

A1. Wie lassen sich Beziehungsstrukturen „messen“ ?

A1.1. Empirische Erfassung von Beziehungsstrukturen -ein historischer Abriss

Inzwischen ist es Allgemeinwissen, dass Beziehungserfahrungen mit den wichtigen Bezugspersonen der Kindheit und Jugend persönlichkeitsbildend sind. Seitdem in der Folge der 68er ein höheres Maß an Kritik gegenüber den eigenen Eltern erlaubt ist, gehören Geschichten über prägende elterliche Erziehungspraktiken, gegen die man zeitlebens ankämpft, zum guten Ton - allerdings mit einer interessanten Ost-West-Differenz: Ostdeutsche geben deutlich positivere Erinnerungen an das elterliche Erziehungsverhalten an als Westdeutsche (Schumacher et al., 2000). Freuds Übertragungskonzept (Freud, 1912), ein Grundpfeiler psychoanalytische Theorie, wird von Therapeuten jeglicher Provenienz erkannt und diese nutzen Beziehungsmuster zwischen sich und den Patienten im diagnostischen und therapeutischen Sinn (z. B. Wendisch, 2000; Zimmer, 2000; Zimmer, 1983, McCoullough !!). Eine positive therapeutische Beziehung, wie sie Bordin im Konzept des Arbeitsbündnisses konzeptualisiert hat (Bordin, 1979) und z. B. Luborsky und viele andere beschrieben haben (Luborsky et al., 1980; Luborsky, 2000), gilt inzwischen als empirisch am besten gesicherter psychotherapeutischer Wirkfaktor (Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.).

Die Klage über zwischenmenschliche Probleme stellt häufig die Ausgangssituation für eine Psychotherapie dar. So sehr sich die verschiedenen therapeutischen Ansätze auch unterscheiden, haben sie zumindest ein gemeinsames Behandlungsziel: ungünstige Interaktionsmuster zu erkennen und zu verändern. Um zielgerichtete Veränderungen von Beziehungsstrukturen zu erreichen, bedarf es aber sowohl einer Diagnostik und Beschreibung solcher Beziehungsmuster, einer darauf zielenden Behandlungstechnik, als auch einer Verlaufskontrolle und Bewertung der angestrebten Veränderungen, d.h. der Operationalisierung von Beziehungsmustern.

Erste Versuche dieses Konstrukt systematisch-empirisch zu fassen, wurden im Menninger Projekt in Topeka unternommen. Im Kontext der in den fünfziger Jahren begonnenen Therapiestudie (xxx Wallerstein 1956, Wallerstein, 1986) wurden systematische klinische Formulierungen über die Patienten erprobt, bei denen relativ komplexe Formulierungen zur Übertragung erarbeitet wurden. Es erwies sich allerdings als äußerst problematisch, einen Konsens über solche komplexen klinischen Konzepte herzustellen. Dabei bildete die systematische Analyse früher Kindheitserinnerungen (xxx Mayman & Faris, 1960) einen wichtigen Eckpfeiler dieser Annäherung. (Die Relevanz der frühen Erinnerungen wurde, lange bevor Bowlby bei uns bekannt wurde, auch von Stiemerling (xxx 1974) empirisch aufgegriffen.)

Zur gleichen Zeit wurde versucht, Schätzmethoden zur Quantität von Übertragung zu erproben entsprechend dem klinischen Gebrauch, nach dem Motto: "Sage mir, wie stark die erotische Übertragung deiner Patientin auf Dich ist". Bellak und Smith (xxx 1956) führten einen solchen ersten Versuch durch, reliable Vorhersagen des therapeutischen Verlaufs von einer analytischen Sitzung zur nächsten zu treffen. Hierzu bildeten sie einen Itemkatalog von 23 Kategorien, in denen typische klinische Konzepte, u. a. auch Übertragung, aufgelistet waren. Fünf Beurteiler schätzten ein, in welchem Ausmaß das jeweilige Konzept vorhanden war. Strupp und Mitarbeiter (xxx 1966) erkannten bei der Replikation der Bellak-Smith-Studie empirisch die Achillesferse solcher Ansätze: ohne klare operationale Definitionen werden keine klinisch relevanten Ergebnisse erzielt. Auch ihr Fazit war, dass das Ausmaß der Beurteilerübereinstimmung umgekehrt proportional zum Abstraktionsgrad der Konzepte war. Spezifisch analytische Konzepte waren besonders schwer einzustufen.

Geschult an diesen Studien legte die Ulmer Arbeitsgruppe genauere Definitionen ("Skalen zur Erfassung von Übertragung, Arbeitsbeziehung und Angstthemen" (Grünzig et al., 1978) vor

und erzielte eine verbesserte Übereinstimmung. Erfolgreicher wurden solche Versuche später, als die Erfassung von beobachtbaren klinischen Ereignissen angestrebt wurde, wie dies bei der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas, über die hier ausführlicher berichtet werden soll, geschieht.

In einer experimentellen Studie untersuchten Lowinger & Huston (xxx 1955) zehn analytische Therapien mit einem hinter einer Einwegscheibe visuell reduzierten, nur auditorisch verfügbaren Therapeuten. Wenn auch weniger intensiv als im direkten Kontakt entwickelten sich Übertragungsreaktionen trotz dieses technischen Hindernisses.

Einen anderen, nicht-klinischen Zugang wählten eine Reihe von Autoren, die aus der Persönlichkeitsforschung kommend, Q-Sort-Methoden zur Erfassung von Übertragungsaspekten benutzen: Ähnlichkeit zwischen "signifikantem Elternteil" und "Therapeutin" (xxx Chance, 1952); Ähnlichkeit zwischen "Idealer Person" und "Therapeut" (Fiedler, 1952); Erfassung von Übertragung und Widerstand (xxx Rawn 1958); die Erwartungsvorstellungen des Patienten vom Therapeuten (xxx Apfelbaum, 1958); Ähnlichkeit im Verhalten gegenüber Eltern und Therapeut vor und nach der Therapie (xxx Subotnik, 1966, Subotnik, 1966). Eine Zusammenfassung dieser frühen Untersuchungen findet sich in dem von Meltzoff und Kornreich (xxx 1970) zusammengestellten Überblick. Auch auf der Basis der Kelly-Grid-Technik wurden einige Versuche zur Untersuchung der Ähnlichkeit zwischen Elternfiguren und Therapeut unternommen: Vergleich "idealer Vater" und "Therapeut" (xxx Crisp, 1964, 1964, 1966); Vergleich "Eltern" und "Therapeut" (xxx Sechrest 1962).

Aktuellere Ansätze wie z. B. der "Psychotherapy Process Q-Sort" (PQS, xxx Jones, 2001, deutsche Version xxx Albani 2000) ermöglichen systematische Einzelfallanalysen (z.B. xxx Jones & Proce, 1998), aber auch den Vergleich verschiedener Therapieformen (z.B. kognitiv-behaviorale versus interpersonelle Therapie (xxx Ablon, 1999), kognitiv-behaviorale versus psychodynamische Therapie (xxx Jones & Pulos, 1993) und u. a. Untersuchungen zum Übertragungsgeschehen.

Auch die Kelly-Grid-Technik ermöglicht die Erfassung von Beziehungsstrukturen (Crisp, 1964a, 1964b), wie dies die sorgfältigen Arbeiten von Catina & Czogalik (1988) und Bassler (1997) im deutschen Sprachraum zeigen.

Die PERT-Methode von Gill u. Hoffman ("Patient's Experience of Relationship with Therapist" (xxx Gill & Hoffmann, 1982), deutsche Überarbeitung (xxx Herold, 1991) erlaubt das Aufspüren einzelner abgewehrter Beziehungsaspekte auf einer mikrostrukturellen Ebene des Prozesses, wobei das Vorgehen keine Analyse der „Arbeit an der Übertragung“ erlaubt, sondern vorwiegend der Feststellung von "Widerstand gegen die Übertragung" dient.

Ein andere methodische Grundlage zur Erfassung von Beziehungsstrukturen liefert das von Sullivan, dem Gründer der Washington School of Psychiatry, eingeführte interpersonale Modell psychopathologischer Störungen (Sullivan, 1953), aus dem Leary das sog. Circumplex-Modell (Leary, 1957) entwickelte. Alle Verhaltensweisen werden im Circumplex-Modell in einem zweidimensionalen semantischen Raum mit den Dimensionen Zuneigung und Kontrolle angeordnet. Reziprozität und Komplementarität werden als Grundlagen interpersonalen Verhaltens angenommen, d.h. ein bestimmtes Verhalten provoziert eine bestimmte Reaktion beim anderen (Kiesler, 1983). Die von Benjamin entwickelte SASB-Methode ("Structural Analysis of Social Behavior", Benjamin, 1974) zur Beschreibung interaktioneller Prozesse, die auch klinische Relevanz haben (Benjamin, 1985; Benjamin, 1993), beruht auf diesem Circumplex-Modell.

Auch die Bindungstheorie (Bowlby, 1969) gibt Impulse für eine beziehungsorientierte Psychotherapieforschung, indem ausgehend von den Beziehungserfahrungen des Kindes mit den primären Bezugspersonen Vorhersagen über die mentalen Repräsentanzen der eigenen Person und der Objekte, sog. "innere Arbeitsmodelle" gemacht werden (Schmidt & Strauß, 1996; Strauß & Schmidt, 1997; Strauß et al., 2002). Neben Ratingmethoden - z.B. "Adult

Attachment Interview", AAI, (Main & Goldwyn, 1985) oder "Erwachsenen Bindungsprototypen-Rating", EBPR, (Strauß & Lobo-Drost, 1999), liegen inzwischen auch Fragebogen zur Erfassung von Bindungsstilen vor - z.B. "Relationship Questionnaire" RSQ, (Griffin & Bartholomew, 1994), die allerdings verschiedene Aspekte von Bindung erfassen. Methodisch lassen sich bei der Erfassung von Beziehungsstrukturen Instrumente zur Selbst- oder Fremdbeurteilung von Beziehungsmustern unterscheiden.

Patienten selbst können mithilfe von Fragebogen um die Einschätzung ihrer Beziehungsmuster gebeten werden – z.B. mittels des "Inventar Interpersonaler Beziehungen", IIP, (Horowitz et al., 1994), das ebenfalls auf dem Circumplex-Modell beruht oder dem "Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten", FEE, (Schumacher et al., 2000). Beckmann (1974, 1978, 1979) hat die Untersuchung von Übertragungs- Gegenübertragungsphänomenen mithilfe des "Gießen Tests" (Beckmann et al., 1983) demonstriert. Dabei können mit Fragebogen aber lediglich summarische Einschätzungen von Beziehungsmustern ermittelt werden, und es besteht oftmals eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdwahrnehmung bezüglich des eigenen Verhaltens. Die direkte Erfassung von Beziehungsmustern anhand von Stundentranskripten oder Videoaufzeichnungen durch externe Beobachter erlaubt dem gegenüber eine differenziertere Beurteilung.

Die Untersuchung von Beziehungsmustern kann auf verschiedenen Erfassungsebenen erfolgen - es kann die aktuelle Beziehung analysiert werden, also *interpersonelle* Beziehungsmuster beobachtet werden oder es können Schilderungen des Patienten von seinen Beziehungen untersucht werden, die einen Rückschluss auf *intrapsychische* Muster erlauben. Seit Mitte der 70er Jahre wurden verschiedene Methoden zur Operationalisierung von Beziehungsstrukturen (s. Tabelle A1.1.) entwickelt.

Tabelle A1.1.

Methoden zur Operationalisierung von Beziehungsmustern

1974	Benjamin, 1974 dt.: Tress, 1993	SASB	Structural Analysis of Social Behavior
1977	Luborsky, 1977 dt.: Luborsky, 1988; Luborsky et al., 1992	CCRT	Core Conflictual Relationship Theme dt.: Zentrales Beziehungskonflikt Thema, ZBKT
1977	Weiss & Sampson (Caston, 1977; Weiss et al., 1986) dt.: Albani et al., 2000c	PD	Plan Diagnosis (später: Plan Formulation Method)
1979	Mardi Horowitz, 1979	CA	Configurational Analysis (später: Role Relationship Models Configuration)
1981	Teller & Dahl (Dahl, 1988; Dahl & Teller, 1994; Teller & Dahl, 1981) dt.: Hölzer & Dahl, 1996	FRAMES	Frame Analysis, Fundamental Repetitive And Maladaptive Emotional Structures
1982	Gill & Hoffman, 1982 dt.: Herold, 1995	PERT	Patient's Experience of Relationship with Therapist dt.: Beziehungserleben in Psychotherapie, BiP
1983	Slap & Slaykin, 1983		Clinical summaries of schemas
1984 1994	Schacht et al., 1984; Schacht & Henry, 1994	SASB- CMP	Dynamic Focus (später: Cyclic Maladaptive Pattern, später: SASB-CMP)
1985	Kiesler et al., 1985	IMI	Impact Message Inventory
1986	Bond & Shevrin, 1986		Clinical Evaluation Team
1986	Maxim, 1986	SPLASH	Seattle Psychotherapy Language Analysis Schema

1989	Perry, 1991	ICF	Idiographic Conflict Formulation Method
1989	Len Horowitz, (1989)	CRF	Consensual Response Formulation
1990	Crits-Christoph & Demorest, 1991 dt.: Crits-Christoph et al., 1995	QUAINT	Quantitative Analysis of Interpersonal Themes
1992	Demorest & Alexander, 1992		Personal Scripts
1996	OPD-Arbeitsgruppe, 1996, 2006	OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Nachfolgend soll die ZBKT-Methode kurz beschrieben werden.

A1.2. Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas

Wir (Kächele & Albani, 2000) haben unlängst die Entwicklung der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas (Luborsky, 1977; Luborsky, 1990; Luborsky et al., 1992) Revue passieren lassen, die inzwischen zu den etabliertesten Methoden gehört:

„Als Nebenprodukt seiner Bemühungen um ein Maß für die therapeutische Allianz stellte Luborsky - am 17. Januar 1977 um 14 Uhr im Downstate Medical Center in New York¹ - ein Verfahren zur Messung des zentralen Musters, nach dem jeder einzelne seine Beziehungen gestaltet, vor, das er *Core Conflictual Relationship Theme (CCRT, deutsch Zentrales Beziehungskonflikt Thema, ZBKT)* nannte. Bei der Durchsicht von Therapiesitzungsprotokollen war ihm aufgefallen, dass er sich in erster Linie für die Erzählungen des Patienten über dessen Interaktionen mit dem Therapeuten und anderen Personen und für deren wiederkehrende Aspekte interessierte. Er untersuchte vor allem drei Komponenten:

1. Was will der Patient von anderen Personen?
2. Wie reagieren diese darauf?
3. Wie reagiert der Patient wiederum auf deren Reaktionen?“ (Kächele & Albani, 2000, S. 179).

Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas ist ein inhaltsanalytisches Verfahren. Luborsky (1977) betont die Nähe zu klinischen Schlussbildungsprozessen, wenn er feststellt, dass erfahrene psychodynamisch orientierte Kliniker zwar weniger formalisiert, aber prinzipiell auf die gleiche Weise zur Formulierung von Übertragungsmustern gelangen. Sein Übertragungsbegriff wird theoretisch allerdings nicht scharf herausgearbeitet, vielmehr implizit durch das praktisch-methodische Vorgehen abgesteckt (Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

Als Auswertungsgrundlage dienen sog. Beziehungsepisoden, d. h. erzählte Geschichten über bedeutsame Beziehungen mit Anderen (Luborsky et al., 1992).

Die Grundannahme des Verfahrens beruht auf der Vorstellung, dass die Schilderung von Beziehungserfahrungen für den Patienten prototypische und charakteristische Subjekt-Objekt-Handlungsrelationen enthält, die dort „wie eingebrennte Klischees“ sichtbar gemacht werden können. Erzählungen sind ein gutes Mittel, um Erfahrungen zu transportieren (Boothe, 1991); besonders festgefügte, repetitive Erfahrungen verdichten sich in Erzählepisoden (Bruner, 1987; Flader & Giesecke, 1980). Im Kontext der ZBKT-Methode kann und soll keine linguistische Analyse dieser Narrative vorgenommen werden, weshalb auch auf eine klare linguistische Definition von „Erzählung“ z. B. in Abgrenzung eines „Berichtes“ verzichtet wird. Für eine linguistische Kritik an der Methode s. Hartog (xxx).

Die folgende Geschichte eines Patienten in einer psychoanalytischen Kurztherapie über seine Beziehung zum Bruder² illustriert eine Beziehungsepisode. Die Episode steht im Kontext der

¹ Dies ist die erste exakte Zeitangabe in der Geschichte der Psychotherapieforschung.

² Fokalthherapie "Der Student" - die hier zitierten Textstellen unterliegen den für die Ulmer Textbank festgelegten Bestimmungen (Ulmer Textbank, 1989)

vom Patienten geäußerten Enttäuschung über seinen von ihm als desinteressiert erlebten Vater:

- „Analytiker: Mit dem älteren Bruder können sie sich's besser ausdenken, ausmalen?
 Patient: Der hat ja auch mehr mit mir gemacht an für sich, mit mir. ... der hat halt immer Schach mit mir gespielt und solche Sachen und mit dem Motorrad, wo ich noch kleiner war, da war ich natürlich nicht so gern gesehen, wenn seine ganzen Freunde da waren. Aber der hat mich dann immer mit dem Motorrad mitgenommen oder Feste, manchmal; also da kam wenigstens etwas.“

In einer Beziehungsepisode werden folgende Komponenten bestimmt:

- Wünsche, Bedürfnisse, Absichten des Erzählers (W-Komponente);
- Reaktionen des Objekts (RO-Komponente);
- Reaktionen des Subjekts (RS-Komponente).

Der Beurteiler notiert in einer Kurzformulierung Komponententyp und Inhalt, der zunächst möglichst textnah formuliert werden soll. Wünsche können danach unterschieden werden, ob sie objekt- oder subjektbezogen sind (Albani et al., 2002d). Es werden positive, negative und unspezifische Reaktionen unterschieden.

Für eine interindividuelle Vergleichbarkeit können die textnahen Kurzformulierungen Standardkategorien zugeordnet werden. Dafür liegen Listen von Standardkategorien und Clustern vor (Barber et al., 1998b; Luborsky, 1990), für die wir eine Reformulierung vornehmen konnten (Albani et al., 2002), die auch methodische Erweiterungen beinhaltet und die wir als ZBKT_{LU}-Methode eingeführt haben (s. Kapitel B1. und B2.).

Die oben angegebene Beispielpisode würde aus der Perspektive der ZBKT_{LU}-Methode folgendes Beziehungsmuster beinhalten:

Impliziter objektbezogener Wunsch (I-WO): Der Bruder soll mich einbeziehen, mich mitnehmen, sich für mich interessieren.

Positive Reaktion des Objekts (Bruder, P-RO): Der Bruder beschäftigt sich mit mir, lässt mich dabei sein.

Positive Reaktion des Subjekts (Erzähler, P-RS): Ich bin zufrieden, dass vom Bruder wenigstens etwas kam (auch wenn ich mir noch mehr gewünscht hätte).

Um zu dem „Zentralen Beziehungskonflikt-Thema“ (ZBKT) des Erzählers zu kommen, werden in mehreren (Luborsky meint, dass mindestens zehn solcher Episoden notwendig seien) Beziehungsepisoden die Wünsche und Reaktionen bestimmt und das zugrunde liegende Thema anhand der Häufigkeiten der Kategorien ermittelt. Luborsky geht davon aus, dass die Beziehungsmuster, die häufig geschildert werden, eine besondere Bedeutung haben, d. h. „zentral“ sind. Das „Zentrale Beziehungskonflikt-Thema“ wird im Sinne eines vorgestellten Interaktionsschemas zwischen Subjekt und Objekt aus den drei jeweils häufigsten, voneinander unabhängigen Einzelkomponenten zusammengesetzt.

Unter psychodynamischen Gesichtspunkten können diese Beziehungsmuster als konflikthafte Resultante zwischen den persönlichen Bedürfnissen bzw. Wünschen, den Ängsten und Abwehrvorgängen einerseits und den Reaktionen der Interaktionspartner andererseits verstanden werden. Die psychische Symptomatik des Patienten ist in charakteristische dysfunktionale Beziehungsmuster eingebettet - der Wunsch, die Angst bei der Wunscherfüllung und die entsprechende Abwehr des Wunsches bzw. der Angst konfiguriert auch die interpersonalen Beziehungen.

Inzwischen existieren vielfältigste Untersuchungen mit der ZBKT- und ZBKT_{LU}-Methode, über die Tabelle A1.2. ohne Anspruch auf Vollständigkeit einen Überblick gibt.

Tabelle A1.2.

Untersuchungen mit der ZBKT- und ZBKT_{LU}-Methode

Untersuchungen mit der ZBKT_{LU}-Methode

1. Grundlagenwissenschaftliche Fragestellungen

- **Beziehungsmuster und die Schwere der psychischen Beeinträchtigung**
(Albani et al., 1999a; Albani et al., 2002c; Cierpka et al., 1998; Diguier et al., 2001; Wilczek et al., 2000)
- **Beziehungsmuster und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten**
(Albani et al., 2002g)
- **Beziehungsmuster und Bindungsstile**
(Albani et al., 2001a; Albani et al., 2002b; Seidler, 2003; Waldinger et al., 2003)
- **Beziehungsmuster und verbalisierte Emotionen**
(Albani et al., 2002a)
- **Beziehungsmuster und Abwehr**
(Azzone & Vigano, 1995; Beretta & de Roten, 2003; De Roten et al., 2001; De Roten et al., 2002)
- **Beziehungsmuster und mimisches Verhalten**
(Anstadt et al., 1996)
- **Entwicklungspsychologische Perspektiven von Beziehungsmustern**
(Luborsky et al., 1998)
- **Stabilität von Beziehungsmustern**
(Barber et al., 1998c; Drapeau et al., 2000; Staats et al., 1997; Staats et al., 2003)
- **Beziehungsmuster bei nicht-klinischen Gruppen**
(Staats et al., 1997; Thorne & Klohn, 1993; Zollner, 1998)

2. Methodische Fragestellungen

- **Reformulierung des Kategoriensystems der ZBKT-Methode**
(Albani et al., 2002d; Drapeau et al., 2002)
- **Alternative Cluster-Strukturen für die ZBKT-Methode**
(Körner et al., 2002)
- **"Mustersuche" - Alternative Methoden der Datenanalyse**
(Albani, 1994; Pokorny, 1995; Pokorny et al., eingereicht)
- **Reliabilität der ZBKT-Methode**
(Luborsky & Diguier, 1990; Pokorny et al., 1996; Pokorny & Stigler, 1996; Zander et al., 1992, 1995a, 1995b)
- **Selbsteinschätzung von Beziehungsmustern**
(Barber et al., 1998a; Kurth et al., 2002; Kurth, 2003; Weinryb et al., 2000)
- **ZBKT als quantitative Methode vs. qualitative Forschung**
(Hartog, 1994; Tschesnova & Kalmykova, 1995)
- **ZBKT zur Untersuchung der Ausbildung von Psychotherapeuten**
(Hori et al., 1995)
- **Beziehungsmuster in der Literatur**
(Stirn, 2001)

3. Klinische Fragestellungen

- **Beziehungsmuster verschiedener diagnostischer Gruppen:**
 - PatientInnen mit depressiven Störungen (Eckert et al., 1990),
 - PatientInnen mit phobischen und Angststörungen (Hartung, 1991; Langkau, 1995)
 - PatientInnen mit Essstörungen (Blumstengel, 2000)
 - PatientInnen mit Schizophrenie (Lee et al., 2000)
 - PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung (Drapeau et al., 2000; Drapeau & Perry, in Vorb.a, in Vorb.b)
 - PatientInnen mit Borderline- Persönlichkeitsstörung mit und ohne Suizidversuch (Chance et al., 2000)
 - PatientInnen mit Pädophilie (Drapeau et al., in press)
 - **Geschlechtsspezifität von Beziehungsmustern**
(Staats et al., 1998; Staats et al., 2001; Staats et al., 2002)
 - **Verlaufsbeschreibungen von Psychotherapien anhand von Einzelfällen:**
 - Kurztherapien (Albani, 1994; Anstadt et al., 1996; Grabhorn et al., 1994; Kächele et al., 1990; Stief, 1991; Stirn et al., 2001)
 - psychoanalytische Langzeittherapie (Albani et al., 2002f, Parker & Grenyer xxx)
 - ??? Yolanda Lopéz, Alejandro Ávila-Espada xxx
 - **Prädiktive Validität von Beziehungsmustern für den Therapieerfolg**
-

-
- (Albani et al., 2000b; Cierpka et al., 1998; Crits-Christoph et al., 1988; Crits-Christoph & Luborsky, 1990; Crits-Christoph et al., 1993; Eckert et al., 1990; Schauenburg et al., 1997)
- **Veränderung von Beziehungsmustern durch Psychotherapie**
(Albani et al., 2000b; Grenyer et al., 2003; Hartung, 1991; Lee et al., 2000; Staats et al., 1997; Staats et al., 1998; Staats et al., 2001; Staats et al., 2002; Strauß et al., 1995)
 - **Bewältigung (Mastery) von Beziehungskonflikten**
(Dahlbender et al., 2001; Grenyer & Luborsky, 1996)
 - **Zentrale Beziehungsmuster und das Konzept der Übertragung**
(Albani et al., 2002e; Deserno et al., 1998; Fried et al., 1990)
 - **Wirksamkeit der Interpretation von Beziehungsmustern**
(Crits-Christoph et al., 1988; Crits-Christoph et al., 1993)
 - **Objektspezifität von Beziehungsmustern**
(Albani et al., 2001c; Barber, 2003; Barber et al., 2002; Crits-Christoph et al., 1994)
 - **Beziehungsmuster in Traumberichten**
(Albani et al., 2001b; Popp et al., 1990; Popp et al., 1996)
 - **Beziehungsmuster in der Familientherapie**
(Cierpka et al., 1992; Frevert et al., 1992), Gruppentherapie (Firnburg & Klein, 1993; Staats et al., 1998) und Paartherapie (Kreische & Biskup, 1990; Popp et al., 1996)
 - **Beziehungsmuster in einer katathym-imaginativen Therapie**
(Meier & Stigler, 2003; Stigler, 1995; Stigler & Pokorny, 1995; Stigler & Pokorny, 2003; Dora Uhrová, Katarína Křížová xxx), Pokorny & Stigler, 2006
 - **Beziehungsmuster in der Arzt-Patient-Beziehung**
(Waldvogel et al., 1995)
-