

334. Dahlbender RW, Erena C, Reichenauer G, Kächele H (2001) Meisterung konflikthafter Beziehungsmuster im Verlaufe einer psychodynamischen Fokaltherapie. *Psychother psychol Med* 51: 176-185

Meisterung konflikthafter Beziehungsmuster im Verlaufe einer psychodynamischen Fokaltherapie

Reiner W. Dahlbender, Carmen Erena, Gertrud Reichenauer, Horst Kächele

Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Universitätsklinikum Ulm,
Am Hochsträß 8, D-89081 Ulm

Key-words: psychotherapy research - single case study - interpersonal conflicts - mastery - core conflictual relationship theme method

Zusammenfassung:

Meisterung ist ein psychologisches Konstrukt, das in der psychodynamischen Psychotherapieforschung wurzelt. Die Mastery Scale ist eine inhaltsanalytische Methode zur Messung der Meisterung maladaptiver interpersoneller Konflikte. Mit Hilfe von Modellsätzen werden Verbatimprotokolle von Beziehungsepisoden hinsichtlich sechs hierarchisch konzipierter Ebenen eingeschätzt: mangelnde Impulskontrolle, Introjektion und Projektion negativer Affekte, Schwierigkeiten des Verstehens und der kognitiven Kontrolle, interpersonelles Bewußtsein, Verstehen des Selbst sowie Selbstkontrolle. Darüber hinaus können die Fähigkeiten zur Meisterung mit einem Score quantifiziert werden. Das Instrument wird erstmals auf Deutsch im Rahmen einer Studie mit einer erfolgreichen 29-stündigen psychodynamischen Fokaltherapie vorgestellt, die bereits mit verschiedenen empirischen Verfahren voruntersucht wurde. Die Ergebnisse demonstrieren die Eignung des Instruments zur differenzierten Beschreibung von Veränderungen im Therapieprozess.

Mastery of conflictual relationship patterns in the course of a psychodynamic focal therapy

Mastery is a psychological construct rooted in the psychodynamic psychotherapy research. The Mastery Scale provides a reliable content analytic method to measure the mastery of maladaptive interpersonal conflicts. With the help of model-sentences verbatim transcripts of relationship episodes are assessed regarding to six hierachical so-called levels: lack of impulse-control, introjection and projection of negative emotions, difficulties in understanding and cognitive control, interpersonal consciousness, understanding of the self and self control. Further, mastery capabilities can be quantified by a mastery score. For the first time, the instrument is introduced in German by a study of a rather well known successful psychodynamic short-term psychotherapy which previously has been investigated with several empirical methodes. The results verify the possibilities of the Mastery Scale in subtly describing changes in the course of a psychotherapy.

1. Einleitung

Repetitive Beziehungserfahrungen mit 'signifikanten Anderen' finden ihren verdichteten Niederschlag in internalisierten Beziehungsmustern. Diese sind die Grundlage von Übertragungsbereitschaften und mit dafür verantwortlich, daß unsere früheren Beziehungserfahrungen in die Gestaltung unserer aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen einfließen. Leidvolle Beziehungserfahrungen können sich unter dem Druck des Wiederholungszwanges u. U. zu maladaptiven Mustern konfigurieren und in der Folge dazu führen, daß ein Patient psychotherapeutische Hilfe sucht. Das Bewußtwerden und Durcharbeiten neurotischer Beziehungselemente in einer hilfreichen psychotherapeutischen Beziehung sind nach heutigem Kenntnisstand entscheidende Faktoren zur Veränderung maladaptiver Muster und zur Meisterung der ihnen vielfach zugrundeliegenden interpersonellen Konflikte [1].

Zur empirischen Erfassung psychotherapeutischer Veränderungen wurden in den letzten Jahrzehnten verschiedene Konzepte entwickelt. Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt Themas (ZBKT) [2; 3] ist einer der ältesten Ansätze zur Identifikation repetitiver Beziehungsmuster und zur Beschreibung ihrer Veränderung im Therapieverlauf. In enger Anlehnung an die ZBKT-Methode wurde von Grenyer [4] ein inhaltsanalytischer Ansatz zur Abschätzung der Meisterung interpersoneller Konflikte entwickelt: die Mastery Scale. Meisterung wird hier verstanden als die Fähigkeit zur emotionalen Selbstkontrolle und zum kognitiven Selbstverständnis im Rahmen zwischenmenschlicher Beziehungen. Damit umfaßt das Konzept verschiedene Dimensionen, die zu den wesentlichen veränderungsrelevanten Faktoren in der psychodynamischen Therapie gezählt werden [5], wie z. B. das Erkennen der eigenen repetitiven Verhaltensmuster, das Erkennen der Zusammenhänge zwischen früheren und gegenwärtigen Beziehungen, die Entwicklung einer Toleranz für Gefühle oder die Fähigkeit zur Selbstanalyse.

Die Mastery Scale

Dieses inzwischen auch auf Deutsch verfügbare Instrument [6] operationalisiert die Meisterung interpersoneller Konflikte auf sechs hierarchisch organisierten Ebenen (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Ebenen der Mastery Scale

	Mangelnde Impulskontrolle
1A	Von eigenen Gefühlen überwältigt werden
1B	Affektives Denken und Handeln
1C	Abwehrhaltung einnehmen
1D	Störungen der Ich-Funktionen
	Introjektion und Projektion negativer Affekte
2E	Leiden unter belastenden psychischen Zuständen
2F	Negative Gefühle gegenüber anderen
2G	Projektion negativer Gefühle
2H	Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen
2I	Zeichen der Hilflosigkeit
	Schwierigkeiten des Verstehens und der kognitiven Kontrolle
	3J Kognitive Konfusion
	3K Kognitive Ambivalenz
3L	Konstruktive Bemühungen, sich mit Schwierigkeiten auseinanderzusetzen
	Interpersonelles Bewußtsein
4M	Hinterfragen der Reaktionsweisen anderer
4N	Sichtweise anderer mitberücksichtigen
4O	Hinterfragen der eigenen Reaktionsweisen
4P	Interpersonale Selbstbehauptung
	Verstehen des Selbst
5Q	Eigene, sich wiederholende Verhaltensmuster erkennen
5R	Zusammenhänge zw. früheren u. gegenwärtigen Beziehungen erkennen
	5S Zusammenleben können
5T	Einsicht in das zwischenmenschliche Verhalten anderer
	Selbstkontrolle
6U	Emotionale Selbstkontrolle in Konfliktfällen
6V	Emotionale Reaktionweise ändern
6W	Sich selbst analysieren

Ebene 1 und 2 beschreiben eine gescheiterte Meisterung, die durch überwältigende Gefühle, Abwehrhaltungen, gestörte Ich-Funktionen, Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen, Hilflosigkeit u. a. gekennzeichnet ist. Ebene 3 und 4 beinhalten verschiedene Bemühungen die Meisterung zu verbessern, z. B. sich mit den Schwierigkeiten auseinanderzusetzen und die eigenen Reaktionsweisen sowie die der Interaktionspartner zu hinterfragen. Ebene 5 und 6 beschreiben eine gelingende Meisterung von Konflikten, etwa durch Einsichten in eigene und fremde dysfunktionale Beziehungsmuster, die Fähigkeit zur Nähe, zu emotionaler Selbstkontrolle und Selbstanalyse.

Die mehrschrittige Auswertung erfolgt an Verbatimprotokollen von Therapiesitzungen oder Interviews (s. Tabelle 2). Wie bei der ZBKT-Methode werden im narrativen Material zunächst interpersonelle Begebenheiten, die Beziehungsepisoden, identifiziert. Dieser werden dann nach definierten Regeln in grammatikalische Einheiten unterteilt, aus denen anschließend die zu bewertenden Mastery Sätze bestimmt werden. Die Auswahl dieser Sätze wird entweder von Rater A vorgenommen, der die Beziehungsepisoden bereits in Sätze eingeteilt hat oder aber von Rater B, dessen eigentliche Aufgabe es ist, die ausgewählten Sätze zu bewerten. Beide Vorgehensweisen korrelieren hoch ($r = 0.85$). Entscheidend ist, daß nur diejenigen Sätze beurteilt werden, die eindeutig in Bezug zum Selbst des Patienten oder zu seiner interpersonellen Erfahrung stehen. Sätze, die nicht eindeutig zu beurteilen sind, also auf Interpretationen oder Vermutungen basieren, werden nicht berücksichtigt. Anschließend werden die ausgewählten Sätze gemäß der sechs Ebenen bewertet. Jeder Satz erhält einen Rohwert zwischen 1 und 6, wobei 1 das niedrigste und 6 das höchste Meisterungspotential repräsentieren.

Tabelle 2: Auswertungsschritte der Mastery Scale

- Schritt 1: Identifikation der Beziehungsepisoden im Text (Rater A)
- Schritt 2: Unterteilung der Beziehungsepisoden in grammatikalische Einheiten, d. h. Sätze (Rater A)
- Schritt 3: Identifikation der zu bewertenden Mastery-Sätze (Rater A oder B)
- Schritt 4: Bewertung der Mastery-Sätze gemäß der 6 Ebenen (Rater B)
- Schritt 5: Berechnung des Mastery-Scores für die jeweilige Untersuchungseinheit

Für die jeweilige Untersuchungseinheit (z. B. Beziehungsepisode, Therapie-
stunde, Therapiephase etc.) wird schließlich der Mastery-Score nach der For-
mel $MS = \sum X / N$ berechnet, wobei N für die Anzahl der bewerteten Maste-
ry-Sätze und $\sum X$ für die Gesamtpunktzahl all dieser bewerteten Sätze in der
entsprechenden Untersuchungseinheit stehen. Das Vorgehen wird im folgenden
am Beispiel einer Beziehungsepisode illustriert.

Auswertungsbeispiel

Stunde / BE / Äußerung:	10 / 11 / 291
Objekt:	Vater
Zeit:	Kindheit / Schule
W-RO-RS-Cluster:	5-5-7
Mastery-Score:	3,3

6V

2I

P: [ha inzwischen ist mir klar] [daß ich, daß ich alles hätt machen können. - äh, (hustet) da hätt ich

3L

nicht= dennoch nicht aktivieren können]. [ich habe damals viel! unternommen] ich hab jetzt zum

Beispiel; er hat dann, viel an seinem Auto noch rumgebastelt= und das ha- kam; der hat sich erst ein

Führerschein gemacht und ein Auto zugelegt, wo ich schon drei vier Jahr alt war glaub, und: [da hat er

4N

4N

dann immer viel daran rumgebastelt so aus Neugier] [so wie er jetzt seine Bastelwut an der Stereoanlage,

rausläßt], äh= und da bin ich halt immer runter und da hab ich dann immer's Werkzeug aufräumen dürfen

5T

oder ihm bringen und so. [und das war dann die Form von Gemeinsamkeit die wir, gehabt haben], [ja?

3L

2E

also ich hab mich da schon bemüht]. - [und die das hat mich auch 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

2E

3L

mir dann, hat mich dann geschmerzt] [aber ich hab dann schon? versucht noch, äh, d-- ja um ein bißchen=

so ein Gefühl zu kriegen von Gemeinsamkeit], [bin ich halt dann auch um's Auto rumgewetzt obwohl ich

2E

eigentlich viel lieber in den Wald gegangen wäre], oder, jetzt bloß symbolisch ja mir fällt grad nichts

besseres ein. ---

Die Validität und Reliabilität der Methode wurden von Grenyer und Luborsky [7] erstmals an einer Stichprobe von 41 Patienten des Penn-Psychotherapieprojektes untersucht. Clusteranalytisch konnte bestätigt werden, daß die Meistungsmechanismen in der vorhergesagten Weise mit den Ebenen zusammenfielen. Die Einschätzungen wurden gegenüber klinisch relevanten Outcomekriterien validiert. Ein aus folgenden drei unabhängigen Maßen bestehendes Modell erklärt 54% der Varianz der Mastery Scale ($F=13,84$; $p < 0,0001$): 1. Veränderungen auf der Health Sickness Rating Scale (Achse V des DSM-IV), 2. Veränderungen im Hinblick auf die Beurteilung des Hauptsymptoms durch den Patienten, 3. Verbesserung der Reaktion des Subjekts im Rahmen der interpersonellen Übertragung als Maß für das zentrale Beziehungskonfliktthema. Die Interraterreliabilität für 4 Beurteiler ist mit Pearson Korrelationskoeffizienten zwischen 0.75 und 0.89 als recht gut einzustufen. Die Test-Retest-Reliabilität nach einer Woche ist mit Werten zwischen 0.86 und 0.97 ebenfalls hoch. In einer eigenen Reliabilitätsstudie mit 2 Beurteilern fanden wir an 120 Beziehungsepisoden ungewichtete Kappakoeffizienten zwischen 0.48 und 0.80 [8].

Ziel der Untersuchung

Inwieweit sich der Ansatz insbesondere zur prozeßorientierten Veränderungsmessung eignet, sollte im Rahmen einer Einzelfallstudie anhand einer bekannten psychodynamischen Fokalthherapie geklärt werden. Um klinische Konzepte zu plausibilisieren, haben sich Einzelfallstudien bewährt [9]. Die Mastery Scale dürfte dann ein brauchbares Evaluationsinstrument sein, wenn sie zu klinisch validen Ergebnissen führt, die sich sinnvoll in die Ergebnisse anderer Untersuchungen einordnen lassen. Dies sollte anhand des klinischen Therapieverlaufs und der katamnestischen Einschätzung geprüft werden.

Wenn das Instrument den Anspruch erhebt, die Meisterung interpersoneller Konflikte zu erfassen, muß zum einen erwartet werden, daß sich maladaptive von gelingenden Beziehungsmustern deutlich unterscheiden. Zum anderen müßte sich in einer erfolgreichen beziehungsorientierten Therapie ein Zugewinn an Meisterungsfähigkeiten nachweisen lassen, ganz allgemein und vor allem in Bezug auf die maladaptiven Beziehungsmuster. Daher erwarteten wir:

1. Beziehungsmuster mit negativem Ausgang sollten im Vergleich zu solchen mit positivem Ausgang niedrigere Mittelwerte aufweisen.

2. Die Mittelwerte der maladaptiven Beziehungsmuster, die in der Therapie fokussiert und durchgearbeitet wurden, sollten im Therapieverlauf zunehmen.

2. Methodik

Die zur Untersuchung ausgewählte 29-stündige psychodynamische Fokaltherapie, "Der Student" genannt, wurde im Rahmen des PEP-Projektes [10] mit den verschiedensten empirischen Erfolgsmaßen untersucht und gilt bekanntermaßen als erfolgreich [11; 12; 13; 14]. Die vorliegende Studie baut auf Voruntersuchungen mit der Ulmer Variante der ZBKT-Methode auf [15; 16; 17]. Für jede in den Transkripten aller Therapiesitzungen enthaltene Beziehungsepisode wurde jeweils ein psychologisch stimmiges Beziehungsmuster eingeschätzt, das jeweils einen Wunsch des Subjekts (W), eine Reaktion des Objekts (RO) und eine Reaktion des Subjekts (RS) zu einem zusammenhängenden W-RO-RS-Muster verdichtet. Mit Hilfe sog. exakter statistischer Verfahren [18] wurden 7 überzufällig häufige Zentrale Beziehungsmuster identifiziert, die in insgesamt 49 Beziehungsepisoden enthalten sind.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Beziehungsnarrative mit den für den Patienten "typischen" Beziehungsmustern von zwei unabhängigen Beurteilern entsprechend den Vorgaben des Manuals [6] bewertet. Wir favorisierten die inhaltliche Konsensbildung, da uns sehr an der klinischen Plausibilität gelegen war. Daher legten wir vorab als Kriterien für die Mindestübereinstimmung fest, daß die Einschätzungen der beiden Rater nicht mehr als 0,5 Skalenpunkte voneinander abweichen durften. In einem iterativen Verfahren wurden zunächst die abweichenden Episoden von den beiden Ratern diskutiert und nach Möglichkeit konsensuell entschieden. In knapp 10% der Fälle wurde ein Konsens mit Hilfe eines dritten unabhängigen Raters herbeigeführt.

Die Entwicklung des Mastery-Scores wurde über die Therapiestunden hinweg verfolgt. Aus den gemittelten Werten der Rater wurden anschließend Mittelwerte berechnet für:

1. alle 49 Beziehungsnarrative,
2. die positiv bzw. negativ endenden ZBM-Muster,
3. jedes der 7 typischen Beziehungsmuster,
4. drei annähernd gleich große Therapiephasen,
5. jedes Beziehungsmuster pro Therapiephase,
6. spezifische Objekte bzw. Objektgruppen.

Klinischer Fall und Behandlungsfokus

Es handelt sich um einen 23jährigen Studenten, der über diskrete, vor allem im Elternhaus verstärkte Zwangssymptome, Kontaktprobleme bei einer gleichzeitig zu engen Beziehung zu seinem Zuhause und seiner Freundin mit ihrem Sohn sowie über Probleme der Studiumsorganisation klagte. Der Patient lebt zusammen mit seiner etwas älteren Freundin und ihrem dreijährigen, aus einer früheren Beziehung stammenden Sohn. Weil er nur schwer allein sein kann, empfindet der Patient das Dasein dieses Kindes als sehr positiv. Zugleich hat er auch große Angst vor psychischer Abhängigkeit und berichtet von Streitereien mit seiner Freundin. Er ist der Jüngste von 4 Kindern. Die Mutter erlebte er als ständig erschöpft und der Vater beschäftigte sich vorwiegend mit seinem Auto und seiner Stereoanlage. Er hatte als Kind viel allein gespielt, stets in der Nähe der Mutter, mit der er dann in der Pubertät viele Ausflüge unternommen hat, wohl um sie über ihre Einsamkeit hinwegzutrusten. Seine Versuche, sich in der peer group zurechtzufinden, verliefen problematisch, insbesondere in der Pubertät. Der Patient hat das Ziel, durch die Therapie seine Symptome los und insgesamt lockerer zu werden.

Die am ursprünglichen Studienort zunächst aufgesuchte Therapeutin stellte die Indikation für eine längerfristige psychoanalytische Behandlung. Doch der später nach einem Wechsel des Studienortes konsultierte männliche Therapeut vereinbarte mit dem Patienten eine psychodynamische Kurztherapie mit einer Frequenz von 1 Stunde/Woche. Diese sollte den negativ-ödipalen Konflikt im Rahmen der gescheiterten Ablösung fokussieren [12]. Es wurde folgender dynamische Fokus herausgearbeitet: Er ist das Nesthäkchen der Mutter und mit ihr in den Vorwürfen gegenüber dem Vater identifiziert, der sich um sie wie um ihn zu wenig gekümmert hat. Seine aktuelle Beziehung, zu einer ebenfalls verlassenen Mutter, wird durch die Identifikation mit dem dreijährigen Sohn geprägt. Er agiert als Vater und als Tröster der Mutter zugleich. Die Durcharbeitung der unbewußten Identifikation mit der Mutter in der enttäuschten Sehnsucht nach dem Vater sollte dem Patienten eine altersgemäße Selbstverwirklichung ermöglichen, insbesondere in einer Partnerbeziehung wie auch im Arbeitsbereich.

Zentrale Beziehungsmuster

Tabelle 3 informiert über die "typischen" Beziehungsmuster des Patienten, deren Ausgang, die involvierten Objekte, die Lebensphasen, in denen die Interaktionen historisch spielen und deren jeweilige Häufigkeiten.

Tabelle 3: "Der Student": Zentrale Beziehungsmuster, Objekte, Lebensphasen und Häufigkeiten

(W = Wünsche, N/PRO = neg./pos. Reaktionen des Objekts, N/PRS = neg./pos. Reaktionen des Subjekts - Zahlen benennen Cluster-Standardkategorien, P = Patient, O = Objekte, (N) / (n) = Häufigkeiten)

Zentrale Beziehungsmuster - ZBKT-Cluster (N)	männliche vs. weibliche Objekte (n)	Lebensphasen (n)
---	--	-------------------------

ZBM-Muster A: W5-NRO5-NRS7 (13)

<p>W5: P. möchte anderen nahe sein und einbezogen werden. NRO5: O. sind distanziert, zurückweisend u. ohne Mitgefühl. NRS7: P. fühlt sich enttäuscht und unausgefüllt.</p>	<p>Vater (5) Freundin (2) Therapeut (2) Schwester (1) Kollege (1) frühere Freundin (1) Familie (1)</p>	<p>Kindheit/Schulzeit (8) Studium (3) Therapie (2)</p>
--	--	--

ZBM-Muster B: W3-NRO5-NRS7 (11)

<p>W3: P. möchte Hilfe bekommen, unterstützt und beschützt werden. NRO5: O. sind nicht hilfsbereit, sind distanziert, zurückweisend, verstehen nicht. NRS7: P. ist enttäuscht, frustriert, verärgert, wütend und gereizt.</p>	<p>Therapeut (3) frühere Therapeutin (2) Vater (2) Mutter (2) Familie (2)</p>	<p>Kindheit/Schulzeit (6) Therapie (3) Studium (2)</p>
---	---	--

ZBM-Muster C: W6-NRO5-NRS7 (10)

<p>W6: P. möchte Zuneigung, Liebe u. Intimität, möchte respektiert u. geschätzt werden. NRO5: O. sind zurückweisend, widersetzen sich ihm. NRS7: P. fühlt sich zurückgewiesen, ungeliebt, frustriert, verärgert.</p>	<p>Therapeut (1) frühere Freundinnen (5) Vater (1) Freundin (1) Kollege (1) Andere (1)</p>	<p>Kindheit/Schulzeit (5) Studium (3) Therapie (2)</p>
--	---	--

Fortsetzung Tabelle 3

ZBM-Muster D: W₁-NRO₃-NRS₆ (5)

<p>W1: P. möchte unabhängig sein, sich behaupten, seine Rechte durchsetzen.</p> <p>NRO3: O. reagieren verärgert, wütend und vorwurfsvoll.</p> <p>NRS6: P. erlebt sich abhängig, unfähig, passiv und hilflos.</p>	<p>Freundin (3)</p> <p>frühere Freundin (1)</p> <p>Familie (1)</p>	<p>Therapie (3)</p> <p>Kindheit/Schulzeit (1)</p> <p>Studium (1)</p>
--	--	--

ZBM-Muster E: W₅-PRO₇-PRS₃ (4)

<p>W5: P. möchte anderen nahe sein, einbezogen werden, nicht alleine sein, befreundet sein.</p> <p>PRO7: O. mögen ihn, haben Interesse an ihm.</p> <p>PRS3: P. fühlt sich wohl, sicher und zufrieden, fühlt sich angenommen u. akzeptiert.</p>	<p>Bruder (2)</p> <p>Freundin (1)</p> <p>Kumpel (1)</p>	<p>Kindheit/Schulzeit (2)</p> <p>Studium (1)</p> <p>Therapie (1)</p>
--	---	--

ZBM-Muster F: W₆-PRO₈-PRS₃ (4)

<p>W6: P. wünscht sich, akzeptiert und geschätzt zu werden, anderen wichtig zu sein.</p> <p>PRO8: O. akzeptieren ihn und beziehen ihn ein.</p> <p>PRS3: P. fühlt sich wohl, zufrieden, geachtet und geschätzt.</p>	<p>Lehrer (2)</p> <p>Freundin (2)</p>	<p>Kindheit/Schulzeit (2)</p> <p>Studium (1)</p> <p>Therapie (1)</p>
--	---------------------------------------	--

ZBM-Muster G: W₈-NRO₁-NRS₆ (2)

<p>W8: P. wünscht sich kompetent zu sein und Erfolg zu haben.</p> <p>NRO1: O. übernehmen aber die Verantwortung und sind ihm überlegen.</p> <p>NRS6: P. fühlt sich unfähig, hilflos und unsicher.</p>	<p>Männer (1)</p> <p>frühere Freundin (1)</p>	<p>Studium (2)</p>
---	---	--------------------

3. Ergebnisse

Tabelle 4 zeigt die Mittelwerte aller 49 Beziehungsepisoden bzw. die Werte für die negativ und die positiv endenden Beziehungsepisoden über den gesamten Therapieverlauf.

Tabelle 4: "Der Student": Beziehungsmuster und Meisterung

(2 unabhängige Rater; Werte gerundet; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung)

Beziehungsmuster	N	Meisterung		
		MW	SD	Range
Muster A - G	49	3,7	0,76	1,8-5,0
negativ endende Beziehungsepisoden (Muster A, B, C, D, G)	41	3,5	0,75	1,8-5,0
positiv endende Beziehungsepisoden (Muster E, F)	8	4,0	0,74	3,0-4,8

Der Logik des Instrumentesw folgend spricht ein Mittelwert von 3,7 insgesamt für relativ gut entwickelte Fähigkeiten zur Konfliktmeisterung. Bei den neurotisch gestörten Patienten der Penn-Studie fand Grenyer [19] ähnliche Werte. In einer eigenen Untersuchung von neurotisch-psychosomatisch gestörten Frauen ermittelten wir ebenfalls Werte in diesem Bereich [8]. Die wenigen positiv endenden Beziehungsepisoden, d. h. die wunschbefriedigend verlaufenden Interaktionserfahrungen des Patienten liegen erwartungsgemäß höher, als die wesentlich zahlreicheren negativen Beziehungserfahrungen.

Die Werte für die Meisterung der einzelnen Beziehungsmuster sind Tabelle 5 zu entnehmen, und zwar für die Therapie insgesamt und für die drei Phasen.

Tabelle 5: "Der Student": Beziehungsmuster und Meisterung im Therapieverlauf

(2 unabhängige Rater; Werte gerundet; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung)

gesamte Therapie	Phase 1 01.-09. Std.	Phase 2 10.-19. Std.	Phase 3 20.-29. Std.
---------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Muster A: W5-RO5-RS7				
-----------------------------	--	--	--	--

Anzahl der BE	13	4	7	2
Meisterung-MW (SD)	3,6 (0,59)	3,1	3,6	4,7

Muster B: W3-RO5-RS7				
-----------------------------	--	--	--	--

Anzahl der BE	11	6	3	2
Meisterung-MW (SD)	3,7 (0,74)	3,5	4,1	3,6

Muster C: W6-RO5-RS7				
-----------------------------	--	--	--	--

Anzahl der BE	10	2	4	4
Meisterung-MW (SD)	3,3 (0,83)	3,8	3,2	3,1

Muster D: W1-RO3-RS6				
-----------------------------	--	--	--	--

Anzahl der BE	5	0	3	2
Meisterung-MW (SD)	3,1 (1,00)	-	3,8	2,2

Muster E: W5-RO7-RS3				
-----------------------------	--	--	--	--

Anzahl der BE	4	1	1	2
Meisterung-MW (SD)	3,9 (0,82)	4,4	4,8	3,2

Muster F: W6-RO8-RS3				
-----------------------------	--	--	--	--

Anzahl der BE	4	2	2	0
Meisterung-MW (SD)	4,1 (0,77)	3,9	4,2	-

Muster G: W8-RO1-RS6				
-----------------------------	--	--	--	--

Anzahl der BE	2	0	2	0
Meisterung-MW (SD)	4,1 (0,27)	-	4,1	-

Bereits die Häufigkeiten machen deutlich, daß sich die therapeutische Arbeit im wesentlichen auf die Muster A, B und C konzentrierte, auf die auch wir das Schwergewicht unserer Betrachtungen legen werden. Hier finden sich betragsmäßig in der Regel auch die größeren Veränderungen zwischen den einzelnen Phasen. Dies dürfte der fokalthérapeutischen Konzeption der Therapie entsprechen. Deutlich wird auch, daß die beiden positiv endenden Beziehungsmuster E und F, die inhaltlich sehr ähnlich sind (s. Tabelle 3) und insgesamt immerhin 8 von 49 Beziehungsepisoden ausmachen, etwas höhere Werte haben als die negativen Muster.

Wie Abbildung 1 veranschaulicht, steigt die generelle Fähigkeiten zur Konfliktmeisterschaft über die drei Therapiephasen hinweg nicht an. Während sich die Meisterschaftsfähigkeiten in Bezug auf Muster A eindrucksvoll bessert, überrascht die verschwindend geringe Verbesserung bzw. die Verschlechterung für die Muster B bzw. C sowie die Abnahme der Meisterschaftsfähigkeiten für das positiv endende Beziehungsmuster E. In der dritten Therapiephase steigen die Werte nur noch für das Muster A an.

<< [Abbildung 1: "Der Student": Meisterschaft und Beziehungsmuster im Therapieverlauf](#)>>

Tabelle 6 zeigt die Mittelwerte für verschiedene Objekte bzw. Objektgruppen. Dabei fällt auf, daß dem Patienten die Meisterschaft von Beziehungskonflikten mit männlichen Objekten ein wenig besser zu gelingen scheint als mit weiblichen.

Tabelle 6: "Der Student": Objekt, Beziehungskonflikt und Meisterschaft

(2 unabhängige Rater; Werte gerundet, das häufigste Beziehungsmuster ist zuerst genannt; MW = Mittelwert)

Objekt	Rangfolge der Bez.-Muster	Mastery-Score (MW)	BE Anzahl
Bruder	E	4,6	2
Mutter	B	4,4	2
Lehrer	F	4,3	2
Männer	G	4,3	1
Schwester	A	4,1	1
Kollegen	A /C	3,9	2
Vater	A /B/ C	3,7	8
frühere Therapeutin	B	3,7	2
aktueller Therapeut	B /A/ C	3,5	6
aktuelle Freundin	D /A/F/ C/E	3,5	9
frühere Freundinnen	C /A/D/G	3,0	8
Kumpel	E	3,0	1
Familie (Vater u. Mutter)	B /A/D	2,9	4
Andere	C	4,4	1

männliche Objekte (Bruder, Kollegen, Lehrer, Männer, Vater, akt. Therapeut, Kumpel)	A /B/ E/C/F/ G	3,9	22
weibliche Objekte (Mutter, Schwester, Freundinnen)	C /D/A/ B/F/ E/G	3,5	20

Wie Tabelle 7 verdeutlicht, eröffnet der Patient die Therapie mit negativen Interaktionserfahrungen mit seiner früheren Therapeutin, die damals seinem Hilfe-Schutz-Wunsch nicht entsprach. Der weitere Therapieverlauf macht deutlich, daß die weibliche Variante dieses Hilfe-Schutz-Musters B nur in der ersten Therapiehälfte ein relevantes Beziehungsthema zu sein scheint. Der Inhalt der beiden Mutterepisoden in Stunde 11 unterstreicht, daß es dem Patienten allmählich klarer wurde, daß er sich nicht dauerhaft auf die mütterliche Hilfe stützen kann. Die zweite, männliche Version dieser Beziehungskonfiguration, die auch bereits in der ersten Therapiehälfte ersichtlich wird, zieht sich durch die Therapie hindurch. Dies könnte einen Aspekt der ödipalen Sehnsucht nach dem Vater ausdrücken. In Ansätzen kommt die ödipale väterliche Sehnsucht auch im Zuneigungs-Liebe-Intimitäts-Muster C zum Ausdruck. Am stärksten aber drückt sie sich im Nähe-Muster A aus, dessen Hauptobjekt der Vater ist, noch vor dem Therapeuten. Der männliche Therapeut scheint im therapeutischen Prozeß insbesondere in der mittleren Therapiephase als neues Objekt und damit als eine Alternative zum Vater zu fungieren. Gemessen am deutlich höheren Mastery-Score der - allerdings einzigen - Vaterepisode zum Therapieende hin, scheint dies dem Patienten zumindest im Ansatz eine neue Sicht des Vaters zu ermöglichen. Mit den neuartigen Erfahrungen des Patienten mit einem männlichen Objekt könnte auch eine Veränderung im Muster B in Zusammenhang stehen. Gemäß der klinischen Erwartung kommt die Hilfe-Schutz-Beziehungsthematik anlässlich des Therapieendes wieder auf. Im Unterschied zum Therapiebeginn bezieht sie sich diesmal nicht auf ein weibliches, sondern auf ein männliches Objekt, den Therapeuten. Es scheint, daß der Therapeut mehr und mehr zur hoffnungsvollen Identifikationsfigur geworden ist, die es dem Patienten nunmehr eher ermöglicht, sich gegen die unbefriedigende und ihn zugleich blockierende mütterliche Versorgung zu entscheiden und eigene, "männliche" Wege zu gehen.

**Tabelle 7: "Der Student": Beziehungsmuster, Objekte und
Meisterung im Therapieverlauf**

Std.	ZBM-A: W5-RO5-RS7 (W: Nähe)		ZBM-B: W3-RO5-RS7 (W: Hilfe, Schutz)		ZBM-C: W6-RO5-RS7 (W: Zuneigung, Liebe, Intimität)	
	weiblich	OBJEKTE	männlich	weiblich	OBJEKTE	männlich
1		-		f. Therapeutin (3,50) f. Therapeutin (3,88)		-
2	f. Freundin (2,78)		Vater (3,06)	-		-
3	g. Freundin (3,30)				Vater (2,75)	-
4			Vater (3,21)	-		-
5		-		-		-
6		-		Familie (2,25)		-
7		-		Therapeut (3,90)		f. Freundin (3,47)
8		-		-		-
9		-			Vater (4,62)	-
10		Familie (3,99) Vater (3,49) Vater (3,28)		-		-
11		-		Mutter (4,90) Mutter (3,97)		f. Freundin (2,00) f. Freundin (2,37)
12		-		Familie (3,50)		-
13		-		-		-
14			Therapeut (3,49)	-		Andere (4,43) m. Koll
15	Schwester (4,08)		Therapeut (3,42)	-		-
16		-		-		-
17		m. Kollegen (3,59)		-		-
18		-		-		-
19		-		-		-
20	g. Freundin (4,29)			-		-
21		-		-		g. Freundin (3,57) (3,27)
22		-		-		f. Freundin (3,24)
23		-		-		-
24		-		-		-
25		-		-		-
26			Vater (5,00)	-		-
27		-		-		-
28		-		Therapeut (3,59)		f. Freundin (2,45)
29		-		Therapeut (3,60)		-

Die Übersicht verdeutlicht auch die leidvollen Beziehungsverwicklungen mit seinen Freundinnen, gemessen an relativ niedrigen Meisterungswerten. Das Nähe-Muster A spielt vor allem zu Therapiebeginn eine gewisse Rolle, von dauerhafterer Relevanz erscheint allerdings das Zuneigungs-Liebe-Intimitäts-Muster C. Dieses Muster weist im mittleren Teil der Therapie eine "Lücke" auf, die bemerkenswerterweise vor allem von Episoden mit männlichen Objekten gefüllt wird. Es kann spekuliert werden, daß die Annäherung an den Therapeuten es dem Patienten ermöglicht hat, sich auch aus maladaptiven Liebesbeziehungen zu lösen. Demnach mußte der Patient mit dem Therapeuten erst eine hoffnungsvolle Alternative zur enttäuschenden Vaterbeziehung entwickeln, um sich derart gestärkt aus Beziehungskonstellationen mit mütterlichen

beschützenden Objekten lösen zu können, die ihn zwangsläufig als Partnerinnen enttäuschen mußten.

Fokus, Prozeß und Outcome

In der untersuchten Kurztherapie werden sieben überzufällig häufige Beziehungsmuster thematisiert. Es scheint, daß aber nur ein einziges Muster erfolgreich durchgearbeitet wurde. Nur für Muster A finden sich kontinuierlich steigende Meisterungsfähigkeiten. Bemerkenswert daran ist, daß dieses Muster, das die enttäuschte Sehnsucht nach Nähe zu väterlichen Objekten einfängt, inhaltlich deckungsgleich ist mit der klinischen Fokusformulierung des Therapeuten, die ausdrücklich den Bezug zur negativ ödipalen Konstellation herstellt. Im Laufe der Therapie vermochte der Patient seine bislang enttäuschten ödipalen Sehnsüchte besser zu meistern bzw. sie besser zu befriedigen.

Abschließend wird der Fokus der therapeutischen Arbeit anhand der chronologischen Veränderungen der Meisterungsfähigkeiten in der Beziehung zum Vater und zum Therapeuten beschrieben. In der ersten Therapiephase erkennt der Patient, daß der Vater ihm zwar in rationalen Angelegenheiten geholfen hat, aber viel zu wenig auf seine emotionalen Bedürfnisse eingehen konnte (Mechanismus: 2G) und gefühlsmäßig mit Liebesentzug reagiert hat (5T) (Stunde 2 - Muster A). Das hat der Patient früher als sehr schmerzlich empfunden (1A); auch in der Gegenwart leidet er noch darunter (2E). Obwohl er enttäuscht ist (2E), bemüht er sich, seinen Vater so zu akzeptieren (3L) (Stunde 2 - Muster A). Gescheiterte Annäherungsversuche (4M) vermitteln dem Patient das Gefühl, eine Mauer vor sich zu haben (2G). Er erlebt sich hilflos (2I) (Stunde 4 - Muster A). Er verleugnet seinen Wunsch nach Nähe (1C) und erwartet, daß der Vater ihn nicht versteht (2G) (Stunde 8 - Muster C). In der zweiten Therapiephase erkennt der Patient, daß sein starkes Bedürfnis nach Nähe (5Q) ihn dazu gebracht hat, sich ständig um die Nähe des Vaters zu bemühen, trotz schmerzlicher Zurückweisungen (2E). Er sucht nach Erklärungen für die Reaktionen des Vaters (4N) (Stunde 10 - Muster A). In der dritten Phase kann sich der Patient in seine Eltern einfühlen (4N). Er erinnert sich an Situationen, in denen er ein Gemeinschaftsgefühl mit dem Vater erlebte (5S) (Stunde 26 - Muster A).

In der ersten Therapiephase macht sich der Patient Gedanken über den Sinn der Therapie (3K). Er fordert die Reaktion des Therapeuten heraus (4M) und erkennt, daß die Rolle des Therapeuten darin besteht, ihn zur Selbstreflexion zu führen (5T) (Stunde 7 - Muster B). In der zweiten Therapiephase bemüht

sich der Patient, offener auf andere Menschen zuzugehen (3L). Er erkennt, daß seine "Strategie" die Funktion hat, ihn vor Enttäuschungen zu schützen (5Q) (Stunde 14, 15 - Muster A). Angeregt durch die Deutungen des Therapeuten reflektiert er in der dritten Therapiephase sein eigenes Verhalten (6W) (Stunde 21 - Muster C). Er empfindet die Deutungen teilweise als unangenehm (2E). Er sagt seine Meinung, wenn er nicht einverstanden ist (Stunde 28 - Muster B).

Für die Muster B und C, die den Wunsch nach Hilfe und Unterstützung bzw. nach Zuneigung und Intimität beinhalten, kann kein Zugewinn an Meisterrungsfähigkeiten verzeichnet werden. Sie wurden zwar thematisiert, anscheinend aber nicht erfolgreich durchgearbeitet. Sie waren allerdings auch nicht der beziehungsthematische Fokus des männlichen Therapeuten. Bezüglich des Musters C, welches das häufigste Beziehungsmuster mit Partnerinnen ist, zeigt sich sogar eine klare Abnahme der Meisterrungsfähigkeiten. In klinischen Fallkonferenzen entbrannten damals heftige Kontroversen um dieses Muster, nachdem sich der Patient zwar von seiner Freundin getrennt hatte, aber ins Elternhaus zurückkehrte, anstatt sich altersgemäß zu behaupten, wie einige Kliniker erwarteten. Gegenüber seinen Kritikern rechtfertigte sich der behandelnde Therapeut, daß die Rückkehr in die Obhut der Mutter nicht als ein therapeutischer Rückschlag zu bewerten sei, sondern eine notwendige passagere Regression darstellt, die das Potential zum Neubeginn enthalte.

Inwieweit Patient und Therapeut dies umsetzen konnten, verdeutlicht der weitere Verlauf. Zwei Jahre nach der Therapie bewerteten Patient, Therapeut und zwei unabhängige Katamnestiker das Ergebnis insgesamt als positiv. Symptomatisch weitgehend gebessert konnte der Patient sich freier, aktiver und selbstbewußter weiterentwickeln, sich angemessen gegenüber der Versorgung durch seine Mutter und seine Freundin abgrenzen. Wie vom Behandler erwartet, trennte sich der Patient kurz nach der Therapie von seiner ihm in mancherlei Hinsicht überlegenen Freundin. Er begann altersgemäße Lebensvorstellungen zu entwickeln, sich kritisch mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen und eigenständige Positionen zu beziehen. Er schaffte den Übergang ins Berufsleben, kämpfte um die Gemeinschaft mit anderen Männern und ließ sich konstruktiv auf Rivalitäten ein. Seine Zweifel bezüglich seiner Attraktivität auf Frauen blieben allerdings noch längere Zeit wirksam. Vier Jahre nach Therapieende heiratete er und erwartete Nachwuchs. Eine detaillierte Darstellung der klinischen Arbeit und der erzielten Veränderung finden sich andernorts [12; 14, 15; 20].

Die klinischen Beschreibungen der Katamnestiker lassen sich ohne weiteres mit den gefundenen Beziehungsmustern in Einklang bringen. Sie sprechen auch für einen sukzessiven Zugewinn an Meisterungsfähigkeiten. Das Katamnesegespräch macht deutlich, daß der Patient inzwischen sehr viel offensiver mit seinen bislang meist enttäuschten Nähewünschen umgeht (Muster A). So erkundigt er sich beispielsweise nach dem Interesse des Therapeuten an ihm (Mechanismus: 4M) und freute sich über dessen persönliche Zuwendung (5S). Darüber hinaus schildert er, daß er sich im Beruf auf eine Auseinandersetzung einließ und sich auch durchsetzen konnte (6U). Zudem vermag er die Enttäuschungswut auf den Vater deutlicher auszudrücken (6V). Der Patient kommt auch wieder auf seinen alten Wunsch zurück, vom Therapeuten mehr Rezepte gewollt zu haben. Der Therapeut kann ihm klarmachen, daß es sich dabei eher um einen Wunsch nach Nähe (Muster A), denn nach Hilfe handelt (Muster B). Auch mit früher meist frustrierten Hilfe- und Unterstützungswünschen kann der Patient mittlerweile anders umgehen. Nachdem er sehen kann, daß er sich mehr Geborgenheit (Muster B) als Liebe, Zuneigung und Intimität (Muster C) von seiner Freundin wünscht (6W), trennt er sich von ihr (4P). Zwar geht er dann wieder zur Mutter zurück, im Unterschied zu früher kann er sich ihr gegenüber nunmehr besser abgrenzen (6V) und behaupten (4P). Allerdings bleibt das Gefühl latent, zu wenig vom Therapeuten bekommen zu haben. Er verteidigt, daß er in der Therapie "ein Rezept" wollte (5Q) und kann akzeptieren (6U), daß der Therapeut nicht darauf einging (5T) (Stunde 29 - Muster B). Insgesamt vermag der Patient besser mit negativen Affekten wie Ärger und Enttäuschung (6V) umzugehen und sich besser durchzusetzen (4P). Es scheint, daß die therapeuleitende Fokussierung auf die enttäuschten Nähewünsche es ihm ermöglicht hat, sich aus den negativ-ödiipalen Beziehungsschemata zu lösen.

Diskussion

Die Leistungsfähigkeit der Mastery Scale sollte am Beispiel einer bekannten psychodynamischen Kurztherapie demonstriert werden. Unter methodischen Gesichtspunkten ist zunächst zu berücksichtigen, daß die relativ geringe Stichprobengröße des Untersuchungsmaterials nur Aussagen auf dem Niveau klinischer Evidenz und Plausibilität erlauben [21]. Andererseits waren statistische Prüfungen auch nicht das primäre Ziel dieser Untersuchung. Auf eine denkbare Z-Transformation zur Darstellung der erzielten Veränderungen wurde bewußt verzichtet, da diese nichts an der Relation der gefundenen Ergebnisse

ändern und überdies die absoluten Werte unter Verlust des Bezuges zu den Meisterungsebenen nur "verschleiern" würde.

Es sollte insbesondere geprüft werden, inwieweit die Mastery Scale die klinisch-katamnestisch belegten Veränderungen des Patienten im Umgang mit konflikthaften Beziehungsmustern im therapeutischen Prozeß erfaßt. Wir fanden, daß positiv endende Beziehungsmuster erwartungsgemäß höhere Mittelwerte aufweisen als negativ endende Muster. Ein einheitlicher Trend bezüglich der Entwicklung der generellen Meisterungsfähigkeiten über den Verlauf der Therapie war allerdings nicht festzustellen. Wir konnten aber beziehungs- und objektspezifische Variationen der Meisterungsfähigkeiten im Therapieverlauf festhalten. Die katamnestische Bestätigung der gewählten Fallkonzeption konnte mit dem Instrument plausibel nachvollzogen werden.

Unzureichende Meisterungsfähigkeiten begünstigen ein höheres Maß an subjektivem zwischenmenschlichem Leid, während höhere Fähigkeiten eher mit gelingenden Beziehungskonstellationen einhergehen. In diesem Sinne trennte das Instrument erwartungsgemäß gut zwischen positiv und negativ endenden Beziehungsmustern. Es ist auch theoriekonform, daß sich die Meisterungsfähigkeit negativ endender Beziehungsmuster im Verlaufe der katamnestisch erfolgreichen Therapie verbesserte.

Das Verständnis maladaptiver Beziehungsmuster, deren Durcharbeitung und Meisterung bestimmen wesentlich den Erfolg einer Psychotherapie. ZBKT-Methode und Mastery Scale stellen einen sich ergänzenden Ansatz zur Veränderungsmessung an narrativem Material dar. Der Erfolg einer Therapie wird durch die ZBKT-Methode vor allem durch die Zunahme der positiv endenden, d. h. der wunschbefriedigend verlaufenden Beziehungsmuster im Laufe der Therapie demonstriert [22]. Zum anderen zeigt er sich in einer größeren Variabilität der Beziehungsmuster, d. h. einer Abnahme der neurotischen Eingenungen im Umgang mit Konflikten. Allerdings hat es sich erwiesen, daß viele Beziehungsmuster im Laufe einer Therapie relativ stabil bleiben [2]. Indem die Mastery Scale die Meisterung maladaptiver Beziehungsmuster veranschaulicht, ermöglicht sie einen differenzierteren Einblick in die Veränderungen nicht nur zwischen sondern auch innerhalb der einzelnen Beziehungsmuster selbst. Mit der Häufigkeit eines Beziehungsmusters bildet die ZBKT-Methode vor allem ab, welche Beziehungsinhalte im Gespräch thematisiert bzw. therapeutisch fokussiert werden. Die Mastery Scale hingegen erfaßt inwieweit diese Beziehungsthemen auch erfolgreich durchgearbeitet werden. Insofern kann mit Hilfe

dieser beiden Ansätze empirisch zwischen thematisieren bzw. fokussieren und durcharbeiten einer bestimmten Beziehungskonstellation differenziert werden.

Die untersuchte Kurztherapie widerspricht der naheliegenden Vermutung, daß die Meisterungsfähigkeiten eines Patienten am Ende einer erfolgreichen Therapie grundsätzlich besser entwickelt sein müßten als zu Beginn. Sie macht eher komplexe Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Beziehungsmustern wahrscheinlich. Die Stabilisierung des Behandlungsergebnisses während des Nachbeobachtungszeitraumes spricht dafür, daß eher ein längerer Beobachtungszeitraum angebracht ist, wenn es um die abschließende Bewertung der Fähigkeiten zur Konfliktmeisterung im Falle einer zeitlich und inhaltlich stark limitierten bzw. fokussierten Therapie handelt. In einer längerfristig angelegten Therapie dürften Veränderungen der Meisterungsfähigkeiten möglicherweise bereits unter der Therapie deutlicher erkennbar werden. Hierzu liegen aber noch keine empirischen Ergebnisse vor.

An der untersuchten Therapie glauben wir deutlich gemacht zu haben, daß die Mastery Scale ein vielversprechendes Instrument zur Erfassung der Meisterung interpersoneller Konflikte im Therapieverlauf ist. Das leicht und zudem reliabel zu erlernende Instrument gestattet einen äußerst differenzierten Einblick in den therapeutischen Prozeß und ermöglicht quantifizierende Bewertungen klinisch relevanter Veränderungen. Weitere Studien zur Klärung der Leistungsfähigkeit sind aus unserer Sicht daher höchst lohnenswert.

Literatur

- 1 Luborsky L. How to maximize the curative factors in dynamic psychotherapy. In: Miller N E, Luborsky L, Barber J P, Docherty J P (Hrsg.): Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice. New York: Basic Books, 1993: 519-535
- 2 Luborsky L, Crits-Christoph P. (Hrsg.): Understanding transference. The CCRT method, 2. Aufl. American Psychological Association Books, Washington DC, 1998
- 3 Luborsky L. u. Mitarb. von Albani C, Eckert R. : Manual zur ZBKT-Methode, PPM DiskJournal. 3(2): 1991
- 4 Grenyer B F S. Mastery Scale 1. A research and scoring manual. University of Wollongong, Wollongong, Australien: 1994
- 5 Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A. Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes. New York: Basic Books, 1988
- 6 Grenyer B F S, Dahlbender R W, Reichenauer G. Mastery Scale I. Deutsche Manualbearbeitung. Ulm: Ulmer Textbank, 1998
- 7 Grenyer B F S, Luborsky L. 1996 Dynamic Change in Psychotherapy. Mastery of Interpersonal Conflicts. J. Consult. Clin. Psychol. 1996; 64: 411-416
- 8 Dahlbender R W, Reichenauer G. Reliabilität der Mastery Scale 1. Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Ulm. 1998
- 9 Fonagy P, Moran G. Selecting single case research designs for clinicians. In: Miller N E, Luborsky L, Barber J P, Docherty J P (Hrsg.): Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice. New York: Basic Books, 1993: 62-95
- 10 Grawe K, Kächele H. Psychotherapeutische Einzelfall-Prozessforschung (PEP). Psychologisches Institut der Universität Bern und Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm: Bern und Ulm, 1986
- 11 Boothe B. Analyse sprachlicher Inszenierungen - Ein Problem der Psychotherapieforschung. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 1991; 41: 22-30
- 12 Dahlbender R W, Kächele H, Frevert G, Schnekenburger S. Formalisierte Fokusformulierung in der Psychotherapie. Fundamenta Psychiatrica. 1995; 9: 191-201
- 13 Kächele H, Heldmaier H, Scheytt N. Fokusformulierungen als katamanestische Leitlinien. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 1990; 35: 205-216
- 14 Kächele H, Dengler D, Eckert R, Schnekenburger S. Veränderung des zentralen Beziehungskonfliktes durch eine Kurztherapie. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 1990; 40: 178-185
- 15 Albani C, Pokorny D, Dahlbender R W, Kächele H. Vom Zentralen Beziehungs-Konflikt-Thema (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern (ZBM): Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des

- "Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas". Psychother. Psychosom. med. Psychol. 1994; 44: 89-98
- 16 Dahlbender R W, Albani C, Kächele H. Wünsche und ihre Verbindungen. Eine Einzelfallstudie mit der Methode der Zentralen Beziehungsmuster. Journal für Psychologie. 1997; 5(1): 1-32
 - 17 Dahlbender R W, Albani C, Pokorny D, Kächele H. Connected Central Relationship Patterns (CCRP). A structural version of the CCRT. Psychotherapy Research. 1998; 8(4): 408-425
 - 18 Pokorny D. EXACT 1-3. User's Guide. Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Universitätsklinikum Ulm, Ulm: 1996
 - 19 Grenyer B F S. persönliche Mitteilung. 1999
 - 20 Saks M. Die Erforschung verbaler Kommunikationsmuster zur Emotionsprozessierung in einer psychoanalytischen Fokaltherapie. Lizentiatsarbeit, Psychologisches Institut, Zürich: 1991
 - 21 Dahlbender R W, Kächele H. What do you believe in? Clinical conviction and / or empirical evidence? In: Soldz S, McCullough L. Reconciling empirical knowledge and clinical experience: The art of science of psychotherapy. American Psychological Association Books, Washington DC: 1999: 208-230
 - 22 Grenyer B F S, Luborsky L. Positive and Negative CCRT's. In: Luborsky L, Crits-Christoph P. (Hrsg.): Understanding Transference. The Guide to the CCRT Method. American Psychological Association Books, Washington DC: 1998

Korrespondenzadresse

Dr. med. Reiner W. Dahlbender
Universitätsklinikum Ulm
Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik
Am Hochsträß 8
D - 89081 Ulm
Fon: +49 (0) 731 50-25680/-1; Fax: -25684
E-mail: dahlb@sip.medizin.uni-ulm.de