigkeit vom Therapieergebnis. Es wurde eine zufällig ausgewählte Stichprobe von 49 Patienten untersucht, für die die Fragebögen zu den 6 Messzeitpunkten (4., 8., 12., 16., 20., und 24. Sitzung) vollständig vorlagen und die sich gleichmäßig auf die Diagnosegruppen verteilten. Der Fragebogen erfasst auf der Grundlage der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB), die den Kern des Kurzzeittherapieprojekts bildet, in zahlreichen Items den Umgang mit sich selbst und das interpersonelle Verhalten, wobei zusätzlich nach guten und schlechten Zeiten und Patienten- und Therapeutesicht differenziert wird. Ausgehend von dem in der Fachliteratur breit dokumentierten Befund, dass die Beziehung zwischen Patient und Therapeut einen zentralen Wirkfaktor in der Psychotherapie darstellt, wurden die Affiliation / Disaffiliation (Freundlichkeit / Feindseligkeit) gemessen und dann mit Hilfe von Effektstärken Gruppenvergleiche durchgeführt. Zur Beurteilung des Therapieergebnisses kamen je ein Instrument der Selbstbeurteilung (SCL) und der Fremdbeurteilung (BSS) zum Einsatz.

Ergebnisse: In einem Drittel der Fälle wurde aus Therapeutesicht ein Therapieerfolg festgestellt, während aus Patientensicht keine Verbesserung stattgefunden hat. Den größten Teil der übereinstimmend verbesserten Therapieergebnisse bildeten Patienten mit neurotischen Störungen. Insgesamt verbesserte sich die Affiliation im Verlauf der Therapie, wobei aus Therapeutesicht zwischen guten und schlechten Zeiten größere Unterschiede wahrgenommen wurden als aus Patientensicht und die Freundlichkeit des Therapeuten aus Patienten- und Therapeutesicht höher eingeschätzt wurde als die Freundlichkeit des Patienten. Bezogen auf die Diagnosegruppen zeigte sich, dass es in guten Zeiten keine Unterschiede in der Freundlichkeit gab, während in den schlechten Zeiten die Patienten mit psychosomatischen Störungen sich selbst im Umgang mit dem Therapeuten am unfreundlichsten einschätzten, die Therapeuten jedoch die Freundlichkeit der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen am niedrigsten bewerteten. Die Affiliation lag bei (übereinstimmend) verbesserten Patienten etwas höher als bei unveränderten bzw. verschlechterten Patienten. Die relativ geringen Unterschiede wurden im Wesentlichen aus Therapeutesicht und dabei in guten Zeiten wahrgenommen.

Die Untersuchungen haben insgesamt die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Therapieerfolg bestätigt, wenn sich auch hinsichtlich Qualität und Therapieerfolg erwartungsgemäß deutliche Unterschiede in der Patienten- und Therapeutesicht gezeigt haben. Diese Unterschiede setzen sich fort in den einzelnen Facetten des Umgangs zwischen Patient und Therapeut und im Hinblick auf verschiedene Diagnosegruppen. Die gering ausgeprägten Affiliationsunterschiede bezogen auf das Therapieergebnis weisen auf den zwar wichtigen, aber dennoch nicht exklusiven Einfluss der Patient-Therapeut-Beziehung auf den Therapieerfolg hin. Offene Fragen, die zum Gegenstand weiterer Forschung werden könnten, bestehen vor allem im Bereich der Beurteilung des Therapieergebnisses, der detaillierten Beschreibung des Therapieverlaufs und der Ermittlung und Gewichtung weiterer Faktoren, die die therapeutische Beziehung konstituieren.