

## » Die Methode der Plan-Formulierung

Erste deutschsprachige Reliabilitätsstudie zur  
„Control Mastery Theory“ von Joseph Weiss<sup>1</sup>

Cornelia Albani<sup>1</sup>, Reto Volkart<sup>2</sup>, Judith Humbel<sup>2</sup>,  
Gerd Blaser<sup>1</sup>, Michael Geyer<sup>1</sup>, Horst Kächele<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universität Leipzig

<sup>2</sup> ZEPT – Zentrum für Psychotherapie, Zürich

<sup>3</sup> Universität Ulm

**Zusammenfassung:** Die Arbeit gibt eine Übersicht über die „Control Mastery Theory“ (CMT) von Joseph Weiss. Die CMT ist eine kognitiv-affektive, psychoanalytische Theorie des psychotherapeutischen Prozesses. Viele Konzepte der CMT wurden von der San Francisco Psychotherapy Research Group empirisch untersucht und bestätigt. Einige Forschungsergebnisse werden zusammengefasst und die Methode der Plan-Formulierung wird vorgestellt. Die Ergebnisse der ersten deutschsprachigen Reliabilitätsstudie mit der Plan-Formulierung am Fall „Amalie“ zeigen, dass die Methode auch außerhalb der USA reliabel zur Psychotherapieforschung eingesetzt werden kann.

**The Plan Formulation Method: First German-Language Reliability Study based on the „Control Mastery Theory“ by Joseph Weiss:** The paper gives an overview on the „Control Mastery Theory“ (CMT) of Joseph Weiss. CMT is a cognitive-affective, psychoanalytic theory of the psychotherapeutic process. The San Francisco Psychotherapy Research Group empirically investigated and confirmed many concepts of the CMT. Some results of the research are summarized and the „Plan Formulation Method“ is described in detail. The results of the first German-language reliability study with the plan formulation method applied on the case „Amalie“ show that the method can be used reliably for research purposes outside the USA.

**Key words:** Control mastery theory – Plan formulation method – Empirical psychotherapy research

### Einleitung

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

<sup>1</sup> Die Untersuchung wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft und dem Zürcher Zentrum für Psychotherapie (ZEPT) mitfinanziert.

Ich möchte wiederholen: Vielleicht sind wir zufrieden damit, dass es in unserem Bereich Weiterentwicklungen gibt, aber die Psychoanalyse ist der einzige bedeutsame Zweig des Wissens vom Menschen und der Therapie, der sich weigert, auf die Forderung der westlichen Zivilisation nach einem systematischen Nachweis seiner Behauptungen einzugehen. Eine systematische Erforschung der Psychoanalyse müsste größere Hindernisse überwinden, aber nur ein bedauerlich kleiner Prozentsatz unserer Arbeit wird der Entwicklung von Methoden gewidmet, die eine wohldurchdachte Auswahl unter unseren konkurrierenden Positionen erlauben“ ([1], S. 231).

Die Untersuchungen von Joseph Weiss, Harald Sampson und der San Francisco Psychotherapy Research Group (SFPRG), die in der vorliegenden Arbeit vorgestellt werden, entsprechen der Forderung Gills nach einem systematischen Nachweis theoretischer Behauptungen. Die von Weiss [2, 3] entwickelte, empirisch fundierte Theorie des psychotherapeutischen Prozesses wurde als „Control Mastery Theory“ bekannt. Die kognitiv-affektiv orientierte, psychoanalytische Theorie leistet einen wichtigen Beitrag zu den neueren Entwicklungen in der psychoanalytischen Behandlungstheorie und der von ihr angeregten Forschung (z. B. [4]).

### Die „Control Mastery“-Theorie

Die „Control Mastery Theory“ basiert nach Weiss [2, 3] auf der späten Ich-Psychologie Freuds [5 – 7], bezieht aber auch Konzepte aus der Objektbeziehungspsychologie [8, 9], der interpersonellen Theorie [10], der Bindungstheorie [11 – 13] sowie der neuen Säuglingsforschung (z. B. [14]) ein.

Weiss geht davon aus, dass in der Regulierung des unbewussten mentalen Lebens das Streben nach Sicherheit und die Vermeidung von Gefahr grundlegende Prinzipien sind. Um ein Gefühl von Sicherheit aufrecht zu erhalten, dauern nach Weiss Abwehrvorgänge so lange an, wie es unbewusst die Annahme gibt, dass die Wahrnehmung und Erfahrung der abgewehrten Inhalte eine Bedrohung darstellen. Hier zeigt sich die zentrale Bedeutung, die Weiss unbewussten, planvollen und adaptiven Prozessen, von Freud in seiner Strukturtheorie als unbewusste

Ich-Leistungen konzipiert, für die Regulation von Abwehrstrategien beimisst. Ziel der Therapie ist es, ein höheres Maß an Kontrolle über diese unbewussten Abwehrstrategien zu erwerben und sie immer stärker in den Dienst der Ziele des Patienten zu stellen („control mastery“). Weiss schreibt dem Patienten<sup>2</sup> einen starken unbewussten Wunsch zu, gemeinsam mit dem Therapeuten an der Lösung seiner Probleme zu arbeiten und geht davon aus, dass die Reinszenierungen lebensgeschichtlich erworbener, konflikthafter Beziehungskonstellationen in der Übertragungsbeziehung dazu dienen, deren Gültigkeit zu prüfen und alternative Bewältigungsmöglichkeiten zu finden, d. h. sie zu meistern. Diese Bewältigungsmotivation ist nach Weiss zentral für das Verständnis neurotischer Wiederholungszwänge und des therapeutischen Prozesses.

Im Zentrum der Theorie stehen unbewusste, *pathogene Überzeugungen*, die typischerweise in der Kindheit vermittelt werden oder als Resultat unbewusster Bewältigungsversuche traumatischer Erfahrungen entstehen. Pathogene Überzeugungen ermöglichen die Aufrechterhaltung der Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen und dienen der Bewältigung traumatischer Erfahrungen, indem sie Gefühle von Hilflosigkeit mindern (vgl. [15]).

*Schuldgefühle* haben bei Weiss eine besonders wichtige Bedeutung. Es werden verschiedene Formen von Schuldgefühlen unterschieden. Schuldgefühle über den eigenen Erfolg oder eigenes Glück, das vermeintlich auf Kosten anderer Familienmitglieder erreicht wurde, werden „survivor guilt“ (Überlebensschuld) genannt, wie sich der Begriff auch bei Modell [16] und Niederland [17,18] findet. Das Schuldgefühl, andere durch eigenes Autonomiestreben verletzt zu haben, bezeichnet Weiss als „separation guilt“ (Trennungsschuld).

Um pathogene Überzeugungen zu widerlegen, *testet* (d. h. prüft) sie der Patient in der Beziehung zum Therapeuten. In dieser Sichtweise ist Übertragung kein pathologisches Phänomen, das als Widerstand gegen die Behandlung imponiert, sondern eine aktive, unbewusste Strategie des Patienten, sich in der geschützten therapeutischen Beziehung mit seinen bisherigen Erfahrungen auseinanderzusetzen und neue Beziehungserfahrungen zu machen. Wenn eine Bewährungsprobe (Test) bestanden ist, reagiert der Patient erleichtert, bringt neues Material, arbeitet intensiver oder initiiert eine nächste, für ihn gefährlichere Probe. Übereinstimmend mit dem Konzept der korrektiven emotionalen Erfahrung von Alexander u. French [19] betont Weiss die aktive Rolle des Therapeuten, die dem Patienten eine positive Beziehungserfahrung in der aktuellen therapeutischen Beziehung ermöglicht, so dass therapeutische Veränderung auch ohne das Bewusstsein abgewehrter Inhalte erfolgen kann.

Interpretationen sollen nach Weiss dazu führen, dass der Patient sich sicher fühlt, sich seiner pathogenen Überzeugungen bewusst wird und seine Entwicklung und Psychopathologie versteht. In diesem Sinn können Interpretationen auch empirisch danach eingeschätzt werden, ob sie dem unbewussten Plan des Patienten dienen oder nicht.

(Für eine ausführliche Darstellung der Theorie siehe [20,21].)

## Die Methode der Plan-Formulierung

Zur Formulierung ihrer Fallkonzeptionen und zur empirischen Prüfung ihrer Konzepte entwickelten Weiss, Sampson und die Mitglieder der San Francisco Psychotherapy Research Group die „Plan Formulation Method“ [22–25]. Eine erste Version, die als „Plan Diagnosis“ bezeichnet wurde, beinhaltete nur vier Bereiche (Ziele, Behinderungen, Tests und Einsichten). Später wurde die Methode um einen 5. Bereich (Traumata) ergänzt.

1. *Ziele* sind die Therapieziele des Patienten, d. h. Verhaltens- und Erlebensweisen, Affekte, Fähigkeiten, die der Patient erreichen möchte. Sie können sehr spezifisch und konkret sein (z. B. heiraten) oder allgemein und abstrakt (z. B. die Fähigkeit erwerben, Schuldgefühle auszuhalten). Ziele können in unterschiedlichem Ausmaß bewusst oder unbewusst sein.
2. *Pathogene Überzeugungen (Behinderungen)*: Darunter werden irrationale, pathogene Überzeugungen und damit verbundene Befürchtungen, Ängste und Schuldgefühle verstanden, die am Anfang der Therapie meist unbewusst sind und verhindern, dass der Patient seine eigentlichen Ziele erreicht.
3. *Tests*: Hier werden Tests aufgelistet, mit denen der Patient in der Therapie versuchen kann, seine pathogenen Überzeugungen zu widerlegen, indem er den Therapeuten testet und dessen Reaktionen beobachtet.
4. *Einsichten*: Dieser Bereich bezieht sich auf Wissen und Erfahrungen, die dem Patienten helfen können, seine Ziele zu erreichen. Dazu gehören insbesondere auch Einsichten über die Genese der pathogenen Überzeugungen im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen.
5. *Traumata*: Hier werden alle traumatischen Erfahrungen notiert. Es kann sich dabei um traumatisierende Einzelereignisse oder um fortdauernde negative Beziehungserfahrungen in der Kindheit handeln.

Die Beurteiler ermitteln unabhängig voneinander anhand der Transkripte des Erstinterviews und der ersten Therapiestunden Items für die fünf Bereiche. Üblicherweise werden dazu die Transkripte von drei Sitzungen verwendet. Die Anzahl der Items ist nicht begrenzt. Es werden sowohl besonders typische, als auch mögliche, aber weniger zutreffend erscheinende Items formuliert. Alle Items der einzelnen Beurteiler werden dann in einer sog. „master list“ in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt. Anhand der „master list“ schätzen die Beurteiler in einem zweiten Schritt auf einer 5-stufigen Skala ein, wie relevant ihnen jedes der Items für diesen Fall erscheint. Aus diesen Bewertungen wird die Reliabilität für jeden Bereich bestimmt.

Für die endgültige „Plan Formulation“ werden die Mittelwerte jeweils pro Item und für einen Bereich über alle Beurteiler bestimmt. Alle Items eines Bereichs, deren Relevanzrating unter dem Mittelwert des Bereichs liegt, werden gestrichen. Die verbleibenden Items werden von anderen Beurteilern auf Redundanz geprüft und inhaltlich überarbeitet. Die Plan-Formulierung besteht aus einer Beschreibung des Patienten, seiner aktuellen Lebenssituation und seinen Beschwerden sowie den ermittelten Zielen, Behinderungen, Tests, Einsichten und Traumata.

<sup>2</sup> Um den Text übersichtlicher und leichter lesbar zu gestalten, wird sowohl für „Patienten“ als auch „Therapeut“ jeweils nur die maskuline Form verwendet.

## Vorliegende Ergebnisse zur Reliabilität der Methode

In den Untersuchungen der SFPRG waren drei bis fünf Beurteiler beteiligt. Die berichteten Intraclass-Koeffizienten (ICC) für die fünf Bereiche liegen zwischen 0,14 und 0,97 für die einzelnen Beurteilerpaare, im Mittel jedoch zwischen 0,78 und 0,90 [26]. Über alle Rater liegen die ICC zwischen 0,91 und 0,93 [24,27]. (Für eine ausführliche Darstellung der Reliabilität siehe [26].)

Es gibt bisher lediglich eine Reliabilitätsstudie mit der „Plan Formulation Method“ einer anderen Arbeitsgruppe [28], bei der die ICC für die einzelnen Bereiche ebenfalls zwischen 0,86 und 0,93 liegen. Die Methode ist außerhalb des englischen Sprachraums bisher noch nicht auf Reliabilität überprüft worden.

## Ergebnisse empirischer Forschung mit der Methode der Plan-Formulierung

Weiss, Sampson und die Mitglieder der SFPRG haben in den letzten Jahren umfangreiche empirische Untersuchungen ihrer theoretischen Konzepte durchgeführt. Die nachfolgende Auswahl soll lediglich einen Überblick geben. Für detaillierte Informationen wird auf die Originalliteratur verwiesen.

Anhand der Psychoanalyse von Mrs. C. bestätigten Weiss und seine Mitarbeiter [29] die Hypothese, dass sich die Patientin auch ohne Deutung bestimmter, bisher verdrängter Inhalte bewusst werden konnte, als sie sich sicher genug fühlte und auf diese Inhalte nicht mit erhöhter Angst reagierte. Dies widerspricht der klassischen psychoanalytischen Auffassung, wonach Patienten in jedem Fall einen Widerstand gegen das Bewusstsein verdrängter Inhalte haben, der nur durch Deutung überwunden werden kann und dass die Aufhebung der Verdrängung mit Angst verbunden ist.

In der Untersuchung von Silberschatz et al. [30] wurde anhand dreier Kurztherapien geprüft, ob bestimmte, fallspezifische Interpretationen zu unmittelbarem Fortschritt führen. Mit Hilfe der Plan-Formulierung lässt sich auf einer Skala („Plan Compatibility Scale“ von Bush [31]) hinreichend reliabel einstufen, ob eine Deutung dem Patienten dienlich ist („pro-plan“) oder hinderlich („anti-plan“). Die Äußerungen der Patienten unmittelbar vor und nach der Deutung wurden mit der „Experiencing Scale“ [32] bewertet, die u.a. Skalen zur Beurteilung des Ausmaßes an Einsicht, Widerstand und assoziativer Freiheit beinhaltet. Je höher eine Deutung als „pro-plan“ bewertet wurde, umso größer und positiver waren die Veränderung auf der „Experiencing Scale“.

In einer weiteren Untersuchung mit sieben 16-stündigen Kurztherapien [33] ließen sich positive Korrelationen zwischen dem Mittelwert der Plankompatibilität aller Deutungen und dem Gesamtergebnis der Therapie am Therapieende und in einer Katamnese nach sechs Monaten nachweisen.

Anhand von drei 16-stündigen Kurztherapien untersuchten Silberschatz et al. [30] ob und wie Plankompatibilität und Art der Deutung die unmittelbaren Veränderungen im Verhalten der Patienten nach der Interpretation vorhersagen. Alle Interpretationen wurden nach der Typologie von Malan [34] klassifiziert, in der zwischen Übertragungsdeutungen und Nicht-

übertragungsdeutung differenziert wird. Zur Bestimmung der unmittelbaren Veränderung wurden jeweils Segmente von drei Minuten vor und nach der Deutung mit der „Experiencing Scale“ [32] eingeschätzt. Es ließen sich weder unmittelbare Effekte von Übertragungsdeutungen nachweisen, noch Zusammenhänge zwischen dem Anteil der Übertragungsdeutungen pro Sitzung und dem mittleren „Experiencing-Score“ für die Stunde. Plankompatible Deutungen führten jedoch zu höheren „Experiencing-Scores“. Werden nur solche Übertragungsdeutungen berücksichtigt, die als „pro-plan“ beurteilt wurden, finden sich keine höheren Experiencing-Scores als nach solchen Deutungen, die lediglich als „pro-plan“, nicht aber als Übertragungsdeutung eingeschätzt wurden.

Silberschatz u. Curtis [35] prüften an zwei Kurztherapien und an einer Psychoanalyse (Mrs. C. – [36]), wie das Verhalten des Therapeuten in der Stunde den therapeutischen Fortschritt des Patienten beeinflusst. Sie identifizierten Tests im Therapieverlauf und bewerteten die Angemessenheit der Reaktion des Therapeuten und die unmittelbaren Reaktionen des Patienten darauf anhand verschiedener Skalen („Relaxation Scale“ – [29], S. 200, „Boldness Scale“ – [37], S. 289 und „Experiencing Scale“ [32]). In den Kurztherapien wurden 69 bzw. 45 Tests ermittelt, in den ersten 100 Stunden der Psychoanalyse 46 Tests. Es ergaben sich positive Veränderungen auf allen drei Skalen, wenn der Therapeut den Test bestand.

Im deutschsprachigen Raum existieren bisher nur wenige Publikationen, in denen die Plan-Formulierung verwendet wurde [21,38–40]. Volkart [21] benutzt das Konzept von Weiss und die Methode der Plan-Formulierung zur detaillierten Interpretation eines Transkriptes. Volkart u. Walser [40] demonstrieren anhand einer Einzelfalluntersuchung und dem „Facial Action Coding System“ (FACS – [41]) zur Kodierung von mimischen Reaktionen, dass eine Patientin mit unterschiedlichen nonverbalen Signalen auf einen bestandenen und nicht bestandenen Test reagierte. Diese mimischen Signale wurden sehr rasch, d.h. innerhalb von Sekunden gegeben. In der Einzelfallstudie von Volkart u. Heri [38] wurden mit Hilfe der FACS-Methode emotionale Prozesse bezüglich der Affekte Scham, Schuld, Wut, Ekel und Freude untersucht und im Zusammenhang mit fallspezifischen pathogenen Überzeugungen interpretiert.

Weiss räumt in seiner Theorie interpersoneller Schuld eine besondere Bedeutung ein. O'Connor, Berry u. Weiss entwickelten einen auf der „Control Mastery“-Theorie basierenden Fragebogen zur Erfassung interpersoneller Schuld: „The Interpersonal Guilt Questionnaire – IGQ“ [42], dessen 67 Items vier Skalen bilden: „survivor guilt“, „separation guilt“, „omnipotence responsibility guilt“ und „self-hate“. Der Zusammenhang zwischen interpersoneller Schuld und Psychopathologie wurde in zahlreichen Studien geprüft (z.B. [43,44]). Wir arbeiten zur Zeit an der Entwicklung einer deutschen Version dieses Instrumentes.

## Deutschsprachige Anwendung der Plan-Formulierung

Trotz großer räumlicher Entfernung entstand unsere Gruppe aus dem gemeinsamen Interesse an der „Control Mastery“-Theorie, mit der die einzelnen Mitglieder bereits seit einigen Jahren vertraut sind. Wir (RV und CA) hatten während Hospitationen in San Francisco die Gelegenheit, uns in die Methode

einzuarbeiten und Fälle gemeinsam mit Mitgliedern der SFPRG zu diskutieren. Wir begannen mit einer Trainingsphase an einem transkribierten Fall, die dadurch erschwert wurde, dass sich die drei BeurteilerInnen (CA, RV und JH) nur einmal zu einer ausführlichen und gemeinsamen klinischen Diskussion treffen konnten. Dieses Treffen fand nach dem Rating des Probefalles statt und diente dazu, Unterschiede in den Ratings zu besprechen und zu einer möglichst einheitlichen Fallkonzeption zu gelangen.

Für die endgültige Reliabilitätsstudie der vorliegenden Untersuchung wählten wir einen gut dokumentierten Einzelfall. Es handelt sich um eine 517-stündige psychoanalytische Behandlung einer 35-jährigen Patientin (Amalie), die von einem erfahrenen Analytiker durchgeführt wurde. Die Behandlung wurde sowohl in der klinischen als auch in der testpsychologischen Einschätzung als erfolgreich bewertet. (Für eine ausführliche klinische Beschreibung s. [45], S. 518 ff; [46].)

Da aus technischen Gründen die Erstinterviews nicht zur Verfügung standen, dienten als Datengrundlage fünf Therapiestunden aus der Anfangsphase der Therapie sowie einige „Geschichten über Beziehungen“ (sog. Beziehungsepisoden der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas, [47]) aus späteren Stunden. Ebenfalls zur Verfügung stand eine Zusammenstellung anamnestischer Angaben.

### Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung

Die drei Beurteiler ermittelten zunächst unabhängig voneinander Items für die 5 Bereiche, die dann zu einer „master-list“

zusammengefügt und von jedem Beurteiler auf einer 5-stufigen Skala (0 = gar nicht relevant bis 4 = extrem relevant) bewertet wurden. Es wurden von den drei BeurteilerInnen insgesamt 252 Items beurteilt.

Tab. 1 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung, die besonders angesichts des minimalen gemeinsamen Trainings als gut gelten können und den Ergebnissen der SFPRG entsprechen.

**Tab. 1** Interrater-Reliabilität für die fünf Bereiche der Plan-Formulierung Amalie.

Bereich	ICC	n	M	n, > M
Ziele	0,93	65	2,61	39
path. Übersetzungen	0,82	57	2,36	31
Traumata	0,90	56	2,32	37
Einsichten	0,89	46	1,94	31
Tests	0,94	28	2,67	20

ICC = Intraclass correlation, two way random effects model, average measure reliability [53]. n = Anzahl der Items insgesamt. M = Mittelwert der Relevanzbeurteilung (Skala 0–4) über alle Items und BeurteilerInnen. n, > M = Anzahl der Items über dem Mittelwert

### Inhaltliche Strukturierung der Items

Im Konsens wurde mit Hilfe des Textinterpretationsprogrammes „ATLAS/ti“ (Thomas Muhr, erhältlich bei Scolari, Sage Publications, London) inhaltlich ähnliche Items bestimmten

**Tab. 2** Bereich traumatische Erfahrungen, Inhaltskategorien und Beispielitems.

Inhaltskategorie*	n	Beispielitem	M
puritanische, religiös-dogmatische Erziehung	7	Sie wuchs in einer strengen, konservativen und religiös-fanatistischen Umgebung auf, die jegliche Sinnlichkeit verbot.	3,67
Vater kühl, distanziert, zwanghaft und rigide	5	Ihr Vater ist kühl, distanziert, drückt sich wenig emotional aus und hat eine zwanghafte, rigide Haltung, die keine Auseinandersetzung mit ihm ermöglichte.	3,67
Kriegsabwesenheit des Vaters	5	Der Vater war während der ersten fünf Lebensjahre wegen des Krieges abwesend.	3,33
in der Familie allein gelassen	5	Sie erlebte sich innerhalb der Familie als völlige Außenseiterin, alleine und unverstanden.	3,00
Forderung nach Vernunft und Zurückhaltung	4	Die Tante fordert „Vernunft“ von Amalie, weil sie als Mädchen „Einblick“ hat.	3,00
Funktion als Ersatzpartner, Stellvertreterin	4	Die Kinder waren (bedingt durch die unbefriedigende Ehe und die Abwesenheit ihres Mannes) „Ersatzpartner“ der Mutter.	4,00
enge Beziehung zur Mutter	3	Sie musste stets für ihre kranke Mutter da sein und sie stellvertretend für ihren passiven Vater umsorgen.	3,67
mit fünf Jahren als Erste weg von Mutter zu Tante	3	Sie wurde wegen der Tbc-Krankheit der Mutter im 5. Lebensjahr als erstes der Geschwister während 10 Jahren zu Großmutter und Tante in Pflege gegeben.	3,67
Hirsutismus	2	Sie hat seit ihrer Pubertät eine verstärkte Behaarung.	3,33
Erkrankung an Tbc mit drei Jahren	2	Sie erkrankte im 3. Lebensjahr an Tbc und musste sechs Monate im Bett liegen.	2,67
Kritik und Entwertung in der Familie	2	Sie wurde oft kritisiert oder entwertet.	3,00
Mutter lang und schwer erkrankt	1	Ihre Mutter war während Amalies Kindheit lang andauernd und lebensbedrohlich erkrankt.	3,67
kein Kontakt zu Gleichaltrigen	1	Die enge Beziehung zur Mutter und ihre Rolle als Ersatzhemann verhinderte den Kontakt zu Gleichaltrigen.	3,67
Dominanz der Brüder	1	Sie litt stark unter der Dominanz ihrer Brüder, gegenüber denen sie sich nicht behaupten oder durchsetzen konnte.	2,67

\* Mehrfachzuordnungen von Items zu Kategorien möglich. n = Anzahl der Items in der Inhaltskategorie. M = Mittelwert der Relevanzbeurteilung für das Beispielitem (Skala 0–4) der drei BeurteilerInnen

**Tab. 3** Bereich pathogene Überzeugungen, Inhaltskategorien und Beispielitems.

Inhaltskategorie*	n	Beispielitem	M
Last für andere	7	Sie glaubt, dass sie anderen eine Last ist und muss deshalb alle Entscheidungen selber treffen und fehlerlos und perfekt sein.	4,00
Verantwortung für Mutter	6	Sie glaubt, dass sie für das Wohlergehen anderer und speziell der Mutter verantwortlich ist und hat deshalb Mühe, sich abzugrenzen.	4,00
verdient Alleinsein	6	Sie glaubt, dass sie es verdient, allein gelassen zu werden, und meint deshalb alles selber machen zu müssen.	3,67
eigene Wünsche gefährden andere	4	Sie glaubt andere mit ihren Wünschen, Bedürfnissen und Anliegen zu gefährden und lebt deshalb sozial isoliert.	3,33
Konkurrenz gefährdet andere	4	Sie glaubt, die Rolle der „Versagerin“ spielen zu müssen (z. B. keinen akademischen Titel erwerben, unbemannt bleiben), um anderen keine Konkurrenz zu machen, und sabotiert sich in privater und beruflicher Hinsicht selbst.	3,33
Wunsch nach Nähe ist schlecht	3	Sie glaubt, sich für ihre Sehnsucht nach Nähe und Verstandenwerden schämen zu müssen und schränkt sich in ihren Wünschen und Bedürfnissen ein.	3,67
sieht sich als hässlich und schlecht	3	Sie glaubt, dass ihr Anblick für andere hässlich und unerträglich ist und muss sich deshalb verhüllen.	3,33
Autonomie verletzt andere	3	Sie glaubt, dass es für andere sehr schmerzlich und verletzend ist, wenn sie sich abgrenzt, und geht deshalb in übertriebener fürsorglicher Weise auf das Gegenüber ein.	3,33
Sexualität ist schlecht	2	Sie glaubt, sich durch sexuelle Lust und Sehnsucht nach einem Mann schuldig zu machen und wehrt deshalb alle sexuellen Impulse ab.	3,67
kein Recht auf Spielraum	2	Sie glaubt, mit ihren Anliegen keinen Raum einnehmen zu dürfen und nimmt sich deshalb zurück.	4,00

\* Mehrfachzuordnungen von Items zu Kategorien möglich. n = Anzahl der Items in der Inhaltskategorie. M = Mittelwert der Relevanzbeurteilung für das Beispielitem (Skala 0–4) der drei BeurteilerInnen

**Tab. 4** Bereich Ziele, Inhaltskategorien und Beispielitems.

Inhaltskategorie*	n	Beispielitem	M
Selbstbestimmung, Eigenständigkeit und Unabhängigkeit von Normen und Personen	9	Sie möchte ihren eigenen Spielraum definieren und sich darin frei und unabhängig von den Maßstäben der Kirche, der Lehrmeinung anderer Autoritäten oder den allgemeingültigen Normen bewegen können.	4,00
gleichberechtigte Beziehungen und befriedigende soziale Kontakte haben	7	Sie möchte gleichberechtigte Freundschaften führen, in denen gegenseitiges Interesse und gegenseitige Unterstützung selbstverständlich ist.	3,67
befriedigende Sexualität leben	6	Sie möchte eine sexuelle Beziehung zu einem Mann eingehen können, ohne Schuldgefühle zu haben.	4,00
eigene Wünsche und Bedürfnisse wahrnehmen und realisieren	6	Sie möchte ihre Wünsche artikulieren und für ihre Bedürfnisse eintreten können.	4,00
Wut, Ärger und andere Gefühle offen ausdrücken können	2	Sie möchte ihren Ärger kundtun können, ohne hinterher unter Schuldgefühlen leiden zu müssen.	3,67
sich weniger für andere verantwortlich fühlen	2	Sie möchte sich nicht mehr verantwortlich für andere fühlen.	3,67
Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, Selbstakzeptanz	2	Sie möchte mehr Selbstsicherheit und Selbstvertrauen entwickeln.	3,33
mit Frauen rivalisieren können	2	Sie möchte mit Frauen offener in Konkurrenz treten können.	3,33
eigenen Körper akzeptieren	2	Sie möchte ihre Einstellung zu ihrem Körper und der virilen Behaarung in eine positive Richtung verändern.	4,00
beruflichen Erfolg genießen	1	Sie möchte beruflich erfolgreich sein und diesen Erfolg auch genießen können.	2,67

\* Mehrfachzuordnungen von Items zu Kategorien möglich. n = Anzahl der Items in der Inhaltskategorie. M = Mittelwert der Relevanzbeurteilung für das Beispielitem (Skala 0–4) der drei BeurteilerInnen

Kategorien („Inhaltskategorien“) auf ähnlichem Abstraktionsniveau zugeordnet. Dazu wurden nur die Items verwendet, deren Relevanzrating (Mittelwert der drei BeurteilerInnen) über dem Mittelwert aller Items pro Bereich lagen. Dieses Vorgehen entspricht der von Mayring [48] beschriebenen inhaltsanalytischen Technik der „inhaltlichen Strukturierung“. In den

Tab. 2–5 sind diese Kategorien mit jeweils einem hoch ladenden Beispielitem dargestellt. Die Kategorien sind nach der Höhe des Mittelwerts der Relevanzratings ihrer zugehörigen Items geordnet.

**Tab. 5** Bereich hilfreiche Einsichten, Inhaltskategorien und Beispielitems.

Inhaltskategorie*	n	Beispielitem: Bewusst zu werden, dass	M
Schuldgefühle, Verantwortung, Identifizierung mit der Mutter	7	...sie sich aus Schuldgefühlen der Mutter gegenüber stark verantwortlich fühlt und glaubt, sich nicht von ihr abgrenzen zu dürfen.	4,00
problematische Identität als Frau	5	...sie sich einen männlichen Vater wünschte, der sich mit ihr auseinandersetzte und keine Angst vor ihren Gefühlen und vor ihrer Weiblichkeit hatte.	3,67
Wunsch nach Vater	5	...sie der Mutter gegenüber ein schlechtes Gewissen hatte, weil sie meinte, sie hätte mit ihrem intensiven Wunsch nach dem Vater die Mutter krank gemacht und vertrieben.	3,67
Andere ertragen ihre Autonomie nicht	5	...sie eine so enge Beziehung zur Mutter aufrecht erhält und keine Freundschaften oder eine Partnerschaft eingeht, weil sie fürchtet, die Mutter würde ein höheres Maß an Unabhängigkeit von Amalie nicht aushalten und sich dann verlassen fühlen.	3,00
Unterordnung	5	...sie sich immer wieder in die Außenseiter- und Aschenputtelrolle bringt, um die Bedürfnisse anderer nach Überlegenheit zu erfüllen.	2,33
negatives Körper- und Selbstbild	5	...sie sich als unerträglich, hässlich und nicht liebenswert erlebt und deshalb sozialen Kontakt vermeidet und ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht äußert.	3,67
Schuld für Abwesenheit der Eltern übernommen, Alleinsein als Strafe	4	...sie die Abwesenheit von Mutter und Vater in der Kindheit als sehr schlimm erlebt und sich selbst die Schuld dafür gegeben und das Alleinsein als verdiente Strafe erlebt hat.	4,00
Beziehungsvermeidung aus Schuld und Scham	4	...sie sich als unerträglich, hässlich und nicht liebenswert erlebt und deshalb sozialen Kontakt vermeidet und ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht äußert.	3,67
Kirche als Vaterersatz	2	...sie große Sehnsucht nach einem starken Vater hatte, und diese Sehnsucht auf die Autorität der Kirche übertrug.	3,33
Rolle des Vaters übernommen	2	...sie sich für das Wohlergehen der Mutter verantwortlich fühlt, die Rolle ihres Vaters übernimmt und sich männlich identifiziert.	3,67
Konkurrenzvermeidung	1	...sie neben der problematischen Persönlichkeit des Vaters auch selber aktiv dazu beitrug, dass zum Vater keine Beziehung entstehen konnte, weil sie fürchtet, damit die Mutter zu bedrohen.	3,00
Zwangshandlungen aus Schuldgefühlen	1	...ihre Zwangsgedanken und -handlungen der Versuch waren, ihre quälenden Schuldgefühle zu beruhigen.	2,00

\* Mehrfachzuordnungen von Items zu Kategorien möglich. n = Anzahl der Items in der Inhaltskategorie. M = Mittelwert der Relevanzbeurteilung für das Beispielitem (Skala 0–4) der drei BeurteilerInnen

### Plan-Formulierung für Amalie

Amalie ist eine 35-jährige, allein lebende, berufstätige Patientin, die sich wegen zunehmender depressiver Beschwerden in Behandlung begeben hatte. Sie ist sozial isoliert und pflegt engen Kontakt zu ihrer Familie, vor allem zur Mutter. Bisher konnte Amalie keine sexuellen Beziehungen aufnehmen.

Biografie (s. traumatische Erfahrungen, Tab. 2): Amalie steht in der Geschwisterreihe zwischen zwei Brüdern, denen sie sich unterlegen fühlte und fühlt. Ihr Vater ist während ihrer gesamten Kindheit abwesend – zunächst wegen des Krieges, später aus beruflichen Gründen. Amalie nimmt früh die Rolle des Vaters ein und versucht, der Mutter den fehlenden Partner zu ersetzen. Im Alter von drei Jahren erkrankt Amalie an Tuberkulose und muss für sechs Monate lang im Bett liegen. Wegen einer lebensbedrohlichen Tuberkuloseerkrankung der Mutter wird Amalie im Alter von fünf Jahren als erstes der Geschwister zur Tante gegeben, wo sie ungefähr zehn Jahre lang bleibt. Sie wird stark von einer streng religiösen, sinnesfeindlichen und puritanischen Erziehung durch Tante und Großmutter beherrscht. Seit der Pubertät leidet Amalie subjektiv stark an einem idiopathischen Hirsutismus (verstärkte Behaarung), der jedoch objektiv kaum auffallend ist.

Die *pathogenen Überzeugungen* (Tab. 3) beschreiben ein ausgesprochen negatives Selbstbild. Amalie sieht sich als hässlich, schlecht und belastend für ihre Umgebung. Dazu kommt eine als sehr problematisch erlebte Autonomie: Sie erlaubt sich

kaum, sich von anderen abzugrenzen und fühlt sich speziell für das Schicksal der Mutter verantwortlich. Amalie erlebt ihre eigenen Wünsche als gefährlich und verwerflich, insbesondere ihr sexuellen Bedürfnisse.

Wichtige *Ziele* für die Therapie (Tab. 4) sind das Wahrnehmen und Realisieren eigener Wünsche, speziell das Bedürfnis nach einer sexuellen Beziehung zu einem Mann, aber auch nach anderen sozialen Kontakten. Amalie möchte sich unabhängig von äußeren Normen selbst bestimmen und sich von anderen abgrenzen können. Insbesondere möchte sie sich nicht mehr so stark für andere verantwortlich fühlen. Amalie möchte sich und ihren Körper besser akzeptieren und mehr Selbstsicherheit gewinnen.

Zu *hilfreichen Einsichten* (Tab. 5) können Deutungen führen, die Amalie die problematische Situation verdeutlichen, in die sie gekommen ist, als sie bei der Mutter die Rolle des fehlenden Vaters eingenommen hatte. Neben dieser männlichen Identifizierung ist auch ihre Sehnsucht nach dem Vater ein wichtiges Thema. Zentral sind die Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen, in denen Amalie ihr Alleinsein als verdiente Strafe erlebt hat und die sie immer noch daran hindern, enge Beziehungen einzugehen. Mit der durch die väterliche Identifizierung problematischen weiblichen Identität ist auch Amalies negatives Körper- und Selbstbild verbunden. Mit diesem versuchte sich Amalie zu erklären, warum sie von den Eltern allein gelassen wurde und für mögliche Partner abstoßend sein würde. Wichtig sind auch Einsichten, die Amalie verdeutli-

**Tab. 6** Bereich Tests, Inhaltskategorien und Beispielitems.

Inhaltskategorie*	n	Beispielitem	M
Zurückhaltung und Vorsicht	7	Sie wird sich dem Therapeuten sehr vorsichtig öffnen, um zu prüfen, ob der Therapeut wohlwollend bleibt und sie nicht verurteilt.	4,00
Behaarung als hässlich thematisieren	2	Sie wird die virile Behaarung stellvertretend für ihre Hässlichkeit immer wieder thematisieren, um zu prüfen, ob der Therapeut sie trotzdem noch erträgt.	4,00
Sexualität thematisieren	2	Sie wird dem Therapeuten von ihrer sexuellen Lust erzählen, um zu prüfen, ob er sie dafür verurteilt, bestraft oder moralisch an den Pranger stellt, wie es die Kirche tat.	3,67
offener, freier und direkter sprechen	2	Sie wird sich im Verlauf der Therapie mehr Spielraum nehmen und offener und freier reden, um zu prüfen, ob der Therapeut sie einschränkt und in die Schranken weist.	3,67
auf die Uhr schauen	2	Sie wird auf die Uhr schauen, um zu prüfen, ob es dem Analytiker mit ihr zu viel wird und ob sie selber die Verantwortung übernehmen und alles selber machen muss.	3,33
Ärger zeigen	1	Sie wird ihren Ärger (über eine Sache, über eine Person) explizit kundtun, um zu prüfen, ob der Therapeut dies duldet oder sie in die Schranken weist.	3,67
Neugier, Interesse und Begierde zeigen	1	Sie wird den Analytiker nach dem Grund des Settings fragen (kein Blickkontakt), um zu prüfen, ob sie neugierig und begierig sein darf.	3,67
Anliegen und Probleme äußern	1	Sie wird den Therapeuten mit ihren Sorgen und Anliegen konfrontieren, um zu prüfen, ob er genauso wenig Interesse zeigt wie ihr Vater.	3,33
eigene Makel und Schwächen betonen	1	Sie wird ihre Makel und Schwächen immer wieder herauskehren, um zu prüfen, ob der Therapeut sie in ihrer Schlechtigkeit bestätigt.	3,00
Herausforderung und Provokation des Therapeuten	1	Sie wird ihn herausfordern und provozieren, um zu prüfen, ob er genauso passiv ist wie ihr Vater, oder ob er aktiv Stellung beziehen kann.	3,00

\* Mehrfachzuordnungen von Items zu Kategorien möglich. n = Anzahl der Items in der Inhaltskategorie. M = Mittelwert der Relevanzbeurteilung für das Beispielitem (Skala 0–4) der drei BeurteilerInnen

chen, dass sie sich zurückgezogen und anderen untergeordnet hat, weil sie immer befürchtete, dass ihre Selbstständigkeit für andere unterträglich oder gefährlich werden könnte.

In den Tests (Tab. 6) zeigt Amalie in der Therapie einerseits defensive Verhaltensweisen, in denen sie die pathogenen Überzeugungen affirmativ präsentiert, sich dem Therapeuten gegenüber sehr zurückhaltend verhält und sich als hässlich und schwach darstellt. Andererseits wagt sie offensive Verhaltensweisen, in denen sie ihre pathogenen Überzeugungen direkt infrage stellt, indem sie z.B. immer direkter über Sexualität spricht, neugierig ist, den Therapeuten herausfordert und eigene Anliegen einbringt.

### Vergleich mit einer anderen, psychoanalytischen Fallkonzeption

Zum Vergleich sei die Fall-Konzeption von Amalie nach Thomä u. Kächele [45] dargestellt: „Unsere klinischen Erfahrungen rechtfertigen folgende Annahmen: Eine virile Stigmatisierung verstärkt den Peniswunsch bzw. Penisneid, sie reaktiviert ödipale Konflikte. Ginge der Wunsch, ein Mann zu sein, in Erfüllung, wäre das zwitterhafte Körperschema der Patientin widerspruchsfrei geworden. Die Frage: Bin ich Mann oder Frau? wäre dann beantwortet, die Identitätsunsicherheit, die durch die Stigmatisierung ständig verstärkt wird, wäre beseitigt. Selbstbild und Körperidentität stünden dann im Einklang miteinander. Doch kann die unbewusste Phantasie angesichts der körperlichen Wirklichkeit nicht aufrechterhalten werden: Eine virile Stigmatisierung macht aus einer Frau noch keinen Mann. Regressive Lösungen, trotz der männlichen Stigmatisierung zur inneren Sicherheit durch Identifizierung mit der Mutter zu kommen, beleben alte Mutter-Tochter-Konflikte und führen zu vielfältigen Abwehrprozessen“ ([45], S. 90 ff).

### Diskussion

Der Vergleich der beiden Fallkonzeptionen zeigt, dass Thomä u. Kächele sich am Modell des Penisneides orientieren und den Konflikt auf ödipaler Ebene diagnostizieren. Die auf der „Control Mastery“-Theorie basierende Plan-Formulierung bezieht ödipale Themen mit ein, diagnostiziert aber eher eine Störung der „frühen Triangulierung“ [49], in der die bestehende Abhängigkeit der Patientin von ihrer Mutter nicht als eine Regression verstanden wird, sondern als eine gehemmte Entwicklung der Autonomie, die auf bestimmten pathogenen Überzeugungen beruht. Klinisch hätten beide Fallkonzeptionen unterschiedliche Konsequenzen für die Deutungsarbeit und möglicherweise auch für therapeutische Interventionen. Aus Weissers Sicht müssten vor allem Amalies Gefühl von Verantwortung für ihre Beziehungspartner und daraus resultierende Schuldgefühle, die letztlich der Aufrechterhaltung der Bindung an die Mutter und der abgewehrten Sehnsucht nach dem Vater dienen, thematisiert werden.

Ein Vergleich, welche der beiden Konzeptionen welche Aspekte des therapeutischen Prozesses klären kann, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.

Auch wenn unsere Untersuchung auf einen Einzelfall begrenzt ist, konnten wir doch zeigen, dass die Methode der Plan-Formulierung auch außerhalb der Gruppe um Weiss u. Sampson und dem englischen Sprachraum reliabel anwendbar ist, was einen Beitrag zur Etablierung der Methode darstellt.

Im Unterschied zur SFPRG wählten wir für die inhaltliche Reduktion der Items, die über dem Mittelwert der Beurteiler liegen, für die endgültige Plan-Formulierung ein strukturiertes inhaltsanalytisches Vorgehen, das eine Kategorisierung auf bestimmten Abstraktionsebenen ermöglicht. Bei zukünftigen Ar-

beiten wäre im Rahmen einer methodischen Weiterentwicklung eine empirische Überprüfung der Zuordnung der Items zu den Kategorien denkbar. Ein Nachteil dieses Vorgehens besteht darin, dass die sehr spezifisch formulierten Items zu eher allgemein wirkenden Katgeorien zusammengefasst werden.

Die hohen Reliabilitäten sind zum einen damit zu erklären, dass komplexe Formulierungen auf einfache, klar strukturierte Komponenten reduziert werden, und die Beurteiler jeweils nur einzelne Items und nicht vollständige Formulierungen bewerten, und zum anderen darauf zurückzuführen, dass die Beurteiler die gleiche theoretische Position vertreten [24].

Verglichen mit anderen Methoden zur Erfassung interpersoneller Muster, die mit standardisierten Kategorien arbeiten, erlaubt die Methode der Plan-Formulierung keine interpersonelle Vergleichbarkeit. Sie bietet jedoch den Vorteil einer individuellen, fallspezifischen Formulierung, die zum einen sehr nah am Text bleibt, zum andern aber auch Inferenzen und klinische Schlüsse erlaubt.

Eine besondere Stärke der Methode liegt darin, dass die verschiedenen Bereiche hohe klinische Relevanz haben [23]. Die in den Bereichen Traumata, pathogene Überzeugungen und Einsichten ermittelten Items stellen die wesentliche Grundlage der Deutungsarbeit dar. Die vorhergesagten Tests können dem Therapeuten dazu dienen, sich mögliche Übertragungs-Gegenübertragungs-Inszenierungen bewusst zu machen und hilfreiche, patientenspezifische therapeutische Interventionen zu entwickeln.

Die in der Plan-Formulierung erfassten Ziele ermöglichen eine Kontrolle i.S. der Zielerreichung im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung und können dem Therapeuten als Wegweiser für die praktische therapeutische Arbeit dienen.

Die Methode bietet außerdem die Möglichkeit, Therapieerfolg nicht nur anhand der Symptomatik und mit allgemeinen Verfahren (z.B. Fragebogen) zu erfassen, sondern mit fallspezifischen Instrumenten die zugrunde liegenden psychologischen Prozesse, die zu dauerhaften Veränderungen führen, zu untersuchen. Die von Silberschatz et al. [50] entwickelte „Plan Attainment-Scale“ erlaubt die Beurteilung, inwieweit der Patient seine spezifischen Ziele erreicht und seine pathogenen Überzeugungen überwunden hat, und ob er grundlegende Einsichten erwerben konnte.

Die mit der Methode ermittelte Plan-Formulierung kann im Sinne eines wechselnden Fokus verstanden werden und dient der Strukturierung eines Falles und der Hypothesengenerierung, die im Verlauf der Behandlung ständig überprüft und ergänzt werden müssen (vgl. [51]). Ähnlich wie Caspar in seiner „Plananalyse“ eine Hierarchie der Pläne festlegt [52], ändert sich die Relevanz der mit der Planformulierung erarbeiteten Items entsprechend der Therapiephasen oder Lebensabschnitte.

Neben den in der Plan-Formulierung erfassten fünf Bereiche Traumata, Ziele, Tests, pathogene Überzeugungen und Einsichten wären weitere Komponenten denkbar, die mit der Methode bis jetzt nicht systematisch erfasst werden (z. B. Ressourcen des Patienten).

Weiss sieht in den Patienten aktive Mitgestalter des therapeutischen Prozesses, die an einer Problemlösung interessiert sind, Einsichten erlangen wollen und durch Tests in der therapeutischen Beziehung nach korrigierenden emotionalen Erfahrungen suchen und unbewusst, aber „planvoll“ an der Widerlegung ihrer pathogenen Überzeugungen arbeiten. Seine allgemeine Theorie der Psychotherapie basiert auf klinischen Beobachtungen und wird von umfangreichen empirischen Befunden gestützt. Für die von Weiss beanspruchte allgemeine Gültigkeit seiner Theorie des therapeutischen Prozesses steht die empirische Validierung an klinischem Material anderer Therapieformen allerdings noch aus. Die Arbeiten der SFPRG stellen jedoch eindrucksvoll dar, wie Theoriebildung durch empirische Forschung fundiert und bereichert werden kann.

## Literatur

- <sup>1</sup> Gill MM. Psychoanalysis in Transition. A Personal View. Hillsdale, New York, London: The Analytic Press, 1994
- <sup>2</sup> Weiss J. How psychotherapy works: process and technique. New York: The Guilford Press, 1993
- <sup>3</sup> Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group. The psychoanalytic process: theory, clinical observations and empirical research. New York: Guilford Press, 1986
- <sup>4</sup> Dahl H, Kächele H, Thomä H. Psychoanalytic Process Research Strategies. Berlin: Springer, 1988
- <sup>5</sup> Freud S. Das Ich und das Es. GW XIII, 1923: 234 – 289
- <sup>6</sup> Freud S. Hemmung, Symptom und Angst. GW XIV, 1926: 11 – 205
- <sup>7</sup> Freud S. Abriss der Psychoanalyse. GW XVII, 1938: 63 – 139
- <sup>8</sup> Winnicott DW. The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development. New York: International Universities Press, 1965
- <sup>9</sup> Fairbairn WRD. Psychoanalytic studies of personality. London: Tavistock, Routledge & Kegan, 1952
- <sup>10</sup> Sullivan HS. Conceptions of modern psychiatry: The first William Alason White Memorial Lectures. Psychiat 1940; 3: 1 – 117
- <sup>11</sup> Bowlby J. Attachment and Loss, Attachment. New York: Basic Books, 1969
- <sup>12</sup> Bowlby J. Attachment and Loss, Separation anxiety and anger. New York: Basic Books, 1973
- <sup>13</sup> Bowlby J. Attachment and Loss, Loss, sadness and depression. New York: Basic Books, 1980
- <sup>14</sup> Stern D. Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992
- <sup>15</sup> Volkart R. Fiebriges Drängen, erstarrender Rückzug. Emotionen, Fantasien und Beziehungen bei Borderline-Persönlichkeitsstörung und Depression. Bern, Berlin, Frankfurt a. M., New York, Paris, Wien: Peter Lang, 1993
- <sup>16</sup> Modell A. On having the right to a life: An aspect of the superego's development. Int J Psycho-Anal 1965; 46: 323 – 331
- <sup>17</sup> Niederland WG. The problem of the survivor. Journal of Hillside Hospital 1961; 1: 233 – 247
- <sup>18</sup> Niederland WG. The survivor syndrome: Further observations and dimensions. Journal of American Psychoanalytic Association 1981; 29: 413 – 425
- <sup>19</sup> Alexander F, French TM. Psychoanalytic therapy. New York: The Ronald Press Company, 1946
- <sup>20</sup> Albani C, Blaser G, Geyer M, Kächele H. Die „Control-Mastery“ Theorie – eine kognitiv orientierte psychoanalytische Behandlungstheorie von Joseph Weiss. Forum der Psychoanalyse 1999; 15: 224 – 236
- <sup>21</sup> Volkart R. Patient und Therapeut zwischen Skylla und Charybdis! Die Interpretation eines Transkriptes mit dem Psychotherapie-Prozess-Modell von Joseph Weiss. In: Buchholz MB (Hrsg): Psychotherapeutische Interaktion – Qualitative Studien zu Konver-



- sation und Metapher, Geste und Plan. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1995: 127 – 172
- <sup>22</sup> Caston J. Manual on how to diagnose the Plan. In: Weiss J, Sampson H, Caston J, Silberschatz G (Hrsg): Research on the psychoanalytic process – A comparison of two theories about analytic neutrality. San Francisco: The Psychotherapy Research Group, Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center, 1977: 15 – 21
- <sup>23</sup> Curtis JT, Silberschatz G. Clinical implications of research on brief dynamic psychotherapy: I. Formulating the patient's problems and goals. *Psychoanal Psychol* 1986; 3: 13 – 25
- <sup>24</sup> Curtis JT, Silberschatz G, Sampson H, Rosenberg SE, Weiss J. Developing reliable psychodynamic case formulations: An illustration of the plan diagnosis method. *Psychotherapy* 1988; 25: 256 – 265
- <sup>25</sup> Curtis JT, Silberschatz G, Sampson H, Weiss J. The plan formulation method. *Psychotherapy Research* 1994; 4: 197 – 207
- <sup>26</sup> Rosenberg SE, Silberschatz G, Curtis J T, Sampson H, Weiss J. A method for establishing the reliability of statements from psychodynamic case formulations. *Am J Psychiat* 1986; 143: 1454 – 1456
- <sup>27</sup> Persons JB, Curtis JT, Silberschatz G. Psychodynamic and cognitive-behavioral formulations of a single case. *Psychotherapy* 1991; 28: 608 – 617
- <sup>28</sup> Collins WD, Messer SB. Extending the plan formulation method to an object relations perspective: reliability, stability, and adaptability. *Psychol Assess* 1991; 3: 75 – 81
- <sup>29</sup> Curtis JT, Ransohoff P, Sampson F, Brumer S, Bronstein AA. Expressing warded-off contents in behavior. In: Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Hrsg): The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research. New York: Guilford Press, 1986: 187 – 205
- <sup>30</sup> Silberschatz G, Fretter P, Curtis J. How do interpretations influence the progress of psychotherapy? *J Consul Clin Psychol* 1986; 54: 646 – 652
- <sup>31</sup> Bush M. Plan compatibility scale. In: Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Hrsg): The psychoanalytic process – Theory, clinical observations, and empirical research. New York: Guilford Press, 1986: 392 – 393
- <sup>32</sup> Klein M, Mathieu PL, Gendlin ET, Kiesler DJ. The experiencing scale: A research and training manual. Madison, WI: Psychiatric Institute, Bureau of Audio Visual Instruction, 1970
- <sup>33</sup> Norville R, Sampson H, Weiss J. Accurate interpretations and brief psychotherapy outcome. *Psychotherapy Research* 1996; 6: 16 – 29
- <sup>34</sup> Malan DH. A study of brief psychotherapy. London: Tavistock, 1963
- <sup>35</sup> Silberschatz G, Curtis JT. Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic process. *J Consul Clin Psychol* 1993; 61: 403 – 411
- <sup>36</sup> Silberschatz G. Testing pathogenic beliefs. In: Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Hrsg): The psychoanalytic process – Theory, clinical observations, and empirical research. New York: Guilford Press, 1986: 256 – 266
- <sup>37</sup> Caston J, Goldman RK, McClure MM. The immediate effects of psychoanalytic interventions. In: Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Hrsg): The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research. New York: Guilford Press, 1986: 277 – 298
- <sup>38</sup> Volkart R, Heri I. Kann man „die Spirale aus Scham, Wut und Schuldgefühlen durch Lachen auflösen“? *Psychotherapeut* 1998; 43: 179 – 191
- <sup>39</sup> Volkart R, Walser B. Mimic reactions after a passed and a failed test in psychotherapy. Universität Ulm: Vortrag, 20th Workshop psychoanalytic Process Research Strategies, 19. – 21.6.1997
- <sup>40</sup> Volkart R, Walser B. Patient's nonverbal reactions after therapeutic interventions: A pilot study based on the Control-Mastery Theory of the psychotherapeutic process. *European Psychotherapy*, im Druck
- <sup>41</sup> Ekman P, Friesen WV. The facial action coding system. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1978
- <sup>42</sup> O'Connor LE, Berry J, Weiss J, Bush M, Sampson H. Interpersonal guilt: The development of a new measure. *J Clin Psychol* 1997; 53: 74 – 89
- <sup>43</sup> Menaker A. The relationship between attributional style and interpersonal guilt. Alameda, CA: California School of Professional Psychology, 1995
- <sup>44</sup> O'Connor LE, Berry JW, Inaba D, Weiss J, Morrison A. Shame, guilt, and depression in men and women in recovery from addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1994; 11: 503 – 510
- <sup>45</sup> Thomä H, Kächele H. Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 2: Praxis. Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo: Springer, 1988
- <sup>46</sup> Kächele H, Schinkel A, Schmieder B, Leutzing-Bohleber M, Thomä H. Amalie X – Verlauf einer psychoanalytischen Therapie. *Colloquium Psychoanalyse (Berlin)* 1999; 4: 67 – 83
- <sup>47</sup> Luborsky L, Albani C, Eckert R. Manual zur ZBKT-Methode (deutsche Übersetzung mit Ergänzungen). *Psychother Psychosom med Psychol*, 1992; 5 (Diskjournal)
- <sup>48</sup> Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz, 1993
- <sup>49</sup> Abelin EF. Role of the father in the separation-individuation process. In: McDevitt JB, Settlage CF (Hrsg): Separation-Individuation, Essays in Honor of Margaret S. Mahler. New York: International Universities Press, 1971
- <sup>50</sup> Silberschatz G, Curtis JT, Nathans S. Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy. *Psychotherapy* 1989; 26: 40 – 46
- <sup>51</sup> Thomä H, Kächele H. Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1: Grundlagen. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer, 1985
- <sup>52</sup> Caspar F. Psychotherapeutische Plananalyse. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1996
- <sup>53</sup> Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull* 1979; 86: 420 – 428

Dr. Cornelia Albani

Universitätsklinikum Leipzig AöR  
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin  
K.-Tauchnitz-Str. 25  
04107 Leipzig