

Forschungsarbeiten im Feld der therapeutischen Sackgassen und Abbrüche in der Therapie¹

J. Safran, J. Muran J & A. Shaker

¹ Safran J, Muran J, Shaker A (2014) Research on therapeutic impasses and ruptures in the therapeutic alliance. Contemporary Psychoanalysis 50: 211-232; übersetzt von S. Saligheh & H. Kächele (International Psychoanalytic University Berlin)

Abstract. Der folgende Artikel bietet einen Überblick über unsere Forschungsarbeiten im Bereich der „therapeutischen Sackgassen“ und Therapieabbrüchen. Das Projekt startete Mitte der achtziger Jahre an der University of Toronto und Anfang der neunziger Jahre führten wir das Projekt in New York am Beth Israel Medical Center fort. Wir konzentrierten uns auf das Abwenden von Abbrüchen in der therapeutischen Allianz sowie auf das Durcharbeiten von bedeutungsvollen Themen, die verantwortlich für solche Sackgassen in der Therapie sind. Basierend auf unseren eigenen Forschungsergebnissen über Veränderungsprozesse in der Therapie und der Einfluss in der Psychoanalyse konnten wir einen methodischen Ansatz der Kurzzeittherapie entwickeln und evaluieren, der uns sehr vielversprechend erscheint. Wir entwickelten Trainingsmethoden und evaluierten die Wirksamkeit der Methode, die den Therapeuten dazu verhilft konstruktiv mit negativen therapeutischen Prozessen umzugehen, ganz unabhängig von der jeweiligen Therapieschule. Abschließend fassten wir einige vorläufige Ergebnisse zusammen, welche die Mentalisierungsfähigkeit des Therapeuten in Bezug auf Behandlungsprozess und Behandlungserfolg betreffen.

Schlüsselwörter:

Bündnisbruch, Inszenierung, Sackgasse, Psychotherapieforschung, Therapeutische Tätigkeit

Einleitung

Das therapeutische Bündnis bzw. Arbeitsbündnis hat seit mehreren Jahren eine wichtige Rolle in der Psychotherapieforschung eingenommen. Einer der Gründe für die hohe Bedeutung dieses Aspektes ist vermutlich die Tatsache, dass bisher jegliche einheitliche Belege für die bessere Wirksamkeit von einigen Therapieschulen gegenüber anderen fehlen (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Wampold et al., 1997; Wampold, 2001), wenn man sich die üblichen Faktoren für Veränderungen in der Therapie anschaut (Goldfried & Newman, 1986; Grenavage & Norcross, 1990; Lambert & Ogles, 2004). Ein weiterer Grund ist der Zusammenhang zwischen der Qualität eines Bündnisses und dem Therapieerfolg. Dieser ist entlang verschiedener Therapieverfahren ein sehr robuster Vorhersagewert. Im Gegensatz dazu kommt es während einer Therapie, die aus einem eher schwachen therapeutischen Bündnis besteht, vermehrt zu Abbrüchen seitens der Patienten (Tryon & Kane, 1995; Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston, 1998; Martin, Garske, & Davis, 2000; Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011).

Obwohl das Konzept des Arbeitsbündnisses aus der Tradition der Psychoanalyse stammt (Sterba, 1934, 1940; Greenson, 1967, 1971), ist dieses Konstrukt ebenfalls in anderen theoretischen Feldern von Bedeutung, zum Beispiel innerhalb der Kognitiven Therapie (Castonguay, Goldfried, Wiser, Rauer, & Hayes, 1996; Leahy, 2003; Hayes, Hope, VanDyke, & Heimberg, 2007). Angesichts der allgemein wachsenden Bedeutung des Konzepts des Arbeitsbündnisses ist es interessant, dass es nicht länger nur ein zentrales Thema im theoretischen Diskurs der psychoanalytischen Literatur geblieben ist. Warum ist dies der Fall? Das Konzept des Bündnisses bedient, historisch betrachtet, eine wichtige Funktion in einer Zeit, in der die Psychoanalyse sehr viel Wert auf die Behandlungstechnik legte und gleichzeitig dem Beziehungsaspekt in der Therapie eine weniger wichtige Rolle einräumte (Safran & Muran, 2000, 2006). Es diente ebenfalls Maßnahmen für eine größere therapeutische Flexibilität, zu der Zeit als die klassische Psychoanalyse Vorschriften über die analytische Haltung machte und der therapeutische Rahmen weniger Raum für individuelle Bedürfnisse des Analysanden zuließ. Schließlich wurde das Konzept eines Arbeitsbündnisses besonders hilfreich, als Psychoanalytiker dazu neigten, alles, was innerhalb der therapeutischen Beziehung geschah, als Übertragung des Patienten zu verstehen und nicht als das Ergebnis eines gegenseitigen Beeinflussens (sowohl bewusst als auch unbewusst) zwischen Patient und Therapeut. Mit einer Verschiebung des analytischen Denkens in Richtung einer gegenseitigen Beeinflussung des Therapeuten und des Patienten, der therapeutischen Flexibilität und Spontanität, welches den Beziehungsaspekt stark betont, wird das Konzept des Arbeitsbündnisses zunehmend als selbstverständlich angenommen.

Wir glauben jedoch, dass die Beibehaltung dieses Konzepts über einen hohen Stellenwert verfügt, da es eine zentrale Stellung in der Psychotherapieforschung besitzt und der Nutzen in verschiedenen therapeutischen Traditionen weit verbreitet ist (Safran & Muran, 2000, 2006). In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich etwas entwickelt, das wir als die „zweite Generation“ der Allianzforschung bezeichnen. Sie versucht die Faktoren, welche hinter der Entwicklung eines Bündnisses stecken, sowie jene Prozesse, die für die Behebung von Abbrüchen des therapeutischen Bündnisses verantwortlich sind, näher zu beleuchten (Safran, Muran, Wallner-Samstag, & Stevens, 2002; Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011). Ein Abbruch des Bündnisses kann als ein Beispiel für die Anspannung oder der Zerfall in der gemeinsamen Beziehung zwischen Patient und Therapeut angesehen werden (Safran & Muran, 2000, 2006). Solche Abbrüche variieren in ihrer Intensität und Dauer von relativ kleinen Spannungen von kurzer Dauer, die von beiden Parteien kaum wahrgenommen werden, bis hin zu größeren Zusammenbrüchen der Zusammenarbeit, des Verstehens oder der

Kommunikation. Konzepte wie die eines Arbeitsbündnisses oder solche, die große Schnittstellen mit diesem haben, beinhalten Aspekte des Widerstands, den Ausfall der Empathie, therapeutische Sackgassen und Übertragung-Gegenübertragung.

Abbrüche in der therapeutischen Allianz können die voneinander unabhängigen Aspekte beeinflussen und eine Wechselwirkung in der erlebten Interaktion zwischen Patient und Therapeut darstellen. Dazu muss ein Verständnis von komplementären Rollen, die beide Teilnehmer in der Dyade innehaben, entwickelt werden (Safran & Muran, 2000, 2006; Safran et al., 2011). Allianzabbrüche und deren Behebungen können von Patienten selbst, von Therapeuten und von Beobachtern erfasst werden. Es existieren systematische Methoden zur Beobachtung von Abbruchs- und Wiederbehebungsphänomenen, die innerhalb einer Sitzung oder während der ganzen Therapie eingesetzt werden können (Safran et al., 2011). Bislang gibt es zahlreiche Untersuchungen, die überprüfen, ob ein besonderes Muster von Therapieabbruch bzw. -Behebung im Verlauf der gesamten Therapie mit einem positiven Therapieerfolg in Zusammenhang steht und ob ausgebildete Therapeuten, die einen Abbruch rechtzeitig erkennen und mit diesem Material konstruktiv arbeiten, ein besseres Therapieresultat erzeugen. Die Ergebnisse sind vielversprechend (siehe Safran et al., 2011 für eine meta-analytische Übersicht).

In den letzten 25 Jahren hat unser Forschungsteam sich stets bemüht, Lösungen für therapeutische Sackgassen zu finden. Wir haben ebenfalls untersucht, ob die Fähigkeit sich durch Sackgassen durchzuarbeiten und die Art der internen Verarbeitung mit der Fähigkeit des Therapeuten, konstruktiv mit Abbrüchen umzugehen, in Zusammenhang steht.

Die Analyse der Aufgaben bei Therapeutischen Sackgassen

Unser Programm kann als ein voranschreitender Kreislaufprozess, bestehend aus fünf ineinandergreifenden Abschnitten, konzipiert werden: (1) Modellentwicklung, (2) Testphase des Modells, (3) Entwicklung einer Behandlung, (4) Auswertungsphase und (5) zurück zur Phase der Modellentwicklung.

Die erste Phase des Forschungsprogramms begann Mitte der 1980er Jahre und bestand aus intensiven Beobachtungen von Einzelfällen, in denen Therapieabbrüche erfolgreich aufgelöst werden konnten (Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990). Mittels einer „Analyse der Aufgaben“ (Rice & Greenberg, 1984; Greenberg, 1986; Safran, Greenberg, & Rice, 1988) konnten wir ein vorläufiges Modell zur Erfassung von Gesetzmäßigkeiten bestimmter Muster in der Patient-Therapeut-Interaktion entwickeln, in denen eine therapeutische Sackgasse

erfolgreich gelöst wurde. Der Begriff der „Aufgabe“ benennt den Prozess, in den Kliniker und Forscher involviert sind, wenn sie sich durch wichtige Momente in der Therapie durcharbeiten oder vor interessanten Entscheidungspunkten stehen. Ein Beispiel dafür besteht aus der Hilfe, die der Patient erhält, wenn er aus einem Stadium, in dem er seine bedrohlich wirkenden Gefühle abspaltet, in ein Stadium übergeht, in dem er diese Gefühle anerkennt. Eine andere häufige Aufgabe besteht aus der Hilfe für den Patienten, mit der er anfängt seinen eigenen Beitrag zu bestehenden Kernkonflikten zu erkennen, welche zuvor nur aus der Perspektive eines Opfers erfahren wurden. Eine weitere Aufgabe wird es sein, den Patienten zu helfen aus einem Stadium der Selbstverachtung und des Selbsthasses herauszutreten, um einen Zustand des Selbstmitleids zu erfahren.

Im ersten Schritt einer Analyse der Aufgaben muss ein vorläufiges Modell geschaffen werden, das relevante Prozesse zur konstruktiven Verhandlung einer therapeutischen Aufgabe auf der Basis einer Theorie sowie den Prozess des Artikulierens von stillen Erwartungen oder impliziten Modellen, den der Kliniker im Laufe seiner klinischen Erfahrungen entwickelt hat, beinhaltet. Die Anwendung von Analyse der Aufgaben hat nicht zur Folge, dass jegliche Theorien beiseitegelegt und Beobachtungen in Therapiesitzungen ohne theoretische Vorwissen angewendet werden. Vielmehr fasst es unser Vorverständnis in Form von vorläufigen Modellen zusammen. Wir beobachten dann auf Video aufgezeichnete Stunden und relevante Stellen des Materials und überprüfen, welche dieser Stellen mit unseren vorläufigen Modellen übereinstimmen und welche davon abweichen. Durch diese Methode des ständigen Vor- und Zurückgehens zwischen Theorie und Beobachtung können wir unsere Theorie Schritt für Schritt verfeinern.

Dieser Prozess der Verfeinerung eines Modells beinhaltet: (1) die konsequente Beobachtung und Beschreibung eines Prozesses, der sich in eine Reihe von Einzelfällen entfaltet; (2) ein sich wiederholender Prozess der Verfeinerung des deskriptiven Modells in Erwiderung auf neue Beobachtungen; (3) das Entwickeln von Prozeduren, die das Operationalisieren von verschiedenen Stadien des Modells ermöglichen und (4) das Testen der Validität eines Entwurfs, indem gegensätzliche Sitzungen, in denen relevante therapeutische Aufgaben erfolgreich verhandelt wurden, mit den Sitzungen, wo dies nicht der Fall war, verglichen werden.

In einer Vielzahl von Studien, die wir im Laufe der Zeit durchführten, haben wir es geschafft, das Modell weiterzuentwickeln, indem wir Studien zur Hypothesenprüfung durchführten. Darin testeten wir, in wieweit das Modell sich häufiger in den erfolgreich gelösten Konflikten in therapeutischen Settings widerspiegelte, verglichen mit jenen

therapeutische Sackgassen, die nicht erfolgreich gelöst wurden (Safran, Muran, & Samstag, 1994; Safran & Muran, 2006; Safran, Muran, & Proskurov, 2009). Im Verlauf der Zeit haben wir angefangen zwischen zwei breit angelegten Kategorien von Sackgassen zu unterscheiden: (1) Konfrontationsbruch und (2) Rückzugsbruch (Safran et al., 1994; Safran & Muran, 1996, 2000). Von Konfrontationsbrüchen spricht man, wenn der Patient explizit erwähnt, dass er mit der Behandlung oder dem Therapeuten unglücklich ist. Auf der anderen Seite spricht man von Rückzugsbrüchen, wenn der Patient Schwierigkeiten hat, seine Bedenken zum Ausdruck zu bringen oder er übermäßig mit dem Therapeuten übereinstimmend ist, ohne, dass der Therapeut es weiß. Im Rückblick auf ein bedeutendes Geflecht bestehend aus Theorie und Forschung, das die Wichtigkeit der dialektischen Anspannung zwischen dem Bedarf einer Behörde einerseits und der Notwendigkeit für Bezogenheit für menschliche Entwicklung und seelische Erfahrung andererseits betont (e.g. Buber, 1936; Winnicott, 1965; Bakan, 1966; Greenberg, 1991; Aron, 1996; Blatt, 2008), sehen wir Konfrontations- und Entzugsabbruch als eine Reflexion des menschlichen Umgangs mit genau dieser Anspannung (Safran & Muran, 2000). Wenn der Patient den Wunsch nach einer Behörde gegenüber dem Wunsch nach Bezogenheit bevorzugt, treten Konfrontationsabbrüche wahrscheinlicher auf, wohingegen Rückzugsabbrüche öfter auftreten, wenn das Bedürfnis des Patienten nach Bezogenheit größer ist als das Bedürfnis nach einer Behörde. Das Durcharbeiten von Allianzabbrüchen kann den Patienten daher die Möglichkeit bieten, mit Anspannung zwischen dem Wunsch nach einer Behörde und dem nach Bezogenheit in einer neuen, konstruktiveren Art und Weise umzugehen (Safran & Muran, 2000).

Es wurde ein beobachterbasiertes System entwickelt, das Allianzbrüche reliabel identifizieren sowie zwischen Konfrontations- und Rückzugsbruch differenzieren kann (A. Mitchell, Eubanks-Carter, Safran, & Muran, 2012). Muster von sowohl Unterschieden als auch Gemeinsamkeiten, die auf erfolgreich gelöste und aufgelöste Allianzen hindeuten, konnten identifiziert werden. Auch wenn zunächst die Unterschiede wichtig für das klinische und theoretische Verständnis dieses Artikels erscheinen, werden wir kurz die Gemeinsamkeiten beschreiben, die stetig in unserer Forschung und Untersuchungen anderer Forschergruppen aufgetaucht sind, welche sowohl die Methode der Aufgabenanalyse als auch andere ergänzende Forschungsansätze anwendeten, um den Prozess der Abbruchsauflösung in einer Reihe von therapeutischen Settings zu erforschen (siehe Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2001; Safran et al., 2011 für mehr Informationen).

1. Es kommt häufig vor, dass Patienten von negativen Gefühlen bezüglich der Therapie oder der therapeutischen Beziehung berichten, wovon der Therapeut nichts bemerkt.

2. Es ist wichtig, dass Therapeuten ihre eigenen Kapazitäten nicht überschätzen, damit sie Allianzabbrüche besser erkennen und auf subtile Verschiebungen im therapeutischen Prozess besser eingestellt sind.
3. Es gibt Beweise, dass das Erkennen des Therapeuten und Patienten von Allianzabbrüchen in Beziehung zu einem positiven Therapie-Outcome steht.
4. Es ist wichtig, dass Patienten in der Lage sind, negative Gefühle bezüglich der Therapie oder der therapeutischen Beziehung verbalisieren können, ohne, dass der Therapeut abwehrend auf diese Gefühle reagiert.
5. Für Patienten kann es von Bedeutung sein, Zugang zu zugrunde liegenden Hoffnungen, Wünschen oder abgespaltenen Phantasien bzgl. Dem, was der Therapeut/die Behandlung ihnen noch entgegenbringen wird, zu finden und ihnen Ausdruck zu verleihen.
6. Es ist wichtig für den Therapeuten, gemeinschaftlich mit dem Patienten ein Wissen über seine nicht formulierten Ängste oder Erwartungen, die ein Vermeidungsverhalten nach sich ziehen, oder über dissoziierte Hoffnungen und Wünsche von negativen Gefühlen, die er bezüglich der Therapie oder der therapeutischen Beziehung hat, zu erarbeiten.
7. Es ist von Bedeutung, dass Therapeuten ihren eigenen Beitrag zu einem Allianzabbruch oder einer Sackgasse explorieren und akzeptieren.
8. Auch wenn Übertragungsdeutungen hin und wieder hilfreich sein können, um auf generalisierte Beziehungsmuster hinzuweisen, können Patienten solche Interpretationen auch als Schuldzuweisung empfinden. In solchen Fällen ist es nicht ungewöhnlich, dass der Ton der Interpretation von dissoziierten Gefühlen wie Frustration und Feindseligkeit, von den Anteilen des Therapeuten, beeinflusst werden.

Wirksamkeitsforschung

Im nächsten Schritt der Untersuchung entwickelten wir ein Behandlungsmodell basierend auf unseren eigenen Ergebnisse sowie Entwicklungen aus der relationalen psychoanalytischen Literatur (z.B. Mitchell, 1988, 1993, 1997; Aron, 1996; Stern, 1997; Bromberg, 1998; Hoffman, 1998; Safran, 2012). Wir begannen dann mit der Entwicklung, der Manualisierung und der Bewertung der Wirksamkeit einer Kurzzeit-Version der Behandlung, auch bekannt als „Brief Relational Therapy (BRT; Safran, 2002, 2003; Safran & Muran, 2000). Einige der Schlüsseleigenschaften der BRT sind: (1) sie geht von einer Zwei-Personen- Psychologie aus; (2) der Fokus der therapeutischen Beziehung liegt auf dem Hier und Jetzt; (3) eine fortlaufende gemeinsame Erforschung der Beträge des Patienten sowie denen des Thera-

peuten zur Interaktion; (4) sie betont eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Nuancen der Erfahrungen des Patienten im Zusammenhang mit der Entfaltung der therapeutischen Enactments; sie ist vorsichtig bezüglich der Verwendung von Übertragungsdeutungen, die über generalisierte Beziehungsmuster spekulieren; (5) sie hebt die Subjektivität der therapeutischen Erkenntnisse hervor; (6) sie sieht die relationale Bedeutung von Interventionen als kritisch an (Mitchell, 1998; Aron, 1996); und (7) sie macht von Techniken wie Gegenübertragung und therapeutischer Metakommunikation Gebrauch.

Therapeutische Metakommunikation besteht aus einem Versuch, aus dem relationalen Zyklus herauszutreten, der im Hier-und-Jetzt durch die Behandlung in den Mittelpunkt der gemeinschaftlichen Exploration geraten ist, d. h. über das Durchführen einer Kommunikation oder über die implizite Kommunikation, die gerade stattfindet, zu kommunizieren. Wir konzipieren Metakommunikation als eine Form von Achtsamkeit in Aktion (Safran & Muran, 2000). Es ist der Versuch, ein kontinuierliches Bewusstsein während des interaktiven Prozesses zu entwickeln während wir gleichzeitig eine Haltung der Neugierde und unvoreingenommenen Akzeptanz übernehmen (Safran & Muran, 2000). Indem der Therapeut aus der komplementären Beziehung austritt, bewegen sich therapeutische Sackgassen in Richtung einer dritten Position. Diese dritte Position transzendiert sowohl die subjektive Perspektive des Patienten als auch, die des Therapeuten (Aron, 2006; Benjamin, 2004), sodass letzterer anfangen kann sich in den Patienten einzufühlen, ohne dass er seine eigene Individualität dabei aufgibt.

Therapeuten, die BRT praktizieren, sollten danach streben, jede therapeutische Sitzung „ohne jede Erinnerung oder Wunsch“ zu beginnen (Bion, 1967) oder mit dem „Geist eines Anfängers“ (eine Redewendung des Zen Lehrers Shunru (Suzuki, 1970)). In der BRT werden formale Achtsamkeitsübungen in das Trainingsprotokoll für Therapeuten integriert. Zusammen mit den Entwicklungen und Verfeinerungen von BRT ging das Forschungsteam in die Phase der Wirksamkeitsforschung über. Dies warf interessante Fragen bezüglich des Psychotherapieprozesses sowie bezüglich Aspekten, die zu Behandlungsfehlern und Drop-outs beigetragen haben, auf.

In einem ersten Bemühen, um zu untersuchen, ob BRT wirksamer für behandlungsresistente Patienten ist als andere Kurzzeit-Therapien, führten Safran, Muran, Samstag und Winston (2005) eine zweiphasige Pilotstudie durch. In der ersten Phase wurden Patienten entweder mit einer Cluster C (ängstlich, vermeidende) Persönlichkeitsstörung oder mit einer nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörung randomisiert einer Behavioralen Kurzzeit-Therapie oder Psychodynamischen Kurzzeit- Therapie (STDP) zugeordnet. STDP wird häufig

angewendet und wurde gut untersucht. Sie stellt eine kurze Form einer psychodynamischen Behandlung dar und hebt, weniger als die BRT, die gegenseitige und co-konstruierte Eigenschaft der therapeutischen Beziehung hervor. Der Fokus liegt stattdessen auf der Auflösung intrapsychischer Konflikte sowie auf selbst-ablehnenden interpersonellen Mustern, die sowohl durch Übertragungsdeutungen als auch *Extraübertragungsdeutungen* aufgedeckt werden. Im Gegensatz zu BRT betont die Psychodynamische Kurzzeit-Therapie nicht die Wichtigkeit des gemeinsamen Explorierens von entstandenen Therapiebrüchen oder Übertragungen und Gegenübertragungen und die Rolle, die beide Akteure darin besitzen.

In Phase eins wurden Fragebögen verwendet, die der Erfassung von Fortschritten in der Behandlung dienten. Diese wurden nach jeder Sitzung von den Patienten ausgefüllt. Der Fragebogen beinhaltet eine Reihe von Subskalen inklusive einer 12-Item-Skala zur Selbstauskunft über das therapeutische Bündnis. Wenn durch einen Cut-off-Wert herausgefunden wurde, dass sich der Zustand eines Patienten verschlechterte, wurde ihm der Vorschlag gemacht, zu einer anderen Therapiemethode zugeordnet zu werden. Der Wechsel in eine andere Form von Kurzzeit-Therapie brachte sie dann in Phase zwei der Studie.

In Phase 2 wurden Patienten, die eine andere Therapiemethode wählten, randomisiert einer der folgenden beiden Gruppen zugeteilt: (1) BRT oder (2) einer Kontrollgruppe bestehend aus: (a) CBT (jene Patienten, die in Phase eins mit STDP behandelt wurden) oder (b) STDP (jene Patienten, die in Phase eins mit CBT behandelt wurden). Die Ergebnisse der Studie stimmten mit unseren Hypothesen überein. Patienten, die einer Kontrollgruppe zugeteilt wurden, stiegen vorzeitig aus. Im Gegensatz dazu hatte die Mehrheit der Patienten, die neu zur BRT zugeordnet wurden, einen positiven Therapie-Outcome. Alle Patienten, die sich entschieden mit ihren Therapeuten weiterzuarbeiten, obwohl ihnen eine Neuordnung angeboten wurde, stiegen ebenfalls vorzeitig aus. Dieses letzte Erkenntnis war ein wenig unerwartet: Wir erwarteten, dass Patienten in dieser Gruppe ihre Bedenken über die Therapie mit den Therapeuten diskutieren und Probleme in der therapeutischen Beziehung durcharbeiten würden. Trotz der kleinen Stichprobe ließ die Studie vermuten, dass BRT in Fällen, in denen der Aufbau einer therapeutischen Beziehung schwierig sein könnte, sehr nützlich sein kann und zeigt gleichzeitig auf, welche Risiken Behandlungsfehler haben wenn frühere Probleme in der therapeutischen Allianz nicht angesprochen werden.

In einer zweiten Studie untersuchten Safran, Muran, Samstag und Winston (2005) die relative Wirksamkeit von BRT, CBT und STDP. Patienten, die entweder die Diagnose einer Cluster C-Persönlichkeitsstörung oder einer nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörung bekamen, wurden 30 Sitzungen CBT, BRT oder STDP zugeteilt. Obwohl es keine signifi-

kanten Unterschiede in den Ergebnissen der Behandlung gab, haben wir herausgefunden, dass BRT-Patienten eine Behandlung seltener vorzeitig abbrachen als Patienten der beiden anderen Gruppen.

Allianz-fokussiertes Training

Auch wenn die BRT als eine „eigenständige“ Behandlungsmodalität betrachtet wird, sind wir nichtsdestotrotz daran interessiert, gemeinsame Elemente zu finden, die sich in einer allgemeineren Methode zusammenfassen lassen, damit diese bei Therapeuten verschiedener Schulen zum Einsatz kommen können. Wir führen derzeit eine Studie durch, in der es Kandidaten anderer Schulen ermöglicht wird Techniken zu erlernen, um ihre Fähigkeiten in Bezug auf das Erkennen und das konstruktive Durcharbeiten von Allianzabbrüchen, negativen interpersonellen Prozessen und Übertragung und Gegenübertragung zu verbessern. Diese Trainingsmethode heißt Allianz fokussiertes Training (AFT).

Unsere Intention bei der Durchführung einer solchen Studie ist es, auch der weit verbreiteten Kognitiv-Behavioralen Therapie (CBT; dt. KVT) den Zugang zu den analytischen Themen, wie zum Beispiel dem Wissen über die Praxis und Theorie der therapeutischen Beziehung, leichter zugänglich zu machen. Unsere vorläufigen Ergebnisse sind vielversprechend (Safran et al., 2014). Es scheint, dass nach einer begrenzten Anzahl von AFT-Stunden wichtige Veränderungen im Muster von interpersonalen Prozessen zwischen Auszubildenden und ihre Patienten stattfindet. Nach einem Wechsel in der Supervision von CBT zu AFT ergaben sich folgende Veränderungen: (1) es ist unwahrscheinlicher, dass Therapeuten eine dominante und kontrollierende Haltung wie bei der CBT einnehmen und Patienten nehmen seltener eine unterwürfige Haltung ein; (2) Patienten zeigen weniger eine passive, nachtragende und reservierte Haltung in der Beziehung zu ihrem Therapeuten; (3) Therapeuten ermutigen ihre Patienten, eine autonome und selbstständige Rolle einzunehmen und ermutigen sie ihre Wünsche und Bedürfnisse in der Therapie zu äußern; (4) sowohl Patient als auch Therapeut ist offener. Der nächste Schritt wird es sein, uns die Beziehung dieser Verschiebung im interpersonalen Prozess und das Behandlungsergebnis zum Zeitpunkt der Beendigung der Therapie und beim Follow-up anzuschauen.

Die Fähigkeit des Therapeuten zur Mentalisierung

Ein weiterer Zweig unserer Forschung ist das Erkunden der Beziehung zwischen der Fähigkeit des Therapeuten, die Therapeut-Patienten Beziehung zu reflektieren und der Mög-

lichkeit, mit therapeutischen Sackgassen konstruktiv zu arbeiten. Diese Fähigkeit, die wir als ähnlich zu Benjamins (2004) Auffassungen zu Intersubjektivität betrachten, kann ebenfalls als die Fähigkeit zur Mentalisierung bezeichnet werden. Mentalisierung bezieht sich auf die Fähigkeit eines Individuums zur Abrufung und Reflektion von mentalen Zuständen und deren zugrunde liegenden Verhaltensweisen bei Selbst und Anderen, inklusive Wünschen, Gefühlen und Vorstellungen. Es ist nicht nur das implizite Wissen über den mentalen Zustand sondern auch die Umsetzung über das „explizite Denken über mentale Zustände“ (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002, S.2). Mentalisierung bezieht sich nicht nur auf Selbstachtsamkeit, sondern auch auf das explizite Wissen über die Absichten von Selbst und von Anderen. Die Fähigkeit zur Mentalisierung ist abhängig von der Bindung, die ein Säugling zur primären Bezugsperson aufbaut (Fonagy & Target, 1998). Fonagy und Target (1998) behaupten, dass eine stabile Fähigkeit zur Mentalisierung abhängig von einer sicheren Bindung ist, die die innere Repräsentanz des Kindes als ein separates, selbstdenkendes und fühlendes Wesen fördert.

Fonagy, Target, Steele und Steele (1998) haben das Konstrukt der Mentalisierung operationalisiert, indem sie die „Reflective Functioning“ Skala (RF) entwarfen. Die RF-Skala umfasst vier Aspekte der Mentalisierung: (1) das Bewusstsein von mentalen Zuständen, zum Beispiel, dass unser Verständnis von uns Selbst und von Anderen stets begrenzt ist; (2) explizite Bemühungen, um mentale Zustände zu erkennen, unterliegen dem Verhalten. Ebenso sollte das Wissen vorhanden sein, dass unsere Interpretationen auch von unserem eigenen mentalen Zustand beeinflusst werden können; (3) die Anerkennung der Entwicklung von mentalen Zuständen, die das Verständnis beinhaltet, dass sich mentale Zustände und Perspektiven über die Zeit hinweg ändern; und (4) das Wissen über mentale Zustände in Bezug zu Anderen, zum Beispiel, dass das Wissen Anderer über den eigenen mentalen Zustand nicht vollständig sein kann. Folglich beinhalten die Skalen der RF Aspekte wie Selbstbewusstsein, Bewusstsein über Andere und die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme.

Um die Fähigkeit von Therapeuten zur Mentalisierung zu bewerten, haben wir einen halbstrukturiertes Interview namens „Therapist Relationship Interview“ (TRI; Safran & Muran, 2007) entwickelt. Dieses Interview soll Erinnerungen, Gedanken und Reflektionen über einen bestimmten Patienten erfassen. Im Fragebogen gibt es offene Fragen, durch welche die ihre Antworten ganz nach ihrer Wahl persönlich, emotional distanziert oder sachlich angeben sollen.

Das TRI kann von Therapeuten verwendet werden, die sich in verschiedenen Stadien, beispielsweise in der Mitte einer zeitlich begrenzten Behandlung, befinden. Es besteht aus

neun offenen Fragen und einer Reihe von Follow-up-Fragen, die Näheres über die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten erfragen. Die Anwendungszeit beträgt 45-60 Minuten. Das Ziel des TRI ist es, eine Reihe von verschiedenen Erfahrungen als Daten vorhanden zu haben, um sie dann für verschiedene Qualitäten und Stile von Reflektionen kodieren zu können. Beispielsweise werden Therapeuten gebeten, ihre Gefühle gegenüber Patienten mit fünf Adjektiven zu beschreiben. Anschließend sollen sie jedes dieser Adjektive näher beschreiben. Zusatzfragen sollen herausfinden, ob Therapeuten etwas Merkwürdiges oder Rätselhaftes in ihren Patienten sehen. Das TRI wendet sich besonders Momenten der Anspannung in der therapeutischen Beziehung und negativen Prozessen zu. Beispiele für relevante Fragen sind:

- Haben Sie in der Beziehung zu Ihrem Patienten schon einmal Momente erlebt, in denen Sie Konflikten, Meinungsverschiedenheiten, Missverständnissen oder Anspannung ausgesetzt waren, oder gab es besondere Momente, in denen Sie von Ihren Patienten abgelehnt, attackiert oder kritisiert wurden?
- Können Sie sich an einen besonderen Moment erinnern, als dies passiert ist? Wann ist es aufgetreten?
- Was haben Sie getan? Wie hat Ihr Patient reagiert?
- Was war Ihrer Meinung nach die Ursache? Was war Ihr erstes Gefühl in dieser Sache?
- Haben Sie schon einmal gedacht, dass Ihr Patient die Therapie beenden würde?
- Wurden Sie schon einmal von Ihren Patienten kritisiert, abgelehnt oder attackiert?

Nachfolgend werden die Ergebnisse einer jüngst erschienenen Studie kurz dargestellt. Diese Studie bewertet die Beziehung zwischen der Fähigkeit eines Therapeuten zur Mentalisierung, dem Ausmaß des therapeutischen Prozesses sowie dem Therapieausgang (Reading, 2013). Die Fähigkeit der Therapeuten wurde mittels TRI gemessen. Das TRI wurde von 43 Therapeuten angewendet, die ihre Patienten mit der BRT behandelten. Anschließend wurde ihre Mentalisierungsfähigkeit in einem Gespräch über die Beziehung zu ihren Patienten über die RF-Skala beurteilt (Fonagy et al., 1998). Wir prüften dann die Beziehung zwischen den kodierten RF-Werten und dem Maßstab für Therapieprozess und Therapieausgang. Die Ergebnisse waren verblüffend. Im Hinblick auf den therapeutischen Prozess erwarteten wir bei hohen RF-Werten der Therapeuten bzgl. der therapeutischen Beziehung ebenfalls hohe Ratings auf dieser Skala von den Patienten. Diese bewerteten die therapeutische Beziehung jedoch niedriger (Werte stammen aus den Fragebögen, die nach den Sitzungen verteilt wurden). Zudem sagen hohe RF-Werte der Therapeuten, auf den Ratings

der Patienten und Therapeuten vorher, inwieweit Allianzabbrüche in den Sitzungen zum Thema gemacht und besprochen wurden. Außerdem sagen hohe RF-Werte auf den Ratings der Patienten und Therapeuten den Grad der Klärung von Allianzabbrüchen vorher. Es ist interessant, dass wir, als wir uns den Therapieausgang angeschaut haben, hohe RF-Werte von Therapeuten fanden, obwohl wir nicht erwartet hätten, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen den Werten der „Beziehungsfähigkeit“ und der „Verbesserung der Symptomatik“ geben wird. Im Gegensatz zu diesen gemischten Ergebnissen zum Zeitpunkt der Beendigung und dem Follow-up fanden wir hohe RF-Werte der Therapeuten, die sowohl positiv mit Änderungen der Symptomatik, als auch der Beziehungsfähigkeit der Patienten korrelierten.

Es hat uns nicht sonderlich überrascht, dass hohe RF-Werte der Therapeuten nicht vorhersagend für die Patientenwerte zur Qualität der therapeutischen Allianz waren. Es gibt theoretische und praktische Gründe, diese Patientenwerte anzuzweifeln. Sie könnten von Faktoren wie der „Tendenz der Patienten zur Konformität“ oder „Unterwerfung“ beeinflusst worden sein (Muran, Segal, Samstag, & Crawford, 1994; Cushman, 2000; Doran, Safran, Waizmann, Bolger, & Muran, 2012). Auf der anderen Seite sprechen unsere Ergebnisse für die Hypothese, dass hohe RF-Werte der Patienten und Therapeuten die Lösung eines Allianzabbruches vorhersagen. Die unterschiedlichen Befunde zum Zeitpunkt der Beendigung kombiniert mit den positiven Befunden im Hinblick auf die Messung zum Ende, als auch zum Follow-up sind spekulativ. Eine plausible Erklärung dafür ist es, dass hohe RF-Werte der Therapeuten prognostizieren, dass sie Therapieabbrüche mit einer höheren Wahrscheinlichkeit thematisieren (so hat es sich in den Werten der Therapeuten und Patienten gezeigt). Therapeuten mit einer größeren Fähigkeit zur Mentalisierung werden vermutlich die Beziehung tiefgründiger explorieren. Dies führt dahin, dass Patienten zum Zeitpunkt der Beendigung der Therapie eher verunsichert sind. Das Indiz für eine positive Beziehung zwischen den RF-Werten und dem Maß an fortdauernder Veränderung bis zum Zeitpunkt des Follow-up deutet jedoch auf die Möglichkeit einer strukturellen Veränderung hin, die durch diese Verunsicherung stattfindet (oder die Veränderung in den Repräsentationen von Interaktionen, die generalisiert wurden [Stern, 1985]) und zum kontinuierlichen Wachstum auch nach der Behandlung führt.

Falldarstellung

Um die Anwendung der BRT zu veranschaulichen und die Fallkonzeption innerhalb des Rahmengerüsts der BRT zu demonstrieren, werden wir ein Fallbeispiel darstellen. Dieses Beispiel wurde erstmalig in *Negotiating the Therapeutic Alliance* präsentiert (Safran & Muran, 2000). Wir hoffen, dass dieser Auszug einige der Schlüsselmerkmale der BRT, wie zum Beispiel die therapeutische Metakommunikation und der Fokus auf das Hier und Jetzt in der therapeutischen Beziehung, gut darstellen. Dieser Auszug soll die Wege aus einer Sackgasse darstellen und zeigen, wie Therapeuten Übertragung und Gegenübertragung konstruktiv nutzen können. Er zeigt ebenfalls, wie Patienten in diesem Prozess aufmerksamer bezüglich ihrer verleugneten Wünsche und Bedürfnisse im Kontext der therapeutischen Beziehung werden.

Die Patientin Ruth erhält im Rahmen eines psychotherapeutischen Forschungsprogramms 30 Sitzungen BRT von dem Erstautor dieses Berichtes (Jeremy Safran). Alle Sitzungen sind daher auf Videoband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Ruth ist eine attraktive, jung aussehende, 52-jährige Frau, die seit 16 Jahren geschieden ist und eine 22-jährige Tochter hat. Sie arbeitet als Lehrerin in einer Highschool. Sie hat ihre Ehe vor 12 Jahren beendet, da ihr Ehemann sie kontrollierte, emotional missbrauchte und im Allgemeinen nicht in der Lage war auf ihre emotionalen Bedürfnisse einzugehen. Seit der Scheidung hatte sie einige kurze Affären zu Männern. Sie beendete die Beziehung zu ihnen, da sie stets unzufrieden mit ihnen war. Sie neigte dazu sich mit Menschen einzulassen, zu denen sie herabschaute und berichtete gleichzeitig, dass sie sich davor fürchtet, Männern nachzugehen, die sie aus Angst vor Ablehnung interessieren. Sie betont, dass sie in der Vergangenheit Schwierigkeiten hatte sich selbst einzugestehen, dass sie sich eine dauerhafte und intime Beziehung wünscht. Am Anfang der Therapie erwähnt sie, dass sie krampfhaft eine „richtige Beziehung“ führen möchte, jedoch hoffnungslos über die Möglichkeit ist. Das zweite Problem kreist um ihre Gefühle von ihren Kollegen auf der Arbeit „entmachtet“ und respektlos behandelt zu werden.

Obwohl ich (JS) ihr gegenüber anfangs Mitleid empfand, hatte ich ziemlich schnell Schwierigkeiten, eine emotionale Bindung zu ihr aufzubauen und erappte mich immer wieder dabei, wie ich das Ende der Sitzung abwartete. Ruth neigte dazu, in einer emotionslosen und leiernden Art und Weise lange Geschichten mit beachtlichen und obsessiven Details zu erzählen, was mich emotional nicht involvierte und mich von ihr distanzierte. Zudem pausierte sie selten, um Input oder Feedback von mir zu erhalten. Sie hielt während den

Sitzungen Monologe, in denen meine Anwesenheit kaum wahrgenommen wurde. Auch wenn ich zu Anfang jeder Sitzung versuchte interessiert zu sein, endeten die Stunden damit, dass ich sie meist gelangweilt und leicht genervt beendete.

Ruth: Wie viele Sitzungen haben wir noch übrig?

Jeremy: Weitere zehn. Einschließlich heute.

Ruth: Okay...Okay...also zehn weitere. Oh mein Gott...

Jeremy: Also...was genau meinen Sie mit „Oh mein Gott“?

Ruth: Also...Ich fühle nicht, dass alles geklärt ist bei mir...Wissen Sie...und [sie räuspert sich] umm...wie können wir es beschleunigen [lacht beklommen]? Wissen Sie, ich weiß nicht, ob das Hierherkommen, Jammern und weinerlich Sein...ob das wirklich das Produktivste ist.

Jeremy: Es klingt so, als ob sie etwas frustriert sind. Können Sie mehr dazu erzählen?

Ruth: Na gut...Ich schätze, ich würde gerne eine Einschätzung von Ihnen bekommen...oder wie wir weiterhin verfahren sollten oder Ähnliches.

Jeremy: Ich möchte nicht ausweichend wirken...aber ich bin mir nicht sicher, wie ich Ihre Frage zu diesem Zeitpunkt beantworten soll. Vielleicht können wir später darauf zurückkommen und ich bin dann in der Lage die Frage so zu beantworten, dass es für Sie hilfreich ist. Aber ich frage mich, wie sie sich gerade fühlen in Bezug auf das, was zwischen uns vorgeht in diesem Moment?

Ruth: Also...Ich meine...Ich möchte sie nicht in irgendeiner Art und Weise ermahnen, ich denke nur, dass ich mich schnell ablenke...und ich könnte ein wenig Hilfe gebrauchen, um gezügelt zu werden. Ich denke, dass ich etwas Konkretes brauche...keine Richtungen...ich weiß es nicht...Ich denke, ich brauche Hilfe, um wieder zum Thema zurückzukehren. Und wie wir vorher schon diskutiert haben, wenn ich nicht weiß, was die andere Person denkt, neige ich dazu einfach weiterzusprechen, um eine Reaktion zu erhalten.

Jeremy: Also möchten Sie, dass ich Ihnen helfe weiterhin den Fokus zu behalten...Und Sie sagen, dass Sie sich besser fühlen würden, wenn ich Ihnen mehr entgegenkomme und erzähle, was in mir vorgeht?

Ruth: Naja...Ich denke schon. Ich meine manchmal fühle ich, dass es eine wirkliche Verbindung gibt und dann gibt es Zeiten, in denen ich abschweife...und wissen Sie....Sie warten nur noch, bis ich zurück zum Thema komme oder so.

Jeremy: Es klingt so, als ob ihr Gefühl für wie sehr wir miteinander verbunden sind...wie sehr ich beteiligt bin und wie sehr ich für Sie da bin...fluktuiert!

Ruth: Uh-huh. Ich meine...ich denke nicht, dass Sie mich nicht mögen, aber ich denke, dies war ein hartes Stück Arbeit. Und auch für Sie. Und ich weiß, wie es ist mit Menschen zu arbeiten...Man mag sie am meisten, wenn sie einen wegen dem, was du für sie tust, gut fühlen lassen. Und ich weiß nicht, ob ich eine Erfolgsgeschichte für Sie war.

Jeremy: Uh-huh.

Ruth: Also wissen Sie...wenn jemand...wenn ich mich wohl fühle...wissen Sie...vollkommen akzeptiert...völlig und bedienungslos...bin ich sozusagen etwas entspannter.

Jeremy: Richtig...Und Sie haben nicht immer dieses Gefühl von mir erhalten.

Ruth: Richtig. Ja.

Jeremy: Dass ich auf einer fundamentalen Ebene...dass ich für Sie da bin und mich in Bezug auf Sie gut fühle?

Ruth: Richtig. Da ist ein Vorbehalt. Und ich denke, ich versuche rauszufinden, wer die andere Person ist...Als ob ich den Impuls spüre.

Jeremy: So...Wie fühle ich mich in diesem Moment?

Ruth: Ich denke, dass Sie aufgeschlossen sind...jedoch möchte ich auch über meine Erkenntnisse mehr erfahren. Ich möchte, dass Sie mir sagen, ob ich richtig oder falsch liege. Sind meine Wahrnehmungen korrekt oder verzerrt?

Jeremy: Gut, ich denke, dass Sie richtig liegen in Bezug darauf, dass meine Aufmerksamkeit etwas schwankt...Wir haben darüber schon mal gesprochen. Aber, es fühlt sich für mich so an, dass meine Aufmerksamkeit während der letzten Sitzungen gestiegen ist.

Ruth: Und das Gefühl, dass Sie sich abkoppeln entsteht, weil ich abschweife und den Fokus verliere?

Jeremy: Ich bin mit dessen nicht ganz sicher...aber ich denke schon.

Ruth: Gut, dann möchte ich, dass Sie mir in der übrigen Zeit helfen konzentriert zu bleiben. Und ich möchte ebenfalls wissen, warum ich abschweife. Okay? Können wir so weiterfahren?

Jeremy: Ich bin mir nicht sicher...aber ich frage mich, ob Sie etwas dazu sagen können, wie sich mein Feedback für Sie angefühlt hat...und auch wenn Sie sagen, „Können wir so weiterfahren?“ wie fühlt es sich für Sie an?

Ruth: Es ist, als ob...ich nicht die ganze Verantwortung tragen werde.

Jeremy: Ist da ein Gefühl vielleicht bei Ihnen....., dass ich Sie kritisiert habe?

Ruth: Ja...Ich denke schon. Es ist so, dass ich aufrichtig versucht habe zu den wichtigen Themen zu kommen...und es ist auch so...Ich glaube, ich frage Sie nach Hilfe.

Jeremy: Okay...das klingt wichtig...

Ruth: Ja...

Jeremy: Es ist wie, wenn Sie sagen, „ich tue alles, was in meiner Macht steht.“

Ruth: Richtig. Es ist nicht so, als ob Sie mich dazu drängen müssten, zu sagen, was ich fühle. Das können Sie auch in einer gewissen Weise...aber ich denke ich war auch sehr entgegenkommend über meine Gefühle, sofern sie mir bekannt sind.

Jeremy: Richtig. Und im Grunde sagen Sie „ich brauche Hilfe. Ich möchte mehr von Ihnen.“

Ruth: Richtig.

Jeremy: Wie fühlt es sich an, zu sagen, „ich möchte mehr von Ihnen?“

Ruth: Also, ich möchte es an dieser Stelle kurz näher erläutern. Ich meine...Ich brauche mehr von Ihnen, da wir nur noch zehn Sitzungen haben...Also müssen wir schneller arbeiten.

Jeremy: Also es klingt für mich so, als ob es Ihnen unangenehm ist zu fragen, was Sie von mir möchten.

Ruth: Ja.

Jeremy: Können Sie mir mehr über ihr Unbehagen erzählen?

Ruth: Also...Es ist, als ob ich unvernünftig bin und zu viel erwarte...aber dennoch...fühle ich mich schuldig, wenn es in einer Beziehung nicht gut läuft. Und ich möchte das Gleiche nicht hier auch tun.

Jeremy: Ja. Es ist nicht fair, dass Sie sich die alleinige Schuld geben, wenn die Dinge nicht so gut laufen hier...

Ruth: Wenn ich nicht die Schuld habe. Ich möchte Sie auffordern, ehrlich zu sein, wenn ich abschalte und über den Riss in der Decke spreche oder Ähnliches. Tatsächlich ist es so, dass ich mich stärker fühle, während ich das sage.

Jeremy: Uh-huh...Und wenn Sie sagen Sie fühlen sich stärker...meinen Sie, dass ich etwas mehr Verantwortung für das, was hier passiert übernehmen soll...Und Sie möchten nicht für etwas, das nicht Ihre Schuld ist, schuldig gemacht werden...

Ruth: Ja...Und ich hatte diesen Gedanken, ich möchte, dass es diesmal um mich geht.

Jeremy: Uh-huh.

Ruth: Ich möchte nicht, dass es eine Art wissenschaftliche Beobachtung ist...Und ich fordere Sie auf, sich mehr mit meinen Problemen zu beschäftigen...so alltäglich sie auch sein mögen, so wiederholend sie auch sein mögen.

Jeremy: Das klingt wichtig. Wie fühlt es sich an es auszusprechen?

Ruth: Also...Es fühlt sich so an wie, wenn ich meine Füße in den Boden stampfen würde. Wissen Sie...Wie „Gott verdammt!“ [Lacht beklommen]. Wissen Sie...wie „Gib das Her!“

Jeremy: Richtig.

Ruth: Aber wissen Sie...es fühlt sich gut an es zu sagen...und eigentlich kann ich mich nicht daran erinnern, wann ich das jemals bewusst gedacht habe...

Jeremy: Uh-huh.

Ruth: Aber ich denke, dass sich ein Impuls aufbaut und ich werde zentrierter im Ganzen, so wie, wenn ich wollen würde, dass sich alles um mich dreht.

Jeremy: Richtig.

Ruth: Und der abwehrende Teil von mir denkt sich, „Es muss sich um mich drehen...und die Person, die ich bin...ich kann mich nicht interessanter darstellen, damit Sie sich mehr mit mir und meinen Dingen beschäftigen.“

Jeremy: Ich denke nicht, dass Sie damit etwas abwehren. Im Grunde sagen Sie „Ich möchte zu meinen eigenen Bedingungen akzeptiert werden...so, wie ich bin.“

Ruth: Ja...Ja...

Jeremy: Und das ist wichtig. Wissen Sie...ein Teil von dem, was Sie sagen, klingt wie, wenn ich erzähle, dass meine Aufmerksamkeit schweift, denken Sie „Zur Hölle mit dir! Ich will, dass Sie mich so akzeptieren, wie ich bin.“

Ruth: ja...exakt.

Dieser Auszug zeigt ein paar Merkmale der Arbeit mit Brüchen innerhalb der BRT. Ruth ringt anfangs mit sich, um offen etwas über ihre Zweifel bezüglich der Therapie und mir (JS) zu äußern. Ich arbeite dann mit ihr, um ihre Fähigkeiten der Sprechweise zu verbessern und kreiere einen Raum innerhalb der Beziehung, in dem sie sich durchsetzen kann. Ich diskutiere explizit über die Arten ihrer Unzufriedenheit mit meiner Rolle und meinen Anteil in der Behandlung und ermutige sie durchsetzungsfähiger zu werden. Über den Prozess der Metakommunikation bin ich in der Lage Ruths Gefühl anzugehen, dass sie nicht vollkommen von mir akzeptiert wird, und kann meine Rolle darin besser einräumen. Ebenso konnte ich

Ruth eine Möglichkeit bieten offen über ihre Beziehungserfahrung mit mir zu sprechen und sie ist nun (?) in der Lage, es mit mir durchzuarbeiten ohne, dass sie ihre Wünsche oder Bedürfnisse einschränken muss (Safran & Muran, 2000).

Schlussfolgerung

Die dargestellten Studien und die Falldarstellung verschaffen einen kurzen Überblick über unsere Forschungsarbeiten sowie über therapeutische Sackgassen und Abbrüche im klinischen Einsatzgebiet. Dabei konzentrierten wir uns auf den therapeutischen Prozess und Aspekte, die einen Abbruch in der therapeutischen Beziehung begünstigen oder erschweren. In unseren laufenden Forschungen geht es um wichtige Veränderungen in Beziehungen, die durch Psychotherapie hervorgerufen werden. Wir hoffen auf eine Überbrückung des klinisch- und forschungsorientierten Denkens über Veränderungsprozesse und, dass ein detailliertes Wissen der Kliniker und Forscher über den Zusammenhang von Psychotherapieprozess und Veränderungen in diesem Feld entsteht.

Literatur

- Aron L (1996) A meeting of minds. Mutuality in psychoanalysis. The Analytic Press, NJ
- Aron L (2006) Analytic impasse and the third: Clinical implications of intersubjectivity theory. *International Journal of Psychoanalysis* 87:350-368. doi: 10.1516/15el-284y-7y26-dhrk
- Bakan D (1966) The duality of human existence. Beacon Press, Boston
- Benjamin J (2004) Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly* 83:5-46. doi: 10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x
- Bion W (1967) Note on memory and desire. In: Spillius E (Hrsg) *Melanie Klein today*, 2nd ed. Routledge, London, UK, S 17-21
- Blatt S (2008) Polarities of experience. Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. American Psychological Association, Washington, DC
- Bromberg P (1998) Standing in the spaces: essays on clinical process, trauma, and dissociation. The Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Buber M (1947) Between man and man. Routledge, Kegan Paul, London, UK
- Castonguay L, Goldfried M, Wiser S et al. (1996) Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64:497-504. doi: 10.1037/0022-006x.64.3.497
- Cushman P, Gilford P (2000) Will managed care change our way of being?. *American Psychologist* 55:985-996. doi: 10.1037//0003-066x.55.9.985
- Doran J, Safran J, Waizmann V et al. (2012) The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research* 22:710-719. doi: 10.1080/10503307.2012.709326
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2002) Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Other Press, New York
- Fonagy P, Target M (1998) Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 8:87-114. doi: 10.1080/10481889809539235
- Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M (1998) Reflective-functioning manual, for application to adult attachment interview (unveröffentlichtes Manuskript), 5. Version. University College London, London
- Goldfried M, Newman C (1986) Psychotherapy integration: An historical perspective. In: Norcross J (Hrsg) *Handbook of eclectic psychotherapy*, 1st ed. Brunner/Mazel, New York, S 25-61
- Greenberg J (1991) Oedipus and beyond. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Greenberg L (1986) Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54:4-9. doi: 10.1037//0022-006x.54.1.4
- Greenson R (1967) The technique and practice of psychoanalysis. International Universities Press, New York
- Greenson R (1971) The relationship between the patient and the psychoanalyst. In: Kanzer M (Hrsg) *The unconscious today*, 1st ed. International Universities Press, New York, pp 213-232

- Grencavage L, Norcross J (1990) Where are the commonalities among the therapeutic common factors?. *Professional Psychology: Research and Practice* 21:372-378. doi: 10.1037//0735-7028.21.5.372
- Hayes S, Hope D, VanDyke M, Heimberg R (2007) Working alliance for clients with social anxiety disorder: Relationship with session helpfulness and within session habituation. *Cognitive Behaviour Therapy* 36:34-42. doi: 10.1080/16506070600947624
- Hoffman I (1998) *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process*. The Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Horvath A, Bedi R (2002) The alliance. In: Norcross J (Hrsg) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, 1st ed. Oxford University Press, New York, S 37-70
- Horvath A, Del Re A, Flückiger C, Symonds D (2011) Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 48:9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Lambert M, Ogles B (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert M (Hrsg) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy*, 1st ed. Wiley, New York, S 139-193
- Leahy R (2003) *Overcoming resistance in cognitive therapy*. Guilford, New York
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975) Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry* 32:995-1008. doi: 10.1001/archpsyc.1975.01760260059004
- Martin D, Garske J, Davis M (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68:438-450. doi: 10.1037//0022-006x.68.3.438
- Mitchell A, Eubanks-Carter C, Safran J, Muran J (2012) The rupture resolution rating system. Society for Psychotherapy Research Conference
- Mitchell S (1988) *Relational concepts in psychoanalysis*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Mitchell S (1993) *Hope and dread in psychoanalysis*. BasicBooks, New York
- Mitchell S (1997) *Influence and autonomy in psychoanalysis*. The Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Muran J, Safran J, Samstag L, Winston A (2005) Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 42:532-545. doi: 10.1037/0033-3204.42.4.532
- Muran J, Segal Z, Samstag L, Crawford C (1994) Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62:185-190. doi: 10.1037//0022-006x.62.1.185
- Reading R (2013) The role of therapist reflective functioning in psychotherapy process and outcome. Erhältlich von Brockest Dissertation and Theses database. (UMT Nr. 3566470)
- Rice L, Greenberg L (1984) *Patterns of change*. Guilford Press, New York
- Safran J (2002) Brief Relational Psychoanalytic Treatment. *Psychoanalytic Dialogues* 12:171-196. doi: 10.1080/10481881209348661
- Safran J (2003) The Relational turn, the therapeutic alliance, and psychotherapy research. *Contemporary Psychoanalysis* 39:449-475. doi: 10.1080/00107530.2003.10747215
- Safran J (2012) *Psychoanalysis and psychoanalytic therapies*. American Psychological Association, Washington, D.C.

- Safran J, Crocker P, McMain S, Murray P (1990) Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 27:154-165. doi: 10.1037/0033-3204.27.2.154
- Safran J, Greenberg L, Rice L (1988) Integrating psychotherapy research and practice: Modeling the change process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 25:1-17. doi: 10.1037/h0085305
- Safran J, Muran J (1996) The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64:447-458. doi: 10.1037//0022-006x.64.3.447