

Aus der Abteilung
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
(Prof. Dr. med. C. Herrmann- Lingen)
des Zentrums Psychosoziale Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Interventionen des Therapeuten und Behandlungsergebnisse von Patienten in
analytisch orientierter Gruppenpsychotherapie**

Eine Untersuchung zur Frequenz und Zielgenauigkeit von Deutungen mit Hilfe
der ZBKT- Methode

INAUGURAL- DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Georg- August- Universität zu Göttingen

vorgelegt von
Wibke Mara Pfingsten
aus Gifhorn

Göttingen 2010

Dekan: Prof. Dr. med. C. Frömmel
I. Berichterstatter: Prof. Dr. med. H. Staats
II. Berichterstatter/in: Prof. Dr. med. U. Streeck
III. Berichterstatter/in: Prof. Dr. rer. nat. P. Virsik-Köpp
Tag der mündlichen Prüfung: 13.12.2010

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund	3
2.1. Gruppenpsychotherapie.....	3
2.2. Gruppenpsychotherapie nach dem Göttinger Modell	3
2.3. Gruppenpsychotherapie nach R. Kreische bei neurotischen Paarkonflikten.....	5
2.4. Narrative Elemente in der Gruppenpsychotherapie	6
2.4.1. Übertragung	7
2.4.2. Übertragung in der Gruppentherapie	9
2.4.3. Übertragungsbereitschaft	9
2.4.4. Übertragungsauslöser	10
2.4.5. Gegenübertragung	10
2.5. Das zentrale Beziehungskonfliktthema nach L. Luborsky	11
2.6. Die Methode des zentralen Beziehungskonfliktthemas in der Gruppenpsychotherapie	13
3. Material und Methoden	14
3.1. Die Abteilung für klinische Gruppenpsychotherapie am Universitätsklinikum Göttingen	14
3.2. Das Behandlungsverfahren	14
3.3. Die Patienten	15
3.4. Der Zeitraum der Untersuchung	16
3.5. Die Interventionen	16
3.6. Die Auswertung	16
3.6.1. Das Beziehungskomponentenmuster.....	19
3.6.2. Das Auszählverfahren nach L. Luborsky	19
3.6.3. Die „maßgeschneiderte“ Auswertung nach L. Luborsky	20
3.6.4. Die Reliabilität der ZBKT- Methode	20
3.6.4.1. Cohens Kappa	21
3.6.4.2. Die Reliabilität der Ergebnisse.....	22
3.6.5. Die Validität der ZBKT- Methode	25
3.7. Die Paar- und Beziehungsepisodeninterviews	25
3.7.1. Das Beziehungsepisodeninterview (BEI).....	26
3.7.2. Das Paarbeziehungsinterview (PBI)	27

3.8. Die Einteilung der Patienten nach ihrem Therapieerfolg.....	28
3.9. Schematische Darstellung des methodischen Vorgehens	31
4. Ergebnisse	32
4.1. Der Vergleich der Anzahl der Interventionen mit dem Outcome der Patienten	32
4.2. Der Vergleich der Zielgenauigkeit der Interventionen mit dem Outcome der Patienten.	
Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der „maßgeschneiderten“ Methode	36
4.2.1. Der Vergleich der Interventionen mit den Interviews zum erstmöglichen Zeitpunkt (t1)	37
4.2.2. Der Vergleich der Interventionen mit den Interviews, welche dazu zeitnah abgehalten wurden (t1-t3).....	41
4.2.3. Der Vergleich der Interventionen mit den Interviews zu einem späteren Zeitpunkt (t2-t4) .	44
4.3. Der Vergleich der Zielgenauigkeit der Interventionen mit dem Outcome der Patienten.	
Die Auswertung der Interviews erfolgte nach dem Auszählverfahren.....	47
4.3.1. Der Vergleich der Interventionen mit den Interviews zum erstmöglichen Zeitpunkt (t1).	
Das Beziehungskomponentenmuster der Interviews.....	47
4.3.2. Der Vergleich der Interventionen mit den zeitnahen Interviews (t1-t3).....	50
4.3.2.1. Das Beziehungskomponentenmuster der Interviews	50
4.3.2.2. Das Auszählverfahren.....	53
4.3.2.3. Der häufigste und zweithäufigste Cluster der Interviews	56
4.4. Der Vergleich der prozentualen Zielgenauigkeiten aller Auswertungsformen.	
Die zeitnahen Interviews.....	59
4.5. Der Vergleich der prozentualen Zielgenauigkeiten im Verlauf.	
Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der „maßgeschneiderten“ Methode	61
5. Diskussion	63
5.1. Die Interventionen	63
5.2. Die Paar- und Beziehungsepisodeninterviews	65
5.3. Die Patienten	66
5.4. Die ZBKT-Methode	66
5.4.1. Das Videorating.....	67
5.4.2. Die Kategoriensysteme	67
5.4.2.1. Die Standardkategorien.....	67
5.4.2.2. Die Clusterkategorien.....	68
5.5. Die Interrater-Reliabilität	69

5.5.1.	Die Interrater- Reliabilität bei der Erfassung von ZBK- Themen aus Paar- und Beziehungsepisodeninterviews	69
5.5.2.	Die Interrater-Reliabilität der ausgewerteten Gruppensitzungen	69
5.6.	Die Ergebnisse	70
5.6.1.	Die Anzahl der Interventionen.....	71
5.6.2.	Die zielgenauen Interventionen	71
5.6.2.1.	Der Einfluss der Methodik	72
5.6.2.2.	Die Ergebnisse der unterschiedlichen Auswertungsmethoden	73
5.6.2.2.1.	Die „maßgeschneiderte“ Methode	73
5.6.2.2.2.	Das Beziehungskomponentenmuster.....	73
5.6.2.2.3.	Das Auszählverfahren	74
5.6.2.2.4.	Der häufigste und zweithäufigste Cluster nach dem Auszählverfahren	75
5.6.2.3.	Das ZBKT im Therapieverlauf.....	76
5.6.2.4.	Inhaltliche Aussagen	78
6.	Zusammenfassung	79
6.1.	Methoden.....	79
6.2.	Ergebnisse	80
6.3.	Die Diskussion.....	81
7.	Anhang.....	83
7.1.	Die Standard- und Clusterkategorienliste	83
7.2.	Der Interraterfragebogen.....	89
8.	Literaturverzeichnis	90

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.6.4.2.1	Die Interrater- Reliabilität für die verschiedenen Bereiche.....	23
Tabelle 4.1.1.	Interventionen die Gruppe I betreffend.....	33
Tabelle 4.1.2.	Interventionen die Gruppe II betreffend.....	33
Tabelle 4.1.3.	Interventionen die Gruppe III betreffend.....	34
Tabelle 4.1.4.	Interventionen alle Gruppen betreffend.....	34
Tabelle 4.1.4.1.	Interventionen alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II.....	35
Tabelle 4.1.5.	Interventionen, die einem Standardkategoriecluster zugeordnet werden konnten; alle Gruppen betreffend.....	35
Tabelle 4.1.6.	Interventionen, die einem Standardkategoriecluster zugeordnet werden konnten; alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II.....	36
Tabelle 4.2.1.1.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen.....	37
Tabelle 4.2.1.2.	Übereinstimmungen in der Gruppe I; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit.....	38
Tabelle 4.2.1.3.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen.....	38
Tabelle 4.2.1.4.	Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit.....	38
Tabelle 4.2.1.5.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen.....	39
Tabelle 4.2.1.6.	Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit.....	39
Tabelle 4.2.1.7.	Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend.....	40
Tabelle 4.2.1.8	Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II.....	40
Tabelle 4.2.2.1.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen.....	41
Tabelle 4.2.2.2.	Übereinstimmungen in der Gruppe I; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit.....	41
Tabelle 4.2.2.3.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen.....	42
Tabelle 4.2.2.4.	Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit.....	42
Tabelle 4.2.2.5.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen.....	42
Tabelle 4.2.2.6.	Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit.....	43

Tabelle 4.2.2.7.	Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend.....	43
Tabelle 4.2.2.8	Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II.....	43
Tabelle 4.2.3.1.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen.....	44
Tabelle 4.2.3.2.	Übereinstimmungen in der Gruppe I, absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit.....	44
Tabelle 4.2.3.3.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen.....	45
Tabelle 4.2.3.4.	Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit.....	45
Tabelle 4.2.3.5.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen.....	45
Tabelle 4.2.3.6.	Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit.....	46
Tabelle 4.2.3.7.	Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend.....	46
Tabelle 4.2.3.8	Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II.....	46
Tabelle 4.3.1.1.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen.....	48
Tabelle 4.3.1.2.	Übereinstimmungen in der Gruppe I; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit.....	48
Tabelle 4.3.1.3.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen.....	48
Tabelle 4.3.1.4.	Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit.....	49
Tabelle 4.3.1.5.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen.....	49
Tabelle 4.3.1.6.	Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit	49
Tabelle 4.3.1.7.	Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend.....	50
Tabelle 4.3.1.8.	Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II.....	50
Tabelle 4.3.2.1.1.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen.....	51
Tabelle 4.3.2.1.2.	Übereinstimmungen in der Gruppe I; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit	51
Tabelle 4.3.2.1.3.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen.....	51
Tabelle 4.3.2.1.4.	Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit	52
Tabelle 4.3.2.1.5.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen.....	52

Tabelle 4.3.2.1.6.	Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit	52
Tabelle 4.3.2.1.7.	Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend.....	53
Tabelle 4.3.2.1.8.	Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II.....	53
Tabelle 4.3.2.2.1.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen.....	54
Tabelle 4.3.2.2.2.	Übereinstimmungen in der Gruppe I; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit	54
Tabelle 4.3.2.2.3.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen.....	54
Tabelle 4.3.2.2.4.	Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit	55
Tabelle 4.3.2.2.5.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen.....	55
Tabelle 4.3.2.2.6.	Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit.....	55
Tabelle 4.3.2.2.7.	Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend.....	56
Tabelle 4.3.2.2.8.	Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II.....	56
Tabelle 4.3.3.1.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen.....	57
Tabelle 4.3.3.2.	Übereinstimmungen in der Gruppe I; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit	57
Tabelle 4.3.3.3.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen.....	57
Tabelle 4.3.3.4.	Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit	58
Tabelle 4.3.3.5.	Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen.....	58
Tabelle 4.3.3.6.	Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit	58
Tabelle 4.3.3.7.	Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend.....	59
Tabelle 4.3.3.8.	Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II.....	59
Tabelle 4.4.1.	Die Ergebnisse der zeitnahen Interviews, alle Auswertungsformen für die drei Komponenten und die drei Gruppen im Vergleich.....	61
Tabelle 4.5.2.1.	Die Ergebnisse beim Vergleich des Interviews zu t1, des zeitnahen Interviews und des Interviews zu einem späteren Zeitpunkt (t2-t4), „maßgeschneiderte“ Auswertung.....	62

1. Einleitung

Die klinische Effektivität von Gruppentherapien ist durch viele Ergebnisstudien wissenschaftlich belegt. Die Methode, Erkrankungen in der Gruppe zu therapieren, wird sowohl in der Psychologie als auch in der Medizin angewendet. Sie findet weltweit Anerkennung und wird bei unterschiedlichen Erkrankungen und in unterschiedlichen Verfahrensweisen durchgeführt. Dennoch ist ihr Wirkmechanismus unzureichend aufgeschlüsselt und beschrieben.

Es gibt einige Veröffentlichungen, in denen über spezifisch (Heigl- Evers/ Heigl, 1975) und allgemein (Yalom, 1995) einwirkende therapeutische Faktoren ein Überblick gegeben wird. Diese Faktoren halten einer empirischen Überprüfung aber nur bedingt stand. Das ist darauf zurückzuführen, dass es keinen Nachweis für psychoanalytische Erfahrung und es in Gruppenpsychotherapien bisher kein adäquates Erfassungsinstrument für direkte Veränderungsprozesse gab.

In der Untersuchung von Ghanem - Wiesel (2000) wurde „Die Anwendung des zentralen Beziehungskonfliktthemas auf gruppentherapeutische Sitzungen“ erprobt und es hat sich gezeigt, dass sich in Gruppen zentrale Beziehungskonfliktthemen bestimmen lassen. So wurde in der Arbeit ein Instrument gefunden, mit dessen Hilfe man die Veränderung der Gruppe im Verlauf deutlich machen konnte. In der vorliegenden Arbeit wird dieses Hilfsmittel ebenfalls eingesetzt. Es dient der Verdeutlichung, welche Rolle Interventionen des Therapeuten in Gruppensettings spielen.

Das Online- Wörterbuch Meyers Lexikon (2009) definiert den Begriff Intervention allgemein als *„Vermittlung, Einmischung, (steuernder) Eingriff“* und im psychologischen Bereich als ein *„Eingreifen, um der Entstehung bzw. Fortdauer psychischer Störungen entgegenzuwirken, z. B. Psychotherapie, Prävention, Rehabilitation, Beratung oder das Herstellen förderlicher Umgebungsbedingungen; in der Psychoanalyse jede einzelne therapeutische Handlung.“*

In dieser Untersuchung wird der Begriff Intervention mit Nachfragen und Bemerkungen des Therapeuten gleichgesetzt, also auf verbale Interventionen beschränkt, die der Förderung des gruppenspezifischen Gesprächs oder der Konzentration des Einzelnen auf ein bestimmtes Thema dienen.

Um die Qualität der Interventionen zu operationalisieren, wurden Äußerungen gezählt und gewertet, die ein zentrales Beziehungskonfliktthema (ZBKT) ansprechen. Damit sind Wortbeiträge des Therapeuten gemeint, die problematische Beziehungen des Patienten zu Personen in seinem Umfeld betreffen.

Paul Crits- Christoph et al. zeigen in Ihrer Veröffentlichung "The Accuracy of Therapists' Interpretations and Outcome of Dynamic Psychotherapy" von 1988 einen Zusammenhang zwischen Behandlungsergebnis und Zielgenauigkeit der Interventionen des Therapeuten das ZBKT der Patienten ansprechen in Einzeltherapien auf. Sie beschreiben einen positiven Effekt von zielgerichteten Interventionen, insbesondere wenn diese den Wunsch der Patienten und die Reaktion anderer Menschen in deren Umfeld ansprechen. In der genannten Veröffentlichung wird die ZBKT- Methode als ein operationalisierbares und reliables Instrument beschrieben.

Im Unterschied zu der Publikation von P.Crits- Christoph et al. werden in der vorliegenden Arbeit Interventionen des Therapeuten in Gruppen untersucht. Ist o.g. Ergebnis in Gruppenpsychotherapien reproduzierbar?

Spielt der Therapeut mit seinen Äußerungen eine gleich große Rolle wie in der Einzeltherapie oder sind in Gruppen andere Aspekte des therapeutischen Prozesses wichtiger als die Deutung der individuellen Beziehungsmuster der einzelnen Patienten?

Welche Auswirkungen haben die Aussagen auf den Therapieerfolg des Patienten?

Welche Konsequenzen ergeben sich aus Äußerungen, die das zentrale Beziehungskonfliktthema des Patienten konkret ansprechen?

Beeinflussen häufige Interventionen den Krankheitsverlauf des Patienten? Sind sie hilfreich oder wirken sie sich negativ aus?

Gibt es Wechselwirkungen zwischen den Interventionen und dem ZBKT im Therapieverlauf?

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, diese bisher ungeklärten Fragen zu beantworten, um mit den Ergebnissen die Methode der Gruppenpsychotherapie qualitativ abzusichern und zu ergänzen.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Gruppenpsychotherapie

Das Verfahren der Gruppenpsychotherapie wird unter anderem auch in der Familien- und Paartherapie auf dem Gebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie eingesetzt. Es wird davon ausgegangen, dass die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen und Symptomen einer Person ihren Ursprung in gestörten familiären oder partnerschaftlichen Beziehungsprozessen hat.

Diese interpersonellen Konflikte lassen sich gut in Gruppen therapieren, da diese, wie auch die Familie oder die Partnerschaft, ein soziales System darstellen.

Der Patient kann in einer Gruppe seine Probleme und Wünsche ansprechen. Es wird ihm kein Thema vorgegeben. Da die Patienten aber für ihre interpersonellen Probleme sensibilisiert sind, sind die Themen in der Familien- und Paartherapie häufig die Beziehungskonflikte.

Fast immer fällt es Patienten leichter, sich mit unangenehmen Charaktereigenschaften in der Gruppe auseinander zu setzen, als in der konfliktbehafteten Beziehung. Die Gruppe stellt für den Patienten ein Abbild der Familie oder des Partners dar. In diesem Übungssystem kann er sich „ausprobieren“ und prüfen.

2.2. Gruppenpsychotherapie nach dem Göttinger Modell

Gruppenpsychotherapien können in sehr unterschiedlichen Settings abgehalten werden. Das Göttinger Modell der Gruppenpsychotherapie, welches auch Grundlage dieser Arbeit ist, wurde von Heigl- Evers und Heigl (Heigl-Evers und Heigl, 1971, 1972/1978, 1975) in den 1970er Jahren erarbeitet und wurde unter anderen von König und Lindner (1992), König (1996), Streeck (2007), Streeck und Leichsenring (2009) und Staats (2005, 2010) weiterentwickelt.

Das Göttinger Modell geht von der These aus, dass sich *„das Verhalten von Individuen in Gruppen, dem topischen Modell der Psychoanalyse gemäß, auf drei übereinander gelagerten Ebenen vollzieht“* (Heigl- Evers und Heigl, 1975, S. 237).

Auf der ersten Ebene wird das Verhalten der einzelnen Gruppenmitglieder bestimmt durch festgelegte Rollen- bzw. Funktionsverteilungen. Die dem Einzelnen zur Verfügung stehende Ich- Funktion korreliert hier hoch mit den jeweiligen sozialen Verhaltensweisen. Diese Rolle bietet zugleich aber auch immer einen Schutz vor verdrängten Frustrationen oder Ängsten.

Auf der zweiten Ebene, der Ebene der psychosozialen Abwehrmanöver, sind die Verhaltensweisen durch vorbewusste oder unbewusste Elemente geprägt. Nach dem Göttinger Modell kommt es auf dieser Ebene zu einer Kompromissbildung zwischen dem manifesten Verhalten und den sozialen Abwehrmanövern: Es kommt deshalb dazu, *„dass auf der einen Seite das manifeste normative Verhalten gestützt und quasi bekräftigt wird und das durch die betreffende Norm abgewehrte Verhalten in einer versteckten und d. h. für die Gruppenteilnehmer unkenntlichen Form dennoch „verwirklicht“ wird“* (Heigl- Evers/ Heigl, 1975, S. 238).

Auf der dritten Ebene dominieren schließlich jene Verhaltensweisen, *„die als potentiell Verhalten dem sog. Unbewußten angehören und als unbewußte Phantasien (unbewußte Objektbeziehungen, unbewußte narzißtische Beziehungen) das Verhalten des Individuums motivieren“* (Heigl- Evers/ Heigl, 1975, S. 238). Kennzeichnend für den Abwehrmechanismus Regression ist der zeitweise Rückzug auf eine frühere Entwicklungsstufe, der überwiegend unbewusst erfolgt und der Stabilisierung des psychischen Gleichgewichtes dient.

Grundlage für die Regression der Gruppenmitglieder und die damit verbundene Darstellung der dynamischen Aspekte des Verhaltens auf den drei Ebenen, ist die „Minimalstrukturierung“ der Sitzung durch den Therapeuten. Der Therapeut sollte als ein neutraler und abstinenter Beobachter agieren.

Den drei Ebenen ordnet das Göttinger Modell drei gruppentherapeutische Verfahren mit jeweils eigener Zielsetzung, Interventionstechnik und Indikation zu:

1. Die psychoanalytische Gruppenpsychotherapie mit Fokussierung auf die abgewehrten unbewussten Phantasien
2. Die tiefenpsychologisch fundierte (analytisch orientierte) Gruppenpsychotherapie mit Fokussierung auf die psychosoziale Abwehr
3. Die tiefenpsychologisch fundierte (psychoanalytisch- interaktionelle) Gruppenpsychotherapie mit Fokussierung auf die manifeste interpersonelle Beziehungsgestaltung, die sich in ihr zeigenden Ich-Funktionen und verhaltensregulierende Regeln und Normen

Ziel der Behandlung ist die „*Aufhebung und Minderung der Störungen bei gleichzeitiger Veränderung der pathogenetisch bedeutsamen inneren Strukturen*“ (Heigl- Evers und Heigl, 1972/1978, S.122).

Das Göttinger Modell wird im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich angewandt. Die Sitzungen erfolgen in der Regel ein- bis dreimal pro Woche und jeweils über ein bis eineinhalb Zeitstunden. Stationär sind die Sitzungen kürzer und an der Gesamtbehandlungsdauer orientiert, im ambulanten Bereich in der Regel 1 x pro Woche über ein bis drei Jahre. Die Gruppengröße setzt sich aus sechs bis zehn Teilnehmern zusammen. Die Gruppenstruktur kann geschlossen, halbgeschlossen oder offen sein. Bei geschlossener Gruppenstruktur ist der Beginn und der Abschluss der Therapie für alle Gruppenteilnehmer gleich, während bei halbgeschlossener und offener Struktur ein Wechsel der Gruppenmitglieder unterschiedlich schnell stattfindet. Die Therapie kann in Kombination mit Einzeltherapien erfolgen und wird im modifizierten Verfahren auch in der Paartherapie eingesetzt.

2.3. Gruppenpsychotherapie nach R. Kreische bei neurotischen Paarkonflikten

Bei neurotischen Konflikten in der Partnerschaft eignet sich die Ergänzung des Göttinger Modells durch die parallel- analytische Paartherapie nach Kreische (Kreische, 1986 b, 1995; Kreische und Biskup, 1990)). Diese Art der Gruppenpsychotherapie ist Teil eines Gesamtbehandlungsplanes, welcher meist durch Einzeltherapiesitzungen und Einzelgespräche in der Vorbereitungsphase komplettiert wird.

Neurotische Paarkonflikte sind Beziehungskonflikte, die ihre Grundlage in der intrapsychischen Konfliktodynamik der Paarbeziehung haben. Besonders bei Paaren, deren neurotische Bedürfnisse ähnlich sind, aber unterschiedlich bewusstseinsnah liegen, ist diese Therapieform vielversprechend. Sie hat gegenüber der herkömmlichen Paartherapie den Vorteil, dass sich die Partner besser auf ihre jeweiligen tieferliegenden Probleme konzentrieren können und sich nicht bei der Arbeit an ihnen gegenseitig behindern.

Oft gibt es in festen Paarbeziehungen psychosoziale Kompromissbildungen, so dass ein Partner von einem neurotischen Persönlichkeitszug des anderen profitiert und die neurotische Problematik kompensiert werden kann. Dieses zieht eine Stabilisierung der Neurose nach sich, die

zu einer Verstärkung der Problematik führen kann. Dieses Phänomen ist bereits von Henry V. Dicks 1967 unter dem Begriff „Kollusion“ (aus dem lat. colludere= zusammen spielen) beschrieben worden. Nach Jürg Willi (2002, S.10) ist Kollusion die *„unbewusste und uneingestandene Komplizenschaft im Zusammenspiel von Partnern“*. Dieses Zusammenspiel kann nach Willi durchaus positive Entwicklungschancen beinhalten. Ebenso kann eine Kollusion aber auch Grundlage für eine pathologische Paar- Beziehungsform sein, die keine Entwicklung und damit keine Veränderung zulässt. In solchen Situationen ist es sinnvoll, die Partner getrennt voneinander zu behandeln, da der unbehandelte Partner häufig „gegensteuert“, weil die Veränderung ihm Angst macht und sein festes System, die Paarbeziehung, bedroht.

Bei Partnern, deren Konflikte aus derselben Entwicklungsstufe ähnlich psychisch bewusst sind, überwiegt der Nutzen einer Paartherapie im herkömmlichen Setting. Da beide Partner von der Arbeit an dem Konflikt profitieren, haben sie eine höhere Motivation (R. Kreische, 1986 b) und unterstützen sich gegenseitig.

Das Konzept der Gruppentherapie nach R. Kreische ist die Behandlung beider Partner in verschiedenen Gruppen im gleichen Zeitraum von demselben Therapeuten (s. 3.2.).

2.4. Narrative Elemente in der Gruppenpsychotherapie

In Erzählungen von Personen sind neben sachlichen Informationen immer auch emotionale Inhalte enthalten. Diese dienen der Kontaktaufnahme zum Zuhörer. Besonders deutlich ist dies in Beschreibungen von Beziehungsinteraktionen mit anderen Menschen zu erkennen. Diese Narrative drücken Wünsche und Bedürfnisse des Erzählenden aus. In Ihnen spiegeln sich häufig Beziehungserwartungen.

Es wird davon ausgegangen, dass diese Beziehungsepisoden nicht willkürlich erzählt werden, sondern dass die Erwartungen an die Person, an die sie adressiert werden, die Auswahl beeinflussen. Der Erzähler will mit seinen Narrativen etwas vermitteln und beabsichtigt, die Beziehung zum Zuhörer damit zu gestalten.

In der tiefenpsychologischen Psychotherapie sind Darstellung und Analyse dieser Beziehungsmuster der Patienten ein wichtiges diagnostisches Instrument. Auch für die Entscheidung der Therapieform und für die Entwicklung der Ziele der Therapie sind sie von großer

Bedeutung. Die heutzutage am häufigsten angewandte Methode, die die Themen und Konflikte aus diesen Erzählungen bestimmt und klinisch anwendbar macht, wurde von L. Luborsky (Luborsky, 1990) entwickelt. Dieses Verfahren operationalisiert das psychoanalytische Konzept der Übertragung durch Hervorhebung des zentralen Beziehungskonfliktthemas eines Patienten.

2.4.1. Übertragung

Sigmund Freud führte als erster in seinen „Studien über Hysterie“, die er 1895 zusammen mit dem Arzt Josef Breuer publizierte, den Begriff der Übertragung in der Psychologie ein. Zu der Zeit hielt er die Übertragung noch für einen Widerstand, da durch die Übertragung von erotischen Gefühlen auf den Arzt die eigentliche Traumatisierung nicht aufgedeckt werden konnte. Er definierte Übertragung als „*falsche Verknüpfung sexueller Wünsche*“ gegenüber früheren Sexualobjekten mit der Person des Arztes. Als er 1912 seine Schrift „Zur Dynamik der Übertragung“ verfasste, unterschied er zwischen positiver und negativer Übertragung.

Bei der anstößigen und unbewussten Form der Übertragung handelt es sich um die Hauptquelle des Widerstandes, die den Therapieerfolg negativ beeinflusst. Die positive Übertragung ist eine bewußtseinsfähige Form der Übertragung, die als Trägerin des Behandlungserfolges fungiert. Freud erkannte, dass diese Art der Übertragung ein diagnostischer und therapeutischer Gegenstand sein kann.

„Die Lösung des Rätsels ist also, daß die Übertragung auf den Arzt sich nur insofern zum Widerstand in der Kur eignet, als sie negative Übertragung oder positive von verdrängten erotischen Regungen ist. Wenn wir durch Bewußtmachen die Übertragung `aufheben`, so lösen wir nur diese beiden Komponenten des Gefühlsaktes von der Person des Arztes ab; die andere, bewußtseinsfähige und unanstößige Komponente bleibt bestehen und ist in der Psychoanalyse genau ebenso die Trägerin des Erfolges wie bei anderen Behandlungsmethoden. Insofern gestehen wir gerne zu, die Resultate der Psychoanalyse beruhen auf Suggestion; nur muß man unter Suggestion das verstehen, was wir mit Ferenczi darin finden: die Beeinflussung eines Menschen vermittels der bei ihm möglichen Übertragungsphänomene. Für die endliche Selbständigkeit des Kranken sorgen wir, indem wir die Suggestion dazu benützen, ihn eine psychische Arbeit vollziehen zu lassen, die eine dauernde Verbesserung seiner psychischen Situation zur notwendigen Folge hat.“* (*Ferenczi, Introjektion und Übertragung, Jahrbuch für Psychoanalyse, Bd. I)

(Freud, „Zur Dynamik der Übertragung“, 1912/1992, S.45/46)

Bis heute erhielt die Definition des Begriffes der Übertragung vielfältige Modifikationen und Verfeinerungen. Einige dieser Entwicklungsschritte findet man in den Abhandlungen von Orr (1954), Zetzel (1956), Loewenstein (1969), Laplanche und Pontalis (1972), Thomä und Kächele (1985) und Herold und Weiss (2000).

In einem weiten Sinne kann man Übertragung als ein sich ständig wiederholendes Muster verstehen, das neuen Begegnungen die Schablone der alten Erfahrungen auflegt. Jeder Patient hat eine individuelle „Schablone“, die Veränderungen teilweise zugänglich ist. Das Übertragungsmuster setzt sich aus unbewussten und bewussten Anteilen, die aus Kindheitserlebnissen und angeborenen Elementen stammen, zusammen.

„Frühere Erfahrungen werden genutzt, um aktuelle Situationen zu verstehen und zu bewältigen. Ein breites Spektrum an Erfahrungen kann die Anpassung an unterschiedliche soziale Situationen fördern; die Einengung auf ein oder wenige Muster der Wahrnehmung von Beziehung kann Anpassung erschweren.“ (Staats, Habilitationsschrift, 2001, S.4)

Herold und Weiss (2000, S. 758-759) definieren Übertragung als *„subjektive Bedeutungszuschreibung innerhalb einer Begegnung mindestens zweier Personen“*.

Ein anderer Ursprung für das Entstehen von Übertragung kann das Bedürfnis nach Familiarität sein, welches von Greenson (1982, 1992) und König (1988) beschrieben wird. Damit ist das Bestreben eines Menschen gemeint, andere Menschen nach seinen bisher gemachten Erfahrungen einzuschätzen, um sich so vertrauter mit ihnen zu fühlen.

Joseph Sandler (1987) geht davon aus, dass das Ersuchen nach Sicherheit der Ursprung von Übertragung ist. Er vertrat die Theorie, dass Menschen sich sicherer fühlen, wenn sie die Reaktion der Umwelt im Vorfeld einschätzen können.

Ein weiterer Anlass für Übertragung, den König und Tischtau-Schröter 1982 beschrieben, könnte die eigene Konfliktentlastung sein. Durch das interpersonell in Szene setzen innerer Konflikte, wird man von der eigenen Ambivalenz und dem Erleben eigener Einschränkungen entbunden.

2.4.2. Übertragung in der Gruppentherapie

A. Heigl- Evers und F. Heigl beschrieben 1971 die Übertragung in der Gruppentherapie als Wechselbeziehung aller Teilnehmer. Es kommt sowohl zur Übertragung auf andere Gruppenteilnehmer als auch auf den Therapeuten. Die Übertragung ist gekennzeichnet durch Komplexität und Pluralität. Die Übertragungen der einzelnen Gruppenmitglieder auf den Therapeuten unterscheiden sich durch die Anwesenheit der anderen Patienten von der in Einzeltherapien. Auch das Gruppensetting hat Einfluss auf das Entstehen von Übertragung.

Belegt wurde auch ein unterschiedliches Zustandekommen von Übertragung in halboffenen Gruppen im Gegensatz zu offenen Gruppen. Hierzu schreibt K. König in 1996: „ *In früheren Stadien der Entwicklung einer geschlossenen Gruppe oder immer dann, wenn sich eine halboffene Gruppe in einem Zustand befindet, der einem frühen Entwicklungsstadium eines Kindes entspricht, bildet die Gruppe im Erleben der Gruppenmitglieder ein „Globalobjekt“. Zu Beginn einer geschlossenen Gruppe, wenn noch wenige Informationen über die einzelnen Gruppenmitglieder vorhanden sind, wirkt umgekehrt die Gruppe als Übertragungsauslöser für ein früheres Mutterobjekt, dem gegenüber sich der Einzelne klein und gefährdet vorkommt, in dessen „Armen“ er sich manchmal aber auch als geborgen erlebt (König, 1976). Hier bewirkt der Übertragungsauslöser eine regressive Übertragung. Es wird nicht nur ein früheres Mutterobjekt aus der inneren Welt gleichsam ausgewählt, auch das Selbst regrediert in einen früheren Zustand, der der Beziehung des einzelnen Gruppenmitglieds zur früheren Mutter entspricht“ (König, 1996, Übertragung in Einzeltherapie und Gruppenpsychotherapie, S. 119- 120)*

2.4.3. Übertragungsbereitschaft

Ein Begriff, der eng mit dem Ausdruck Übertragung verknüpft ist, ist die von Geyer et al. 1994 erwähnte Übertragungsbereitschaft, die von K. König 1998 in seinem Buch „Übertragungsanalyse“ als Übertragungsdisposition bezeichnet wurde. Damit ist die Fähigkeit eines Individuums gemeint, subjektiv verarbeitete Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen erneut zu realisieren. R. R. Greenson (1967) sieht die Ausprägung der Übertragungsbereitschaft als ein Maß für die Krankheitsstärke an. Auf dem Boden von S. Freuds Arbeit („Zur Dynamik der Übertragung“, 1912), der das Aufkommen von Übertragung auf eine in der Realität unbefriedigte Liebesbedürftigkeit beschrieb, geht R. R. Greenson davon aus, dass befriedigte Menschen ihre Handlungsweise gemäß den Möglichkeiten und Anforderungen der Außenwelt anpassen können, während neurotische,

unbefriedigte Menschen ständig zu Übertragung neigen. Das heißt, die Bereitschaft ein inneres Muster auf die Wahrnehmung der äußeren „Realität“ anzuwenden ist bei allen Menschen vorhanden, krankhaft sind jedoch ein hohes Ausmaß und die fehlende Realitätsangemessenheit dieser Übertragung.

2.4.4. Übertragungsauslöser

Übertragung kann durch sogenannte Übertragungsauslöser hervor gerufen werden. K. König (1998) definierte Übertragungsauslöser als Eigenschaften des Gegenübers, die für den Übertragenden eine Bedeutung haben und zur Aktivierung eines Übertragungsmusters führen. Diese Eigenschaften können sehr verschiedenartig sein und sich individuell auswirken. Es können zum Beispiel Aussehen, Verhalten, die Art zu Sprechen, die interpersonelle Rolle oder die berufliche Rolle des Gegenübers sein.

2.4.5. Gegenübertragung

Der Begriff Gegenübertragung, der schon 1910 von Sigmund Freud geprägt wurde, bezeichnet die Reaktion der Person, auf die übertragen wurde. Freud stellte fest, dass Übertragung nicht nur einen Wiederhall früherer Beziehungen darstellt, sondern auch ein Echo im Therapeuten hervorruft. Für Freud stellte die Gegenübertragung in der Psychotherapie ein Hindernis dar, welches es zu bekämpfen galt.

Erst später wurde die Gegenübertragung in der Arbeit mit einem geschulten Therapeuten als wertvolles und sensibles Diagnoseinstrument entdeckt. Der Therapeut muss für die Arbeit mit der Gegenübertragung ausreichende Selbsterfahrung haben. Nur wenn er sich seiner eigenen Gefühle, inneren Konflikte und Erfahrungen bewusst ist, kann er erkennen, was er selbst in den Dialog einbringt und wo die Schwierigkeiten des Patienten liegen. Der Therapeut kann über das eigene Miterleben die Problematik des Patienten erkennen und ausformulieren.

2.5. Das zentrale Beziehungskonfliktthema nach L. Luborsky

In der klinischen Praxis ist das Verstehen der Erzählungen von Patienten ein wichtiger Teil der ärztlichen Arbeit. Die Erzählungen des Patienten sind ein wichtiges diagnostisches Instrument, und das Erkennen und der kompetente Umgang mit den Hoffnungen und den Erwartungen des Patienten sind wichtige Faktoren für den Therapieerfolg. Bei fehlendem Verständnis dieser Erzählungen, können diese vom Therapeuten für belanglos und zeitraubend erachtet werden. Dieses führt zu einer Unzufriedenheit auf beiden Seiten.

Viele Entwicklungstheorien gehen von der Annahme aus, dass seelische Störungen auf der Grundlage von biographischen Erlebnissen entstanden sind. Das Erlebte ist oft für die Patienten nicht thematisierbar, spiegelt sich aber in gegenwärtigen konfliktbehafteten Beziehungsstrukturen wieder. Diese konfliktbehafteten Beziehungsstrukturen werden als Kernkonflikt oder als zentrales Beziehungskonfliktthema bezeichnet.

Es gibt mehrere Vertreter dieser Kernkonfliktthese. Einige sowie ihre Methoden, die sich der psychodynamischen Praxis des Verstehens widmen, sind im Folgenden aufgelistet:

- 1976 Luborsky CCRT (dt.:ZBKT)
- 1977 Weiß und Sampson Plan Diagnosis
- 1979 Benjamin SASB
- 1979 Horowitz Configurational Analysis
- 1981 Teller und Dahl Frame Ananalysis
- 1981 Carlson Tomkin`s Script Method
- 1982 Gill und Hoffman PERT
- 1982 Schacht und Binder Cyclical Maladaptive Patters
- 1984 Grawe und Caspar Plan Analyse
- 1985 Kiesler et al. Impact Message Inventory
- 1986 Bond und Shevrin Clinical Evaluation Team
- 1987 Kiesler Interpersonal Transaction
- 1989 Perry et al. Ideographic Conflict Summary
- 1989 Horowitz L. et al. Consensual Response Formulation

Das Verfahren, welches Grundlage dieser Arbeit ist, ist die Methode des zentralen Beziehungskonfliktthemas nach Luborsky.

Lester Luborsky entwickelte 1976 die Methode des zentralen Beziehungskonfliktthemas zur Erfassung von Beziehungsstrukturen auf dem Gebiet der Psychotherapie. Nach Modifikation dieser Methode dient sie heutzutage als das am häufigsten verwendete Verfahren zur Erfassung und Operationalisieren von Übertragung.

Das zentrale Beziehungskonfliktthema eines Patienten wird aus seinen Erzählungen über Interaktionen mit anderen Menschen bestimmt. In solchen, für den Patienten wichtigen emotionalen Beziehungen, werden durchgängige Beziehungsmuster ersichtlicher als in Interaktionen, die von sozialen Normen beeinflusst sind.

„Narrative werden nicht zufällig erzählt. Durch assoziative Verknüpfung fallen einem Erzähler bevorzugt Geschichten ein, die etwas von seinem Anliegen an das aktuelle Gegenüber, den Zuhörer oder Therapeuten, ausdrücken.“ (Staats, „Das zentrale Thema der Stunde“, 2004)

Diese „Narrative“ oder „Beziehungsepisoden“ sind für den Auswerter nicht nur die Darstellung eines stattgefundenen Kontaktes, sondern ein Gegenstand, bei dem sich bei bestimmaren auslösenden Situationen spezifische intrapsychische Muster darstellen lassen. Einer der Vorteile von ausführlich geschilderten Beziehungsepisoden ist die Möglichkeit des Hineinversetzens in die Gefühlswelt des Erzählers, welches die Auswertung erleichtert. Oft gibt die Erzählung allein dem Patienten die Möglichkeit der kognitiven und emotionalen Einsicht. Dieses führt subjektiv zur Beschwerdeverbesserung.

Die Beziehungsepisoden werden aus Transkripten, Videoaufzeichnungen oder Audioaufnahmen von Therapiesitzungen oder Paar- bzw. Beziehungsepisodeninterviews ermittelt. Sie lassen sich gut in dem Auswertungsmaterial bestimmen, da sie in sich geordnet sind und sich gut von dem restlichen Teil des Gespräches trennen lassen. Durch diese Reduktion des Auswertungsmateriales, ist es möglich auch mit großen Datenmengen zu arbeiten.

Aus Narrativen werden die drei Komponenten:

1. die Wünsche bzw. Absichten, Bedürfnisse des Erzählers (Kategorie W),
2. die Reaktionen eines anderen Menschen (Kategorie RO) und
3. die Reaktionen des Erzählers (Kategorie RS)
abgegrenzt.

Dieses Verfahren wird für mehrere Beziehungsepisoden wiederholt. Aus mehreren Beziehungsepisoden werden ein zentraler Wunsch, eine zentrale Reaktion anderer Menschen und eine zentrale Reaktion des Erzählers festgelegt, die dem zentralen Beziehungskonfliktthema der Person entsprechen.

Dieser Methode liegt die These zugrunde, dass das zentrale Übertragungsmuster eines Menschen sich in unterschiedlichen Beziehungen ähnlich darstellt.

Nach L. Luborsky sollten möglichst zehn Beziehungsepisoden eines Patienten untersucht werden, um eine messbare Aussage zu erhalten.

Um einen interpersonellen Vergleich der zentralen Beziehungskonfliktthemen vornehmen zu können, entwickelten P. Crits- Christoph und M. Demorest 1988 eine Liste mit Standardkategorien, denen Barber, P. Crits- Christoph und L. Luborsky 1990 Cluster zuordneten.

2.6. Die Methode des zentralen Beziehungskonfliktthemas in der Gruppenpsychotherapie

In einer ersten Arbeit von Firneburg und Klein (1993) wurde versucht, die Methode nach Luborsky in Gruppentherapiesitzungen anzuwenden, die nach dem Modell der „Gruppe als Ganzes“ von Hermann Argelander (Argelander, 1974) geleitet wurden. Dies führte zu einem unbefriedigenden Ergebnis, da dieses Modell die Gruppe als ein einheitliches Wesen betrachtet. Die verschiedenen psychischen Strukturen der einzelnen Gruppenteilnehmer tragen zur Bildung einer bestimmten Gruppenkultur bei, die wie die Persönlichkeit eines einzelnen verstanden werden kann.

Abgrenzbare Beziehungsepisoden in Erzählungen einzelner Gruppenmitglieder, wie sie für die Auswertung eines zentralen Beziehungskonfliktthemas notwendig sind, kamen in den Transkripten dieser Gruppen kaum vor.

Im Gegensatz dazu wird im Göttinger Modell sowohl auf die Gruppe als Ganzes als auch auf den individuellen Patienten und seine Erzählungen geachtet. Der Therapeut hat in Gruppen, die nach dem Göttinger Modell geleitet wurden, die Möglichkeit mit Interventionen auf das zentrale Beziehungskonfliktthema einzugehen.

3. Material und Methoden

3.1. Die Abteilung für klinische Gruppenpsychotherapie am Universitätsklinikum Göttingen

Die untersuchten Gruppenpsychotherapien wurden in der Abteilung Klinische Gruppenpsychotherapie des Zentrums Psychologische Medizin des Universitätsklinikum Göttingen im Rahmen eines Forschungsprojektes durchgeführt.

Die Abteilung wurde 1974 als Forschungsstelle für Gruppenprozesse unter der Leitung von A. Heigl- Evers gegründet. 1981 übernahm K. König die Nachfolge und die Abteilung wurde der Medizinischen Fakultät angegliedert. Arbeitsschwerpunkte waren die Paar- und Gruppentherapie.

Die Auflösung der Abteilung Klinische Gruppentherapie geschah nach der Emeritierung K. Königs 1997. Es kam zu einer Eingliederung der Mitarbeiter und der Arbeitsschwerpunkte in die Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie, die zunächst von Prof. U. Rüger und seit September 2007 von Prof. Dr. C. Herrmann- Lingen geleitet wird.

3.2. Das Behandlungsverfahren

Die Gruppenpsychotherapien wurden als Teil der Behandlung nach dem Göttinger Modell von Heigl- Evers und Heigl (s. 2.2.) abgehalten.

Die untersuchten Patienten wurden mit einer analytisch orientierten Paartherapie mit anschließender paralleler analytischer Gruppentherapie nach R. Kreische (s. 2.3.) behandelt.

In diesem, von R. Kreische seit 1982 erprobten Modell, wurden zunächst drei bis zehn jeweils 60 Minuten andauernde analytisch orientierte Paargespräche durchgeführt. Bei den Gesprächen waren die beiden Partner und der Therapeut anwesend. Diese Gespräche dienten der Diagnostik, der Erstellung eines Arbeitsbündnisses und nach Prüfung und Festlegung der Indikation für eine Gruppenpsychotherapie, der Vorbereitung auf eine Gruppe. Beide Partner wurden in zwei getrennten Gruppen, jedoch im gleichen Zeitraum von demselben Therapeuten behandelt.

Der Gruppe wird in diesem Modell kein Thema vorgegeben, doch aufgrund des Leidensdrucks und der Anliegen der Patienten und verstärkt durch die vorangegangene Paartherapie liegt der Schwerpunkt meist auf Beziehungskonflikten und deren Klärung. Die Grundlage der Gruppentherapie ist die Fokussierung auf interpersonale Interaktion der Gruppenteilnehmer. Jeder Gruppenteilnehmer teilt der Gruppe seine Gefühle, Ängste und Wünsche möglichst ungefiltert mit. Die Gruppenmitglieder werden sich durch das Feedback anderer sowie durch Selbstreflexion und Selbstbeobachtung wichtige Aspekte ihres interpersonalen Verhaltens bewusst, so dass sie die Wirkung ihres Verhaltens besser einschätzen lernen (Yalom, 1996). Aus Angst vor einer Kränkung und vor allem vor den sozialen Folgen in der Partnerschaft ist es für die Patienten zunächst einfacher, sich in dem relativ geschützten Rahmen einer Gruppe mit eigenen Konflikten und Charaktereigenheiten auseinanderzusetzen als in der bereits belasteten Paarbeziehung (R. Kreische, 1988). Der Therapeut sollte sich bei diesen Sitzungen neutral verhalten und die Rolle des wohlwollenden Beobachters einnehmen.

Die untersuchte Gruppenpsychotherapie wurde halbjährlich mit einem Paar- Bilanzgespräch und einem Beziehungsepisodeninterview kombiniert. Die Gruppensitzungen, jeweils 100 Minuten andauernd, fanden einmal pro Woche (dienstags und donnerstags) statt. Es handelte sich um halboffene Gruppen mit jeweils neun Patienten. Während der untersuchten vier Monate gab es in den Gruppen weder einen Therapieabbruch, noch kamen neue Patienten hinzu. Nach dem Beenden der Therapie erfolgte ein Abschlussgespräch.

3.3. Die Patienten

Untersucht wurden für die Studie 18 Patienten. Die Dienstagsgruppe bestand aus vier Männern und fünf Frauen, während die Donnerstagsgruppe von vier Frauen und fünf Männern besucht wurde. Die Frauen hatten zum Behandlungszeitpunkt einen Altersdurchschnitt von 37 Jahren (37 J., 41 J., 24 J., 45 J., 42 J., 36 J., 36 J., 32 J., 42 J.), während die Männer mit einem Durchschnitt von 41 Jahren (42 J., 40 J., 28 J., 46 J., 43 J., 45 J., 42 J., 34 J., 46 J.), vier Jahre im Durchschnitt älter waren. Fünf der acht Paare hatten im Durchschnitt zwei Kinder. Die restlichen drei Paare waren kinderlos. Von den acht Paaren waren zu Therapiebeginn sieben Paare verheiratet.

Zwölf Patienten verfügten über das Abitur, von denen sieben ein Studium angefangen hatten. Die restlichen vier verfügten über einen Realschulabschluss. Die Patienten litten alle unter schwerwiegenden Störungen in ihren partnerschaftlichen Beziehungen (ICD- 10: Z63.0), die durch

eine Persönlichkeitsstörung (ICD F..) oder maladaptive Persönlichkeitszüge bei einem oder beiden Partnern hervorgerufen wurden.

3.4. Der Zeitraum der Untersuchung

Die Sitzungen wurden alle per Video aufgenommen. Für diese Untersuchung wurden Gruppensitzungen in einem Zeitraum von vier Monaten betrachtet. Während dieser Zeit fanden insgesamt 30 Gruppensitzungen statt.

Die Gruppenpsychotherapiesitzungen wurden aus der Dienstagsgruppe vom 21.02. – 20.06.1995 und aus der Donnerstagsgruppe vom 23.02. – 21.06.1995 ausgewertet.

3.5. Die Interventionen

Von 501 identifizierten Interventionen des Therapeuten wurden 245 dienstags und 256 donnerstags erfasst. Von diesen 501 Interventionen konnten 245 in Standardkategorien eingeteilt werden. Da eine Intervention oft mehrere Komponententypen enthielt, konnten 347 Interventionscluster erfasst werden.

3.6. Die Auswertung

Ein wichtiger Bestandteil der hier vorliegenden Arbeit ist der Vergleich der Interventionen mit den Paar- bzw. Beziehungsepisodeninterviews. Zur Operationalisierbarkeit dieser Gegenüberstellung wurde das Verfahren zur Erfassung des zentralen Beziehungskonfliktthemas eingesetzt. Die Bestimmung dieses Themas aus den Interventionen und den Interviews erfolgte über verschiedene Schritte anhand des Manuals zur ZBKT- Methode nach L. Luborsky (dt. Version Luborsky et al., 1991).

Im Gegensatz zu der anfänglich üblichen Auswertungsform, wurden die Interventionen und die Interviews nicht zuerst transkribiert und dann ausgewertet, sondern die Rater werteten direkt vom Videoband aus.

Diese Arbeitsweise vermindert wesentlich den finanziellen und zeitlichen Aufwand und wurde durch die Studie von Zander et al. (1995) als qualitativ ebenbürtig erfolgreich anerkannt.

Die Interventionen in den auf Video aufgezeichneten Gruppenpsychotherapien wurden von zwei Ratern unabhängig voneinander ausgewertet. Diese Auswertungen lagen in schriftlicher und zum Teil als Computerdatei vor. Die Gruppensitzungen wurden von zwei Kameras aufgenommen, sodass bei der Auswertung die non- verbale Kommunikation mit einbezogen werden konnte. Gezählt und bearbeitet wurden dabei die Ansprachen des Therapeuten ein Beziehungskonfliktthema betreffend.

Für die Auswertung der Interventionen wurde ein Arbeitsblatt erstellt (s.7.2.), auf dem die Rater im Kopfbogen Wochentag, Datum, Bearbeitungsdatum, Bearbeiter und Bandstelle eintragen mussten, sowie Adressat, Zeit, auf wen sich die Intervention eventuell bezog und welche Bereiche der ZBKT Komponenten angesprochen wurde mit der dazugehörigen Standardkategorie und Interventionsmodus.

In einem ersten Auswertungsschritt wurden die Interventionen des Therapeuten identifiziert. Damit sind die direkten Ansprachen eines Patienten, der gesamten Gruppe oder zweier Personen aus der Gruppe, die miteinander in Kontakt getreten waren, gemeint. Es wurden die Interventionen gezählt und ausgewertet, die eine emotionale Komponente enthielten.

Nach der Identifizierung des Adressaten wurde der Zeitpunkt festgelegt, auf den sich die Intervention bezog. Es konnte differenziert werden zwischen „Hier und Jetzt in der Gruppe“, „aktuelle Vergangenheit“ und „weiter zurückliegende Vergangenheit“.

Der weitere Schritt war die Identifizierung auf wen in der Ansprache Bezug genommen wurde. Für diese Kategorie wurde in dieser Arbeit eine Einteilung in fünf Untergruppen geschaffen. Es wurde unterschieden, ob sich die Intervention auf ein Gruppenmitglied, den Partner, den Therapeuten, die Eltern oder andere Menschen bezog.

Die Einteilung der Interventionen erfolgte in die von L. Luborsky unterschiedenen drei Komponententypen „Wunsch“, „Reaktion des Objektes“ und „Reaktion des Subjektes“. Diese Kategorien wurden jeweils noch nach dem Interventionsmodus unterteilt. Es wurde unterschieden, ob der Therapeut nach dem Beziehungskonfliktthema gefragt hat oder ob er eine Aussage dazu gemacht hat.

Den einzelnen Interventionen wurden nun ein oder mehrere Cluster zugeordnet. Eine Intervention konnte sowohl verschiedene Komponententypen als auch verschiedenen Cluster ansprechen oder danach fragen.

Die Zielgenauigkeit der Interventionen in der Gruppe wurde als Treffen des individuellen ZBKT der Patienten operationalisiert. Das individuelle ZBKT wurde in Beziehung- und Paarepisodeninterviews bestimmt (s. Luborsky, 1990, Dahlbender et al.1993, Staats, 2005).

Die Paar- und Beziehungsepisodeninterviews wurden von einer Kamera aufgenommen, die an der Decke des Raumes befestigt war und den Patienten im Vordergrund darstellte. Die Auswertungen der Interviews, sowie die Transkripte der Interviews vom Therapeuten angefertigt, lagen in schriftlicher Form vor.

Aus den Paar- und Beziehungsepisodeninterviews mussten dieselben Rater unabhängig voneinander einzelne Beziehungsepisoden identifizieren. Dabei handelt es sich um in sich geschlossene Kurzgeschichten, die von einer Begegnung des Erzählers mit einer anderen Person berichten. Meist wurden ca. 10- 13 Beziehungsepisoden in jedem Interview erzählt.

Nach Abgrenzung dieser Episoden wurden in ihnen die drei Komponenten „Wunsch“, „Reaktion des Objektes“ und „Reaktion des Subjektes“ festgelegt, und je nach Verfahren wurden diese in Standardkategorien eingeteilt. Die Interviews wurden im Unterschied zu den Interventionen nicht nur nach dem Beziehungskomponentenmuster ausgewertet, sondern es wurde auch ein ZBKT nach dem Auszählverfahren und nach dem „maßgeschneiderten“ Verfahren von L. Luborsky bestimmt. Die Auswertungsverfahren werden im Folgenden näher erläutert.

Die von L. Luborsky 1990 beschriebene gute Übereinstimmung der aus Therapiesitzungen gewonnenen Beziehungsepisoden und Beziehungsepisoden aus Beziehungsinterviews, wurde von Barber et al. 1995 mit gewichteten Kappa- Werten („mittelmäßige“ bis „fast vollkommene“ Übereinstimmung) belegt.

3.6.1. Das Beziehungskomponentenmuster

L. Luborsky unterscheidet drei Komponententypen für seine Auswertungsverfahren. Die W-Komponente, zu der die Wünsche, Bedürfnisse und Absichten des Erzählers gezählt werden; die RO-Komponente, zu der die Reaktionen des Objektes gezählt werden und die RS-Komponente, zu welcher die Reaktionen des Erzählers gezählt werden. Nach der Identifikation des Wunsches, der Reaktion des Objektes und der Reaktion des Subjektes teilte der Rater die Formulierung einer Standardkategorie zu.

Die Standardkategorienliste (Barber et al. (1990), Crits- Christoph und Demorest (1988)), die hier verwendet wurde, besteht aus 34 Kategorien für interpersonelle Wünsche, 30 Kategorien für Reaktionen anderer Menschen („Reaktion des Objekts“) und 30 Kategorien für Reaktionen des Patienten („Reaktion des Subjekts“). Jeder dieser Kategorien wurde 1990 von Barber, P. Crits- Christoph und L. Luborsky (1990) acht Cluster zugeordnet. Diese Cluster wurden anhand empirischer Studien zur Gruppierung der Standardkategorien ermittelt.

Bei dieser Art der Auswertung bleiben alle Cluster, die auf der Ebene der Beziehungsepisoden erfasst wurden, bestehen. Im Gegensatz zum Auszählverfahren werden alle Kategorien berücksichtigt und es ergibt sich daraus das Beziehungskomponentenmuster, welches ein Muster der Verteilungshäufigkeiten der einzelnen Kategorien ist.

3.6.2. Das Auszählverfahren nach L. Luborsky

Das zentrale Beziehungskonfliktthema ergibt sich aus dem nachfolgendem Auszählen der häufigsten Kategorien und Cluster der drei Komponenten. Es kann direkt aus dem Beziehungskomponentenmuster gewonnen werden, indem für jede Komponente die häufigste Kategorie als Bestandteil des ZBKT ausgewählt wird (Luborsky, 1990,1998).

Grundlage dieser Auswertungsform ist die Annahme, dass der Inhalt der am häufigsten wiederkehrenden Kategorie das zentrale Beziehungskonfliktthema darstellt. Problematisch wird die Einteilung in Cluster, wenn mehrere Standardkategorien gleichermaßen häufig genannt werden.

3.6.3. Die „maßgeschneiderte“ Auswertung nach L. Luborsky

In einem weiteren Schritt wurden die Interviews nach den Regeln der „maßgeschneiderten“ Auswertung bearbeitet. Die „maßgeschneiderte“ Auswertungsform („tailor made“) unterscheidet sich vom Auszählverfahren durch eine größere klinische Relevanz, da sie die Formulierungen episodienübergreifend betrachtet und zu einem zentralen Thema verdichtet. Dieses zentrale Thema wird klinisch als Fokus einer Behandlung verwendet (SET).

Nachdem die Beziehungsepisoden in die drei Komponententypen und in die Kategorien eingeteilt wurden, werden die Formulierungen inhaltlich betrachtet und zu einem übergreifend vorläufigen ZBKT zusammen gefasst. Danach erfolgte das wiederholte Identifizieren der drei Typen von ZBKT-Komponenten und das Überprüfen des vorläufig formulierten ZBKTs. Daraus resultierten ein „zentraler Wunsch“, eine „zentrale Reaktion des Objektes“ und eine „zentrale Reaktion des Subjektes“, welche daraufhin in die Clusterkategorien übersetzt (Barber et al. 1990) werden.

Bei dieser Methode wird vom Rater ein hohes Maß an integrativer Denkfähigkeit und Abstraktionsfähigkeit erwartet, da die Zuordnung in Standardkategorien und Cluster auf der Ebene der Formulierungen erfolgt. Dieses ermöglicht eine individuellere Auswertung.

Grundlage dieses Verfahrens ist die Theorie, dass das zentrale Beziehungskonfliktthema ein übergreifendes Thema ist, was in einer großen Anzahl der Formulierungen zu finden ist. Im Vergleich dazu existiert das Auszählverfahren, das das ZBKT als die am häufigsten vorkommende Standardkategorie ansieht.

Die maßgeschneiderte Auswertung hat den Vorteil, dass die exakten Formulierungen bis zur Einteilung in die Kategorien erhalten bleiben. Man kann so bei unterschiedlichen Komponenten das Gemeinsame auf einer anderen Ebene bestimmen. Ein Nachteil dieses Auswertungsprozess ist die anfänglich schlechte Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

3.6.4. Die Reliabilität der ZBKT- Methode

Um die Reliabilität der ZBKT- Methode zu beurteilen, wurden in Studien von L. Luborsky und L. Diguier (1995) und L. Luborsky und P. Crits- Christoph (1998) die Übereinstimmung verschiedener Rater mit Hilfe des Cohens Kappa (s.u.) gemessen.

Die Interrater- Reliabilität wurde in den oben genannten Studien als gut nachgewiesen. Die einzelnen Komponenten hatten Übereinstimmungen bei gewichteten Kappa- Werten von .60 für den Bereich „Wunsch“, .68 für den Bereich „Reaktion des Objektes“ und .71 für den Bereich „Reaktion des Subjektes“.

3.6.4.1. Cohens Kappa

Das Cohens Kappa ist ein statistisches Maß, welches 1960 von Jacob Cohen entwickelt wurde.

Die Gleichung lautet:

$$\kappa = \frac{\rho_0 - \rho_e}{1 - \rho_e}$$

ρ_0 stellt den gemessenen Übereinstimmungswert und ρ_e die erwartete, zufällige Übereinstimmung der Rater dar.

Zur Berechnung dieser beiden Koeffizienten muss man sich an der Kontingenztabelle orientieren.

Die Summe der Diagonalen ergibt die Anzahl der Übereinstimmungen, während die Summe aller außerhalb der Diagonalen liegenden Beurteilungen, der Anzahl der abweichenden Beurteilungen entspricht.

ρ_0 wird also folgendermaßen definiert:

$$\rho_0 = \frac{\text{Summe der Diagonalen}}{n}$$

n steht für die Gesamtsumme der Beurteilungen.

Mit den erwarteten Übereinstimmungen ist die Anzahl derer gemeint, die sich ergeben, selbst wenn die Beurteilungen nach dem Zufallsprinzip gemacht worden wären. Um diese zu berechnen werden die Produkte der Randsummen, die Zeilensumme x der Spaltensumme, addiert und ins Verhältnis zum Quadrat der Gesamtsumme gesetzt.

P_e wird also folgendermaßen definiert:

$$P_e = \text{Summe } f_i \times f_i / n^2$$

Je größer die Übereinstimmung der Rater ist, desto größer ist auch κ . Bei Übereinstimmung in allen Bereichen ist $\kappa = 1$; bei einer Übereinstimmung, die mathematisch dem Ausmaß des Zufalls entspricht ist $\kappa = 0$. Negative Kappawerte können bei Beurteilungen auftreten, bei denen die Anzahl der Übereinstimmungen noch weniger ist, als die zufällig, erwarteten Übereinstimmungen.

J. Richard Landis und Gary G. Koch haben in Ihrer Veröffentlichung "The measurement of observer agreement for categorical data" (1977) folgende Interpretationen für errechnete Kappawerte:

κ	Interpretation (engl.)	Interpretation (dt.)
< 0	No agreement	Schlechte Übereinstimmung
0.0 — 0.20	Slight agreement	Etwas Übereinstimmung
0.21 — 0.40	Fair agreement	Ausreichende Übereinstimmung
0.41 — 0.60	Moderate agreement	Mittelmäßige Übereinstimmung
0.61 — 0.80	Substantial agreement	Beachtliche Übereinstimmung
0.81 — 1.00	Almost perfect agreement	Fast vollkommene Übereinstimmung

3.6.4.2. Die Reliabilität der Ergebnisse

Die Daten, der hier vorliegenden Arbeit wurden von zwei Ratern bearbeitet. Um die Replizierbarkeit der Ergebnisse und damit ihre Objektivität zu prüfen, wurden sieben Gruppenpsychotherapiesitzungen von diesen zwei Ratern unabhängig voneinander ausgewertet. Dafür wurden zwei Dienstagssitzungen, vom 25.04.1995 und vom 20.06.1995, und vier Donnerstagssitzungen, vom 16.03.1995, 20.04.1995, 18.05.1995 und vom 01.06.1995, ausgewählt.

Zur Beurteilung der Interrater- Reliabilität dieser Auswertungen wurde Cohens Kappa berechnet.

Formel für Cohens Kappa:

$$k = \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e}$$

$$P_0 = \frac{\text{Summe Diagonale}}{n}$$

$$P_e = \frac{\text{Summe } f_i \times f_i}{n^2}$$

$$\text{WCL PE} = \frac{1 \times 0 + 1 \times 1 + 2 \times 2 + 1 \times 0 + 1 \times 1 + 0 \times 0 + 1 \times 1 + 1 \times 1}{49} = \frac{8}{49} = 0,163265306 \quad n=7$$

$$\text{WCL PO} = \frac{5}{7} = 0,714285714$$

$$\text{WCL k} = \frac{0,551020408}{0,836734694} = 0,658536585 = \underline{0,66}$$

$$\text{ROCL PE} = \frac{1 \times 0 + 0 \times 0 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 3 \times 3 + 1 \times 1 + 0 \times 0}{64} = \frac{13}{64} = 0,203125 \quad n=8$$

$$\text{ROCL PO} = \frac{7}{8} = 0,875$$

$$\text{ROCL k} = \frac{0,671875}{0,796875} = 0,843137254 = \underline{0,84}$$

$$\text{RSCL PE} = \frac{3 \times 3 + 1 \times 1 + 1 \times 0 + 1 \times 2 + 7 \times 8 + 14 \times 10 + 2 \times 5 + 0 \times 0}{841} = \frac{218}{841} = 0,25921522 \quad n=29$$

$$\text{RSCL PO} = \frac{19}{29} = 0,655172413$$

$$\text{RSCL k} = \frac{0,395957193}{0,74078478} = 0,534510432 = \underline{0,53}$$

Tabelle 3.6.4.2.1 Die Interrater- Reliabilität für die verschiedenen Bereiche

WCL	1	2	3	4	5	6	7	8	RE
1		1							1
2				1					1
3			2						2
4									0
5					1				1
6									0
7							1		1
8								1	1
HO	0	1	2	1	1	0	1	1	

$$\text{WCL k} = \underline{0,66}$$

RSCL	1	2	3	4	5	6	7	8	RE
1	2				1				3
2				1					1
3	1								1
4							1		1
5				1	5		1		7
6		1			2	10	1		14
7							2		2
8									0
HO	3	1	0	2	8	10	5	0	

ROCL k= 0,84

ROCL	1	2	3	4	5	6	7	8	RE
1							1		1
2									0
3			1						1
4				1					1
5					1				1
6						3			3
7							1		1
8									0
HO	0	0	1	1	1	3	1	0	

RSCL k= 0,53

Die Interrater – Reliabilität der hier vorliegenden Arbeit liegt bei Kappa- Werten für den Bereich „Wunsch“ bei .66, für den Bereich „Reaktion des Objektes“ bei .84 und für den Bereich „Reaktion des Subjektes“ bei .53. Die Reliabilität der Rater dieser Arbeit liegt also ähnlich hoch wie in den oben erwähnten Studien und kann somit mit gut bewertet werden.

3.6.5. Die Validität der ZBKT- Methode

Die Gültigkeit der ZBKT- Methode wurde in vielen klinischen Arbeiten nachgewiesen. L. Luborsky rechtfertigte die Validität seiner Methode durch die große Analogie des Konstrukts zu der des Übertragungskonzeptes (1990).

Eine Publikation, die für die hier vorliegende Arbeit eine große Rolle spielt und auch die Validität der ZBKT- Methode bestätigt, ist die Untersuchung „The accuracy of therapist’s interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy“ von P. Crits- Christoph et al (1988) zum ZBKT. In dieser Abhandlung wird ein positiver Zusammenhang zwischen den Interventionen des Therapeuten das ZBKT des Patienten in Einzeltherapiesitzungen ansprechend und dem Behandlungsergebnis des Patienten beschrieben.

Im Umkehrschluss wurde nachgewiesen, dass sich das Befinden der Patienten verschlechterte, wenn der Therapeut das ZBKT wiederholt nicht zutreffend angesprochen hatte. Auch dass die Entwicklung der Patient- Therapeut- Beziehung positiv mit der Anzahl der zutreffenden Interventionen des Therapeuten korreliert (Crits- Cristoph et al., 1993), spricht für die Validität der ZBKT- Methode.

3.7. Die Paar- und Beziehungsepisodeninterviews

Die zentralen Beziehungskonfliktthemen wurden aus den halbjährlich stattgefundenen Interviews durch die beiden oben beschriebenen Verfahren ermittelt und mit den Interventionen verglichen. Die Auswertung der Interviews erfolgte durch zwei Rater. Die Interviews wurden von dem Therapeuten der Patienten durchgeführt.

Die Patienten hatten in diesen Interviews die Möglichkeit, in einer Zweiersituation zu erzählen. Vorausgegangen waren Gruppentherapien und die diagnostischen Erstgespräche. Der Therapeut und der Patient saßen im 90°- Winkel zueinander und wurden während des Interviews von einer stationär an der Decke angebrachten Kamera gefilmt. Die Patienten gaben an, dass das Vorhandensein der Kamera sie nicht beeinträchtigt. Die Kamera auf den Erzählenden gerichtet, ermöglichte den Ratern die Mimik und Gestik der Patienten in die Auswertung mit einzubeziehen.

Den Patienten fiel es unterschiedlich schwer, von sich zu berichten, sodass der Therapeut im unterschiedlichen Maß Nachfragen tätigen musste, dabei Erzählungen förderte , aber sich

bemühte, keinen Einfluss auf die Inhalte der Erzählungen zu nehmen. Der Interviewer kommentierte die Erzählungen nicht. Die Patienten gaben an, dass sie oft einen Nutzen aus dem wiederholten Erzählen von Interaktionen auch ohne den Kommentar des Zuhörers gezogen hatten und sich ihnen dadurch neue Blickwinkel aufgezeigt hätten.

3.7.1. Das Beziehungsepisodeninterview (BEI)

Das Beziehungsepisodeninterview, "Relationship Anecdote Paradigm – Interview", wurde von Luborsky (Luborsky, 1990) entwickelt um Narrative unabhängig von Therapiesitzungen zu erhalten und beurteilen zu können. Der Patient wird aufgefordert, in diesem Interview frei bisher erlebte und subjektiv wichtige Beziehungsepisoden zu erzählen. Da das BEI nicht objektgebunden ist, hat der Patient die Möglichkeit der uneingeschränkten Ausbreitung seiner Beziehungen mit anderen Personen in den Erzählungen.

Die Anweisung für das Beziehungsepisodeninterview nach Luborsky (Luborsky, 1990, dt. Übersetzung von Dahlbender et al.1993) lautet:

„Es geht um Ihre Beziehungen zu anderen Menschen. Bitte erzählen Sie mir Begebenheiten aus Ihrem Leben, in welchen Sie mit anderen Menschen zu tun hatten. Jede Ihrer Erzählungen sollte einen speziellen Vorfall, eine konkrete Situation beinhalten, die auf irgendwelche Art und Weise für Sie im Positiven wie im Negativen von besonderer Bedeutung war. Bitte schildern Sie mir diese Geschichte wie eine Filmszene. Es sollen Ereignisse mit verschiedenen Personen sein, sowohl aus der Gegenwart als auch aus der Vergangenheit. Bei jeder Begebenheit sagen Sie mir bitte, wann und mit wem sie sich ereignete, was die andere Person sagte oder tat, was sie selbst sagten oder taten und wie die Geschichte schließlich ausging. Bitte erzählen sie mir zehn solcher Begebenheiten. Ich lasse Sie reden und frage nur nach, wenn mir etwas unklar geblieben ist.“

Die Grundlage der Theorie, dass sich in den Interviews das ZBKT darstellen lässt, ist die Annahme, dass der Erzähler durch die erzählten Episoden sein Wünsche und Erwartungen an die Beziehung bzw. Beziehungen ausdrückt. Es wird davon ausgegangen, dass die Auswahl der Beziehungsepisoden vom Interviewten nicht grundlos geschieht, sondern dass die Interaktionen, die ihm einfallen und für ihn bedeutsam sind, wichtige klinische Faktoren über ihn implizieren.

3.7.2. Das Paarbeziehungsinterview (PBI)

Im Gegensatz zu dem Beziehungsinterview ist das Paarbeziehungsinterview objektspezifisch. Bei Luborksy (Luborksy, 1990) findet die Idee Erwähnung, ein Objekt für die Narrative vorzugeben.

Entwickelt wurde diese Art der Interviewform, um gezielt Beziehungserwartungen und Aspekte von Übertragung in länger bestehenden Partnerschaften aufzudecken. Das PBI wurde in Anlehnung an das Beziehungsepisodeninterview entwickelt, welches für diese Zwecke zu wenig präzise ist.

In den PBIs sollten diese Aspekte neben der Gruppenpsychotherapie erfasst werden, um Umgebungsfaktoren, die auf den Patienten einwirken könnten, auszuschalten und ein klareres Bild der Situation zu erhalten.

Die Patienten wurden als Paare im gleichen Zeitraum aber zu unterschiedlichen Terminen zu diesem Interview eingeladen. Ausgewertet wurde nur die Narrative über den Partner. Bei wichtigen Anliegen des Patienten, die während des Interviews aufkamen, wurde dieses unterbrochen und das Anliegen vordringlich behandelt. Nach Abschluss der Arbeit an dem Anliegen, wurde das Interview wieder aufgenommen.

Die Anweisung für das Paarbeziehungsinterview nach Staats (Staats, 2005):

„Es geht um Ihre Beziehung zu Ihrem Partner. Bitte erzählen Sie mir Begebenheiten aus Ihrem Leben, in denen Sie mit Ihrem Partner zu tun hatten. Jede Ihrer Erzählungen sollte einen speziellen Vorfall, eine konkrete Situation oder Szene beinhalten, die auf irgendwelche Art und Weise für Sie im Positiven wie im Negativen von besonderer Bedeutung war. Bitte schildern Sie mir diese Geschichte wie eine Filmszene. Es sollen Ereignisse sein, sowohl aus der Gegenwart als auch aus der Vergangenheit. Bei jeder Begebenheit sagen Sie mir bitte, wann sie sich ereignete, was Sie in der Situation wünschten oder wollten, was Ihr Partner sagte oder tat, was Sie selbst sagten oder taten und wie die Geschichte schließlich ausging. Bitte erzählen Sie mir zehn solcher Begebenheiten. Ich lasse Sie reden und frage nur nach, wenn mir etwas unklar geblieben ist. Haben Sie alles verstanden?“

3.8. Die Einteilung der Patienten nach ihrem Therapieerfolg

Die Patienten wurden nach einer mehrdimensionalen Beurteilung ihres Behandlungserfolges in drei Gruppen eingeteilt. Diese Einteilung erfolgte anhand der SCL- 90- R Methode und einer Einschätzung des Therapeuten, den Behandlungserfolg des Patienten betreffend.

Die Einteilung erwies sich als schwierig, da alle Patientinnen und Patienten von der Behandlung profitierten. Es wurden drei Gruppen gebildet.

Die Patienten aus Gruppe I hatten ein verbessertes Outcome in nur einigen Bereichen. Die übrigen Bereiche blieben unverändert oder verzeichneten Verschlechterungen. Gruppe II bestand aus Patienten, die keine Verschlechterungen und deutliche Verbesserungen in einigen, aber nicht in allen Auswertungsgruppen hatten. Bei Patienten aus Gruppe III war ein positives Behandlungsergebnis in allen Bereichen zu verzeichnen.

Die Gruppe I besteht aus fünf Patienten, von denen drei weiblich und zwei männlich sind. In der Gruppe II sind zwei Männer und zwei Frauen. Die Gruppe III, aus neun Patienten bestehend, beinhaltet fünf männliche und vier weibliche Patienten.

Ein vielfach eingesetztes Instrument zur Beurteilung des Behandlungserfolges ist die SCL- 90- R, der Symptom- Checklist- revised nach L. R. Derogatis (USA, 1977). Dieses Verfahren wird bei Patienten ab zwölf Jahren im psychologischen, medizinpsychologischen, psychosozialen, psychotherapeutischen, psychiatrischen und medizinischen Bereich eingesetzt. Als Arbeitsmittel wird ein Fragebogen verwendet, der 90 Fragen/ Items enthält. Diese Fragen gehen von psychologisch- psychiatrischen Konstrukten aus, die Derogatis aus klinischer Erfahrung als relevant erachtet. Die Antworten dieser Fragen spiegeln das subjektive Befinden einer Person mit körperlichen und psychischen Symptomen innerhalb der letzten sieben Tage wieder. Damit wird die Symptombelastung, die als Ausmaß der Schwere einer Störung aufgefasst wird, gemessen.

Die Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche

Somatisierung (SOM, leichte Konzentrations- und Arbeitsstörung bis hin zu funktionellen Beschwerden, 12 Items),

Zwanghaftigkeit (ZWA, leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zu ausgeprägter Zwanghaftigkeit, 10 Items),

Unsicherheit im Sozialkontakt (UNS, leichte Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit, 9 Items),

Depressivität (DEP, Traurigkeit bis hin zur schweren Depression, 13 Items),

Ängstlichkeit (ÄNG, körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst, 10 Items),

Aggressivität/ Feindseligkeit (AGG, Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten, 6 Items),

phobische Angst (PHO, leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst, 7 Items),

Paranoides Denken (PAR, Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken, 6 Items) und

Psychotizismus (PSY, mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur traumatischen Evidenz der Psychose, 10 Items).

Mit Hilfe von sieben Zusatzitems werden noch die Bereiche

Schlechter Appetit, Einschlafschwierigkeiten, Gedanken an den Tod oder Sterben,

Drang, sich zu überessen, frühes Erwachen am Morgen, unruhiger oder gestörter Schlaf und

Schuldgefühle erfasst.

Anhand dreier Kennwerte können die Antworten noch unter anderen Gesichtspunkten betrachtet werden: Der GSI (Global Severity Index) zeigt die grundsätzliche psychische Belastung auf (Summe der Itemrohwerter/ 90- missing data), der PSDI (Positive Symptom Distress Index) spiegelt die Intensität der Antworten (Summe der Itemrohwerter/ PST) und der PST (Positive Symptom Total) gibt die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt an (Anzahl der Items mit Rohwert >0).

Patienten brauchen in der Regel zehn bis fünfzehn Minuten zur Bearbeitung des Fragenkataloges.

Die Auswertung des Testes erfolgte am Computer mittels des SCL- 90- R

Auswertungsprogrammes, welches die Ergebnisse als Rohwerte und T- transformierte Werte anzeigt.

„Die Reliabilität des Testprofils kann für die Normstichprobe als befriedigend und für klinische Gruppen als gut bis sehr gut bezeichnet werden. Die Retest- Reliabilität bei einem Zeitraum von einer Woche liegt für Studierende zwischen $r = .69$ und $r = .92$ “ (G. H. Franke, „SCL-90-R, Die Symptom- Checkliste von L. R. Derogatis“, dt. Version, 2002). Die Grenze des GSI zwischen gesund und krank liegt bei $C = 0.57$ (Global Severity Index, GSI). (Schauenburg H., Strack M., 1999)

Auch die Therapeutenbeurteilung zur Hauptsymptomatik, den interpersonellen Kompetenzen und der Partnerschaft nach Abschluss der Behandlung, ging in die Bewertung des Outcome mit ein. Der Therapeut fügte seine Bewertung in zwei Tabellen ein. Die Tabelle, die die Veränderung der Haupt- und Beziehungssymptomatik darstellt, besteht aus sieben Unterpunkten:

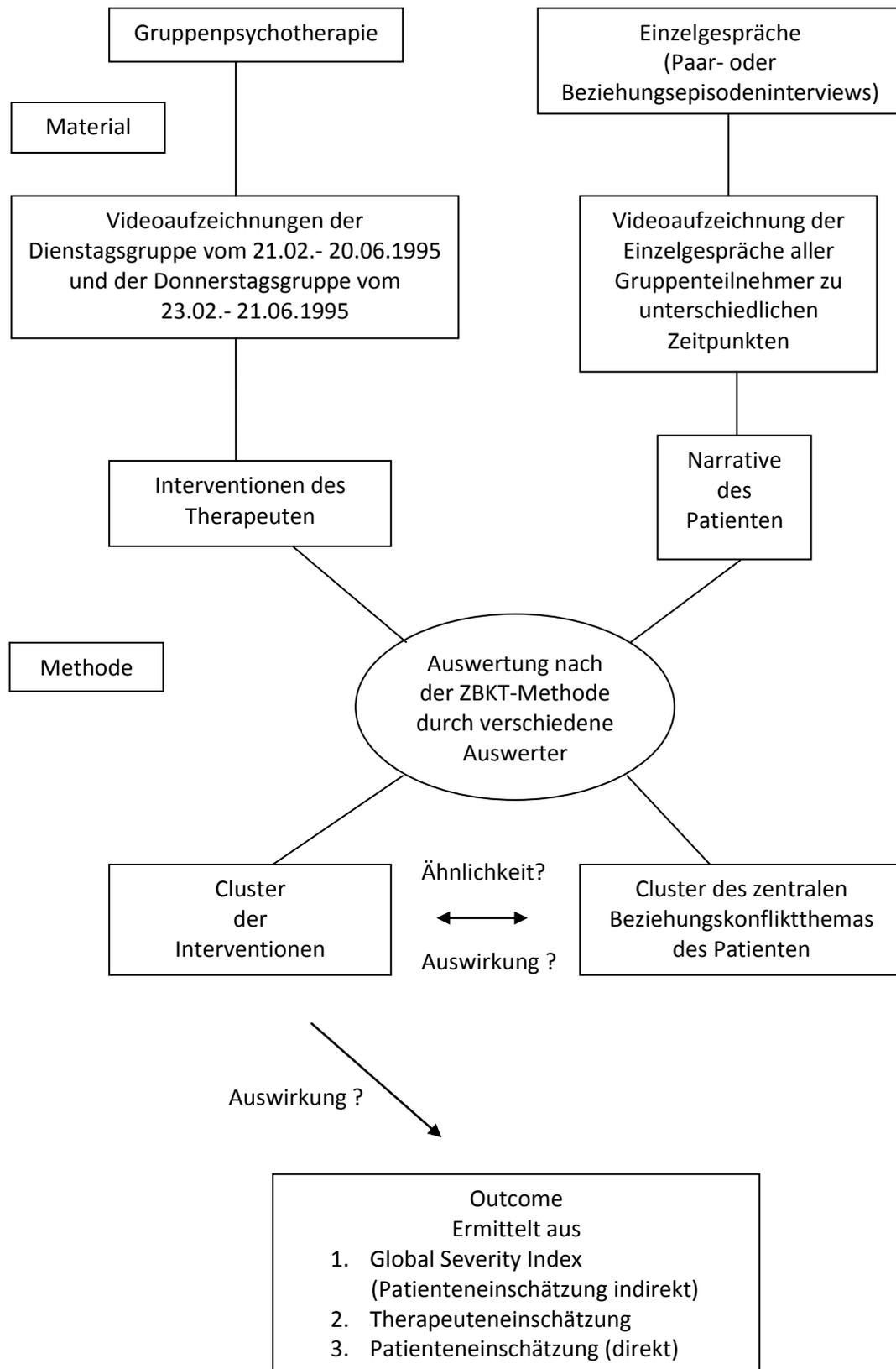
1. Sehr stark verändert
2. Stark verändert
3. Etwas verschlechtert
4. Unverändert
5. Etwas verbessert
6. Stark verbessert
7. Sehr stark verbessert

Von Punkt 1 bis Punkt 4 ist eine gleichbleibende/ unveränderte Symptomatik zu verzeichnen. Punkt 5 bis Punkt 7 beschreibt eine Verbesserung in der Haupt- und Beziehungssymptomatik. Die Tabelle, die die Qualität der Partnerschaft veranschaulicht, besteht aus vier Unterpunkten:

1. Verschlechtert
2. Unverändert
3. Verbessert
4. Stark verbessert

Ein weiteres Mittel, welches in die Beurteilung des Therapieerfolges mit einfluss, ist ein Beziehungswunsch-Fragebogen, den die Patienten ausgefüllt hatten. In diesem Fragebogen wurde mittels 70 Items die Fähigkeit der Patienten für ihre Beziehung Ziele zu definieren und diese zu verfolgen abgefragt.

3.9. Schematische Darstellung des methodischen Vorgehens



4. Ergebnisse

4.1. Der Vergleich der Anzahl der Interventionen mit dem Outcome der Patienten

Das Behandlungsergebnis wird dargestellt durch die Einteilung der Patienten in die verschiedenen Gruppen. Diese Einteilung erfolgte anhand der Symptomveränderung (indirekte Veränderungsmessung, gemessen mit dem SCL- 90- R), der Therapeuteneinschätzung und der Ergebnisse des vom Patienten ausgefüllten Beziehungswunschfragebogens. Die Patienten aus Gruppe I hatten ein verbessertes Behandlungsergebnis in nur einigen Bereichen. Die übrigen Bereiche blieben unverändert oder hatten ein verschlechtertes Outcome zu verzeichnen. Gruppe II besteht aus Patienten, die keine Verschlechterungen und deutliche Verbesserungen in einigen, aber nicht in allen Auswertungsgruppen hatten. Bei Patienten aus Gruppe III war ein positives Behandlungsergebnis in allen Bereichen zu verzeichnen.

Bei einigen Darstellungen wurden die Gruppen I und II zusammengefasst, um durch eine Vergrößerung der Gruppenstärke die resultierende Aussage abzusichern.

Die Gruppe I der am wenigsten erfolgreichen Patienten besteht aus 5 Patienten, die in den 15 Sitzungen 44 mal, 34 mal, 59 mal, 33 mal und 15 mal von dem Therapeuten angesprochen wurden. Im Durchschnitt hat der Therapeut in den 5 Monaten bei jedem Patienten 37 mal interveniert, welches pro Sitzung einen Durchschnitt von 2,47 Interventionen für jeden Patienten ergibt. Hierbei wurden alle Interventionen des Therapeuten beachtet.

Nach der Art, wie der Therapeut das ZBKT angesprochen hat, wurden die Interventionen in verschiedene Kategorien eingeteilt. Unterschieden wurde hierbei zunächst, ob der Therapeut zum ZBKT eine Aussage getätigt hat oder ob er den Patienten so gefragt hat, dass eine Aussage zu einer Komponente des ZBKT hätte bewertet werden können. So konnten die Interventionen mit ZBKT für die Gruppe I in den Bereich „Aussage“ mit insgesamt 118 mal und in den Bereich „Frage“ mit 49 mal eingeteilt werden. Bei den hierbei ermittelten absoluten Zahlen ist zu beachten, dass eine Intervention mehrere Kategorien betreffen kann und dass nicht jede Intervention in eine Kategorie eingeteilt werden konnte.

In der Gruppe I tätigte der Therapeut in seinen 185 Interventionen zu 64% Aussagen, die das ZBKT betreffen, und zu 27% „fragte“ er nach dem ZBKT.

Tabelle 4.1.1. Interventionen die Gruppe I betreffend

<u>Aussage</u>	<u>Frage</u>
118	49
64%	27%
23,6 mal/Patient	9,8 mal/Patient
1,6 mal/Patient/Sitzung	0,6 mal/Patient/Sitzung

Für Gruppe II, die überwiegend erfolgreich behandelten Patienten, die aus 4 Patienten besteht, konnte ein Durchschnitt für jeden Patienten von 13,5 (12, 3, 13, 26) Interventionen in den 15 Sitzungen und pro Sitzung für 0,9 Interventionen berechnet werden.

Auch in dieser Gruppe wurde in den 54 Interventionen häufiger Aussagen (35 mal) zum ZBKT getätigt, als dass nach dem ZBKT „gefragt“ (21 mal) wurde.

Die prozentuale Verteilung der verschiedenen Bereiche liegt bei: „Aussage“ 65% und „Frage“ 39%.

Tabelle 4.1.2. Interventionen die Gruppe II betreffend

<u>Aussage</u>	<u>Frage</u>
35	21
65%	39%
8,8 mal/Patient	4,2 mal/Patient
0,6 mal/Patient/Sitzung	0,3 mal/Patient/Sitzung

Bei den 9 Patienten aus Gruppe III, den sehr erfolgreich behandelten Patienten, lässt sich pro Patient ein Interventionsdurchschnitt von 29 mal (22 mal, 26 mal, 4 mal, 58 mal, 18 mal, 37 mal, 30 mal, 38 mal, 29 mal) in den 5 Monaten und pro Sitzung ein Durchschnitt von 1,9 mal verzeichnen. Die Häufigkeitsverteilung der Interventionen ist auch in dieser Gruppe ähnlich. Angesprochen wurde ein ZBKT 156 mal und danach „gefragt“ wurde 77 mal. Insgesamt

intervenierte der Therapeut 262 mal in dieser Gruppe. Auch hier ist zu beachten, dass eine Intervention mehrere Kategorien betreffen kann und dass nicht jede Intervention in eine Kategorie eingeteilt werden konnte.

Prozentual berechnet ergibt dies für die verschiedenen Bereiche folgende Zahlen: „Aussage“ 60%, „Frage“ 29%

Tabelle 4.1.3. Interventionen die Gruppe III betreffend

<u>Aussage</u>	<u>Frage</u>
156	77
60%	29%
17,3 mal/Patient	8,6 mal/Patient
1,2 mal/Patient/Sitzung	0,6 mal/Patient/Sitzung

In der nachfolgenden Tabelle wurden nur die Interventionen in den verschiedenen Gruppen gezählt. Hierbei handelt es sich um absolute Zahlen.

Tabelle 4.1.4. Interventionen alle Gruppen betreffend

<u>Gruppe I</u>	<u>Gruppe II</u>	<u>Gruppe III</u>
185	54	262
37 mal/Patient	13,5 mal/Patient	29,1 mal/Patient
2,5 mal/Patient/Sitzung	0,9 mal/Patient/Sitzung	1,9 mal/Patient/Sitzung

Aufgrund der geringen Gruppengröße der Gruppe I und II wurden diese in der nachfolgenden Tabelle für eine Verdeutlichung der Aussage zusammengefasst.

Tabelle 4.1.4.1. Interventionen alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II

<u>Gruppe I + II</u>	<u>Gruppe III</u>
239	262
26,6 mal/Patient	29,1 mal/Patient
1,7 mal/Patient/Sitzung	1,9 mal/Patient/Sitzung

Eine Anzahl der Interventionen konnte nicht eindeutig einem Cluster zugeordnet werden und war somit für den folgenden Teil dieser Arbeit nicht verwendbar. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der Ansprachen der drei Komponententypen der verschiedenen Gruppen auf, die mit einem Cluster versehen werden konnten. Hierbei handelt es sich wieder um absolute Zahlen. Es ist zu beachten, dass in einer Intervention mehrere Komponententypen angesprochen werden und somit aus einer Intervention mehrere Standardkategoriecluster erfasst werden konnten. Insgesamt wurden 347 Interventionscluster aus 245 Interventionen identifiziert.

Tabelle 4.1.5. Interventionen, die einem Standardkategoriecluster zugeordnet werden konnten; alle Gruppen betreffend

<u>Gruppe I</u>	<u>Gruppe II</u>	<u>Gruppe III</u>
134	43	170
26,8 mal/Patient	10,8 mal/Patient	18,9 mal/Patient
1,8 mal/Patient/Sitzung	0,7 mal/Patient/Sitzung	1,3 mal/Patient/Sitzung

Aufgrund der geringen Gruppengröße der Gruppe I und II wurden diese in der nachfolgenden Tabelle für eine Verdeutlichung der Aussage zusammengefasst.

Tabelle 4.1.6. Interventionen, die einem Standardkategoriecluster zugeordnet werden konnten; alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II

<u>Gruppe I + II</u>	<u>Gruppe III</u>
177	170
19,7 mal/Patient	18,9 mal/Patient
1,3 mal/Patient/Sitzung	1,3 mal/Patient/Sitzung

4.2. Der Vergleich der Zielgenauigkeit der Interventionen mit dem Outcome der Patienten.

Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der „maßgeschneiderten“ Methode.

Die Zielgenauigkeit der Interventionen wird durch Gegenüberstellung der Interventionscluster mit den Interviewclustern ermittelt. Für diesen Vergleich wurden nur die oben erwähnten Interventionen beachtet, die nach der ZBKT- Methode in Cluster eingeteilt werden konnten. Zu Beginn der folgenden Vergleiche werden die Interviewcluster betrachtet, die anhand der „maßgeschneiderten“ Methode ermittelt wurden.

Die „maßgeschneiderte“ Auswertungsform hat große klinische Relevanz, da nah an den Worten des Patienten gearbeitet und dann in einem integrativen Denkschritt das „Zentrale“ aus den einzelnen Beziehungsepisoden bestimmt wird. Dieses führt dazu, dass methodische Probleme mit dem Categoriesystems sich geringer auf das Ergebnis auswirken als bei dem Auszählverfahren. Man geht davon aus, dass das ZBKT präziser erfasst werden kann und dieses dadurch im Therapieverlauf gut reproduzierbar ist.

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden auch die Interviewcluster einbezogen, die anhand des Auszählverfahrens festgestellt wurden. Es werden sowohl die Cluster auf Beziehungskomponentenebene, der häufigste und zweithäufigste Cluster aus den zeitnahen Interviews als auch das ZBKT, welches mittels Auszählverfahren bestimmt wurde, mit den Interventionsclustern verglichen.

Die starre und mechanische Formung des ZBKT anhand des Auszählverfahrens kann zu Verlust von klinischem Bezug sowie zu einer größeren Veränderungssensitivität führen. Mit dem Aufnehmen aller Cluster des Beziehungskomponentenmusters und dem Einbeziehen des häufigsten und zweithäufigsten Clusters in einem weiteren Vergleich wird versucht, diese Schwäche des Auszählverfahrens zu minimieren.

4.2.1. Der Vergleich der Interventionen mit den Interviews zum erstmöglichen Zeitpunkt (t1)

Die hierfür verwendeten Interviews wurden nach der „maßgeschneiderten“ Methode ausgewertet. Die Interviews dieser Gegenüberstellung sind von dem erstmöglichen Zeitpunkt. Es sind die ersten Interviews der Patienten nach Beginn der Gruppentherapie. In diesem Vergleich wird überprüft, ob sich der Therapeut mit seinen Interventionen auf das ZBKT bezieht, welches vor den untersuchten Gruppenpsychotherapien genannt wurde und welches eventuell abweicht von dem nachfolgenden.

Bei einigen Patienten ist das Interview vom erstmöglichen Zeitpunkt identisch mit dem Interview, welches in der Zeit der untersuchten Gruppentherapien (zeitnah)abgehalten wurde. In der Gruppe I ist bei einem Patienten ein Interview identisch, in der Gruppe II sind bei drei Patienten die Interviews identisch und in der Gruppe III stimmen bei sechs Patienten die Interviews zum Zeitpunkt t1 mit den zeitnahen Interviews überein.

Aufgrund dieser hohen Übereinstimmungsrate werden zur Verdeutlichung der Aussage die Gruppen I und II in einer Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 4.2.1.1. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
A	1	1	1	= 3
B	2	-	1	= 3
C	6	1	6	= 13
D	-	1	-	= 1
E	-	-	1	= 1

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.2.1.2. Übereinstimmungen in der Gruppe I; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>
9	3	9
9/49= 18%	3/24= 13%.	8/61= 13%.

Tabelle 4.2.1.3. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
F	-	2	1	= 3
G	-	-	-	= 0
H	-	1	2	= 3
I	3	-	-	= 3

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.2.1.4. Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>
3	3	3
3/ 11= 27%	3/ 5= 60%	3/ 27= 11%

Tabelle 4.2.1.5. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
J	1	1	1	= 3
K	-	-	2	= 2
L	-	-	1	= 1
M	-	-	1	=1
N	-	-	-	= 0
O	-	1	11	= 12
P	-	1	1	= 2
Q	-	-	1	= 1
R	-	-	1	= 1

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.2.1.6. Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>
1	3	19
1/ 36= 3%	3/ 49= 6%	19/ 85= 22%_

Insgesamt hat die Gruppe I 18% (Wunsch), 13% (Reaktion Objekt), und 13% (Reaktion Subjekt) zielgenaue Interventionen. Die Gruppe II hat eine Zielgenauigkeit von 27% (Wunsch), 60% (Reaktion Objekt) und 11% (Reaktion Subjekt), während die Gruppe III eine prozentuale Zielgenauigkeit der Interventionen in allen drei Bereichen von 3% (Wunsch), 6% (Reaktion Objekt), und 22% (Reaktion Subjekt) hat.

Tabelle 4.2.1.7. Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend

	<u>Gruppe I</u>	<u>Gruppe II</u>	<u>Gruppe III</u>
<u>Wunsch</u>	18%	27%	3%
<u>Reaktion Objekt</u>	13%	60%	6%
<u>Reaktion Subjekt</u>	13%	11%	22%

Aufgrund der geringen Gruppengröße der Gruppe I und II wurden diese in der nachfolgenden Tabelle für eine Verdeutlichung der Aussage zusammengefasst.

Tabelle 4.2.1.8 Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II

	<u>Gruppe I + II</u>	<u>Gruppe III</u>	<u>Alle Gruppen</u>
<u>Wunsch</u>	23%	3%	16%
<u>Reaktion Objekt</u>	37%	6%	26%
<u>Reaktion Subjekt</u>	12%	22%	15%

Die hier aufgezeigten Unterschiede sind evident, auf einem 5% - Signifikanzniveau statistisch allerdings nicht relevant.

4.2.2. Der Vergleich aller Interventionen mit den Interviews, welche dazu zeitnah abgehalten wurden (t1- t3):

Die hierfür verwendeten Interviews wurden nach der „maßgeschneiderten“ ZBKT- Methode ausgewertet.

Die Interviews dieser Gegenüberstellung sind von dem Zeitraum der betrachteten Gruppenpsychotherapiesitzungen, oder sie wurden zeitlich sehr nah dazu abgehalten. Bei diesem Vergleich wird betrachtet, ob sich die Interventionen des Therapeuten auf das aktuelle ZBKT beziehen.

Tabelle 4.2.2.1. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
A	1	1	1	= 3
B	2	-	8	= 10
C	4	-	1	= 5
D	-	1	-	= 1
E	-	-	1	= 1

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.2.2.2. Übereinstimmungen in der Gruppe I; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>
7	2	11
7/49= 14%	2/24= 8%.	11/61= 18%.

Tabelle 4.2.2.3. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
F	-	2	1	= 3
G	-	-	-	= 0
H	-	1	2	= 3
I	-	-	3	= 3

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.2.2.4. Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>
-	3	6
0%	3/ 5= 60%	6/ 27= 22%

Tabelle 4.2.2.5. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
J	1	1	1	= 3
K	-	-	2	= 2
L	-	5	1	= 6
M	-	-	1	=1
N	-	-	-	= 0
O	-	1	11	= 12
P	-	1	1	= 2
Q	-	-	1	= 1
R	-	-	1	= 1

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.2.2.6. Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>
1	8	19
1/ 36= 3%	8/ 49= 16%	19/ 85= 22%

Tabelle 4.2.2.7. Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend

	<u>Gruppe I</u>	<u>Gruppe II</u>	<u>Gruppe III</u>
<u>Wunsch</u>	14%	0%	3%
<u>Reaktion Objekt</u>	8%	60%	16%
<u>Reaktion Subjekt</u>	18%	22%	22%

Aufgrund der geringen Gruppengröße der Gruppe I und II wurden diese in der nachfolgenden Tabelle für eine Verdeutlichung der Aussage zusammengefasst.

Tabelle 4.2.2.8 Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II

	<u>Gruppe I + II</u>	<u>Gruppe III</u>	<u>Alle Gruppen</u>
<u>Wunsch</u>	7%	3%	6%
<u>Reaktion Objekt</u>	34%	16%	28%
<u>Reaktion Subjekt</u>	20%	22%	21%

4.2.3. Der Vergleich der Interventionen mit den Interviews zu einem späteren Zeitpunkt (t2-t4)

Die Interviews dieser Gegenüberstellung sind von einem Zeitpunkt, der sich nach den ausgewerteten Gruppensitzungen befindet. Es wurde der Interviewtermin betrachtet, der nach dem „zeitnahen“ Interview lag.

Bei dieser Auswertung wurde untersucht, ob die Interventionen des Therapeuten der Veränderung des ZBKT vorausgehen. Bei einem Patienten aus der Gruppe I und bei einem Patienten aus der Gruppe II ist das Interview zu einem späteren Zeitpunkt mit dem zeitnahen Interview identisch.

Auch in dieser Auswertung wurde in einer Tabelle Gruppe I und II zusammengefasst.

Tabelle 4.2.3.1. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
A	1	1	1	= 3
B	2	1	8	= 11
C	6	1	9	= 16
D	-	1	-	= 1
E	-	-	1	= 1

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.2.3.2. Übereinstimmungen in der Gruppe I, absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>
9	4	19
9/ 49= 18%	4/ 24= 17%.	19/ 61= 31%.

Tabelle 4.2.3.3. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
F	-	2	1	= 3
G	-	-	-	= 0
H	1	-	2	= 3
I	-	1	3	= 4

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.2.3.4. Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>
1	3	6
1/ 49= 2%	3/ 5= 60%	6/ 27= 22%

Tabelle 4.2.3.5. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
J	2	-	2	= 4
K	-	3	-	= 3
L	-	5	1	= 6
M	-	-	1	=1
N	-	-	-	= 0
O	-	1	11	= 12
P	-	1	-	= 1
Q	2	1	1	= 4
R	-	-	1	= 1

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.2.3.6. Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>
4	11	16
4/ 36= 11%	11/ 49= 22%	16/ 85= 19%

Tabelle 4.2.3.7. Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend

	<u>Gruppe I</u>	<u>Gruppe II</u>	<u>Gruppe III</u>
<u>Wunsch</u>	18%	2%	11%
<u>Reaktion Objekt</u>	17%	60%	22%
<u>Reaktion Subjekt</u>	31%	22%	19%

Aufgrund der geringen Gruppengröße der Gruppe I und II wurden diese in der nachfolgenden Tabelle für eine Verdeutlichung der Aussage zusammengefasst.

Tabelle 4.2.3.8 Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend; Zusammenfassung der Gruppen I und II

	<u>Gruppe I + II</u>	<u>Gruppe III</u>	<u>Alle Gruppen</u>
<u>Wunsch</u>	10%	11%	10%
<u>Reaktion Objekt</u>	39%	22%	33%
<u>Reaktion Subjekt</u>	27%	19%	24%

Anhand der oben dargestellten Ergebnisse ist kein Zusammenhang zwischen einem gutem Behandlungserfolg und der Zielgenauigkeit der Ansprachen von Wunsch- und RO- und RS Komponenten ersichtlich. Wie bereits beschrieben erfassen das „maßgeschneiderte“ Auswertungsverfahren und das Auszählverfahren leicht unterschiedliche Aspekte.

Im folgenden Abschnitt wird die Zielgenauigkeit der Interventionen anhand der Ergebnisse der Interviewauswertung nach dem Auszählverfahren definiert.

4.3. Der Vergleich der Zielgenauigkeit der Interventionen mit dem Outcome der Patienten.

Die Auswertung der Interviews erfolgte nach dem Auszählverfahren.

Bei dem folgenden Vergleich wurden die einzelnen Cluster des Beziehungskomponentenmusters mit den Interviewclustern in Beziehung gesetzt. Die Daten wurden nicht zu einem ZBKT zusammen gefasst, sondern alle ausgewerteten Standardkategorien auf der Ebene der einzelnen Beziehungsepisoden in Cluster übersetzt und mit den Clustern der Interviews verglichen. Dabei war es Ziel, durch den Gebrauch der einzelnen Cluster der Beziehungskomponentenebene eine unpräzise Formung eines ZBKT zu verhindern.

4.3.1. Der Vergleich der Interventionen mit den Interviews zum erstmöglichen Zeitpunkt (t1).

Das Beziehungskomponentenmuster der Interviews.

Die Interviews dieser Gegenüberstellung sind von dem ersten Zeitpunkt. Es sind die ersten Interviews der Patienten nach Beginn der Gruppentherapie. Bei diesem Vergleich wurden die Cluster auf Ebene der Beziehungskomponenten mit den Clustern der Interventionen verglichen.

Bei einigen Patienten ist das Interview vom erstmöglichen Zeitpunkt identisch mit dem vom zeitnahen Zeitpunkt. In der Gruppe I ist bei einem Patienten ein Interview identisch, in der Gruppe II sind bei drei Patienten die Interviews identisch, und in der Gruppe III stimmen von sechs Patienten die Interviews zum Zeitpunkt t1 mit den zeitnahen Interviews überein.

Aufgrund dieser hohen Übereinstimmungsrate werden zur Verdeutlichung der Aussage die Gruppen I und II in einer Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 4.3.1.1. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
A	8	1	9	= 18
B	10	4	11	= 25
C	10	2	9	= 21
D	8	9	3	= 20
E	2	-	1	= 3

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.3.1.2. Übereinstimmungen in der Gruppe I; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion des Objekts</u>	<u>Reaktion des Subjekts</u>
38	16	33
38/49= 78%	16/24= 67%	33/61= 54%

Tabelle 4.3.1.3. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
F	2	3	4	= 9
G	-	-	-	= 0
H	1	-	6	= 7
I	6	-	9	= 15

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.3.1.4. Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion des Objekts</u>	<u>Reaktion des Subjekts</u>
9	3	19
9/11= 82%	3/5= 60%	19/27= 70%

Tabelle 4.3.1.5. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
J	4	2	8	= 14
K	2	6	6	= 14
L	1	10	2	= 13
M	2	2	6	=10
N	-	-	-	= 0
O	7	8	14	= 29
P	3	6	3	= 12
Q	4	5	5	= 14
R	-	1	2	= 3

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.3.1.6. Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion des Objekts</u>	<u>Reaktion des Subjekts</u>
22	40	46
22/36= 61%	40/49= 82%	46/85= 54%

Tabelle 4.3.1.7. Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend

	<u>Gruppe I</u>	<u>Gruppe II</u>	<u>Gruppe III</u>
<u>Wunsch</u>	78%	82%	61%
<u>Reaktion Objekt</u>	67%	60%	82%
<u>Reaktion Subjekt</u>	54%	70%	54%

Tabelle 4.3.1.8. Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend;

Zusammenfassung der Gruppen I und II

	<u>Gruppe I + II</u>	<u>Gruppe III</u>	<u>Alle Gruppen</u>
<u>Wunsch</u>	80%	61%	74%
<u>Reaktion Objekt</u>	64%	82%	70%
<u>Reaktion Subjekt</u>	62%	54%	59%

4.3.2. Der Vergleich der Interventionen mit den zeitnahen Interviews (t1-t3)

Die Interviews dieser Gegenüberstellung stammen aus dem Zeitraum der betrachteten Gruppenpsychotherapiesitzungen oder wurden zeitlich nah dazu abgehalten. Bei diesem Vergleich wird betrachtet, ob sich die Interventionen des Therapeuten auf das aktuelle ZBKT beziehen.

Es werden sowohl die Cluster auf Beziehungskomponentenebene, der häufigste und zweithäufigste Cluster aus den zeitnahen Interviews als auch das ZBKT, welches mittels Auszählverfahren bestimmt wurde, mit den Interventionsclustern verglichen.

4.3.2.1. Das Beziehungskomponentenmuster der Interviews

Bei der folgenden Untersuchung wurden die Cluster auf Ebene der Beziehungskomponenten mit den Clustern der Interviews verglichen. Das heißt, dass die Cluster nicht zu einem ZBKT zusammengefasst, sondern in Beziehung zu den Interviewclustern gesetzt wurden.

Zur Präzisierung der Aussage wurden die Gruppen I und II aufgrund ihrer geringen Gruppengröße in einer Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 4.3.2.1.1. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
A	8	1	9	= 18
B	8	4	16	= 28
C	11	5	21	= 37
D	8	6	5	= 19
E	2	-	1	= 3

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.3.2.1.2. Übereinstimmungen in der Gruppe I; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion des Objekts</u>	<u>Reaktion des Subjekts</u>
37	16	52
37/ 49= 76%	16/ 24= 67%	52/ 61= 85%

Tabelle 4.3.2.1.3. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
F	2	3	4	= 9
G	-	-	-	= 0
H	1	-	6	= 7
I	4	-	7	= 11

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.3.2.1.4. Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion des Objekts</u>	<u>Reaktion des Subjekts</u>
7	3	17
7/ 11= 64%	3/ 5= 60%	17/ 27= 63%

Tabelle 4.3.2.1.5. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
J	4	2	7	= 13
K	2	6	6	= 14
L	2	10	2	= 14
M	2	2	6	=10
N	-	-	-	= 0
O	6	8	14	= 28
P	3	6	3	= 12
Q	4	5	5	= 14
R	-	1	4	= 5

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.3.2.1.6. Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion des Objekts</u>	<u>Reaktion des Subjekts</u>
23	40	47
23/ 36= 64%	40/ 49= 82%	47/ 85= 55%

Tabelle 4.3.2.1.7. Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend

	<u>Gruppe I</u>	<u>Gruppe II</u>	<u>Gruppe III</u>
<u>Wunsch</u>	76%	64%	64%
<u>Reaktion Objekt</u>	67%	60%	82%
<u>Reaktion Subjekt</u>	85%	63%	55%

Aufgrund der geringen Gruppengröße der Gruppe I und II wurden diese in der nachfolgenden Tabelle für eine Verdeutlichung der Aussage zusammengefasst.

Tabelle 4.3.2.1.8. Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend;

Zusammenfassung der Gruppen I und II

	<u>Gruppe I + II</u>	<u>Gruppe III</u>	<u>Alle Gruppen</u>
<u>Wunsch</u>	70%	64%	68%
<u>Reaktion Objekt</u>	64%	82%	70%
<u>Reaktion Subjekt</u>	74%	55%	68%

4.3.2.2. Das Auszählverfahren

Die Auswertung dieser Daten erfolgte nach dem Auszählverfahren. Bei der folgenden Auswertung der Daten wurde das zentrale Beziehungskonfliktthema nach dem Standardverfahren (AV- ZBKT) bestimmt. Hierbei wurde für jede Komponente nur die häufigste Kategorie als Bestandteil des ZBKT ausgewählt.

Zur Verdeutlichung der Aussage wurden die Gruppe I und II aufgrund ihrer geringen Gruppengröße in einer Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 4.3.2.2.1. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
A	1	1	1	= 3
B	2	1	8	= 11
C	5	5	7	= 17
D	-	4	-	= 4
E	-	-	1	= 1

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.3.2.2.2. Übereinstimmungen in der Gruppe I; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion des Objekts</u>	<u>Reaktion des Subjekts</u>
8	11	17
8/ 49= 16%	11/ 24= 46%	17/ 61= 28%

Tabelle 4.3.2.2.3. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
F	2	-	-	= 2
G	-	-	-	= 0
H	-	-	-	= 0
I	-	-	3	= 3

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.3.2.2.4. Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion des Objekts</u>	<u>Reaktion des Subjekts</u>
2	-	3
2/ 11= 18%	0/ 5= 0%	3/ 27= 11%

Tabelle 4.3.2.2.5. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
J	1	-	2	= 3
K	-	3	1	= 4
L	1	5	1	= 7
M	1	-	1	= 2
N	-	-	-	= 0
O	-	1	11	= 12
P	2	1	1	= 4
Q	-	1	3	= 4
R	3	3	6	= 12

Tabelle 4.3.2.2.6. Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion des Objekts</u>	<u>Reaktion des Subjekts</u>
8	14	26
8/ 36= 22%	14/ 49= 29%	26/ 85= 31%

Tabelle 4.3.2.2.7. Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend

	<u>Gruppe I</u>	<u>Gruppe II</u>	<u>Gruppe III</u>
<u>Wunsch</u>	16%	18%	22%
<u>Reaktion Objekt</u>	46%	0%	29%
<u>Reaktion Subjekt</u>	28%	11%	31%

Tabelle 4.3.2.2.8. Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend;

Zusammenfassung der Gruppen I und II

	<u>Gruppe I + II</u>	<u>Gruppe III</u>	<u>Alle Gruppen</u>
<u>Wunsch</u>	17%	22%	19%
<u>Reaktion Objekt</u>	23%	29%	25%
<u>Reaktion Subjekt</u>	20%	31%	23%

4.3.2.3. Der häufigste und zweithäufigste Cluster der Interviews (t1-t3).

Die Auswertung dieser Daten erfolgte nach dem Auszählverfahren. Bei dieser Auswertung wurden die häufigsten Cluster und zweithäufigsten Cluster eingebracht.

Die starre und mechanische Formung des ZBKT anhand des Auszählverfahrens kann zu Verlust von klinischem Bezug führen. Um diese Fehlerquelle des Auszählverfahrens zu verringern wurden bei diesem Vergleich die häufigsten Cluster und zweithäufigsten Cluster eingebracht. Im Unterschied zu dem Beziehungskomponentenmuster, welches alle genannten Cluster mit einbezieht, versucht man sich in dieser Auswertungsform auf zwei Cluster je Komponente zu beschränken. Dieses ist ein guter Kompromiss die o.g. Fehlerquelle zu verkleinern und trotzdem die „Zufallstreffer“ der Interventionen zu reduzieren.

Tabelle 4.3.3.1. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe I; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
A	3	1	2	= 6
B	5	2	10	= 17
C	8	9	10	= 27
D	3	5	-	= 8
E	-	-	1	= 1

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.3.3.2. Übereinstimmungen in der Gruppe I; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion des Objekts</u>	<u>Reaktion des Subjekts</u>
19	17	23
19/ 49= 39%	17/ 24= 71%	23/ 61= 38%

Tabelle 4.3.3.3. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe II; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
F	2	-	-	= 2
G	-	-	-	= 0
H	-	-	-	= 0
I	-	-	5	= 5

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.3.3.4. Übereinstimmungen in der Gruppe II; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion des Objekts</u>	<u>Reaktion des Subjekts</u>
2	-	5
2/ 11= 18%	0/ 5= 0%	5/ 27= 19%

Tabelle 4.3.3.5. Übereinstimmungen der Cluster; Gruppe III; absolute Zahlen

<u>Patient</u>	<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion Objekt</u>	<u>Reaktion Subjekt</u>	
J	1	2	3	= 6
K	-	4	3	= 7
L	-	6	1	= 7
M	1	-	2	=3
N	-	-	-	= 0
O	-	5	12	= 17
P	2	4	2	= 8
Q	-	1	4	= 5
R	6	5	8	= 19

In der folgenden Tabelle wurden die Häufigkeiten der zielgenauen Ansprachen in Bezug zu allen Interventionen in einem Bereich betrachtet.

Tabelle 4.3.3.6. Übereinstimmungen in der Gruppe III; absolute Zahlen und prozentuale Zielgenauigkeit

<u>Wunsch</u>	<u>Reaktion des Objekts</u>	<u>Reaktion des Subjekts</u>
10	27	35
10/ 36= 28%	27/ 49= 55%	35/ 85= 41%

Tabelle 4.3.3.7. Die prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Gruppen betreffend

	<u>Gruppe I</u>	<u>Gruppe II</u>	<u>Gruppe III</u>
<u>Wunsch</u>	39%	18%	28%
<u>Reaktion Objekt</u>	71%	0%	55%
<u>Reaktion Subjekt</u>	38%	19%	41%

Aufgrund der geringen Gruppengröße der Gruppe I und II wurden diese in der nachfolgenden Tabelle für eine Verdeutlichung der Aussage zusammengefasst.

Tabelle 4.3.3.8. Die prozentualen Übereinstimmungen alle Gruppen betreffend;

Zusammenfassung der Gruppen I und II

	<u>Gruppe I + II</u>	<u>Gruppe III</u>	<u>Alle Gruppen</u>
<u>Wunsch</u>	29%	28%	28%
<u>Reaktion Objekt</u>	36%	55%	42%
<u>Reaktion Subjekt</u>	29%	41%	33%

4.4. Der Vergleich der prozentualen Zielgenauigkeiten aller Auswertungsformen. Die zeitnahen Interviews.

Hierbei handelt es sich um einen Vergleich der Zielgenauigkeit der Interventionen der verschiedenen Auswertungsverfahren. Die prozentualen Zielgenauigkeiten, die hier dargestellt werden, sind für die drei Komponenten in den einzelnen Gruppen.

In der Gruppe I bei den zeitnahen Interviews ist die prozentuale Zielgenauigkeit der Interventionen für den Bereich Wunsch mit 14% für das „maßgeschneiderte“ Verfahren (tm) , mit 16% für das Standardverfahren, mit 39% für die Auswertungsform, die nur den häufigsten und zweithäufigsten Cluster berücksichtigt hat, und mit 76% für das Beziehungskomponentenmuster zu veranschlagen.

Die Komponente „Reaktion des Objekt“ wurde in der Gruppe I zu 8% nach der „tailor made“ Methode, zu 46% nach dem Auszählverfahren , zu 67% nach dem

Beziehungskomponentenmuster und zu 71% nach der Methode, die die nur den häufigsten und zweithäufigsten Cluster berücksichtigt, übereinstimmend angesprochen.

In dem Bereich „Reaktion des Subjekt“ sind zu 18% nach der „maßgeschneiderten Methode, zu 28% nach dem Auszählverfahren, zu 85 % nach dem Beziehungskomponentenmuster und zu 38% nach der Methode, die nur den häufigsten und zweithäufigsten Cluster berücksichtigt, zielgenaue Interventionen getätigt worden.

Gruppe II hat bei den zeitnahen Interviews folgende Werte für den Bereich Wunsch: Beim „tailor made“ Verfahren liegt die prozentuale Zielgenauigkeit bei 0%, beim Standardverfahren bei 18% und bei der Auswertungsform, die nur den häufigsten und zweithäufigsten Cluster berücksichtigt bei 18%, während es bei dem Beziehungskomponentenmuster zu 64% zu zielgenauen Interventionen kam.

Die Komponente „Reaktion des Objekt“ wurde zu 60% nach der „maßgeschneiderten“ Methode und nach dem Beziehungskomponentenmuster zielgenau angesprochen, während es sowohl nach dem Auszählverfahren als auch nach der Methode, die nur den häufigsten und zweithäufigsten Cluster berücksichtigt zu 0% Übereinstimmungen gab.

Der Bereich „Reaktion des Subjekt“ kann nach dem Auszählverfahren 11%, nach der „maßgeschneiderten“ Methode 22%, nach der Methode, die nur den häufigsten und zweithäufigsten Cluster berücksichtigt 19% und nach dem Beziehungskomponentenmuster 63% zielgenaue Interventionen verzeichnen.

In der Gruppe III ist die Zielgenauigkeit für den Bereich Wunsch mit 3% nach der „tailor made“ Methode, mit 22% nach dem Standardverfahren, mit 28% nach der Auswertungsform, die nur den häufigsten und zweithäufigsten Cluster berücksichtigt und mit 64% nach dem Beziehungskomponentenmuster zu verzeichnen.

Für den Bereich „Reaktion des Objekt“ sind folgende Werte zu beschreiben: 16% zielgenaue Interventionen nach der „maßgeschneiderten“ Methode, 29% zielgenaue Interventionen nach dem Auszählverfahren, 55% zielgenaue Interventionen nach dem Verfahren, welches nur den häufigsten und zweithäufigsten Cluster berücksichtigt und 82% zielgenaue Interventionen nach dem Beziehungskomponentenmuster.

Der Bereich „Reaktion des Subjekt“ wurde zu 22% nach der „tailor made“ Methode, zu 31% nach dem Auszählverfahren, zu 55% nach dem Beziehungskomponentenmuster und zu 41% nach der Methode, die nur den häufigsten und zweithäufigsten Cluster berücksichtigt

Tabelle 4.4.1. Die Ergebnisse der zeitnahen Interviews, alle Auswertungsformen für die drei Komponenten und die drei Gruppen im Vergleich

<u>Gruppe I</u>				<u>Gruppe II</u>				<u>Gruppe III</u>			
<u>Methode</u>	<u>W</u>	<u>RO</u>	<u>RS</u>	<u>Methode</u>	<u>W</u>	<u>RO</u>	<u>RS</u>	<u>Methode</u>	<u>W</u>	<u>RO</u>	<u>RS</u>
<u>tm</u>	14%	8%	18%	<u>tm</u>	0%	60%	22%	<u>tm</u>	3%	16%	22%
<u>AV- ZBKT</u>	16%	46%	28%	<u>AV- ZBKT</u>	18%	0%	11%	<u>AV- ZBKT</u>	22%	29%	31%
<u>B.</u>	76%	67%	85%	<u>B.</u>	64%	60%	63%	<u>B.</u>	64%	82%	55%
<u>A.1.+2.</u>	39%	71%	38%	<u>A.1.+2.</u>	18%	0%	19%	<u>A.1.+2.</u>	28%	55%	41%

4.5. Der Vergleich der prozentualen Zielgenauigkeiten im Verlauf. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der „maßgeschneiderten“ Methode.

Bei dem Vergleich der Interventionen mit den Interviews zu verschiedenen Zeitpunkten wurden die Interviews nach der „maßgeschneiderten“ Methode ausgewertet, um mögliche Fehlerquellen gering zu halten. Ein für das Verständnis und die Interpretation dieser Arbeit wichtiger Bestandteil ist die Annahme, dass sich das zentrale Beziehungskonfliktthema, auch wenn die zentralen Übertragungsmuster gleich bleiben, im Verlauf der Therapie verändern kann. Dieser Aspekt wurde in dieser Arbeit geprüft, um Wechselbeziehungen zwischen den Interventionen des Therapeuten und dem im Verlauf eventuell abgeändertem zentralen Beziehungskonfliktthemas des Patienten anschaulich zu machen. Erfasst der Therapeut mit seinen Interventionen ein zunächst möglicherweise noch nicht manifestes Muster, das im Laufe der Behandlung erst deutlicher wird? Oder formt er mit seinen Interventionen die Beziehungsmuster der Patienten im Therapieverlauf? Es werden Interviews von verschiedenen Zeitpunkten untersucht, um einen Hinweis zu bekommen, ob die Interventionen des Therapeuten bei Veränderungen des ZBKT diesen zeitlich vorangehen, ihnen nachfolgen, oder ob es hier Veränderungen gibt, die einen Zusammenhang nahelegen.

In der Gruppe I steigt die prozentuale Zielgenauigkeit im Verlauf in dem Bereich „Reaktion Objekt“ und „Reaktion Subjekt“ an. In dem Bereich „Wunsch“ sinkt die prozentuale Zielgenauigkeit von 18% auf 14% und steigt dann in den Interviews zum letztmöglichen Zeitpunkt wieder auf 18% an. In der Gruppe II steigt die prozentuale Zielgenauigkeit im Verlauf nur im Bereich „Reaktion Subjekt“ von 11% auf 22% an. Betrachtet man aber die für die Auswertung der Interventionen wichtigen Interviewzeitpunkte tz und t2-4, gibt es in dem Bereich „Wunsch“ einen Anstieg der

Zielgenauigkeit von 2%, während die beiden anderen Bereiche gleichbleibende Werte im Verlauf beschreiben.

Die Gruppe III hat einen Anstieg der prozentualen Zielgenauigkeit in den Bereichen „Wunsch“ und „Reaktion Objekt“ im Verlauf zu verzeichnen. In dem Bereich „Reaktion Subjekt“ sinkt die Zielgenauigkeit von 22% auf 19%.

Tabelle 4.5.2.1. Die Ergebnisse beim Vergleich des Interviews zu t1, des zeitnahen Interviews und des Interviews zu einem späteren Zeitpunkt (t2-t4), „maßgeschneiderte“ Auswertung

<u>Gruppe I</u>				<u>Gruppe II</u>				<u>Gruppe III</u>			
<u>Zeitp.</u>	<u>W</u>	<u>RO</u>	<u>RS</u>	<u>Zeitp.</u>	<u>W</u>	<u>RO</u>	<u>RS</u>	<u>Zeitp.</u>	<u>W</u>	<u>RO</u>	<u>RS</u>
<u>t1</u>	18%	13%	13%	<u>t1</u>	27%	60%	11%	<u>t1</u>	3%	6%	22%
<u>tz</u>	14%	8%	18%	<u>tz</u>	0%	60%	22%	<u>tz</u>	3%	16%	22%
<u>t2-4</u>	18%	17%	31%	<u>t2-4</u>	2%	60%	22%	<u>t2-4</u>	11%	22%	19%

5. Diskussion

Im folgenden Teil werden die dem zentralen Beziehungskonfliktthema zugrunde liegenden Methoden dargelegt und deren Einschränkungen erörtert.

Die Diskussion der Ergebnisse beschreibt die Auswirkungen der Interventionen des Therapeuten auf den Behandlungserfolg der Patienten. Auch mögliche Veränderungen des ZBKT im Therapieverlauf wurden mit den Interventionen des Therapeuten in Bezug gesetzt und werden im Folgenden dargelegt. Desweiteren werden die in der vorliegenden Arbeit gemachten Schlussfolgerungen vor dem Hintergrund der methodischen Komplikationen betrachtet, und es wird ihre Generalisierbarkeit erörtert.

In der Untersuchung von P. Crits- Christoph (1988) wird ein positiver Behandlungserfolg in Einzeltherapien aufgrund zielgerichteter Ansprachen des Therapeuten das ZBKT des Patienten betreffend nachgewiesen. Dabei wird ein gutes Outcome vor allem bei einer zielgerichteten Ansprache der Wünsche und der RO- Komponente (Reaktion des Objektes) beschrieben. Die hier vorliegende Arbeit hat überprüft, ob dieses Ergebnis in Gruppentherapien reproduzierbar ist.

In Anbetracht der Anzahl der untersuchten Patienten wird in der vorliegenden Arbeit auf eine statistische Überprüfung der Hypothesen verzichtet. Es handelt sich vielmehr um eine hypothesengenerierende Untersuchung.

5.1. Die Interventionen

Es wurden aus zwei halboffenen Gruppen, die nach dem Göttinger Modell (Heigl- Evers und Heigl, 1973) geleitet wurden, die Interventionen des Therapeuten identifiziert und anhand der ZBKT- Methode nach L. Luborsky ausgewertet. In diesen 30 Gruppensitzungen konnten 501 Interventionen bestimmt werden, von denen sich 228 auf Wünsche (W- Komponente), 120 auf Reaktionen des Objektes (RO- Komponente) und 309 auf Reaktionen des Subjektes (RS- Komponente) bezogen. Ein wichtiger Aspekt zum Verständnis dieser Arbeit ist, dass eine Intervention mehrere Komponenten enthalten kann.

Bei der Auswertung dieser Interventionen wurde die Schwierigkeit der Einteilung einer Intervention in eine Standardkategorie deutlich. Von den 501 Interventionen konnten 245 den Standardkategorien zugeordnet werden.

Interventionen können zum Nachdenken („Mentalisieren“) anregen, Aussagen bestätigen oder klären oder sich auf den Gruppenprozess als Ganzes beziehen und ihn fördern – sie brauchen nicht notwendigerweise individuelle Übertragungen von Patienten so ansprechen, dass sie mit der Methode des zentralen Beziehungskonfliktthemas inhaltlichen Kategorien zugeordnet werden können. In der Studie von Marion Firneburg und Brigitte Klein (1993) werden Probleme in der Anwendung des ZBKT- Verfahrens in analytischen Gruppen beschrieben. Dabei wird u.a. die Schwierigkeit der Abgrenzung von Narrativen in den Beiträgen der Patienten in Gruppensettings dargestellt und erörtert. Umso erstaunlicher war in der vorliegenden Arbeit die relativ gute Anwendbarkeit der ZBKT- Methode auf die spontanen Äußerungen des Therapeuten: Aus den 245 Interventionen ließen sich 347 Standardkategorien ermitteln und für diese Arbeit nutzbar machen. Diese ließen sich in 96 Wunsch- Cluster, 78 Reaktion- des- Objektes- Cluster und 173 Reaktion- des- Subjektes- Cluster gliedern. Wie bereits oben erwähnt, können in einer Intervention mehrere Komponenten enthalten sein.

Die Ursache der abweichenden Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zu denen der Veröffentlichung von Firneburg und Klein (1993) könnte in den differierenden therapeutischen Konzepten der untersuchten Gruppen liegen. Firneburg und Klein betrachteten eine Gruppe, die nach dem Prinzip von Argelander (1974), die „ Gruppe als Ganzes“, geleitet wurde. In diesem gruppentherapeutischen Konzept sind Erzählungen von Menschen außerhalb der Gruppe unerwünscht. In der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Gruppe, die nach dem Göttinger Modell (Heigl-Evers u. Heigl, 1973) geführt wurde, stehen gleichsam die Beziehungsmuster des Einzelnen sowie auch die Gruppendynamik im Vordergrund.

Auch der Interventionsmodus des Therapeuten wurde berücksichtigt, und so konnten die 501 Interventionen in 309 Aussagen zum ZBKT und 147 Fragen, die eine Komponente des ZBKT enthielten, unterschieden werden. Auch hier gilt, dass eine Intervention sowohl eine Frage als auch eine Aussage enthalten kann oder dass zum Teil keine Eingliederung einer Intervention in eine der beiden Sparten möglich war.

Interessant ist, dass der Therapeut etwa doppelt so viele Aussagen wie Fragen zu einem ZBKT formuliert hat. Dieses Verteilungsmuster bleibt bei einer Betrachtung der einzelnen Outcome-Gruppen vergleichbar.

5.2. Die Paar- und Beziehungsepisodeninterviews

Die Paar- bzw. Beziehungsepisodeninterviews, die zur Einstufung der zielgenauen Interventionen herangezogen wurden, zeichneten sich durch gute Auswertbarkeit nach der ZBKT- Methode aus. In seiner Arbeit von 1990 beschrieb L. Luborsky große Ähnlichkeiten zwischen den aus Therapiesitzungen gewonnenen Beziehungsepisoden und Beziehungsepisoden aus Beziehungsinterviews. Daraus folgerte er eine Übereinstimmung des ZBKT aus beiden Quellen, die Barber et al. 1995 mit gewichteten Kappa- Werten von .5 (für die Wunsch- Komponenten), 1.0 (für die Reaktion des Objektes- Komponente) und .4 (für die Reaktion des Subjektes- Komponente) belegten.

Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der klinischen Validität des zentralen Beziehungskonfliktthemas aus Beziehungsepisodeninterviews diskutiert.

Die Interviews wurden zu Beginn der Behandlung, während der Gruppenpsychotherapiesitzungen und kurz nach den Gruppenpsychotherapiesitzungen geführt. Da es sich um halboffene Gruppen handelte, waren der Beginn und das Ende der Behandlung der einzelnen Patienten unterschiedlich. Dieses führte zu der Schwierigkeit, dass bei einigen Patienten das Interview zu Beginn der Behandlung bzw. das zum Ende der Behandlung, das Interview war, das nah an den Gruppenpsychotherapiesitzungen lag.

Bei einigen Patienten verändert sich das Beziehungskonfliktthema im Therapieverlauf. Dies deckt sich mit den Untersuchungen von L. Luborsky et al. (1992) und A. Z. Pfeffer (1963). Beide Autoren beschrieben den Verlust der Relevanz und die zunehmende Flexibilität des ZBKT während einer erfolgreichen Therapie.

Um möglichst prägnante Aussagen tätigen zu können, wurden bei dem Vergleich der ZBKT im Therapieverlauf die Gruppen I und II zusammen gefasst, um eine größere Patientenzahl der Gruppen zu bekommen und es wurde die veränderungsstabilere Auswertungsform zur Bearbeitung der Interviews genutzt. Mit der Erhöhung der Patientenzahl wurde die Fehlerwahrscheinlichkeit reduziert, indem die Vergleichbarkeit der neugeformten beiden Gruppen verbessert wurde. Die veränderungsstabilere Auswertungsform („tailor made“- Methode) diente der Minimierung von störenden „äußeren Faktoren“, die sich auf die Erstellung des ZBKT auswirken könnten.

5.3. Die Patienten

Die Stichprobe der 18 Patienten zeigt eine geringe innere Variabilität. Weder in der soziologischen Stellung der einzelnen Patienten, noch im Alter zeigten sich große Unterschiede. Allerdings ist die geschlechtsspezifische Verteilung von neun Frauen und neun Männern für Untersuchungen zur Psychotherapie ungewöhnlich. In der Regel sind Frauen hier überrepräsentiert, da sie häufiger Psychotherapie in Anspruch nehmen.

Die Einteilung der Patienten nach ihrem Behandlungserfolg in die drei Outcome- Gruppen gestaltete sich aufgrund der mangelnden Varianz der Behandlungsergebnisse schwierig. Da nahezu alle Patienten von der Gruppenpsychotherapie profitiert hatten, wurde zum Aufzeigen von Tendenzen nach strengen Kriterien unterschieden. Trotz der Feinheit der Auswahlkriterien und das Bemühen, gleich starke Gruppen zu formen, kam es zu einem Ungleichgewicht in den Gruppengrößen. Die Gruppen I und II, die positive, aber nicht in allen Bereichen durchweg positive Behandlungsergebnisse zu verzeichnen hatten, sind halb so groß wie Gruppe III mit einem positiven Behandlungsergebnis in allen Bereichen. Aufgrund der geringen Gruppengröße der Gruppen I und II lassen sich nur Tendenzen belegen. Von einer Generalisation der Ergebnisse muss abgesehen werden. Weitere Untersuchungen können zeigen, ob sich die hier beobachteten Zusammenhänge auch in anderen Gruppen, mit anderen Therapeuten, wiederholen lassen. Um Unterschiede in Hinsicht auf den Behandlungserfolg trotz der kleinen Zahlen beschreiben zu können, wurden bei einigen Auswertungen die Gruppen I und II zusammengefasst.

5.4. Die ZBKT- Methode

Das Verfahren zur Bestimmung des zentralen Beziehungskonfliktthemas ist ein erprobtes Erhebungsinstrument. Es leitete sich von klinischen Beobachtungen ab, so dass die Frage nach Objektivität und Reliabilität zunächst gestellt werden muss.

Ein Vorteil dieser Methode ist ihre Verlässlichkeit. Sie wird begründet durch die Kombination von klar strukturierten Arbeitsanweisungen und einem geringen Anteil an notwendiger Schlussbildung mit einer differenziert abbildenden Komplexität des zu untersuchenden Materials.

Eine gute „Interrater- Reliabilität“ des Verfahrens wurden von mehreren Studien ausreichend beschrieben und belegt.

Es sollten bei der Erhebung des ZBKT mögliche Störfaktoren, wie die Einflüsse der Umgebung, des Therapeuten, des Raters, des Categoriesystems und die sozialen, tageszeitlichen und beruflichen Schwankungen des Patienten, bedacht werden.

5.4.1. Das Videorating

Die Reliabilität des neuentwickelten Videoratings wurde durch Studien von Zander et al. (1995) belegt. Eine gute Übereinstimmung der Auswertungen von Transkripten und der direkten Auswertung von Videoaufnahmen unterschiedlicher Rater wurde von ihm beschrieben. Der Einsatz in Gruppenpsychotherapien wurde bereits in der Arbeit von Ghanem- Wiesel (2000) als anwendbar dargelegt.

5.4.2. Die Kategoriensysteme

Um einen interpersonellen Vergleich der zentralen Beziehungskonfliktthemen vornehmen zu können, wurden die Standard- und Clusterkategorien entwickelt.

5.4.2.1. Die Standardkategorien

Die Standardkategorienliste, die 1988 von Crits- Christoph und Demorest ausgearbeitet wurde, besteht aus 34 Kategorien für die W- Komponente, aus 30 Kategorien für die RO- Komponente und aus 30 Kategorien für die RS- Komponente.

Ein häufiger Kritikpunkt der Standardkategorien ist deren unterschiedliche inhaltliche Nähe zueinander. Einige Kategorien sind sich inhaltlich sehr ähnlich, so dass die eindeutige Zuordnung vereinzelt unmöglich ist. Beispiel hierfür sind die Standardkategorien 1, 2, 3 und 8: „ *verstanden werden, angenommen/ akzeptiert werden, respektiert werden, Offenheit von anderen*“ für die Wünsche des Erzählers. Ein weiteres Problem ist die fehlende ausreichende Differenzierung einiger Kategorien, so dass diese häufiger gewählt werden als andere (vgl. Albani et al., 1999). Siehe RO 27: „*sind verärgert; sind wütend; sind gereizt; vorwurfsvoll; frustriert*“ als Beispiel.

Das Fehlen bestimmter inhaltlicher Aspekte in den Komponententypen „Reaktion des Objektes“ und „Reaktion des Subjektes“ kann zu einer verfälschten Auswertung führen. Beispiele für fehlende Reaktionen des Objektes sind: *„sind traurig, loben, bitten um Hilfe, geben nach, unterwerfen sich, vertrauen mir und strengen sich an“*. Als Beispiel für fehlende Reaktionen des Subjektes sind: *„bin verletzt, bin irritiert, bin beeindruckt, bin hoffnungsvoll, ich bewundere und ich strenge mich an“* zu nennen.

5.4.2.2. Die Clusterkategorien

Die Clusterkategorien mit jeweils 8 Kategorien für jeden Komponententyp wurden 1990 von Barber et al. entwickelt, um die Anwendbarkeit der ZBKT- Methode in der klinischen Praxis zu erleichtern. Entwickelt wurden die einzelnen Clusterkategorien mithilfe empirisch ermittelter Gruppierungen der Standardkategorien. Durch die Übersetzung der Standardkategorien in die Cluster werden die Äußerungen abstrahiert, und die eigentlichen Formulierungen können nicht mehr nachvollzogen werden.

Ein Diskussionspunkt ist die ungleiche Verteilung von Standardkategorien, die in den Clustern enthalten sind. Die Spannweite geht von zwei bis neun Standardkategorien, die zu einem Cluster zusammen gefasst werden.

Einen weiteren Kritikpunkt formulierte C. Albani 1992. Sie kam zu dem Ergebnis, dass einige Standardkategorien durch die Cluster nicht erfasst werden. Auch werden gegenläufige Tendenzen in einigen Fällen aufgehoben, und ähnliche Standardkategorien werden teilweise in verschiedenen Clustern auseinander dividiert. Dieses kann zu einer Verfälschung der absoluten Häufigkeiten führen.

5.5. Die Interrater- Reliabilität

Eine Reliabilitätsstudie von Ratern, die Paar- und Beziehungsepisodeninterviews ausgewertet haben liegt vor (Staats, 2001).

5.5.1. Die Interrater- Reliabilität bei der Erfassung von ZBK- Themen aus Paar- und Beziehungsepisodeninterviews :

Für die Bestimmung der Interrater- Reliabilität wurden die „maßgeschneiderte“ Auswertung der Interviews und die ZBKT aus den Interviews nach dem Auszählverfahren herangezogen. Dabei ergaben sich Kappa- Werte für die „maßgeschneiderte“ Auswertung von .39 für den Bereich „Wunsch“, .57 für den Bereich „Reaktion des Objektes“ und .77 für den Bereich „Reaktion des Subjektes“. Die Kappa- Koeffizienten, die aus den Ergebnissen Auszählverfahren bestimmt wurden liegen bei .43 für den Bereich „Wunsch“, bei .36 für den Bereich „Reaktion des Objektes“ und bei .52 für den Bereich „Reaktion des Subjektes“. Die Ergebnisse der hier beschriebenen Reliabilitätsstudie können für die „maßgeschneiderten“ Auswertungen als ausreichend bis gut, für das Auszählverfahren als noch ausreichend beurteilt werden (Landis und Koch, 1970).

5.5.2. Die Interrater- Reliabilität der ausgewerteten Gruppensitzungen:

Die Interrater- Reliabilität der hier vorliegenden Arbeit wurde anhand von 6 Gruppentherapiesitzungen überprüft. Dieses diente der Qualitätsüberprüfung der in dieser Arbeit getätigten Aussagen

Beide Raterinnen hatten kein klinisches Vorwissen, sie waren daher nicht darin geschult, Übertragungsaspekte in den Interventionen des Therapeuten zu erfassen. Sie durchliefen lediglich ein kurzes Training in der Auswertung mit der ZBKT-Methode. Beide Raterinnen werteten die Videos getrennt und unabhängig voneinander zu unterschiedlichen Zeitpunkten aus. So war zunächst eine eher geringe IR-Reliabilität zu vermuten.

Ein möglicher persönliche Einfluss des Raters auf die Interview- Ergebnisse und somit deren subjektive Verfälschung muss immer bedacht werden. Besonders bei undeutlichen Beziehungsepisoden könnte der Auswerter versuchen, sich in den Patienten hinein zu versetzen und seine eigenen Gefühle zu deuten und zu bewerten. Dadurch könnte es zu einer Vermischung

der Persönlichkeitsstruktur des Auswerters mit dem Inhalt der Erzählung und so zu einer verfälschten Auswertung der Beziehungsepisode kommen.

In einem ersten Auswertungsschritt wurden die Interventionen des Therapeuten identifiziert. Es wurden nur die Interventionen gezählt und ausgewertet, die eine emotionale Komponente enthielten.

Der weitere Schritt war die Identifizierung auf wen in der Ansprache Bezug genommen wurde. Es wurde unterschieden, ob sich die Intervention auf ein Gruppenmitglied, den Partner, den Therapeuten, die Eltern oder andere Menschen bezog.

Daraufhin erfolgte die Einteilung der Interventionen in die von L. Luborsky unterschiedenen drei Komponententypen „Wunsch“, „Reaktion des Objektes“ und „Reaktion des Subjektes“ mit Zuordnung in die verschiedenen Standardkategorien und -cluster.

Diese Cluster wurden für die Ermittlung der Interrater- Reliabilität miteinander verglichen und mittels Cohen Kappa in Bezug gesetzt.

In der vorliegenden Arbeit werteten beide Rater die Interventionen von 6 Sitzungen aus. Dabei wurden Kappa- Koeffizienten von .66 für den Bereich „Wunsch“, von .84 für den Bereich „Reaktion des Objektes“ und von .53 für den Bereich „Reaktion des Subjektes“ ermittelt.

Die Interrater- Reliabilität dieser Arbeit kann im Gegensatz zu vorherigen Vermutungen mit gut bewertet werden.

5.6. Die Ergebnisse

Ein Ausgangspunkt der hier vorliegenden Arbeit ist die bereits oben erwähnte Untersuchung von P. Crits- Christoph et al. (1988). In seiner Veröffentlichung beschreibt Crits- Christoph den Zusammenhang von zielgerichteten Interventionen in Einzeltherapien mit einem positiven Behandlungserfolg. Er schildert, dass vor allem Interventionen, die den Wunsch des Patienten oder die Reaktion anderer (Reaktion des Objektes) ansprachen, einen positiven Effekt auf das Outcome hatten.

Das führte zu der Annahme, dass das Ergebnis auch auf Gruppentherapien übertragbar sei, und veranlasste uns zu dessen Überprüfung. Auch die komponentenunabhängige Interventionshäufigkeit und die mögliche Veränderung des zentralen Beziehungskonfliktthemas im Therapieverlauf wurden in dieser Arbeit näher betrachtet.

5.6.1. Die Anzahl der Interventionen

Bemerkenswert ist die große Streuung der Anzahl der Interventionen innerhalb der Gruppen. In der Gruppe I konnten zwischen 5 und 45 Interventionen pro Patient erfasst werden. Bei der Gruppe II lag die Interventionsanzahl zwischen 1 und 22 Interventionen pro Patient, während in der die Gruppe III zwischen 2 und 51 Interventionen pro Patient dokumentiert werden konnten.

Bei den fünf Patienten der Gruppe I intervenierte der Therapeut 185 mal, in der Gruppe II kam es zu 54 Interventionen bei vier Patienten und in der Gruppe III mit neun Patienten konnten 262 Interventionen des Therapeuten verzeichnet werden. Das heißt, dass der Therapeut bei den wenig erfolgreichen Patienten aus der Gruppe I 37 mal im Durchschnitt interveniert hat, bei den nicht in allen Bereichen erfolgreichen Patienten aus Gruppe II 13,5 mal im Durchschnitt und bei den erfolgreichen Patienten der Gruppe III 29,1 mal im Durchschnitt interveniert hat. Um eine höhere Aussagekraft zu erzielen wurden Gruppe I und Gruppe II zusammen gefasst, welches einen Interventionsdurchschnitt pro Patient von 26,6 mal gegenüber einem Interventionsdurchschnitt von 29,1 mal der Gruppe III zu stellen ist.

Daraus erkennt man eine kleine „Bevorzugung“ der Gruppen I und II, welche so gering ist, dass sie als nicht signifikant erachtet wird.

Die Interventionshäufigkeit korrelierte nicht, wie vorher vermutet, mit dem Behandlungserfolg. Es ergibt sich der Eindruck, dass die weniger erfolgreichen Patienten häufig angesprochen wurden um sie besonders zu fördern und dass die ausnehmend erfolgreichen Patienten häufiger angesprochen wurden, weil sie sich in besonders aktiver Weise an der Gruppe beteiligten.

5.6.2. Die zielgenauen Interventionen

Bei den folgenden Untersuchungsergebnissen muss zwischen den beiden Auswertungsmethoden, mit denen die Interviews analysiert wurden, und zwischen den verschiedenen Zeitpunkten, zu denen die Interviews abgehalten wurden, unterschieden werden.

5.6.2.1. Der Einfluss der Methodik

Die „maßgeschneiderte“ Methode stellt eine individuelle Form der Auswertung dar, die dem klinischen Denken sehr nah steht. Dieses führt zu der Vermutung, dass das ZBKT, welches mittels der „maßgeschneiderten“ Methode bestimmt wurde, zuverlässiger und treffender ist, als das ZBKT, welches nach dem Auszählverfahren analysiert wurde.

Ein Kritikpunkt, der häufig im Zusammenhang mit dem Auszählverfahren genannt wird, ist die Nennung von zwei oder mehr Clusterkategorien als die am häufigsten vorkommende Kategorie. Auch in der hier vorliegenden Arbeit wurden bei den 18 Patienten pro Kategorie bei 3 bis 7 Patienten mehrfach Nennungen in den zeitnahen Interviews erfasst. Es mussten daher bei 26 % der ausgewerteten Cluster Überarbeitungen vorgenommen werden. Um das zutreffende ZBKT zu bestimmen, wurde die Verteilung der anderen, nicht als zentral beurteilten Kategorien berücksichtigt. Deren inhaltliche Nähe zu den häufigsten Kategorien wurde in die Beurteilung des ZBKT mit einbezogen. Dieses Vorgehen kompensiert die ungleichmäßige inhaltliche Nähe und die großen Häufigkeitsunterschiede der Clusterkategorien und steht dem klinischen Interesse an einem eindeutigen ZBKT nah. Diese Verfahrensweise birgt aber auch die Gefahr der Ermittlung eines irrtümlich verfehlten zentralen Beziehungskonfliktthemas.

Um die genannte Fehlerquelle zu minimieren, wurden in dieser Arbeit in einem Vergleich alle Cluster, die auf der Ebene der Narrativen entstanden sind, mit einbezogen, das sogenannte Beziehungskomponentenmuster (vgl. dazu Staats, 2004, S.58 f). Für diese Untersuchung wurden dabei nicht die relative Häufigkeit der Nennungen der einzelnen Kategorien berücksichtigt (die in einem Beziehungskomponentenmuster abgebildet wird), sondern alle in diesem Muster vorkommenden Kategorien im Sinne einer möglichen Übereinstimmung gewertet. Dieses Vorgehen überschätzt daher möglicherweise die tatsächliche Übereinstimmung in der Gruppensitzung.

In einer weiteren Gegenüberstellung (siehe unten) wurden der häufigste und zweithäufigste Cluster aus den Interviews für die Zählung der Übereinstimmungen berücksichtigt.

5.6.2.2. Die Ergebnisse der unterschiedlichen Auswertungsmethoden

5.6.2.2.1. Die „maßgeschneiderte“ Methode:

Die Gruppe I hatte in dem Bereich „Wunsch“ 14%, in dem Bereich „Reaktion des Objektes“ 8% und in dem Bereich „Reaktion des Subjektes“ 18% Übereinstimmung der Cluster.

In der Gruppe II wurde im Bereich „Wunsch“ zu 0%, im Bereich „Reaktion des Objektes“ zu 60% und im Bereich „Reaktion des Subjektes“ zu 22% der übereinstimmende Cluster angesprochen.

Die Gruppe III hat 3% Übereinstimmung im Bereich „Wunsch“, 16% im Bereich „Reaktion des Objektes“ und 22% im Bereich „Reaktion des Subjektes“.

Nach dieser Auswertung ergibt sich kein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen gutem Behandlungserfolg und der Zielgenauigkeit der Ansprachen von Wunsch-, RO- und RS- Komponenten der individuellen ZBKT der einzelnen Patienten.

5.6.2.2.2. Das Beziehungskomponentenmuster

Die Gruppe I hatte in dem Bereich „Wunsch“ 76%, in dem Bereich „Reaktion des Objektes“ 67% und in dem Bereich „Reaktion des Subjektes“ 85% Übereinstimmung der Cluster.

In der Gruppe II wurde im Bereich „Wunsch“ 64%, im Bereich „Reaktion des Objektes“ 60% und im Bereich „Reaktion des Subjektes“ 63% übereinstimmende Cluster angesprochen.

Die Gruppe III hat 64% Übereinstimmung im Bereich „Wunsch“, 82% im Bereich „Reaktion des Objektes“ und 55% im Bereich „Reaktion des Subjektes“.

Bei diesem Vergleich der Cluster der Interviews auf der Ebene der Beziehungskomponenten mit den Interventionsclustern gibt es die höchsten prozentualen Übereinstimmungen. Interessant ist die Frage, worin der Unterschied in der Abbildung von Übertragung bzw. Formung des ZBKT zwischen dem Beziehungskomponentenmuster, dem Auszählverfahren und der „maßgeschneiderten“ Methode besteht. Wie bereits oben erwähnt unterscheiden sich das

Auszählverfahren und die „maßgeschneiderte“ – Methode durch die unterschiedliche Entwicklung des zentralen Beziehungskonfliktthemas, während das Beziehungskomponentenmuster alle Cluster aufzeigt.

Eine mögliche Fehlerquelle des Auszählverfahrens ist die Reduktion des ZBKT auf die Cluster, die am häufigsten in dem Interview vorkommen. So gehen seltene Cluster bei der ZBKT- Bestimmung anhand des Auszählverfahrens verloren. Bei der Einbeziehung des gesamten Beziehungskomponentenmusters in die Auswertung sind auch die seltenen Cluster relevant, die bei der Auszählverfahrensauswertung unbeachtet bleiben würden. Die „maßgeschneiderte“ Formulierung des ZBKT ist individueller und setzt ein hohes Maß an Schlussbildung des Auswerters voraus. Sie bezieht auch seltene Cluster mit ein, allerdings sollten diese konstant im Interview vorkommen und eine Tendenz erkennen lassen.

Diese Gegenüberstellung zeigt, dass der Therapeut vermehrt Cluster ansprach, die in den Interviews selten und hintergründig genannt wurden.

Die Gruppen I, II und III unterscheiden sich allenfalls geringfügig in ihren prozentualen Übereinstimmungen die einzelnen Komponenten betreffend, so dass dieser Aspekt zum Behandlungserfolg keine prägnante Aussage zulässt.

Bei dieser Auswertungsform ist ein Bezug zwischen dem Behandlungserfolg und zielgerichteten Interventionen nicht erkennbar.

5.6.2.2.3. Das Auszählverfahren

Die Gruppe I hatte in dem Bereich „Wunsch“ 16%, in dem Bereich „Reaktion des Objektes“ 46% und in dem Bereich „Reaktion des Subjektes“ 28% Übereinstimmung der Cluster.

In der Gruppe II wurde im Bereich „Wunsch“ 18%, im Bereich „Reaktion des Objektes“ 0% und im Bereich „Reaktion des Subjektes“ 11% übereinstimmende Cluster angesprochen.

Die Gruppe III hat 22% Übereinstimmung im Bereich „Wunsch“, 29% im Bereich „Reaktion des Objektes“ und 31% im Bereich „Reaktion des Subjektes“.

Bemerkenswert ist der Umstand, dass sich die Daten nach dieser Auswertungsmethode gegenteilig verhalten, zu den Daten, die nach der „maßgeschneiderten“ Methode ausgewertet wurden. Die Gruppe II hat nach dem Auszählverfahren die wenigsten Übereinstimmungen, während nach der „maßgeschneiderten“ Methode die Gruppe II die meisten zutreffenden Interventionen hat. Dem Phänomen scheint die relativ schlechte Vergleichbarkeit dieser beiden Methoden zugrunde zu liegen.

Bei dieser Auswertungsform ist kein Bezug zwischen dem Behandlungserfolg und zielgerichteten Interventionen zu verzeichnen.

Es lässt sich bei dieser Auswertungsform kein Zusammenhang zwischen häufigen zielgerichteten Ansprachen die Wunsch-, die RS- und die RO- Komponente betreffend und einem positiven Outcome erkennen.

5.6.2.2.4. Der häufigste und zweithäufigste Cluster nach dem Auszählverfahren

Die Gruppe I hatte in dem Bereich „Wunsch“ 39%, in dem Bereich „Reaktion des Objektes“ 71% und in dem Bereich „Reaktion des Subjektes“ 38% Übereinstimmung der Cluster.

In der Gruppe II wurde im Bereich „Wunsch“ 18%, im Bereich „Reaktion des Objektes“ 0% und im Bereich „Reaktion des Subjektes“ 19% übereinstimmende Cluster angesprochen.

Die Gruppe III hat 30% Übereinstimmung im Bereich „Wunsch“, 55% im Bereich „Reaktion des Objektes“ und 41% im Bereich „Reaktion des Subjektes“.

Auch die Resultate dieser Auswertungsform bestätigen die bereits oben aufgeführte Schlussfolgerung:

Der Behandlungserfolg stellt sich in keiner Wechselbeziehung zu den zielgerichteten Interventionen dar.

Die Ergebnisse der einzelnen Auswertungsformen der ZBKT- Methode sind unterschiedlich gut miteinander vergleichbar.

Das zentrale Beziehungskonfliktthema der Patienten aus den Interviews, welches nach dem Auszählverfahren ermittelt wurde und die Auswertungsform mit dem häufigsten und zweithäufigsten Cluster, wurden direkt aus den Daten des Beziehungskomponentenmusters erfasst. Es handelt sich bei den Ergebnissen dieser beiden Auswertungen um ähnliche, modifizierte Werte.

Die höchste prozentuale Übereinstimmungsrate war bei dem Beziehungskomponentenmuster zu verzeichnen. Dieses leitete zu der Schlussfolgerung, dass der Therapeut in seinen Interventionen vermehrt auf Cluster einging, die in den Interviews eher seltener genannt wurden.

Die Daten, die bei dem Vergleich der „maßgeschneiderten“ Methode und dem Auszählverfahren mit den Interventionen erschlossen wurden, sind unklar in ihrer Tendenz, sprechen für eine schlechte Vergleichbarkeit der Methoden und zeigen die Unabhängigkeit des Behandlungserfolges von zielgenau auf die individuellen ZBK- Themen der einzelnen Gruppenteilnehmer gerichteten Interventionen auf.

5.6.2.3. Das ZBKT im Therapieverlauf

Ob sich die Interventionen des Therapeuten auf ein ZBKT beziehen, welches in der Vergangenheit sichtbar war, oder ob die Interventionen sich auf ein ZBKT beziehen, welches erst im Therapieverlauf sichtbar wurde, wurde in einer weiteren Gegenüberstellung der Interventionen mit den zentralen Beziehungskonfliktthemen aus Interviews verschiedener Zeitpunkte veranschaulicht. Dabei wurde geprüft, ob die Interventionen in Wechselbeziehung mit einer möglichen Veränderung des ZBKT im Therapieverlauf stehen.

Die Interviews, die hierfür untersucht wurden, stammten von dem ersten Termin (t1) nach Beginn der Gruppenpsychotherapie, von dem Termin, der zeitlich nah an den Gruppenpsychotherapien lag (t1-t3= tz) und von dem Zeitpunkt, der direkt nach dem „zeitnahen“ Termin(t2-t4) lag. Das letzte Interview, welches für diesen Versuch verwendet wurde, wurde ein halbes Jahr nach den untersuchten Gruppenpsychotherapiesitzungen geführt.

Bei einem Patienten der Gruppe I, bei drei Patienten der Gruppe II und bei sechs Patienten der Gruppe III stimmt das zeitnahe Interview mit dem Interview zum Zeitpunkt t1 überein. Bei einem

Patienten aus der Gruppe I und bei einem Patienten der Gruppe II ist das zeitnahe Interview identisch mit dem letztmöglichen Interview.

Die maßgeschneiderten Auswertungen der Interviews wurden für diese Fragestellung herangezogen, da Veränderungen des klinisch relevanten, innere Muster abbildenden Themas untersucht werden sollen.

Die Darstellung der Zielgenauigkeit im Verlauf erfolgt für alle drei Bereiche und alle drei Gruppen separat. In der Gruppe I wurde die Übereinstimmung zum Termin t1 für den Bereich „Wunsch“ mit 18%, für den Bereich „Reaktion Objekt“ mit 13% und für den Bereich „Reaktion Subjekt“ mit 13% ermittelt. Zum zeitnahen Termin wurde die Übereinstimmung für den Bereich „Wunsch“ mit 14%, für den Bereich „Reaktion Objekt“ mit 8% und für den Bereich „Reaktion Subjekt“ mit 18% erfasst. Zum zuletzt untersuchten Termin wurde die Übereinstimmung für den Bereich „Wunsch“ mit 18%, für den Bereich „Reaktion Objekt“ mit 17% und für den Bereich „Reaktion Subjekt“ mit 31% ermittelt.

Die Gruppe II hat bei dem Vergleich der Interventionen mit den Beziehungskonfliktthemen aus dem Interview zum Zeitpunkt t1 für den Bereich „Wunsch“ eine 27%, für den Bereich „Reaktion Objekt“ eine 60% und für den Bereich „Reaktion Subjekt“ eine 11% Übereinstimmung. Zum zeitnahen Termin für den Bereich „Wunsch“ eine 0%, für den Bereich „Reaktion Objekt“ eine 60% und für den Bereich „Reaktion Subjekt“ eine 22% Übereinstimmung, während die Übereinstimmung zum zuletzt untersuchten Zeitpunkt für den Bereich „Wunsch“ mit 2%, für den Bereich „Reaktion Objekt“ mit 60% und für den Bereich „Reaktion Subjekt“ mit 22% berechnet wurde.

Der Vergleich der Interventionen mit den Beziehungskonfliktthemen aus dem Interview vom Zeitpunkt t1 in der Gruppe III für den Bereich „Wunsch“ beläuft sich auf 3%, für den Bereich „Reaktion Objekt“ beläuft sich auf 6% und für den Bereich „Reaktion Subjekt“ beläuft sich auf 22%. Vom zeitnahen Interview für den Bereich „Wunsch“ beläuft sich die prozentuale Zielgenauigkeit auf 3%, für den Bereich „Reaktion Objekt“ beläuft sie sich auf 16% und für den Bereich „Reaktion Subjekt“ beläuft sie sich auf 22%. Vom letzten Zeitpunkt (t2-t4) für den Bereich „Wunsch“ beläuft sich die Übereinstimmung auf 11%, für den Bereich „Reaktion Objekt“ beläuft sie sich auf 22% und für den Bereich „Reaktion Subjekt“ beläuft sie sich auf 19% in der Gruppe III.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen tendenziell eine Zunahme der Übereinstimmungen der Interventionen mit den Interviewclustern im zeitlichen Verlauf. Aufgrund der Übereinstimmung mehrerer Interviews zum Zeitpunkt t1 mit den zeitnahen Interviews, ist eine

präzise Aussage zum Vergleich der Interviews vom erstmöglichen Zeitpunkt mit den Interventionen nicht möglich.

5.6.2.4. Inhaltliche Aussagen

Es zeigt sich eine Veränderung des ZBKT in Richtung der in der Vergangenheit getätigten Interventionen. Der Therapeut beeinflusst und formt möglicherweise das ZBKT der Patienten im Therapieverlauf durch sein Intervenieren.

Dieses deckt sich mit den Untersuchungen von Thea Bauriedl. Sie beschreibt die unbewusste Verflechtung zwischen dem Therapeuten und Patient. Für sie spielt der Therapeut im klinischen Prozess die entscheidende Rolle: „*Die Veränderung beginnt im Therapeuten.*“ (Bauriedl, 1980) Interessant ist dieses vor dem Hintergrund, dass in der vorliegenden Arbeit weder die Anzahl noch der Charakter der Interventionen einen Einfluss auf den Therapieerfolg der Patienten haben.

Der Einfluss von Interventionen des Therapeuten in Gruppenpsychotherapien ist nicht offensichtlich. Der Therapeut achtet auf die Herstellung guter Arbeitsbedingungen in der Gruppe und auf die Förderung des Gruppenprozesses. Interpersonelles Feedback und Rückmeldungen erfolgen auf vielfache Weise und sind oft wirkungsvoller für den Patienten, wenn sie durch die anderen Gruppenteilnehmer getätigt werden. Die Wortbeiträge des Therapeuten, die sich auf das jeweilige zentrale Beziehungskonfliktthema beziehen, haben – möglicherweise aufgrund einer solchen Arbeitsteilung – in den untersuchten Gruppen anders als von Crits-Christoph bei Einzeltherapien beschrieben, keinen erkennbaren Zusammenhang zum Ergebnis der Therapie.

6. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde der Einfluss von Interventionen des Therapeuten in einer Gruppenpsychotherapie auf den Behandlungserfolg untersucht.

Die Häufigkeit und die Zielgenauigkeit der Interventionen wurden mit verschiedenen Vorgehensweisen innerhalb der Methode des zentralen Beziehungskonfliktthemas erfasst. Dies ist damit eine erste Untersuchung von therapeutischen Interventionen in Gruppen, die versucht, die Qualität therapeutischer Interventionen über das Kriterium der Zielgenauigkeit zu erfassen.

6.1. Methoden

Der Behandlungserfolg der Patienten wurde mithilfe von drei Faktoren bestimmt:

1. Die Einschätzung des Therapeuten den Behandlungserfolg der Patienten betreffend.
2. Der SCL-90-R Fragebogen, den die Patienten in dem entsprechenden Zeitraum ausgefüllt hatten.
3. Die Selbsteinschätzung der Patienten ihre Partnerschaft und Erkrankung betreffend.

Anhand dieser drei Kriterien wurden die Patienten in Gruppen ihrem Behandlungserfolg entsprechend eingeteilt.

Die zentralen Beziehungskonfliktthemen der Patienten wurden nach der ZBKT- Methode von L. Luborsky aus Beziehungsepisodeninterviews ermittelt. Dieses Verfahren dient der Bestimmung repetitiver Muster aus Erzählungen über Interaktionen mit anderen Menschen. Die Muster spiegeln die Erwartungen des Erzählers wieder, die er an seine Beziehungen hat. Das ZBKT ist ein Instrument, welches in der therapeutischen Arbeit eine etablierte Rolle spielt. In der vorliegenden Arbeit wurden unterschiedliche Auswertungsmethoden dieses Verfahrens eingesetzt:

- das Beziehungskomponentenmuster,
- der häufigste und zweithäufigste Cluster,
- das zentrale Beziehungskonfliktthema nach dem Auszählverfahren und nach
- der „maßgeschneiderten“ Auswertungsform.

Die Interventionen des Therapeuten wurden anhand ihrer Anzahl, nach dem Interventionsmodus sowie nach den Themen, die die Interventionen ansprachen, betrachtet und ausgewertet. Zur Operationalisierung der Interventionen wurden deren Inhalte in Anlehnung an die ZBKT- Methode

nach L. Luborsky Wunsch-, RO- und RS- Komponenten zugeordnet und die entsprechenden Standard- und Clusterkategorien bestimmt.

6.2. Ergebnisse

Eingangs wurde die Anzahl der Interventionen, die die Patienten ansprechen mit dem Behandlungserfolg der Patienten in Bezug gesetzt. Die Ergebnisse sprechen für die Unabhängigkeit des Behandlungserfolges von der Anzahl der Interventionen eines Patienten betreffend in Gruppentherapien. Es konnte kein Zusammenhang zwischen der absoluten Häufigkeit der Interventionen des Therapeuten und dem Behandlungserfolg der Patienten beschrieben werden.

Nachfolgend wurden die Standard- und Clusterkategorien der Interventionen mit denen der zentralen Beziehungskonfliktthemen der Patienten verglichen. Dies diente der Verdeutlichung der Auswirkung von zielgerichteten Ansprachen das individuellen ZBKT der Patienten betreffend. Innerhalb dieser Gegenüberstellung wurden die verschiedenen Auswertungsformen der ZBKT- Methode der Patienteninterviews betrachtet und jeweils mit den Interventionen verglichen.

In keiner Gegenüberstellung kann eine eindeutige Tendenz zielgerichteter Interventionen, einzelne Komponenten ansprechend, mit einem guten Outcome aufgezeigt werden.

Anschließend erfolgte der Vergleich der prozentualen Zielgenauigkeiten der Interventionen der einzelnen Auswertungsformen miteinander. Dabei zeigten sich eine hohe Übereinstimmungsrate der Standardkategoriecluster der Interventionen mit denen des Beziehungskomponentenmusters sowie eine generelle schlechte Vergleichbarkeit der einzelnen Auswertungsformen.

In einer weiteren Gegenüberstellung wurden Veränderungen der zentralen Beziehungskonfliktthemen der Patienten im Therapieverlauf betrachtet und mit den Interventionen des Therapeuten verglichen.

Dabei zeigte sich, dass sich die ZBKT der Patienten an Interventionen, die in der Vergangenheit vom Therapeuten getätigt wurden, annähern. Die zentralen Beziehungskonfliktthemen der Patienten wurden möglicherweise durch die Interventionen beeinflusst und glichen sich diesen in ihrer Thematik an.

6.3. Diskussion

In den in dieser Arbeit untersuchten Gruppentherapiesitzungen ließen sich Interventionen finden, die mit Hilfe der ZBKT-Methode ausgewertet und denen Standardkategorien zugeordnet werden konnten. Eine Herausforderung der vorliegenden Arbeit war die Gliederung der Patienten in Gruppen entsprechend ihres Behandlungserfolges. Da die Mehrzahl der Patienten von der Therapie profitiert hat, konnten trotz strenger Kriterien lediglich ungleich große Gruppen gebildet werden. Anhand derer konnten Tendenzen aufgezeigt werden, von einer Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist jedoch abzusehen. Um Aussagen mit mehr Prägnanz treffen zu können, wurde die Gruppenanzahl bei einigen Auswertungen reduziert.

Die Methode zur Bestimmung des zentralen Beziehungskonfliktthemas nach L. Luborsky aus den Beziehungsepisodeninterviews der Patienten zeichnete sich erneut als verlässliches und gut anwendbares Instrument aus. Zum Nachweis der Objektivität der in dieser Arbeit getätigten Aussagen wurden anhand von sechs Gruppentherapiesitzungen die Auswertungen zweier Rater miteinander verglichen. Das Resultat der Interrater- Reliabilitätsuntersuchung, der in dieser Arbeit involvierten Rater zeigt, dass von einer guten Reliabilität der Ergebnisse auszugehen ist.

Die Daten, die bei dem Vergleich der einzelnen Methoden erhoben wurden, sind nicht eindeutiger in ihrer Tendenz, sprechen für eine schlechte Vergleichbarkeit der Vorgehensweisen und weisen tendenziell eine Unabhängigkeit des Behandlungserfolges von der Zielgenauigkeit der Interventionen des Therapeuten in Gruppenpsychotherapien auf. Dies ist nach den Ergebnissen dieser Untersuchung jedenfalls dann der Fall, wenn die Zielgenauigkeit der Interventionen des Gruppentherapeuten in Analogie zur Einzeltherapie als Treffen des individuellen zentralen Beziehungskonfliktthemas eines Patienten operationalisiert wird.

Die Anzahl der Interventionen des Therapeuten in der Gruppentherapie sowie der Charakter dieser Interventionen haben entgegen der Erwartung keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg. Es ist weder eine positive noch eine negative Auswirkung belegbar. Vor diesem Hintergrund ist die Einflussnahme der Interventionen auf das ZBKT im Therapieverlauf zu vermerken: Das zentrale Beziehungskonfliktthema der Patienten verändert sich und nimmt Bezug auf in der Vergangenheit vom Therapeuten getätigte Interventionen.

Hier könnte sich ein Einfluss von Interventionen des Therapeuten in Gruppentherapien zeigen. Aber auch ein förderndes Reagieren des Therapeuten auf sich zunächst in den Interaktionen in der Gruppe entwickelndes Verhalten ist denkbar.

7. Anhang

7.1. Die Standard- und Clusterkategorienliste

Standardkategorien der ZBKT-Methode. Übersetzung der „Standard List, Edition 2“ (Standardliste 2) von CRITS-CHRISTOPH und DEMOREST (1988), zit. nach BARBER et al (1990), in der Übersetzung von LUBORSKY et al (1991).

ZBKT-STANDARKATEGORIEN FÜR WÜNSCHE / ABSICHTEN

1. VERSTANDEN WERDEN; Verständnis bekommen; Mitgefühl bekommen; richtig gesehen werden
2. ANGENOMMEN/AKZEPTIERT WERDEN; von anderen gut beurteilt/ nicht verurteilt werden; Bestätigung erhalten
3. RESPEKTIERT WERDEN; geachtet, geschätzt werden; gerecht behandelt werden; anderen wichtig sein
4. ANDERE ANNEHMEN/AKZEPTIEREN; für andere aufgeschlossen/ empfänglich sein
5. ANDERE RESPEKTIEREN/ACHTEN; andere anerkennen
6. VERTRAUEN HABEN; Ehrlichkeit, Aufrichtigkeit bei anderen
7. BELIEBT SEIN; gemocht werden; Interesse von anderen entgegengebracht bekommen
8. OFFENHEIT VON ANDEREN; andere sollen auf mich eingehen, mit mir sprechen
9. KOMMUNIKATION MIT ANDEREN; offen sein; mich ausdrücken können
10. ABSTAND VON ANDEREN HABEN; nicht offen sein; meinen Gefühlen nicht Ausdruck geben; in Ruhe gelassen werden
11. ANDEREN NAHE SEIN; einbezogen werden; nicht alleine sein; befreundet sein
12. ANDEREN HELFEN; anderen beistehen; anderen geben
13. HILFE/BEISTAND BEKOMMEN; Unterstützung bekommen; etwas Wertvolles bekommen; geschützt werden
14. NICHT VERLETZT WERDEN; Schmerzliches vermeiden; Zurückweisung vermeiden; mich schützen/verteidigen
15. VERLETZT WERDEN; bestraft werden; schlecht behandelt werden
16. ANDERE VERLETZEN; mich rächen; andere zurückweisen; meinem Ärger Luft machen
17. AUSEINANDERSETZUNGEN VERMEIDEN; Kompromisse schließen; andere nicht verärgern; mit anderen auskommen; flexibel sein

18. MICH ANDEREN WIDERSETZEN; gegen Beherrschung Widerstand leisten;
mit anderen in Konkurrenz treten
19. ÜBER ANDERE KONTROLLE/MACHT HABEN; dominieren; meine Vorstellungen
durchsetzen; Anerkennung meiner Rechte erzwingen
20. VON ANDEREN KONTROLLIERT WERDEN; Anweisungen bekommen; passiv, unterwürfig,
abhängig sein
21. SELBSTKONTROLLE HABEN; rational sein; berechenbar sein
22. ERFOLG HABEN; kompetent sein; gewinnen; berühmt sein
23. UNABHÄNGIG SEIN; autonom sein
24. SELBSTVERTRAUEN HABEN; mich gut fühlen; mich akzeptieren
25. MICH BESSERN; gesund werden
26. GUT SEIN; das Richtige tun
27. WIE DER ANDERE SEIN; sich mit dem anderen identifizieren; dem anderen ähnlich sein
28. MICH NICHT ANPASSEN; ich selbst sein; einzigartig sein
29. NICHT VERPFLICHTET ODER VERANTWORTLICH SEIN; frei sein; ungebunden sein
30. STABILITÄT; Sicherheit; Struktur
31. MICH WOHL FÜHLEN; mich entspannen; mich nicht schlecht fühlen
32. GLÜCKLICH/FROH SEIN; Spaß haben
33. GELIEBT WERDEN; eine romantische Beziehung haben; Sex haben
34. MICH BEHAUPTEN; die Anerkennung meiner Rechte erreichen

ZBKT-STANDARKATEGORIEN FÜR REAKTIONEN DES OBJEKTS (RO)

1. HABEN VERSTÄNDNIS; haben Mitgefühl; sind einfühlsam; sehen mich richtig
2. VERSTEHEN NICHT; haben kein Mitgefühl; sind nicht einfühlsam; nehmen keine Rücksicht
3. NEHMEN MICH AN/AKZEPTIEREN; weisen nicht zurück; sind mit mir einverstanden;
beziehen mich ein
4. SIND ZURÜCKWEISEND; sind nicht einverstanden; sind kritisch
5. RESPEKTIEREN MICH; behandeln mich gerecht; schätzen mich; bewundern mich
6. RESPEKTIEREN MICH NICHT; behandeln mich ungerecht; schätzen mich nicht;
bewundern mich nicht
7. VERTRAUEN MIR NICHT; glauben mir nicht; sind misstrauisch
8. SIND NICHT VERTRAUENSWÜRDIG; betrügen mich; sind betrügerisch; sind unehrlich
9. MÖGEN MICH; haben Interesse an mir

10. MÖGEN MICH NICHT; sind nicht an mir interessiert
11. SIND AUFRICHTIG; sind offen; sind verfügbar
12. SIND DISTANZIERT; reagieren nicht; sind nicht verfügbar
13. SIND HILFSBEREIT; unterstützen; geben mir; erklären
14. SIND NICHT HILFSBEREIT; unterstützen nicht; geben keinen Beistand
15. VERLETZEN MICH; sind gewaltsam; behandeln mich schlecht; bestrafen
16. SIND VERLETZT; sind verwundet; sind getroffen
17. WIDERSETZEN SICH MIR; konkurrieren; lehnen meine Wünsche ab; stellen sich gegen mich
18. SIND SYMPATHISCH; sind angenehm; sind kooperativ
19. SIND UNZUVERLÄSSIG; sind verantwortungslos; sind außerhalb meiner Kontrolle
20. SIND BEHERRSCHEND; sind dominant; schüchtern ein; sind aggressiv; übernehme das Kommando
21. GEBEN MIR UNABHÄNGIGKEIT; Autonomie; ermutigen zur Selbstbestimmung
22. SIND ABHÄNGIG; sind von mir beeinflusst; sind unterwürfig
23. SIND UNABHÄNGIG; bestimmen selbst; passen sich nicht an; sind autonom
24. SIND STARK; sind überlegen; sind verantwortlich; sind bedeutend
25. SIND SCHLECHT; sind im Unrecht; sind schuldig
26. SIND STRENG; sind stur; sind hart
27. SIND VERÄRGERT; sind wütend; sind gereizt; vorwurfsvoll; frustriert
28. SIND ÄNGSTLICH; sind besorgt; sind nervös
29. SIND GLÜCKLICH; sind ausgelassen; genießen; sind unterhaltsam
30. LIEBEN MICH; sind an mir romantisch interessiert

ZBKT-STANDARKATEGORIEN FÜR REAKTIONEN DES SUBJEKTS (RS)

1. HABE VERSTÄNDNIS; verstehe; erkenne; sehe etwas richtig
2. VERSTEHE NICHT; bin verwirrt; bin überrascht; verstehe mich selbst nicht
3. FÜHLE MICH ANGENOMMEN/AKZEPTIERT
4. FÜHLE MICH RESPEKTIERT/GEACHTET; fühle mich geschätzt, bewundert
5. MAG ANDERE; bin freundlich
6. MAG ANDERE NICHT; hasse andere
7. SPRECHE MICH AUS; bin offen; kommuniziere
8. SPRECHE NICHT AUS; bin nicht offen; bin gehemmt; bin distanziert
9. BIN HILFSBEREIT; unterstütze; versuche anderen zu gefallen; gebe

10. VERLETZE ANDERE; bin gewaltsam; handele feindselig
11. WIDERSETZE MICH ANDEREN; trete in Konkurrenz,
in Auseinandersetzung; verweigere mich/etwas anderen
12. DOMINIERE; kontrolliere; habe Einfluss; manipulierte andere;
bin bestimmend; bin aggressiv
13. BIN UNZUVERLÄSSIG; entziehe mich der Kontrolle; bin impulsiv
14. HABE SELBSTKONTROLLE; bin verantwortungsbewusst
15. BIN UNABHÄNGIG; entscheide selbst; bin autonom
16. BIN ABHÄNGIG; bin unterwürfig; bin passiv; bin unfrei
17. BIN UNFÄHIG; bin inkompetent; bin hilflos
18. FÜHLE MICH SELBSTSICHER; bin oder fühle mich erfolgreich; fühle mich stolz
19. BIN UNSICHER; bin ambivalent; fühle mich hin- und hergerissen
20. FÜHLE MICH ENTTÄUSCHT; bin unbefriedigt; fühle mich verstimmt;
Fühle mich unausgefüllt
21. FÜHLE MICH VERÄRGERT; fühle mich wütend; gereizt; frustriert
22. FÜHLE MICH DEPRIMIERT; fühle mich ohne Hoffnung; traurig
23. FÜHLE MICH UNGELIEBT; fühle mich einsam; zurückgewiesen
24. FÜHLE MICH EIFERSÜCHTIG; fühle mich neidisch
25. FÜHLE MICH SCHULDIG; fühle mich im Unrecht
26. SCHÄME MICH; fühle mich peinlich berührt; bin beschämt
27. FÜHLE MICH ÄNGSTLICH; fühle mich besorgt; nervös
28. FÜHLE MICH WOHL; fühle mich sicher; in Sicherheit; bin oder fühle mich zufrieden
29. FÜHLE MICH GLÜCKLICH; fühle mich froh; ausgelassen; genieße
30. FÜHLE MICH GELIEBT; fühle mich in einer romantischen Beziehung

Cluster der Standardkategorien für die ZBKT-Methode (BARBER et al (1990)), in der Übersetzung von LUBORSKY et al (1991).

ZBKT-STANDARKATEGORIEN: CLUSTER FÜR W, RO UND RS

WÜNSCHE Enthält W Nr.

(Ich will:)

1. Mich behaupten und unabhängig sein	21, 23, 28, 34
2. Mich anderen widersetzen und andere verletzen und kontrollieren	16, 18, 19
3. Kontrolliert und verletzt werden und keine Verantwortung haben	13, 15, 20, 27, 29
4. Abstand haben und Auseinandersetzung Vermeiden	10, 14, 17
5. (Anderen) nahe sein und annehmen	4, 5, 6, 8, 9, 11
6. Geliebt und verstanden werden	1, 2, 3, 7, 33
7. Mich gut und wohl fühlen	24, 30, 31, 32
8. (Erfolg, Leistung) erreichen und anderen	12, 22, 25, 26

REAKTIONEN DES OBJEKTS Enthält RO Nr.

(Andere sind/ tun:)

1. Stark	23, 24, 29
2. Kontrollieren	20, 26
3. Bestürzt, aufgeregt und ärgerlich	16, 19, 22, 27, 28
4. Schlecht	8, 25
5. Weisen zurück und sind gegen mich	2, 4, 6, 7, 10, 12, 14, 15, 17
6. Hilfreich	13, 18
7. Mögen mich	5, 9, 21, 30
8. Verstehen	1, 3, 11

REAKTIONEN DES SUBJEKTS**Enthält RS Nr.****(Fühle mich/ bin/ tue/ habe:)**

1. Hilfreich	1, 7, 9
2. Unempänglich und unaufgeschlossen	2, 6, 8
3. Respektiert und akzeptiert	3, 4, 5, 28, 29,30
4. Widersetze mich und verletze andere	10, 11
5. Selbstkontrolle und Selbstvertrauen	12, 14, 15, 18
6. Hilflos	13, 16, 17, 19
7. Enttäuscht und deprimiert	20, 21, 22, 23, 24
8. Ängstlich und beschämt	25, 26, 27

7.2 Der Interraterfragebogen

Interventionen des Therapeuten

Wochentag:

Datum:

Bearbeitungsdatum:

Bearbeiter:

Bandstelle:

I Adressat:

Gruppe:

eine Person:

Interaktion zweier Personen:

II Zeit:

hier und jetzt in der Gruppe:

aktuelle Vergangenheit (letzte Wochen):

weiter zurückliegende Vergangenheit:

III über wen?

Gruppenmitglied:

Bez. zum Partner:

Bez. zum Therapeuten:

Bez. zu Eltern:

Bez. zu anderen Menschen:

IV ZBKT:

	angesprochen?		Frage danach		Aussage dazu	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein
W	<input type="checkbox"/>	SK: <input type="checkbox"/>				
RO	<input type="checkbox"/>	SK: <input type="checkbox"/>				
RS	<input type="checkbox"/>	SK: <input type="checkbox"/>				

8. Literaturverzeichnis

- Albani C: Eine methodenkritische Einzelfallstudie zur Erfassung von Übertragung und repetitiven Mustern mit der Methode des „Zentralen Beziehungskonflikt - Themas“, Med. Diss. Leipzig 1992
- Argelander H (1974): Die psychoanalytische Situation einer Gruppe im Vergleich zur Einzeltherapie. *Psyche* 20, 310 - 327
- Bauriedl T : Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1980
- Barber JP, Crits- Christoph P (Hrsg): *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders*. Basic Books, New York 1995
- Barber JP, Crits- Christoph P, Luborsky L: A guide to the CCRT standard categories and their classification; in: *Understanding transference*; hrsg. v. Luborsky L and Crits- Christoph P; Basic Books, New York 1990, 37- 50
- Barber JP, Luborsky L, Crits- Christoph P, Diguier L (1995): A comparison of core conflictual relationship themes before psychotherapy and during early sessions. *J Consul Clin Psychol* 63, 145- 148
- Crits- Christoph P, Cooper A, Luborsky L (1988): The accuracy of therapists` interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *J Consul Clin Psychol* 56, 490- 495
- Crits- Christoph P, Barber JP, Kurcias JS (1993): The accuracy of therapists` interpretation and the development of the therapeutic alliance. *Psychother Res* 3, 25- 35
- Dahlbender RW, Torres L, Reichert S, Stübner S, Frevert G, Kächele H (1993): Die Praxis des Beziehungsepisoden- Interviews. *Z Psychosom Med* 39, 51- 62
- Dicks HV: *Marital Tensions*. Routledge und Kegan Paul, London 1967
- Firneburg M, Klein B (1993): Probleme in der Anwendung des ZBKT - Verfahrens im Gruppensetting. *Gruppenpsychother Gruppensystem* 29, 147- 169
- Freud S (1910/1973): Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie; in : *Gesammelte Werke*; hrsg. v. Freud A u. a.; 8. Bd., sechste Auflage, Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt am Main 1973, 103- 115
- Freud S (1912/1992): Zur Dynamik der Übertragung; in: *Zur Dynamik der Übertragung*, Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt am Main 1992, 37- 48
- Freud S (1914/1992): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten; in: *Zur Dynamik der Übertragung*, Fischer Taschenbuchverlag Frankfurt am Main 1992, 85- 95

- Freud S(1926/2006): Hemmung, Symptom und Angst; sechste Auflage,
Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt am Main 2006
- Freud S, Breuer J (1895/1973): Studien über Hysterie; in: Freud S., Gesammelte Werke;
hrsg. v. Freud A u. a.; 1. Bd., sechste Auflage; Fischer Taschenbuchverlag,
Frankfurt am Main 1973, 75- 312
- Geyer M, Cierpka M, Kächele H: Das Repertoire der Übertragungsbereitschaften von
psychoneurotisch- psychosomatisch gestörten jüngeren Frauen. Antrag auf Gewährung
einer Sachbeihilfe an die DFG; Leipzig, Ulm, Göttingen 1994
- Ghanem - Wiesel C: Die Anwendung des zentralen Beziehungskonfliktthemas auf
gruppentherapeutische Sitzungen. Med. Diss. Göttingen 2000
- Greenson RR: Technik und Praxis der Psychoanalyse, Klett - Cotta, Stuttgart 1975;
(Original: The Techniques and the Practice of Psychoanalysis, International Universitie
Press Inc., New York 1967)
- Greenson RR: Psychoanalytische Erkundungen, Klett- Cotta, Stuttgart 1982; (Original:
Explorations in Psychoanalysis, International Universitie Press Inc., New York 1978)
- Heigl - Evers A, Heigl F: Für wen ist die Gruppenpsychotherapie geeignet; in: Psychoanalyse
und Gruppe, hrsg. v. Heigl- Evers A, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1971, 33- 52
- Heigl - Evers A, Heigl F (1975): Zur tiefenpsychologisch fundierten oder analytisch
orientierten Gruppenpsychotherapie des Göttinger Modells,
Gruppenpsychother Gruppendedyn 9, 237- 266
- Heigl - Evers A, Heigl F: Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie (1972).
2. Neubearbeitete Auflage, Verlag für Med. Psychologie, Göttingen 1978
- Herold R, Weiss H: Übertragung; in: Handbuch Psychoanalytischer Grundbegriffe;
hrsg. v. Mertens W und Waldvogel B; Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2000, 758- 771
- ICD-10 = Internationale Klassifikation psychischer Störungen,
2. Auflage, Verlag Hans Huber; Bern 1993
- König K(1988): Basale und zentrale Beziehungswünsche, Forum Psychoanal 4, 177- 185
- König K (1996): Übertragung in Einzeltherapie und Gruppenpsychotherapie,
Gruppenpsychother Gruppendedyn 32, 112- 123
- König K: Übertragungsanalyse, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1998
- König K, Lindner WV: Psychoanalytische Gruppentherapie,
Vandenhoeck & Ruprecht,Göttingen 1992
- König K, Tischtau- Schröter R (1982): Der interaktionelle Anteil der Übertragung bei
Partnerwahl und Partnerveränderung, Z Psychosom Med 3, 266- 279

- Kreische R (1986a): Zu den Auswirkungen von Charakterstruktur, Übertragung und Gegenübertragung bei der Behandlung neurotischer Paarkonflikte, Gruppenpsychother Gruppendedyn 22, 22- 35
- Kreische R (1986b): Die Behandlung von neurotischen Paarkonflikten mit paralleler analytischer Gruppentherapie für beide Partner, Gruppenpsychother Gruppendedyn 21, 337- 349
- Kreische R (1995): Gestörte Paarbeziehungen bei neurotischen Erkrankungen und ihre psychotherapeutische Behandlung, Z Psychosom Med 41, 108- 126
- Kreische R, Biskup J (1990): Die Untersuchung von zentralen Beziehungskonflikten in Paartherapie mit dem CCRT- Verfahren, Gruppenpsychother Gruppendedyn 26, 161- 172
- Landis JR, Koch GG(1977): The measurement of observer agreement for categorical data, Biometrics 33, 159-174
- Laplanche J, Pontalis JB: Übertragung, Übertragungsneurose; in: Das Vokabular der Psychoanalyse, Band 2, 3. Auflage, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1972, 550- 559
- Loewenstein RM (1969): Development in the theory of transference in the last fifty years, Int J Psychoanal 50, 583- 588
- Luborsky L (1977a): Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme; in: Communicative structure and psychic structures; hrsg. v. Freedman N and Grand S; Plenum Press, New York 1977, 367- 395
- Luborsky L (1977b): Long Term Trends in Transference and Resistance: A Report on a Quantitative- Analytic Method applied to four Psychoanalyses. J Am Psychoanal Assoc 25, 471- 489
- Luborsky L (1990a): The early development of the Core Conflictual Relationship Theme Idea; in: Understanding transference, The CCRT- method; hrsg. v. Luborsky L and Crits- Christoph P; Basic Books, New York 1990, 15- 36
- Luborsky L (1990b): The Relationship Anecdote Paradigm (RAP) Interview as a Versatile Source of Narratives; in: Understanding Transference; hrsg. v. Luborsky L and Crits- Christoph P; Basic Books, New York 1990, 102- 116
- Luborsky L (1990c): A guide to the CCRT Method; in: Understanding transference, The CCRT- method; hrsg. v. Luborsky L and Crits- Christoph P; Basic Books, New York 1990, 15- 36 (dt. Fassung, Albani C, Eckert R, Manual zur ZBKT- Methode, Ulm 1991)

- Luborsky L : A guide to the CCRT- method; in: Understanding transference- The CCRT method, 2nd ed, hrsg. v. Luborsky L and Crits- Christoph P; American Psychological Association, Washington D.C. 1998, 15- 42
- Luborsky L, Diguier L (1995): A novel CCRT reliability study: reply to Zander et al, Psychother Res 5, 237- 241
- Luborsky L, Barber J, Diguier L (1992): The meanings of the narratives told during psychotherapy, The fruits of a new observational unit, Psychother Res 2, 277- 290
- Luborsky L, Barber J, Schaffler P, Cacciola J: The narratives told during psychotherapy and types of CCRTs within them; in: Understanding transference- The CCRT method, 2nd ed; hrsg. v. Luborsky L and Crits- Christoph P; American Psychological Association, Washington D.C. 1998, 135- 150
- Meyers Lexikon Online, Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG, 2008, Stichwort „Intervention“, Abrufdatum 10. Januar 2009
- Orr DW (1954): Transference and Countertransference: A Historical Survey, J Am Psychoanal Assoc 2, 621- 670
- Pfeffer AZ (1963): The meaning of the analyst after analysis, J Am Psychoanal Assoc 11, 229- 244
- Sandler J: On the concept of superego; in: From Safety to Superego; hrsg. v. Sandler J; Guilford, New York 1987, 17- 44
- Schauenburg H, Strack M (1999): Measuring psychotherapeutic change with the Symptom Checklist 90R- SCL 90 R, Psychotherap Psychosom 68 (4), 199- 207
- Staats H : Die Bestimmung von Beziehungsmustern und zentralen Beziehungskonfliktthemen in diagnostischen Interviews, Partnerschaften und Gruppensitzungen, Eine Untersuchung der Qualität unterschiedlicher Vorgehensweisen zum Verständnis von Übertragungsbereitschaften und Übertragungen, Med. Habil. Göttingen 2001
- Staats H: Das zentrale Thema der Stunde, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2004
- Staats H (2005): Gruppenpsychotherapie als Teil eines Gesamtbehandlungsplans- stationär und auch ambulant? Gruppenpsychother Gruppensitzungen 41, 153- 175

- Staats H (2010): Combining individual and group and therapy in an out-patient setting for patients with personality disorders-useful approach or invitation to acting out? in: Schloesser AM, Gerlach A (Hrsg.): Crossing Borders – Integrating Differences: Psychoanalytic Psychotherapy in Transition, Karnac, London, 39- 54
- Streeck U: Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Grundlagen der psychoanalytisch- interaktionellen Methode. Klett- Cotta, Stuttgart 2007
- Streeck U, Leichsenring F: Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2009
- Thomä H, Kächele H: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1, zweite Auflage; Springer Verlag, Berlin 1985
- Willi J: Die Zweierbeziehung, Rowohlt, Reinbek 1975
- Willi J (2000): Koevolutive Aspekte der Paartherapie. Psychother Dialog 2, 29- 36
- Willi J (2002): Psychologie der Liebe- Persönliche Entwicklungen durch Paarbeziehungen, fünfte Auflage, Klett- Cotta, Stuttgart 2002
- Willi J, Frei R, Hännly G, Hotz R, Limacher B, Riehl-Emde A, Meyer JW (1994): Der koevolutive Fokus in der Einzel-, Paar- und Familientherapie. Psychother Psychosom Med Psychol 44, 411- 418
- Yalom ID: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, Klett- Cotta, Stuttgart 1996 (Original: The Theory and Practice of Group Psychotherapy, Basic Books, New York 1995)
- Zander B, Strack M, Cierpka M, Reich G, Staats H (1995 a): Coder agreement using the German edition of Luborsky's CCRT method in videotaped or transcribed RAP interviews. Psychother Res 5, 231 - 236
- Zander B, Strack M, Cierpka M, Reich G, Staats H (1995 b): Different reliabilities at the episode level and that of the final CCRT - a rejoinder to Luborsky and Diguer. Psychother Res 5, 242- 244
- Zetzel ER (1956): Current Concepts of Transference. Int J Psychoanal 37, 369- 376