

Aus der Klinik und dem Klinischen Institut  
für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Tress

**Effekte der Auswahl  
von Psychotherapiematerial auf  
Ergebnisse der Prozessforschung**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät

der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Ingo Christian Bonde

2005

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

Gez.: Univ.-Prof. Dr. med. dent. Wolfgang H.-M. Raab

Referent: Univ.-Prof. Dr. Dr. Tress

Koreferent: Prof. Dr. Schneider

Für Sonja – aus jedem erdenklichen Grund

## Danksagung

Diese medizinische Dissertation entstand im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeit-Psychotherapie-Projektes (DKZP) unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Tress an der Klinik und dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Herrn Prof. Dr. Dr. Tress Dank für die ermutigende und geduldige Begleitung. Ebenso Dank an PD Dr. Schmitz für die Hilfestellung in allen statistischen Fragen. Insbesondere Frau Dr. Junkert-Tress Dank für die unermüdliche Zusammenarbeit und für die zahlreichen Anregungen.

Dank aber auch an die – mehr im Hintergrund unterstützende – Familie, an meine Eltern und Schwiegereltern und an Oma Ruth.

Ebenso sei den verschiedenen Menschen, die mir technisch und bibliothekarisch halfen gedankt, erwähnt seien insbesondere die helfenden Damen der Postgraduate Medical Library des Royal Berkshire Hospital in Reading, Berkshire/UK, des Fair Mile Hospital in Cholsey, Oxfordshire/UK, sowie der Zentralbibliothek für Medizin in Köln und der Medizinischen Abteilung der Universitätsbibliothek in Düsseldorf.

Last not least meiner Frau Sonja.

---

# 0 Inhaltsverzeichnis

<b>0</b>	<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>1</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Kurze Übersicht über die Psychotherapieforschung und Verortung des Düsseldorfer Kurzzeit-Psychotherapie Projektes (DKZP)</b>	<b>5</b>
2.1	<i>Historischer Abriss der Psychotherapieforschung</i>	5
2.2	<i>Process-Outcome-Forschung</i>	12
2.2.1	Allgemeiner Überblick	12
2.2.2	Speziell: die „Deutung“	14
2.3	<i>Kurzzeit-Psychotherapie</i>	22
2.4	<i>Historische Entwicklung der Zirkumplexmodelle</i>	26
2.5	<i>Die besondere Stellung der Vanderbilt-Studien</i>	30
<b>3</b>	<b>Untersuchungsgegenstand und Methodik</b>	<b>36</b>
3.1	<i>Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)</i>	36
3.2	<i>Das Zyklisch-maladaptive Muster (Cyclic maladaptive pattern, CMP)</i>	40
3.3	<i>Weitergehende Differenzierung der therapeutischen Interventionen</i>	43
3.4	<i>Patienten und Therapeuten</i>	45
3.5	<i>Anmerkungen zur Methodik</i>	46
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>47</b>
4.1	<i>Analyse der Cluster der Patienten</i>	47
4.2	<i>Analyse der Cluster des Therapeuten</i>	52
4.3	<i>Analyse der Non-CMP-Interventionen</i>	59
4.4	<i>Analyse der CMP-Interventionen</i>	63
<b>5</b>	<b>Diskussion und Ausblick</b>	<b>67</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>74</b>
<b>7</b>	<b>Curriculum vitae</b>	<b>95</b>
<b>8</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>97</b>

---

„Vor vielen Jahren meldeten sich einige Freunde und ich zu einem Kochkurs an, der von einer armenischen Matrone und ihrem betagten Diener gegeben wurde. Da sie kein Englisch sprach und wir kein Armenisch, war die Unterhaltung nicht einfach. Sie lehrte durch Demonstration; wir schauten zu (und versuchten fleissig, ihre Rezepte nach Masseinheiten zu verstehen), während sie eine Reihe wunderbarer Auberginen- und Lammgerichte zubereitete. Aber unsere Rezepte waren unvollkommen, und so sehr wir uns auch bemühten, wir konnten ihre Gerichte nicht nachahmen. „Was war es“, fragte ich mich, „das ihrer Kochkunst dieses besondere Etwas gab?“ Die Antwort entzog sich mir, bis ich eines Tages, als ich besonders aufmerksam das beobachtete, was in der Küche vor sich ging, unsere Lehrerin mit grosser Würde und Überlegtheit ein Mahl zubereiten sah. Sie übergab es ihrem Diener, der es wortlos in die Küche zum Ofen trug und ohne zu zögern eine Handvoll ausgewählter Gewürze und Zutaten nach der anderen hineinwarf. Ich bin überzeugt, dass jene heimlichen „Zugaben“ den ganzen Unterschied ausmachten.

An diesen Kochkurs erinnere ich mich, wenn ich über Psychotherapie nachdenke, besonders wenn ich an die entscheidenden Zutaten erfolgreicher Therapie denke. Formale Texte, Zeitschriftenaufsätze und Vorlesungen beschreiben Therapie als exakt und systematisch, mit sich sorgfältig abzeichnenden Stadien, strategisch technischen Interventionen, methodischer Entwicklung und Wiederauflösung von Übertragung, Analyse der Objektbeziehungen und als ein sorgfältig rationales Programm von Interpretationen, die Einsichten ermöglichen. Aber ich glaube wirklich, dass der Therapeut das „Eigentliche“ hineinwirft, wenn niemand zuschaut. Aber welches sind diese „Zugaben“, diese flüchtigen, ausserplanmässigen Extras? Sie existieren ausserhalb der formalen Theorie, über sie wird nicht geschrieben, sie werden nicht ausdrücklich gelehrt. Die Therapeuten sind sich ihrer oft nicht bewusst; aber jeder Therapeut weiss, dass er oder sie es nicht erklären kann, warum viele Patienten Fortschritte machen. Die entscheidenden Zutaten sind schwer zu beschreiben, noch schwerer zu definieren.“ (Irvin D. Yalom, 1989, S.13)

---

# 1 Einleitung

Das Düsseldorfer Kurzzeit-Psychotherapie-Projekt (DKZP) unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Tress besteht an der Klinik und dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf seit 1991. Die zentralen methodischen Forschungsinstrumente sind die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (Structural Analysis of Social Behavior, SASB) nach Benjamin (1974; Tress, 1993) und das Zyklisch-maladaptive Muster (Cyclic maladaptive pattern, CMP) nach Strupp und Binder (1984). Eine genauere Beschreibung dieser Forschungsinstrumente, die eine mikroprozessuale Analyse der Therapeut-Patient<sup>1</sup>-Interaktion in ausgewählten Therapieausschnitten erlauben, findet sich in Kapitel 3.

Mit Hilfe dieser Instrumente konnten im Rahmen des DKZP bisher verschiedene Fragenkomplexe untersucht werden, so zum Beispiel die Häufigkeit disaffiliativer Kommunikation in der Therapeut-Patient-Interaktion und ihre Abhängigkeit zu umschriebenen Patientenvariablen (Scheibe, 1997) beziehungsweise ihre Bedeutung für den Abbruch einer Psychotherapie (Junkert-Tress et al., 2000), die interaktionellen Übertragungs- und Gegenübertragungsmanifestationen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (Schnierda, 1999; vgl. Tress et al., 2003), und andere.

Um die „funktionelle Histologie“ (Tress et al., 1990) des psychotherapeutischen Prozesses schärfer abzubilden, wurde es notwendig, das CMP-Modell nach Strupp und Binder weiter zu entwickeln. Konkret bedeutete dies, über die reine Beschreibung des CMP eines Patienten hinauszugehen und die Interventionen des Therapeuten daraufhin zu untersuchen, inwieweit sie den CMP adressieren („focus adherence“). Dies führte zum Konzept der CMP-basierenden therapeutischen Interventionen (Albert, 2000; Albert et al., 2003).

Methodischer Standard der bisherigen Untersuchungen ist es, die Analyse an ausgewählten Therapieausschnitten wie zum Beispiel der ersten beiden Therapiestunden in toto und den ersten zwanzig Minuten der 4., 8., 12. und jeder weiteren vierten Therapiestunde

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Arbeit habe ich mich aus pragmatischen Gründen, um der besseren Lesbarkeit willen, für die Verwendung des generischen Maskulinums entschieden („der Patient“, „der Therapeut“), das männliche und weibliche Personen – mit gleichem Respekt - einschließt.

vorzunehmen. Angesichts des erheblichen Arbeitsaufwandes der SASB-Methodik ist eine solche Selektion durchaus gerechtfertigt, gilt es doch nichtzuletzt auch in der empirischen Psychotherapieforschung mittels einer Verbesserung der Arbeitsökonomie eine Optimierung von Studien und Studiendesigns zu erreichen. Die Konzentration auf die Analyse ausgewählter und repräsentativer Therapieausschnitte ermöglichte somit die Ausweitung der Fallzahl bei gleichbleibendem Zeit- und Personaleinsatz.

Allerdings gibt es gute Argumente, sowohl aus der klinischen Praxis wie aus der begleitenden Theoriebildung, nicht nur eine Dynamik der Therapeut-Patient-Interaktion über den gesamten Therapieverlauf hinweg zu unterstellen, sondern eine solche ebenso für den Verlauf einer einzelnen Therapiestunde (in-session) zu postulieren. Eine solche Dynamik könnte zum Beispiel die Herausbildung und Verdichtung eines Fokus innerhalb einer Therapiestunde sein. Unter dieser Voraussetzung wäre die ausschliessliche Analyse der ersten zwanzig Minuten in den späteren Therapiestunden methodisch kritikwürdig und gleichzeitig Einlassstelle für Verzerrungen in Auswertung und Interpretation der Ergebnisse. Somit können als Leitfragen der vorliegenden Arbeit die (zweiseitigen) Fragestellungen formuliert werden:

*Ist empirisch eine messbare und signifikante Veränderung in der Häufigkeitsverteilung von SASB-Clustern von Therapeut und Patient bzw. hinsichtlich der Verteilung der therapeutischen Interventionen im Verlauf einer einzelnen Therapiestunde zu konstatieren?*

und

*Ist empirisch ein signifikanter Unterschied in der Verteilung der SASB-Cluster von Therapeut und Patient bzw. hinsichtlich der Verteilung der therapeutischen Interventionen zwischen einer frühen (zum Beispiel Therapiestunde 4) und einer späten Therapiestunde (zum Beispiel Therapiestunde 20) festzustellen?*

Im zweiten Schritt wäre bei Vorliegen einer signifikanten Veränderung zu schauen, welchen Einfluss die Auswahl der in definierten Kriterien (wie zum Beispiel die der therapeutischen Interventionen) signifikant differierenden Therapieausschnitte auf die Ergebnisse hat.

---

## 2 Kurze Übersicht über die Psychotherapieforschung und Verortung des Düsseldorfer Kurzzeit-Psychotherapie Projektes (DKZP)

Zunächst werde ich einen kurzen historischen Überblick über die allgemeine Psychotherapieforschung und über die Charakteristika verschiedener Phasen derselben geben. Daraufgehend werde ich detaillierter auf spezielle Bereiche der empirischen Psychotherapieforschung eingehen, und zwar werde ich zunächst den aktuellen Stand der Process-Outcome-Forschung zusammenfassen, anschliessend einen Überblick über die Forschungsbemühungen mit speziellem Fokus auf die Kurzzeit-Psychotherapie geben, um dann die historische Entwicklung der Zirkumplexmodelle zu skizzieren und abschliessend die sogenannten Vanderbilt Studien hervor zu heben. Die beiden letztgenannten Ausschnitte aus der Psychotherapieforschung sind wichtige Entwicklungslinien, vor deren Hintergrund das Düsseldorfer Kurzzeit-Psychotherapie-Projekt, in welches diese Arbeit eingebettet ist, gesehen werden muss.

### 2.1 Historischer Abriss der Psychotherapieforschung

Der heutige Stand der (psychodynamischen) Psychotherapieforschung ist nunmehr das Resultat sich über mehrere Jahrzehnte erstreckender Forschungsbemühungen. Es hat sich bewährt, diesen Summations- und Integrationsprozess psychoanalytischer Psychotherapieforschung in drei Phasen zu unterteilen.

Die **erste Phase** (1930 bis 1970) darf als eine Phase der Legitimation verstanden werden (Phase I: Nützt Psychotherapie überhaupt?). Kächele (1992) benennt die 10-Jahres-Katamnese des Berliner Psychoanalytischen Instituts (Fenichel, 1930) als initialen Marker psychoanalytischer Psychotherapieforschung. Luborsky et al. (1975) situieren den eigentlichen Beginn kontrollierter Vergleichsstudien in der Psychotherapieforschung in die Phase der mittleren und späten 1950er Jahre und geben in ihrer inzwischen ebenfalls historischen Arbeit einen sehr differenzierten Überblick über die wichtigsten Studien in den verschiedenen Vergleichskategorien (Gruppen- versus Individualtherapie; zeitlich begrenzte versus unbegrenzte Therapie; erste Vergleichsstudien der einzelnen Therapieschulen, wobei

der kompetitive Schulvergleich Charakteristikum der Forschungsphase II werden wird, etc.).

Eine wichtige Zäsur in dieser Forschungszeit stellen die Thesen von Eysenck (1952) dar – ein „Klassiker“, „immer und überall zitiert als Meilenstein der Psychotherapieforschung“ (Kaiser, 1993) - die durch ihre einseitige Zuspitzung für allgemeine Aufregung sorgten; unter anderem behauptete Eysenck bekanntlich, die Erfolgsraten von Psychotherapie lägen nicht über den Raten einer Spontanheilung. In einer seiner bekannten und umstrittenen Thesen, die später von Kiesler als „Mythos der spontanen Remission“ (Kiesler, 1966) bezeichnet wurde, wählte Eysenck (1961) die folgenden Worte:

„We may conclude with some confidence that about two-thirds of severe psychoneurotics show recovery or considerable improvement without the benefit of systematic therapy, after a lapse of two years from the time that their disorder is notified, or they are hospitalized [S. 711].“

Eysencks polemische Thesen förderten eine Reihe von Studien und Gegendarstellungen (u.a. Luborsky, 1954; Dührssen und Jorswieck, 1962; Kiesler, 1966), in denen die Argumentation kritisch reflektiert und schliesslich die Effektivität von Psychotherapie nachgewiesen werden konnte. Diese ersten Repliken auf die Thesen von Eysenck konnten durch zahlreiche weitere Arbeiten unterstrichen werden (Bergin, 1971; Howard et al., 1986; Schepank, 1990; McNeilly u. Howard, 1991; Meyer, 1994; Lambert u. Bergin, 1994).

Lambert und Bergin (1994) geben einen metaanalytischen Überblick über eine Reihe von Arbeiten, die Patientengruppen, die Psychotherapie erhielten, mit unbehandelten Kontrollgruppen-Patienten und mit Patienten, die eine Placebothherapie erhielten, vergleichen. Beide Referenzgruppen sind in der Psychotherapieforschung relativ schwierig zu definieren. Für die Kontrollgruppe, die (zunächst) keine Therapie erhält, gilt zweifellos:

„We have stated previously (Bergin, 1971) that true no-treatment control groups are impossible to set up as contrast groups for psychotherapy efficacy studies. Distressed human beings do not sit still like rats in a cage waiting for an experiment to end. They act to relieve their distress, ... .“ (Lambert u. Bergin, 1994, S. 175)

Auch die Definition einer Placebogruppe ist nicht trivial, wirken doch sowohl die wie auch immer spezifizierte Psychotherapie als auch der als Placebo zu bezeichnende Effekt über psychologische Mechanismen. Rosenthal und Frank (1956) definierten den Placeboanteil als den „theoretisch inerten“ Anteil. Doch auch die Beurteilung, was als „inert“ zu gelten hat, ist abhängig von dem jeweiligen (schulenspezifischen) Theoriekontext. Critelli und Neumann

(1984; zitiert nach Lambert u. Bergin, 1994) wiesen mit Recht daraufhin, dass bezüglich dieser Definition kritisch anzumerken ist, dass

„virtually every currently established psychotherapy would be considered inert, and therefore a placebo, from the viewpoint of other established theories of cure [S. 33].“

Die meisten Psychotherapieforscher definieren in ihren Arbeiten solche Patientengruppen als Placebogruppen, die keine spezifische Therapie erhalten, sondern eine Form „unspezifischer Zuwendung“ (theoretisch ein Äquivalent für die sogenannten „common factors“).

Bei einem insgesamt sehr grossen Stichproben-Umfang ( $N = 2.309$ ) konnten Lambert und Bergin in ihrer Metaanalyse nun eine durchschnittliche Effektstärke von 0.82 nachweisen, während der Vergleich der Placebo-Patientengruppen mit unbehandelten Kontrollgruppen lediglich eine durchschnittliche Effektstärke von 0.42 (bei  $N = 596$ ) aufwies. Mit einer Effektstärkendifferenz von 0.48 ( $N = 250$ ) konnte im Vergleich Psychotherapie versus Placebo somit die Überlegenheit von psychotherapeutischer Behandlung gegenüber Placebo deutlich demonstriert werden (vgl. Tschuschke, 1994). Für die Placebogruppen hielten sie fest:

„Although the effects of these common factors placebo approaches are smaller than those of formal psychotherapy, they do seem to show that the common factors do have efficiency, and so yield substantial effect sizes [S. 151].“

Aus heutiger Sicht gilt daher das von Eysenck vorgebrachte Konzept der „spontanen Remission“ - auch wenn es zeitweise erneut verstärkt diskutiert wurde (vgl. Shepherd, 1984; Bloch u. Lambert, 1985) - als „endgültig begraben“ (Tschuschke et al., 1994), von Tschuschke und Kächele wie folgt pointiert:

„Die generelle Frage allerdings, ob Psychotherapie überhaupt nützt, sollte so nicht mehr gestellt werden. Wer sie dennoch stellt, muss sich den Vorwurf der Ungebildetheit gefallen lassen (Kächele u. Kordy, 1992) [S. 139].“

Zweifellos hat es jedoch die Psychotherapieforschung im allgemeinen gefördert und insbesondere das methodische Bewusstsein der Forschenden geschärft.

Kordy und Kächele (1995) lassen es sich darüberhinaus nicht nehmen, in ihrer Übersichtsarbeit über die Bedeutungen und Funktionen des Faktors Zeit in der Psychotherapie, darauf hinzuweisen – sich dabei stützend auf eine Arbeit von McNeilly und

Howard (1991), die die Aufwand-Wirkungskurve aus der Analyse von Howard et al. (1986) mit einer entsprechenden Re-Analyse der Eysenck-Daten vergleicht – dass

„die Besserungsrate von 70 %, die Eysenck für seine nicht behandelte Kontrollgruppe nach 2 Jahren berichtet, ... man bei Anwendung von Psychotherapie bereits nach 26 Sitzungen übertrifft. D.h., selbst wenn man die Aussagen von Eysenck über die Spontanremissionsraten als gegeben annähme, ist es für Patienten ausgesprochen vorteilhaft, in eine Psychotherapie zu gehen, da sie dort eine gute Chance haben, ihre Leidenszeit erheblich abzukürzen [S. 203].“

In einer späteren Stellungnahme distanzierte Eysenck (1993) sich dann von der ursprünglichen Behauptung, Psychotherapie sei Placebo nicht signifikant überlegen; er habe mit seinen provokanten Aussagen (1952) nur auf einen Mangel positiver und robuster Forschungsergebnisse für den Bereich der Psychoanalyse und der psychoanalytischen Psychotherapie hinweisen wolle (vgl. Hartkamp, 1997).

Die **zweite Phase** (1960 bis 1980) konzentrierte sich vor allem auf die Darstellung des Zusammenhangs zwischen Verlauf und Ergebnis. Kächele (1992) formuliert die diese Phase charakterisierende Frage wie folgt: „Was muss im Verlauf geschehen, dass am Ende ein positives Ergebnis erwartet werden kann?“ - Eines der wichtigsten Projekte, das dieser Fragestellung nachging, war das Therapieforschungsprojekt der Menninger Clinic in Topeka. Wallerstein legte 1986 einen abschliessenden Bericht vor (Wallerstein, 1989, 1990). Dabei mussten Wallerstein et al. in ihrem Vergleich der drei Therapieformen, nämlich Psychoanalyse, „expressive psychotherapy“ und „supportive psychotherapy“, unter anderem feststellen, dass alle drei Therapieformen, die Psychoanalyse eingeschlossen, mehr supportive Elemente enthielten als von der Forschergemeinde ursprünglich angenommen, und dass diese supportiven Elemente in unerwartet hohem Ausmass mit dem therapeutischen Outcome korrelierten und auch für nachhaltige strukturelle Veränderungen, die bisher ausschliesslich als Wirkung einsichtsorientierter therapeutischer Interventionen angesehen worden waren, ursächlich waren. Wallerstein et al. hoben dabei unter den supportiven Wirkmechanismen die Ausbildung einer positiven Übertragungsbeziehung hervor:

„ ... it became clear that a major common operative supportive mechanism was the evocation and the firm establishment of a positive dependent transference attachment (wholly or at least significantly uninterpreted and „unanalyzed“), within which conflicted transference needs and wishes achieved varying degrees of conscious or unconscious gratification.“ (Wallerstein, 1989, S. 200)

Die Studien der Phase II waren im wesentlichen schulvergleichende Studien der experimentellen Wirkungsforschung. Die psychoanalytische Psychotherapieforschung wurde mit der bekannten Temple-Studie (Sloane et al., 1975) in den kompetitiven und auf Differenzen angelegten Ansatz integriert. Diese zweite Phase der Psychotherapieforschung bekam den Charakter einer „Pferderennen-Mentalität“ zugesprochen. Es konnte jedoch nicht der überzeugende Nachweis der Überlegenheit für eine der Therapieformen erbracht werden (vgl. Luborsky, Singer u. Luborsky, 1975; Smith u. Glass, 1977; Smith, Glass u. Miller, 1980; Stiles, Shapiro u. Elliott, 1986):

„Despite volumes devoted to the theoretical differences among different schools of psychotherapy, the results of research demonstrate negligible differences in the effects produced by different therapy types.“ (Smith u. Glass, 1977, S. 760)

Dieses Phänomen, dass manifest sehr verschiedene Therapieformen zu annähernd gleichen Therapieresultaten führen, das heisst, eine „outcome equivalence“ bei gleichzeitiger „content nonequivalence“ (Stiles, Shapiro u. Elliott, 1986) gegeben ist, wurde als sogenanntes „equivalence paradox“ bezeichnet. Dieses Äquivalenz-Paradoxon fand seine Umschreibung in dem nunmehr gebräuchlichen Terminus, dem sogenannten Dodo bird-Verdict aus „Alice’s Adventures in Wonderland“ (Carroll, 1865/1962): „all have won and all must have prizes“. Dieses Dodo bird-Verdict gilt – trotz zahlreicher Bemühungen, es zu widerlegen beziehungsweise zu überwinden - prinzipiell bis zum heutigen Zeitpunkt.

Die **dritte Phase** (ungefähr seit 1980), in der sich die aktuelle Psychotherapieforschung noch immer befindet, kennzeichnete Kächele (1992) durch die Frage: „Welche mikroprozessualen Vorgänge konstituieren die klinisch konzipierten Makroprozesse?“. Methodisch ist diese Phase durch eine (Rück-)Orientierung zu naturalistischen Studiendesigns gekennzeichnet. Fischer u. Fäh (1998) sprechen von einer „naturalistischen Wende mit der Untersuchung von therapeutischen Mikroprozessen und der Evaluation von Psychotherapie im Kontext realer Praxisbedingungen“. Gleichzeitig nahmen die Bemühungen zu, integrative beziehungsweise eklektische Konzepte zu formulieren (Garfield, 1980; Norcross, 1986; Grawe, 1994; Grawe et al., 1994; Petzold, 1999a; zur Kritik vgl. Yates, 1983).

Unlängst wurden zwei äusserst aufwendige und ebenso interessante Katamnesestudien im naturalistischen Design veröffentlicht: zum einen die multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie von Leuzinger-Bohleber et al. (2001), deren Datenlage auf einer Auswertung aller ehemaligen Patienten, die bei DPV-Analitikern zwischen 1990 und 1993

ihre Behandlung beendeten, beruht, und zum anderen die Ergebnisse der Arbeitsgruppe um Sandell im „Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project“ (STOPP) (Sandell et al., 2001): in beiden Studien konnte die Langzeitwirksamkeit von psychoanalytischer Langzeitpsychotherapie und Psychoanalyse mittels differenzierter und aufwendiger Erfassung der Therapieeffekte – auf symptomatischer wie struktureller Ebene – untermauert werden (zur Kritik dieser Studien siehe auch von Rad et al., 2001; Beland, 2001, und Hampe, 2001; zur Stellung der Langzeitanalyse im allgemeinen siehe Cremerius, 1990).

Als wesentliche Meilensteine der dritten Phase dürfen die Konzeptualisierungen von Kategorien genannt werden, die die interpersonellen Beziehungen und die in diesen gegebenenfalls beschreibbaren Konflikte formulieren und somit einer empirischen Überprüfbarkeit zugänglich machen.

Die bekanntesten dieser Konzeptualisierungen interpersoneller Interaktionen sind:

- die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) der Arbeitsgruppe um Benjamin, einem Instrument in der Tradition der seit den 40er Jahren entwickelten sogenannten Zirkumplexmodelle (Benjamin, 1974, 1993; Tress, 1993), dessen historische Entwicklung ausführlicher in Kapitel 2.4 beschrieben werden wird;
- das Zentrale Beziehungskonfliktthema (ZBKT) (Luborsky u. Crits-Christoph, 1990), das vor dem Hintergrund der Forschungen im Rahmen des Penn Psychotherapy-Projektes entstanden ist;
- die Formulierung von zyklisch maladaptiven Mustern (CMP) (Strupp u. Binder, 1984/1991), die auf die klinische Situation der Kurzzeit-Psychotherapie in der Tradition der psychoanalytischen Fokaltherapie (Malan, 1976a; Davanloo, 1978) zugeschnitten sind;
- die Rollen-Beziehungskonfliktkonstellation (Horowitz, 1991), welche in ihrer theoretischen Grundlegung auf die Konfigurationsanalyse nach Erikson (1966) zurückgreift (vgl. auch Beirle u. Schiepek, 2002);
- die Plan-Diagnose (z.B. Weiss u. Sampson, 1986);
- das Erleben der therapeutischen Beziehung durch den Patienten (PERT) (z.B. Hoffmann u. Gill, 1988).

Das Konzept des Zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT) nach Luborsky und die Plan-Diagnose nach Weiss und Sampson werde ich in Kapitel 2.2.2 kurz vorstellen.

Diesen verschiedenen oben genannten Untersuchungsinstrumenten ist der Beobachtungsfokus der interpersonellen Interaktion und die grundlegende Annahme der Existenz zentraler (interaktioneller) Muster gemein (vgl. Schauenburg u. Cierpka, 1994).

Die Forschungsbemühungen der empirischen Psychotherapieforschung konzentrieren sich in den letzten Jahren – nichtzuletzt unter Zuhilfenahmen der oben aufgeführten Untersuchungsinstrumente - auf eine gewissenhafte Durchleuchtung der dynamischen Austauschprozesse zwischen Therapeut und Patient. Damit verknüpft sind die Forschungsbemühungen um eine Erhellung des Zusammenhangs zwischen - möglicherweise „spezifischen“ und „unspezifischen“ - Wirkfaktoren und den differentiellen Wirkungen von Psychotherapie. Somit kann als Ziel der Phase III auch die (schrittweise) Überwindung des Äquivalenz-Paradoxons festgehalten werden.

„The indisputable fact that common factors are difficult to study should spur us on to exerting greater effort rather than to denigrating or dismissing them. Such understanding will lead to greater specificity, which is precisely what we needed. Then, what today is „nonspecific“ will become highly specific.“ (Strupp, 1995, S. 73, zit. nach Fäh u. Fischer, 1998, S. 162)

Diesem zentralen Grundgedanken und die ihn begleitenden Forschungsarbeiten, ähnlich dem medizinischen Modell in der Pharmakologie, „spezifische“ und „unspezifische“ Einflussfaktoren voneinander zu trennen (zur Kritik vgl. Grünbaum, 1986/1991, sowie Walach u. Sadaghiani, 2002), werde ich in Kapitel 2.5 genauer nachgehen.

Die Bemühungen, das Äquivalenz-Paradoxon aufzulösen, können – grob vereinfacht – in die folgenden drei Ansätze unterteilt werden (vgl. Stiles, Shapiro u. Elliott, 1986):

- Intensivierung der kompetitiven Forschungen, um schliesslich „doch noch“ Differenzen im Outcome aufzeigen zu können (z.B. Shapiro u. Shapiro, 1982a, 1982b; 1983; Shapiro 1985; Grawe et al., 1994) –
- Identifizierung des gemeinsamen Kerns („common core“) der verschiedenen Therapieansätze, wobei in diesem Bereich sowohl Faktoren beziehungsweise spezielle Eigenschaften oder Verhaltensweisen auf Seiten des Therapeuten wie auf der des Patienten / Klienten gesucht werden und ebenso die therapeutische Beziehung („therapeutic alliance“) analysiert wird (z.B. Frank 1971, 1973; Gomes-Schwartz, 1978; Garfield, 1980 – und

- eine Rekonzeptualisierung der Fragestellung, das heisst davon abzusehen, verschiedene „treatments“ hinsichtlich ihres Outcomes miteinander zu vergleichen und die Analyse stattdessen auf „events“ – definiert als „brief exchanges between client and therapist within therapy sessions“ (Stiles et al., 1986, S. 174) – zu fokussieren (sogenanntes „events paradigm“; vgl. Horowitz, 1982; Greenberg, 1980, 1983; Elliott, 1983; Rice u. Greenberg, 1984).

Aufgrund der besonderen medialen (Breiten-) Wirkung der 1994 veröffentlichten Publikation „Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession“ der Forschergruppe um Grawe, Donati und Bernauer erscheint es sinnvoll, anzumerken, dass die Ergebnisse dieser Metaanalyse in der vorgelegten Form in den der Veröffentlichung folgenden Diskussionen nicht verteidigt werden konnten (vgl. Meyer, 1994; Mertens, 1994; Fäh u. Fischer, 1998; Grawe, 1998; Tschuschke, 1997; Tschuschke u. Kächele, 1998; Stuhr, 1998; Leichsenring, 1998).

## **2.2 Process-Outcome-Forschung**

### **2.2.1 Allgemeiner Überblick**

Das von Orlinsky und Howard (1986, 1987) vorgeschlagene „Generic Model of Psychotherapy“ (vgl. auch Ambühl u. Grawe, 1988; Ambühl, 1993; Orlinsky, Grawe u. Parks, 1994) erlaubt die Strukturierung möglicher Prädiktoren für therapeutische Erfolge oder Misserfolge nach folgenden Aspekten: Aspekte des formalen Settings (therapeutic contract), technische Aspekte (therapeutic operations), interpersonelle Aspekte (therapeutic bond), intrapersonelle Aspekte (self-relatedness), klinische Aspekte (in-sessions impact) und zeitliche Aspekte (sequential flow). Die überwiegende Anzahl bisheriger empirischer Studien in der Process-Outcome-Forschung konzentrierte sich auf die technischen und interpersonellen Aspekte, nur ein geringerer Teil der Studien war umschriebenen Therapeuten- (z.B. Mintz et al., 1971; Luborsky et al., 1986; Lafferty et al., 1989; Übersicht bei Garfield, 1994) oder Patientenvariablen (z.B. Staples et al., 1976; Luborsky et al., 1993; Übersicht bei Beutler et al., 1994) gewidmet. Insbesondere die therapeutische Beziehung, für die in der Literatur auch die Bezeichnungen „therapeutic relationship“ (Garfield, 1989), „therapeutic alliance“ (Zetzel, 1956), „working alliance“ (Greenson, 1965) und „helping

alliance“ (Luborsky, 1976) Verwendung finden – wobei die semantischen Differenzen dieser Begriffe und die daraus resultierenden Konsequenzen für Forschungsansätze insbesondere von Bordin (1979), Frieswyk et al. (1984, 1986), Gaston (1990), Horvath und Luborsky (1993) sowie in der Übersichtarbeit von Henry et al. (1994) beschrieben werden - darf durch die verschiedensten Therapieschulen hinweg als einer der wichtigsten Prädiktoren für den Therapie-Outcome betrachtet werden (Luborsky et al., 1983; Morgan et al., 1982; Marziali et al., 1981; Marziali 1984a, 1984b; Kiesler u. Watkins, 1989; Horvath u. Symonds, 1991; Horvath u. Luborsky, 1993). Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das Konstrukt der „therapeutic alliance“ nicht gleichzusetzen ist mit den „unspezifischen Faktoren“ (die eher den „facilitative conditions“ der klientenzentrierten Psychotherapie entsprechen), denn der Begriff der „therapeutic alliance“ impliziert in den Definitionsansätzen im allgemeinen eine Betonung der Patienten-Variablen, wie z.B. die Fähigkeit, sich aktiv und produktiv in die Therapie einzubringen (vgl. Moras u. Strupp, 1982; Lambert u. Bergin, 1994).

Weniger homogen sind die Ergebnisse der verschiedenen Studien in Hinsicht auf die Effektivität spezifischer therapeutischer Interventionen. Orlinsky et al. (1994) heben hervor, dass eindeutige empirische Belege für die sogenannte paradoxe Intervention vorliegen. Diese Beurteilung ist bei ihnen das Ergebnis einer Auswertung von insgesamt 11 Studien, für die sie ausnahmslos eine signifikant positive Korrelation zwischen Einsatz der paradoxen Intervention und jeweiligem Therapie-Outcome festhalten konnten; die beiden in die Beurteilung miteinbezogenen Meta-Analysen (Hill, 1987; Shoham-Salomon u. Rosenthal, 1987) wiesen substantielle Effektstärken auf. In einer dieser Metaanalysen konnte eine durchschnittliche Effektstärke von 0.99 für „paradoxical treatments“ im Vergleich zu „no-treatment controls“ und eine durchschnittliche Effektstärke von 0.56 im Vergleich zu Plazebo-Kontrollgruppen festgehalten werden (Hill, 1987).

Desweiteren haben Orlinsky et al. für die therapeutische Intervention der „interpretation“ (Deutung) folgendes Ergebnis zusammengetragen: 63 % der 38 zusammengetragenen Befunde zeigten eine signifikante positive Korrelation mit dem Therapie-Outcome. Diese Bewertung lassen sie jedoch nicht uneingeschränkt:

„However, several interaction effects suggest that certain conditions may be necessary for this positive influence to occur, and 3 negative findings also indicate that there are circumstances in which interpretations should not be used [S. 307].“

Es gibt allerdings von weiteren Autoren, die in dieser Übersichtarbeit nicht die notwendige Berücksichtigung fanden, Einwände und eindeutige empirische Befunde, die ich in dem speziell der therapeutischen Intervention der „Deutung“ gewidmeten Kapitel 2.2.2 reflektieren werde.

Für die therapeutischen Interventionen „reflection“ und „clarification“ haben Orlinsky et al. in ihrer akribischen Übersichtarbeit über keine eindeutige Effektivität berichten können.

Darüberhinaus stellten sie heraus, dass nur 34 % der 38 Untersuchungen hinsichtlich der Beziehung zwischen „therapist support (e.g. encouragement)“ und dem therapeutischen Outcome eine signifikant positive Korrelation aufweisen konnten. Da es allerdings durchgehend auch keine Hinweise auf mögliche negative Effekte gibt, könne „therapist support“ als therapeutische Technik den Autoren zufolge ohne Zweifel sicher eingesetzt werden.

Es muss an dieser Stelle betont werden, dass in diese Übersichtsarbeit von Orlinsky et al. (1994) Studien verschiedenster therapeutischer Provenienz Eingang fanden und keine Fokussierung auf Kurzzeit-Psychotherapien erfolgte. Ferner muss angemerkt werden, dass im Feld der Process-Outcome-Forschung die Definition(en) von Psychotherapie-Outcome weiterentwickelt wurden. Psychotherapie-Outcome, welchen Malan bereits 1973 als „the crucial variable in psychotherapy“ bezeichnete, da alle Variablen nur insoweit wichtig seien, wie sie den Outcome der Therapie bestimmen würden, wird zunehmend nicht lediglich über Veränderungen auf einer Symptom-Ebene definiert (Mintz, 1981; DeWitt et al., 1983; Stiles, 1983; und insbesondere Lambert u. Hill, 1994), sondern über Veränderungen in multiplen Kriterien (z.B. Conolly u. Strupp, 1996; Svartberg et al., 1996), wie dies schon früh von Horowitz und et al. gefordert worden war (Horowitz, 1979; Horowitz u. Vitkus, 1986).

### **2.2.2 Speziell: die „Deutung“**

Es erscheint nicht nur angemessen, sondern geradezu unumgänglich, sich den Begriff der „Deutung“ über die Lektüre des Begründers der Psychoanalyse, die auch „Deutungskunst“ beziehungsweise „Interpretationswissenschaft“ genannt wird, zu erschliessen. Erstmals führte Sigmund Freud diesen Begriff in die Wissenschaftssprache vor nun über einem Jahrhundert mit seinem zentralen Werk „Die Traumdeutung“ (1900) ein:

„Die Überschrift, die ich meiner Abhandlung gegeben habe, lässt erkennen, an welche Tradition in der Auffassung der Träume ich anknüpfen möchte. Ich habe mir vorgesetzt zu zeigen, dass Träume einer Deutung fähig sind [...] Mit der Voraussetzung, dass Träume deutbar sind, trete ich sofort in Widerspruch zu der herrschenden Traumlehre, ja zu allen Traumtheorien mit Ausnahme der Schernerchen [...], denn einen „Traum deuten“ heisst, seinen „Sinn“ angeben, ihn durch etwas ersetzen, was sich als vollwertiges Glied in die Verkettung unserer seelischen Aktionen einfügt.“ (Freud, 1900; Studienausgabe 2000, S. 117)

Werthmann (1995) weist daraufhin, dass somit der ursprüngliche Gebrauch des Begriffs der Deutung weniger ein therapeutischer Vorgang als vielmehr die Beschreibung eines wissenschaftlichen Arbeitsvorganges ist. In seinen „Ratschlägen für den Arzt in der psychoanalytischen Behandlung“ (1912) bezieht sich Sigmund Freud auf den Gebrauch der Deutung im Kontext des therapeutischen Geschehens:

„Wie der Analytierte alles mitteilen soll, was er in seiner Beobachtung erhascht, mit Hintanhaltung aller logischen und affektiven Einwendungen, die ihn bewegen wollen, eine Auswahl zu treffen, so soll sich der Arzt in den Stand setzen, alles ihm Mitgeteilte für die Zwecke der Deutung, der Erkennung des verborgenen Unbewussten zu verwerten, ohne die vom Kranken aufgegebene Auswahl durch eine eigene Zensur zu ersetzen, ...“ (Freud, 1912; Studienausgabe 2000, Ergänzungsband, S. 175)

Der Begriff der „Deutung“ (engl. u. franz.: interpretation) erfährt in der psychoanalytischen Literatur eine Bedeutungsvielfalt (vgl. die Übersichtsarbeit von Sandler et al., 1969; Werthmann, 1995). In ihrer Beschreibung dieser Bedeutungsvielfalt und des Bedeutungswandels weisen Sandler et al. (1973/1991) auf die herausragende und zentrale Stellung der Deutung im Kontext der psychoanalytischen Technik hin. Hierbei zitieren sie Bibring (1954) mit den Worten, dass die „Deutung die höchste Instanz in der Hierarchie der für die Psychoanalyse charakteristischen Prinzipien ist“; ferner Gill (1954) mit seiner Feststellung, dass die „Psychoanalyse eine Behandlungstechnik ist, deren Anwendung durch einen neutralen Analytiker zum Entstehen einer regressiven Übertragungsneurose führt, und bei der die letztliche Auflösung dieser Neurose einzig durch die Deutungstechnik erfolgt“. Während Freud in seinen Arbeiten zur psychoanalytischen Technik zwischen Deutung und Mitteilung der Deutung unterschied (Freud 1911; zitiert nach Piper et al., 1987), setzte sich in der psychoanalytischen Literatur nach Freud die Verwendung der Bezeichnung Deutung für die konkrete (deutende) Aussage des Therapeuten an den Patienten durch.

Werthmann (1995) spezifiziert die Bedeutung wie folgt:

„Zum therapeutischen Vorgang wird das Deuten, wenn der vom Analytiker gefundene Zusammenhang dem Analysanden in Form einer verbalen Intervention mitgeteilt wird. Die Deutung soll einen verlorengegangenen Erlebniszusammenhang wiederherstellen (das Vergessene in Erinnerung rufen, das Verdrängte bewusst machen) oder aber gar einen nie erlebten Zusammenhang erstmals „konstruieren“ [S. 317].“

Ich folge in meinem Gebrauch des Begriffs der Deutung der Definition von Greenson (1973): „Die unbewusste Bedeutung, Quelle, Geschichte, Art oder Ursache eines gegebenen psychischen Ereignisses bewusstmachen“, die durch Piper et al. (1987) dahingehend spezifiziert wurde, dass sich die jeweilige Deutung inhaltlich an einen Konflikt zu richten habe, der in aktuellen Beziehungen und insbesondere in der Übertragungsbeziehung des Patienten wiederholt werde; die Analyse unbewusster Bedeutungen im „Hier und Jetzt“ quasi als zentrale Voraussetzung für eine bedeutsame Analyse des „Dort und Damals“ (vgl. Kernberg, 1994). Damit schliesst unsere Verwendung des Begriffs der Deutung die Übertragungsdeutung, die für eine Reihe von Autoren (vgl. das Konzept der sog. „mutativen Deutung“ bei Strachey, 1934) die einzig „richtige Deutung“ ist, als eine besondere Form mit ein, reduziert sich aber nicht auf diese.

Allerdings erscheint es auch im Kontext dieser Arbeit sinnvoll, das Bedeutungsgewicht der Deutung, die ohne Zweifel *differentia specifica* der Psychoanalyse im Vergleich zu anderen Therapieformen ist, zu relativieren. Werthmann (1995) weist darauf hin, dass „nicht die Deutung als isolierter verbaler Akt“ wichtig sei, sondern vielmehr „das Prinzip der Deutung in der psychoanalytischen Situation“:

„Nicht die glänzende verbale Einzelaktion eines begnadeten psychoanalytischen Intellekts wird im Normalfall einen mutativen Effekt haben, sondern der geduldige kontinuierliche Deutungsprozess, welcher im einzelnen auch Interventionen beinhalten mag, die im engeren Sinne keine Deutungen sind (vgl. Greenson (1973) über „Klarifikationen“ und „Konfrontationen“) und die inhaltlich keine perfekten Feststellungen sein mögen, sondern vorläufige Vermutungen, Deutungsvorschläge (Specht, 1981), bis hin zu „inexakten Interpretationen“ (Glover, 1931). [S. 318 f.]“

Trotz dieser beschriebenen besonderen Stellung der Deutung unter den Interventionen liegen empirische Studien zur Wirksamkeit als therapeutisches Instrument, zum Beispiel in Relation zum Outcome, erst seit Anfang der 80er Jahre vor (vgl. auch Hawton et al. 1982).

Henry et al. (1994) schlagen in ihrer Übersichtsarbeit vor, aus Praktikabilitätsgründen diese Studien nach folgenden Ansätzen zu untergliedern:

1. Studien mit dem Ansatz, den Zusammenhang zwischen Frequenz beziehungsweise Dichte von (Übertragungs-)Deutungen und Prozess und Outcome aufzuklären;
2. Studien, die die unmittelbare Wirkung von (Übertragungs-)Deutungen im Therapieprozess untersuchen, und schliesslich
3. Studien, die prüfen, inwieweit die „Exaktheit“ („accuracy“) von Deutungen mit Prozess und Outcome zusammenhängen.

An dieser Stelle sei eingeschoben, dass Sigmund Freud (1913; zitiert nach Henry et al., 1994) dereinst empfahl, Übertragungen nicht zu deuten bevor sie beginnen, eindeutig einen Widerstand darzustellen; ein mitunter zeitintensiver Prozess, der unter Umständen den Zeitrahmen einer „time-limited therapy“ sprengt. Dennoch haben die Pioniere der Kurzzeit-Psychotherapie den Einsatz von (Übertragungs-)Deutungen uneingeschränkt befürwortet (Davanloo, 1978; Malan, 1976a; Mann, 1973; Sifneos, 1972). Malan (1976b) vertrat explizit eine „more is better“ –Position.

**ad 1):** Die bisherigen empirischen Studien sind nicht homogen in ihren Ergebnissen: während Marziali (1984a) noch eine empirische Untermauerung der Thesen von Malan fand, so konnten spätere Studien den positiven Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von (Übertragungs-)Deutungen und dem Outcome nicht reproduzieren (Piper et al., 1986), im Gegenteil, in einer Studie mit einem Patientenkollektiv von 60 Patienten, die eine fokale psychodynamische Kurzzeittherapie nach den Modellen von Malan (1976a) und Strupp und Binder (1984/1991) erfuhren, in welcher mehr als 22.500 therapeutische Interventionen ausgewertet wurden, fanden Piper et al. (1991) im Ergebnis eine reziproke Beziehung zwischen dem relativen Anteil der (Übertragungs-)Deutungen einerseits und dem Outcome und der therapeutischen Allianz „aus Patienten-Perspektive“, die in dieser Studie ebenso wie die Variable der Qualität von Objektbeziehungen (des Patienten) mituntersucht wurde, andererseits. Die Autoren diskutierten, dass eine hohe Frequenz von Deutungen den Patienten möglicherweise das Gefühl gebe, „kritisieren“ zu werden, mit dem Resultat, dass sich diese Patienten aus dem therapeutischen Prozess herausnehmen würden („shut down“). Piper et al. gaben zu bedenken:

„We believe that the evidence is sufficiently strong to warrant alerting clinicians to the possibilities of negative effects and the seeming effectiveness of trying to improve alliance or resolve resistance by providing high levels of transference interpretations during short-term psychotherapy [S. 952].“

Wie noch in Kapitel 2.5 genauer dargestellt werden wird, fand sich im Rahmen der Vanderbilt II-Studie (Henry, Strupp et al., 1993; Henry, Schacht et al., 1993) entgegen den Erwartungen keine eindeutige positive Korrelation zwischen Outcome und der Performance des Therapeuten, eng am Manual zu arbeiten, gemessen mit der sogenannten „adherence scale“; diese „adherence scale“ beinhaltete einige items (die separat gerechnet wurden), die ein Maß für die Häufigkeit darstellten, mit welcher der Therapeut in seinen Interventionen die Patient-Therapeut-Beziehung adressierte und sie in Bezug zu repetitiven maladaptiven Mustern setzte. Im Gegenteil:

„After training there was some evidence of a negative relationship between adherence to the protocol (and thus indirectly the level of transference interpretations) and outcome.“ (Henry et al., 1994, S. 471)

Henry et al. (1994) nennen als einzige Arbeit, die einen positiven Zusammenhang zwischen Übertragungsdeutungen und dem Therapie-Outcome (ferner zwischen Übertragungsdeutungen in der ersten Sitzung und der Qualität der therapeutischen Allianz in der dritten Sitzung) aufzuzeigen vermochte, die Dissertation von Gutfreund (1992).

**ad 2):** Empirische Studien, die den unmittelbaren Effekt spezifischer therapeutischer Interventionen zu messen versuchen beziehungsweise darauf angelegt sind, den differentiellen Effekt verschiedener Interventionen in Hinsicht auf den Therapie-Outcome zu erfassen, gibt es nur wenige. Luborsky et al. (1979) untersuchten die (psychoanalytischen Langzeit-) Therapien von drei Patienten, die einen unterschiedlichen Outcome erfahren hatten, gewissenhaft auf ausgewählten Übertragungsdeutungen folgende Effekte hin. Methodisch liessen sie dafür erfahrene Therapeuten jeweils 250 Worte vor und nach den Übertragungsdeutungen (16 an der Zahl) hinsichtlich verschiedener Prozessvariablen (wie zum Beispiel Widerstand, Affekt, positive oder negative Übertragung, etc.) auswerten. Es musste zunächst festgestellt werden, dass die drei Patienten völlig unterschiedlich auf die angebotenen Übertragungsdeutungen reagierten. Dabei fiel ein Zusammenhang zwischen negativen (beziehungsweise positiven) Reaktionen auf die therapeutische Intervention der Deutung und einem negativen (beziehungsweise positiven) Outcome auf. Im Ergebnis der

Studie musste eher der Zweifel geäußert werden, ob Übertragungsdeutungen notwendigerweise gezielt zu den erwünschten Effekten beim Patienten führen.

Ein äußerst differenziertes Studiendesign zur Messung differentieller Effekte verschiedener therapeutischer Interventionen wählten McCullough et al. (1991) am Beth Israel Medical Center (NYC): In 16 Kurzzeit-Psychotherapien wurden die Patient-Therapeut-Interaktionen untersucht. Methodisch definierten die Forscher drei therapeutische Interventionen

- a. Deutungen, die sich auf die Patient-Therapeut-Beziehung in der Therapie beziehen („Übertragungsdeutungen“);
- b. Deutungen, die sich auf die Beziehung des Patienten zu signifikanten Anderen beziehen;
- c. Klarifikationen, die unter anderem definiert waren über die folgende Attributierung: „A clarification does not present the patient with any ideas or possibilities that are not already in conscious awareness [S. 527].“ und zwei Prozessvariablen seitens des Patienten (a. „defensive responses“ im Sinne von Abwehr- oder Vermeidungsreaktionen des Patienten auf therapeutische Interventionen hin; b. „affective responses“).

Ferner wurde zwischen „non-interactive episodes“ und „interactive episodes“ unterschieden: während erstere die absolute Zahl oben genannter Therapeuten- oder Patientenvariablen pro Sitzung erfassten, waren die „interactive episodes“ als Frequenz affektiver oder defensiver Reaktionen seitens des Patienten pro Minute für das einer Intervention folgende Zeitintervall von drei Minuten definiert. Diese Variablen wurden mit dem Outcome in Beziehung gesetzt. Die absolute Häufigkeit keiner der drei Interventionsformen zeigte eine statistisch signifikante Korrelation mit dem Outcome, hingegen fanden sich negative Korrelationen zwischen jeder der drei therapeutischen Interventionen, die gefolgt wurden von einer „defensive response“, und dem Outcome, und positive Korrelationen zwischen den „interactive variables“ therapeutischer Interventionen, die von einer „affective response“ gefolgt wurden, wobei hier insbesondere die von einer affektiven Reaktion gefolgte Übertragungsdeutung mit einem Korrelationskoeffizienten von 0.60 auffiel. McCullough et al. schlussfolgern:

„It appears that patient affect following patient-therapist interpretations is associated with good outcome while defensiveness after any therapist intervention is associated with poorer outcome. This finding suggests that a therapist might consider changing his or her approach to a patient who exhibits a great deal of defensive responses following interventions. Conversely, when patient-therapist interpretations are followed by patient affect, the therapist may justifiably feel that he or she is on the right track [S. 531].“

**ad 3):** Zwei wichtige Ansätze, in deren Rahmen geprüft wird, inwieweit die „Exaktheit“ („accuracy“) von Deutungen mit Prozess und Outcome zusammenhängen, seien kurz skizziert:

1. die Konzeption der Plan-Diagnose der Mount Zion-Arbeitsgruppe (Rosenberg et al. 1986; Silberschatz u. Curtis, 1986; Silberschatz et al. 1986; Weiss u. Sampson, 1986): zentrale Denkfigur in diesem Ansatz ist die Annahme, dass ein jeder Patient sich mit einem eigenen „unbewussten Veränderungsplan“, Ausdruck unbewusster Überzeugungsmuster, die ihrerseits das Resultat frühkindlicher Erfahrungen sind, auf den psychotherapeutischen Prozess einlässt und mittels dieses „unbewussten Veränderungsplans“ die Beziehung zu dem Therapeuten und seine Interventionen „testet“. Silberschatz et al. (1986):

„The patient’s plan may be thought of as a strategy (with conscious or unconscious elements) of disconfirming pathogenic beliefs by developing greater understanding of them in therapy and by testing them in the relationship with the therapist. The therapist’s interventions will be most helpful when they are compatible with the patient’s plan – that is, when they address the patient’s unconscious and conscious goals and the obstacles or pathogenic beliefs that have prevented the patient from pursuing those goals [S. 646].“

Silberschatz et al. (1986) untersuchten mit dieser Methode die Hypothese, dass die Plankompatibilität therapeutischer Interventionen grösseren Wert als Prädiktor für therapeutischen Fortschritt (in diesem Falle gemessen mittels der Operationalisierung der „depth of experiencing“ in dem der Intervention folgenden Zeitintervall) habe als die Kategorie der Deutung (eingeteilt in die Subkategorien Übertragungsdeutungen versus Nicht-Übertragungsdeutungen). Die Autoren berichteten im Ergebnis, dass sich keine signifikante Differenz hinsichtlich der Zielvariablen zwischen den beiden Subkategorien der Deutung gezeigt habe, dass jedoch eine deutlich positive Korrelation zwischen dem Parameter der Plankompatibilität und der Zielvariablen deutlich wurde. Silberschatz et al. folgerten aus dieser Studie, dass das Mass an Plankompatibilität („suitability of interpretation“) entscheidend und der Typ beziehungsweise die Kategorie der Intervention demgegenüber sekundär sei.

2. Die von Luborsky entwickelte und inzwischen gut validierte Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas (ZBKT) (Luborsky, 1977; Luborsky, Crits-Christoph, u. Mellon, 1986; Crits-Christoph, Luborsky et al., 1988) dient der Analyse internalisierter

Beziehungsmuster. Sie beruht dabei auf einer Analyse narrativer Episoden eines Patienten über seine Beziehungserfahrungen, wie sie in Therapiesitzungen häufig erzählt werden; diese können mit Hilfe des sogenannten Beziehungsepisoden-Interviews (Luborsky u. Crits-Christoph, 1990; Dahlbender et al., 1993), in dem der Patient aufgefordert wird, „Geschichten über Beziehungen“ zu erzählen, gut erfasst werden. In jeder dieser Episoden werden die Komponenten „Wunsch“ (W), „Reaktion des Objekts“ (RO) und „Reaktion des Subjekts“ (RS) gekennzeichnet (zur Kritik dieser kategorialen Strukturen vgl. Albani et al., 1999). Aus dem häufigsten Wunsch, der häufigsten Reaktion des Objekts und der häufigsten Reaktion des Subjekts wird das Zentrale Beziehungs-Konflikt-Thema (ZBKT; Core Conflictual Relationships Theme (CCRT)) zusammengesetzt (ein Vergleich des CCRT mit dem CMP findet sich bei Johnson et al., 1989). Crits-Christoph, Cooper und Luborsky (1988) suchten nun mit diesem Instrument den Fragenkomplex zu untersuchen, inwieweit die Exaktheit einer Deutung ein Prädiktor für den Therapie-Outcome ist, ob diese prädiktorische Funktion nur unter der Voraussetzung einer guten therapeutischen Beziehung gegeben ist und welchen differentiellen Effekt die Exaktheit einer Deutung und allgemeine therapeutische Fähigkeiten haben. Dafür formulierten unabhängige Rater das ZBKT für 43 Patienten. Zwei unabhängige Gruppen von Beurteilern bewerteten die Deutungen der Therapeuten in zwei frühen Sitzungen hinsichtlich ihrer Übereinstimmung mit den ZBKT-Kategorien; gleichzeitig wurden die Vanderbilt Negative Therapist Indicator Scale (VNIS; Suh, O'Malley u. Strupp, 1986) zur Erfassung negativer Indikatoren in frühen Therapiestunden und die „Helping Alliance Scale“ (Luborsky et al., 1983) zur Erfassung der Qualität der therapeutischen Beziehung in das Design integriert. Die Forscher um Luborsky stellten fest, dass die Exaktheit der Deutungen, die sich auf die ZBKT-Kategorien „Wunsch“ und „Reaktion des Objekts“ bezogen, wie auch die Qualität der therapeutischen Beziehung, einen Prädiktor für den Outcome darstellen. Allerdings konnte eine der Ausgangshypothesen, nämlich dass die Qualität der therapeutischen Beziehung eine notwendige Voraussetzung für die Verwertbarkeit der Exaktheit der Deutungen als Prädiktor sein müsse, nicht verifiziert werden (Crits-Christoph et al., 1988). Folglich resümierte die Arbeitsgruppe um Luborsky, dass die spezifische Fähigkeit des Therapeuten, dem Patienten exakte Deutungen im Therapieprozess anzubieten, eine von den allgemeinen therapeutischen Fähigkeiten und insbesondere von der therapeutischen Beziehung unabhängige Variable darstelle.

Inzwischen konnte die Methode des ZBKT auch auf die Untersuchung einer psychoanalytischen (Langzeit-)Therapie im Verlauf angewendet werden (Albani et al., 2002).

Das bisher in diesem Kapitel Zusammengetragene sei noch durch folgenden Befund komplettiert beziehungsweise komplementiert:

„Sloane et al. (1975) found that the frequency of interpretive statements was negatively correlated with improvement on target symptoms. These conflicting results suggest that the value of interpretive techniques may be largely determined by the patient's response to the interpretation. If a patient is generally resistant to self-exploration, even the most perceptive interpretations may be useless.“ (Gomes-Schwartz, 1978, S. 1024)

Diese Anmerkung von Gomes-Schwartz ist von zentraler Bedeutung, weist sie doch nochmals darauf hin, dass eine (empirische) Untersuchung nur so „scharf auflösen“ kann, wie das „optisch“ schwächste Glied in der Reihe der Auflösungsinstrumente. Mit einer alleinigen Fokussierung auf die Interventionen des Therapeuten und ohne Berücksichtigung der Aufnahmebereitschaft des Patienten, ist eine nicht unerhebliche Unschärfe der Untersuchung vorprogrammiert.

### 2.3 Kurzzeit-Psychotherapie

Psychoanalysen waren keineswegs von der ersten Stunde an Langzeit-Psychoanalysen, bereits in den frühen Tagen der Psychoanalyse gab es durchaus kurze psychoanalytische Therapien.

Die Gesamtdauer einer Therapie lag für Freud keineswegs fest: mit einer Zahl amerikanischer Analysanden arbeitete er 1920 sechs bis zwölf Monate (vgl. Cremerius, 1981). Die Analyse seiner Tochter Anna dauerte etwa 400 Stunden; die „Rattenmann-Analyse“ beendete er nach elf Monaten, d.h. nach etwa 250 Stunden und war mit dem Ergebnis sehr zufrieden: sie „erzielte die völlige Herstellung der Persönlichkeit und die Aufhebung ihrer Hemmungen“ (Freud, 1909, S. 381 f., zitiert nach Cremerius, 1990). Schnierda (1999) nennt als Prototyp einer kurzen Analyse die „Analyse vom kleinen Hans“ (Freud, 1909, 1922), über die Sigmund Freud schriftlich festhielt:

„Ich habe zwar den Plan der Behandlungen im ganzen geleitet und auch ein *einziges* Mal in einem Gespräche mit dem Knaben persönlich eingegriffen ... .“ (Hervorhebung durch I.B.; Freud, 1900; Studienausgabe 2000, Bd. VIII, S. 13)

Rüger (2002) verweist auf zwei weitere (prominente) Beispiele kurzer Therapien:

„Zum Beispiel wurde nach Marmor (1979) der Dirigent Bruno Walter von Freud im Jahre 1906 erfolgreich in sechs Sitzungen behandelt und der Komponist Gustav Mahler 1908 von ihm in 4 Stunden von seinen Potenzproblemen geheilt [S. 121]!“.

Mit zunehmender Bedeutung der Übertragungs- und Gegenübertragungsdeutung allerdings und bei gleichzeitig geringerer Konzentration auf eine fokale Symptomreduktion, geriet psychoanalytische Therapie im Verlauf der historischen Entwicklung psychoanalytischer Psychotherapie zunehmend länger (Malan, 1963). Wohl gab es schon früh Bemühungen, diesem Trend entgegenzuwirken, Koss und Shiang (1994) nennen hier vor allem Ferenczi (1920/1960), dessen Intention es war, dem Therapeuten eine aktivere und direktivere Rolle zukommen zu lassen, um die Therapie kurz zu halten, und Alexander und French (1946), die sich besorgt darüber zeigten, dass das Angebot traditioneller Psychoanalyse dem Bedarf an Therapie in grossen Teilen der Bevölkerung nicht gerecht werden konnte und vor diesem Hintergrund die Implementierung psychodynamischer Prinzipien in Therapien ganz gleich welcher zeitlichen Länge forderten. Dennoch hielt eine explizite Kurzzeit-Psychotherapie erst mit den Konzeptualisierungen von Mann (1973, 1978), Davanloo (1980), Sifneos (1972, 1979) und Malan (1963) Einzug in die klinische Praxis.

Kurzzeit-Psychotherapie ist offensichtlich und per definitionem eine Therapieform, in der - im expliziten Gegensatz zur Langzeit-Psychoanalyse - Zeit ein limitiertes Gut darstellt. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Konzeptionen von Kurzzeit-Psychotherapie, entsprechend gibt es in der Literatur unterschiedliche Definitionen, wie kurz eine Kurzzeit-Psychotherapie zu sein habe. Alexander und French (1946) empfahlen, Kurzzeit-Psychotherapie auf maximal 40 Sitzungen zu begrenzen, wobei sie mitunter Therapien in nur drei Sitzungen abschlossen. Bis zum heutigen Tage hat sich durchgesetzt, 25 Sitzungen als die Sitzungsanzahl „kurzer“ Psychotherapie zu betrachten (vgl. auch Janssen, 1992). Dabei hat sich in der Praxis die 45- bis 60-minütige Therapiestundendauer in 1-wöchigem Abstand bewährt, wobei es auch hier eine Variationsbreite in Stundendauer und Frequenz gibt. Für den Bereich der Kurzzeit-Psychotherapie liegen bis dato keine differentiellen Studien für verschiedene Settings vor, die zum Beispiel die Frequenz als unabhängige Variable in Beziehung zum Therapieerfolg setzten. Cremerius (1990) konstatierte zu dieser Frage für den Fall der Langzeit-Analysen:

„Feststellungen über die Frequenz der wöchentlichen Stundenzahl, Dauer der einzelnen Behandlungsstunde wie Dauer der Gesamtbehandlung basieren nicht auf klinischen Erfahrungen, in keinem Fall auf unterschiedlichen Therapieerfolgen, sondern ausschliesslich auf ideologischen Prämissen: auf der patho-ätiologischen Theorie der Neurose und der daraus resultierenden Technik wie dem damit verbundenen Heilungsziel [S. 18].“

Es scheint unter den klinisch tätigen Psychotherapeuten wie den in der Psychotherapie Forschenden Konsens zu sein, dass das Wissen um die zeitliche Begrenzung der Therapiezeit bei Patienten im allgemeinen bewirkt, dass eine promptere Reaktion auf therapeutische Interventionen erfolgt (vgl. Frank, 1959).

Ferner haben verschiedene Arbeiten gezeigt, dass der grösste Effekt psychotherapeutischer Behandlung in den ersten sechs bis acht Sitzungen auftritt (Smith et al., 1980) und in den dann folgenden zehn Sitzungen im allgemeinen mit einem geringeren Effekt zu rechnen ist.

Als vorläufiges Ergebnis der schulvergleichenden Forschung ist auch für den speziellen Bereich der Kurzzeit-Psychotherapien – analog zu den Ergebnissen der komparativen Psychotherapieforschung im allgemeinen - anzusehen, dass die Ergebnisse der verschiedenen Kurzzeit-Psychotherapien als äquivalent zu betrachten sind (Luborsky, Singer u. Luborsky, 1975; Stiles, Shapiro u. Elliott, 1986; Crits-Christoph, 1992), wobei es allerdings Hinweise für eine tendenzielle Überlegenheit einzelner Kurzzeit-Psychotherapieformen für bestimmte Diagnosegruppen gibt. So konnten zum Beispiel Svartberg und Stiles (1991) in ihrer Meta-Analyse, die 19 klinisch relevante komparative Outcome-Studien aus den Jahren 1978-1988 bewertete, eine Überlegenheit der kognitiv-behavioralen Therapie insbesondere für die Diagnosegruppe der „major depression“ aufzeigen (siehe auch Shapiro et al., 1994).

Der therapeutischen Beziehung, die von den psychodynamischen Autoren, um den interaktionellen Charakter dieser Patient-Therapeut-Beziehung zu betonen, auch als „working alliance“ (z.B. Gomes-Schwartz, 1978) bezeichnet wird, wird von allen Therapieschulen eine herausragende Bedeutung zugeschrieben. Psychodynamisch orientierte Autoren heben insbesondere die positive Übertragung hervor (Wallerstein, 1989). Hinsichtlich der technischen Aspekte kann festgehalten werden, dass die therapeutischen Aktionen in den verschiedenen Formen von Kurzzeit-Psychotherapie in erster Linie – im Vergleich zur Langzeit-Psychotherapie – durch die Definition und das Beibehalten eines Fokus, durch vermehrte therapeutische Aktivität, durch verstärkte therapeutische Flexibilität, durch die Unverzögerlichkeit therapeutischer Interventionen und durch die Thematisierung der Begrenzung der Therapiezeit gekennzeichnet sind (Koss u. Shiang, 1994). Insbesondere dem letztgenannten Aspekt ordnen einzelne Kurzzeit-Psychotherapieformen herausragende Bedeutung zu; so wird zum Beispiel in der sogenannten time-limited Psychotherapy nach

Mann (1973; Mann u. Goldman, 1982), die sich unter anderem auf ein spezielles Entwicklungsmodell von Separation-Individuation stützt, welches Phasen beschreibt, die der Patient auch in der Therapie (erneut) durchschreiten wird, schon gleich in der ersten Sitzung gemeinsam mit dem Patienten das Datum der letzten Sitzung festgelegt.

Noch prägnanter wird die Bedeutung des Wissens um die begrenzte Zeit in der Therapie von Noy-Sharav (1998) formuliert:

„In Short-Term Dynamic Psychotherapy (STDP), the beginning of therapy is equivalent to the beginning of termination. The long shadow of termination is cast even on the process of selection of suitable patients, and it goes on to color each phase of treatment [S. 69].“

Ähnlich formulieren Tress et al. (2003):

„Die Illusion des Zusammenbleibens für immer kommt [in der Kurzzeit-Psychotherapie, I.B.] gar nicht erst auf. Sie ist zwar in der Regression der psychoanalytischen Behandlung ein strategisches Ziel; in der Kurzzeit-Therapie behandeln wir diese Illusion aber als Widerstand, der sofort zu deuten und auf das Abgewehrte hin zu untersuchen ist. Zeit mithin ist nicht knapp in der Kurzzeit-Psychotherapie, sondern unsere Erwartungen an das, was dort geschehen kann, müssen wir begrenzen [S. 20].“

In den verschiedenen Konzeptualisierungen von Kurzzeit-Psychotherapie wurden jeweils mehr oder weniger strenge Ein- und Ausschlusskriterien definiert (vgl. Kutter, 1980; Sifneos, 1972; Malan, 1976a; Davanloo, 1978). Unter Beachtung dieser Kriterien dürfen Wirksamkeit und Effizienz auch der Kurzzeit-Psychotherapie als gesichert gelten (Crits-Christoph, 1992; Anderson u. Lambert, 1995).

„There is now considerable empirical evidence showing that brief therapy, practiced in various forms, is efficacious with specific patient populations. The people who benefit from brief therapy are those in the mental health system whose lives are problematic in some specific areas but who are functioning without impairment in other areas.“ (Koss u. Shiang, 1994, S. 676)

Ein aktueller Überblick der Wirksamkeitsnachweise von Kurzzeit-Psychotherapie bei spezifischen Störungsbildern findet sich bei Leichsenring (2002).

Durch die klinische Weiterentwicklung der Kurzzeit-Psychotherapie und durch begleitende empirische Forschung konnte der ursprünglich enge Indikationsbereich, von Kutter in seiner Übersichtarbeit (1980) als „konservative Indikation“ bezeichnet, auf weitere Diagnose-Bereiche wie zum Beispiel dem der Persönlichkeitsstörungen (z.B. Winston et al., 1994; Junkert-Tress et al., 1999; Tress et al. 2003) mit Erfolg ausgedehnt werden.

Howard et al. (1986) stellten eine Übersichtarbeit zusammen, die der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Therapielänge und therapeutischem „benefit“ für den Patienten nachging. In diese Arbeit fanden Daten von 2.400 Patienten Eingang. Howard et al. hielten fest, dass 1. 15 % der Patienten eine messbare Verbesserung bereits vor der ersten Therapiestunde zeigten, 2. 50 % der Patienten eine messbare positive Veränderung nach den ersten 6 bis 8 Therapiestunden und 3. 75 % nach 26 Therapiestunden zeigten. Ebenso konnten Lambert et al. aufzeigen, dass 75 % der Patienten, die von der Therapie profitierten, diesen therapeutischen „benefit“ in den ersten sechs Monaten des therapeutischen Kontaktes erfuhren (Lambert, Shapiro u. Bergin, 1986).

## **2.4 Historische Entwicklung der Zirkumplexmodelle**

Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) nach Benjamin (Benjamin, 1974; Tress et al., 1990; Tress, 1993) ist zentrale Denkfigur und methodisches Instrument des Düsseldorfer Kurzzeit-Psychotherapie Projektes (DKZP) (detaillierte Darstellung der SASB-Methodologie im Methodenteil in Kapitel 3). In dem zirkumplexen Modell von Benjamin definieren zwei Grundachsen, die Achsen der Affiliation und der Interdependenz, eine Ebene, in welcher die Qualitäten interpersoneller Austauschprozesse verortet werden können. Die Besonderheit dieses Modells gegenüber Vorarbeiten im Forschungsbereich der interpersonellen Psychotherapie beziehungsweise Psychiatrie und der Psychometrie ist die Etablierung von drei Ebenen der Betrachtung: zwischenmenschliche Kommunikationseinheiten werden 1. auf der sogenannten transitiven Ebene („Beeinflussung des anderen“), 2. auf der intransitiven („Mitteilung des eigenen Zustandes“ beziehungsweise „Reaktion auf den anderen“) und 3. auf der Introjekt-Ebene („Selbstbeeinflussung“) entlang der genannten Achsen beurteilt.

Insbesondere die Integration dieser dritten Ebene macht den besonderen Wert und Vorteil (gegenüber Vorläufermodellen) der Strukturalen Analysen Sozialen Verhaltens aus, ist sie doch nichtzuletzt auch Bindeglied zwischen interpersonellen und psychodynamischen Theoremen der psychotherapeutischen Diagnostik.

---

Was uns heute geradezu als Selbstverständlichkeit erscheint, ist jedoch Ergebnis verschiedenster Anstrengungen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Forschung, so dass im Folgenden kurz wichtige Vorarbeiten skizziert oder zumindest genannt seien.

Als einer der wichtigsten Vordenker ist zweifelsfrei Harry Stack Sullivan zu nennen, Mitbegründer der sogenannten Neo-Psychoanalyse (Washington School of Psychiatry) und Autor des Werkes „Die Interpersonale Theorie der Psychiatrie“ (1953, dt. 1980). Neben Theoremen aus der Psychoanalyse und der Individualpsychologie wird die von Sullivan konzeptualisierte Theorie durch Impulse aus der Feldtheorie und vor allem aus der Sozialpsychologie beeinflusst. In seinem einzigen zu Lebzeiten publizierten Buch, der Vorlesungsreihe „Conceptions of Modern Psychiatry“ (1940), formuliert Sullivan seinen Leitgedanken wie folgt:

„Psychiatrie ... ist das Studium der Prozesse, die sich zwischen Menschen abspielen. Das Gebiet der Psychiatrie ist das der zwischenmenschlichen Beziehungen, und zwar unter allen und jeden Bedingungen, in welchen solche Beziehungen stattfinden. Es wurde erkannt, dass eine Persönlichkeit niemals isoliert werden kann vom Komplex der zwischenmenschlichen Beziehungen, in welchen die Person lebt und ihr Dasein hat.“ (Sullivan, 1940, S. 10; zit. nach Rattner, 1995, S. 436)

In diesem Verständnis konstituieren sich die Selbstkonzepte eines Menschen durch die gemachten Beziehungserfahrungen mit bedeutsamen Personen und Gruppen. Tress et al. (1990) beschreiben die Persönlichkeit im Sinne Sullivans als „lebenslang immer neu überformte Resultante subjektiv internalisierter Beziehungsgeschichte.“ Die an einer Person sichtbar werdenden Eigenschaften, die dysfunktionalen im Umgang mit sich selbst eingeschlossen, sind nach Sullivan nicht ausschliesslich Ausdruck der Dynamiken eines „inneren psychischen Apparates“, sondern ebenso Kristallisationen der Konstellationen der Felder, in den Menschen existieren (zum Begriff des „Feldes“ vgl. Lewin, 1936/1981). Folglich muss jeder Charakter und jede neurotische (Kompromiss-)Leistung immer innerhalb der jeweiligen konkreten Situation beschrieben werden, an welcher die konkreten Merkmale, Vorzüge, Schwächen und Versagungen deutlich werden.

Nach Wiggins (1982) war Mitte beziehungsweise Ende der 50er Jahre der „Zeitgeist“ reif für die Konzeptionen zwei-dimensionaler Abbildungssysteme interpersonellen Verhaltens. Er nennt in seiner Übersichtsarbeit als die bekanntesten Meilensteine in dieser Pionierphase die Arbeiten von Leary (1957), Schaefer (1957, 1965), Schutz (1958) und Stern (1958, 1970).

Die erste publizierte Arbeit im Sinne eines interpersonellen Modells psychiatrischer Diagnostik war die von Freedman, Leary, Ossorio und Coffey (1951): „The interpersonal dimension of personality“, in welcher erstmals versucht wurde, mittels operationalisierter zirkumplex angeordneter interpersoneller Variablen normales und nicht-normales Verhalten abzubilden. Es folgten sukzessiv weitere Arbeiten dieser Arbeitsgruppe des Kaiser Foundation Hospitals in Oakland (LaForge et al., 1954; LaForge u. Suczek, 1955, in letzterer Beschreibung der Interpersonal Check List (ICL)) und schliesslich die Veröffentlichung von Leary's „Interpersonal diagnosis of personality“ (1957).

Das Ziel von Leary et al. war es, eine deskriptive Sprache zu entwickeln, um interpersonelles Verhalten präzise mittels operationalisierter Variablen beschreiben zu können. Sie stellten ein Modell mit sechzehn interpersonellen Variablen („16 generic interpersonal motivations“) vor. Diese Variablen waren zirkulär um die orthogonal zueinander stehenden Achsen „power“ und „affiliation“ angeordnet und sind aus praktischen Gründen für die klinische Arbeit zu acht Oktanten (jeweils durch Vereinigung zweier benachbarter Kategorien) zusammengefasst worden. Der „interpersonal circle“ konnte somit auch als ein Set von acht Vektoren in einem zwei-dimensionalen euklidischen Raum, welcher durch die orthogonal aufeinanderstehenden Vektoren definiert wird, verstanden werden.

Leary bereicherte die drei ursprünglichen in interpersonellen Systemen formulierten Ebenen (Freedman et al., 1951; LaForge et al., 1954; LaForge u. Suczek, 1955) I. „Public Level“, II. „Conscious Level“ und III: „Private Level“ um die Ebenen IV. „Level of unexpressed“ und V. „Level of values“ (die beiden letzteren, insbesondere Level IV, Ausdruck des Einflusses psychoanalytischer Konzepte, können quasi als Vorläufer für die Introjekt-Ebene bei Benjamin gesehen werden). Eine Persönlichkeitsdiagnose in diesem dadurch gegebenen „five-level circumplex of interpersonal behavior“ würde nach Leary die konkrete Zuordnung eines Vektors für die betreffende Person auf jeder dieser 5 Ebenen bedeuten.

Wiggins (1982) charakterisiert die Zeit der 60er Jahre im Feld interpersoneller Psychiatrie als Phase der integrativen Bemühungen, davon seien hier nur die von Foa (1961) und von Lorr und McNair (1963) genannt. Über die Entwicklung der 3 Versionen des Interpersonal Behavior Inventory (IBI<sub>1-3</sub>) (Lorr u. McNair, 1963, 1965, 1966) konnten Lorr und McNair et al. zu der Beschreibung von verschiedenen interpersonellen Persönlichkeits-„Typen“ finden.

Die 70er Jahren waren (nach Wiggins, 1982) dann gekennzeichnet durch Verbesserung, Verfeinerung und weitere Integration der zahlreichen Vorarbeiten, wie es die Arbeiten von Benjamin (1974), Wiggins (1979) und Kiesler (1979) darstellten, wobei er das Zirkumplexmodell von Benjamin als „the most detailed, clinically rich, ambitious, and conceptually demanding of all contemporary models“ beschreibt.

Unter anderem gelang es Benjamin (1974, 1977, 1979) in ihrer Konzeption, die Ansätze von Leary (1957) und Schaefer (1965) an entscheidenden Punkten des Widerspruchs zu integrieren. Während Leary Pol und Kontrapol der Achse „power“ mit den Begriffen „dominance“ versus „submission“ versah, formulierte Schaefer die entgegengesetzten Pole dieser Achse mit „control“ versus „autonomy“. Den qualitativen Sprung in der Arbeit von Benjamin stellte die Einführung verschiedener Ebenen beziehungsweise Perspektiven in der Beschreibung des interpersonellen Verhaltens einer Person dar, und zwar dergestalt, dass Benjamin eine Differenzierung zwischen „action“, „reaction“ und „self-action“ vornahm. Gleichzeitig führte sie den Terminus der „komplementären“ Verhaltensweise ein, so dass zum Beispiel, um im Bilde zu bleiben, Benjamin „submission“ - nunmehr als reaktive Verhaltensweise - als das Komplement von „dominance“ bezeichnet beziehungsweise „granting autonomy“ als das Komplement von „dominance“. Ferner gelang es Benjamin, mit der dritten „Introjekt“-Ebene eine Abbildungsebene für das Verhalten einer Person mit sich selbst zu finden, basierend auf der Grundannahme, dass das Verhalten einer Person im Umgang mit sich selbst durch die Erlebensweise des Verhaltens anderer ihr gegenüber determiniert wird. Die Integration einer solchen dritten Ebene geht zweifelsohne über die reine interpersonelle Deskription eines Verhaltens beziehungsweise einer Begegnungssituation hinaus und ist Ausdruck der in psychoanalytischer Tradition stehenden Theoreme (vgl. Tress et al., 1990).

Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens von Benjamin konnte nicht nur erfolgreich in der Psychotherapieforschung zwecks Analyse „mit erhöhter Auflösung“ der verbalen und nonverbalen Austauschprozesse zwischen Therapeut und Patient eingesetzt werden, sondern wurde ebenso in den Bereich der Familientherapie übertragen (Benjamin, 1977) und beeinflusste die Konzeptionen psychiatrischer Diagnostik (McLemore u. Benjamin, 1979; Benjamin, 1993).

## 2.5 Die besondere Stellung der Vanderbilt-Studien

Primäres Ziel des Vanderbilt Research Project, das in den frühen 70er Jahren von H.H. Strupp gegründet worden ist, war es, der Fragestellung nachzugehen, welchen Einfluss der Therapeut auf Qualität und Ergebnis der Therapie hat. Eine Vielzahl von Studien zielte unter Beachtung der Kongruenz von Problem, Treatment und Outcome (PTO-Kongruenz) (Strupp et al., 1988) darauf ab, en détail herauszuarbeiten, inwieweit Qualität der therapeutischen Beziehungen und Einflussfaktoren auf diese sowie verschiedene Therapeutenvariablen (vgl. hierzu Beutler, Crago et al., 1986; Beutler, Machado et al., 1994, und vgl. die von ihnen vorgeschlagene Taxonomie), mit dem Prozess und/oder Outcome korrelieren, welchen Effekt Ausbildung (vgl. auch Hattie et al., 1984) und spezifisches Training in Kurzzeit-Psychotherapie auf den Outcome haben und inwieweit die Operationalisierung der „therapeutic competence“ und des Psychotherapie-Outcomes weiter verbessert werden können.

Die Vanderbilt-Studien stützten sich dabei auf ein umfangreiches Datenmaterial der über viele Jahre eingesetzten Testinstrumente (wie zum Beispiel MMPI, Global Assessment Scale, SCL-90R, etc.), klinischen Interviews und Audio- und Videoaufzeichnungen von Therapiesitzungen. Gleichzeitig wurden Testinstrumente wie die Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS; Suh, O'Malley u. Strupp, 1986) zwecks Erfassung der Einstellungen von Therapeut und Patient zu Therapiebeginn, die Vanderbilt Negative Therapist Indicator Scale (VNIS; Suh, O'Malley u. Strupp, 1986) zur Erfassung von „negative indicators“ in frühen Therapiestunden, die mit einem schlechten Therapieergebnis korrelieren, und die Vanderbilt Therapeutic Strategies Scale (VTSS) entwickelt und validiert.

Die Vanderbilt I-Studie (1972-1980) war der Fragestellung gewidmet, welcher relative Anteil des therapeutischen Outcomes den speziellen technischen Fähigkeiten des Therapeuten einerseits und den allgemeinen Qualitäten einer zwischenmenschlichen Beziehung, auch attribuiert als „inherent in any good human relationship“ (Strupp u. Hadley, 1979, S. 1125), andererseits zuzuschreiben ist.

Für das Verständnis der herausragenden Bedeutung der Vanderbilt-Studien ist es sinnvoll, sie in den Zusammenhang der zu diesem Zeitpunkt aktuellen Diskussion um Wirkfaktoren in der Psychotherapie zu vergegenwärtigen (vgl. Strupp, 1970, 1972, 1973, 1977).

Frank (1959, 1971, 1973; vgl. Parloff, 1986) schlug – verkürzt wiedergegeben - die folgenden Merkmale vor, die eine positive psychotherapeutische Beziehung charakterisierten: (1) eine

intensive, vertrauensvolle Beziehung mit einer helfenden Person, (2) das Anbieten eines Narrativs im Sinne einer rationalen oder mythischen Erklärung der aktuellen Probleme des Patienten seitens des Therapeuten, (3) das Anbieten möglicher alternativer Coping-Strategien, (4) die Ermöglichung von Erfolgserlebnissen, die die Hoffnung des Patienten verstärken und schliesslich (5) die Erleichterung emotionaler Erfahrungen. Diese unspezifischen Merkmale einer positiven therapeutischen Beziehung sind für Frank – im Gegensatz z.B. zu Rogers (1957, 1961) oder Patterson (1984) – wohl notwendige, jedoch nicht gleichzeitig hinreichende Bedingungen für therapeutischen Erfolg. Da sich bisher keine Therapieform den anderen aufgrund ihrer speziellen Techniken hatte als überlegen erweisen können, schrieb Frank diesen „unspezifischen“ interpersonellen Faktoren eine überragende Bedeutung zu. Und genau dieses wollte die Arbeitsgruppe des Vanderbilt Psychotherapy Research Projects um Strupp überprüfen. Dazu folgten sie im Rahmen der Vanderbilt I-Studie dem „Paradigma der spezifischen versus unspezifischen Faktoren“ und suchten zwei Therapeutengruppen zu vergleichen, von denen die Therapeuten aus der einen Gruppe ausschliesslich die „unspezifischen Faktoren“, die Therapeuten aus der zweiten Gruppe - zusätzlich zu diesen „unspezifischen Faktoren“ - die im Rahmen der professionellen Ausbildung idealerweise erlernten „spezifischen Faktoren“ in die therapeutische Interaktion würde einbringen können (Strupp u. Hadley, 1979). Dabei wurden College-Professoren als nichtprofessionelle Therapeuten - „who would be warm, understanding, and empathic but who would have no formal training in psychotherapy“ (Strupp, 1998, S. 20) - ausgewählt. Im Studiendesign wurde darauf geachtet, den „unspezifischen Faktor“ - in beiden Therapeutengruppen als äquivalent unterstellt, wie dies frühere Studien zu den „core conditions“ gezeigt hatten (Carkhuff u. Truax, 1965; Pope et al., 1974) - mittels der Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS) zu kontrollieren (vgl. Gomes-Schwartz, 1978; Gomes-Schwartz u. Schwartz, 1978). Das Patientenkollektiv rekrutierte sich aus Studenten mit Diagnosen aus den Formenkreisen der Depression und/oder Angststörungen.

Die Hauptthese der Vanderbilt I-Studie wurde wie folgt formuliert:

Es wird erwartet, dass professionelle Therapeuten aufgrund einer optimalen Kombination „spezifischer“ und „unspezifischer“ Faktoren in ihren Therapieergebnissen den nicht-professionellen Therapeuten, also den College-Professoren, überlegen sind.

Wohl zeigten sich beide Therapiegruppen einer unbehandelten Kontrollgruppe als überlegen, jedoch mussten die Forscher im Ergebnisteil konstatieren:

„Patients undergoing psychotherapy with college professors showed, on the average, quantitatively as much improvement as patients treated by experienced professional therapists. The greatest amount occurred during the treatment period (individual sessions on a twice-a-week basis for up to 25 hours over a period of three to four months) and it was maintained to the follow-up assessment about a year after intake.“ (Strupp u. Hadley, 1979, S. 1134 f.)

Auch wenn bereits frühere Arbeiten auf das Fehlen einer signifikanten Überlegenheit von professionellen Therapeuten gegenüber Lientherapeuten hingewiesen hatten (Stein u. Lambert, 1984; Berman u. Norton, 1985), barg dieses Studienergebnis „Zündstoff“ und provozierte zahlreiche Diskussionen und Kritiken.

Eine der wichtigsten Schlussfolgerungen aus der Vanderbilt I-Studie war, dass „spezifische“ und „unspezifische“ Faktoren nicht unabhängig voneinander sind, sondern miteinander interagieren und nicht in dem von der Arbeitsgruppe um Strupp gewählten Design experimentell voneinander getrennt werden können (vgl. Strupp, 1986; Jones et al., 1988).

Butler und Strupp (1986) folgerten in einer späteren Arbeit:

„Unlike drugs, where a biological action is readily indistinguishable from the symbolic meaning of the treatment, psychotherapeutic techniques have no meaning apart from their interpersonal (social-symbolic) context. It is thus conceptually impossible to separate specific, active ingredient factors from interpersonal, non-specific ones [S. 32].“

„The effectiveness of the [therapeutic] procedure depends on the particular meaning it acquires in a particular interpersonal context. Any conclusion about the „procedure“ as an entity unto itself would be of questionable value. From this perspective, the significance of the procedure is not in the application of a disembodied technique but how the procedure becomes integrated into the ongoing interpersonal context of the particular dyad [S. 33].“

Retrospektiv kann festgehalten werden, dass die Vanderbilt I-Studie einen Wendepunkt in den Forschungsbemühungen darstellte, und zwar bewirkte sie, dass der Fokus von der Untersuchung spezieller Therapeuten-Faktoren auf die Untersuchung der „therapeutic alliance“ verlagert wurde (Strupp, 1998). Beutler et al. (1994) stellten dazu in ihrer Übersichtsarbeit zu Therapeutenvariablen fest:

„Collectively, the quality of the therapeutic relationship, by its various terms, has consistently been found to be a central contributor to therapeutic progress. Its significance traverses theoretical schools, theory-specific concepts, and a diversity of measurement procedures. Current literature, however, clearly indicates that the therapeutic relationship is not a therapist quality but is a set of processes that are dependent on both therapist and client [S. 244 ].“

Dabei ist diese „therapeutic alliance“ nicht als ein quasi nonspezifischer Faktor zu verstehen, der sich in Abgrenzung zu etwaigen „spezifischen Faktoren“ definiert, sondern es gilt zu berücksichtigen, dass erstere nicht zuletzt durch intentionale („spezifische“) Interventionen des Therapeuten gestaltet wird.

Mittels der Testinstrumente VPPS, VNIS und unter gleichzeitiger Integration der Erkenntnisse sogenannter „research-informed case histories“, systematischen Einzelfallanalysen von erfolgreich und weniger erfolgreich behandelten Patienten aus demselben Patientenkollektiv (Strupp 1980a, 1980b, 1980c, 1980d), kam die Arbeitsgruppe um Strupp ferner zu folgenden Ergebnissen:

Die Gruppenvergleiche verschleierten die Befunde, dass professionelle Therapeuten häufiger als Lientherapeuten die Patienten mit folgenden Charakteristika erfolgreich behandelten: eine hohe Motivation für eine Psychotherapie, die Fähigkeit, rasch eine „good working alliance“ einzugehen und die mindere Ausprägung langbestehender maladaptiver Beziehungsmuster. Keine der beiden Gruppen im Vergleich zeigte sich gegenüber der anderen überlegen in der Behandlung von Patienten mit eher „charakterologischen Problemen“, wie zum Beispiel betonte Feindseligkeit, grundlegendes Misstrauen, Negativismus, etc..

Die Qualität der „working alliance“ bildete sich im allgemeinen relativ rasch aus (bis zum Ende der 3. Therapiesitzung) und erwies sich als ein wichtiger Prädiktor für den Therapie-Outcome von Kurzzeit-Psychotherapien (mit einer Länge von ca. 25 Sitzungen); indirekt bestätigt sich hiermit nochmals die Wichtigkeit der mit einem positiven Outcome korrelierenden Fähigkeit des Patienten, sich aktiv und produktiv auf die therapeutische Beziehung einzulassen bzw. einlassen zu können (vgl. hierzu auch Kernberg, 1973).

Professionelle Therapeuten zeigten wenig Flexibilität, ihre therapeutische Methode implizit der therapeutischen Interventionen den spezifischen Charakteristika und Problemen der Patienten anzupassen, so dass die Qualität der „working alliance“ zu einem erheblichen Ausmass von den Eigenschaften und Fähigkeiten des Patienten bestimmt wurde.

Es zeigte sich, dass professionelle Therapeuten, obwohl sie wohlvertraut mit dem Phänomen der (negativen) Gegenübertragung waren, dennoch relativ häufig negativ und kontratherapeutisch reagierten.

Vor allem die letzte Feststellung, die durch spätere Arbeiten bestätigt wurde (z.B. Hilliard, 1995; Junkert-Tress et al., 2000), muss vor dem Hintergrund des empirischen Befundes

betrachtet werden, dass „kleine Feindseligkeiten“ in den kommunikativen Austauschprozessen mit einem schlechten Therapieergebnis korrelieren (vgl. auch Sachs, 1983; Talley et al., 1990); um mit den Worten von Strupp zu sprechen: „A little bit of bad process goes a long way“.

Henry et al. (1986) fanden in ihrer Analyse der Einzelfallanalysen von erfolgreich und weniger erfolgreich behandelten Patienten, dass in den erfolgreichen Fällen nur 1 % der therapeutischen Aussagen als „feindselig“ bewertet werden mussten, hingegen 20 % in den weniger erfolgreichen Fällen. Dabei ereigneten sich fast alle disaffiliativen Äusserungen in komplexen Kommunikationseinheiten. Ebenso fanden sich in den erfolgreichen Therapiefällen häufigere Interventionen „positiver“ Komplementarität und seltener „negativer“ Komplementarität. Nun ist jedoch in Therapieprozessen die Internalisierung der therapeutischen Beziehung seitens des Patienten zu unterstellen (Quintana u. Meara, 1990), eine zentrale Denkfigur der psychodynamisch-interpersonellen Theorie, und die Erfahrung des Ausbleibens der seitens des Patienten bewusst oder unbewusst erwarteten Bestätigung des disaffiliativen Introjekts durch die Verhaltensweise des Therapeuten in der Therapiesituation wird als einer der entscheidenden Mechanismen zur Veränderung aufgefasst. Daher ist eine weitere Konsequenz aus diesen Studien, sowohl für die Psychotherapieforschung als auch für die Ausbildung von Psychotherapeuten, das Augenmerk verstärkt auf genau diese disaffiliativen Prozesse zu richten.

Die Vanderbilt II-Studien (1983-1989) waren der Fragestellung gewidmet, inwieweit fortgesetzte spezielle Ausbildung Prozess und Outcome beeinflussen würde, dabei bildeten erfahrene Therapeuten ihre eigene Kontrollgruppe in einem Pre-Post-Training-Design (Henry, Strupp et al., 1993; Henry, Schacht et al., 1993).

Eines der praktischen Resultate aus der Vanderbilt I-Studie war die Entwicklung eines in psychodynamischer und interpersoneller Tradition stehenden Manuals für die sogenannte time-limited dynamic psychotherapy (TLDP: Strupp u. Binder, 1984; zur allg. Entwicklung von Manualen in der Psychotherapie siehe Luborsky u. DeRubeis, 1984), explizit ausgearbeitet, um Therapeuten in der Arbeit mit in der interpersonellen Interaktion schwierigen Patienten zu helfen. Dieses konnte nun in der Vanderbilt II-Studie eingesetzt werden. Das Studiendesign dieser Studie war derart konzipiert, dass 16 erfahrene Therapeuten (klinische Psychologen und Psychiater) jeweils 2 Patienten vor und nach einem speziellen Training in TLDP behandelten (während des Trainings behandelten sie jeweils einen weiteren Patienten). Die Ergebnisse aus dieser Studie waren vielgestaltig. Zunächst konnte festgehalten

werden, dass das Training in TLDP die allgemeine Gesprächsführung der Therapeuten verbesserte:

„For example, after training we observed increased emphasis on the expression of in-session affect, an improved participant-observer stance, and greater use of open-ended questions.“ (Henry u. Strupp et al., 1993, S. 438)

Allerdings war eine global positive Beziehung zwischen dem Ausmass der Bezogenheit auf das Therapiemanual und dem Therapieergebnis, wie es vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Studie von Rounsaville et al. (1988) zu erwarten gewesen wäre, nicht zu finden (vgl. Lambert u. Bergin, 1994, S. 168 f.). Therapeuten, die durchgängig eine überdurchschnittliche Bezogenheit auf das Therapiemanual aufwiesen, erreichten jedoch die besten durchschnittlichen Therapieergebnisse. (vgl. Hildenbrand, 1993, S.229, und Henry et al., 1994, S. 471). Ferner gab es Hinweise dafür, dass Therapeuten, die weniger eng am Manual arbeiteten, dazu neigten, sich auf Kommunikationsprozesse mit einem relativ hohen Abstraktionsgrad einzulassen, wohingegen Therapeuten, die sich enger am Manual orientierten, näher am Therapiefokus in der aktuellen Patient-Therapeut-Interaktion arbeiteten.

Ein weiterer interessanter Befund war, dass Therapeuten, die sich (im SASB Intrex Introject Questionnaire) als selbst-anklagend und selbst-kontrollierend bezeichneten, am engsten am Manual arbeiteten. In einer früheren Arbeit hatte Henry (1986; Henry et al., 1990) bereits gezeigt, dass Therapeuten mit einem solchen Introjekt zu disaffiliativen und kontratherapeutischen Interaktionen im Therapieprozess neigen. So zeigten auch die eng am Manual arbeitenden Therapeuten in der Vanderbilt II-Studie weniger Wärme und Freundlichkeit, gleichzeitig offenbarten ihre Patienten das höchste Mass an Feindseligkeit (gemessen mit dem VPPS). Henry und Schacht et al. (1993) notierten:

„One of the apparent paradoxical results of training was that at the same time the therapists were becoming more intellectually sensitized to the importance of in-session dyadic process, they were actually delivering a higher ‘toxic-dose’ of disaffiliative and complex communications [S. 439].“

Im Résumé musste von der Arbeitsgruppe um Strupp somit als eines der wichtigsten Ergebnisse festgehalten werden, dass auch erfahrene Therapeuten Gefahr laufen, relativ häufig in disaffiliative Interaktionsprozesse einzusteigen, und die Häufigkeit kontratherapeutischer Reaktionsweisen seitens des Therapeuten nicht durch ein spezielles Training in TLDP signifikant gemindert werden konnte.

## 3 Untersuchungsgegenstand und Methodik

### 3.1 Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)

Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB), von Benjamin (1974) entwickelt und durch Tress et al. dem deutschsprachigen Publikum zugänglich gemacht (Tress, 1993; Tress et al., 1990, 1993, 1994, 1996), ist ein System, das der Konzeptualisierung und Analyse zwischenmenschlicher Transaktionen dient und interpersonelles Verhalten in Beziehung zu Entwicklung und Aufrechterhaltung eines Selbst-Konzeptes (Introjekt) zu setzen vermag. Der Terminus Introjekt reflektiert dabei die Grundannahme, dass das Selbst-Konzept einer Person das Resultat von Introjektions- und Internalisationsvorgängen interpersoneller Beziehungsmuster zu signifikanten Anderen ist (vgl. Mentzos, 1991, 1995).

Tress formulierte die dieses Messinstrument interpersonellen Verhaltens charakterisierende Leitfrage wie folgt: „Wer verhält sich qualitativ wie zu wem und wie reagiert jene(r) darauf?“ (Tress et al., 1990). Die Modellstruktur von SASB ist relativ einfach und somit übersichtlich: In der praktischen Arbeit mit SASB steht an erster Stelle die Definition einer Codierungseinheit, sozusagen als „kleinster Baustein“ einer zwischenmenschlichen Transaktion, im Untersuchungsmaterial. Letzteres besteht aus standardisierten Transkripten (vgl. Mergenthaler, 1992) mit Audiotape festgehaltener Therapiesitzungen. Diese Codierungs- beziehungsweise Kommunikationseinheiten entsprechen sinnvoll voneinander abgrenzbaren Gedankeneinheiten. Diese können unter Umständen syntaktisch voneinander getrennten Teilen eines Satzes entsprechen, gehen jedoch häufig über diese hinaus und fassen zwei oder mehrere zu sinnvollen Gedankeneinheiten zusammen. Im zweiten Schritt werden die einzelnen auf diese Weise definierten Codierungseinheiten einer Kommunikations- beziehungsweise Fokusebene zugeordnet. Es werden die folgenden Ebenen unterschieden: 1. *transitiv* (aktiv), das heisst die Kommunikationseinheit des Sprechenden richtet sich an den Gesprächspartner, um diesen „zu beeinflussen“, ihn „zu bewegen“, ihn zu einer bestimmten Reaktion zu veranlassen, etc. - 2. *intransitiv* (reaktiv), das heisst die Kommunikationseinheit beinhaltet eine Information über das Befinden des Sprechenden selbst; der Sprechende bezeichnet gegebenenfalls die „Wirkung“, die ein (zuvor erfolgter) transitiver Kommunikationsakt auf ihn hatte – und 3. die *Introjekt*-Ebene (intrapsychisch), das heisst der Sprechende macht sich selbst zum Gegenstand einer qualifizierenden Aussage, und zwar aus

der Perspektive des Introjekts; dieses Introjekt ist das Resultat vorgängiger Internalisierungen transitiver Botschaften signifikanter Anderer.

Im folgenden Schritt erfahren die einzelnen „units“ interpersoneller Kommunikation eine Verortung in der durch die beiden orthogonalen Achsen der Affiliation und Interdependenz aufgespannten Ebene. In der ursprünglichen SASB-Version nach Benjamin waren 108 verschiedene Codierungen, 36 auf jeder Fokusebene, für zwischenmenschliche Transaktionen möglich. Aus Gründen der Praktikabilität wurden diese auf den einzelnen Ebenen zu je acht Clustern zusammengefasst. Im DKZP wie auch in dieser Arbeit findet ausschliesslich das Clustermodell Verwendung (Abbildung 1).

Per definitionem addieren sich die jeweiligen Beträge der Affiliations- und Interdependenz-Werte einer Codierungseinheit auf einen festen Zahlenwert - in einer früheren Darstellung auf den Wert 2 (Tress et al., 1990), in einer späteren, differenzierteren Variante auf den Wert 9 (Tress, 1993) - (unabhängig vom Betragswert) ein Ausdruck dafür, dass nicht jeder Wert der einen Achse mit jedem anderen Wert der zweiten Achse, obwohl orthogonal zueinander, vereinbar ist. Dadurch werden als mögliche Koordinaten der Verortung dieser Codierungseinheit in der durch die Achse aufgespannten Ebene die Koordinatenpunkte der 4 Seiten eines Quadrates definiert, deren Winkelhalbierende sich im Achsenschnittpunkt schneiden.

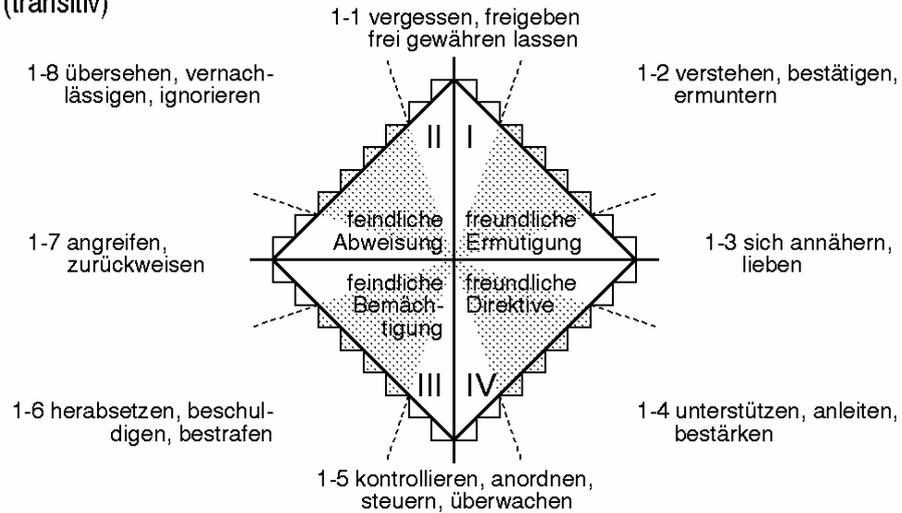
In zwischenmenschlichen Transaktionen fallen wiederkehrende typische Muster auf, die sich mit Hilfe der SASB-Methode gut definieren und beschreiben lassen:

- *Komplementarität*: komplementäre Interaktionen sind dadurch definiert, dass sich die zueinander komplementären Kommunikationseinheiten lediglich auf der Fokusebene voneinander unterscheiden (transitiv-aktiv versus intransitiv-reaktiv) und somit hinsichtlich ihrer Affiliations- und Interdependenzwerte identisch sind. Ein klassisches Beispiel für eine komplementäre Interaktionsabfolge ist die positive Reaktion eines Patienten in Form eines Sich-öffnens auf die wohlmeinende Aufforderung therapeutischerseits zur Selbstexploration hin (Codierungssequenz 1.2 – 2.2).
- *Negative Komplementarität*: dieser Begriff bezeichnet den speziellen Fall einer komplementären Interaktion, in der der Therapeut komplementär auf einen transitiven Kommunikationsakt mit negativen Affiliationswerten seitens des Patienten reagiert, also die „therapeutische Reaktion“ ebenfalls durch negative Affiliationswerte charakterisiert ist.

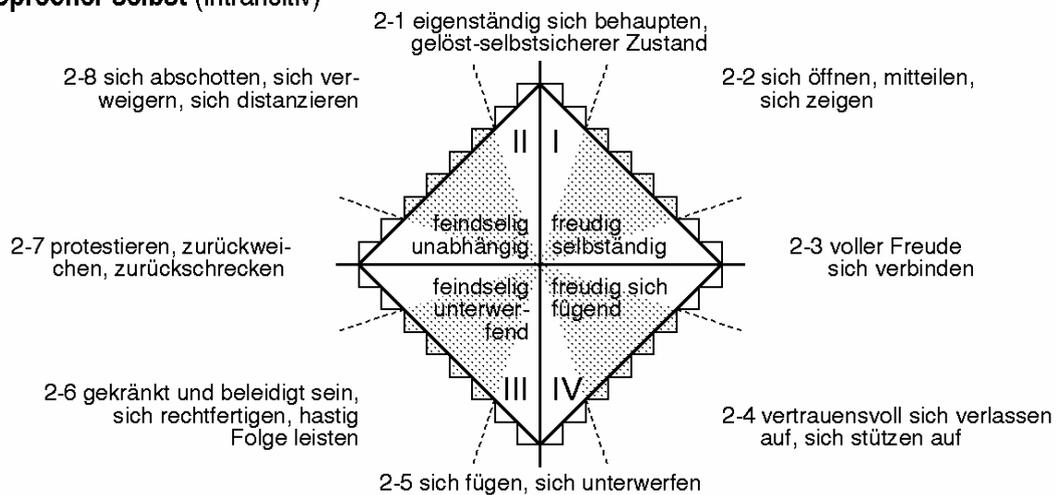
- *Antithese*: sie ist genau dann gegeben, wenn der Sprechende in seinem Kommunikationsbeitrag den Fokus wechselt und dieser gleichzeitig durch eine Verkehrung der Affiliations- und Interdependenzwerte in ihr Gegenteil gekennzeichnet ist. Im psychotherapeutischen Prozess kann eine Antithese zum Beispiel das mit dem Gestus des Gekränktseins erfolgende Zurückziehen seitens des Patienten sein (Codierung 2.8), das einem freundlichen, zur Exploration auffordernden Kommunikationsbeitrag seitens des Therapeuten folgt (Codierung 1.4). In diesem Beispiel bestünde die therapeutische Kunst unter anderem darin, sich nicht in Form eines weiteren (negativ) komplementären Kommunikationsbeitrags (Codierung 1.8) auf diese für den therapeutischen Prozess „ungesunde“ Kommunikationsspirale einzulassen, sondern sie mit einer der hinsichtlich der Antithese gegenteiligen Reaktion (Codierungssequenz 1.4 – 2.8 – 2.4) oder mit einer erneuten Antithese (Codierungssequenz 1.4 – 2.8 – 1.4) „freundlich zu durchbrechen“. Letzteres wäre somit ein weiteres Beispiel für das Auftreten einer Antithese im therapeutischen Prozess, hier jedoch quasi als therapeutische Intervention, um aus einer malignen Kommunikationsspirale auszusteigen beziehungsweise in dieselbe therapeutischerseits gar nicht erst einzutreten.
- *Komplexität*: dieser Begriff dient der Beschreibung des auch in der alltäglichen Kommunikation häufig auftretenden Phänomens, dass eine Kommunikationsbeziehungsweise Gedankeneinheit unterschiedliche oder gar kontradiktorische „Botschaften“ transportiert. Dieses Phänomen wurde bekanntlich von den systemischen Kommunikationswissenschaftlern der Palo-Alto-Gruppe als sogenannte „double-bind“ benannt (Bateson, 1969; Sluzki et al., 1966, 1971). Das Phänomen der Komplexität ist für miteinander nicht vereinbare „Botschaften“ innerhalb einer Kommunikationseinheit reserviert und von der einfachen und für den Kommunikationsprozess eher harmlosen sogenannten multiplen Kommunikation zu unterscheiden.

SASB ist somit eine weitgehend theorieneutrale Methode, die sich einer psychometrisch validierten Standardsprache bedient. Für die Interraterreliabilität in der Düsseldorfer Arbeitsgruppe konnte ein Wert für Cohens Kappa = 0,82 beschrieben werden (Junkert-Tress et al., 1999).

### Fokus: Der Andere (transitiv)



### Fokus: Der Sprecher selbst (intransitiv)



### Fokus: Introjekt (intrapsychisch)

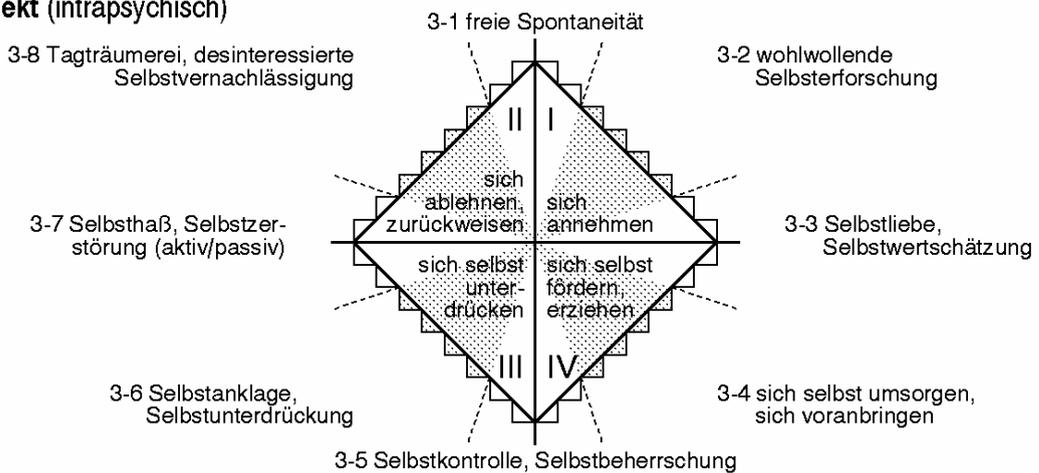


Abbildung 1: Das Clustermodell der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) nach Lorna Smith Benjamin (1974, 1984)

### 3.2 Das Zyklisch-maladaptive Muster (Cyclic maladaptive pattern, CMP)

In der Tradition, Persönlichkeit als Resultat interpersoneller Prozesse aufzufassen (vgl. Sullivan, 1953), formulierten Strupp und Binder (1984) ein Manual mit Beschreibungen und Ausbildungsrichtlinien für psychodynamische Kurzzeit-Psychotherapien (time-limited dynamic psychotherapy, TLDP), welches sich insbesondere durch die Herausarbeitung eines sogenannten Zyklisch-maladaptiven Musters (Cyclic maladaptive pattern, CMP) auszeichnete (Strupp u. Binder, 1984; Tress u. Hildenbrand, 1993). Dieses wird als Gerinnungssubstrat zwischenmenschlicher und innerseelischer Beziehungserfahrungen verstanden.

„That is, the CMP attempts to characterize a „vicious circle“ in the patient’s current life that reflects the self-defeating persistence and rigidity of neurotic problems.“ (Butler u. Binder, 1987, S. 219)

„This is contrasted against more traditional accouts of neurosis, which „view early trauma and unfortunate developmental circumstances as continuing to exert an influence on later behavior, much as series of billiard balls are set into motion by a first strike with a cue“. (Schacht et al., 1984, zit. nach Butler u. Binder, 1987, S. 218)

Die Minimalstruktur einer CMP-Erzählung umfasst die folgenden Elemente (Tress u. Hildenbrand, 1993; Tress et al., 1996):

1. *intrapsychisch*: vorgestellte Reaktionen anderer auf das eigene Verhalten, wobei diese positiver Natur (Wünsche, Hoffnungen, Erwartungen) oder negativer Natur (Befürchtungen, unangenehme Phantasien bezüglich der Reaktion anderer) sein können.
2. *interpersonell*: das Verhalten des Patienten gegenüber anderen Personen, wobei das Augenmerk in der CMP-Formulierung den Eigenschaften oder Merkmalen des Patienten gewidmet ist, die die Reaktion(en) der Umwelt präformieren beziehungsweise den anderen zu einer ganz bestimmten Reaktion veranlassen. Diese Merkmale können gegebenenfalls auch als interaktioneller Anteil der Übertragung konzeptualisiert werden (König, 1982, 1991).
3. *interpersonell*: Verhalten anderer dem Patienten gegenüber (reaktiv auf 2.). Dieses ist häufig durch (negative) Komplementarität charakterisiert, das heisst, es ist zu nicht unerheblichen Anteilen durch das vorhergegangene Verhalten des Patienten determiniert und wirkt ggf. als positiver Verstärker der Erwartungen (siehe 1.) des Patienten. Während der Terminus der Alltagssprache der „selbsterfüllenden Prophezeiung“ diesen bisherigen Teilabschnitt eines maladaptiven Verhaltensmusters aus der Perspektive des Patienten

bezeichnet, beschreiben Begrifflichkeiten wie die projektive Identifizierung (König, 1982, 1991) und das role-taking (Sandler, 1976) Aspekte dieser interdependenten Interaktion aus Sicht des analytischen Betrachters (vgl. Heigl-Evers, 1997).

4. *intrapsychisch*: Verhalten des Patienten zu sich selbst (Introjekt). Dieses Element im CMP entspricht der Introjekt-Ebene im SASB. Häufig handelt es sich um Verhaltensweisen, die durch die Attributierungen selbstkontrollierend, selbstbestrafend, selbstunterstützend, selbstzerstörerisch, etc., charakterisiert werden können.

Henry und Tress nahmen eine weitergehende Differenzierung des ursprünglichen CMP-Modells vor, indem sie drei verschiedene Modi herausarbeiteten, wie die Erfahrungen zwischenmenschlicher Interaktion mit frühen Bezugspersonen die verschiedenen Elemente des Zyklisch-maladaptiven Musters einer Person konstituieren. Diese Weiterentwicklung des Fokusmodells bezieht den Ausgangspunkt der psychogenen Erkrankung, die Erfahrung mit den frühen Bezugspersonen mit ein. Tress (1986) betont dabei, dass damit weniger „das Trauma“ gemeint ist als vielmehr der kumulativ traumatisierende habituelle Umgangsstil in der Ursprungsfamilie. Das innere Modell früher Bezugspersonen wirkt somit mehrfach auf den maladaptiven Zirkel ein. Tress et al. (1996, 2003) unterscheiden den Modus der Identifikation („Der Patient verhält sich so wie seine früheren Bezugspersonen“), quasi eine Form des Modelllernens, den Modus der Internalisierung („Es ist, als sei die relevante Bezugsperson nun unmittelbar präsent und führt besonders zur Ausbildung negativer Erwartungen und Befürchtungen“) und den Modus der Introjektion, quasi ein Verankerungsmechanismus („Der Patient behandelt sich selbst so, wie er früher von den Eltern behandelt wurde“).

Diese drei genannten Modi, über die Engramme früher Beziehungserfahrungen erfolgen, können den verschiedenen SASB-Ebenen zugeordnet werden (Abbildung 2). So können zum Beispiel Verhaltensweisen, die auf Prozessen der Identifikation beruhen (es sei beispielsweise die „Identifikation mit dem Aggressor“ genannt), dem transitiven (SASB-)Fokus I zugeordnet werden; Befürchtungen, die die Folge von Internalisierungsprozessen sind, entsprechen dem Fokus II und intrapsychische Vorgänge - beziehungsweise deren Abbildungen auf der Verhaltensebene - die sich über den Modus der Introjektion ausbildeten, sind am ehesten dem Introjekt-Fokus III zuzuordnen.

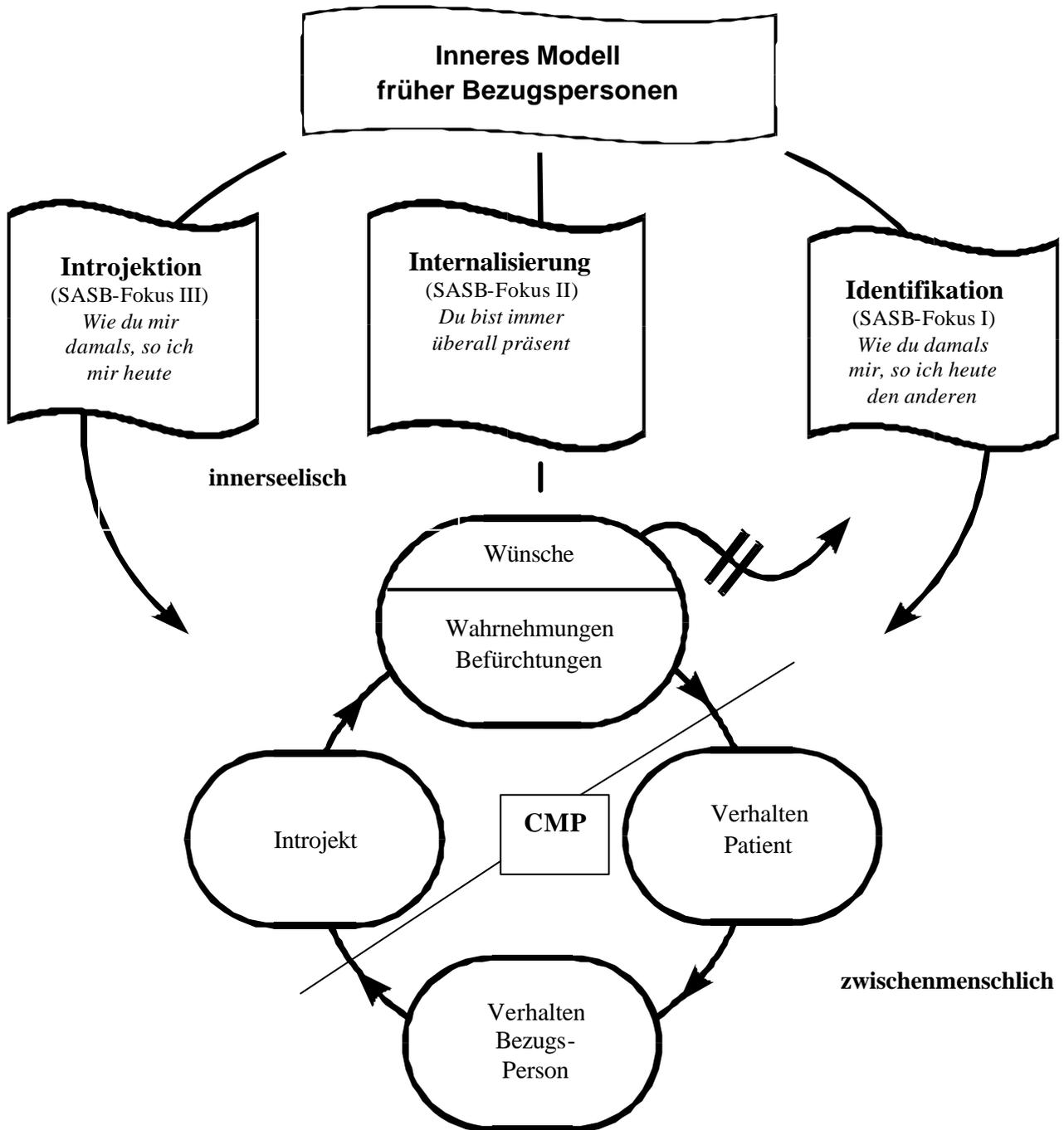


Abbildung 2 Das Modell des Zyklisch-maladaptiven Musters (Cyclic Maladaptive Pattern, CMP), (Strupp u. Binder 1984, modifiziert nach Tress, 1993, und Tress et al., 2003)

Die Synthese der SASB- und CMP-Methoden („SASB-Revised CMP Modell“; Johnson et al., 1989) erlaubt nun die operationalisierte, reliable und „feinkörnige“ Beschreibung auftretender Repetitionen zyklisch maladaptiver Muster (vgl. Schacht u. Henry, 1994).

### **3.3 Weitergehende Differenzierung der therapeutischen Interventionen**

Um die „optische Trennschärfe“ der im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeit-Psychotherapie-Projektes (DKZP) Verwendung findenden methodischen Forschungsinstrumente zu erhöhen, erwies es sich als hilfreich, das CMP-Modell nach Strupp und Binder (1984) weiter auszudifferenzieren und das Konzept der CMP-basierenden therapeutischen Interventionen (Albert, 2000) einzuführen, welches erlaubt, die Interventionen des Therapeuten daraufhin zu untersuchen, inwieweit diese den CMP adressieren („focus adherence“).

Dieses Konzept wird in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen und sei daher kurz erläutert: Zunächst werden therapeutische Interventionen, die den CMP implizit oder explizit thematisieren von jenen unterschieden, die keinen Bezug zum CMP erkennen lassen (sogenannte Non-CMP-Interventionen, siehe unten).

Eine CMP-basierende therapeutische Intervention (CMP-BTI) kann sich prinzipiell an jedes Element in der zyklischen Kette des CMP richten, so dass sich die folgenden Subkategorien für CMP-basierende therapeutische Interventionen ergeben:

Kategorie „Introjekt“ (I)

Kategorie „blockierte positive Erwartungen“ (PE)

Kategorie „Befürchtungen“ (B)

Kategorie „Verhalten Patient“ (VP)

Kategorie „Verhalten anderer“ (VA)

Kategorie „therapeutische Beziehung“ (T)

Letztere bezeichnet den besonderen Fall, dass der CMP - oder Teile desselben - in der Therapeut-Patient-Interaktion reproduziert und durch den Therapeuten angesprochen werden.

---

Die Non-CMP-Interventionen erfahren, die folgende Subkategorisierung (hierbei folge ich der Einteilung, die von Albert (2000) ausformuliert wurde):

1. (dynamische) Deutungen ausserhalb des CMP-Kontextes (De)
2. Konfrontation, unter Umständen mit vorbereitender Funktion für eine CMP-BTI (Ko)
3. Klarifikation, unter Umständen mit vorbereitender Funktion für eine CMP-BTI (KI)
4. Bestätigungen, einfache (Be)
5. empathisches Verstehen (Em)
6. Aufklärung (Au)
7. Verständnisfrage (Vf)
8. Anregung zur Exploration (Ex)
9. Sonstiges (So)
10. Ratschlag, Empfehlung (Ti)
11. Schweigepause (Si)
12. nicht kodierbar (#)

Dieses differenzierte Beschreibungsmuster für die Austauschmomente der Interaktion zwischen Patient und Therapeut wird in der vorliegenden Arbeit genutzt, um den in der Einleitung (Kapitel 1) formulierten Leitfragen nachzugehen, das heisst um konkret zu untersuchen, ob im Verlauf einer einzelnen Therapiestunde (Stunde 4 oder 20) quantitativ erfassbare Unterschiede der Häufigkeit der Non-CMP-Interventionen und CMP-BTI nachweisbar sind, beziehungsweise ob ein differentielles Verteilungsmuster der auf diese Weise kategorisierten Interventionen zwischen den Therapiestunden 4 und 20 festgestellt werden kann.

### 3.4 Patienten und Therapeuten

Fall	Geschlecht	Alter	ICD-10	Diagnose
<b><u>I. Persönlichkeitsstörungen</u></b>				
1.	m	49	F 60.1	Schizoid-narzisstische Persönlichkeitsstörung
2.	m	24	F 60.31	Borderline-Persönlichkeitsstörung
3.	w	29	F 60.31	Borderline-Persönlichkeitsstörung
4.	w	25	F 50.2	Bulimie
<b><u>II. Psychosomatische Erkrankungen</u></b>				
5.	m	61	F 54 / L 40.0	Psoriasis
6.	w	63	F 45	Funktionelle Oberbauchbeschwerden
7.	w	35	F 54 / K 50.9	Morbus Crohn
8.	w	22	F 54 / L 20.9	Atopische Dermatitis
<b><u>III. Neurosen</u></b>				
9.	w	42	F 40.0	Agoraphobie mit Panikstörungen
10.	w	34	F 41.2	Angst und Depression gemischt
11.	w	28	F 40.0	Agoraphobie mit Panikstörungen
12.	w	22	F 40.1	Soziale Phobie

**Tabelle 1: Übersicht Patienten**

Die in die vorliegende Untersuchung eingehenden Daten wurden aus Kurzzeit-Psychotherapien mit Patienten aus den 3 Diagnosegruppen 1. Persönlichkeitsstörungen, 2. Psychosomatische Erkrankungen und 3. Neurosen gewonnen (Tabelle 1). Das Alter der Patienten (zu Therapiebeginn) bewegte sich zwischen 22 und 63 Jahren (Arithmetisches Mittel: 31.17 a; Medianwert: 31.5 a).

Bezüglich des Erfolges der Psychotherapien der 12 Patienten liegen die folgenden klinischen Bewertungen vor:

I. Persönlichkeitsstörungen:	3 x gut, 1 x unverändert
II. Psychosomatische Erkrankungen:	3 x gut, 1 x unverändert
III. Neurosen:	3 x gut, 1 x geringfügig verbessert

Die Therapien wurden von 10 verschiedenen Psychotherapeuten durchgeführt, 7 Therapeutinnen und 3 Therapeuten. Zwei der Therapeuten verfügten über eine psychotherapeutische Berufserfahrung von mehr als 5 Jahren, vier zwischen 2 ½ und 5 Jahren und weitere vier weniger als 2 ½ Jahre.

### 3.5 Anmerkungen zur Methodik

In den im folgenden Ergebnisteil dargestellten Tabellen sind die absoluten beziehungsweise relativen Häufigkeiten der SASB-Cluster unter gleichzeitiger Nennung der Fallzahl ( $N = 12$ , beziehungsweise im Falle einer Zusammenfassung zweier Therapieabschnitte  $N = 24$ ) wiedergegeben.

Teil I bezeichnet die ersten 20 Minuten, entsprechend Teil II die letzten 20 Minuten einer Therapiestunde.

Bei der prozentualen Darstellung wird der (über alle 12 Patienten beziehungsweise Therapeuten) gemittelte Prozentwert des jeweiligen Clusters (des Patienten beziehungsweise des Therapeuten) angegeben; d.h. zunächst wird eine prozentuale Häufigkeit des jeweiligen Clusters bezogen auf den jeweils untersuchten Therapieausschnitt ermittelt (Gesprächseinheiten von Patient *und* Therapeut pro Therapieausschnitt sind def. als 100 %). Im zweiten Schritt wird dann das arithmetische Mittel der (12 beziehungsweise 24) (verschiedenen) individuellen Häufigkeiten errechnet.

Zwecks Erleichterung der Interpretation sind die entsprechenden Standardabweichungen aufgeführt. Es werden zudem jeweils der errechnete t-Wert und die entsprechende Signifikanz P angegeben (Hilfsmittel bei der Prüfung der Signifikanz auf dem Signifikanzniveau  $\alpha$  ist eine t-Wert-Tabelle, z.B. Heinecke, Hultsch u. Repges, 1992, S. 268).

In Abschnitt 4.1 wird die Datenlage vorgestellt, die sich aus der Analyse der Cluster der Patienten ergibt, in Abschnitt 4.2 die aus der Analyse der Therapeuten-Cluster.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Analyse der Cluster der Patienten

Zunächst ergibt sich im Rahmen der SASB-Analyse das folgende Bild für die absolute beziehungsweise relative Häufigkeit der einzelnen Cluster in der 4. Therapiestunde (Tabelle 2 und Tabelle 3) - dabei gibt der Mittelwert in Tabelle 2 das arithmetische Mittel der absoluten Anzahl der jeweiligen Cluster wider; in Tabelle 3 bezieht sich der Mittelwert auf das arithmetische Mittel der relativen (nicht der absoluten!) Häufigkeiten der jeweiligen Cluster:

**Tabelle 2: Mittelwert und Standardabweichung der individuellen absoluten Häufigkeiten der verschiedenen Cluster bei den 12 Patienten in Stunde 4**

	N	Stunde 4 - TEIL	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Cluster 1.4</b>	12	I.	4.33	4.54
	12	II.	5.17	6.13
	24	Gesamt	4.75	5.29
<b>Cluster 1.6</b>	12	I.	0.92	1.24
	12	II.	2.17	3.27
	24	Gesamt	1.54	2.50
<b>Cluster 2.2</b>	12	I.	133.67	30.76
	12	II.	143.92	48.43
	24	Gesamt	138.79	40.02
<b>Cluster 2.4</b>	12	I.	44.58	19.11
	12	II.	39.42	15.38
	24	Gesamt	42.00	17.17
<b>Cluster 2.8</b>	12	I.	0.83	1.59
	12	II.	0.33	0.65
	24	Gesamt	0.53	1.21

**Tabelle 3: Mittelwert und Standardabweichung der individuellen relativen Häufigkeiten der verschiedenen Cluster bei den 12 Patienten in Stunde 4**

	N	Stunde 4 - TEIL	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Cluster 1.4</b>	12	I.	1.43	1.56
	12	II.	1.77	2.42
	24	Gesamt	1.60	2.00
<b>Cluster 1.6</b>	12	I.	0.34	0.51
	12	II.	0.73	1.14
	24	Gesamt	0.53	0.89
<b>Cluster 2.2</b>	12	I.	44.02	9.54
	12	II.	45.65	9.58
	24	Gesamt	44.84	8.38
<b>Cluster 2.4</b>	12	I.	14.16	4.66
	12	II.	12.82	4.22
	24	Gesamt	13.49	4.40
<b>Cluster 2.8</b>	12	I.	0.28	0.49
	12	II.	0.10	0.18
	24	Gesamt	0.19	0.38

Eine bedeutsame Differenz in der Verteilung der Anteile der Cluster in den beiden zu vergleichenden Therapieabschnitten, Teil I versus Teil II, ist nicht augenfällig (Cluster 1.4:  $t = -1.023$ ,  $p = 0.328$ ; Cluster 2.2:  $t = -0.635$ ,  $p = 0.539$ ; Cluster 2.4:  $t = 1.401$ ;  $p = 0.189$ ). Erwähnenswert ist, dass disaffiliative Kommunikationseinheiten (Codierung 1.6 oder 2.8) nur einen Bruchteil der „units“ ausmachen ( $< 1\%$ ). Der überwiegende Anteil der Cluster ( $> 50\%$ ) wird durch die Codierungen 2.2 („sich öffnen, mitteilen, sich zeigen“) und 2.4 („sich vertrauensvoll verlassen auf, sich stützen auf“) ausgemacht. Dieses Codierungsmuster ist Anhaltspunkt für eine prinzipiell gelingende Kommunikation zwischen Therapeut und Patient.

Für die absolute beziehungsweise relative Häufigkeit der einzelnen Cluster in der 20. Therapiestunde ergibt sich das folgende Bild (Tabelle 4 und Tabelle 5): Auch für diese Darstellung gilt, dass die Mittelwertangabe in Tabelle 4 das arithmetische Mittel der absoluten Zahl von Patientenäußerungen – jeweils den entsprechenden Clustern zugeordnet – wiedergibt. In Tabelle 5 ist der aufgeführte Mittelwert das arithmetische Mittel der individuellen relativen Häufigkeiten.

**Tabelle 4: Mittelwert und Standardabweichung der individuellen absoluten Häufigkeiten der verschiedenen Cluster bei den 12 Patienten in Stunde 20**

	N	Stunde 20 - TEIL	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Cluster 1.4</b>	12	I.	4.50	5.99
	12	II.	5.33	7.77
	24	Gesamt	4.92	6.80
<b>Cluster 1.6</b>	12	I.	3.25	5.82
	12	II.	2.58	4.66
	24	Gesamt	2.92	5.17
<b>Cluster 2.2</b>	12	I.	129.75	42.47
	12	II.	124.50	58.64
	24	Gesamt	127.13	50.14
<b>Cluster 2.4</b>	12	I.	48.00	23.33
	12	II.	43.83	22.83
	24	Gesamt	45.92	22.68
<b>Cluster 2.8</b>	12	I.	0.92	2.02
	12	II.	0.75	1.22
	24	Gesamt	0.83	1.63

**Tabelle 5: Mittelwert und Standardabweichung der individuellen relativen Häufigkeiten der verschiedenen Cluster bei den 12 Patienten in Stunde 20**

	N	Stunde 20 - TEIL	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Cluster 1.4</b>	12	I.	1.28	1.35
	12	II.	1.90	2.68
	24	Gesamt	1.59	2.10
<b>Cluster 1.6</b>	12	I.	1.05	1.82
	12	II.	0.82	1.45
	24	Gesamt	0.93	1.62
<b>Cluster 2.2</b>	12	I.	43.52	10.45
	12	II.	42.09	13.34
	24	Gesamt	42.81	11.74
<b>Cluster 2.4</b>	12	I.	15.12	4.49
	12	II.	14.81	4.97
	24	Gesamt	14.96	4.63
<b>Cluster 2.8</b>	12	I.	0.36	0.94
	12	II.	0.22	0.38
	24	Gesamt	0.29	0.70

Auch in der 20. Therapiestunde sind somit keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Therapieabschnitten offensichtlich (Cluster 1.4:  $t = -0.423$ ,  $p = 0.680$ ; Cluster 2.2:  $t = -0.254$ ,  $p = 0.804$ ; Cluster 2.4:  $t = 0.840$ ;  $p = 0.415$ ).

Es ist in Hinblick auf die dieser Arbeit zugrunde liegenden Leitfrage sinnvoll, die jeweiligen ersten und letzten 20 Minuten der 4. und 20. Therapiestunde nochmals zusammenzufassen, um die Gegenüberstellung dieser beiden Stundenausschnitte deutlicher darzustellen (Tabelle 6 bis Tabelle 8):

**Tabelle 6: Mittelwert und Standardabweichung der individuellen absoluten Häufigkeiten der verschiedenen Cluster bei den 12 Patienten in Stunde 4 und 20 (zusammengefasst)**

	N	Stunde 4 und 20 zusammengefasst- TEIL	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Cluster 1.4</b>	24	I.	4.42	5.20
	24	II.	5.25	6.85
	48	Gesamt	4.83	6.03
<b>Cluster 1.6</b>	24	I.	2.08	4.28
	24	II.	2.38	3.94
	48	Gesamt	2.23	4.08
<b>Cluster 2.2</b>	24	I.	131.71	36.32
	24	II.	134.21	53.52
	48	Gesamt	132.96	45.26
<b>Cluster 2.4</b>	24	I.	46.29	20.93
	24	II.	41.63	19.17
	48	Gesamt	43.96	19.99
<b>Cluster 2.8</b>	24	I.	0.88	1.78
	24	II.	0.54	0.98
	48	Gesamt	0.71	1.43

**Tabelle 7: Mittelwert und Standardabweichung der individuellen relativen Häufigkeiten der verschiedenen Cluster bei den 12 Patienten in Stunde 4 und 20 (zusammengefasst)**

	N	Stunde 4 und 20 zusammengefasst- TEIL	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Cluster 1.4</b>	24	I.	1.35	1.43
	24	II.	1.84	2.50
	48	Gesamt	1.60	2.03
<b>Cluster 1.6</b>	24	I.	0.69	1.36
	24	II.	0.77	1.28
	48	Gesamt	0.73	1.31
<b>Cluster 2.2</b>	24	I.	43.77	9.79
	24	II.	43.87	11.50
	48	Gesamt	43.82	10.56
<b>Cluster 2.4</b>	24	I.	14.64	4.50
	24	II.	13.81	4.62
	48	Gesamt	14.23	4.53
<b>Cluster 2.8</b>	24	I.	0.32	0.74
	24	II.	0.16	0.30
	48	Gesamt	0.24	0.56

**Tabelle 8: Mittelwerte der individuellen relativen Häufigkeiten der verschiedenen Cluster bei den 12 Patienten in Stunde 4 und 20 (zusammengefasst), I. und II. Teil im Vergleich**

	I. Teil (4+20)	II. Teil (4+20)
<b>Cluster 1.4</b>	1.36	1.84
<b>Cluster 1.6</b>	0.7	0.78
<b>Cluster 2.2</b>	43.77	43.87
<b>Cluster 2.4</b>	14.64	13.82
<b>Cluster 2.8</b>	0.32	0.16

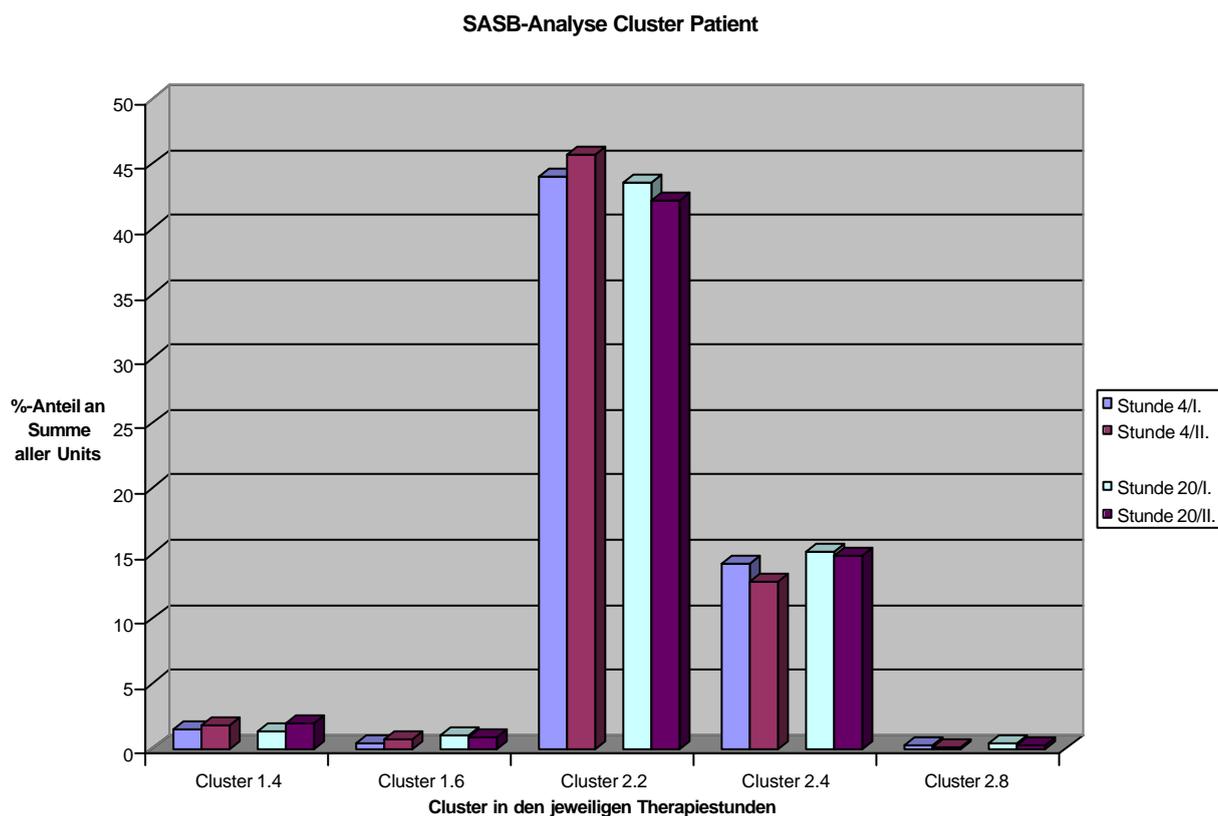
In Betrachtung der zusammengefassten Stundeneinheiten kann festgestellt werden, dass sich keine signifikanten Differenzen zwischen den verschiedenen Stundenabschnitten finden (Cluster 1.4:  $t = -0.800$ ,  $p = 0.432$ ; Cluster 2.2:  $t = -0.194$ ,  $p = 0.848$ ; Cluster 2.4:  $t = 1.542$ ;  $p = 0.137$ ).

Die Cluster des Patienten (Tabelle 2 bis Tabelle 9 sowie Abbildung 3 und Abbildung 4) zeigen sowohl im Vergleich der ersten und letzten zwanzig Minuten der 4. und der 20. Therapiestunde, als auch im Vergleich zwischen 4. und 20. Stunde miteinander, keine signifikanten Häufigkeitsänderungen. Die zum Beispiel in Tabelle 8 zunächst auffällige Abnahme der Cluster 2.8 erreicht aufgrund der äusserst geringen absoluten wie relativen Anzahl der Cluster (bezogen auf beide Abschnitte 0.24 % der Cluster, vgl. Tabelle 7) keine Signifikanz.

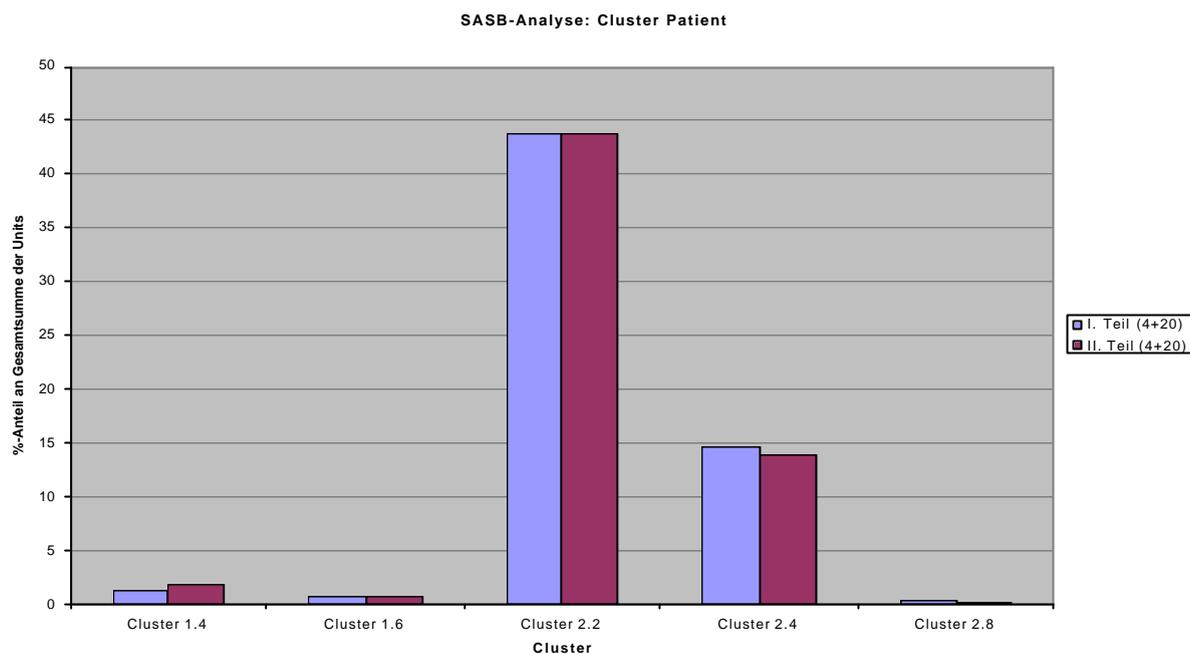
Erwartungsgemäss stellt das Cluster 2.2 („sich öffnen, mitteilen, zeigen“) den grössten Anteil der „Gedankenunits“ auf Seiten des Patienten, ein Ausdruck der gelingenden Interaktion zwischen Patient und Therapeut, des Sich-Mitteilens und Sich-auf-die-Therapie-Einlassens seitens des Patienten. Disaffiliative Kommunikationsbeiträge (Cluster 2.8, „sich abschotten, verweigern, distanzieren“) machen nur einen Bruchteil (< 0.4 %) der Interaktionseinheiten aus.

**Tabelle 9: Mittelwerte der individuellen relativen Häufigkeiten der verschiedenen Cluster bei den 12 Patienten in den Stunde 4 und 20, jeweils in Teil I bzw. II**

	Stunde 4/I.	Stunde 4/II.	Stunde 20/I.	Stunde 20/II.
<b>Cluster 1.4</b>	1.43	1.77	1.28	1.9
<b>Cluster 1.6</b>	0.34	0.73	1.05	0.82
<b>Cluster 2.2</b>	44.02	45.65	43.52	42.09
<b>Cluster 2.4</b>	14.16	12.82	15.12	14.81
<b>Cluster 2.8</b>	0.28	0.1	0.36	0.22



**Abbildung 3: SASB-Analyse der Patienten-Units**



**Abbildung 4: Cluster-Darstellung der Units des Patienten, 4. und 20. Stunde zusammengefasst**

## 4.2 Analyse der Cluster des Therapeuten

Analog der Analyse der Patienten-Cluster seien zunächst die Cluster des Therapeuten in der 4. Therapiestunde betrachtet (Tabelle 10 und Tabelle 11).

**Tabelle 10: Mittelwert und Standardabweichung der individuellen absoluten Häufigkeiten der verschiedenen Cluster auf Seiten der Therapeuten in Stunde 4**

	N	Stunde 4 – TEIL	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Cluster 1.2</b>	12	I.	52.33	26.75
	12	II.	47.92	22.30
	24	Gesamt	50.13	24.19
<b>Cluster 1.4</b>	12	I.	62.83	32.42
	12	II.	59.33	22.00
	24	Gesamt	61.08	27.15
<b>Cluster 1.6</b>	12	I.	1.08	2.39
	12	II.	0.67	0.98
	24	Gesamt	0.88	1.80
<b>Cluster 2.2</b>	12	I.	0.83	2.29
	12	II.	1.92	2.47
	24	Gesamt	1.38	2.39
<b>Cluster 2.4</b>	12	I.	3.42	3.63
	12	II.	3.33	3.42
	24	Gesamt	3.38	3.45

**Tabelle 11: Mittelwert und Standardabweichung der individuellen relativen Häufigkeiten der verschiedenen Cluster auf Seiten der Therapeuten in Stunde 4**

	N	Stunde 4 - TEIL	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Cluster 1.2</b>	12	I.	16.52	6.85
	12	II.	15.52	5.96
	24	Gesamt	16.02	6.30
<b>Cluster 1.4</b>	12	I.	20.15	8.48
	12	II.	19.50	6.92
	24	Gesamt	19.82	7.57
<b>Cluster 1.6</b>	12	I.	0.36	0.77
	12	II.	0.22	0.34
	24	Gesamt	0.29	0.59
<b>Cluster 2.2</b>	12	I.	0.26	0.70
	12	II.	0.59	0.79
	24	Gesamt	0.42	0.75
<b>Cluster 2.4</b>	12	I.	1.12	1.22
	12	II.	1.16	1.39
	24	Gesamt	1.14	1.28

Zwecks eindeutiger Lesbarkeit der Tabellen, sei nochmals darauf verwiesen, dass die in Tabelle 10 angegebenen Mittelwerte die den verschiedenen Clustern entsprechenden Mittelwerte der absoluten Zahl der therapeutischen Äusserungen bezeichnen. In Tabelle 11 hingegen bezieht sich der angegebene Mittelwert – analog zur Darstellung der Cluster der Patienten (Tabelle 2 bis Tabelle 9) – auf die individuellen relativen Häufigkeiten (in Prozent).

In der Häufigkeitsverteilung der Cluster des Therapeuten in der 4. Therapiestunde sind keine deutlichen Ab- oder Zunahmen der Cluster 1.2 und 1.4 auffällig. Die Cluster 1.6 und 2.2 treten nicht sehr häufig auf, so dass die relativen Häufigkeitsveränderungen nicht überbewertet werden dürfen. So ergibt zum Beispiel die Zunahme des Clusters 2.2 von 0.26 % in der ersten auf 0.59 % in der zweiten Hälfte der 4. Therapiestunde lediglich einen t-Wert von 1.47 und eine Signifikanz von  $P = 0.17$ .

Für die Therapeuten-Cluster der 20. Therapiestunde findet sich das folgende Bild (Tabelle 12 und Tabelle 13):

**Tabelle 12: Mittelwert und Standardabweichung der individuellen absoluten Häufigkeiten der verschiedenen Cluster auf Seiten der Therapeuten in Stunde 20**

	N	Stunde 20 - TEIL	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Cluster 1.2</b>	12	I.	46.42	26.75
	12	II.	34.25	23.75
	24	Gesamt	40.33	25.50
<b>Cluster 1.4</b>	12	I.	63.33	30.03
	12	II.	68.33	25.29
	24	Gesamt	65.83	27.27
<b>Cluster 1.6</b>	12	I.	0.67	1.23
	12	II.	0.42	1.00
	24	Gesamt	0.54	1.10
<b>Cluster 2.2</b>	12	I.	0.92	1.38
	12	II.	1.58	2.39
	24	Gesamt	1.25	1.94
<b>Cluster 2.4</b>	12	I.	3.08	4.21
	12	II.	3.00	3.36
	24	Gesamt	3.04	3.72

**Tabelle 13: Mittelwert und Standardabweichung der individuellen absoluten Häufigkeiten der verschiedenen Cluster auf Seiten der Therapeuten in Stunde 20**

	N	Stunde 20 - TEIL	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Cluster 1.2</b>	12	I.	14.60	5.98
	12	II.	11.14	4.87
	24	Gesamt	12.87	5.62
<b>Cluster 1.4</b>	12	I.	20.42	7.56
	12	II.	24.92	8.97
	24	Gesamt	22.67	8.43
<b>Cluster 1.6</b>	12	I.	0.26	0.59
	12	II.	0.14	0.32
	24	Gesamt	0.20	0.47
<b>Cluster 2.2</b>	12	I.	0.31	0.50
	12	II.	0.64	0.99
	24	Gesamt	0.47	0.79
<b>Cluster 2.4</b>	12	I.	0.86	0.96
	12	II.	1.10	1.22
	24	Gesamt	0.98	1.08

In diesem Datenmaterial der 20. Therapiestunde ist vor allem eine deutliche Abnahme des Clusters 1.2 (t-Wert 3.16, Signifikanz  $P = 0.0091$ ) und eine deutliche Zunahme des Clusters 1.4 augenfällig (t-Wert 1.72 und Signifikanz  $P = 0.1125$ ). Die Prüfgrösse  $t$  liegt damit für das Cluster 2.2 ausserhalb des von den beiden Quantilen gebildeten Intervalls  $[t_{f; \alpha/2}, t_{f; 1-\alpha/2}]$  mit  $f = n-1 = 11$  und  $1-\alpha = 0.995$ .

Die Daten der 4. und 20. Therapiestunde seien auch nochmals in der Analyse der Therapeuten-Cluster zusammengefasst (siehe Tabelle 14, Tabelle 15 und Tabelle 17):

**Tabelle 14: Mittelwert und Standardabweichung der individuellen absoluten Häufigkeiten der verschiedenen Cluster auf Seiten der Therapeuten in Stunde 4 und 20 (zusammengefasst)**

	N	Stunde 4 und 20 zusammengefasst- TEIL	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Cluster 1.2</b>	24	I.	49.38	26.33
	24	II.	41.08	23.58
	48	Gesamt	45.23	25.08
<b>Cluster 1.4</b>	24	I.	63.08	30.56
	24	II.	63.83	23.63
	48	Gesamt	14.45	27.03
<b>Cluster 1.6</b>	24	I.	0.88	1.87
	24	II.	0.54	0.98
	48	Gesamt	0.71	1.49
<b>Cluster 2.2</b>	24	I.	0.88	1.85
	24	II.	1.75	2.38
	48	Gesamt	1.31	2.16
<b>Cluster 2.4</b>	24	I.	0.99	1.09
	24	II.	1.13	1.28
	48	Gesamt	1.06	1.18

**Tabelle 15: Mittelwert und Standardabweichung der individuellen relativen Häufigkeiten der verschiedenen Cluster auf Seiten der Therapeuten in Stunde 4 und 20 (zusammengefasst)**

	N	Stunde 4 und 20 zusammengefasst- TEIL	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Cluster 1.2</b>	24	I.	15.56	6.37
	24	II.	13.33	5.77
	48	Gesamt	14.45	6.12
<b>Cluster 1.4</b>	24	I.	20.28	7.86
	24	II.	22.21	8.31
	48	Gesamt	21.25	8.06
<b>Cluster 1.6</b>	24	I.	0.31	0.67
	24	II.	0.18	0.33
	48	Gesamt	0.24	0.53
<b>Cluster 2.2</b>	24	I.	0.28	0.60
	24	II.	0.61	0.88
	48	Gesamt	0.45	0.76
<b>Cluster 2.4</b>	24	I.	0.99	1.09
	24	II.	1.13	1.28
	48	Gesamt	1.06	1.18

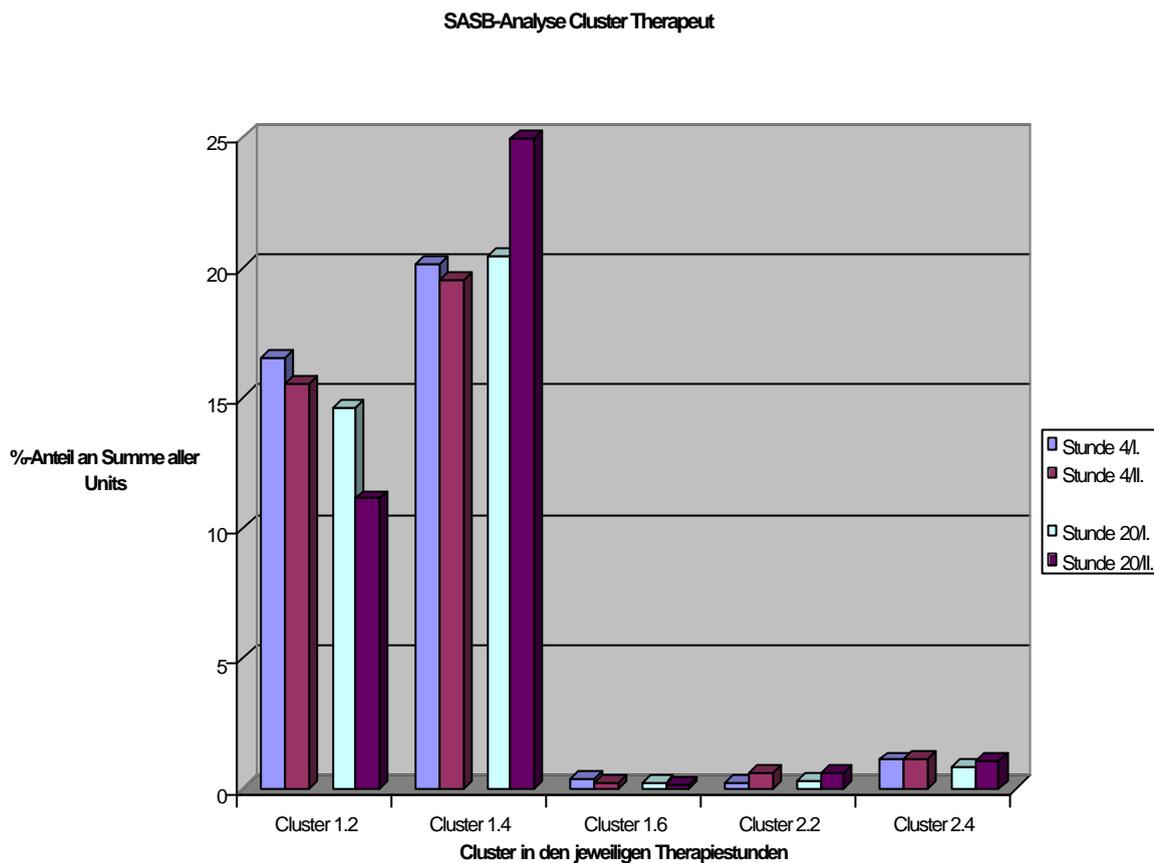
Im Gegensatz zur Analyse der Patienten-Cluster lassen sich in der Analyse der „Gedankenunits“ des Therapeuten (Tabelle 10 bis Tabelle 15) in der gemeinsamen Schau beider Therapiestunden tendenzielle Häufigkeitsmuster beziehungsweise Trends erkennen (Abbildung 6). So ist eine signifikante Abnahme des Clusters 1.2 im Verlauf der 20. Therapiestunde hervorzuheben (auf einem Signifikanzniveau von  $1-\alpha = 0.995$ ). Gleichzeitig findet sich eine tendenzielle Abnahme des Clusters 1.2 in der 4. Stunde, wie auch im Vergleich der Therapiestunden 4 und 20. Entgegengesetzt ist der Trend des Clusters 2.2 in beiden Therapiestunden, hier ist eine Zunahme des Clusters zu konstatieren (mit  $t = 1.47$  und  $P = 0.17$  in der 4. Stunde sowie  $t = -0.95$  und  $P = 0.3625$  in der 20. Stunde).

**Tabelle 16: Mittelwerte der individuellen relativen Häufigkeiten der verschiedenen Cluster auf Seiten der Therapeuten in den Stunden 4 und 20, jeweils Teil I und II**

	Stunde 4/I.	Stunde 4/II.	Stunde 20/I.	Stunde 20/II.
<b>Cluster 1.2</b>	16.52	15.52	14.6	11.14
<b>Cluster 1.4</b>	20.15	19.5	20.42	24.92
<b>Cluster 1.6</b>	0.36	0.22	0.26	0.14
<b>Cluster 2.2</b>	0.26	0.59	0.31	0.64
<b>Cluster 2.4</b>	1.12	1.16	0.86	1.1

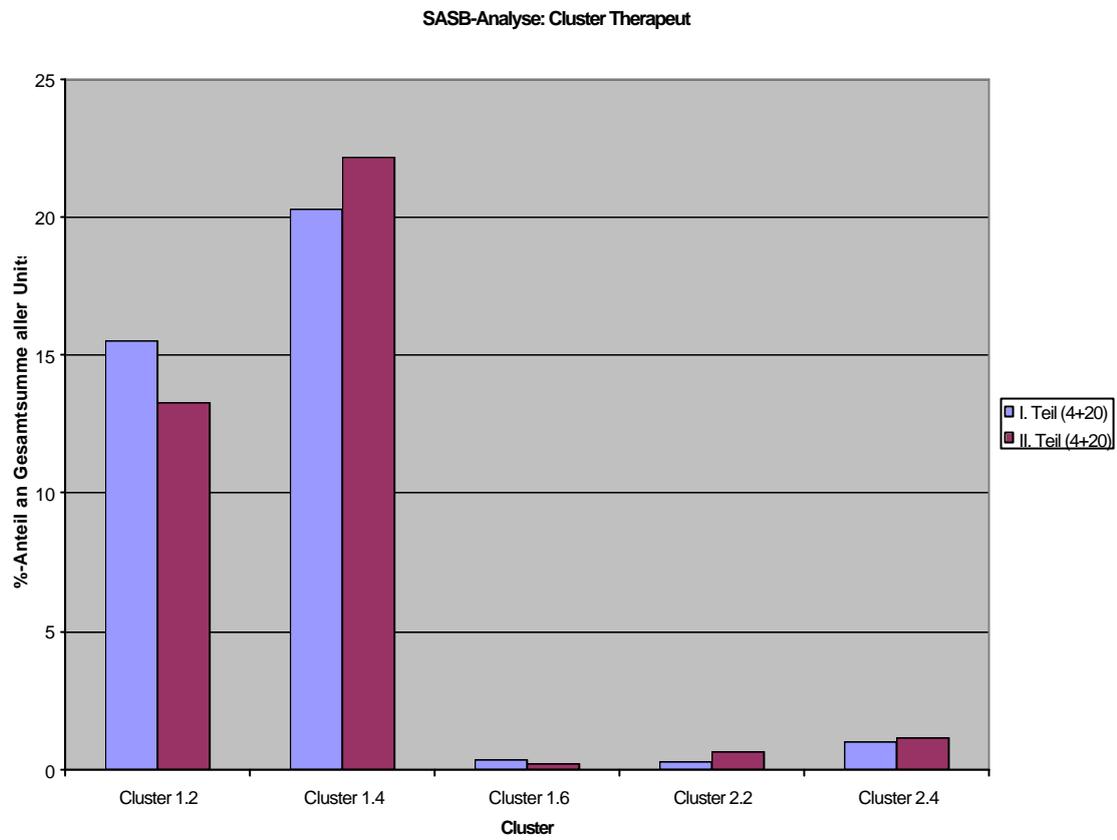
**Tabelle 17: Mittelwerte der individuellen relativen Häufigkeiten der verschiedenen Cluster auf Seiten der Therapeuten in Stunde 4 und 20 (zusammengefasst), I. und II. Teil im Vergleich**

	I. Teil (4+20)	II. Teil (4+20)
<b>Cluster 1.2</b>	15.56	13.33
<b>Cluster 1.4</b>	20.29	22.21
<b>Cluster 1.6</b>	0.31	0.18
<b>Cluster 2.2</b>	0.29	0.62
<b>Cluster 2.4</b>	0.99	1.13



**Abbildung 5: SASB-Analyse der Units des Therapeuten**

Insbesondere die graphischen Darstellungen der Gegenüberstellung der ersten und letzten 20 Minuten unter jeweiliger Zusammenfassung der 4. und 20. Therapiestunde unterstreichen die Beschreibung der Differenzen der Therapieabschnitte in den Clustern des Therapeuten einerseits (Abbildung 6) und des Ausbleibens derselben in den Clustern des Patienten andererseits (Abbildung 4).



**Abbildung 6: Cluster-Darstellung des Therapeuten, 4. und 20. Stunde zusammengefasst**

### 4.3 Analyse der Non-CMP-Interventionen

In den 3 nun folgenden Tabellen (Tabelle 18 bis Tabelle 20) findet sich die Darstellung des Datenmaterials der Non-CMP-Interventionen. Um der besseren Lesbarkeit willen seien die für die Non-CMP-Interventionen verwendeten Abkürzungen kurz wiederholt (siehe auch Kapitel 3):

- Be:** Bestätigungen, einfache  
**Ex:** Anregung zur Exploration  
**Em:** empathisches Verstehen  
**Vf:** Verständnisfrage  
**Kl:** Klarifikation, unter Umständen mit vorbereitender Funktion für eine CMP-BTI  
**Ko:** Konfrontation, unter Umständen mit vorbereitender Funktion für eine CMP-BTI  
**Au:** Aufklärung

Analog der in den Abschnitten 4.1 und 4.2 vorangegangenen Darstellung der Cluster geben die in den folgenden Tabellen (Tabelle 18 bis Tabelle 20) angegebenen Mittelwerte das arithmetische Mittel der absoluten Anzahl der therapeutischen Non-CMP-Interventionen wider.

**Tabelle 18: Mittelwert und Standardabweichung der absolute Häufigkeiten der Non-CMP-Interventionen der Therapeuten in Stunde 4**

		N	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Be</b>	I. Teil	12	49.33	24.55
	II. Teil	12	41.83	20.94
	Gesamt	24	45.58	22.64
<b>Ex</b>	I. Teil	12	16.08	11.42
	II. Teil	12	10.75	7.68
	Gesamt	24	13.42	9.90
<b>Em</b>	I. Teil	12	8.00	5.12
	II. Teil	12	8.33	5.10
	Gesamt	24	8.17	5.00
<b>Vf</b>	I. Teil	12	3.92	4.36
	II. Teil	12	3.33	2.77
	Gesamt	24	3.63	3.59
<b>Kl</b>	I. Teil	12	3.50	4.72
	II. Teil	12	2.17	2.72
	Gesamt	24	2.83	3.83
<b>Ko</b>	I. Teil	12	1.75	2.09
	II. Teil	12	1.67	2.50
	Gesamt	24	1.71	2.26
<b>Au</b>	I. Teil	12	0.67	0.89
	II. Teil	12	1.17	1.53
	Gesamt	24	0.92	1.25

**Tabelle 19: Mittelwert und Standardabweichungen der absoluten Häufigkeiten der Non-CMP-Interventionen der Therapeuten in Stunde 20**

		N	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Be</b>	I. Teil	12	42.42	26.35
	II. Teil	12	33.00	25.56
	Gesamt	24	37.71	25.84
<b>Ex</b>	I. Teil	12	10.92	6.37
	II. Teil	12	8.50	6.01
	Gesamt	24	9.71	6.18
<b>Em</b>	I. Teil	12	10.33	9.98
	II. Teil	12	9.92	6.60
	Gesamt	24	10.13	8.27
<b>Vf</b>	I. Teil	12	4.33	5.14
	II. Teil	12	1.33	2.50
	Gesamt	24	2.82	4.24
<b>Kl</b>	I. Teil	12	2.50	2.32
	II. Teil	12	3.00	2.63
	Gesamt	24	2.75	2.44
<b>Ko</b>	I. Teil	12	3.25	4.67
	II. Teil	12	1.83	1.80
	Gesamt	24	2.54	3.54
<b>Au</b>	I. Teil	12	3.00	2.56
	II. Teil	12	2.25	2.22
	Gesamt	24	2.63	2.37

**Tabelle 20: Mittelwert und Standardabweichung der absoluten Häufigkeiten der Non-CMP-Interventionen, Stunde 4 und 20 zusammengefasst**

		N	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Be</b>	I. Teil	24	45.88	25.15
	II. Teil	24	37.42	23.29
	Gesamt	48	41.65	24.36
<b>Ex</b>	I. Teil	24	13.50	9.42
	II. Teil	24	9.63	6.84
	Gesamt	48	11.56	8.38
<b>Em</b>	I. Teil	24	9.17	7.84
	II. Teil	24	9.13	5.83
	Gesamt	48	9.15	6.84
<b>Vf</b>	I. Teil	24	4.13	4.67
	II. Teil	24	2.33	2.78
	Gesamt	48	3.23	3.90
<b>Kl</b>	I. Teil	24	3.00	3.67
	II. Teil	24	2.58	2.65
	Gesamt	48	2.79	3.18
<b>Ko</b>	I. Teil	24	2.50	3.62
	II. Teil	24	1.75	2.13
	Gesamt	48	2.13	2.97
<b>Au</b>	I. Teil	24	1.83	2.22
	II. Teil	24	1.71	1.94
	Gesamt	48	1.77	2.07

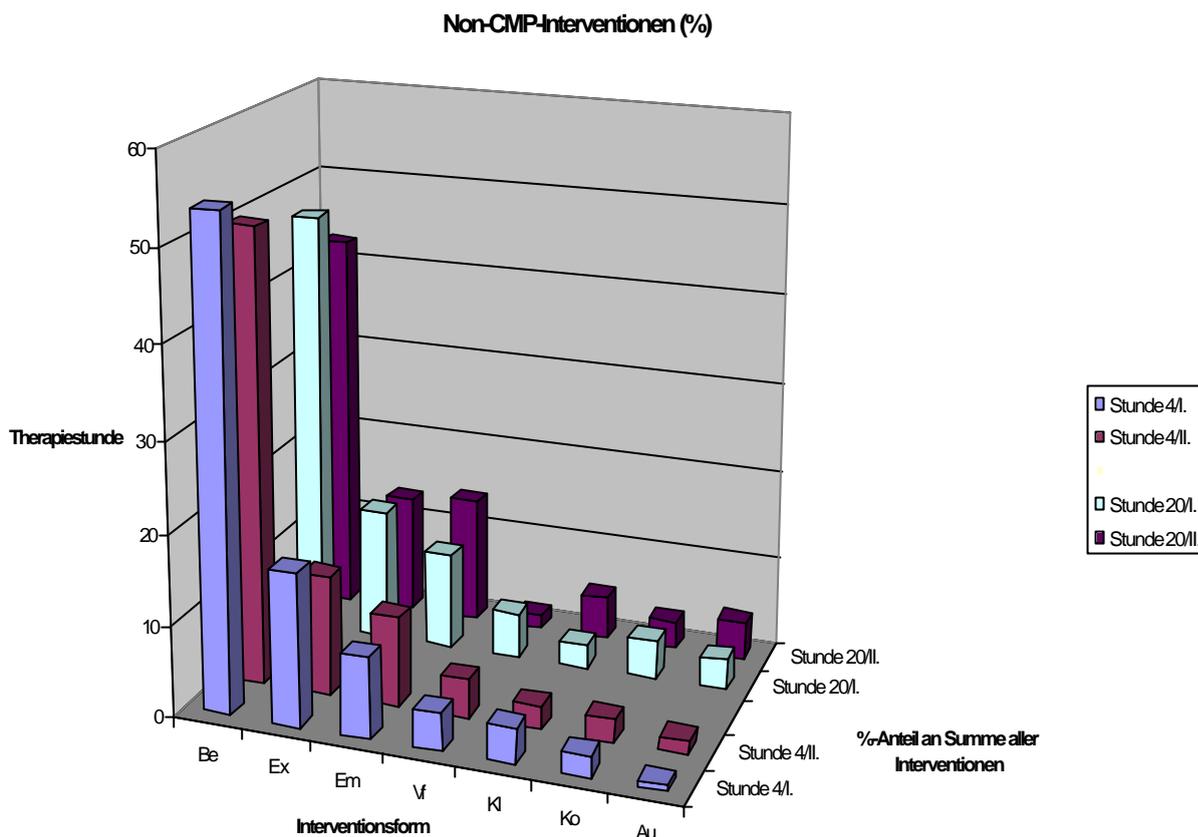
Die Betrachtung der therapeutischen Interventionen ergibt für die Teilgruppe der Non-CMP-Interventionen folgende Ergebnisse (Tabelle 18 bis Tabelle 21):

Zunächst ist eine signifikante Abnahme der Intervention „Einfache Bestätigung (Be)“ festzuhalten, und zwar sowohl innerhalb einer Sitzung als auch von Stunde 4 nach 20. Im Vergleich dieser Kategorie zwischen der 4. und der 20. Stunde bei jeweiliger Zusammenfassung der ersten und letzten 20 Minuten findet sich eine signifikante Abnahme der Häufigkeit dieser Kategorie auf einem Signifikanzniveau von  $1-\alpha = 0.975$  ( $t = 2.65$ ,  $P = 0.0142$ ). In der Kategorie „Aufforderung zur Exploration“ kann eine Abnahme jeweils über den Verlauf einer Therapiestunde konstatiert werden (Stunde 4:  $t = -1.31$ ,  $P = 0.2171$ ; Stunde 20:  $t = 0.46$ ,  $P = 0.651$ ). Die Kategorien „Empathisches Verständnis“ und „Aufklärung“ nehmen zu, sowohl innerhalb einer einzelnen Therapiestunde als auch von Stunde 4 nach 20 (vgl. Abbildung 7). Dabei erhalten wir für die Kategorie „Empathisches Verständnis“ die folgenden t- beziehungsweise Signifikanzwerte: in der 4. Stunde ergibt sich für die Zunahme dieser Intervention  $t = 0.59$  ( $P = 0.5691$ ), in der 20. Stunde  $t = 0.50$  ( $P = 0.6286$ ) und für die Zunahme von Stunde 4 auf 20 ergibt sich immerhin  $t = -1.87$  ( $P = 0.0746$ ). Für die Kategorie „Aufklärung“ ergeben sich analog die folgenden Werte: Stunde 4:  $t = 1.11$  ( $P = 0.2889$ ), Stunde 20:  $t = 0.50$  ( $P = 0.6286$ ) und für die Zunahme der Intervention von Stunde 4 auf Stunde 20 unter Zusammenfassung der jeweiligen Abschnitte  $t = -2.79$  ( $P = 0.0104$ ), somit eine Signifikanz auf einem Signifikanzniveau von  $1-\alpha = 0.990$ .

**Tabelle 21: Mittelwerte der relativen Häufigkeiten der Non-CMP-Interventionen der Therapeuten**

	Stunde 4/I.	Stunde 4/II.	Stunde 20/I.	Stunde 20/II.
<b>Be</b>	53.71	50.29	47.41	42.64
<b>Ex</b>	16.74	13.27	14.58	13.24
<b>Em</b>	8.88	9.9	10.71	14.01
<b>Vf</b>	4.17	4.33	4.96	1.56
<b>Kl</b>	3.88	2.6	2.6	4.84
<b>Ko</b>	2.3	2.59	4.31	3.06
<b>Au</b>	0.74	1.59	3.33	4.18

Die angegebenen Zahlenwerte bezeichnen die arithmetischen Mittel (in Prozent) der individuellen relativen Häufigkeiten (siehe auch die Erläuterung in Abschnitt 3.5 auf Seite 45).



**Abbildung 7: Analyse der therapeutischen Interventionen (Non-CMP-Interventionen)**

Für die inhaltliche Diskussion ist es hilfreich, die Kategorien sinnvoll zu gruppieren. Neben der singulären Betrachtung der Interventionsformen „Konfrontation“ und „Klarifikation“ können diese darüberhinaus als Subgruppierung, die sich von den anderen Interventionsformen unter den Non-CMP-Interventionen durch ihren relativ direktiven Charakter abheben, betrachtet werden. Auffällig ist das quantitativ geringe Vorkommen dieser Kategorien (als Interventionsformen ausserhalb des CMPs). Weder in der singulären noch in der gemeinsamen Betrachtung lässt sich ein eindeutiger Trend feststellen (vgl. Tabelle 22).

**Tabelle 22: Non-CMP-Interventionen, gruppiert**

	Stunde 4/I.	Stunde 4/II.	Stunde 20/I.	Stunde 20/II.
<b>Ko</b>	2.3	2.59	4.31	3.06
<b>Kl</b>	3.88	2.6	2.6	4.84
<b>Ko + Kl</b>	6.18	5.19	6.91	7.9

#### 4.4 Analyse der CMP-Interventionen

Zunächst sind die absoluten Häufigkeiten der CMP-Interventionen für die 4. und 20. Therapiestunde wiedergegeben, ferner für die 4. und 20. Stunde zusammen. Dabei gilt wie in den vorangegangenen Abschnitten, dass die Mittelwerte in den Tabelle 23 bis 25 Mittelwertbildungen absoluter Zahlen sind (nämlich der CMP-Interventionen), in den Tabellen 26 und 27 hingegen Mittelwertbildungen der individuellen relativen Häufigkeiten.

**Tabelle 23: Mittelwert und Standardabweichung der absoluten Häufigkeiten der CMP-Interventionen auf Seiten der Therapeuten in Stunde 4**

		N	Mittelwert	Standardabweichung
<b>IN</b>	I. Teil	12	1.42	1.73
	II. Teil	12	2.58	2.81
	Gesamt	24	2.00	2.36
<b>VP</b>	I. Teil	12	1.00	1.54
	II. Teil	12	1.92	2.19
	Gesamt	24	1.46	1.91
<b>VA</b>	I. Teil	12	0.58	0.90
	II. Teil	12	1.83	2.69
	Gesamt	24	1.21	2.06
<b>TB</b>	I. Teil	12	0.42	1.16
	II. Teil	12	0.67	0.98
	Gesamt	24	0.54	1.06

**Tabelle 24: Mittelwert und Standardabweichung der absoluten Häufigkeiten der CMP-Interventionen auf Seiten der Therapeuten in Stunde 20**

		N	Mittelwert	Standardabweichung
<b>IN</b>	I. Teil	12	1.17	0.94
	II. Teil	12	3.17	2.41
	Gesamt	24	2.17	2.06
<b>VP</b>	I. Teil	12	1.33	1.78
	II. Teil	12	1.67	1.92
	Gesamt	24	1.50	1.82
<b>VA</b>	I. Teil	12	1.75	1.60
	II. Teil	12	1.25	1.60
	Gesamt	24	1.50	1.59
<b>TB</b>	I. Teil	12	0.83	1.47
	II. Teil	12	1.50	2.28
	Gesamt	24	1.17	1.90

**Tabelle 25: Mittelwert und Standardabweichung der absoluten Häufigkeiten der CMP-Interventionen auf Seiten der Therapeuten in Stunde 4 und 20 (zusammengefasst)**

		N	Mittelwert	Standardabweichung
<b>IN</b>	I. Teil	24	1.83	2.38
	II. Teil	24	3.64	3.14
	Gesamt	48	2.74	2.90
<b>VP</b>	I. Teil	24	1.66	2.68
	II. Teil	24	2.57	2.62
	Gesamt	48	2.12	2.66
<b>VA</b>	I. Teil	24	1.58	2.26
	II. Teil	24	1.85	2.34
	Gesamt	48	1.72	2.28
<b>TB</b>	I. Teil	24	0.96	2.05
	II. Teil	24	1.37	2.10
	Gesamt	48	1.17	2.06

**Tabelle 26: Mittelwert und Standardabweichung der relativen Häufigkeiten der CMP-Interventionen auf Seiten der Therapeuten in Stunde 4**

		N	Mittelwert	Standardabweichung
<b>IN</b>	I. Teil	24	1.29	1.37
	II. Teil	24	2.88	2.58
	Gesamt	48	2.08	2.19
<b>VP</b>	I. Teil	24	1.17	1.63
	II. Teil	24	1.79	2.02
	Gesamt	48	1.48	1.84
<b>VA</b>	I. Teil	24	1.17	1.40
	II. Teil	24	1.54	2.19
	Gesamt	48	1.35	1.83
<b>TB</b>	I. Teil	24	0.63	1.31
	II. Teil	24	1.08	1.77
	Gesamt	48	0.85	1.56
<b>Summe der CMP- Interventionen</b>	I. Teil	24	6.04	6.03
	II. Teil	24	9.43	6.78
	Gesamt	48	7.73	6.58

Die Daten der CMP-Interventionen lassen folgende Trends erkennen (Tabelle 23 bis Tabelle 27, Abbildung 8): Zunächst ist eine deutliche Zunahme der Summe der CMP-Interventionen zu verzeichnen. Dies gilt sowohl für den Verlauf innerhalb einer Therapiestunde als auch von Stunde 4 nach Stunde 20.

Bei der Betrachtung der einzelnen CMP-Kategorien lässt sich die Zunahme innerhalb der Stunden 4 und 20 für die CMP-Interventionen „Introjekt, „Verhalten Patient“ und

„Therapeutische Beziehung“ festhalten. Dabei errechnet sich für die Kategorie „Introjekt“ in der 4. Stunde ein  $t$ -Wert von 0.55 ( $P = 0.5929$ ) und in der 20. Stunde von  $t = 4.03$  ( $P = 0.0020$ ) – also eine Signifikanz auf einem Signifikanzniveau von  $1-\alpha = 0.999$ .

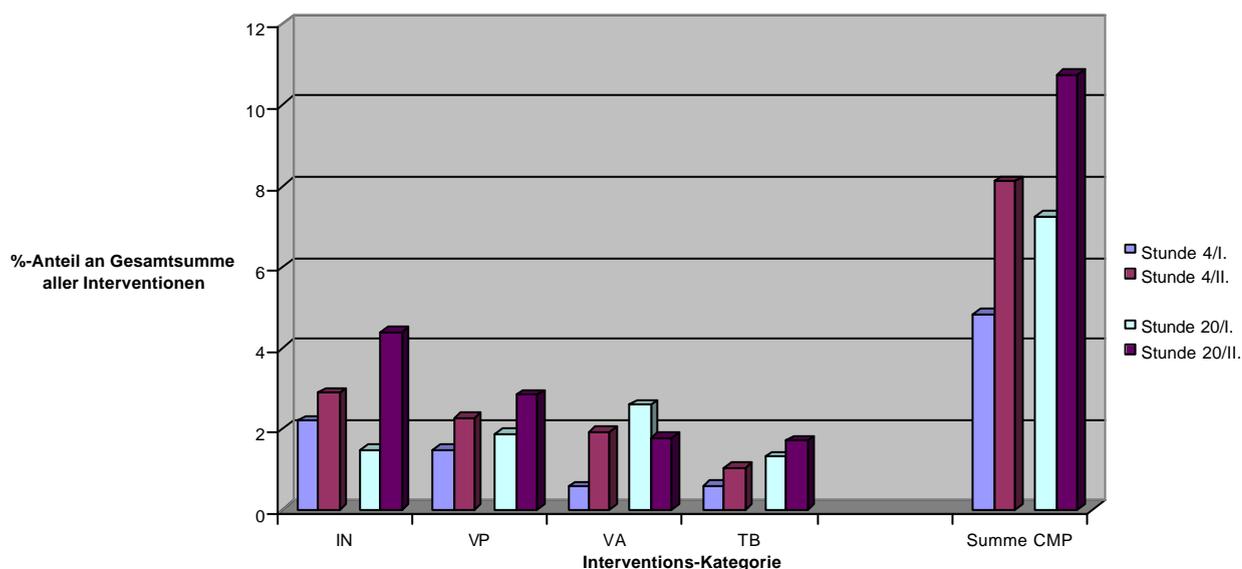
Für die Kategorie „Verhalten Patient“ errechnet sich für die 4. Stunde ein  $t$ -Wert von 0.84 ( $P = 0.4167$ ) und für die 20. Stunde von  $t$ -Wert von 0.94 ( $P = 0.3671$ ). Für die Kategorie „therapeutische Beziehung“ ergeben sich die folgenden Wert: in der Stunde 4 ein  $t$ -Wert von 1.44 ( $P = 0.1774$ ) und in der Stunde 20 ein  $t$ -Wert von 0.36 ( $P = 0.7283$ ).

**Tabelle 27: Mittelwerte der relativen Häufigkeiten der CMP-Interventionen**

	Stunde 4/I.	Stunde 4/II.	Stunde 20/I.	Stunde 20/II.
<b>IN</b>	2.19	2.88	1.48	4.4
<b>VP</b>	1.47	2.28	1.86	2.85
<b>VA</b>	0.58	1.92	2.58	1.78
<b>TB</b>	0.6	1.03	1.31	1.71
<b>Summe CMP</b>	4.84	8.11	7.24	10.75

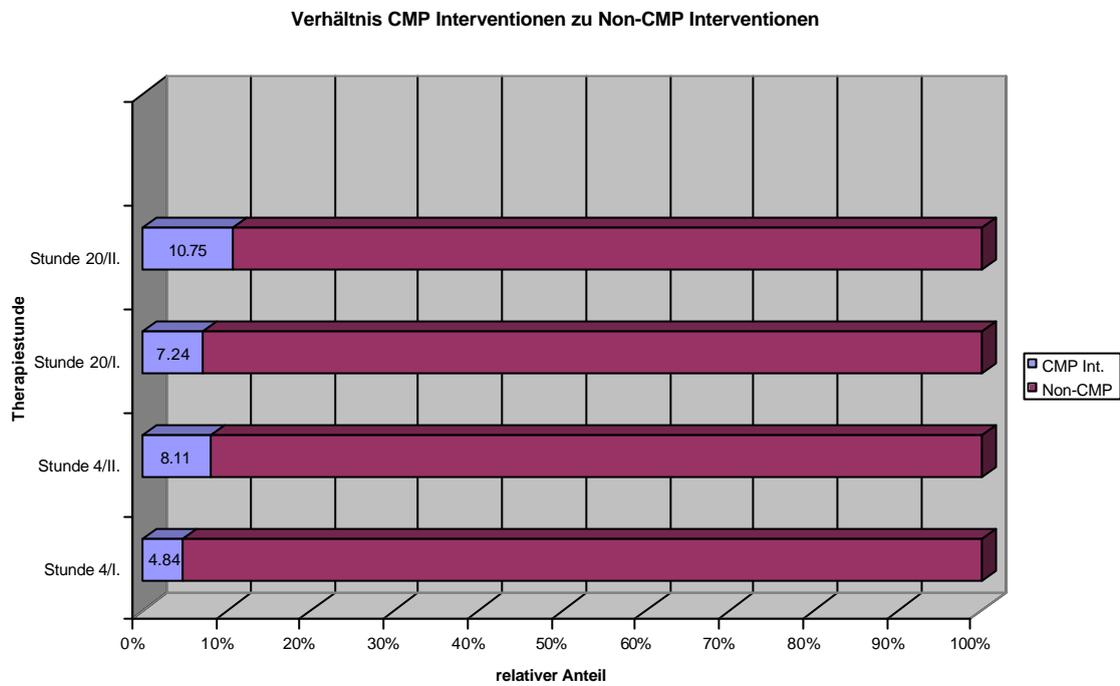
Für die Summe aller CMP-Interventionen ergibt sich im Vergleich beider Abschnitte für die 4. Stunde ein  $t$ -Wert von 1.42 ( $P = 0.1837$ ) und für die 20. Stunde ein  $t$ -Wert von 1.61 ( $P = 0.1360$ ).

#### CMP-basierende Interventionen



**Abbildung 8: CMP-Interventionen**

Die Zunahme der CMP-Interventionen wird besonders deutlich in der Darstellung des relativen Verhältnisses der CMP- zu den Non-CMP-Interventionen (Abbildung 9):



**Abbildung 9: Verhältnis der CMP- zu den Non-CMP-Interventionen**

## 5 Diskussion und Ausblick

Die in der Einleitung (Kapitel 1) vorgestellten Leitfragen der vorliegenden Arbeit

1. *Ist empirisch eine messbare und signifikante Veränderung in der Verteilung der SASB-Cluster von Therapeut und Patient bzw. hinsichtlich der Verteilung der therapeutischen Interventionen im Verlauf einer einzelnen Therapiestunde zu konstatieren? und*
2. *Ist empirisch ein signifikanter Unterschied in der Verteilung der SASB-Cluster von Therapeut und Patient bzw. hinsichtlich der Verteilung der therapeutischen Interventionen zwischen einer frühen (zum Beispiel Therapiestunde 4) und einer späten Therapiestunde (zum Beispiel Therapiestunde 20) festzustellen?*

können beziehungsweise müssen wie folgt beantwortet werden:

Die Nullhypothese, das heisst die Annahme, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den ersten und den letzten zwanzig Minuten vorliegen, kann in dieser Form nicht aufrechterhalten werden. Es sind signifikante Differenzen in den untersuchten Therapiestundenabschnitten – sowohl innerhalb der einzelnen Therapiestunden 4 und 20 als auch von Stunde 4 nach Stunde 20 - hinsichtlich Anzahl und Dichte verschiedener therapeutischer Interventionen festzuhalten. Bezüglich der einzelnen beobachteten Unterschiede sei auf das vorangegangene Kapitel 4 verwiesen.

An dieser Stelle ist jedoch methodenkritisch anzumerken, dass es sich im vorliegenden Fall um eine explorative Studie handelt – nicht zuletzt mit dem Ziel, einer weitergehenden Hypothesengenerierung.

Vor diesem Hintergrund wurde auch auf eine Alpha-Adjustierung der multiplen t-Tests verzichtet. Dieses Vorgehen zwingt somit zu einer gewissen Vorsicht bei der Bewertung der angegebenen Signifikanzen.

Auf inhaltlicher Ebene hingegen konnte im Rahmen der vorgestellten Arbeit - dieses sei aufgrund der klinischen Relevanz nochmals hervorgehoben - aufgezeigt werden, dass die Adressierung des CMP (die „Arbeit am CMP“) sowohl innerhalb einer Therapiestunde als auch von Stunde 4 nach Stunde 20 zunimmt. Insbesondere die Zunahme der CMP-Kategorie „Introjekt“ im Verlauf einer einzelnen Therapiesitzung ist erwähnenswert, sind positive Introjektänderungen - mit all ihren Auswirkungen auf die soziale Wahrnehmung und die personellen Funktionen des Patienten - doch „strategisches Ziel“ einer Kurzzeit-Psychotherapie.

Die vorliegenden Ergebnisse sollten konkrete Konsequenzen für die geläufige Praxis der empirischen Psychotherapieforschung haben:

Während es bisher gängige Praxis verschiedener Forschergruppen ist, die Untersuchungen auf die standardisierten Transkripte (vgl. Mergenthaler, 1992) bestimmter als repräsentativ unterstellter Therapieausschnitte zu fokussieren, nämlich auf die gesamten ersten beiden Therapiesitzungen und die ersten zwanzig Minuten der 4., 8., 12., 16., 20. und 24. beziehungsweise vorletzten Therapiesitzungen (Henry et al., 1986), so sollte in Zukunft darauf Wert gelegt werden, die einzelnen Therapiestunden in toto - oder zumindest den Teil mit der höheren Ereignisdichte von Interventionen - zu untersuchen. Andernfalls wäre das Fortbestehen einer methodischen Schwäche Einlassstelle für Ungenauigkeiten und Verzerrungen sowohl in den Messungen als auch in den sich auf diese stützenden Interpretationen und Ableitungen für die Theoriebildung.

Kritisch muss angemerkt werden, dass sich die Ergebnisse dieser Arbeit auf eine relativ kleine Patientenstichprobe stützen. Dies hat unter anderem zur Folge, dass bezüglich bestimmter therapeutischer Interventionen, die in den einzelnen Therapien relativ selten auftreten (wie zum Beispiel die CMP-Kategorien „Wünsche und Erwartungen des Patienten“), keine verallgemeinernden Aussagen getroffen werden können.

Andererseits sind weitere, in dieser Arbeit nicht erfasste und dargestellte (gegebenenfalls klinisch relevante) Differenzen und Dynamiken innerhalb der Therapiestunden oder im Verlauf einer Kurzzeit-Psychotherapie natürlich in keiner Weise ausgeschlossen. Auch wenn es – aufgrund der kleinen Stichprobe – nur zu relativ wenig statistisch bedeutsamen Ergebnissen kommt, so sind weitere Tendenzen in den Verteilungsmustern der Interventionen beziehungsweise SASB-Kategorien erkennbar (wie in Kapitel 4 detaillierter dargestellt), die sich bei grösserem Stichprobenumfang als durchaus statistisch signifikant erweisen könnten.

Die vorliegenden Ergebnisse können nicht nur hinreichenden Grund für die Änderung der Praxis der Auswahl von Psychotherapiematerial in der empirischen Psychotherapieforschung darstellen, sondern auch in die Theoriebildung „idealer“ Stunden- beziehungsweise Therapieverläufe aufgenommen werden.

Der Dynamik von Psychotherapiestunden im allgemeinen sowie insbesondere der Dynamik „idealer“ Therapieverläufe sind bereits verschiedene Denkansätze gewidmet.

So postulierte Mergenthaler (1998) das Modell des „Therapeutischen Zyklus“, in welchem er sowohl für den Verlauf innerhalb einer einzelnen Therapiestunde („Mikroaspekt“) als auch

für den Verlauf über den längeren Zeitraum einer (psychoanalytischen) Therapie („Makroaspekt“) hinweg, das Prinzip der Wiederkehr umschriebener (Sprach-)Muster ausführt. Mergenthaler beschreibt vier differente Sprachmuster. Diese werden definiert durch das Ausmass des Vorhandenseins der beiden Variablen „emotionale Tönung (Emotion)“ und „Abstraktion“ in den „Erzählungen“ des Patienten. Es ergeben sich dadurch vier prototypische Zustandsbeschreibungen: „Relaxing“ (Patient äussert wenig Emotion, wenig Reflexion), „Reflecting“ (Patient benutzt viel Reflexion beziehungsweise Abstraktion, jedoch wenig Emotion), „Experiencing“ („viel Emotion, aber wenig Abstraktion“) und „Connecting“ (Patient hat Zugang zu seinen Gefühlen, gleichzeitig Reflexion derselben). Mergenthaler konnte die zyklische Wiederkehr dieser Muster wie folgt beschreiben:

„[Diese Sprachmuster] Fangen ... an mit relativ wenig Emotion und relativ wenig Abstraktion. Dann nimmt die Emotion zu. ... Es folgt dann ... ein Narrativ, eine Erzählung. Während dieser Zeit läuft die Emotion in der Regel im mittleren Bereich oder ist eher schwach ausgeprägt. Danach, als Konsequenz, steigt die Emotion an und danach steigt die Abstraktion, das Reflektieren an. Hier haben wir den Moment, in dem der Patient über seine Gefühle reflektiert. Wenn das gelingt und es zu einer Einsicht kommt, schwillt in der Regel die Emotion ab, es bleibt noch etwas Reflexion nach, und zum Schluss sind wir wieder im Urzustand. Dieser Zyklus kann sich nun wiederholen.“ (Mergenthaler, 1998, S. 3)

Ähnlich wie Mergenthaler also eine Dynamik für die einzelnen Therapiestunde unterstellt, in der es im Laufe der Sitzung idealiter zu vermehrten Phasen des „Connecting“ kommt, so bilden auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit eine Dynamik ab, die in Form der vermehrten Arbeit am CMP auf den Ebenen von „Introjekt“, „Verhalten des Patienten“ und „Therapeutische Beziehung“ eine Zunahme an (nichtzuletzt die Emotionen des Patienten) reflektierender Arbeit vermuten lässt. Selbstverständlich ist die mit der hier verwandten Methodik des CMP erfasste Variable „Kategorie therapeutische Interventionen“ nur ein indirekter Hinweis auf möglicherweise gelingende Phasen des „Connecting“ seitens des Patienten. Ausser Frage steht jedoch, dass die CMP-basierenden Interventionen des Therapeuten gerade auf ein solches, gelingendes „Connecting“ abzielen. Bevor jedoch die einzelne CMP-basierende therapeutische Intervention - oder der Köcher einer Vielzahl auf ein „Connecting“ hin ausgerichteter Interventionen - die erwünschte Wirkung induzieren kann, müssen „Exaktheit“ der therapeutischen Intervention beziehungsweise ihre „Plankompatibilität“ (Silberschatz et al. 1986; vgl. hier auch Kapitel 2.2.2) und die Aufnahmebereitschaft seitens des Patienten (vgl. Ambühl u. Grawe, 1988; Ambühl, 1993) „stimmen“.

Ein weiteres Arbeitsmodell zur therapeutischen Veränderung stellt das „dialektische Veränderungsmodell“ für Psychoanalyse und Psychotherapie nach Fischer (1989, 1996) dar. In diesem Modell besteht eine zentrale Annahme in der Erklärung eines therapeutischen Veränderungsschrittes aus der „optimalen Differenz“ zwischen pathogener Vorerfahrung der Patienten und erlebter gegenwärtiger Beziehungsgestaltung, dem therapeutischen Arbeitsbündnis. In dieser auf die Konzeptionen von Jean Piaget aufbauenden Denkart führt der Weg zu einer „korrektiven emotionalen Erfahrung“ über eine Beziehungsgestaltung im Sinne einer „optimalen Differenz“ (zwischen Schema und Objekt), das heisst negativ formuliert, ist die „Differenz“, die Spannung zwischen Schema und Objekt, das heisst zwischen pathologischem Beziehungsschema (quasi zu verstehen als zyklisch-maladaptives Muster) und dem neuen, therapeutischen Beziehungsangebot zu gering, so wird nach Fischer „neue“ Erfahrung an das alte Schema assimiliert, und die therapeutische Veränderung bleibt aus. Um dieses Arbeitsmodell empirisch zu testen, wäre es interessant, sorgfältig nachzuverfolgen, welche therapeutischen Interventionen (zum Beispiel CMP-BTI Interventionen im Vergleich mit Non-CMP-basierenden Interventionen) in welchem Ausmasse diese „Spannung zwischen Schema und Objekt“ kausal beeinflussen.

Entscheidend für die weitere Prozess-Forschung im Rahmen der empirischen Psychotherapieforschung wird sein, stets das Zusammenspiel der verschiedenen den Therapieprozess beeinflussenden Variablen und ihre Abhängigkeit voneinander zu erhellen; dabei sollten die folgenden Variablen eine besondere Aufmerksamkeit erfahren (vgl. Tress et al., 1999):

- Patientenvariablen (Diagnose- beziehungsweise Störungsgruppen, persönlichkeitsstrukturelle Unterschiede)
- Verlaufs- und Interaktionsvariablen (Beurteilung der therapeutischen Beziehung, SASB-Prozesscodierung)
- behandlungstechnische Variablen (therapeutische Interventionen (CMP-BTI und Non-CMP-basierenden Interventionen) und schliesslich
- Ergebnisvariablen (Veränderungen der Symptomatik, Veränderungen der Introjekte, Stabilität der Ergebnisse zu den verschiedenen Katamnesezeitpunkten, etc.)

Es kann nicht darum gehen, simplifizierend im Sinne einer „modernistischen Vorstellung von Psychotherapie als technologischer Anwendung von Grundlagenforschung“ (Fischer, 1998)

und im Kleide einer „Allgemeinen Psychotherapie“ einzelne „Ingredienzien“ beziehungsweise Wirkfaktoren vorzustellen, die dann durch eine gewisse Unverbindlichkeit imponieren und nicht auf das spezifische (Persönlichkeits-), „Profil“ des Patienten „zugeschnitten“ sind, sondern es gilt weiterhin in mühevoller Kleinarbeit das interdependente Gefüge der (heilenden) „funktionellen Histologie“ des psychotherapeutischen Prozesses – gegebenenfalls störungsspezifisch (vgl. zur Diskussion der Störungsspezifität auch die Beiträge<sup>2</sup> von Fiedler, 2001; Küchenhoff, 2001; Strauss, 2001a, 2001b) - transparent und verständlich zu machen, ein Anspruch, der auch in folgender Leitfrage subsummiert werden kann:

„Welche Behandlungsmassnahme durch wen, in welchem Zeitpunkt führt bei diesem Individuum mit diesem spezifischen Problem unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis in welcher Zeit?“ (Kächele u. Kordy, 1992, S. 520)

Um diesem Anspruch gerecht zu werden und dem „Intermethodenfehler“ (Fischer et al., 1998) vorzubeugen, ist es unumgänglich, neben experimentellen Gruppenvergleichen und naturalistischen Feldstudien eine gewissenhafte und systematische Einzelfallforschung zu intensivieren.

Tress et al. (1994) bedauerten, dass empirische Forschungsergebnisse „dem Praktiker oft ungeschickt und wenig interessant präsentiert“ werden. Damit ist ein weiteres aus meiner Sicht für die Psychotherapieforschung ganz wesentliches Desiderat angesprochen, nämlich das des Transfers von Ergebnissen der Psychotherapieforschung in die Praxis. Diesen gilt es nicht nur zu verbessern, um dem einzelnen Praktiker das Anbieten einer um eben diese Psychotherapieforschungsergebnisse bereicherten Psychotherapie zu ermöglichen, sondern nicht zuletzt um der Qualität von Psychotherapie im allgemeinen willen, deren Qualität und Seriösität in unregelmässigen Zeitabständen immer wieder (massen-)medial grundsätzlich in Frage gestellt wird (z.B. Masson, 1993).

Buchkremer und Klingberg (2001) nennen als einen zentralen Aspekt wissenschaftlich fundierter Psychotherapie das Gegebensein einer Therapierationale; und zwar dergestalt, dass jeder Therapeut jede psychotherapeutische Intervention aufgrund einer definierten Therapierationale begründen können sollte.

Der Blick in das Feld psychotherapeutischer Praxis jedoch legt nahe, dass dieser Anspruch einer rationalen und begründeten Therapie nicht immer erfüllt wird, im Gegenteil, Petzold und Orth (1995/1997) konstatieren:

---

<sup>2</sup> zunächst im Rahmen der Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) im März 2001 in der Rheinklinik in Bad Honnef.

„Es herrscht überhaupt eine Tendenz in der „Psycho(therapie)szene“, sich eher obskurantistischen Ideologien, mythologisierenden Erklärungsmodellen und Interventionspraktiken zuzuwenden, neuen Varianten des „undifferenzierten Parentifizierungsparadigmas“ also, als sich den Aufgaben zu stellen, die durch neue Forschungsergebnisse [der empirischen Psychotherapieforschung, I.B.] aufgeworfen werden [S. 179].“

Dabei braucht Pflege empirischer Wissenschaft keineswegs in positivistische Verkürzungen zu führen (vgl. Petzold, 1999a, 1999b), vielmehr gilt es, die empirisch gewonnen Ergebnisse unter gleichzeitiger Beachtung der Grenzen des jeweiligen Paradigmas (Kuhn, 1977), in dessen Rahmen sie extrahiert werden, in die therapeutische Kunst zu integrieren; dabei sind „Hermeneutik und anthropologische Phänomenologie als geisteswissenschaftlicher Pol der Psychotherapieforschung“ (Mundt u. Backenstrass, 2001) weiterhin unverzichtbar.

Schliesslich bedarf es eines weiteren Schrittes: es gilt, um sich dem von Tress angemahnten Theorie-Praxis-Problem in der Psychotherapie zu stellen und ihm im günstigen Falle längerfristig gerecht zu werden, das empirisch gewonnene Wissen nicht nur in die therapeutische Behandlungs-„Kunst“ zu integrieren, sondern diesem Wissens- und Erkenntniskonvolut – zum Teil noch verstreut in „in kleinen Häppchen“ empirischer Daten und Ergebnisse – eine Rückwirkung auf die (Weiter-)Entwicklung einer Metatheorie beziehungsweise Metapsychologie zu ermöglichen. Es genügt nicht, Ergebnisse der empirischen Psychotherapieforschung in die verschiedenen Praxeologien zu integrieren, für die Krause (2000) festhält:

„Praxeologien, die meinen, sie könnten ohne Rekurs auf wissenschaftliche Metatheorien auskommen, ontologisieren entweder die gesellschaftlichen Normen oder das subjektive Glücksempfinden des Einzelnen [S. 14].“

Psychotherapie würde somit entweder zum Teil einer „Normalisierungsmaschinerie“ (Foucault, 1983) degradieren oder seine Verankerung in der Interdependenz der Subjekte im Sinne Bubers – „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Buber, 1962/1997, S.32) - übersehen.

Es bedarf vielmehr einer kontinuierlichen Weiterentwicklung wissenschaftlicher Metatheorie(n), die sich nicht zuletzt auf empirisch generierte Wissensbausteine stützt, um eine qualitativ hochwertige Psychotherapie zu sichern und hilfeschende Menschen nicht einem „Psycho-Markt“ zu überlassen, der in immer wiederkehrenden Zyklen (auf Heilungs- und Heilssehnsüchte reagierende) kryptoreligiösen „Mode-Therapien“ gebiert, obskure Irrationalismen fördert und Abhängigkeitsstrukturen untersützt (und ausbaut).

Sollte die zuletzt ausgeführte Position bezüglich des Theorie-Praxis-Problems den Eindruck erwecken, ihr fehle der notwendige Pragmatismus, so sei zum Abschluss dieser Arbeit den bekannten „Worten des Altmeisters“ Raum gegeben:

„Ich sagen Ihnen, die Psychoanalyse begann als eine Therapie, aber nicht als eine Therapie wollte ich sie Ihrem Interesse empfehlen, sondern wegen ihres Wahrheitsgehaltes, wegen der Aufschlüsse, die sie uns gibt über das, was dem Menschen am nächsten geht, sein eigenes Wesen, und wegen der Zusammenhänge, die sie zwischen den verschiedenen seiner Betätigungen aufdeckt. Als Therapie ist sie eine unter vielen, freilich eine *prima inter pares*.“ (zit. nach Tress u. Nagel, 1993; vgl. Freud, 1933; Studienausgabe 2000, S. 585; kursiv im Original)

## 6 Literaturverzeichnis

- Albani, C., Villmann, Th., Villmann, B., Körner, A., Geyer, M., Pokorny, D., Blaser, G., Kächele, H. (1999): Kritik der kategorialen Strukturen der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas (ZBKT). *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 49, 408-421.
- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., König, S., Geyer, M., Thomä, H., Kächele, H. (2002): Zur empirischen Erfassung von Übertragung und Beziehungsmustern. Eine Einzelfallanalyse. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 52, 226-235.
- Albert, S.J. (2000): *Dynamische Kurzzeitpsychotherapie zwischen Stützen und Deuten. Therapeutische Interventionen auf der Basis des zyklisch-maladaptiven Beziehungsmusters (CMP) bei Patienten mit unterschiedlichem Niveau der Ich-Funktionen*. Medizinische Dissertation. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- Albert, S.J., Junkert-Tress, B., Tress, W. (2003): Dynamische Kurzzeitpsychotherapie zwischen Stützen und Deuten. Therapeutische Interventionen auf der Basis des zyklisch-maladaptiven Beziehungsmusters (CMP) bei Patienten mit unterschiedlichem Niveau der Ich-Funktionen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71(2), 89-102.
- Alexander, F., French, T.M. (1946): *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. Ronald Press, New York.
- Ambühl, H., Grawe, K. (1988): Die Wirkungen von Psychotherapien als Wechselwirkungen zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 308-327.
- Ambühl, H. (1993): Was ist therapeutisch an Psychotherapie? Eine empirische Überprüfung der Annahmen im „Generic Model of Psychotherapy“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 41, 285-303.
- Anderson, E.M., Lambert, M.J. (1995): Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514.
- Bateson, G. (1969): Double bind. In: G. Bateson (1972): *Ökologie des Geistes*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M., S. 353-361.
- Beirle, G., Schiepek, G. (2002): Psychotherapie als Veränderung von Übergangsmustern zwischen „States of mind“. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 52, 214-225.
- Beland, H. (2001): „Du verstehst, das Harte unterliegt“ (Brecht). Katamnesestudien für das öffentliche Bewusstsein. *Psyche*, 55, 320-327.
- Benjamin, L.S. (1974): Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.

- 
- Benjamin, L.S. (1977): Structural analysis of a family in therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 391-406.
- Benjamin, L.S. (1979): Structural analysis of differentiation failure. *Psychiatry*, 42, 1-23.
- Benjamin, L.S. (1984): Principles of prediction using structural analysis of social behavior. In: R.A. Zucker, J. Aronoff, A.J. Rabin (Eds.): *Personality and the prediction of behavior*. Academic Press, New York, S. 121-173.
- Benjamin, L.S. (1993): *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. Guilford, New York/London.
- Bergin, A.E. (1971): The evaluation of therapeutic outcomes. In: A.L. Bergin u. S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York.
- Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Eds.) (1994): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4<sup>th</sup> ed., Wiley, New York.
- Berman, J.S., Norton, N.C. (1985): Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98, 401-406.
- Beutler, A.E., Crago, M., Arizmendi, T.G. (1986): Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In: A.E. Bergin u. S. L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 3<sup>th</sup> ed., Wiley, New York, S. 257-310.
- Beutler, L.E., Machado, P.P.P., Allstetter Neufeldt, S. (1994): Therapist variables. In: A.E. Bergin u. S. L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4<sup>th</sup> ed., Wiley, New York, S. 229-269.
- Bibring, E. (1954): Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 745-770.
- Bloch, S., Lambert, M.J. (1985): What price psychotherapy? A rejoinder. *British Journal of Psychiatry*, 146, 96-98.
- Bordin, E.S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Buber, M. (1997) [1962]: *Das dialogische Prinzip*. 8. Aufl., Schneider, Heidelberg.
- Buchkremer, G., Klingberg, S. (2001): Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? *Nervenarzt*, 72, 20-30.
- Butler, S.F., Strupp, H.H. (1986): Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23, 30-40.
- Butler, S.F., Binder, J.L. (1987): Cyclical psychodynamics and the triangle of insight. *Psychiatry*, 50, 218-231.

- Carkhuff, R.R., Truax, C.B. (1965): Lay mental health counseling: The effects of lay group counseling. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 426-431.
- Carroll, L. (1962) [1865]: *Alice's adventures in wonderland*. Penguin Books, Harmondsworth, Middle sex.
- Conolly, M.B., Strupp, H.H. (1996): Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research*, 6(1), 30-42.
- Cremerius, J. (1981): Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. Seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten. In: Festschrift für G. Scheunert, *Beiheft zum Jahrbuch der Psychoanalyse*, 123-158.
- Cremerius, J. (1990): Die hochfrequente Langzeitanalyse und die psychoanalytische Praxis. Utopie und Realität. *Psyche*, 45, 1-29.
- Critelli, J.W., Neumann, K.F. (1984): The placebo: Conceptual analysis of a construct in transition. *American Psychologist*, 39, 32-39.
- Crits-Christoph, P. (1992): The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A., Luborsky, L. (1988): The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 490-495.
- Crits-Christoph, P. Luborsky, L., Dahl, L., Popp, C., Mellon, J., Mark, D. (1988): Clinicians can agree in assessing relationship patterns in psychotherapy: The Core Conflict Relationship Theme method. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1001-1004.
- Dahlbender, R., Torres, L., Reichert, S., Stüber S., Frevert, G., Kächele, H. (1993): Die Praxis des Beziehungsepisoden-Interviews. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 39, 51-61.
- Davanloo, H. (1978): *Principles and techniques of short-term dynamic Psychotherapy*. Spectrum Press, New York.
- DeWitt, K.N., Kaltreider, N.B., Weiss, D.S., Horowitz, M.J. (1983): Judging change in psychotherapy: Reliability of clinical formulations. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1121-1128.
- Dührssen, A., Jorswieck, D. (1962): Zur Korrektur von Eysencks Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. *Acta Psychotherapeutica*, 10, 329-342.
- Dührssen, A., Jorswieck, D. (1965): Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Der Nervenarzt*, 36, 166-169.

- Elliott, R. (1983): Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 47-55.
- Erikson, E.H. (1966): *Identität und Lebenszyklus*. Suhrkamp, Frankfurt a.M..
- Ermann, M., Feidel, R., Waldvogel, B. (1996): Gütekriterien für die Beurteilung von analytischer Psychotherapie – Methodische Aspekte einer Literaturrecherche. Vortrag, Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Düsseldorf.
- Eysenck, H.J. (1952): The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H.J. (1961): The effects of psychotherapy. In: H.J. Eysenck (Ed.): *Handbook of abnormal psychology: An experimental approach*. Basic Books, New York, S. 697-725.
- Eysenck, H.J. (1993): Grawe and the effectiveness of psychotherapy: some comments. *Psychologische Rundschau*, 44(3), 177-180.
- Fäh, M., Fischer, G. (1998) (Hrsg.): *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Psychosozial, Giessen.
- Fenichel, O. (1930): Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: S. Rádo, O. Fenichel u. C. Müller-Braunschweig (Hrsg.): *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt*. Wien (Int. Psa. Verl.), S. 13-19.
- Ferenczi, S. (1960) [1920]: The further development of an active therapy in psychoanalysis. In: J. Richman (Ed.): *Further contributions to the theory and techniques of psychoanalysis*. Hogarth, London, S. 198-216.
- Fiedler, P. (2001): „Störungsspezifisch“ versus „Allgemein“? *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 51, 406-412.
- Fischer, G. (1989): *Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie*. Asanger, Heidelberg.
- Fischer, G. (1996): *Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie. Modell, Theorie und systematische Fallstudie*. Asanger, Heidelberg.
- Fischer, G., Fäh, M. (1998): Zur Kritik der empirischen Vernunft in der Psychotherapie(forschung). In: M. Fäh u. G. Fischer (Hrsg.): *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung*. Psychosozial, Giessen, S. 29-50.
- Fischer, G., Frommer, J., Klein, B. (1998): Zukunftsperspektiven der Psychotherapie(forschung). In: M. Fäh u. G. Fischer (Hrsg.): *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung*. Psychosozial, Giessen, S. 167-195.
- Foa, U.G. (1961): Convergences in the analysis of the structure of interpersonal behavior. *Psychological Review*, 72, 262-274.

- Foucault, M. (1983): *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit Bd. I.* Suhrkamp, Frankfurt a.M. (franz.: *Histoire de la sexualité, I: La volonté de savoir*, Gallimard, Paris).
- Frank, J.D. (1959): The dynamics of the psychotherapeutic relationship. *Psychiatry*, 22, 17-39.
- Frank, J.D. (1971): Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 14, 350-361.
- Frank, J.D. (1973): *Persuasion and healing* (rev. ed.). Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Freedman, M.B., Leary, T.F., Ossorio, A.G., Coffey, H.S. (1951): The interpersonal dimension of personality. *Journal of Personality*, 20, 143-161.
- Freud, S. (1900): *Die Traumdeutung*. G.W. (1942), Doppelband 2/3 (Studienausgabe Fischer, Frankfurt a.M., 2000, Bd. II).
- Freud, S. (1909): *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben [„Der kleine Hans“]*. G.W. (1941), Bd. 7, S. 242-377 (Studienausgabe, Fischer, Frankfurt a.M., 2000, Bd. VIII, S. 9-122).
- Freud, S. (1909): *Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose*. G.W. (1941), Bd. 7, S. 379-463 (Studienausgabe, Fischer, Frankfurt a.M., 2000, Bd. VII, S. 31-103).
- Freud, S. (1911): Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychoanalyse. G.W. (1943), Bd. 8, S. 350-357 (Studienausgabe, Fischer, Frankfurt a.M., 2000, Ergänzungsband, S. 149-156).
- Freud, S. (1912): *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*. G.W. (1943), Bd. 8, 376-387 (Studienausgabe, Fischer, Frankfurt a.M., 2000, Ergänzungsband, S. 170-180).
- Freud, S. (1913): *Zur Einleitung der Behandlung. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I*. G.W. (1943), Bd. 8, 454-478 (Studienausgabe, Fischer, Frankfurt a.M., 2000, Ergänzungsband, S. 181-203).
- Freud, S. (1922): *Nachschrift zur Analyse des kleinen Hans*. G.W. (1940), Bd. 13, 431-432 (Studienausgabe, Fischer, Frankfurt a.M., 2000, Bd. VIII, S. 123).
- Freud, S. (1933): *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. G.W. (1940), Bd. 15, IV + 208 Seiten (Studienausgabe, Fischer, Frankfurt a.M., 2000, Bd. I, S. 448-608).
- Frieswyk, S.H., Colson, D.B., Allen, J.G. (1984): Conceptualizing the alliance from a psychoanalytic perspective. *Psychotherapy*, 21, 460-464.
- Frieswyk, S.H., Allen, J.G., Colson, D.B., Coyne, L., Gabbard, G.O., 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, 32-38.

- 
- Garfield, S.L. (1980): *Psychotherapy: An eclectic approach*. Wiley, New York.
- Garfield, S.L. (1989): *The practice of brief Psychotherapy*. Pergamon, Elmsford/New York.
- Garfield, S.L. (1994): Research on client variables in psychotherapy. In: A.E. Bergin u. S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4<sup>th</sup> ed., Wiley, New York, S. 190-228.
- Gaston, L. (1990): The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- Glover, E. (1931): The therapeutic effect of inexact interpretation: A contribution to the theory of suggestion. *International Journal of Psychoanalysis*, 12, 397-411.
- Gill, M.M., Newman, R., Redlich, F.C. (1954): *The initial interview in psychiatric practice*. International Universities Press, New York.
- Gomes-Schwartz, B.A. (1978): Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcomes from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1023-1035.
- Gomes-Schwartz, B.A., Schwartz, M. (1978): Psychotherapy process variables distinguishing the „inherently helpful“ person from the professional psychotherapist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 196-197.
- Grawe, K. (1998): Wirksamkeit und Nutzen. *DER SPIEGEL*, 53, S. 110.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen.
- Greenberg, L.S. (1980): An intensive analysis of recurring events from the practice of Gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 143-152.
- Greenberg, L.S. (1983): Toward a task analysis of conflict resolution in Gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 190-201.
- Greenson, R.R. (1965): The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.
- Greenson, R.R. (1973): *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Grünbaum, A. (1991) [1986]: Anhang: Der Plazebobegriff in Medizin und Psychiatrie. In: Grünbaum, A. (Hrsg.): *Kritische Betrachtungen zur Psychoanalyse*. Springer, Berlin, S. 326-357 (Original in *Psychological Medicine*, 16, 19-38).

---

Gutfreund, M.J. (1992): *Therapist interventions: their relationship to therapeutic alliance and outcome in dynamic psychotherapy*. Unpublished doctoral dissertation, Michigan State University, East Lansing.

Hampe, M. (2001): Theorie, Erfahrung, Therapie. Anmerkungen zur philosophischen Betrachtung psychoanalytischer Prozesse. *Psyche*, 55, 328-336.

Hartkamp, N. (1997): Psychoanalytische Therapie: Ergebnisse und Prozesse – Was wissen wir und wonach müssen wir fragen? In: V. Tschuschke, C. Heckrath u. W. Tress (Hrsg.): *Zwischen Konfusion und Makulatur*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 106-124.

Hattie, J.A., Sharpley, C.F., Rogers, H.F. (1984): Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, 96, 534-541.

Hawton, K., Reibstein, J., Fieldsend, R., Whalley, M (1982): Content analysis of brief psychotherapy sessions. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 167-176.

Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J., Rüger, U. (Hrsg.) (1997): *Lehrbuch der Psychotherapie*. 3. Auflage, Fischer, Stuttgart.

Heinecke, A., Hultsch, E., Repges, R. (1992): *Medizinische Biometrie*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.

Henry, W.P., Schacht, T.E., Strupp, H.H. (1986): Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process of differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.

Henry, W.P., Schacht, T.E., Strupp, H.H. (1990): Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768-774.

Henry, W.P., Schacht, T.E., Strupp, H.H., Butler, S.F., Binder, J.L. (1993): The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 441-447.

Henry, W.P., Strupp, H.H., Butler, S.F., Schacht, T.E., Binder, J.L. (1993): Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.

Henry, W.P., Strupp, H.H., Schacht, T.E., Gaston, L. (1994): Psychodynamic approaches. In: A.E. Bergin u. S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4<sup>th</sup> ed., Wiley, New York, S. 467-508.

Hill, K.A. (1987): Meta-analysis of paradoxical interventions. *Psychotherapy*, 37, 119-124.

Hildenbrand, G. (1993): Die Vanderbilt-Psychotherapieforschungsprojekte und ihre Ergebnisse. In: W. Tress, W. (Hrsg.): *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB). Ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie*. Asanger, Heidelberg, S. 221-230.

Hilliard, R.B. (1995): *Disaffiliative interpersonal process in psychotherapy: An empirical inquiry based on the Structural Analysis of Social Behavior*. Dissertation. Vanderbilt University, Nashville, Tennessee.

Hoffmann, I.Z., Gill, M.M. (1988): A scheme for coding the patient's experience of the relationship with the therapist (PERT): Some applications, extensions and comparisons. In: H. Dahl, H. Kächele u. H. Thomä (Eds.): *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.

Horowitz, L.M. (1979): On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Counseling Psychology*, 47(1), 5-15.

Horowitz, M.J. (1982): Strategic dilemmas and the socialization of psychotherapy researchers. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 119-127.

Horowitz, M.J. (Ed.) (1991): *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. University of Chicago Press, Chicago/London.

Horowitz, M.J., Marmar, C., Weiss, D.S., DeWitt, K.N., Rosenbaum, R. (1984): Brief psychotherapy of bereavement reactions: The relationship of process to outcome. *Archives of General Psychiatry*, 41, 438-448.

Horowitz, L.M., Vitkus, J. (1986): The interpersonal basis of psychiatric symptoms. *Clinical Psychology Review*, 6, 443-469.

Horvath, A.O., Symonds, B.D. (1991): Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 658-662.

Horvath, A.O., Luborsky, L. (1993): The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.

Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., Orlinsky, D.E. (1986): The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.

Janssen, P.L. (1992): Die psychotherapeutische Versorgung bis zum Jahr 2000. In: W. Tress (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 124-147.

Johnson, M.E., Popp, C., Schacht, T.E., Mellon, J., Strupp, H.H. (1989): Converging evidence for identification of recurrent relationship themes: Comparison of two methods. *Psychiatry*, 52, 275-288.

- Jones, E.E., Cumming, J.D., Horowitz, M.J. (1988): Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48-55.
- 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 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 medizinische Psychologie*, 50, 351-365.
- Kächele, H. (1992): Psychoanalytische Psychotherapieforschung. *Psyche*, 46, 259-285.
- Kächele, H., Kordy, H. (1992): Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Nervenarzt*, 63, 517-526.
- Kaiser, E. (1993): Die olympischen Spiele der Psychotherapie: Das Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz. *Psyche*, 47, 882-895.
- Kernberg, O. (1973): Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 11, 62-77.
- Kernberg, O. (1994): Der gegenwärtige Stand der Psychoanalyse. *Psyche*, 48(6), 483-508.
- Kiesler, D.J. (1966): Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- Kiesler, D.J. (1979): An interpersonal communication analysis of relationship in psychotherapy. *Psychiatry*, 42, 299-311.
- Kiesler, D.J., Watkins, L.M. (1989): Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 183-194.
- König, K. (1982): Der interaktionelle Anteil der Übertragung in Einzelanalyse und analytischer Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychother. Gruppendynamik*, 18, 76-83.
- König, K. (1991): *Praxis der psychoanalytischen Therapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Kordy, H., Kächele, H. (1995): Der Einsatz von Zeit in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 195-209.
- Koss, M.P., Shiang, J. (1994): Research on brief psychotherapy. In: A.E. Bergin u. S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4<sup>th</sup> ed., Wiley, New York, S. 664-700.

- Krause, R. (2000): Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie. Psychoanalytische Sicht. In: W. Senf u. M. Broda (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie*. 2. Aufl., Thieme, Stuttgart/New York, S. 13-18.
- Küchenhoff, J. (2001): Störungsspezifität und psychoanalytische Therapie – ein Widerspruch? *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 51, 418-424.
- Kuhn, T.S. (1977): *The structure of scientific revolutions*. 2<sup>nd</sup> ed., University of Chicago Press, Chicago.
- Kutter, P. (1980): Psychoanalytische Kurztherapie, Indikationen und Interventionstechnik. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 12, 178-292.
- Lafferty, P., Beutler, L.E., Crago, M. (1989): Differences between more and less effective psychotherapists: A study of selected therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 76-80.
- LaForge, R., Leary, T.F., Naboisek, H., Coffey, S., Freedman, M.B. (1954): The interpersonal dimension of personality: II. An objective study of repression. *Journal of Personality*, 24, 94-112.
- LaForge, R., Suczek, R.F. (1955): The interpersonal dimension of personality: III. An interpersonal checklist. *Journal of Personality*, 24, 94-112.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A., Bergin, A.E. (1986): The effectiveness of psychotherapy. In: A.E. Bergin u. S. L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 3<sup>th</sup> ed., Wiley, New York, S. 157-212.
- Lambert, M.J., Hill, C.E. (1994): Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: A.E. Bergin u. S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4<sup>th</sup> ed., Wiley, New York, S. 72-113.
- Lambert, M.J., Bergin, A.E. (1994): The Effectiveness of Psychotherapy. In: A.E. Bergin u. S.L. Garfield. (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4<sup>th</sup> ed., Wiley, New York, S. 143-189.
- Leary, T. (1957): *Interpersonal Diagnosis of Personality*. Ronald Press, New York.
- Leichsenring, F. (1998): Grawes Aussagen zur analytischen Langzeittherapie und sein Direktvergleich von analytischer Therapie und Verhaltenstherapie: eine methodenkritische Untersuchung. In: M. Fäh u. G. Fischer (Eds.): *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Psychosozial, Giessen, S. 94-124.
- Leichsenring, F. (2002): Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter und psychodynamischer Therapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung von Kriterien der Evidence-Based Medicine. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie*, 48, 139-162.

- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B., Beutel, M.E. (2001): Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapie: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnese studie. *Psyche*, 55, 193-276.
- Lewin, K. (1981) [1936]: *Grundzüge der topologischen Psychologie*. Hans Huber, Bern/Stuttgart (Original: *Principles of topological psychology*. Mc Graw-Hill, New York).
- Lorr, M., McNair, D.M. (1963): An interpersonal behavior circle. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 68-75.
- Lorr, M., McNair, D.M. (1965): Expansion of the interpersonal behavior circle. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(2), 823-830.
- Lorr, M., McNair, D.M. (1966): Methods relating to evaluation of therapeutic outcome. In: L.A. Gottschalk u. A.H. Auerbach (Eds.): *Methods of research in psychotherapy*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Luborsky, L. (1954): A note on Eysenck's article „The effects of psychotherapy: An evaluation“. *British Journal of Psychology*, 45, 129-131.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975): Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luborsky, L., Bachrach, H., Graff, H., Pulver, S., Crits-Christoph, P. (1979): Preconditions and consequences of transference interpretations: A clinical quantitative investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 391-401.
- 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. (1976): Helping alliances in psychotherapy. In: J.L. Claghorn (Ed.): *Successful psychotherapy*. Brunner/Mazel, New York, S. 92-116.
- Luborsky, L. (1977): Measuring a pervasive structure in psychotherapy. The core conflictual relationship theme. In: N. Freedman, S. Grand (Eds.): *Communicative structures in psychic structures*. Plenum Press, New York, S. 367-395.
- Luborsky, L., DeRubeis, R.J. (1984): The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, A.T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, S., Pilkonis, P. (1986): Do therapists vary much in their success? Findings from our outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 501-512.

- 
- Luborsky, L., Kächele, H. (Hrsg.) (1988): *Der zentrale Beziehungskonflikt – ein Arbeitsbuch*. PSZ-Verlag, Ulm.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (Eds.) (1990): *Understanding Transference*. Basic Books, New York.
- Luborsky, L., Diger, L., Luborsky, E., McLellan, T., Woody, G., Alexander, L. (1993): Psychological Health-Sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 542-548.
- Malan, D.H. (1963): *A study of Brief Psychotherapy*. Tavistock, London.
- Malan, D.H. (1973): The outcome problem in psychotherapy research. *Archives of General Psychiatry*, 29, 719-729.
- Malan, D.H. (1976a): *The frontier of brief Psychotherapy*. Plenum Press, New York.
- Malan, D.H. (1976b): *Toward the validation of dynamic Psychotherapy*. Plenum, New York.
- Mann, J. (1973): *Time-limited Psychotherapy*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Mann, J. (1978) [1973]: *Psychotherapie in 12 Stunden. Zeitbegrenzung als therapeutisches Instrument*. Walter, Freiburg i. Breisgau.
- Mann, J., Goldman, R. (1982): *A casebook in time-limited Psychotherapy*. McGraw-Hill, New York.
- Marziali, E., Marmar, C., Krupnick, J. (1981): Therapeutic Alliance Scales: Development and relationships to therapeutic outcome. *The American Journal of Psychiatry*, 138, 361-364.
- Marziali, E. (1984a): Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions. *Archives of General Psychiatry*, 41, 301-304.
- Marziali, E. (1984b): Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 417-423.
- Masson, J.M. (1993) [1988]: *Die Abschaffung der Psychotherapie*. Ein Plädoyer. Goldmann, München (engl.: *Against therapy*. Atheneum, New York).
- McCulloch, L., Winston, A., Farber, B.A., Porter, P., Pollack, J., Laikin, M., Vingiano, W., Trujillo, M. (1991): The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 525-533.
- McLemore, C.W., Benjamin, L.S. (1979): What ever happened to interpersonal diagnosis? A psychosocial alternative to DSM-III. *American Psychologist*, 34, 17-34.
- McNeilly, C.L., Howard, K.I. (1991): The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research*, 1, 74-78.

- Mentzos, S. (1991): *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen.
- Mentzos, S. (1995): Abwehr. In: W. Mertens (Hg.): *Grundbegriffe der Psychoanalyse*. 2. Aufl., Verlag Internationale Psychoanalyse, München, S. 191-199.
- Mergenthaler, E. (1992): Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2, 125-142.
- Mergenthaler, E. (1998): Das Wort als Mittler zwischen Körper und Psyche: Sind psychotherapeutische Prozesse messbar? Vortrag bei der 27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie (DGPGG), Mainz, 02/1998.
- Mertens, W. (1994): Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Zur empirisch verkleideten Berufspolitik von Klaus Grawe. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 40, 353-367.
- Mertens, W. (Hrsg.) (1995): *Grundbegriffe der Psychoanalyse*. 2. Aufl., Verlag Internationale Psychoanalyse, München.
- Meyer, E.A. (1994): Über die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie bei psychosomatischen Störungen. *Psychotherapeut*, 39, 298-308.
- Mintz, J. (1981): Measuring outcome in psychodynamic psychotherapy: Psychodynamic versus symptomatic assessment. *Archives of General Psychiatry*, 38, 503-506.
- Mintz, J., Luborsky, L., Auerbach, A.H. (1971): Dimensions of psychotherapy: A factor-analytic study of ratings in psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 106-120.
- Moras, K., Strupp, H.H. (1982): Pretherapy interpersonal relations, patient's alliance and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409.
- Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Curtis, H., Solomon, J. (1982): Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn helping alliance rating method. *Archives of General Psychiatry*, 39, 397-402.
- Mundt, C., Backenstraß, M. (2001): Perspektiven der Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 72, 11-19.
- Norcross, J.C. (1986): *Handbook of eclectic Psychotherapy*. Brunner/Mazel, New York.
- Noy-Sharav, D. (1998): Who is afraid of STDP? Termination in STDP and therapist's personality. *Psychotherapy*, 35, 69-77.

Orlinsky, D.E., Howard (1986): Process and outcome in psychotherapy. In: A.E. Bergin u. S. L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 3<sup>th</sup> ed., Wiley, New York, S. 311-384.

Orlinsky, D.E., Howard (1987): A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-28.

Orlinsky, D.E., Grawe, K., Parks, B. (1994): Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In: A.E. Bergin u. S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4<sup>th</sup> ed., Wiley, New York, S. 270-376.

Parloff, M.B. (1986): Frank's „common elements“ in psychotherapy: Nonspecific factors and placebos. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(4), 521-532.

Patterson, C.H. (1984): Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy. A review of reviews. *Psychotherapy*, 21, 431-438.

Petzold, H.G. (1999a): Psychotherapie, ein integrativer Ansatz oder weiterhin schulengebundene Ideologie? Probleme, Hintergründe, Argumente. In: H.G. Petzold u. I. Orth: *Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen and Wege kritischer Praxis*. Junfermann, Paderborn, S. 87-123.

Petzold, H.G., Orth, I. (1995/1997): Kritische Überlegungen zu offenen und verdeckten Ideologien in der Psychotherapie. Überlieferungen und Veränderungen im psychotherapeutischen Feld – Präzisierungen Integrativer Positionen. In: H.G. Petzold u. I. Orth: *Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen and Wege kritischer Praxis*. Junfermann, Paderborn, S. 125-261.

Petzold, H.G. (1999b): Der „Andere“ – der Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995). In: H.G. Petzold u. I. Orth: *Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen and Wege kritischer Praxis*. Junfermann, Paderborn, S. 337-362.

Piper, W.E., Debbane, E.G., Bienvenu, J., Carufel, F., Garant, J. (1986): Relationships between the object focus of therapist interpretations and outcome in short-term individual therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 1-11.

Piper, W.E., Debbane, E.G., Carufel, F.L., Bienvenue, J.P. (1987): A system of differentiating therapist interpretations from other interventions. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(6), 532-550.

Piper, W.E., Azim, H.F., Joyce, A.S., McCallum, M. (1991): Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 48, 946-953.

Pope, B., Nudler, S., von Korff, M.R., McGee, J.P. (1974): The experienced professional interviewer versus complete novice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 680-690.

- Quintana, S.M., Meara, N. (1990): Internalization of therapeutic relationships in short-term psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 123-130.
- Rad, M. v., Klug, G., Huber, D. (2001): Unterwegs zum Wirksamkeitsnachweis von Psychoanalysen und Psychotherapien – Sisypchos zwischen therapeutischer Scylla und methodischer Charybdis. Ein Kommentar aus Sicht der empirischen Psychotherapieforschung. *Psyche*, 55, 311-319.
- Rattner, J. (1995): *Klassiker der Psychoanalyse*. 2. Aufl., Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Rice, L.N., Greenberg, L.S. (Eds.) (1984): The new research paradigm. In L.N. Rice u. L.S. Greenberg (Eds.): *Patterns of change*. Guilford, New York, S. 7-25.
- Rogers, C.R. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C.R. (1961): *A therapist's view of Psychotherapy*. Constable, London.
- Rosenberg, S.E., Silberschatz, G., Curtis, J.T., Sampson, H., Weiss, J. (1986): A method for establishing reliability of statements from psychodynamic case formulations. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 1454-1456.
- Rosenthal, D., Frank, J.D. (1956): Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53, 294-302.
- Rounsaville, B.J., O'Malley, S., Foley, S., Weissman, M.W. (1988): Role of manual-guided training in the conduct and efficacy of interpersonal psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 681-688.
- Rüger, U. (2002): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie*, 48, 117-138.
- Sachs, J.S. (1983): Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 557-564.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., Schubert, J. (2001): Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojektes. *Psyche*, 55, 277-310.
- Sandler, J. (1976): Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche*, 30, 297-305.
- Sandler, J. (1991): Deutungen, andere Interventionen und Einsicht. In: J. Sandler, C. Dare u. A. Holder (Hrsg.) (1991): *Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie*. Klett, Stuttgart, S.

96-110 (engl.: *The patient and the analyst: The basis of the psychoanalytic process*. Allen & Unwin, London, 1973).

Sandler, J., Holder, A., Kawenoka, M., Kennedy, H., Neurath, L. (1969): Notes on some theoretical and clinical aspects of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 633-645.

Schacht, T.E., Binder, J.L., Strupp, H.H. (1984): The dynamic focus. In: H.H. Strupp u. J.L. Binder (1984): *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Basic Books, New York.

Schacht, T.E., Henry, W.P. (1994): Modelling recurrent patterns of interpersonal relationship with structural analysis of social behavior: the SASB-CMP. *Psychotherapy Research*, 4(3&4), 208-221.

Schaefer, E.S. (1957): Organization of maternal behavior and attitudes within a two dimensional space: An application of Gutman's radex theory. *American Psychologist*, 12, 401 (abstract).

Schaefer, E.S. (1965): A configurational analysis of children's reports of parent behavior. *Journal of Consulting and Counseling Psychology*, 29, 552-557.

Schauenburg, H., Cierpka, M. (1994): Methoden der Fremdbeurteilung interpersoneller Beziehungsmuster. *Psychotherapeut*, 39, 135-145.

Scheibe, G. (+) (1997): *Differentialdiagnostik, -therapie und differentieller Verlauf von Angsterkrankungen*. Habilitationsschrift. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Schepank, H. (Hrsg.) (1990): *Verläufe – seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.

Schnierda, U. (1999): *Vergleich zweier psychodynamischer Kurztherapien mit Patientinnen unterschiedlicher Strukturniveaus unter besonderer Berücksichtigung interaktioneller Übertragungs- und Gegenübertragungsmanifestationen*. Medizinische Dissertation. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Schutz, W.C. (1958): *FIRO: A three-dimensional theory of interpersonal behavior*. Rinehart, New York.

Shapiro, D.A. (1985): Recent applications of meta-analysis in clinical research. *Clinical Psychology Review*, 5, 13-34.

Shapiro, D.A., Shapiro, D. (1982a): Meta-analysis of comparative outcome research: a critical appraisal. *Behavioral Psychotherapy*, 10, 4-25.

Shapiro, D.A., Shapiro, D. (1982b): Meta-analysis of comparative outcome research: a replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.

Shapiro, D.A., Shapiro, D. (1983): Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 42-53.

Shapiro, D.A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G.E., Reynolds, S., Startup, M. (1994): Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522-534.

Shepherd, M. (1984): What price psychotherapy? *British Medical Journal*, 288, 809-810.

Shoham-Salomon, V., Rosenthal, R. (1987): Paradoxical interventions: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 22-28.

Sifneos, P. (1972): *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Harvard University Press, Cambridge, MA.

Sifneos, P. (1979): *Short-term dynamic Psychotherapy: Evaluation and Technique*. Plenum Press, New York.

Silberschatz, G., Curtis, J.T. (1986): Clinical implications of research on brief dynamic psychotherapy: II. How the therapist helps or hinders the therapeutic process. *Psychoanalytic Psychology*, 3, 27-37.

Silberschatz, G., Fretter, P.B., Curtis, J.T. (1986): How do interpretations influence the process of psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 642-652.

Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., Whipple, K. (1975): *Psychotherapy versus behavior therapy*. Harvard University Press, Cambridge, MA.

Sluzki, E.C., Beavin, J., Tarnopolski, A., Verón, E. (1990) [1966]: Transaktionelle Disqualifikationen. Untersuchungen über die Doppelbindung. In: P. Watzlawick u. J.H. Weakland (Hrsg.) (1990): *Interaktion. Menschliche Probleme in der Familientherapie*. Piper, München, S. 289-314 (Original: Transacciones descalificadoras. Investigación sobre el „doble vínculo“. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 12, 329-342).

Sluzki, C.E., Verón, E. (1990) [1971]: Die Doppelbindung als allgemeine pathogene Situation. In: P. Watzlawick u. J.H. Weakland (Hrsg.) (1990): *Interaktion. Menschliche Probleme in der Familientherapie*. Piper, München, S. 315-331 (Original: The double bind as a universal pathogenic situation. *Family Process*, 10, 397-410).

Smith, M.L., Glass, G.V. (1977): Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.

Smith, M.L., Glass, G.V., Miller, T.I. (1980): *The benefits of Psychotherapy*. The John Hopkins University Press, Baltimore.

- 
- Specht, E.K. (1981): Der wissenschaftstheoretische Status der Psychoanalyse. Das Problem der Traumdeutung. *Psyche*, 35, 761-787.
- Staples, F.R., Sloane, R.D., Whipple, K., Cristol, A.H., Yorkston, N. (1976): Process and outcome in psychotherapy and behaviour therapy. *Journal of Consulting and Counseling Psychology*, 44, 340-350.
- Stein, D.M., Lambert, M.J. (1984): On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, 4, 1-16.
- Stern, G.G. (1958): *Preliminary manual: Activities Index-College Characteristics Index*. Syracuse (Syracuse University Psychological Research Center), New York.
- Stern, G.G. (1970): *People in context: Measuring person-environment congruence in education and industry*. Wiley, New York.
- Stiles, W.B. (1983): Normality, diversity, and psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 183-189.
- Stiles, W.B., Shapiro, D.A., Elliott, R. (1986): „Are all psychotherapies equivalent?“ *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Strachey, J. (1934): Die Grundlagen der therapeutischen Wirkung der Psychoanalyse. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 21, 486-516.
- Strauss, B. (2001a): Editorial: Psychotherapie: in Zukunft massgeschneidert? *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 51, 405.
- Strauss, B. (2001b): Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51, 425-429.
- Strupp, H.H. (1970): Specific versus nonspecific factors in psychotherapy and the problem of control. *Archives of General Psychiatry*, 23, 393-401.
- Strupp, H.H. (1972): On the technology of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 26, 270-278.
- Strupp, H.H. (1973): On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 1-8.
- Strupp, H.H. (1980a): Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases – comparison 1. *Archives of General Psychiatry*, 37, 595-603.
- Strupp, H.H. (1980b): Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases – comparison 2. *Archives of General Psychiatry*, 37, 708-716.
- Strupp, H.H. (1980c): Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases – comparison 4. *Archives of General Psychiatry*, 37, 947-954.

- Strupp, H.H. (1980d): Success and failure in time-limited psychotherapy: With special references to the performance of a lay counselor. *Archives of General Psychiatry*, 37, 831-841.
- Strupp, H.H. (1986): The nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness: A current assessment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(4), 513-520.
- Strupp, H.H. (1995): The psychotherapeut's skills revisited. *Clinical Psychology: Science and Practice*, V2 N1, 70-74.
- Strupp, H.H. (1998): The Vanderbilt I Study revisited. *Psychotherapy Research*, 8 (1), 17-29.
- Strupp, H.H., Hadley, S.W. (1977): A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32, 196-197.
- Strupp, H.H., Hadley, S.W. (1979): Specific versus nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- Strupp, H.H., Binder, J.L. (1984): *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Basic Books, New York (dt.: *Kurzpsychotherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart, 1991).
- Strupp, H.H., Schacht, T.E., Henry, W.P. (1988): Problem-treatment-outcome congruence: a principle whose time has come. In: H. Dahl, H. Kächele u. H. Thomä (Eds.): *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.
- Stuhr, U. (1998): Die Meyer-Grawe-Kontroverse über die Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungsverfahren bei psychosomatischen Störungen. In: M. Fäh u. G. Fischer (Hrsg.): *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Psychosozial, Giessen, S. 81-93.
- Suh, C., Strupp, H.H., O'Malley, S.S. (1986): The Vanderbilt process measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). In: L.S. Greenberg u. W.M. Pinsof (Eds.): *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Guilford, New York, S. 285-324.
- Sullivan, H.S. (1940): *Conceptions of modern Psychiatry*. Norton, New York.
- Sullivan, H.S. (1953): *The interpersonal theory of Psychiatry*. Norton, New York (dt.: *Die Interpersonale Theorie der Psychiatrie*. Fischer, Frankfurt, 1980).
- Svartberg, M., Stiles, T.C. (1991): Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 704-714.
- Svartberg, M., Seltzer, M.H., Stiles, T.C. (1996): Self-concept improvement during and after short-term anxiety-provoking psychotherapy: A preliminary growth curve study. *Psychotherapy Research*, 6(1), 43-55.

Talley, P.F., Strupp, H.H., Morey, L.C. (1990): Matchmaking in psychotherapy: patient-therapist dimensions and their impact on outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 182-188.

Tress, W. (1986): *Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Gesundheit und früherer Schutz gegen psychogene Störungen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Tress, W., Henry, W.P., Strupp, H.H., Reister, G., Junkert, B. (1990): Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) in Ausbildung und Forschung. Ein Beitrag zur „funktionellen Histologie“ des psychotherapeutischen Prozesses. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 26, 240-257.

Tress, W. (Hrsg.) (1993): *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB). Ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie*. Asanger, Heidelberg.

Tress, W., Nagel, S. (Hrsg.) (1993): *Psychoanalyse und Philosophie: eine Begegnung*. Asanger, Heidelberg.

Tress, W., Hildenbrand, G. (1993): Das zyklisch-maladaptive Interaktionsmuster und SASB. Kurzpsychotherapie. In: W. Tress (Hrsg.): *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens SASB*. Asanger, Heidelberg, S. 231-239.

Tress, W., Hildenbrand, G., Junkert-Tress, B., Hartkamp, N. (1994): Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der analytischen Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40, 341-352.

Tress, W., Henry, W.P., 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., Junkert-Tress, B. (1997): Erkenntnistheoretische Grundlagen und Probleme der psychotherapeutischen Medizin. In: S. Ahrens (Hrsg.): *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Schattauer, Stuttgart, S. 71-76.

Tress, W., Albert, S.J., Junkert-Tress, B., Hartkamp, N., Scheibe, G. (+), Schmitz, N. (1999): *Mikroprozessualer Therapieverlauf und Langzeit-Ergebnisse bei persönlichkeitsstrukturell unterschiedlichen Patienten. Psychoanalytische Kurzzeitpsychotherapie bei Patienten mit neurotischen, psychosomatischen und Persönlichkeitsstörungen*. DFG-Antrag, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Tress, W., Junkert-Tress, B., Hartkamp, N., Wöller, W., Langenbach, M. (2003): Spezifische psychodynamische Kurzzeittherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 48, 15-22.

Tschuschke, V. (1997): Das Äquivalenz-Paradoxon in der Psychotherapieforschung. In: V. Tschuschke, C. Heckrath u. W. Tress (Hrsg.): *Zwischen Konfusion und Makulatur*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 125-139.

Tschuschke, V., Kächele, H., Hölzer, M. (1994): Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut*, 39, 281-297.

Tschuschke, V., Kächele, H. (1998): Was leistet Psychotherapie? In: M. Fäh u. G. Fischer (Hrsg.): *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Psychosozial, Giessen, S. 137-162. (engl.: What do psychotherapies achieve? A contribution to the debate centered around differential effects of different treatment concepts. In: U. Essener, H. Pabst u. G.W. Speierer (Hrsg.): *The power of the person-centered approach. New challenges – perspectives – answers*. GwG Verlag, Köln, 1996, S. 159-181).

Walach, H., Sadaghiani, C. (2002): Plazebo und Plazeboeffekte – Eine Bestandsaufnahme. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 52, 332-342.

Wallerstein, R. (1989): The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 195-205.

Wallerstein, R. (1990): Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie. Wiederaufnahme einer Diskussion. *Psyche*, 44, 967-994.

Weiss, J., Sampson, H. (1986): *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research*. Guilford Press, New York.

Werthmann, H.V. (1995): Psychoanalytische Deutung. In: W. Mertens (Hrsg.): *Grundbegriffe der Psychoanalyse*. 2. Aufl., Verlag Internationale Psychoanalyse, München, S. 315-321.

Wiggins, J.S. (1979): A psychological taxonomy of trait-descriptive terms: The interpersonal domain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 395-412.

Wiggins, J.S. (1982): Circumplex Models of Interpersonal Behavior in Clinical Psychology. In: P.C. Kendall u. J.N. Butcher (Eds.): *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. Wiley, New York, S. 183-221.

Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samsag, L.W., McCullough, L., Muran, C. (1994): Short-Term Psychotherapy of Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 190-194.

Yalom, I.D. (1989) [1980]: *Existentielle Psychotherapie*. Edition Humanistische Psychologie, Köln (engl.: *Existential psychotherapy*. Basic Books, New York).

Yates, A.J. (1983): Behaviour therapy and psychodynamic psychotherapy: Basic conflict or reconciliation and integration? *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 107-125.

Zetzel, E. (1956): Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.

## 7 Curriculum vitae

Ingo Bonde  
Wesselswerth 8  
45 239 Essen-Werden

Geburtsdatum und -ort: 12.01.1972 in Düsseldorf  
Familienstand: verheiratet, am 15.10.1999 Eheschliessung mit Sonja Clasen  
08.12.1999: Geburt unserer Tochter Lea-Sophie Bonde

### Schulbildung

1978-1982 Grundschole Hochdahl-Millrath (bei Düsseldorf)  
1982-1991 Ranke-Gymnasium Erkrath-Hochdahl  
[Abiturfächer: Mathematik, Physik, Geschichte, Deutsch]

### Studium

1991 Studienbeginn: Immatrikulation an der Naturwissenschaftlichen  
Fakultät für den Studiengang Chemie  
1992 Studiengangwechsel:  
Immatrikulation an der Medizinischen Fakultät (Humanmedizin) und  
an der Philosophischen Fakultät (Philosophie/Geschichte/Romanistik)  
1994 Ärztliche Vorprüfung [Note: gut]  
1995 1. Teil der ärztlichen Prüfung [Note: gut]  
1998 2. Teil der ärztlichen Prüfung [Note: gut]  
1999 3. Teil der ärztlichen Prüfung [Note: gut]

### Klinische Ausbildung im Rahmen des Studiums

#### Famulaturen

September 1994 Anästhesie / Notfallmedizin (Urgences), Centre Hospitalier de Belfort,  
Belfort, Frankreich  
März - April 1996 Anästhesie, Ben Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel  
August 1996 Psychiatrie, Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und  
Neurologie in Gütersloh (Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner)  
März 1997 Pädiatrie, Royal Berkshire Hospital, Reading, England

## Praktisches Jahr

April - Juli 1998	Wahlfach: Psychosomatische Medizin / Psychotherapie, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Düsseldorf (Prof. Dr. Dr. Tress; Supervision: PD Dr. Wöller), HHU Düsseldorf
August - November 1998	Internistisches Tertial im University Teaching Hospital der University of Zambia (Prof. Matondo), School of Medicine, Lusaka, Sambia
Dezember 1998 - März 1999	Chirurgisches Tertial in der Klinik für Allgemeine Chirurgie und der Klinik für Traumatologie der Universität Nantes (Prof. Néel), Frankreich

## Klinische Tätigkeit als Arzt im Praktikum und Assistenzarzt

Juli 1999 – Juni 2000	Arzt im Praktikum (Allgemein-Psychiatrie) in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und Neurologie (WKPPPN) in Gütersloh (Prof. Dr. Börner)
Juli – Dezember 2000	Arzt im Praktikum in der Neurologischen Abteilung der Weserbergland-Klinik in Höxter (Zentrum für Physikalische Medizin), Rehabilitations- und Akutklinik (Dr. Faig)
Januar – Juli 2001	Assistenzarzt in der Neurologie der Rhein-Sieg-Klinik (Neurologisch- orthopädische Rehabilitationsklinik) in Nümbrecht (Dr. Schmidt- Elmendorff)
März 2001 – März 2005	stellvertr. International Councillor des IPPNW e.V.
August 2001 – Mai 2002	sog. „Elternzeit“; wohnhaft in Reading (GB); Fortschreibung der Dissertation
Juni – Dezember 2002	Assistenzarzt in der Inneren Medizin im kath. Philipusstift in Essen- Borbeck (Klinik für Kardiologie und Pulmonologie, PD Dr. Hailer)
Seit März 2003	Assistenzarzt in der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik Essen, Prof. Dr. Senf

## 8 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden mit Hilfe der etablierten Psychotherapie-Forschungsinstrumente der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (Structural Analysis of Social Behavior, SASB) (nach Benjamin) und des Zyklisch-maladaptiven Musters (Cyclic maladaptive pattern, CMP) (nach Strupp und Binder, modifiziert nach Tress) ausgewählte Ausschnitte aus Psychotherapiestunden auf die Häufigkeit definierter SASB-Kategorien sowie definierter therapeutischer Interventionen hin untersucht.

Um die „funktionelle Histologie“ des psychotherapeutischen Prozesses schärfer abzubilden, wurde es notwendig, über die reine Beschreibung des CMP eines Patienten hinauszugehen und festzustellen, inwieweit die Interventionen des Therapeuten den CMP adressieren („focus adherence“), was zum Konzept der CMP-basierenden therapeutischen Interventionen führte. Methodischer Standard bisheriger Untersuchungen war es, die Analyse an ausgewählten Therapieausschnitten wie zum Beispiel der ersten beiden Therapiestunden in toto und den ersten zwanzig Minuten der 4., 8., 12. und jeder weiteren vierten Therapiestunde vorzunehmen. Es gibt jedoch starke Argumente, nicht nur eine Dynamik der Therapeut-Patient-Interaktion über den gesamten Therapieverlauf hinweg zu unterstellen, sondern eine solche ebenso für den Verlauf einer einzelnen Therapiestunde (in-session) zu postulieren (zum Beispiel die Herausbildung und Verdichtung eines Fokus innerhalb einer Therapiestunde). Unter dieser Voraussetzung wäre die ausschliessliche Analyse der ersten zwanzig Minuten in den späteren Therapiestunden methodisch kritikwürdig. Somit wurden als Leitfragen der vorliegenden Arbeit die (zweiseitigen) Fragestellungen formuliert:

- I. Ist empirisch eine messbare und signifikante Veränderung in der Häufigkeitsverteilung von SASB-Clustern von Therapeut und Patient bzw. hinsichtlich der Verteilung der therapeutischen Interventionen im Verlauf einer einzelnen Therapiestunde zu konstatieren?
- II. Ist empirisch ein signifikanter Unterschied in der Verteilung der SASB-Cluster von Therapeut und Patient bzw. hinsichtlich der Verteilung der therapeutischen Interventionen zwischen einer frühen (zum Beispiel Therapiestunde 4) und einer späten Therapiestunde (zum Beispiel Therapiestunde 20) festzustellen?

Für die SASB-Kategorien der Patienten-Cluster ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den ausgewählten Therapieausschnitten. Es ist für die Patienten-Cluster festzuhalten, dass disaffiliative Kommunikationseinheiten (Codierung 1.6 oder 2.8) nur einen Bruchteil der „units“ ausmachten. Der überwiegende Anteil der Cluster (> 50 %) wurde durch die Codierungen 2.2 („sich öffnen, mitteilen, sich zeigen“) und 2.4 („sich vertrauensvoll verlassen auf, sich stützen auf“) ausgemacht. Dieses Codierungsmuster ist Anhaltspunkt für eine prinzipiell gelingende Kommunikation zwischen Therapeut und Patient. Im Gegensatz dazu wurden in der Analyse der „Gedankenunits“ des Therapeuten signifikante Unterschiede deutlich: So ist eine signifikante Abnahme des Clusters 1.2 („verstehen, bestätigen, ermutigen“) im Verlauf der 20. Therapiestunde hervorzuheben. Gleichzeitig fand sich eine tendenzielle Abnahme des Clusters 1.2 in der 4. Stunde, wie auch im Vergleich der Therapiestunden 4 und 20 und eine deutliche Zunahme des Clusters 1.4 („unterstützen, anleiten, bestärken“) in der 20. Therapiestunde. Entgegengesetzt dazu zeigte sich Trend des Clusters 2.2 in beiden Therapiestunden, in denen eine Zunahme des Clusters zu erkennen war. Für die therapeutischen Interventionen konnte gezeigt werden, dass die Arbeit am CMP zunahm, sowohl innerhalb einer Stunde als auch von Stunde 4 nach Stunde 20. Werden die Kategorien einzeln betrachtet, so gilt dies innerhalb einer Sitzung für die Kategorien „Introjekt“, „Verhalten des Patienten“ und „therapeutische Beziehung“, wobei letztere auch von Stunde 4 nach Stunde 20 zunahm. Die Kategorie „Verhalten anderer“ wurde nicht vermehrt angesprochen, die Kategorien „Wünsche und Befürchtungen“ zu selten, um sie valide beurteilen zu können.

Insgesamt dokumentieren die Befunde, dass die Nullhypothese, das heisst die Annahme, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den ersten und den letzten zwanzig Minuten vorliegen, nicht aufrechterhalten werden konnte, und dass die Auswahl von Therapiematerial sehr bedeutsamen Einfluss auf die Ergebnisse haben kann.