

330. Kächele H, Albani C (2001) Die Arbeit an einem zentralen Beziehungsmuster als Musterbeispiel klinisch relevanter Empirie. In: Cierpka M, Buchheim P (Hrsg) *Psychodynamische Konzepte*. Springer, Berlin, S 169-190

Horst Kächele (Ulm) & Cornelia Albani (Leipzig)

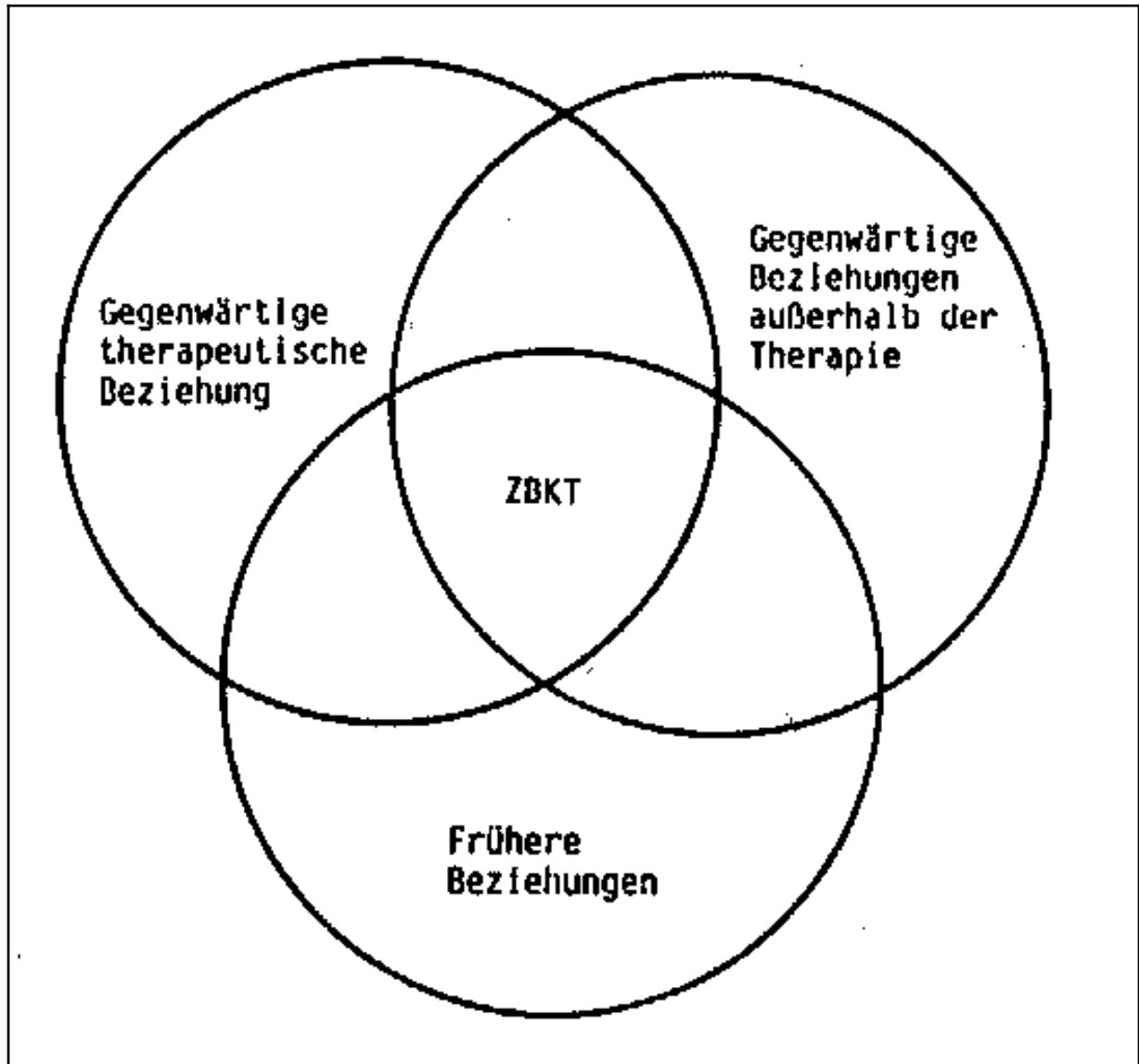
### **Die Arbeit an einem zentralen Beziehungsmuster als Musterbeispiel klinisch relevanter Empirie**

Therapeuten jeglicher Provenienz erkennen und nutzen auf der interpersonalen Ebene Beziehungsmuster zwischen sich und den Patienten, die sich laut bewährter klinischer Auffassung aus den viele Male ablaufenden Interaktionsmustern zwischen den Familienmitgliedern in der frühen Erfahrungswelt des Kindes ergeben haben. Diese Analyse der Beziehung zwischen Patient und Therapeut ist das entscheidende psychodynamisch-psychodiagnostische Instrument (Strupp & Binder 1984; Luborsky 1984). Sich wiederholende dysfunktionale Beziehungsmuster gelten als Behandlungs- und entsprechend als Forschungsgegenstand (Strupp et al. 1988). Der expliziten Aus-Formulierung von Beziehungsmustern kommt sowohl in der psychodynamischen und kognitiv orientierten Einzelpsychotherapie als auch in den Familientherapien zentrale Bedeutung zu (Safran & Segal 1990).

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. Konflikte sind psychodynamisch zu verstehen als sich widersprechende oder gar sich ausschließende Wünsche und andere Motive, die Ängste vor den Konsequenzen bei der Wunscherfüllung und entsprechende Abwehrreaktionen sowohl auf der intrapsychischen als auch auf der interpersonalen Ebene hervorrufen.

Die Übertragung, das zentrale Konstrukt der psychoanalytischen Ätiologietheorie und der Behandlungstheorie meint solche repetitiven Beziehungsmuster, die in drei Dimensionen lokalisiert werden können.

Mit einem Bild aus der Menninger-Klinik in Topea wird diese inzwischen historisch zu nennende Triangulierung graphisch repräsentiert



Die Geschichte, dieses Konzepts, dieses Konstrukt, systematisch-empirisch zu fassen, hat inzwischen schon eine lange Geschichte. "Ach lass doch Luise," möchte man mit Fontane sagen, wäre das nicht die Herausforderung - jüngst von Dreher (1998) - einer heftigen Kritik an dem "eklatanten" Theoriedefizit solcher Versuche.

Trotzdem ist zuvor die gute überzeugende Illustration vonnöten. Wir wollen den Musterfall<sup>1</sup> der deutschen ZBKT-Forschung vorstellen

### Auftakt: Ein Erstgespräch mit einem Studenten

An einer süddeutschen Universitätsstadt wird an der Beratungsstelle für Studierende ein 23jähriger Mann im Erstinterview gesehen. Er leidet schon länger an einem umschriebenen Zwangssymptom: immer wenn er in ein Haus hineingehe, oder durch eine Tür ein Zimmer betrete, müsse er sich auf der Schwelle suchend umsehen. Darüber hinaus klagt er über Kontaktprobleme am Studienort, weshalb er immer am Wochenende nach Hause gefahren ist. Er berichtet über Engegefühle, das Studium der Juristerei habe seinen Geist in spanische Stiefel eingeschnürt und er habe deshalb das Studium gewechselt und in seiner Heimatstadt an einer Fachhochschule das Studium der Sozialpädagogik aufgenommen. Zuhause, so präzisiert er, ist nicht sein Elternhaus, sondern er wohne mit einer etwas älteren Freundin zusammen, die als Sozialarbeiterin bereits einen festen Job habe und mit ihrem dreijährigen Sohn aus ihrer früheren Beziehung hätten sie so etwas wie eine richtig glückliche Familie. Allerdings kritisiere die Frau an seinem Zwangsverhalten ständig herum und wolle ihn auch vom Rauchen abbringen, da dies dem Jungen nicht guttue. Dieses nörgelnde Kritisieren scheint der aktuell - belastende Hintergrund für seinen Behandlungs - wunsch zu sein

Von seinen Eltern berichtet er erst auf Nachfragen: Sie hätten drei Kinder und ihn, den Jüngsten, die Mutter sei ständig erschöpft gewesen, und der Vater beschäftige sich mehr mit seinem Auto und Stereoanlagen als mit seiner Frau. Mit dem Patienten selber habe es kaum gemeinsame Unternehmungen gegeben. Er habe als Kind viel allein gespielt, stets in der Nähe der Mutter, mit der er dann in der Pubertät viele Ausflüge unternommen habe, um sie wohl über ihre Einsamkeit hinwegzuträsten. Seine Versuche sich in der peer group zurechtzufinden, waren stets problematisch und er verknüpft den Beginn des Symptoms auch mit einer traumatischen Erfahrung:

"P: "Ich kann mich bloß noch erinnern ab dem zwölften Lebensjahr da hatt ich so ein Erlebnis - da bin ich mit mehreren spielen gegangen in den Wald - ältere waren das - und

---

<sup>1</sup> angeregt von Freuds Wortschöpfung des Mustertraums, als der der Irma-Traum bezeichnet wurde, haben wir schon lange dafür plädiert, 'Musterfälle' zu generieren (s.d. Kächele et al. 1999)

dann musste ich zwischen zwei so Holzstapel - in so eine Rille da - mußte ich hineinklettern das war so der Inhalt vom Spiel - und dann haben die was Dummes gemacht - die haben sich nämlich oben drauf gesetzt und haben gesagt sie lassen mich nicht mehr raus, und das ist jetzt meine eigene Phantasie, mein eigener Versuch an das Problem heranzukommen woher das, das Symptom wohl kommen kann - muß ja nicht sein aber, seit dem Zeitpunkt war das also, die haben mir da, eine mords Platzangst verschafft durch das Verhalten. Und dann bin ich - das war das erste Mal glaub, nach einem Tag oder so, ich bin also heulend heimgefahren nach dem Erlebnis und nach einem Tag oder so bin ich dann rausgefahren in Wald und hab, hab das Gefühl gehabt, (Pat. lacht dabei) dass irgendwas fehlt."

Die Interviewerin an der Beratungsstelle indiziert eine Psychoanalyse und überweist den Patienten nach Ulm, da dies dem Heimatort des Patienten näher liegt. Der Patient kontaktiert zwar den Leiter der hesigen Studentischen Beratungsstelle mit der Indikation Psychoanalyse, aber er kommt zum zweiten Gespräch nicht mehr. Als er sich ein Jahr später erneut in Ulm an der Ambulanz vorstellt, hat er das Studienfach gewechselt und besucht eine andere Bildungseinrichtung an seinem Heimatort. Schon aufgrund dieser zugegebenermaßen kargen Skizze lassen sich Überlegungen anstellen, welche thematischen Leitfäden in einer Behandlung mit diesem noch sehr adoleszent wirkenden Patienten zu erwarten sind:

*Thema 1:*

Er ist ein Nachkömmling einer durch ständige Berufsarbeit verbrauchten Mutter, seine drei älteren Geschwister hatten es da besser - so die subjektive Vorstellung des Patienten, er hat zuwenig gekriegt.

*Thema 2 :*

Er ist auch der Liebling, das Nesthäkchen der Mutter, mit ihr identifiziert mit den Vorwürfen gegenüber dem Vater, der sich um sie wie um ihn zuwenig kümmert. Seine jetzige Beziehung, ebenfalls zu einer verlassenen Mutter, wird durch die Identifikation mit dem dreijährigen Sohn geprägt: er spielt Vater sein und Tröster der Mutter zugleich.

*Thema 3:*

Neid und Rivalität gegenüber dem sechs Jahre älteren Bruder, der ihn nur als kleinen Jungen behandelt hat; in der oben zitierten Kindheitserinnerung wird dieses Aggressionsproblem deutlich. Im Schachklub rächt sich der Pat. und erledigt alle Gegner. Eine Narbe auf seiner Stirn erinnert den Pat. allerdings daran, dass vor zwei Jahren bei einem Autounfall ein

Freund von ihm tödlich verunglückte. Seitdem ist er vorsichtig geworden und trinkt nur mäßig.

Weitere Themen lassen sich unschwer finden; ebenso lässt sich eine weitere Ausdifferenzierung dieser globalen thematischen Strukturen vorstellen, die in zunehmendem Maße auch die speziellen psychoanalytischen Theoreme heranziehen würde, z.B. berichtet der Patient später, dass er ohne Schuldgefühle zuhause masturbiert habe, er sei nie erwischt worden und sein Sperma sei die natürlichste Sache der Welt. Die ausgiebig etablierte Selbstbefriedigung bei gleichzeitiger Zurückhaltung Mädchen gegenüber geben Hinweise auf spezielle Verknüpfung seiner ödipalen Sexualität mit prä - ödipalen Wünschen.

Wir können es bei dieser Skizzierung vorläufig belassen: die in X. gestellte Indikation zu einer Psychoanalyse erscheint einleuchtend, wenn nicht die Interviewerin eine Frau gewesen wäre, deren betonte Hervorhebung der "frühen Bedürftigkeit" des Patienten im Erstinterview-Bericht einen interaktionellen Aspekt schon in der Indikationsstellung beleuchtet. Die von Dantlgraber (1982) vertretene subjektive Indikation wird anhand solcher Beispiele nachvollziehbar; sie stellt aber oft nicht viel mehr als eine Verwirklichung bereits früh angelaufener Übertragungs - Gegenübertragungsverschränkung dar, der - wie ich bereits oben sagte - wir nicht zu entkommen vermögen, der wir aber kritisch auf der Spur sein sollten, besonders dann, wenn wir unsre Lieblingsindikationen stellen.

Aus solchen Überlegungen heraus hat der männliche Therapeut (H.K.) für den jungen Mann die Indikation für eine "streng genommene" Psychoanalyse nicht übernehmen können. Ihm schien eine adaptive Indikationsstellung sinnvoll, bei der im Rahmen einer zeitlich begrenzten Fokalthherapie zunächst einmal die Überwindung der verfrühten innerseelischen Festlegung in einem eheähnlichen Verhältnis mit einer mütterlichen Partnerin ganz in der Nachbarschaft der Eltern ein äußeres Ziel, die Bearbeitung seiner negativ-ödipalen Sehnsucht und der Erwerb einer Fähigkeit zu einer positiv-ödipalen Rivalität ein inneres Ziel darstellen könne. Mit einer hochfrequenten Behandlung würde der Patient in Gefahr geraten, statt an seine nur in Ansätzen gelebte Adoleszenz anknüpfen zu können, in eine Regression in frühe Bedürfnisse zu geraten, die bei faktischer äußerer Abhängigkeit von der Lebenspartnerin eine wenig günstige Situation für ihn herbeiführen könnte. Dabei kann offenbleiben, ob und wann der Patient zu einem späteren Zeitpunkt auch eine

intensivere Bearbeitung seiner charakterneurotischen Aspekte anstreben sollte. Das Zwangssymptom vom Beginn der Pubertät verweist auf eine Einschränkung in der Handhabung einer auf Trennung und Ablösung zielen Aggressivität, deren einengende Wirkung auf die gegenwärtig zu lösenden Aufgaben entwicklungspsychologisch im Vordergrund steht. Seine regressiv-sehnsuchtsvolle Bedeutung - es ist immer dann am stärksten, wenn er im Haus der Eltern in sein eigenes Zimmer eintritt - verlegt ihm zunächst den Weg in die Adoleszenz.

## **Das Ende der Kurztherapie<sup>2</sup>**

Die letzte, 29. Stunde dieser Behandlung ist vom Thema des Abschieds und vom Rückblick auf die Therapie geprägt. Gleich zu Beginn der Stunde wird deutlich, daß der Patient die zu einem Abschied gehörigen Gefühle nicht direkt benennen oder besprechen kann; in seinem non-verbalen Duktus wirkt er aber deutlich bedrückt. Er weicht - als metaphorische Darstellung - auf die Schilderung eines Filmes aus, der sich mit Krebserkrankung und Sterbehilfe beschäftigt. Mit Affekten, die die aktuelle Situation betreffen, geht er rationalisierend um (z. B. "ich weiß ja, daß ich nicht beständig in Therapiephasen leben möchte").

Im Rückblick stellt der Patient zunächst das Gefühl des Zu-kurz-gekommen-Seins in den Vordergrund. Daraus entwickelt der Therapeut interpretativ die Differenzierung in das Thema: Geben und Nehmen, d. h. er bearbeitet sicher nicht zum erstenmal, daß das negativ sich auswirkende Gefühl eines passiven Zustandes durch aktives Gestalten geändert werden kann (im Sinne von George Kleins These der Wendung von der Passivität zur Aktivität). Geben und Nehmen wird exemplarisch an den Beziehungen zu zwei Personen festgemacht, mit denen auch verschiedene Lebensabschnitte verbunden sind: die Beziehung zum Vater in der Kindheit und die Beziehung zur Freundin in der Gegenwart. Auch im beruflichen Bereich ist dieses Thema schon aufgetaucht, allerdings im Zusammenhang mit der Schwierigkeit, Entscheidungen zu treffen (z. B. nehme ich mir dieses oder jenes).

Nachdenklich kann der Patient ausdrücken, daß er gern gekommen sei. Eine wichtige Erfahrung war für ihn, daß Handlungen und Wünsche vom

---

<sup>2</sup> aus Kächele, Heldmaier & Scheytt 1990

Therapeuten nicht sanktioniert wurden. Das helfe ihm dabei, sich mehr zu nehmen und sich über Wünsche und Erwartungen klar zu werden. Als Mangel hat er entdeckt, daß es ihm häufig nicht gelingt, seine Gefühle adäquat auszudrücken. Dadurch habe er sich dem Therapeuten gegenüber zu sehr zurückgenommen. Deutlich wird das an einer Passage, in der der Therapeut das Gefühl der Zärtlichkeit zwischen Männern benennt: der Patient kann das weder von sich weisen, noch als für ihn spürbar bejahen: "muß ich das jetzt zugeben?".

In seiner Beziehung zur Freundin sieht der Patient nun deutlicher, daß diese doch einiges von ihm verlangt, wodurch er sich überfordert fühlt. Er verspürt nur noch wenig Neigung, diesen Forderungen nachzukommen. Weiterhin ist deutlich, daß sich der Patient im Vergleich zum Beginn der Behandlung nicht mehr selbstverständlich als "Vater" des Buben sieht, sondern eine spürbare Entschlossenheit vermittelt, die Beziehung nicht um jeden Preis fortzusetzen.

Betrachtet man die letzte Stunde auf dem Hintergrund der aufgeführten drei Themenbereiche, die sich nach dem Erstinterview als zentral herausgestellt haben, so zeigt sich, daß diese am Therapieende nach wie vor aktuell und dynamisch relevant sind. Allerdings läßt sich eine veränderte Einstellung des Patienten zu diesen Themen beobachten.

Das erste Thema, die Vorstellung des Patienten, zu kurz gekommen zu sein, wird differenzierter und konstruktiv nutzbar, wenn man den Zusammenhang zu "Geben und Nehmen" herstellt. Der Patient sieht nun die unglückliche Verbindung zwischen seinem Mangelempfinden und der eigenen Passivität. Dadurch eröffnet er sich die Möglichkeit, in Zukunft andere Strategien auszuprobieren, durch aktives Handeln seine Umwelt zu gestalten und damit dem Mangelgefühl entgegenzuwirken.

Interpretiert man die Passivität des Patienten auf der Ebene des negativ-ödipalen Konfliktes (Thema 2), so müßte eine Veränderung in einer Überwindung der Identifikation mit der (vom Vater verlassenen) Mutter zu erwarten sein und verstärktes Rivalisieren mit dem Vater erkennbar werden. Dies läßt sich an der Beziehung zur Freundin belegen, die er wesentlich kritischer sieht und in der er die bisherige Rollenverteilung mehr und mehr in Frage stellt.

In seinem Verhalten in der Interaktion mit dem Therapeuten vermittelt der Patient eine diffuse und indifferente Haltung. Er kann seinem Ärger darüber, daß seine geäußerten Erwartungen nicht erfüllt wurden (z. B. ein Patentrezept), keinen Ausdruck verleihen. Die Enttäuschung über das Ende der The-

rapie wird zwar affektiv-nonverbal spürbar, aber kann inhaltlich nicht durchgearbeitet werden.

Thema 3, das sich um Neid und der daran hängenden Rivalität in der Geschwisterbeziehung dreht, spielt in der 29. letzten Stunde nur eine untergeordnete Rolle.

### **Das erste katamnestische Interview**

Ein Jahr nach der 29stündigen, niederfrequenten Behandlung meldete sich der Patient spontan, so wie vereinbart worden war.

Zunächst berichtet er über die Veränderungen seit der Beendigung der Behandlung. Er selbst bewertet diese durchaus positiv. Kurz nach Beendigung hat er sich auch von seiner Freundin getrennt und ist zu seinen Eltern gezogen, wo er in einem separaten Stockwerk lebt. Seine Symptomatik habe sich weiter verbessert, so daß er sich dadurch nicht mehr behindert fühle.

Ausführlich schildert er dann seine Erfahrungen bei einem Berufspraktikum. Er scheint durch die Therapie die Fähigkeit erworben zu haben, mit seinem Ärger und seiner Enttäuschung anders umzugehen als früher: er kämpfe mehr für seine Vorstellungen und sei nicht mehr so kompromißbereit.

Den Therapeuten interessiert sich verständlicherweise für die Ausgestaltung der jetzigen Lebenssituation des Patienten im elterlichen Haus. Gegen die Eltern hatte er sich zum Beginn der Behandlung aus offenkundiger Angst vor regressiven Wünschen sehr abgegrenzt. Er vertrete - so sagt der Patient - offen seine Meinung den Eltern gegenüber, weshalb es gelegentlich zu Auseinandersetzungen - vor allem mit der Mutter - komme. Ihm gelinge es jetzt mehr, sich deren Ansprüchen zu entziehen. Allein um der Geborgenheit willen, würde er sich nicht mehr unterordnen. Diese Beschreibung ist klinisch besonders für den Veränderungsprozeß relevant, denn mit der Mutter war er stark identifiziert. Als Anlaß der Trennung von der Freundin beschreibt er ein Ereignis, durch das ihm klar geworden sei, daß es weniger Liebe als vielmehr der Wunsch nach Geborgenheit gewesen sei, was ihn an die Freundin gebunden habe. Er stimmt der Vermutung des Therapeuten zu, die Trennung vom Therapeuten habe ihm die Trennung von der Freundin erleichtert. Braucht er die Stütze (die Therapie) nicht mehr, so kann er auch auf die Krücke (die Freundin) verzichten.



Der Patient thematisiert auch die Rahmenbedingung der Video-Aufnahme. Dies habe ihn während der ganzen Therapie beschäftigt, er sei aber erst jetzt in der Lage, offen darüber zu sprechen, daß er sich dadurch gehemmt gefühlt habe. Er äußert die Befürchtung, die Therapeut habe sich nur aus Forschungsgründen für ihn interessiert, nicht weil er ihn als Person attraktiv gefunden hätte.

Das Gefühl, zu wenig bekommen zu haben, besteht für den Patienten noch immer; er führt es nun selbstkritisch auf seine Haltung zurück, sich zu wenig zu nehmen, womit er vielleicht nur eine Identifikation mit der Deutungsstrategie des Therapeuten zeigt oder hat er es für sich akzeptiert? In diesem Gespräch demonstriert er allerdings ein Beispiel für eine Änderung in dieser Einstellung. Er stellt dem Therapeuten direkte Fragen zu dessen Person und läßt sich auch durch dessen Zurückhaltung nicht von seiner Neugier abbringen. Als sein Hauptproblem, das unverändert bestehe, nennt er den Mangel, seine Gefühle adäquat ausdrücken zu können. Eine mögliche Lösung, mit diesem Mangel umzugehen, liegt für ihn in der Idee, ihn als Bestandteil der eigenen Persönlichkeit zu akzeptieren und sich gelassen auf die eigenen Schwächen einzustellen.

Diese reflektierende Position läßt bezüglich ihrer psychodynamischen Eigenart für die beiden externen Verfasser dieser katamnetischen Berichtes noch Fragen offen. Wirkt der Patient überzeugend oder drückt er eine defensive Bewegung aus: ist das Mangelgefühl existentiell oder ist es der unveränderte, fortgesetzte Ausdruck eines Vorwurfes an den Therapeuten.

Während des Katamnesengesprächs wirkt der Patient ernst und bedacht. Im Vergleich zu früheren Stunden ist er in seinen Äußerungen differenzierter und klarer. Er schneidet wichtige Themen selbst an und stellt auch selbst Zusammenhänge her. Insofern gestaltet er das Gespräch aktiv und vertritt auch seine Position dem Therapeuten gegen über beharrlich.

Die drei zentralen Themenbereiche des Erstgesprächs sind auch die Kernthemen der ersten Katamnesesitzung.

Zum Thema 1, dem Gefühl des Zu-kurz-gekommen-Seins hatte sich in der 29. Stunde angekündigt, daß der Patient seinem Mangelempfinden durch größere eigene Aktivität begegnen wollte. Von dieser Ankündigung scheint er in der Zwischenzeit einiges realisiert zu haben, vor allem im Rahmen seiner beruflichen Ausbildung. Offen verbalisiert er auch das Gefühl, in der Therapie zu

wenig bekommen zu haben und nutzt die Gelegenheit, sich im Gespräch direkt mehr zu nehmen. Was im Sinne unbewußter und bewußter Wünsche, steckt in dieser Sehnsucht: Brust und / oder Phallus - das ist hier die Frage. Im Sinne des Hauptfokus der Therapie ist es eine phallische Sehnsucht, der aber eine orale Wunschregung durchaus zugeordnet werden kann, was zu einer unbewußten Phantasie des oral-phallischen Kontaktmodus gehören könnte. Der Patient vertritt in den Aussagen über seine persönlichen Schwächen eine selbstkritische Position. Das Ergebnis seiner realitätsorientierten Reflexion ist die Erkenntnis, daß nicht alle Mängel ausgeglichen werden können.

Auch in bezug auf Thema 2 läßt sich eine weitere Entwicklung beobachten. Der Patient hat sich von seiner Freundin getrennt, nachdem ihm die passive Abhängigkeit bewußt geworden war. Seine Lust an aktiven Auseinandersetzungen ist gewachsen; er ist, wie er sagt, streitbarer geworden. Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Bericht von einer Bergtour, eine Anstrengung, die ihm in Gemeinschaft mit anderen Männern Spaß gemacht hat. Das Bild der Bergtour - mit dem gemeinsamen Gipfelbier - fungierte in der Behandlung als Metapher für die gemeinsame lustvolle Arbeit, für die lustvolle Auseinandersetzung im Kräftemessen zwischen zwei Männern, zwischen Vater und Sohn.

Einen weiteren Hinweis auf eine Änderung seines negativ-ödipalen Beziehungsschemas stellen auch seine Überlegungen über seine eigene Attraktivität für Frauen dar. Derzeit will er allerdings keine neue Beziehung eingehen, da er befürchtet, gleich wieder in Besitz genommen zu werden.

Im Gegensatz zur letzten Stunde der Behandlung drückt der Patient in dieser katamnestischen Sitzung einige Male aggressive Affekte aus. Er äußert seinen Ärger über berufliche Arbeitsbedingungen, über seine frühere Freundin und seine Mutter. Auch dem Therapeuten gegenüber macht er Unzufriedenheit und Enttäuschung deutlich.

Insgesamt ist festzustellen, daß sich der Patient gerade im Hinblick auf die leitenden Themen der Therapie weiter entwickelt hat. Er ist deutlich aktiver und selbstbewußter geworden. Gewachsen ist vor allem seine Fähigkeit zur kritischen Auseinandersetzung mit seiner Umwelt.

## **Das zweite katamnestische Interview**

Das zweite katamnestische Gespräch wird zwei Jahre nach Behandlungsende auf die Initiative des Therapeuten vereinbart. Wie der Patient im Verlauf des Gesprächs angibt, hatte er nicht damit gerechnet. Von dieser Hintergrundinformation ausgehend, ist es interessant, das Verhalten des Patienten zu beobachten. Verhält er sich abwartend? Welche Erwartungen hat er an das Gespräch? Wie nutzt und gestaltet er die Situation?

Der Patient ergreift gleich mit dem ersten Satz die Initiative. Er beginnt, noch bevor er sitzt: Er sei neugierig auf das Gespräch und freue sich über das Interesse des Therapeuten. Dann schildert er seine gegenwärtige Situation. Seine Symptomatik habe sich gebessert, sei aber nicht ganz behoben. Da er jedoch besser mit ihr umgehen könne, sehe er sich durch sie nicht mehr eingeschränkt. Als hilfreich stellt er eine frühere Deutung des Therapeuten dar, seine Symptome stünden im Zusammenhang mit Spannungen, die er nicht richtig verarbeiten könne. Vor einem halben Jahr hat er seine Ausbildung abgeschlossen und arbeitet in seinem Beruf. An diesem Thema macht er deutlich, daß er sich kritisch mit sich und seiner Umwelt auseinandersetzt.

Es kam zu Spannungen zwischen ihm und Kollegen und der Leitung des Betriebes, bei denen er sich auf eine Auseinandersetzung einließ und sich auch durchsetzen konnte. In diesem Zusammenhang fallen für den Patienten ungewöhnliche Sätze ("Ich stelle mich dem Konflikt"). In ihm ist darüber hinaus der Wunsch entstanden, sich beruflich weiter zu entwickeln. Er überlegt sich, das Jurastudium doch noch abzuschließen, was für ihn einerseits mit einem Zuwachs an Macht und Autonomie verbunden wäre, andererseits aber mit der Befürchtung, seine Zwangssymptomatik könne sich dadurch verstärken. Eine andere Möglichkeit besteht für ihn in einer therapeutischen Zusatzausbildung. Er hat den Wunsch, sich dadurch "persönlich zu entwickeln", hat andererseits aber Bedenken, dabei "sein Helfersyndrom auszuagieren".

Der Patient äußert den Wunsch nach größerer persönlicher Entfaltung auch im privaten Bereich. Bei der Schilderung seiner Kontakte benutzt er die in der Therapie vom Therapeuten eingeführte Metapher von verschiedenen Herdplatten, resp. Beziehungen, die er warm hält. Dazu zählt auch seine frühere Freundin, die er trotz der Trennung regelmäßig trifft. Überlegungen, in eine Wohngemeinschaft zu ziehen, hat er vorläufig aufgegeben, er hat sich mit sei-

ner Wohnsituation zu Hause arrangiert. Das ist dadurch möglich geworden, daß er sich gegen die Mutter und ihre Versorgungstendenzen besser abgrenzen kann. Er ist sensibler gegenüber Kontrolle von außen, was sich in seinem Arrangement mit der Mutter niederschlägt: Er ißt nicht mit bei den Eltern, zahlt Miete und hilft ihr mit Reparaturen aus. Seine Antwort auf die kritische Frage des Therapeuten, warum er denn nicht ganz ausziehen wolle, zeigt, daß er sich über dies Problem schon Gedanken gemacht hat und nach einer Lösung sucht, die ihm beruflich und privat einen größeren Handlungsspielraum gestattet. Seit neuestem betreibt er regelmäßig Sport. Er möchte sich in seinem Körper wohl fühlen; die Linie der Autonomie setzt sich fort, da der Patient dies auf seine eigene Weise verwirklichen will. Bisher hatte er sich nach den Vorstellungen der Freundin gerichtet, die sein Eßverhalten kontrollieren wollte.

In den Interaktionen im Gespräch hat der Patient die Initiative. Er greift die Themen durchweg selbst auf, die Interventionen des Therapeuten sind begleitend und weniger konfrontierend als in den früheren Gesprächen. Der Patient wirkt nachdenklich und besonnen; er ist nicht mehr nett und freundlich. Sein Lachen, das seltener auftritt, imponiert nun ein Zeichen gesunder Selbstironie. Es entsteht der Eindruck, daß er die Probleme und die Spannung, in der er sich befindet, nicht ignoriert. Er reflektiert selbstkritisch, ohne destruktiv zu sein und bezieht sich dabei immer wieder auf die Deutungen des Therapeuten.

Bei dem Thema Körper und Kontrolle verändert sich die Interaktion, eingeleitet durch eine nonverbale Aktion des Patienten: Der Patient dreht seinen Stuhl herum und wendet sich dem Therapeuten frontal zu; der Therapeut weicht sichtlich zurück. Die aktuelle Beziehung zwischen Therapeut und Klient kommt jetzt direkt ins Gespräch. Der Therapeut wirft die Frage auf, was der Patient von ihm wolle. Daraufhin kann der Patient das Anliegen formulieren, mit dem er wohl schon in die Stunde gekommen war: Welches Interesse hat der Therapeut an ihm? Bei der Antwort des Therapeuten spürt man, daß er ins Stocken kommt, der Frage ausweichend antwortet und wissenschaftliche Motive in den Vordergrund stellt. Der Patient kann die Fähigkeit des Therapeuten und seine eigenen Erfolge durch die Therapie anerkennen. Er hat gelernt in der Therapie und sieht zum ersten Mal, welche Rolle die Vaterübertragung dabei spielte. Auf einer direkteren Ebene passieren Themen der Therapie Revue: Mütterliche Enge, Kontakt zu Frauen und seine männliche Attraktivität, der fehlende Vater, der Wunsch nach Gemeinsamkeit mit Männern (Bergwandern, Gipfelbier). Die Wut auf den Vater wird diesmal deutlich spürbar. Der Patient zieht selbst den Vergleich zum Therapeuten, den er als abstrakte Person erlebt

hat. Er hätte sich mehr "Rezepte" von ihm gewünscht. An dieser Sequenz fällt auf, wie beharrlich der Patient sein Anliegen verfolgt und dabei in der direkten Auseinandersetzung mit dem Therapeuten bleibt. Der Therapeut erkennt, daß die Klagen des Patienten über mangelnde Rezepte nicht einen Wunsch nach mütterlicher Versorgung darstellen, sondern daß sich in ihnen seine Sehnsucht ausdrückt nach der Unterstützung eines Vaters, der sich für seine Entwicklung interessiert. Mit dieser Deutung beendet der Therapeut das Gespräch, nicht ohne ein weiteres in jedoch unbestimmter Zukunft in Aussicht zu stellen.

Bezogen auf die drei Kernthemen läßt sich eine Veränderung in der Haltung des Patienten erkennen.

Das Thema des Zu-Kurz-Gekommen-Seins (Fokus 1) taucht selten und in veränderter Weise auf: Beispielsweise im Vergleich mit einem besser verdienenden Kollegen an der Arbeitsstelle. Das Erleben eines Defizits lähmt ihn nicht mehr, sondern ist für ihn Anreiz, selbst aktiv zu werden (z. B. durch berufliche Fortbildung) und sich eine bessere Position zu sichern. Insofern kann man von einer gelungenen Bearbeitung dieses Problembereichs sprechen.

Hauptthema des Gesprächs ist Fokus 2. Der Patient ist selbst in der Lage, seine Enttäuschung über die mangelnde Unterstützung des Vaters zu verbalisieren. Er geht in eine direkte Auseinandersetzung mit dem Therapeuten und möchte sein Interesse für sich wecken. Seine Autonomiebestrebungen zeigen, daß er seine kindlich wirkende Abhängigkeit aufgegeben hat, sich von der Versorgung durch Mutter und Freundin abzugrenzen versucht. Er will in verschiedenen Lebensbereichen eine eigene Position beziehen. Unverändert zu Katamnese 1 sind seine Überlegungen zu seiner Attraktivität auf Frauen. In der Haltung des Patienten zum Therapeuten, um dessen Interesse er kämpft, zeigt sich, daß sich sein negativ-ödipales Beziehungsschema gelöst hat. Der Patient sucht die Auseinandersetzung von Mann zu Mann. Seine gewachsene Fähigkeit, sich konstruktiv auf Rivalität (Fokus 3) einzulassen, macht er an einem Beispiel aus seinem Berufsleben deutlich.

Die beiden Katamnestiker (MH & NS) haben den Eindruck, daß der Patient jetzt sein Leben freier und - durch gesteigerte Eigenaktivität - befriedigender gestalten kann. Ihre Beurteilung erfolgte ohne vorherige Rücksprache mit dem behandelnden Therapeuten (HK). Im wesentlichen teilt dieser die

Bewertungen. Wir denken, dass der Therapeut die Frage des Patienten nach seinem Interesse an ihm, den Patienten, nicht gut beantwortet hat; er wollte wohl jedoch eine direkte Gratifikation seiner noch immer vorhandenen Wünsche nach direkter "väterlicher" Bestätigung vermeiden, die bereits durch seine Aktivität bei der erneuten Einbestellung stimuliert worden sein dürfte. Insgesamt sieht der Therapeut die Bewältigung des Übergangs von der Ausbildung ins Berufsleben sehr positiv, sowie seine Tendenzen sich altersgemäßen Vorstellungen des anders leben zuwenden zu können. Die strittige Frage bei der ersten Katamnese, ob die Rückkehr in die Familie regressiv oder ein unvermeidlicher Umweg zur Progression war, würden wir jetzt eindeutig positiv sehen. Er kann sich innerhalb der Familie doch recht gut abgrenzen

## **Koda**

Wieder sind zwei Jahre vergangen. Ein kurzes Telefongespräch war notwendig, um den Patienten um sein Einverständnis zu bitten, die Videoaufzeichnung der Behandlung für einen bestimmten Zweck verwenden zu dürfen. Neu ist, dass der Patient sich erstmals im Detail nach der bisherigen Auswertung der Therapie erkundigt. Dabei erwähnt der Patient, dass er kürzlich geheiratet hat und Nachwuchs sich ankündigt. Er meint nun, Aufwand und Ertrag der Therapie stünden in einem guten Verhältnis. Damit wollen wir es belassen.

## **Systematische Beobachtung**

Die Entwicklung systematischer Beobachtungs- bzw. Beschreibungsprozeduren geht bis auf die frühen fünfziger Jahre zurück. Von kühnen Anfängen im Rahmen des Menninger-Projektes (Wallerstein et al. 1956) oder Bellak's Versuche, die Entwicklung der Übertragung sogar vorauszusagen (1956) über die Entwicklung diverser methodischer Zugänge haben seit den späten siebziger Jahren ein Paradigma gebildet, das sich auf die Untersuchung verbatim-aufgezeichneter, transkribierter Texte stützt. Zu den Initiatoren und nach wie vor wichtigsten Vertretern ist Lester Luborsky zu rechnen. Seine Methode wird nachfolgende dargestellt und mit dem klinischen Material angereichert.

Wie nun bildet sich das Übertragungsgeschehen der oben qualitativ skizzierten Fokalthherapie "Der Student" in einer formalisierten-quantifizierenden Beob-

achtungssprache ab. Die Video-aufgezeichnete Behandlung wurde sorgfältig transkribiert<sup>3</sup> und konnte somit die Basis - Jahre später - eines multizentrischen Forschungsprojektes werden<sup>4</sup>. Dabei wurde u.a. die Methode des Zentralen Beziehungs- Konflikt Themas verwendet.

## **Zentrales Beziehungs-Konflikt Thema**

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 York<sup>5</sup> - ein Verfahren zur Messung des zentralen Musters, nach dem jeder einzelne seine Beziehungen gestaltet, vor, das er *Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)* nannte (Luborsky, 1977; Luborsky & Crits-Christoph 1990; 1998). Dieses älteste Instrument zur klinischen Beurteilung eines interaktiven Beziehungsgeschehens ist im deutschen Sprachraum als *Zentrales Beziehungskonflikt Thema (ZBKT)* vor nunmehr 15 Jahren eingeführt worden (Luborsky & Kächele, 1988).

Bei der Durchsicht von Therapiesitzungsprotokollen war ihm aufgefallen, daß er sich in erster Linie für die Erzählungen des Patienten über die Interaktionen mit dem Therapeuten und anderen Personen und für deren wiederkehrenden Aspekte interessierte. Er untersuchte vor allem drei Kategorien:

1. Was will der Patient von den anderen Personen?
2. Wie reagieren diese darauf?
3. Wie reagiert der Patient wiederum auf deren Reaktionen?

Luborsky 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.

---

<sup>3</sup> Die Transkripte dieser Therapie stehen über die Ulmer Textbank zur Verfügung.

<sup>4</sup> Dieses Projekt zur Psychotherapeutischen Einzelfallforschung (PEP) von K. Grawe und H. Kächele) wurde vielfältig dokumentiert. So wurden diese Texte Basis der Arbeit von Boothe (1994 XXX).

<sup>5</sup> Unseres Wissen ist dies die erste exakte Zeitangabe in der Geschichte der Psychotherapieforschung.

Die ZBKT-Methode ist ein inhaltsanalytisches Verfahren. Als Datengrundlage verwendet es Narrative über Beziehungsepisoden, d. h. Erzählungen über bedeutsame Interaktionen mit Anderen. Zur Illustration haben wir eine - der besseren Lesbarkeit wegen leicht überarbeitete - Erzählung gewählt, die in den Dialog zwischen Patient (P) und Therapeut (T) eingewoben ist. Sie stammt aus der Fokalthherapie "Der Student"<sup>6</sup>:

- "P: Und das - ich merk's jetzt mit der Freundin - gibt's gerade ein bisschen (...). Letzten Montag hat das ja schon begonnen, vormittags. Ich habe es Ihnen, glaube ich, erzählt. Da war was mit dem Kleinen. Der hat erbrochen und ich wollte meine Ruhe. Bloß, um das nochmals in's Gedächtnis zu rufen. Und jetzt läuft's halt so: Sie ist irgendwie unzufrieden mit dem, wie es gerade abläuft zwischen uns, daß da, wie soll ich sagen, gerade so gefühlsmäßig zur Zeit wenig läuft.
- T: Hm.
- P: Und wir haben uns auch überlegt, ob wir nicht eine Zweckwohngemeinschaft mal eine Zeitlang machen, daß jeder mal in seinem Zimmer bleibt und mit sich mal in's Reine kommt. (...) Ich habe dem zugestimmt und gesagt: 'Das ist eine gute Idee.' Bis jetzt haben wir's noch nicht gemacht. Aber das wird so weit kommen. Und ich werde darauf drängen, weil ich (...) auch nach dem Kleinen guck. Und wenn sie abends weg muß, daß ich da halt aufpaß und so. Das ist klar, ich mach das halt.
- T: Aber die engere Beziehung zurück-.
- P: Die gefühlsmäßige?
- T: Die gefühlsmäßige.
- P: Ja, mal ein bisschen distanzieren.
- T: -zurücknehmen.
- P: Weil, das läuft irgendwie verquer. Ich kann das gar nicht erklären, was da läuft, ich bin nicht in der Lage, das so schön zu fassen, wie Mathematikaufgaben oder so etwas. Das macht ungeheuer Schwierigkeiten."

Da Narrative - so die Grundannahme des Verfahrens<sup>7</sup> - lebensgeschichtlich „geronnene,, subjektiv bedeutsame interpersonelle Beziehungserfahrungen verdichten und transportieren (Flader & Giesecke 1980; Bruner, 1987), können sie prägnante Subjekt-Objekt-Handlungsrelationen wie „eingebrannte Klischees,, sichtbar machen.

Die Narrative dieses Verfahrens basieren auf realen, nicht auf fiktiven Interaktionen, wie sie etwa durch die Karten des Thematischen Apperzeptions-tests (TAT) (Murray & Morgan, 1938) evoziert werden.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> Die hier zitierten Textstellen unterliegen den für die Ulmer Textbank festgelegten Bestimmungen (Ulmer Textbank, 1989)

<sup>7</sup> Wohlgemerkt, Luborsky hätte sich zur Zeit der Entdeckung des Verfahrens nicht als Narrativ-Wissenschaftler bezeichnet; die Entdeckung der Narrationsforschung liegt zeitlich deutlich später.

<sup>8</sup> Die Verwendung von Traumerzählungen als Datenmaterial für die ZBKT-Formulierung ist als Spezialfall zu betrachten. Popp & Luborsky & Crits-Christoph (1990) fanden eine



Die Narrative werden entweder mittels Verbatimprotokollen von Therapiesitzungen oder sogenannten *Relationship Anecdotes Paradigm Interviews* (RAP-Interviews) (Luborsky, 1990) gewonnen. In diesen Interviews, für die wir die deutsche Bezeichnung *Beziehungsepisoden-Interviews* (BE-Interviews) eingeführt haben (Dahlbender et al., 1993), wird der Patient instruiert, frei Episoden über Beziehungen zu anderen Menschen zu erzählen.

Ausgewertet werden diese Beziehungsepisoden dann gemäß den Vorschriften des ZBKT-Manuals, von dem die neueste deutschsprachige Überarbeitung mit den Ergänzungen der Ulmer Arbeitsgruppe vorliegt (Luborsky u.M.v. Albani & Eckert, 1992). Kennzeichnend ist die Trennung der Bestimmung der Beobachtungseinheit von der Messung und die iterativ-sequentielle Vorgehensweise:

1. Identifizierung von Beziehungsepisoden durch Beurteiler A;<sup>9</sup>
2. Bewertung dieser Beziehungsepisoden durch Beurteiler B anhand von drei Komponenten (Wunsch=W, Reaktion des Objekts=RO, Reaktion des Selbst=RS), die möglichst nahe am Text („tailor-made,,), d. h. phänomen- und erlebnisnahe bzw. theoriearm formuliert werden sollen;
3. Formulierung des vorläufigen Zentralen Beziehungs-Konflikt Themas (ZBKT);
4. Überprüfung bzw. Überarbeitung der Komponenten am Transkript;
5. endgültige ZBKT-Formulierung.

Endergebnis ist das individuelle, zentrale Beziehungs-Konflikt Thema (ZBKT) des Erzählers. Es wird im Sinne eines vorgestellten Interaktionsschemas zwischen Subjekt und Objekt aus drei von einander unabhängigen Einzelkomponenten zusammengesetzt, nämlich dem häufigsten Wunsch des Subjektes, der häufigsten Reaktion des Objektes und der häufigsten Reaktion des Subjektes.

Die grundlagenwissenschaftliche Dimension dieses Verfahrens wurde lange Zeit nicht beachtet; erst durch eine von der DFG finanzierten Multi-Center Studie, durchgeführt in Leipzig, Göttingen und Ulm, wurde die Prüfung der

---

Reihe von Übereinstimmungen, aber auch Unterschieden beim Vergleich mit sonstigen Erzählungen aus Therapiestunden.

<sup>9</sup> Bei der Bestimmung der „unit of observation,, orientiert sich unsere Gruppe dabei strikter an der Raum-Zeit-Struktur der Erzählung als Luborsky und Mitarbeiter das zu tun scheinen.

Validitätsfrage ermöglicht. Trifft es zu, dass das psychoanalytische Theorem, welches der Übertragungskonzeption zugrundeliegt, "Wiederholung kennzeichnet Störung" empirisch belegbar ist.

Ziel einer solchen Untersuchung musste sein, die quantifizierende Abschätzung der Übertragungsbereitschaft zu ermöglichen. Hierzu müssten bei Patienten in Abhängigkeit vom Schweregrad der individuellen psychischen Störung die Übertragungsbereitschaft gemessen werden. Die Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt Themas kann hierfür herangezogen werden. Die in erzählten Beziehungsepisoden der Patientinnen zur Darstellung kommenden Variabilitäten der Übertragungsbereitschaften können mit dem Schweregrad der Störung (gemessen mit diversen Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumenten) korreliert werden

Das Ergebnis dieser Studie, die mit 266 jüngeren, neurotisch erkrankten Patientinnen durchgeführt werden konnte, belegt folgendes: für die Einschätzung der Krankheitsschwere sowohl durch die Therapeuten wie auch durch die Patientinnen selber gilt: je schwerer neurotisch gestört Patientinnen sind, um so negativer beschreiben sie die eigenen Reaktionen und die ihrer Interaktionspartner in den Beziehungsepisoden (Albani et al., 1999).

Der Neurotiker, Freud variierend krank, nicht nur an seinen Erinnerungen (wenn überhaupt - s. Fonagy, 1999), er ist krank wegen seiner internalisierten Erwartungsmuster. Vereinfacht ausgedrückt: das Baby kommt mit 100 positiven Erwartungsmustern auf die Welt; bis zur Adoleszenz dürfte es bei 50/50 sein (Luborsky et al., 1998). Wenn sich das Verhältnis der positiven zu negativen Erwartungen an die Welt, d.h. an die wichtigen Interaktionspartner immer mehr negativiert, können wir mit dem Auftreten von neurotischen Symptomen rechnen.

Die klinische Relevanz des Verfahrens wurde an Einzelfällen geprüft. Eine Analyse im Rahmen der ZBKT-Beschreibungssprache für die Fokaltherapie "Der Student" in textnahen Formulierungen, die auf der Sprache des Patienten basieren, ergab folgende Aufnahme des Zentralen Beziehungskonfliktes (Kächele et al., 1990):

<u>Der Zentrale Beziehungskonflikt des "Studenten" - Anfang der Behandlung</u>
--

<u>Wunsch:</u>	Freiwerden von der Enge, die die Symptomatik und Mitmenschen für mich schaffen
<u>Negative Reaktion des Objektes:</u>	Mangelnde Hilfe von anderen (Ärzten)
<u>Positive Reaktion des Objektes:</u>	Verständnis und Unterstützung
<u>Negative Reaktion des Selbst:</u>	Ich fühle mich durch Handlungen anderer und die eigene Struktur eingeengt
<u>Positive Reaktion des Selbst:</u>	Ich versuche, die Einengung zu bewältigen

Nach der Behandlung; ob wegen der Behandlung, oder mit der Behandlung oder gar gegen die Behandlung kann zunächst offen bleiben, stellt sich das ZBKT folgedermassen dar:

#### Der zentrale Beziehungskonflikt des "Studenten" - Ende der Behandlung

<u>Wunsch:</u>	Ich will fähig sein, Entscheidungen treffen zu können, die mir ein unabhängiges, ausgeglichenes Leben ermöglichen.
<u>Negative Reaktion des Objektes:</u>	Reagieren nicht adäquat auf meine Unabhängigkeitsbestrebungen.
<u>Positive Reaktion des Objektes:</u>	Helfen mir bei meinen Problemen und akzeptieren mich.
<u>Negative Reaktion des Selbst:</u>	Ich leide unter meiner Unfähigkeit, unabhängig von anderen Entscheidungen treffen zu können.
<u>Positive Reaktion des Selbst:</u>	Ich versuche, meine Lebenssituation zu verstehen und zu verbessern.

Was hat sich nun verändert ? Am Anfang der Therapie stand der Wunsch, "von der erlebten Enge frei zu werden"; am Ende der Therapie finden wir den Wunsch, "fähig zu sein, Entscheidungen treffen zu können, die ein unabhängiges, ausgeglichenes Leben ermöglichen". Eine Wendung von Passivität zu einer aktiven Formulierung lässt sich konstatieren. In den negativen Reaktionen der Objekte finden wir statt der Anklage der "mangelnden Hilfe" nun den Vorwurf, dass diese nicht "adäquat auf Unabhängigkeitsbestrebungen reagieren". Die Selbstbewertung bei dieser Reaktion der anderen wechselt ebenfalls von dem Gefühl der "Einengung durch andere" zu einem subjektthafteren

Leiden, noch nicht "unabhängig von anderen Entscheidungen treffen zu können". In den positiven Reaktionen der Objekte finden wir keine wesentliche Veränderung; der Patient konnte am Anfang und kann am Ende der Behandlung sehen, dass andere ihm durchaus Hilfestellungen geben wollen. In der positiven Reaktion des Subjekts wandelt sich seine Aufmerksamkeit von der Konzentration auf die Einengung auf das Ziel, seine Lebenssituation überhaupt besser zu verstehen und zu verändern.

In der Zusammenschau lassen diese Ergebnisse auf einen günstigen Verlauf der Behandlung schließen, die sich im ZBKT durch die Veränderung der Komponenten rekonstruieren läßt.

### **Zentrale Beziehungsmuster (ZBM)**

Kliniker, die von Übertragung reden, sprechen meist im Plural. Wie kommt es, dass das ZBKT empirisch belegbar dann nur ein zentrales Konfliktthema identifiziert. Die einfache Antwort ist, dass die Anzahl der identifizierbaren Themen von der Zahl der untersuchten Beziehungsepisoden bestimmt sein könnte. Solange man sich an Luborsky's Messvorschrift hält, findet man tatsächlich in den ersten zehn Episoden fast immer ein priominentes Thema; analysiert man jedoch eine größere Anzahl von Beziehungsepisoden, so wäre eine größere Variabilität zu erwarten.

Am Beispiel der Fokaltherapie "Der Student" wurden sämtliche Stundentranskripte beurteilt und insgesamt 300 Beziehungsepisoden mit 363 Wünschen, 362 Reaktionen des Objekts und 566 Reaktionen des Subjekts aus erzählten Interaktionen mit 42 verschiedenen Objekten eluiert. Damit stand das bis dahin umfangreichste Material im Bereich der ZBKT-Forschung zur Verfügung. Hierdurch konnten wir eine Erweiterung des Konzeptes demonstrieren, indem wir, was klinisch sehr einleuchtend ist, verschiedene konflikthafte, zentrale Beziehungsmuster identifizierten konnten (Albani et al., 1994). Um eine bessere Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurden hierbei die textnahen Formulierungen in vorgegebene Standardkategorien und Cluster (Crits-Christoph & Demorest, 1988; Barber, 1990) überführt.

Es erfolgte zunächst die Untersuchung der Häufigkeitsverteilungen der Kategorien jeweils für alle Beziehungsepisoden mit einem bestimmten Objekt (Vater, Therapeut, Mutter und Freundin - das sind die vier relevanten Objekte

des Patienten). Auf diese Weise lassen sich die "Einzelwelten" (z.B. die "Welt des Vaters", die "Welt des Therapeuten" usw.) unterscheiden.

## Objektspezifische Zentrale Beziehungsmuster des "Studenten" - Einzelwelten

	<b>Wunsch</b>	<b>Reaktion des Objekts</b>	<b>Reaktion des Subjekts</b>
<b>"Welt des Vaters"</b> n=14*	<b>W CI 5:</b> "Ich möchte dem Vater nahe sein und ihn annehmen" (6 mal;43%)	<b>RO CI 5:</b> "Der Vater ist zurückweisend und gegen mich" (10 mal;72%)	<b>RS CI 7:</b> "Ich bin enttäuscht und deprimiert" (9 mal;65%)
<b>"Welt des Therapeuten"</b> n=36	<b>W CI 5:</b> "Ich möchte dem Therapeuten nahe sein und ihn annehmen" (12 mal;33%)	<b>RO CI 5:</b> "Der Therapeut ist zurückweisend und gegen mich" (19 mal;53%)	<b>RS CI 7:</b> "Ich bin enttäuscht und deprimiert" (11 mal;30%) <b>RS CI 6:</b> "Ich fühle mich hilflos" (11 mal;30%)
<b>"Welt der Mutter"</b> n=17	<b>W CI 8:</b> "Ich möchte Erfolg und Leistung erreichen und der Mutter helfen" (5 mal;30%)	<b>RO CI 5:</b> "Die Mutter ist zurückweisend und gegen mich" (8 mal;47%)	<b>RS CI 7:</b> "Ich fühle mich enttäuscht und deprimiert" (5 mal;30%)
<b>"Welt der Freundin"</b> n=61	<b>W CI 1:</b> "Ich möchte mich behaupten und unabhängig sein" (12 mal;20%)	<b>RO CI 3:</b> "Die Freundin ist ärgerlich, bestürzt und aufgeregt" (21 mal;34%) <b>RO CI 5:</b> "Die Freundin ist zurückweisend und gegen mich" (21 mal;34%)	<b>RS CI 5:</b> "Ich empfinde Selbstkontrolle und Selbstvertrauen" (18 mal;30%)

\* Anzahl der Beziehungsepisoden mit dem Vater

Wird die Variable "Objekt" jeweils einer der ZBKT-Variablen gegenübergestellt, ist es möglich, die ZBKT-Kategorien zu ermitteln, die im Zusammenhang mit bestimmten Objekten übererwartet häufig vorkommen, in denen sich somit Objekte unterscheiden. Die vier wichtigen Beziehungspersonen des Patienten werden auf dem "Hintergrund" aller Beziehungspartner abgebildet, so daß besonders auffällt, worin sich die einzelne Beziehungsperson von den anderen unterscheidet - es lassen sich "Kontrastbilder" zeichnen (ausführlichere Darstellung der Methodik - siehe Albani et al., 1994).

## Objektspezifische Zentrale Beziehungsmuster des "Studenten" - Kontrastbilder

	<b>Wunsch</b>	<b>Reaktion des Objekts</b>	<b>Reaktion des Subjekts</b>
<b>Vater</b> n=14	<b>W CI 5:</b> "Ich möchte dem Vater nahe sein und ihn annehmen" (6 mal)	<b>RO CI 5:</b> "Der Vater ist zurückweisend und gegen mich" (10 mal)	<b>RS CI 7:</b> "Ich bin enttäuscht und deprimiert" (9 mal)
<b>Therapeut</b> n=36	<b>W CI 5:</b> "Ich möchte dem Therapeuten nahe sein und ihn annehmen" (12 mal)	<b>RO CI 1:</b> "Der Therapeut ist stark" (6 mal)	<b>RS CI 6:</b> "Ich fühle mich hilflos" (11 mal)
<b>Mutter</b> n=17	<b>W CI 8:</b> "Ich möchte Erfolg und Leistung erreichen und der Mutter helfen" (5 mal)	<b>RO CI 2:</b> "Die Mutter ist kontrollierend" (5 mal)	<b>RS CI 4:</b> "Ich widersetze mich der Mutter und verletze sie" (3 mal)
<b>Freundin</b> n=61	<b>W CI 1:</b> "Ich will mich behaupten und von der Freundin unabhängig sein" (12 mal)	<b>RO CI 3:</b> "Die Freundin ist ärgerlich, bestürzt und aufgeregt" (21 mal)	<b>RS CI 5:</b> "Ich empfinde Selbstkontrolle und Selbstvertrauen" (18 mal)

Mit diesem Material war es dann auch möglich, erstmals die spezifische Fokus Konzeption der Behandlung mittels des Verfahrens abzubilden.

Die Kategorien aus den Beziehungsepisoden von Vater und Therapeut sind nahezu identisch - auf den Wunsch nach Nähe folgen Zurückweisung und Enttäuschung. Der enttäuschte und deprimierte Patient überträgt auf den Therapeuten genau die Wünsche, die der Vater nicht erfüllte und wiederholt das gleiche Muster von Ablehnung und Enttäuschung.

Als Beispiel dazu eine Beziehungsepisode mit dem Therapeuten nach dem Muster W CI 5 - RO CI 5 - RS CI 7:

"P:... Ja ich lerne von ihnen nicht viel kennen, das möchte ich ja. Aber von Ihnen kommt ja relativ wenig, was Sie so machen, ich nehme an, Sie machen hier Vorlesungen und so Therapien. Eigentlich kennen Sie mich nicht. Ich hätte schon gern mehr wissen wollen, aber ich nehme an, daß äh...(lacht leicht, bricht den Satz ab)"

Eine Episode mit dem Vater nach demselben Muster:

"P:...Ich habe damals viel unternommen, ich habe zum Beispiel - er hat viel an seinem Auto rumgebastelt, der hat erst seinen Führerschein gemacht, wo ich schon drei, vier

Jahr alt war, glaub' ich, und er hat dann immer viel daran rumgebastelt, so aus Neugier. Und da bin ich halt immer runter, und hab' ich dann immer's Werkzeug aufräumen dürfen oder ihm bringen und so. Und das war so die Form von Gemeinsamkeit, die wir gehabt haben. Also ich hab mich schon bemüht. Und das hat mich immer geschmerzt, wenn ich irgendwas falsch gemacht habe oder so, gell und immer 'ah' oder so, 'mach's lieber gleich selber' oder so, das hat mich dann geschmerzt, aber ich hab' dann schon versucht noch, ähm, ja - um ein bißchen so ein Gefühl zu kriegen von Gemeinsamkeit, bin ich dann halt ums Auto rumgewetzt, obwohl ich viel lieber in Wald gegangen wäre..."

Anders als der Vater, wird der Therapeut aber auch als stark erlebt. Dies könnte Ausdruck dafür sein, dass in der therapeutischen Beziehung neue Erfahrungen möglich sind und der Therapeut als positive väterliche Identifikationsfigur wahrgenommen wird.

Auch der Mutter gegenüber fühlt sich der Patient meistens enttäuscht und deprimiert:

"P: Hmhm, das hab ich mir aber auch schon überlegt, das ist halt so, meine Mutter, die hat ziemlich viel Lebenskraft gehabt, und gehabt muß man sagen und wie gesagt, daß ich in das Pech gekommen bin, daß ich halt der vierte war und wenn eine Frau drei Kinder allein großzieht und so einen Haushalt hat - da ist, war nicht mehr soviel da, und da war bei ihr halt immer im Vordergrund, ja Arbeit."

Es wird jedoch deutlich, daß es in den Episoden mit der Mutter besonders um das Thema "Hilfe geben" geht. In der klinischen Einschätzung (Kächele et al., 1990) wird die Identifikation des Patienten mit der hilfsbedürftigen (von Vater unbeachteten) Mutter betont, mit der der Patient zum Beispiel in der Pubertät viele Ausflüge unternahm, um sie über ihre Einsamkeit hinwegzuträsten.

Das Beziehungsmuster mit der Freundin unterscheidet sich deutlich. Im Gegensatz zu seinen anderen Beziehungen geht es bei der Freundin viel stärker um die Position des "starken Mannes", der sich wehrt, durchsetzt und unabhängig ist. Die Freundin wird als bestürzt, ärgerlich und aufgeregt erlebt. Aber er fühlt sich auch von ihr zurückgewiesen. Seine Reaktionen sind ihr gegenüber deutlich anders als in anderen Beziehungen - er empfindet Selbstvertrauen und Selbstkontrolle.

"P:...Heut morgen gings schon los, da war der Kleine unruhig geworden, dann hat sie mit ihm Krach gekriegt und hat halt konsequent ihren Standpunkt vertreten und ihm nicht alles gemacht, wie er es immer haben will, und da war dann ein Mordsgezeter, und ich hab halt weitergeschlafen, hab so getan, wie wenns mich nicht interessiert und da war sie dann nachher stinkesauer."



Es fällt die Ähnlichkeit zwischen Mutter und Freundin bezüglich der Abhängigkeits-Autonomie-Thematik auf: die Mutter wird besonders als kontrollierend erlebt. Vielleicht ist die Intensität des Wunsches nach Behauptung und Unabhängigkeit der Freundin gegenüber als eine "Neuaufgabe" der Mutterbeziehung verstehen, die z.T. befriedigender, z.T. aber auch genauso enttäuschend wie der Mutter gegenüber erlebt wird.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes:

Obwohl die insgesamt häufigsten Kategorien (W Cl 5, RO Cl 5, RS Cl 7) auch in allen Objekt-Beziehungsepisoden häufig geäußert werden, haben sie den einzelnen Objekten gegenüber unterschiedliche Bedeutung. Es gibt also neben dem "zentralen Thema", repräsentiert in den häufigsten Kategorien, weitere, objektspezifische Kategorien, die, lebensgeschichtlich erworben, aktuelle Beziehungen prägen.

In den Männer-(Vater-) Geschichten scheint insgesamt das Thema der Nähe und Zuwendung stärker eine Rolle zu spielen als in den Episoden mit der Mutter und der Freundin. Mit diesen Frauen trägt der Patient eher Probleme von Abhängigkeit und Unabhängigkeit aus.

Nach bisherigen Erfahrungen ziehen sich besonders viele Kliniker enttäuscht von der Methode zurück, nachdem sich die (unangemessene) Erwartung, mit der Methode klinisch geronnenes Wissen der Übertragung in Fakten abbilden zu können, nicht bestätigte.

Die Stärke einer wissenschaftlichen Methode liegt jedoch in der Fähigkeit, über Vereinfachung Strukturen zu identifizieren, nicht in der Imitation komplexen, klinischen Denkens.

Die ZBKT-Methode erfaßt nicht die aktuelle Übertragungsbeziehung in der therapeutischen Interaktion, wohl eher das Übertragungskonzept als Struktur, nicht als Prozeß.

Der anspruchsvolle Titel der Monografie zur ZBKT-Methode "Understanding transference" (Luborsky und Crits-Christoph, 1990, 1998) verschleierte, dass Luborsky eine genaue Definition seines Verständnisses des Übertragungsbegriffes schuldig bleibt. Es wirkt etwas tendenziös, wenn Luborsky 22 Beobachtungen Freuds zu Übertragungsphänomenen formuliert und für 9 dieser 22 Beobachtungen bestätigende Studien mit der ZBKT-Methode

angibt (Luborsky 1990b). Luborsky formuliert die Beziehung zwischen Übertragung und ZBKT folgendermaßen (Luborsky, 1990b):

"If it looks like a duck and it talks like a duck then it is a duck! Is it proper, then, to say about CCRT that if it looks like transference and it talks like transference then it is transference? Almost, but not exactly. When the talk is about a patient's central relationship pattern, the similarities and the differences can be simply stated: it is more fitting to say that a clinician's transference formulation is the clinician's unguided estimate of the concept. A clinician's formulation in CCRT terms is a probably overlapping but guided version of the concept" (S.265).

Luborsky et al. (1991) führen in diesem Zusammenhang aus, daß ZBKT und Übertragung nicht auf dem gleichen konzeptuellen Niveau stehen. ZBKT sei ein:

"...central set of components of each persons relationship to others and to self. These appear to be generated by an underlying structure, but are not the same as the structure." (S.176)

Crits-Christoph & Demorest (1991) äußern sich bezüglich des Verhältnisses von Übertragung und ZBKT-Methode folgendermaßen:

"Conceivably, to fully describe a transference reaction to the therapist and others that accords with clinical experience, measurement of deeper structures may be necessary. It is worth noting, however, that even of the level of measurement obtained here, some degree of similarity of patterns across people and with the therapist was found. Recent research (Crits-Christoph et al., 1988) has shown that the extent to which therapist accurately center their interpretations on the type of content assessed through the CCRT method significantly predicts the outcome of the psychotherapy. The usefulness of measuring relatively more unconscious remains an agenda for further research."

Auch die Klärung des Konfliktbegriffes der Methode des "Zentralen Beziehungs-Konflikt Themas" bleibt bei Luborsky offen. Die Beziehungsepisoden resultieren aus einem Ablaufschema: auf einen Wunsch folgt eine Reaktion des Objekts, auf diese wiederum eine Reaktion des Subjekts. Dies sind (im analytischen Sinn) noch keine Konflikte. Zutreffend dürfte sein, daß mit der ZBKT-Methode die Themen der häufigsten Wünsche erfaßt werden.

Das ZBKT sollte als Indikator zur Erfassung des Konfliktes des Patienten verstanden werden. Auch deshalb entschied sich die Ulmer Arbeitsgruppe, diesbezüglich die Bezeichnung "Zentrale Beziehungsmuster" einzuführen.

Auf dem Hintergrund einer kritischen Einordnung und Bewertung der ZBKT-Methode erscheint die polemische Kritik von Dreher (1998) an der "empiristischen quantitativen Analyseforschung", die sie am Beispiel der ZBKT-Methode vornimmt, kaum fruchtbar, zumal sie Weiterentwicklungen und kritische Anwendungen der Methode ausserhalb der Arbeitsgruppe um Luborsky ignoriert. Natürlich kann empirische Psychotherapieforschung nur Aspekte erfassen, was aber vor allem auch am Gegenstand der Untersuchung liegt. Dass Empiriker, wie Dreher feststellt, ein Defizit an empirischen Daten in der Psychoanalyse konstatieren, Defizite bezüglich der verwendeten Konzepte aber übersehen, hilft kaum weiter, wenn es darum geht, mithilfe systematischer Forschung subjektive und schulgebundene, metapsychologische Konzepte zu prüfen - aber vielleicht besteht bezüglich der dringenden Notwendigkeit dieser Aufgabe ja kein Konsens.

Die ZBKT-Methode ist ein klinischen Schlußbildungsprozessen nahestehendes Verfahren, mit der repetitive Beziehungsmuster abbildbar sind.

Das besonders in psychodynamischen Kurztherapien gebräuchliche psychoanalytische Konzept des Fokus ist mit Hilfe der ZBKT-Methode objektivierbar.

"Der dynamische Fokus in der Kurztherapie stellt eine Heuristik dar. Der Fokus hilft dem Therapeuten, psychotherapeutisch relevante Information zu generieren, zu erkennen und zu organisieren." (Strupp & Binder, 1984)

In den Kategorien der ZBKT-Methode läßt sich der therapeutische Fokus formulieren und im Verlauf der Therapie kontrollieren (Kächele et al. 1990, Luborsky 1990b). In verschiedenen Studien zeigte sich eine Veränderung von geschilderten Beziehungsmustern im Verlauf erfolgreicher Therapien.

Mit der ZBKT-Methode werden die narrativen Darstellungen der bewußten Wahrnehmungen von Objektbeziehungen (und Interaktionen mit der eigenen Person) untersucht, also die Selbstdarstellung der vom Patienten wahrgenommenen und verbalisierten Beziehungserfahrungen in Form von Wunsch-Handlungs-Relationen abgebildet. Auf diese Weise lassen sich repetitive Beziehungsstrukturen darstellen.

Faszinierend bleibt bei aller Kritik Luborskys Kunstgriff, Intrapsychisches auf interpersonalen Ebene abbilden, um dann daraus auf die intrapsychische Ebene rückschließen zu können - Interpersonales ist beobachtbar, Intrapsychisches nicht. Es wird auf das, was der Patient erzählt, zurückgegriffen, d.h. die Geschichten werden so betrachtet, wie sie der Patient nach seiner individuellen Verarbeitung liefert - ob sie tatsächlich so abgelaufen sind, ist uninteressant, es zählt nur, wie der Patient sie erlebt hat und betrachtet. Solche Geschichten bieten die Möglichkeit, internalisierte Muster des Patienten zu erkennen und zu beurteilen. Die ZBKT-Methode erlaubt, mit Abstand und den Augen des Patienten auf die Beziehungen des Patienten zu schauen und verschiedene Objektbeziehungen zu vergleichen. Auf diese Weise werden Abstraktionen möglich und Schemata erkennbar.

Bei aller Kritik müssen der ZBKT-Methode folgende Vorzüge bezüglich ihrer klinischen Anwendbarkeit bescheinigt werden:

- der Zeitaufwand für die Formulierung der psychodynamischen Zusammenhänge im klinischen Gebrauch ist gering, somit läßt sich die Methode prozeßbegleitend nutzen;
- die psychodynamische Formulierung ist für die Behandlung nutzbar;
- die Methode ist änderungssensitiv;
- die Methode ist mit verschiedenen Datenerhebungsformen kombinierbar (Transkripte, Videos, live-Interviews usw.);
- die Anwendung der Methode ist nicht nur erfahrenen Klinikern vorbehalten, sondern gerade auch für Ausbildungskandidaten brauchbar;
- die mit der ZBKT-Methode erhobenen Daten haben klinische Relevanz.

Insofern befindet sich die ZBKT-Methode stärker auf der klinisch-therapeutischen Seite als verwandte Verfahren (zum Beispiel: Benjamin mit der SASB, 1974; Gill & Hoffman mit PERT-Methode, 1982 u.a.), die aufgrund ihrer Komplexität stärker im grundlagenwissenschaftlichen Kontext angesiedelt sind. Jedoch macht genau diese Eigenschaft der ZBKT-Methode, einen Beitrag zur Überwindung der Kluft zwischen praktisch-klinischen Erfordernissen und den (methodischen) Ansprüchen der Grundlagenwissenschaft zu leisten, die Methode interessant.

Salter (1952), einer der schärfsten Kritiker der Psychoanalyse, charakterisiert die Freudsche Theorie in humorvoll - polemischer Weise wie folgt:

Sie läßt sich aus drei Postulaten ableiten:

1. Wie immer es aussieht - das ist es nicht.
2. Wenn man es messen kann - dann ist es etwas anderes.
3. Was es auch ist - es ist bestimmt nichts Nettes.

Abschließend nur einige wenige Gedanken zu dieser Kritik: Trotz vielfältiger Kritik beweist psychoanalytisch-klinische Verfahren noch immer ihre klinische Robustheit, und trotz aller Kritik gilt ihre unumstrittene Augenscheinvalidität. Es bleiben, auch in der Natur des Gegenstandes begründete, Mängel bei der empirischen Validierung, die aber nichtsdestoweniger angestrebt werden muß!

## Literatur

- Albani C, Blaser G, Benninghoven D et al. (1999) On the connection between affective evaluation of recollected relationship experiences and the severity of the psychic impairment. *Psychotherapy Research* 9:452-467
- Albani C, Pokorny D, Dahlbender RW, Kächele H (1994) Vom Zentralen-Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern (ZBM). Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des "Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas". *Psychother Psychosom Med Psychol* 44:89-98,
- Barber JP, Crits-Christoph P, Luborsky L (1990) A guide to the CCRT standard categories and their classification. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg) *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. Basic Books, New York, S 37-50
- Bellak L, Smith MB (1956) An experimental exploration of the psychoanalytic process. *Psy Quart* 25: 385-414
- Benjamin LS (1974) Structural analysis of social behavior (SASB). *Psychological Review* 81:392-425,
- Boothe B (1991) Analyse sprachlicher Inszenierungen - Ein Problem der Psychotherapieforschung. *PPmP Psychother Med Psychol* 41: 22-30
- Bruner J (1987) *Actual minds, possible worlds*. Harvard University Press, Cambridge, MA London
- Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L (1988) The Accuracy of Therapists' Interpretations and the Outcome of Dynamic Psychotherapy. 56:490-495,
- Crits-Christoph P, Demorest A (1988) List of standard categories (Edition 2). University of Pennsylvania School of Medicine
- Crits-Christoph P, Demorest A (1991) Quantitative assessment of relationship theme components. In: Horowitz MJ (Hrsg) *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. University of Chicago Press, Chicago, S 197-212
- Dahlbender RW, Torres L, Reichert S, Stübner S, Frevert G, Kächele H (1993) Die Praxis des Beziehungsepisoden-Interviews. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 39:51-62
- Dantlgraber J (1982) Bemerkungen zur subjektiven Indikation für Psychoanalyse. *Psyche* 36:191-225
- Dreher AU (1998) *Empirie ohne Konzept? Einführung in die psychoanalytische Konzeptforschung*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Flader D, Giesecke M (1980) Erzählen im psychoanalytischen Erstinterview. In: Ehlich K (Hrsg) *Erzählen im Alltag*. Suhrkamp, Frankfurt, S 209-262
- Fonagy P (1999) Memory and therapeutic action. *Int. J. Psycho-Anal. International Journal of Psycho-Analysis* 80: 215-223
- Gill MM, Hoffman IZ (1982) A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience in psychoanalysis and psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 30:137-167
- Herold G (1995) *Übertragung und Widerstand*. Ulmer Textbank, Ulm

- Kächele H, Dengler D, Eckert R, Schneckenburger S (1990) Veränderung des zentralen Beziehungskonfliktes durch eine Kurztherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 40:178-185,
- Kächele H, Heldmaier H, Scheytt N (1990) Fokusformulierungen als katanamnestische Leitlinien. *Psychother Med Psychol* 35:205-216
- Luborsky L (1977) Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. In: Freedman N, Grand S (Hrsg) *Communicative structures and psychic structures*. Plenum Press, New York, S 367-395
- Luborsky L (1984) *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. Basic Books, New York
- Luborsky L (1990) The Relationship Anecdotes Paradigm (RAP) interview as a versatile source of narratives. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg) *Understanding transference: the CCRT method*. Basic Books, New York, S 102-116
- Luborsky L (1990b) The Convergence of Freud's Observations about Transference of the CCRT Evidence. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg) *Understanding transference: the CCRT method*. Basic Books, New York
- Luborsky L (1990c) Where We Are in Understanding Transference. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg) *Understanding transference: the CCRT method*. Basic Books, New York
- Luborsky L, Albani C, Eckert R (1992) *Manual zur ZBKT-Methode (deutsche Übersetzung mit Ergänzungen)*. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie Disc-Journal*, 5
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1990) *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. Basic Books, New York
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1998) *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. American Psychological Association, Washington. 2.Auflage
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Friedman S, Mark D, Schaffler P (1991) Freud's transference template compared with the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT). In: Horowitz M (Hrsg) *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal patterns*. University of Chicago Press, Chicago, S 167-195
- Luborsky L, Kächele H (Hrsg) (1988) *Der zentrale Beziehungskonflikt - ein Arbeitsbuch*. PSZ-Verlag, Ulm
- Menninger KA, Holzman PS (1958) *Theory of psychoanalytic technique*. Basic Books, New York
- Murray HA (1938) *Explorations in personality*. Oxford Press, New York
- Popp C, Luborsky L, Crits-Christoph P (1990) The Parallel of the CCRT from Therapy Narratives with the CCRT from Dreams. Basic Books, New York
- Safran J, Segal Z (1990) *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Basic Books, New York
- Salter A (1952) *The Case against Psychoanalysis*. Harper, New York

- Strupp H, Schacht T, Henry W (1988) Problem-treatment-outcome congruence: A principle whose time has come. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Hrsg) Psychoanalytic Process Research Strategies. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 1-14
- Strupp HH, Binder J (1984) Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books, New York
- Ulmer Textbank (1989) Der Student - Verbatimprotokolle einer Kurztherapie. Universität Ulm
- Wallerstein R, Robbins L, Sargent H, Luborsky L (1956) The Psychotherapy Research Project of The Menninger Foundation: Rationale, Method and Sample Use. First Report. Bull Menninger Clinic 20: 221-278

**Anschrift der Verfasser:**

Prof. Dr. med. H. Kächele  
Universitätsklinikum Ulm  
Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin  
Am Hochsträß 8  
89081 Ulm

Dr. med. C. Albani  
Universitätsklinikum Leipzig  
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin  
K.-Tauchnitz-Str. 25  
04107 Leipzig