

Luborsky L unter Mitwirkung von Kächele H (1999) Die Symptom-Kontext-Methode. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) *Symptom und Persönlichkeit im Kontext. Lindauer Texte. Springer, Berlin Heidelberg New York*, S 19-39

## **Lester Luborsky`s Symptom-Kontext Methode**

### **Die Vorbedingungen für sich wiederholende Symptome während Psychotherapie und Psychoanalyse - Eine neue Theorie der Symptomentstehung auf der Grundlage der Symptom-Kontext Methode**

Lester Luborsky, ediert von Horst Kächele

#### Vorbemerkung

*Der Autor dieser Vorlesung war in Lindau selbst nicht anwesend, wohl stammt das Material für den vorliegenden Text von ihm selbst ; von Herausgeber wurde eine bearbeitete Version des fünfzigseitigen Vortrags-Manuskriptes vorgetragen.*

*Lasen Sie mich ein paar Worte zur Person des Autors sagen.*

*Lester Luborsky begann mit den hier vorgestellten Untersuchungen im Jahre 1946 an der University of Illinois - Sie haben richtig gehört. Geboren 1920 beendete er mit 25 Jahre seine psychologische Dissertation an der Duke Universität. Damals arbeitet er mit Raymond Cattell zusammen, dessen Datenwürfel jedem Psychologiestudenten bekannt sein dürfte. Sie untersuchten einen jungen Mann, der an Magenbeschwerden litt, und den Luborsky als einen seinen ersten Psychotherapiefälle behandelte. Cattell und Luborsky entwickelten an diesen Fall die Anwendung der Faktorenanalyse auf einen Einzelfall - die sog. P-Technik (Cattell & Luborsky 1950). Die Sichtweise dieser neuen Technik auf ein psychotherapeutisches Problem führte zu ersten Gedanken über die Symptom-Kontext Methode; diese wurden 1953 in dem Buch von Mowrer (1953), das erste Übersichtswerk über Psychotherapieforschung veröffentlicht (Luborsky 1953)*

*Ungefähr im gleichen Alter wie Luborsky hatte ich auch die Gelegenheit meine ersten Erfahrungen als Therapieforscher zu machen. Mangels örtlicher Anleitung - mein Chef, Prof. Thomä, war zwar als Analytiker renommert, doch von Therapieforschung hatte er nur die Einsicht, daß er fast nichts wußte - hatte ich mich*

*in der Welt der Therapieforschung umzusehen. Mein erster Brief an Herrn Prof. Luborsky im Dezember 1970 beschäftigt sich just mit dem Problem der faktor-analytischen Aufbereitung eines Einzelfalles und den Möglichkeiten einer Symptom-Kontext Analyse. Denn der Ulmer Forschungsfall - inzwischen bekannt unter dem Namen Christian Y - litt an massiven repetitiven Angstfällen. Deshalb waren wir daran interessiert eine Untersuchungsmethode zur Erfassung der jeweiligen symptomauslösenden Randbedingungen zu etablieren. Gemeinsam mit einer Arbeitsgruppe der Ulmer Psychosomatik - die sich mit Auslösern für Blutdruckanstiege beschäftigen - wurde erste intensive Diskussionen zur Symptom-Kontext Methode geführt (s. Adler et al. 1976).*

*Deshalb ist es für mich eine besondere Ehre und Freude, Ihnen heute die Lindaugerechte Aufbereitung der Ergebnisse einer fünfzigjährigen Arbeit vorzustellen.*

### Einleitung

Luborsky's Untersuchungen zu der Bedeutung des Kontextes für die Entstehung von Symptomen waren (angeblich) eine glückliche Zufallsentdeckung (engl. serendipity) und das kam so:

An einem schönen Frühlingstag im Jahre 1963 hörte ich einer Patientin zu. Plötzlich hörte sie auf zu sprechen, pausierte, und erklärte dann: Au, ich hab grad was vergessen, was war es doch?" Nach einer kurze Pause: "Oh, es hab's wieder.

Sie brachte eine Erinnerung an Zurückweisungen durch andere, ein Thema das scheinbar immer dann ihr Denken beherrschte, wenn sie plötzlich etwas vergaß.

In diesem Augenblick - als die Patientin ihren Gedanken wiederfand, kam mir eine glückliche Zufallsidee für eine Forschungsmethode, wie die Vorbedingungen für die Entwicklung psychologischer Symptome studiert werden könnten. Es war eine neue Version einer Idee, die mir schon vor Jahren gekommen war.

Blättern wir also weiter zurück:

Als junior von Raymond Cattell behandelte der frisch gebackene Doktor der Psychologie Lester Luborsky 1946 einen jungen 25 Jahre alten Studenten, der sich in einer sog. free association treatment befand. Das muß ein ungewöhnliches Therapie-Unternehmen gewesen sein, denn die Quasi-Behandlung fand fünf mal in der Woche - im Liegen statt, und war nach 54 Sitzungen abgeschlossen. Der Patient mußte zunächst eine Stunde lang psychometrische Test und psychophysiologische Untersuchungen über sich ergehen lassen und dann durfte eine weitere Stunde seine diversen vorwiegend soziale Ängste mit dem Therapeuten, Luborsky, diskutieren.

Es handelte sich um also eine experimentelle Therapie, für die der Patient, Herr Paul Rycheck sich freiwillig gemeldet hatte. Deren Hauptzweck war es, für die Erprobung von Cattells P- Faktorenanalyse Technik Daten zu liefern. Im Gegenzug erhielt der Pat seine kostenlose Therapie und diese war auch klinisch vertretbar.

Der Patient hatte nach zwei Semestern seine Prüfungen nicht bestanden und mußte sich erneut bewerben. Das Versagen schien auf einen neurotischen Konflikt mit einem Lehrer zurückzugehen, der " wie sein Vater sich nicht darum kümmerte, ob ich lernte oder nicht". Der Pat. wurde nicht zum Dienst in der Armee gezogen, weil er an einem peptischen Ulcus litt, welches vor Beginn seines Studiums, als ein Jahr vor dem Versagen operativ behandelt worden war. Trotzdem litt er immer wieder unter Magenschmerzen. Bei seiner großen sozialen Ängsten - er war zunächst als Farmer rel. erfolgreich gewesen - war dies eine herbe Niederlage und mußte erstmals verkraftet werden. Als Therapieziele hatte er formuliert: "mehr Unterstützung auf dem College zu finden", "mehr Kontakt mit anderen Leuten zu haben", und " selbst stärker zu werden.

Zum Beispiel spricht der Pat. in der 8. Sitzung über sein Bemühen das Amt des Präsidenten des CVJM anzupfeilen. Aber dann fällt ihm ein, daß er noch immer das Schlußlicht im Kreis der Autoritäten wäre, und in diesem Moment spürt er seinen Magenschmerz:

#### 8 Sitzung

Ich denk grad über die Erfahrung nach, was dieses Komitee und das andere <sup>50</sup> mir geben wird , und in einem Jahr, vielleicht ein Jahr, könnte ich das Amt der Präsidenten des CVJM anpfeilen, und doch, um die eine oder andere Aktivität

würde ich mich kümmern anstatt die verschiedenen Funktionen der ganzen Organisation kennenzulernen---ich, ich werd' trotzdem noch das Schlußlicht der ganzen Organisation sein (Pause)

*Grad jetzt meldet sich mein alter Magen wieder*

Es scheint er tut das immer wenn ich mich auf diese Couch lege, als ob er was rausspritzen würde. Ich habe das schon manchmal beobachtet, nicht sehr oft, ich frag mich, warum tut er das. Ich glaub. es ist öfters wenn ich hungrig bin"/<sup>50</sup>

### Theorie

Über die letzten fünfzig Jahre haben viele Therapeuten sich bemüht die Randbedingungen zu erkunden, die verschiedene psychologische und psychosomatische Symptome triggern. Luborsky war nur einer von diesen, und zudem ein Nachzügler. Der Anführer in dieser Suche war natürlich Freud mit seiner Arbeit "Hemmung , Symptom und Angst" (1926). Dort klärt er ihre Beziehungen seiner Angst-Theorie zu neurotischen Symptomen. - diese Theorie hatte er schon seit 1895 zu entwickeln begonnen. Sowohl die alte wie auch die neue Version seiner Theorie behauptete, daß vor dem Beginn eines Symptoms sich ein Zustand von Hilflosigkeit und Angst aufbaut, die sich als Folge der Wahrnehmung verschiedener gefährlicher Situationen ergibt.

*1895 lautet die Formulierung so:*

"Die Psyche gerät in den Affekt der Angst, wenn sie sich unfähig fühlt, eine von außen nahende Aufgabe (Gefahr) durch entsprechende Reaktion zu erledigen; sie gerät in die Neurose der Angst, wenn sie sich unfähig merkt, die endogen entstandene (Sexual-) Erregung auszugleichen. Sie benimmt sich also, als projizierte sie diese Erregung nach außen" (Freud 1895, S.338).

*1926 lautet die Formulierung:*

Die Gefahrensituation ist die erkannte, erinnerte, erwartete Situation der Hilflosigkeit. Die Angst ist die ursprüngliche Reaktion auf die Hilflosigkeit im Trauma, die dann später in der Gefahrensituation als Hilfssignal reproduziert wird.

Das Ich, welches das Trauma passiv erlebt hat, wiederholt nun aktiv eine abgeschwächte Reproduktion desselben, in der Hoffnung, deren Ablauf selbständig leiten zu können" (Freud 1926, S.199/200)

Freud Auffassung und die anderer, die ihm gefolgt sind ( wie z.B. Engel u d Schmale (1967, dt. 1969), mag zutreffend sein. Allerdings weist diese Feld der Forschung keine Studien auf, die sich auf die Kombination von klinischer und quantitativ-systematischer Methodik verlassen. Tatsache ist, es gibt keine Studien welche die Randbedingungen vor einem wiederholt auftretenden Symptom zuverlässig bestimmen, wie es die Methode leistet, die Luborsky in diesem Referat beschreibt. Seine Methode ist die einzige: sie benützt kontrollierte Untersuchung der Vorbedingungen für wiederholt auftretende Symptome während psychotherapeutischer und psychoanalytischer Sitzungen.

Das vorweggenommenen Ergebnis der Untersuchung ist folgendes: Man kann nun die Vorbedingungen für jedes der sieben Symptome angeben und die gemeinsamen, geteilten Vorbedingungen für das ganze Set der Symptome.

Warum hat es so lange gedauert, bis eine solche Studie vorlag ? Hauptsächlich weil es sehr schwierig ist, a) ausreichend viel Daten über faktisch wiederholt auftretende Symptome zu bekommen und b) weil es sehr schwierig ist, gerade dann mit einem Tonbandgerät in der Nähe sein weil, wenn ein Symptom auftritt.

Zur Definition des Gegenstandes der Untersuchung sind noch einige Bemerkungen zu machen.

Was ist ein Symptom ? ein Verhalten welches eine bedeutsame Einschränkung einer gewöhnlichen seelischen oder physischen Funktion anzeigt.

Nicht als Symptom qualifiziert wiederholtes Verhalten, z.B. lachen, schreien, sich an die Wange fassen, oder wenn Kinder die im Stress sind, wichtige Objekte berühren.

Die sieben untersuchten Symptome sind:

drei psychologische Symptome:

momentanes Vergessen, depressive Zustandsänderungen, phobisches Verhalten

vier somatische Symptome:

Magenschmerzen, Migräne-Kopfschmerzen, Petit-Mal Episoden, und vorzeitige ventrikulären Herzaktionen

### Ziel

Dieser Bericht über die Symptom-Kontext Studien hat drei Ziele: a) mehr zu lernen über die Bedingungen bevor ein Symptom auftritt ( mehr dazu findet sich in dem neuesten Buch (Luborsky 1996); b) die systematisch gefundenen Ergebnisse mit den klassischen Theorien zur Symptomentzehrung zu vergleichen und c) Hinweise für klinische Anwendungen der Ergebnisse zu geben.

### Struktur der Methode

Die basale Struktur der Symptom-Kontext Methode besteht - wie in der ersten Übersicht gezeigt ( Abb.1) in der Zusammenfügung von drei Momenten aus der dem Material der therapeutischen Situation:

Hintergrund		unmittelbarer Kontext		unmittelbarer Kontext	Hintergrund
		bevor dem Symptom	während des Symptoms	nach dem Symptom	
Symptom-Kontexte	- Rating der Sitzung - ZBKT der Sitzung	Wörter des Patienten & Therapeuten	Symptome oder Verhalten	Wörter des Patienten & Therapeut	- Rating der Sitzung - ZBKT der Sitzung
Kontroll-Kontexte	dito	dito	Kontroll-Punkt in gleicher oder andere Sitzung	dito	dito

Abb 1: Die basalen Elemente der Symptom-Kontext Methode

Der erste Schritt besteht in der Identifizierung eines als symptomatisch gekennzeichnetes Ereignis des Symptoms; der jeweilige unmittelbare Kontext wird in zwei Teile aufgeteilt: der sog. kurze Kontext unmittelbar vor dem Symptom, meist ca. 30-50 Wörter lang -und der weitere Kontext, der ungefähr 300-400 Wörter vor dem Auftreten des Symptoms umfaßt.

Die Beurteilung der Daten besteht in einem Vergleich zwischen dem kurzen unmittelbaren Kontext und dem kurzen unmittelbaren Kontext vor einem sog. Kontrollpunkt, der von der gleichen oder einer anderen Sitzung ausgewählt wird.

Diese Technik wurde zuerst von Brenman (1952) in ihren Studien zur spontanen Veränderungen in der Hyposetiefe ausgewählt

#Das Wort "Symptom" wird am Ende jedes Prä-Symptom und jedes Prä-Kontroll Segmentes eingefügt: die Beurteiler sollen denken, alle Segmente entstammen Prä-Symptom Textstellen.

Folgende weitere Prozeduren für die Beurteilung von Prä- und Post- Symptom-Segmenten werden dann angewandt:

#Die Sitzung wird in Segmente aufgeteilt. Diese werden rein formal durch die Textlänge definiert, obwohl natürliche Einheiten auch denkbar sind (z.B. thought units)

#Eine Reihe von emotionalen Qualitäten wird in jedem Segment von zumindest 2 Beurteilern auf einer 5-Punkte Skala geschätzt: z. B. werden Kontrollverlust , Blockiertsein , Hilflosigkeit , "Zufuhr", Depression, Schuldgefühl, Feindseligkeit zum T., Involvierung mit T., Trennungsangst, Feindseligkeit zu Anderen eingeschätzt.

Die Auswahl geeigneter Textstellen ist das Ergebnis gründlichen wiederholten Lesens der Protokollen. Es scheint mir überhaupt das Geheimnis des Erfolges von Luborskys Art der Therapieforschung zu sein, daß er als ausgebildeter Psychoanalytiker seine klinische Kompetenz nie unterschlägt und immer wieder betont, daß die Kombination von klinischen und quantitativen Vorgehen der Schlüssel zum Erfolg sei.

Die Auswahl geeigneter Kontrolltexte ist von zentraler Bedeutung:

The user should select controls using an unbiased procedure, such as selecting parts of the same session or parts of another session that have none of the target symptoms. The selection rule for apiring symptom sessions with control sesssion is purposely arbitrary; for example a control session is designatedas three sessions before or three sessions after the symptom session. Within the controll session a control point is located at a time in the session that is as far temporally into the controll session as the symptom is in thre paired symptom session (Luborsky 1996, S.15)

Das basale statistische Operation besteht dann aus einem Vergleich der Symptom-Kontexte mit den Kontroll-Kontexten für jeden Patienten.



Der vierte Schritt dieser Operation besteht in einem multilevel-vielfältigen Beurteilung des Symptom- und Kontroll-Kontextes: der eingehenden klinischen Beurteilung (clinical review) folgt die Anwendung der Rating-Skalen für die bis zu 12 emotionalen Zustände, und dann wird auch die ZBKT-Methode angewandt.

Es ist ein Prinzip der Luborsky'schen Vorgehensweise die Evidenz fallspezifisch zu entwickeln, ganz im Einklang mit den Vorstellungen von Edelson's Argumentationsstruktur für psychoanalytischen Behandlungen (Edelson 1985, 1986) . Deshalb bewegen wir uns auf der Ebene der Einzelfall - Demonstration.

Die Leistungsfähigkeit und Fruchtbarkeit der Methode erschließt sich zunächst durch das Studium einzelner Fälle und so wollen wir nun beginnen einen Fall, den von Ms Apfel zu betrachten.

### Momentanes Vergessen

Die Patientin, Frau Apfel, war eine 31jährige Frau in psychoanalytischer Behandlung bei einem renommierten Analytiker<sup>1</sup>. Sie war Lehrerin an einer Universität. Ihr Hauptproblem war die Unfähigkeit, zufriedenstellende Beziehungen zu Männern zu herzustellen, was ihren Wunsch zu heiraten immer wieder scheitern ließ. Sie verliebte sich meist in jüngere Männern, bei denen sie in eine mütterliche Position geriet. Anlaß zur Behandlung war die Unfähigkeit ihre Dissertation abzuschließen. In ihrer Herkunftsfamilie hatte sie besonders häufig Konflikte mit ihrem Vater; dessen Herzerkrankung verhinderte jedoch die Möglichkeit diese auszutragen.

Bei ihr fanden Luborsky & Mintz bei systematischen Abhören der tonband-aufgezeichneten Stundenprotokolle ein wenig auffallendes, fast alltägliches Symptom, welcher weder ihr noch dem Analytiker so recht auffiel. Immer wieder stoppte sie und sagte: jetzt habe ich vergessen, was ich gerade sagen wollte.

Zunächst folgen wir Lester Luborsky's Methode der Einweisung in sein Vorgehen. In seinem Manuskript sind drei Beispiele aufgenommen, an denen Sie prüfen

---

<sup>1</sup>Inzwischen ist der Name in der scientific community bekannt; es handelt sich um eine der ersten Tonband-aufgezeichneten Psychoanalysen, die M M Gill in Chicago durchführte. Nach der plötzlichen Erkrankung von Gill nahm eine jüngere Kollegin die Patientin in Analyse. Der unglückselige Verlag dieser zweiten Behandlung wurde durch die Studie von H Dahl (1972) dokumentiert.

können, ob Sie auch intuitiv herausfinden, in welchem Fall sich ein momentanes Vergessen ereignet hat:

#### Beispiel 1 von Frau Apfel

Std. 20

"Wir könnten einfach mit der Behandlung nicht weiter machen, hm, weil es mir einfach nicht guttut (4 Sekunden) oder daß Sie meinen würden.....hm"  
(*momentanes Vergessen ?*)

Std. 25

"Aber, hm, ich denk hm..sie ist so eine Art Elternfigur und ich bin nicht sehr bereit so weiter zumachen, weil es einfach zu nichts führt. Ich dachte, irgendwie würde ich von ihr überrascht sein."  
(*momentanes Vergessen ?*)

Ich lasse Ihnen allen einen Moment Zeit, sich zu entscheiden, welche der beiden Textausschnitte ein Prä-Symptom Beispiel ist, und welche von einer Kontroll-Textstelle stammt.

Die richtige Antwort ist: die Stelle aus der Std. Nr. 20. Woher können Sie das wissen. Nun wenn Sie viele solcher Vergleiche gesehen hätten, können Sie vielleicht begründen, warum Sie sich für die erste Passage entschieden haben.

Diese erste Stelle berichtet von der Idee der Patientin, daß ihr Therapeut beschließen könnte, die Behandlung nicht fortzusetzen. Also die Vorstellung plötzlich fortgeschickt zu werden, so etwas derart.

#### Noch ein Beispiel

Std 36

Warum ich mich besser fühle? ---es hatte irgendwie mit dem Thema "Ich zeig mich Ihnen in einer Art und Weise, daß ich Sie nicht mögen kann" zu tun; was immer für ein Gedanke, hm, hinter dieser, hm, unsinnigen Feststellung stecken mag.  
(*momentanes Vergessen ?*)

Std. 45

Ich hatte, hm, (3 sec. Pause) mörderische Gedanken über Kinder, vielleicht (Pause, 3 sec.) identifiziere ich mich mit ihm in meiner Rolle als Lehrer, es

gibt so eine Art von, hm (Pause, 2 sec.) vorbeten was man tut (*momentanes Vergessen ?*)

In der Std. 36 wollte die Pat. eigentlich sagen: "Sie können mich nicht mögen", sagte aber: Ich kann Sie nicht mögen".

Möglicherweise ahnen Sie schon, daß der Gedanke, der Therapeut könne sie nicht mögen, eine Symptom-auslösendes Moment ist. In der Std. 45 spricht sie offen über mörderische Gedanke über Kinder; also die richtige Wahl ist die Textstelle aus Std. 36

Noch ein drittes Beispiel

Std. 76

Ich halte mich nicht für über - zumindest bewußt, nicht für überbesorgt mit solchen Sachen, aber, hm,(Pause 6 sek.), aber sie ist's noch viel weniger als ich. Ich denke, viel weniger besorgt über-  
(*momentanes Vergessen ?*)

Std. 66

Es war nicht wegen was ich gerade gesagt habe, hm, wir, wir mußten halt (mit der Sitzung) aufhören, weil die Zeit rum war. Mit anderen Worten, daß Sie, meine ich, das war freundlich, und ,hm (15 Sek.)  
(*momentanes Vergessen ?*)

Vermutlich ist nun Ihr Blick schon geschärft; in der Tat es ist die Textstelle aus Std. 66. Was anklingt ist feindselige Zurückweisung, auch wenn die Patientin manifest und bewußt versichert, daß es nicht so gemeint war.

Die Erwartung feindseliger Zurückweisung durch andere, insbesondere durch ihren Therapeuten erwies sich in 13 Symptom-Kontexten im Vergleich zu 13 Kontroll-Texten als signifikant diskriminierend.

Das nächste Bild nun den mittleren Verlauf der "Verwicklung mit dem Therapeuten" in den sechs 50-Wort Einheiten bevor das Symptom des Momentanen Vergessens auftritt. Nach der 200-Wort Marke steigt die Intensität der Verwicklung bis zum Beginn des Vergessen scharf an. Nach dem symptomatischen Akt kehrt die

Verwicklungsintensität wieder auf das Maß zurück, das auch die Kontrolltexte zeigen.

Mittlere Ratings der Verwicklung mit dem Therapeuten in sechs 50-Wort-Einheiten bevor versus sechs 50-Wort-Einheiten nach dem momentanen Vergessen für Ms Apfel.

Die nächste Abbildung zeigt ähnliches für die Beurteilung der Kategorie "Zurückweisung". Ab den 150 Worten vor dem Symptom steigt diese Kurve an und geht nach dem Symptom wieder zurück

Abb. 9

mittlere Ratings von Zurückweisung mit dem Therapeuten in sechs 50-Wort-Einheiten bevor versus sechs 50-Wort-Einheiten nach dem momentanen Vergessen für Ms Apfel.

Erinnern wir uns an das erste Beispiel. Die Patientin sagte: Wir könnten einfach mit der Behandlung nicht weiter machen, hm, weil es mir einfach nicht guttat " Zu diesem Zeitpunkt trat das MV auf. Zusammen mit der Kategorie "Verwicklung" ist die Kategorie "Zurückweisung" implizit enthalten.

Die folgende Darstellung gibt eine Reihenfolge wieder. Vergleicht man die Intensitätswerte von den verschiedenen emotionalen Kategorien zwischen den echten Prä-Symptom-Texten und den Kontroll-Prä-Symptom Texten dann lassen sich die Unterschiede mit einem Maß, der sog. Effektstärke darstellen:

Tabelle 1

Von den 12 emotionalen Qualitäten, die für Ms Apfels Texte eingeschätzt werden, sind folgende sechs bedeutsam:

	100-50 Ein- heit	t 50-0 Ein- heit	p
Verwicklung mit dem Therapeuten	2,26	4,20	.000
Zurückweisung,	2,11	4,04	.001
Trennungsängste	1,30	2,13	.022
Hoffnungslosigkeit	1,78	2,04	.027
Hilflosigkeit	2,63	1,80	.043
Feindseligkeit ge- genüber dem Thera- peuten	1,97	1,80	.430

p Die p-Werte beziehen sich auf die Signifikanz des Unterschiedes der 50-0 Einheiten der Prä-Symptom und Prä-Kontroll Texte.

Auf der Grundlage dieser Unterschiede schlußfolgert Luborsky:

This is the basis for my conclusion for this patient: we have discovered that there is a special set of qualities that were expressed before the forgetting with more intensity than before the control points.....  
**We infer that these qualities also were very likely to have been involved in the symptom that brought her to treatment - the recurrent conflicts and break-ups with men.**

**zu deutsch:** wir haben entdeckt, dass es einen Satz von (emotionalen) Qualitäten gibt, die in größerer Intensität von dem momentanen Vergessen als vor den Kontrollpunkten auftreten.....Wir schließen daraus, dass diese Qualitäten sehr wahrscheinlich auch an den Symptomen beteiligt sind, die die Pat. in die Behandlung brachten, nämlich die wiederholten Konflikte und Abbrüche in der Beziehung zu Männern. Besonders herausragend waren die Kategorien der Verwicklung mit dem Therapeuten (Involvement) und die Erfahrung der Zurückweisung (Rejection).

Im Originalmanuskript von Luborsky wird nun der Leser zu dem zweiten Symptom geführt, welches systematisch erkundet wurde.

Ich möchte einen Moment innehalten um Ihr Interesse nochmals auf die grundlegende Seite der Sache zu lenken.

Momentanes Vergessen - was ist das schon. Haben wir nicht wichtigeres zu tun, als solche pipifax Symptömchen zu er - klären ?

Wie ich eingangs zitiert habe, hatte Freud folgende zentrale Hypothese zur Symptombildung entwickelt: ein neurotisches Symptom ist Teil eines Lösungsversuches in einer Situation. Diese Situation wird von dem Individuum als so gefährlich eingeschätzt, daß dieser Mensch von Hilflosigkeit bedroht ist. Allerdings kommt die Gefahr aus dem Inneren, aus der Welt der eigenen Wünsche und Impulse.

Was an den Mini-Symptomen von Frau Apfel also untersucht wird, ist eines der wichtigsten Bestimmungsstücke der psychoanalytischen Theorie zur Entstehung von Störungen. Und es ist vernünftig in der wissenschaftlichen Arbeit, einen Gegenstandsbereich zu identifizieren, der ein kontrollierendes Vorgehen ermöglicht. Gefordert wird allerdings eine hinlängliche Analogie des isolierten Präparates mit der komplexen klinischen Wirklichkeit, was im Fachjargon die externe Validität heißt.

Kommen wir zum nächsten Symptom und dessen Kontext. Mr. James Quinn litt längere Zeit an depressiven Verstimmungen, die die Diagnose einer neurotischen Depression, heute einer dythymen Störung (DSM IV 300.40) rechtfertigten. Er wurde für drei Jahre zwei-stündig pro Woche mit analytischer Psychotherapie (Luborsky's supportive-expressive psychotherapy (1984, 1988)), im vierten Jahr einstündig pro Woche behandelt. Von Zeit zu Zeit berichtete er in der psychotherapeutischen Sitzung über jähe Schwankungen seiner Stimmung. Zum Beispiel sagt er: "ich werd wieder depressiv" oder "jetzt wirds wieder besser".

Ein solches Beispiel für eine Intensivierung des Depressionserlebens im 50-Wort Prä-Symptom-Kontext in der 144. Sitzung gibt Abb. 12

P.: /50 Ich denke der ( der Vater) hat nie was getan, er war einfach nutzlos, ja, er hat Geld verdient, okay, wenn ich sein Milieu betrachte und, blah, blah blah, und dass er Depressionen hatte, und nichts zu essen und all das---aber ich, ich ich weiß nicht --/SHIFTPOINT/ --jetzt werd ich wieder ganz depressiv  
T.: Sie sagten.....

P.: Ich hasste ihn...aber man muß ja seinen Vater lieben.

Im Rahmen dieser Studie konnten 9 solche Textsegmente ausgewertet werden; fünf Segmente zeigten eine Abnahme der Depressivität und vier eine Zunahme.

Da unsere Theorien selten genug erwähnen , wie denn Symptome wieder verschwinden, bot dieses Symptom eine besonders interessante zwei-seitige Fragestellung. Sind es die gleichen Variablen, die in beide Richtungen - Zu- und Abnahme arbeiten ?

Das Ergebnis zeigt die nächste Tabelle

<b>Variable</b>	<b>0-100 nach dem Shift</b>	<b>p (einseitig)</b>
Schuldgefühl	4,15	.002
Verlust von Selbstwert	3,33	.007
Feindseligkeit gegen Selbst	2,97	.011
Hoffnungslosigkeit	2,85	.013
Angst	2,43	.023
Blockiertsein	2,41	.024
Sorgen um Unterstützung	1,99	.044
Ödipale Konflikte	1,90	.050

Tabelle 2

Um noch ein klinisches Illustration zu geben, nehme ich einen Text aus der Stunde 135. Der Patient spricht über ein Mädchen, mit der er gerne ausgehen möchte. Er meint dazu müßte ein Kerl her, viel stärker als er.

"if it is me then I am not strong enough".

Nach diesem Gedanken berichtet der Patient eine Bewegung hin zu mehr erlebter Depression

Als nächstes käme der Bericht über die Auswertung eines phobischen Symptoms; ich werde mich mit dem Hinweis auf das entsprechende Kapitel begnügen:



Luborsky L, Diguier L, Johnson S, Seligman DA, Friedman S, Kasabakalian-Mckay R (1996)

Stalking the elusive contexts of a phobia with a modified symptom-context method.

In: Luborsky L (Hrsg) The symptom-context method. APA, Washington, DC, S 151-173

Erinnern Sie noch den ersten Fall,  
8 Sitzung

Ich denk grad über die Erfahrung nach, was dieses Komitee und das andere /<sup>50</sup>  
mir geben wird, und in einem Jahr, vielleicht ein Jahr, könnte ich das Amt der  
Präsidenten des CVJM anpeilen, und doch, um die eine oder andere Aktivität  
würde ich mich kümmern anstatt die verschiedenen Funktionen der ganzen  
Organisation kennenzulernen---ich, ich werd' trotzdem noch das Schlußlicht  
der ganzen Organisation sein (Pause)

*Grad jetzt meldet sich mein alter Magen wieder*

Es scheint er tut das immer wenn ich mich auf diese Couch lege, als ob er was  
rausspritzen würde. Ich habe das schon manchmal beobachtet, nicht sehr oft,  
ich frag mich warum tut er das. Ich glaub es ist öfters wenn ich hungrig bin"/<sup>50</sup>

In den 54 Sitzungen fanden sich 26 symptomatische Äußerungen von Herrn R.  
Untersucht man die 30 Wörter vor der Äußerung über Magenschmerzen im  
Vergleich zu Kontrolltexten, findet man folgende Kategorien: Ödipaler Konflikt,  
Angst, Befürchtung die Unterstützung zu verlieren (supplies), Kontrollverlust und  
Hilflosigkeit

<b>Variable Ratings / Scoring</b>	<b>t- Werte</b>	<b>signif. 1-seitig</b>
Ödipaler Konflikt	2,38	.010
Angst	2,37	.013
Sorge um Verlust der Unterstützung	2,09	.023
Kontrollverlust	1,82	.040

Hilflosigkeit	1,73	.048
Hilflosigkeit (Manual)		.001

Tabelle 4

Für dieses Symptom, wie für die anderen, ist eine Qualität besonders prägnant und dies ist die Sorge nicht zu bekommen, was er sich wünscht. In diesem Fall konnten aufgrund der eingehenden psycho-physiologischen Untersuchungen auch eine Fülle andere Messungen einbezogen werden. Die Faktorenanalyse dieser anderen Werte ergab einen Faktor, der eine Koinzidenz mit den Stunden zeigte, in den der Patient Magenschmerzen äußerte. Dieser Faktor wurde Spannung (urgency) benannt, und er stellt einen Zustand hoher seelischer Aktivierung dar. (mehr Einzelheiten s. Luborsky 1996, S.190).

Drei weitere somatische Symptome wurden bislang untersucht: Migräne, Petit mal, und PVC vorzeitige ventrikuläre Kontraktionen. Lester Luborsky in seiner unerschütterlichen Zielstrebigkeit würde Ihnen auch diese Einzelheiten nicht ersparen, aber mir scheint es an der Zeit nun die Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse bereitzustellen.

#### Fazit Nr 1:

Für jeden Fall lassen sich die Symptom-Kontexte und die Kontrolltexte signifikant unterschiedene emotionale Qualitäten identifizieren. In jedem einzelnen Fall sind es besondere Qualitäten wie z.B. im Fall der Frau Apfel die Furcht vor Zurückweisung. Liest man die klinischen Zusammenfassungen, die stets auch angefertigt werden, dann läßt sich unschwer erkennen, daß die Furcht vor Zurückweisung Hilflosigkeit auslöst, die dann zur erhöhter Feindseligkeit führt.

Aggregiert man die Befunde über die sieben Fälle bezahlt man zwar mit einem Verlust an Spezifität, aber man gewinnt verallgemeinbare Aussagen. Bedeutsame psychologische Vorbedingungen wie

Hoffnungslosigkeit Kontrollverlust Angst sich blockiert fühlen Hilflosigkeit Sorge um Versorgung
---

Diese sechs Kategorien finden sich in fast allen Vergleichen zwischen Kontroll- und Symptomtexten.

#### Fazit Nr. 2

Die Vorbedingungen für die drei psychologischen und vier somatischen Symptome unterscheiden sich nicht

#### Fazit Nr. 3

Jedes Symptom weist besonders herausragende Vor-qualitäten auf; dies scheint patienten-spezifisch zu sein.

#### Fazit Nr 4

Die herausragenden Qualitäten der Vor-Symptomphase sind dem zentralen Beziehungskonflikt des Patienten sehr ähnlich

#### Fazit Nr. 5

Die Intensität der Vor-Qualitäten steigt in Richtung auf die Symptombildung an; man findet einen engen zeitlichen Abstand, ca. 50-100 Wörter, bevor ein Symptom sich manifestiert. Solche Miniausschnitte aus dem Verhaltensstrom wurden schon anderweitig als sehr erhellend beschrieben. Dieser Befund deckt sich im wesentlichen mit den in den verschiedenen Theorien zur Symptomentstehung bekannten (Luborsky & Aronson 1996).

#### Fazit Nr.6

Die verschiedenen Symptome sind unterschiedlich gut mit der hier vorgestellten Methode zu identifizieren (Tab.

Symptom	Mittelwert der 5 größten Effekstärken
Momentanes Vergessen	.43
Depression	.71
Phobie	.65
Magenschmerzen	.34
Migraine	.71
Petit Mal	.53
PVC	.55

#### Fazit Nr 7

Erstaunlicherweise ist kein Unterschied zu finden, ob die Symptome als subjektive Störungen vom Patienten mitgeteilt werden oder ob sie durch eine objektive Registrierung, wie bei EEG und EKG, bestimmt werden können.

#### Fazit Nr. 8

Vorläufige Untersuchungen an sog. nicht-symptomatischen Fällen, bei denen wiederkehrendes, repetitives Verhalten quasi als Symptom untersucht wurde, ergab sich, dass deutlich weniger emotionale Vorläufer bestimmt werden konnten.

#### Fazit Nr.9

Die Befunde der im unmittelbaren Kontext arbeitenden S-C Methode weisen Parallelen zu den Befunden die mit der ZBKT-Methode im mittelbaren Hintergrund des Materials gefunden werden können.

#### Fazit Nr. 10

Die Bedingungen für die Symptombildung können auch durch retrospektives Berichte untersucht werden, wie im Fall der Phobie belegt (s. Kap.6 in Luborsky 1996).

#### Fazit Nr. 11

Die Richtung der bisherigen Analyse geht von Symptom zu den Vorbedingungen; Erste Analysen zeigen, dass von der Vorbedingungen allein die Übergangswahrscheinlichkeiten zu einer Symptombildung nicht sehr groß sind; es gibt halt verschiedene Wege mit dem Gefühl der Hilflosigkeit zu kämpfen.

#### Fazit Nr. 12

Die Symptome sind unterschiedlich gut zeitlich zu lokalisieren; am besten wie objektiver Registrierung.

#### Fazit Nr. 13

bislang sind nur für MV zehn Fälle verfügbar: bislang findet sich eine gute Kongrenz der Ergebnisse

#### Fazit Nr. 14

Multiple methodische Zugänge sind nützlich

Zusammenfassung der Vorbedingungen für die Entstehung eines Symptoms

- I Wahrnehmung einer potentiellen Gefahr
- II Gefahr durch die gegenwärtige Involvierung mit Leuten
- III Die Aktivierung des zentralen Konflikt-Beziehungsmusters (ZBKT)

- IV Zuwachs von Hoffnungslosigkeit, Kontrollverlust, Angst, Blockierung, und Hilflosigkeit
- V Ansteigende Kognitive Störung
- VI Psychologische Veränderungen parallel mit physiologische Störungen
- VII Der Zustand im Hintergrund läuft parallel zu einigen Qualitäten des aktuellen Zustandes
- VIII Das Ziel-Symptom tritt auf - wird bestimmt durch biopsychosoziale Disposition

Therapeutische Implikationen ?

Es liegt auf der Hand: eine detaillierte Analyse der emotionalen und kognitiven Bedingungen, die vor dem Auftreten eines Symptoms identifizierbar sind, hilft bei der klinischen Arbeit

## Literatur

- Adler R, Hermann J, Schäfer N, Schmidt T, Schonecke O, Uexküll T (1976) A context study of psychological conditions prior to shifts in blood pressure. *Psychosomatics and Psychotherapy* 27: 198-204
- Ambady, N. and R. Rosenthal (1992). "Thin slices of expressive behavior as predictors of interpersonal consequences: A meta-analysis." *Psych Bulletin* 111: 256-274.
- Brenman M, Gill MM, Knight R (1952) Spontaneous fluctuations in the depth of hypnosis and their implications for ego-function. *Int J Psycho-Analys* 33: 22-33
- Cattell R, Luborsky L (1950) P-technique demonstrated as a new clinical method for determining personality structure. *Journal of General Psychology* 42: 3-24
- Dahl H (1972) A quantitative study of psychoanalysis. In: Holt RR, Peterfreund E (Hrsg) *Psychoanalysis and contemporary science*. New York, S 237-257
- Engel GL, Schmale AHjr (1969) Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. *Psyche* 23: 241-261; Engl: (1967) Psychoanalytic theory of somatic disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 15:344-365
- Edelson M (1985) The hermeneutic turn and the single case study in psychoanalysis. *Psychoanal Contemp Thought* 8: 567-614
- Edelson M (1986) Causal explanation in science and psychoanalysis. *Psychoanalytic Study of the Child* 41: 89-127
- Freud S (1895b) Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose abzutrennen. S 313-342, GW Bd1
- Freud S (1926) Hemmung, Symptom und Angst. S 111-205, GW Bd 14
- Gottschalk, L., J. Fronczek, et al. (1993). "The cerebral neurobiology of hope and hopelessness." *Psychiatry* 56: 270-281.
- Kächele H, Schaumburg C, Thomä H (1974) A study of recurrent anxiety Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm

- Luborsky L (1953) Intraindividual repetitive measurements (P-technique) in understanding psychotherapeutic change. In: Mowrer OH (Hrsg) Psychotherapy - Theory and Research. Ronald Press, New York, S 389-413
- Luborsky L (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. Basic Books, New York (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 2. Aufl. 1995 Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Luborsky L, Aronson G (1996) Classical theories of symptom formation: Freud, Engel & Schmale, Goldstein & Seligman. In: Luborsky L (Hrsg) The symptom-context method. APA Books, Washington, DC, S 365-376
- Luborsky L, Digeuer L, et al.(1996) Stalking the elusive contexts of a phobia with a modified symptom-Context Method. In: Luborsky L (Hrsg) The symptom-context method. APA Books, Washington, DC. S.151-174