

Dahlbender RW, Albani C, Kächele H (1997) Wünsche und ihre Ver-Bindungen - eine Einzelfallstudie mit der Methode der Zentralen Beziehungsmuster. *Journal für Psychologie* 5: 13-32

## **Wünsche und ihre Ver-Bindungen - eine Einzelfallstudie mit der Methode der Zentralen Beziehungsmuster**

**Reiner W. Dahlbender<sup>1</sup>, Cornelia Albani-Blaser<sup>2</sup> & Horst Kächele<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm, Am Hochsträß 8, D-89081 Ulm  
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Horst Kächele)

<sup>2</sup> Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universität Leipzig, Karl-Tauchnitz-Straße 25,  
D-04107 Leipzig (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Michael Geyer)

### **Key-words**

interpersonal relationships, internalisation, attachment, transference, psychotherapy research, core conflictual relationship theme method,

### **Korrespondenzadresse**

Dr. med. Reiner W. Dahlbender  
Universität Ulm - Klinikum  
Abteilung Psychotherapie  
Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik  
Am Hochsträß 8

D-89081 Ulm

Fon: +49 (0)731 502-5680/-1

Fax: +49 (0)731 502-5662

E-mail: [dahlb@sip.medizin.uni-ulm.de](mailto:dahlb@sip.medizin.uni-ulm.de)

## Einleitung

Wünsche bilden das Kernstück psychoanalytischer Motivationstheorien (vgl. z. B. Lichtenberg 1989; Modell 1984; Sandler 1982). Enttäuschte Bindungs- und Beziehungswünsche zählen zu den prominentesten Klagen von Menschen auf der Suche nach professioneller psychotherapeutischer Hilfe. Gleichgültig, ob als Konstrukte, Schemata, Repräsentanten, Modellszenen etc. konzipiert (vgl. Singer & Salovey 1991), gehen heute viele Ansätze davon aus, daß jeder im Laufe seiner Lebensgeschichte die positiven wie negativen Bindungs- und Beziehungserfahrungen zu einem relativ stabilen Set von mehr oder weniger impliziten Annahmen bzw. Vorstellungen über die Welt, die Objekte, sich selbst, den Körper, die interpersonellen Transaktionen etc. internalisiert. Diese vielfach determinierten internalisierten Bindungs- und Beziehungserfahrungen bleiben zeitlebens eng mit dem aktuellen affektiven Erleben auf äußerst wirksame Weise vernetzt (Stern 1992; Lichtenberg 1991; Spranger & Zimmermann 1995). Indem diese die inneren (Entwicklungs-)Konflikte und die Bemühungen um ihre Abwehr bzw. Meisterung zu einem lebensgeschichtlich determinierten Muster konfigurieren, geben sie Auskunft über wichtige Aspekte der Persönlichkeitsstruktur (Kernberg 1985; 1996). Die verinnerlichten Subjekt-Objekt-Bilder unterstützen die alltägliche interpersonelle Orientierung. Daß sie auch als Verzerrungsbias fungieren, erlebte bekanntlich Breuer mit seiner Patientin Anna wider Willen und Freud mußte die Macht dieser inneren Bilder mit seiner Patientin Dora als *Übertragung* wiederentdecken. Von Freud zunächst als Störung im Verhältnis zum Kranken und als Grund des Mißerfolges der Dora-Analyse angesehen, erkannte er in ihr allmählich das "mächtigste Hilfsmittel in der Behandlung" (Freud 1895, 1905, 1923). Nicht nur psychodynamisch orientierte Therapiekonzeptionen stimmen heute darin überein, daß bei seelischen Störungen biographisch bestimmte, sich aktuell immer neu bestätigende konflikthafte Beziehungsstrukturen im multifaktoriellen neurotischen Geschehen mitwirken. Gleichfalls besteht heute ein breiter Konsens, die Beziehung zwischen Patient und Arzt als das entscheidende Moment zur Veränderung derartig neurotisch eingengter Beziehungsmuster im therapeutischen Prozeß zu konzipieren (vgl. Orlinsky 1994). In der Psychotherapieforschung erlangten innere Beziehungsmuster praktische Bedeutung seit Mitte der 70er Jahre. Zahlreiche Arbeitsgruppen bemühten sich, Subjekt-Objekt-Relationen im therapeutischen Kontext zu identifizieren und klinisch wie empirisch fruchtbar zu machen. Vor allem in den 80er Jahren proliferierten derartige Methoden immens (vgl. Henry et al. 1994). Das Überwiegen methodisch orientierter

Publikationen vor klinischen Anwendungen, weist darauf hin, daß viele dieser Instrumente bezüglich ihrer Operationalisierungen bis heute allerdings noch nicht ausreichend stabilisiert sind.

Wünsche in ihrer Verbindung mit Objekt- und Subjektreaktionen sind die inhaltlichen Bestimmungsstücke eines von Psychotherapieforschern wie Klinikern gleichermaßen genutzten Instruments zur Formulierung internalisierter Beziehungskonfigurationen. Im Folgenden wird die von Luborsky (1977) entwickelte *Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT)*, die im deutschen Sprachraum als *Zentrales Beziehungskonflikt Thema (ZBKT)* (Luborsky & Kächele 1988) eingeführt ist, vorgestellt und an einem Anwendungsbeispiel illustriert. Klinikern ist der Name Luborsky vor allem durch die deutsche Übersetzung seines Lehrbuches der analytischen Psychotherapie (Luborsky 1995) bekannt geworden. Die von ihm in Topeka entwickelte Form der *expressiv-supportiven Psychotherapie* ist eine konsequente klinische Umsetzung des Beziehungskonfliktthemas und entspricht weitgehend dem Konzept der psychoanalytischen Psychotherapie. Psychotherapieforscher verbinden seinen Namen seit zwanzig Jahren aufs Engste mit der Penn Psychotherapy Study, in der wichtige Beiträge zur Fundierung der psychoanalytischen Behandlungstheorie erarbeitet wurden (Luborsky & Crits-Christoph 1988). Als Nebenprodukt zur empirischen Bestimmung des Konzeptes der *Hilfreichen Beziehung* entstand hier auch die ZBKT Methode. Diese hat Luborsky in einem umfangreichen Forschungsprogramm zur Operationalisierung eines strukturellen Übertragungskonzeptes sukzessive weiterentwickelt (Luborsky et al. 1994; Kächele & Dahlbender 1993). Nur wenige Konzepte der psychoanalytischen Behandlungstheorie können eine solch systematische Erkundung und Überprüfung vorweisen. Mit "Understanding Transference" (Luborsky & Crits-Christoph 1990), das in Kürze in zweiter Auflage erscheinen wird, liegt eine zusammenfassende Darstellung der langjährigen und vielfältigen Untersuchungen zur ZBKT Methode vor. Mit "The CCRT Method and its Discoveries" (Luborsky et al., in Vorbereitung) wird eine forschungsorientierte Standortbestimmung vorgenommen werden.

### **Die Methodik des Zentralen Beziehungskonflikt Themas (ZBKT)**

Sie ist ein klinischen Schlußbildungsprozessen nahestehendes inhaltsanalytisch-kategorial orientiertes Verfahren, das die in Narrativen subjektiv organisierten

Beziehungserfahrungen fokussiert. Die komplexe internalisierte Erfahrung wird als subjektiv motivierter prototypischer Interaktionsalgorithmus zwischen Subjekt und 'signifikanten anderen' gefaßt und prinzipiell in drei einzelne Komponenten zerlegt: Aus dem häufigsten Wunsch des Subjektes, der häufigsten Reaktion des Objektes auf diesen Wunsch und der häufigsten Reaktion des Subjekts darauf wird schließlich die quantifizierte Qualität des *Zentralen Beziehungskonflikt Themas* komponiert, wobei in Abhängigkeit vom Grad der erzielten Wunschbefriedigung positive oder negative Reaktionskomponenten unterschieden werden.

Die Auswertung basiert auf mehr oder weniger lange zurückliegenden Real-Interaktionen. Dabei wird angenommen, daß lebensgeschichtlich "geronnene" Beziehungserfahrungen wie "eingebrannte Klischees" in den sog. *Beziehungsepisoden* (BE) verdichtet sind (Bruner 1986; Flader & Giesecke 1980), die die subjektiv-rekonstruierende Perspektive der Erzählung und ihren situativen Rahmen weitestgehend "transzendieren". Die ZBKT-Methode läßt damit den narrativen Interaktionskontext und den möglichen Einfluß der Untersuchungssituation mehr oder minder systematisch zugunsten struktureller Momente zurücktreten. Je mehr Narrative zur Verfügung stehen, um so weniger zufallsbedingt ist die Auswahl und um so höher die transssituative Generalisierbarkeit.

Unterschieden werden Objekt-Beziehungsepisoden, in denen es um Interaktionen mit Objekten (z. B. Primärobjekte, Partner, Freunde, Kollegen, Therapeut etc.) geht und Selbst-Beziehungsepisoden, in denen das Subjekt mit sich selbst, wie mit einem Objekt umgeht. Letztere sollten getrennt ausgewertet werden, da sie kein interpersonell-interaktionelles, als vielmehr ein intrapersonelles-intrapsychisches Geschehen ohne scharfe Subjekt-Objekt-Differenzierung sind. Dabei können Beziehungsepisoden unterschieden werden, die die Erzählung einer konkreten Interaktions-Szenerie in einem mehr oder weniger einheitlichen Objekt-Raum-Zeit-Kontext zum Inhalt haben und solche, die Beziehungserfahrung aus unterschiedlichen Kontexten abstrahieren bzw. verdichten. Eine kritikwürdige Ausnahme sind Beziehungsepisoden, in denen die Beziehung zum Therapeuten nicht als Narrativ, sondern als reale Inszenierung in ausagierender Weise dargestellt wird. Die Ulmer Arbeitsgruppe ist dazu übergegangen, diese "enactments" nicht zu beurteilen, weil sie weitaus mehr realprozeßualen, denn narrativ-inhaltlichen Charakter haben und das Verhältnis von Subjekt und Objekt nicht klar ausgemacht werden kann. Da die für den

therapeutischen Prozeß u.U. äußerst wichtige Realinteraktion nur höchst selten in narrativen Episoden zum Ausdruck kommen kann, versucht die ZBKT-Gruppe am Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt/M. das vermeintliche Erleben des Patienten zum Inhalt von Therapeut-X genannten Beziehungsepisoden zu machen, so als ob der Patient darüber erzählt hätte. Gegenwärtig ist noch offen, inwieweit sich diese Prozeß-Inhalt-Transformation bewähren wird.

Das verbale Material der ZBKT-Methode stammt aus naturalistischen Erzählsituationen und wird klassischerweise am Transkript, inzwischen aber auch am Tonband oder Video eingeschätzt. Ursprünglich wurden Beziehungsepisoden aus Therapiesitzungen untersucht. Inzwischen bietet das Beziehungsepisoden-Interview (Luborsky 1990a; Dahlbender et al. 1993), das den Erzähler anregt, frei über Beziehungen zu anderen Menschen zu erzählen, die Möglichkeit, unabhängig von der Therapie Episoden zu erhalten. Hierbei ist es möglich, auf bestimmte Objekte bzw. Objektkonstellationen, auf Lebensphasen oder spezifische Lebenssituationen zu fokussieren. Mittlerweile wurden auch Verfahren entwickelt, um Beziehungsepisoden von kleineren Kindern (Dengler 1990; Luborsky et al. 1995), von Paaren (Kreische & Biskup 1990), Familien (Frevert et al. 1992) oder Gruppen (Finneburg & Klein 1993) zu erhalten.

Die klassische manualgeleitete Auswertung (Luborsky 1990b; Luborsky u. Mitarb. von Albani & Eckert 1991; Dahlbender et al. 1993) sieht ein schrittweises Vorgehen bei einem mittlerer Niveau der Schulbildung vor. Nur solche Beziehungsepisoden, die ein definiertes Vollständigkeitskriterium übersteigen werden in die spätere Auswertung einbezogen. Die Einschätzung der ZBKT-Komponenten kann zum einen in sog. *maßgeschneiderten* Formulierungen erfolgen, die charakteristisch für den individuellen Patienten sind. Zum anderen stehen für den interpersonellen Vergleich *Standardkategorien* mit 34 Wünschen und jeweils 30 Reaktionen des Objektes bzw. des Subjektes sowie jeweils 8 *Cluster-Standardkategorien* zur Verfügung (Barber, Crits-Christoph & Luborsky 1990). Ferner liegt eine mehrdimensionale, individuell erweiterbare Objektliste vor (Dahlbender et al. 1993). Von der jeweiligen Fragestellung hängt es ab, ob eher die gegenwärtige oder die historische Erlebensperspektive des Erzählers der Einschätzung zugrunde gelegt wird und ob die Beziehungsepisoden innerhalb des (klinischen) Kontextes, in dem sie entstanden sind oder herausgelöst in einer zufälligen Reihenfolge beurteilt werden. Mittlerweile wurden eine ganze Reihe von Auswertungsmodifikationen entwickelt,

die bislang aber noch nicht als Standard gelten können. Die Praxis der Auswertung wird exemplarisch beschrieben in Dahlbender & Kächele (1994).

**Tabelle 1 ZBKT-Auswertungsschritte**

- 
1. Identifizierung von BE's durch Rater A;
  2. Identifikation und Einschätzung der BE-Komponenten durch Rater B:
    - Wunsch des Subjets (W),
    - Reaktion des Objekts (RO),
    - Reaktion des Subjekts (RS),
    - Bewertung der Reaktionskomponenten bezüglich des Ausmaßes der Wunscherfüllung (positiv bzw. negativ),  
und zwar entweder:
      - \* individuell maßgeschneidert (text-, phänomen- u. erlebnisnahe) oder
      - \* mittels Standardkategorien bzw. Cluster-Standardkategorien;
  3. Formulierung der vorläufigen ZBKT-Formulierung;
  4. Überprüfung bzw. Überarbeitung der Komponenten am Material;
  5. Festlegung der endgültigen ZBKT-Formulierung.

Für die Auswertung etwa einer Therapiestunde am Transkript benötigt ein erfahrener Rater 6-8 Stunden. Auswertung und Dokumentation können durch geeignete Software (z. B. Code-A-Text; Cartwright 1996) etwas erleichtert werden. Die Modellierung und statistische Prüfung der Beziehungsmuster erfolgt schließlich mit Hilfe der Datenanalyse. Dabei hängt es vom jeweiligen Erkenntnis- und Verwertungsinteresse ab, was als zentral, prägnant, charakteristisch, auffällig, irrelevant etc. gelten soll. Wenn es beispielsweise um die Beschreibung des Repertoires der Beziehungsmöglichkeiten geht, die einem Menschen grundsätzlich zu Verfügung stehen, wird das Kriterium anders ausfallen können, wie wenn es um sein Repertoire in speziellen Objektbeziehungen oder Situationen geht. Auch legt eine psychoanalytische Langzeittherapie sinnvollerweise eine andere Perspektive nahe, wie eine von vornherein zeitlich befristete Fokalthherapie. In der Ulmer Gruppe wurden differenzierte Vorstellungen erarbeitet, wie die Daten auf den verschiedenen Ebenen sinnvoll zu analysieren und welche statistischen Prüfprozeduren angemessen sind (Pokorny

& Blaser 1996). Speziell für die Mustersuche steht ein mittlerweile erprobtes Software-Paket (EXACT; Pokorny 1996) zur Verfügung.

Mittlerweile liegen zahlreiche Untersuchungen vor, welche die Reliabilität und Validität des Verfahrens untermauern (Luborsky & Crits-Christoph 1990; Barber & Crits-Christoph 1993; Crits-Christoph et al. 1988). Hohe Rater-übereinstimmung für die Beziehungsepisodenlokalisation fanden Bond, Hansell und Shevrin (1987). Crits-Christoph et al. (1990) identifizierten in 89% bzw. 97% der Fälle das selbe bzw. ein vergleichbares Objekt. In einer älteren Reliabilitätsstudie (Dahlbender et al. 1991) konnten wir bei einem auf Zeilenebene definierten Kriterium ( $\pm 3$  Zeilen) in 87% übereinstimmende BE-Grenzen und sogar in 98% das gleiche Objekt identifizieren. Für die in Standardkategorien bestimmten Wünsche fanden sich ein mittleres gewichtetes Kappa von .63, für die Reaktionen des Objekts von .66 und für die Reaktionen des Subjekts von .69 (Luborsky & Diguer 1995). Wesentlich niedrigere Übereinstimmungen beim Vergleich von Transkript- vs. Videoeinschätzungen berichteten Zander et al. (1995a, 1995b). Für die Übereinstimmung aller drei ZBKT-Komponenten und ihrer Bewertungen fanden wir im paarweise durchgeführten Ratervergleich ein mittleres nicht gewichtetes Kappa von .69 zwischen unterschiedlich erfahrenen Ratern (Dahlbender et al. 1991). In einer naturalistischen Transkript-Video-Vergleichsstudie mit zwei Ratern an 32 BE-Interviews bei einem Crossover-Design fanden wir für alle 24 Cluster-Standardkategorien einen mittleren Intra-Class Koeffizienten von .59 (Pokorny et al. 1996).

Die Validität des Verfahrens kann durch eine Reihe von Ergebnissen untermauert werden. Mit Hilfe der ZBKT-Methode konnten Luborsky und seine Mitarbeiter 10 bzw. 17 von 22 Freud'schen Beobachtungen im Zusammenhang mit dem Übertragungsgeschehen bestätigen (vgl. Luborsky et al. 1991, Luborsky et al. 1994). Sie folgerten zwar, daß das ZBKT und das Übertragungskonzept zahlreiche, wesentliche Gemeinsamkeiten aufweisen, ohne den zugrunde gelegten Übertragungsbegriff näher zu bestimmen. Nach Kächele und Dahlbender (1993) zielt der ZBKT-Ansatz auf einen strukturellen im Unterschied zu einem prozessualen Übertragungsbegriff ab. Eckert et al. (1990) konnten in einer nosologisch orientierten Studie mit 21 depressiven Patienten zeigen, daß sich das ZBKT gut mit den klinischen Beschreibungen der analytischen Depressionsvariante deckt und zudem mit der Schwere ihrer depressiven Symptomatik moderat korrelierte. In einer Therapiestudie konnten Crits-Christoph,



Cooper & Luborsky (1988) an psychodynamisch behandelten Patienten nachweisen, daß die Genauigkeit, mit der eine Interpretation des Therapeuten die W- plus RO-Komponente des Patienten thematisiert, sich zur Vorhersage des Therapieergebnisses eignet, und zwar unabhängig von jeweiligen der Qualität der therapeutischen Allianz und der technischen Fähigkeiten des Therapeuten. Aus der Tatsache, daß die RS-Komponente, die zu einem großen Teil affektive Regungen des Subjekts erfaßt, nicht zur Vorhersage beitrug, folgerten die Autoren, daß die ausschließliche Fokussierung des emotionalen Zustandes des Patienten keine erfolgreiche therapeutische Strategie ist. Ferner konnten Crits-Christoph, Barber & Kurcias (1993) zeigen, daß das Ausmaß, in dem Therapeuten das ZBKT ihres Patienten zutreffend ansprachen, eine Vorhersage der weiteren Entwicklung der therapeutischen Allianz gestattet, und zwar unabhängig von deren initialen Niveau. Crits-Christoph & Luborsky (1990a) konnten ferner belegen, daß das Verständnis, das Patienten von ihrem eigenen ZBKT in frühen Behandlungsstunden entwickelten, mit dem späteren Behandlungsergebnis moderat korrelierte. Die Brauchbarkeit der ZBKT-Methodik zur formalisierten Fokusformulierung konnten Dahlbender et al. (1995) demonstrieren. Untersuchungen zur Diskriminanz- und Konvergenzvalidität liegen bislang nur wenige vor. Verschiedentlich sind Fragebogenansätze und Versuche unternommen worden, Patienten ihre Interviews selbst einschätzen zu lassen (vgl. Crits-Christoph & Luborsky 1990b; Dahlbender et al. 1996). Sie sind allerdings keine Alternative für die relativ aufwendigen Experteneinschätzungen, können aber als theoretisch kompatible Ergänzungen bei manchen Fragestellungen, etwa als Screeninginstrument eingesetzt werden. Mit Hilfe des Referential Activity-Ansatzes (Bucci 1995) können Beziehungsepisoden erfolgreich identifiziert werden, sogar computergestützt. Grenyer (1995) konnte die ZBKT-Bewertungen der Reaktionskomponenten zur Beurteilung der Meisterung interpersoneller Konflikte nutzen und Verbindungen zur Schwere der Gesundheitsstörung herstellen<sup>1</sup>. Seganti (1995) konnte erfolgreich die Fähigkeit der ZBKT-Methode nutzen, zwischen besonders schlecht und besonders gut endenden Beziehungsepisoden zu unterscheiden. Er integrierte sie in seine *Prototype Variation Method*, mit der er vor allem die Entwicklung von idealisierten und negativen Übertragungskonstellationen im Verlauf der Therapie abzubilden versucht.

---

<sup>1</sup> Ein deutschsprachiges Manual zur Einschätzung der Meisterung (Mastery) interpersoneller Konflikte (Grenyer, Dahlbender & Reichenauer) ist in Vorbereitung und wird voraussichtlich 1997 vorliegen.

Die ZBKT-Methode ist mit ähnlichen Auswertungsproblemen konfrontiert, wie sie auch bei anderen inhaltsanalytisch orientierten Verfahren bekannt sind, z.B. der inhaltlichen Überdetermination oder dem Wechsel der Zeitperspektive in einer Beziehungsepisode, der Verwendung von Negationen, Fragen, Metaphern, Zitaten oder dem Umgang mit extraverbalen verständnistragenden Mitteilungen. Auch erscheint es nicht immer zweckmäßig die Komplexität triadischer bzw. multipersonaler Interaktionen auf die Überschaubarkeit einer idealtypischen dyadischen Interaktion zu reduzieren oder Erzählungen über generalisierte, aber nichtsdestoweniger signifikanter anderer bzw. abstrakte Objekte mit deutlicher Beziehungsqualität unbeachtet zu lassen. Die jeweils gewählten Operationalisierungslösungen hängen stark von der Fragestellung ab. Das Häufigkeitskonzept läßt außer Acht, daß je nach Kontext auch Seltenes, u.U. gerade weil es so selten ist, von zentraler subjektiver Bedeutung sein kann und führt, wenn mehrere Kategorien gleich häufig sind, nicht immer zu einem eindeutigen W-RO-RS-Muster. Manche Anwender sind daher dazu übergegangen, die zwei oder drei häufigsten Kategorien pro Komponente frei zu kombinieren, um das klinisch jeweils plausibelste ZBKT zu formulieren. Das rein pragmatische Zusammenfügen von drei unabhängige Komponenten zu einem komplexen Muster, dem ein subjektiv motivierter Interaktionsalgorithmus unterlegt wird, kann u. U. zu zufälligen, inhaltlich wie psychologisch wenig sinnvollen Beziehungszusammenhängen führen.

In der Ulmer Arbeitsgruppe waren wir daher darum bemüht, das ZBKT zu einem Instrument weiter zu entwickeln, das nicht nur ein einziges, sondern multiple, und zwar zusammenhängende Beziehungsstrukturen identifiziert, wie sie tatsächlich im Text vorkommen. Mit dem sog. A-level bestimmen wir für jede Beziehungsepisode eine W-RO-RS-Kombination, die einen plausiblen Zusammenhang aus der Sicht des Erzählers beschreibt (Albani 1993; Dahlbender et al. im Druck). Da das klassische W-RO-RS-Ablaufschema nach Luborsky keinen inhaltlich definierten Konflikt beinhaltet, sondern lediglich ein Muster beschreibt, das als solches in einer bewertenden Sicht durchaus konflikthaft erlebt werden kann, haben wir diese Variante nur noch *Zentrale Beziehungsmuster* (ZBM) genannt (Albani et al. 1994; Dahlbender et al. im Druck). An Beziehungsepisodeninterviews von psychoneurotisch-psychosomatischen Patienten konnten wir bestätigen, daß rund 25% der Episoden nach der Definition der OPD konfliktfrei waren (Dahlbender, Zlatanovic & Kächele 1996). Mit Hilfe sog. exakter statistischer Methoden, die auf einem Vergleich von Beob-

achtungs- und Erwartungshäufigkeiten basieren und für die mittlerweile ausgefeilte Computerprogramme existieren (Pokorny 1996), können individuelle wie intersubjektive W-RO-RS-Muster modelliert werden, die häufiger als statistisch zu erwarten sind.

Am Beispiel einer 29stündigen psychoanalytischen Therapie, die im Rahmen des Projektes *Psychotherapeutische Einzelfall Prozeßforschung* (vgl. Grawe & Kächele 1986; Kächele 1992) mit zahlreichen Methoden untersucht wurde, soll im folgenden die Analyse internalisierter Beziehungsstrukturen im Therapieverlauf demonstriert werden.

### **Klinisches Beispiel: "Der Student"**

Es handelt sich um einen 23jährigen Studenten, der zunächst eine Beratungsstelle aufsuchte und über diskrete, vor allem im Elternhaus verstärkte Zwangssymptome, Kontaktprobleme bei einer gleichzeitig zu engen Beziehung zu seinem Zuhause und seiner Freundin mit ihrem Sohn sowie über Probleme der Studiumsorganisation klagte. Nach der fünfstündigen Beratung gab der Patient sein Jurastudium auf und schrieb sich am seinem Heimatort für Sozialpädagogik ein, von dem er sich mehr Befriedigung versprach. Aufgrund seiner erheblichen charakterlichen Einengung war ihm von der weiblichen Therapeutin zu einer langfristigen psychodynamisch orientierte Therapie geraten worden. Der Patient lebt zusammen mit seiner etwas älteren Freundin und ihrem dreijährigen, aus einer früheren Beziehung stammenden Sohn. Der Patient empfindet das Dasein dieses Kindes als sehr positiv, weil er nur schwer allein sein kann. Zugleich hat er auch große Angst vor psychischer Abhängigkeit und berichtet von Streitereien mit seiner Freundin. Er ist der Jüngste von 4 Kindern. Die Mutter erlebte er als ständig erschöpft und der Vater beschäftigte sich vorwiegend mit seinem Auto und seiner Stereoanlage. Er habe als Kind viel allein gespielt, stets in der Nähe der Mutter, mit der er dann in der Pubertät viele Ausflüge unternommen habe, wohl um sie über ihre Einsamkeit hinwegzuträsten. Seine Versuche, sich in der peer group zurechtzufinden, verliefen problematisch, insbesondere in der Pubertät.

Der Patienten hatte das Ziel, seine Symptome los und insgesamt lockerer zu werden. Entgegen der ursprünglichen Langzeitperspektive der Therapeutin vereinbarte der männliche Therapeut (H.K.) eine psychodynamische Kurzthe-

rapie mit dem Patienten. Diese sollte den negativ-ödipalen Konflikt im Rahmen der gescheiterten Ablösung fokussieren. Es wurde folgender dynamische Zusammenhang angenommen: Er ist das Nesthäkchen der Mutter und mit ihr in den Vorwürfen gegenüber dem Vater identifiziert, der sich um sie wie um ihn zuwenig gekümmert hat. Seine aktuelle Beziehung, zu einer ebenfalls verlassenen Mutter, wird durch die Identifikation mit dem dreijährigen Sohn geprägt. Er agiert als Vater und als Tröster der Mutter zugleich. Die Durcharbeitung der unbewußten Identifikation mit der Mutter in der enttäuschten Sehnsucht nach dem Vater sollte dem Patienten eine altersgemäße Selbstverwirklichung ermöglichen, insbesondere in einer Partnerbeziehung wie auch im Arbeitsbereich.

Zwei Jahre nach der Therapie bewerteten Patient, Therapeut und zwei unabhängige Katamnestiker das Ergebnis insgesamt als positiv. Die therapieleitende Fokussierung auf die enttäuschte Wunschkonstellation ermöglichte es dem Patient, sich aus den negativ-ödipalen Beziehungsschemata zu lösen. Symptomatisch weitgehend gebessert vermochte er sich freier, aktiver und selbstbewußter weiter zu entwickeln, sich angemessen gegenüber der Versorgung durch seine Mutter und seine Freundin abzugrenzen. Kurz nach der Therapie trennte er sich von dieser. Er begann altersgemäße Lebensvorstellungen zu entwickeln, sich kritisch mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen und eigenständige Positionen zu beziehen. Er schaffte den Übergang ins Berufsleben, kämpfte um die Gemeinschaft mit anderen Männern und ließ sich konstruktiv auf Rivalitäten ein. Seine Zweifel bezüglich seiner Attraktivität auf Frauen blieben allerdings noch längere Zeit wirksam. Vier Jahre nach Therapieende heiratete er und erwartete Nachwuchs. Soweit die klinische Skizze. Eine detaillierte Darstellung der klinischen Arbeit und der erzielten Veränderung finden sich andernorts (vgl. Kächele et al. 1990; Kächele, Heldmaier, Scheytt 1990).

In den idiosynkratisch formulierten ZBKT-Komponenten der ersten und der letzten Stunde finden sich Hinweise, die ebenfalls in die Richtung der skizzierten klinischen Veränderungen weisen und insgesamt einen Wechsel von einer anfänglich passiven zu einer stärker aktiven Orientierung signalisieren. Daß aus dem Wunsch, frei von Einengungen zu werden, am Ende der Wunsch wurde, lebensgestaltende Entscheidungen treffen zu können. Aus den Klagen über mangelnde Hilfe wurde der Vorwurf an die Objekte, daß diese nicht adäquat auf seine Unabhängigkeitsbestrebungen reagierten. Das Gefühl der Einengung

durch andere wechselte zu einem subjekthafteren Leiden, doch noch nicht unabhängig von anderen Entscheidungen treffen zu können. Am Anfang wie auch am Ende konnte der Patient sehen, daß andere ihm durchaus Hilfestellungen geben wollen, so daß sich hier keine entscheidende Veränderung in den positiven Reaktionen der Objekte ergab. Bezüglich der positiven Reaktionen des Selbst wich seine anfängliche Konzentration auf die Einengungen dem Erleben, seine Lebenssituation besser zu verstehen und verändern zu wollen.

In einer früheren Studie zur operationalisierten Fokusformulierung mit Hilfe der ZBKT-Methode konnten wir auf diese Weise wahrscheinlich machen, daß der dynamische Fokus hier zutreffend gewählt und ebenso veränderungsinduzierend umgesetzt wurde (Dahlbender et al. 1995). Wir internalisieren aber nicht unabhängige ZBKT-Einzelkomponenten, sondern Beziehungskonfigurationen mit unterschiedlichsten Objekten in Form eines episodischen Gedächtnisses (s.o.). Daher soll die Ebene der Einzelkomponenten zugunsten komplexer Beziehungsmuster verlassen und mit Hilfe exakter statistischer Methoden zu einem Objektbeziehungsnetzwerk modelliert werden. Dieser Netzwerkheuristik, die an die funktionale Struktur neuronaler Netze erinnert, liegt konzeptionell - im Unterschied zu Luborsky - die Annahme zugrunde, daß mehrere zusammenhängende Beziehungsmuster existieren, die in einem dynamischen Wechselwirkungskontext stehen, somit also nicht gänzlich unabhängig voneinander sind. Abbildung 1 zeigt das Ergebnis auf der Basis aller Objektbeziehungsepisoden der Therapie. Diese Auswertungsstrategie gibt einen Einblick in die verschiedenartigen Strukturen der Beziehungsregulation. Sie läßt bewußt außer Acht, daß diese Beziehungsmuster durchaus auch mehr oder weniger objektspezifisch modelliert werden könnten. Je häufiger eine Komponente ist, desto größer ist das entsprechende Symbol und je stärker ein Zusammenhang zwischen zwei Komponenten ist, desto dicker ist die Verbindungslinie. In der sequentiellen W-RO-RS-Logik des ZBKTS sind die folgenden komplexen Beziehungsmuster auszumachen: zum einen W1-RO3-RS6, W4-RO3-RS6, W8-RO1-RS6 und W3-RO5-RS7, W5-RO5-RS7, W5-RO7-RS3, W6-RO5-RS7, W6-RO8-RS3 zum anderen. Besonders bemerkenswert sind Muster, die in zwei unterschiedlich endenden Variante vorkommen (z.B. W5-RO5-RS7 und W5-RO7-RS3). Sie lenken die Aufmerksamkeit auf die interpersonelle Beziehungsregulation und erinnern den Therapeuten an die Analyse bzw. Durcharbeitung der interaktiven wie unbewußten Bedingungen, unter denen die positive bzw. die negative Variante realisiert wird. Mit dieser im Vergleich zum

klassischen ZBKT wesentlich dynamischeren Beziehungsinterpretation könnten sich Ansätze eröffnen, den therapeutischen Prozeß und die Veränderung von neurotischen Beziehungsmustern besser zu verstehen.

### >> Abbildung 1 <<

Im Verlauf der Therapie berichtete der Patient 224 Beziehungsepisoden mit insgesamt 42 Objekten. Mit Hilfe der sog. exakten statistischen Methoden konnte ein Set von sieben, und zwar zusammenhängenden W-RO-RS-Mustern identifiziert werden, die signifikant über den Erwartungswerten lagen (s. Tab. 2). 49 Episoden, also rund 22% der gesamten Narrative enthielten eines dieser repetitiven Muster. A, B und C sind die drei weitaus häufigsten, weniger häufig sind D, E und F, sehr selten ist G. Bei identischen RO- und RS-Komponenten variieren die Muster A, B und C lediglich die Wünsche. Die zu diesen Mustern gehörenden Beziehungsepisoden enden für den Patienten negativ. Dies trifft auch für D und G zu, die beide die selbe RS-Komponente haben. Positiv enden nur E und F, die ebenfalls die selbe RS-Komponente haben. E ist die positiv endende Variation des selben Wunsches wie in Muster A und F diejenige des C-Muster Wunsches. Generell erzählt der Patient weitaus mehr frustrierend verlaufende Episoden, als positiv endende.

**Tabelle 2      "Der Student": Zusammenhängende W-RO-RS-Muster**  
gleichlautende Clusterkombinationen sind hervorgehoben

Muster -Abk.	$\Sigma$	W-RO-RS-Muster (Clusterversion)	BE-Ausgang	
			negativ	positiv
A	13	5- <b>5-7</b>	•	
B	11	3- <b>5-7</b>	•	
C	10	6- <b>5-7</b>	•	
D	5	1-3- <b>6</b>	•	
E	4	5-7- <b>3</b>		•
F	4	6-8- <b>3</b>		•
G	2	8-1- <b>6</b>	•	

Das Interaktionsrepertoire in den zu diesen Mustern gehörenden Episoden umfaßt 14 von 34 standardisierten Wunschstandardkategorien, 14 von 30 Objektreaktionen und 11 von 30 Subjektreaktionen. Das heißt, der Patient nutzt 41%

der möglichen Wunsch-Kategorien und 46% bzw. 36% der möglichen Objekt- bzw. Subjekt-Kategorien, was vermutlich einem Durchschnittswert entsprechen dürfte. Die meisten Begebenheiten, nämlich 24, ereigneten sich in seiner Kindheit und Schulzeit und 21 in der jüngeren Vergangenheit, davon 13 während seines Studiums und 8 während der Therapie. Aus der letzten Woche berichtet der Patient 4 Episoden. Dieser Schwerpunkt ist nicht untypisch für einen psychodynamischen Therapieansatz. Der Patient schildert annähernd gleichviel Episoden mit weiblichen und männlichen Objekten. Insgesamt am häufigsten kommt sein Vater in den Erzählungen des Patienten vor, gefolgt vom behandelnden Therapeuten, seiner Freundin und seiner Familie als Ganzes. In den Episoden aus der Kindheit und Schulzeit dominieren männliche Objekte, allen voran der Vater. Mit ihm hatte der Patient vorwiegend frustrierende Erlebnisse, während er positive Erfahrungen mit seinem größeren Bruder und einem Lehrer schildert. In den Beziehungsepisoden seiner Studienzeit kommen fast ausschließlich weibliche Objekte vor, insbesondere seine Freundin(nen). Das zentrale Objekt während der Therapie ist der männliche Therapeut.

Die skizzierte Befundlage dürfte mit einer negativ-ödipalen Beziehungskonstellation kompatibel sein. Im folgenden soll nun der Frage nachgegangen werden, wie sich diese Konstellation und Ansätze zu ihrer Überwindung in den im therapeutischen Prozeß durchgearbeiteten Beziehungsepisoden konkretisieren? Der Tradition qualitativer Analysen folgend wird hierzu der Schlußbildungsprozeß wieder zurückverfolgt, um die Beziehungscharakteristika der einzelnen Muster an Episodenbeispielen wahrscheinlich zu machen und in den Kontext zusätzlicher Informationen einzuordnen.

### **Muster A: W<sub>5</sub>-RO<sub>5</sub>-RS<sub>7</sub>**

A ist das häufigste, 13 Mal vorkommende W-RO-RS-Muster (Cluster-Standardkategorien), das zugleich identisch ist mit dem ZBKT nach Luborsky, das also aus den insgesamt am häufigsten vorkommenden Einzelkomponenten besteht. Dieses Beziehungsmuster beschreibt folgende Interaktionsthematik: Der Patient möchte anderen nahe zu sein, einbezogen zu werden, nicht alleine zu sein, befreundet zu sein. Er möchte, daß andere ihm offen begegnen, auf ihn eingehen, mit ihm sprechen sollen. Die Objekte reagieren jedoch nicht oder sie sind für den Patienten nicht verfügbar, sind distanziert, sind nicht an ihm interessiert, sind zurückweisend, sind nicht mit ihm einverstanden, mögen ihn nicht, verstehen ihn nicht, haben kein Mitgefühl, sind nicht einfühlsam oder sie

nehmen keine Rücksicht auf ihn. Er fühlt sich daher enttäuscht, unbefriedigt, verstimmt und unausgefüllt. In diesen für den Patienten negativ endenden Beziehungsepisoden interagiert er eher mit männlichen Objekten, insbesondere dem Vater und dem Therapeuten. Bei den weiblichen Objekten handelt es sich vor allem um Freundinnen. Die Episoden spielen vorwiegend in der Kindheit und der Schulzeit, seltener während seiner Studienzeit und der aktuellen Therapie.

### Beziehungsepisoden-Beispiel:<sup>2</sup>

BE-Nr. / Therapiestunde:

11 / 10

Objekt:

Vater

Zeit:

Kindheit und Schulzeit

P: ha inzwischen ist mir klar daß ich, daß ich alles hätt machen können. - äh, (hustet) da hätt ich nicht= dennoch nicht aktivieren können. ich habe damals viel! unternommen ich hab jetzt zum Beispiel; er hat dann, viel an seinem Auto noch rumgebastelt= und das ha- kam; der hat sich erst ein Führerschein gemacht und ein Auto zugelegt, wo ich schon drei vier Jahr alt war glaub, und: da hat er dann immer viel daran rumgebastelt so aus Neugier so wie er jetzt seine Bastelwut an der Stereoanlage, rausläßt, äh= und da bin ich halt immer runter und da hab ich dann immer's Werkzeug aufräumen dürfen oder ihm bringen und so. und das war dann die Form von Gemeinsamkeit die wir, gehabt haben, ja? also ich hab mich da schon bemüht. - und das hat mich auch immer geschmerzt wenn ich irgendetwas falsch gemacht habe oder so gell und immer 'ah' oder so; - 'mach's lieber gleich selber' oder so das hat mir dann, hat mich dann geschmerzt aber ich hab dann schon? versucht noch, äh, -- ja um ein bißchen= so ein Gefühl zu kriegen von Gemeinsamkeit, bin ich halt dann auch um's Auto rumgewetzt obwohl ich eigentlich viel lieber in den Wald gegangen wäre, oder, jetzt bloß symbolisch ja mir fällt grad nichts besseres ein. ---

### Muster B: W<sub>3</sub>-RO<sub>5</sub>-RS<sub>7</sub>

In diesem zweithäufigsten, 11 Mal vorkommenden Muster dominiert der Wunsch des Patienten, geholfen zu bekommen, unterstützt und beschützt zu werden, etwas zu bekommen. Die Objekte sind aber nicht hilfsbereit, unterstützen ihn nicht, geben ihm keinen Beistand. Sie sind distanziert, sind nicht an ihm interessiert, sind zurückweisend, sind nicht mit ihm einverstanden, mögen

---

<sup>2</sup> Die Textbeispiele wurden nach den Regeln der Ulmer Textbank transkribiert (Mergenthaler 19922  
).



ihn nicht, verstehen ihn nicht, haben kein Mitgefühl, sind nicht einfühlsam oder sie nehmen keine Rücksicht auf ihn. Er ist wiederum enttäuscht, fühlt sich unbefriedigt, verstimmt und unausgefüllt, ferner auch frustriert, verärgert, wütend und gereizt. Die Interaktionspartner in diesen ebenfalls negativ endenden Beziehungsepisoden sind vergleichbar häufig männlich wie weiblich. Gut die Hälfte der Episoden handeln von Ereignissen in der Kindheit und der Schulzeit, die anderen ereigneten sich während der Therapie. Die Mutter kommt nur in Episoden dieses Musters vor. Die verschiedenen Therapeuten sind die frustrierenden Objekte in knapp der Hälfte der Beziehungsepisoden.

### **Beziehungsepisoden-Beispiele:**

BE-Nr. / Therapiestunde:

01 / 07

Objekt:

behandelnder Therapeut

Zeit:

Therapie

P: so= na ja also Ringkampf nicht sondern; weil, letztmal haben Sie ja gesagt daß ich gleich schon vorweg da, Gespräch begonnen hab im Gang= - und jetzt wollt ich mal sehen was passiert (lacht leicht) wenn ich +nichts=;

T: hmhm+

P: wenn ich nicht +beginn=

T: hmhm+ na ja was wird passieren? hm es würde,; - es wär dann die Frage wem's dann, am schnellsten ungemütlich wird.

P: ja offenbar mir= (lacht leicht) ----

T: na ja ich würd auch drüber nachdenken nur um Sie nicht; was Sie wohl, bewegen könnte nicht anzufangen= vielleicht fällt mir dann ein daß es letztes Mal=; war das fast ne Kritik für Sie? im Gang? eine Zurückweisung?

P: im Gang? Sie haben mich ja nicht zurückgewiesen aber na Sie meinen das was wir nachher noch gesprochen haben= - hm: nein was spontaner war's bestimmt nicht. Kritik? nehm ich an. ich hab das nicht so empfunden. --- ich mein ich könnt jetzt anfangen mit dem was ich so letzte Woche= beobachtet hab oder, was mir so auffällt in letzter Zeit= - ich könnt Sie auch mal fragen lassen= -

T: hmhm das sind lauter Möglichkeiten für Sie= die Sie haben= -- was ist die die Ihnen am liebsten ist? -

P: gemischt, (schmunzelt) also, (Räuspern) - (Klopfgeräusche von draußen) was ist mir am liebsten? ja schon gemischt also wenn man mich ständig bloß fragen würde 'wie war das' 'was machen Sie daraus' also das, würde mir auch nicht so gefallen. -- aber vielleicht ist das auch nicht der Sinn= --

T: hmhm ja von; wenn Sie das Bisherige so angucken was für einen Sinn bildet sich da für Sie. was denken Sie was ist der Sinn dieses, Gesprächs. -

P: daß ich was, von mir oder über mich? erzähl? meine Gefühle versuch, dabei, zu, beachten oder eben auch= dann, ausdrücken zu können? und daß Sie dann mit dem was was was ich Ihnen da praktisch, wieder- -gebe? oder über mich eben erzähl daß Sie da= damit= mich= äh: in gewisse auf gewisse Sachen aufmerksam machen? mich vielleicht zu zu irgendwelchen Punkten führen ja wo ich eben noch einmal nachdenk und, zu mir näher komme oder über mich= nachdenk.

T: hm also von dem her könnten Sie ja auch entscheiden. was jetzt hier für Sie das Wichtige zu tun wäre?

P: das mach ich ja. aber was ich halt vermiß ist irgendwie, ( Räuspern) ein, Konzept gell? also, ein= - so eine Art= ja Ziel= Zielrichtung irgendwie= daß: daß Sie mal, schon mal aussortieren was ist denn eigentlich wichtig was ist weniger +wichtig=

BE-Nr. / Therapiestunde:

04 / 03

Objekt:

Vater

Zeit:

Kindheit und Schulzeit

P: na gut.+ mich hat da auch viel gefuchst mich hat es geärgert wenn mein Vater sich stundenlang an seiner, Stereoanlage geweidet hat, und sich nicht mit mir beschäftigt hat gell? der hat sich also relativ= wenn überhaupt= kaum beschäftigt der hat mir zwar Zuwendungen in, Form von Geschenken gegeben= und daß er sagt'komm, zum fernsehen' oder so und, ab und zu gesprochen aber so richtig= auf meine Probleme oder Bedürfnisse konnte er nicht eingehen. da war er nicht; da ist er auch jetzt nicht in der Lage er ist einfach nicht in der Lage ja?

### **Muster C: W<sub>6</sub>-RO<sub>5</sub>-RS<sub>7</sub>**

In diesem dritthäufigsten, 10 Mal vorkommenden Muster geht es um partnerschaftliche Wünsche um Zuneigung, Liebe und Intimität sowie Wünsche, respektiert, geachtet, geschätzt und gerecht behandelt zu werden. Wiederum sind die Objekte distanziert, zurückweisend, mögen ihn nicht und sind nicht an ihm interessiert oder sie widersetzen sich ihm, stellen sich gegen ihn, konkurrieren mit ihm und lehnen seine Wünsche ab. Er fühlt sich genauso enttäuscht, unzufrieden, verstimmt und unausgefüllt, frustriert, verärgert, wütend, gereizt sowie ungeliebt, einsam und zurückgewiesen. Mit abnehmender Häufigkeit spielt dieses negativ verlaufende Beziehungsmuster in der Kindheit und der Schulzeit,

während des Studiums und der Therapie. Die Mehrzahl der in den Episoden genannten Objekte sind weiblich, Mädchen, Freundinnen, zufällige Bekannte.

**Beziehungsepisoden-Beispiel:**

BE-Nr. / Therapiestunde:

04 / 11

Objekt:

Mädchen

Zeit:

Studium

P: das kann man vielleicht auch dann übertragen ich hab bei Frauen damals oder bei Mädchen? wenn mir jemand gefallen hat oder so= also, ich möchte nicht sagen daß ich schüchtern war. also ein schüchterner Typ bin ich glaub nicht aber, wenn ich gemerkt hab ja die reagiert nicht gleich oder so dann hab ich auch gleich, äh, mich enttäuscht zurückgezogen,

T: hmhm - hm: und das dann vor sich begründet? s irgendwie einen Grund gefunden?

P: ha die will halt nichts von mir wissen?

T: hmhm nichts von wissen, (leise) -- nicht noch'n Schritt weiter. ach die ist eben; die ist so-wieso:, viel zu soundso.

**Muster D: W<sub>1</sub>-RO<sub>3</sub>-RS<sub>6</sub>**

Wünsche nach Unabhängigkeit, sich nicht anzupassen, einzigartig zu sein, sich zu behaupten, seine Rechte durchzusetzen bestimmen dieses vierthäufigste, 5 Mal vorkommende W-RO-RS-Muster. Die Objekte ihrerseits reagieren verärgert, gereizt, wütend und vorwurfsvoll, sind unzuverlässig, verantwortungslos, außerhalb der Kontrolle des Patienten, sind ferner ängstlich und besorgt. Der Patient seinerseits erlebt sich abhängig, unterwürfig, passiv, unsicher, hin- und hergerissen, inkompetent und hilflos. Die ebenfalls negativ für den Patienten endenden Beziehungsepisoden handeln in allen Lebensphasen. Das Gros der involvierten Objekte sind Freundinnen.

**Beziehungsepisoden-Beispiel:**

BE-Nr. / Therapiestunde:

05 / 20

Objekt:

Freundin

Zeit:

Studium

P: vergeß ich (lacht leicht dabei) das ist ganz komisch= hat mit dem daß ich mich gleich Deiner Meinung anschließ dann sind das meistens rationale Sachen wo ich mir sag ja! das ist toll das ist; stimmt das ist gut? aber emotional grad so wie mit dem Rauchen gell= ich mein sie sagt auch oft sie stört das wenn ich so nach Rauch riech gell= und ich denk mir auch; also jetzt nicht wei- weil sie's stört aber auch schon mit das wär schon auch ein Grund zu sagen ja's Rauchen zu lassen oder so, und dann kommen noch weitere rationelle Gründe Gesundheit und so weiter? und die hab ich alle= aber, das macht trotzdem noch

nicht mein Willen aus. also ich kann, ich kann; vieles was sie sagt halt ich für gut aber ich kann's;; ich mach's! dann einfach nicht.

### **Muster E: W<sub>5</sub>-RO<sub>7</sub>-RS<sub>3</sub>**

Der Wunsch, anderen nahe zu sein, einbezogen zu werden, nicht alleine zu sein, befreundet zu sein dominiert dieses Beziehungsmuster. Die Objekte mögen ihn, haben Interesse an ihm und er fühlt sich wohl, sicher und zufrieden, fühlt sich angenommen und akzeptiert. Dieses fünfthäufigste, 4 Mal vorkommende Muster mit positivem Ausgang spielt einerseits mit seinem Bruder in Kindheit und Schulzeit, andererseits mit einer Freundin während der Studienzeit und mit einem alten Freund in der jüngsten Vergangenheit.

### **Beziehungsepisoden-Beispiel:**

BE-Nr. / Therapiestunde:

03 / 03

Objekt:

Bruder

Zeit:

Kindheit und Schulzeit

P: ich hab mich in meinem Zimmer wohlgefühlt mit= den Beschäftigungsmöglichkeiten die es da für mich gäbe und Bücher oder. Spiele, oder sonst was? - dann= wie gesagt ich hab einige Geschwister drei 1 Geschwister? und da hab ich mich auch immer gefreut wenn da einer wieder kam und da:= und, vor allem mein Bruder= - also der hat auch studiert in \*2 und kam dann immer am Wochenende heim? das weiß ich noch? das hat mich auch immer gefreut weil, die Leut haben mit mir auch gespielt irgendwas gell Schach hab ich viel mit meinem Bruder gespielt der hat mir das beigebracht, dann:= ja= - und, ich hab jetzt festgestellt wieder am Wochenende. äh das ist schön mal wieder heimzugehen aber wenn ich daheim sein müßte das gäb Mord- und Totschlag. ich tät da +also

### **Muster F: W<sub>6</sub>-RO<sub>8</sub>-RS<sub>3</sub>**

Hier wünscht sich der Patient, angenommen, akzeptiert, gut beurteilt, respektiert, geachtet, geschätzt und gerecht behandelt zu werden, zu Bestätigung zu erhalten und anderen wichtig zu sein. Die Objekte nehmen ihn an, akzeptieren ihn, sind einverstanden mit ihm und beziehen ihn ein. Er fühlt sich wohl, sicher, zufrieden, respektiert, geachtet, geschätzt, mag die Objekte und ist freundlich. Dieses Muster ist mit 4 Mal gleichhäufig wie E und endet ebenfalls positiv für den Patienten. Es spielt einerseits mit seinem Lehrer in seiner Schulzeit und andererseits mit seiner Freundin während der Studienzeit und Therapie.

**Beziehungsepisoden-Beispiel:**

BE-Nr. / Therapiestunde:

11 / 15

Objekt:

Freundin

Zeit:

Therapie

P: durch die Beziehung zur \*197 hab ich, ziemlich an Stabilität gewonnen. und dahin ging ja meine Angst das hab ich auch schon mehrmals angedeutet, ob ich überhaupt allein? auch zurechtkomme und daß daß ich dann dann oft schon überlegt hab, ich müßt vielleicht einfach mal allein wohnen das bräuchte oder, alleine leben. aber, auf der anderen Seite, bin ich sehr zufrieden mit der \*197, zusammenzuleben und und mit dem \*1745 natürlich auch= (+:00:37:00) und das ist eigentlich's erstemal daß: ja das das ist so eine richtige Beziehung wo was lebt wo was wächst und wenn's auch manchmal, hart +ist.

**Muster G: W<sub>8</sub>-RO<sub>1</sub>-RS<sub>6</sub>**

Dieses seltenste negativ endende Beziehungsmuster kommt nur 2 Mal vor. Der Patient wünscht sich kompetent zu sein, Erfolg zu haben, zu gewinnen und berühmt zu sein. Er hat es aber mit starken, bedeutenden Objekten zu tun, die die Verantwortung übernehmen und ihm überlegen sind, so daß er sich inkompetent, hilflos und unsicher fühlt. Der Patient kontrastiert seine grundsätzliche Beziehung zu Frauen und Männern in der Studienzeit.

**Beziehungsepisoden-Beispiel:**

BE-Nr. / Therapiestunde:

10 / 12

Objekt:

Männer

Zeit:

Studium

P: also ich bin schon= - schon zufrieden daß ich, ja nicht so, wie haben Sie's vorher genannt Macho-Typ, also das möchte ich nicht sein. ich möchte's auch nicht unbedingt nötig haben so= Männlichkeitssymbole benutzen zu müssen also ich seh das irgendwo= als ja, Attrappe für irgendwas= - und da bin ich nicht unzufrieden, ich überleg grad wo ich zufrieden bin= -- was mich vielleicht selber ein bißchen belastet oder was wo wo mir auffällt wo ich mir selber dann, kurzzeitig unsicher werd, bevor, Konversation abläuft, das sind Männer die sehr selbstbewußt au- auftreten. - das: also, da kann's eher sein daß ich mal verunsichert werd. das ist mir unangenehmer als wie wenn einer jetzt so auf, wo ich weiß da ist eh nichts dahinter. also= wenn jemand selbstsicher auftritt (Klingelton) und und dann kommt auch immer was wo ich mir sag 'hoppla'. also das sind Sachen die mich eher beunruhigen weil da fühl ich mich irgendwo= ja da könnt's sein daß ich ins Hintertreffen! gerat.

T: hmhm

P: dagegen wenn wenn ich jetzt weiß der der hebt zwei Tonnen hoch oder so der ist mordsstark, und, ha ja aber. das ist auch alles was er was er zur Zeit macht und kann= dann läßt mich das nicht; das beunruhigt mich eigentlich nicht so. da fühl ich mich nicht in der Ehre oder so. verletzt.

T: Selbstsicherheit ja=

P: vielleicht ist das was was ich noch brauch was ich noch möchte= ---

Die Narrative, die diese übererwartet häufigen Beziehungsmuster enthalten, sind unterschiedlich über die Therapie verteilt. Abbildung 2 zeigt, zu welchem Zeitpunkt die einzelnen Beziehungsmuster im Verlaufe der therapeutischen Interaktion realisiert werden. Im ersten Therapieabschnitt (1-9 Std.) finden sich 15 von 101 Episoden mit einem signifikanten Beziehungsmuster, im zweiten (10-19 Std.) sind es reichlich 21 von 90 und im dritten (20-29 Std.) nur noch 12 von 93. Negative Beziehungskonstellationen dominieren in jeder Therapiephase eindeutig. B ist in der ersten Therapiephase das häufigste Beziehungsmuster und nimmt im Verlauf ab. In allen drei Therapiephasen ist Muster A sehr häufig, in der mittleren Phase ist es das häufigste überhaupt. C kommt ebenfalls in allen Therapiephasen vor und ist im letzten Drittel das häufigste, im mittleren das zweithäufigste Muster. D ist in allen Therapieabschnitten nur mäßig häufig. G kommt nur in einer einzigen Stunde in der mittleren Therapiephase vor. Die beiden positiv endenden Muster E und F sind in allen Phasen relativ selten.

### **>> Abbildung 2 <<**

Männliche Objekte sind in 14 von 29 Therapiestunden die bevorzugten Sozialpartner, während nur in 8 Stunden weibliche Objekte vorherrschen. Im ersten und letzten Therapiedrittel überwiegen männliche Objekte, im mittleren weibliche. Erzählungen, die in der Kindheit und Schulzeit des Patienten angesiedelt sind, sind absolut am häufigsten, gefolgt von solchen aus seiner Studienzeit, dann der Therapie und schließlich der jüngsten Vergangenheit. Den ersten Therapieabschnitt bestimmen Erzählungen aus Kindheit und Schulzeit, während solche aus der jüngeren Vergangenheit noch relativ selten vorkommen. Im zweiten Abschnitt halten sich Beziehungsschilderungen aus der älteren und jüngeren Vergangenheit fast schon die Waage. Im dritten Therapieabschnitt überwiegen Erzählungen aus der jüngsten Vergangenheit bei weitem jene aus der Kindheit und Schulzeit. In den Episoden eingangs der Therapie bringt der Patient vor allem Wünsche zum Ausdruck, anderen nahe zu sein, geliebt und verstanden zu werden sowie keine Verantwortung zu haben. Von seinem Vater,



einer früheren Freundinnen, seiner Familie und den verschiedenen Therapeuten fühlt er sich jedoch stets zurückgewiesen, so daß er enttäuscht und deprimiert ist (Muster A, B und C). Lediglich mit seinem Bruder und einem Lehrer während der Kindheit sowie einer Studienfreundin gelang es ihm, seine Wünsche nach Nähe und Geliebtwerden so zu befriedigen, daß er sich respektiert und akzeptiert fühlte (Muster E und F). Zu diesen Wünschen kommen im mittleren Therapieabschnitt Wünsche hinzu, im Umgang mit Frauen wie Männern erfolgreich und leistungsfähig zu sein. Doch ihnen gegenüber fühlt er sich schwach und hilflos (Muster G). Daß das Muster G insgesamt nur 2 Mal und dies nur in einer einzigen, nämlich der 12. Stunde vorkommt, bestätigt die klinische Erfahrung, daß auch ein ziemlich seltenes Ereignis von besonderer subjektiver Bedeutung sein kann und relativiert das mechanistische Häufigkeitskonzept der ZBKT-Methode (s.o.). Etwas häufiger wird in diesem mittleren Therapieabschnitt eine Konstellation thematisiert, in der es um den Wunsch geht, sich zu behaupten und unabhängig zu sein. Dieser Wunsch beherrscht die 16. Stunde ganz und gar und in geringerem Ausmaß auch die 20. Stunde (Muster D). Das Scheitern dieses Wunsches wird im Verhältnis zu einer Kinder- und Schulfreundin, einer Studienfreundin, seiner gegenwärtigen Partnerin sowie seiner Familie durchdekliniert. Im letzten Therapiedrittel stehen wieder die enttäuschten Wünschen nach Nähe und Geliebtwerden in der Verbindungen mit einer Partnerin im Vordergrund (Muster C). Aktuell wird auch wieder die Enttäuschung an den Therapeuten, die nicht seinem Wunsch entsprechen, die Verantwortung zu übernehmen (Muster B). Es kann also festgehalten werden, daß sich die beziehungsepisodenbasierte therapeutische Arbeit durch die ganzen Therapie zieht und in der mittleren Phase intensiviert erscheint, während sie zum Ende etwas auszuklingen scheint. Dabei steht die Thematisierung problematischer Beziehungserfahrungen ganz im Zentrum, und zwar knapp doppelt so häufig mit männlichen vor weiblichen Interaktionspartnern. Im Verlauf der Therapie rückt das aktuelle Erleben des Patienten mehr und mehr den Vordergrund. Dies steht im Einklang mit der klinischen Erfahrung und insbesondere mit Vorstellungen, wonach Therapie als Veränderung negativer Introjektionen begriffen wird (Strachey 1934). Diese Konzeption läßt sich durch die neurobiologische Theorie neuronaler Netze untermauern. Um problematische assoziative Beziehungsverknüpfungen zu angemesseneren neuen Beziehungsbedeutungen zu modifizieren, ist es unumgänglich, diese negativen Bindungs- und Beziehungserfahrungen in der therapeutischen Interaktion zu aktivieren und sie exemplarisch durchzuarbeiten. Dabei ist es für

die Veränderung von Beziehungsstrukturen weit weniger wichtig, ob eine Beziehungsepisode nun immer möglichst gut ausgeht. Viel bedeutsamer scheint es zu sein, ob und wie auch eine negative Erfahrung mit "gutem" Beispiel integriert werden kann (Spitzer 1996).

Daß dem Beziehungs- und Interaktionsmodell, das der Therapeut mit dem Patienten im Verlauf der Therapie realisiert, dabei entscheidende verändernde Bedeutung zukommt, liegt auf der Hand (vgl. Horvarth & Symonds 1991; s. das Themenheft "The Therapeutic Alliance" der Zeitschrift: In Session (1995) 1:1). Therapiestrategisch wird ein psychodynamisch arbeitender Therapeut bemüht sein, die Beziehungsmuster in der Übertragungsbeziehung zu aktualisieren und neu zu kontextualisieren. Für die neurosen- wie übertragungstheoretisch zentrale Wunsch-Komponente konnte im Rahmen der Fokusmodellierung in fast 70% der untersuchten Stunden eine Konkordanz der Wünsche des Patienten an verschiedene Objekte mit denen an den Therapeuten nachweisen werden (Dahlbender et al. 1995). Weiters konnte gezeigt werden, daß der Patient den Wunsch, *anderen nahe zu sein und angenommen zu werden*, signifikant häufiger an den Vater und an den männlichen Therapeuten richtete (Albani 1993). In der klinischen Situation selbst wurde das Bild der Bergtour mit dem gemeinsamen Gipfelbier zur Metapher für das lustvolle Kräfteressen zwischen zwei Männern, für die gemeinsame Arbeit in einer Vater-Sohn-Konstellation. Die bekanntermaßen erfolgreiche Bearbeitung der negativ-ödipalen Beziehungskonstellation impliziert stets auch die Veränderung des affektiven Beziehungskontextes, in den die entsprechenden internalisierten Beziehungsmuster eingebettet sind. Im diesem Zusammenhang ist es bemerkenswert, daß der Therapeut im Verlaufe der Therapie kontinuierlich weniger Emotionen mit Selbst- und zunehmend mehr mit Objektbezug thematisierte (Hölzer 1996). Insbesondere verwandelte er die Selbstanklagen des Patienten allmählich in Wut gegen die frustrierenden Objekte.

Mit unserem Fallbeispiel verfolgten wir nicht nur die Absicht, die repetitiven Muster episodisch zu illustrieren und die Eignung der ZBKT-Methode zu einer stärker standardisierten Falldarstellung zu demonstrieren (vgl. Meyer 1994). Wir wollten ferner wahrscheinlich machen, daß sich unsere Beziehungsmethoden auch dazu eignen, das beziehungsrepräsentative Netzwerk abzustücken, das der Patient während der Therapie zur Regulation seiner Beziehungen nutzen konnte und die darin enthaltenen Muster näherungsweise unter einer prozessorientierten Perspektive dynamisch nachzuzeichnen. Unser Ansatz vermag die Sukzession der in der Therapie vermittelten Wünsche und ihre Befriedigungen bzw. Frustrationen abzubilden. Ihre dialogische Einbettung und ihre situativ-interaktionellen Bearbeitungsbedingungen müssen jedoch weiterhin klinisch interpoliert bzw. durch ergänzende, stärker prozeßorientierte For-

schungsmethoden erhellt werden. Die Beschreibung der komplex-konfigurations-nalen klinischen Prozesse ist nicht die Stärke der ZBKT-Methode. Der Ansatz als solcher vermag nicht zu zeigen, wie Interventionen, die auf diese Muster abzielen, zu ihrer Auflockerung von Stunde zu Stunde führen und wie sich diese Mikroveränderungen am Ende eines günstigen Therapieverlaufs schließlich zu Makroveränderungen ausprägen (Schneider 1983).

### **Klinische und wissenschaftliche Anwendungen**

Die Domäne des ZBKT und unserer Variante ist die Untersuchung von Selbst- und Objektrepräsentanzen. Die Methodik ist ein Beispiel dafür, daß Psychotherapieforschung auch für Praktiker durchaus nützlich sein kann. Sie vermag ihnen empirisch geprüfte Beziehungsheuristiken zu liefern, die sie für ein rationales klinisches Handeln benötigen. Dem bekannten Einsichtsdreieck (Menninger & Holzman 1958) folgend bietet sich die ZBKT-Methode etwa dem psychodynamischen Kliniker an, die therapeutische Beziehung selektiv bezüglich möglicher Übertragungslinien zu überprüfen (Luborsky 1995). In seiner Eigenschaft, das komplexe klinische Material auf wenige Beziehungsstrukturen zu reduzieren, hat die Logik des ZBKTs längst Einzug als eine hilfreiche Strukturierungsleitlinie in den klinischen Alltag gefunden. Besonders Anfängern kann diese vereinfachende Schablonierung helfen, vor lauter Bäumen den Wald nicht zu übersehen. Nach unserer Erfahrung eignet sich der Ansatz prinzipiell für Diagnostik, Therapieplanung, Supervision und Therapieevaluation, und zwar sowohl im ambulanten wie auch im stationären Setting.

Der von Luborsky, Kächele, Dahlbender & Cierpka editierte CCRT-Newsletter, der alle Interessenten über den aktuellen Stand der im Felde weltweit bekanntgewordenen Forschungsaktivitäten informiert, listet annähernd 100 breit gestreute Projekte unterschiedlichster Zielsetzungen auf. Methodisch orientierte Arbeiten behandeln u. a. Fragen zur Auswertungslogik und -pragmatik, zu angemessenen Verfahren der Datenanalyse sowie zur Reliabilität und Validität. Angesichts des relativ hohen Auswertungsaufwandes wird künftig zu prüfen sein, was als unverzichtbarer Standard bzw. optionale Modifikationen gelten sollen (Luborsky et al., in Vorbereitung). Umfängliche Untersuchungen zur Retest-Stabilität von ZBKT-Befunden bei wiederholter Durchführung von Beziehungsepisoden-Interviews nach definierten Zeitintervallen werden derzeit in Göttingen durchgeführt (Staats & Strack 1995). Unter den ZBKT-Forschern

hat sich die Überzeugung herauskristallisiert, daß die empirisch an einer kleinen Stichprobe gewonnenen Standardkategorien bzw. Standardclusterkategorien möglicherweise nicht ausreichend inhaltsvalide sind, d.h. das breite Spektrum möglicher Wünsche und Reaktionen nicht umfassend abdecken. Zur Kategorisierung von Erotik und Sexualität steht beispielsweise nur eine einzige Kategorie zur Verfügung. Hilfert, Schrey & Clement (1995) haben an Interviews zu sexuellen Initiierungsmustern hierfür ein differenziertes Modul erarbeitet. Im Planungsstadium befindet sich gegenwärtig ein empirischer Versuch, mit Hilfe von der Genetik entlehnten Modellierungsmodellen zu brauchbareren Standardkategorien zu gelangen. Eine theoriegeleitete Kategorienbildung schlägt die QUAINT-Methode vor. Sie ist eine Hybride, die ZBKT-Komponentenlogik mit dem SASB-Kategoriensystem verbindet (Crits-Christoph et al. 1995; Dahlbender, Zobel & Pokorny 1995) und den enormen Vorzug hat, mit dem Interpersonellen Modell (Wiggins 1991) kompatibel zu sein.

Grundlagenwissenschaftliche Arbeiten thematisieren die theoretischen und praktischen Implikationen von Internalisierungen und ihrer therapeutischen Beeinflußbarkeit. Hierher gehören eine Reihe spannender Fragen: Verinnerlicht jeder nur ein einziges oder mehrere Beziehungsmuster? Wodurch werden Übertragungen ausgelöst? Welche Patienten zeigen ein größeres bzw. geringeres Maß an Übertragungen? Wie steht es um die Objekt- und Zeitkonsistenz von Beziehungsmustern? Sind thematisch-inhaltlich definierte Objektklassen (z. B. Männer, Frauen, Autoritäten, erotische Partner etc.) interpersonell gleichartig repräsentiert? Gibt es typische Muster bei verschiedenen nosologischen Gruppen (Depression, Angststörungen, Eßstörungen, Borderline, etc.)? Wovon hängt die Veränderung von Beziehungsmustern ab? Kann sie therapeutisch günstig beeinflußt werden? Welchen Einfluß hat ein positives Arbeitsbündnis auf das Ausmaß der Übertragung und deren Auflösung? Eine multizentrische Studie überprüft zur Zeit, inwieweit ein Zusammenhang zwischen Übertragungsbereitschaft, d. h. der Variabilität bzw. Rigidität internalisierter Beziehungsmuster und der Schwere einer neurotisch-psychosomatischen Störung besteht (Geyer, Kächele & Cierpka 1993). Im Rahmen von Vorstudien wurden die Beziehungsmuster von zwei größere Referenzstichproben gesunder junger Frauen und Männer untersucht (Dahlbender et al., in Vorbereitung; Frevert et al. in Vorbereitung). Psychodynamisch ausgebildete Forschern interessierten sich traditionellerweise auch für den Einfluß des Bewußtseinszustandes auf die Beziehungsrepräsentation und untersuchten die Unterschiede und Gemeinsam-

keiten der ZBKT-Muster in Wach- und in Traumerzählungen (Popp et al. 1990) oder zwischen Nacht- und Tagträumen (Stigler & Pokorny 1996). Besonders verdienstvoll sind Bemühungen, ZBKT und andere Methoden in einem Design zu integrieren, weil es in Zukunft sicherlich noch stärker als bisher darum gehen muß, deren spezifischen Reichweiten besser auszuloten. Instrumente zur Analyse von Affekten (Anstadt et al. 1996), von intrapsychischen Konflikten (Dahlbender, Zlatanovic & Kächele 1996) und ihrer Abwehr (Luborsky, Chrits-Christoph & Alexander 1990), zur Analyse therapeutischer Interventionen (Crits-Christoph et al. 1993) etc. liegen nahe.

Primär klinisch orientierte Arbeiten beschäftigen sich beispielsweise mit den Unterschieden in der Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und ihren Patienten in Abhängigkeit von deren Diagnosen (Waldvogel, Vogt & Seidl 1994), mit der Selbst-Objektabgrenzung bei einer eßgestörten Patientin unter stationärer Therapie (Grabhorn et al. 1994) oder mit der Beziehungsdiagnostik etwa bei ungewollt kinderlosen Paaren (Wischmann 1995). Hierher gehören auch Therapieergebnisstudien (Schauenburg et al. 1995). Mit Spannung werden die Untersuchungen von Langzeitanalysen erwartet, denen sich verschiedene Arbeitsgruppen (Frankfurt/M., Ulm/ Bogotá, Berkeley, CA) zugewandt haben. Eine Mailänder Arbeitsgruppe (Freni et al. 1995) untersucht Beziehungsmuster und Abwehrmechanismen in supportiv-expressiven Therapien. Untersuchungen zur Brauchbarkeit und zu den Effekten des ZBKT-Ansatzes in der japanischen psychotherapeutischen Ausbildung (Popp & Taketomo 1993); Hori et al. 1995) lassen etwas von der Faszination erahnen, den der Ansatz weltweit ausübt.

Diese leicht zu verlängernde Aufzählung wissenschaftlicher Projekte zeigt, daß es teils um Grundsätzliches geht, teils um Detaillierung sowie Verbreiterung und auch um methodische Integration. Manchen Psychotherapieforschern erscheint der Ertrag der ZBKT-Methode angesichts des relativ hohen Aufwandes zu enttäuschend (Weinryb 1996). Und die aus linguistischer Sicht an dem inhaltsanalytischen Ansatz der ZBKT Methode verschiedentlich geäußerte Kritik erscheint uns zu weitgehend (Hartog 1994). Wir hingegen hoffen - nach einem zugegebenermaßen engagierten Überblick - vermittelt zu haben, daß wir bei aller Kritik (vgl. Soldz 1993; Albani 1994) den ZBKT-Ansatz für ein in der Psychotherapieforschung bewährtes, inhaltlich anspruchsvolles, im Detail verbesserungswürdiges und vielfältig entwicklungsfähiges Instrumentarium halten,

das sich redlich bemüht, Intrapsychisches der meßbaren Beobachtung in Form von Beziehungsschilderungen zugänglich zu machen.

## Literatur

- Albani C (1993) Vom ZBKT zum ZBM. Eine methodenkritische Einzelfallstudie zur Erfassung von repetitiven Mustern und Übertragung mit der ZBKT-Methode. Med. Dissertation, Universität Leipzig
- Albani C, Pokorny D, Dahlbender RW, Kächele H (1994) Vom Zentralen Beziehungs-Konflikt-Thema (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern (ZBM). Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des "Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas". PPmP Psychother. Psychosom. med. Psychol. 44: 89-98
- Albani C (1994) Eine methodenkritische Einzelfallstudie der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas (ZBKT). In: Redder A, Wiese J (Hrsg) Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 299-305
- Anstadt T, Merten J, Ullrich B, Krause R (1996) Erinnern und Agieren. Zsch psychosom Med 42: 34-55
- Barber JP, Crits-Christoph P, Luborsky L (1990) A guide to the CCRT standard categories and their classification. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg) Understanding Transference. The CCRT method. Basic Books, New York, S. 37-50
- Barber JP, Crits-Christoph P (1993) Advances in measures of psychodynamic formulations. Journal of Consulting and Clinical Psychology 61, 4: 574-585
- Brech E, Hau S, Deserno H, Braun B (1996) The evaluation of a long-term psychoanalysis with a new type of CCRT relationship episode: therapist-type-X. Vortrag. European Meeting, Society for Psychotherapy Research, 4.-7. September 1996, Cernobbio
- Bond JA, Hansel J, Shevrin H (1987) Locating transference paradigms in psychotherapy transcripts. Reliability of relationship episode location in the core conflictual relationship theme (CCRT) method. Psychotherapy 42: 22-30
- Bruner J (1986) Actual minds, possible worlds. Harvard Univ Press, Cambridge, MA.
- Bucci W (1988) Converging evidence for emotional structures: theory and method. In: Dahlh, Kächele H, Thomä H (Hrsg) Psychoanalytic Process Research Strategies. Springer, Berlin, S. 29-49
- Bucci W (1995) Emotional structures, narrative structures, and the CCRT. Vortrag. Vortrag. 1. International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT) Method. Abteilung Psychotherapie. Universität Ulm 22.-24. April 1995
- Cartwright AK (1996) Code-A-Text. Software. Centre for the Study of Psychotherapy. University of Kent, England
- 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 conflictual relationship theme method. Archives of General Psychiatry 45: 1001-1004

- Crits-Christoph P, Luborsky L (1990a) The measurement of self-understanding. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg) *Understanding Transference*. Basic Books, New York, S. 189-196
- Crits-Christoph P, Luborsky L (1990b) The perspective of patients versus clinicians in the assessment of the central relationship themes. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg) *Understanding Transference*. Basic Books, New York, S. 197-208
- Crits-Christoph P, Luborsky L, Dahl L, Popp C, Mellon J, Mark D (1990) The reliability of choice of narratives and of the CCRT measure. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg) *Understanding Transference. The CCRT method*. Basic Books, New York, S. 93-101
- Crits-Christoph P, Barber JP, Kurcias JS (1993) The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research* 3: 25-35
- Crits-Christoph P, Barber JP, Baranackie K, Cooper A (1993) Assessing the therapist's interpretations. In: Miller NE, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP (Hrsg) *Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice*. Basic Books, New York, S. 361-386
- Crits-Christoph P, Baranackie K, Dahlbender RW, Zobel HY (1995) *QUAINT*. Deutsche Manual Bearbeitung. Ulmer Textbank Verlag, Ulm
- Dahlbender RW, Volkert M, Torres L, Reichert S, Stübner S, Frevert G, Kächele H, Pokorny D (1991) Studie zur Übereinstimmung von ZBKT-Beurteilung. Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm
- Dahlbender RW, Torres L, Reichert S, Stübner S, Frevert G, Kächele H (1993) Die Praxis des Beziehungsepisoden-Interviews. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 39: 51-62
- Dahlbender RW (1992) Intra- and intersubjectivity in Relationship Anecdotes Paradigm (RAP) interviews of young women. Vortrag, Annual Meeting, Society for Psychotherapy Research, 23-27 Juni 1992, Berkeley, CA
- Dahlbender RW, Albani C, Pokorny D, Frevert G (1993) *Ulmer Arbeitsmaterialien 2: Forschungsorientierte Dokumentation von Beziehungsepisoden nach der ZBKT/ZBM-Methode*. Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm
- Dahlbender RW, Kächele H (1994) Qualitativ-quantifizierte Analyse internalisierter Beziehungsmuster. In: Faller H, Frommer J (Hrsg) *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden*. Asanger, Heidelberg, S. 228-245
- Dahlbender RW, Kächele H, Frevert G, Schnekenburger S (1995) Formalisierte Fokusformulierung in der Psychotherapie. *Fundamenta Psychiatriae* 9: 191-201
- Dahlbender RW, Zobel HY, Pokorny D (1995) Das Kategoriensystem von ZBKT und QUAINT im Vergleich. Vorteile und Nachteile. Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm
- Dahlbender RW, Zlatanovic B, Kächele H (1996) CCRT and intrapsychic conflicts. European Meeting, Society for Psychotherapy Research, 4.-7. September 1996, Cernobbio
- Dahlbender RW, Stübner S, Kurth R, Pokorny D, Kächele H (1996) The Development of a CCRT Questionnaire - The CRP-Q. Poster, European Meeting, Society for Psychotherapy Research, 4.-7. September 1996, Cernobbio
- Dahlbender RW, Albani C, Pokorny D, Kächele H (im Druck) Central Relationship Patterns. A Structural Version of the CCRT. *Psychotherapy Research*
- Dahlbender RW, Zollner M, Torres L, Frevert G, Reichert S, Stübner S, Kächele H, Pokorny D (in Vorbereitung) Interpersonelle Beziehungsmuster gesunder junger Frauen und Männer



- Dengler D (1990) Anwendung des Zentralen Beziehungskonflikt Themas auf Narrative von Dreijährigen und Suche nach Zusammenhängen mit der Fähigkeit zur Problemlösung. Med. Dissertation, Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm
- Eckert R, Luborsky L, Barber J, Crits-Christoph P (1990) The narratives and CCRTs of patients with major depression. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg) Understanding Transference. Basic Books, New York, S. 222-234
- Finneburg M, Klein B (1993) Probleme bei der Anwendung des ZBKT-Verfahrens im Gruppensetting. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 29: 147-169
- Flader D, Giesecke M (1980) Erzählen im psychoanalytischen Erstinterview. In: Ehlich K (Hrsg) Erzählen im Alltag. Suhrkamp, Frankfurt, S. 209-262
- Freni S, Azzone P, Bartocetti L, Molinari G, Piasentin V, Verga M, Vigano D (1995) Defence mechanisms and CCRT in supportive-expressive psychotherapy. Vortrag. 1. International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT) Method. Abteilung Psychotherapie. Universität Ulm 22.-24. April 1995
- Freud S (1895) Studien über Hysterie. GW Bd.1, S. 75-312
- Freud S (1905) Bruchstücke einer Hysterie-Analyse. GW Bd.8, S. 363-374
- Freud S (1923) Psychoanalyse und Libidotheorie. GW Bd. 13, S. 211-233
- Frevert G, Cierpka M, Dahlbender RW, Albani C, Plöttner G (1992) Das Familien Beziehungskonflikt Thema. Familiendynamik 3: 273-289
- Frevert G, Zollner M, Pokorny D, Dahlbender RW (in Vorbereitung) Empirical approach to the study of relationship schemas across different social partners throughout life span development.
- Geyer M, Kächele H, Cierpka M 1993 Das Repertoire der Übertragungsbereitschaften von psychoneurotisch-psychosomatisch gestörten jüngeren Frauen. Forschungsantrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft. Universitäten Leipzig, Ulm, Göttingen
- Grabhorn R, Overbeck G, Kernhoff K, Jordan J, Müller T (1994) Veränderungen der Selbst-Objekt-Abgrenzung einer eßgestörten Patientin im stationären Therapieverlauf. PPM Psychother Psychosom med Psychol 44: 273-283
- Grawe K, Kächele H (1986) Psychotherapeutische Einzelfall-Prozessforschung (PEP). Psychologisches Institut der Universität Bern und Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm
- Grenyer B (1995) The meaning of positiv-negativ-dimensions of the CCRT. Links with health-sickness and the mastery of interpersonal conflicts. Vortrag. 1. International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT) Method. Abteilung Psychotherapie. Universität Ulm 22.-24. April 1995
- Grenyer B, Dahlbender RW, Reichenauer G (in Vorbereitung) Mastery Scale - Meisterung interpersoneller Konflikte. Deutsche Manualbearbeitung
- Hartog J (1994) Die Methode des Zentralen-Beziehungskonflikt-Themas (ZBKT): eine linguistische Kritik. In: Redder A, Wiese J (Hrsg) Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 306-326
- Henry W, Strupp HH, Schacht TE, Gaston L (1994) Psychodynamic Approaches. In: AE Bergin, SL Garfield (Hrsg) Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change. 467-508
- Hilfert S, Schrey C, Clement U (1995) The assessment of sexual interactions using the CCRT. Vortrag. 1. International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT) Method. Abteilung Psychotherapie. Universität Ulm 22.-24. April 1995
- Hölzer M (1996) Das "Affektive Diktionär Ulm". Eine Methode zur computergestützten Erfassung psychotherapeutischer Emotionsverarbeitung. Habilitationsschrift, Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

- Hori S, Tsujikawa M, Ushijima S (1995) Research on the training of psychotherapists using the CCRT. Vortrag. 1. International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT) Method. Abteilung Psychotherapie. Universität Ulm 22.-24. April 1995
- Horvath AO, Symonds DB (1991) Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy. A meta-analysis. *J Couns Psychol* 38: 139-149
- Kächele H (1992) Une nouvelle perspective de recherche en psychothérapie - le projet PEP. *Psychothérapies* 2: 73-77
- Kächele H, Dahlbender RW (1993) Übertragung und zentrale Beziehungsmuster. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th. (Hrsg) *Lindauer Texte. Texte zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung*. Springer, Berlin, S. 84-103
- Kächele H, Heldmaier H, Scheytt N (1990) Fokusformulierungen als katamanestische Leitlinien. *Psychother med Psychol* 35: 205-216
- Kächele H, Dengler D, Eckert R, Schnekenburger S (1990) Veränderung des zentralen Beziehungskonfliktes durch eine Kurztherapie. *Psychother med Psychol* 40: 178-185
- Kernberg OF (1985) Objects relations theory and character analysis. In: Blum HP (Hrsg) *Defense and resistance. Historical perspective and current concepts*. International University Press, New York, S. 247-271
- Kernberg OF (1996) persönliche Mitteilung
- Kreische R, Biskup J (1990) Die Untersuchung von zentralen Beziehungskonflikten in Paartherapien mit dem CCRT-Verfahren. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 26: 161-172
- Lichtenberg JD (1989) *Psychoanalysis and motivation*. Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Lichtenberg JD (1991) *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Springer, Berlin
- Luborsky L (1977) Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In: Freedman N, Grand S (Hrsg) *Communicative structures and psychic structures*. Plenum Press, New York 367-395
- Luborsky L (1990a) The relationship anecdotes Paradigm (RAP) interview as a versatile source of narratives. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg) *Understanding Transference. The CCRT method*. Basic Books, New York, S. 102-113
- Luborsky L (1990b) A guide to the CCRT method. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg) *Understanding Transference. The CCRT method*. Basic Books, New York, S. 15-36
- Luborsky L (1995) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin [1984] *Principles of psychoanalytic psychotherapy*. Basic Books, New York
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1988) Measures of psychoanalytic concepts. The last two decade of research from "The Penn Studies". *Int J Psycho-Anal* 69: 75-86
- Luborsky L, Kächele H (1988) *Der Zentrale Beziehungskonflikt. Ein Arbeitsbuch*, PSZ Verlag, Ulm
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1990) (Hrsg) *Understanding Transference. The CCRT method*. Basic Books, New York
- Luborsky L, Chrits-Christoph P, Alexander KJ (1990) Repressiv style and Relationship patterns. Three samples inspected. In: Singer JL (Hrsg) *Repression and Dissociation*. University of Chicago Press, Chicago, S. 275-298
- Luborsky L u. Mitarb. v. Albani C, Eckert R (1991) *Manual zur ZBKT-Methode (deutsche Übersetzung mit Ergänzungen der Ulmer ZBKT-Arbeitsgruppe)*. Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm
- Luborsky L, Diguer L (1995) A novel CCRT reliability study: Reply to Zander et al.. *Psychotherapy Research* 5 (2): 237-241

- Luborsky L, Crits-Christoph P, Friedman SH, Mark D, Schaffler P (1991) Freud's transference template compared with the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT). Illustrations by the two specimen cases. In: Horowitz MJ (Hrsg) *Person schemas and maladaptive interpersonal behavior*. University of Chicago Press, Chicago, S. 167-195
- Luborsky L, Popp C, Luborsky E, Mark D (1994) The core conflictual relationship theme, *Psychotherapy Research* 4 (3&4): 172-183
- Luborsky L, Kächele H, Dahlbender RW, Diguier L (in Vorbereitung) *The CCRT Method and it's Discoveries*.
- Luborsky L, Luborsky E, Diguier L, Schmidt K, Dengler D, Schaffler P, Faude J, Morris M, Buchsbaum H, Emde R (1996) Extending the core relationship theme into early childhood. In: Noam G, Fisher K (Hrsg) *Development and vulnerability in close relationships*. Erlbaum, Mahwah, NJ, S. 287-308
- Menninger K, Holzman PS (1973) *The theory of psychoanalytic techniques*. 2. Aufl. Basic Books, New York
- Mergenthaler E (1992) *Die Transkription von Gesprächen. Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltext*. Ulmer TextbankVerlag, Ulm
- Meyer AE (1994) *Nieder mit der Novelle als Psychoanalysedarstellung - Hoch lebe die Interaktionsgeschichte*. *Zschr Psychosom Med* 40: 77-98
- Modell AH (1984) *Psychoanalysis in a new context*. International University Press, New York
- Orlinsky D (1994) "Learning from many masters". *Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle*. *Psychotherapeut* 39: 2-9
- Pokorny D (1996) EXACT 1-3. User's Guide. Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm
- Pokorny D, Blaser G (1996) Adequate procedures for CCRT datanalysis, Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm
- Pokorny D, Blaser G, Kleiß M, Kleiß M, Kächele H, Dahlbender RW (1996) Reliability of video vs. transcript CCRT ratings. Vortrag, European Meeting, Society for Psychotherapy Research, 4.-7. September 1996, Cernobbio
- Popp C, Luborsky L, Crits-Christoph P (1990) The parallel of the CCRT from therapy narratives with the CCRT from dreams. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg) *Understanding transference. The CCRT method*. Basic Books, New York, S. 158-172
- Popp C, Taketomo Y (1993) The application of the Core Conflictual Relationship Theme Method to japanese psychoanalytic psychotherapy. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis* 21: 2, 229-252
- Sandler J (1982) Unbewußte Wünsche und menschliche Beziehungen. *Psyche* 36: 59-74
- Schauenburg H, Schäfer S, Raschka S, Benninghoven D (1995) Chances in CCRT-parameters after in-patient psychotherapy. Vortrag. 1. International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT) Method. Abteilung Psychotherapie. Universität Ulm 22.-24. April 1995
- Schneider H (1983) *Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses*. Huber, Bern
- Seganti A (1995) *La memoria sensoriale delle relazioni. Ipotesi verificabili di psicoterapia psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino
- Singer JL, Salovey P (1991) Organized Knowledge Structures and Personality. In: Horowitz MJ (Hrsg) *Personal Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns*. University of Chicago Press, Chicago, S. 33-79
- Spranger G, Zimmermann P (1995) *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendungen*. Klett-Cotta, Stuttgart

- Soldz S (1993) Book review. *Psychotherapy Research* 3: 69-73
- Spitzer M (1996) *Geist im Netz. Modelle für Lernen, Denken und Handeln*. Spektrum, Heidelberg
- Staats H, Strack M (1995) Re-test stability of the CCRT in patients and controls. Vortrag. 1. International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT) Method. Abteilung Psychotherapie. Universität Ulm 22.-24. April 1995
- Stern D (1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. 2. Aufl, Klett-Cotta, Stuttgart
- Stigler M, Pokorny D (1996) Reliability of CCRT ratings in daydream psychotherapy European Meeting, Society for Psychotherapy Research, 4.-7. September 1996, Cernobbio
- Strachey J (1934) The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 15: 127-159
- Waldvogel B, Vogt C, Seidl O (1995) Das Beziehungserleben von Ärzten in der Beziehung zu AIDS-, Krebs- und Stoffwechselpatienten: Zentrales Beziehungskonflikt-Thema und Affekte. *Zsch psychosom Med* 41: 2, 158-169
- Weinryb R (1996) persönliche Mitteilung
- Wiggins JS (1982) Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In: Kendall PC, Buthcer JN (Hrsg) *Handbook of research methods in clinical psychology*. Wiley & Sons, New York, S. 183-221
- Wischmann T (1995) Involuntary childless couples - their core conflictual relationship themes. Vortrag. 1. International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT) Method. Abteilung Psychotherapie. Universität Ulm 22.-24. April 1995
- Zander B, Strack M, Cierpka M, Reich G, Staats H (1995a) Coder agreement using the German Edition of Luborsky's CCRT method in videotaped or transcribed RAP interviews. *Psychotherapy Research* 5 (2): 231-236
- Zander B, Strack M, Cierpka M, Reich G, Staats H (1995b) Different reliabilities at the episode level and that of the final CCRT. A rejoinder to Luborsky and Diguier. *Psychotherapy Research* 5 (2): 242-244

**Anschrift der Autoren**

Dr. med. Reiner W. Dahlbender  
Leiter des Arbeitsbereiches  
Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik  
Abteilung Psychotherapie  
Universität Ulm - Klinikum  
Am Hochsträß 8  
D-89081 Ulm

Dr. med. Cornelia Albani-Blaser  
Wissenschaftliche Assistentin  
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik  
Universität Leipzig  
Karl-Tauchnitz-Straße 25  
D-04107 Leipzig

Prof. Dr. med. Horst Kächele  
Ärztlicher Direktor  
Abteilung Psychotherapie  
Universität Ulm - Klinikum  
Am Hochsträß 8  
D-89081 Ulm