

Aus dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Univ.-Prof. Dr.med. Dr.phil. W. Tress

**Chronisch dekompenzierter Tinnitus in der Kurzzeitpsychotherapie
2 Einzelfalluntersuchungen gemäß dem Zyklisch Maladaptiven Muster (CMP) und der
Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB).**

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität

Düsseldorf

vorgelegt von

Milon Ghosh

2012

**„Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf“**

gez.: Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf

Dekan

Referent: Univ.-Prof. Dr. Dr. Tress

Korreferent: Prof. Dr. med. Supprian

Danksagung

Ich möchte mich bei Universitätsprofessor Dr. Dr. W. Tress, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Düsseldorf für die freundliche Überlassung des Themas bedanken.

Weiterhin gilt mein Dank Fr. Dr. Junkert und Hr. Dr. Wulf für ihre ständige und äußerst hilfreiche Unterstützung, ohne die diese Arbeit nicht hätte fertiggestellt werden können.

Außerdem danke ich meiner Familie für die jahrelange Unterstützung in Studium und Promotion und ausdrücklich meinem älteren Bruder Dr. Robin Ghosh, der mich mit immerwährender Anteilnahme und positiver Kritik zum erfolgreichen Abschluss dieser Arbeit geführt hat.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Zur Ätiologie und Pathophysiologie von Ohrgeräuschen auch Tinnitus genannt.	7
1.2	Psychologische Modelle und Ansätze zur Tinnitusätiologie, Therapie des chronisch dekompenzierten Tinnitus.	15
1.3	Wissenschaftliche Zielsetzung	21
2	Material und Methoden	22
2.1	Material	22
2.2	Methoden	22
2.2.1	Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie Projekt (DKZP)	22
2.2.2	Auswahlkriterien	23
2.2.3	Das SASB-Modell (Benjamin, 1974)	23
2.2.4	Das zyklisch Maladaptive Beziehungsmuster (CMP, Cyclic Maladaptive Pattern; Tress et al. 1996)	26
2.2.5	Der INTREX Fragebogen (Tscheulin et al., 1993)	27
2.2.6	SCL-90-R (Franke, 1995)	28
2.2.7	Narzissmus-Inventar (Deneke et al., 1988)	28
2.2.8	Katamnese	29
2.2.9	Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D; Horowitz et al., 1988)	29
2.2.10	Gießen Test (Beckmann et al., 1983)	30
2.2.11	Beeinträchtigungsschwere Score (BSS; Schepank, 1995)	30
2.2.12	Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Endicott et al., 1976)	31
3	Ergebnisse	32
3.1	Die zyklisch-maladaptiven Muster (CMP; Tress et al., 1996)	32
3.1.1	Therapie R.G.	32

3.1.2	Therapie S.P.	33
3.2	Klinische Basisdokumentation	33
3.2.1	Therapie R.G.	33
3.2.2	Therapie S.P.	34
3.3	Erstinterviews und Katamnesen	39
3.3.1	Therapie R.G.	39
3.3.2	Therapie S.P.	41
3.4	Therapeutische Beziehung und Introjekt im Verlauf	43
3.4.1	Therapie R.G.	44
3.4.2	Therapie S.P.	54
4	Synopsis	67
4.1	Therapie R.G.	67
4.2	Therapie S.P.	69
4.3	Zusammenfassung	73
5	Diskussion	75
5.1	Gegenüberstellung der Verläufe beider Therapien	75
5.2	Die therapeutischen Beziehungen und die Introjekte im Verlauf	78
5.3	Entwicklung von Hypothesen und Interpretation der Ergebnisse	79
6	Literaturverzeichnis	89
7	Abkürzungsverzeichnis	94
8	Anhang	97
8.1	Kurzzeittherapieverlauf, SASB-Clusterhäufigkeiten	97
8.2	INTREX Fragebögen	113

1 Einleitung

Ich habe mich für das Thema der hier vorliegenden Dissertation entschieden, da Tinnitus als multidimensionale Erkrankung mit teilweise gravierenden psychischen Folgen eine Vielzahl von Ansatzpunkten zur Therapie bietet. Ebenso werden durch die genaue Betrachtung der einzelnen Folgen in Zusammenhang mit Tinnitus persönlichkeitspezifische Merkmale deutlich, welche über das initiale Krankheitsbild hinausreichende Erkenntnisse über psychische Mechanismen aufdecken. Hierdurch wird ein größeres Therapiefeld eröffnet, zu welchem Tinnitus der Schlüssel ist. Da sich in meinem näheren Bekanntenkreis einige Personen, die unter Tinnitus in unterschiedlichster Ausprägung leiden befinden, besteht für mich auch ein großer persönlicher Bezug. Gleichfalls erscheint es mir wichtig festzustellen, inwieweit insbesondere die Kurzzeit-Psychotherapie hier helfen kann.

Kurzzeit-Psychotherapien machen einen großen Anteil der ambulanten Versorgung aus. Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeittherapie-Projektes entstanden. Die Behandlungen, orientiert am CMP Fokus (Tress et al., 1996), verlaufen über 25 Sitzungen, es werden Katamnesen nach ½, 1, 2 und 5 Jahren erhoben. Die Analyse der Therapie erfolgt anhand des CMP/SASB-Modells (Tress et al., 1996/ Benjamin 1974), sowie anhand weiterer psychometrischer Tests wie dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS; Schepank, 1995), der Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Endicott et. al 1976), der Symptom Check List (SCL-90-R; Franke, 1995), dem INTREX-Fragebogen (Tscheulin et al., 1993) und weiterer Verfahren, auf die im Verlauf noch detaillierter eingegangen wird.

Die vorliegende Arbeit untersucht vergleichend den Therapieverlauf der Kurzzeittherapie zweier Patienten mit chronisch dekompenzierten Tinnitus und unterschiedlichen Komorbiditäten sowie unterschiedlichem Störungsniveau. Im Fall der einen Therapie besteht eine verspätete Adoleszentenkrise, im anderen Fall eine narzisstische Persönlichkeitsstörung. Aus datenschutzrechtlichen Gründen sind sowohl die Namen beziehungsweise Initialen der Patienten als auch biografisch relevante und sensible Informationen geändert worden um eine Identifizierung auszuschließen. Beide Patienten haben in die Verwendung ihrer Daten im Rahmen dieser Arbeit schriftlich eingewilligt.

Zunächst werden beide Therapien unabhängig voneinander vorgestellt und analysiert, die detaillierte Prozessanalyse der Therapien und die Operationalisierung der interpersonellen

Beziehungsqualitäten erfolgt anhand verschiedener Testverfahren wie zum Beispiel dem SCL-90-R Fragebogen, dem Narzissmus Inventar dem Gießen Test und weiterer, im Verlauf noch näher beschriebener Tests sowie anhand der SASB/CMP (Benjamin, 1974/ Tress et al., 1996) Methode und der INTREX Fragebögen (Tscheulin et al., 1993). Der jeweiligen therapeutischen Beziehung als wesentlichen Bestandteil der Therapien wird im Rahmen dieser Studie besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Die vorliegende Studie versteht sich schon aufgrund ihres Designs und des einzelfallbezogenen Ansatzes nicht als hypothesenüberprüfend sondern als hypothesengenerierende Untersuchung die versucht, anhand einer ausführlichen Analyse komplexer Prozesse im therapeutischen Feld der Mehrdimensionalität von möglichen Ursachen in Zusammenhang mit dem Krankheitsverlauf gerecht zu werden und so überzeugende Erklärungen für die gefundenen Unterschiede zu identifizieren beziehungsweise erklärende Hypothesen aufzustellen. Von besonderem Interesse ist in dieser Studie vor allem inwieweit die jeweilige psychische Struktur beziehungsweise das Störungsniveau und die unterschiedliche Komorbidität Therapieprozess und Ergebnis beeinflussen.

1.1 Zur Ätiologie und Pathophysiologie von Ohrgeräuschen auch Tinnitus genannt.

Unter Tinnitus versteht man eine vorübergehende oder dauerhafte, ein- oder doppelseitige Hörempfindung von Geräuschen bzw. Tönen verschiedener Frequenz und Intensität ohne Einwirkung einer äußeren Schallquelle beim subjektiven Tinnitus und seltener mit einer Schallquelle bei der objektiven Form (Von Uexküll et al., 1996).

Chronische Ohrgeräusche sind ein weit verbreitetes Phänomen (14-17 % der Bevölkerung) (Svitak et al., 2001). Ein Drittel aller Erwachsenen berichten über einen bisher stattgehabten Tinnitus zu irgendeinem Lebenszeitpunkt, zehn bis 15 Prozent haben einen längeren Verlauf, der medizinische Hilfe erfordert (Heller et al., 2003). Während die meisten Menschen sich dadurch nicht allzu stark gestört fühlen, kommt es bei ca. 0,5-2,4% zu einer erheblichen Beeinträchtigung durch Tinnitus. Laut der Deutschen Tinnitus Liga gibt es in Deutschland rund 1,5 Millionen Menschen, die unter der chronisch-dekompenzierten Form von Tinnitus leiden.

Wesentlich bestimmend für den durch Tinnitus bedingten Leidensdruck, ist die zeitliche Ausprägung des Ohrgeräuschs und die psychische Belastung dadurch. Vorhersagende Faktoren

für die mögliche Schwere beziehungsweise Ausprägung des Tinnitus sind unter Anderem Angst und Depressivität (Holgers et al., 2000)

Man teilt heute die Art des Tinnitus in eine akute (bis zu 3 Monate andauernd), eine subakute (3 Monate bis zu einem Jahr andauernd) und eine chronische Form (Dauer über ein Jahr hinaus) ein (Lenarz, 1998). Außerdem wird der chronische Tinnitus unterteilt in die kompensierte und die dekompensierte Form. Ist das Ohrgeräusch kompensiert, so wird es zwar noch wahrgenommen, dies geschieht aber nicht ständig und die Patienten fühlen sich durch das Ohrgeräusch nicht weiter gestört.

Beim chronisch dekompensierten Tinnitus kommt es zu weiteren Symptomen wie Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Stress, Depressionen und anderen. Diese Faktoren haben große Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen, und es kann zu Schwierigkeiten in vielen Lebensbereichen wie Beruf, Privatleben und Partnerschaft kommen.

Ätiologie:

Die Entstehung von Ohrgeräuschen kann sehr unterschiedlich sein: Sowohl plötzliche laute akustische Ereignisse, wie zum Beispiel Knalltraumata als auch chronische Dauerbelastung durch hohe Schallpegel können Tinnitus auslösen. Häufig können Patienten sich nicht an ein direkt traumatisierendes Ereignis erinnern, welches die Geräusche erklären würde.

Ursachen für einen objektiven, das heisst instrumentell nachweisbaren Tinnitus sind z.B. lokale, arteriovenöse Malformation bzw. Tumoren oder lokale Muskelspasmen des Gaumen oder der Gehörknöchel.

Ursachen für einen subjektiven, das heisst nicht nachweisbaren Tinnitus sind vielfältig. Wie bereits erwähnt, kommt es häufig nach einem Knalltrauma bzw. einem durch Lärm induzierten Hörverlust (Noise Induced Hearing Loss/NIHL) zum Tinnitus. Im Rahmen einer Altersschwerhörigkeit kann ebenfalls häufig ein Tinnitus entstehen.

Andere organische Ursachen für Tinnitus können z.B. Akustikusneurinome, Enzephalomyelitis disseminata, lokale Traumata, Schilddrüsenfehlfunktionen, Vitamin B12-Mangel oder Hyperlipidämie sein.

Psychische Faktoren wie Depression oder Angststörung können sowohl erschwerende Komorbiditäten im Rahmen eines dekompensierten Tinnitus als auch ursächlich für eine stärkere Fokussierung auf möglicherweise bestehende Hörstörungen sein (Crummer et al., 2006). Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen

und Schlafstörungen kurz nach Beginn des Tinnitus ein höheres Risiko haben, dauerhafte, Tinnitus assoziierte psychische Störungen zu entwickeln (Langenbach et al., 2005).

Diverse Medikamente wie Analgetika (NSAID), Antibiotika (z.B. Aminoglycoside, Vancomycin etc.), Chemotherapeutika (Cisplatin, Methotrexat etc.), Schleifendiuretika (Furosemid etc.) und andere Medikamente (Chloroquin, Schwermetalle etc.) können auslösende Ursache für einen Tinnitus sein.

Obwohl die pathophysiologischen Zusammenhänge für Tinnitus noch nicht detailliert aufgeklärt sind, ist davon auszugehen, dass es nach einer wie auch immer bedingten Schädigung der Zellen des Cortischen Organs im Innenohr zu Funktionsstörungen der inneren und äußeren Haarzellen in der Cochlea kommt (Biesinger et al., 1998). Die Zellen und die Gefäßschicht (Stria vascularis) reagieren mit einem reaktiven Zellödem auf Schädigung. Dies wiederum führt zu einem Sauerstoffmangel und zu einem gestörten Funktionsstoffwechsel der Haarzellen des Innenohres, die letztlich die zentrale Stelle sind, an der die akustischen Informationen des Ohres in elektrische und somit zentrale Impulse umgewandelt werden. Dies äußert sich zum Beispiel in Form einer Überaktivität verbleibender, bei Schädigung benachbarter Haarzellen oder einer Dauer-depolarisation der Zellen bei geschädigter Kalium/Calcium-Pumpe. Weiterhin kann es zu Abkopplungen der äußeren Haarzellen von der Membrana tectoria oder zu einer so genannten „Phantomreaktion“ nach Zelluntergang kommen. Weitaus weniger häufig kann Tinnitus auch durch Schäden an anderen Stellen der Hörbahn entstehen, zum Beispiel postoperativ nach Eingriffen in oder in der Nähe der Hörbahn oder durch Tumoren.

Das wahrgenommene Tonereignis ist letztendlich ein Ergebnis abnormer neuronaler Aktivität in der Hörbahn. Dies konnte in vielen Studien, die durch Positronenemissionstomographie bei Tinnituspatienten eine gesteigerte kortikale Aktivität in bestimmten Arealen zeigten, nachgewiesen werden (Georgiewa et al., 2006).

Wichtig für das Verständnis der psychischen Belastung durch Tinnitus sind vor allem die neuronalen Verbindungen des Hörsystems mit anderen emotions- und aufmerksamkeitssteuernden Gehirnstrukturen. Es konnte tierexperimentell gezeigt werden, dass eine Aktivierung des Hörsystems ebenfalls zu gesteigerter Aktivität im Bereich des limbischen und retikulären Systems führt. Das limbische System und der präfrontale Kortex als Zentren für Emotionen, Lernprozesse und Verhalten spielen somit für den Leidensdruck durch Tinnitus eine wichtige Rolle. Durch eine Affektion dieser Strukturen im Verlauf der

Erkrankung kann es zu einer Verstärkung von Schlafstörungen, Stress, Depressionen etc. kommen. Umgekehrt können die oben genannten Symptome zu einer Verstärkung des Tinnitus führen.

Diese ausgeprägte Vernetzung der einzelnen Systeme, welche an der Tinnituswahrnehmung beteiligt sind, machen es aber auch möglich, das Ohrgeräusch selbst an mehreren Stellen zu beeinflussen (Retraining im Bereich der zentralen Hörbahn, im limbischen und im autonomen System) (von Wedel et al., 2000). Hierbei bestehen letztlich ähnliche Mechanismen wie bei Patienten mit chronischen Schmerzen. Durch die ständige Wiederholung des Reizes, sei es nun das Ohrgeräusch oder der Schmerz, kommt es zu einer zunehmenden Aktivierung von Synapsen und damit zu einer neuronalen Umstellung und Fixierung der neuronalen Aktivität. Der Schmerz bzw. das Ohrgeräusch wird nun im Bereich der Nerven generiert bzw. verstärkt. (Moeller 2000).

Mit Hinblick auf die Therapie von akutem und chronischem Tinnitus ist es für betroffene Patienten wichtig auf die verschiedenen Therapieoptionen hingewiesen zu werden und diesbezüglich klare Anweisungen zu erhalten. Sie sollten wissen, dass es für ihr chronisches Problem eine Heilung gibt und, dass diese in den meisten Fällen in besseren Management der Erkrankung und den damit verbundenen Folgen besteht (Holmes et al., 2010).

Um gleiche Chancen beim Zugang zur besten Therapie zu gewähren sollten zukünftig Kernelemente der Diagnostik und Therapie standardisiert werden. Dies bezieht sich insbesondere auf diagnostische Fragebögen und die Entwicklung von Entscheidungspfaden zur individuell angepassten Therapieform im Konsens.

Um die individuell adäquate Therapiestrategie zu entwerfen, bedarf es zu Beginn einer sorgfältigen Diagnostik. Hier sollte man zunächst eine spezifische Tinnitusanamnese erheben, in der man nach Geräuschcharakter, Lautstärke und einer eventuell gleichzeitig bestehenden Hörstörung fragen sollte.

Zur erweiterten Anamnese gehören dann noch Faktoren, die sich nicht direkt auf das Ohrgeräusch beziehen wie Belästigungsgrad, Einfluss auf die Lebensführung (Schlaf, Konzentration), mögliche oder wahrscheinliche Ursachen, Verstärkungsfaktoren, Maskierung durch Umgebungsgeräusche.

Anschließend sollte eine audiologische und neurootologische Abklärung erfolgen (Ton- und Sprachaudiometrie; Überschwellige Hörprüfung bzw. Recruitment; Impedanzaudiometrie,

BERA (Brainstem Electric Response Audiometrie), Vestibularisprüfung und Nachweis von Otoakustischen Emissionen).

Am Ende steht dann die spezielle audiologische Diagnostik durch Tinnitus- Matching hinsichtlich Frequenz und Intensität, Tinnitusmasking (Verdeckungskurve, minimaler Verdeckungspegel durch Schmalbandrauschen oder Töne, die subjektive Lautheitsskalierung z.B. per visueller Analogskala) und der psychometrische Tinnitusfragebogen (TF) (Goebel et al., 1998). In diesem Fragebogen wird der Schweregrad der Belastung durch Tinnitus ermittelt und in vier Kategorien eingeteilt.

- Tinnitus gut kompensiert, kein Leidensdruck / Score: 0-30
- Tinnitus kompensiert, hauptsächlich in Stille und bei Stressbelastung / 31-46
- Tinnitus mit Mühe kompensiert, dauernde Beeinträchtigung mit Störungen im emotionalen, kognitiven und physischen Bereich / 47-59
- Tinnitus völlig dekompenziert / 60-84.

Diese Einteilung des Tinnitusschweregrades mittels Tinnitusfragebogen nach Goebel und Hiller ist inzwischen insbesondere im deutschsprachigen Raum breit etabliert und hat sich, nicht zuletzt auch aufgrund der recht guten Zuverlässigkeit und Gültigkeit als Standardinstrument in Zusammenhang mit Tinnitus durchgesetzt (Hesse, 2008). Eine Einteilung nach Tinnitusfragebogen wurde zur Zeit der Durchführung der hier vorliegenden Therapien leider nicht vorgenommen. Es war aber wesentliches Zielkriterium die psychosomatische und psychosoziale Gesamtbelastung durch Tinnitus zu erfassen, auch um letztlich fundiert auf den Schweregrad der Erkrankung rückschließen zu können. Dies wurde anhand der Symptom Check List 90-R (Franke, 1995) und dem darin enthaltenem General Symptomatic Index durchgeführt. Das international verbreitete Selbsteinschätzungsinstrument SCL-90-R wird aktuell am häufigsten bei der Diagnostik des chronischen Tinnitus eingesetzt und zeigt eine gute Interkorrelation mit dem Tinnitusfragebogen. Sie ist vor allem bei höheren Schweregraden interessant um psychische Komorbiditäten und deren spezielle Symptomatik zu evaluieren (Hesse, 2008).

Ergänzend sollte man auch nach möglichen kieferorthopädischen, orthopädischen, neurologischen oder auch internistischen Ursachen für Tinnitus fahnden.

Auch aus therapeutischer Sicht muss man Unterscheidungen bezüglich Tinnitusart und Belastungsgrad vornehmen.

Bisherige Therapiemaßnahmen beim akuten Tinnitus sind vor allem die Behandlung mit vasoaktiven rheologisch wirksamen und hämodilutiven Infusionen. Hierdurch versucht man, dem als ursächlich gesehenen Sauerstoffmangel in der Cochlea durch Erhöhung der Blutflussrate entgegenzuwirken. Die Wirksamkeit der Behandlung durch diese Infusionstherapie scheint jedoch fraglich, da der erhöhte cochleäre Blutfluss mit Infusionsende aufhört. Aus kontrollierten Untersuchungen geht weiterhin hervor, dass der pharmakologische Effekt der gängigen Hämorheologika vergleichbar schlecht ist und sie einer Placebothherapie gleichwertig sind (Biesinger et al., 1998). Eine andere Form der Therapie bei akutem Tinnitus, die unter anderem auch zum Ziel hat, dem Sauerstoffmangel entgegenzuwirken, ist die hyperbare Sauerstofftherapie (HBO).

Weitere klinisch und experimentell nachgewiesene Effekte dieser Therapie sind eine Verbesserung von Wundheilungsvorgängen bei Traumata, Normalisierung der Funktion von Entzündungszellen, Antimikrobiose, Reduktion des zytotoxischen Ödems der Haarzellen und der Synapsenödeme der geschädigten Innenohren. Der Vorteil der HBO gegenüber den Infusionsverfahren liegt darin, dass durch den erhöhten Sauerstoffdruck in der Umgebung ein erhöhter pO₂ im Blut und in der Peri- und Endolympe der Cochlea entsteht (bis 460%), der auch noch 1 Stunde nach Therapieende 60% über dem Ausgangswert liegt. Das liegt an der vermehrten physikalischen Lösung von Sauerstoff im Plasma. Dies ist ein klarer Vorteil gegenüber den Rheologika, die auf einen Sauerstofftransport durch die Erythrozyten angewiesen sind. Da die Sinneszellen keine eigene Blutversorgung haben, sind sie auf die Sauerstoffversorgung per Diffusion angewiesen. Dies gelingt durch den erhöhten pO₂ und erklärt so grundsätzlich die verbesserte Wirksamkeit.

Kontraindikationen für die Hyperbare Oxygenierung sind Tubenfunktionsstörungen, Krampfanfälle in der Anamnese, Thoraxverletzung, Risikopatienten (kardiale oder pulmonale Gefährdung durch HBO z.B. bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen).

Neuere Untersuchungen zur repetitiven, transcraniellen magnetischen Stimulation zeigen weitere, vielversprechende Ausblicke für die Therapie des chronischen dekompensierten Tinnitus. Bei diesem Verfahren werden durch Kombination einer PET- und einer MRT-Studie die Areale identifiziert, in denen es zu einer besonders hohen Stoffwechselaktivität im auditorischen Kortex kommt. Daraufhin werden diese Areale gezielt wiederholt mit magnetischen Wellen stimuliert. Es konnten signifikante Verbesserungen bei Patienten gezeigt werden, die über einen Zeitraum von 5 Tagen behandelt wurden. Diese Effekte waren auch 6

Monate danach noch deutlich nachweisbar (Kleinjung et al., 2005). Die Palette der sich bietenden Möglichkeiten zur Behandlung des chronisch dekompenzierten Tinnitus ist breit gefächert. Man kann unterscheiden zwischen Maßnahmen, die hilfreich zur Erstellung effizienter Kompensationsmechanismen sind und weniger hilfreichen Maßnahmen (Biesinger et al., 1998).

Als eher hilfreich sind solche Therapien anzusehen, bei denen sich die Patienten aktiv mit den psychologischen Mechanismen der Belastung durch Tinnitus und den damit verbundenen psychischen Symptomen auseinandersetzen. Beispiele hierfür sind das autogene Training, progressive Muskelentspannung, Tai-Chi, Musik und Klangtherapie, kognitiv oder psychodynamisch orientierte ambulante Psychotherapie und viele andere. Passive Maßnahmen wie z.B. Elektrotherapie und Infusionsbehandlung werden von Patienten als eher ineffektiv angesehen. Für die Behandlung mit Antidepressiva konnte zwar laut aktueller Cochrane Metanalysen bisher kein eindeutiger Nachweis einer Verbesserung von Tinnitus erbracht werden (Baldo et al., 2006) in Einzeluntersuchungen zeigten sich aber zumindest Hinweise auf die Wirksamkeit von selektiven Serotonin Wiederaufnahmehemmern bei Patienten mit Depressionen und Angststörungen (Oishi et al., 2010)

Im Gegensatz zum akuten Tinnitus, bei dem hauptsächlich die oben genannten medizinischen Maßnahmen (Rheologika, Hyperbare Oxygenierung etc.) relevant sind, stehen beim chronischen Tinnitus, der länger als 12 Monate besteht (Hesse et al., 2001) psychologische Strategien zur Krankheitsbewältigung im Vordergrund.

Auch hier sollte am Anfang die individuell angepasste Diagnostik von Tinnituscharakter, Belastungsgrad (z.B. TF), eine Analyse von Verarbeitungsprozessen wie z.B. der subjektiven Krankheitstheorien oder individuellen Ressourcen vollzogen werden.

Aufgrund der so in Erfahrung gebrachten medizinischen, psychologischen und sozialen Faktoren gilt es nun ein Modell zu entwerfen, das dem Krankheitsbild gerecht wird und verschiedene Lösungsansätze aufzeigt. Eine wichtige Voraussetzung für eine individuell angepasste Therapie ist die Zusammenarbeit der einzelnen Disziplinen (HNO-Arzt, Psychotherapeut etc.) bei der Patientenbetreuung.

Ein Ansatz zur Therapie des chronischen dekompenzierten Tinnitus ist die Tinnitus-Retraining- Therapie (Jastreboff 1990). Dieses Konzept beinhaltet unterschiedliche Ansatzpunkte zur Erstellung suffizienter Kompensationsmechanismen. Dies wird durch im Wesentlichen vier grundlegende Therapieelemente erreicht.

Am Anfang steht eine Beratung und Aufklärung, die im Prinzip darin besteht, den Patienten von der Vorstellung, der Tinnitus sei eine Krankheit des Ohres, abzubringen.

Er/sie sollte verstehen, dass es sich vielmehr um eine pathologische Verarbeitung von Hörimpulsen im Gehirn handelt und dass das Ziel die Abkopplung des Unterbewusstseins bzw. der Wahrnehmung des Ohrgeräuschs ist.

Das Hörsystem muss wieder auf eine normale akustische Wahrnehmung zurück trainiert werden. Hierzu muss es wieder an äußere Höreindrücke gewöhnt werden, und die gedankliche Fixierung des Patienten auf das Ohrgeräusch muss durchbrochen werden. Dies kann durch den Einsatz von so genannten Tinnitusmaskern (s.u.) und z.B. auch durch den Rat an den Patienten, Stille zu vermeiden, da hier das einzige, was der Patient hört, der Tinnitus ist und es somit zu einer weiteren Fixierung auf das Geräusch kommt. Es ist wichtig, dass der Patient die genaue Beobachtung seines Tinnitus, die eine große Rolle bei der Belastung durch Tinnitus spielt, vermeidet. Dieses Krankheitsverständnis ist die Grundlage und von großer Bedeutung für einen Therapieerfolg.

Das zweite Element der TRT ist die Abschwächung der tinnitusbedingten Stressreaktionen. Die Stressreaktionen, die durch das Ohrgeräusch hervorgerufen werden, wie z.B. Nervosität, Übererregbarkeit und Schlafstörungen, sollen durch gezielte Entspannungstechniken bekämpft werden. Gleichzeitig soll sich der Patient hier auch vom Ohrgeräusch weg auf andere Aspekte hin orientieren.

Dritter Ansatzpunkt ist die Behandlung psychosomatischer Störungen infolge der Erkrankung. Im Vordergrund stehen Ängste, Depressionen, Partnerschaftskonflikte und Probleme im Beruf und im weiteren sozialen Umfeld, die bei Patienten mit schwerem dekompensiertem Tinnitus häufig vorkommen (Härter et al., 2004).

Hier gilt es, die vorhandenen Probleme zu identifizieren und gezielt zu behandeln. Das quantitative Ausmaß psychotherapeutischer Intervention richtet sich nach der subjektiven Belastung durch Tinnitus. Unter Umständen ist auch eine stationäre Behandlung (Grad IV; TF) indiziert. Die ambulante psychosomatische bzw. psychotherapeutische Therapie sollte in enger Zusammenarbeit mit dem HNO-Arzt erfolgen. Retrospektive Studien zeigen, dass bei einer großen Anzahl von Patienten (1841 Patienten zwischen 10/1996 und 06/2000) mit schwerem dekompensiertem Tinnitus (Schweregrad III/IV im Tinnitus Fragebogen) hochsignifikante Verbesserungen um im Mittel 13.01 Punkte erreicht werden konnten. Die Patienten wurden über einen Zeitraum von 5 bis 6 Wochen mittels psychodynamisch orientierter

Gesprächstherapie, Retraining-therapie und Entspannungstechniken behandelt. Signifikante Verbesserungen wurden ebenfalls bei anderen bzw. geringeren Schweregraden erreicht (Hesse et al., 2001). Daten aus dem Tinnitus Zentrum der Charité, Berlin und aktuelle Daten aus Springfield, Illinois, USA (Bauer et al., 2010) konnten ebenfalls eine ähnliche Entwicklung zeigen. Bei 92 Patienten mit sowohl chronisch kompensierten als auch chronisch dekompensierten Tinnitus konnte gezeigt werden, dass indizierte Psychotherapie die Schwere von Tinnitus assoziierten, emotionalen bzw. kognitiven Stress signifikant reduzieren konnte. Es zeigte sich weiterhin, dass bei Abbruch einer indizierten Psychotherapie keine signifikanten Änderungen hinsichtlich der Schwere von Tinnitus assoziiertem Stress stattfanden (Mazurek et al., 2006). Studien zu kognitiv behavioral orientierten Therapien konnten ebenfalls signifikante Verbesserungseffekte hinsichtlich psychischer Komorbiditäten und tinnitus-assoziierten Stress zeigen (Graul et al., 2008) Langfristige Erfolge über die Dauer von 24 Monaten waren bei Caffier für alle Tinnitus Schweregrade zu erkennen. (Caffier et al., 2006).

1.2 Psychologische Modelle und Ansätze zur Tinnitusätiologie, Therapie des chronisch dekompensierten Tinnitus

Aus psychologischer bzw. psychotherapeutischer Sicht gibt es unterschiedliche Ansätze und Modelle zum Verständnis der Pathomechanismen von Tinnituswahrnehmung, zur psychologischen Verarbeitung und zu psychotherapeutischen Optionen.

Der kognitiv orientierte Ansatz von Rief et al. (2001) sieht sowohl die dysfunktionale Bewertung des Tinnitus als auch eine durch den Patienten niedrig eingeschätzte Bewältigungskompetenz der Beschwerden, die mit dem Ohrgeräusch assoziiert sind, als zentralen Punkt zur Erklärung der Erkrankung. Dadurch bieten sich konkrete therapeutische Möglichkeiten, in diese Prozesse einzugreifen und die bestehenden Muster zu durchbrechen. Die zugrunde liegende Idee ist, dass die individuelle Belastung durch die Ohrgeräusche im Wesentlichen nicht durch deren Qualität und Intensität bestimmt wird, sondern dass viel mehr ungünstige Einstellungen zum Tinnitus und kognitive Prozesse die Beschwerden beeinflussen. Metaanalysen konnten zeigen, dass durch kognitive Therapien sowohl auf kurze als auch auf lange Sicht die Lebensqualität von Patienten mit chronisch dekompensierten Tinnitus verbessern konnten (Martinez-Devesa et al., 2007; Lee et al., 2004; Goebel et al., 2006; Schaaf et al., 2010). Dies deutete sich auch in Verhaltenstherapien die zudem auf Biofeedback basierten an. (Weise et al., 2008).

Am Anfang steht auch hier eine sorgfältige und individuelle Untersuchung der Faktoren, die bei der Tinnitusentstehung und dessen Chronifizierung eine Rolle spielen. Der Schweregrad der subjektiven Beeinträchtigung durch Tinnitus wird im Wesentlichen durch Faktoren bestimmt, die sich wechselseitig beeinflussen. Diese Faktoren sind dysfunktionale Bewertung des und Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Tinnitus, sowie eine geringe Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenzen bezüglich der Beschwerden. Hinsichtlich dysfunktionaler Bewertung und Beurteilung der eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung der Beschwerden spielt das Maß der internalen Kontrollüberzeugung über die Situation eine erhebliche Rolle. Prozesse, die im Sinne von dysfunktionaler Bewertung die Einstellung gegenüber dem Tinnitus bestimmen, sind zum Beispiel Gedanken, die den Tinnitus beeinflussen („der Tinnitus als Vorbote eines Herzinfarktes“) oder absolutes Denken und verzerrte Annahmen über die eigene Leistungsfähigkeit im Sinne von „immer uneingeschränkt belastbar sein“. Diese können die empfundene Belastung aufrechterhalten und negativ unterstützen.

Ziel der kognitiven Therapie ist es, solche kognitiven Prozesse im Zusammenhang mit dem Tinnitus zu erkennen und zu modifizieren. Am Anfang einer solchen Therapie ist der kognitive Zusammenhang zwischen dem Ohrgeräusch und den dadurch ausgelösten Beeinträchtigungen auf Belastungsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit und andere Aspekte stark auf die zunächst offensichtlich physische Ursache Tinnitus fokussiert. („Durch den Tinnitus kann ich nicht mehr schlafen“ etc.). Die Lösung der Probleme wird in dieser Phase in der Beseitigung des Ohrgeräusches gesehen. Es kommt nun darauf an, das fast ausschließlich somatische Modell zu einem psychosomatischen Modell zu erweitern, dabei ist es wichtig, echtes Verständnis für das initial bestehende somatische Erklärungsmodell zu haben. An dieser Stelle gilt es nun, die bestehenden kognitiven Muster zu identifizieren. Häufig neigen Patienten mit chronisch dekompensiertem Tinnitus dazu, einerseits ihre Ohrgeräusche zu katastrophisieren und andererseits die eigenen Bewältigungsfähigkeiten niedrig einzuschätzen. Es besteht ein negativ korrelierender Zusammenhang zwischen der subjektiv empfundenen Belastung durch das Ohrgeräusch und der Einschätzung der eigenen Kontrollfähigkeit bzw. Copingüberzeugung hinsichtlich der Belastung.

Der Belastungsgrad durch Tinnitus hängt also weniger von der Qualität des Geräusches selber als viel mehr von dessen subjektiver Bewertung durch den Betroffenen ab. Das kognitive Modell zum Verständnis der subjektiven Bewertung des Tinnitus beinhaltet möglicherweise falsche Informationen („Vorbote des Herzinfarktes“), ungünstige Grundannahmen und ein negatives Selbstkonzept (Patient denkt, er sei nicht belastbar), oder negative

Zukunftserwartung sowie kognitive Verzerrung (die Annahme, immer körperlich und geistig voll fit zu sein, um die Lebensumstände zu meistern). Diese kognitiven Einstellungen bedingen Qualität und Ausprägung des subjektiv empfundenen Belastungsgrads durch Tinnitus. Dies äußert sich in verstärkten physischen Gesundheitsängsten und der daraus sich ergebenden Suche nach ärztlicher Rückversicherung, Verunsicherung, Selbstzweifel, Erwartungsängste und Anspannung. Die Summe dieser Faktoren hat einen stark negativen Effekt auf die psychische Belastung durch Tinnitus.

Zentrale Idee des kognitiven Ansatzes ist es also, eine Modifikation der tinnitusassoziierten Beschwerdesymptomatik durch Beeinflussung der ungünstigen Einstellungen gegenüber dem Ohrgeräusch zu verändern.

Zunächst sollte, wie bereits erwähnt, eine differentialdiagnostische somatische Abklärung erfolgen. Weiterhin als hilfreich wird eine kombinierte Therapie durch positive Maßnahmen wie dem Benutzen von Tinnitusmaskern (Rauschgeneratoren, die eine Fokussierung durch erschwerte Detektion vermindern) eingeschätzt, wie es auch durch die Tinnitus Retraining Therapie postuliert wird. Diese beinhaltet eine Kombination aus Maskierung des Ohrgeräusches durch Rauschgeneratoren und ergänzende Beratungsgespräche (Counselling). Der Bedeutung der Beratungsgespräche wird inzwischen eine wichtige Funktion beigemessen, da das Erkennen und die positive Modifikation der psychischen bzw. kognitiven Faktoren starken Einfluss auf die empfundene Belastung durch das gesamte Krankheitsbild hat (Svitak et al., 2001).

In der Anfangsphase sehen Patienten die Reaktionen und Verhaltensweisen, welche durch das Ohrgeräusch ausgelöst werden, in engen kausalen Zusammenhang mit dem Tinnitus. Dadurch bedingt wird eine mögliche Besserung in einer Beseitigung der organischen Ursache gesehen. Dieses initial hauptsächlich somatische Modell gilt es nun zu erweitern, hin zu einem psychosomatischen Modell. Zu Beginn sollten die bestehenden Muster identifiziert werden und klargestellt werden, dass dadurch nicht die somatische Ursache, das Ohrgeräusch, beseitigt wird, aber dass die psychische Belastung beeinflusst werden kann. Es ist in dieser Phase wichtig, Verständnis für das somatische Erklärungsmodell des Patienten zu haben. Praktisch wird dies in den ersten Stunden dadurch erreicht, dass anhand von Äußerungen des Klienten und deren explizite Formulierung durch den Therapeuten versucht wird, ein Bild davon zu entwerfen, wie die subjektive Einstellung und Bewertung zum Tinnitus sind. Der wichtige zu vermittelnde Aspekt ist herauszustellen, dass nicht der Tinnitus unbedingt störend ist sondern

dass die besonderen individuellen Einstellungen und Grundannahmen hauptsächlich die Intensität der Beschwerden bestimmen. Schwierig hierbei ist häufig, dass dadurch das Problem als nicht allein durch äußere Ursachen bedingt erscheint, und so nicht mehr externalisiert werden kann (Dem Tinnitus kann nun nicht mehr allein die Schuld gegeben werden). Dann sollten durch Patient und Therapeut weitere, sogenannte dysfunktionale oder auch destruktive Gedanken gesammelt werden (solche Gedanken, die als „automatische Gedanken“ die Grundeinstellungen gegenüber Tinnitus thematisieren, aber nicht klar äußern z.B. „Ich habe gedacht, dass ich da verloren bin und dass ich nicht mehr mithalten werden kann“ als Ausdruck der eigenen Vorstellung, physisch und psychisch immer voll belastbar sein zu müssen). Häufig bei Tinnituspatienten sind auch sogenannte irrationale Bewertungen (Absolute Forderungen, z.B.: „Ich muss unanfechtbar sein und von allen Anerkennung bekommen...“, globale negative Fremd- oder Selbstbewertung, z.B.: „Ich bin nicht gut genug...“, Katastrophendenken und eine niedrige Frustrationstoleranz) und systematische Denkfehler (z.B.: Übergeneralisieren: „ich habe in der Vergangenheit viele Fehler gemacht, jetzt werde ich bestimmt nur noch alles falsch machen; Personalisieren des Tinnitus, „er will mich fertig machen; minimieren und maximieren, „der Tinnitus ist das Schlimmste, was mir jemals passiert ist, es gibt keine Heilung dafür“ usw.), die einer Akzeptanz und damit Bewältigung des Tinnitus entgegenstehen und oft durch die Betroffenen nicht als solche erkannt werden. Nachdem man eine Reihe solcher dysfunktionalen Gedanken und systematischen Denkfehler gesammelt hat, wird es häufig durch die Patienten als sehr hilfreich empfunden, diese dann schematisch und hierarchisch aufzuschreiben, und nun zu versuchen sie zu hinterfragen und zu modifizieren, um die sich dahinter befindlichen Grundeinstellungen aufzudecken und letztlich zu modifizieren. Grundlegende Bedingungen, die wiederholt hinterfragt werden müssen, sind: Therapeut und Patient sind von diesem Modell überzeugt, der Patient wünscht eine Veränderung der dysfunktionalen Gedanken und ist von der Möglichkeit der Änderung überzeugt, die Ziele sind definiert und es besteht eine tragfähige therapeutische Beziehung. Die kognitive Umstrukturierung erfolgt mittels so genannter allgemeiner Disputation, mittels sokratischen Dialogs. Der Therapeut sollte hier in respektvollem Umgang den Klienten dazu anhalten und unterstützen, die eigenen Vorstellungen und Annahmen, anhand unterschiedlicher Techniken und durch Wiederholen des Infragestellens zu überdenken. Die Art und Weise der Fragen können zum Beispiel versuchen, weniger und mehr hilfreiche Gedanken zu identifizieren, oder den Realitätsgehalt mancher Einstellungen näher zu bestimmen und dadurch zu sinnvolleren Einstellungen zu gelangen. Schließlich sollten

funktionale und zielführende Kognitionen entwickelt werden, hilfreiche und unterstützende Gedanken sowie alternative Bewertungen können während der Disputation gesammelt werden und im Sinne einer Selbstinstruktion eingeübt werden. Ziel ist es, unsinnige und hinderliche Gedanken zu hinterfragen und realistische Grundeinstellungen zu entwickeln und diese ständig im Alltag anzuwenden und einzuüben, da diese noch mit den ehemaligen Vorstellungen konkurrieren, und es wichtig ist, sie zu auf der rationalen Ebene zu etablieren bzw. sie zu automatisieren (Svitak et al., 2001).

In schwedischen Studien wurde weiterhin die Wirksamkeit einer Internet basierten kognitiven Therapie untersucht. Therapeut und Patient stehen hier über E-mail in Kontakt. Es zeigten sich viel versprechende Ergebnisse (Kaldo-Sandström et al., 2004; Andersson et al., 2003). Ein weiterer hilfreicher Ansatz sind Gruppentherapien. Hier werden gut Unterschiede in kognitiven Prozessen der Patienten aufgezeigt, ebenso können Patienten durch die Kenntnisnahme anderer Bewältigungsstrategien schneller zu eigenen, effektiven Bewältigungsmustern kommen (Seydel et al., 2008).

Patienten mit chronisch dekompenzierten Tinnitus neigen dazu, körperliche Symptome und in weiterer Folge auch das Ohrgeräusch zu katastrophisieren und sich als hilflos einzuschätzen. Hier ist ein wichtiger Therapieansatz, solche dysfunktionalen Grundannahmen zu demaskieren und auf ihre Gültigkeit bzw. Richtigkeit zu überprüfen bzw. kritisch zu hinterfragen um letztlich so Wege aufzuzeigen, die einzelnen Faktoren zu beeinflussen und unabhängig vom Tinnitus zu sehen. Beim chronisch dekompenzierten Tinnitus ist es wesentlich, nicht auf eine „Heilung“ im Sinne einer kausalen Therapie des Tinnitus hinzuarbeiten, sondern das Ohrgeräusch und die Folgen zu „managen“ (Greimel et al., 1999). Dies zeigte sich auch in einer klinischen Studie zum Vergleich zwischen Effekten einer kurzfristigen Maskierung des Tinnitus (Tinnitus Masking) und einer langzeitigen Tinnitus Retraining Therapie, welche sowohl apparative (Tinnitusmasker, etc.) als auch psychologische (Counselling) Aspekte beinhaltete. Am meisten profitierten hier Patienten mit einer Retraining Therapie über 12-18 Monate im Vergleich zu Patienten mit einer kurzfristigen Maskierung des Tinnitus über 3-6 Monate, hier waren die kurzzeitig positiven Effekte nicht dauerhaft beständig (Henry et al., 2006). Diese Ergebnisse bestätigten sich in einer Studie zur modifizierten Tinnitus Retraining Therapie, welche eine erweiterte psychotherapeutische Komponente beinhaltet. Im Vergleich zu Patienten ohne psychotherapeutische Behandlung konnten signifikante Verbesserungen in Hinblick auf die gesamte Tinnitus-Beeinträchtigung erzielt werden. Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass Patienten mit dekompenzierten Tinnitus häufiger daran leiden, unfähig zu

19

sein, die sozialen und mentalen Folgen der Erkrankung zu kompensieren bzw. zu verbessern und damit umgehen zu können. Man sollte den Therapiefokus auf die psychosomatischen und sozialen Folgen legen und versuchen, Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Stobik et al., 2003). Es zeigte sich in einer weiteren Studie, dass Patienten, die sich in Behandlung ihres Tinnitus begaben, mehr Somatisierungstendenzen und gleichzeitig weniger Bewältigungsstrategien hatten (Scott et al., 2000; Konzag et al., 2005). Die Wichtigkeit der psychotherapeutischen Komponente konnte ebenfalls durch H. von Wedel et al. nachgewiesen werden (2000). In der Therapie S.P. trat im Verlauf eine Depression auf, was bei Patienten mit chronisch dekompenzierten Tinnitus häufig vorkommt (Marciano et al., 2003), diese erschwert zusätzlich das Gesamtbeschwerdebild. Weiterhin fokussieren sich Patienten mit Depression eher auf den Tinnitus (Crummer et al., 2004). In einer Querschnittstudie von Weber et al. (2008) konnte ein Zusammenhang zwischen Schwere der Belastung durch Tinnitus, Persönlichkeitsaspekten und depressiver Symptomatik nachgewiesen werden. Es konnte gezeigt werden, dass ein linearer Zusammenhang zwischen empfundener Belastung durch das Ohrgeräusch und depressiven Beschwerden besteht. Patienten mit schwerster Beeinträchtigung durch Tinnitus litten hier am häufigsten unter komorbiden psychischen Störungen wie Schlafstörungen, Ermüdbarkeit und sozialer Isolation. Die aktuelle Literatur zu psychologischen Ansätzen Tinnitus betreffend ist hauptsächlich kognitiv behavioural orientiert. Diese Strömung zielt im Wesentlichen auf ein besseres Coping beziehungsweise einen besseren Umgang mit den Ohrgeräuschen ab und weniger auf die Aufklärung ursächlicher psychodynamischer Vorgänge.

Interessant und hypothetisch wichtig in Zusammenhang mit den beiden hier untersuchten Fallstudien und der jeweiligen Psychodynamik sind einige historische und grundlegende Annahmen.

So tritt nach Otto Fenichel (1975) bei monosymptomatischer Konversion die lebensgeschichtliche Ursache des Symptoms oft klar zu Tage. Es kam bei einer Patientin zur Lähmung des Armes wenn sie an Gefühle dachte, die sie gegenüber dem Vater hatte. Der gleiche Arm hing über einer Stuhllehne als sie beim Vater saß als er starb. Nach Fenichel kann, wenn die funktionelle Störung mit einem emotionalen Konflikt verbunden ist, welcher verdrängt wurde, durch jede spätere Berührung der funktionellen Störung oder des emotionalen Konfliktes das Syndrom mobilisiert oder gefördert werden, die funktionelle Störung wird zur bewussten Manifestation, der emotionale Konflikt zur treibenden Kraft des Konversionssynptoms.

Der Unterschied zwischen Konversionssymptomen und vegetativer Neurose wird nach Franz Alexander (1950) wie folgt definiert. Ein Konversionssymptom ist ein symbolischer Ausdruck eines emotional geladenen psychologischen Inhalts und ein Versuch, die emotionale Spannung zu entladen. Es spielt sich daher in den willkürlichen, neuromuskulären oder den sensorisch-perzeptiven Systemen ab, deren primäre Funktion es ist emotionale Spannungen auszudrücken und abzuführen. Eine vegetative Neurose hingegen ist die physiologische Reaktion der vegetativen Organe auf anhaltende oder periodisch wiederkehrende emotionale Zustände.

Es zeigen sich zudem wesentliche Aspekte hinsichtlich narzisstischer Persönlichkeitsstörungen in Zusammenhang mit den oben erwähnten Überlegungen. So ist einer der ursächlichen Gründe für die Entwicklung einer solchen Persönlichkeitsstörung nach Kohut (1966) und Kernberg (1978) unter anderem eine Frustration kindlicher Bedürfnisse durch die Mutter beziehungsweise eine chronisch kalte und unempathische Mutter, daher sind die Betroffenen auf ständige Bewunderung, Bestätigung und Aufmerksamkeit angewiesen.

1.3 Wissenschaftliche Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, anhand einer ausführlichen Analyse zweier Kurzzeittherapien von Patienten mit chronisch dekompenzierten Tinnitus erklärende Hypothesen zum Einfluss der Faktoren psychische Struktur, Störungsniveau und unterschiedliche Komorbidität mit Hinblick auf dieses Krankheitsbild zu generieren. Insbesondere der Therapieprozess und das Therapieergebnis werden hierbei genau betrachtet.

2 Material und Methoden

2.1 Material

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind zwei Einzelfallstudien, die im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projektes nach dem Konzept der psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie von Strupp und Binder (1984) durchgeführt wurden. Beide Patienten litten unter chronischen Ohrgeräuschen (Tinnitus) und reaktiven psychischen Beschwerden wie depressiven Verstimmungen, Konzentrationsstörung und Arbeitsstörung.

2.2 Methoden

Im Folgenden werden die einzelnen Untersuchungsmethoden beziehungsweise Messinstrumente vorgestellt.

2.2.1 Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie Projekt (DKZP)

Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie Projekt besteht seit 1991 an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich Heine Universität Düsseldorf und wurde durch Herrn Prof. Dr. Dr. W. Tress initiiert.

Wie bereits einleitend erwähnt besteht das Therapiesetting aus 25 Sitzungen in einem naturalistischen Design. Zielgruppen des Projektes sind Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wie narzisstischen, Borderline- und hysterischen Persönlichkeitsstörungen, Patienten mit psychosomatischen Störungen im Sinne einer Somatisierungsstörung und Patienten mit Ängsten und Depressionen.

Bei Therapiebeginn und am Ende wird eine Basisdiagnostik, bestehend aus verschiedenen Untersuchungsinstrumenten (psychodynamisches Interview, Beeinträchtigungsschwere Score, Global Assessment of Functioning Scale, Gießen Test, zyklisch maladaptives Muster, Symptom Check List, Narzissmus Inventar und Intrex Fragebogen), die im Weiteren noch genauer erläutert werden, durchgeführt.

Die Sitzungen werden auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Die Transkriptionen der ersten und zweiten Sitzung sowie die ersten 20 Minuten der Sitzungen 4, 8, 12, 16, 20 und 24 werden nach der SASB/CMP-Methode kodiert und ausgewertet.

Der Therapieverlauf wird anhand einer Zwischendiagnostik mittels SASB Prozess- und Inhaltsanalyse und INTREX-Fragebögen zu den oben genannten Zeitpunkten untersucht. Im Rahmen der Katamnesen nach ½, 1, 2, und 5 Jahren wird der weitere Verlauf anhand der oben erwähnten Basisdiagnostik untersucht. Zusätzlich werden Katamneseinterviews, bestehend aus einem offenen und einem halbstrukturierten Teil durch einen anderen Therapeuten durchgeführt.

2.2.2 Auswahlkriterien

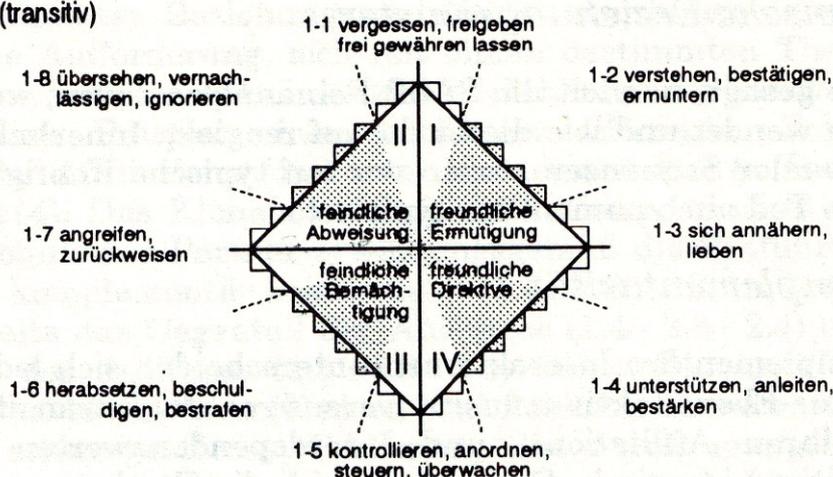
Beide Patienten wurden aus dem Patientenkollektiv des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie Projektes ausgewählt. Gemeinsame Auswahlkriterien waren sowohl das Krankheitsbild Tinnitus selbst als auch der hohe Grad der Dekompensation und die damit verbundene psychische Komorbidität.

2.2.3 Das SASB-Modell (Benjamin, 1974)

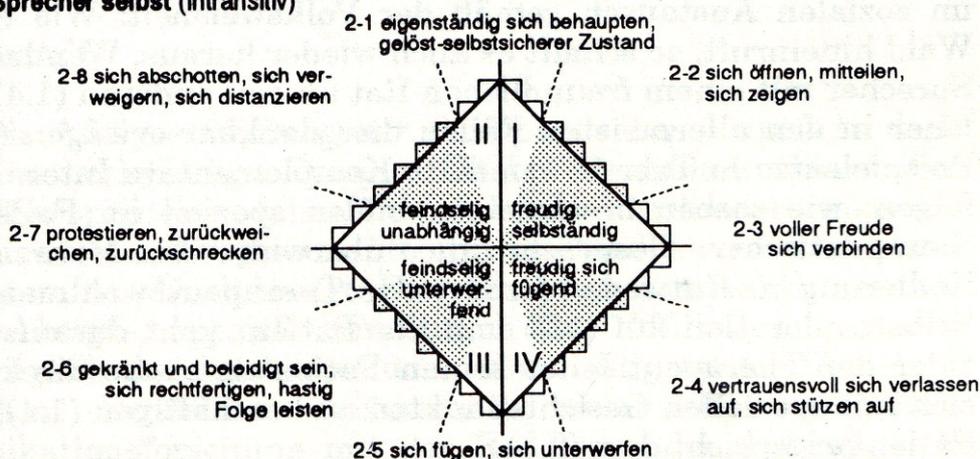
Das SASB-Modell (Structural Analysis of Social Behavior, Benjamin, L.) ist als Instrument zu verstehen, welches versucht, soziales und zwischenmenschliches Verhalten nicht bloß durch Betrachtung seiner einzelnen Verhaltenssegmente additiv zu erfassen. Es geht hier vielmehr darum, Transaktionen, deren Gestaltaufbau, die Perspektiven und Handlungen beider Kommunikationssubjekte einer Dyade (hier handelt es sich bei den Kommunikationssubjekten um Patient und Therapeut) übersummenhaft zu bestimmen und nicht nur deren bloße Aneinanderreihung zu erfassen (Tress et al. 1993; Strupp et al. 1984).

Interpersonelles Verhalten wird in diesem Messmodell durch ein zirkumplexes Kreismodell angegeben, welches durch zwei senkrecht aufeinander stehende Achsen definiert ist (Abszisse und Ordinate). Jeder Achse ist eine Verhaltenskomponente zugeordnet. Jedem Achsenende ist eine Qualität zugeordnet, wobei die beiden Qualitäten einer Achse jeweils gegensätzlich sind. Im Verlauf der jeweiligen Achse sind also die einzelnen Schattierungen einer Verhaltenskomponente zwischen ihren beiden Extremen abgebildet (Affiliation, z.B. sich annähern, lieben versus angreifen und zurückweisen; Interdependenz, z.B. Kontrolle ausüben versus Autonomie gewähren). So ergibt sich eine genaue Zuordnung zwischenmenschlichen Verhaltens in diesem Koordinatensystem hinsichtlich der oben erwähnten Qualitäten.

Fokus: Der Andere (transitiv)



Fokus: Der Sprecher selbst (intransitiv)



Fokus: Introjekt (intrapsychisch)

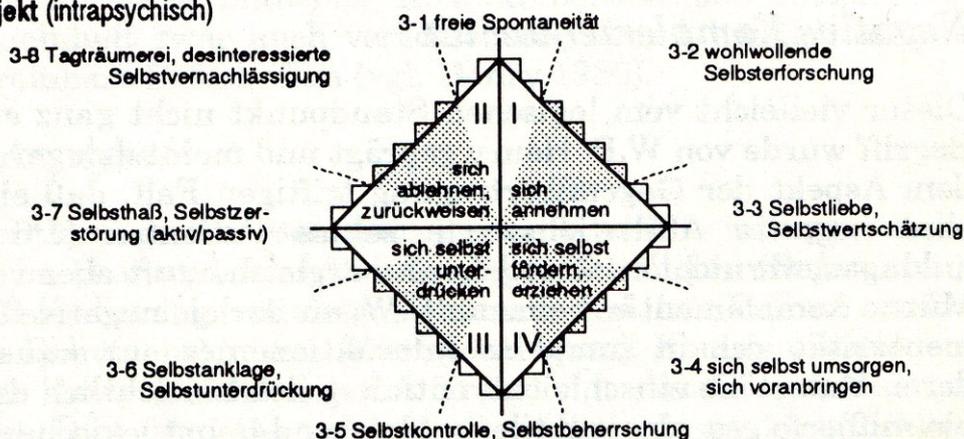


Abb. 1 aus: Tress, W. (Hrsg.): SASB Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens, Roland Asanger Verlag, Heidelberg, 1993.

Durch unterschiedliche Fokussierung stellt SASB verschiedene Aspekte des kommunikativen Aktes dar. Die drei Ebenen, die hiermit herausgestellt werden, sind die transitive (aktive), die intransitive und die des Introjekts (ich im Umgang mit mir selbst).

Vor der Anwendung von SASB werden die einzelnen Sitzungen auf Tonband aufgezeichnet und nach den Ulmer Textregeln transkribiert (Mergenthaler et al., 1988). Bei der Transkription werden alle hörbaren Zeichen in das Transkript aufgenommen. So werden sowohl alle sprachlichen Äußerungen als auch situationsgebundene Geräusche festgehalten. Worte werden in literarischer Umschrift festgehalten. Paraverbale Äußerungen, wie „hm,,“, „äh,,“ und „oh,,“, werden wie Sätze behandelt. Nicht verbale Äußerungen (lacht, hustet, räuspert sich, etc.) und situationsbedingte Geräusche (Telefonklingeln, Computertasten, Schranktür geht auf etc.) werden als Kommentare in Klammern festgehalten.

Nun werden die so entstandenen Transkripte in Gedankeneinheiten, auch Units genannt unterteilt, die den jeweiligen Haupt- und Nebensätzen zwar meistens entsprechen, dies jedoch nicht zwingend tun. Die Transkripte werden nun von zwei unabhängigen Ratern bearbeitet, wobei als Rater jeder in Frage kommt, der zwischenmenschliches Einfühlungsvermögen und Erfahrung mit der Kodierung nach SASB hat.

Nun werden Referent und Adressat festgelegt. Die Gedankeneinheiten werden auf den Fokus hin untersucht. Wenn der festgelegte Referent nun den Adressaten mit seiner Aussage beeinflusst, so ist der Fokus transitiv und erhält die Kodierung 1. Teilt sich der Referent mit und will zum Beispiel dem Adressaten übermitteln wie er sich fühlt, so ist der Fokus intransitiv und somit als Fokus 2 kodiert. Wenn nun der Sprecher sich selber zum Gegenstand seiner Aussage macht, so ist der Fokus intrapsychisch und als 3 kodiert.

Innerhalb der genannten Foci wird nun noch der Wert bestimmt, der eine Aussage über den jeweiligen Grad der Affiliation und Interdependenz macht. Dieser kann Werte zwischen -9 und +9 auf jeder der beiden Achsen annehmen. Anhand der Ausprägungen der Affiliation und der Interdependenz ergibt sich nun für jede Gedankeneinheit eine definierte Koordinate im jeweiligen Fokus. Es besteht eine klare Zuordnung zwischen den Koordinaten und dem entsprechenden Verhalten. Es gibt für jeden Fokus aus den einzelnen Verhaltensweisen 8 zusammengefasste Cluster. Hieraus ergeben sich dann die jeweiligen Cluster (z.B. Cluster 1.2 = Fokus 1, Cluster 2 = verstehen, bestätigen, ermuntern)

Nun wird die Auswertung aufgeteilt in Prozessanalyse und Inhaltsanalyse. Die Prozessanalyse setzt sich mit der direkten Interaktion der beiden Gesprächspartner auseinander. Bei der

Inhaltsanalyse wird der bei der Interaktion mitgeteilte Inhalt bewertet. Hier werden Aussagen, längere Erzählungen und Berichte analysiert. Auch hier werden Referent und Adressat benannt und die jeweiligen Achsenwerte bestimmt.

Weiterhin kann es zu multiplen Kodierungen kommen, wenn Äußerungen mehrere gedankliche Einheiten enthalten. Hier sollte versucht werden, die Äußerung in mehrere Sätze umzuformulieren und diese dann zu kodieren.

2.2.4 Das zyklisch Maladaptive Beziehungsmuster (CMP, Cyclic Maladaptive Pattern; Tress et al. 1996)

Das Modell des zyklisch maladaptiven Musters beschreibt interpersonelle Beziehungs- und Verhaltensmuster eines Menschen, die immer gleich ablaufen, in sich geschlossen sind und Ausdruck einer Fehlanpassung an die Umwelt darstellen. Es basiert auf der Vorstellung, dass Persönlichkeit das Ergebnis bisher erlebter interpersoneller Prozesse und Beziehungen insbesondere zu engen Bezugspersonen ist (Tress et al., 1996). Es steht im Rahmen der psychodynamischen Kurztherapie im Therapiefokus. Innerhalb der ersten und spätestens nach zwei Therapiestunden wird das CMP des jeweiligen Patienten formuliert. Es beinhaltet die vom Patienten internalisierten bisherigen Beziehungserfahrungen, im Sinne von erwarteten oder befürchteten Verhaltensweisen Anderer ihm gegenüber, sein Verhalten gegenüber den Bezugspersonen, welches dann wieder deren Verhalten beeinflusst und hierdurch im Kreisschluss die bestehenden Erwartungen beziehungsweise Befürchtungen erfüllt.

Dieser Kreislauf wird wiederum durch die internalisierten Beziehungserfahrungen mit früheren Bezugspersonen beeinflusst.

Eine besondere Bedeutung kommt im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung der Beziehung den Eltern gegenüber zu. Die hier gemachten guten wie auch schlechten Erfahrungen werden durch das Kind internalisiert und es werden im weiteren Leben ähnliche Erwartungen an das Verhalten Anderer ihm gegenüber gestellt. Die Reaktionen Anderer werden in eben solch einer Erwartungshaltung vorweg genommen, im Sinne einer relativ lösungsresistenten 'self fulfilling prophecy'. Hieraus resultiert ein entsprechendes Verhalten des Patienten. Nun kommt es ganz auf die Qualität der primären Beziehungserfahrungen an. So ist z.B. mit deutlich anderen, maligneren Verhaltensmustern zu rechnen, wenn die primären Beziehungen durch Verhaltensweisen wie Zurückweisung und Vernachlässigung geprägt waren.

Ziel der Therapie ist es, das spezifische CMP des Patienten in sogenannten 'critical events' zu inszenieren und benignere Verhaltensweisen, positive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, um letztlich das bisherige Kreismodell zu modifizieren und eine positive Beeinflussung der internalisierten Erfahrungen zu erreichen.

2.2.5 Der INTREX Fragebogen (Tscheulin et al., 1993)

Mit dem INTREX Fragebogen werden interpersonelle Prozesse und Therapieergebnisse erfasst.

Form A: Erfasst das Introjekt des Patienten "Wie gehe ich in meinen besten/schlechtesten Zeiten mit mir selber um?"

Form B1: Erfasst das zwischenmenschliche Verhalten einer wichtigen Bezugsperson zum Patienten "Wie geht meine wichtigste Bezugsperson in unseren besten/schlechtesten Zeiten mit mir um?"

Form B2: Erfasst im zwischenmenschlichen Verhältnis das intransitive Verhalten der wichtigen Bezugsperson. "Wie gibt sich meine wichtigste Bezugsperson in unseren besten/schlechtesten Zeiten mir gegenüber?"

Form B3: Erfasst das zwischenmenschliche transitive Verhalten des Patienten der wichtigen Bezugsperson gegenüber. "Wie gehe ich mit meiner wichtigsten Bezugsperson in unseren besten/schlechtesten Zeiten um?"

Bezugsperson gegenüber: "Wie gebe ich mich meiner wichtigsten Bezugsperson in unseren besten/schlechtesten Zeiten gegenüber?"

Die INTREX Fragebögen werden sowohl von den Patienten als auch von den Therapeuten ausgefüllt. Wichtigste Bezugsperson sind nicht nur die aktuell wichtigsten Bezugspersonen des Patienten, sondern beispielsweise auch Therapeuten, Vater und Mutter zum Zeitpunkt zwischen dem 5. und 10. Lebensjahr der Patienten, da man annimmt, dass diese Phase besonders wichtig für die Entwicklung der Patienten ist.

Auch die Therapeuten füllen solche INTREX Fragebögen hinsichtlich ihrer therapeutischen Beziehung zu den Patienten und vice versa aus.

Die Auswertung erfolgt sowohl in Form von SASB-Clustern als auch in Form von sogenannten Pattern-Koeffizienten (Attack = ATK, Control = CON)

Positive ATK Pattern-Koeffizienten stehen für eine aggressive Beziehung, positive CON Pattern-Koeffizienten für ausgeprägte Kontrolle in der Beziehung.

Die Koeffizienten können in ein Koordinatensystem eingetragen werden, das den vier SASB Quadranten entspricht und die Beziehungen zu den jeweiligen Bezugspersonen übersichtlich darstellt. Ein Therapieerfolg ist dann erreicht, wenn bei wiederholten INTREX Befragungen entweder der ATK -Koeffizient um 500 Punkte abnimmt oder der CON - Koeffizient abnimmt und eine Bewegung vom zweiten in den dritten SASB Quadranten stattfindet (Henry et al., 1986).

2.2.6 SCL-90-R (Franke, 1995)

Durch die Symptom-Check-List wird die Selbstbeurteilung der Patienten mittels Fragebogen erfasst. Der Fragebogen besteht aus 90 Items, durch die Faktoren wie Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität und Feindseligkeit und Psychotizismus analysiert werden. Jedes Item kann hinsichtlich der jeweiligen Intensität mittels einer Skala beantwortet werden. Die Skalenwerte erstrecken sich von 0 bis 4, wobei 0 für "überhaupt nicht", 1 für "ein wenig", 2 für "ziemlich", 3 für "stark" und 4 für "sehr stark" steht. Anschließend wird für jeden Faktor ein Durchschnittswert gebildet und graphisch ein Symptomprofil erstellt. Insbesondere bei Tinnituspatienten ist die SCL-R-90 ein sinnvolles Instrument zur Erkennung von psychischem Stress (Lynn et al., 2003).

2.2.7 Narzissmus-Inventar (Deneke et al., 1988)

Mit dem Narzissmus-Inventar werden Aspekte der Organisation des narzisstischen Persönlichkeitssystems, soweit sie beobachtbar sind, erfasst.

Hier ist es wichtig zu erkennen, ob der Patient ein aufrichtiges und realistisches Selbstbild von sich entwirft oder ob es durch bewusste oder unbewusste Abwehrmechanismen verzerrt wird. Ziel ist es festzustellen, ob ein das Ich stützender und fördernder Narzissmus besteht oder ob ein negativer Narzissmus besteht, der zu neurotischen Verhaltensweisen führt.

Der Test liefert ein Profil der narzisstischen Organisation des Probanden. Er ist aus 163 Items aufgebaut, die wiederum 16 Skalen zugeordnet sind.

2.2.8 Katamnese

Die Katamnesen nach der Kurzzeitpsychotherapie werden zu den Zeitpunkten 6, 12, 24 und 60 Monate nach Therapieende vorgenommen. Sie dienen dazu festzustellen, ob nach der Beendigung Entwicklungen weitergeführt wurden oder ob sie stagnierten, ob Änderungen aufgetreten sind und welcher Art diese sind, und letztlich dazu festzustellen, ob Therapieerfolge von Dauer sind oder ob sich wieder alte Verhaltensmuster eingestellt haben.

Die Nachuntersuchungen beinhalten Interviews durch unabhängige Kliniker und die Beantwortung von INTREX-Fragebögen durch die Patienten.

Die Interviews bestehen unter anderem aus einem halbstandardisierten Teil, er beinhaltet die Fragen nach dem momentanem Gesundheitszustand hinsichtlich Arbeitsfähigkeit, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme; die subjektiven Erklärungsmodelle somatischer und psychischer Symptome vor allem im Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen. Genuss- und Suchmittelgebrauch; aktuelle Beziehungs- und Lebenssituation; Sexualität; momentanes Selbstbild und die Beurteilung der Kurzzeitpsychotherapie nach der CMP/SASB Methode.

Im halboffenen Teil des Katamneseinterviews äußert sich der Patient frei, wobei hier das Verhältnis zur wichtigsten Bezugsperson fokussiert wird.

2.2.9 Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D; Horowitz et al., 1988)

Das IIP ist ein Instrument spezifische zwischenmenschliche Probleme zu identifizieren und mit einer „Normstichprobe“, einer deutschen Referenzpopulation (N 1335, drei unterschiedliche Teilstichproben) zu vergleichen.

Dies geschieht indem es die individuell erfassten Messwerte in Beziehung zu den randomisierten Vergleichswerten der Vergleichspopulation setzt. Es fragt die individuell eingeschätzte Ausprägung von acht Persönlichkeits-Qualitäten im interpersonalen Bereich (autokratisch/ dominant; streitsüchtig/ konkurrierend; abweisend/ kalt; introvertiert/ sozial vermeidend; selbstunsicher/ unterwürfig; ausnutzbar/ nachgiebig; fürsorglich/ freundlich; expressiv/ aufdringlich) ab. Die individuell gemessenen Werte sind ipsiative Skalenwerte, das heißt die Werte werden nach der Formel $(\text{Skalenrohwert}-X_i) / S_i$ (X_i = individueller Durchschnittswert; S_i =individuelle Standardabweichung der Person) modifiziert. Die Skalenwerte zeigen zunächst welche interpersonalen Probleme bestehen, der Vergleich mit der Skalenwerten der Normpopulation lässt eine Aussage über Abweichungen von normalhäufigen Werten zu.

2.2.10 Gießen Test (Beckmann et al., 1983)

Der Gießen Test erfasst Persönlichkeitsmerkmale unter Einbezug der sozialen Einstellungen und Reaktionen des Probanden. Der Test umfasst 40 Items, in denen der Proband Einschätzungen darüber machen soll wie er sich selbst sieht. Die Items werden in Zusammenfassung durch folgende Skalen abgebildet:

Skala 1: Soziale Resonanz

- Die Skalenextreme sind hier negativ sozial resonant NR (unattraktiv, unbeliebt, nicht durchsetzungsfähig, etc.) und positiv sozial resonant (anziehend, beliebt, durchsetzungsfähig, etc.)

Skala 2: Dominanz

- Die Skalenextreme sind hier dominant (DO) und gefügig (GE).

Skala 3: Kontrolle

- Die Skalenextreme sind hier unkontrolliert (UK) bis überkontrolliert (ZW)

Skala 4: Grundstimmung

- Die Skalenwerte sind hier hypomanisch (HM) und depressiv (DE)

Skala 5: Durchlässigkeit

- Die Skalenwerte sind hier durchlässig (DU) und retentiv (RE)

Skala 6: Soziale Potenz

- Die Skalenwerte sind hier sozial potent (PO) und sozial impotent (IP)

Die Persönlichkeitsmerkmale des Probanden hinsichtlich der untersuchten Aspekte werden anhand der Items in diese Skalen eingeteilt und untereinander grafisch auf dem Profilblatt untereinander dargestellt

2.2.11 Beeinträchtigungsschwere Score (BSS; Schepank 1995)

Der Beeinträchtigungsschwere Score ist ein von der Behandlungsmethode unabhängiges Ratingverfahren, mit dem der Therapeut die Beeinträchtigung des Patienten auf den Dimensionen körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung einschätzt. Der Schweregrad der Beeinträchtigung wird durch fünf Stufen von 0 (gar nicht beeinträchtigt)

bis 4 (extreme Beeinträchtigung) differenziert. Der Cut-off Wert zur Unterscheidung zwischen „Gesunden“ und Beeinträchtigten wurde vom Autor (Schepank) auf 5 festgelegt.

2.2.12 Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Endicott et al., 1976)

Das allgemeine Funktionsniveau des Patienten wird auf einem Kontinuum von 1 (Krankheit) bis 100 (Gesundheit) beurteilt. Für diese allgemeine Einschätzung werden psychische, soziale und berufliche Funktionen berücksichtigt. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen Einschränkungen sollen nicht in die Bewertung einbezogen werden.

3 Ergebnisse

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Therapieauswertung zu beiden Patienten dargestellt.

3.1 Die zyklisch-maladaptiven Muster (CMP; Tress et al., 1996)

3.1.1 Therapie R.G.

Erwartungen:

Blockiert sind hier die positiven Erwartungen nach Liebe (Cluster 1.3) und Unterstützung (Cluster 1.4), die sie wahrnehmen so wie sie ist; stattdessen fürchtet die Patientin, Zuwendung (Cluster 1.3/1.8) und Hilfe (Cluster 1.4/1.8) vorbei an ihren eigentlichen Interessen zu erhalten, sowie Kränkungen (Cluster 1.6).

Verhalten der Patientin:

Sie versteckt sich als Frau (Cluster 2.8), liebevolle Annäherung soll wie in der Pubertät übers Kabbeln geschehen, unterbleibt dann aber (Cluster 1.3/1.6/2.8), gegenüber den Eltern und der Therapeutin kippt sie rasch hin und her zwischen Eigenständigkeit und mangelnder Kompetenz (Cluster 2.1/ 2.8) und Anpassung (Cluster 2.5; zwei Prüfungen sind geschafft 2.1 – sie erkrankt anlässlich der dritten und letzten, so als müsste sie bei den Eltern bleiben 2.5, zwei genügen aber 2.1/2.5). Fordert rücksichtslos (Cluster 1.5/1.8) Rache (Cluster 1.7) latent.

Verhalten der anderen:

Sie erhält von der Mutter, auch von der Therapeutin, Liebe und Zuspruch, die sie klein halten (Cluster 1.3/1.8, 1.4/1.8), erfährt häufig Kränkungen, vom Vater, den Freundinnen und Männern (Cluster 1.6).

Introjekt:

Selbstwertschätzung (Cluster 3.3/3.8) und Selbstkritik (Cluster 3.6/3.8) schwanken heftig und wenig realitätsbezogen, die Patientin lebt ihre Weiblichkeit wenig (Cluster 3.8). Besonders bedeutsam ist die Schaukel zwischen den Clustern 1 und 5; die Therapeutin ist stets versucht mitzuspringen und kann es nur falsch machen.

3.1.2 Therapie S.P.

Erwartungen:

Hier sind die positiven Erwartungen nach Anerkennung/Liebe, die der Patient durch die Aufmerksamkeit bei den Bühnenauftritten in der Vergangenheit erfahren hatte (Cluster 1.3), außerdem wird die Erwartungshaltung darüber, dass andere sich ihm unterordnen, vor allem durch die nun veränderte berufliche Situation nicht erfüllt (Cluster 2.5). Tatsächlich werden diese Erwartungen nicht erfüllt, der Patient fühlt sich verachtet und als Person übersehen(Cluster 1.8).

Verhalten des Patienten:

Er verhält sich in Beziehung zur Ehefrau, ähnlich wie in der therapeutischen Beziehung vorwiegend freundlich-unterwürfig (2.4/2.5), teilweise aber auch sehr transktiv-kontrollierend, indem er sich dem Therapeuten gegenüber belehrend verhält. Vor allem im Konflikt mit seinem Nachbarn zeigen sich vorwurfsvoll-aggressive Verhaltenstendenzen (Cluster 1.7/2.6). Weiterhin hat er durch die Krankheit Kontrolle über andere (Cluster 1.5).

Verhalten der anderen:

Die Ehefrau, die selbstbewusst erscheint, unterstützt ihn (Cluster 1.4/1.8), der Nachbar, mit dem er in Konflikt steht, provoziert ihn (Cluster 1.7)

Introjekt:

Hier kommt es zu ausgeprägten Wechseln zwischen Selbstverachtung beziehungsweise Selbstkritik und hohen Ansprüchen an sich selbst (Cluster 3.6/3.8) und Selbstachtung (Cluster 3.3)

3.2 Klinische Basisdokumentation

3.2.1 Therapie R.G.

Gießen Testprofile

Die Gießen-Test-Profile der Patientin R.G. sind zu zwei kurz aufeinander folgenden Terminen bei Therapieende erhoben worden und können im Verlauf leider nicht beurteilt werden, da die Patientin an der posttherapeutischen Weiterbetreuung nicht teilgenommen hatte. In diesem Zeitraum zeigten sich lediglich wesentliche Veränderung betreffend des Testwertes für die soziale Potenz, hatte sich die Patientin initial mit einem Wert von 16 eingestuft so stieg dieser

verglichen mit der Folgebefragung auf 27, also eher sozial impotent. Die übrigen Werte lagen größtenteils im mittleren Bereich (Soziale Resonanz: 26/27; Dominanz: 20/23; Kontrolle: 22/17; Grundstimmung: 28/25; Durchlässigkeit: 26/21).

Beeinträchtigungsschwere Score (BSS)

Zu Beginn der Therapie zeigte sich mit 6 Punkten (2-2-2) eine mittlere Beeinträchtigung der Patientin in allen drei Dimensionen, hier ändert sich bis zum Ende der Therapie nichts (BSS Therapieende: 2-2-2/6).

Global Assessment Of Functioning Scale (GAF)

Die Werte im Hinblick auf die GAF zeigen sich bei Patientin R.G. im Verlauf zunehmend (GAF Therapiebeginn 51/60; GAF Therapieende 65/62). Die Beeinträchtigung der Patientin verringert sich also im Verlauf.

Die Symptom-Check-List (SCL-R-90)

Die bei Therapieende erhobenen Testwerte für die einzelnen Skalen waren alle im unteren Mittelwertbereich im Vergleich zu gesunden weiblichen Probanden. Der General Symptomatic Index (GSI) war bei fast 0, der Positive Symptom Distress Index (PSDI) bei 1 auf einer Skala von 0 bis 4. Der Positive Symptom Total (PST) war bei 9 auf einer Skala von 0 bis 90. Eine Verlaufsbeurteilung der SCL-R-90 Werte ist aufgrund fehlender Testergebnisse leider nicht möglich.

Narzissmus-Inventar

Es wurde im Verlauf der Therapie einmalig eine Befragung zum Narzissmus-Inventar durchgeführt, die Werte im Vergleich zu weiblichen Patienten im Alter zwischen 21-30 Jahren ergaben Werte unterhalb des mittleren Normbereichs (zwischen 40 und 60 Punkten) für die Skalen Ohnmächtiges Selbst (OHS) mit ca. 35 Punkten, Affekt-/Impulskontrollverlust (AIV) mit ca. 37 Punkten, Archaischer Rückzug (ARR) mit ca. 35 Punkten und Hypochondrische Angst (HYA) sowie Narzisstischer Krankheitsgewinn mit ebenfalls jeweils 35 Punkten.

3.2.2 Therapie S.P.

Gießen-Test

Im Verlauf der Therapie bis hin zur 1 Jahres Katamnese ändern sich fast alle Skalenwerte nach Beurteilung des Patienten nicht wesentlich, sie sind bezüglich der sozialen Resonanz im Mittel bei 28,25, bezüglich der Dominanz bei 21, bezüglich der Kontrolle bei 23,5, bezüglich der

Durchlässigkeit bei 18,75, bezüglich der sozialen Potenz bei 13,25. In Hinblick auf die Grundstimmung ist im Verlauf der einzelnen Tests zu erkennen dass es zu einer deutlichen Zunahme in Richtung Depressivität kommt (Werte im Verlauf: 16, 23, 27, 33). Aus Sicht des Therapeuten liegen die Werte für die soziale Resonanz im Mittel bei 25,25, für die Dominanz bei 17,5, für die Kontrolle bei 29, für die Durchlässigkeit bei 24,5 und für die soziale Potenz bei 19,5. Auch in der Beurteilung durch den Therapeuten nimmt im Verlauf der Befragungen die Depressivität zu (15, 7, 24, 30).

Beeinträchtigungsschwere Score (BSS)

Der Beeinträchtigungsschwere Score in der Therapie S.P. liegt zu Beginn bei 6 (3-2-1), der Patient fühlt sich körperlich durch seine Erkrankung stärker beeinträchtigt, die psychische Belastung (mit 2 Punkten) wird als etwas geringer eingestuft, nur leichtgradig beeinträchtigt fühlt sich der Patient im sozialkommunikativen Bereich (1 Punkt).

Bei Therapieende zeigen sich hier einige Veränderungen. Die körperliche Beeinträchtigung wird als geringer empfunden (2 Punkte), die psychische Belastung wird um einen Punkt niedriger eingeschätzt, lediglich im sozialkommunikativen Bereich zeigt sich eine Zunahme auf 2 Punkte.

Im Rahmen der 6 Monate und 1 Jahres Katamnesen zeigt sich eine gleichbleibende Verringerung hinsichtlich der sozialkommunikativen Beeinträchtigung auf einen Punkt, die übrigen Werte bleiben gleich. In der Befragung zum Zeitpunkt der 2 Jahres Katamnese zeigt sich eine leichte Zunahme hinsichtlich der empfundenen psychischen Belastung von einen auf zwei Punkte, die Summe zeigt initial mit 6 Punkten den höchsten Wert, im Verlauf mit 4 Punkten relativ geringere Werte und nach 2 Jahren mit 5 Punkten wieder eine tendenzielle Zunahme.

Global Assessment Of Functioning Scale (GAF)

Die Werte im Hinblick auf die GAF ändern sich im Verlauf wie folgt: Therapiebeginn 55/55, Therapieende 65/65, sechs-Monate-Katamnese 65/60, ein-Jahres-Katamnese 60/70, 2 Jahres Katamnese 60/70. Es kommt also laut GAF im Verlauf eher zu einer Besserung der Beeinträchtigung im Vergleich zum Therapiebeginn.

Die Symptom-Check-List (SCL-90-R)

Bei Therapiebeginn sind alle erfassten Werte im unteren Bereich der Mittelwerte einer Vergleichsgruppe gesunder männlicher Probanden angesiedelt. Bei der Erhebung am Ende der

Therapie kommt es dann zu einer deutlichen Zunahme der Werte für Somatisierung (SOM), Zwanghaftigkeit (ZWA), Depression (DEP), Ängstlichkeit (ANG), Aggressivität (AGG), weniger ausgeprägt bei den Werten für Unsicherheit (UNS), Phobische Angst (PHO), Paranoides Denken (PAR). Gleichbleibend sind die Werte für Psychotizismus (PSY). Bei der sechs-Monate-Katamnese sind die einzelnen Werte alle, bis auf leichtgradige Abweichungen im mittleren Bereich wie eingangs. Bei der Erhebung im Rahmen der 12-Monate-Katamnese kommt es zu einer Zunahme der Werte in allen erfassten Kategorien. Am ausgeprägtesten ist die Zunahme bei Somatisierung (SOM), Zwanghaftigkeit (ZWA), Depression (DEP), Ängstlichkeit (ANG), Aggressivität (AGG) und Phobischer Angst (PHO). Weniger stark ausgeprägt bei Unsicherheit (UNS), Paranoidem Denken (PAR) und Psychotizismus (PSY). Der General Symptomatic Index (GSI), als Maß für die grundsätzliche psychische Belastung nimmt, beginnend mit einem Initialwert nahe 0, um insgesamt 25% zu, der Positive Symptom Distress Index (PSDI), er misst die Intensität der Antworten ist in etwa gleichbleibend, der Positive Symptom Total (PST) der Auskunft über die Anzahl der Symptome gibt, bei denen eine Belastung vorliegt nimmt zunächst bis zur Erhebung bei Therapieende von 5 auf 50 Punkte auf einer Skala von 0 bis 90 Punkten zu, im weiteren Verlauf, bei der sechs-Monate-Katamnese sinkt der Wert wieder ab auf 20 und steigt dann bei der 12-Monate-Katamnese auf 55 Punkte an.

Dieser Verlauf scheint am ehesten auf die persistierenden Ohrgeräusche und die durch den Tinnitus verursachte weiterhin bestehende, veränderte Lebenssituation des Patienten zurückzuführen zu sein. Im Rahmen der sechs-Monate-Katamnese normalisieren sich die Testergebnisse dann zunächst wieder, dies scheint durch die veränderte Lebenssituation zu dieser Zeit bedingt zu sein, der Antrieb des Patienten ist gesteigert, das Verhältnis zu seiner Ehefrau ist aus seiner Sicht besser als zuvor. Der Patient fühlt sich wieder sinnvoll in den Alltag eingebunden. Er gibt an, sogar wieder Musik hören und mit seiner Frau zusammen künstlerisch arbeiten zu können, was zwischenzeitlich lange nicht möglich war.

Die Veränderung der Testergebnisse bei der 12-Monate-Katamnese sind am ehesten darauf zurückzuführen, dass sich der Patient zu diesem Zeitpunkt mit seiner für ihn unsicheren weiteren, vor allem beruflichen Zukunft auseinandersetzt. Weiterhin bestehen auch konkrete finanzielle Unsicherheiten. S.P. gibt an, insgesamt depressiv verstimmt zu sein, die beruflich bedingte, zwei Wochen dauernde Reise seiner Ehefrau habe die depressive Stimmung zusätzlich verstärkt.

Narzissmus-Inventar (im Vergleich zu gesunden männlichen Probanden)

Die Auswertung der Narzissmus-Inventare zu Therapiebeginn, Therapieende, sechs-Monate-Katamnese und zwölf-Monate-Katamnese im Vergleich zueinander und in Relation zu gesunden männlichen Probanden ergab eine deutliche Zunahme des ohnmächtigen Selbst (OHS), diese Veränderung nahm dann beim Narzissmus-Inventar im Rahmen der sechs-Monate-Katamnese wieder bis auf anfängliche Durchschnittswerte ab, stieg dann bei der zwölf-Monate-Katamnese wieder leicht an. Die erhobenen Werte für Affekt-/Impulskontrollverlust (AIV), Derealisation/Depersonalisation (DRP), Kleinheitsselfbild (KLS), Negatives Körperself (NEK), Narzisstische Wut (NAW), Werte-Ideal (WIE), Symbiotischer Selbstschutz (SYS) und Hypochondrische Angstbindung (HYA) waren insgesamt fast gleichbleibend.

Eine leichtgradige Abnahme war zu verzeichnen bei den Werten für das Größenselbst (GRS), hier war der Wert bei der Befragung am Therapieende deutlich gesunken, stieg dann im Verlauf wieder, die Werte für Sehnsucht nach idealem Selbst (SIS) und Gier nach Lob und Bestätigung (GLB) ändern sich im Therapieverlauf nicht wesentlich, die Werte für das Autarkie-Ideal (AUI) nehmen zunächst deutlich ab, nähern sich jedoch nach Abschluss der Therapie wieder den anfänglichen Werten an. Die Werte für die Objektbewertung (OBA) bleiben zunächst gleich und nehmen im Verlauf dann geringgradig ab.

Deutlichere Abnahmen der Werte im Verlauf waren zu erkennen beim Basalen Hoffnungspotential (BAH).

Eine deutliche Zunahme auf den doppelten Wert war beim narzisstischen Krankheitsgewinn (NAK) im Vergleich der Narzissmus-Inventare der Sechs-Monate-Katamnese und der Zwölf-Monate-Katamnese zu erkennen. Diese Entwicklung spiegelt sich in den persistierenden Ohrgeräuschen und dem weiterhin bestehenden Leidensdruck durch das Ohrgeräusch mit den konsekutiven psychosomatischen Beschwerden wie z.B. die nach der Therapie wieder an Ausprägung zunehmenden Ein- und Durchschlafstörungen wider.

Narzissmus-Inventare (Im Vergleich zu männlichen Patienten im Alter zwischen 31-40 Jahren):

Die Auswertung der Narzissmus Inventare zu Therapiebeginn, Therapieende, zur sechs-Monate-Katamnese und zur zwölf-Monate-Katamnese im Vergleich zueinander und in Relation zu männlichen Patienten im Alter zwischen 31-40 Jahren ergab gleichbleibende

Werte für Affekt-/Impulskontrollverlust (AIV), zwischenzeitlich war hier zwar eine tendenzielle Wertabnahme zu verzeichnen, gegen Ende waren die Werte dann aber fast so hoch wie initial.

Ähnlich war die Entwicklung der Werte für Archaischen Rückzug (ARR), Autarkie-Ideal (AUI), Symbiotischer Selbstschutz (SYS) und Hypochondrische Angstbindung (HYA).

Der Narzisstische Krankheitsgewinn (NAK) nahm bei der Erhebung bei Therapieende zu, danach waren die Werte dann wie zu Beginn.

Im Verlauf fast gleichbleibende Werte waren zu erkennen bei dem Ohnmächtigen Selbst (OHS), der Derealisation/Depersonalisation (DRP), dem Negativen Körper selbst (NEK) und der Objektbewertung (OBA).

Zu einem insgesamt leichtgradigen Abfall kam es bei den Werten für das Basale Hoffnungspotential (BAH), das Kleinheitsselbst (KLS), die Soziale Isolierung (SOI), das Größenselbst (GRS), der Sehnsucht nach dem idealem Selbstobjekt (SIS), der Narzisstischen Wut (NAW) und dem Werte-Ideal (WEI).

Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP):

Die anfangs erfassten Werte für die Skalen autokratisch/dominant (PA), streitsüchtig/konkurrierend (BC), abweisend/kalt (DE) sind mit ca. 6,9 Stanine im Vergleich zur Normstichprobe erhöht. Der Wert für die Skala introvertiert/sozial vermeidend (FG) ist mit ca. 4,2 Stanine im mittleren „unauffälligen“ Bereich der Skala. Deutlich geringer im Vergleich zur Normstichprobe ist der Wert für die Skala selbstunsicher/unterwürfig (HI) mit ca. 2,9 Stanine. Weniger niedrig ist der Wert für die Skala ausnutzbar/nachgiebig (JK) mit ca. 3,2 Stanine. Der Wert für die Skala fürsorglich/freundlich (LM) ist im Rahmen des mittleren Bereichs mit 4 Stanine, gleiches gilt für die Skala expressiv/aufdringlich (NO) mit 5,6 Stanine.

Im Vergleich zu den Ergebnissen des IIP Fragebogens bei Therapieende ergeben sich dann folgende Änderungen:

Der Skalenwert für autokratisch/dominant (PA) ist im Wesentlichen gleichbleibend, es zeigt sich ein leichtgradiger Abfall, der Wert für streitsüchtig/konkurrierend (BC) bleibt ebenfalls im Wesentlichen gleich, ein leichtgradiger Anstieg ist zu verzeichnen. Der Wert für abweisend/kalt (DE) ist im Vergleich zum Therapiebeginn von ca. 6,9 auf ca. 5,9 Stanine in den mittleren Bereich gefallen. Fast gleichbleibend und lediglich leichtgradig ansteigend ist der Wert für introvertiert/sozial vermeidend (FG).

Deutlich ist der Wert für selbstunsicher/unterwürfig (HI) um etwas mehr als einen ganzen Punkt auf 2,9 Stanine gefallen. Ebenfalls deutlich geringer ist der Wert für ausnutzbar/nachgiebig (JK) bei ca. 3,2. Eine Abnahme ist bei dem Wert für fürsorglich/freundlich (LM) auf ca. 3,1 Stanine zu verzeichnen. Der Wert für expressiv/aufdringlich hat sich nicht verändert.

Es ist also zusammenfassend festzustellen, dass sich wesentliche Veränderungen dahingehend ergeben haben, dass sich der Patient im Vergleich zur vorherigen Erhebung im zwischenmenschlichen Kontext als weniger kalt/abweisend, selbstunsicher/unterwürfig, ausnutzbar/nachgiebig, fürsorglich/freundlich sieht.

3.3 Erstinterviews und Katamnesen

3.3.1 Therapie R.G.

Erstinterview

Die Patientin litt zu Therapiebeginn seit ca. 5 Monaten an einem Tinnitus, der ausführlich somatisch (neurologisch, orthopädisch, kieferorthopädisch, ohrenärztlich) untersucht und neurologisch, unter anderem medikamentös (analgetisch) mitbehandelt wurde. Es war während der somatischen Behandlung bis zum Zeitpunkt des Psychotherapiebeginns zu keiner wesentlichen Besserung der Beschwerdesymptomatik gekommen. Ein kofundierender Effekt der somatischen Therapie erscheint eher unwahrscheinlich, kann jedoch anhand der vorliegenden Daten nicht sicher beurteilt werden. Das Ohrgeräusch führte in dieser Zeit zu massiven Konzentrations- und Arbeitsstörungen, der Abschluss des Studiums war gefährdet. Die Patientin litt unter Gewichtsschwankungen, insbesondere leichtem Übergewicht, welches durch ihre Familie häufig thematisiert wurde. Die Patientin hatte Zukunfts- und Ablösungsängste, hinsichtlich des Berufsbeginns und des Verlassens des Elternhauses.

Die Patientin wuchs als jüngste von 3 Schwestern auf (+10 und +7). Die emotional wichtigste Bindung habe zu den Großeltern mütterlicherseits bestanden, welche mit im elterlichen Haushalt wohnten die Eltern habe sie eher freundschaftlich bzw. wie Geschwister behandelt. Oma sei eine zwar herrische, aber zu ihr liebe Person gewesen, Opa sei immer lieb und gutmütig gewesen. Nachdem die Oma an einer Krebserkrankung verstarb, habe sie sich mehr der Mutter zugewandt. Die Mutter wird als prüde beschrieben, zwischen den Eltern bestehe ein eher platonisches Verhältnis, die Eltern haben sich kaum um die Kinder gekümmert, da beide Eltern ganztags arbeiteten. Die Mutter wird als ängstlich und bindend geschildert. Vom Vater

wird sie wenig in ihrer Weiblichkeit bestätigt. Die Ablösung von beiden Elternteilen war noch nicht gelungen. Sie selber sei ungewolltes Kind gewesen, geplant sei nur das erste Kind gewesen. Mit der mittleren Schwester habe sie viel gekämpft, die älteste Schwester habe sie bemuttert. Die älteste Schwester war inzwischen verheiratet, die mittlere verlobt. Die Ehe der Eltern sei zwischenzeitlich schwierig gewesen, der Vater sei ein egoistischer Einzelgänger, der der Mutter häufig Dinge aufoktroyiert. Mutter sei dagegen wie eine Glücke, die versucht, alles festzuhalten und mit Lob und Tadel subtil-emotional erpresst. Sie war immer eine gute Schülerin, habe aber Probleme mit ihren Mitschülern gehabt, sie wollte immer beliebt sein. Sie wollte etwas mit Kunst machen, ihre Bewerbungsmappe sei jedoch an der Akademie abgelehnt worden, dies habe die Patientin sehr gekränkt. Schließlich habe sie im Rahmen des pädagogischen Studiums Kunst studiert. Beruflich stand der Beginn des Referendariats an, sie wollte in einer Wohngemeinschaft leben. Bisher habe sie erst einen Freund gehabt, welcher sie etwas an ihren Opa erinnert habe. Dieser habe in der Öffentlichkeit nicht zu ihr gestanden, sie habe sich viel von ihm gefallen lassen. Sie habe wegen Ihrer Pummeligkeit immer noch Minderwertigkeitskomplexe. Sie sei zuvor häufig depressiv geworden weil sie keinen Freund hatte. Sie habe sich auch mal über Bekanntschaftsanzeigen mit drei Männern getroffen, als sie sich dann für einen interessierte, hatte er sich bereits einer anderen zugewandt. Hobbies seien Malen, Radfahren, Lesen. Von Freundinnen würde sie dahingehend ausgenutzt, sich deren Probleme anzuhören und quasi therapeutisch tätig zu sein. Sie selber bleibe jedoch leer zurück und niemand kümmere sich um ihre Probleme. Als Frau verstecke sie sich im Alltag und habe gern Verehrer aus der Ferne, die sie sich auf Distanz halte. Für die Zukunft habe sie zwei Lebensentwürfe, alleinstehend bleiben, mit einem Hund als Schmusetier, in eine Singlegruppe gehen, in der Schule Kinder haben und Erfüllung durch den Beruf suchen. Am liebsten hätte sie jedoch einen lieben Mann und drei Kinder, dieses Modell wurde jedoch von ihr eher angezweifelt. Im Rahmen des Erstinterviews war die Patientin munter und flapsig, worunter jedoch eine deutlich depressive Grundstimmung zu erkennen war. Sie zeigte bereits zu Anfang große orale Erwartungen, sie konterte auf das Angebot der Kurzzeittherapie mit dem Wunsch nach einer Psychoanalyse. Die Symptombildung des Tinnitus ist in der bevorstehenden Ablösesituation vom Elternhaus zu verstehen. Zusätzlich hierzu bestanden noch Zweifel an der beruflichen Eignung, auch aufgrund der Ablehnung der Kunstmappe. Die Patientin konnte bisher noch nicht vollständig reifen und konnte zu Männern noch keine befriedigende Beziehung aufbauen.

Die Patientin nahm leider nicht an der Befragung zu den Katamnesen teil.

3.3.2 Therapie S.P.

Erstinterview

Der Patient berichtete seit einem Berufsunfall, eines Knalltraumas während seiner beruflichen Tätigkeit, unter einem Tinnitus zu leiden. Seitdem konnte er seinen Beruf als Musiker nicht weiterführen. Durch den Tinnitus, welcher permanent und in gleicher Lautstärke vorhanden sei, kam es zusätzlich zu Ein- und Durchschlafstörungen, die Leistungsfähigkeit war deutlich herabgesetzt. Der Patient wirkte initial deutlich depressiv verstimmt. Er wirkte zwar emotional schwingungsfähig, jedoch stark intellektualisierend und rationalisierend. Er wuchs mit einem älteren Bruder (+3 Jahre) auf. Die Ehe der Eltern war nicht sehr glücklich, Konflikte wurden nicht ausgetragen. Vater sei als Kaufmann beruflich sehr involviert und damit zu Hause wenig präsent gewesen. Die Mutter habe sich bemüht, die Kinder „zu unterhalten“. Beide Eltern hatten immer versucht sich und die Familie in einem guten Licht darzustellen, da sie an einem hohen sozialen Status interessiert waren. Er hatte zu den Eltern und zum Bruder den Kontakt abgebrochen, da der Bruder ihn nur ausnutzen wollte und die Eltern ständig etwas an ihm haben aussetzen wollen. Zu seiner Ehefrau, die er als willensstarke und unterstützende Frau bezeichnete, bestand ein gutes Verhältnis. Der Patient war als Berufsmusiker tätig, er hatte zuvor eine handwerkliche Lehre und danach die künstlerische Ausbildung absolviert. Er hatte zunächst in seiner Anstellung einige Schwierigkeiten gehabt und hatte sich dann aber damit abgefunden nicht alles kontrollieren zu können. Hinsichtlich eines möglichen Erfolges der Psychotherapie war der Patient zunächst skeptisch, wollte jedoch nichts unversucht lassen.

Sechs-Monate-Katamnese

In der Halbjahreskatamnese wird die Ehefrau des Patienten, wie auch schon im Rahmen der Therapie deutlich wurde, als die wesentliche Bezugsperson geschildert. Die eheliche Beziehung zwischen beiden habe sich inzwischen zum Besseren gewendet, seine Ehefrau sei momentan beruflich als Musikerin stark beschäftigt, „sie stehe im Rampenlicht und er halte ihr den Rücken hinter den Kulissen frei“, er regle indes alle praktischen und finanziellen Dinge. Hierdurch bestünde momentan zwischen Beiden ein ausgeglicheneres Verhältnis denn zuvor, als er häufig gereizt seiner Frau gegenüber reagiert habe. Durch seine ausgeprägten geschäftlichen Aktivitäten, die zur Unterstützung der Ehefrau und zum Aufrechterhalten des Lebensstandards dienen, habe er viele kreative Lösungsansätze gefunden und sei deshalb viel umworben.

Das Ohrgeräusch beidseits sowie eine Hypakusis, vor allem im Tieftonbereich, seien unverändert vorhanden, er versuche aber, sich momentan nicht mit der Frage seines derzeitigen Befindens auseinander zu setzen. Er vertraue aktuell den Ärzten nicht, da sie ihm mit seinem Tinnitus sowieso nicht helfen können. Lediglich gegen zwischenzeitliche Schlafstörungen lasse er sich ein Schlafmittel von seinem Hausarzt verschreiben.

Er habe einen Weg gefunden, wieder Musik zu hören oder sogar mit seiner Ehefrau zu musizieren, dies war vorher nicht möglich gewesen.

Er hege momentan viel Groll gegen die Berufsgenossenschaft, die seine Erkrankung weiterhin nicht als ursächlich durch einen Berufsunfall begründet sieht, seine ehemaligen Arbeitskollegen würden ihn, seitdem er nicht mehr arbeite, „schneiden“ und so tun, als wollen sie ihn nicht mehr kennen, was für ihn sehr schmerzlich ist.

In Erinnerung an die Kurztherapie hätte er sich gewünscht, eine mehr persönliche, auf Gegenseitigkeit aufgebaute Beziehung vom Therapeuten angeboten zu bekommen. So habe er sich gefühlt, als ob er mit einer Ballwand Tennis gespielt habe, die nur ab und zu selbst einen Ball ins Spiel gebracht habe.

Zwölf-Monate-Katamnese

An der Beziehung zur Ehefrau habe sich im Wesentlichen nichts geändert, sie sei zur Zeit auf einer zwei Wochen dauernden Gastspielreise, er habe eigentlich den Wunsch, seine Ehefrau auf Auslandsreisen zu begleiten. Er betätige sich momentan als Sekretär oder Manager für seine Frau. Es besteht immer noch die Situation, dass seine Frau erfolgreich als Musikerin arbeitet und er sie in praktischen Belangen unterstützt. Die Reise der Ehefrau habe jedoch eine leichtere depressive Verstimmung intensiviert. Die Beziehung sei intakt, die Ehefrau sei jedoch auch von depressiven Stimmungsschwankungen geplagt und leide unter Selbstwertstörungen. Sie beide hätten durchaus finanzielle Sorgen. Zurzeit lebten sie von seiner privaten Berufsunfähigkeitsrente, wobei seine Ansprüche darauf derzeit wieder einmal geprüft würden.

Wegen einer Strecksehnenentzündung am Fuß und Kreuzbeschwerden sei er im letzten halben Jahr wiederholt in orthopädischer, aufgrund von Magenbeschwerden in internistischer Behandlung gewesen. Er sei insgesamt herabgestimmt und leide unter Schlafstörungen und einem Morgentief, er müsse bewusst dagegen ankämpfen, sich nicht hängen zu lassen. Im Moment habe er aber unverändert von Ärzten und medizinischen Behandlungen „die Schnauze voll“.

An Medikamenten nehme er gelegentlich die Schlafmittel Halcion und Atarax ein.

Zurzeit räume er gerade das Haus auf, weil er und seine Ehefrau wahrscheinlich umziehen wollen, um aus seinem „spießigem Wohnort“ herauszukommen.

Zweimal in der Woche treffe er sich abends mit Freunden und Bekannten aus zwei Sportvereinen. Für ihn stelle sich schon jetzt die Frage, wie es für ihn, vor allem was seine Arbeitstätigkeit betreffe, in der Zukunft weitergehen könne. Eine Rückkehr in den Musikerberuf sei aufgrund der persistierenden Ohrgeräusche ausgeschlossen.

Vierundzwanzig-Monate-Katamnese

Zwei Monate vor dem Katamnesegespräch habe der Patient einen erneuten Hörsturz beidseits erlitten, äußere oder innere Ursachen hierfür seien für ihn nicht erkennbar gewesen. Seit diesem Ereignis bestünde auch ein verstärkter Dauertinnitus rechtsseitig. Weiterhin bestehe eine Schultergelenksentzündung rechtsseitig. Der Patient habe deshalb in der aktuellen Situation viele HNO-medizinische und orthopädische Arzttermine. Zusätzlich leide er unter ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen. Die Berufsgenossenschaft habe, trotz zwischenzeitlicher Gutachten, immer noch nicht schlussendlich über die Anerkennung seines Arbeitsunfalls entschieden. Die Stimmungslage sei momentan stark depressiv, er könne seinen Hobbys nicht mehr nachgehen, empfinde keine Freude mehr im Leben und sei antriebsarm und resigniert, aber nicht suizidal.

Seine Ehefrau, die zwischenzeitlich unter einer beruflichen Krise gelitten hatte, habe diese nun überwunden. Es sei momentan schwierig für sie, neue Engagements zu bekommen, da sie nun einige Zeit aus dem Geschäft gewesen sei. Deswegen lebten sie zurzeit von seinem vorletzten Geld.

Auf den Vorschlag hin, sich doch einmal in der Poliklinik zu melden, um vielleicht Hilfe bei der Bewältigung seiner schwierigen Situation zu erhalten, reagiert S.P. skeptisch und meint, dass die Art und Weise, wie er die Lösung seiner Probleme angehe die richtige sei.

3.4 Therapeutische Beziehung und Introjekt im Verlauf

Therapeutische Beziehung und Introjekt im INTREX-Fragebogen im Verlauf im Vergleich mit Clusterhäufigkeiten im Therapieverlauf werden betrachtet:

3.4.1 Therapie R.G.

In der Beobachtung hinsichtlich der Änderungen des Introjekts in den besten Zeiten im Intrex zeigen sich einige Änderungen.

Es kommt zunächst zu einem Absinken des CON Wertes (initial 831; 12. Stunde: 580; 16. Stunde: -366), am Ende Therapie steigt er dann wieder auf 458 an. Die Patientin ist also im Verlauf weniger selbstkontrollierend als zu Beginn. Der ATK Wert sinkt zwischen der 8. Stunde von -380 auf -925 ab. In der weiteren Therapie bleibt er dann ähnlich tief, die Patientin geht also insgesamt freundlicher mit sich selbst um.

Die Patientin beurteilt

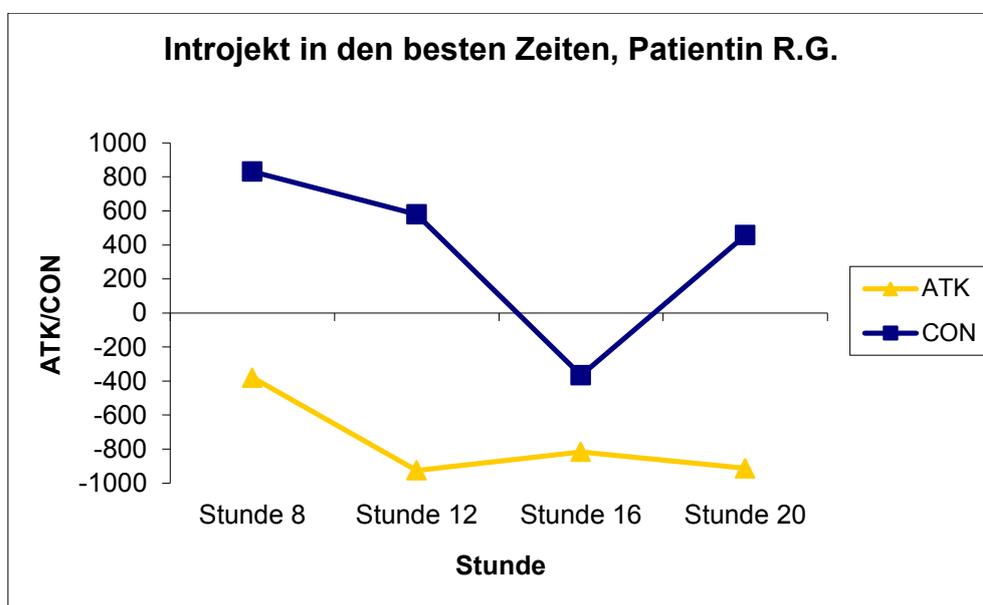


Abb. 23

Deutliche Veränderungen zeigen sich in Hinblick auf das Introjekt der Patientin in den schlechtesten Zeiten. Der Umgang der Patientin mit sich selbst ist am Anfang geprägt von Feindseligkeit und Selbstkontrolle (Std. 4: ATK:848; CON: 513). In der zwölften Stunde kommt es zu einer Abnahme der Werte (ATK:443; CON: -393). In der sechzehnten Stunde sinkt der ATK Wert drastisch ab (ATK: -850) der CON Wert bleibt ähnlich hoch wie zuvor (CON: -385). Zum Therapieende hin bleibt der ATK Wert in Hinblick auf das Verhalten der Patientin dann ähnlich niedrig wie zuvor, der CON Wert steigt wieder, wenn auch nicht mehr so hoch wie in der achten Stunde an (Stunde 20: ATK: -836; CON: 359). Das heißt die

Patientin geht in den schlechtesten Zeiten freundlicher mit sich um als zuvor.

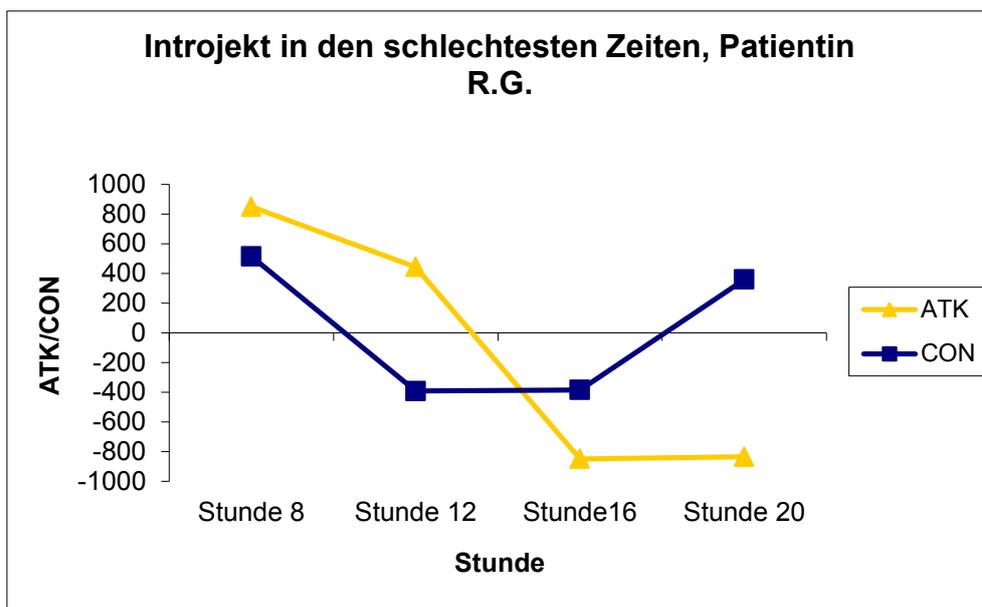


Abb. 24

Das transitive Verhalten zur Therapeutin in den besten Zeiten aus Sicht der Patientin bleibt im Wesentlichen unverändert. Es ist freundlich und von geringer Kontrollausübung geprägt.

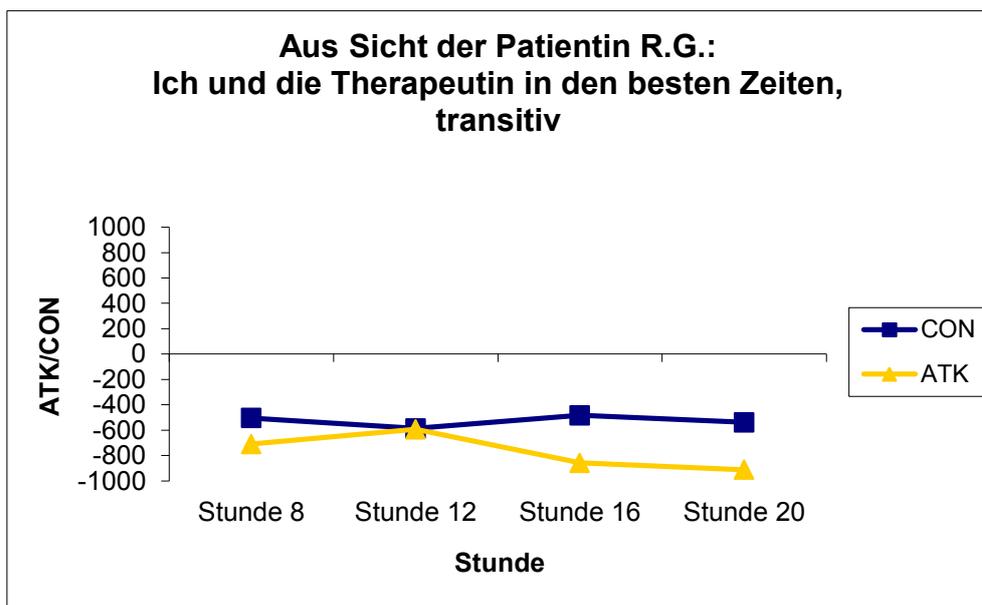


Abb. 25

Das intransitive Verhalten der Patientin zur Therapeutin zeigt zwischen der achten und der sechzehnten Stunde eine Zunahme des CON Wertes von -387 auf 494. Die Patientin ist zunehmend eigenständiger. Der ATK Wert ist während des gesamten Therapieverlaufs gleichbleibend niedrig, das Verhalten ist freundlich.

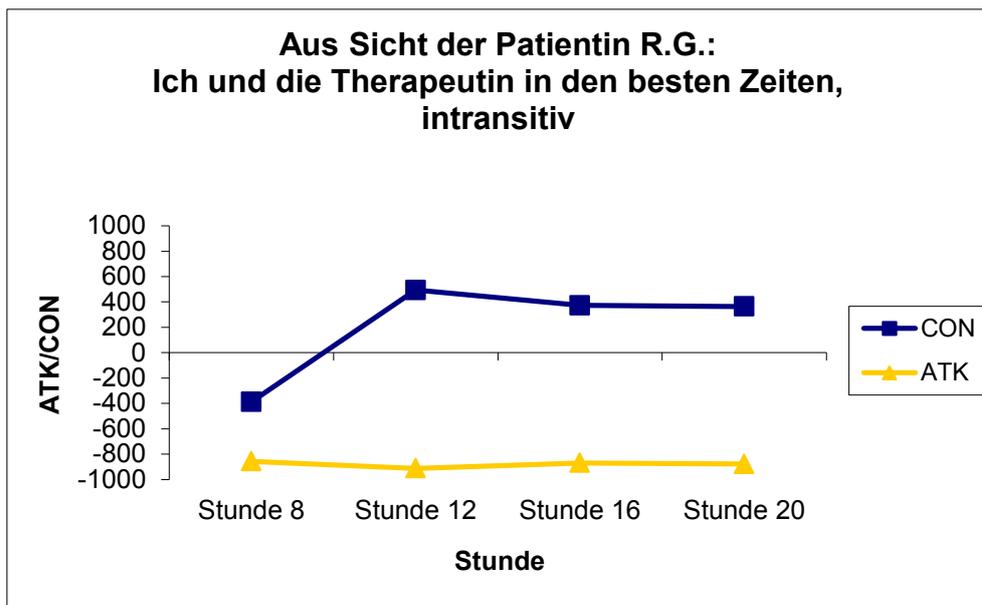


Abb. 26

Das transitive Verhalten der Patientin gegenüber der Therapeutin in den schlechtesten Zeiten wird im Therapieverlauf zunehmend freundlicher (initial ATK: -488, im Verlauf bis min. -749 und ähnlich niedrig). Die CON Werte, hinsichtlich des Verhaltens der Patientin sind gleichbleibend niedrig zwischen -572 und -683, d.h. Autonomie gewährend. Lediglich in der 16. Stunde zeigt sich die Patientin etwas direkter (CON: -319).

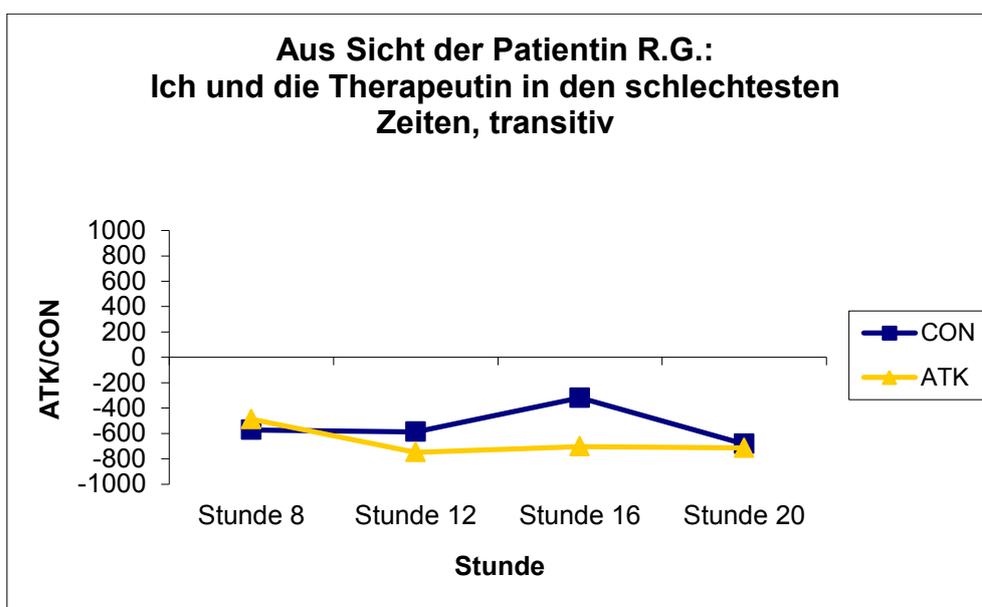


Abb. 27

Auffällige Änderungen zeigen sich in Hinblick auf das intransitive Verhalten der Patientin gegenüber der Therapeutin in den schlechtesten Zeiten. Ist es zu Beginn noch unfreundlich und vergleichsweise distanziert, so öffnet sich die Patientin mehr und mehr gegenüber der Therapeutin (Std. 8: ATK: 204, CON: -336; Std. 20: ATK: -870, CON: -504).

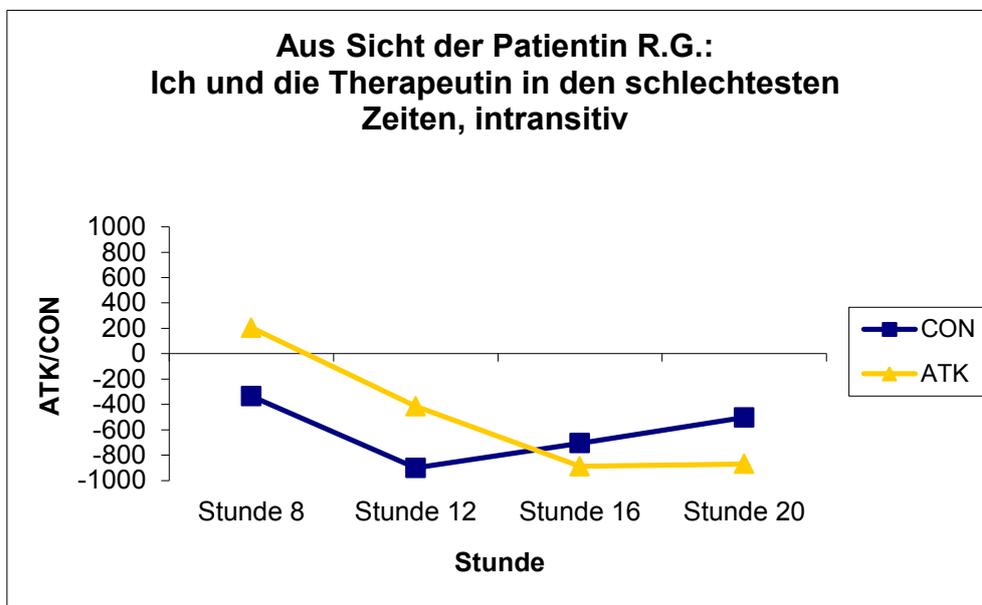


Abb. 28

Das transitive Verhalten der Therapeutin in den besten Zeiten wird durch die Patientin im Verlauf relativ gleichbleibend beschrieben, es ist gekennzeichnet durch ein geringes Maß an Feindseligkeit und ein relativ hohes Kontrollausmaß, d. h. sie verhält sich freundlich und unterstützend.

Eine Ausnahme bildet die 12. Stunde, hier wird das Verhalten der Therapeutin als weniger kontrollierend empfunden.

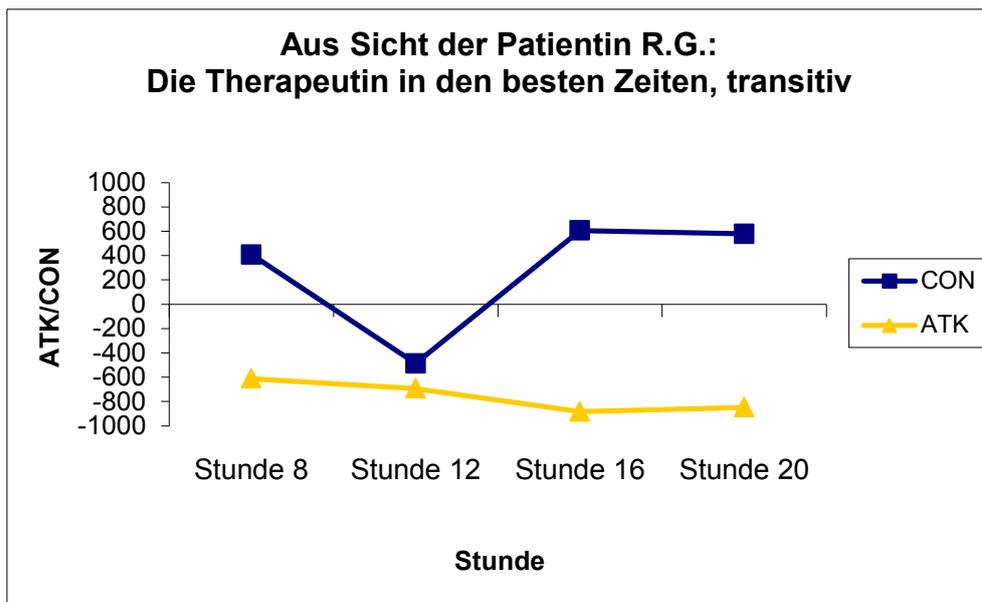


Abb. 29

Das intransitive Verhalten der Therapeutin gegenüber der Patientin in den besten Zeiten zeigt keine wesentlichen Änderungen, es ist gekennzeichnet durch ein geringes Feindseligkeits- und Kontrollausmaß im Verhalten, d. h. sie verhält sich freundlich und ermunternd.

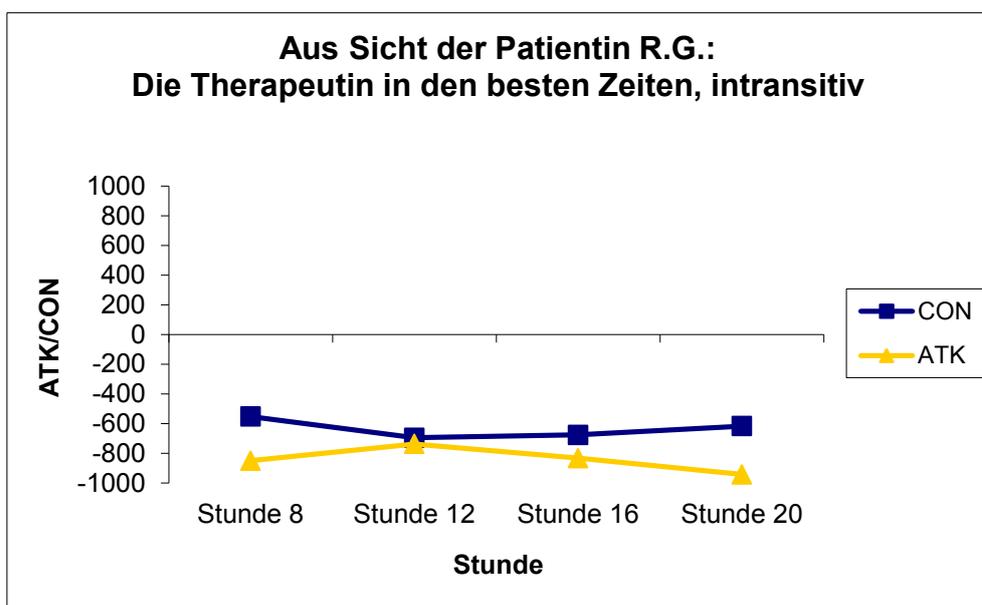


Abb. 30

Die INTREX Beantwortung der Patientin hinsichtlich des transitiven Verhaltens der Therapeutin in den schlechtesten Zeiten fällt insgesamt ähnlich wie die des transitiven Verhaltens der Therapeutin in den besten Zeiten aus. Es ist gekennzeichnet durch ein relativ hohes Ausmaß an Kontrolle und ein ausgeprägt niedriges Feindseligkeitsmaß. Auch hier zeigt sich eine Ausnahme in der 12. Stunde, das Verhalten der Therapeutin wird als

vernachlässigend empfunden (CON: -735). Weiterhin kommt es zu keinen wesentlichen Änderungen mehr.

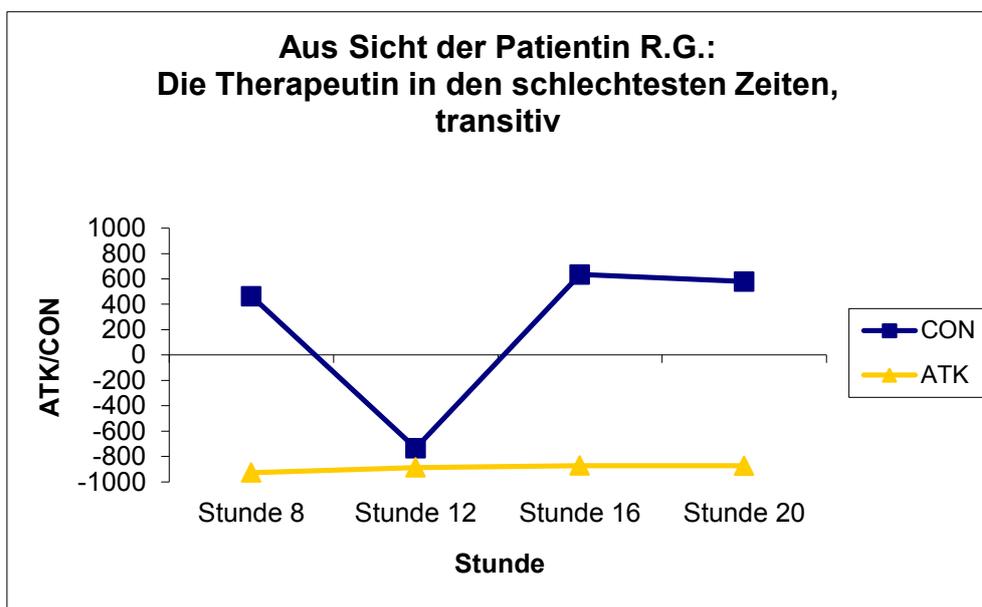


Abb. 31

Das intransitive Verhalten der Therapeutin in den schlechtesten Zeiten ist gekennzeichnet durch niedrige ATK und CON Werte, sie verhält sich freundlich und ermunternd. Eine Ausnahme bildet hier die 16. Stunde es kommt zwischenzeitlich zu einem leichten Anstieg des CON Wertes (Stunde 12: -823, Stunde 16: -383) im Verhalten der Therapeutin. Die Therapeutin wird als kontrollierender empfunden.

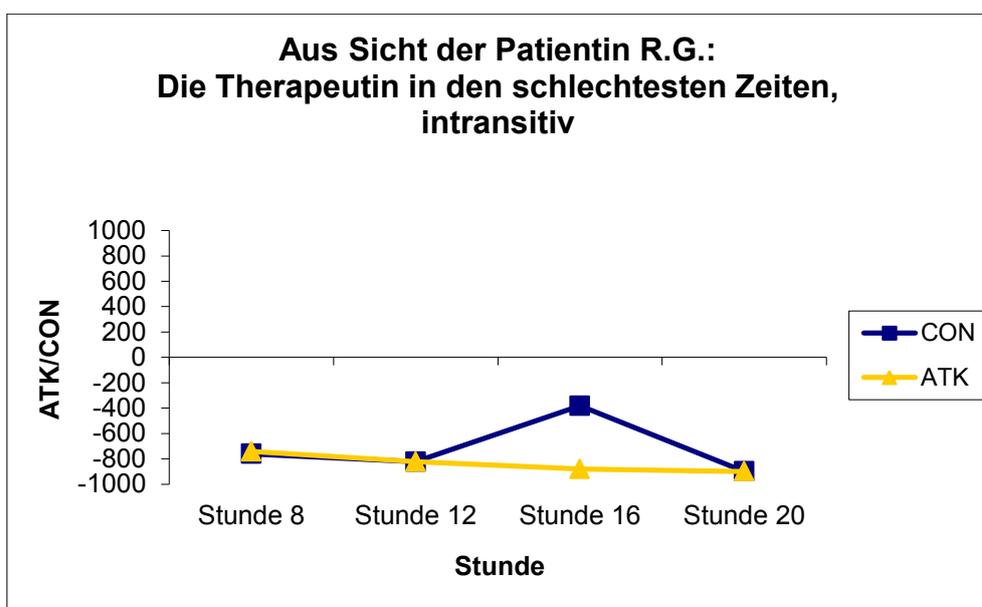


Abb. 32

Die Therapeutin beurteilt

Das transitive Verhalten der Therapeutin gegenüber der Patientin in den besten Zeiten ist durchweg freundlich und anleitend. Wesentliche Änderungen ergeben sich hier nicht.

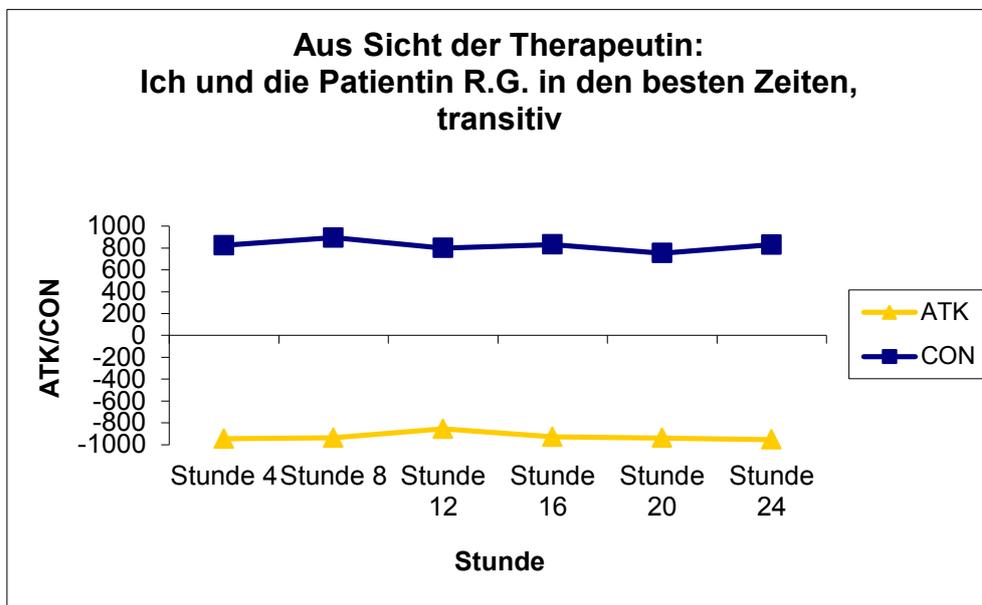


Abb. 33

Das intransitive Verhalten der Therapeutin in den besten Zeiten ist geprägt durch ein geringes Ausmaß an Feindseligkeit und ein relativ hohes Kontrollausmaß, wesentliche Änderungen im Verhalten zeigen sich hier nicht, sie verhält sich freundlich und eigenständig.

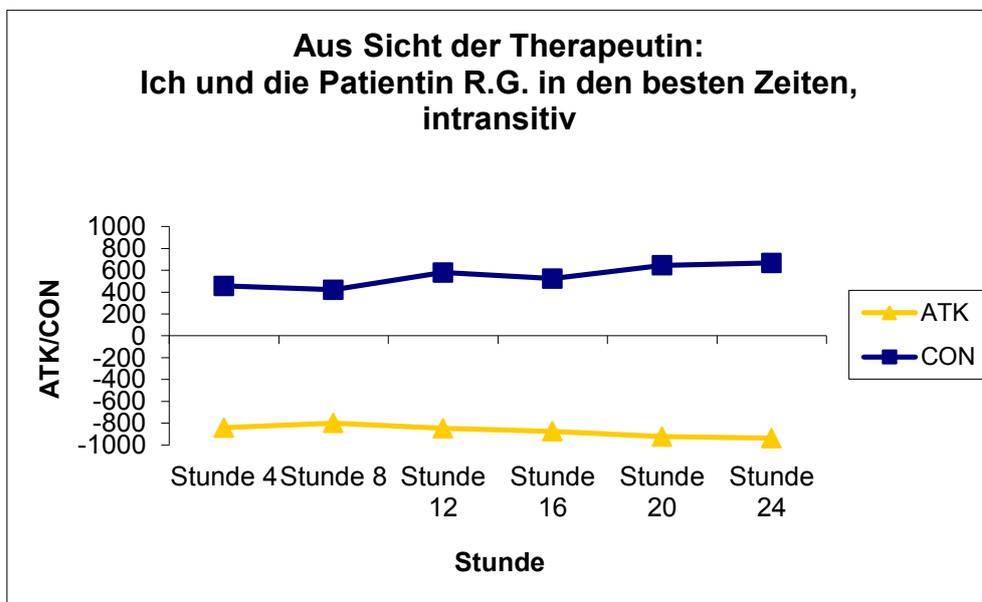


Abb. 34

Ebenfalls wenig Änderungen zeigen sich hinsichtlich des transitiven Verhaltens der Therapeutin in den schlechtesten Zeiten. Zwischenzeitlich kommt es zu einem leichten Anstieg

des ATK Wertes (8.Stunde: ATK: -782, 12. Stunde: ATK: -606) im Verhalten der Therapeutin, d.h. sie hat eine freundliche und der Patientin gegenüber offene Haltung.

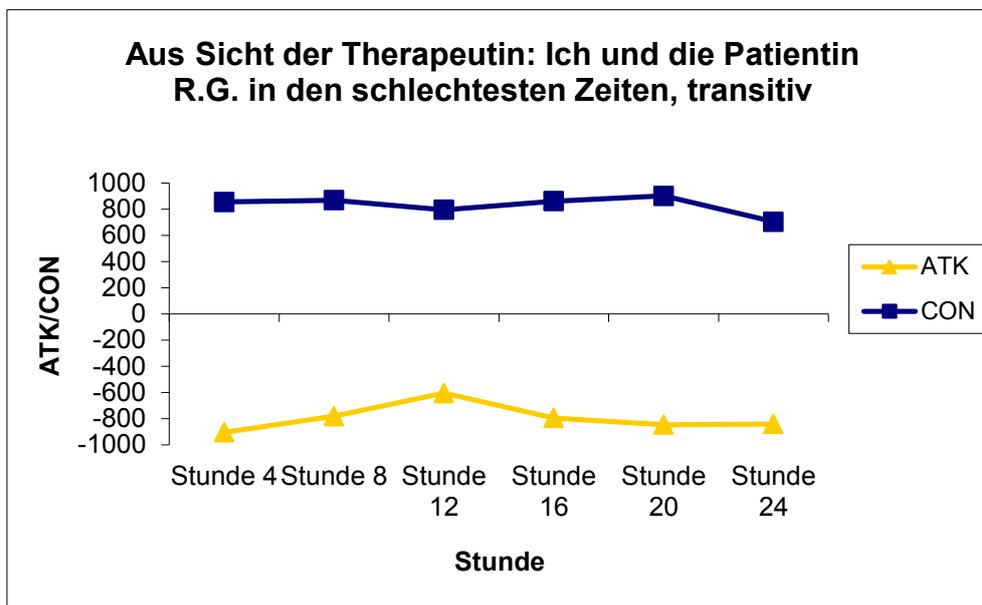


Abb. 35

Im Vergleich zu den vorherigen, relativ konstanten Verhaltensbeschreibungen zeigen sich hinsichtlich des intransitiven Therapeutenverhaltens in den schlechtesten Zeiten einige Änderungen. Während das Kontrollausmaß zwischen der achten und der zwanzigsten Stunde relativ konstant zwischen 331 und 439 ist, sind sowohl in der vierten Stunde (CON: -344) als auch in der vierundzwanzigsten Stunde (CON: -517) ein deutlich geringere Werte festzustellen, sie verhält sich hier im Gegensatz zu den übrigen Stunden Freiheit gewährender gegenüber der Patientin.

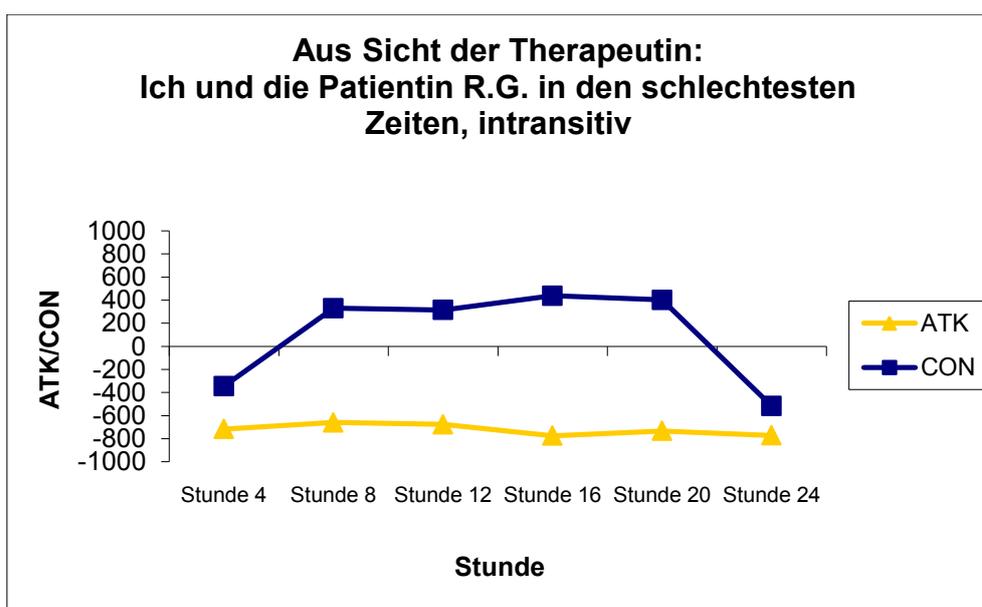


Abb. 36

Das transitive Verhalten der Patientin in den besten Zeiten wird durch die Therapeutin insgesamt als wenig feindlich und wenig kontrollierend beschrieben. In der achten Stunde zeigt sich ein zwischenzeitlicher Anstieg des ATK Wertes von vorher -804 auf -438, der CON Wert ändert sich hingegen, in Bezug auf das Verhalten nicht wesentlich im gesamten Verlauf, sie verhält sich also freundlich und aufmunternd.

Das intransitive Patientinnenverhalten in den besten Zeiten wird ebenfalls als relativ konstant durch die Therapeutin beschrieben. Es ist gekennzeichnet durch ein relativ hohes Kontrollausmaß und ein geringes Ausmaß an Feindseligkeit im Verhalten, sie verhält sich freundlich und eigenständig.

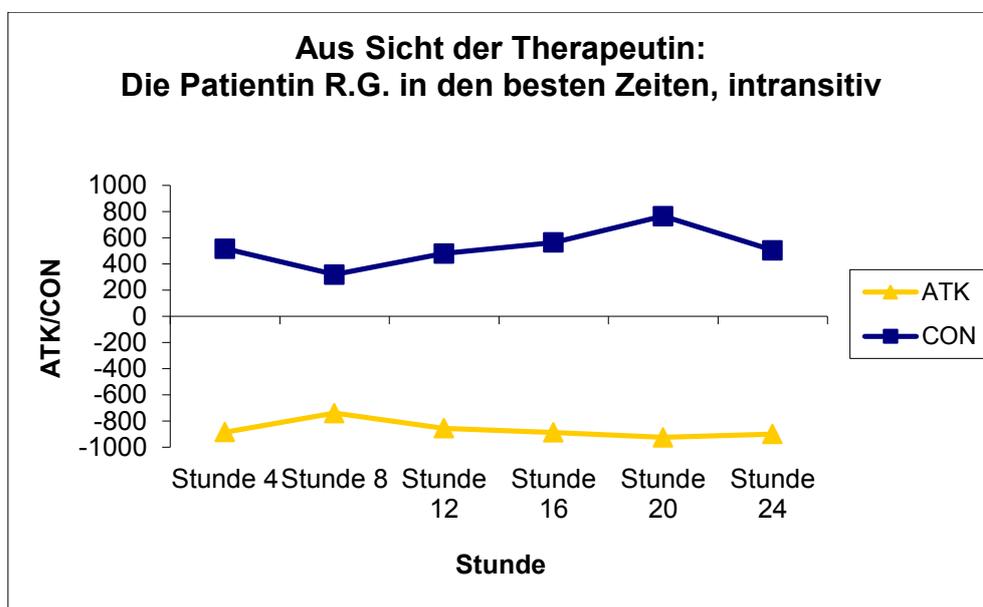


Abb. 37

In Hinblick auf das transitive Verhalten der Patientin in den schlechtesten Zeiten zeigen sich weniger freundliche ATK Werte zwischen -407 und maximal -184 in der zwölften Stunde. Ebenfalls auffällig ist ein deutlich erhöhter CON Wert von 451 in der 16. Stunde, in den korrelierenden Clusterbeschreibungen taucht hier mit insgesamt 1,6 % Cluster 1.5 (kontrollieren, steuern, überwachen) auf. Die CON Werte im Verhalten sind dann im weiteren Therapieverlauf vergleichsweise höher als zu Beginn, ihr Verhalten ist insgesamt vergleichsweise unfreundlicher und schwankt zwischen gewähren lassen und Kontrolle über die Therapeutin.

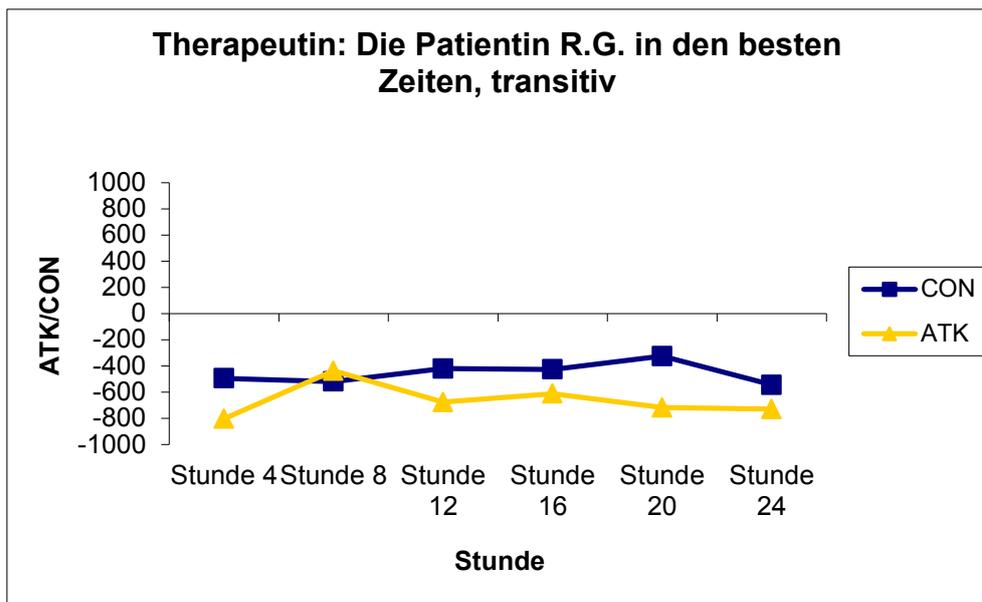


Abb. 38

Ähnlich wie beim transitiven Verhalten der Patientin ist auch beim intransitiven Verhalten der Patientin eine deutliche Erhöhung des CON-Wertes in der 16. Stunde, entsprechend einer stärkeren Abschottung von der Therapeutin, zu erkennen. Der CON-Wert bleibt sinkt in der 20. Stunde nur wenig, in der 24. Stunde dann wieder ähnlich hoch wie zu Beginn, sie verhält sich also meist mitteilnehmend und freundlich, beziehungsweise zwischenzeitlich kommt es zu einem stärker kontrollierendem Verhalten.

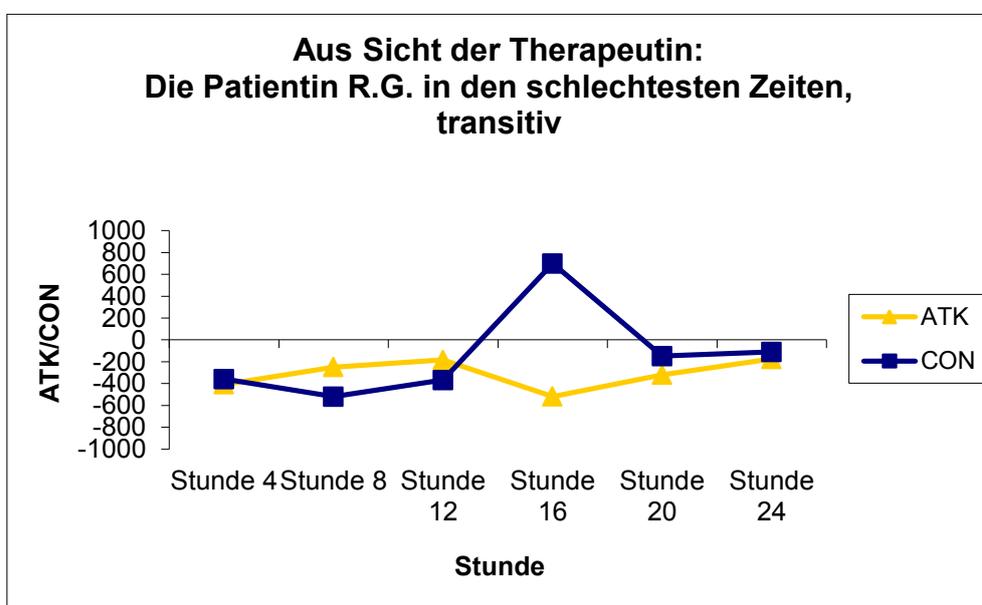


Abb. 39

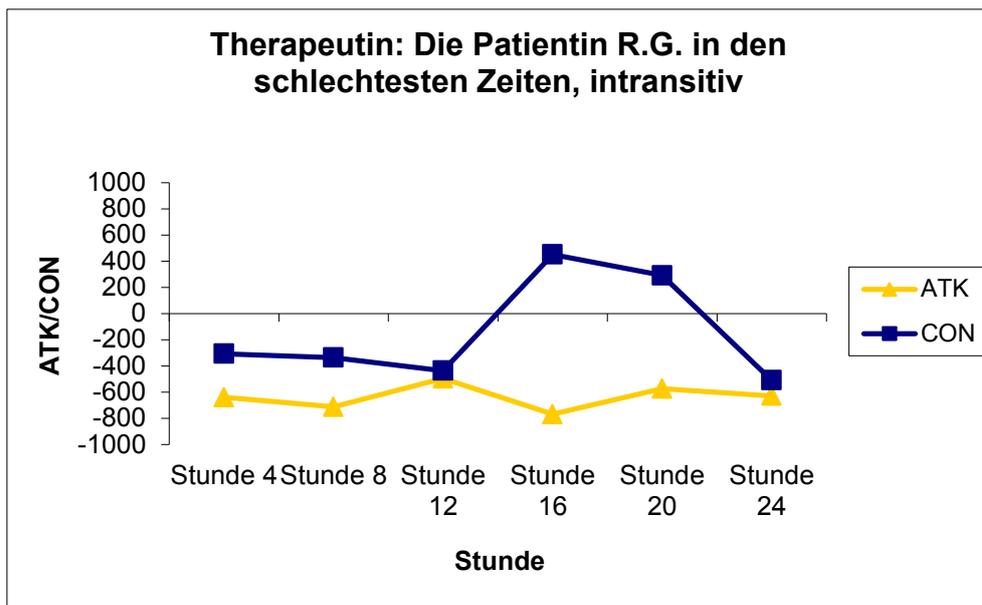


Abb. 40

3.4.2 Therapie S.P.

In der Therapie von S.P. traten bei der Beantwortung der INTREX-Fragebögen zwischenzeitlich deutliche Schwankungen auf.

In der Beobachtung des Introjekts in den besten Zeiten zeigen sich im Verlauf wesentliche Änderungen im Hinblick auf eine Zunahme des ATK Wertes in der zwanzigsten Stunde, von vorher -788 auf -604, danach sind die Werte wieder ähnlich hoch wie vorher. Ansonsten ergeben sich keine wesentlichen Änderungen mehr, das heißt er geht mit sich selbst wenig aggressiv und eher kontrollierend um.

Der Patient beurteilt

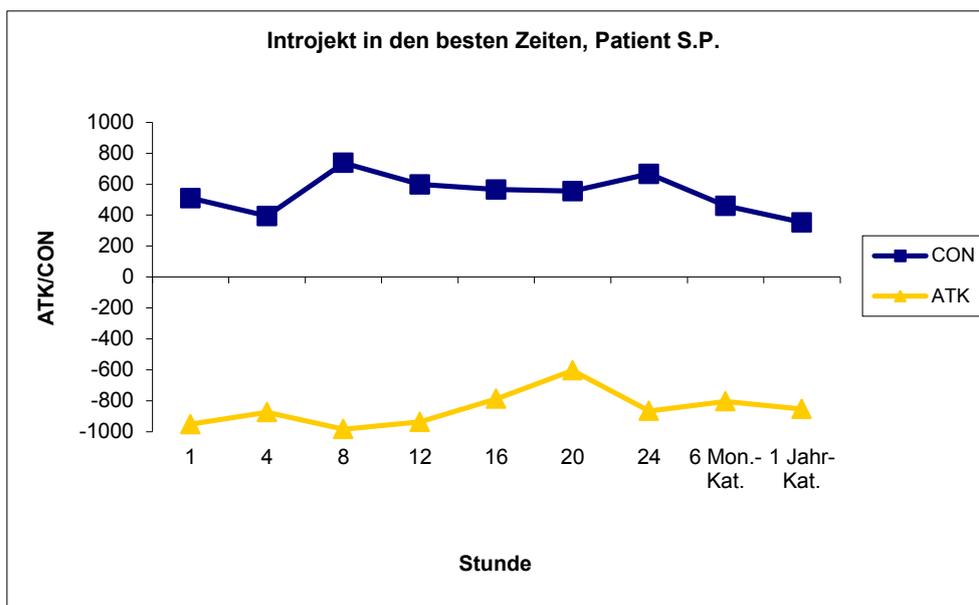


Abb. 41

Die Beurteilung des Introjekts im INTREX in den schlechtesten Zeiten zeigt im Verlauf eine deutliche Veränderung zwischen der 16. und 20. Stunde. Der ATK Wert steigert sich von -508 auf 572 , der CON Wert sank von 565 auf -620 , der Patient sieht sich also zunehmend als sich selbst vernachlässigend und autoaggressiv. Im weiteren Verlauf kehrt der ATK Wert in die vorherigen Bereiche zurück, der CON Wert bricht jedoch ein, kehrt dann bei Therapieende wieder in den vorherigen Bereich zurück und ist dann im Rahmen der 1-Jahres Katamnese mit -927 deutlich schlechter, das heißt er geht mit sich selbst vernachlässigend, jedoch wenig autoaggressiv um.

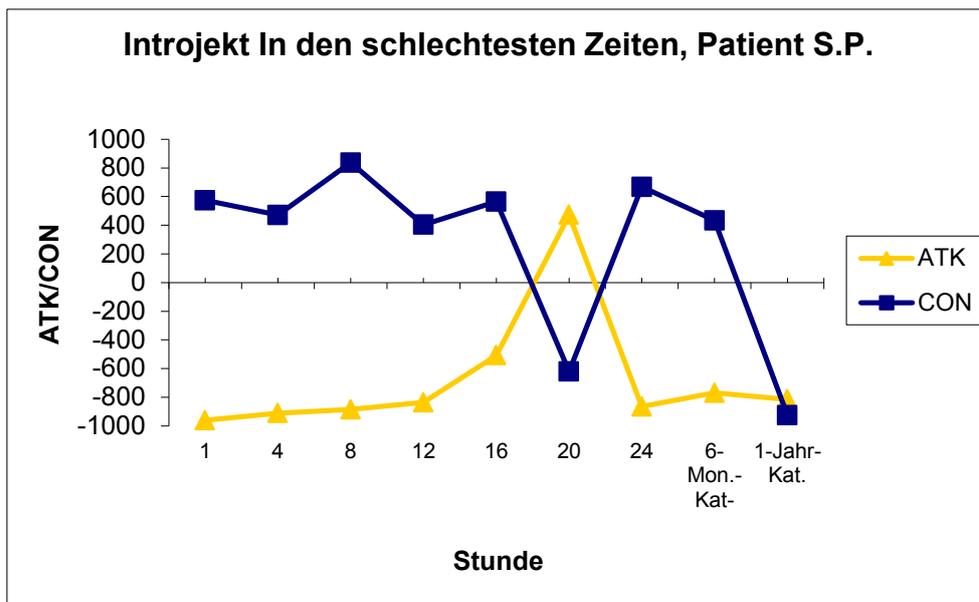


Abb. 42

Die Clusterverteilung in den zugehörigen Stunden zeigt in Stunde 16 in geringem Anteil (0,8 % und 0,4 %) die unfreundlichen bzw. stark kontrollierenden Cluster 1.5, 1.8 und 2.8.

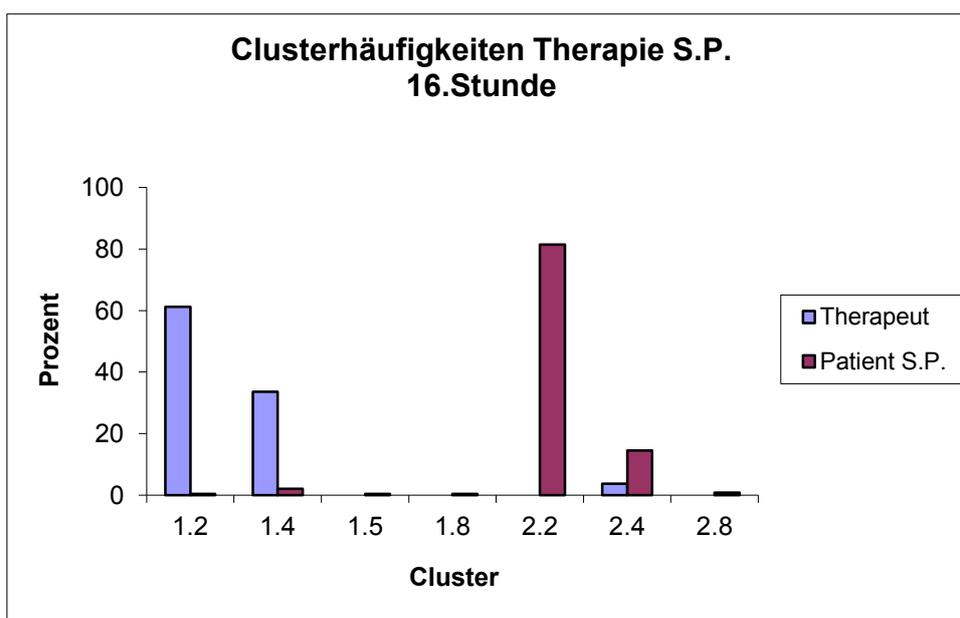


Abb. 43

Das transitive Verhalten des Patienten zum Therapeuten in den besten Zeiten im Intrex ist im Therapieverlauf etwa gleich bleibend. Es ist insgesamt eher freundlich (ATK Werte um 550 im Mittel) und wenig kontrollausübend (CON Werte um -580 im Mittel).

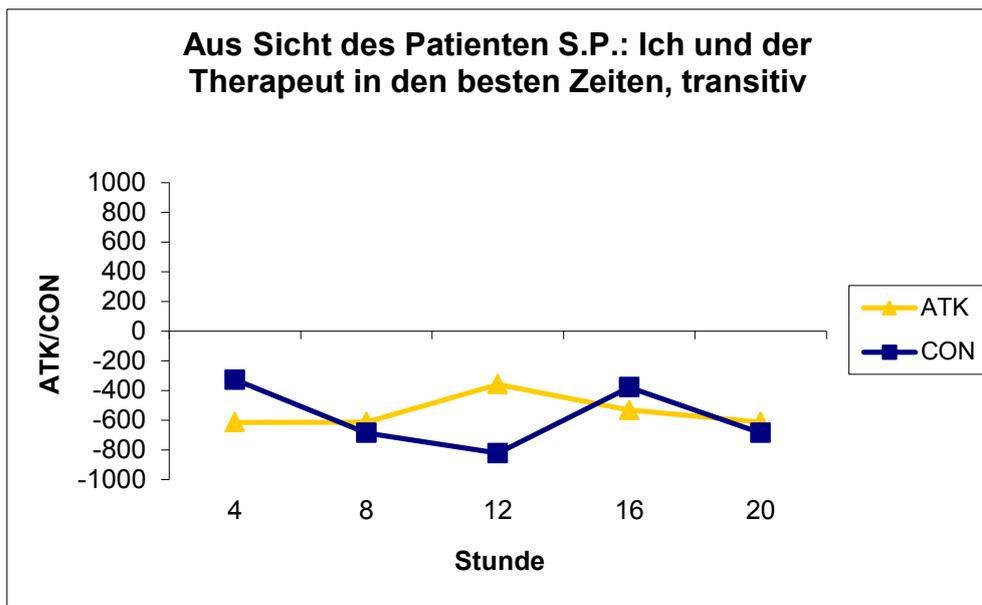


Abb. 44

In Hinblick auf das intransitive Verhalten des Patienten zum Therapeuten in den besten Zeiten im INTREX zeigen sich auffällige Veränderungen der Kontrollwerte in der 20. Stunde, der Kontrollwert steigt von vorher -641 auf 318 an. Der Patient wird zunehmend eigenständiger bzw. behauptet sich selbst gegen den Therapeuten.

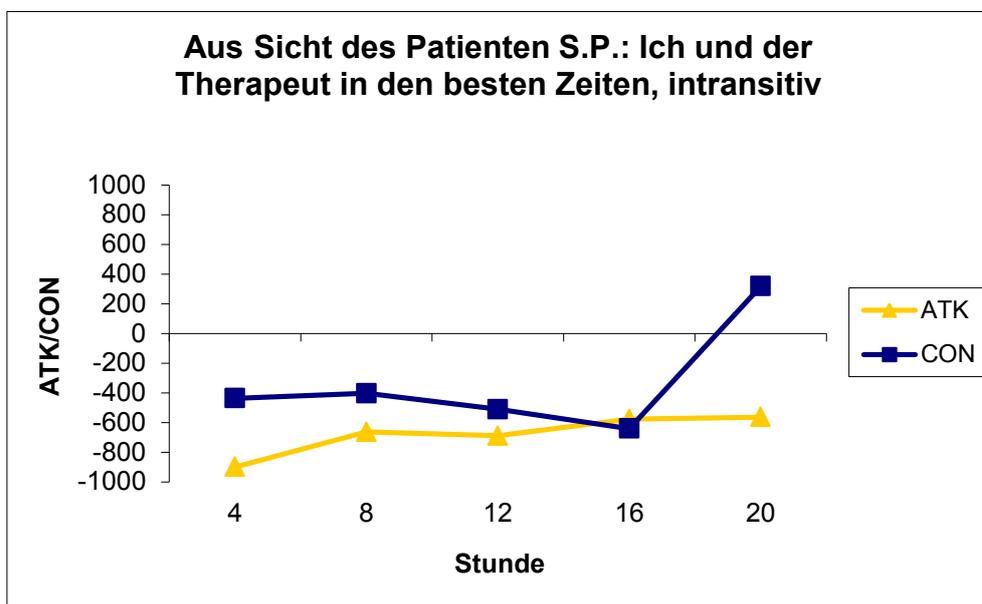


Abb. 45

Das transitive Verhalten des Patienten zum Therapeuten in den schlechtesten Zeiten im Intrex zeigt zwischenzeitlich einen deutlichen Abfall des Kontrollwertes in der achten Stunde (von 714 auf -704). Im weiteren Verlauf sind die Werte dann wie zuvor und ändern sich nicht mehr, das heißt er verhält sich fügsam und freundlich zugewandt.

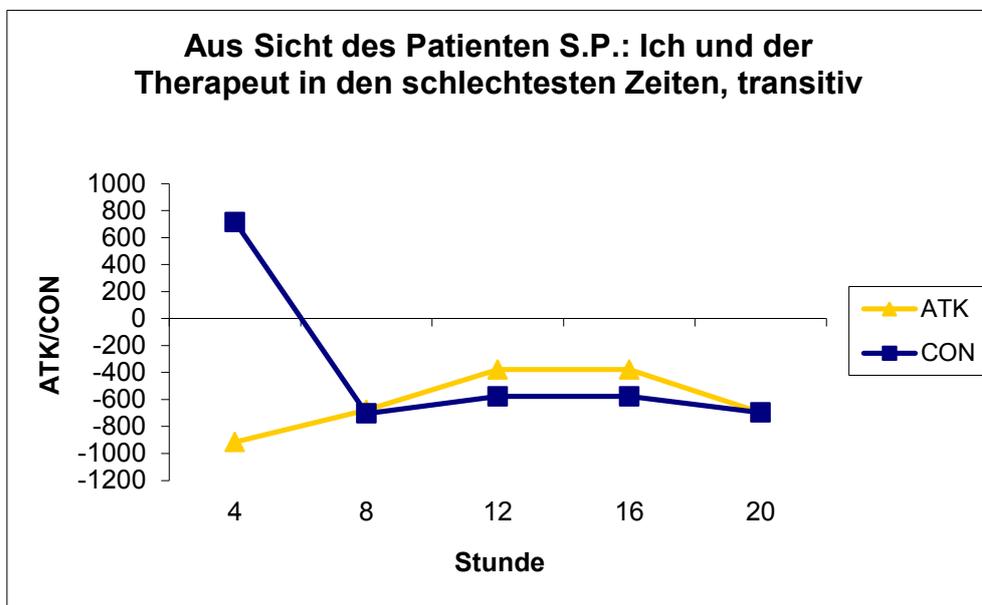


Abb. 46

Weitere Änderungen finden sich in Hinblick auf das intransitive Verhalten des Patienten gegenüber dem Therapeuten in den schlechtesten Zeiten im INTREX. In der 8. Stunde sinkt der Kontrollwert von 565 in der vierten Stunde auf -485 ab, tendenziell sinkt der Wert dann auch im weiteren Therapieverlauf bis auf minimal -702 ab, der Patient beschreibt sich selber als unterwürfiger als zu Therapiebeginn.

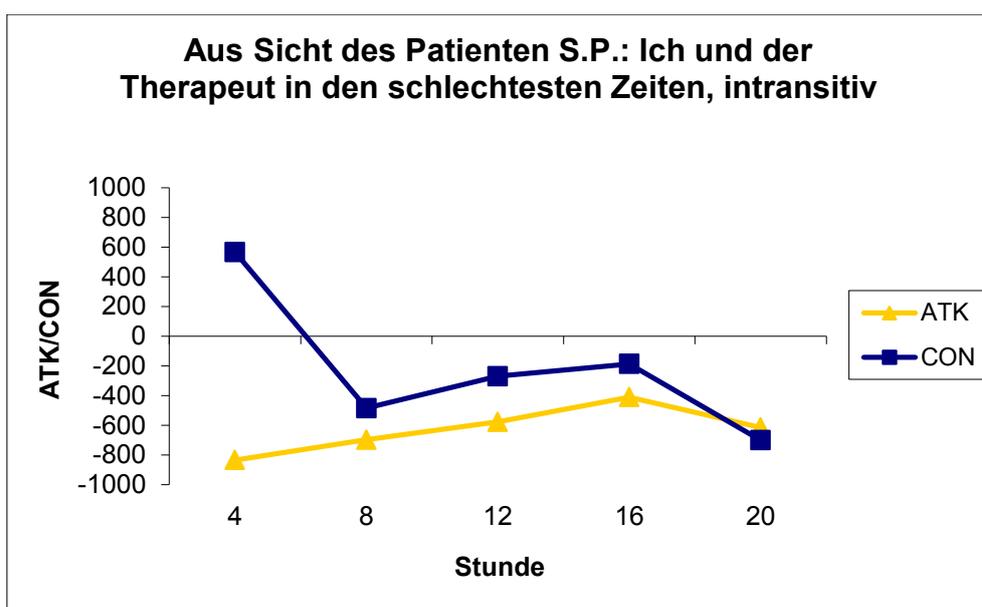


Abb. 47

In achten Stunden tauchen, wenn auch in sehr geringen Anteilen, die Cluster 2.6, 2.8 und 1.5 (jeweils 0,4 %) auf (Stunde 12: Cluster 1.5 und 2.8 mit jeweils 0,7 %).

Das transitive Therapeutenverhalten in den besten Zeiten zeigt in der achten Stunde einen leichten Rückgang des CON Wertes von zunächst -285 auf -629, in der 16. Stunde sinkt der CON Wert von zuvor -629 auf -857, steigt dann in der 20. Stunde wieder auf -451 an. Der ATK Wert, d.h. er verhält sich im Therapieverlauf in etwa gleichbleibend zugewandt und freundlich, die Werte bleiben im Verlauf etwa gleich niedrig im Bereich um -643 bis -717.

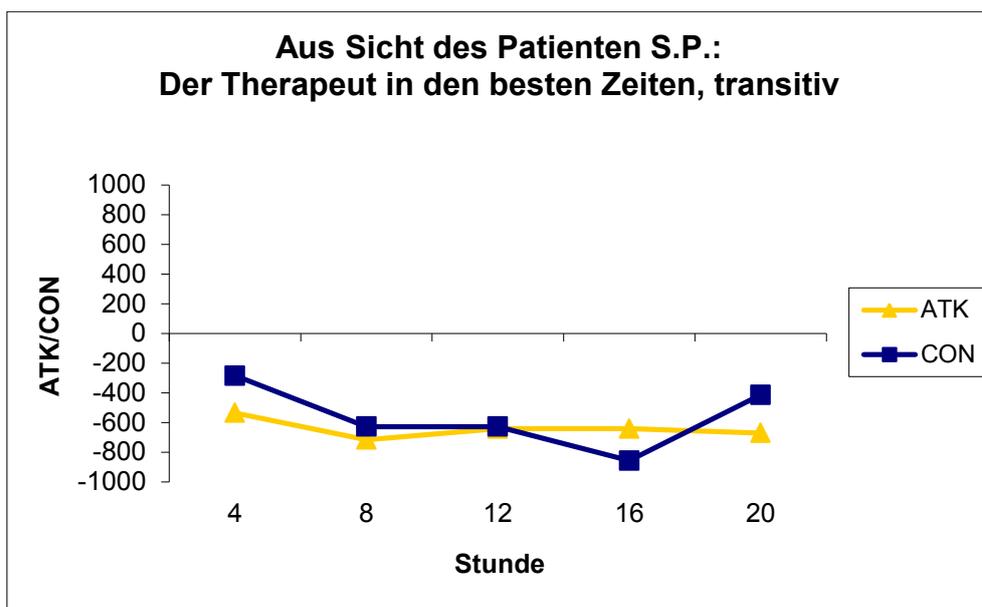


Abb. 48

Bezüglich des intransitiven Therapeutenverhaltens in den besten Zeiten zeigt sich eine wesentliche Änderung zwischen der vierten und achten Stunde. Der CON Wert sinkt von initial 720 auf zunächst -577 und in der zwölften Stunde auf -882. Der Therapeut wird aus Patientensicht als passiv bzw. sich unterwerfend empfunden. Der ATK Wert steigt von -777 in der vierten Stunde auf -379 in der achten Stunde an und bleibt im weiteren Verlauf ähnlich hoch, das heißt sein Verhalten wird als zunehmend unfreundlicher bzw. distanzierter geschildert. Die Clusterverteilung der entsprechenden Stunden zeigt jedoch keine auffälligen Veränderungen.

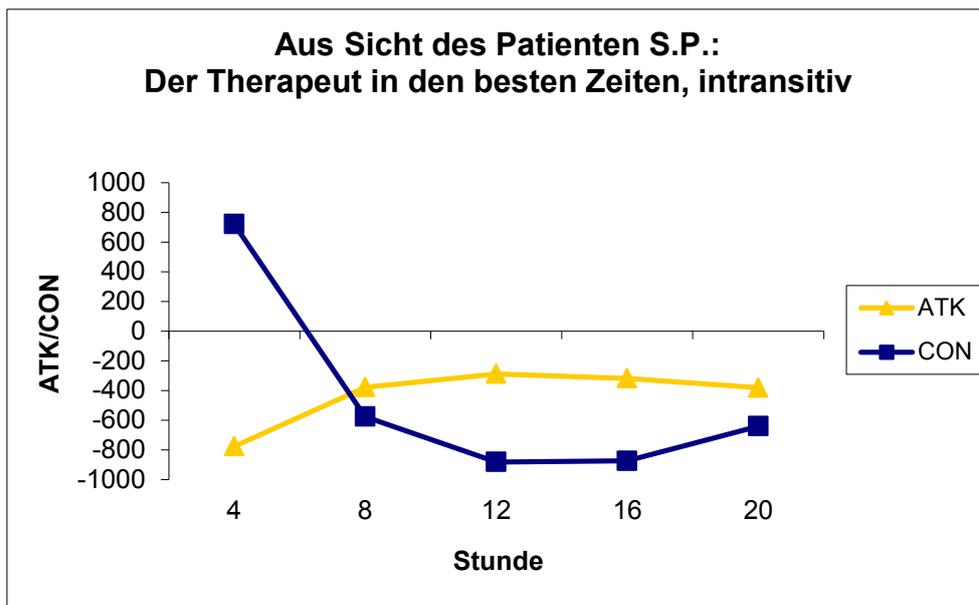


Abb. 49

Bezüglich des transitiven Therapeutenverhaltens in den schlechtesten Zeiten zeigt sich zu Beginn eine Verringerung des CON Wertes von 483 in der vierten Stunde auf -697 in der achten Stunde, er bleibt dann ähnlich niedrig und steigt in der zwanzigsten Stunde wieder an auf -289. Der ATK Wert zeigt bezüglich des Therapeutenverhaltens über den Therapieverlauf einen relativ niedrigen Wert (zwischen -685 und -603). In der zwanzigsten Stunde steigt er dann auf -118 an, das heißt er verhält sich zunehmend unfreundlich. In der Clusterverteilung der entsprechenden Stunden ist keine korrelierende Veränderung des Therapeutenverhaltens zu erkennen.

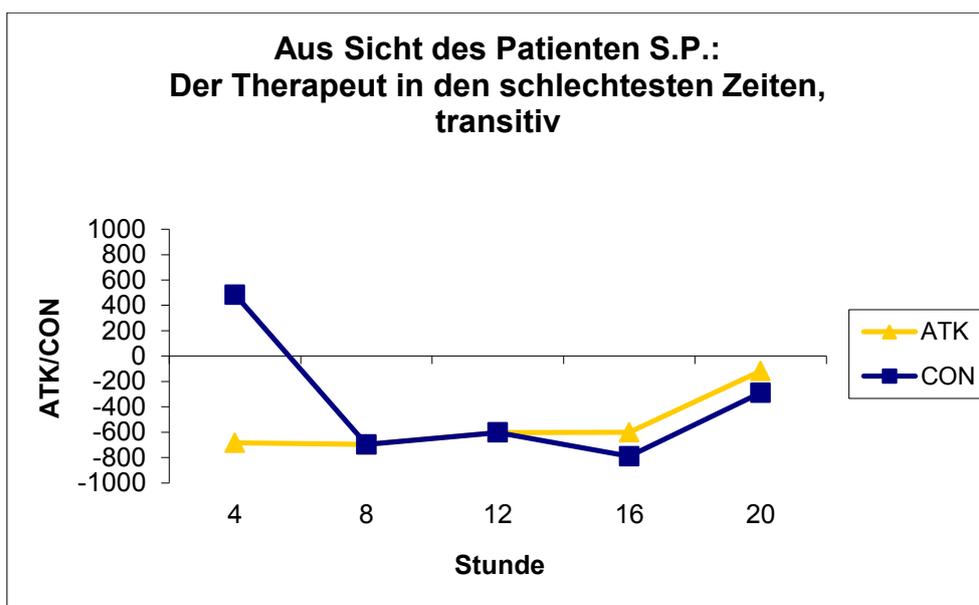


Abb. 50

Ähnliche Veränderungen wie im transitiven Verhalten sind auch im intransitiven Therapeutenverhalten in den schlechtesten Zeiten zu erkennen. Der zunächst hohe CON Wert sinkt von -787 in der vierten Stunde kontinuierlich ab. In der zwanzigsten Stunde ist er dann bei -379. Eine auffällige Veränderung stellt die 16. Stunde dar. Es kommt zu einem drastischen Anstieg des ATK Wertes von zuvor -304 und niedriger auf 715. Der Therapeut wird als distanzierter empfunden. Die Verteilung der Cluster von Stunde 16 zeigt auf Seite des Patienten in 0,8 % der Fälle Cluster 2.8 (sich distanzieren).

In der folgenden Therapiestunde sinkt der ATK Wert wieder auf -379 ab, d.h. er wird als zugewandter empfunden.

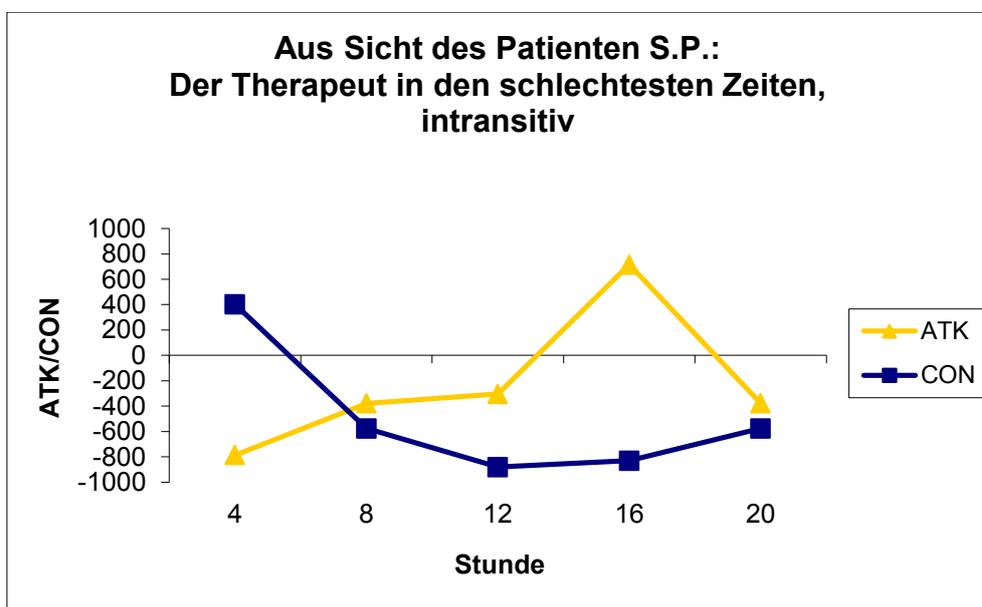


Abb. 51

Der Therapeut beurteilt

Bezüglich des transitiven Therapeutenverhaltens in den besten Zeiten aus Sicht des Therapeuten kommt es vor allem zu Änderungen hinsichtlich der Interdependenzebene. In der 8. Stunde sinkt der CON Wert von 411 auf -376 in der 16. Stunde und auf -504 in der zwanzigsten Stunde. In der 24. Stunde ist der Wert ähnlich hoch wie am Anfang (Stunde 24: CON: 426). Der Therapeut empfindet sich im Verlauf zunächst als kontrollierender, zwischenzeitlich kommt es dann zu einer deutlichen Verminderung dieser Kontrolle. Am Ende der Therapie nimmt diese dann wieder zu.

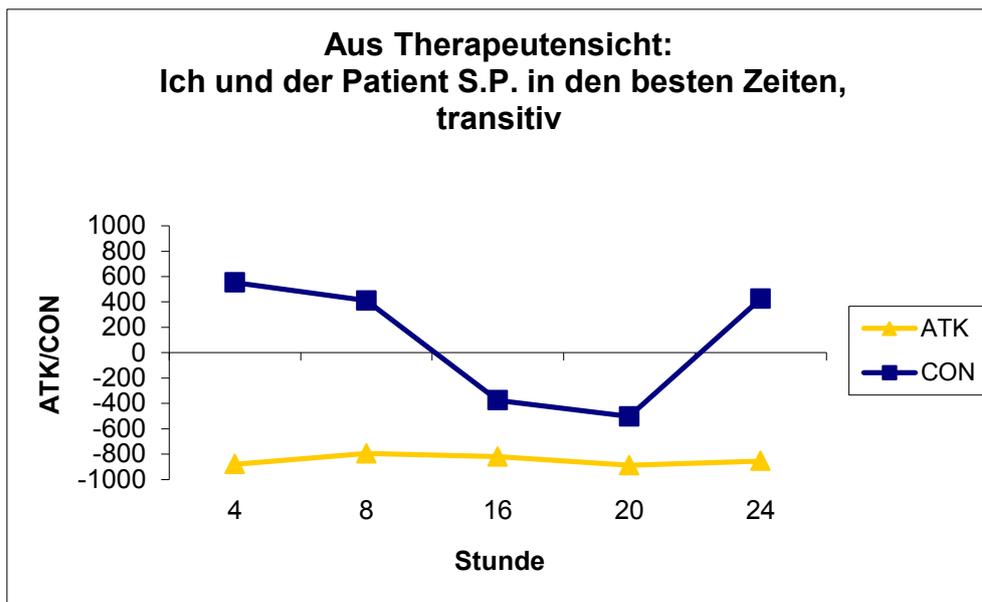


Abb. 52

In Stunde 12 kommt Cluster 2.1 (eigenständig sich behaupten) sowohl direkt als auch indirekt über komplexe Äusserungen in geringem Ausmaß vor, es entsteht der Eindruck, als versuche der Therapeut seine Rolle als anleitende Person durchzusetzen. Die ATK Werte bezüglich des Therapeutenverhaltens sind während der gesamten Therapie ähnlich tief im Bereich um -820, d.h. noch eindeutiger freundlich geprägt.

Das intransitive Verhalten des Therapeuten in den besten Zeiten ist gekennzeichnet durch einen zunächst vergleichsweise hohen ATK Wert (4.Stunde: 248), der dann im weiteren Verlauf zunächst absinkt (minimal: 16. Stunde: -743) und dann wieder ansteigt (24. Stunde: 290). Der CON Wert bezüglich des Therapeutenverhaltens bleibt, bis auf eine Ausnahme (8.Stunde: -446), in etwa gleich, d.h. er verhält sich selbstsicher und eigenständig.

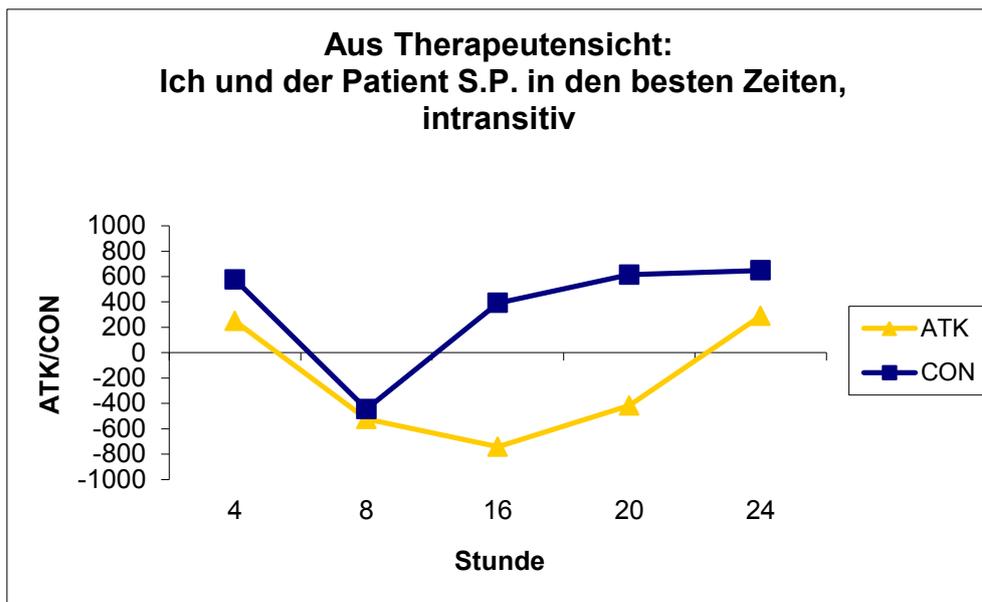


Abb. 53

Das transitive Verhalten des Therapeuten gegenüber dem Patienten in den schlechtesten Zeiten zeichnet sich zu Therapiebeginn durch CON Werte im Bereich um -365 aus. Gegen Ende der Therapie kommt es zu einer Zunahme bis zwischenzeitlich maximal (Stunde 20) 533. Die ATK Werte sind am Anfang mit -632 relativ niedrig, auch hier kommt es zu einer deutlichen Zunahme im Verlauf (Stunde 24: -145). Der Therapeut reagiert zunehmend unfreundlich und kontrollierend auf den Patienten.

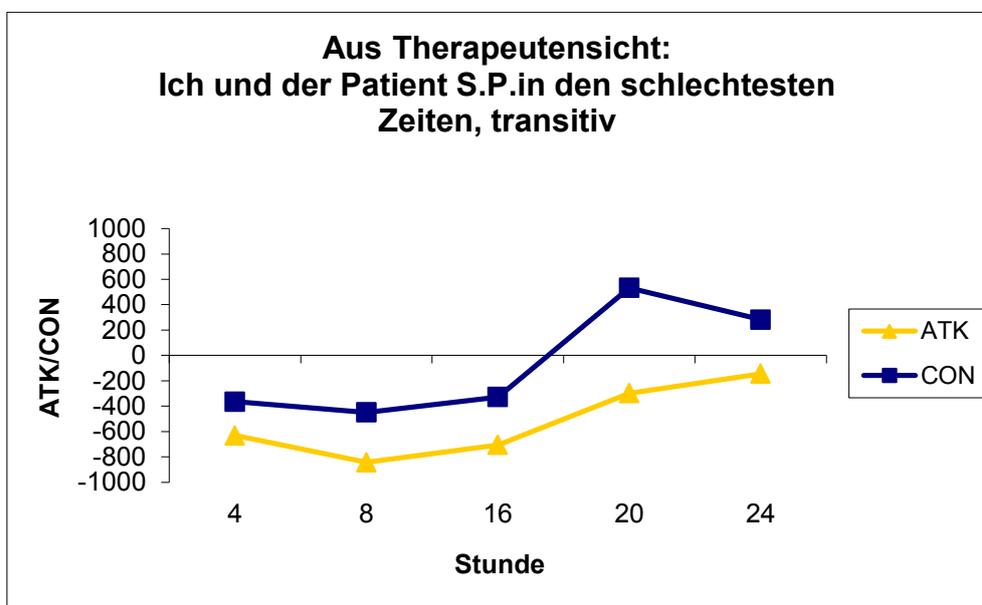


Abb. 54

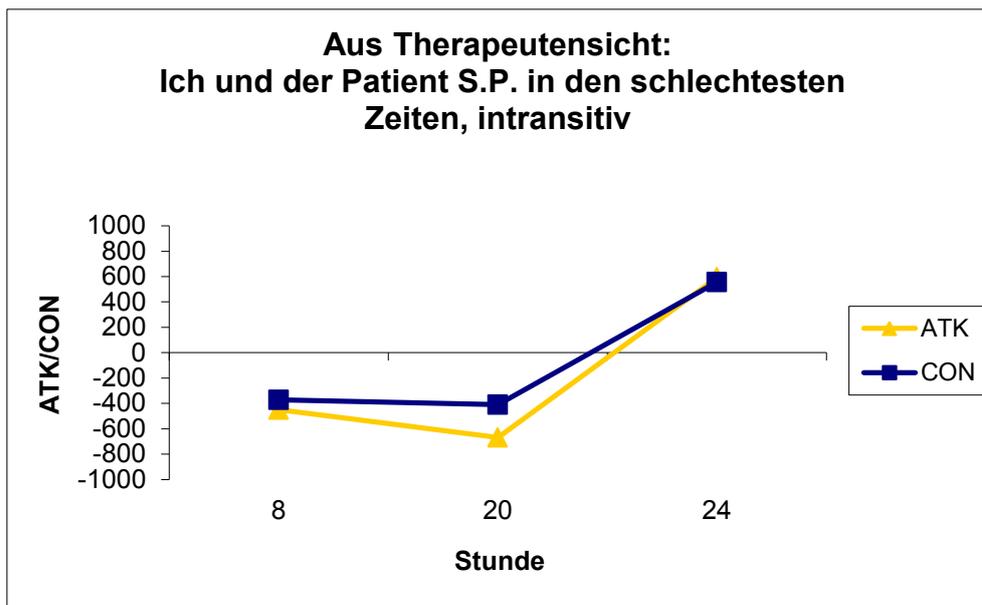


Abb. 55

Zu der Beurteilung des intransitiven Therapeutenverhaltens in den schlechtesten Zeiten existieren nur Aussagen betreffend Stunde 8, 20 und 24. Wie beim transitiven Verhalten ist eine Zunahme der CON und ATK Werte gegen Therapiewerte zu erkennen. Der Therapeut reagiert zunehmend distanziert und behauptet sich gegenüber dem Patienten.

Die Beurteilung des transitiven Patientenverhaltens in den besten Zeiten aus Sicht des Therapeuten zeigt geringe Schwankungen im Verlauf. Die ATK Werte sinken im Verlauf zunächst ab und nähern sich am Ende der Therapie wieder an anfängliche Werte an. Die CON Werte bezüglich des Therapeutenverhaltens sind während der Therapie nur geringen Schwankungen unterworfen, d.h. er verhält sich freundlich und zugewandt.

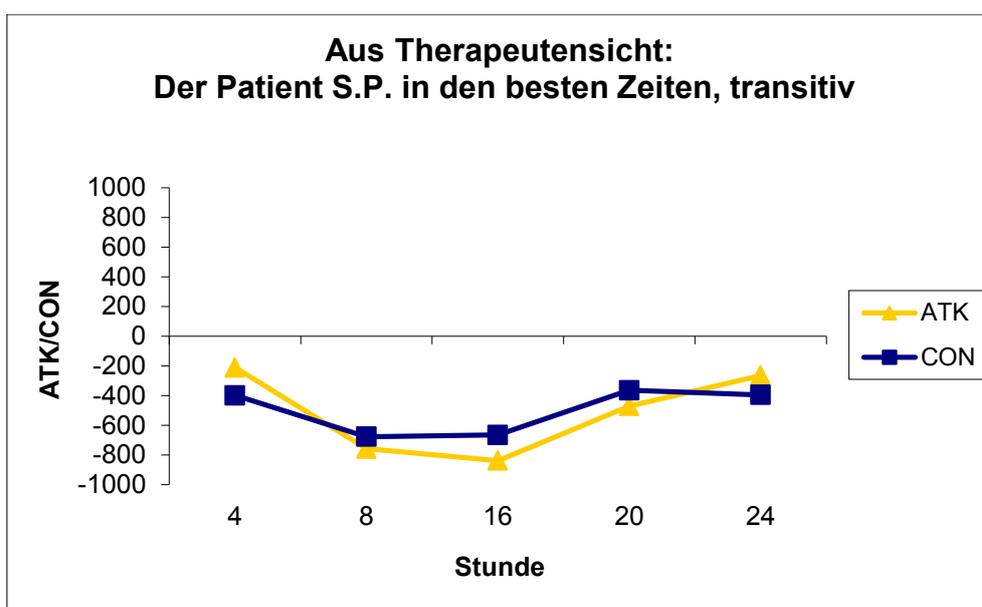


Abb. 56

Der Patient zeigt auf der intransitiven Ebene in den besten Zeiten im Therapieverlauf ähnliche CON Werte (um -372 bis minimal -522), die ATK Werte liegen bei Therapiebeginn höher als am Ende (Stunde 4: -387; Stunde 24: -895). Eine Ausnahme bildet die sechzehnte Stunde, hier kommt es zu einem Anstieg beider Werte (ATK: -183; CON: 272), der Patient zeigt sich hier distanzierter als zuvor. In der dazugehörigen Clusterauswertung der Patientenäußerung sieht man sowohl direkt als auch indirekt, über komplexe Äußerungen, feindliche bzw. kontrollierende Cluster wie z.B. 1.8, 2.8, 1.5 in geringer Ausprägung des Patientenverhaltens, d.h. er verhält sich kontrollierend und aggressiv.

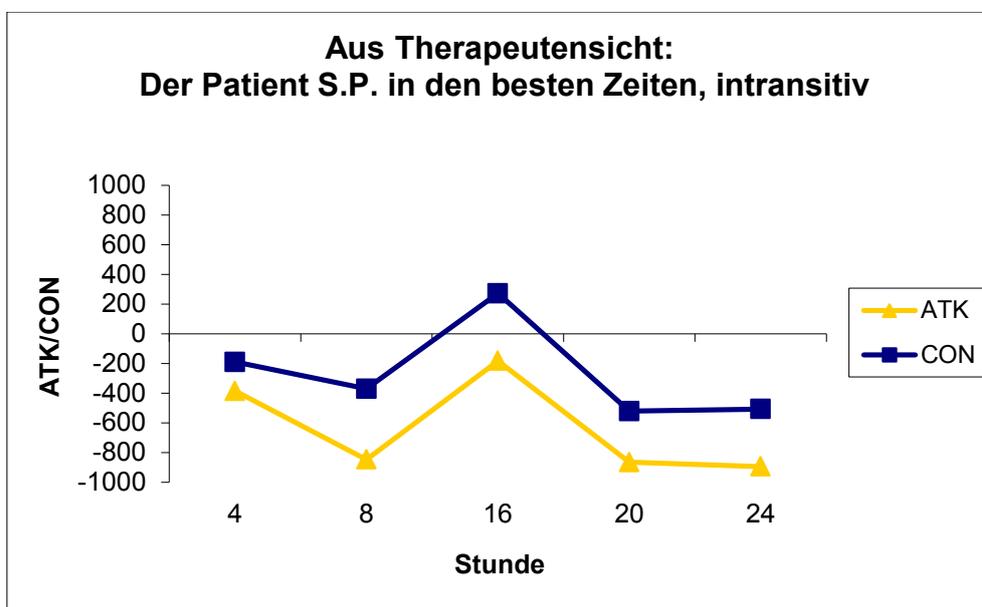


Abb. 57

Hinsichtlich des transitiven Verhaltens des Patienten in den schlechtesten Zeiten zeigt sich ein insgesamt schwankender Verlauf und gegen Therapieende eine tendenzielle Zunahme der ATK und CON-Werte. Die ATK Werte hinsichtlich des Patientenverhaltens sind insgesamt relativ hoch im Vergleich zu anderen Beziehungsdimensionen. (ATK maximal -0,76 bis 0,41). Das bedeutet er verhält sich im Therapieverlauf zunehmender aggressiv und kontrollierend.

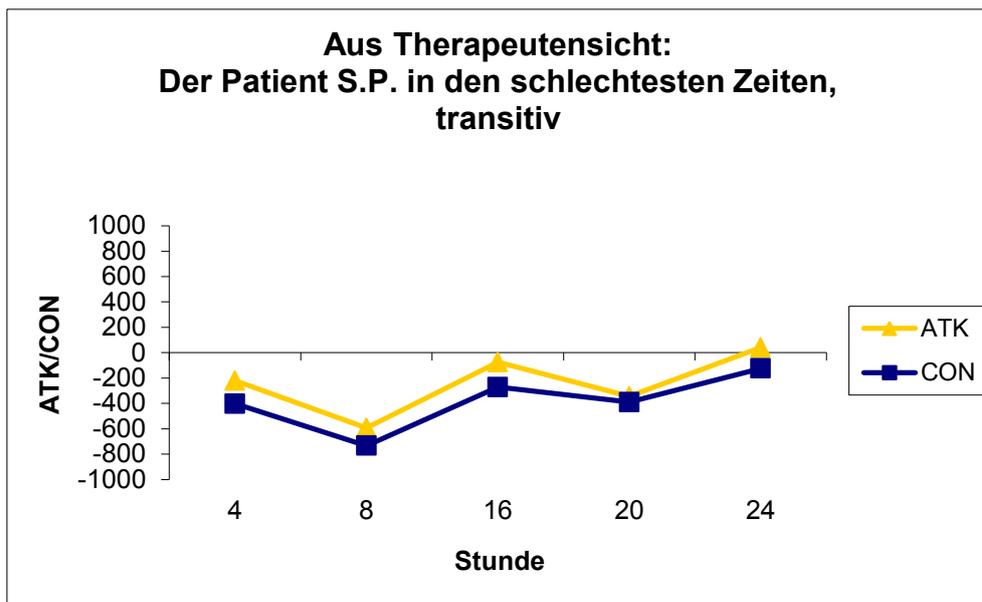


Abb. 58

Das intransitive Patientenverhalten in den schlechtesten Zeiten ist gekennzeichnet durch einen zunächst relativ hohen ATK Wert (Stunde 4: ATK: 385), der im Verlauf dann abnimmt (Stunde 20: ATK: -813). Der CON Wert in Hinblick auf das Patientenverhalten ist initial eher niedrig (Stunde 4: CON: -743), erreicht dann in Stunde 16 den höchsten Wert mit 272 und sinkt dann im weiteren Verlauf wieder.

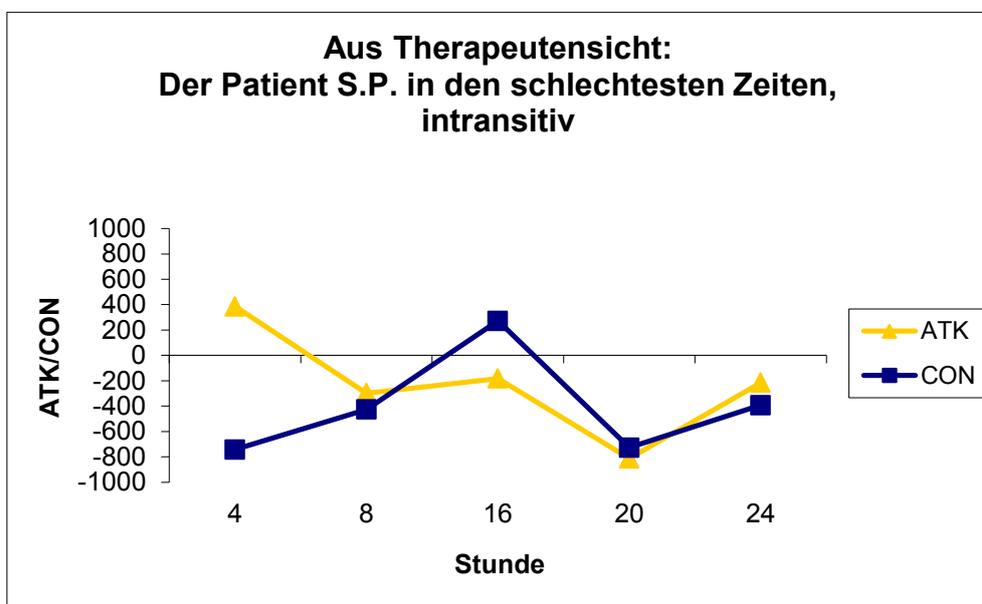


Abb. 59

4 Synopsis

4.1 Therapie R.G.

Prozessanalyse und zyklisch-maladaptives Muster (CMP)

Blockiert sind die Erwartungen nach Liebe (Cluster 1.3) und Unterstützung (Cluster 1.4), die Patientin fürchtet, Zuwendung (Cluster 1.3/1.8) und Hilfe (Cluster 1.4/1.8) vorbei an ihren eigentlichen Interessen zu erhalten, sowie Kränkung (Cluster 1.6). Die Therapeutin äußert sich am häufigsten über Cluster 1.4 (anleiten und unterstützen) und am zweithäufigsten über Cluster 1.2 (verstehen, bestätigen,) nicht wie es durch das CMP der Patientin negativ erwartet wird (Cluster 1.8: übersehen, Cluster 1.6 bestrafen, beschuldigen).

Die Patientin reagiert am häufigsten über die Cluster 2.2 (sich mitteilen, öffnen) und Cluster 2.4 (vertrauensvoll sich verbinden mit) und nicht, wie es ihr übliches Verhalten im CMP auf das erwartete Verhalten der Anderen wäre. In geringem Maße treten auch Aussagen über die Patientin selbst auf (Introjekt, z.B. Cluster 3.5 Selbstkontrolle und wie auch im CMP zu finden 3.6 Selbstanklage). Es zeigt sich, dass größtenteils das CMP der Patientin inszeniert wird, die Therapeutin sich im Sinne der blockierten Erwartungen der Patientin äußert und so einen neuen Verhaltenskreislauf ermöglicht. Die Patientin erlebt, dass ihre Erwartungen erfüllt werden und kann dadurch anders als bisher durch ein Sich-Verbinden mit der Therapeutin (Cluster 2.4) reagieren.

INTREX Fragebögen: Introjektänderung und therapeutische Beziehung

Das Introjekt der Patientin zeigt im Verlauf der Therapie deutliche Änderungen, der Umgang der Patientin mit sich selbst ist zunächst geprägt von einer hohen Selbstkontrolle und vor allem in den schlechtesten Zeiten von erheblicher Autoaggression. Die Autoaggression nimmt im Verlauf deutlich ab, das Ausmaß der Selbstkontrolle nimmt während der Therapie zunächst deutlich ab und ist bei Ende dann im Vergleich zum Therapieanfang deutlich niedriger, die Patientin geht insgesamt freundlicher und weniger kontrollierend mit sich um.

In der therapeutischen Beziehung sieht sich die Patientin gegenüber der Therapeutin „liebvoll-sich-annähernd“ bzw. als „vertrauensvoll-sich-verbindend“, lediglich ihr intransitives Verhalten in den schlechtesten Zeiten ist zu Beginn von größerer Feindseligkeit gekennzeichnet.

Die Therapeutin wird aus Sicht der Patientin als „freundlich-unterstützend“ bzw. als „vertrauensvoll-sich-verbindend“ empfunden.

Die Therapeutin sieht sich gegenüber der Patientin als „freundlich-unterstützend“ und anleitend bzw. als freundlich und „sich-stützend“ auf die Patientin, lediglich in zwei Sitzungen beschreibt sich die Therapeutin als „sich-öffnend“ gegenüber der Patientin. Das Verhalten der Patientin in den besten Zeiten ist aus Sicht der Therapeutin relativ konstant. Sie wird als „freundlich-ermunternd“ bzw. als „freundlich-sich-verbindend“ empfunden. Das Verhalten der Patientin in den schlechtesten Zeiten wird durch die Therapeutin als wechselhafter beschrieben, auf der transitiven Ebene verhält sich die Patientin zwischenzeitlich unfreundlicher und Kontrolle ausübender, also insgesamt rebellischer gegenüber der Therapeutin. Man hat den Eindruck, als übe die Patientin ein Ablösen von der elterlichen Situation in der Therapie.

INTREX-Fragebogen und das zyklisch-maladaptive Muster (CMP), in Bezug auf die wichtigste Bezugsperson

Das Verhalten der Mutter zur Patientin in den besten Zeiten ist freundlich aber kontrollierend bzw. freundlich und bestätigend bis Freiheit gewährend oder die Patientin nicht beachtend, lediglich das Kontrollausmaß sinkt etwas im Verlauf. In den schlechtesten Zeiten verhält sich die Mutter ebenfalls kontrollierend und eher unfreundlich, hier zeigen sich Änderungen, die vor allem die intransitive Ebene betreffen. Die Mutter, zunächst unfreundlich und distanziert bzw. abgeschottet wird als freundlicher und sich auf die Patientin einlassend beschrieben.

Das Verhalten der Patientin zur Mutter ist in den besten Zeiten freundlich und bestätigend bzw. mitteilbar. Besonderheiten zeigen sich in Bezug auf das Verhalten der Patientin in den schlechtesten Zeiten. Zeigt sie sich zunächst auf der transitiven Ebene ambivalent zwischen den beiden Polen Angriff versus eher bestätigendem Verhaltens, so ist es später freundlich aber kontrollierend bzw. anleitend. Auch in Hinblick auf die intransitive Ebene zeigen sich interessante Verhaltensänderungen, ist die Patientin initial distanziert und abgeschottet, so wird sie im Verlauf immer freundlicher und mitteilbarer. Dies ist jedoch nicht allzu verwunderlich, da solche Verhaltensänderungen innerhalb psychotherapeutischer Behandlungen eher regelhaft auftreten dürften.

Bezogen auf das CMP der Patientin zeigt sich, dass sich sowohl das Verhalten der Mutter als auch das Patientenverhalten betreffend Veränderungen erzielt werden konnten. War das erwartete Verhalten der Mutter bis dahin geprägt von Kränkung bzw. Nichtbeachtung, so wird

sie zunehmend als freundlicher, „sich-annähernd“ und sich mehr auf die Patientin einlassend gesehen. Das Verhalten der Patientin wiederum ändert sich von einem eher distanzierten bis kontrollierenden oder sogar angreifenden Verhalten hin zu einem freundlicheren, offeneren und eher anleitenden Verhalten hin, das bestehende Muster konnte in wesentlichen Punkten verändert bzw. verbessert werden.

Klinische Basisdokumentation

Im Rahmen der klinischen Basisdokumentation zeigten sich im Verlauf der Therapie für den Gießen Test keine wesentlichen Änderungen, der Beeinträchtigungsschwere Score blieb ebenfalls gleich. In der Global Assessment Of Functioning Skala zeigte sich im Verlauf eine Verbesserung im Sinne einer geringeren Beeinträchtigung im Vergleich zu Therapiebeginn. Die Werte für die Symptom Check List (SCL-R-90) waren zu Beginn für alle Bereiche im unteren Normbereich, eine Verlaufsbeurteilung hatte nicht stattgefunden. Dies war der gleiche Fall bei der Erhebung des Narzissmus Inventars, die Werte lagen im unteren Normbereich und wurden im Verlauf nicht mehr abgefragt.

4.2 Therapie S.P.

Prozessanalyse und zyklisch-maladaptives Muster (CMP)

Die blockierten Erwartungen des Patienten im zyklisch-maladaptiven Muster (CMP) sind, bewundert werden und im Rampenlicht stehen zu wollen (Cluster 1.3). Andere sollen sich ihm unterordnen bzw. unterwerfen (Cluster 2.5). Der Therapeut äußert sich insgesamt am häufigsten über Cluster 1.2 (bestätigend und ermunternd), gefolgt von Cluster 1.4 (unterstützend, anleitend), also nicht exakt anhand der Cluster der blockierten Erwartungen. Der Patient reagiert meistens über Cluster 2.2 (sich öffnend oder sich mitteilend) und mit Cluster 2.4 (sich verlassend auf), komplementär zum Therapeuten. Es kommt jedoch zwischenzeitlich auch zu einem Verhalten im Sinne des CMP des Patienten, er reagiert mit Cluster 1.6/1.5 (kontrollierend, bestimmend), dies geschieht im Therapieverlauf in geringem Prozentsatz immer wieder. Das bedeutet, dass in der Therapie das CMP des Patienten teilweise inszeniert wird. Der Patient sagte im Rahmen der 6-Monate-Katamnese, der Therapeut habe zu wenig zur therapeutischen Beziehung beigetragen, er habe sich sozusagen zu passiv verhalten.

INTREX-Fragebögen: Introjektänderungen und Therapeutische Beziehung

Das Introjekt des Patienten in den besten Zeiten zeigt im gesamten Therapieverlauf wenige Veränderungen, der Patient ist freundlich und wenig kontrollierend zu sich selbst. Wesentliche Änderungen zeigen sich aber beim Umgang des Patienten mit sich selbst in den schlechtesten Zeiten, im Sinne zwischenzeitlich deutlich aggressiver Tendenzen und zum Ende der Therapie hin zunehmenden sich selbst vernachlässigenden Verhaltens.

Der Patient sieht sich in seinem transitiven Verhalten in den besten sowie in den schlechtesten Zeiten zum Therapeuten insgesamt als freundlich und zunächst wenig, im Verlauf jedoch zunehmend kontrollierend. Das intransitive Verhalten des Patienten zum Therapeuten in den besten und schlechtesten Zeiten ist ebenfalls insgesamt freundlich und mitteilend, zwischenzeitlich sind aber auch deutliche Anzeichen eines sich „Eigenständig-Behaupten-Wollens und Protestierens“ zu erkennen.

Der Therapeut wird aus Sicht des Patienten bezüglich des transitiven Verhaltens in den besten sowie den schlechtesten Zeiten insgesamt als freundlich und unterstützend bis hin zu einem eher passiven bzw. vernachlässigenden Verhalten wahrgenommen. Punktuelle Veränderungen sind in zwischenzeitlichen, einmalig deutlich zunehmenden, kontrollierenden bzw. unfreundlichen Verhaltensweisen zu erkennen. Es zeigt sich demnach aus Sicht des Patienten eine gewisse Ambivalenz im Verhalten des Therapeuten, auf der einen Seite wird er als insgesamt freundlich und passiv empfunden, auf der anderen Seite kommt es zu einer kompletten Verkehrung, der Therapeut wird als kontrollierend und eher feindselig empfunden.

Aus Sicht des Therapeuten ist sein transitives Verhalten gegenüber dem Patienten in den besten und schlechtesten Zeiten gekennzeichnet durch einen Konflikt zwischen einem eher freundlich zugewandten und einem eher kontrollierenden, anordnenden Verhalten. Der Therapeut muss sich immer wieder gegenüber dem Patienten behaupten.

Das spiegelt sich auch im intransitiven Verhalten des Therapeuten in den schlechtesten bzw. besten Zeiten wider. Es ist ebenfalls durch einige kontradiktorische Punkte gekennzeichnet. Der Therapeut schwankt zwischen einem eher „sich verbinden wollenden“ und einem „sich behaupten wollenden, Autonomie suchenden“ Verhalten.

Das transitive Verhalten des Patienten in den besten bzw. schlechtesten Zeiten wird durch den Therapeuten als freundlich und ermunternd empfunden, lediglich zum Ende der Therapie hin

wird er, vor allem in den schlechtesten Zeiten, als eher kontrollierend und unfreundlicher empfunden.

Im Bereich des intransitiven Patientenverhaltens aus Therapeutesicht zeigen sich wieder sehr wechselhafte Beziehungen. Sie sind geprägt von einem Wechsel zwischen einem dem Therapeuten zugewandten Verhalten und einem eher sich distanzierenden unfreundlicheren Verhalten. Die erwähnten Schwankungen oder ambivalenten Verhaltenswechsel zwischen den jeweiligen Affiliations- bzw. Interdependenzebenen spielen sich jedoch meist in eher moderater Ausprägung mit punktuellen Spitzenwerten ab.

INTREX-Fragebögen und zyklisch-maladaptives Muster (CMP), in Bezug auf die wichtigste Bezugsperson

Im INTREX-Fragebogen bewertet der Patient sein Verhalten gegenüber sich selbst und in Interaktion mit sowohl seinen wichtigsten Bezugspersonen als auch mit dem Therapeuten.

Der Patient bewertet sein Introjekt im Rahmen der INTREX-Befragung nur teilweise so, wie es sich im CMP darstellt, er sieht sich vor allem in den besten Zeiten als freundlich und freizügig sich selbst gegenüber. Anders sieht es im Falle des Umgangs mit sich selbst in den schlechtesten Zeiten aus, hier wird das Introjekt in Teilen ähnlich dargestellt wie es im CMP formuliert wurde. Der Patient verachtet oder vernachlässigt sich selbst.

Sein eigenes Verhalten in Bezug auf seine Ehefrau in den besten und schlechtesten Zeiten wird durch den Patienten als freundlich geschildert. Änderungen zeigen sich hier jedoch vor allem das Kontrollausmaß betreffend, das heißt er verhält sich mehr oder weniger unterstützend bis kontrollierend bzw. Freiheit gewährend und mehr oder weniger „sich-verbindend“ bzw. „sich-unterordnend“ bis „sich-distanzierend“, insgesamt zeigt sich häufiger ein eher erhöhtes Kontrollausmaß als ein niedriges. Dies erkennt man ebenfalls im CMP des Patienten, auch hier ist sein Verhalten „freundlich-unterwürfig“, aber auch belehrend und durch ein hohes Kontrollausmaß gekennzeichnet.

Das Verhalten der Ehefrau gegenüber dem Patienten in den besten bzw. schlechtesten Zeiten ist fast durchgehend freundlich und unterstützend bzw. auf ihn eingehend. Lediglich das transitive Verhalten in den schlechtesten Zeiten zeigt eine Veränderung, die Ehefrau verhält sich zwischenzeitlich aggressiver und vernachlässigender gegenüber dem Patienten. Im Bezug

auf das CMP lassen sich hier Ähnlichkeiten erkennen, die Ehefrau verhält sich im Sinne der beiden Cluster 1.4/1.8 (unterstützend, anleitend/ ignorierend, vernachlässigend).

Die beschriebenen Veränderungen im Verhalten des Patienten bzw. im empfundenen Verhalten der Ehefrau gegenüber dem Patienten sind im Verlauf der Therapie zu erkennen, jedoch am Ende der Therapie wieder ähnlich wie zu Beginn. Nur das Introjekt des Patienten ist in Richtung Therapieende ähnlich wie im CMP skizziert.

Klinische Basisdokumentation

In der Therapie S.P. lag im Verlauf eine ausreichende Bearbeitung der Fragebögen aus der klinischen Basisdokumentation vor. Es zeigen sich einige wesentliche Änderungen, die mit der Symptomatik des Patienten korrelieren. Im Gießen Test schildert der Patient eine deutliche Zunahme der subjektiv empfundenen Depressivität. Im Hinblick auf den Beeinträchtigungsschwere Score zeigt sich zwar zwischenzeitlich eine Abnahme der empfundenen Belastung, die dann aber wieder tendenziell zunimmt. Im IIP (Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme) zeigt sich eine Abnahme der Selbstunsicherheit, der Nachgiebigkeit und der Fürsorglichkeit. Sehr wechselnd sind die Veränderungen im Rahmen der SCL-90-R (Symptom-Check-List), das heißt zwischenzeitlich deutlich pathologisch veränderte Werte normalisieren sich zunächst, bleiben jedoch bei der 1-Jahres-Katamnese pathologisch (zum Beispiel Zunahme der Depressivität, der Zwanghaftigkeit, der Somatisierung etc.). Die Ergebnisse des Narzissmus Inventars zeigten letztlich eine deutliche Abnahme des Basalen Hoffnungspotentials und eine Zunahme des narzisstischen Krankheitsgewinns.

Untersucht wurde die Wirksamkeit von Kurzzeittherapie bei chronisch dekompensiertem Tinnitus mit unterschiedlichen Störungsniveaus und verschiedenen Komorbiditäten. Die aktuelle Literatur befasst sich hauptsächlich aus verhaltensmedizinischer Sicht mit diesem Thema. Anhand dieser beiden Fälle soll nun ein psychodynamisches Verfahren getestet werden.

Es zeigte sich, dass vor allem Patientin R.G. profitierte, weitere Aussagen bezüglich der Entwicklung konnten aufgrund der fehlenden Nachbeobachtungsphase nicht gemacht werden. Auch Patient S.P. zeigte direkt nach der Therapie eine Besserung seiner Beschwerden, im weiteren Verlauf relativierten sich diese Verbesserungen. Es kam letztlich zu einer weiteren Verschlechterung.

4.3 Zusammenfassung

In der Therapie R.G. kommt es in der therapeutischen Beziehung stellenweise zu einer Inszenierung bzw. Wiederholung des zyklisch-maladaptiven Musters der Patientin. Die Therapeutin initiiert im Sinne des Wunsches der Patientin an das Verhalten der Anderen ihr gegenüber.

Das Verhältnis zwischen der Patientin und der Therapeutin ist seitens der Therapeutin gekennzeichnet durch eine gewisse Konstanz an freundlicher Unterstützung und Bestätigung, zwischendurch verhält sich die Therapeutin der Patientin gegenüber direkter und anordnend, dies wird dann durch die Patientin als vernachlässigend empfunden. In diesen Phasen zeigt sich die Patientin jedoch ihrerseits als trotzig und rebellierend, so dass die Therapeutin im Prinzip durch die oben geschilderten Verhaltensweisen hierauf reagiert.

Hierdurch scheint für die Patientin die Möglichkeit, aus ihrem bisherigen maladaptiven Muster auszubrechen zu entstehen und die bisherigen Reaktionen ihrerseits zu ändern. Im Vergleich zum bisherigen abgeschotteten und teilweise herabsetzenden bis ignorierenden Verhalten kann sie neue Wege im Sinne eines zunehmend mitteilbaren und bestätigenden oder freundlicheren Verhaltens gehen. Offenbar wird also im Rahmen der Therapie ein neues Verhaltensmuster eingeübt. Diese Muster scheint sich schließlich auch im Leben der Patientin auf ihre wichtigste Bezugsperson, die Mutter zu übertragen. Sie kann sich ihr gegenüber anders verhalten als zuvor und das Verhalten der Mutter wird anscheinend ebenfalls positiv verändert, sie verhält sich mehr im Sinne des erwünschten Verhaltens seitens der Patientin. Deutlich sind hier auch die Veränderungen im Introjekt der Patientin zu erkennen, sie kann wesentlich weniger aggressiv und umsorgender mit sich selbst umgehen. Die Kurzzeittherapie scheint für die Patientin eine gute Erprobungsmöglichkeit für ihre Ablösung vom Elternhaus zu sein.

In der Therapie R.G. kommt es im Vergleich zur Therapie S.P. häufiger zu komplexen Äußerungen, die Patientin kombiniert auf der einen Seite häufig Aussagen hinsichtlich der intransitiven Ebene mit Aussagen über sich selbst, das Introjekt betreffend, auf der anderen Seite tauchen über komplexe Äußerungen herabsetzende bzw. anschuldigende Aspekte auf. So übt die Patientin offenbar für sie neue Verhaltensweisen ein. Zusammenfassend scheint also zum Zeitpunkt des Therapieendes eine messbar positive Veränderung eingetreten zu sein, die Patientin hegt einen besseren Umgang mit sich selbst und konnte in ihrem Umfeld neue Beziehungsmuster aufbauen. Aufgrund der fehlenden Nachbeobachtungsphase können über die weitere Entwicklung und Prognose leider keine Aussagen gemacht werden.

In der Therapie S.P. zeigt sich eine eher negative Introjektänderung. Ist es in den besten Zeiten in etwa unverändert, so zeigen sich bezüglich der schlechtesten Zeiten zwischenzeitlich autoaggressive Veränderungen und gegen Ende Züge der Selbstvernachlässigung.

In der therapeutischen Beziehung sieht sich der Patient auf der einen Seite als freundlich zugewandt und zunächst wenig, später stärker kontrollierend. Der Patient verhält sich im Sinne seines CMPs in kleinen Anteilen sowohl belehrend als auch vorwurfsvoll bis aggressiv, der Therapeut wird durch den Patienten sowohl als zu passiv bis hin zur Nichtbeachtung beschrieben als auch als kontrollierend und unfreundlich.

Aus Sicht des Therapeuten ergibt sich wiederum wiederholt die Notwendigkeit eines „Sich-Selbst-Behauptens“ gegenüber dem Patienten. Im Hinblick auf das CMP des Patienten finden sich die eben aufgeführten Verhaltensweisen wieder, auch hier ist das Verhalten des Patienten, gekennzeichnet durch belehrendes bzw. kontrollierendes Verhalten. Das Verhalten des Therapeuten spiegelt sich in Anteilen, nämlich im vom Patienten so empfundenen Übersehen seiner Person ebenfalls im CMP wieder (Cluster 1.8 übersehen, ignorieren). Die meisten Aussagen der Therapie betreffen in der Prozessanalyse seitens des Therapeuten die Cluster 1.2 (ermutigen, bestätigen) gefolgt von Cluster 1.4 (anleiten, bestärken), er folgt somit nicht den narzisstischen Erwartungen des Patienten nach Bewunderung (Cluster 1.3) und Unterordnung (Cluster 2.5). Es kommt also stellenweise zu einer Inszenierung des CMP jedoch offensichtlich zu keiner Entwicklung eines alternativen, benigneren zyklischen Verhaltensmusters.

Dies spiegelt sich auch im Verhalten gegenüber der Ehefrau wieder. Das Verhalten des Patienten gegenüber seiner Ehefrau ändert sich am Ende bzw. nach der Therapie nicht. Die einzigen Änderungen im Verlauf betreffen die Interdependenzebene, seitens der Frau zeigt sich zwischenzeitlich ein ignorierendes Verhalten dem Patienten gegenüber. Das heißt zusammenfassend ändert sich das Introjekt des Patienten eher negativ, die Selbstvernachlässigung nimmt zu und die übrigen Verhaltensweisen bleiben ähnlich wie zuvor. Die Beschwerdesymptomatik des Patienten bleibt letztlich auch unverändert, bis zur Zwei-Jahres-Katamnese bleiben die Beschwerden gleich und nehmen teilweise deutlich zu (erneuter Hörsturz, Schlafstörungen, zusätzliche körperliche Beschwerden). Der Patient scheint hierdurch einen sekundären Krankheitsgewinn zu haben, unter Anderem da er aufgrund seiner Erkrankung eine Berufsunfähigkeitsrente erreichen möchte.

5 Diskussion

5.1 Gegenüberstellung der Verläufe beider Therapien

In dieser Arbeit werden Fallbeschreibungen zweier Therapien von Patienten mit chronisch dekompensiertem Tinnitus, welche im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeittherapie Projektes entstanden sind, untersucht.

Die Kurzzeitpsychotherapien orientieren sich am Modell des zyklisch maladaptiven Musters (CMP) nach Strupp und Binder und umfassen 25 bis 30 Sitzungen, hier jeweils 25 Sitzungen.

Bei Therapiebeginn war die erste Patientin R.G. 25 Jahre alt, ledig und im Begriff, ihr Studium abzuschließen. Sie wuchs mit zwei älteren Schwester (+10 und +7) bei ihren Eltern auf. Ihre wichtigste emotionale Beziehung bestand jedoch zwischen ihr und ihren Großeltern, da beide Eltern ganztags berufstätig waren und die Großeltern im Haus lebten. Da eigentlich nur die älteste Schwester von ihren Eltern geplant war und sie selber eigentlich ein Junge werden sollte, war die Patientin sehr früh im Rahmen dieses Rollenkonfliktes sensibel hinsichtlich elterlicher Wünsche ihr gegenüber. Als sie 9 Jahre alt war, starb die Großmutter, die bis dahin ihre wichtigste Bezugsperson war. Nun entwickelte sie eine zwar sehr enge aber auch ambivalente Beziehung zu ihrer Mutter, da sie vorher mit der Mutter eher auf „Kriegsfuß“ stand. Die Mutter (59 Jahre alt, berentet) beschrieb sie als prüde und schamhaft, den Vater (65 Jahre alt, ebenfalls berentet) als egoistischen Einzelgänger, der emotional unsensibel mit seiner Umwelt umging. Die älteste Schwester war ihr gegenüber eher bemutternd. Zur mittleren Schwester, die vor einem Jahr aus dem Elternhaus ausgezogen war, hatte sie ein Verhältnis, das eher von Konkurrenz geprägt war. Zu Therapiebeginn litt die Patientin seit ca. 6 Monaten unter Tinnitus, Rausch- und Piepstönen, die bereits neurologisch, kieferorthopädisch und ohrenärztlich abgeklärt waren. Diese Ohrgeräusche führten bei der Patientin, die sich gerade im letzten Examen ihres Studiums befand, zu massiven Konzentrations- und Arbeitsstörungen. Weitere Probleme hatte die Patientin aufgrund starker Körpergewichtsschwankungen mit ihrer Familie, die sie ständig auf ihre momentane Pummeligkeit ansprachen und mit Männern. Die Patientin hatte bis dahin erst eine feste Beziehung mit einem Mann, in der sie sich aber nicht glücklich fühlte. Die aktuelle Konfliktsituation, die zur Symptombildung des Tinnitus führte, ergab sich aus der bevorstehenden Beendigung ihres Studiums und dem damit verbundenen Auszug aus dem Elternhaus und der Ablösung von den Eltern.

Der zweite Patient S.P. war bei Therapiebeginn 33 Jahre alt, verheiratet und von Beruf Musiker. Er wuchs mit einem älteren Bruder (+3 Jahre) bei seinen Eltern (Vater 62 Jahre alt, Kaufmann; Mutter 60 Jahre alt, Innenausstatterin) auf. Zur Mutter habe der Patient als Kind ein intensiveres Verhältnis als zum Vater, der wenig präsent und einseitig interessiert gewesen sei, gehabt. Insgesamt sei er in einer emotional eher kargen Umgebung aufgewachsen. Seine Eltern hätten keine glückliche Ehe gehabt, da Konflikte zwischen ihnen nicht ausgetragen werden konnten. Die Eltern seien immer daran interessiert gewesen, in eine höhere soziale Schicht aufzusteigen, weshalb sie ihre Kinder, der ältere Bruder ist von Beruf Arzt, immer präsentieren wollten. Sein älterer Bruder habe immer versucht, ihn auszunutzen und vor anderen schlecht zu machen, aus diesen Gründen hatte der Patient einige Zeit vor Therapiebeginn den Kontakt sowohl zu den Eltern als auch zum Bruder abgebrochen. Die Beziehung zu seiner Ehefrau, die von Beruf auch Musikerin sei, sei gut. Sie sei sehr verständnisvoll gegenüber den Beschwerden des Patienten und unterstütze ihn voll. Er beschreibt sie als willensstarke und selbstbewusste Frau. Der Patient selber hatte nach der Schule zunächst eine Ausbildung als Koch gemacht, da die Eltern gewünscht hatten, er solle einen ordentlichen Beruf erlernen. Nachdem er längere Zeit als Koch gearbeitet hatte, konnte er über ein Stipendium Musik studieren. Auslösende Situation für den Tinnitus sei ein Knalltrauma gewesen. Der Tinnitus bestand bei Behandlungsbeginn seit 5 Monaten und war in diesem Zeitraum permanent und in gleicher Intensität vorhanden gewesen. S.P. war durch das Ohrgeräusch derart beeinträchtigt, dass er seinen Beruf nicht weiter ausüben konnte. Weiterhin war seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit eingeschränkt und er litt unter Ein- und Durchschlafstörungen sowie Früherwachen. Der Patient sah sich bei Fortbestehen des Tinnitus nicht in der Lage, seinen Beruf als Musiker weiter auszuüben und war angesichts dieser Perspektive depressiv verstimmt.

Von zentraler Bedeutung für die Therapien, deren Analyse und Verlaufsbeurteilung ist der dynamische Fokus und das zyklisch maladaptive Muster (CMP; Tress et al., 1996). Das CMP wird hier durch den SASB Code (Benjamin, 1974) dargestellt. Es geht davon aus, dass psychische Probleme von Patienten bestimmten interpersonellen Verhaltensmustern zuzuordnen, selbstschädigend und sich selbst aufrechterhaltend sind. Diese Beziehungsmuster sind in der Vergangenheit geprägt und werden in aktuellen Beziehungen des Patienten zu seinem sozialen Umfeld neu inszeniert.

Laut CMP wünscht sich die Patientin R.G. Liebe und Unterstützung (Cluster 1.3, Cluster 1.4) fürchtet jedoch Zuwendung und Hilfe vorbei an ihren eigentlichen Interessen (Cluster 1.8) zu

erhalten. Liebevolle Annäherung versucht sie über kindliche bzw. pubertäre Verhaltensweisen zu erreichen, dies wird jedoch nicht erfüllt (Cluster 1.3/ 1.6/ 2.8). In Beziehung zur Therapeutin und den Eltern der Patientin schwankt sie zwischen Eigenständigkeit und Kompetenz auf der einen Seite (Cluster 2.1) und Anpassung auf der anderen Seite (Cluster 2.5). Seitens der Therapeutin und den Eltern erhält Patientin, aus ihrer Sicht vordergründige Liebe und Zuspruch ohne Bezug auf ihre eigenen Interessen (Cluster 1.3/ 1.8; Cluster 1.4/ 1.8); von Männern erfährt sie häufig Kränkungen (Cluster 1.6). Hinsichtlich des Introjekts schwanken eigene Wertschätzung (Cluster 3.3 /3.8) und Selbstkritik deutlich (Cluster 3.6 /3.8) sie lebt die eigene Weiblichkeit wenig (Cluster 3.8).

Patient S.P. erwartet Anerkennung und Liebe, die er beruflich durch seine Auftritte erreichen konnte (Cluster 1.3), die Erwartungshaltung an andere, sich ihm unterzuordnen wird in der aktuellen Situation nicht erfüllt (Cluster 2.5). er fühlt sich verachtet und als Person übersehen(Cluster 1.8). Sein Verhalten gegenüber den Anderen ist sowohl in der Therapie als auch in der Therapie vorwiegend freundlich-unterwürfig (2.4/2.5), teilweise aber auch kontrollierend. Vor allem im Konflikt mit seinem Nachbarn zeigen sich vorwurfsvoll-aggressive Verhaltenstendenzen (Cluster 1.7/2.6). Weiterhin hat er durch die Krankheit Kontrolle über andere (Cluster 1.5). Die Ehefrau, die selbstbewusst erscheint, unterstützt ihn (Cluster 1.4/1.8), der Nachbar, mit dem er in Konflikt steht, provoziert ihn (Cluster 1.7) Bezüglich des Introjekts kommt es zu ausgeprägten Wechseln zwischen Selbstverachtung beziehungsweise Selbstkritik und hohen Ansprüchen an sich selbst (Cluster 3.6/3.8) und Selbstachtung (Cluster 3.3).

Es gibt im Vergleich beider CMPs zwar einige Ähnlichkeiten, die Unterschiede überwiegen jedoch. In beiden Fällen sehnen sich die Patienten nach Liebe und Anerkennung, werden jedoch hierin übersehen bzw. im Fall von Patientin R.G. die Liebe und Anerkennung erhält, jedoch nicht richtig wahrgenommen wird. Im Gegensatz zur Patientin R.G. verhält sich Patient S.P. unterwürfiger und dabei vorwurfsvoller. Im Vergleich zu R.G. ist ein wesentlicher Unterschied der Wunsch von S.P., andere zu kontrollieren und die Erwartung eines ihm entgegengebrachten, unterordnenden Verhaltens. In Hinblick auf das Introjekt zeigt sich bei S.P. ein manchmal inadäquat hoher Selbstanspruch, der letztlich mit Selbstverachtung bei fehlender Erfüllung dieses Anspruchs einhergeht.

In der Therapie von Patient S.P. zeigt sich eine deutliche Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Tinnitus, durch die der Patient dem Tinnitus eine zunehmende zentrale und relativ

unbeeinflussbare Rolle zuordnet. Das Ohrgeräusch wird zur nahezu unabänderlichen Ursache für alle sich hieraus ergebenden Folgen. Die zunehmenden Schlafstörungen, die Arbeitslosigkeit und insbesondere die Unmöglichkeit, wieder im alten Beruf als Musiker zu arbeiten, werden immer wieder in direkten Zusammenhang mit dem Ohrgeräusch gebracht. Der Patient zeigt wenige Ansätze, diese Grundannahmen zu hinterfragen und alternative Lösungsmodelle zu entwickeln.

5.2 Die therapeutischen Beziehungen und die Introjekte im Verlauf

Besondere Aufmerksamkeit wurde in der vorliegenden Studie der jeweiligen Änderungen des Introjektes und der therapeutischen Beziehung, dargestellt anhand der INTREX-Befragung geschenkt.

In der Therapie der Patientin R.G. kam es im Therapieverlauf zu einer positiven Änderung des Introjekts im Sinne eines freundlicheren und weniger kontrollierten Umgangs der Patientin mit sich selbst (siehe Abb. 23).

Die therapeutische Beziehung änderte sich aus Patientensicht vor allen Dingen in Bezug auf ihr intransitives Verhalten in den besten und schlechtesten Zeiten gegenüber der Therapeutin. Zu Beginn der Therapie empfand sie sich noch als eher fügsam und leicht zu kränken beziehungsweise distanziert gegenüber der Therapeutin, im Verlauf beschrieb sie sich dann als eigenständiger und konnte sich vertrauensvoller auf die Therapeutin einlassen. Aus Sicht der Therapeutin zeigten sich punktuelle Änderungen in der therapeutischen Beziehung bezüglich ihres intransitiven Verhaltens gegenüber der Patientin in den schlechtesten Zeiten. Sie beschrieb sich, im Gegensatz zu den übrigen Sitzungen in der ersten und letzten Sitzung als weniger selbstständig auftretend und eher fügsam. In Sitzung 16 und 20 beschreibt die Therapeutin die Patientin als vergleichsweise deutlich eigenständig und direktiv beziehungsweise dominant.

In der Therapie von Patient S.P. zeigten sich eine negative Änderungen des Introjekts im Verlauf. Insbesondere in den schlechtesten Zeiten war das Verhalten des Patienten sich selbst gegenüber geprägt von zwischenzeitlicher Autoaggression und dann zuletzt bestehender Selbstvernachlässigung. Es kam also zu keiner stabilen positiven sondern letztlich zu einer negativen Introjektänderung (siehe Abb. 41).

Im Vergleich der therapeutischen Beziehungen fällt zunächst auf, dass sie in der Therapie von Patient S.P. auf Patienten- und Therapeutenseite durch wesentlich mehr Schwankungen als in

der Therapie von Patientin R.G. gekennzeichnet ist. Es zeigten sich aus Patientensicht wesentliche Änderungen bezüglich beider Foci und der jeweiligen Interdependenz und Affiliation, er befindet sich offensichtlich in einem ständigen Wechsel zwischen Unterwerfung und Dominanz. Der Therapeut beschreibt sich andererseits in Beziehung zum Patienten in ähnlichem Muster. Er wird zwischenzeitlich vom Patienten dominiert und versucht offenbar sich im Verlauf zu widersetzen beziehungsweise den Patienten zu dominieren, insbesondere in den schlechtesten Zeiten beschreibt sich der Therapeut sowohl transitiv als auch intransitiv als zunehmend disaffiliativ.

5.3 Entwicklung von Hypothesen und Interpretation der Ergebnisse

Die in der Studie untersuchten Patienten unterschieden sich bei gleicher Symptombildung, dem Tinnitus bezüglich ihrer jeweiligen psychischen Komorbidität. Sowohl in biografischer Hinsicht als auch in der Therapie zeigten sich deutliche Unterschiede. Patientin R.G. befand sich offensichtlich einer verspäteten Adoleszenzkrise im Rahmen der Ablösesituation vom Elternhaus, diese Interpretation lag aufgrund eines vorher nicht vollständig gelösten intrafamiliären Rollenkonflikts und dem nun anstehenden Auszug aus dem Elternhaus nah. Die für solch eine Identitätskrise typischen Verhaltensmuster zur Erprobung einer neuen Rolle (Protestieren, aggressive Abgrenzung, etc.) zeigten sich dann auch im Therapieverlauf. Patient S.P. hingegen wuchs in einer emotional kargen Umgebung auf und konnte Liebe, Lob und Anerkennung häufig nur über zum Beispiel Leistung bekommen. Die sich nun ergebende Vermutung einer möglichen narzisstischen Störung lag eben durch diese, typischerweise bei narzisstischen Patienten auftretenden Beziehungsmuster und letztlich durch die in der therapeutischen Beziehung auftretenden, ebenfalls für narzisstische Patienten typischen Interaktionsmuster nah.

So kam es in der therapeutischen Beziehung der Therapie von Patient S.P., wie oben beschrieben zu ausgeprägten Schwankungen bezüglich der Affiliation und der Interdependenz. Es zeigten sich die für diese Persönlichkeitsstörung spezifischen Verhaltensmuster beziehungsweise die pathologische Objektbeziehung auch in der therapeutischen Beziehung.

War die therapeutische Beziehung in den ersten Stunden zwar größtenteils gekennzeichnet durch eine insgesamt freundliche Atmosphäre, so verwendete der Patient schon in Stunde 2 die disaffiliativen Cluster 1.5 (1 %) und 1.6 (0,3 %) in geringem Ausmaß. In der vierten Stunde zeigte sich dann Cluster 1.5 (steuern und kontrollieren) in 1,7 % der Äußerungen. In der achten

Stunde äußerte sich der Therapeut vergleichsweise häufiger direktiv über Cluster 1.4 (40 % versus 14,5 % in Stunde 4), der Patient reagierte indem er sich häufiger fügte und über Cluster 2.4 reagierte (19 % versus 8,6 % in Stunde 4). Zudem verwendete der Patient Cluster 2,6 und Cluster 2,8 mit jeweils 0,4 %, und Cluster 1.5 in 0,7 % der Fälle. Auch in der zwölften Stunde traten in geringem Prozentsatz auf Seite des Patienten wieder disaffiliative Cluster auf (Cluster 2.8 mit 0,7 % Cluster 1.5 mit 0,7 %). Der Therapeut agierte in geringem Maße über Cluster 2.1 (0,4 %) und behauptete sich so gegenüber dem Patienten. In der sechzehnten Stunde reagierte der Patient dann in 0,4 % der Fälle über Cluster 1.8, in 0,8 % über Cluster 2.8 und in 0,4 % Cluster 1.5. Komplementär hierzu zeigen sich Auffälligkeiten in der jeweiligen INTREX-Befragung der 16. Stunde. Aus Sicht des Patienten bezüglich des intransitiven Therapeutenverhaltens in den schlechtesten Zeiten zeigt sich ein drastischer Anstieg des ATK Wertes von zuvor -304 auf 715. Er empfand den Therapeuten als zunehmend distanziert.

In den folgenden Sitzungen versuchte der Patient in gleichen Anteilen wie bisher über Cluster 1.5 den Therapeuten zu dominieren. Dieser Verlauf ist, wie oben beschrieben auch analog in den INTREX Befragungen festzustellen. Es traten immer wieder die typischen Verhaltensmuster (Dominanz und Entwertung des Therapeuten im Wechsel mit unterwürfigem Verhalten und Rückzug) auf Seite des Patienten auf, der Therapeut seinerseits reagierte indem er sich gegenüber dem Patienten behauptete und sich gegenüber ihm abschottete (2.1/2.8). Er reagierte dem CMP entsprechend und erfüllte so die befürchteten Patientenerwartungen (Übersehenwerden, nicht erfolgte Unterwerfung des Therapeuten).

In der Therapie R.G. fiel zunächst auf, dass die Therapeutin sich häufiger über Cluster 1.4 (insgesamt 49 %) als der Therapeut von Patient S.P. (insgesamt 24 %) äußerte. Zudem traten disaffiliative Cluster seitens der Patientin insgesamt weniger häufig auf (Cluster 1.5 insgesamt 0,6 %; 1.6 insgesamt 0,1 %; 2.6 insgesamt 0,1 %) und die Patientin äußerte sich vergleichsweise häufiger über die Introjektebe (Cluster 3.3, 3.5 und 3.6 mit jeweils 0,03 %; Cluster 3.4 mit 0,1 %). In der ersten Stunde herrschte insgesamt eine freundlich affiliative Atmosphäre, disaffiliative Cluster traten nicht auf und die Therapeutin äußert sich in 3,2 % der Fälle über Cluster 2.4 (vertrauensvoll sich verbinden, freundlich sich fügen). In der neunten Stunde agierte die Patientin dann in geringem Maß über die Cluster 1.5 (kontrollieren, anordnen, 1 %), Cluster 1.6 (herabsetzen, beschuldigen, 1,3 %), Cluster 2.6 (beleidigt sein, sich rechtfertigen). Ebenso trat erneut Cluster 3.4 (0,3 %) auf. Auffällig war noch die Verwendung von Cluster 2.6 (Stunde 21: 0,4 %, Stunde 25: 0,6 %) durch die Patientin und die Verwendung von Cluster 1.5 (Stunde 25: 2,9 %) durch die Therapeutin. Die INTREX

Befragung bezüglich der therapeutischen Beziehung zeigen die oben aufgeführten, korrespondierenden Veränderungen.

Im Gegensatz zur Therapie von S.P. kam es hier zu einer positiven Änderung des Introjekts.

Zudem besserte sich im Therapieverlauf das Verhältnis von Patientin R.G. zu ihrer Mutter. Sie verhielt sich beispielsweise in Bezug auf ihr intransitives Verhalten der Mutter gegenüber in den schlechtesten Zeiten bei Therapiebeginn intransitiv distanziert und eigenständig (Std. 8 ATK: 715; CON: -839). Im weiteren Verlauf änderte sich dies durch eine Abnahme der aversiven Verhaltenskomponente und einer leichten Abnahme der Kontrollwerte (Std. 12 ATK: -502; CON: -698). Ab Stunde 16 hatte sich dann das anfängliche Verhältnis wesentlich geändert. Die Patientin trat der Mutter gegenüber mitteilbarer und freundlicher gegenüber. Es kam zu einer Änderung der Quadranten von 2.4 nach 2.1 und 2.2. Dieses Verhältnis bestand auch noch bei Therapieende.

Beide Therapien unterschieden sich also wesentlich in Prozess und Ergebnis.

Im Therapieverlauf zeigten sich die oben im Detail geschilderten unterschiedlichen Verhaltensmuster innerhalb der therapeutischen Beziehungen.

Zusammenfassend war die Therapie von Patientin R.G. geprägt von mehr Konstanz, Anteiligen Äußerungen über die Introjektenebene und deutlich weniger beziehungsweise lediglich punktuell auftretenden disaffiliativen Clustern. Es kam zwischenzeitlich zu Episoden, in denen die Patientin versuchte sich gegenüber der Therapeutin zu behaupten indem sie Ihrerseits die steuernde Rolle (Cluster 1.5) übernahm, zudem äußerte sie sich zwischenzeitlich über die Kombination aus Cluster 1.5, 1.6 und 2.6. In Zusammenhang mit der aktuellen Ablösesituation und einem offenbar zugrunde liegenden, bisher noch nicht gelöstem Identitätskonflikt der Patientin konnte sie so im Rahmen der Therapie diesen anscheinend gut bearbeiten beziehungsweise lösen. Dies zeigte sich schließlich in einer positiven Introjektänderung. Auch das Verhältnis zur Mutter, das sicherlich elementar wichtig in Zusammenhang mit ihrem Identitätskonflikt war, besserte sich im Verlauf der Therapie.

Im Gegensatz hierzu kam es in der Therapie von Patient S.P. zu einem eher wechselhaften und inkonstanten Verlauf in der therapeutischen Beziehung. Der Patient versuchte unterschiedlich stark in jeder Sitzung den Therapeuten zu dominieren und zu kontrollieren. Dies trat gepaart auf mit teilweise entwertendem, beziehungsweise disaffiliativem Verhalten auf.

Betrachtet man nun die hier gesehenen Unterschiede in Therapieverlauf und therapeutischen Beziehungsprozess verglichen mit den CMP's und den geschilderten Beziehungserfahrungen der Patienten so scheinen sich insbesondere in der Therapie S.P. die aufgrund seiner Persönlichkeitsstörung typischen maladaptive Beziehungsmuster zwischen Therapeut und Patient entwickeln zu müssen, dem Patienten scheint es nur in geringem Maße möglich diese Muster zu verlassen und dem Therapeuten wird, bei oberflächlicher Betrachtung der Interaktionen offenbar die Möglichkeit genommen flexibel beziehungsweise alternativ zu reagieren, hier scheinen sich jedoch bei genauerer Betrachtung aufgrund der Beziehungsqualität komplexe Interaktionen zwischen Therapeut und Patient zu ergeben. Die wesentlichen Beziehungsaspekte zwischen Therapeut und Patient in diesem Fall wurden von Benjamin (1987) für das SASB Model formuliert. So besteht bei Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung ein starker Anspruch andere zu kontrollieren und zu dominieren (Cluster 1.5) bei gleichzeitig bestehendem Bedürfnis nach Bewunderung und Unterwerfung seitens des Therapeuten (Cluster 1.3 und 2.5), bleiben diese aus, so resultiert aufgrund frustrierender Befriedigung vorbestehender maladaptiver Muster innere Leere (3.8) und Schuldgefühle (3.6). Dies zeigte sich auch bei Patient S.P. (siehe Abb. 41). Benjamin beschreibt ebenfalls, dass es wichtig ist dem Patienten ein gewisses Maß an Kontrolle über die Therapie zu überlassen. Dies war gut zu erkennen in der verhältnismäßig häufigeren Verwendung von Cluster 1.2 (verstehen, ermuntern) seitens des Therapeuten verglichen mit Therapie R.G. (hier häufiger Verwendung von Cluster 1.4 anleiten, unterstützen). Der Therapeut sollte laut Benjamin nun dem Patienten gegenüber in wohl dosierter Form sozusagen unwillkommen reagieren, indem er sich eben nicht ständig unterwirft und auf ein erhöhtes beziehungsweise unrealistisches Maß an Bewunderung verzichtet um dem Patienten stattdessen in angemessener Weise wertschätzend gegenüberzutreten. Dies kann jedoch, da der narzisstische Patient sich in diesem Fall durch den Therapeuten ignoriert beziehungsweise sich in seinem starken Bedürfnis nach Bewunderung übersehen fühlt in Schuldgefühl (Cluster 3.6) und innerer Leere (Cluster 3.8) münden und er kann, wie hier teilweise geschehen mit Angriff und Ignoranz (Cluster 1.7/1.8) und Rückzug (Cluster 2.7/2.8) reagieren.

Der interpersonelle Prozess in der Therapie von Patientin R.G. unterschied sich somit deutlich hiervon. Es zeigte sich lediglich ein punktuell Aufbegehren gegenüber der Therapeutin.

Es zeigten sich also in beiden Therapieprozessen unterschiedliche, der zugrunde liegenden Komorbidität entsprechende Interaktionen zwischen Patient und Therapeut. Dies könnte letztlich auch zu den gefundenen Unterschieden im Ergebnis geführt haben. In diesem

Zusammenhang kritisch zu bewerten ist jedoch inwieweit die gefundenen Verbesserungen bei Patientin R.G. dauerhaft waren und wie die fehlende Teilnahme der Patientin an der Nachbeobachtungsphase zu bewerten ist.

Hypothetisch lässt sich also folgender Zusammenhang vermuten:

Die Qualität der zugrunde liegenden Komorbidität beeinflusst die Therapie in Verlauf und Ergebnis entscheidend.

Analog zu den oben geschilderten Unterschieden im interpersonellen Prozess stellt sich nun die Frage welchen Einfluss das Niveau der jeweiligen psychischen Struktur der Patienten im Therapieverlauf hatte.

Zunächst wird nun der Begriff der psychischen Struktur näher erläutert. Dann wird anhand der gefundenen Ergebnisse aufgezeigt wie die psychische Struktur der Patienten dokumentiert und operationalisiert wurde. Schließlich wird anhand der gefundenen Ergebnisse die aufgestellte Hypothese überprüft.

Psychische Struktur wird verstanden als eine für den Einzelnen typische Disposition des Erlebens und Verhaltens. Seine bereitliegenden strukturellen Muster manifestieren sich im interaktionellen Handeln, das heißt dass die vom Patienten in der diagnostischen Beziehung inszenierten Interaktionen und die von ihm berichteten Interaktionen seines Lebens das „Material“ darstellen, welches es unter strukturellen Gesichtspunkten zu untersuchen gilt. In der modernen Differenzierung psychoanalytischer Konzepte wurden zunehmend Begriffe wie „das Ich“, „das Selbst“, und „die Objektbeziehungen“ unter strukturellen Gesichtspunkten betrachtet. Es geht dabei vor allem um die Entwicklungspsychologie dieser Strukturen, das heißt um Prozesse der zunehmenden Differenzierung und Integration des Selbst in seinen Beziehungen zu den Objekten und um die Analyse der geschichtlichen Beziehungserfahrungen, welche die aktuellen Beziehungsmuster begründen beziehungsweise aufrechterhalten. Gegenstand der Analyse zur Beschreibung der psychischen Struktur ist also die Struktur des Selbst in Beziehung zum anderen. Beschrieben wird dies anhand sechs beobachtbarer Funktionen: Der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und der Fähigkeit zur Bindung (Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2 2009). Die psychische Struktur konnten in dieser Studie daher im Rahmen der Interviews (inkl. Katamnesen), bei Betrachtung der interpersonellen Beziehungsmuster durch die SASB Methode und in den Antworten zu Tests, welche generell Objektbeziehungsmuster untersuchen (z.B. Narzissmus Inventar,

Gießen Test, Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme) gefunden und operationalisiert werden.

Da die Patientin R.G. wie gesagt an der posttherapeutischen Beobachtungsphase nicht teilnehmen können hier zumindest zu den oben genannten Testbefragungen nur Einzelbewertungen vorgenommen werden. Es zeigten sich in der Therapie R.G. folgende Auffälligkeiten: im Gießen Test beschrieb sich die Patientin zunächst auf der Dominanzskala eher dominant als gefügig (1. Befragung: Wert 20, T Wert 38; 2. Befragung: Wert 23, T Wert 44), die übrigen Werte lagen im Normbereich, in der zweiten Befragung beschrieb sich die Patientin dann eher unkontrolliert als überkontrolliert (1. Befragung: Wert: 22, T Wert: 42; 2. Befragung: Wert 17, T Wert 32), weiterhin beschrieb sie sich eher sozial impotent verglichen mit der vorausgegangenen Befragung (1. Befragung: Wert: 16, T Wert: 44; 2. Befragung: Wert 27, T Wert 64). Im Narzissmus Inventar zeigte sich als wesentlichste Auffälligkeit ein hoher Wert für die Skala Gier nach Lob und Bestätigung (GLB) im Vergleich mit gesunden weiblichen Probanden (T Wert: 69) und für das Basale Hoffnungspotential (T Wert 34). Die übrigen Werte lagen im Normbereich. Weitere Testergebnisse lagen leider nicht vor. Beziehungsmuster innerhalb der therapeutischen Beziehung waren insgesamt, wie oben bereits im Detail geschildert affiliativer und flexibler als in der Therapie von Patient S.P, die psychische Struktur der Patientin war gut integriert.

In der Therapie von Patient S.P. zeigten sich in den jeweiligen Testbefragungen einige Auffälligkeiten die auf ein mäßig integriertes Strukturniveau hindeuteten. Es fielen im Rahmen der Gießen Test Befragung durch den Patienten folgende Werte auf: der Patient sah sich zunächst eher als dominant denn gefügig (Befragung Anfang: Wert 17, T-Wert: 32), dies blieb in den weiteren Befragungen dann ähnlich, lediglich in den letzten Befragungen sah sich der Patient eher ausgeglichen zwischen den beiden Polen Dominanz und Gefügigkeit. Er beschrieb sich zudem im Rahmen der 1 Jahres Katamnese zunehmend depressiv (Wert 33, T Wert 70). Bezüglich der Beurteilung des Patienten durch verschiedene Therapeuten zeigten sich ebenfalls interessante Veränderungen. So wurde der Patient in unterschiedlichem Ausmaß und mit wechselnd wahrgenommener Intensität insgesamt als eher dominant (Befragung Ende: Wert 11, T Wert 19), überkontrolliert (Befragung Anfang: Wert: 35, T Wert: 69) und retentiv (Befragung Ende: Wert: 32, T Wert: 67) beschrieben. Die vom Patienten nach der Therapie beschriebene zunehmende Depressivität wurde durch die Therapeutenbefragung in der 1 Jahres Katamnese bestätigt (Hypomanisch-Depressiv: Wert 30, T Wert 65). Im Narzissmus Inventar verglichen mit gesunden männlichen Probanden zeigten sich als deutlichste Auffälligkeiten in

einer tendenziellen Zunahme der Werte für die Skala Ohnmächtiges Selbst (OHS; Anfang: 55, Ende: 72, zwölf Monate Katamnese: 65), Größenselbst (GRS; Anfang: 40, Ende: 20, sechs Monate Katamnese: 29, zwölf Monate Katamnese: 28), Basales Hoffnungspotential (BAH; Anfang: 42, Ende: 30, sechs Monate Katamnese: 29, zwölf Monate Katamnese: 21), Narzisstischer Krankheitsgewinn (NAK; sechs Monate Katamnese: 49, zwölf Monate Katamnese: 97).

Zusammenfassend ergaben sich bei Patient S.P. in mehreren Bereichen Hinweise auf ein mäßig integriertes Strukturniveau. So zeigt sich als Hinweis auf eingeschränkte Fähigkeiten zur Selbstwahrnehmung bei Betrachtung seiner Introjektentwicklung, dokumentiert in der entsprechenden INTREX-Befragung anhand zwischenzeitlich hoher Ausschläge für die ATK und CON Werte (siehe Abb. 41), dass er zu Autoaggression beziehungsweise Selbstentwertung neigt und ambivalente Tendenzen zwischen hoher Selbstkontrolle im Wechsel mit Selbstvernachlässigung vorliegen. Innerhalb der therapeutischen Beziehung zeigten sich regelmäßig in fast jeder Sitzung sowohl disaffiliative Cluster (1.6, 2.6, 2.8.) als auch ständig Cluster 1.5 als Hinweis auf eingeschränkte Fähigkeiten zur Selbststeuerung, Kommunikation und Bindung. Bereits im Rahmen des Erstinterviews zeigte sich als Hinweis auf ein überzogenes Ich-Ideal, dass der Patient stark leistungsbezogen, intellektualisierend und perfektionistisch „veranlagt“ war. In diesem Zusammenhang wichtig zu erwähnen ist, dass durch Lorna Smith-Benjamin narzisstische Zustände operationalisiert und in die SASB Sprache übersetzt wurden (1987). Die 4 beschriebenen Positionen sind:

1. die narzisstische Ausgangslage, die sich im SASB über absolute Kontrolle (1.5) verbunden mit eigenständiger Selbstbehauptung (2.1) bei unrealistischer Selbstliebe (3.3./3.8) und Verachtung anderer äußert (1.6).
2. der narzisstische Patient, der kritisiert oder in seinen Bedürfnissen ignoriert wird. Im SASB zeigen sich hier Schuldgefühle (3.6) und innere Leere (3.8). Reaktionen hierauf können dann Angriff (1.7) oder Rückzug (2.7) sein
3. der narzisstische Patient der idealisiert. Hier behandelt der Patient andere so wie er es sich für sich wünscht indem er sie bewundert (1.3/1.8) und sich ihnen unterwirft (2.5)
4. Die Erwartungen des narzisstischen Patienten an andere sind Bewunderung (1.3/1.8) und Unterwerfung (2.5).

Betrachtet man nun den Therapieverlauf anhand der Kommunikation zwischen Therapeut und Patient so zeigen sich die strukturell bedingt eingeschränkten, und gewissermaßen starren Kommunikationsmuster auf Seite des Patienten (regelmäßiges Vorkommen disaffiliativer und kontrollierender Cluster) und die Reaktionen des Therapeuten (Versuch Eigenständigkeit zu behaupten, zunehmende Distanzierung gegenüber dem Patienten, z.B. Cluster 2.1, Zunahme der CON und ATK Werte im INTREX, siehe auch entsprechenden Abbildungen bezüglich der therapeutischen Beziehung). In der Betrachtung der Therapieergebnisse zeigt sich eine negative Introjektänderung und eine Zunahme der empfundenen Depressivität, das heißt letztlich eine negative Entwicklung innerhalb und nach der Therapie. Es ergeben sich also Hinweise darauf, dass das mäßig integrierte Strukturniveau des Patienten wesentlich zu den gefundenen Entwicklungen beigetragen hat. Um diesen Einfluss letztlich eindeutiger klären zu können sollte dies anhand weiterer Studien mit expliziter Fragestellung überprüft werden. Hypothetisch könnte also nach dieser Betrachtungsweise folgender Zusammenhang eine wesentliche Rolle spielen.

Ein niedriges Niveau der jeweiligen psychischen Struktur führt zu komplizierten Therapieverläufen und erschwert die therapeutische Beziehung.

Beide Patienten glichen sich in ihrer vordergründigen Symptombildung, dem Tinnitus. Sie unterschieden sich jedoch wie bereits erwähnt unter anderem durch ihre psychische Komorbidität.

Im Fall von Patientin R.G. war es offensichtlich im Vorfeld der Erkrankung nicht zu einer ausreichenden Identitätsbildung und Persönlichkeitsreifung gekommen. Da der Abschluss ihres Studiums kurz bevor stand musste sich die Patientin nun sozusagen beschleunigt mit diesem Rollenkonflikt auseinandersetzen und es kam zur Symptombildung.

Patient S. P. von Beruf Musiker, erlitt während einer Aufführung ein Knalltrauma, das zum Ohrgeräusch führte, in weiterer Folge war der Patient arbeitsunfähig und litt unter massiven Schlafstörungen und Depressionen.

Betrachtet man nun die CMP's der Patienten so fallen deutliche Unterschiede auf.

Patientin R.G. hatte bisher viel Liebe und Zuneigung durch Ihre Großeltern und Eltern erfahren, die sie hierdurch gewissermaßen kleingehalten hatten da sie Zuneigung eher vorbei an ihren eigentlichen Interessen erhielt. Im Gegensatz hierzu war Patient S.P. in einem emotional kargen Umfeld aufgewachsen, er hatte wenig Bestätigung oder Liebe und

Zuneigung erfahren und hatte Anerkennung stets über Leistung generiert. So waren seine Erwartungen an andere auch laut CMP Bewunderung zu erhalten und sich ihm zu unterwerfen (Cluster 1.3/2.5).

Beide Patienten kamen zur Kurzzeittherapie weil sie massiv unter ihren Ohrgeräuschen und den damit verbundenen Erkrankungsfolgen litten und diese offenbar nur wenig bewältigen konnten. Da zum Verständnis des Bewältigungsvermögens die Kenntnis der zugrunde liegenden psychischen Konflikte essentiell wichtig ist stellt sich nun die Frage welche psychodynamische Funktion der Tinnitus beider Patienten hatte.

Belastungsfaktoren die anscheinend deutlichen Einfluss auf die Symptombildung Tinnitus bei Patientin R.G. hatten waren wie gesagt eine offenbar unzureichend gelöste und verspätete Adoleszenzkrise und der bevorstehende Abschluss des Studiums. In der Therapie schien die Patientin nun diese Konflikte quasi stellvertretend für das familiäre Umfeld mit der Therapeutin gut bearbeiten zu können indem die Therapeutin „...häufig in die Rolle der Mutter einer pubertierenden Tochter, die ihr auf der Nase herumtanzt geriet“ (Epikrise). Im SASB war diese Funktionalität anhand der punktuell auftretenden Cluster 1.5, 1.6, 2.6 seitens der Patientin und anhand des punktuell in der 25. Sitzung auftretenden Cluster 1.5 seitens der Therapeutin und anhand der insgesamt häufigen Verwendung von Cluster 1.4 zu erkennen. Offensichtlich konnte der zugrunde liegende Konflikt, die Identitätskrise gut bearbeitet beziehungsweise ausgelebt werden, dies könnte potentiell auch eine bessere Bewältigungsfähigkeit bezogen auf den Tinnitus bedeuten. Hinweise hierfür zeigte die im Verlauf stattgefunden positive Introjektänderung und das sich geänderte Verhältnis gegenüber der Mutter, das nun eigenständiger und von weniger aggressiven Tendenzen geprägt war (siehe hierzu auch die entsprechenden INTREX Befragungen). Fraglich und daher offen zu bewerten ist ob die gefundenen Veränderungen weiterhin stabil waren da die Patientin nicht an der Nachbeobachtung teilnahm. Im Falle der Therapie von Patient S.P. bestand eine andere Psychodynamik. Er war aufgrund seiner entwicklungsgeschichtlichen, primären Beziehungen zu seinen Eltern und seinem Bruder, die wie er im Rahmen des Erstinterviews berichtete von emotionaler Kälte, wenig Empathie und hohen Leistungsansprüchen gekennzeichnet waren auf ständige Bewunderung und Anerkennung durch andere angewiesen (siehe auch CMP, Patient S.P.). Nun konnte er durch das Ohrgeräusch seinem Beruf als Musiker nicht mehr nachgehen, daher fehlte das hohe Maß an Bewunderung und Anerkennung durch die Auftritte, im Gegenzug hierzu erhielt er durch die Ehefrau viel Zuneigung (Cluster 1.3, Erstinterview: „...zur Zeit sei sie häufig zu Hause und verhalte sich sehr verständnisvoll gegenüber dem

Patienten und seinen Beschwerden“). Im weiteren Verlauf zeigte sich im Narzissmus Inventar zur 1 Jahres Katamnese eine massive Zunahme des narzisstischen Krankheitsgewinns (T Wert 97).

Im Verlauf der Therapie konnte der Patient, bezogen auf die oben erwähnte Beschreibung der narzisstischen Zustände im SASB beispielsweise Position 3 (Bewunderung bei gleichzeitiger Unterwerfung, Cluster 1.3/1.8 und Cluster 2.5) gegenüber seiner Ehefrau einnehmen. (Halbjahreskatamnese: „...Die neue Arbeitsteilung des Ehepaars sei derart, dass seine Frau im Rampenlicht stehe, und er ihr in der Kulisse den Rücken freihalte. Er sei für das Praktische verantwortlich, während seine Frau ganz auf die Kunst festgelegt sei. Deshalb spiele seine Frau auch auf Wimbledon-Niveau (1.3/1.8), er selbst jedoch nur in der Kreisklasse (2.5). Was zu einer Verbesserung der Beziehung führte (Halbjahreskatamnese: „...Mit der neuerlichen Aufgabenteilung habe sich die Beziehung auch wieder zum Besseren gewendet. Vorher sei er zeitweilig sehr ungerecht und gereizt gegenüber seiner Ehefrau gewesen.“). Es scheint als habe das Ohrgeräusch und die damit assoziierten Folgen nun eine zentrale Funktion im maladaptiven Beziehungsmuster übernommen, das nun so aufrechterhalten werden kann. Der Tinnitus und die damit verbundenen Beeinträchtigungen erfüllen offenbar einen wichtigen Zweck für Patient S.P. Es scheint hier zur Erfüllung starker, oraler Bedürfnisse nach Aufmerksamkeit, Fürsorge und letztlich Beachtung zu kommen und er scheint die ihm vertrauten, maladaptiven Beziehungsmuster aufrecht erhalten, was letztlich zu folgender hypothetischer Überlegung führt:

Wird durch Tinnitus eine vorbestehende, maladaptive psychodynamische Funktion erhalten, so führt dies zu einer weiteren Chronifizierung der direkten und indirekt assoziierten Erkrankungsfolgen

Diese Erfahrungen an Einzelfallstudien sind an größeren Stichproben zu überprüfen, wobei randomisiert verschieden Therapieansätze verglichen werden sollten. Die eingesetzte Methodik erweist sich als gut geeignet um Therapieprozess und Ergebnis abzubilden. In diesem Zusammenhang kritisch zu sehen ist die teilweise lückenhafte Datenlage bei Patientin R.G. Im Rahmen weiterer Untersuchungen wäre es sicherlich sinnvoll ausführliche Untersuchungsdaten mit ausreichend langen Nachbeobachtungsphasen und entsprechenden Fallzahlen zu erheben um letztlich eindeutige Aussagen, auch über dauerhafte Therapieerfolge der Kurzzeittherapien bei chronisch dekompenzierten Tinnitus machen zu können.

6 Literaturverzeichnis

- ANDERSSON, G., KALDO-SANDSTRÖM, V., STRÖM, L., STRÖMGREN, T. (2003): INTERNET ADMINISTRATION OF THE HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE IN A SAMPLE OF TINNITUS PATIENTS. IN: JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH VOL. 55(3): S.259-262.
- ARBEITSKREIS OPERATIONALISIERTE PSYCHODYNAMISCHE DIAGNOSTIK, OPD 2 (HRSG.;2009): OPERATIONALISIERTE PSYCHODYNAMISCHE DIAGNOSTIK, VERLAG HANS HUBER, BERN, STUTTGART, WIEN.
- BALDO, P., DOREE, C., LAZZARINI R., MOLIN, P., MCFERRAN, D.J. (2006): ANTIDEPRESSANTS FOR PATIENTS WITH TINNITUS. COCHRANE DATABASE SYSTEM REVIEW, CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO, AVIANO, ITALIEN.
- BAUER, C. A., BROZOSKI, T. J. (2010): EFFECT OF TINNITUS RETRAINING THERAPY ON THE LOUDNESS AND ANNOYANCE OF TINNITUS: A CONTROLLED TRIAL. IN: EAR AND HEARING JOURNAL, VOL. 32, ISSUE 2, S. 145-155.
- BECKMANN, D., BRÄHLER, E., RICHTER H. E. (1983): DER GIEBEN TEST (GT): EIN TEST FÜR INDIVIDUAL- UND GRUPPENDIAGNOSTIK. VERLAG HANS HUBER; BERN; STUTTGART, WIEN.
- BENJAMIN, L. S.
(1974): STRUCTURAL ANALYSIS OF SOCIAL BEHAVIOR. IN: PSYCHOLOGICAL REVIEW (JOURNAL) 81 (5), S.392-425.
(1982): USE OF STRUCTURAL ANALYSIS OF BEHAVIOR (SASB) TO GUIDE INTERVENTION IN PSYCHOTHERAPY. IN: ANCHIN JC, KIESLER DJ (HRSG.) HANDBOOK OF INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY, PERGAMON PRESS, NEW YORK, S.192-212.
(1984): PRINCIPLES OF PREDICTION USING STRUCTURAL ANALYSIS OF SOCIAL BEHAVIOR. IN: ZUCKER RA, ARONOFF J, RABIN AJ (HRSG.) PERSONALITY AND THE PREDICTION OF BEHAVIOUR. ACADEMIC PRESS NEW YORK, S. 121-173.
(1987): USE OF THE SASB DIMENSIONAL MODEL TO DEVELOP TREATMENT PLANS FOR PERSONALITY DISORDERS: I. NARCISSISM. IN: JOURNAL OF PERSONALITY DISORDERS 1: 43-70.
- BIESINGER E., HEIDEN, C., GREIMEL, V., LENDEL, T., HÖING, R, ALBEGGER, K (1998): STRATEGIEN IN DER AMBULANTEN BEHANDLUNG DES TINNITUS. IN: HNO (FACHZEITSCHRIFT) VOL 46, NR. 2, S. 157-169.
- CAFFIER, P.P., HAUPT, H., SCHERER, M, MAZUREK, B. (2006): OUTCOMES OF LONG-TERM OUTPATIENT TINNITUS-COPING THERAPY: PSYCHOMETRIC CHANGES AND VALUE OF TINNITUS-CONTROL INSTRUMENTS. IN: EAR AND HEARING (JOURNAL), VOL. 12, ISSUE 2, S. 132-140.
- CRUMMER, R.W., GHINWA, A. H. (2004): DIAGNOSTIC APPROACH TO TINNITUS. IN: AMERICAN FAMILY PHYSICIAN (JOURNAL), VOL. 69, ISSUE 1, S. 120-126.
- DENEKE, F.W. , HILGENSTOCK, B. (1988): DAS NARZIßMUSINVENTAR-HANDBUCH, VERLAG HANS HUBER, BERN, STUTTGART, WIEN.

- DEROGATIS, L.R. (1977): ADMINISTRATION, SCORING AND PROCEDURES. MANUAL, JOHN HOPKINS UNIVERSITY PRESS, BALTIMORE.
- ENDICOTT, J., SPITZER, R.L., FLEISS, J.L., COHEN, J. (1976): THE GLOBAL ASSESSMENT SCALE: A PROCEDURE FOR MEASURING OVERALL SEVERITY OF PSYCHIATRIC DISTURBANCE. IN: ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY (JOURNAL), 33, 766-771.
- FRANKE, G.H. (1995): DIE SYMPTOM-CHECK-LISTE VON DEROGATIS. DEUTSCHE VERSION, MANUAL, BELTZ VERLAG, GÖTTINGEN.
- GEORGIEWA, P., KLAPPE, F. B., FISCHER, F., REISSHAUER, A., JUCKEL, G., FROMMER, J., MAZUREK, B. (2006): AN INTEGRATIVE MODEL OF DEVELOPING TINNITUS BASED ON RECENT NEUROBIOLOGICAL FINDINGS. IN: MEDICAL HYPOTHESES (JOURNAL), VOL. 66, ISSUE 3, S. 592-600.
- GOEBEL G., KAHL, M., ARNOLD, W., FICHTER, M. (2006): 15 YEAR PROSPECTIVE FOLLOW-UP STUDY OF BEHAVIOURAL THERAPY IN A LARGE SAMPLE OF INPATIENTS WITH CHRONIC TINNITUS. IN: ACTA OTO-LARYNGOLOGICA. SUPPLEMENTUM (FACHZEITSCHRIFT) (556): 70-9.
- GRAUL, J., KLINGER, R., GREIMEL, K. V., RUSTENBACH, S., DETLEV, O., NUTZINGER, D.O. (2008): DIFFERENTIAL OUTCOME OF A MULTIMODAL COGNITIVE BEHAVIOURAL INPATIENT TREATMENT FOR PATIENTS WITH CHRONIC DEKOMPENSATED TINNITUS. IN: THE INTERNATIONAL TINNITUS JOURNAL, VOL. 14, ISSUE 1, S. 73-81.
- GREIMEL, K. V., BIESINGER, E. (1999): PSYCHOLOGISCHE PRINZIPIEN BEI DER BEHANDLUNG VON TINNITUSPATIENTEN. IN: HNO (FACHEITSCHRIFT), VOL. 47, ISSUE 2, S. 130-134.
- GOEBEL, G., HILLER, W. (1998): TINNITUS-FRAGEBOGEN (TF) EIN INSTRUMENT ZUR ERFASSUNG VON BELASTUNG UND SCHWEREGRAD BEI TINNITUS. HOGREFE, GÖTTINGEN.
- HÄRTER, M., MAURISCHAT, C., WESKE, G., LASZIG, R., BERGER, M. (2004): PSYCHOLOGICAL STRESS AND IMPAIRED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH TINNITUS. IN: HNO (FACHZEITSCHRIFT), VOL. 52, ISSUE 1, S. 125-129.
- HELLER, A.J. (2003): CLASSIFICATION AND EPIDEMIOLOGY OF TINNITUS. IN: OTOLARYNGOLOGIC CLINICS OF NORTH AMERICA (JOURNAL), VOL. 36, ISSUE. 2, S. 239-248.
- HENRY, W. P., SCHACHT, T. E., STRUPP, H. H. (1986): STRUCTURAL ANALYSIS OF SOCIAL BEHAVIOR - APPLICATION TO A STUDY OF INTERPERSONAL PROCESS IN DIFFERENTIAL PSYCHOTHERAPY OUTCOME. IN: JOURNAL CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY VOL. 58 (6): S. 768-774.
- HENRY, J.A., SCHECHTER, M.A., ZAUGG, T.L., GRIEST, S., JASTREBOFF, P.J., VERNON, J.A.. (2006): CLINICAL TRIAL TO COMPARE TINNITUS MASKING AND TINNITUS RETRAINING THERAPY. IN: ACTA OTO-LARYNGOLOGICA SUPPLEMENTUM (FACHZEITSCHRIFT) (556), 64:9.
- HESSE, G., RIENHOFF, N.K., NELTING, M., LAUBERT, A. (2001): ERGEBNISSE STATIONÄRER THERAPIE BEI PATIENTEN MIT CHRONISCH KOMPLEXEM TINNITUS. IN: LARYNGO-RHINO-OTOLOGY (JOURNAL) (80), S. 503-508.
- HESSE, G. (2008): TINNITUS, S. 60-61, 1. AUFLAGE, GEORG THIEME VERLAG, STUTTGART
- HERRAIZ, C., HERNANDEZ, F.J., PLAZA, G., DE LOS S.G. (2005): LONG TERM CLINICAL TRIAL OF TINNITUS RETRAINING THERAPY. IN: JOURNAL OF OTOLARYNGOLOGY AND HEAD AND NECK SURGERY, 133 (5); 774-9.

- HOARE, D. J., GENDER, P.E., COLLINS, L., SMITH, S., HALL, D.A. (2010): MANAGEMENT OF TINNITUS IN ENGLISH NHS AUDIOLOGY DEPARTMENTS: AN EVALUATION OF CURRENT PRACTICE. IN: JOURNAL OF EVALUATION IN CLINICAL PRACTICE.
- HOLGERS, K.M., ERLANDSSON, S.I., BARRENOS, M. L. (2000): PREDICTIVE FACTORS FOR THE SEVERITY OF TINNITUS. IN: AUDIOLOGY (JOURNAL) 39 (5), S. 284-291.
- HOLMES, S., PADGHAM, N.D. (2009): REVIEW PAPER: MORE THAN RINGING IN THE EARS: A REVIEW OF TINNITUS AND ITS PSYCHOSOCIAL IMPACT. IN: JOURNAL OF CLINICAL NURSING, 18, S 2927-2937.
- HOROWITZ, L. M., ROSENBERG, S.E., BAER, B. A., URENO, G., VILLASENOR, V. S. (1988): INVENTORY OF INTERPERSONAL PROBLEMS. PSYCHOMETRIC PROPERTIES AND CLINICAL APPLICATIONS. IN: JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 56, 885-892.
- HOROWITZ, L.M., STRAUSS, B., KORDY, H.(1994): INVENTAR ZUR ERFASSUNG INTERPERSONELLER PROBLEME (IIP-D). DEUTSCHE VERSION. WEINHEIM: BELTZ-TEST-GESELLSCHAFT.
- JASTREBOFF, P. J. (1990): PHANTOM AUDITORY PERCEPTION (TINNITUS): MECHANISMS OF GENERATION AND PERCEPTION. IN: NEUROSCIENCE RESEARCH (JOURNAL), 8:221-254.
- JUNKERT, B., TRESS, W., SCHEIBE, G., HARTKAMP, N., MAUS, J., HILDENBRAND, G., SCHMITZ, N., FRANZ, M. (1999): DAS DÜSSELDORF KURZZEITPSYCHOTHERAPIE-PROJEKT. IN: PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK, MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE (FACHZEITSCHRIFT) (49), S. 142-152.
- KALDO SANDSTRÖM, V., LARSEN, H. C., ANDERSON, G. (2004): INTERNET-BASED COGNITIVE-BEHAVIOURAL SELF-HELP TREATMENT OF TINNITUS: CLINICAL EFFECTIVENESS AND PREDICTORS OF OUTCOME. IN: AMERICAN JOURNAL OF AUDIOLOGY, VOL. 13, S. 185-192.
- KERNBERG, O.F. (1978): BORDERLINE-STÖRUNGEN UND PATHOLOGISCHER NARZIßMUS.2. AUFL., SUHRKAMP, FRANKFURT A. M.
- KLEINJUNG, T., EICHHAMMER, P., LANGGUTH, B., JACOB, P., MARIENHAGEN, J., HAJAK, G., WOLF, S.R., STRUTZ, J. (2005): LONG TERM EFFECTS OF REPETITIVE TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION (RTMS) IN PATIENTS WITH CHRONIC TINNITUS. IN: OTOLARYNGOLOGY, HEAD AND NECK SURGERY (JOURNAL), NR. 133, S. 566-569.
- KOHUT, H. (1966): FORMEN UND UMFORMUNGEN DES NARZIßMUS. IN: PSYCHE (FACHZEITSCHRIFT), NR. 20, S. 561-587.
- KONZAG, T.A., RUBLER, D., BANDEMER-GREULICH, U. (2005): TINNITUSBELASTUNG UND PSYCHISCHE KOMORBIDITÄT BEI AMBULANTEN, SUBAKUTEN UND CHRONISCHEN TINNITUSPATIENTEN. IN: PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE (FACHZEITSCHRIFT), (45), S. 157-169.
- LANGENBACH, M., OLDEROG, M., MICHEL, O., ALBUS, C., KÖHLE, K. (2005): PSYCHOSOCIAL AND PERSONALITIY PREDICTORS OF TINNITUS-RELATED DISTRESS. IN: GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY (JOURNAL) NR. 27, S. 73-77.
- LEE, S.-Y., KIM, J.-H., HONG, S.-H., LEE, D.-S. (2004): ROLES OF COGNITIVE CHARACTERISTICS IN TINNITUS PATIENTS. IN: JOURNAL OF KOREAN MEDICAL SCIENCE NR. 19 (6), S. 864-869.

- LENARZ, T. (1998): TINNITUS GUIDELINE. IN: GERMAN SOCIETY OF OTORHINOLARYNGOLOGY, HEAD AND NECK SURGERY. LARYNGO-RHINO-OTOLOGY (JOURNAL) 77 (7).
- LONDERO, A., PEIGNARD, P. MALINVAUD, D., AVAN, P., BONFILS, P. (2006) TINNITUS AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY. IN: LA PRESSE MEDICAL (JOURNAL) NR. 35 (9), S. 1213-1221.
- LYNN S.G., BAUCH C.D., WILLIAMS D.E. (2003): PSYCHOLOGIC PROFILE OF TINNITUS PATIENTS USING THE SCL-90-R AND TINNITUS HANDICAP INVENTORY, OTOTOLOGY & NEUROOTOLOGY : OFFICIAL PUBLICATION OF THE AMERICAN OTOTOLOGICAL SOCIETY, AMERICAN NEUROOTOLOGY SOCIETY [AND] EUROPEAN ACADEMY OF OTOTOLOGY AND NEUROOTOLOGY.
- MARCIANO, E., CARRABBA, L., GIANNINI, P., SEMENTINA, C., VERDE, P., BRUNO, C., DI PIETRO, G., PONSILLO, N.G. (2003): PSYCHIATRIC COMORBIDITY IN A POPULATION OF OUTPATIENTS AFFECTED BY TINNITUS. IN: INTERNATIONAL JOURNAL OF AUDIOLOGY, 42, 4-9.
- MARTINEZ-DEVESA, P., PERERA R, THEODOULOU M, WADDELL, A. (2010): COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY FOR TINNITUS. COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS, ISSUE 9.
- MAZUREK, B., FISCHER, F., HAUPT, H., GEORGIEWA, P., REISSHAUER, A., KLAPP, B.F. (2006): A MODIFIED VERSION OF TINNITUS RETRAINING THERAPY, OBSERVING LONG-TERM OUTCOME AND PREDICTORS. IN: AUDIOLOGY AND NEURO-OTOLOGY (JOURNAL), 11 (5), S. 276-286.
- MERGENTHALER, E., KÄCHLE, H. (1988): THE ULM TEXTBANK MANAGEMENT SYSTEM: A TOOL FOR PSYCHOTHERAPY RESEARCH. IN DAHL H., KÄCHLE H (HRSG.) PSYCHOANALYTIC PROCESS RESEARCH STRATEGIES, SPRINGER VERLAG, BERLIN, HEIDELBERG, NEW YORK.
- MOELLER, A. R. (2000): SIMILARITIES BETWEEN SEVERE TINNITUS AND CHRONIC PAIN, UNIVERSITY OF TEXAS AT DALLAS.
- OISHI, N., KANZAKI, S., SHINDEN, S., SAITO, H., INOUE, Y., OGAWA, K. (2010): EFFECTS OF SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR ON TREATING TINNITUS IN PATIENTS STRATIFIED FOR PRESENCE OF DEPRESSION OR ANXIETY. IN: AUDIOLOGY AND NEURO-OTOLOGY (JOURNAL), VOL. 18, ISSUE 5, S. 466-474.
- SCHAAF, H., GIELER, U. (2010): TRT AND PSYCHOTHERAPY IN: THE TREATMENT OF TINNITUS. IN: HNO (FACHZEITSCHRIFT) 58, S. 999-1003.
- SCHEPANK, H. (1995): DER BEEINTRÄCHTIGUNGSSCHWERE SCORE (BSS). BELTZ VERLAG, GÖTTINGEN.
- SCOTT, B., LINDBERG, P. (2000): PSYCHOLOGICAL PROFILE AND SOMATIC COMPLAINTS BETWEEN HELP-SEEKING AND NON-HELP-SEEKING TINNITUS SUBJECTS. IN: PSYCHOSOMATICS (JOURNAL) 41, S. 347-352.
- SEYDEL, C, GEORGIEWA P., REISSHAUER, A., KLAPP, B.F., MAZUREK, B.. (2008): GROUP THERAPEUTIC CONCEPT FOR CHRONIC TINNITUS. IN: HNO (FACHZEITSCHRIFT) NR. 56 (3) S. 332-339.
- STOBİK, C., WEBER, R.K., MUNTE, T.F., FROMMER, J. (2003): PSYCHOSOMATIC STRESS FACTORS IN COMPENSATED AND DECOMPENSATED TINNITUS. PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK, MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE (FACHZEITSCHRIFT) 53 (8), S. 344-352.

- STRUPP, H. H., BINDER, J.L. (1984): KURZZEITPSYCHOTHERAPIE. KLETT KOTTA VERLAG, STUTTGART
- SVITAK, M., RIEF, W., GOEBEL, G. (2001): KOGNITIVE THERAPIE DES CHRONISCHEN DEKOMPENSIERTEN TINNITUS. IN: PSYCHOTHERAPEUT, (ZEITSCHRIFT) NR. 46, S. 317-325.
- TSCHEULIN, D. , GLOSSNER, A. (1993): DIE DEUTSCHE ÜBERTRAGUNG DER INTREX 'LONGFORM QUESTIONNAIRES': VALIDITÄT UND AUSWERTUNGSGRUNDLAGEN DER SASB FRAGEBOGENMETHODE. IN W. TRESS (HRSG.), SASB - DIE STRUKTURALE ANALYSE SOZIALEN VERHALTENS - EIN ARBEITSBUCH (S.123-155).
- TRESS, W., HARTKAMP, N. (1993): SASB DIE STRUKTURALE ANALYSE SOZIALEN VERHALTENS, ROLAND ASANGER VERLAG, HEIDELBERG.
- TRESS, W. HENRY, W.P., JUNKERT-TRESS, B., HILDENBRAND, G., HARTKAMP, N., SCHEIBE, G. (1996).
DAS MODELL DES ZYKLISCH-MALADAPTIVEN BEZIEHUNGSMUSTERS UND DER STRUKTUREN ANALYSE SOZIALEN VERHALTENS (CMP/SASB). IN:
PSYCHOTHERAPEUT (FACHZEITSCHRIFT) 41, S. 215-224.
- VON UEXKÜLL, T. (HRSG.) (1996): PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN. 5. AUFLAGE. URBAN UND SCHWARZBERGER, MÜNCHEN.
- WEBER, J. H., JAGSCH, R, HALLAS, B. (2008): ZUSAMMENHANG VON TINNITUS, PERSÖNLICHKEIT UND DEPRESSION. IN: PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE (FACHZEITSCHRIFT), (54) S. 227-240.
- WEDEL VON, H., WEDEL VON, U.-C. (2000): EINE BESTANDSAUFNAHME ZUR TINNITUS-RETRAINING-THERAPIE. IN: HNO (FACHZEITSCHRIFT). (48), S. 887-901.
- WEISE, C. HEINECKE, K., RIEF, W. (2008): BIOFEEDBACK-BASED BEHAVIOURAL TREATMENT FOR CHRONIC TINNITUS: RESULTS OF A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. IN: JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY 76 (6), S. 1046-1057.

7 Abkürzungsverzeichnis

AGG	Aggressivität
AIV	Affekt-/Impulskontrollverlust
ANG	Ängstlichkeit
ARR	Archaischer Rückzug
AUI	Autarkie Ideal
ATK	Attack
BAH	Basales Hoffnungspotential
BERA	Brainstem Electric Response Audiometrie
BSS	Beeinträchtigungsschwere Score
CON	Control
CMP	Cyclic Maladaptive Pattern
DE	Depressiv
DRP	Derealisation
DO	Dominant
DKZP	Düsseldorfer Kurzzeittherapie Projekt
DU	Durchlässig
GAF	Global Assessment Of Functioning Scale
GE	Gefügig
GLB	Gier nach Lob und Bestätigung
GSI	General Symptomatic Index
GRS	Größenselbst
HBO	Hyperbare Oxygenierung
HM	Hypomanisch

HYA	Hypochondrische Angst
IIP	Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme
IP	Impotent
KLS	Kleinheitsselfbild
NAK	Narzisstischer Krankheitsgewinn
NAW	Narzisstische Wut
NEK	Negatives Körperself
NIHL	Noise Induced Hearing Loss
NR	Negativ Sozial Resonant
OBA	Objektbewertung
OHS	Ohnmächtiges Selbst
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PAR	Paranoides Denken
PHO	Phobische Angst
PO	Sozial Potent
PO2	Sauerstoffpartialdruck
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total
PSY	Psychotizismus
RE	Retentiv
SASB	Structural Analysis Of Social Behaviour
SCL-90-R	Symptom Check List -90-R
SIS	Suche nach idealem Selbst
SOI	Soziale Isolierung
SOM	Somatisierung
SYS	Symbiotischer Selbstschutz

TF	Tinnitus Fragebogen
TRT	Tinnitus Retraining Therapy
UK	Unkontrolliert
UNS	Unsicherheit
WIE	Werteideal
ZW	Zwanghaft

8 Anhang

8.1 Kurzzeittherapieverlauf, SASB-Clusterhäufigkeiten

Anhand der grafischen Darstellung der prozentualen Clusterhäufigkeiten und auffälligen disaffiliativen Verteilungsmuster kann eine Unterscheidung der einzelnen Therapiestunden vorgenommen werden.

Therapie R.G.

Die Therapeutin äußert sich im Vergleich zum Therapeuten von Patient S.P. eher mittels Cluster 1.4 (unterstützen, anleiten) mit insgesamt 49 %, gefolgt von Cluster 1.2 (verstehen, bestätigen) mit insgesamt 48 %. In der 25. Stunde äußert sich die Therapeutin mit einem Anteil von 3 % (insges. 0,3 %) mit Cluster 1.5 (kontrollieren, steuern, überwachen).

Die Patientin äußert sich am häufigsten über Cluster 2.2 (sich öffnen, mitteilen) mit 68 %. Am zweithäufigsten tritt positiv komplementär zur Therapeutin Cluster 2.4 (vertrauensvoll sich verbinden mit) mit insgesamt 29 %. Im Vergleich zum Patienten S.P. äußert sich die Patientin relativ häufiger über Cluster 2.4 (R.G. 29 vs. S.P. 13 %). Ein weiterer Unterschied ist das vereinzelt vorkommende Auftreten von Äußerungen hinsichtlich der Introjektenebene (Cluster 3.3, 3.5 und 3.6 mit jeweils 0,03 %; Cluster 3,4 mit 0,1 %). Zwischenzeitlich treten in geringem Ausmaß auch disaffiliative Cluster (1.5 insgesamt 0,6 %, 1.6 insgesamt 0,1 %, 2.6 0,1 %) auf.

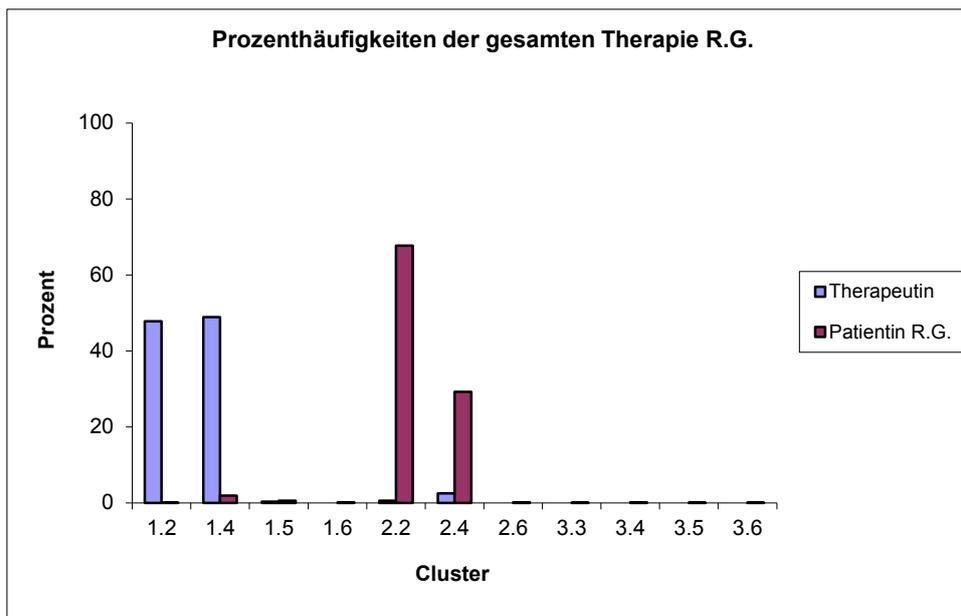


Abb. 2

Die erste Stunde zeigt in geringem Anteil die Introjektbene (Cluster 3.3 mit 0,2 %), die Therapeutin äußert sich im Vergleich zur Gesamttherapie relativ weniger häufig über Cluster 1.2 (43 %) und etwas häufiger über Cluster 1.4 (54 %), in 3 % äußert sich die Therapeutin über Cluster 2.4 (vertrauensvoll sich verbinden mit). Diese Tendenz setzt sich dann während des weiteren Therapieverlaufs fort.

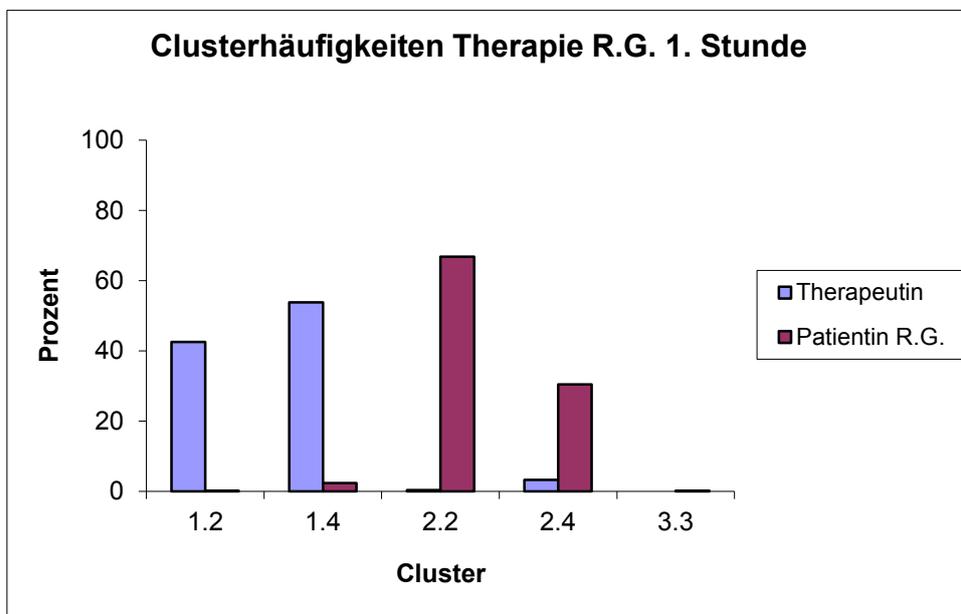


Abb. 3

In der zweiten Stunde besteht im Vergleich zur ersten Stunde ein nahezu identisches Verteilungsmuster mit ähnlichen Abweichungen von den Gesamthäufigkeiten.

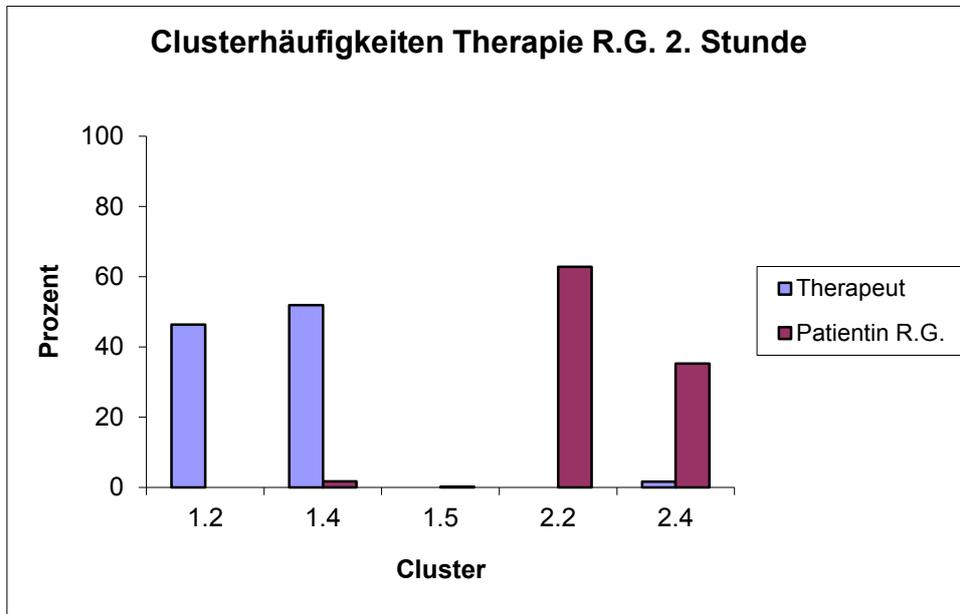


Abb. 4

Die Therapeutin äußert sich in der vierten Stunde im Vergleich zu den vorangehenden Stunden relativ häufiger über Cluster 1.2 (52 %) und weniger häufig über Cluster 1.4 (42 %). Das Verteilungsmuster der Äußerungen der Patientin ändert sich nicht wesentlich.

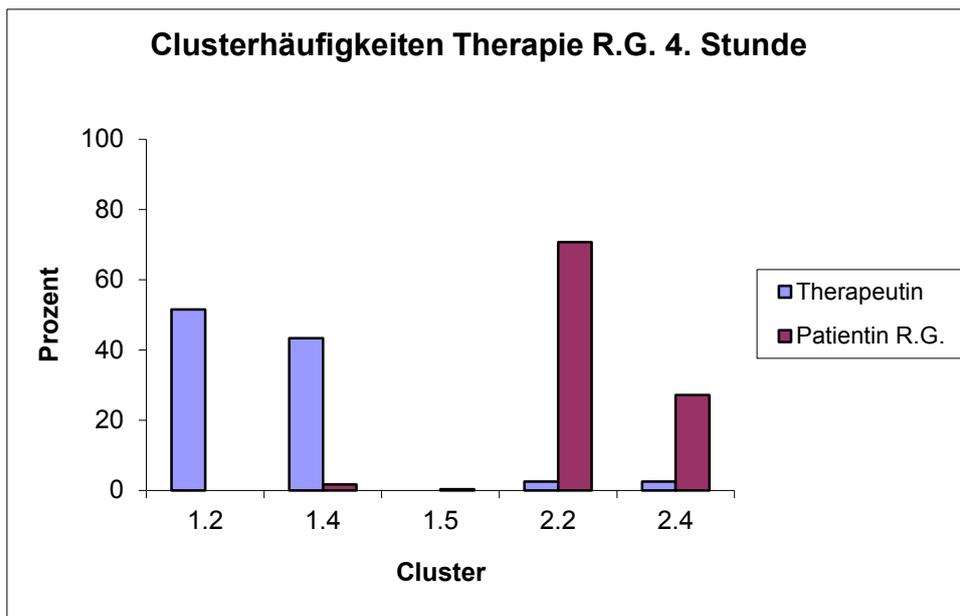


Abb. 5

In der 9. Stunde tritt in 0,3 % Cluster 3.4 (sich selbst umsorgen) seitens der Patientin auf. Sonst kommt es zu keinen wesentlichen Änderungen.

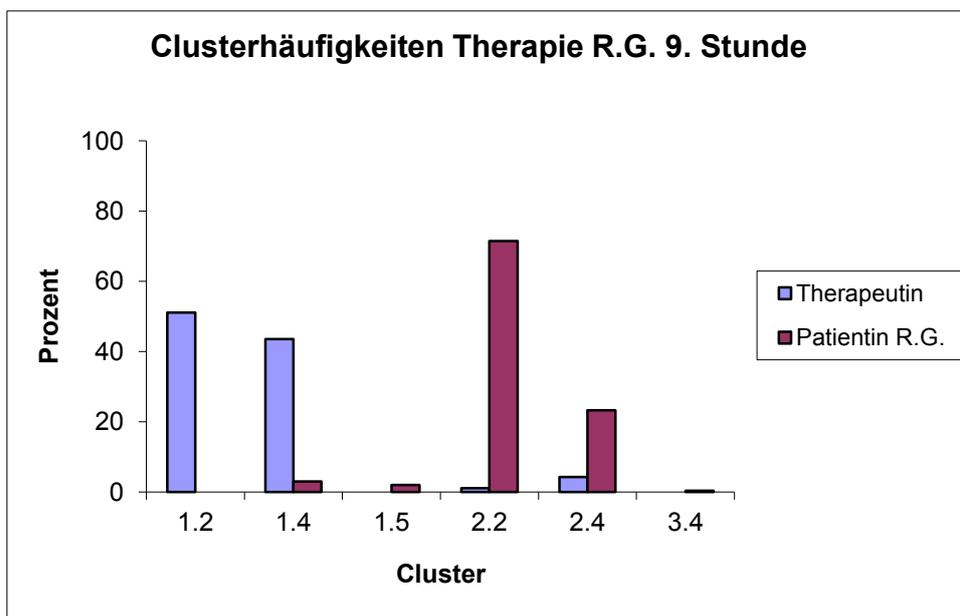


Abb. 6

Es kommt dann in der 12. Stunde seitens der Therapeutin zu einer ähnlichen Clusterverteilung wie in den ersten beiden Stunden (Cluster 1.2: 43 %, Cluster 1.4: 53 %). Die Patientin äußert sich wieder häufiger über Cluster 2.4 (sich vertrauensvoll verbinden mit) 34 % und in 60 % über Cluster 2.2, in 1% über Cluster 1.5 (kontrollieren, anordnen) in 1, 3 % äußert sich die

Patientin über Cluster 1.6 (herabsetzen, beschuldigen), Cluster 2.6 (beleidigt sein, sich rechtfertigen). Ebenso tritt erneut Cluster 3.4 (0,3 %) auf.

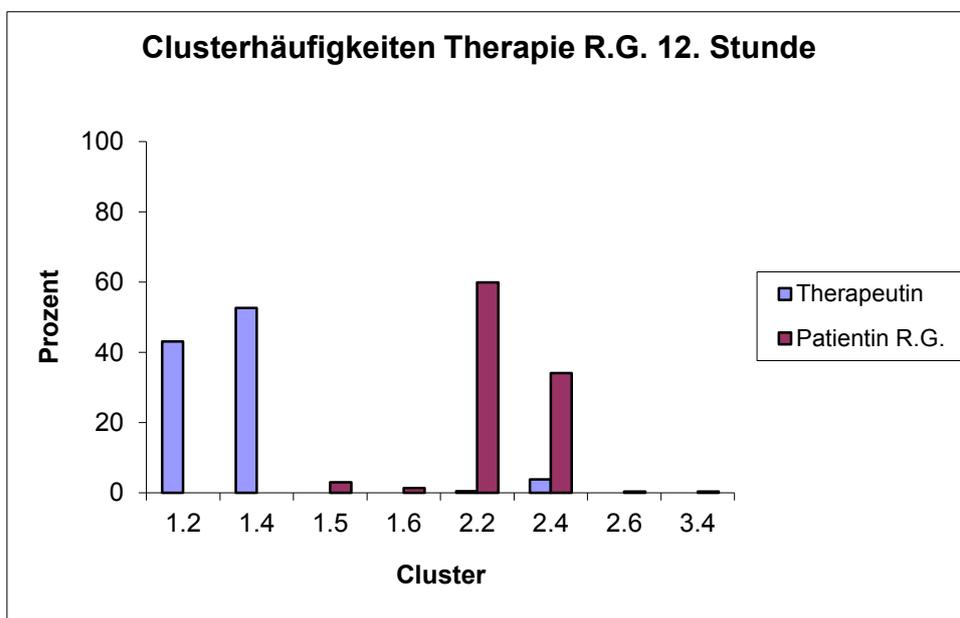


Abb. 7

In der sechzehnten Stunde verkehren sich die Clusterhäufigkeiten hinsichtlich Cluster 1.2 (54 %) und 1.4 (43 %) hinsichtlich der Äusserungen der Therapeutin wieder ähnlich wie in Stunde 4 und Stunde 9.

Die Patientin äußert sich, ähnlich wie in den vorangehenden Stunden, mit einem Anteil von 2,2 % über Cluster 1.4 (anleiten, bestärken). Cluster 3.4 tritt erneut auf.

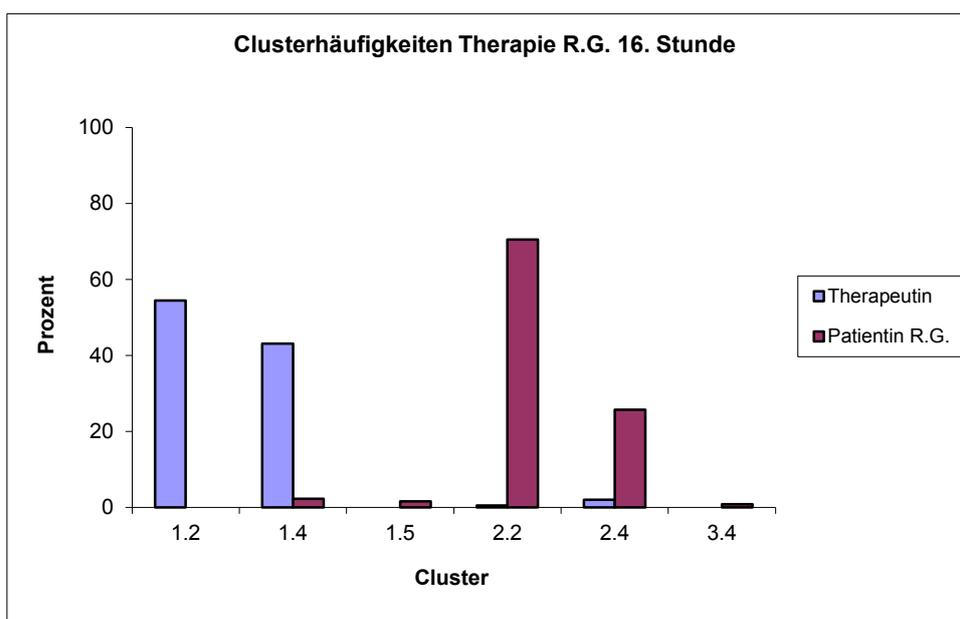


Abb. 8

Stunde 21 zeigt dann wieder anteilig häufiger Cluster 1.4 (51 %) im Vergleich zu Cluster 1.2 (48 %). Die Patientin äußert sich erneut mit 0,4 % über Cluster 2.6.

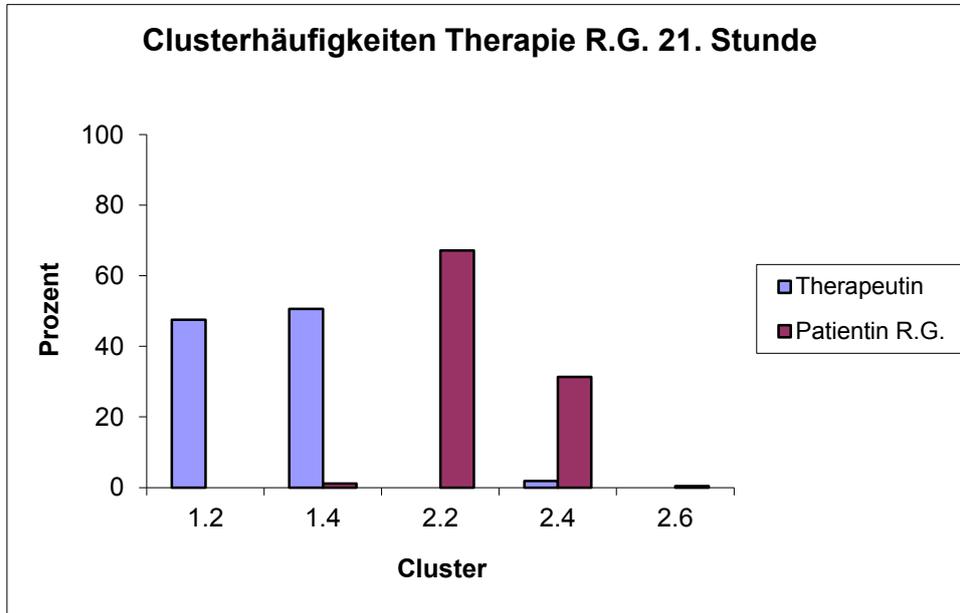


Abb. 9

Die Therapeutin äußert sich in der 25. Stunde wieder relativ häufiger über Cluster 1.2 (51 %) als über Cluster 1.4 (46 %), weiterhin tritt auf Seite der Therapeutin zum ersten Mal mit 3 % Cluster 1.5 (kontrollieren, anordnen) auf.

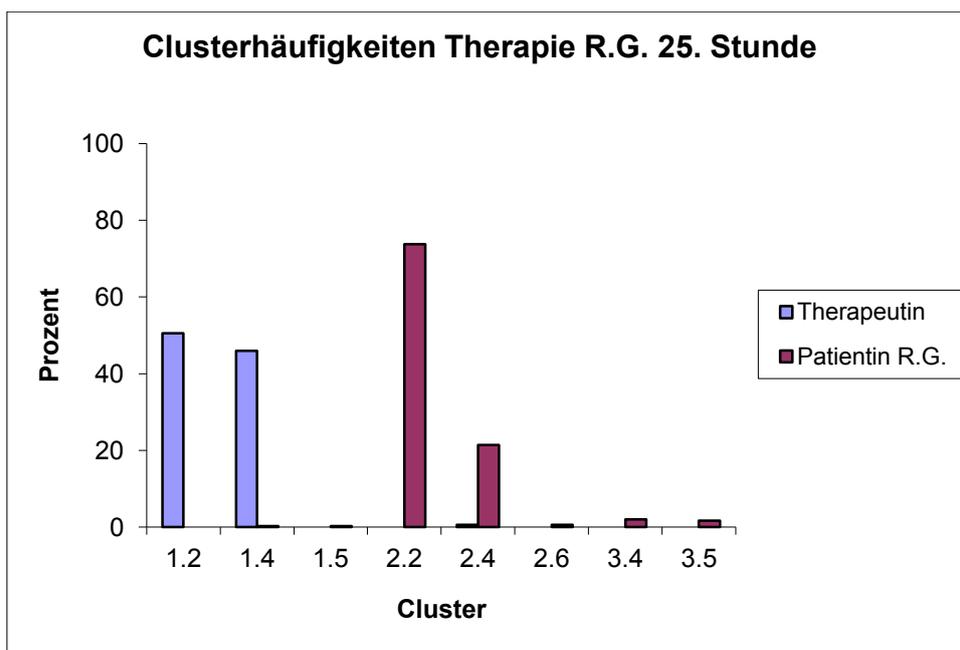


Abb. 10

Die Patientin äußert im Vergleich zu den vorherigen Stunden relativ weniger häufig über Cluster 2.4 (21 %). Cluster 2.2 kommt in 79 % zur Äusserung. In dieser Stunde kommen dann erneut in geringer Ausprägung die Cluster 2.6 (0,6 %), 3.4 (2 %) und 3.5 (1,7 %) vor.

Therapie S.P.

Der Therapeut äußert sich im gesamten Therapieverlauf am häufigsten ermunternd und bestätigend durch Cluster 1.2 mit insgesamt 74 %, in wesentlich geringerem Ausmaß unterstützend bzw. anleitend durch Cluster 1.4 mit insgesamt 24 %.

In vereinzelt Fällen treten die Cluster 2.1 (eigenständig, sich behaupten) mit 0, 1 %, Cluster 2.2 (sich öffnen, mitteilen) mit 0, 4 %, Cluster 2.4 (vertrauensvoll sich verlassen auf) mit 1, 1 % auf.

Die Äußerungen des Patienten betreffen am häufigsten das komplementäre Cluster 2.2 (sich öffnen, sich mitteilen) mit 85 % gefolgt von Cluster 2.4 (sich stützen auf, sich vertrauensvoll verbinden) mit 13 %.

In geringem Prozentsatz kommen die disaffiliativen Cluster 1.6 (beschuldigen, bestrafen) mit 0, 8 %, Cluster 2.6 (gekränkt und beleidigt sein) mit 0, 04 %, Cluster 2.8 (sich abschotten, sich verweigern) mit 0, 2 % und Cluster 1.5 (steuern, kontrollieren) mit insgesamt 0, 8 % vor.

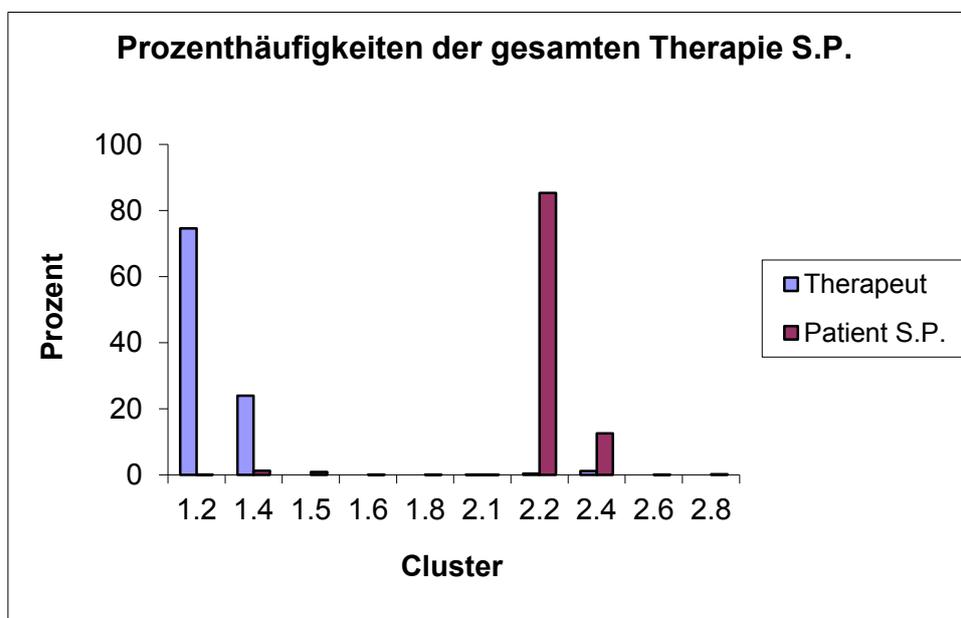


Abb. 11

In der 2. Stunde ist die für die Therapie typische Clusterverteilung zu erkennen. Der Therapeut agiert mit 77 % über Cluster 1.2 und mit 23 % über Cluster 1.4. Der Patient äußert sich, ähnlich häufig wie in der gesamten Therapie, hauptsächlich über Cluster 2.2 mit 86 %. Cluster 2.4 ist ebenfalls, ähnlich häufig wie im gesamten Therapieverlauf, mit 12 % vorhanden. In geringem Ausmaß treten die Cluster 1.5 (kontrollieren, bestimmen) mit 1 %, 1.6 (herabsetzen, beschuldigen) mit 0,3 % seitens des Patienten auf.

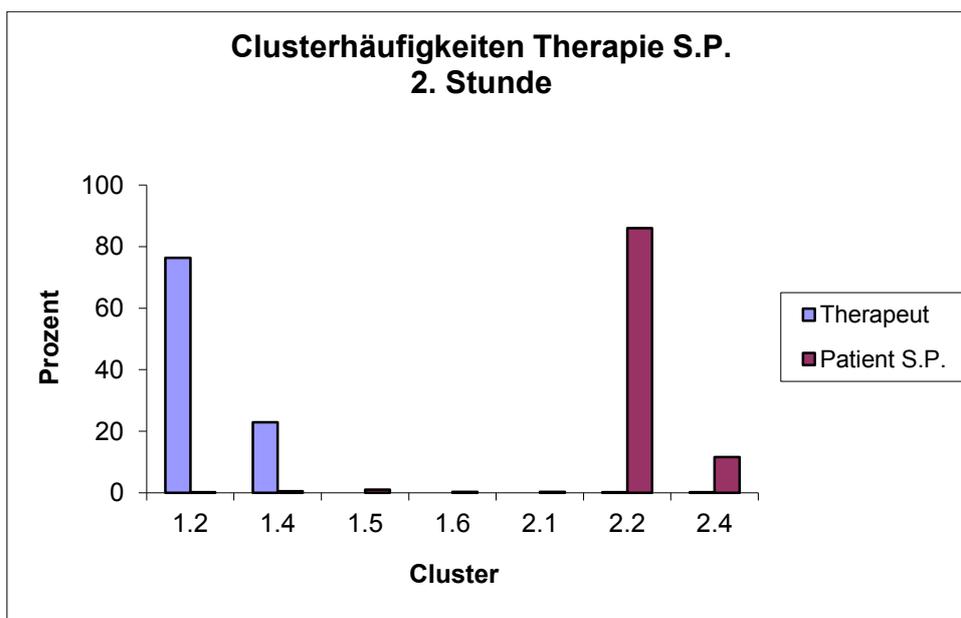


Abb. 12

In der vierten Stunde bleibt die Verteilung der beiden hauptsächlich auftretenden Cluster 1.2, mit 85 % und 1.4, mit 15 % auf Therapeutenseite bzw. Cluster 2.2, mit 89 % und 2.4 Cluster, mit 9 % auf Seite des Patienten im Wesentlichen gleich. Cluster 1.5 wird durch den Patienten in 1,8 % der Äußerungen verwendet.

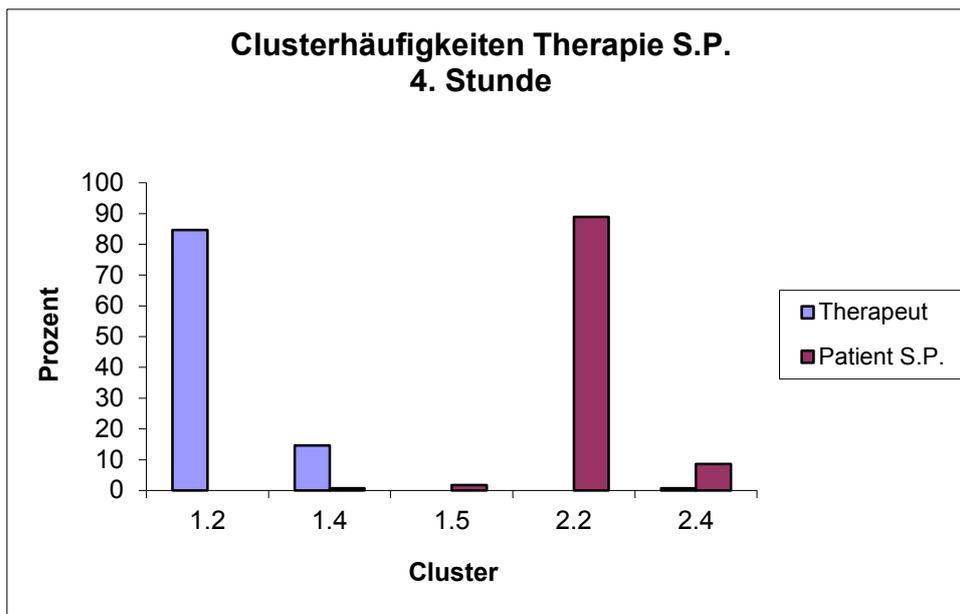


Abb. 13

Der Therapeut äußert sich im Rahmen der achten Stunde weniger häufig über Cluster 1.2 mit nun 58 %. Im Gegensatz hierzu tritt Cluster 1.4 nun mit 40 % häufiger auf. Cluster 2.4 tritt im Vergleich zur vorherigen Stunde mit 3 % etwas häufiger auf.

Die Äußerungen des Patienten betreffen, in ähnlicher Häufigkeit verglichen mit der 4. Stunde Cluster 2.2 mit 78 %, Cluster 2.4 wird mit 19 %, im Vergleich zu Stunde 2 deutlich häufiger verwendet. Cluster 2,6 und Cluster 2,8 treten mit jeweils 0,4 % auf, Cluster 1.5 tritt in 0,7 % der Fälle auf.

Der Patient nimmt in Einzelfällen eine eher distanzierte Rolle gegenüber dem Therapeuten ein.

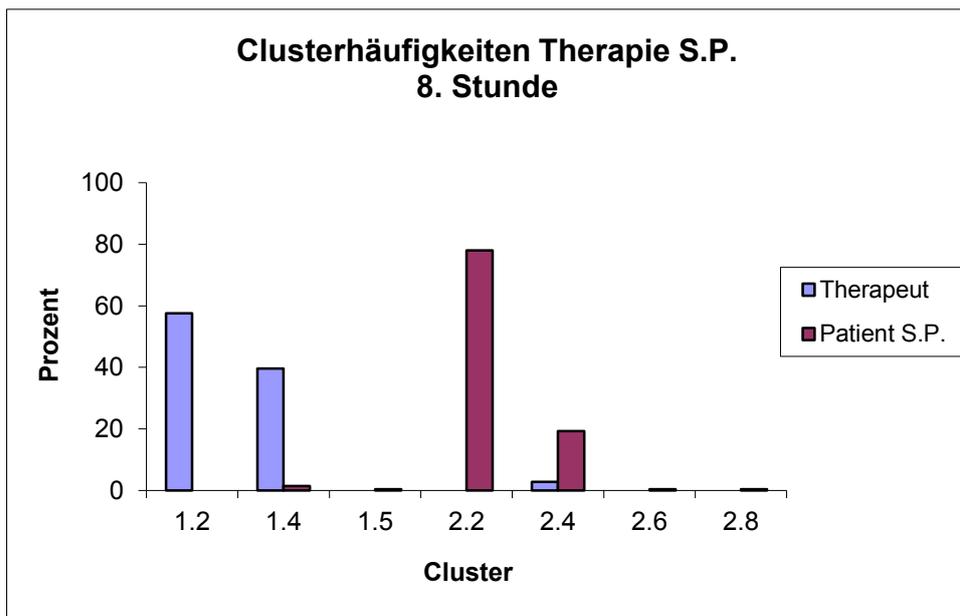


Abb. 14

In der zwölften Stunde nimmt die Häufigkeit der Therapeutenäußerungen durch Cluster 1.2 mit 76 % wieder zu. Cluster 1.4 wird mit 22 % etwas weniger häufig im Vergleich zur 8. Stunde verwendet. Der Therapeut äußert sich zum ersten Mal über Cluster 2.1 mit 0,4 % und behauptet sich dadurch gegenüber dem Patienten.

Die Patientenäußerungen in der zwölften Stunde betreffen mit 86 %, ähnlich häufig wie zuvor Cluster 2.2 und mit 12 % Cluster 1.4., Cluster 2.8 (sich abschotten, distanzieren) tritt erneut mit 0,7 % auf. Cluster 1.5 tritt in 0,7 % auf.

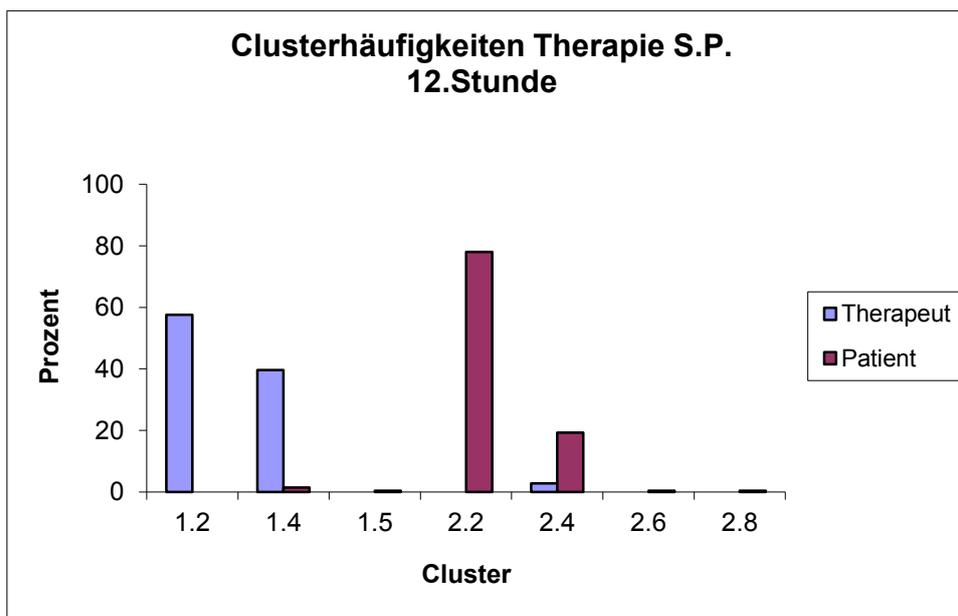


Abb. 15

Im Vergleich zur 12. Stunde tritt auf Therapeutenseite in der sechzehnten Stunde Cluster 1.2 mit 61 % weniger häufig und Cluster 1.4 mit 34 % wieder etwas häufiger auf. Das Verteilungsmuster der häufigsten Cluster auf Seite des Patienten ist in etwa gleich mit den vorherigen Stunden und der Gesamthäufigkeit (Cluster 2.2 mit 81 %, Cluster 2.4 mit 15 %). In 0,4 % der Fälle verwendet der Patient Cluster 1.8, in 0,8 % Cluster 2.8 und in 0,4% Cluster 1.5.

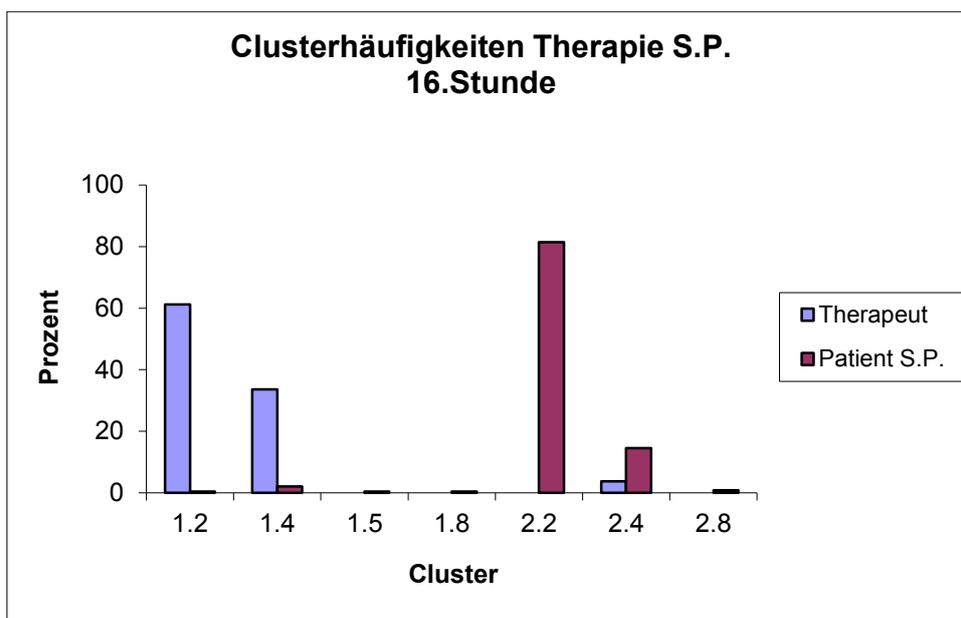


Abb. 16

Die durch den Therapeuten am häufigsten benutzten Cluster zeigen in der zwanzigsten Stunde einen mit 83 % deutlichen Anstieg für Cluster 1.2 und mit 15 % einen Abfall für Cluster 1.4. Der Therapeut äußert sich hier in 17 % der Fälle über Cluster 2.4 (vertrauensvoll sich verbinden mit).

Der Patient äußert sich im Wesentlichen wie zuvor (Cluster 2.2: 90 %; Cluster 2.4: 9 %; Cluster 1.5: 0,6 %).

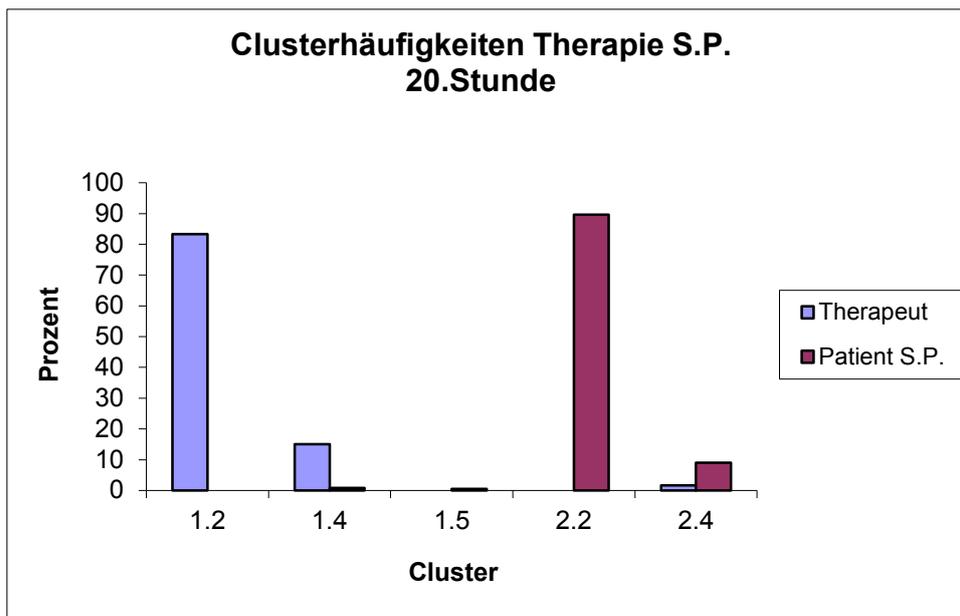


Abb. 17

Wie es der Trend bisher bereits im gesamten Therapieverlauf anzeigte, kommt es folgerichtig im Rahmen der 24. Stunde erneut zu einer leichtgradig verminderten Verwendung von Cluster 1.2 mit 71 % und zu einer verstärkten Äußerung über Cluster 1.4 mit 27 %.

Auf Seite des Patienten zeigen sich keine wesentlichen Änderungen (Cluster 2.2: 82 %; Cluster 2.4: 16 %). Auch in dieser Stunde tritt, ähnlich wie in der gesamten Therapie, in 0,5 % der Fälle Cluster 1.5 auf.

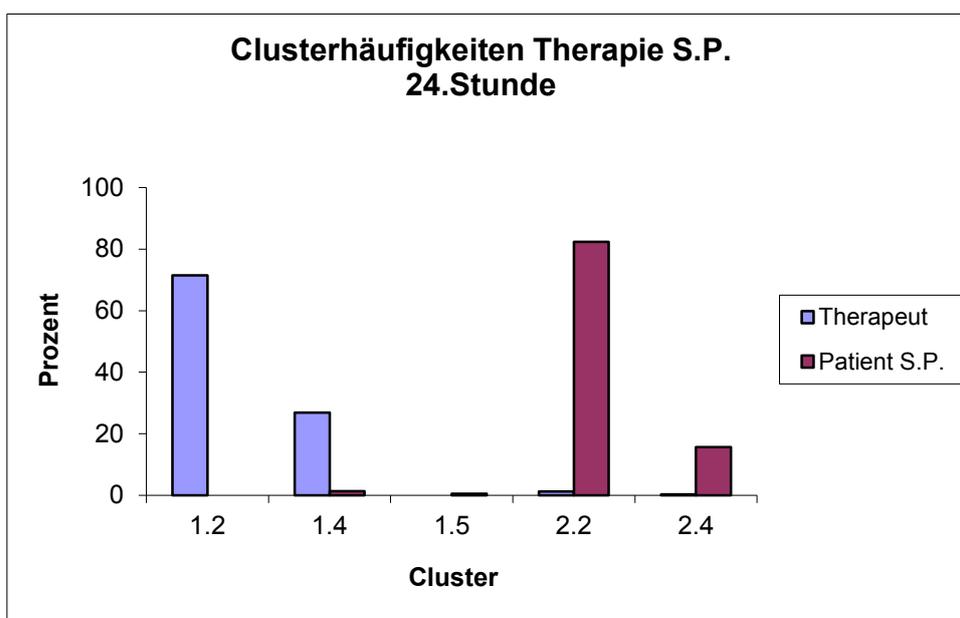


Abb. 18

Komplexitäten

Komplexität liegt vor, wenn eine Gedankeneinheit mehrere unterschiedliche, verschieden zu kodierende Themen ausdrückt. Die beinhalteten Botschaften können in komplexen Äußerungen hinsichtlich der Affiliation und der Interdependenz sowohl gleichsinnig als auch kontradiktorisch sein. In Fällen von multipler Kommunikation können Gedankeneinheiten verschiedene aber inhaltlich miteinander vereinbare Botschaften enthalten.

Therapie R.G.

In der Therapie R.G. kommt es insgesamt häufiger zu komplexen Äußerungen als in der Therapie S.P. Die komplexen Äußerungen der Therapeutin sind insgesamt weniger häufig als die der Patientin.

Am häufigsten äußert sich die Therapeutin komplex hinsichtlich des Fokus, in nur geringem Maß weniger häufig hinsichtlich der Affiliation, relativ selten betreffen die komplexen Äußerungen der Therapeutin die Ebene der Interdependenz.

Die Häufigkeit der komplexen Äußerungen auf Seite der Therapeutin zeigt im Verlauf zunächst eine leichte Zunahme, in der neunten Stunde nimmt sie dann wieder ab und ist in der 25. Stunde am höchsten.

In den meisten Fällen äußert sich die Therapeutin über die Kombination der transitiven mit der intransitiven Ebene (z.B. Cluster 1.4 mit Cluster 2.2), sie verbindet sich vertrauensvoll mit der Patientin und bestätigt sie bzw. unterstützt sie.

In der 25. und letzten Stunde äußert sie sich dann in 2,9 % über die Clusterkombination 1.4 und 1.5, sie leitet die Patientin an und ist gleichzeitig stark kontrollierend. Auffallend in dieser Stunde ist, dass die Patientin sich vermehrt komplex über eher disaffiliative bzw. stark kontrollierende Cluster (z.B. Cluster 1.5, 2.6, 3.5) äußert.

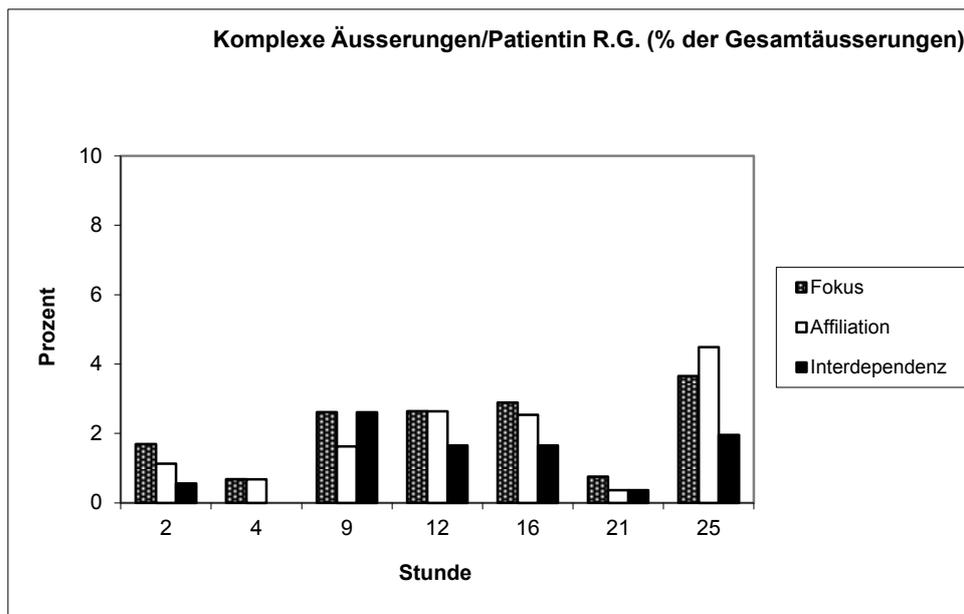


Abb. 19

Die Patientin äußert sich, wie bereits erwähnt, häufiger komplex als die Therapeutin.

Sie tut dies in erster Linie hinsichtlich des Fokus, am zweithäufigsten äußert sie sich komplex hinsichtlich der Affiliationsebene. Komplexe Äußerungen, welche die Ebene der Interdependenz betreffen, sind im Vergleich mit den anderen Ebenen seltener, im Vergleich zur Therapeutin jedoch insgesamt häufiger vertreten.

Die Kombinationen sind insgesamt vielfältiger. Es kommt sowohl direkt als auch indirekt zu Äußerungen, welche die Introjektebene betreffen.

Zunächst treten in der 2. Stunde Kombinationen der Cluster 2.2 bzw. 2.4 und 1.4 bzw. 1.5 auf, die Patientin äußert sich zum einen durch „sich öffnen“ und zum anderen durch „anleiten“ bzw. „kontrollieren“. In der 12. Stunde treten dann mit einem Anteil von 1,2 % die Cluster 1.4 und 1.6 bzw. 2.2 und 1.6 auf. Die Patientin agiert sowohl direkt (Cluster 1.6 tritt in der Kodierung der nicht komplexen Äusserungen mit 1,3 % auf) als auch indirekt angreifend bzw. beschuldigend gegenüber der Therapeutin. In der 25. Stunde kommt es insgesamt am häufigsten zu komplexen Äußerungen, die Kombination zwischen Cluster 2.2 und Cluster 3.4 tritt in 1,7 % der Fälle auf, Cluster 2.2 und 3.5 kommen zusammen in 1,4 % der Gesamtäußerungen vor. Die Patientin zeigt sich aber auch beleidigt bzw. gekränkt (Cluster 2.2 bzw. 2.4 mit 2.6).

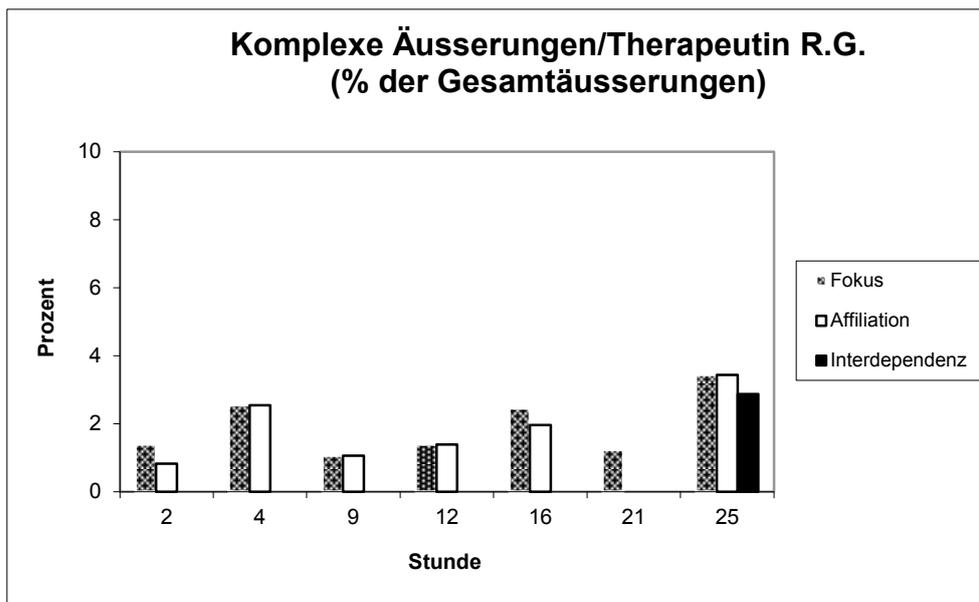


Abb.20

Therapie S.P.

In der Therapie S.P. äußert sich der Patient am häufigsten hinsichtlich des Fokus komplex, an zweiter Stelle stehen komplexe Äußerungen hinsichtlich der Affiliationsachse, an dritter Stelle Äußerungen hinsichtlich der Interdependenz.

Komplexe Äußerungen treten in den Stunden 2, 4, 12 und 16 etwas häufiger als in den Stunden 8, 20 und 24. In Stunde 2 kommt es häufig zu der Kombination von Cluster 2.2/2.4 und 1.4/1.5 bzw. 1.6, während der Patient sich einerseits gegenüber dem Therapeuten öffnet, versucht er andererseits die Rollen zu verkehren und den Therapeuten anzuleiten bzw. sogar herabzusetzen (Cluster 1.6).

Dies setzt sich in der vierten Stunde fort. Der Therapeut hingegen äußert sich in geringerem Ausmaß komplex, er kombiniert z.B. die freundlichen Cluster 1.4/2.2, d.h. er leitet an und öffnet sich dabei selbst gegenüber dem Patienten.

In der 8. Stunde äußert sich der Patient dann widersprüchlich auf der intransitiven Ebene. Er äußert sich über die Cluster 2.4 und 2.8 bzw. 2.6, er verbindet sich vertrauensvoll mit dem Therapeuten und schottet sich gleichzeitig ab bzw. zeigt sich gekränkt und beleidigt. In der zwölften Stunde reagiert der Therapeut durch eine komplexe Äußerung über Cluster 2.4 und 2.1, er verbindet sich vertrauensvoll mit dem Patienten und tritt gleichzeitig eigenständig und selbstsicher auf. Der Patient agiert in seinen komplexen Äußerungen ähnlich wie zuvor.

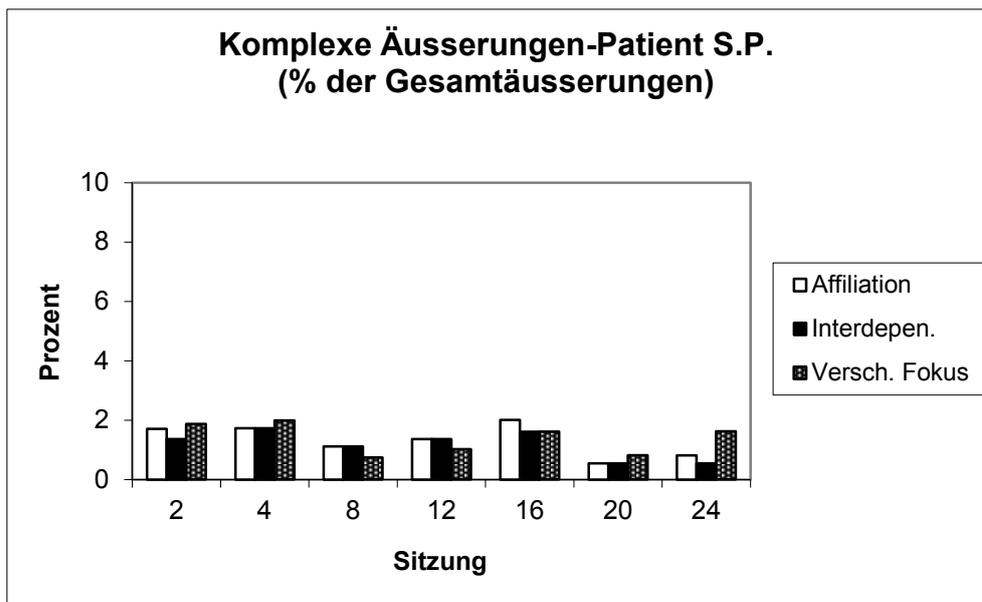


Abb. 21

Im Vergleich äußert sich der Therapeut insgesamt weniger häufig komplex. Die meisten komplexen Äusserungen betreffen die Fokusebene, gefolgt von komplexen Äusserungen hinsichtlich der Affiliation. Selten sind komplexe Äusserungen hinsichtlich der Interdependenzebene.

Die Kombination der Cluster 2.4 und 1.4, also sich vertrauensvoll verbinden in Kombination mit anleiten und unterstützen wird am häufigsten durch den Therapeuten verwendet.

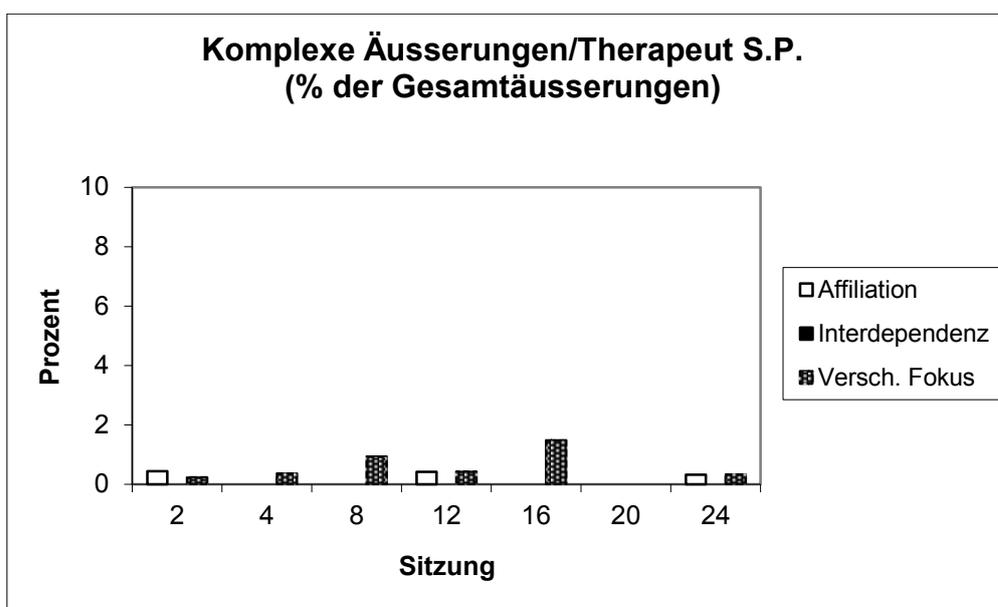


Abb. 22

8.2 INTREX Fragebögen

Therapie R.G.

Die Patientin beurteilt

So gehe ich in meinen besten Zeiten mit mir um (Introject at best):

Patientin R.G. geht mit sich selber in ihren besten Zeiten bei Therapiebeginn zwar freundlich und sich selbst-schätzend aber auch sehr sich selbstkontrollierend und beschränkend um. (ATK: -380; CON: 831)

Im weiteren Therapieverlauf ändert sich das Introjekt der Patientin. Die Selbsteinschätzung der Patientin wandert im SASB Modell vom vierten in den ersten Quadranten und das Maß an Kontrolle sowie Aggression gegen sich selbst nimmt ab (ATK: -925; CON: 580). Ihr Verhalten sich selbst gegenüber kann als freundlich und sich "selbst-liebend" beschrieben werden. Diese Änderung des Introjekts bleibt bis zum Ende der Therapie bestehen. Die INTREX Beurteilungen der Patientin nach Therapieende fehlen.

So gehe ich in meinen schlechtesten Zeiten mit mir um (Introject at worst):

Zu Therapiebeginn zeichnet sich der Umgang der Patientin mit sich selbst in schlechtesten Zeiten aus durch ein hohes Maß an Autoaggression und Selbstkontrolle (ATK: 848; CON: 513)

Im weiteren Therapieverlauf ändert sich das Introjekt der Patientin zu ihren schlechtesten Zeiten. Zunächst (Stunde 12) kommt es zu einer Abnahme von autoaggressiven Anteile und Selbstkontrolle (ATK: 443; CON: -393). Ihr Umgang mit sich selbst während ihrer schlechtesten Zeiten kann hier als Konflikt zwischen Selbstkontrolle und sich selber gehen lassen beschrieben werden. Im weiteren Verlauf und am Ende der Therapie fand dann eine Änderung des Introjekts statt, die durch eine starke Abnahme der Autoaggression sowie insgesamt durch eine Abnahme der Selbstkontrolle im Vergleich zum Therapiebeginn gekennzeichnet war (ATK: -836; CON: 359). Nach Henry (1986) kam es zu einer positiven Introjektänderung (ATK-Abnahme um 500).

So geht meine wichtigste Bezugsperson in meinen besten Zeiten transitiv mit mir um (My significant other at best, transitive):

Zunächst ist bemerkenswert, dass die wichtigste Bezugsperson der Patientin ihre Mutter ist.

Die Beziehung der Mutter zur Patientin in ihren besten Zeiten ist am Anfang gekennzeichnet durch niedrige Angriffswerte und hohe Kontrollwerte (Std. 8 ATK: -777; CON: +793). Die Mutter wird als freundlich und bestätigend, aber auch als beobachtend und kontrollierend erlebt. Im weiteren Verlauf wird die Mutter als zunehmend freundlich erlebt. Diese Entwicklung lässt sich auch an der weiteren Abnahme der Angriffs- und Kontrollwerte erkennen (Std. 12 ATK: -981; CON: +655). Diese Wahrnehmung der Mutter durch die Patientin ändert sich dann nicht mehr wesentlich, sie wird letztlich als weniger kontrollierend empfunden.

So geht meine wichtigste Bezugsperson in meinen besten Zeiten intransitiv mit mir um (My significant other at best, intransitive):

Die Art und Weise, in der sich die Mutter gegenüber der Patientin in ihren besten Zeiten darstellt, ist zu Beginn der Therapie freundlich und vertraut (Std. 8 ATK: -909; CON: +461). Dieses Verhältnis ändert sich im weiteren Verlauf dahingehend, dass sich die Mutter ihrer Tochter mehr unterwirft.

So gehe ich mit meiner wichtigsten Bezugsperson in meinen besten Zeiten transitiv um (Me and my significant other at best, transitive):

Die Patientin verhält sich bei Therapiebeginn in ihren besten Zeiten ihrer Mutter gegenüber freundlich und initiativ (ATK: -860; CON: -387). Dieses Verhältnis ändert sich auch im weiteren Therapieverlauf und nach der Therapie nicht wesentlich.

So gehe ich mit meiner wichtigsten Bezugsperson in meinen besten Zeiten intransitiv um (Me and my significant other at best, intransitive):

Das reaktive Verhältnis zur Mutter in ihren besten Zeiten kann beschrieben werden als freundlich sich selbst öffnend und selbstsicher (Std. 8 ATK: -905; CON: +454). Hier findet keine wesentliche Änderung statt.

So geht meine wichtigste Bezugsperson in meinen schlechtesten Zeiten transitiv mit mir um (My significant other at worst, transitive):

Das transitive Verhalten der Mutter in den schlechtesten Zeiten ist zu Beginn stark kontrollierend (ATK: -509; CON: +901). In Stunde 12 ändert sich dieses Verhältnis insofern, dass die Mutter freundlicher und weniger kontrollierend wird (ATK: -520; CON: -520). Diese Entwicklung ist aber nur von kurzer Dauer und nähert sich im weiteren Verlauf und bei Therapieende wieder der alten Struktur an. (Std. 16 ATK: -861; CON: +689).

So geht meine wichtigste Bezugsperson in meinen schlechtesten Zeiten intransitiv mit mir um (My significant other at worst, intransitive):

Am Anfang teilt sich die Mutter gegenüber der Patientin mit, indem sie sich distanziert und abschottet bzw. vor ihr zurückweicht (Std.8 ATK: 734; CON: -699). Später wird die Mutter dann als offener und mitteilbarer gegenüber der Patientin beschrieben (Std.16 ATK:180; CON: -199). Diese Entwicklung ist dann bei Therapieende noch stärker ausgeprägt und die Mutter wird als freundlich und sich unterwerfend erlebt (ATK: -407; CON: +377).

So gehe ich mit meiner wichtigsten Bezugsperson in meinen schlechtesten Zeiten transitiv um (Me and my significant other at worst, transitive):

Das Verhalten der Patientin ihrer Mutter gegenüber aus dieser Perspektive ist anfänglich ambivalent. Es finden sich sowohl Werte im ersten Quadranten als auch im vierten. Die Patientin verhält sich sowohl angreifend und herabsetzend als auch bestätigend und verstehend (Std. 8 ATK: 340; CON: -231). Hier findet dann im weiteren Verlauf eine geringe Entwicklung dahingehend statt, dass die Patientin sich freundlicher aber auch kontrollierender gegenüber der Mutter verhält (Std. 20 ATK: 017; CON: 802).

So gehe ich mit meiner wichtigsten Bezugsperson in meinen schlechtesten Zeiten intransitiv um (Me and my significant other at worst, intransitive):

Die Patientin verhält sich bei Therapiebeginn intransitiv distanziert und eigenständig (Std. 8 ATK: 715; CON: -839). Die Beziehung kann bezeichnet werden als Zustand des Sich-autonom-machens. Dies ändert sich im weiteren Verlauf zunächst im Sinne einer starken Abnahme der aversiven Verhaltenskomponente und einer leichten

Abnahme der Kontrollwerte (Std. 12 ATK: -502; CON: -698). Ab Stunde 16 hat sich dann das anfängliche Verhältnis wesentlich geändert. Die Patientin tritt der Mutter gegenüber mitteilbarer und freundlicher gegenüber. Es kommt zu einer Änderung der Quadranten von 2.4 nach 2.1 und 2.2. Dieses Verhältnis besteht dann auch bei Therapieende.

So geht die Therapeutin in den besten Zeiten mit mir transitiv um (Therapist at best, transitive) aus Sicht der Patientin:

Am Anfang der Therapie verhält sich die Therapeutin der Patientin gegenüber in den besten Zeiten freundlich, bestätigend, liebevoll, unterstützend und kontrollierend (Std. 8 ATK: -612; CON: 408). Danach ändern sich vor allem die Werte für Kontrolle (Std. 12 ATK: -694; CON: -487). Im Therapieverlauf ändert sich das Verhältnis schließlich in Richtung einer freundlich-transitiven Haltung. Die Therapeutin verhält sich bestätigend, annähernd und anleitend.

So geht die Therapeutin in den besten Zeiten mit mir intransitiv um (Therapist at best, intransitive) aus Sicht der Patientin:

Das intransitive Verhältnis der Therapeutin zur Patientin in den besten Zeiten ist während der gesamten Therapie geprägt durch niedrige Angriffs- und Kontrollwerte (Std. 8: ATK: -851; CON: -553). Sie verhält sich mitteilbar, sich öffnend und eigenständig.

So gehe ich in den besten Zeiten mit der Therapeutin transitiv um (Me and Therapist at best, transitive) aus Sicht der Patientin:

Die Patientin verhält sich der Therapeutin gegenüber in den besten Zeiten während der Therapie liebevoll sich annähernd. Die Werte für Kontrolle und Angriff sind anfänglich niedrig (Std. 8 ATK: -710; CON: -505). Weiterhin kommt es dann nicht mehr zu relevanten Veränderungen.

So gehe ich in den besten Zeiten mit der Therapeutin intransitiv um (Me and Therapist at best, intransitive) aus Sicht der Patientin:

Die Beziehung zur Therapeutin hinsichtlich des intransitiven Verhaltens zu besten Zeiten ist freundlich, vertrauensvoll und offen (Std. 8 ATK: -857; CON: -387). Im Wesentlichen ändert sich an diesem Verhältnis dann nichts mehr. In Stunde Sechzehn

ist die Patientin dann kurzzeitig in höherem Maße unterwerfend gegenüber der Therapeutin.

So geht die Therapeutin in meinen schlechtesten Zeiten transitiv mit mir um (Therapist at worst, transitive) aus Sicht der Patientin:

Auch diese Beziehung ist während der gesamten Therapie sehr konstant. Die Therapeutin verhält sich der Patientin gegenüber bezüglich des transitiven Beziehungsaspektes freundlich und initiativ. (ATK: -928; CON: 464). Zwischenzeitlich kommt es zu einer stärkeren Änderung der Kontrollwerte, so nimmt zwischenzeitlich das Kontrollausmaß deutlich ab (Std. 12 ATK: -887; CON: -735).

So geht die Therapeutin in meinen schlechtesten Zeiten intransitiv mit mir um (Therapist at worst, intransitive) aus Sicht der Patientin:

Das intransitive Verhalten der Therapeutin zur Patientin in den schlechtesten Zeiten ist am Anfang im ersten Quadranten zu finden. Es kann verstanden werden als Zustand des „Sich-autonom-machens“ (Std. 8 ATK: -743; CON: -761). Danach wird die Therapeutin zunehmend freundlicher (Std. 12 ATK: -823; CON: -823). Hier ändert sich das Verhältnis dann nicht mehr wesentlich, ebenso zu Therapieende (ATK: -900; CON: -900).

So gehe ich in den schlechtesten Zeiten transitiv mit der Therapeutin um (Me and Therapist at worst, transitive) aus Sicht der Patientin:

Das Verhalten der Patientin gegenüber der Therapeutin ist anfänglich charakterisiert durch relativ niedrige Werte für Angriff und Kontrolle (Std. 8 ATK: -488; CON: -572). Es ist im oberen ersten Quadranten zu finden. In Stunde 12 nähert sie sich der Therapeutin dann an (ATK: -749; CON: -588). Eine starke Änderung des Verhaltens der Patientin ist dann in Stunde 16 zu beobachten. Sie verhält sich der Therapeutin gegenüber deutlich aggressiv (ATK: 704; CON: -319), es sind Ausprägungen in allen Quadranten zu finden, wobei die stärkste Gewichtung im dritten Quadranten besteht (angreifen, herabsetzen, beschuldigen und zurückweisen). Die Werte für Angriff nähern sich danach aber wieder ihren Ausgangswerten an (Stunde 20 ATK: -715; CON: -683), und das Verhalten wechselt vom dritten in den ersten und zweiten Quadranten.

So gehe ich in den schlechtesten Zeiten intransitiv mit der Therapeutin um (Me and Therapist at worst, intransitive) aus Sicht der Patientin:

Bei Therapiebeginn besteht im intransitiven Verhältnis zur Therapeutin in den schlechtesten Zeiten ein ambivalenter Konflikt zwischen freundlicher und feindlicher Reaktion (Std. 8 ATK: 204; CON: -336). Das Verhalten spiegelt sich in ähnlichen Ausmaßen in allen Quadranten wider. In Stunde 12 versucht sich die Patientin dann autonom zu machen (Std. 12 ATK: -415; CON: -901), ihr Verhalten ist vor allem im vierten Quadranten lokalisiert. In der Sechzehnten Stunde ist das intransitive Verhalten der Patientin dann, im Gegensatz zum transitiven Verhalten der gleichen Dimension gekennzeichnet durch niedrige Werte sowohl für Angriff als auch für Kontrolle (Std. 16 ATK: -889; CON: -706), ihr Verhalten ist im ersten und zweiten Quadranten fokussiert (eigenständig, sich mitteilen und sich stützen auf). Das ändert sich dann auch bis zum Ende der Therapie nicht mehr ausschlaggebend.

Die Therapeutin beurteilt

Die Patientin transitiv zu mir in unseren besten Zeiten (Patient at best, transitive) aus Therapeutesicht:

Aus Sicht der Therapeutin zeichnet sich das Verhalten der Patientin in den besten Zeiten transitiv bei Therapiebeginn durch Freundlichkeit und ein geringes Maß an Kontrollausübung aus (Std. 4 ATK: -804; CON: -495). Diese Verhalten ändert sich in der 8. Stunde tendenziell, indem sich neue Aspekte wie z. B. Übersehen bzw. Vernachlässigen auftreten (Std. 8 ATK: -438; CON: -520). Im Wesentlichen bleibt diese Verhältnis dann, wie es eingangs war, unverändert.

Die Patientin intransitiv zu mir in den besten Zeiten (Patient at best, intransitive) aus Therapeutesicht:

Diese Verhältnis ist bei Therapiebeginn freundlich und durch Attribute wie „sich stützen auf“, „sich verlassen auf“ gekennzeichnet. Die Werte für Angriff und Kontrolle liegen in der vierten Stunde bei: ATK: -885; CON: 515. Hier kommt es dann im weiteren Verlauf zu keinen wesentlichen Änderungen.

Ich, die Therapeutin zur Patientin transitiv in unseren besten Zeiten (Me and patient at best, transitive) aus Therapeutesicht:

Die Beziehung der Therapeutin zur Patientin in dieser Dimension ist durchgehend freundlich und unterstützend, die Angriffs und Kontrollwerte betragen in der vierten Stunde: ATK: -946; CON: 824 und es kommt weiterhin zu keiner gravierenden Änderung.

Ich, die Therapeutin zur Patientin intransitiv in unseren besten Zeiten (Me and patient at best, intransitive) aus Therapeutesicht:

Auch das intransitive Verhältnis der Therapeutin in den besten Zeiten ist während der gesamten Therapie geprägt durch Freundlichkeit und vertrautes Verhalten gegenüber der Patientin. Die Werte für Angriff und Kontrolle sind in der vierten Stunde: ATK: -841; CON: 456, es kommt zu keiner wesentlichen Änderung.

Die Patientin zu mir transitiv in unseren schlechtesten Zeiten (Patient at worst, transitive) aus Therapeutesicht:

In der vierten Stunde ist die Beziehung in den schlechtesten Zeiten transitiv hauptsächlich gekennzeichnet durch freundliche und liebevolle Aspekte (ATK: -407; CON: -359). In der achten Stunde kommen dann weitere Verhaltensweisen wie vernachlässigen, herabsetzen und beschuldigen hinzu (Std. 8: ATK: -249; CON: -520). Dieses Verhalten bleibt zunächst gleich. In der 16. Stunde wird die Patientin dann als kontrollierender seitens der Therapeutin empfunden (Std. 16: ATK: -518; CON: 698). In Stunde 20 besteht dann ein double-bind Konflikt zwischen Kontrolle ausüben und „die Therapeutin fallen/gehen lassen“ (Std. 20: ATK: -320; CON: -149). Dieser Konflikt bleibt dann auch bei Therapieende bestehen.

Die Patientin zu mir intransitiv in unseren schlechtesten Zeiten (Patient at worst, intransitive) aus Therapeutesicht:

Bei Therapiebeginn ist die intransitive Beziehung der Patientin in den schlechtesten Zeiten aus Sicht der Therapeutin freundlich und mitteilbar. Die Patientin wird aber auch teilweise als sich rechtfertigend und beleidigt empfunden (Std. 4: ATK: -640; CON: -307). Hier ändert sich zunächst auch im Wesentlichen nichts, in der zwölften Stunde kommen dann aber noch weitere Aspekte wie sich abschotten und distanzieren hinzu. In der sechzehnten Stunde wird das intransitive Verhältnis dann wieder etwas

mitteilsamer und vertrauter (Std. 16: ATK: -770; CON: 451). Im weiteren Verlauf kehren dann aber die distanzierten und trotzigten Aspekte wieder.

Ich, die Therapeutin, zur Patientin transitiv in unseren schlechtesten Zeiten (Me and patient at worst, transitive) aus Therapeutesicht:

Am Anfang verhält sich die Therapeutin freundlich und bestätigend gegenüber der Patientin (Std. 4: ATK: -905; CON: 854). In der achten Stunde verhält sie sich dann teilweise auch beschuldigend und kontrollierend, wobei die Werte für Kontrolle und Angriff sich in geringerem Maße verändern und das wesentliche Verhalten weiterhin freundlich und bestätigend ist (Std. 8 ATK: -782; CON: 868). In der zwölften Stunde übt die Therapeutin dann mehr Kontrolle über die Patientin aus (Std. 12: ATK: -606; CON: 794). Dieses Verhältnis bleibt dann weiterhin bestehen. Lediglich am Ende der Therapie verringert sich das Maß der Kontrollausübung (Therapieende: ATK -842; CON: 703).

Ich, die Therapeutin, zur Patientin intransitiv in unseren schlechtesten Zeiten (Me and patient at worst, intransitive):

Das intransitive Verhalten der Therapeutin gegenüber der Patientin in den schlechtesten Zeiten ist am Anfang charakterisiert durch Eigenständigkeit, Vertrauen und Mitteilsamkeit (Std. 4: ATK: -716; CON: -344). In der achten Stunde kommt es dann auch zu Verhalten wie z. B. beleidigt sein bzw. sich rechtfertigen (Std. 8 ATK: -660; CON: 331). Die oben erwähnten Anteile tauchen dann nicht mehr auf und das intransitive Verhältnis bleibt im Wesentlichen gleich, lediglich am Therapieende nehmen die Werte für Kontrolle ab (Therapieende: ATK: -772; CON: -517).

Therapie S.P.

Der Patient beurteilt

So gehe ich in meinen besten Zeiten mit mir selbst um (Introject at best):

Der Patient S.P. geht mit sich selbst in den besten Zeiten zu Beginn der Therapie freundlich und sich selbst zurückhaltend um (ATK: -952; CON: 576). Dies ändert sich dann im weiteren Verlauf nicht wesentlich.

So gehe ich in meinen schlechtesten Zeiten mit mir um (Introject at worst):

Auch das Verhalten des Patienten sich selbst gegenüber in seinen schlechtesten Zeiten ist anfänglich geprägt von Selbstliebe und Kontrolle gegenüber sich (ATK: -961; CON: 574). Auch hier ändert sich zunächst nicht sehr viel. Eine Ausnahme stellt in diesem Zusammenhang Stunde 20 dar. Hier wandert das Verhalten des Patienten vom ersten in den dritten beziehungsweise vierten Quadranten (Selbsthass, sich selbst vernachlässigen) auch die Angriffs und Kontrollwerte verkehren sich (Std. 20 ATK: 472; CON: -620). Das ist die einzige relevante Abweichung, die sich in späteren Stunden auch nicht mehr bestätigt. Das Verhalten sich selbst gegenüber in den schlechtesten Zeiten ist dann bei der 1 Jahres Katamnese ein Zustand des „Sich-gehenlassens“ (ATK: -815; CON: -927).

So geht meine wichtigste Bezugsperson in meinen besten Zeiten transitiv mit mir um (My significant other at best, transitive):

Die Ehefrau des Patienten verhält sich in den besten Zeiten freundlich und unterstützend gegenüber dem Patienten, sie übt aber auch Kontrolle über ihn aus (Anfang ATK: -869; CON: 543). Hier kommt es dann weiterhin nicht mehr zu wesentlichen Änderungen.

So geht meine wichtigste Bezugsperson in meinen besten Zeiten intransitiv mit mir um (My significant other at best, intransitive):

Das intransitive Verhältnis der Ehefrau zum Patienten in den besten Zeiten ist während des ganzen Therapieverlaufs geprägt von Freundlichkeit, Vertrauen und Selbstsicherheit (Anfang ATK: -925; CON: 510).

So gehe ich mit meiner wichtigsten Bezugsperson in meinen besten Zeiten transitiv um (Me and my significant other at best, transitive):

Auch der Patient hat seiner Ehefrau gegenüber in den besten Zeiten ein sehr freundliches und unterstützendes transitives Verhältnis, das auch durch leichte Kontrollausübung gekennzeichnet ist (Anfang ATK: -900; CON: 722).

So gehe ich mit meiner wichtigsten Bezugsperson in meinen besten Zeiten intransitive um (Me and my significant other at best, intransitive):

Das intransitive Verhältnis des Patienten zu seiner Frau in den besten Zeiten ist ebenfalls gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Freundlichkeit beziehungsweise

Zuneigung oder Vertrauen und ein relativ hohes Maß Unterwerfung (Anfang ATK: -875; CON: 640).

So geht meine wichtigste Bezugsperson in meinen schlechtesten Zeiten transitiv mit mir um (My significant other at worst, transitive):

Bei Therapiebeginn ist das transitive Verhältnis der Ehefrau zum Patienten in den schlechtesten Zeiten liebevoll, unterstützend und bestätigend aber auch kontrollierend (ATK: -893; CON: 526). In der vierten Stunde kommt es dann zu einer Abweichung, die sich darin äußert, dass das Verhalten der Ehefrau nun aggressiver ist und sich als Konflikt zwischen Freundlichkeit versus Angriff darstellt (Std. 4 ATK: 373; CON: -180). Zwischenzeitlich empfindet der Patient seine Ehefrau dann als manchmal mehr und manchmal weniger kontrollierend (Std.20 ATK: -824; CON: 640; 6 Monats Katamnese: ATK -890; CON: -421). Im weiteren Verlauf bleibt dieses Verhältnis dann doch so wie es anfänglich war (1 Jahres Katamnese: ATK: -884; CON: 589)

So geht meine wichtigste Bezugsperson in meinen schlechtesten Zeiten intransitiv mit mir um (My significant other at worst, intransitive):

Das intransitive Verhältnis der Ehefrau zum Patienten in den schlechtesten Zeiten ist freundlich und vertraut (Anfang: ATK: -878; CON: 631). In der sechs Monats Katamnese empfindet der Patient seine Ehefrau dann selbstsicherer (ATK: -901; CON: -493). Ansonsten bleibt das Verhältnis wie bei Therapiebeginn.

So gehe ich mit meiner wichtigsten Bezugsperson in meinen schlechtesten Zeiten transitiv um (Me and my significant other at worst, transitive):

Bei Therapiebeginn ist das transitive Verhältnis des Patienten zur Ehefrau in den schlechtesten Zeiten sowohl gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Kontrollausübung als auch durch Vertrauen und Zuneigung (Anfang: ATK: -850; CON: 774). Dies ändert sich zunächst nicht wesentlich, lediglich die Werte für das Kontrollausmaß verringern sich (Std. 12: ATK: -951; CON: 573). In der sechzehnten Stunde sind die Werte dann wie initial. Zu einer deutlichen Veränderung kommt es in der zwanzigsten Stunde (ATK: -528; CON: -460), der Patient verhält sich seiner Frau gegenüber gleichgültiger. Bei Therapieende ist das Verhältnis dann wieder wie zu Beginn. Im Rahmen der sechs-Monate-Katamnese verringern sich wieder die Werte für das Kontrollausmaß (ATK: -

876; CON: -427). Bei der letzten Katamneserhebung nach einem Jahr sind die Werte wie am Therapieanfang (ATK: -866; CON: 636).

So gehe ich mit meiner wichtigsten Bezugsperson intransitiv in meinen schlechtesten Zeiten um (Me and my significant other at worst, intransitive):

Das intransitive Verhältnis zur Ehefrau zeichnet sich zunächst durch Vertrautheit aus, der Patient verlässt sich auf seine Ehefrau (ATK: -820; CON: 610). In der zwanzigsten Stunde kommt es dann zu einer wesentlichen Änderung, der Patient beschreibt sich als distanzierter gegenüber seiner Ehefrau als in den Stunden zuvor (ATK: -446; CON: -458). Bei Therapieende ist das Verhältnis dann wieder ähnlich wie zu Beginn (ATK: -859; CON: 607). Die Werte für das Kontrollausmaß verringern sich bei der Erhebung zur sechs-Monate-Katamnese (ATK: -876; CON: -427), der Patient verhält sich seiner Frau gegenüber gleichgültiger als zuvor. Bei der ein-Jahres-Katamnese ist dann wieder das ursprüngliche Verhältnis zu erkennen (ATK: -794; CON: 692).

So geht der Therapeut in unseren besten Zeiten transitiv mit mir um (Therapist at best, transitive) aus Patientensicht:

Das transitive Verhalten des Therapeuten am Anfang der Therapie wird als freundlich und unterstützend beschrieben (Std. 4 ATK: -536; CON: -285). In der achten Stunde ändern sich dann vor allem die Werte für das Kontrollausmaß (ATK: -717; CON: -629), der Therapeut erscheint dem Patienten unaufmerksamer. Diese Veränderung setzt sich zunächst über die zwölfte Stunde fort. In der sechzehnten Stunde taucht das Cluster 1.8 (übersehen, vernachlässigen) auf. Danach ist das Verhältnis dann wieder so wie in der achten Stunde. Zu den Katamnesen existieren leider keine Angaben hinsichtlich dieser Kategorie.

So geht der Therapeut in unseren besten Zeiten intransitiv mit mir um (Therapist at best, intransitive) aus Patientensicht:

Bei Therapiebeginn wird das intransitive Verhalten des Therapeuten vom Patienten ebenfalls als freundlich und unterstützend empfunden (ATK: -777; CON: 720). In der achten Stunde ändern sich dann insbesondere die Werte für das Kontrollausmaß (ATK: -379; CON: -577), der Therapeut wird als eigenständig und selbstsicher erlebt, er macht sich autonom. In der zwölften Stunde wird der Therapeut dann als eher

distanziert erlebt, die Werte für Angriff/Ablehnung erhöhen sich (ATK: -289; CON: -882). Dies setzt sich dann in der sechzehnten und zwanzigsten Stunde fort.

So gehe ich mit meinem Therapeuten transitiv in unseren besten Zeiten um (Me and Therapist at best, transitive) aus Patientensicht:

Der Patient beschreibt sein transitives Verhalten gegenüber dem Therapeuten bei Therapiebeginn als freundlich und bestätigend (ATK: -616; CON: -329). In der achten Stunde kommt es dann zu einer Verringerung der Werte für das Kontrollausmaß (ATK: -613; -687). In der zwölften Stunde sind Verhaltensanteile des Cluster 1.8 zu erkennen, der Patient verhält sich distanziert (Std. 12: ATK: -360; CON: -823). In der sechzehnten Stunde besteht ein double bind Konflikt zwischen Freundlichkeit und Angriff (ATK: -533; CON: -379). In der zwanzigsten Stunde dann sind keine Verhaltensanteile aus dem Cluster 1.8 mehr vorhanden, das Verhältnis ist wieder ähnlich wie in Stunde acht.

So gehe ich mit meinem Therapeuten intransitiv in unseren besten Zeiten um (Me and Therapist at best, intransitive) aus Patientensicht:

Auch das intransitive Verhalten gegenüber dem Therapeuten in den besten Zeiten wird initial als freundlich und bestätigend empfunden (ATK: -899; CON: -437). In der sechzehnten Stunde sind sowohl Verhaltensanteile des Cluster 2.4 (sich verlassen auf, sich stützen auf) als auch Anteile von Cluster 2.8 (abschotten und sich distanzieren) sowie von Cluster 2.1 (eigenständig, selbstsicher) zu erkennen. Der Patient macht sich autonom vom Therapeuten und befindet sich im Konflikt zwischen Freundlichkeit und Angriff. In der zwanzigsten Stunde sind dann im Vergleich zu vorher deutlich erhöhte Kontrollwerte zu verzeichnen, der Patient tritt eigenständiger gegenüber dem Therapeuten auf. (ATK: -564; CON: 318).

So geht mein Therapeut transitiv in meinen schlechtesten Zeiten mit mir um (Therapist at worst, transitive) aus Patientensicht:

Das Verhalten des Therapeuten in den schlechtesten Zeiten wird zu Beginn als freundlich und unterstützend empfunden (ATK: -685; CON: 483). In der achten Stunde ändern sich die Werte für das Kontrollausmaß wesentlich (ATK: -697; CON: -697), es zeigen sich Verhaltensanteile von Cluster 1.1 (vergessen, aus dem Sinn, freigeben). Hierzu kommen in der zwölften Stunde Anteile aus Cluster 1.8., welche in der

sechzehnten Stunde nicht mehr auftauchen. In der zwanzigsten Stunde sind dann Cluster 1.2 und 1.5 vorhanden, der Therapeut ist weniger freundlich und gleichzeitig kontrollierender. (ATK: -118; CON:- 289).

So geht mein Therapeut in meinen schlechtesten Zeiten intransitiv mit mir um (Therapist at worst, intransitive) aus Patientensicht:

Das intransitive Verhalten des Therapeuten in den schlechtesten Zeiten wird bei Therapiebeginn als freundlich und sich liebevoll annähernd empfunden (Std. 4 ATK: -787; CON: 402). In der achten Stunde wird ist der Therapeut in einem Zustand des „sich-autonom-machens“ (ATK: -379; CON: -577). Dieser Zustand besteht dann in der zwölften Stunde fort, hier ist auch anteilig Cluster 2.8 vorhanden. Es kommt dann in der sechzehnten Stunde zu Anteilen von Cluster 2.8, 2.7 (protestieren, zurückweichen) und Cluster 2.6 (beleidigt sein, sich rechtfertigen). Eine deutliche Veränderung der Werte für Angriff ist zu verzeichnen (ATK: 715; CON: -831), der Therapeut macht sich autonom. In Stunde zwanzig bilden sich diese Veränderungen dann tendenziell zurück (ATK: -379; CON: -577).

So gehe ich transitiv mit meinem Therapeuten in meinen schlechtesten Zeiten um (Me and Therapist at worst, transitive) aus Patientensicht:

Der Patient beschreibt sein transitives Verhalten gegenüber dem Therapeuten in den schlechtesten Zeiten als freundlich und bestätigend (Std. 4 ATK: -916; CON: 714). In der achten Stunde ändern sich die Werte für das Kontrollausmaß wesentlich (ATK: -678; CON: -704). In der zwölften Stunde kommen dann vermehrt Anteile von Cluster 1.1 (vergessen, aus dem Sinn, freigeben) vor, die Angriffswerte erhöhen sich tendenziell (ATK: -378; CON: -577). Das Verhältnis bleibt dann zunächst so bestehen, in der zwanzigsten Stunde verringern sich die Werte für Angriff (ATK: -697; CON: -697)

So gehe ich intransitiv mit meinem Therapeuten in meinen schlechtesten Zeiten um (Me and Therapist at worst, intransitive) aus Patientensicht:

Auch das intransitive Verhalten des Patienten in seinen schlechtesten Zeiten gegenüber dem Therapeuten ist initial freundlich und mitteilbar (Std. 4 ATK: -835; CON: 565). Eine ähnliche Verringerung der Werte für das Maß an Kontrolle wie im transitiven

Verhalten ist in der achten Stunde zu beobachten (ATK: -698; CON: -485). Im weiteren Verlauf kommt es dann zu einer mässiggradigen Erhöhung der Werte für Kontrolle (Std. 20: ATK: -411; CON: -188), sonst ändert im Wesentlichen nichts.

Ihre Mutter transitiv, als Sie zwischen 5 und 10 Jahren alt waren (My mother between 5 and 10, transitive):

Das transitive Verhalten der Mutter zwischen dem 5. und 10. Lebensjahr wird als freundlich, liebevoll und unterstützend geschildert (ATK: -889; CON: 669). Diese Verhältnis bleibt dann zunächst bei Therapieende und in den folgenden Katamnesen in gleicher Form bestehen, lediglich im Rahmen der ein Jahres Katamnese erhöhen sich die Angriffswerte, die Mutter wird hier als kontrollierender als in den vorherigen Erhebungen beschrieben (1 Jahres Katamnese: ATK: -368; CON: 675).

Ihre Mutter intransitiv, als Sie zwischen 5 und 10 Jahren alt waren (My mother between 5 and 10, intransitive):

Das intransitive Verhältnis seiner Mutter zu S.P. wird als freundlich und gleichzeitig sich unterwerfend geschildert (Therapiebeginn: ATK: -718; CON: -313). Bei Therapieende verringern sich dann die Angriffswerte (ATK: -574; CON: -449). Bei der sechs-Monate-Katamnese nähern sich die Werte wieder den Werten bei Therapiebeginn an (ATK: -889; CON: -629). Schließlich wird die Mutter dann deutlich sich unterwerfend empfunden.

Sie selbst transitiv in Beziehung zu Ihrer Mutter, als Sie zwischen 5 und 10 Jahren alt waren (Me and my mother between 5 and 10, transitive):

S.P. sieht sich in Beziehung zur Mutter bei Therapiebeginn als freundlich-kontrollierend (Therapiebeginn: ATK: -697; CON: 289). Hier ändert sich weiterhin nichts Wesentliches mehr.

Sie selbst intransitiv in Beziehung zu Ihrer Mutter, als Sie zwischen 5 und 10 Jahren alt waren (Me and my mother between 5 and 10, intransitive):

Das intransitive Verhalten seiner Mutter ihm gegenüber im Alter zwischen 5 und 10 Jahren wird initial als freundlich und offenherzig geschildert (Therapiebeginn: ATK: -881; CON: 580). Im Rahmen der sechs-Monate-Katamnese verringern sich dann die Werte für Kontrolle (ATK: -622; CON: -311). Schließlich ist das intransitive Verhältnis der Mutter gegenüber dann wie zu Beginn.

Ihr Vater zu Ihnen transitiv, als Sie zwischen 5 und 10 Jahren alt waren (My father between 5 and 10, transitive):

Der Vater wird in seinem transitiven Verhältnis gegenüber S.P. bei Therapiebeginn als freundlich, unterstützend sowie kontrollierend beschrieben (ATK: -820; CON: 674). Dieses Verhältnis ändert sich zunächst nicht. Bei der 1 Jahres Katamnese nehmen jedoch die Kontroll- und Angriffswerte deutlich zu (ATK: 383; CON: 641), der Vater wird als kontrollierend und streng empfunden.

Ihr Vater zu Ihnen intransitiv, als Sie zwischen 5 und 10 Jahren alt waren (My father between 5 and 10, intransitive):

Bei Therapiebeginn wird das intransitive Verhältnis des Vaters zu S.P. als freundlich und selbstsicher geschildert (ATK: -571; CON: -459). Hier kommt es zunächst zu keiner Änderung. Bei der Befragung zur 6 Monate Katamnese wird das intransitive Verhalten des Vaters als Zustand des sich-autonom-machens empfunden. Schließlich wird der Vater dann wie anfangs beschrieben.

Sie zu Ihrem Vater transitiv, als Sie zwischen 5 und 10 Jahren alt waren (Me and my father between 5 and 10, transitive):

S.P. schildert sich in seiner transitiven Beziehung zum Vater als freundlich und kontrollierend (Therapiebeginn: ATK: -704; CON: -326). Die weiteren Werte im Verlauf sind leider nicht vorhanden. Bei der 1 Jahres Katamnese ist als Änderung die Erhöhung des Kontrollwertes zu erkennen (ATK: -533; CON: 379).

Sie zu Ihrem Vater intransitiv, als Sie zwischen 5 und 10 Jahren alt waren (Me and my father between 5 and 10, intransitive):

Zunächst ist das Verhältnis freundlich-zugewandt beschrieben (Initial: ATK: -891; CON: 596). Im Verlauf ändert sich hieran zunächst nicht. In der letzten Befragung dann wird das intransitive Verhalten als sich unterwerfend beschrieben (ATK: -812; CON: 741).

Mutter in Beziehung zum Vater transitiv, als Sie zwischen 5 und 10 Jahre alt waren (Mother and father between 5 and 10, transitive):

Das transitive Verhältnis der Mutter zum Vater wird initial als freundlich und liebevoll beschrieben (ATK:-893; CON: 385). Im weiteren Verlauf verringern sich dann die Kontrollwerte deutlich (Therapieende: ATK: -906, CON: -485), die Beziehung scheint

nicht mehr so eng. Im Verlauf verringern sich zunächst die Angriffswerte (6-Monate-Katamnese: ATK: -540; CON: -507) und sind in der letzten Befragung wieder wie bei Therapieende.

Mutter in Beziehung zum Vater intransitiv, als Sie zwischen 5 und 10 Jahren alt waren (Mother and father between 5 and 10, intransitive):

Am Anfang wird das intransitive Verhältnis der Mutter zum Vater als freundlich und sich unterwerfend geschildert (ATK: -954; CON: 787). Dieses Verhältnis ändert sich im Wesentlichen dann nicht mehr.

Vater in Beziehung zur Mutter transitiv, als Sie zwischen 5 und 10 Jahren alt waren (Father and mother, transitive):

Der Vater wird zunächst als freundlich, unterstützend und kontrollierend beschrieben (Therapiebeginn: ATK: -890; CON: 868). Bei der 6 Monate Katamnese wird der Vater dann als weniger freundlich beschrieben (ATK: -303; CON: 559). Dieses Verhältnis bleibt bis zuletzt ähnlich.

Vater in Beziehung zur Mutter intransitiv, als Sie zwischen 5 und 10 Jahren alt waren (Father and mother, intransitive):

Das intransitive Verhalten der Mutter gegenüber ist zunächst freundlich, der Vater verlässt sich auf seine Frau (Initial: ATK: -911; CON: 868). Dann wird der Vater als zunehmend eigenständiger geschildert (Therapieende: ATK: -646; CON: -282). Diese Tendenz setzt sich weiterhin fort.

Der Therapeut beurteilt:

(Es liegen nur die Aussagen zu den Sitzungen 4, 8, 16, 20 und 24 vor)

So geht der Patient in den besten Zeiten transitiv mit mir um (Patient at best, transitive) aus Therapeutesicht:

Die Einschätzung des Therapeuten hinsichtlich des transitiven Verhaltens des Patienten in den besten Zeiten ist in der vierten Stunde freundlich, aber auch „unaufmerksam“ (Std.4 ATK:-212; CON:-399), (Cluster 1.1: vergessen, freigeben, aus dem Sinn), in der achten Stunde wird das Verhältnis insgesamt freundlicher und weniger kontrollierend. (Std. 8 ATK: -759; CON: -678). In der zwanzigsten Stunde ist das Verhältnis nicht

wesentlich verändert, lediglich die Werte für Angriff und Kontrolle verändern sich (ATK:-471; CON:-365). Danach kommt es zu keinen wesentlichen Veränderungen.

So geht der Patient in den besten Zeiten intransitiv mit mir um (Patient at best, intransitive) aus Therapeutesicht:

Das intransitive Verhalten des Patienten in den besten Zeiten bei Therapiebeginn wird vom Therapeuten als mitteilbar, eigenständig und selbstsicher empfunden (Std. 4: ATK: -387; CON: -191). In der achten Stunde wird der Patient als offener und mitteilbarer empfunden (Std. 8: ATK: -848; CON: -372). Dies ändert sich weiterhin nicht wesentlich.

So gehe ich, der Therapeut in unseren besten Zeiten transitiv mit dem Patienten um (Me and patient at best, transitive) aus Therapeutesicht:

Zu Beginn beurteilt der Therapeut sein transitives Verhalten in den besten Zeiten gegenüber dem Patienten als unterstützend, anleitend und bestätigend (Std. 4: ATK:-880; CON: 553). Es kommen aber auch Anteile von Cluster 1.1 (freigeben, vergessen) vor (Std. 8: ATK: -796; CON: 411). In der sechzehnten Stunde ändern sich dann die Werte für das Kontrollausmaß (ATK: -820; CON: -376). In der vierundzwanzigsten Stunde kehren die Werte für das Kontrollausmaß wieder in den initialen Bereich (ATK: -855, CON: 426).

So gehe ich, der Therapeut in unseren besten Zeiten intransitiv mit dem Patienten um (Me and patient at best, intransitive) aus Therapeutesicht:

Das intransitive Verhalten des Therapeuten gegenüber dem Patienten in den besten Zeiten ist zunächst geprägt von relativ hohen Angriffs- und Kontrollwerten (Std. 4: ATK: 248; CON: 575). Es ändert sich dann zunächst, der Therapeut wird eigenständig und selbstsicher (Std. 8 ATK: -524; CON: -446). In der sechzehnten Stunde kommen dann die Cluster 2.2 (öffnen, sich mitteilen), 2.3 (voller Freude sich verbinden) und 2.4 (sich stützen und sich verlassen auf) hinzu (Std. 16: ATK: -743, CON: 392). In den nächsten Stunden ändert sich das Verhältnis, es kommt zunehmend zu erhöhten Kontrollwerten bei weniger deutlich zunehmenden Angriffswerten. Die intransitive Haltung des Therapeuten gegenüber dem Patienten befindet sich im Konflikt zwischen Freundlichkeit und angreifendem Verhalten (ATK: -418; CON: 615). Eine weitere

Änderung geschieht in der vierundzwanzigsten Stunde, der Therapeut befindet sich gegenüber dem Patienten im Zustand der Unterwerfung (ATK: 290; CON: 649).

So geht der Patient transitiv in unseren schlechtesten Zeiten mit mir um (Patient at worst, transitive) aus Therapeutesicht:

In der vierten Stunde befindet sich das Verhältnis zwischen Therapeut und Patient zunächst im Konflikt zwischen Kontrolle ausüben und den Therapeuten gehen bzw. fallen lassen. Danach wird das transitive Verhalten des Patienten durch den Therapeuten als freundlich und Autonomie gewährend beschrieben (Std. 8: ATK: -594; CON: -734). In der sechzehnten Stunde tauchen dann in gegensätzlicher Weise Verhaltensanteile der Cluster 1.1 und 1.5, es besteht erneut der Konflikt zwischen Kontrolle über den Therapeuten ausüben und ihn fallen bzw. gehen lassen. (ATK: -76; CON: -272). Dieses Verhalten bleibt weiterhin bestehen, die Werte für das Kontrollmaß und Angriff ändern sich (Std. 20 ATK: -345; CON: -390). Im Wesentlichen ändert sich dann am Verhalten des Patienten aus Sicht des Therapeuten nichts mehr, lediglich die Angriff und Kontrollwerte ändern sich gegen Ende nochmals (Std. 24: ATK: 41; CON: -124).

So geht der Patient intransitiv in unseren schlechtesten Zeiten mit mir um (Patient at worst, intransitive) aus Therapeutesicht:

Das intransitive Verhalten des Patienten in den schlechtesten Zeiten, aus Sicht des Therapeuten zeigt initial Anteile von Cluster 2.1(eigenständig, selbstsicher) und Cluster 2.6 (beleidigt sein, sich rechtfertigen) (Std. 8: ATK: -298; CON: -427). In der sechzehnten befindet sich das Verhalten des Patienten partiell im Cluster 2.5 (sich unterwerfen) (Std. 16 ATK: -183; CON: 272). Danach dominiert Cluster 2.1 (eigenständig, selbstsicher), Angriff und Kontrollwerte ändern sich deutlich (Std. 20: ATK: -813; CON: -728). In der vierundzwanzigsten Stunde taucht wieder Cluster 2.6 auf (Std. 24: ATK: --215; CON: -392).

So gehe ich, der Therapeut transitiv in unseren schlechtesten Zeiten mit dem Patienten um (Me and patient at worst, transitive) aus Therapeutesicht:

Das Verhalten des Therapeuten hinsichtlich dieser Dimension ist initial freundlich und wenig kontrollierend (Std. 4: ATK: -632; CON:-365), dies wird dann in der achten Stunde zunehmend (Std. 8: ATK: -843; CON: -449). Es ändert sich zunächst im

Wesentlichen nichts, in der sechzehnten Stunde sind auch Anteile von Cluster 1.4 (unterstützen, anleiten) vertreten. Danach tritt eine Änderung in Stunde zwanzig ein, der Therapeut beschreibt sich hier als kontrollierender gegenüber dem Patienten (Std. 20: ATK: -298; CON: 533). In der vierundzwanzigsten Stunde befindet sich das Verhalten des Therapeuten dann im Konflikt zwischen Kontrollausübung über den Patienten und ihn gehen bzw. fallen zulassen (ATK: -145; CON: 282).

So gehe ich, der Therapeut intransitiv in unseren schlechtesten Zeiten mit dem Patienten um (Me and patient at worst, intransitive) aus Therapeutesicht:

Das intransitive Verhalten des Therapeuten in den schlechtesten Zeiten ist am Anfang freundlich und eigenständig (Std.8: ATK: -450; CON: -372). In der vierundzwanzigsten Stunde ändert sich dieses Verhältnis dann dahingehend, dass Anteile von Cluster 2.5 vorkommen, die Angriffs und Kontrollwerte ändern sich deutlich (Std. 24: ATK: 593; CON: 557), das Verhältnis kann als feindlich-intransitiver Zustand beschrieben werden.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Milon Ghosh

Geburtsdatum: 12.05.1975

Geburtsort: Duisburg

Nationalität: deutsch

Schulbildung

1980 – 1986 Gemeinschaftsgrundschule, Duisburg-Neuenkamp

1986 – 1995 Landferman Gymnasium, Duisburg

Juni 1995 Abitur

Zivildienst

1995 – 1996 Ambulanter Pflegedienst, Arbeiter-Samariter-Bund, Duisburg

Studium

1996 – 2001 Studium der Humanmedizin an der Heinrich-Heine-Universität,
Düsseldorf

2001 – 2002 Praktisches Jahr im Bethesda Krankenhaus Duisburg

2002 Abschluss des Studiums mit dem 3. Staatsexamen

Ärztliche Tätigkeit

02/2003 – 03/2007 Assistenzarzt, Internistische Abteilung, St.-Josef-Hospital,
Oberhausen

04/2007 – 09/2008 Assistenzarzt, Chirurgische Abteilung, Elisabeth Krankenhaus, Essen

11/2008 – 06/2010 Assistenzarzt, Allgemeinmedizinische Praxis H. Geier, Köln

09/2010 Facharzt für Allgemeinmedizin

seit 01/2011 niedergel. Facharzt für Allgemeinmedizin in eigener Praxis, Duisburg

Zusammenfassung zur Dissertation „Chronisch dekompenzierter Tinnitus in der Kurzzeitpsychotherapie: 2 Einzelfalluntersuchungen gemäß dem Zyklisch Maladaptiven Muster (CMP) und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB).“ aus dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heinrich-Universität, Düsseldorf.

Vorgelegt von **Milon Ghosh** im März 2012

Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeittherapie Projektes (DKZP) unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. W. Tress entstanden. Es wurden psychodynamische Kurzzeittherapien zweier Patienten mit chronisch dekompenzierten Tinnitus, bei unterschiedlicher Komorbidität und differentem Störungs- und Strukturniveau vergleichend untersucht. Bei Patientin R.G. bestand eine verspätete Adoleszentenkrise (Psychoneurose), bei Patient S.P. eine narzisstische Persönlichkeitsstörung. Die Therapien wurden anhand des Studiendesigns in Orientierung am Kurzzeittherapie-Manual von Strupp und Binder (1984) durchgeführt. Die Diagnostik-, Ergebnis- und Verlaufskontrolle erfolgte testanalytisch mittels Symptom Check List, Gießen Test, Narzissmusinventar, Beeinträchtigungsschwere Score, Global Assessment of Functioning Scale und den INTREX-Fragebögen, die Prozessanalyse erfolgte anhand der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) nach Lorna S. Benjamin (1974). Ziel war es anhand gefundener Unterschiede Hypothesen bezüglich des Einflusses der Faktoren Strukturniveau, Komorbidität und psychodynamischer Funktionalität von Tinnitus auf Therapieverlauf, therapeutische Beziehung und Therapieergebnis zu generieren. Die Wirksamkeit des Kurzzeittherapie-Verfahrens ist bereits gesichert. Im Fokus stand die therapeutische Beziehung und das Introjekt der Patienten. Profitierten konnte vor allem Patientin R.G. Bei Patient S.P. deutete sich zunächst eine Besserung an, im Verlauf nahmen die Beschwerden im Sinne einer zunehmenden Depressivität, Konzentrations- und Schlafstörungen wieder zu. Ein erneuter Hörsturz und eine Intensivierung des Ohrgeräuschs traten auf. In der therapeutischen Beziehung zeigten sich deutliche Unterschiede. R.G. erprobte in ihrer Therapie ihre Eigenständigkeit indem sie versuchte gegen die Therapeutin zu protestieren und sich von ihr abzugrenzen. Die Patientin schien ihren zugrunde liegenden Rollenkonflikt, in dessen Zuge es zur Symptombildung Tinnitus gekommen war im therapeutischen Rahmen gut lösen zu können. Es kam insgesamt zu einer positiven Introjektänderung. Die Patientin ging gegen Ende der Therapie freundlicher und weniger kontrolliert mit sich um und das Verhältnis zur Mutter verbesserte sich. Ob diese Verbesserungen im weiteren Verlauf stabil waren kann letztlich nicht geklärt werden da die Patientin an der Nachbeobachtungsphase nicht teilnahm. In der therapeutischen Beziehung von Patient S.P. zeigte er das, für die narzisstische Persönlichkeitsstörung typischen Verhalten. Es kam seinerseits zu ständigen Kontroll-bestrebungen gegenüber dem Therapeuten und er reagierte im Falle ausbleibender, sozusagen unrealistischer Bewunderung teilweise deutlich disaffiliativ. Der Therapeut reagierte entsprechend negativ komplementär indem er sich zunehmend vom Patienten distanzierte und sich abschottete. Die Patienten unterschieden sich außerdem bezüglich ihres psychischen Strukturniveaus. Bei Patient S.P. bestand verglichen mit Patientin R.G. ein eher mäßig integriertes Strukturniveau. Dies konnte anhand der erhobenen Daten gut dokumentiert und operationalisiert werden. Es deutete sich an, dass hierdurch Therapieprozess und Ergebnis maßgeblich beeinflusst wurden. Die Daten deuteten weiterhin an, dass der Tinnitus in beiden Fällen eine unterschiedliche psychodynamische Funktion besetzte. Bei Patient S.P. schienen sich über das Ohrgeräusch starke orale Bedürfnisse nach Fürsorge und Aufmerksamkeit zu erfüllen, welche ihm aufgrund seiner fehlenden beruflichen Bewunderung als Musiker verwehrt blieben. Zusammenfassend ergeben sich Hinweise, dass die hier angewandte Kurzzeittherapie bei unterschiedlichem Störungsniveau, Neurose vs. Persönlichkeitsstörungen, differente Ergebnisse erzielt.