

#### Redaktion

Thomas Fydrich, Berlin  
Alexandra Martin, Wuppertal  
Carsten Spitzer, Rosdorf  
Svenja Taubner, Heidelberg



CrossMark



### Online teilnehmen

## 3 Punkte sammeln auf CME.SpringerMedizin.de

#### Teilnahmemöglichkeiten

Die Teilnahme an diesem zertifizierten Kurs ist für 12 Monate auf CME.SpringerMedizin.de möglich. Den genauen Teilnahmeschluss erfahren Sie dort.

Teilnehmen können Sie:

- als Abonnent dieser Fachzeitschrift,
- als e.Med-Abonnent.

#### Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist zertifiziert von der Ärztekammer Nordrhein gemäß Kategorie D und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Für psychologische Psychotherapeuten ist diese Fortbildungseinheit von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditiert. Es werden jeweils 3 Punkte vergeben.

#### Anerkennung in Österreich

Gemäß Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die auf CME.SpringerMedizin.de erworbenen Fortbildungspunkte von der Österreichischen Ärztekammer 1:1 als fachspezifische Fortbildung angerechnet (§26(3) DFP Richtlinie).

#### Kontakt

Springer Medizin Kundenservice  
Tel. 0800 77 80 777  
E-Mail: kundenservice@springermedizin.de

# CME Zertifizierte Fortbildung

Sylke Andreas<sup>1,3</sup> · Jennifer Kadur<sup>1</sup> · Isa Sammet<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut für Psychologie, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Klagenfurt, Österreich

<sup>2</sup> Institut für Synergetik und Psychotherapieforschung, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Salzburg, Österreich

<sup>3</sup> Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Institut für Psychologie, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich

## Bedeutung von Beziehungstests in der Psychotherapie

### Zusammenfassung

Mehr oder weniger bewusste Beziehungstests können den Erfolg einer Psychotherapie wesentlich mitbestimmen. Ihre Rolle im therapeutischen Prozess wurde v. a. mithilfe der Control Mastery Theorie (CMT) konzeptualisiert; eine Behandlungstechnik, die auf die späte psychoanalytische Theorie Freuds zurückgeht. Angenommen wird, dass der Patient, wenn er sich in der therapeutischen Beziehung sicher fühlt, den Therapeuten unbewusst auf die Probe stellt, um korrigierende emotionale Erfahrungen machen zu können. Zu diesem tiefenpsychologischen Ansatz, der zwar von vornherein empirisch überprüft wurde, existiert kaum eine systematische Lehre im deutschsprachigen Raum. Daher werden die Grundannahmen des schon älteren Konzepts dargestellt und die Forschungsergebnisse diskutiert. Die beiden Formen des „Testens“ sog. pathogener Überzeugungen, Übertragungs- und Rollenumkehrtests, werden an 2 Fallvignetten illustriert. Abschließend wird der Stellenwert der CMT als therapeutische Technik diskutiert.

### Schlüsselwörter

Therapeut-Patient-Beziehung · Pathogene Überzeugungen · Übertragung · Therapeutische Allianz · Psychodynamische Therapie

Die therapeutische Beziehung ist einer der Hauptwirkfaktoren in der Psychotherapie

Nach Freud werden in der therapeutischen Beziehung frühere Beziehungsmuster reaktiviert

## Lernziele

Nach der Lektüre dieses Beitrags ...

- verfügen Sie über grundlegendes Wissen zu Beziehungstests in der therapeutischen Situation.
- können Sie Beziehungstests in der therapeutischen Situation erkennen.
- kennen Sie den Unterschied zwischen Übertragungs- und Rollenumkehrtests.
- haben Sie einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu Beziehungstests in Psychotherapie.

## Einleitung

In den letzten Jahren gewinnt die Untersuchung von **Interaktionsprozessen** zwischen Therapeut und Patient im Hinblick auf die therapeutische Wirksamkeit und das Therapieergebnis zunehmend an Bedeutung (Zilcha-Mano 2018). Dass hinsichtlich Behandlungserfolg und Wirksamkeit verschiedene psychotherapeutische Schulen und Verfahren gleich effektiv sind, konnte in einigen Metaanalysen nachgewiesen werden (Leichsenring und Rabung 2011). Die Forschung beschäftigt sich nun mit der Frage, welche Art von Psychotherapie bzw. welche Art von Intervention bei welchem Patienten effektiv ist (Zilcha-Mano 2018). Essenzieller Bestandteil und Basis jeglicher therapeutischer Interventionen ist die therapeutische Beziehung (Zilcha-Mano 2018). Sie gilt inzwischen als einer der prominentesten Hauptwirkfaktoren in der Psychotherapie (Flückiger et al. 2018). Nach Bordin (1979) setzt sich die therapeutische Beziehung aus gemeinsamen Zielen, Aufgaben und der tragfähigen (emotionalen) Bindung zwischen Patient und Therapeut zusammen.

Bereits von Freud (1912) konzipiert und als wesentlicher Bestandteil in psychodynamischen Therapien benannt, ist das bestens bekannte Konzept der **Übertragung**. Nach Freud (1912) werden in der therapeutischen Beziehung frühere Beziehungsmuster reaktiviert und auf die Person des Analytikers übertragen. Eine modernere Konzeption wird von Benecke (2017) vorgeschlagen. Er benennt allgemeine Bausteine klinischer Theorien, die sich v. a. mit **basalen Motivationssystemen** beschäftigen. Benecke ordnet die Motivationssysteme in die therapeutische Beziehung ein. Dabei wird die Bedeutung von frühen Beziehungserfahrungen, die sich in Schemata niederschlagen, als sehr hoch eingeschätzt. Diese **Schemarepräsentanzen** bestehen nach Benecke (2017) aus Motiv, Selbstbild, Objektbild, erwarteten Interaktionen und Affekten.

Eine Theorie- und gleichzeitig Therapiemethode, die sich mit Interaktionsprozessen auf **Mikroebene** beschäftigt und bei der sowohl die therapeutische Beziehung als auch diese Schemata

## Importance of tests in psychotherapy

### Abstract

More or less conscious alliance tests can essentially contribute to the success of psychotherapy. Their role in the therapeutic process was systematically conceptualized by the control mastery theory (CMT). This is a treatment concept based on Freud's late psychoanalytic theory. It assumes that when the patient feels secure in the therapeutic alliance, the patient unconsciously tests the therapist in the hope of correcting emotional experiences. Although it is one of only few deep psychodynamic concepts that has been empirically investigated, there is nearly no systematic teaching or application in German-speaking psychotherapy. Therefore, this article gives an overview of the basic assumptions of this somewhat aged concept and the corresponding research results. The two forms of testing of so-called pathogenic beliefs are the transference test and the role reversal test, which are illustrated by case examples. Finally, the value of CMT as a therapeutic technique is discussed.

### Keywords

Professional patient relationship · Pathogenic beliefs · Transference · Therapeutic alliance · Psychotherapy, psychodynamic

bzw. deren Repräsentanzen zentrale Bedeutung einnehmen, stellt die Control Mastery Theory (CMT) und Therapie (Weiss 1993) dar. Sie erklärt, wie pathogene Beziehungsmuster in der Therapie inszeniert und bearbeitet werden. Es handelt sich um eine Theorie der **therapeutischen Interventionstechnik**, die gute tiefenpsychologisch fundierte Kenntnisse und eine entsprechende Ausbildung voraussetzt.

## Control Mastery Theory

Im Folgenden werden die theoretischen Grundlagen der Theorie und das Störungsmodell näher vorgestellt. Anschließend wird die Relevanz der CMT für die therapeutische Beziehung erläutert. Methoden der Erkennung von Beziehungssituationen und der aktuelle Forschungsstand werden skizziert.

## Theoretische Grundlagen

### Ursprung der Methode

Die CMT ist eine kognitiv-psychodynamisch basierte Theorie, die Ende der 1980er-Jahre von Joseph Weiss, Harald Sampson und der Mount Zion Psychotherapy Research Group in San Francisco (SFPRG, USA) entwickelt wurde (Weiss 1986). Die Theorie beschreibt und erklärt das Interaktionsverhalten von Patienten bezogen auf die Interventionen des Therapeuten während der Psychotherapiesitzung. Die Überlegungen von Weiss (1986) basieren auf den Werken von Freud nach 1923. Im Speziellen dienten hierzu seine Hypothesen zum unbewussten Ich und Über-Ich (Weiss 1986; Albani et al. 1999; Brockmann und Sammet 2003).

### Anpassungsprozesse in der Kindheit

Ähnlich wie Bowlby (1984) in seiner Bindungstheorie beschreibt, geht Weiss (1986) davon aus, dass Menschen von Geburt an danach streben, sich an ihre **wichtigen Bezugspersonen** anzupassen. Bei diesen Anpassungsprozessen entwickelt das Kind unbewusste und bewusste Konstrukte der Welt (Rappoport 1996), die auf seinen Erfahrungen basieren und sein Verhalten leiten. Bowlby bezieht sich in seinen „**inneren Arbeitsmodellen**“ von Bindung auf unbewusste Überzeugungen und erklärt damit die unbewussten und manchmal bewussten Ängste und Erwartungen, die in menschlichen Beziehungen entstehen (Rosbrow 1993). Er (Bowlby 1984) beschreibt, dass das Kind eine gewisse – wenn auch evtl. dysfunktionale – Reaktion der Mutter auf seine Verhaltensweisen erwartet, wenn diese Interaktion wiederholt nach dem gleichen Schema verlaufen ist. Je länger ein ungünstiges Interaktionsmuster zwischen Mutter und Kind andauert, umso schwerer ist es zu verändern. Es verfestigt sich ein ungünstiges inneres Arbeitsmodell von Beziehung, das der Entwicklung stabiler und befriedigender Beziehungen entgegensteht (Bowlby 1984).

### Entwicklung pathogener Überzeugungen

Dies ähnelt der Annahme der CMT, die davon ausgeht, dass das Kind durch seine Erfahrungen mit den Eltern bestimmte **Erwartungen** entwickelt, wie es behandelt wird und in Zukunft behandelt werden wird. Dabei glaubt das Kind, es wäre adäquat, so behandelt zu werden, da es nichts anderes kennt und keine anderen Erfahrungen machen konnte. Weiss (1993) zufolge können diese Annahmen des Kindes aufgrund von traumatischen Erfahrungen dysfunktionalen Charakter einnehmen. In der CMT werden dysfunktionale Annahmen „**pathogene Überzeugungen**“ genannt. Sie sind das Ergebnis eines Anpassungsprozesses an traumatisierende frühe Beziehungen, der meist unbewusst erfolgt und in dem Sinne dysfunktional ist, als er die Person an der Verwirklichung wichtiger Lebensziele hindert.

**Beispiel.** Ein kleiner Junge, der sich selbst als von seinen Eltern vernachlässigt empfindet, entwickelt die pathogene Überzeugung, dass er nicht nur von seinen Eltern, sondern auch von anderen vernachlässigt werden wird. In der Folge entsteht habituell auch in anderen Beziehungen die Wahrnehmung, vernachlässigt zu werden (Weiss 2002).

Pathogene Überzeugungen behindern die normale und gesunde Entwicklung des Kindes (Weiss 1990). Sie führen langfristig, d. h. auch noch im Erwachsenenleben, zu der **unbewussten Angst**, dass die Person selbst oder andere Schaden nehmen, wenn Ziele verfolgt werden, die an sich

Die CMT erklärt die Inszenierung und Bearbeitung pathogener Beziehungsmuster in der psychotherapeutischen Behandlung

Grundlage der Entwicklung der CMT war das Spätwerk von Freud nach 1923

Im Rahmen von Anpassungsprozessen entwickelt das Kind unbewusste und bewusste Konstrukte der Welt

Aufgrund von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit können sich „pathogene Überzeugungen“ entwickeln

vernünftig sind. Dadurch neigt die Person dazu, sich konform zur pathogenen Überzeugung zu verhalten, um der vermeintlichen Gefahr für sich oder andere zu entgehen und die Beziehungen aufrechterhalten zu können. Damit kann sie aber eigene wichtige Ziele nicht erreichen und entwickelt **psychopathologische Symptome**.

**Beispiel.** Eine Patientin kann aufgrund von Prüfungsangst ihr Studium nicht abschließen, weil sie unbewusst den Erfolg fürchtet. Sie hat die unbewusste Erwartung, dass die Beziehung zu ihrer Familie Schaden nimmt, in der niemand studiert hat. Sie darf die anderen nicht „überholen“, da dies vermeintlich den anderen schaden könnte. Dies basierte auf den immer wieder geäußerten Bemerkungen der Mutter, unglücklich zu sein, da sie selbst gern studiert hätte, aber diese Wünsche zugunsten der Erziehung der Patientin zurückgestellt hatte.

### Zugrunde liegende traumatische Ereignisse

Die CMT geht davon aus, dass pathogene Überzeugungen infolge solcher traumatischen Ereignisse entstehen (Weiss 1986) und psychopathologischen Phänomenen zugrunde liegen können. Weiss (1986) unterscheidet zwischen folgenden 2 Arten von Traumata:

- Schocktrauma und
- Stresstrauma.

Ein Schocktrauma ist definiert als ein einmalig auftretendes, schweres traumatisches Ereignis, wie Krankheit oder Tod eines Elternteils, dem das Kind in einer Art und Weise ausgeliefert ist, dass es keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten mehr zur Verfügung hat.

**Beispiel.** Ein Junge, der dem Vater vor dessen Tod missbilligend oder konkurrierend gegenüberstand, kann annehmen, dass diese Missbilligung oder Konkurrenz den Tod des Vaters verursacht hat (Weiss 1986).

Ein **Stresstrauma** ist dagegen als persistierende aversive Kindheitserfahrung definiert, vor der das Kind nicht entfliehen kann (Silberschatz 2017; z. B. emotionale Verwahrlosung, depressiver Elternteil). Kinder fühlen sich oft verantwortlich für alles, was geschieht. Sie glauben, sie verdienen das Trauma, und neigen daher dazu, die traumatische Situation zu wiederholen, auch wenn sie darunter leiden (Weiss 1986).

Pathogene Überzeugungen sind also internalisierte kognitiv-affektive Repräsentanzen von traumatischen Ereignissen (Silberschatz 2017). Diese sind schwer zu verändern, da die Personen keine bewussten Motive für eine Veränderung haben. Unbewusst jedoch möchten sie diese pathogenen Überzeugungen widerlegen, da sie Hemmungen, Angst, Scham, Schuld und andere unangenehme Gefühle erzeugen. Außerdem behindern pathogene Überzeugungen das Ausdrücken und Umsetzen von Bedürfnissen, um vermeintlichen Gefahren zu entgehen (Weiss 1986).

Dementsprechend sind sie hoch motiviert, ihre pathogenen Überzeugungen zu überwinden. Was von Freud als „Wiederholungszwang“ traumatisierender Erfahrungen verstanden wird, wird in der CMT also anders verstanden. Annahme ist, dass es das vernünftige Ziel eines jeden Menschen ist, die traumatisierenden Erfahrungen zu überwinden. Die Wiederholung des traumatischen Musters dient der Möglichkeit, emotional **korrigierende Erfahrungen** zu machen.

### Plan des Patienten

Patienten, die eine Psychotherapie beginnen, suchen Hilfe, um ihre pathogenen Überzeugungen zu widerlegen (Silberschatz 2010). Weiss (1993), Silberschatz (2005) sowie Curtis und Silberschatz (1986) entwickelten das **Plankonzept**. Dieses beschreibt, wie Patienten einen unbewussten Plan verfolgen, um Hilfe bei der Lösung und Bewältigung ihrer Probleme zu finden und ihre pathogenen Überzeugungen zu widerlegen. Daraus resultiert auch der Name der Control Mastery Theory: die **unbewusste Kontrolle** über das Unbewusste entspricht „control“. Das Ansinnen, mithilfe des Therapeuten die Probleme zu meistern, steht für den Begriff „**mastery**“ (Weiss 1986).

Pathogene Überzeugungen sind internalisierte kognitiv-affektive Repräsentanzen traumatischer Ereignisse

Patienten sind zur Überwindung ihrer pathogenen Überzeugungen in der Therapie hoch motiviert

Der Überwindung von pathogenen Überzeugungen liegt ein unbewusster Plan zugrunde

Auf folgende 3 Arten können pathogene Überzeugungen widerlegen werden (Silberschatz 2010):

- durch die Entwicklung von Einsicht,
- mithilfe der therapeutischen Beziehung oder
- durch direktes Testen des Therapeuten.

Die CMT wurde eng gekoppelt an die Ergebnisse der begleitenden Einzelfallforschung entwickelt. Für Forschungszwecke wird der „Plan“ auf Basis des diagnostischen Erstinterviews durch geschulte Beurteiler individuell für die Patienten definiert. Zur **Planformulierung** werden die verbalen Äußerungen eines Patienten, szenische und lebensgeschichtliche Informationen sowie Gegenübertragungsaspekte herangezogen (Sammet et al. 2007). Die Planformulierung enthält neben einer **psychodynamischen Fallformulierung** folgende Komponenten (Curtis et al. 1994):

- **Ziele:** realisierbare, unbewusst oder bewusst angestrebte Verhaltensweisen, Gefühle, Einstellungen oder Fähigkeiten, beispielsweise das Ziel eines Patienten, mehr Selbstbewusstsein zu erlangen oder sich besser von anderen abgrenzen zu können.
- **Pathogene Überzeugungen:** irrationale, oft unbewusste Annahmen und die damit verbundenen Befürchtungen, die eine Person daran hindern, Ziele zu verfolgen und zu erreichen, z. B. die pathogene Überzeugung dieses Patienten: „Ich darf nicht nein sagen, sonst werde ich verlassen.“
- **Traumata:** alle Ereignisse oder Situationen, die dazu führen, dass eine pathogene Überzeugung entwickelt wird. Im Beispiel könnte dies ein als herrschend erlebter Vater sein.
- **Beziehungstests:** bewusste und unbewusste Probehandlungen des Patienten, die die Stimmigkeit pathogener Überzeugungen an der Reaktion des Therapeuten überprüfen. Der Beispielpatient könnte in der Therapie versuchen, sich gegen Vorschläge des Therapeuten durchzusetzen, in der Hoffnung, dass der Therapeut nicht so herrschsüchtig wie der Vater reagiert und ihm seine Selbstbestimmung einräumt.
- **Einsichten:** Bewusstsein des Patienten für die Natur und die Ursache seiner Probleme. Der Patient würde verstehen, dass sein submissives Verhalten seinen Ursprung in der Beziehung zu seinem Vater hat und dass er nicht fürchten muss, immer wieder von anderen dominiert zu werden.

Beziehungstests sind Probehandlungen des Patienten, mit denen er die Gültigkeit seiner pathogenen Überzeugung in der Beziehung zum Therapeuten überprüfen möchte. Er hofft unbewusst, dass sich der Therapeut in einer Art und Weise verhält, die diese Überzeugungen entkräftet und dem Patienten erlaubt, gesündere oder **alternative Verhaltensweisen** zu entwickeln. In einer Testsituation handelt der Patient entsprechend seiner pathogenen Überzeugung, mit der unbewussten Angst, dass sein Verhalten die Beziehung zum Therapeuten gefährden wird. Wenn der Patient merkt, dass er damit den Therapeuten nicht beeinträchtigen kann, wird er weniger ängstlich und kommt in der Widerlegung der pathogenen Überzeugung einen Schritt voran. Er kann die pathogene Überzeugung näher ins Bewusstsein rücken und manche Unterdrückung aufheben. Wenn der Patient allerdings den Therapeuten durch die Tests doch beeinträchtigt und somit seine pathogene Überzeugung bestätigt wird, wird er ängstlicher und defensiver als zuvor und unterdrückt die Überzeugung noch mehr (Weiss 1986), was der Theorie zufolge mit einer **Symptomverstärkung** einhergehen kann.

## Beziehungstests

### Testkategorien und unbewusste Strategien des Patienten

Weiss (1986) unterscheidet zwischen **Übertragungstests** und Rollenumkehrtests. In einem Übertragungstest wiederholt der Patient sein Verhalten aus der Kindheit, von dem er glaubt, dass es bei seinen Eltern die traumatisierende Reaktion hervorgerufen hat. Der Therapeut wird also in die Rolle des Elternteils gebracht. Beispielsweise wird ein Patient, der oft von seinen Eltern kritisiert wurde, in der Therapie ein Verhalten zeigen, von dem der Patient annimmt, dass es den Therapeuten dazu bringt, ihn zu kritisieren, z. B. wenn er zu spät zu den Sitzungen kommt. Während eines Rollenumkehrtests übernimmt der Patient die Rolle der Eltern und verhält sich

Die CMT wurde eng gekoppelt an die Ergebnisse der begleitenden Einzelfallforschung entwickelt

Die Widerlegung von pathogenen Überzeugungen erfolgt mithilfe von Beziehungstests in der therapeutischen Interaktion

Während eines Rollenumkehrtests verhält sich der Patient in der Rolle der Eltern gegenüber dem Therapeuten traumatisierend



Zum Bestehen des Tests führendes Verhalten des Therapeuten wird „pro-plan“ genannt

Eine hohe Bestehensrate von Tests durch den Therapeuten ist direkt mit besseren Therapieergebnissen für den Patienten verbunden

Erste empirische Studien belegen die zuverlässige Messung der Beziehungstests in Psychotherapie

Plankonformität des Therapeuten wirkt sich auf verschiedene Parameter des Patienten positiv aus

gegenüber dem Therapeuten traumatisierend. Der oben beschriebene Patient kann beispielsweise den Therapeuten für sein hohes Honorar oder seine nicht hilfreiche Behandlung kritisieren.

Beide Arten von Tests wiederholen die traumatisierenden Erfahrungen des Patienten mit seinen Eltern. Beide Verhaltensweisen sind Strategien der Verteidigung und gleichzeitig Strategien zur Überwindung des Problems. Wenn der Therapeut in einer Weise reagiert, die dem Patienten hilft, seine pathogenen Überzeugungen zu widerlegen, besteht der Therapeut den Test und sein Verhalten wird „pro-plan“ genannt. Wenn die Reaktion des Therapeuten die pathogene Überzeugung des Patienten bestätigt und somit nicht widerlegt, wird das Verhalten als „anti-plan“ bezeichnet (Weiss 1986).

### Auswirkungen von Pro-plan-Interventionen des Therapeuten

Im Allgemeinen testen die Patienten während der Therapie mehr oder weniger kontinuierlich in Form kleiner und großer Tests. Mehrere Einzelfallstudien belegen, dass eine hohe Bestehensrate von Tests direkt mit besseren Therapieergebnissen verbunden ist, verglichen mit einer hohen Rate von nicht bestandenen Tests (Silberschatz 1986; Silberschatz und Curtis 1993; Sammet et al. 2006). Silberschatz und Curtis (1993) zeigten, dass therapeutische Interventionen, die pro-plan sind und die pathogene Überzeugung des Patienten widerlegen, zur sofortigen Verbesserung der Symptomatik führen. Dabei wurde für jeden Patienten eine Planformulierung erstellt, einschließlich erwarteter Beziehungstests. Fünf erfahrene Beurteiler untersuchten anschließend alle Sitzungen hinsichtlich Testsituationen und schätzten auf einer 7-stufigen Likert-Skala ein, inwieweit der Therapeut einen Test bestanden hatte. Silberschatz (1986) beobachtete ein ähnliches Ergebnis: Wenn der Therapeut einen Test bestand, wurde der Patient weniger ängstlich, freundlicher und entspannter. In der Studie von Sammet et al. (2006) wurde gezeigt, dass bei guten pro-plan Interventionen des Therapeuten auch ein höheres Maß an Einsicht bei den Patienten zu beobachten war.

### Erste empirische Überprüfungen der Reliabilität des Testkonzepts

Obwohl diese Studien die Hypothesen der CMT bestätigen, gibt es bisher relativ wenige empirische Studien zur Überprüfung der Reliabilität des Testkonzepts von Weiss (1993) anhand von größeren Stichproben. Erste empirische Studien zeigen eine zuverlässige Messung der Beziehungstests in Psychotherapie. Silberschatz und Curtis (1993) untersuchten die **Interrater-Reliabilität** von 5 unabhängigen Ratern bei der Identifizierung der Tests zweier Patienten. Die Analyse ergab eine gute Reliabilität von  $r(k) = 0,50$  für den einen Patienten und  $r(k) = 0,75$  für den zweiten Patienten. Eine weitere Analyse der Interrater-Reliabilität bei der Identifizierung von Tests wurde von Silberschatz (1986) durchgeführt. Neun Studienabsolventen analysierten verbale Transkriptionen von 100 Psychotherapiesitzungen eines Patienten und identifizierten **Testsequenzen**. Anschließend identifizierten 3 psychoanalytisch geschulte Rater Schlüsseltests und beobachteten 46 zentrale Testsequenzen mit einer sehr guten Reliabilität von  $r(k) = 0,82$  (Silberschatz 1986). Kadur et al. (2018) untersuchten ebenfalls einen Einzelfall und bestimmten die Reliabilität zweier Beurteiler bei der Identifikation von Tests. Diese betrug insgesamt  $\kappa = 0,38$ , ein eher moderater Wert. Die Übereinstimmung in den einzelnen Testkategorien war jedoch deutlich besser (Werte zwischen 0,46 und 0,64). Dies legt nahe, dass es weiteren Forschungsbedarf zu Schulung und Identifikation von Beziehungstests gibt.

### Aktueller Forschungsstand

Im Folgenden wird der aktuelle Forschungsstand zur CMT und zu den Beziehungstests dargestellt. Silberschatz (2017) postulierte die Notwendigkeit, auch in der Psychotherapieforschung einen individualisierten, **personalisierten Ansatz** zu verfolgen, da jeder Mensch und jeder Patient unterschiedlich auf gleiche Interventionen reagieren kann und demnach auch die Forschung mit diesen Umständen umgehen muss. Die CMT geht von einem personalisierten Ansatz aus.

### Auswirkung plankompatibler Therapeuteninterventionen

In den letzten Jahren wurden einige Studien zur CMT durchgeführt, die sich größtenteils mit der Auswirkung plankompatibler Therapeuteninterventionen beschäftigten. Dabei konnte gezeigt werden, dass Plankonformität positive Effekte auf verschiedene Parameter des Patienten hat.

Beispielsweise untersuchte Silberschatz (2017) den Zusammenhang von Pro-plan-Interventionen auf die Symptombelastung des Patienten und konnte zeigen, dass Plankompatibilität zu einer Besserung der Beschwerden führte.

### Rolle der Mentalisierungsfähigkeit des Patienten

Brockmann et al. (2018) untersuchten in ihrer jüngsten Einzelfallanalyse den Effekt von Interventionen, die die Mentalisierungsfähigkeit fördern und pathogene Überzeugungen entkräften. Es stellte sich heraus, dass bei allen 3 untersuchten Patienten die Mentalisierungsfähigkeit im Laufe der Therapie sank und die Qualität der therapeutischen Beziehung zunahm. Dieser abnehmende Trend der Mentalisierungsfähigkeit im Verlauf der Therapie stand im Gegensatz zu den Hypothesen der Autoren. Sie diskutieren, dass dies daran liegen könnte, dass Mentalisierung häufig durch Interventionen des Therapeuten angeregt wird, im Laufe der Therapie die Themen und Aufgaben des Patienten immer komplexer werden und auch auf mehr **Widerstand** stoßen, was zu geringerer Bereitschaft des Patienten führt zu mentalisieren. Spezifische Interventionen haben also nur begrenzten Einfluss; die therapeutische Beziehung hingegen scheint entscheidend zu sein, da sie dem Patienten dabei hilft, seine Affekte zu steuern und sein Misstrauen in der Therapie zu reduzieren (Brockmann et al. 2018).

### Entwicklung von Einsicht beim Patienten

Sammet et al. (2006) untersuchten an einem Einzelfall den Verlauf von Einsicht und das Äußern von pathogenen Überzeugungen während einer Kurzzeittherapie. Signifikante Ergebnisse fanden sie beim Zusammenhang zwischen erhöhter Plankonformität der Interpretationen des Therapeuten und erhöhten Einsichtswerten. Das spricht den Autoren zufolge für das Konzept der Einsicht als prozessrelevanten Therapieaspekt. In Einklang mit der CMT ist ebenfalls die Tatsache, dass pathogene Überzeugungen häufig getestet werden (Sammet et al. 2006).

### Patienten- und Therapeutenverhalten

Auch das Patientenverhalten wurde genauer hinsichtlich einer Einordnung in **schulenspezifische Prototypen** und Operationalisierung von Tests untersucht (Kadur et al. 2018; Pole et al. 2008). Pole et al. (2008) untersuchten an einem Einzelfall, ob ideal umgesetzte CMT, also häufige Pro-plan-Interventionen, kognitiv-behaviorale Therapie (KBT) oder psychodynamische Therapie (PDT) den größten Einfluss auf die Symptombelastung hat. Die Autoren konnten aufzeigen, dass signifikante Veränderungen in der Symptombelastung auf folgenden Prinzipien beruhen:

- Verhalten des Therapeuten nach ideal umgesetzter CMT,
- Patientenverhalten nach idealer CMT und PDT sowie
- Patient-Therapeut-Interaktion nach idealer KBT und PDT.

Sie diskutieren, dass die Ergebnisse den Zusammenhang zwischen idealen CMT-Prozessen und Symptomveränderung bestätigen. Am meisten hat das Therapeutenverhalten entsprechend idealer CMT zur Verbesserung beigetragen (Pole et al. 2008).

### Anwendbarkeit bei verschiedenen Krankheitsbildern

Studien zur therapeutischen Behandlung nach dem Konzept der CMT belegten außerdem, dass die CMT sich bei verschiedenen psychischen Krankheitsbildern gut anwenden lässt, beispielsweise bei Suchtpatienten (O'Connor und Weiss 1993), in der Familientherapie (Kanofsky und Lieb 2007) oder bei Personen, die in der Kindheit misshandelt wurden (Suffridge 1991). Pole und Bloomberg-Fretter (2006) beschreiben auch eine Patientin mit Major-Depression und posttraumatischer Belastungsstörung, die erfolgreich nach der CMT behandelt wurde.

### Zwei Fallbeispiele

Um die beiden Testformen zu veranschaulichen, werden zwei Fälle aus der klinischen Praxis berichtet. Es wird betont, dass die geschilderten Fälle und die therapeutischen Interventionen auch mit anderen therapeutischen Konzepten gut fassbar sein könnten. Die Perspektive der CMT ist nur eine unter vielen Möglichkeiten, die Dynamik zu verstehen. Wichtig ist an dieser Stelle nur, dass das therapeutische Handeln an jeder Stelle des therapeutischen Prozesses theoretisch

Bei den 3 untersuchten Patienten nahm die Qualität der therapeutischen Beziehung zu

Einzelfallstudien belegen den Zusammenhang zwischen Bestehen von Beziehungstests sowie Einsichtsfähigkeit und Symptomverbesserung

Die CMT erwies sich bei verschiedenen Störungen als gut anwendbar

Therapeutisches Handeln muss an jeder Stelle des Therapieprozesses theoretisch begründbar und in seiner Wirkung überprüfbar sein

Nach dem Aufbau einer zunächst harmonischen Therapiebeziehung kommt es in der 4. Behandlungswoche zu einer Auseinandersetzung

Die Patientin stellt Verbindung zwischen dem Konflikt mit der Therapeutin und ihren Beziehungen im Elternhaus her

Das Übertreten der Absprache bezüglich des Spaziergangs stellte einen unbewussten Test der Therapeutin dar

Das plankonforme Verhalten der Therapeutin hinsichtlich Akzeptanz für die eigene Weiblichkeit trug zur Symptomreduktion bei

begründbar und in seiner Wirkung überprüfbar ist. Dies kann an bestimmten **Prozesskriterien** festgemacht werden.

## Fallbespiel 1: Übertragungstest

### Fallbeschreibung

Eine 22-jährige Angestellte kommt wegen einer Bulimie und selbstverletzendem Verhalten, das u. a. in **exzessivem Sport** mit resultierenden Meniskussschäden und Bänderrissen besteht, in die stationäre Behandlung. Nach dem Aufbau einer zunächst harmonischen Therapiebeziehung kommt es in der 4. Behandlungswoche zu einer Auseinandersetzung. Die Patientin möchte das Abendessen auslassen, um länger joggen zu können. Die Therapeutin lehnt dies mit dem Hinweis auf das nötige regelmäßige Essen und die moderate Bewegung ab. Die Patientin stimmt zu, einen höchstens halbstündigen Spaziergang zu machen. Am nächsten Tag berichtet sie von starken Knieschmerzen und erzählt kokettierend, dass sie doch noch 18km gejoggt sei, um Spannungen abzubauen. Die Therapeutin reagiert einerseits verständnisvoll in Bezug auf die Belastung durch die hohen emotionalen Spannungen und Überlegungen zu deren Bewältigung. Andererseits besteht sie auf die Einhaltung von Absprachen und Ausgangsbegrenzungen. Die Patientin reagiert verärgert und empört. Sie „brauche“ die Spannungsabfuhr durch den Sport, fühle sich nicht verstanden, wolle die Therapie abbrechen und verlässt mit knallender Tür den Raum.

Am übernächsten Tag – die Patientin hat die Therapie nicht abgebrochen – erzählt sie wortreich in der Einzelsitzung: Die Auseinandersetzung um den Sport ähnele der Situation zu Hause. Der Vater, selbst sportlich, unterstütze die Patientin in ihrem sportlichen Ehrgeiz, z. B. indem er ihr oft besonderes sportliches Equipment schenke. Die Mutter hingegen versuche, den übermäßigen Sport zu unterbinden. Die Patientin hasse die Mutter für diese „**weibische Weichlichkeit**“. Die Eltern gerieten darüber, wie über so viele Erziehungsthemen, in regelmäßigen heftigen Streit. Die Mutter werde dann impulsiv, was die Patientin verachte. Deswegen stehe sie dem Vater viel näher und verachte die Mutter. Die Therapeutin habe sich wie die Mutter verhalten, und das habe sie äußerst aufgebracht, aber sie verstehe „eigentlich“, dass der Selbstverletzung Einhalt geboten werden müsse.

### Interpretation

Es besteht eine ödipale Konstellation mit Idealisierung des Vaters sowie massiver Ablehnung und **weiblicher Konkurrenz** gegenüber der Mutter. Diese wird als impulsiv, zerstörend und abwertend erlebt. Damit verbunden sind eine starke Ablehnung eigener weiblicher Körpermerkmale und die Unfähigkeit zu eigenen sexuellen Beziehungen. Aus Blickwinkel der CMT ist anzunehmen, dass es der unbewusste Plan der Patientin war, die negative Einstellung gegenüber der (im Elterngespräch übrigens einfühlend wirkenden) Mutter abzubauen, um ihre eigene Weiblichkeit besser annehmen zu können (und nicht weiterhin das Introjekt der bösen und um die Gunst des Vaters konkurrierenden Mutter im bulimischen Erbrechen ausspucken zu müssen). Das Übertreten der Absprache (Spaziergang) stellte insofern einen unbewussten Test der Therapeutin dar. Es ging um die Widerlegung einer unbewussten pathogenen Einstellung, die wie folgt lauten könnte: „Ich muss über meine körperlichen Grenzen gehen und mich damit vor „weibischer Weiblichkeit“ schützen.“ Die unbewusste Hoffnung der Patientin mag gewesen sein, dass die Therapeutin ihre weichen Seiten „mütterlich“ unterstützt und sie dadurch beschützt. Die Therapeutin bestand insofern den Test, als sie einerseits die emotionalen Spannungen angemessen würdigte (nicht explosiv reagierte wie die Mutter) und andererseits der Selbstverletzung Einhalt gebot. Sie trug damit dazu bei, das Bild der „bösen Mutter“ etwas zu korrigieren, was plankonform war.

Dass der Test bestanden wurde, zeigt sich innerhalb der Folgesitzung in der Verdichtung des berichteten lebensgeschichtlichen Materials und einer gewissen Einsicht in die Notwendigkeit, die Selbstverletzung zu beenden. Das sonst tägliche Erbrechen trat in der Folge 14 Tage lang nicht mehr auf. Es ist anzunehmen, dass der Test einen Baustein (von vielen) darstellte, um mehr Akzeptanz für die eigene Weiblichkeit und damit eine Symptomreduktion der bulimischen Symptomatik und der Selbstverletzung zu erreichen.



## Fallbeispiel 2: Rollenumkehrtest

### Fallbeschreibung

Eine 51-jährige geschiedene, beruflich erfolgreiche Angestellte befindet sich wegen einer mittelgradigen depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung (Kopfschmerzen) in stationärer psychotherapeutischer Behandlung. Seit ihre erwachsenen Söhne das Haus verlassen haben, fühlt sie sich einsam und empfindet das Leben als sinnleer. Private soziale Kontakte existieren nicht. Ihre freie Zeit widmet sie der Versorgung ihrer alten kranken 83-jährigen Mutter, die sie schon immer als übermäßig anspruchsvoll und emotional zurückweisend erlebte. Bis heute reagiert die Mutter mit **Liebesentzug** wie tagelangem Schweigen, wenn sich die Patienten nicht gemäß ihren Erwartungen verhält.

Auf der Station zeigt sie sich zu Mitpatienten und Team stets freundlich, zugewandt, zuvorkommend und hilfsbereit. Sie macht nach Jahren der **sozialen Isolation** die Erfahrung, ein geschätztes Gruppenmitglied zu sein. Dadurch fasst sie Vertrauen und öffnet sich zunehmend emotional.

In der fünften Behandlungswoche vermutet sie eine Lücke im Datenschutz, da sie ihren Aufenthaltsort geheim gehalten hatte und plötzlich Post von einer Freundin erhielt, die ihre Adresse gar nicht hätte kennen dürfen. Die Patientin reagiert gegenüber der Stationsärztin und einer Pflegekraft übermäßig vorwurfsvoll und harsch, knallt die Tür. Sie fühle sich im Stich gelassen und enttäuscht. Niemand versuche ernsthaft, ihr bei der Problemlösung zu helfen. Am Folgetag meldet ihr eine Pflegekraft zurück, dass das aggressiv vorgebrachte, vorwurfsvolle Verhalten bei ihr (der Pflegekraft) ebenfalls Unmut und Ärger ausgelöst habe.

In der darauffolgenden Woche zieht sich die Patientin emotional völlig zurück, spricht kaum und sitzt wie versteinert ohne Blickkontakt in den Gruppentherapien. Die Einzeltherapeutin gibt ihr ein zusätzliches **einzeltherapeutisches Krisengespräch**. Sie deutet der Patientin, dass sie von anderen erwarte, dass sie sich so übermäßig engagiert für sie einsetzen, wie die Patientin dies selbst für andere, v. a. ihre Mutter, immer tue. Sie sehe aber die Möglichkeiten zur Aufdeckung des Datenlecks als erschöpft und werde keine weiteren Anstrengungen hierzu unternehmen. Zunächst protestiert die Patientin. Sie berichtet aber im Einzelgespräch am nächsten Tag, dass es ihr besser gehe und dass ihr im Nachgang Folgendes aufgefallen sei: Wenn ihr jemand Vorwürfe mache, wie neulich eine Patientin der Station, dann versuche sie es ihr besonders recht zu machen, habe z. B. für die Mitpatientin Postgänge und Fahrten erledigt, immer im Streben nach **Wiedergutmachung** und Harmonie. In Zukunft werde sie mehr darauf vertrauen, dass eine Beziehung auch dann weitergehe, wenn sie sich nicht so übermäßig bemühe. Auf der Station konnte die Therapie daraufhin wieder konstruktiv fortgesetzt werden.

### Interpretation

Aus der Biografie und den geschilderten Beziehungsepisoden war zu schließen, dass ein **Versorgungskonflikt** besteht. In der Nomenklatur der CMT kann eine mehr oder weniger bewusste pathogene Überzeugung der folgenden Formulierung angenommen werden: „Wenn ich nicht die Wünsche der Anderen erfülle, werde ich abgelehnt und mit Zorn oder Liebesentzug bestraft, so wie ich es durch meine Mutter immer wieder erfahren habe. Fehlverhalten muss ich durch selbstaufopferndes Verhalten wiedergutmachen, um die Zuneigung der anderen zu sichern“. Das zornige vorwurfsvolle Verhalten gegenüber der Pflegekraft stellte einen unbewussten Rollenumkehrtest dar. Die Pflegekraft wurde in die Situation gebracht, in der die Patientin sich sonst immer gegenüber der Mutter befand, sich nämlich nicht ausreichend zu kümmern. Wie es für Rollenumkehrtests typisch ist, reagierte die Pflegekraft ihrerseits mit Verärgerung. Starke emotionale Gegenübertragungsreaktionen sind Hinweise auf solche Rollenumkehrtests. Der Patient lässt dadurch unbewusst den Therapeuten spüren, wie misslich er sich selbst in diesen Situationen immer wieder gefühlt hat.

Deswegen können solche Rollenumkehrtests, wenn sie als solche verstanden werden, zur Verbesserung der **therapeutischen Empathie** führen. Die Benennung der Gegenübertragung durch die Pflegekraft („Ihre Vorwürfen haben mich geärgert“) stellt eine Intervention dar, die als „pro-plan“ zu bezeichnen ist. Sie besteht den Test partiell insofern, als sie auf die ungerechtfertigten Vorwürfe der Patientin nicht ihrerseits mit Rechtfertigungen und verstärkten Bemühungen reagiert.

Die Patientin befindet sich wegen einer mittelgradigen depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung in Behandlung

Die Patientin vermutet eine Lücke im Datenschutz und reagiert übermäßig vorwurfsvoll

Der Patientin wird bewusst, dass sie die Pflegekraft stellvertretend in die Position ihrer Mutter gebracht hat

Starke emotionale Gegenübertragungsreaktionen sind Hinweise auf Rollenumkehrtests

Die Benennung der Gegenübertragung durch die Pflegekraft stellt eine Pro-plan-Intervention dar

Der bestandene Test führt am Folgetag zu einer Verdichtung des Materials durch die Patientin

Die tiefenpsychologisch fundierte Behandlungstechnik der CMT baut auf dem Konzept der Beziehungstests auf

Ähnliche Probehandlungen können bei Patienten mit verschiedenen Erfahrungen unterschiedliche Reaktionen des Therapeuten erfordern

Die CMT stellt konkrete Interventionen mit dennoch genügendem Ausgestaltungsspielraum zur Verfügung

Damit zeigt sie der Patientin eine alternative Verhaltensweise zu der auf, die sie selbst über Jahre praktiziert hat.

Wenn Tests bestanden werden, folgen oft weitere, weil Patienten die ganze Therapiezeit nutzen, um die tief wurzelnden pathogenen Überzeugungen aus verschiedenster Perspektive immer wieder zu testen. Auch der **emotionale Rückzug** kann als Rollenumkehrtest verstanden werden. Die Patientin testet unbewusst, wie das Team auf den „Liebesentzug“ und das Schweigen reagiert, das sie bei der Mutter immer wieder aushalten musste. Die Stationsärztin besteht diesen neuen Test, indem sie sich einerseits kümmert (zusätzlicher Termin) und sich andererseits abgrenzt (keine Rechtfertigung wegen des eigenen Umgangs mit dem Problem des Datenlecks), der Patientin deren Verhalten deutet und damit Einsicht vermittelt und gleichzeitig Verständnis an den Tag legt.

Der bestandene Test führt am Folgetag zu einer Verdichtung des Materials durch die Patientin. Sie kann ihr Verhalten des übermäßigen Bemühens um eine Mitpatientin nun einordnen und Einsicht in ihre pathogenen Verhaltensweisen entwickeln.

## Resümee

Die CMT ist eine tiefenpsychologisch fundierte Behandlungstechnik, die auf dem Konzept der Beziehungstests aufbaut. Der Therapeut fokussiert darauf, dem Patienten emotional **korrigierende Beziehungserfahrungen** zu vermitteln, verbal oder behavioral, damit dieser pathogene Überzeugungen überwinden und Symptome reduzieren kann. Die Theorie kann hilfreich sein, sich im therapeutischen Prozess zu orientieren, Verhaltensweisen des Patienten zu verstehen und hilfreich zu intervenieren. Insbesondere Rollenumkehrtests, die oft starke negative Gegenübertragungen beim Therapeuten hervorrufen, weil sie den Therapeuten in die Situation bringen, wie der Patient sie leidvoll erlebt hat, können durch das Testkonzept manchmal gut eingeordnet werden.

Um die Probehandlungen verstehen zu können, ist die detaillierte Kenntnis der Biografie erforderlich. Denn ähnliche Handlungen können bei Patienten, die unterschiedliche Lebenserfahrungen gemacht haben, ganz unterschiedliche Reaktionen des Therapeuten benötigen. Dies ist an dem einfachen Beispiel der Unpünktlichkeit zu verdeutlichen. Ein Patient, der in der Kindheit überstreng und rigide erzogen worden ist, kann unbewusst auf eine gewährende und **nachsichtige Haltung** des Therapeuten im Sinne der emotional korrigierenden Erfahrung hoffen, wenn er zu spät kommt. Ein anderer, der in der Kindheit zu wenig beachtet wurde, wird eher auf eine **Grenzen** setzende Intervention des Therapeuten hoffen. Beim ersten Patienten könnte dies die pathogene Überzeugung widerlegen, dass er sich übermäßig unterordnen muss, beim zweiten Patienten, dass seine Abwesenheit „egal“ ist, weil sich der Therapeut ohnehin nicht für ihn interessiert. An diesem Beispiel der differenzierten therapeutischen Reaktion auf gleiche Probehandlungen wird auch deutlich, dass die CMT manchmal schwer umsetzbar sein kann. Dies betrifft v. a. den stationären Kontext, in dem Stationsregeln zu vertreten sind und es schwer möglich ist, „mit zweierlei Maß“ zu messen.

Da die CMT eine Theorie der Behandlungstechnik ist, die auf **allgemeinen Wirkfaktoren** der Psychotherapie beruht, gibt es außer diesen praktischen Problemen des Settings aus theoretischer Perspektive keine Kontraindikationen und keine besonderen störungsspezifischen Überlegungen. Allerdings wurde dies bisher nicht empirisch untersucht. Es besteht hier weiterer Forschungsbedarf.

Ein besonderes Merkmal der Theorie ist es, dass sie einerseits genaue Vorstellungen über wirksames therapeutisches Handeln zur Verfügung stellt und dass sie andererseits einen breiten Spielraum für die Form und Art der Intervention lässt. Dies ermöglicht, Interventionen einerseits theoriekonform und andererseits in Übereinstimmung mit der eigenen theoretischen Orientierung und **Therapeutenpersönlichkeit** zu realisieren. Dies ist kompatibel mit metatheoretischen Vorstellungen zur Psychotherapie, wonach die Interventionstechnik hauptsächlich insofern bedeutsam ist, als sie durch die Realisierung von generellen Wirkfaktoren Anstöße zu Veränderungen gibt (Schiepek 2015).

Das Konzept des Probehandelns stellt auch einen Zugang dafür bereit, die Ergebnisse der **Rupture-repair-Forschung** zu erklären. Plötzliche sprunghafte positive Veränderungen der Befindlichkeit nach kritischen Momenten in der Therapie (Gumz 2012; Lutz et al. 2013) können durch bestandene „große Tests“ in der Therapie erklärt werden (Sammet 2015).

Bedeutsam ist überdies, dass in der CMT Vorstellungen darüber präzisiert und empirisch untersucht worden sind, wie die Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen im therapeutischen Prozess konkret an der Reaktion des Patienten beobachtet werden kann, etwa an der Verdichtung des narrativen Materials. Dadurch wird es möglich, der Dynamik und der Fortentwicklung des Prozesses systematisches Augenmerk zu widmen.

Die theoretischen Grundlagen der CMT sind leicht und schnell zu verstehen. Eventuell wird der CMT zu Recht der Vorwurf entgegengebracht, zu einfach zu sein und andere Theorien der Pathogenese psychischer Störungen zu wenig einzubeziehen. Allerdings kann ihre Anwendung keinesfalls dem Einfachprinzip folgen, sondern der Therapeut muss über ein breites **tiefenpsychologisches Wissen** verfügen, um die Beziehungstests des Patienten vor dem Hintergrund dessen lebensgeschichtlichen Erfahrungen erkennen und interpretieren zu können. Eine entsprechende tiefenpsychologische Ausbildung ist deswegen nicht zu ersetzen. Nur so sollte die CMT verstanden werden. Anzumerken ist auch, dass in vielen Theorien der Psychopathologie Modelle existieren, die den „pathogenen Überzeugungen“ ähnlich sind (z. B. „irrationale, dysfunktionale“ Kognitionen in der Verhaltenstherapie oder „innere Arbeitsmodelle“ in der Bindungstheorie). Auch schlägt die CMT keineswegs neue therapeutische Wege vor, sondern hat lediglich das schon alte Konzept der korrigierenden Beziehungserfahrung (Alexander und French 1946) systematisch weiterentwickelt und therapeutisch gut fassbar gemacht.

Ein besonderes Merkmal der CMT ist jedoch, dass ihre tiefenpsychologischen Annahmen über das Unbewusste in vielen Einzelfallstudien der empirischen Überprüfung unterzogen wurden. Da tiefenpsychologische Konzepte insbesondere in Bezug auf ihre Wirkmechanismen noch immer viel zu wenig empirisch überprüft worden sind, gibt dies der CMT einen besonderen Stellenwert in der tiefenpsychologischen therapeutischen Landschaft. Vor diesem Hintergrund könnte sie einen kleinen Brückenbaustein bilden zwischen Diagnostik und Therapie. Denn beispielsweise liegt mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD; Arbeitskreis OPD 2004) ein elaboriertes diagnostisches Manual der psychodynamischen Diagnostik vor, während Konzeptualisierungen der darauf bezogenen Behandlungstechniken noch fehlen.

## Fazit für die Praxis

- Aufgrund traumatischer Erfahrungen in der Kindheit können sich dysfunktionale Annahmen über die Umwelt, pathogene Überzeugungen, entwickeln. Hierbei unterscheidet die CMT zwischen auslösenden Schock- und Stresstraumen.
- Der Patient stellt den Therapeuten, wenn er sich in der therapeutischen Beziehung sicher fühlt, unbewusst auf die Probe, um korrigierende emotionale Erfahrungen machen zu können.
- Dieser Überwindung pathogener Überzeugungen liegt ein unbewusster Plan des Patienten zugrunde.
- Die Widerlegung von pathogenen Überzeugungen erfolgt anhand von Beziehungstests in der therapeutischen Interaktion (Übertragungs- und Rollenumkehrtests). Ein erfolgreich durchgeführter Test geht mit einer Verbesserung des Vertrauens, der Einsichtsfähigkeit und der Symptomlast aufseiten des Patienten einher.
- Je mehr der Therapeut die pathogenen Überzeugungen widerlegt und die Beziehungstests des Patienten besteht, desto bessere Therapiergebnisse werden erzielt.

## Korrespondenzadresse

**Univ.-Prof. Dr. phil. Sylke Andreas**

Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Institut für Psychologie, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt  
 Universitätsstr. 65–67, 9020 Klagenfurt am Wörthersee, Österreich  
 sylke.andreas@aau.at

**Funding.** Open access funding provided by University of Klagenfurt.

Die theoretischen Grundlagen der CMT sind leicht und schnell zu verstehen

Die tiefenpsychologischen Annahmen der CMT über das Unbewusste wurden in Einzelfallstudien der empirischen Überprüfung unterzogen

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** S. Andreas, J. Kadur und I. Sammet geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

## Literatur

- Albani C, Blaser G, Geyer M et al (1999) The control mastery theory. A cognitive oriented analytical theory of therapy by Joseph Weiss. *Forum Psychoanal* 15(3):224–236
- Alexander F, French TM (1946) *Psychoanalytic therapy. Principles and applications*. Ronald Press, New York
- Arbeitskreis OPD (2004) *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD. Grundlagen und Manual*. Huber, Bern
- Benecke C (2017) Conflict-oriented therapy. *Psychotherapeut* 62(2):98–105
- Bordin ES (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chic)* 16(3):252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bowlby J (1984) *Bindung: Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*, 3. Aufl. Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt am Main
- Brockmann J, Sammet I (2003) Die „Control-Mastery Theorie“ von Weiss. Theoretische Grundlagen und empirische Ergebnisse des psychoanalytischen Therapieprozesses. In: Gerlach A, Schloesser A-M, Springer A (Hrsg) *Psychoanalyse mit und ohne Couch: Haltung und Methode*. Psychosozial-Verlag, Giessen
- Brockmann J, Kirsch H, Dembler K et al (2018) Effects of interventions promoting mentalization and interventions disconfirming pathogenic beliefs: A comparative single case study of three patients. *Cogent Psychol* 5(1):1–17. <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1470482>
- Curtis JT, Silberschatz G (1986) Clinical implications of research on brief dynamic psychotherapy I. Formulating the patient's problems and goals. *Psychoanal Psychol* 3(1):13–25
- Curtis JT, Silberschatz G, Sampson H et al (1994) The plan formulation method. *Psychother Res* 4:197–207
- Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE et al (2018) The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chic)* 55(4):316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Freud S (1912) Zur Dynamik der Übertragung. *Zentralbl Psychoanal* 2(4):167–173
- Gumz A (2012) Kritische Momente im therapieprozess-Chance oder Sackgasse? *Psychotherapeut* 27:256–262
- Kadur J, Flaig I, Volkert J et al (2018) Pathogenic beliefs and their relevance in psychotherapy: A written case study. *Int J Psychol Psychoanal* 4(2). <https://doi.org/10.23937/2572-4037.1510032>
- Kanofsky S, Lieb RJ (2007) Control mastery theory and family therapy. *Psychotherapy (Chic)* 44(3):316–332
- Leichsenring F, Rabung S (2011) Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: Update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 199(1):15–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082776>
- Lutz W, Ehrlich T, Rubel J, Hallwachs N, Röttger MA, Jorasz C, Mocanu S, Vocks S, Schulte T, Tschitsaz-Stucki A (2013) The ups and downs of psychotherapy: Sudden gains and sudden loss identified with session reports. *Psychother Res* 23:14–24
- O'Connor LE, Weiss J (1993) Individual psychotherapy for addicted clients: An application of control mastery theory. *J Psychoactive Drugs* 25(4):283–291
- Pole N, Bloomberg-Fretter P (2006) Using control mastery therapy to treat major depression and posttraumatic stress disorder. *Clin Case Stud* 5(1):53–70
- Pole N, Ablon JS, O'Connor LE (2008) Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term single-case research. *J Couns Psychol* 55(2):221–232
- Rappoport A (1996) The structure of psychotherapy: Control-mastery theory's diagnostic plan formulation. *Psychotherapy (Chic)* 33(1):1–10
- Rosbrow T (1993) Significance of the unconscious plan for psychoanalytic theory. *Psychoanal Psychol* 10(4):515–532
- Sammet I (2015) Warum es dem Patienten plötzlich besser geht: Therapeutischer Prozess und therapeutische Beziehung unter tiefenpsychologischem und synergetischem Blickwinkel. In: Sammet I, Dammann G, Schiepek G (Hrsg) *Der psychotherapeutische Prozess. Forschung für die Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart
- Sammet I, Brockmann J, Schauenburg H (2007) Therapeutische Intervention bei Suizidalität: Eine empirisch fundierte Einzelfalldarstellung auf Grundlage der Control-Mastery-Theorie. *Forum Psychoanal* 23(1):18–32
- Sammet I, Rabung S, Leichsenring F (2006) Bedeutung und Entwicklung von Einsicht während des psychotherapeutischen Prozesses: Eine quantitative Einzelfallstudie auf Grundlage der Control-Mastery-Theorie. *Psychotherapeut* 51(3):197–205
- Schiepek G (2015) *Der psychotherapeutische Prozess unter der Perspektive der Theorie komplexer Systeme: eine Einführung*. In: Sammet I, Dammann G, Schiepek G (Hrsg) *Der psychotherapeutische Prozess. Forschung für die Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart
- Silberschatz G (1986) Testing pathogenic beliefs. In: Weiss J, Sampson H, The Mount Zion Psychotherapy Research Group (Hrsg) *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. Guilford, New York, S 256–266
- Silberschatz G (Hrsg) (2005) *Transformative relationships: The control mastery theory of psychotherapy*. Routledge, New York
- Silberschatz G (2010) The control-mastery perspective: A clinical formulation of David's plan. *J Psychother Integr* 20(1):81–88
- Silberschatz G (2017) Improving the yield of psychotherapy research. *Psychother Res* 27(1):1–13
- Silberschatz G, Curtis JT (1993) Measuring the therapist's impact

- on the patient's therapeutic progress. *J Consult Clin Psychol* 61(3):403–411
- Suffridge DR (1991) Survivors of child maltreatment: Diagnostic formulation and therapeutic process. *Psychotherapy (Chic)* 28(1):67–75
- Weiss J (1986) Theory and clinical observations. In: Weiss J, Sampson H, The Mount Zion Psychotherapy Research Group (Hrsg) *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. Guilford, New York, S 1–138
- Weiss J (1990) The nature of the patient's problems and how in psychoanalysis the individual works to solve them. *Psychoanal Psychol* 7(1):105–113
- Weiss J (1993) *How psychotherapy works: Process and technique*. Guilford, New York
- Weiss J (2002) Control-mastery theory. *Encyclopedia of psychotherapy*, 1. Aufl. Academic Press, New York, Boston, London, Oxford, S 1–5
- Zilcha-Mano S (2018) Major developments in methods addressing for whom psychotherapy may work and why. *Psychother Res*:1–16. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1429691>



# CME-Fragebogen

Teilnahme am zertifizierten Kurs auf CME.SpringerMedizin.de

- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate, den Teilnahmeschluss finden Sie online beim CME-Kurs.
- Fragen und Antworten werden in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.
- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70 % der Fragen richtig beantwortet werden.

**? Die Control Mastery Theory (CMT) bzw. Therapie ist eine Behandlungsmethode mit einem tiefenpsychologischen Behandlungsansatz. Was ist ein Kernthema der CMT?**

- Kinder können gut zwischen ihrer Verantwortlichkeit und der der Eltern unterscheiden.
- Durch traumatische Erfahrungen kommt es zu funktionalen Konstrukten, unter denen die Patienten später leiden.
- Pathogene Überzeugungen können von den Patienten nicht überwunden werden.
- In der Therapie geht es um korrigierende emotionale Beziehungserfahrung mit dem Therapeuten.
- Pathogene Überzeugungen können die normale Entwicklung eines Kindes fördern.

**? Pathogene Überzeugungen sind das Ergebnis eines Anpassungsprozesses an eine traumatisierende frühe Beziehung. Welche Art von Trauma liegt den pathogenen Überzeugungen nach Weiss (1986) zugrunde?**

- Ödipales Trauma
- Stresstrauma
- Abhängigkeitstrauma
- Bindungstrauma
- Selbstwerttrauma

**? In der Psychotherapie werden von Patienten häufig Beziehungstests durchgeführt. Welche der genannten Aussagen treffen auf Beziehungstests zu?**

- Tests sind Probehandlungen des Patienten in der therapeutischen Beziehung.
- Die Tests in der Therapiesituation sind in der Regel bewusst.

- Beziehungstests sollen die Motivation des Therapeuten überprüfen.
- Beziehungstests lassen sich auch mittels Testverfahren erheben.
- Beziehungstests sind die einzige mögliche Art von Tests in der Psychotherapie.

**? Weiss unterscheidet bei Beziehungstests zwischen einem Übertragungs- und einem Rollenumkehrtest. Was passiert bei einem Übertragungstest?**

- Der Therapeut wird in die Rolle der traumatisierenden Eltern gebracht.
- Der Therapeut deutet die Übertragung in der Therapiebeziehung.
- Der Patient verhält sich wie ein traumatisierender Elternteil des Patienten.
- Der Patient ist sich seines Verhaltens in der Interaktion voll bewusst.
- Die pathogene Überzeugung des Patienten soll bestätigt werden.

**? Der Rollenumkehrtest ist eine andere von Weiss postulierte Form des Beziehungstests. Woran erkennt ein Therapeut einen Rollenumkehrtest in der therapeutischen Situation?**

- Der Therapeut hat das Gefühl, der Therapieprozess verläuft harmonisch.
- Der Therapeut fühlt sich in der therapeutischen Beziehung hilfreich.
- Der Therapeut empfindet eine starke emotionale Gegenübertragung.
- Der Therapeut bemerkt von der Testsituation durch den Patienten nichts.
- Der Therapeut fühlt sich wie der traumatisierende Elternteil des Patienten.

**? Die therapeutische Bearbeitung von Beziehungstests ist die relevante Arbeit bei der Control-Mastery-Therapie. Dabei entstehen auch Fehler aufseiten des Therapeuten. Wie müsste sich ein Therapeut verhalten, um im Sinne der CMT die pathogenen Überzeugungen des Patienten zu verstärken?**

- Der Therapeut reagiert anders als die Eltern früher.
- Der Therapeut widerlegt pathogene Überzeugungen durch sein Verhalten.
- Der Therapeut wird durch den Test beeinträchtigt.
- Der Therapeut agiert plunkonform in Aussagen und Verhalten.
- Der Therapeut verhilft dem Patienten zu mehr Einsicht.

**? Das Auftreten von Beziehungstests und der Zusammenhang mit dem Ergebnis einer Therapie wurden auch wissenschaftlich untersucht. Welche Zusammenhänge zwischen Funktionsniveau und bestandenen Beziehungstests konnten bisher empirisch festgestellt werden?**

- Die Symptombelastung des Patienten verändert sich durch bestandene Beziehungstests nicht.
- Spezifische Interventionen wirken sich positiv auf das Therapieergebnis aus.
- Erfolgreich bestandene Tests sind mit dem Psychotherapy Process Q-Set zu operationalisieren.
- Das Maß an Einsicht in pathologische Überzeugungen des Patienten nimmt zu.
- Die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten steigt durch bestandene Beziehungstest deutlich.

**?** Um Hilfe bei ihren Problemen zu finden, entwickeln Patienten oft einen Plan, den sie verfolgen. Was zählt zu den Eigenschaften und Bestandteilen des Plans eines Patienten?

- Der Plan ist dem Patienten in der Regel bewusst.
- Der Plan beinhaltet traumatische Erfahrungen des Patienten.
- Die Symptombelastung des Patienten wird eingeschätzt.
- Im Plan zeigt sich die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten.
- Der Plan beinhaltet die Diagnose des Patienten.

**?** Ein 37-jähriger Handwerker, verheiratet, ein Kind, sucht Psychotherapie aufgrund von chronischen Kopfschmerzen und depressiven Symptomen auf. In der Planformulierung ergaben sich folgende Ziele des Patienten: 1. eigene Bedürfnisse wahrnehmen und durchsetzen; 2. sich von anderen abgrenzen und 3. Kontrolle über Situationen zu erlangen. In der Therapie schlägt der Therapeut eine bestimmte Übung vor, die der Patient jedoch strikt ablehnt. Um welche Art von Beziehungstest handelt es sich hierbei?

- Rollenumkehrtest
- Schuldtest
- Therapeutentest
- Übertragungstest
- Gegenübertragungstest

**?** Eine 41-jährige Patientin ist wegen einer aktuell schweren depressiven Phase, Panikstörung und Alkoholmissbrauch in Psychotherapie. Sie berichtet von wenig liebevollen, sehr strengen, religiösen Eltern, von denen sie sich vernachlässigt gefühlt hat. Eine ungewollte Schwangerschaft der Patientin führte zu Erpressungen und Schuldzuweisungen durch die Mutter, denen sich die Patientin ausgeliefert fühlte. Welche pathogene Überzeugung könnte diese Patientin hinsichtlich der Schuldzuweisungen entwickelt haben?

- Ich bin es nicht wert, geliebt zu werden.
- Bedürfnisse und negative Gefühle zu zeigen, führt zu Verlassenwerden.
- Ich habe es nicht verdient, glücklich zu sein.
- Wenn ich nicht mein Bestes gebe, wird eine Katastrophe geschehen.
- Ich halte die Welt für unvorhersehbar und gefährlich.