

Anhang: Die Erforschung der Wirkungsweise von CBASP

- 1.1 Zwei Arten von abhängigen Variablen – 152**
- 1.2 Notwendigkeit von Phase-II-CBASP-Studien – 153**
 - 1.2.1 Offene Fragen zur Therapie mit CBASP – 154
- 1.3 Messinstrumente zur Erfassung des Lernprozesses in der Therapie – 155**
 - 1.3.1 Situationsanalyse – 155
 - 1.3.2 Kontingente persönliche Reaktion – 156
 - 1.3.3 Interpersonelle Diskriminationsübungen – 159
- 1.4 Messinstrumente, die in zukünftigen Phase-II-Studien verwendet werden können – 160**
- 1.5 Zusammenfassung der verbleibenden wissenschaftlichen Fragestellungen in Phase II – 161**

» Welche Behandlung, durch wen, ist am wirksamsten für diesen Patienten mit jenem spezifischen Problem unter welchen Bedingungen?

G.L. Paul (1967, p. 111) «

» Wie funktionieren unsere Behandlungen, inklusive Psychotherapie? S.E. Hyman (2000, p.

88) «

Dieser Anhang richtet sich an forschungsorientierte Leser, welche die Wirksamkeit der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung («disciplined personal involvement») empirisch untersuchen wollen. Ich stelle zwei Methoden vor, mit denen Verhaltensänderungen des Patienten gemessen werden können. Dann stelle ich eine Methode vor, mit der erhoben werden kann, welchen Einfluss die persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung auf das Behandlungsergebnis hat.

Einige werden sich fragen, warum ich ein Buch über eine Therapietechnik mit einem Anhang über Forschung enden lasse. Es gibt vier Gründe für diesen Anhang: (1) Ich habe mich nie wohl dabei gefühlt, Psychotherapie durchzuführen, ohne die Ergebnisse auszuwerten. Für mich sind therapeutische Arbeit und Forschung zwei Seiten derselben Medaille. Die eine Seite beeinflusst die andere. Vor dem Hintergrund meiner Ausbildung in Einzelfallstudien und operantem Lernen ist die Verflechtung von Forschung und Praxis für mich selbstverständlich. CBASP entwickelte sich aus diesen Einzelfallstudien heraus (z. B. McCullough, 1984a,b,c, 1991). In diesem letzten Kapitel möchte ich meinen Wunsch zum Ausdruck bringen, dass CBASP sich für empirische Untersuchung öffnet. (2) Außerdem Sorge ich mich um meine Profession in der heutigen Zeit. Die klinische Psychologie steht im Konkurrenzverhältnis zu vielen anderen Akteuren im Gesundheitssystem (z. B. Pharmaindustrie, somatische Medizin, Psychiatrie, Sozialarbeit; Barlow, 2004). Als Experten für seelische Gesundheit verlieren wir unsere Identität und unseren Status, wenn wir aufhören, uns auf angewandte

Forschung zu stützen. Aus diesem Grund möchte ich CBASP und die einzelnen Techniken der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung auf ein solides empirisches Fundament stellen. (3) Ich habe dieses Kapitel auch geschrieben, weil es bei CBASP unbeantwortete Fragen gibt. Beispielsweise ist unklar, ob die persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung in Kombination mit der Situationsanalyse zur Wirksamkeit der Therapie beiträgt. Und wenn ja: Ist es die Interpersonelle Diskriminationsübung oder die kontingente persönliche Reaktion oder beides? (4) Schließlich gibt es chronisch depressive Patienten, die nicht auf CBASP ansprechen. Die möglichen Störgrößen und ihr negativer Einfluss auf den Therapieerfolg müssen noch besser untersucht werden. Nachdem in einer großen multizentrischen Studie die Wirksamkeit von CBASP empirisch belegt wurde, muss jetzt die Frage beantwortet werden: Wie funktioniert CBASP und für welche Subgruppe von chronisch depressiven Patienten ist CBASP am besten geeignet?

1.1 Zwei Arten von abhängigen Variablen

Im Folgenden beschreibe ich zwei unterschiedliche Gruppen von abhängigen Variablen: (1) CBASP ist ein Modell von Psychotherapie, das sich auf prozedurales Lernen stützt. Deshalb betrifft die erste Gruppe von abhängigen Variablen den Lernfortschritt des Patienten im Verlauf der Behandlung. Aus der Perspektive des Therapieerfolgs handelt es sich dabei um Mediatorvariablen (Kraemer, Wilson, Fairburn & Agras, 2002), die einen Einfluss auf Maße des Therapieerfolgs haben. Der durch die Situationsanalyse erreichte Lernerfolg kann mit verschiedenen Messinstrumenten erfasst werden. Das erste Instrument misst die Fähigkeit des Patienten, die Konsequenzen seines zwischenmenschlichen Verhaltens zu erkennen. Das zweite misst die Fähigkeit

des Patienten, Situationsanalysen modellgerecht durchzuführen. Ein drittes misst die Verhaltensveränderung in der Therapie nach Einsatz der kontingenten persönlichen Reaktion (CPR), und ein viertes bezieht sich auf die Interpersonelle Diskriminationsübung (IDE) und misst, wie gut der Patient gelernt hat, den Therapeuten von missbrauchenden, prägenden Bezugspersonen zu unterscheiden.

(2) Die zweite Gruppe von abhängigen Variablen befasst sich mit allgemeinen Behandlungseffekten. Dies sind die üblichen Prozess- und Ergebnisvariablen, welche die Veränderungen der Symptome und der psychosozialen Funktionsfähigkeit messen, die infolge der Therapie aufgetreten sind. Ein besseres Verständnis des Mediatoreffekts des Lernerfolgs innerhalb der Therapie hilft uns, besser zu verstehen, wie eine Therapie wirkt (Hyman, 2000). Ein Beispiel für allgemeine Behandlungseffekte ist die Depressionsschwere, gemessen mit dem Beck Depressions-Inventar-II (Beck, 1996). Ein weiteres Beispiel wären Veränderungen der DSM-IV-Diagnosen (American Psychiatric Association, 1994) wie die Remission einer Störung. Ein drittes Beispiel ist eine Veränderung in der Qualität der Ehe, gemessen als Wert auf der Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976). Ein letztes Beispiel ist die Veränderung im Minnesota Multiphasic Personality Inventory-I (MMPI; Hathaway & McKinley, 1943).

Ich möchte anmerken, dass Psychotherapie keinen direkten Einfluss auf die Symptome einer Störung (z. B. Antriebsmangel, niedriges Selbstbewusstsein, Hoffnungslosigkeit), die Diagnose des Patienten oder die Eigenschaften einer Ehebeziehung hat. Auch beeinflusst Psychotherapie nicht direkt bestimmte Subskalen des MMPI. Psychotherapie hat vielmehr einen Mediatoreffekt auf die Symptome, die Diagnose, die Ehe und den MMPI-Wert. Die Wirkung der Psychotherapie auf den Patienten wird deutlich in Haupt- und Interaktionseffekten im Bereich der

allgemeinen Behandlungseffekte über den Verlauf der Therapie.

1.2 Notwendigkeit von Phase-II-CBASP-Studien

Im Folgenden werde ich einige Aspekte der Forschungsagenda für CBASP beschreiben. Meine Anregungen sind angelehnt an das Phasenmodell der Psychotherapieforschung von Rounsaville, Carroll und Onken (2001). Dieser Ansatz beginnt mit Pilotstudien mit kleinem n (Phase I), es folgen in Phase II randomisierte klinische Studien (RCTs), deren Ergebnisse dann in Phase III auf die klinische Praxis übertragen werden. Das letztendliche Ziel dieses Phasenmodells ist die Entwicklung von Behandlungskonzepten, die in der klinischen Praxis untersucht werden können (Kazdin, 2001). Gegenwärtig hat die CBASP-Forschung die Anforderungen der Phase I erfüllt. Das heißt, das CBASP-Manual wurde auf der Grundlage einer theoretischen Basis entwickelt, kleine Pilotstudien in der Zielpopulation wurden erfolgreich durchgeführt, die Ausbildung von Therapeuten in CBASP wurde etabliert, Adhärenz der Therapeuten und Integrität der Durchführung wurden überprüft. Eine erste Phase-II-Studie wurde mit guten Ergebnissen durchgeführt (Keller et al., 2000; n = 681 ambulante Patienten), und eine zweite Studie ist weit fortgeschritten (Kocsis, 2002; n = 910 ambulante Patienten), in der CBASP mit einer »nicht-direktiven« Psychotherapie, der kurzen supportiven Psychotherapie (Brief Supportive Psychotherapy, BSP; Markowitz, 2002), verglichen wird [Anmerkung der Übersetzer: Diese Studie wurde in der Zwischenzeit publiziert; in dieser Studie war CBASP einer supportiven Psychotherapie gleichwertig (Kocsis et al., 2009)]. Die CBASP-Forschung hat sich schnell entwickelt von kleinen Pilotstudien (McCullough, 1984a,b,c, 1991) hin zu großen Phase-II-Studien. Das National Institute of Mental Health und andere Forschungsför-

derungseinrichtungen legen jetzt großen Wert auf Phase-III-Studien. Ich denke jedoch, dass in Phase II einige Fragen weiter untersucht werden sollten, insbesondere in Bezug auf die oben genannten vermittelnden Variablen und den Einfluss anderer Variablen wie die Vorbehandlung des Patienten (Kraemer et al., 2002).

Beispielsweise haben wir herausgefunden, dass das gute Beherrschen der Situationsanalyse durch den Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg hat (Manber et al., 2003; Manber McCullough, 2000). Darüber hinaus können wir jedoch nicht sagen, welche vermittelnde Variable seitens des Patienten oder des Therapeuten das Erlernen der Situationsanalyse fördert oder behindert.

1.2.1 Offene Fragen zur Therapie mit CBASP

Eine wichtige Frage ist der Einfluss der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung auf die Veränderung des Patienten. Es sollte untersucht werden, ob kontingente persönliche Reaktionen und Interpersonelle Diskriminationsübungen, alleine oder in Kombination, zusätzlich zur Situationsanalyse (der wichtigsten CBASP-Technik) einen Mediatoreffekt auf das Behandlungsergebnis haben.

Neben diesen Mediatoreffekten müssen auch die Patientenvariablen identifiziert werden, welche ein Ansprechen auf die Therapie verhindern. Im Vergleich zu Non-Respondern, die nicht auf CBASP ansprechen, lernen die Responder besser, was in der Therapie vermittelt wird, und generalisieren es besser in ihr tägliches Leben. Am Ende der Behandlung sieht das psychosoziale Funktionsniveau des erfolgreich behandelten Patienten in etwa so aus: (a) Der Betroffene ist sich der zwischenmenschlichen Konsequenzen seines Verhaltens bewusst. (b) aufgrund der Fertigkeit zur selbstständigen Durchführung von Situationsanalysen gelingt das Lösen zwi-

schenschlicher Konflikte leichter. (c) Durch die Beherrschung von angemessenen zwischenmenschlichen Fertigkeiten verlaufen zwischenmenschliche Begegnungen zufriedenstellender. (d) Der Betroffene hat sich emotional von missbräuchlichen prägenden Bezugspersonen distanziert und sieht zwischenmenschliche Begegnungen nicht länger aus einer präoperatorischen Perspektive.

Leider profitieren nicht alle Patienten von der Behandlung, viele sprechen nur teilweise an und andere gar nicht. Nach meiner Erfahrung aus zwei multizentrischen Studien (Keller et al., 2000; Kocsis et al., 2009) mit 1.591 chronisch depressiven ambulanten Patienten erreichen viele Patienten kein optimales psychosoziales Funktionsniveau. Im Allgemeinen wird die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie für chronisch depressive Patienten als die Behandlung der Wahl angesehen. Dennoch wurden in einer Arbeit von Keller et al. (2000) in der Gruppe mit der Kombinationstherapie 57 Patienten (25 %) als Non-Responder eingestuft, d. h., sie sprachen nicht oder nur wenig auf die Therapie an (Intention-to-treat-Analyse).

In zahlreichen Supervisionsitzungen seit 1995 waren diese Non-Responder das zentrale Thema. Dabei fiel auf, dass die Non-Responder meist in eine von vier Gruppen gehören. Sie sind z. B. (1) nicht in der Lage, die Lernanforderungen von CBASP zu erfüllen; (2) sie bringen besonders wenige interpersonelle Fertigkeiten mit in die Therapie und sind nicht in der Lage, zwischenmenschliche Bindungen einzugehen; (3) sie leiden an ausgeprägten und behindernden wirtschaftlichen Problemen und Misserfolgs-erlebnissen im Arbeitsleben, viele leben unter der Armutsgrenze; und (4) sie leiden häufig an chronischen, schweren, auf Achse-III kodierten Störungen wie massiver Adipositas, schwer einzustellendem Asthma bronchiale, ausgeprägten chronischen Schmerzen oder Tumorerkrankungen. Sicher gibt es auch andere Merkmale, welche ein Ansprechen auf die Behandlung we-

niger wahrscheinlich machen; dies sind jedoch einige der offensichtlicheren. Der vermittelnde Effekt dieser vier Merkmale muss noch genauer untersucht werden, weil noch nicht klar ist, ob unsere Beobachtungen tatsächlich valide Mediatorvariablen sind, welche ein Ansprechen auf die Behandlung verhindern. Bevor ich Möglichkeiten vorschlage, die Komponenten von CBASP in zukünftigen Phase-II-Studien zu untersuchen, werde ich jetzt Instrumente vorstellen, welche die erste abhängige Variable, den Lernprozess in der Sitzung, messen.

1.3 Messinstrumente zur Erfassung des Lernprozesses in der Therapie

1.3.1 Situationsanalyse

Eines der Ziele des Trainings in Situationsanalysen ist es, dem Patienten die Konsequenzen seines Verhaltens erfahrbar zu machen. Die Heilung der chronischen Depression beginnt damit, seine eigene interpersonelle Persönlichkeit und seine Wirkung auf andere einschätzen zu können. Ich habe dies als »wahrgenommene Funktionalität« bezeichnet (McCullough, 2000). Inwieweit Patienten dazu in der Lage sind, wird mit dem Personal Questionnaire (PQ) gemessen. Die Methodik des PQ wurde von M.B. Shapiro entwickelt (McCullough & Kasnetz, 1982; Shapiro, 1961, 1964; Shapiro, Litman, Nias & Hendry, 1973). Die Methodik besteht aus einer Selbstauskunft über Prozesse und Ergebnisse, die sich auf viele Patientensituationen anwenden lässt. Wie gesagt ist der PQ weniger ein strukturierter Fragebogen als vielmehr eine Methodik der Selbstauskunft, welche verwendet werden kann, um einzuschätzen, inwieweit der Patient (1) die Konsequenzen seines Verhaltens erkennen kann und (2) in seiner Wahrnehmung den Therapeuten von missbräuchlichen prägenden Bezugspersonen unterscheiden kann. Im Folgenden be-

schreibe ich die Methodik, Durchführung und Auswertung des PQ im CBASP.

Schritt 1. Im PQ werden drei Sätze formuliert, die ein Zielverhalten und das Erkennen von Konsequenzen beschreiben. Diese Aussagen kennzeichnen das gestörte Funktionsniveau zu Beginn der Behandlung, ein verbessertes Funktionsniveau und ein gesundes Funktionsniveau im Verlauf der Behandlung. Jeder Satz wird auf eine Karteikarte geschrieben und dem Patienten überreicht. Die Sätze zur Beschreibung des Erkennens von Konsequenzen lauten wie folgt:

- Karte 1 (gestörtes Funktionsniveau): »Ich erkenne selten oder nie die zwischenmenschlichen Auswirkungen meines Verhaltens auf andere.«
- Karte 2 (verbessertes Funktionsniveau): »Manchmal erkenne ich die zwischenmenschlichen Auswirkungen meines Verhaltens auf andere.«
- Karte 3 (gesundes Funktionsniveau): »Meistens erkenne ich die zwischenmenschlichen Auswirkungen meines Verhaltens auf andere.«

Schritt 2. Nach dem Ende der dritten Sitzung wird dem Patienten das Ratingverfahren von einem Mitarbeiter des Therapeuten vermittelt. Dabei wird dem Patienten gesagt, dass sein Therapeut die Ergebnisse erst *nach* Abschluss der Therapie erfahren wird. Darüber hinaus werden die Anweisungen auf ein Arbeitsblatt geschrieben, und der Patient wird gebeten, diese laut vorzulesen. Dabei wird betont, dass der Patient beschreiben soll, wie er sich tatsächlich verhält, und nicht, wie er sich gerne verhalten würde. Der Patient erhält dann die drei Karten (gemischt) und wird gebeten, jeweils aus zwei Karten diejenige auszuwählen, die sein gegenwärtiges Verhalten am besten beschreibt. Der Mitarbeiter notiert das Ergebnis. Wenn das Antwortmuster als »intern nicht konsistent« eingeschätzt wird, muss die Aufgabe bei der nächsten Durchführung genauer erläutert werden. Der PQ wird am Ende der

dritten Sitzung (nach der Erhebung der Liste prägender Bezugspersonen) und dann nach jeder dritten Sitzung eingesetzt (d. h. nach der 6., 9., 12., 15., 18., usw.).

Schritt 3. Auswertung: Es gibt vier intern konsistente und vier intern inkonsistente Antwortmuster (Shapiro, 1961):

Intern konsistente Antwortmuster

Kategorie I: Wahl von Karte 1 (Störung) statt Karte 2 (Verbesserung), Karte 1 statt 3 (Gesundheit), Karte 2 statt 3 [gewichteter Wert = 4,0] = Störung

Kategorie II: Wahl von Karte 2 statt 1; Karte 1 statt 3, Karte 2 statt 3 [gewichteter Wert = 3,0] = leichte Verbesserung

Kategorie III: Wahl von Karte 2 statt 1; Karte 3 statt 1, Karte 2 statt 3 [gewichteter Wert = 2,0] = deutliche Verbesserung

Kategorie IV: Wahl von Karte 2 statt 1; Karte 3 statt 1, Karte 3 statt 2 [gewichteter Wert = 1,0] = Gesundheit

Intern inkonsistente Antwortmuster

Kategorie V: Wahl von Karte 1 (Störung) statt Karte 2 (Verbesserung), *Karte 3 (Gesundheit) statt 1, Karte 2 statt 3 [gewichteter Wert = 2,5]

Kategorie VI: Wahl von Karte 2 statt 1; Karte 1 statt 3, *Karte 3 statt 2 [gewichteter Wert = 2,5]

Kategorie VII: Wahl von Karte 1 statt 2; Karte 1 statt 3, *Karte 3 statt 2 [gewichteter Wert = 3,5]

Kategorie VIII: Wahl von *Karte 1 statt 2; Karte 3 statt 1, Karte 3 statt 2 [gewichteter Wert = 1,5]

Schritt 4. Die gewichteten Werte werden für jede Sitzung in das Datenblatt eingetragen. Bei jeder Sitzung, in der eine Situationsanalyse durchgeführt wurde, wird ein Stern eingetragen.

Schritt 5. Ein Verlässlichkeitsschätzer (»grand reliability estimate«; Shapiro, 1961) wird für jeden Patienten berechnet, indem die Anzahl der intern konsistenten Antwortmuster geteilt wird durch die Gesamtzahl der durchgeführten Bewertungen. Wenn beispielsweise von 10 im Laufe der Therapie durchgeführten Bewertungen 9 als intern konsistent bewertet werden, ist der Verlässlichkeitsschätzer 0,90.

Beispiel: Herr Paulsen führte nach jeder dritten Sitzung einen PQ durch. Erst nach der neunten Sitzung sagte er, dass er »manchmal« die zwischenmenschlichen Konsequenzen seines Verhaltens beschreiben könne. Von dieser Sitzung an besserten sich die PQ-Ratings von Herrn Paulsen kontinuierlich. Nach der 15. Sitzung konnte er »meistens« die zwischenmenschlichen Konsequenzen seines Verhaltens erkennen. Das heißt, »wahrgenommene Funktionalität« wurde zu diesem Zeitpunkt Teil seines Repertoires. Der Verlässlichkeitsschätzer lag bei 1,0 – ein Hinweis darauf, dass seine Ratings eine hohe interne Konsistenz aufwiesen. In den meisten Sitzungen wurden Situationsanalysen durchgeführt, wie an den Sternen unter der Sitzungsnummer zu erkennen ist.

Ein weiteres Prozessmaß ist der Leistungsfragebogen für Patienten (Patient Performance Rating Scale, PPRF), mit dem gemessen werden kann, wie gut die Patienten in der Lage sind, Situationsanalysen ohne therapeutische Unterstützung durchzuführen. Die Entwicklung und Validierung dieser Skala sowie Fallbeispiele werden im neunten Kapitel von McCullough (2000) beschrieben. Die PPRF-Werte korrelieren, wie oben bereits erwähnt, mit dem Therapieerfolg (Manber et al., 2003; Manber & McCullough, 2000).

1.3.2 Kontingente persönliche Reaktion

Die Ziele der kontingent persönlichen Reaktion (»contingent personal responsivity«, CPR) bestehen darin, (1) maladaptive zwischenmenschliche Verhaltensweisen zu modifizieren und (2) den Patienten die spezifischen zwischenmenschlichen Konsequenzen ihres verbalen und nonverbalen Verhaltens aufzuzeigen. Der Therapeut verdeutlicht die untrennbare Verbindung des Patienten mit der Umwelt, indem er die Konsequenzen seines Verhaltens in der Sitzung

aufzeigt. Es gibt viele verschieden maladaptive Verhaltensweisen in der Therapie. Ich werde im Folgenden einige häufigere Beispiele aufführen:

- Die Weigerung, die Selbstöffnung des Therapeuten ernst zu nehmen. Der Patient sagt beispielsweise immer wieder: »Entschuldigen Sie, das habe ich nicht so gemeint.« Er macht dann aber mit seinem Verhalten weiter. Oder er sagt: »Sie haben doch gelernt, mit so etwas umzugehen«, »Sie sind aber dünnhäutig« oder »Sehen Sie, jetzt habe ich Sie auch verletzt, genau wie alle anderen, ich bin einfach wertlos!«.
- Feindliche und abwertende zwischenmenschliche Bemerkungen gegenüber dem Therapeuten wie: »Sie können mir auch nicht helfen«, »Sie wissen doch gar nicht, was Sie mit mir machen sollen«, »Sie sind zu jung, um mit meinen Problemen umgehen zu können«.
- Negative Selbstaussagen, welche die therapeutische Arbeit stören wie: »Ich werde das hier nie können, ich bin einfach zu dumm«, »Ich bin wertlos«, »Andere haben guten Grund, mich abzulehnen, ich bin wertlos«, »Ich bin zu schuldig, ich habe nichts Gutes verdient«.
- Extreme Passivität, welche verhindert, dass der Patienten die Initiative ergreift. Zum Beispiel, indem er immer nur ruhig dasitzt und darauf wartet, dass der Therapeut sagt, »wo es langgeht«.
- Aktives verbales Vermeidungsverhalten mit dem Ziel, den Therapeuten von schwierigen Themen abzuhalten, etwa durch Witze oder Themenwechsel.
- Vermeidung von Blickkontakt mit dem Therapeuten. Zum Beispiel indem der Patient lange Haare vors Gesicht hängen lässt, eine vom Therapeuten weggerichtete Sitzposition einnimmt oder den Blick zu Boden richtet.
- Redet über den Therapeuten hinweg und spricht weiter, egal, was der Therapeut sagt. Beispielsweise ist der Patient nicht in der Lage, auf das zu reagieren, was der Therapeuten sagt. Er redet in monologisierender Weise immer über dasselbe Thema, selbst wenn eine Frage gestellt wird.
- Wütende oder exhibitionistische Tiraden über andere, z. B. Kinder, Kollegen, Ehepartner. Diese nehmen viel Raum in der Therapie ein.
- Ausgeprägte verbale und nonverbale Angepasstheit (z. B. immer lächelnd, immer zustimmend nickend), die jedoch nicht zu einer Verhaltensänderung führt. Der Patient macht z. B. immer die Hausaufgaben, profitiert aber nicht davon.
- Weigerung, Hausaufgaben zu machen oder Aufgaben außerhalb der Therapie umzusetzen.
- Gewohnheitsmäßiges Weinen, wann immer schwierige Lebenssituationen angesprochen werden.
- Gewohnheitsmäßige Verspätung oder Versäumnis von Terminen.
- Versuche, den Therapeuten zu versorgen, z. B. durch extrem fürsorgliches Verhalten oder besondere Aufmerksamkeit darauf, dass der Therapeut nicht zu spät nach Hause oder zur nächsten Sitzung kommt.
- Durchgreifende, häufig artikulierte Hoffnungslosigkeit, die mit der Therapie interferiert. Beispielsweise sagt der Patient: »Es wird nie anders werden«, »Bei mir hilft einfach gar nichts«.
- Annahmen über den Therapeuten, die offensichtlich falsch sind, aber häufig artikuliert werden. Der Patient sagt beispielsweise: »Ich werde Ihnen nie wirklich wichtig sein«, »Unsere Beziehung kann nicht echt sein. Sie werden ja für Ihre Arbeit bezahlt«, »Wenn ich mich umbringe, werden Sie schnell darüber hinwegkommen«.
- Exzessives Selbstmitleid. Der Patient reagiert auf Enttäuschungen im Alltag beispielsweise exzessiv mit »immer ich«.

- Ausgeprägter Rückzug und soziale Isolation. Diese Patienten haben häufig keinen Partner, leben allein, sind arbeitslos und verlassen ihr Haus oder ihre Wohnung nur selten.

Diese Interaktionsmuster können eine Therapie empfindlich stören. Die Wirkung der kontingent persönlichen Reaktion kann folgendermaßen untersucht werden:

Schritt 1. Das pathologische zwischenmenschliche Verhalten des Patienten wird benannt und operationalisiert. Wenn der Patient beispielsweise immer wieder feindselig-abwertende Bemerkungen über den Therapeuten macht, werden diese Kommentare als das Zielverhalten definiert. Beispiele sind Bemerkungen des Patienten, welche die Kompetenz des Therapeuten infrage stellen oder andeuten, dass er nicht weiß, was er tut. Das Auftreten dieses Zielverhalten kann erfasst werden als Häufigkeit (z. B. Anzahl der feindseligen Kommentare während einer auf Video aufgezeichneten Sitzung) oder als Zeitdauer (Anzahl der Minuten, die der Patient in einer auf Video aufgezeichneten Sitzung mit Weinen verbrachte).

Schritt 2. Wählen Sie nach dem Zufallsprinzip eine zehnminütige Videosequenz aus der ersten und jeder vierten folgenden Sitzung, und messen Sie die Häufigkeit und die Zeitdauer des Zielverhaltens.

Schritt 3. Die Consequation-Strategie des Therapeuten wird operationalisiert. Das Verhalten des Therapeuten muss dabei folgende Elemente beinhalten: Das Verhalten des Patienten wird direkt benannt, oder die Reaktion bezieht sich direkt darauf. Der Therapeut reagiert persönlich auf das Zielverhalten (Beispiel: »Der Kommentar, den Sie gerade über meine Kompetenz gemacht haben, hat mich wirklich verletzt. Warum wollen Sie mich so behandeln?« oder »Ihr Weinen führt dazu, dass ich mich hilflos fühle. Ich bekomme den Eindruck, dass ich Ihnen nicht helfen kann, egal, was ich tue«.

Schritt 4. Die folgenden beiden Datensätze werden grafisch dargestellt: (a) die Häufigkeit oder die Zeitdauer des Zielverhaltens in jeder Videosequenz und (b) die Häufigkeit von kontingenten persönlichen Reaktionen in der Videosequenz.

Beispiel: Frau Anders machte ihrer Therapeutin gegenüber zu Anfang der Behandlung häufig feindselig-dominante Kommentare. Sie warf ihr vor, sie sei noch in Ausbildung und wisse nicht, wovon sie rede. Sie sei noch nicht weit genug, um so einen schwierigen Fall, wie sie es sei, zu behandeln. Zusammengefasst lautete ihre Botschaft: »Kommen Sie mir nicht zu nahe!« Dieses Interaktionsmuster begann bereits in der ersten Sitzung und trat hier während der zufällig ausgewählten zehnminütigen Videosequenz fünfmal auf. Nach der Betrachtung des Videos wurden diese feindselig-dominanten Kommentare als Zielverhalten operationalisiert. Anschließend besprach die Therapeutin mit ihrem Supervisor, wie sie Frau Anders die Konsequenzen ihres Verhaltens aufzeigen könnte. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass nach jedem Auftreten des Zielverhaltens in etwa Folgendes gesagt werden sollte:

» Dieser Kommentar, den Sie gerade über meine Kompetenz gemacht haben, hat mich wirklich verletzt. Wenn Sie so etwas zu mir sagen, verspüre ich den Impuls, Abstand zu Ihnen zu halten. So wirkt Ihr Verhalten auf mich. Wie kommt es, dass Sie mich auf Abstand halten wollen? «

Die genaue Wortwahl variierte von Mal zu Mal aber der Inhalt blieb immer derselbe: »Sie haben mich mit Ihrer Bemerkung gerade weggestoßen.« Die Therapeutin wandte in den Sitzungen 4, 5, 6, 8, 9, 12, 15, 18 und 22 wiederholt kontingente persönliche Reaktionen an. Das Zielverhalten wurde im Verlauf der Zeit immer seltener. Der Therapeutin ist es also gelungen, ein störendes Verhalten in der Therapie durch den Einsatz der kontingenten persönlichen Reaktion in den Griff zu bekommen.

Beispiel: Frau Haupt weinte in den ersten Sitzungen die meiste Zeit. Ihr Weinen und Schluch-

zen machten es nahezu unmöglich, ernsthaft über etwas zu sprechen. Nach dem Ende der ersten Sitzung sah sich der Therapeut die Videoaufnahme an und operationalisierte das Zielverhalten als »Weinen, Tränen aus den Augen wischen und Schluchzen«. Er wählte dann zufällig einen zehnminütigen Ausschnitt und stellte fest, dass sie ungefähr sechseinhalb Minuten davon geweint hatte. Es wurde klar, dass die Dauer und nicht die Häufigkeit des Zielverhaltens das beste Maß einer Verhaltensänderung sein würde. Im nächsten Schritt überlegte der Therapeut, wie er darauf kontingent persönlich reagieren wollte. Er entschied sich, Folgendes zu sagen, wann immer die Patientin ihr Weinen unterbrach und zuhören konnte:

» Ihr Weinen macht es uns unmöglich, miteinander zu reden. Ich kann nicht mit Ihnen reden, während Sie weinen, und wir müssen wirklich über einige wichtige Dinge in Ihrem Leben sprechen. Ich werde warten, bis Sie aufhören zu weinen, dann reden wir miteinander. «

Diese kontingent persönliche Reaktion wurde in den Sitzungen 3, 4, 7, 11, 15 und 18 eingesetzt. Nach jeder vierten Sitzung wurde die Länge des Zielverhaltens gemessen. Das Weinen wurde mit der Zeit immer weniger. In der 21. Sitzung weinte die Patientin nicht mehr.

1.3.3 Interpersonelle Diskriminationsübungen

Das Ziel der Interpersonellen Diskriminationsübung (IDE) besteht darin, dass der Patient klar emotional zwischen missbräuchlichen prägenden Bezugspersonen und dem Psychotherapeuten unterscheiden kann. Der Therapeut betritt mit der IDE einen emotionalen Raum zusammen mit dem Patienten und den prägenden Bezugspersonen. Mit der Zeit lockert und verändert der Patient behindernde emotionale Bindungen an prägende Bezugspersonen und ersetzt sie mit

einer hilfreichen emotionalen Bindung an den Therapeuten. Ich nehme an, dass dieser Prozess in Gang kommt, sobald der Patient lernt, emotional zwischen dem Therapeuten und den missbräuchlichen prägenden Bezugspersonen zu unterscheiden (McCullough, 2000). Diese emotionale Unterscheidung kann mithilfe des Personal Questionnaire (PQ) gemessen werden.

Schritt 1. Am Ende der zweiten Sitzung erstellt der Therapeut auf Grundlage der Liste prägender Bezugspersonen und den kausaltheoretischen Schlussfolgerungen eine Übertragungshypothese. Diese beschreibt einen interpersonellen Bereich, in dem der Patient mit prägenden Bezugspersonen missbräuchliche Erfahrungen gemacht hat, z. B. Intimität, das Mitteilen von persönlichen Bedürfnissen, Wünschen oder Problemen, Fehler oder der Ausdruck negativer Emotionen.

Schritt 2. Drei Aussagen werden für den PQ formuliert, welche unterschiedliche Fähigkeiten der interpersonellen Diskrimination in Bezug auf die Übertragungshypothese beschreiben: ein Satz für das gestörte Funktionsniveau, ein Satz für das verbesserte Funktionsniveau und ein Satz für das gesunde Funktionsniveau. Jeder Satz wird auf eine Karteikarte geschrieben. Die drei Karten werden dem Patienten überreicht:

- Karte 1 (ein Satz für das gestörte Funktionsniveau mit sehr unangenehmen Implikationen): »Ich bin mir sicher, dass sich mein Therapeut mir gegenüber irgendwann genauso verhalten wird wie ... [prägende Bezugsperson].«
- Karte 2 (ein Satz für das verbesserte Funktionsniveau mit mittelgradig unangenehmen Implikationen): »Es besteht die Möglichkeit, dass sich mein Therapeut mir gegenüber möglicherweise verhalten wird wie ... [prägende Bezugsperson].«
- Karte 3 (ein Satz für das gesunde Funktionsniveau mit wenig unangenehmer Bedeutung): »Ich erwarte nicht, dass sich mein Therapeut mir gegenüber so verhalten wird wie ... [prägende Bezugsperson].«

Schritt 3. Ähnlich wie oben beschrieben, erläutert ein Mitarbeiter dem Patienten nach dem Ende der dritten Sitzung das Ratingverfahren. Dabei wird betont, dass der Therapeut das Ergebnis erst nach Abschluss der Therapie erfährt und dass der Patient sich bei seinen Antworten darauf beziehen soll, wie er sich *jetzt gerade* dem Therapeuten gegenüber fühlt, und nicht, wie er sich dem Therapeuten gegenüber gerne fühlen würde. Die Erläuterungen werden auf einem Arbeitsblatt notiert, und der Patient wird gebeten, diese laut vorzulesen. Der Mitarbeiter notiert das Ergebnis jedes Ratings. Wenn dabei intern inkonsistente Ratingmuster auffallen, wird das Ratingverfahren in der darauffolgenden Woche noch einmal erläutert. Jede Sitzung, in der eine IDE zum Einsatz kommt, wird mit einem Stern auf dem Datenblatt markiert. Der PQ wird am Ende der dritten Sitzung und dann nach jeder dritten Sitzung durchgeführt (d. h. nach den Sitzungen 6, 9, 12, 15, 18 usw.).

Schritt 4. Ein Verlässlichkeitsschätzer (»grand reliability estimate«; Shapiro, 1961) wird für jeden Patienten berechnet, indem die Anzahl der intern konsistenten Antwortmuster geteilt wird durch die Gesamtzahl der durchgeführten Bewertungen.

Beispiel: Bei Herrn Laue wurde nach jeder dritten Sitzung ein PQ durchgeführt. Eines der Ziele der IDE war, dem Patienten zu helfen, zwischen dem Therapeuten und missbräuchlichen prägenden Bezugspersonen zu unterscheiden. Der PQ wird dabei als Selbsteinschätzungsinstrument eingesetzt, um beurteilen zu können, wie sicher sich der Patient bei dieser interpersonellen Unterscheidung ist. Die Liste prägender Bezugspersonen machte deutlich, dass Herr Laue von seinen Eltern für jeden Fehler massiv verbal bestraft wurde. Fehler bei seinen häuslichen Pflichten wie etwa den Rasen perfekt zu mähen oder unzureichende Leistungen in der Schule führten zu massiver Abwertung durch seine Eltern. Der Therapeut erstellte auf Grundlage dieser Berichte die Übertragungshypothese: »Wenn ich in

der Therapie mit Dr. Siegel einen Fehler mache, werde ich massiv kritisiert und an mein andauerndes Versagen erinnert.« Fehler während der Behandlung, z. B. ein vergessener Termin oder eine nicht ordnungsgemäß durchgeführte Situationsanalyse, wurden zu Schlüsselsituationen, in denen Dr. Siegel eine IDE durchführte. Erst nach 18 Sitzungen gab Herr Laue an, dass der Therapeut sich möglicherweise nicht wie seine Eltern verhalten würde. Darüber sicher war er sich aber erst bei der letzten PQ-Erhebung, wo er ein PQ-Rating von 1,0 erreichte (»Ich erwarte nicht, dass sich mein Therapeut mir gegenüber verhalten wird wie meine Eltern«). Der Verlässlichkeitsschätzer erreichte nach mehreren PQ-Erhebungen eine hohe Reliabilität (1,0).

1.4 Messinstrumente, die in zukünftigen Phase-II-Studien verwendet werden können

Wissenschaftler, die interessiert sind an den Mediatoreffekten der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung oder von Patientenmerkmalen vor Beginn der Behandlung, können die folgenden Messinstrumente verwenden. Sie kamen bereits in zurückliegenden CBASP-Studien zum Einsatz.

- **Empfohlene Maße zur Bestimmung des Behandlungsergebnisses**
 - Komorbidität auf der Achse I (SCID-P; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1995) und Achse II Diagnosen (SCID-II; First, Spitzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1994) zu Beginn und nach Ende der Behandlung
 - Schwere der depressiven Symptomatik zu Beginn, im Verlauf und am Ende der Behandlung, gemessen als Selbstbeurteilungsfragebogen, z. B. Beck Depressionsinventar-II (BDI-II; Beck, 1996), und/oder als Fremdbeurteilungsfragebogen, z. B. HAM-D-24 (24-Item Hamilton Depression

Rating Scale; Hamilton, 1967; Keller et al., 1998; Keller et al., 2000)

- Arbeitsverhältnisse und Zufriedenheit zu Beginn und am Ende der Behandlung, gemessen mit der Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE; Keller et al., 1987)
- Veränderungen des interpersonellen Stils des Patienten im IMI (Kiesler & Schmidt, 1993)
- Veränderungen in der Qualität der Paarbeziehung, gemessen mit der Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976)
- Lebensqualität zu Beginn und am Ende der Behandlung, gemessen als Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q; Endicott, Nee, Harrison & Blumenthal, 1993)
- **Empfohlene Maße zur Bestimmung von Moderatorvariablen**
 - Demografische Eigenschaften der Patienten
 - Wirtschaftlicher Status, gemessen als Hollingshead Index (Hollingshead, 1975)
 - Verfügbare soziale Netzwerke, diese können mit der Interpersonal Support Evaluation List (ISEL; Cohen, Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1985) erhoben werden
 - Gegenwärtiges psychosoziales Funktionsniveau, gemessen mit der Global Assessment of Functioning Scale – Revised (GAF-R; McCullough, 1996) und der Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE; Keller et al., 1987)
 - Gegenwärtige somatische Erkrankungen, wie sie in Achse-III des DSM-IV kodiert werden (American Psychiatric Association, 1994; Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey, SF-36; Ware & Sherbourne, 1992)
 - Der interpersonelle Stil des Therapeuten, gemessen mit dem IMI (Kiesler & Schmidt, 1993)
 - Qualität der therapeutischen Beziehung, gemessen mit dem Working Alliance In-

ventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989)

1.5 Zusammenfassung der verbleibenden wissenschaftlichen Fragestellungen in Phase II

Zusammengefasst sollen zukünftige Phase-II-Studien zu CBASP folgende vier Fragen beantworten:

- Welche Eigenschaften des Patienten vor Beginn der Behandlung beeinflussen (verhindern) ein Ansprechen auf die Behandlung?
- Hat die persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei der kombinierten Anwendung zusammen mit der Situationsanalyse einen unabhängigen Effekt auf das Therapieergebnis?

Diese Frage könnte mit folgendem dreiarmligen Studiendesign beantwortet werden:

- CBASP mit SA und persönlicher Gestaltung der therapeutischen Beziehung versus
- CBASP mit SA alleine (ohne persönlicher Gestaltung der therapeutischen Beziehung) versus
- CBASP mit persönlicher Gestaltung der therapeutischen Beziehung (ohne SA)
- Wenn die persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung einen signifikanten Einfluss hat, ist dieser bedingt durch die kontingente persönliche Reaktion oder die Interpersonelle Diskriminationsübung?
- Präzidieren die Maße für die Durchführung der SA (d. h. der PPRF oder der PQ zur Wahrnehmung von Konsequenzen) und die PQ-Maße der Interpersonellen Diskriminationsübung den Therapieerfolg?

Literatur

A hand holding an open book with pages fanning out, set against a light background.

- Ahern, S., & Bailey, K.G. (1997). *Families-by-choice: Finding families in a world of strangers*. Minneapolis: Fairview Press.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Akiskal, H.S., & McKinney, W.T. (1973). Depressive disorders: Toward a unified hypothesis. *Science*, 182, 20–28.
- Akiskal, H.S., & McKinney, W.T. (1975). Overview of recent research in depression: Integration of ten conceptual models into a comprehensive clinical picture. *Archives of General Psychiatry*, 32, 285–305.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: Author.
- Anchin, J.C., & Kiesler, D.J. (1982). *Handbook of interpersonal psychotherapy*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Ayllon, T., & Azrin, N.H. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Bailey, K.G. (1987). *Human paleopsychology: Applications to aggression and pathological processes*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bailey, K.G. (1988). Psychological kinship: Implications for the helping professions. *Psychotherapy*, 25, 132–142.
- Bailey, K.G. (1997, September). *Evolutionary kinship theory: Merging integrative psychotherapy with the new kinship psychotherapy*. Paper presented at the annual meeting of the Cross-Species Comparisons and Psychopathology (ASCAP) Society, Tucson, AZ.
- Bailey, K.G. (2000). Evolution, kinship, and psychotherapy: Promoting psychological health through human relationships. In P. Gilbert & K.G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 42–67). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Bailey, K.G. (2002). Recognizing, assessing, and classifying others: Cognitive bases of evolutionary kinship therapy. *Journal of Cognitive Therapy: An International Quarterly*, 16, 367–383.
- Bailey, K.G., & Wood, H.E. (1998). Evolutionary kinship theory: Basic principles and treatment implications. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 509–523.
- Bailey, K.G., Wood, H.E., & Nava, G.R. (1992). What do clients want? Role of psychological kinship in professional helping. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2, 125–147.
- Balint, M. (1968). *The basic fault*. London: Tavistock.
- Bandura, A. (1961). Psychotherapy as a learning process. *Psychological Bulletin*, 58, 143–159.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1976). Effecting change through participant modeling. In J.D. Krumboltz & C.E. Thoresen (Eds.), *Counseling methods* (pp. 248–265). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A., Lipsker, D.H., & Miller, P.E. (1960). Psychotherapists' approach-avoidance reactions to patient's expressions of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 1–18.
- Bandura, A., & Walters, R.H. (1964). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Barber, J.P., Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., et al. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9, 54–73.
- Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869–878.
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (1999). *Abnormal psychology* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Barrett, M.S., & Berman, J.S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 597–603.
- Beck, A.T. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beier, E.G. (1966). *The silent language of psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Blanchard, E.B. (1977). Behavioral medicine: A perspective. In R.B. Williams & W.D. Gentry (Eds.), *Behavioral approaches to medical treatment* (pp. 1–13). Cambridge, MA: Ballinger.
- Bleuler, M. (1991). The concept of schizophrenia in Europe during the past one-hundred years. In W.F. Flack, D.R. Miller, & M. Wiener (Eds.), *What is schizophrenia?* (pp. 1–15). New York: Springer.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–260.
- Bordin, E. (1994). Theory and research in the therapeutic working alliance: New directions. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13–37). New York: Wiley.
- Borys, D., & Pope, K.S. (1989). Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 283–293.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books. (Original work published 1969).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. II. Separation, anxiety and fear*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. III. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bridges, N.A. (2001). Therapist's self-disclosure: Expanding the comfort zone. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 21–30.

- Brown, G.W., & Moran, P. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes: I. A community survey. *British Journal of Psychiatry*, *165*, 447–456.
- Browning, R.M., & Stover, D.O. (1971). *Behavior modification in child treatment: An experimental and clinical approach*. New York: Aldine-Atherton.
- Cashdan, S. (1973). *Interactional psychotherapy: Stages and strategies in behavioral change*. New York: Grune & Stratton.
- Caspar, F. (2002). Das Impact Message Inventory von Kiesler. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauss (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 214–216). Göttingen: Hogrefe.
- Chambless, D.L. (2002). Beware of the dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*, 13–16.
- Cicchetti, D., Ackerman, B.P., & Izard, C.E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *7*, 1–10.
- Cicchetti, D., & Barnett, D. (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, *3*, 397–411.
- Cicchetti, D., & Toth, S.L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, *53*, 221–241.
- Cicchetti, D., & White, J. (1988). Emotional development and the affective disorders. In W. Damon (Ed.), *Child development: Today and tomorrow* (pp. 172–193). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. (1985). Measuring the functional components of social support. In I. G. Sarason & B.R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research, and applications* (pp. 73–94). Boston: Martinus Nijhoff.
- Constantino, M.J., Castonguay, L.G., & Schut, A.J. (2002). The working alliance: A flagship for the «scientist-practitioner» model in psychotherapy. In G. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research* (pp. 81–131). New York: Allyn & Bacon.
- Conway, J.B. (1987). *A clinical interpersonal perspective for personality and psychotherapy: Some research examples*. Paper presented to the Department of Psychology, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Cowan, P.A. (1978). *Piaget with feeling: Cognitive, social, and emotional dimensions*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Davidson, R. (1991). Cerebral asymmetry and affective disorders: A developmental perspective. In D. Cicchetti & L.S. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Vol. 2. Internalizing and externalizing Expressions of dysfunction* (pp. 123–154). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dewey, J. (1997). *Democracy and education: An introduction to the philosophy of education*. New York: Free Press (original work published 1916).
- DiSalvo, C., & McCullough, J.P., Jr. (2002). Treating a chronically depressed adolescent female using the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychology*, *32*, 273–280.
- Drotar, D., & Sturm, L. (1991). Psychosocial influences in the etiology, diagnosis, and prognosis of nonorganic failure to thrive. In H.E. Fitzgerald, B.M. Lester, & M.W. Yogman (Eds.), *Theory and research in behavioral pediatrics* (pp. 19–59). New York: Plenum Press.
- Durbin, C.E., Klein, D.N., & Schwartz, J.E. (2000). Predicting the 21/2-year outcome of dysthymic disorder: The roles of childhood adversity and family history of psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 57–63.
- Ellis, A. (1969). Rational-emotive therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *1*, 82–90.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, *29*, 321–326.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge to biomedicine. *Science*, *196*, 129–136.
- Epstein, L., & Feiner, A.H. (1979) (Eds.). *Countertransference*. New York: Jason Aronson.
- Ferenczi, S. (1932). *The clinical diary of Sandor Ferenczi*. J. Dupont, M. Balian, & N.Z. Jackson (Eds.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Patient Edition (SCID-P)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., & Benjamin, L. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A., & Street, G.P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 194–200.
- Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-Behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire: Manual, test, booklet, scoring key*. Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Freire, P. (2000). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Continuum International.
- Freud, S. (1926). Psychoanalyse. In M. Marcuse (Hrsg.), *Handwörterbuch der Sexualwissenschaft: Enzyklopädie der natur- u. kulturwissenschaftlichen Sexualkunde des Menschen* (S. 611). Markus & Weber.
- Freud, S. (1938). *The basic writings of Sigmund Freud* (A.A. Brill, Trans.). New York: Modern Library.

- Freud, S. (1956). *The interpretation of dreams* (J. Strachey, Trans.). New York: Basic Books.
- Freud, S. (1963). *Character and culture*. New York: Collier Books.
- Garber, J., Quiggle, N., Panak, W., & Dodge, K. (1991). Aggression and depression in children: Comorbidity, specificity, and social cognitive processing. In D. Cicchetti & S.L. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Vol. 2. Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (pp. 225–264). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gendlin, E.T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 102–148). New York: Wiley.
- Gendlin, E.T. (1968). The experimental response. In E. Hammer (Ed.), *Use of interpretation in treatment* (pp. 208–228). New York: Grune & Stratton.
- Gendlin, E.T. (1970). Research in psychotherapy with schizophrenic patients and the nature of that illness. In J.T. Hart & T.M. Tomlinson (Eds.), *New directions in client-centered therapy* (p. 288). Boston: Houghton Mifflin.
- Gendlin, E.T. (1974). Client-centered and experiential psychotherapy. In D. Wexler & L. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 211–216). New York: Wiley.
- Gendlin, E.T. (1979). Experiential psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. (2nd ed., pp. 340–373). Itasca, IL: Peacock.
- Gendlin, E.T., & Berlin, J. (1961). Galvanic skin response correlates: Differential modes of experiencing. *Journal of Clinical Psychology*, 17, 73–77.
- Gentry, W.D. (1984). Behavioral medicine: A new research paradigm. In W.D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavior medicine* (pp. 1–12). New York: Guilford Press.
- Ghent, E. (1989). Credo: The dialectics of one-person and two-person psychologies. *Contemporary Psychoanalysis*, 25, 169–211.
- Gilbert, P., & Bailey, K.G. (Eds.) (2000). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Goldfried, M., & Davison, G. (1974). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldfried, M., & Davison, G. (1994). *Clinical behavior therapy* (expanded ed.). New York: Wiley.
- Gordon, D.E. (1988). Formal operations and interpersonal and affective disturbances in adolescents. In E.D. Nannis & P.A. Coward (Eds.), *Developmental psychopathology and its treatment* (pp. 51–73). San Francisco: Jossey-Bass.
- Green, M.W. (Fall, 2004). From the editor. *Virginia Academy of Clinical Psychology Psychogram*, 29, 3.
- Greenberg, J. (1995a). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 1–22.
- Greenberg, J. (1995b). Self-disclosure: Is it psychoanalytic? *Contemporary Psychoanalysis*, 31, 193–205.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Greenson, R. (1971). The real relationship between the patient and the psychoanalyst. In M. Kanzer (Ed.), *The unconscious today* (pp. 213–232). New York: International Universities Press.
- Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional processes*. New York: Guilford Press.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale of primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278–296.
- Hammen, C. (1988). Self-cognitions, stressful events, and the prediction of depression in children of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 347–360.
- Hammen, C. (1992). Cognitive, life stress, and interpersonal approaches to a developmental model of depression. *Development and Psychopathology*, 4, 189–206.
- Hathaway, S.R., & McKinley, J.C. (1943). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation.
- Hautzinger, M. (2007). Verhaltenstherapie und kognitive Therapie. In C. Reimer, J. Eckert, J. Eckert, M. Hautzinger, & E. Wilke (Eds.), *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Berlin: Springer.
- Hembree, E.A., Rausch, S.A., & Foa, E.B. (2003). Beyond the manual: The insider's guide to prolonged exposure therapy for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 22–30.
- Herson, M., & Barlow, D.H. (1976). *Single case experimental designs: Strategies for behavior change*. New York: Pergamon Press.
- Hilgard, E.R., & Bower, G.H. (1966). *Theories of learning* (3rd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Hill, C.A., & Knox, S. (2002). Self-disclosure. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 255–265). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hill, C.A., & O'Brien, K. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hoffer, A. (2000). Neutrality and the therapeutic alliance: What does the analyst want? In S.T. Levy (Ed.), *The therapeutic alliance*. Madison, WI: International Universities Press.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., Holahan, C.K., & Cronkite, R.C. (2000). Long-term post treatment functioning among patients with unipolar depression: An integrative model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 226–232.
- Hollingshead, A.B. (1975). Four-factor index of social status. New Haven, CT: Yale University, Department of Sociology.
- Horvath, A.O. (1994). Research on the alliance. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 259–286). New York: Wiley.

- Horvath, A.O. (1995). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 1*, 7–17.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223–233.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (Eds.) (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A.O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 561–573.
- Horwitz, J.A. (2001). *Early-onset versus late-onset chronic depressive disorders: Comparison of retrospective reports of coping with adversity in the childhood home environment*. Unpublished master's thesis, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA.
- Hyman, S.E. (2000). The millennium of mind, brain, and behavior. *Archives of General Psychiatry, 57*, 88–89.
- Izard, C.E. (1993). Four systems for emotional activation: Cognitive and non-cognitive processes. *Psychological Review, 100*, 68–90.
- Jehle, P.J., & McCullough, J. P. Jr. (2002). Treatment of chronic major depression using the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychology, 32*, 263–271.
- Jones, E. (1953). *The life and work of Sigmund Freud* (Vol. I). New York: Basic Books.
- Kagan, J., Snidman, N., Marcel, Z., & Peterson, F. (1999). Infant temperament and anxious symptoms in school age children. *Development and Psychopathology, 11*, 209–224.
- Kanfer, F.H., & Saslow, G. (1969). *Behavioral diagnosis. Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.
- Kazdin, A. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 143–151.
- Keller, M.B., Gelenberg, A.J., Hirschfeld, R.M.A., et al. (1998). The treatment of chronic depression, Part 2: A double-blind, randomized trial of sertraline and imipramine. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 598–607.
- Keller, M.B., & Hanks, D.L. (1994). The natural history and heterogeneity of depressive disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 56*, 22–29.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Friedman, B., et al. (1987). The Longitudinal Follow-up Evaluation: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry, 44*, 540–548.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Rice, J., Coryell, W., & Hirschfeld, R.M.A. (1986). The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorder: A prospective follow-up. *American Journal of Psychiatry, 143*, 24–28.
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., et al. (2000). A comparison of nefazodone, the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine, 342*, 1462–1470.
- Kendler, K.S., Walters, E.E., & Kessler, R.C. (1997). The prediction of length of major depressive episodes: Results from an epidemiological study of female twins. *Psychological Medicine, 27*, 107–117.
- Kiesler, D.J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review, 90*, 185–214.
- Kiesler, D.J. (1985). *The 1982 interpersonal circle. Acts version*. Unpublished manuscript, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA.
- Kiesler, D.J. (1986a). The 1982 interpersonal circle: An analysis of DSM-III personality disorders. In T. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary perspectives in psychopathology: Toward the DSM-IV*. New York: Guilford Press.
- Kiesler, D.J. (1986b). Interpersonal methods of diagnosis and treatment. In J.O. Cavenoar (Ed.), *Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott.
- Kiesler, D.J. (1988). *Therapeutic metacommunication: Therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Kiesler, D.J. (1999). *Beyond the disease model of mental disorders*. Westport, CT: Praeger.
- Kiesler, D.J., & Schmidt, J.A. (1993). *The Impact Message Inventory: Form IIA Octant Scale Version*. Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Kiesler, D.J., Van Denburg, T.F., Sikes-Nova, V.E., Larus, J.P., & Goldston, C.S. (1990). Interpersonal behavior profiles of eight cases of DSM-III personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 440–453.
- Kiesler, D.J., & Watkins, L.M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy, 26*, 183–194.
- Klein, D.N., Schwartz, J.E., Santiago, N.J., et al. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 997–1006.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Knox, S., Hess, S.A., Petersen, D.A., & Hill, C.E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology, 44*, 274–283.
- Kocsis, J.H. (2002). *CBASP augmentation in the treatment of chronic depression. NIMH Treatment Application: REVAMP – research to evaluate validation of augmenting medication and psychotherapy*. In progress.
- Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., et al. (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressants.

- sant nonresponse in chronic depression: the REVAMP Trial. *Archives of General Psychiatry*, 66, 1178–1188.
- Kraemer, H.C., Wilson, G.T., Fairburn, C.G., & Agras, W.S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59, 877–883.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.
- Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143–189). New York: Wiley.
- Lazarus, R.H. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.H. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124–129.
- Lazarus, R.H. (1990). Theory-based stress management. *Psychological Inquiry*, 1, 3–13.
- Lazarus, R.H., & Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 195–205.
- Lazarus, R.H., Opton, E.M., Markellos, S., Nomikos, M.S. & Rankin, N.O. (1965). The principle of short-circuiting of threat: Further evidence. *Journal of Personality*, 33, 622–635.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald.
- Levy, S.T. (2000). (Ed.) *The therapeutic alliance*. Madison, WI: International Universities Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lizardi, H., Klein, D.N., Ouimette, P.C., Riso, L.P., Anderson, R.L., & Donaldson, S.K. (1995). Reports of the childhood home environment in early-onset dysthymia and episodic major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 132–139.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., & Woody, G.E. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602–611.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguera, L., et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2–12.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy: Is it true that «Everyone has won and all must have prizes»? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- Maercker, A. (2008). Operante Verfahren. In J. Margraf, & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. Berlin: Springer.
- Mahoney, M.J. & Mahoney, K. (1976). *Permanent weight control*. New York: Norton.
- Manber, R.M., Arnow, B.A., Blasey, C., et al. (2003). Patient's therapeutic skill acquisition and response to psychotherapy, alone or in combination with medication. *Journal of Psychological Medicine*, 33, 693–702.
- Manber, R.M., & McCullough, J.P., Jr. (2000, November). *Patient Performance Rating Scale: PPRS*. Paper presented at the 34th annual meeting of the American Association of Behavior Therapists, New Orleans, LA.
- Manning, E.A. (2005). Wrestling with vulnerability: Countertransference disclosure and the training therapist. *Psychotherapy Bulletin*, 40, 5–11.
- Markowitz, J.C. (2002). *Manual for the administration of brief supportive psychotherapy*. Unpublished manuscript, Cornell University, New York.
- Maroda, K. (1999a). *Seduction, surrender, and transformation: Emotional engagement in the analytic process*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Maroda, K. (1999b). Creating an intersubject context for self-disclosure. *Smith College Studies in Social Work*, 69, 475–489.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- May, R. (1958). Contributions of existential psychotherapy. In R. May, E. Angel, & H.F. Ellenberger (Eds.), *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. (p. 79). New York: Basic Books.
- McCullough, J.P., Jr. (1984a). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: An interactional treatment approach for dysthymic disorder. *Psychiatry*, 47, 234–250.
- McCullough, J.P., Jr. (1984b). The need for new single-case design structure in applied cognitive psychology. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 21, 389–400.
- McCullough, J.P., Jr. (1984c). Single-case investigative research and its relevance for the nonoperant clinician. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 21, 382–388.
- McCullough, J.P., Jr. (1996). Global Assessment of Functioning Scale – Revised (GAF-R). Unpublished scale, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA.
- McCullough, J.P., Jr. (1991). Psychotherapy for dysthymia: Naturalistic study of ten cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 734–740.
- McCullough, J.P., Jr. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
- McCullough, J.P., Jr. (2001). *Skills training manual for diagnosing and treating chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McCullough, J.P., Jr. (2003a). *Patient's manual for CBASP*. New York: Guilford Press.
- McCullough, J.P., Jr. (2003b). Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 59, 833–846.
- McCullough, J.P., Jr. (2003c). Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System

- of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Psychotherapy Integration*, 13, 241–263.
- McCullough, J.P., Jr. & Carr, K.F. (1987). Stage process design: A predictive confirmation structure for the single case. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 24, 759–768.
- McCullough, J.P., Jr. Cornell, J.E., McDaniel, M.H., & Mueller, R.K. (1974). Utilization of the simultaneous treatment design to improve student behavior in a first-grade classroom. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 288–292.
- McCullough, J.P., & Kasnetz, M.D. (1982). *Manual for the construction and scoring of the personal questionnaire*. Unpublished manuscript, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA.
- McCullough, J.P., Jr. Kasnetz, M.D., Braith, J.A., et al. (1988). A longitudinal study of an untreated sample of predominantly late-onset characterological dysthymia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 658–667.
- McCullough, J.P., Jr. & Kaye, A.L. (1993, May). *Differential diagnosis of chronic depressive disorders*. Paper presented at the 146th annual meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco.
- McCullough, J.P., Jr. Kornstein, S.G., Belyea-Caldwell, S., et al. (1996). Differential diagnosis of chronic depressive disorders. *Psychiatric Clinics of North American*, 19, 55–71.
- McCullough, J.P., Jr. McCune, K.J., Kaye, A.L., et al. (1994a). Comparison of a community dysthymia sample at screening with a matched group of nondepressed community controls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 402–407.
- McCullough, J.P., Jr. McCune, K.J., Kaye, A.L., et al. (1994b). One-year prospective replication study of an untreated sample of community dysthymic subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 396–401.
- McCullough, J.P., Jr. Roberts, W.C., McCune, K.J., et al. (1994). Social adjustment, coping style, and clinical course among DSM-III-R community unipolar depressives. *Depression*, 2, 36–42.
- McCullough, J.P., Jr. & Southard, L.D. (1972). A study hall program within a county foster home setting. *Journal of Counseling Psychology*, 19, 112–116.
- Meichenbaum, D. (1971). Examination of model characteristics in reducing avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 298–307.
- Messer, S.B., & Wampold, B.E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 21–25.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252–283.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Money, J. (1992). *The Kaspar Hauser syndrome of »psychosocial dwarfism«: Deficient structural, intellectual, and social growth induced by child abuse*. Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Money, J., Annicillo, C., & Hutchinson, J.W. (1985). Forensic and family psychiatry in abuse dwarfism: Munchausen's syndrome by proxy, atonement, and addiction to abuse. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 30–40.
- Nannis, E.D. (1988). Cognitive-developmental differences in emotional understanding. In E.D. Nannis & P.A. Cowan (Eds.), *Developmental psychopathology and its treatment* (pp. 31–49). San Francisco: Jossey-Bass.
- Nay, W.R. (2004). *Taking charge of anger*. New York: Guilford Press.
- Nemeroff, C.B., Heim, C.M., Thase, M.E., et al. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100, 14293–14296.
- Nisbett, R.E., & Wilson, T.D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84, 231–259.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Norcross, J.D. (2001). Purposes, processes, and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 345–356.
- Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1986). The psychological interior of psychotherapy: Explorations with the therapy sessions reports. In L.S. Paul, G.L. (1967). Outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109–118.
- Piaget, J. (1981). *Intelligence and affectivity: Their relationship during child development*. Palo Alto, CA: Annual Reviews (original work published 1954).
- Piaget, J. (1967). *Six psychological studies* (D. Elkind, Ed.). New York: Random House (original work published 1964).
- Piaget, J. (1926). *The language and thought of the child*. New York: Harcourt, Brace (original work published 1923).
- Polanyi, M. (1968). Logic and psychology. *American Psychologist*, 23, 27–43.
- Polanyi, M. (1976). Tacit knowing. In M.H. Marx & F.E. Goodson (Eds.), *Theories in contemporary psychology* (2nd ed., pp. 330–434). New York: Macmillan.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy: Applications to schizophrenic and retarded psychoses*. Westport CT: Praeger.
- Reichard, G.A. (1938). Social life. In F. Boas (Ed.), *General anthropology* (pp. 409–486). Boston: Heath.
- Riso, L.P., Miyatake, R.K., & Thase, M.E. (2002). The search for determinants of chronic depression: A review of six factors. *Journal of Affective Disorders*, 70, 103–115.
- Robitschek, C.G., & McCarthy, P.R. (1991). Prevalence of counselor self-reference in the therapeutic dyad. *Journal of Counseling and Development*, 69, 218–221.

- Rogers, C.R. (1940, December). *Newer concepts of psychotherapy*. Paper presented at the Minnesota Chapter of Psi Chi, Department of Psychology, University of Minnesota, Minneapolis–St. Paul.
- Rogers, C.R. (1942). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In E. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 3, p. 251). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C.R. (1978). The formative tendency. *Journal of Humanistic Psychology*, 18, 23–26.
- Rogers, C.R., Gendlin, E.T., Kiesler, D.N., & Truax, C.B. (1967). The findings in brief. In C.R. Rogers (Ed.), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics* (pp. 73–93). Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: «At last the dodo said, 'Everybody has won and all must have prizes.'» *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415.
- Rounsaville, B.J., Carroll, K.M., & Onken, L.S. (2001). A stage model of behavioral therapies research: Getting started and moving from Stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 133–142.
- Safran, J.D. (1993a). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 30, 11–24.
- Safran, J.D. (1993b). The therapeutic alliance as a trans-theoretical phenomenon: Definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 33–49.
- Safran, J.D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Safran, J.D. (2003). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide: Prevention, Intervention, and Research*. New York: Guilford.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1995). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 1, 81–82.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447–458.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J.D., Muran, J.C., & Samstag, L.W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (pp. 225–255). New York: Wiley.
- Safran, J.D., & Segal, Z.V. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy* (2nd ed.). New York: Basic Books. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Sartre, J.P. (1961). *No exit and three other plays*. New York: Vintage Books.
- Schachter, S. (1978). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. In L. Berkowitz (Ed.), *Cognitive theories in social psychology* (pp. 401–432). New York: Academic Press.
- Schachter, S., & Singer, J.E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379–399.
- Schaefer, K.L. (2004). *Adult attachment as a developmental mediator for chronic depression*. Master's thesis, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA.
- Schore, A.N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59–87.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965–974.
- Shapiro, M.B. (1961). A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 151–155.
- Shapiro, M.B. (1964). The measurement of clinically relevant variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 8, 245–254.
- Shapiro, M.B., Litman, G.K., Nias, D.K.B., & Hendry, E.R. (1973). A clinician's approach to experimental research. *Journal of Clinical Psychology*, April, 165–169.
- Skinner, B.F. (1948). *Walden II*. New York: Macmillan.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Skinner, B.F. (1968). *The technology of teaching*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Smith, M., & Glass, G.V. (1977). Meta-analyses of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752–760.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring marital adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15–28.
- Spitz, R. (1946). Hospitalism: A follow-up report on investigation described in Volume I, 1945. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113–117.
- Spotnitz, H. (1969). *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient*. New York: Grune & Stratton.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117–126.
- Sterba, R. (1940). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, 9, 363–379.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, H.S. (1954). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Tansley, M., & Burke, W. (1991). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Teyber, E. (1992). *Interpersonal process in psychotherapy: A guide for clinical training* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.

- Todd, J., & Bohart, A.C. (1999). *Foundations of clinical and counseling psychology* (3rd ed.). New York: Longman.
- Tracey, T.J., & Kokotovic, A.M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment, 1*, 207–210.
- Ullmann, L.P., & Krasner, L. (1965). *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Van Balen, R. (1991). *On Rogers' and Gendlin's theory of personality change*. Private circulation. Paper presented at 2nd international conference on Person-Centered/Experimental Psychotherapy, Stirling, Scotland (pp. 8–17).
- Wachtel, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy*. New York: Basic Books.
- Wachtel, P.L. (1993). *Therapeutic Communication: Principles and Effective Practice*. New York: Guilford Press.
- Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*, 473–483.
- Winnicott, D.W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis, 30*, 69–75.
- Yalom, I.D. (1975). *Theory and practice of group psychotherapy* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis, 37*, 369–376.
- Zetzel, E. (1966). The analytic situation. In R.E. Litman (Ed.), *Psychoanalysis in America* (pp. 86–106). New York: International Universities Press.

Stichwortverzeichnis

A large, faint background image of a keyboard. The keys are dark with light-colored letters. The letters 'A', 'B', and 'C' are clearly visible on the keys in the lower-left, center, and lower-right areas respectively. The rest of the keyboard is blurred and less distinct.

A

Abstinenz 15
 Akzeptanz 18
 Anonymität 15
 Arbeitsbeziehung 23
 Ausbildung 59

B

Behandlungsauftrag 19
 beobachtende Neutralität 26
 Beziehungsbrüche 25
 Beziehungsgestaltung 5
 Bindung 34
 Biologische Verwandtschaft 34

C

Cognitive Behavioral Analysis
 System of Psychotherapy 2

D

Decoder 28
 direktiven Ansatz 18
 Diskriminationslernen 120
 dyadische Beziehung 64
 dyadischen Beziehung 25

E

Egozentrik 124
 Eine-Person-Psychologie 24
 emotionale Erregung 123
 emotionale Reaktion 122
 Empfänger 28
 Encoder 28

F

Fehler 120
 feindselig-dominant 29
 feindselig-submissiv 29
 Fragebogen für interpersonelle
 Eindrücke 28

G

Gegenübertragung 5, 15, 26

I

Impact Message Inventory
 (IMI) 86
 Impact Message Inventory, IMI 28
 implizites Lernen 22
 Interaktion 73
 Interaktionsstil 29
 interaktive Matrix 26
 interpersonelle Ablehnung 18
 Interpersonelle Diskriminations-
 übung 75
 Interpersonelle Diskriminations-
 übung (IDE) 120
 interpersonelle Nähe 127
 interpersonelle Persönlichkeit 70
 interpersonelle Psychotherapie 26
 Interpersonellen Diskriminations-
 übung 48
 interpersonellen Kreises 27

K

kausaltheoretische Schlussfolge-
 rungen 126
 Klient 6
 kognitiven Restrukturierung 121
 Komplementarität 28
 Konsequenzen 23
 körperliche Zuwendung 144

L

Lernprozess 6
 Lernprozesse 21

M

Metakommunikation 27, 29
 Mismatching Exercise 125, 133

N

negativer Verstärkung 68, 129
 nicht-direktiven Ansatz 18

nicht-direktiven Psychothera-
 pie 16

Nicht-Neutralität 134

O

objektive Gegenübertragung 5
 objektiven Gegenübertragung 63

P

Paläopsychologie 34
 Patient 6
 personenzentrierte Psychothera-
 pie 17
 Persönliche Gestaltung der thera-
 peutischen Beziehung 4
 positive Beachtung 144
 präoperatorisch 42
 Prä-Therapie 31
 Problemlösung 22
 Projektionsfläche 27
 Psychoanalyse 14
 psychoanalytischen Tradition 121
 psychologische Anpassung 18
 psychologische Verwandt-
 schaft 34
 psychologischen Kontakt 31

R

Reaktion 27
 Reife 63
 Reifung 43
 relative Macht 27
 relative Zugehörigkeit 27

S

Selbst 17
 Selbstöffnung 7, 66
 Sender 28
 Situationsanalyse (SA) 58, 136
 situative Kontext 122
 Struktur des Selbst 17
 subjektive Gegenübertragung 63
 Subjektive Gegenübertragung 5
 submissives Verhalten 29
 Supervision 72, 75

T

Therapeutenrolle 4, 16, 19, 20, 54,
58, 64, 75, 83
therapeutische Beziehung 73
therapeutische Metakommunikation 26
Überschätzung 40
Überschätzungsfehler 40
Übertragung 26
Übertragungshypothese 126, 127

V

Vergessen 21
Verhaltenskonsequenzen 27
Verhaltensmodifikation 68
Verhaltensmuster 5
Verwandtschaft 34
Verwandtschafts-Psychotherapie 33

W

wahrgenommene Funktionalität 82
wahrgenommenen Funktionalität 43
Wahrnehmung der eigenen emotionalen Reaktionen 64

Z

Ziele 5
Zirkumplexmodell 27
Zwei-Personen-Psychologie 24, 26