

**Aus der Klinik und dem Klinischen Institut
für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Heinrich - Heine Universität Düsseldorf
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. W. Tress**

*Der Behandlungsprozeß von Patienten mit
Borderline-Persönlichkeitsorganisation in
analytischer Kurztherapie
Eine mikrostrukturelle interaktionsanalytische
Untersuchung mit der SASB/CMP - Methode*

DISSERTATION

**zur Erlangung des Grades eines Doktors der
Medizin
Der Medizinischen Fakultät der Heinrich - Heine - Universität
Düsseldorf
vorgelegt von**

Detlef Maurer

2000

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Düsseldorf

gez.: Univ. – Prof. Dr. med. Dieter Häussinger

Dekan

Referent: Univ. – Prof. Dr. Dr. Tress

Korreferent: Univ. – Prof. Dr. Dr. Schneider

Danksagung

Danken möchte ich Herrn Prof. Dr. Dr. W. Tress für die Überlassung des Themas. Auch möchte ich mich herzlich bedanken bei Herrn Dr. G. Hildenbrand für die Anregung zu meiner Dissertation, sowie Herrn Dr. M. Langenbach für seine geduldige Begleitung und Zusammenarbeit. Herzlichen Dank möchte ich Frau Dr. med. Dipl.-Psych. B. Junkert-Tress sagen, ohne deren unermüdliches Interesse, konstruktive und kritische Anregung diese Arbeit nicht denkbar gewesen wäre.

Widmen möchte ich diese Arbeit meinen Eltern Hanni und Egon Maurer, ohne deren Unterstützung mein Studium der Medizin und diese Dissertation nicht möglich gewesen wäre.

Düsseldorf im Juni 2000

Inhaltsangabe

Einleitung

- 1. Kurzzeitpsychotherapie-Konzept**
 - 1.1. Zur Frage der psychoanalytischen Standortbestimmung
 - 1.2. Begriffsbestimmung: Was ist psychoanalytische Kurzzeittherapie ?
 - 1.3. Gliederungsversuch
 - 1.3.1. *Der 'interpretative Ansatz'*
 - 1.3.2. *Der 'existentialistische Ansatz'*
 - 1.3.3. *Der 'korrektive Ansatz'*
 - 1.4. Interventionstechnik in der Kurztherapie
 - 1.4.1. *Die 'konservative Interventionstechnik'*
 - 1.4.2. *Die 'radikale oder intensive Interventionstechnik'*
 - 1.4.3. *Die 'liberale Technik'*

- 2. Der dynamische Fokus**

- 3. Indikation und Kontraindikation bei der Kurztherapie**
 - 3.1. Die 'konservative Indikation'
 - 3.2. Die 'radikale Indikation'

- 4. Beendigung der Kurztherapie**

- 5. Neue Ansätze und Konzepte in der psychoanalytischen Kurztherapie**

- 6. Die Düsseldorfer Kurzzeittherapiestudie: Ein Konzept mit dem zyklisch maladaptiven Muster (CMP) und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)**
 - 6.1. Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie - Projekt
 - 6.2. Das zyklisch maladaptive Muster
 - 6.3. Das SASB - Modell
 - 6.3.1. *Prozeßanalyse*
 - 6.3.2. *Inhaltsanalyse*

- 7. Dokumentation**
 - 7.1. Intrex Kurzform
 - 7.1.1. *Auswertung und klinische Interpretation*
 - 7.2. Die klinische Basisdokumentation
 - 7.2.1. *Der Gießener Beschwerdebogen (GBB)*
 - 7.2.2. *Die Symptom Check Liste (SCL-90 R)*
 - 7.2.3. *Der Gießen - Test*
 - 7.2.4. *Das Narzißmus - Inventar*
 - 7.2.5. *Der Beeinträchtigungsschwere - Score (BSS)*
 - 7.2.6. *Die Global Assessment of Functioning Scale (GAS)*

- 8. Borderline-Persönlichkeitsstörungen**
 - 8.1. Über die Borderline-Störung
 - 8.1.2. *Häufigkeit von Borderline-Störungen*
 - 8.1.3. *Geschichtliche Entwicklung des Begriffes 'Borderline'*
 - 8.1.4. *Definitionsansätze von Borderline-Störungen*
 - 8.1.5. *Psychogenese von Borderline-Störungen*
 - 8.1.6. *Kritik am Konzept der Borderline Entstehung*

 - 8.2. Diagnostische Kriterien nach Kernberg
 - 8.2.1. *Deskriptive Analyse - die diagnostischen Verdachtsmomente*
 - 8.2.2. *Allgemeine Klassifizierung der Charakterpathologie von Kernberg*
 - 8.2.3. *Die 'Kernberg-Levels'*
 - 8.2.4. *Diagnostische Verdachtsmomente im Überblick*
 - 8.2.5. *Strukturelle Analyse*

 - 8.3. Zentrales interpersonelles Muster der Borderlinestörung nach Benjamin

- 9. Fragestellungen**
- 10. Methodik**
 - 10.1. Beginn der Behandlung
 - 10.2. Verlauf
 - 10.3. Ende der Behandlung
- 11. Fallstudie der Patientin SM**
 - 11.1. Konsultationsgrund, Symptomatik
 - 11.2. Biographie
 - 11.3. Psychischer Befund
 - 11.4. Übertragung und Gegenübertragung
 - 11.5. Überlegung zur Psychodynamik
 - 11.6. Therapievereinbarung
 - 11.7. Therapieziel der Patientin
- 12. CMP für Patientin SM**
- 13. Therapieverlauf anhand von Stundenprotokollen und Aufzeichnungen der Supervisionsgruppe**
- 14. Epikrise**
- 15. Katamnesen Patientin SM**
- 16. Klinische Basisdokumentation der Patientin SM**
 - 16.1. Klinische Basisdokumentation bei Aufnahme der Patientin SM
 - 16.1.1. *GBB*
 - 16.1.2. *Gießen Test - Selbstrating*
 - 16.1.3. *Gießen Test - Fremdrating*
 - 16.1.4. *Narzißmus - Inventar*
 - 16.1.5. *Beurteilung*
 - 16.2. Klinische Basisdokumentation bei Entlassung der Patientin SM
 - 16.2.1. *GBB*
 - 16.2.2. *Gießen Test - Selbstrating*
 - 16.2.3. *Gießen Test - Fremdrating*
 - 16.2.4. *Narzißmus - Inventar*
 - 16.2.5. *Beurteilung*
 - 16.3. Klinische Basisdokumentation bei der 1. Katamnese der Patientin SM
 - 16.4. Klinische Basisdokumentation bei der 2. Katamnese der Patientin SM
 - 16.4.1. *SCL 90 R*
 - 16.4.2. *Gießen Test - Selbstrating*
 - 16.4.3. *Gießen Test - Fremdrating*
 - 16.4.4. *Narzißmus - Inventar*
 - 16.4.5. *Beurteilung*
 - 16.5. Klinische Basisdokumentation bei der 3. Katamnese der Patientin SM
 - 16.6. Klinische Basisdokumentation bei der 4. Katamnese der Patientin SM
 - 16.6.1. *SCL 90 R*
 - 16.6.2. *Gießen Test - Selbstrating*
 - 16.6.3. *Gießen Test - Fremdrating*
 - 16.6.4. *Narzißmus - Inventar*
 - 16.6.5. *Beurteilung*
- 17. Fallstudie Patientin BW**
 - 17.1. Konsultationsgrund, Symptomatik
 - 17.2. Biographie
 - 17.3. Psychischer Befund
 - 17.4. Übertragung und Gegenübertragung
 - 17.5. Überlegung zur Psychodynamik und Diagnose

- 17.6. Therapievereinbarung
- 17.7. Therapieziel
- 18. CMP für Patientin BW**
- 19. Therapieverlauf anhand von Stundenprotokollen und Aufzeichnungen der Supervisionsgruppe**
- 20. Epikrise**
- 21. Katamnesen Patientin BW**
- 22. Klinische Basisdokumentation der Patientin BW**
 - 22.1. Klinische Basisdokumentation der Patientin BW bei Aufnahme
 - 22.1.1. *GBB*
 - 22.1.2. *Gießen Test - Selbstrating*
 - 22.1.3. *Gießen Test - Fremdrating*
 - 22.1.4. *Narzißmus - Inventar*
 - 22.2. Klinische Basisdokumentation der Patientin BW bei Entlassung
 - 22.2.1. *SCL 90 R*
 - 22.2.2. *Gießen Test - Selbstrating*
 - 22.2.3. *Gießen Test - Fremdrating*
 - 22.2.4. *Narzißmus - Inventar*
 - 22.2.5. *Gesamtbeurteilung*
- 23. Therapieverläufe**
 - 23.1. Verlauf der Therapie SM
 - 23.2. Verlauf der Therapie BW
 - 23.3. Vergleich der Verläufe BW und SM
 - 23.3.1. *Tabellarischer Verlauf*
 - 23.3.2. *Struktureller Vergleich*
 - 23.3.3. *Verlaufsvergleich BW und SM*
- 24. Vergleich der Prozeßanalysen der TherapeutInnen**
 - 24.1. Mikrostrukturelle Analyse der Cluster der TherapeutInnen
 - 24.2. Beurteilung
- 25. Analyse der Interaktionen zwischen PatientIn und TherapeutIn**
 - 25.1. Komplementarität im therapeutischen Prozeß
 - 25.2. Der Komplementaritäts - Index
 - 25.2.1. *Der Komplementaritäts - Index Cluster 2*
 - 25.2.2. *Der Komplementaritäts - Index Cluster 4*
 - 25.2.3. *Der Komplementaritäts - Index Fokus 1*
- 26. Analyse der Inhaltsratings der Patientinnen SM und BW**
 - 26.1. Quantitative Analyse SM
 - 26.2. Quantitative Analyse BW
 - 26.3. Vergleich der Therapien SM und BW unter quantitativen Gesichtspunkten
 - 26.4. Qualitative Analyse der Inhaltskodierungen der Patientin SM
 - 26.5. Qualitative Analyse der Inhaltskodierungen der Patientin BW
 - 26.6. Vergleich der Inhaltsanalysen der Patientinnen SM und BW
- 27. Intrex - Fragebögen:**
Analyse der Attack- und Controlkoeffizienten SM und BW im Verlauf
 - 27.1. Attackkoeffizienten im Verlauf BW
 - 27.2. Controlkoeffizienten im Verlauf BW
 - 27.3. Attackkoeffizienten im Verlauf SM
 - 27.4. Controlkoeffizienten im Verlauf SM
- 28. Zusammenfassung und Diskussion**

- 28.1. Tabellarische Zusammenfassung
- 28.2. Biographische Zusammenfassung
- 28.3. Indikation zur Kurzzeittherapie
- 28.4. Fragestellungen
- 28.5. Diskussion

Literaturverzeichnis

Einleitung

Studien von Schepank und Tress (Schepank et al. 1984, Tress 1994) belegen, daß es in der Bundesrepublik Deutschland einen hohen Bedarf an Psychotherapie gibt. Nach diesen Untersuchungen besteht bei ca. 26 % der Bevölkerung eine seelische Erkrankung, welche der Reichsversicherungsordnung entsprechend eine Indikation für verschiedene psychotherapeutische Behandlungen darstellt.

Diesem hohen Bedarf an Psychotherapie stehen jedoch zu wenig qualifiziert ausgebildete Psychotherapeuten und Behandlungseinrichtungen gegenüber, es kommt zu Versorgungsengpässen. Man muß davon ausgehen, daß viele Patienten und Patientinnen kein ihnen angemessenes Behandlungsangebot finden. Nicht zuletzt aus diesen Gründen erfährt die Kurzzeitpsychotherapie in den letzten Jahren zunehmendes klinisches wie wissenschaftliches Interesse. Es besteht noch ein gravierender Mangel an fundierten Erfahrungen in der Indikationsstellung und Durchführung von Kurzzeittherapien.

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gelten als schwer behandelbar. Als prognostisch ungünstige Kriterien gelten u.a. Suchtverhalten, Suizidversuche, selbstschädigendes Verhalten und Therapieabbrüche in der Vorgeschichte. Solche Patienten, bei welchen ein dringender Behandlungsbedarf besteht, sind nicht zuletzt wegen oben genannter struktureller Versorgungsengpässe nach unserer Erfahrung schwer vermittelbar. Es besteht also für diese Patientengruppe eine besondere Schwierigkeit, einen geeigneten Behandlungsplatz zu bekommen. Der vermehrte Einsatz kurzzeitpsychotherapeutischer Verfahren könnte hier Abhilfe schaffen. Es besteht aber eine Kontroverse, ob eine Kurzzeitpsychotherapie den Problemen persönlichkeitsgestörter Patienten und Patientinnen gerecht werden kann. Die bisherige Literatur empfahl den Einsatz einer Kurzzeitpsychotherapie bei umschriebenen Konflikten oder Krisen von höher strukturierten, neurotischen Patienten. Die Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapiestudie setzt an der oben geschilderten Kontroverse an: Es wurden bevorzugt persönlichkeitsgestörte und psychosomatisch erkrankte PatientInnen mit tiefenpsychologisch fundierter Kurztherapie, welche auf 25 - 30 Stunden begrenzt ist, behandelt. Als Kontrollgruppe dienten PatientInnen mit neurotischen Störungen.

Die Behandlungstechnik orientiert sich am zyklisch-maladaptiven Muster (CMP) nach Strupp und Binder (1984). Die Therapien wurden sorgfältig dokumentiert. Die anschließende Evaluation zielt auf die Identifikation von spezifischen Patienten- und Therapeutenvariablen, die erfolgreiche Therapien prognostizieren könnten. Anhand einer größeren Patienten- und Therapeutenstichprobe sollen Aussagen zu Indikation, Möglichkeiten und Grenzen von Kurzzeitpsychotherapien erarbeitet werden.

Die aufwendige Forschungsmethodologie beruht auf dem genannten CMP sowie auf der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) nach L.S. Benjamin (1974), einer standardisierten Einschätzung zwischenmenschlicher Transaktionen, mit der psychotherapeutische Gespräche prozeßhaft und inhaltlich untersucht werden können.

Die vorliegende Arbeit aus der Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapiestudie wendet oben genannte Methodologie auf 2 Borderline Patientinnen an. Es werden minutiös mit Hilfe der oben genannten standardisierten

Einschätzungsmethoden (CMP und SASB) die Möglichkeiten und eventuellen Schwierigkeiten der Kurzzeitpsychotherapie bezüglich dieses Klientels untersucht.

1. Kurzzeitpsychotherapie - Konzepte

1.1. Zur Frage der psychoanalytischen Standortbestimmung

Freud (1919a) machte sich Gedanken über die Möglichkeit, die Psychoanalyse größeren Teilen der Patienten zugänglich zu machen. Sein Anliegen war es, auch weniger begüterte Menschen in den Genuß einer psychoanalytischen Behandlung kommen zu lassen. Die meisten der Analysen, die Freud in den Anfangsjahren durchführte, würde man heute als Kurzzeittherapien bezeichnen. Kurzzeitbehandlungen auf der Basis der Psychoanalyse wurden somit von Beginn an durchgeführt. In den 'Studien über Hysterie' (1895d) berichtete Freud über die Behandlung einer Angsthysterie eines achtzehnjährigen Mädchens in einer Sitzung. Nach E. Jones (1962) gelang es Freud, den Komponisten Gustav Mahler in einem vierstündigen Gespräch von seiner Potenzstörung zu befreien.

Auch Malan (1965) fand bei der Durchsicht der frühen psychoanalytischen Zeitschriften für die Jahre 1909 bis 1914 sieben Fallberichte über erfolgreiche Kurzpsychotherapien. Der Pionier auf dem Gebiet der abgekürzten psychoanalytisch orientierten Behandlung ist W. Stekel, der seine schon 20 Jahre zuvor praktizierten therapeutischen Anschauungen in einem Buch über die 'Technik der analytischen Psychotherapie' niederlegte (Stekel 1938).

Auch bei den enger an Freud orientierten Analytikern gab es Versuche, die ständig zunehmende Behandlungsdauer durch technische Variationen abzukürzen. Ferenczi (1926, 1928) versuchte, dieses Ziel durch größere Aktivität - der Patient sollte über vorgegebene Themen phantasieren, bekam gewisse Auflagen und zeitliche Begrenzungen, der Analytiker übernahm dem Patienten gegenüber bestimmte Rollen - zu erreichen. Diese Ansätze wurden in einer zusammen mit Rank verfaßten Schrift (1924) wieder aufgegeben, nachdem sie keine überzeugenden Erfolge brachten.

1946 erschien in dem Buch von Alexander und French das erste systematische Werk über abgekürzte psychoanalytisch orientierte Psychotherapie. Die Autoren vertraten dort die Ansicht, das verfügbare psychoanalytische Wissen sei groß genug, um eine Form der Therapie zu entwickeln, die zeitlich ökonomischer und individuellen Bedingungen flexibler angepaßt sei als die Standardmethode. Die Anregungen von Ferenczi, die Übertragung durch Veränderungen der Haltung des Therapeuten und durch Variation von Frequenz und Intervall der Therapiestunden zu beeinflussen, wurden als wertvolle technische Verfahren angesehen.

Als den wichtigsten therapeutisch wirksamen Faktor in allen aufdeckenden Psychotherapien bezeichneten die Autoren die 'korrigierende emotionale Erfahrung' (corrective emotional experience). Diese besteht darin, daß der Patient im Unterschied zu seinen früheren Erfahrungen in der Elternbeziehung in der Übertragungsbeziehung zu seinem Therapeuten günstigere Erfahrungen macht und zu neuen Lösungen findet. Die 'corrective emotional experience' ist nach der Auffassung Alexanders (1946) wichtiger als Deutungen.

In einer sorgfältigen empirischen Forschungsarbeit von Malan (1963) über Kurztherapien berichtet der Autor über die Ergebnisse von 20 kurzzeittherapeutisch behandelten Patienten unter den Gesichtspunkten der Effektivität, Validität, Auswahlkriterien und Behandlungstechnik.

Seit den bahnbrechenden Anfängen von Ferenczi (1926, 1928), Stekel (1938), Alexander und French (1946), Methoden zur Verkürzung der psychoanalytischen Kur zu erarbeiten, hat die psychoanalytische Kurztherapie innerhalb des Instrumentariums psychoanalytischer Behandlungsverfahren einen eigenen Platz erhalten.

Etwa zeitgleich mit Malan (1963) entwickelte Sifneos (1972) in Amerika ähnliche Konzepte für Einsatz und Technik der Kurztherapie. Aus dem amerikanischen Sprachraum sind weiter die bedeutenden Arbeiten von Wolberg (1965), Bellak und Small (1965), Barten (1971) und Mann (1973) zu nennen.

Im deutschen Sprachraum gehen die ersten Ansätze zur Entwicklung kurztherapeutischer Behandlungsmethoden auf Wendt (1948), Maeder (1949), Cremerius (1951), Ruffler (1954) und Langen (1956) zurück. Zu ihnen gesellten sich spätere Autoren wie Loch (1967), Beck (1967), Leuner (1967), Dührssen (1969), Kliwter (1970, 1971), Strotzka (1972) und König (1975).

Das in den letzten Jahren gestiegene öffentliche Interesse an der Kurztherapie ist u.a. auch auf den Druck einer über Psychotherapie aufgeklärten Öffentlichkeit zurückzuführen. Die beiden ersten internationalen Symposien zu Short Term Dynamic Psychotherapie in Montreal (1975, 1976) und das 3. internationale Symposium in Los Angeles 1977 sind Ausdruck dieses wachsenden Interesses. Auch in Europa wurden verschiedene Kongresse zu diesem Thema organisiert (u.a. in Den Haag 1980, Marburg 1982, Lausanne 1983 und Halle 1995).

Als ein weiterer Indikator für das steigende Interesse ist die Flut von Publikationen zu diesem Thema zu werten.

Unübersehbar sind die kontroversen Diskussionen zwischen Vertretern der Langzeittherapie und Kurzzeittherapie. Inhalt der Diskussionen sind nach M. Leuzinger-Bohleber (1985) folgende Themen:

- a) den wissenschaftstheoretischen Status der Psychoanalyse
- b) die psychoanalytische Identität
- c) das Zeitproblem
- d) die Aktivität des Psychoanalytikers
- e) die Neutralität des Psychoanalytikers
- f) die Übertragung
- g) die Bedeutung des 'Here and Now'
- h) den Fokus und das Ziel einer therapeutischen Behandlung
- i) die Indikation

Nach Leuzinger-Bohleber (1988) ist es der psychoanalytischen Kurztherapie - im Gegensatz zu ihrer Schwester, der 'großen Psychoanalyse' - bis heute nicht gelungen, zu einer Selbstverständlichkeit innerhalb des Behandlungsspektrums der Psychoanalytiker zu werden. Viele Psychoanalytiker betrachten es geradezu als Paradoxie, einen psychoanalytischen Prozeß von vornherein zeitlich limitieren zu wollen. Andere hingegen sehen in dem kurztherapeutischen Setting die Chance, spezielle Themen wie Zeit, Trennung und Tod optimal psychoanalytisch bearbeiten zu können. Von den einen als Möglichkeit gepriesen, endlich psychoanalytisches Wissen und therapeutische Erfahrungen breiteren Bevölkerungskreisen zugänglich zu machen, wird die psychoanalytische Kurztherapie von anderen angeprangert, sie 'verrate' die Substanz der Psychoanalyse und opfere den sie auszeichnenden Erkenntnisanspruch einem ausschließlich therapeutischen Anliegen.

Cumming und Vandenbos (1979) priesen enthusiastisch und idealistisch die Ökonomie und Effizienz psychotherapeutischer Kurztherapien als Möglichkeit, den Forderungen der Krankenversicherungsanstalten nach kürzeren und preiswerteren Therapieverfahren nachzukommen. Klüwer und Benz sind - wie Leuzinger-Bohleber (1985) ausführte - der Auffassung, die ergänzende Erfahrung mit Kurzzeittherapie könne (neben dem Standardverfahren, der psychoanalytischen Langzeittherapie) von großem Wert für die psychoanalytische Ausbildung sein. Bei vielen Analytikern besteht jedoch eine gewisse Skepsis, ein Analytiker in Ausbildung verderbe sich durch die Erfahrung mit solch forcierenden Techniken die analytische Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung.

Es entstand daher die Frage, ob Kurztherapien überhaupt noch 'analytisch' seien. Ist eine zeitliche Limitierung und eine Fokussierung des analytischen Prozesses mit einer analytischen Grundhaltung zu vereinbaren? Fällt die analytische Substanz in diesen Verfahren nicht analysefremden Zwängen wie Effizienz, Wissenschaftlichkeit, Überprüfbarkeit und Rendite o.ä. zum Opfer? Widerspricht ein solches Arbeiten nicht grundlegend einer psychoanalytischen Identität? Weiter wurden Zweifel geäußert, ob nicht zentrale Ziele einer psychoanalytischen Behandlung in diesem Kurzverfahren vernachlässigt würden.

Viele dieser grundlegenden Einwände sind Gegenstand der heutigen Diskussion. Psychoanalytiker, die sich mit Kurztherapie beschäftigen, befinden sich daher eventuell in einem Spannungsverhältnis zu ihrer eigenen Ausbildungsinstitution. Dieses Spannungsfeld hat seine historischen Vorläufer und war auch Gegenstand der offenen Auseinandersetzung zwischen Freud und Ferenczi. Seitdem ist die Entwicklung der Theorie der Technik im psychoanalytischen Therapierahmen von dualistischen Tendenzen geprägt, bei denen nach Joseph und Wallerstein (1982) die 'reine Technik von der legierten Technik' möglichst sauber getrennt werden mußte.

1.2. Begriffsbestimmung: Was ist psychoanalytische Kurztherapie ?

Der Begriff 'psychoanalytische Kurztherapie' wird in der Literatur nicht einheitlich verwendet. Die Psychoanalyse als theoretische und therapeutische Disziplin liefert nach Loch (1967) die wesentlichen Begriffe, mit denen die Verfahren gekennzeichnet werden können, die heute unter dem Oberbegriff 'psychodynamische Kurztherapie' zusammengefaßt werden. Die Vielfältigkeit der Verfahren, die unter dem Oberbegriff subsummiert werden, hat sich in verschiedenen Praxisfeldern entwickelt; diese Verfahren teilen aber wesentliche gemeinsame Merkmale.

Meyer (1989) definiert Kurztherapie als ein auf psychoanalytischen Grundsätzen beruhendes Psychotherapieverfahren, das in zeitlich begrenztem Rahmen ein klar definiertes und umschriebenes Ziel, nämlich die Erarbeitung eines bestimmten Konfliktes, des sog. Fokus, anstrebt.

Leuzinger-Bohleber und Grüntzig-Seebronner (1983) haben versucht, eine begriffliche Klärung zu leisten.

a) Psychoanalytische Notfalltherapie

Kurztherapie in besonderen Dringlichkeits- und Krisensituationen mit dem Ziel einer sofortigen Abhilfe von Symptomen oder Fehlanpassungen. Der Patient ist dekompenziert und unfähig, die akute Notsituation zu bewältigen.

b) Krisenintervention

Kurzpsychotherapie mit dem Ziel der Bewältigung einer aktuellen Krise. Der Patient steht in Gefahr, durch spezifischen inneren oder äußeren Streß zu dekompensieren und kann deshalb die Krise nicht aus eigener Kraft bewältigen.

c) Psychoanalytische Kurztherapie

umfaßt als Sammelbegriff eine Reihe von verkürzten Formen der traditionellen Psychotherapie.

d) Psychoanalytische Fokaltherapie

Form der Kurztherapie, die mittels einer spezifischen Technik einen Konflikt des Patienten fokussiert bearbeitet mit der Intention, auch unbewußte Bedeutungen der aktuellen Problematik zu erhellen.

e) Psychoanalytische Adoleszenztherapie

Eine Modifikation der Fokaltherapie basierend auf psychoanalytischen Erkenntnissen zur Adoleszenz.

f) Psychoanalytische Beratung

Sammelbegriff für Beratungen in verschiedenen institutionellen Settings mit unterschiedlichen Patienten und divergierenden Zielvorstellungen, die auf psychoanalytischen Erkenntnissen beruhen (z.B. Erziehungsberatung, motivierende Beratung, stützende Beratung).

In Abgrenzung von der hier zusammengestellten Beschreibung ist die psychoanalytisch orientierte Kurztherapie eine Behandlungsform, die bis zu etwa dreißig Stunden dauert, wobei die Intervalle zwischen den einzelnen Sitzungen im allgemeinen länger sind als bei der klassischen Standardmethode, wo die Stunden genau festgelegt und in einer wöchentlichen Frequenz von 2-3 oder mehr Stunden erfolgen. Die in der Literatur angegebenen Anzahl von Therapiestunden variiert zwischen 1 und 30 Stunden. Gewöhnlich sitzen sich bei der Kurztherapie Therapeut und Patient gegenüber, wobei der Patient nicht so streng auf die Grundregel verpflichtet wird wie bei der Standardmethode.

Am konsequentesten begrenzt Mann (1978) seine Therapie auf nicht mehr als 12 Stunden. Für Malan (1976) dauert eine Kurztherapie ausgeführt von Experten 20, von Ausbildungskandidaten 30 Stunden. Dabei bekommt der Patient von Anfang an gesagt, daß die Therapie nicht mehr als ein paar Monate dauern wird. Wichtig ist nach Davanloo (1978), daß die Dauer der Therapie nach einem definitiven Datum zusammen mit dem Patienten festgelegt wird, nicht nach der Stundenzahl. Die Dauer der Stunde beträgt bei Sifneos (1972) 45, bei Malan (1976) 50 Minuten. Von Sifneos (1972) ist bekannt, daß seine Kurztherapien, wie die von Malan (1976), nur 'ein paar Monate dauern'.

Nach Kutter (1981) kann man eine Kurztherapie nur dann psychoanalytisch nennen, wenn sie die psychoanalytische Methode und nicht nur die psychoanalytische Theorie anwendet. Dazu gehört definitionsgemäß, daß Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung beachtet, analysiert und interpretiert werden. Eine psychoanalytische Kurztherapie, die dergestalt die psychoanalytische Methode anwendet, wäre demnach - so könnte man zunächst annehmen - qualitativ der klassischen Psychoanalyse verwandt, jedoch hinsichtlich des Zeitfaktors deutlich verschieden.

Bei näherer Betrachtung handelt es sich aber bei der psychoanalytischen Kurztherapie um ein auch methodisch wesentlich differenziertes Behandlungsverfahren, nämlich um eine im Vorgehen modifizierte Form der Psychoanalyse. Ein derartiger qualitativer Unterschied ist zunächst die andere Haltung des Therapeuten, die im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse, in der sich der Analytiker passiv abwartend verhält, viel aktiver ist. Der Therapeut spricht aktiv Themen an, die er für bedeutsam hält und orientiert die Therapie aktiv an dem mit dem Patienten abgesprochenen Focus. Ein anderer qualitativer Unterschied beruht darauf, daß sich in der psychoanalytischen Kurztherapie kein der klassischen Psychoanalyse vergleichbarer psychoanalytischer Prozeß entwickelt (oder höchstens in rudimentärer Form), an dem beide Beteiligten, Analysand und Analytiker, partizipieren, erkennbar an einer langsam sich entfaltenden Übertragungsneurose und deren Auflösung.

Die Therapie wird vielmehr aktiv gesteuert und in spezifischer Weise auf ein bestimmtes, die akute Erkrankung auslösendes Problem eingeeengt. Ein solches, auf eine bestimmte Thematik eingegrenztes Verfahren ist nach Kutter (1981) weiter definitionsgemäß keine klassische Psychoanalyse im Sinne des Standardverfahrens. Es verdient aber die Charakterisierung 'psychoanalytisch' dann, wenn die Minimalbedingungen der Freudschen Definition von Psychoanalyse berücksichtigt werden: ' Die Annahme unbewußter seelischer Vorgänge, die Anerkennung der Lehre vom Widerstand und der Verdrängung, die Einschätzung der Sexualität und des Ödipuskomplexes ' (Freud 1923). Dazu gehört insbesondere auch die Beachtung und Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung. Verfahren, bei denen diese Bedingungen erfüllt sind, können mit Fug und Recht psychoanalytisch genannt werden.

1.3. Gliederungsversuche

Verschiedene kurztherapeutische Behandlungskonzepte sind inzwischen von mehreren Autoren entwickelt worden. Es lassen sich mit Burke, White und Havens (1979) drei verschiedene Konzepte unterscheiden:

1.3.1. Der 'interpretative Ansatz'

Der hauptsächlich von Malan (1963,1976) und Sifneos (1972) erarbeitete 'interpretative Ansatz' geht streng analytisch vor. Es ist entscheidend, ob die Patienten ein fokussierbares Problem zeigen, wobei der Fokus sich auf einen zentralen unbewußten Konflikt richten soll, meist eine Variation des ödipalen Konfliktes. Die Patienten, die für dieses Verfahren ausgewählt werden, sollen hochmotiviert, intelligent, genügend Ich-stark und fähig sein, zwischenmenschliche Beziehungen aufzunehmen.

Bei Patienten mit schweren Charakterstörungen oder Hauptkonflikten auf der präödipalen Stufe wird der Fokus oberflächlicher angesetzt und mit einer z.T. abweichenden Deutungstechnik behandelt, nach Sifneos mit der 'supportive technique', um den Patienten vor einer malignen Regression zu bewahren, die Behandlung aber dennoch zu strukturieren.

Bereits in der ersten Therapiesitzung wird der Patient mit dem fokalen Konflikt konfrontiert. Die analytische Arbeit der folgenden Stunden zentriert sich dann um das Einsichtsdreieck von Menninger.

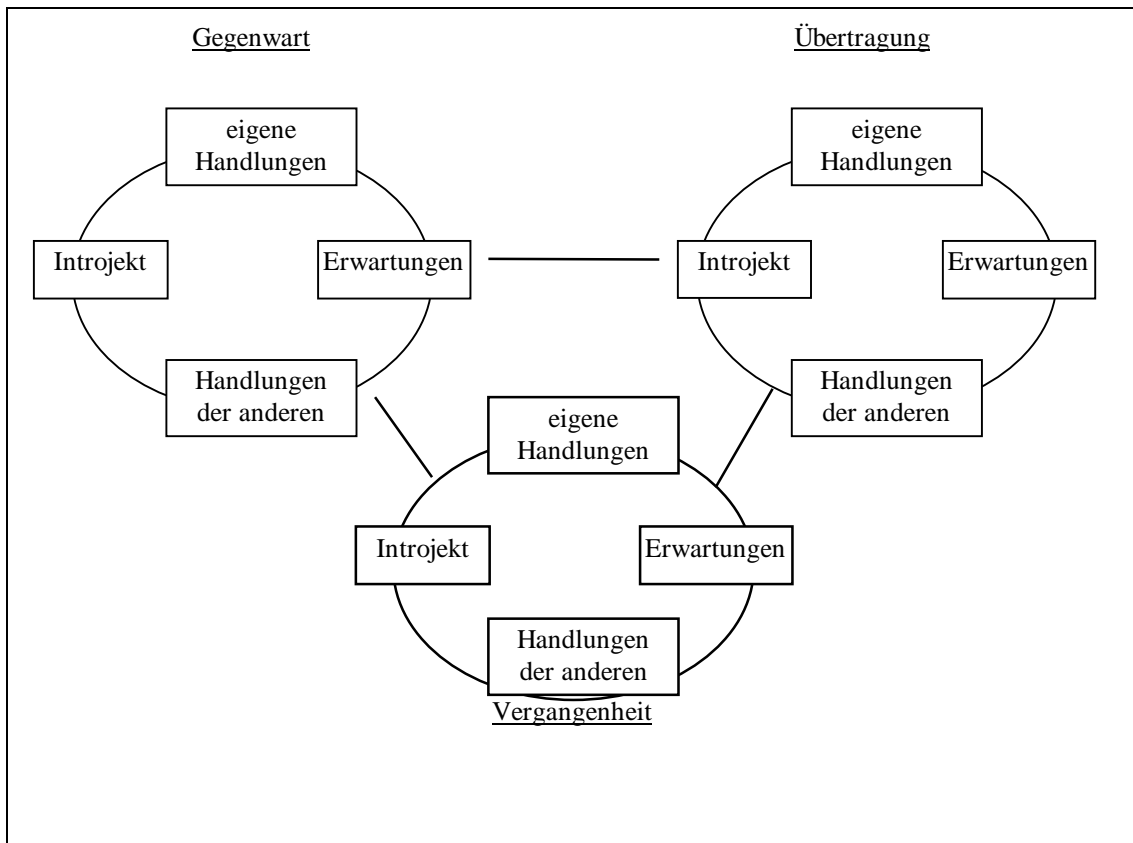


Abb. 1: Integriertes Modell aus CMP und Menningers Einsichtsdreieck (nach Butler & Binder 1987, modifiziert nach Tress & Hildenbrand 1993)

Mit Deutungen soll versucht werden, lebensgeschichtliche, aktuelle und Übertragungsmanifestationen des fokalen Konfliktes zu bewirken. Dem kurztherapeutischen Setting entsprechend, erfordert dies eine große Aktivität des Therapeuten. Auch vage Manifestationen der Übertragung werden gedeutet und mit aktuellem oder vergangenem Material verknüpft.

1.3.2. Der 'existentialistische Ansatz'

Burke et al. (1979) fassen unter dieser Kategorie die Konzepte von Mann (1978) und Goldberg (1973) zusammen. Mann (1978) rückt den Zeitfaktor ins Zentrum der kurztherapeutischen Arbeit. Er geht von der generellen Hypothese aus, daß ein Hauptkonflikt bei allen Patienten in der Individuations - Separationsphase nach Mahler (1972) liegt, mit unbearbeiteten Trennungskonflikten vom Primärojekt und der zentralen Sehnsucht nach der 'zeitlosen' symbiotischen Verbindung mit der Mutter. Zeit steht in einer ständigen unbewußten Verbindung zur Separationsangst. Im Gegensatz zu Malan oder Sifneos wird hier nicht ein spezifischer psychodynamischer Konflikt fokussiert, sondern Ziel für alle Patienten ist das Erreichen von mehr Autonomie und Selbstachtung durch die Bewältigung der Trennungs- und Separationskonflikte, was auch zu einem neuen Verhältnis zu der verstreichenden Lebenszeit führen soll.

Gleich zu Beginn konfrontiert Mann den Patienten mit der begrenzten Therapiezeit, indem er auf dem Kalender das Ende der 12-stündigen Therapie festlegt. Er unterscheidet drei Therapiephasen: Anfangs-, Mittel- und Endphase. In der Anfangsphase werden Sehnsüchte nach der symbiotischen Einheit mit dem Primärojekt

in der Therapiesituation wiederbelebt, im Sinne eines Nichtgetrenntsein in einer 'endlosen Zeit'. In der Mittelphase rücken Enttäuschungen über die nun auftauchenden Ambivalenzen dem Therapeuten gegenüber ins Zentrum als schmerzliche Manifestation des 'Getrenntseins'. In der Endphase wird die Durcharbeitung der bevorstehenden Trennung zum Hauptthema.

Goldberg (1973) stützt sich in einem Konzept vor allem auf die Arbeit von Kohut (1973) und stellt die narzißtische Verletzbarkeit seiner Patienten ins Zentrum der Kurztherapie. Er legt daher großen Wert auf eine empathische Grundhaltung des Analytikers zum Patienten. Auf dieser emotionalen Basis wird versucht, die narzißtische Problematik des Patienten zu bearbeiten.

1.3.3. Der 'korrektive Ansatz'

Dieses Therapiekonzept wird hauptsächlich vertreten von Alexander und French (1946) sowie Beck (1974): Korrigierende emotionale Neuerfahrungen ('corrective emotional experiences') sollen hier für den Patienten wirksam werden. Der Analysand ist in der Übertragungssituation unter günstigeren Bedingungen emotionalen Situationen ausgesetzt, die er in der Vergangenheit nicht bewältigen konnte. Um eine solche Neuerfahrung in der analytischen Situation zu ermöglichen, muß der Analytiker nicht nur die aktuelle Psychodynamik des Analysanden, sondern auch seine genetische Entwicklung mit ihren Schwierigkeiten differenziert verstehen. Die Reaktionen des Analytikers sollen auf diesen dynamischen Einsichten in die Psychodynamik basieren und die aktuelle Verfassung des Analysanden berücksichtigen.

1.4. Interventionstechnik in der Kurztherapie

Kutter (1981) unterscheidet 3 Interventionstechniken:

1.4.1. Die konservative Interventionstechnik

Hier ist die Haltung des Analytikers vorwiegend passiv - abwartend. Übertragungsdeutungen, tiefere Deutungen, Traumdeutungen werden - wenn überhaupt - nur sehr vorsichtig gegeben. Wichtig sei ein guter Rapport mit dem Patienten und ein gut funktionierendes Arbeitsbündnis. Als ebenso wichtig gilt, daß in Übereinstimmung mit dem Patienten ein realisierbarer Fokus gefunden werden kann, der die Möglichkeiten des Patienten nicht übersteigt.

Zum konservativen Vorgehen gehört unbedingt, daß vor Beginn der psychoanalytischen Kurztherapie eine psychiatrische Untersuchung stattfindet mit Erhebung einer ausführlichen biographischen Anamnese. Wünschenswert seien ferner projektive Tests, aus deren Ergebnis Kontraindikationen abgeleitet werden können. Daraus könne zum Beispiel die Gefahr eines psychotischen Zusammenbruches erkannt werden. Auch gravierende präödpale Fixierungen mit starker Abhängigkeit oder stark abgewehrter archaischer Destruktivität könnten dadurch festgestellt werden.

1.4.2. Die radikale oder 'intensive' Interventionstechnik

Ein solches Vorgehen ist die sogenannte 'angstprovozierende' Technik nach Sifneos (1972). Dazu gehören häufige provozierende Fragen mit dem Ziel der Konfrontation und Klarifikation. Die Haltung des Therapeuten ist aktiv. Der Therapeut weist den Weg. Er geht ebenso strategisch wie taktisch vor. Sein Ziel ist es, den fokalen Konflikt ständig vertiefend zu bearbeiten und ihn in Kongruenz mit dem tiefer liegenden

‘Kernkonflikt’ zu bringen. Dazu gehören ebenso konsequente Deutungen des Widerstandes wie der Übertragung. Bei dem Widerstand wird zuerst die Abwehr, dann die spezifische Angst und erst danach der spezifische Impuls oder Wunsch gedeutet. Malan (1976) nennt dies die Trieb/Abwehr/Angst-Trias.

Bei der Übertragung kommt es nicht nur darauf an, die Übertragung als solche zu deuten, sondern sie auch als Wiederholung der Eltern-Kind-Beziehung zu erkennen und mit dieser zu verknüpfen. Malan (1976) spricht in Anlehnung an Menninger (1958) vom sogenannten ‘Einsichts-Dreieck’, wenn außerdem noch eine Verbindung mit aktuellen konflikthafter Beziehungen des Patienten zu wichtigen Bezugspersonen seiner Gegenwart hergestellt wird.

1.4.3. Die liberale Technik

Gemäß der liberalen Technik weiß der Analytiker nicht alles selbst. Er arbeitet den Fokus mit dem Patienten gemeinsam heraus und geht den Weg der psychoanalytischen Kurztherapie gemeinsam mit ihm. Von seiner Haltung her ist der Therapeut dem Patienten gegenüber nie mehr als ein paar Schritte voraus. Er läßt sich zuweilen für die Dauer einer ganzen Stunde in die Szene ein, die sich gerade - nach Argelander (1970) - ausgehend von der ‘szenischen Funktion des Ich’ des Patienten zwischen beiden am Prozeß Beteiligten ‘gestaltet’.

Kulawik (1990) unterstreicht die Wichtigkeit der ‘Flash-Technik’ als diagnostischem Vermittler der Therapie. ‘Flash’ bedeutet soviel wie blitzartig aufleuchtendes Verstehen. Diese Technik wurde vom Arbeitskreis um Balint (1977) entwickelt. Balint (1977) hat hier drei Richtlinien hergestellt. Erstens dürfe sich der Arzt in seiner Therapie nicht zu sehr von Theorien und theoriebestimmten, vorformulierten Fragen abhängig machen. Er mahnt dabei, daß Freiheit nur von Nutzen sei, wenn sie mit Disziplin gekoppelt sei, und das bedeutet im Falle der ‘Flash-Technik’ die Disziplinierung zu sorgfältiger, wacher Beobachtung.

Die zweite Forderung betrifft die Folgerungen, die der Arzt aus seiner Beobachtung zieht, über welche er im Stillen reflektieren müsse. Er müsse sich mit dem Patienten identifizieren, sich über ihn Vorstellungen bilden und dann intervenieren, indem er einen Kommentar oder eine Deutung gibt, um zu erproben, ob er auf der richtigen Fährte sei. Dabei ist es insbesondere wichtig, das aufzugreifen, was der Kranke während des Interviews als relevant einschätze.

Mit der dritten Arbeitsregel beschreibt Balint (1977) das Recht des Patienten, sein Privatleben für sich zu behalten und keine Geheimnisse enthüllen zu müssen. Wenn der Kranke etwas verbirgt, möge der Arzt lediglich vorsichtig sondieren, ob seine Vermutungen richtig sind. Es gehe nur darum, dem Kranken die Möglichkeit einzuräumen, sich mitzuteilen. Nehme der Patient das Angebot an und stelle sich bei ihm ein ‘Flash’ ein, auf den der Arzt wiederum reagiere, dann müsse der Arzt die eigenen Beiträge des Kranken zum therapeutischen Prozeß mit viel Selbstdisziplin beobachten.

Nach den Darlegungen von Balints Arbeitskreis (1977) ist der ‘Flash’ selbst keine Diagnose. Er ist vielmehr ein Ergebnis, das ein besonderes Klima schafft, worin die weitere Diagnose und therapeutische Arbeit mit größerer Zielgenauigkeit und Intensität als sonst möglich vor sich gehen kann. Mit Balint (1977) kann man auch von ‘kontrollierter Intuition’ sprechen, die berufsmäßig und bewußt eingesetzt werde. Weder sei der ‘Flash’ mit einer sogenannten ‘Blitz-Diagnose’ noch mit einer Deutung im engeren Sinne identisch. Es wird

durch den 'Flash' eine Art von Fokalbereich konstellierte, der durch ein ausgesprochenes Einvernehmen zwischen Arzt und Patient ausgezeichnet ist.

2. Der dynamische Fokus

Das psychoanalytische Konzept des Fokus weist im klinischen Gebrauch nach Kächele und Mitarbeitern (1990) zwei Bedeutungen auf. Sie sprechen einerseits vom 'Fokussieren' und meinen damit eine heuristische Strategie des Therapeuten, die sich aus der Begrenztheit der Informationsaufnahme und -verarbeitung ergeben, und die eine Gerichtetheit der Aufnahmebereitschaft sowohl annehmen als auch dem Therapeuten verordnen. Thomä und Kächele (1985) meinen dazu: 'Im Kopf des Analytikers treten der Funktionszustand maximaler Informationsgewinnung (die gleichschwebende Aufmerksamkeit) und die Organisation der gewonnenen Information unter dem jeweils prägnantesten Gesichtspunkt (das Fokussieren) wechselweise in den Vordergrund'.

Andererseits sprechen Kächele und Mitarbeiter (1990) auch vom Fokus als einer hypothetischen Eigenschaft des vom Patienten vorgebrachten Materials, die in einer systematischen Beziehung zum Konzept der Übertragung steht.

Diese Auffassung geht auf frühe Untersuchungen von French (1952) zurück. Sein Konzept wurde im Rahmen einer kognitiv orientierten Analyse von Träumen entworfen. Es wurde danach von Seitz (1966) in einer Untersuchung zur Konsensusfähigkeit von Psychoanalytikern aufgegriffen. Dort wurde ein Verständnis des Fokus im Sinne des kleinsten gemeinsamen Vielfachen entwickelt, welches klinisch mit dem Konzept der 'vorherrschenden Übertragung' verstanden wurde. 'Der fokale Konflikt' besteht nach Seitz (1966) im allgemeinen aus der jeweiligen Übertragung auf den Analytiker. Kächele und Mitarbeiter (1990) schließen daran mit der Auffassung an, daß sich ein Fokus im behandlungstechnischen Sinn in der Interaktion von Patient und Therapeut bildet. Der Patient biete bewußt und unbewußt durch seine Mitteilungen und sein Verhalten Material an, das durch die interpretative Aktivität des Therapeuten selektiert werde.

Nach Strupp und Binder (1984) stellt der dynamische Fokus in der Kurztherapie einen heuristischen Versuch dar. Der Fokus hilft dem Therapeuten, psychoanalytisch relevante Information zu generieren, zu erkennen und zu organisieren. Dieser aktive und explizite Schritt zur Entdeckung wesentlicher Informationen kontrastiert zu dem abwartenden, offen explorativen Modell, welches in den zeitlich nicht limitierten Therapien empfohlen wird.

Mit dem Fokus bzw. Fokalkonflikt soll nach Beck (1975) die unbewußte Bedeutung der Symptome verständlich gemacht werden. Der Fokus steht in enger Beziehung zu den aktuellen Beschwerden und zur Problematik des Patienten, er muß sich nach Wendt (1948) mindestens während der ersten vier Behandlungsstunden zwischen Patient und Therapeut konstellierte haben. Beck (1975) vertritt die Ansicht, daß der Verlauf der Behandlung oft von der Akzentsetzung in der Fokusformulierung abhängt. Im allgemeinen seien abwehrzentrierte Fokusformulierungen ichgerechter und für den Patienten akzeptabler. Der Fokus muß im Laufe der Therapie ergänzt, präzisiert und erweitert werden. Nach der Fokusformulierung kommt es insbesondere auf Deutungen im direkten Interpretieren von Übertragung und Widerstand an, soweit sie in der Linie des Fokus liegen. Nach Beck (1975) wird Deutung hier verstanden als eine 'Intervention, die dem Patienten einen neuen Einblick in Zusammenhänge über sich gibt'. Der Beginn des Deutens fällt noch in die Phase der Fokalsuche, indem das

frühe Deuten in der Kurztherapie mit dem Ziel der Fokusformulierung mittels einer Versuchsinterpretation empfohlen wird. Loch (1967) schlug vor, jenen Konflikt zum Fokus zu machen, bei dessen Versuchsinterpretation der Patient das fruchtbarste Resultat in Form einer emotionalen Antwort zeigte.

Im allgemeinen wird ein dynamischer Fokus beschrieben über die

- Kardinalsymptome
- einen spezifischen intrapsychischen Konflikt oder eine Entwicklungsfixierung
- eine maladaptive Überzeugung vom Selbst
- ein spezifisch interpretierbares Thema
- ein persistierendes interpersonelles Dilemma oder Muster maladaptiver Aktivität.

Inhalt und Form des dynamischen Fokus variieren dabei mit der theoretischen Orientierung des Autors.

Die Literatur bietet keine einheitlichen Prozeduren zur Identifikation und Formulierung eines dynamischen Fokus, allenfalls ein halbes Dutzend genereller Prinzipien, die erfüllt sein sollen. Die Identifizierung eines dynamischen Fokus wird oft als intuitives Geschehen beschrieben. Übereinstimmung besteht darin, daß der Fokus Orientierungspunkt für die therapeutischen Interventionen sein soll. Uneinigkeit hingegen herrscht, welche spezifische Form ein solcher fokaler Orientierungspunkt haben sollte (intrapsychischer Konflikt, interpersonelle Beziehungsstörungen, persistierendes Gefühlsthema), wie der Therapeut eine Fokusformulierung entwickeln und ausarbeiten kann, wie der Patient dabei einbezogen wird und wie die Qualität eines bestimmten Fokus evaluiert werden kann.

Der dynamische Fokus sollte verstanden werden als eine 'ad hoc Persönlichkeitstheorie', die Verhaltens- und Erfahrungsphänomene klärt und verbindet, die andernfalls unverbunden und beziehungslos erscheinen. Der Fokus ist keine absolute und finale Festlegung. Es ist ein heuristisches Prinzip im Erkenntnisprozeß der Untersuchung. Beides, der Prozeß, den Fokus zu entwerfen sowie der Fokus selbst, helfen den Patienten, ihr Bewußtsein über sich selbst zu erweitern, verwirrende Erfahrungen zu integrieren und komplexe Lebensprobleme zu meistern. Der wesentliche Wert des dynamischen Fokus besteht aber in seiner Eignung, therapeutische Erfahrungen zu organisieren. Dabei sollte der Kliniker bedenken, daß der dynamische Fokus aus der Zusammenarbeit mit dem Patienten entsteht, den dieser aktiv und strukturiert mitgestaltet.

3. Indikation und Kontraindikation bei der Kurztherapie

Kutter (1981) unterscheidet eine 'konservative' Indikationsstellung von einer 'radikalen'.

3.1. Die 'konservative' Indikation

Auf der Ebene der klinischen Diagnose sind es (nach Knight 1937) besonders Fälle mit leichteren Neurosen und kurzer Symptombdauer, die sich für eine Kurztherapie eignen. Spätere Autoren, z.B. Sifneos (1972), halten Patienten, die sich in einer Krise befinden, für eine Kurztherapie geeignet. Dazu gehören psychosoziale Krisen der Adoleszenz und des frühen Erwachsenenalters mit den Problemen der Partner- und der Berufswahl. In solchen Krisen gelten Patienten, deren Psychodynamik in großer Bewegung ist, als leichter behandelbar. Das

Potential für eine psychodynamische Veränderung ist hoch, die Wahrscheinlichkeit zu einer progressiven Änderung groß.

Tiefgreifende Störungen mit Neigung zu infantil-narzißtischen Übertragungsentwicklungen schließen nach Loch (1967) dagegen eine Kurztherapie wahrscheinlich aus.

Nach dem strukturtheoretischen Gesichtspunkt sind es nach gängiger Ansicht vor allem Fälle mit guten Ich-Funktionen, die sich für eine Kurztherapie eignen. Bezüglich der Ich-Funktionen gelten als günstige Faktoren eine nicht zu starre Abwehr, die Fähigkeit, Gefühle und Affekte wie zum Beispiel Angst zulassen zu können, überdurchschnittliche Intelligenz, Sinn für psychologische Zusammenhänge (psychological mindedness), hohe Motivation im Hinblick auf eine innere psychodynamische Veränderung, was entsprechenden Leidensdruck voraussetzt, und eine positiv einzuschätzende Reaktion auf Probedeutungen. Die Motivation soll eine gewisse Fähigkeit zur Introspektion, die Bereitschaft, sich zu ändern, eine realistische Einschätzung der Ergebnisse und die Bereitschaft, Opfer an Zeit zu bringen, einschließen. Was die triebpsychologische Seite der Persönlichkeit angeht, sollen nach Möglichkeit keine prägenitalen Fixierungen bestehen.

Im Hinblick auf das Über-Ich weisen archaische Über-Ich-Strukturen mit persekutorischem oder stark destruktiv-repressivem Über-Ich auf eine Kontraindikation hin.

Die Übertragung, die auf den Analytiker entwickelt wird, sollte möglichst einer reifen ödipalen Übertragung entsprechen. Spaltungsübertragungen, wie sie bei Fällen mit 'Borderline-Persönlichkeits-Organisation' auftreten oder gar psychotische Übertragungen stellen nach Kernberg (1979) eine Kontraindikation dar. Nach Sifneos (1972) ist für die Einschätzung der Indikation die Frage wichtig, ob eine 'umschriebene Hauptklage' formuliert werden kann, die sich im Sinne eines 'therapeutischen Fokus' nutzen läßt.

Eine positive Übertragung sollte nach Kutter (1981) beim Vorgehen im Rahmen der konservativen Indikation dezidiert gesucht und unter allen Umständen erhalten bleiben. Eine negative Übertragung ist nach Möglichkeit zu vermeiden. Desgleichen sollen, psychodynamisch gesehen, in die Tiefe reichende oder - genetisch betrachtet - weit in die Kindheit zurückgehende 'frühe' Deutungen unterbleiben.

Bei einer derart vergleichsweise an der Oberfläche verharrenden Technik können nach Kutter (1981) selbst bei leichten Fällen mit nur kurzer Symptombdauer nur palliative Erfolge erzielt werden. Die konservative Indikation habe daher sehr enge Grenzen.

3.2. Die 'radikale' Indikation

Die 'radikale' Indikation zur Kurzzeittherapie schließt nach Kutter (1981) die folgenden Arten von Störungen in den Indikationskatalog ein:

- a) Ernste Störungen mit langer Vorgeschichte wie z.B. chronifizierte Neurosen. Diese Indikation wurde von Malan (1976) und zusammenarbeitenden Kollegen der Tavistock-Clinic untersucht. Sie konnten belegen, daß z.B. chronifizierte Neurosen günstig auf eine psychoanalytische Kurztherapie reagieren können.
- b) Unter konservativer Perspektive als Kontraindikation geltende Fälle mit paranoider Projektion und 'innerer Zerstörung von guten Erfahrungen mit Gefühlen von Leere und Entwertung'. Es sind Fälle, die Kernberg (1979) als 'Grenzfälle' oder Kohut (1973) als 'narzißtische Persönlichkeitsstörungen' einzuordnen pflegen.
- c) Fälle mit hohem Risiko, Fälle aus der Unterschicht, die unter akutem Streß stehen. Solche Fälle sind in radikaler Erweiterung der Indikation nach Barten (1971) und Wolberg (1965) durchaus für eine Kurztherapie

geeignet. Andere Autoren sehen in derartigen 'Fällen' jedoch eine Kontraindikation für die psychoanalytische Kurztherapie.

d) Solche Patienten, die eine hohe Motivation in Richtung auf Einsicht mitbringen, die außerdem fähig sind, einen Fokus zu finden, und die positiv auf Deutungen reagieren. Hohe Motivation und hohe 'Fokalität' korrelieren nach Malan (1976) positiv mit einer erfolgreichen psychoanalytischen Kurztherapie. Voraussetzung dafür ist allerdings, daß der Analytiker sich in seiner Technik relativ aktiv verhält.

Es gibt im Rahmen der 'radikalen' Indikation nach Kutter (1981) nur wenige Kontraindikationen: vorausgegangene ernste Suizidversuche, ausgeprägte Drogenabhängigkeit, überzeugte Homosexualität, langfristige stationäre Aufnahme, chronischen Alkoholismus, chronische Zwangssymptome, schwere Phobien mit Arbeitsunfähigkeit sowie grobes, gegen sich selbst oder gegen andere gerichtetes destruktives 'acting out'. Als Gefahren im Hinblick auf die Durchführung einer psychoanalytischen Kurztherapie sieht Kutter (1981) eine Unfähigkeit des Patienten an, die Therapie aktiv zu beginnen oder eine Unfähigkeit, die Therapie aktiv zu beenden.

Weitere Gefahren sind nach Malan (1976) depressive oder gar psychotische Zusammenbrüche. Unter solchen Umständen erscheint psychoanalytische Kurztherapie auch bei radikaler Indikation kontraindiziert. Ansonsten ist dieses spezielle psychoanalytische Verfahren in radikaler Perspektive nach Kutter (1981) bei fast allen Patienten anwendbar. Die Indikation schließt auch günstig gelagerte Fälle ein, vor allem junge attraktive, intelligente, ohnehin schon erfolgreiche Patienten. Dazu gehören nach Sifneos (1972) die 'klassischen' Neurosen mit ihren ödipalen Konflikten sowie Störungen mit umschriebenem Fokus, der der verbalen Bearbeitung besonders leicht zugänglich ist.

Seelische Störungen mit früh erworbenen 'Ich-Störungen' und starker Abhängigkeit von einem 'Ideal-Objekt' sind nach Kutter (1981) für eine psychoanalytische Kurztherapie nicht geeignet. Sie benötigen zum Durcharbeiten ihrer tiefer liegenden Konflikte, die sich um Separation und Individuation nach Mahler et al. (1972) drehen, wesentlich mehr Zeit. Daher sei bei ihnen eine klassische Psychoanalyse oder eine 'konzentrierte Psychotherapie' auf psychoanalytischer Grundlage eher angezeigt als eine Kurztherapie.

4. Beendigung der Kurztherapie

Die richtige Beendigung der Kurztherapie ist nach Wolberg (1983) einer der am meisten vernachlässigten Aspekte des therapeutischen Prozesses. Im Idealfall sollte sie beim Erstinterview beginnen, in dessen Verlauf die begrenzte Zeitspanne betont wird. Auch wenn der Patient im Augenblick dieses provisorische Arrangement akzeptiert, kann später, wenn sich die therapeutische Beziehung herauskristallisiert, ihr Ende eine Bedrohung darstellen.

Die Beendigung der Therapie ist weiter nach Wolberg (1983) bei den meisten Patienten kein Problem, wenn sie

- a) in geeigneter Weise, d.h. von Beginn der Therapie an, darauf vorbereitet wurden,
- b) wenn sie charakterlich nicht zu abhängig sind oder
- c) wenn sie nur wenige Sitzungen gesehen und entlassen werden, bevor sich eine starke Beziehung mit dem Therapeuten entwickelt oder
- d) wenn sie so distanziert sind, daß sie einen engen therapeutischen Kontakt abwehren.

In anderen Fällen jedoch kann das Ende der Therapie zu einem schwierigen Problem werden. Patienten, die in früher Kindheit Ablehnung oder Verlassenwerden durch einen Elternteil oder dessen Verlust erfahren oder den Separations-Individuations-Konflikt unzureichend durchgearbeitet und integriert haben, sind besonders verletzlich durch das Therapieende und können mit Angst, Zorn, Verzweiflung und Kummer reagieren. Ein Wiederauftreten seiner ursprünglichen Symptome wird den Patienten bestürzen und kann beim Therapeuten Frustration, Enttäuschung, Schuldgefühle und Zorn auf den Patienten auslösen, weil er auf die therapeutischen Bemühungen nicht reagiert hat.

Widerstand gegen die Beendigung betrifft nach Wolberg (1983) nicht nur den Patienten, sondern auch den Therapeuten, der aus bewußten oder unbewußten Gründen vielleicht nicht willens ist, den Patienten gehen zu lassen. Über den Weg der Gegenübertragung bilden Therapeuten solche Bindungen an manche ihrer Patienten, die es ihnen erschweren, die Therapie zu beenden.

Die Abschlußphase der Kurzzeittherapie wird oft nach Wolberg (1983) bagatellisiert, da viele Therapeuten glauben, daß das Ende der Therapie automatisch kommen wird. Sich selbst überlassen, wird eine beachtliche Anzahl von Patienten wünschen, unbegrenzt weiter in Behandlung zu bleiben, wenn sie es sich leisten können oder wenn die Behandlung von dritter Seite bezahlt wird. Sowohl von Patienten wie auch von Therapeuten werden die Ziele der Kurzzeittherapie oft zu hoch angesetzt. Realistisch gesehen, meint Wolberg (1983), sei es eine vergebliche Hoffnung, daß Patienten in wenigen Sitzungen ein Bündel lebenslanger Unreife der Persönlichkeit aufknüpfen können, das sie selbst in einer Langzeitbehandlung über begrenzte Zeit nicht beseitigen könnten. Es werde daher für den Therapeuten essentiell sein, empfiehlt Wolberg (1983), bescheidene, innerhalb der kurzen Behandlungszeit erreichbare Ziele zu akzeptieren und mit den Patienten von vornherein zu vereinbaren und den Patienten auf die Probleme aufmerksam zu machen, an denen er nach Beendigung der Therapie allein weiter arbeiten muß. Mit wenigen Ausnahmen sollte die Therapie innerhalb der bestimmten vereinbarten Zeitgrenze beendet werden.

Manche Therapeuten werden versucht sein, im Falle einer Regression des Patienten bei Näherrücken des Abschlußdatums über dieses Datum hinauszugehen in der Hoffnung, daß einige wenige Sitzungen mehr die Situation retten werden. Statt dieser Versuchung nachzugeben, sollte der Therapeut nach Wolberg (1983) besser untersuchen, was die Beendigung der Therapie für den Patienten und für sich selbst bedeutet. Im allgemeinen werde sie im Patienten den alten Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt aktualisiert haben. Die Tatsache, daß der Patient wahrscheinlich nicht die volle erhoffte Heilung erreicht hat, mag ihrerseits alte, nicht verheilte Wunden im Therapeuten öffnen, z.B. sein narzißtisches Bedürfnis, als Therapeut unbesiegbar zu sein. Der drohende Weggang des Patienten kann auch im Therapeuten Trennungsangst aktivieren. Zu diesem Zeitpunkt, empfiehlt Wolberg (1983), müßten sowohl Übertragung wie Gegenübertragung untersucht werden, um den Separationsprozeß dahin zu führen, dem Patienten zu gestatten, auf eigenen Füßen zu stehen und die erlernten Lektionen in die Praxis umzusetzen. Das Beste, das vom Patienten und Therapeuten von der KZT erhofft werden könne, sei, daß in der Behandlung genug gewonnen wurde, um Symptomerleichterung zu erreichen, z.B. das Aufgeben von ein oder zwei alten, destruktiven Verhaltensmustern und wenigstens ein gewisses Verständnis dieser Muster und Vorstellungen davon, wie man allein weiter arbeiten kann, um eine andauernde Besserung zu erreichen.

Nach Wolberg (1983) wird zu häufig angenommen, daß die Therapie mit der letzten Sitzung endet. Die Tatsache, daß über 60 Prozent der Patienten, die eine vollständige Kurzzeittherapie hinter sich haben, weitere

Behandlung suchen (Patterson et al. 1977), weist darauf hin, daß von der großen Mehrzahl eine fortdauernde therapeutische Erfahrung irgendeiner Art für notwendig gehalten werde.

Ein weiterer Weg, andauernde Besserung zu fördern, ist nach Wolberg (1983), den Patienten darauf vorzubereiten, an einer Änderung einer destruktiven Umgebung zu arbeiten. Die Richtlinien, nach denen solche Regulierungen durchgeführt werden können, sollen während der aktiven Behandlungsphase festgelegt werden. 'Hausarbeit' solle gefordert werden. Diese könne sein:

1. Spannungsreduktion und Ich-Aufbau durch selbstentspannende Übungen.
2. Das Einprägen einer philosophischen Anschauung, indem man seiner Existenz einen neuen Sinn gibt.
3. Die Beobachtung des eigenen Verhaltens, um Verhaltensmuster aufzuspüren, die Probleme provozieren.
4. Das bewußte Praktizieren konstruktiver Bewältigungsmethoden von essentiellen Verantwortlichkeiten.

5. Neue Ansätze und Konzepte in der psychoanalytischen Kurztherapie

Nach Strupp und Binder (1984) prägen folgende psychopathologische und therapieprozessuale Grundannahmen den konzeptionellen Rahmen der psychodynamischen Kurztherapie:

1. Neurotische Konflikte manifestieren sich in gegenwärtigen Beziehungen als Wiederholung von Konfliktmustern der Kindheit. Die derzeitigen Versionen der entsprechenden Konflikte manifestieren sich in der therapeutischen Beziehung als Übertragung. Letztere wird definiert nach Greenson und Wexler (1969) als 'Ausdruck von Impulsen, Einstellungen und Abwehrreaktionen, die gegenüber einem Menschen in der Gegenwart zum Tragen kommen, diesem Menschen aber nicht wirklich angemessen sind, sondern eine Wiederholung von Reaktionen darstellen, die ursprünglich einmal wichtigen Bezugspersonen in der Kindheit gegolten haben und nun unbewußt auf Personen in der Gegenwart verlagert werden'.

2. Diese Vorstellung von neurotischen Konflikten und Übertragungen stellt eine lineare Sichtweise dar, derzufolge gegenwärtige emotionale Konflikte durch eine Wiederholung von Kindheitskonfliktmustern verursacht werden. Die Triebkraft, die für das Andauern der Schwierigkeiten des Patienten verantwortlich ist, wird in der psychoanalytischen Terminologie Wiederholungszwang genannt. Dieses theoretische Konstrukt besteht aus zwei Elementen, dem Drang unbewußter Triebe (Sexualität, Aggression), die nach Ausdruck suchen, und dem Versuch des Ichs, alte traumatische Umstände oder Ereignisse, die mit einer Kindheitsneurose zusammenhängen, mit Abwehrformationen zu meistern.

3. Die Kindheitsneurose wird in begrifflich neu gefaßter, stark eingegrenzter Form nach Malan (1976) als 'nuclear conflict' oder nach Davanloo (1980) 'core conflict', also als Kernkonflikt, verstanden.

4. Die Derivate des Kernkonfliktes kommen den Therapeuten gegenüber durch die Übertragung zum Ausdruck, die sich bereits beim ersten Therapiespräch deuten läßt.

5. Der dynamische Fokus wird als eingegrenzter Konflikt festgelegt und in einer metapsychologischen Impuls/Abwehr-Terminologie konzeptualisiert (z.B. kann das immerwährend 'nette' Verhalten eines Patienten eine Reaktionsbildung gegen anal-sadistische Impulse darstellen). Auf der klinischen Ebene stellt der dynamische Fokus ein eingegrenztes zwischenmenschliches Konfliktmuster dar, das in gegenwärtigen Beziehungen, einschließlich der Patient-Therapeut-Beziehung, auftritt. Der dynamische Fokus ist somit ein gegenwärtiger, hervorstechender intrapsychischer und zwischenmenschlicher Konflikt, der die Wiederholung einer Kindheitsneurose repräsentiert.

6. Veränderungen sollen durch Einblick in den Zusammenhang zwischen aktuellen fehlangepaßten Verhaltensmustern und deren Ursprung in Kindheitskonflikten erreicht werden. Daher besteht die technische Strategie hauptsächlich darin, durch Interpretationen deutlich zu machen, daß es zwischen gegenwärtig ablaufenden Übertragungen und deren Vorläufern in der Kindheit einen Zusammenhang gibt. Diese psychogenetischen Übertragungsinterpretationen basieren auf Daten, die der Patient vom ersten Therapiegespräch an über die Kindheitsvorgeschichte der gegenwärtigen neurotischen Konflikte liefert und die als sachlich richtig unterstellt werden.

7. Der Zusammenhang zwischen Übertragungen und früheren Familienkonstellationen soll an spezifischen Übertragungen auf einen neutralen Therapeuten sichtbar werden. In den Widerständen des Patienten werden Abwehrmechanismen gesehen, die verhindern sollen, daß unbewußte Konflikte und mit ihnen verbundene schmerzhaft Affekte bewußt werden. Der Therapeut nimmt folglich größtenteils die Rolle eines mehr oder weniger unbeteiligten zurückhaltenden technischen Experten ein, dessen Aufgabe es (in Analogie zum Chirurgen) ist, die Abwehr zu durchdringen, um Zugang zu dem dahinter liegenden Hauptkonflikt zu bekommen.

Die Betonung des Verfahrens nach Strupp und Binder (1984) liegt auf dem, was sich gegenwärtig zwischen Patient und Therapeut abspielt, sowie darauf, daß der Patient immer besser versteht und erkennt, welche Rolle und Funktion diese interpersonellen Verhaltensweisen und Haltungen in seinem jetzigen Leben haben. Die therapeutische Beziehung dient somit als 'Laborsituation', in der sich die Schwierigkeiten, die der Patient mit dem Leben hat, am 'lebenden Objekt' studieren lassen; sie dient aber auch dazu, diese Schwierigkeiten zu korrigieren.

Der Therapeut soll sich nach Strupp und Binder bemühen, empathisch zuzuhören, die Psychodynamik der gegenwärtigen Schwierigkeiten des Patienten im Hinblick auf seine Lebensgeschichte soweit wie möglich zu verstehen und deren maladaptiven Charakter zu klären, vor allem soweit er sich unmittelbar in der aktuellen Interaktion zwischen Patient und Therapeut zeigt. Ziel ist es, eine konstruktive Lebenserfahrung zu vermitteln, die beim Patienten zu einer Besserung des Selbstbildes und der Qualität seiner zwischenmenschlichen Beziehungen führt.

Die analytische Psychotherapie leitet sich nach Luborsky (1988) aus der psychoanalytischen Theorie der Veränderung ab. Wie jede andere psychotherapeutische Theorie der Veränderung muß auch die psychoanalytische nach Luborsky (1988) 2 umfassende Fragen beantworten:

- Was verändert sich ?

- Wie kommt die Veränderung zustande?

Luborsky (1988) formuliert einige der grundlegenden Voraussetzungen für eine solche Veränderungstheorie:

1. Die theoretischen Überlegungen befassen sich nicht mit den physischen Verhaltensdeterminanten, sondern mit ihren psychologischen Repräsentanten im Erleben, also mit den Gefühlen, Gedanken, Wahrnehmungen und Erinnerungen.

2. Die Theorie beruht auf einem breiten Verständnis des Seelenlebens, welches sich nicht auf das bewußte Erleben beschränkt.

3. Die Theorie bezieht sich sowohl auf Veränderung als auch auf Stabilität des Verhaltens, das als Ergebnis der Interaktion psychischer, körperlicher, biologischer und kultureller Faktoren, also als mehrfach determiniert angesehen wird. Diese Interaktion ist in der individuellen Person erlebnismäßig repräsentiert; in diesen Repräsentanzen vollziehen sich die Veränderungen. Sie bilden gleichzeitig die modulierende Variable zwischen äußeren Einflüssen und Verhaltensänderungen. In allgemeinen und spezifischen Verbesserungen der Hauptsymptome zeigen sich die offenkundigsten Veränderungen der Persönlichkeit; am ehesten werden sich jene Symptome verändern, die mit den Behandlungszielen in Verbindung stehen.

4. Innerhalb der Persönlichkeit müssen sich Veränderungen in bezug auf die psychischen Konflikte vollziehen.

5. In der Therapie drücken sich diese Konflikte als Beziehungsprobleme aus und sind insofern am ehesten zugänglich und therapeutisch zu nutzen; diese Beziehungsprobleme sind unmittelbar mit den Beschwerden des Patienten verbunden und bedürfen somit einer Veränderung. Die Konflikte, die sich in den zentralen Beziehungskonfliktmustern ausdrücken, strukturieren die Übertragungsbeziehung vor, wie ein Thema mit Variation prägen sie Beziehungen immer wieder aufs neue. Freud (1912) hat diese Beziehungs- und Übertragungsstrukturierungen als 'Klischee' bezeichnet, weil sich manche ihrer Komponenten trotz der selbstschädigenden Auswirkungen in beinahe identischer Weise ständig wiederholen. Die Behandlungsziele des Patienten enthalten die Vorstellung, einige dieser Beziehungsaspekte zu verändern.

6. Sich eines Sachverhaltes nicht bewußt zu sein, ist nicht nur ein passiver Zustand, sondern wird durch einen Widerstand gegen das Bewußtwerden aktiv immer wieder neu erzeugt. Folglich genügt es auch nicht, dem Patienten den ihm unbewußten Sachverhalt zu benennen, um die Lücke in seinem Bewußtsein zu überbrücken; er wehrt nämlich die Kenntnisnahme bestimmter Komponenten seines zentralen Beziehungskonfliktthemas und der damit verbundenen Themen ab, weil sonst schmerzliche Gefühle erregt würden.

7. Das zentrale Beziehungskonfliktthema nach Luborsky setzt sich aus 2 Klassen von Komponenten zusammen, die oft zueinander im Widerspruch stehen:

Klasse A: ein Wunsch, ein Bedürfnis oder eine Absicht. Diese werden von psychoanalytischen Theoretikern gewöhnlich als Derivate von Es-Impulsen bezeichnet.

Klasse B: eine Kontrollfunktion mit Zugang zu Informationen über die inneren und äußeren Bedingungen, die für die Äußerung und die mögliche Befriedigung des Wunsches, des Bedürfnisses oder der Absicht von Bedeutung sein könnten. Psychoanalytische Theoretiker betrachten diese Kontrollfunktion als eine wesentliche Eigenschaft von Ich und Über-Ich. Die Kontrollfunktion bestimmt die Reaktion der Person auf ihren Wunsch, ihr Bedürfnis oder ihre Absicht. Diese Reaktionen werden in Luborskys Schema unterteilt nach den Reaktionen des Objekts (RO) und den Reaktionen der Person selbst (RS).

Diese 2 Klassen von Komponenten, die oft im Konflikt miteinander stehen, sind deshalb für die Beschreibung von Veränderungen geeignet, die sich durch psychoanalytisch orientierte Psychotherapien ergeben. Die Veränderungen, die sich bei gebesserten Patienten einstellen, umfassen weiter nach Luborsky (1988) ein besseres Verständnis der zentralen Beziehungskonfliktmuster und eine verbesserte Bewältigung mancher ihrer Komponenten. Einige Komponenten werden fallengelassen oder hinzugefügt. Diese Änderungen im Verständnis werden von psychoanalytischen Theoretikern oft als 'Aufhebung der Verdrängung' bezeichnet oder durch eine Metapher beschrieben, die sowohl Veränderungen im Verständnis als auch in der Bewältigung nahelegt.

8. Die Veränderungen in der Bewältigung bedeuten mehr als nur die Bearbeitung der Leiden schaffenden Beziehungsprobleme innerhalb des zentralen Beziehungskonfliktthemas, wie etwa die Änderung eines maladaptiven unspezifischen Erwartens von erwarteten negativen Konsequenzen hin zu reaktionsangemessener Einbeziehung der Möglichkeit positiver Konsequenzen. Sind erst einmal solche Änderungen erreicht, können sich weitergehende Möglichkeiten für die befriedigendere Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen eröffnen.

Nach Greenspan und Polk (1980) kann angenommen werden, daß solche Veränderungen zu einem höheren seelischen Organisationsniveau, d.h. auch zu einem höheren Entwicklungsniveau führen.

Die Frage danach, wie Veränderungen zustande kommen, wird von Luborsky (1988) anhand dreier kurativer Faktoren dargestellt:

1. Selbsterfahrung und Selbstverständnis

Die Theorie der psychotherapeutischen Veränderung betont, daß die entscheidende Vorbedingung für eine Besserung des Patienten in der Zunahme des Verständnisses seiner selbst liegt. Im Mittelpunkt eines solchen Verständnisses stehen gewöhnlich die aktuellen Symptome und die damit verbundenen Beziehungsprobleme. Das Wiedererleben der konflikthaften Beziehungsprobleme im 'Hier und Jetzt' der Beziehung zum Therapeuten verhilft dem Patienten zur bedeutungsvollen Einsicht und ermöglicht einen größeren Freiraum für Veränderungen. Frühere Beziehungen gewinnen an neuer Bedeutung, wenn eine Verbindung zu gegenwärtigen Beziehungen hergestellt werden kann. Wenn der Therapeut die Wichtigkeit der Gegenwart in den Blick nimmt, kann er sicherstellen, daß mögliche Einsichten emotional bedeutungsvoll und nicht nur zum intellektuellen Spiel werden.

Einsicht wird für den Patienten nach und nach in dem Maße immer wichtiger, in dem die Aktualisierungen der Probleme in der Beziehung zum Therapeuten und zu anderen Bezugspersonen wiederholt durchgearbeitet werden.

Freud (1914) beschrieb als eine Hauptaufgabe des Patienten, konflikthafte Beziehungsprobleme zu erinnern und in der Beziehung zum Therapeuten zunächst zu wiederholen und dann durcharbeiten. Die Wiederholung kann in diesem Zusammenhang nach Maymann (1978) als Versuch aufgefaßt werden, eine Lösung der Probleme zu finden. Das Durcharbeiten der Beziehungsprobleme nach dem Erinnern und Wiederholen verhilft dem Patienten zu günstigeren Bewältigungsmöglichkeiten und Lösungen. Solche Therapiefortschritte stellen sich in zweierlei Veränderungen dar.

Einmal wird der Patient nun eher in der Lage sein, manche Aspekte zu betrachten; die klassische Theorie stellt solche Veränderungen in den Zusammenhang mit der Aufhebung von Verdrängungen. Zum anderen wird der Patient auf der Ebene seiner Handlungen nun geeignetere adaptive Verhaltensweisen finden, selbst wenn die Komponenten der früheren Beziehungsmuster noch immer erkennbar sind, d.h. als Übertragungsstrukturierung wirksam bleiben.

2. Die hilfreiche Beziehung

Das Konzept der hilfreichen Beziehung hat eine lange Geschichte und geht auf eine bestimmte Sicht der Übertragung durch Freud (1912a) zurück. Er hat zwei Arten von zwischenmenschlicher Bindung unterschieden. Eine Art von Bindung fördere die gemeinsame therapeutische Arbeit, die andere behindere sie. Derjenige Aspekt der Bindung, der die Zusammenarbeit fördere, sei durch die 'bewußten', 'unanstößigen', positiven Gefühle des Patienten dem Therapeuten gegenüber gekennzeichnet. Diese Art der Bindung bildet die Grundlage für das Erleben der hilfreichen Beziehung, die von Luborsky (1976) beschrieben wurde.

3. Nachhaltigkeit der Behandlungsfortschritte

In der Regel trägt das Durcharbeiten der Bedeutungen des Behandlungsendes zur Nachhaltigkeit der Behandlungsfortschritte bei. Rückfälle nach dem Ende der Therapie sind dennoch ein Problem jeder Art von Psychotherapie.

Psychoanalytisch orientierte Therapeuten verfügen über Konzepte, mit denen der Rückgang oder die Beibehaltung der Behandlungsfortschritte erklärt werden kann. Ein sehr nützliches Konzept hierfür ist die Internalisierung; hierunter wird der Prozeß verstanden, mit dem sich der Patient das Bild des Therapeuten als hilfreiche Person zu eigen macht und dabei herausfindet, wie er sich die Fülle der Problemlösungsansätze des Therapeuten als hilfreiche Person aneignen und umsetzen kann; dadurch kann er die Fortschritte, die er sich im Laufe der Therapie erarbeitet hat, aufrechterhalten.

4. Lebenssituation der Patienten

Luborsky (1988) führt zum Schluß einen vierten Faktor auf, die Lebenssituation des Patienten. Dieser Faktor kann zu einem Dreh- und Angelpunkt für den Behandlungserfolg werden.

Luborsky nimmt an, daß sich diese 4 Faktoren nicht unabhängig voneinander auswirken. Die Veränderungen sind abhängig von der Interaktion und Ausgewogenheit dieser Faktoren, wobei die Person des Patienten als intervenierende Variable zwischen den äußeren Einflüssen aus seiner Lebenssituation und seinen persönlichen Veränderungen wirkt.

6. Die Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapiestudie:

Ein Konzept mit dem zyklisch maladaptiven Muster (CMP) und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)

6.1. Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie - Projekt (DKZP)

Seit 1991 wurde an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich - Heine - Universität das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapieprojekt unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. W. Tress entwickelt. Die involvierte Arbeitsgruppe erwarb sich die erforderlichen Kompetenzen bei den Departments of Psychology der Vanderbilt University, Nashville (Leiter Prof. Dr. H.H. Strupp) und der University of Utah, Salt Lake City (Leiterin Prof. Dr. L.S. Benjamin) in den USA. Die erforderlichen Instrumente wurden aus dem Amerikanischen ins Deutsche übertragen. Hinzukommende neue Mitarbeiter und Doktoranden wurden in speziellen mehrtägigen Workshops trainiert. Im DKZP therapierten bislang (April 1997) 34 männliche und weibliche TherapeutInnen, überwiegend Assistenten der hiesigen Universitätsklinik, in einem naturalistischen Design (Phase IV - Forschung) 78 PatientInnen (m: 23 / w: 55) mit Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Störungen als Zielgruppe bzw. dazu im Vergleich neurotische Patienten. 53 Behandlungen sind bislang abgeschlossen, 10 mal brachen die PatientInnen ab, die restlichen befinden sich weiter in Therapie. Eng verbunden mit der klinischen Versorgung ist ein Forschungsprojekt, das mittels mikrostruktureller Prozeß-, Inhalts- und Verhaltensanalysen Indikatoren für therapeutische Veränderungen sowie Prädiktoren für günstige und ungünstige Verläufe identifizieren soll.

Die Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapiestudie wurde initiiert, um prospektiv Differenzierungen von Prozeß und Veränderung während und am Ende einer Kurzzeitpsychotherapie zu erfassen. Die Untersuchung von Therapieprozeß und outcome bezieht sich auf das Modell des dynamischen Fokus, das 1984 von Schacht, Strupp und Binder entworfen wurde (zyklisch maladaptives Muster beziehungsweise cyclic maladaptive pattern, CMP).

6.2. Das zyklisch maladaptive Muster

Das CMP-Verfahren geht davon aus, daß die psychischen Probleme des Patienten interpersonellen Beziehungsmustern zugeordnet werden können, die selbstschädigend, sich selbst aufrechterhaltend, unflexibel und maladaptiv sind. Das zyklisch-maladaptive Muster (CMP) stellt einen Zirkelschluß dar, innerhalb dessen sich die neurotischen Probleme des Patienten selbst aufrechterhalten. Solche repetitiven Sequenzen psychodynamischer Abläufe finden sich vorrangig nicht in der Vergangenheit, sondern in den gegenwärtig ausagierten, sich selbst unterhaltenden Zirkelschlüssen. Das zyklisch-maladaptive Beziehungsmuster - Verfahren geht von einem zentralen oder hervorstechenden Muster interpersoneller Beziehungen aus, in welchem der Patient sich sowie andere gefangen hält und von den resultierenden maladaptiven Beziehungsabläufen (Interaktionssequenzen), selbstschädigenden Erwartungen und negativen Selbsteinschätzungen.

Das CMP-Verfahren ist somit eine heuristische Methode, die es dem Therapeuten gestattet, Informationen über die problematischen Beziehungsmuster des Patienten zu erhalten, diese zu erkennen und zu organisieren. Es ergibt sich eine Geschichte, die zyklisch-maladaptive Beziehungsmuster in zusammenhängender und konsistenter Weise beschreibt. Der 'erzählende Gedanke' fußt auf der Annahme, daß der primäre

psychologische Modus, Lebenserfahrung auszudrücken, der der Erzählung ist: sich selbst und anderen eine Geschichte zu erzählen.

In einer Geschichte werden Erfahrungen und Handlungen sequentiell organisiert zu mehr oder weniger vorhersagbaren Mustern situationsabhängiger Empfindungen, Wahrnehmungen, Wünschen, Erwartungen und Handlungen. Solche Geschichten geben unser Leben faßbar wieder und werden zum Gegenstand von Psychotherapie, wenn die dargestellten Muster zu Problemen im Leben führen.

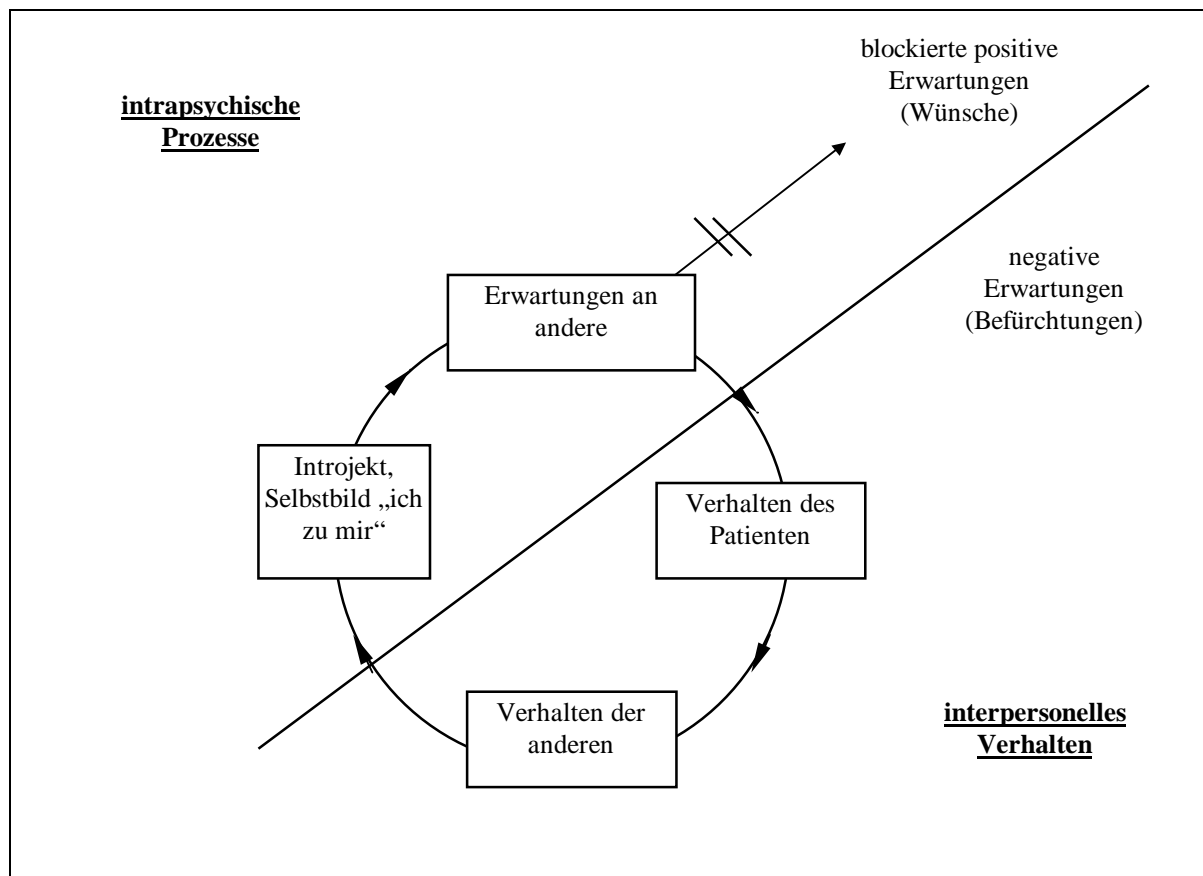


Abb. 2: zyklisch - maladaptives Muster - CMP- (Tress 1993)

Der CMP bedient sich der Form einer prototypischen oder schematischen zwischenmenschlichen Erzählung, die menschliches Verhalten eingebettet in den Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen beschreibt. Er beinhaltet zyklisch psychodynamische Muster, die eine Quelle wiederkehrender Probleme im Leben des Patienten darstellen.

Die Betonung des Verhaltens reflektiert eine Perspektive, aus der heraus der Mensch aktiver Darsteller seiner jeweiligen Szene (Beziehungserfahrung) ist und nicht passives Opfer von Situationen, Krankheit oder Impulsen.

Zwischenmenschliche Abläufe definieren dann den bedeutungsvollen Kontext dieser Handlungen (Prozesse), d.h. die in Rede stehenden Handlungen sind wichtig, weil sie sich auf Aktionen und Reaktionen des Patienten und seiner wichtigen Bezugspersonen beziehen. Die zwischenmenschlichen Abläufe sind zusammengesetzt aus zyklischen Mustern, die die Zähigkeit, chronische Wiederholung sich selbst unterhaltender neurotischer und charakterogener Probleme wiedergeben. Schließlich wurden die zyklischen Muster als wiederkehrend erkannt

und als solche sind sie historisch (genetisch) wie auch in Beziehung zu gegenwärtig bedeutsamen anderen relevant und können auch in der therapeutischen Beziehung zum Ausdruck kommen.

Nachfolgend wird die Struktur einer CMP-Erzählung beschrieben, in der sich vier Verhaltenskategorien wechselseitig bedingen.

1. Erwartete Reaktionen des Gegenübers:

Vorgestellte Reaktionen anderer auf das eigene Verhalten. Es wird angenommen, daß das, was die Person vom anderen erwartet, ihre Interpretation des Verhaltens anderer beeinflusst. Es wird weiter angenommen, daß das Verhalten anderer systematisch fehlinterpretiert wird entsprechend vorgefaßter Muster. Diese Kategorie beschreibt diese vorgefaßten Erwartungen durch das Erfassen von Wünschen, Befürchtungen und Phantasien in Bezug auf die Reaktion anderer. Durch die erwarteten negativen Reaktionen der anderen werden die erhofften und erwünschten positiven Erwartungen von vornherein blockiert und dementsprechend die Befürchtungen (negativen Erwartungen) bestätigt. Dieses phantasierte Verhalten der anderen wiederum hat einen entsprechenden Einfluß auf das Verhalten des Patienten.

2. Das Verhalten des Patienten:

Verhalten des Selbst gegenüber anderen Personen. Was macht ein Patient mit, an, ohne oder im Gegensatz zu einer anderen Person? Das Verhalten kann offensichtlich oder versteckt und dem Bewußtsein in unterschiedlichem Maße zugänglich sein. Auch signifikante Unterlassungen werden hier relevant.

3. Verhalten anderer in Bezug auf das Selbst (den Patienten):

Dies ist beobachtetes Verhalten anderer, das in einer spezifischen Beziehung zum Verhalten des Selbst stehend in Erscheinung tritt. Oft sind es Verhaltensweisen anderer, die durch das Verhalten des Patienten selbst hervorgerufen werden. Wie unter 1. können die Verhaltensweisen offensichtlich oder insgeheim in Erscheinung treten. Hier ist es wichtig, die zyklisch maladaptiven Muster als (interdependente) Aktionen zu verstehen.

Wenn der Patient z.B. sagt: " Wenn ich versuche, mit ihr über meine Gefühle zu sprechen, dann wird es ihr sehr unbehaglich", dann sollte der Interviewer nachfragen: "Woher wissen Sie, daß es ihr unbehaglich ist? Was macht sie ?".

Diese Klarifizierung ist wichtig für das Verständnis, welche Informationen über die andere Person vorgefaßt werden und von dem Patienten als Unbehaglichkeit, Ärger, Belästigung oder Enttäuschung interpretiert werden. Es ist die selektive Aufmerksamkeit in Bezug auf das, was der Patient als vorgefaßte Meinung in sich trägt und auf die besondere Fehlinterpretation des Verhaltens anderer, das das vorgefaßte Muster des Patienten wiedergibt, mit dem er sich seine soziale Realität gestaltet.

4. Verhalten des Selbst gegenüber dem Selbst, Introjekt, Umgang mit sich selbst:

Wie behandelt jemand sich selbst (selbstkontrollierend, selbstbestrafend, selbstunterstützend, selbstzerstörerisch usw.). Dieses Verhalten sollte in spezifischer Beziehung zu den Kategorien 1-3 dargestellt werden.

Der Verhaltensbegriff bei dieser Blickrichtung auf das Introjekt des Patienten ist ein wichtiger Bestandteil bei der umfassenden Bewertung der aktiven Rolle des Patienten in seinem zyklischen Muster.

Die Information dieser 4 Kategorien kann zusammengefaßt werden zu einer Geschichte, die als Essenz das prototypische, zyklisch maladaptive Beziehungsmuster enthält. Solche Muster mögen dem Patienten nicht bewußt sein, setzen sich aber in seinen wichtigen Beziehungen durch. Sie sind auch bei der Entwicklung einer Übertragungsbeziehung zu erwarten. Durcharbeiten bedeutet das Identifizieren des CMP in der therapeutischen Beziehung, um dem Patienten zu helfen, das problematische Beziehungsarrangement zu verstehen, statt es auszuagieren.

Therapeutische Veränderung entsteht aus dem sich entwickelnden Bewußtsein des Patienten für seine selbstschädigenden Muster und die Erfahrung eines veränderten Resultats innerhalb der therapeutischen Beziehung selbst.

In Bezug auf die korrigierende emotionale Erfahrung nimmt der Therapeut die Rolle des 'teilnehmenden Beobachters' ein, indem er zunächst bis zu einem gewissen Maß an dem problematischen Beziehungsmuster teilnimmt, es aber mit dem Patienten durcharbeitet und auflöst. Diese Vorgehen hilft dem Patienten, die Annahmen, die den CMP unterhalten, zu modifizieren und zu korrigieren.

Zyklisch psychodynamische Muster reflektieren somit die charakteristische Rigidität, chronische Wiederholung und die sich selbst unterhaltende Natur neurotischer Probleme.

In einer zyklischen Erfassung wird der psychodynamische Prozeß nicht in der anachronistisch bewahrten Vergangenheit verankert, sondern er wird verstanden in Begriffen gegenwärtig aus-agierter, sich selbst fortpflanzender Zirkelschlüsse. In diesen Zirkeln dienen Muster sich wiederholender sozialer Wechselbeziehungen dazu, die maladaptiven Sichtweisen des Patienten zu bestätigen und seine problematischen Handlungen zu validieren und zu erzwingen. Während einige zurückliegende Ereignisse diese Zirkelschlüsse in Gang setzten, erfordert die gegenwärtige Fortsetzung dieser selbstschädigenden Muster nicht den fortwährenden ursprünglichen Einfluß jener vergangenen Ereignisse. Aus diesem Grund ist eine detaillierte Kenntnis der Vergangenheit weniger entscheidend für eine zyklisch psychodynamische Befunderhebung.

Hier befindet sich das Modell in einem gewissen Gegensatz zur Freudschen Metapsychologie mit ihren mehr linearen Ursache - Wirkungsbeziehungen, die andauernd auch auf das spätere Verhalten ihren Einfluß ausüben.

Die sich selbstbestätigende Gestaltung von Erfahrung resultiert aus inneren wie aus äußeren (interpersonellen) Vorgängen. Durch diese weitgehend unbewußten Aktionsmuster bestätigen sich Patienten wiederholt ihre Vorannahmen, in welchen sie sich selbst, andere und Situationen vorstellen; gegenteilige Einsichten und Erfahrungen können dagegen wenig ausrichten.

Das CMP-Verfahren schließt implizit das Modell des Einsichtsdreiecks mit ein (s. Abb. 1). Das Konzept des Einsichtsdreiecks zur Erklärung psychoanalytischer Prozesse geht davon aus, daß Einsicht ein Erkennen und Verstehen der charakteristischen Verhaltensmuster der Kindheit und der gegenwärtigen und analytischen Situation bedeutet. Es schließt auch ein Verständnis ein, warum diese Verhaltensmuster und Situationen so wie sie waren und noch sind, gebraucht wurden und noch werden.

Malan (1979) erweiterte diesen Gedanken um den des psychischen Konfliktes, der nur stillschweigend in die gedanklichen Bezüge des Begriffes Einsicht eingeschlossen zu sein schien. Unter Berücksichtigung von Abwehr, Angst und verborgenen Gefühlen/Impulsen kommt Malan (1979) zu 2 Dreiecken, die die Notwendigkeit unterstreichen, die inneren Konflikte des Patienten nicht isoliert, sondern innerhalb seiner aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen zu behandeln (Abb. 3 Konfliktdreieck und Persönlichkeitsdreieck).

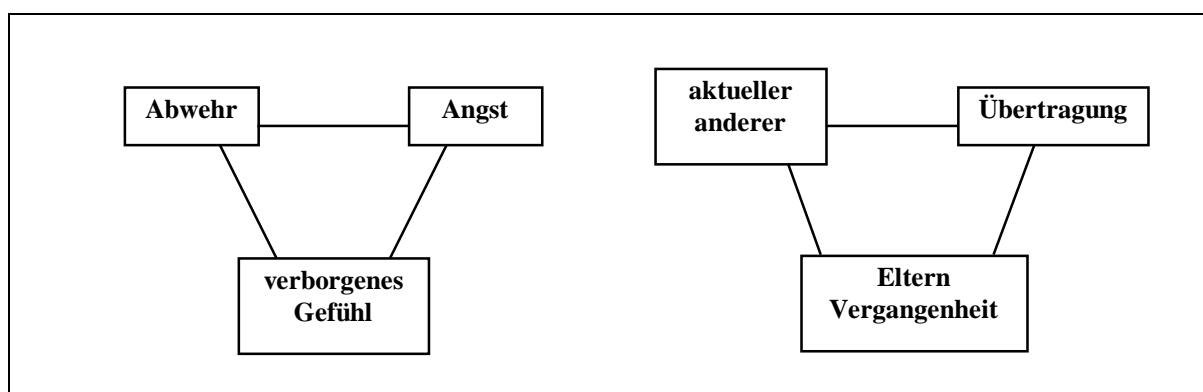


Abb. 3: Konfliktdreieck und Persönlichkeitsdreieck

Malan (1979) und Menninger (1958) betonen die therapeutische Bedeutung der Verbindung der verschiedenen Ecken des Einsichtsdreiecks. Malan (1979) hebt besonders ab auf die Übertragungs/Eltern- Beziehung und damit das Durcharbeiten der Übertragungsbeziehung sowie die Verbindung zwischen dieser Beziehung und den infantilen Gefühlen. Dieser Gedanke umreißt in groben Zügen die psychoanalytische Behandlungstechnik. Die Annahme, daß ein bestimmtes Muster mit bedeutsamen anderen Objekten rigide während des gesamten Lebens des Patienten wiederholt wird, stellt den Bezug zum Einsichtsdreieck dar. Somit kann das CMP-Diagramm an jedem Eckpunkt des Einsichtsdreiecks eingesetzt werden, wie in Abb. 3 dargestellt wird, wodurch die Beziehungspathologie des Patienten in Vergangenheit, Gegenwart und in der Übertragung abgebildet werden kann.

Diese Integration beider Modelle macht deutlich, wie das CMP-Verfahren zu einer mehr traditionellen Konzeption des dynamischen Fokus paßt. Außerdem entsteht ein Bezugsrahmen für die Erforschung des Phänomens der Übertragung in Klinik und Forschung. Schließlich führt diese Integration zu einer verbesserten klinischen Anwendbarkeit einer systematischen Methode zur Entwicklung einer dynamischen Formulierung des Problems des Patienten. Die CMP-Methode als Teil des Einsichtsdreiecks sollte es dem Therapeuten ermöglichen, systematisch Hypothesen zu entwerfen, wie die Übertragung wahrscheinlich zu verstehen ist. So sollte der Therapeut in vielen Fällen fähig sein, die Form, die diese zyklisch-maladaptiven Muster in der Übertragung annehmen können, vorherzusagen.

Nach Hildenbrand (1993) versucht die Methode des zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT) von Luborsky, Inhaltsthemen in der Erzählung des Patienten zu identifizieren, die die zentralen Konflikte beinhalten. Bei der Verfolgung dieses Zieles wird eine einheitliche Struktur benutzt, innerhalb derer ein Konflikt über die Bestimmung von je 3 Komponenten einer Beziehungsepisode dargestellt werden kann: Ein Wunsch an ein Objekt (W) - eine tatsächliche oder erwartete Reaktion des Objektes (RO) - eine eigne Reaktion (RS).

Die Therapie konfrontiert den Patienten mit einem oder mehreren wesentlichen repetitiven ZBKTs. Das Bewußtmachen zuvor unbewußter ZBKTs ermöglicht deren Auflösung. Crits-Christoph und Luborsky (1988) untersuchten die Bezogenheit von Therapeut und Patient auf das zentrale Beziehungskonfliktthema und dessen Implikation hinsichtlich Prozeß und Ergebnis der Therapie. Je mehr Fokusbezogenheit und Treffsicherheit, um so besser das Therapieergebnis. Sie befassen sich mit dem Schicksal des ZBKT während der Therapie.

Im Unterschied zum zyklisch-maladaptiven Muster (CMP) mangelt es diesem Konzept von Luborsky am fehlenden Bezug zur intrapsychischen Repräsentanz, dem Introjekt, so daß der Zirkel interpersoneller Transaktionen nicht über deren intrapsychische Niederschläge geschlossen werden kann (Tress 1993). Nach Strachey (1934) läßt sich der psychoanalytische Prozeß begreifen als eine sukzessive Veränderung des Introjekts des Analysanden.

6.3. Das SASB-Modell (Darstellung nach Tress 1993)

Zweites wesentliches Instrument der vorliegenden Studie ist die Erfassung der interpersonellen Beziehungsmuster mit der von L.S. Benjamin (1974) entwickelten Methode der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB). Es wird unter der Leitfrage vorgestellt: Wer verhält sich qualitativ wie zu wem und wie reagiert jene(r) darauf?

Die interpersonelle Theorie, auf welcher SASB gründet, geht auf H.S. Sullivan (1953) zurück. Meßmodelle zwischenmenschlicher Transaktionen waren zuvor von T. Leary (1957), Lorr und McNair (1965) sowie von Kiesler (1983) entwickelt worden. In diesen Meßmodellen zwischenmenschlicher Transaktionen wurde stets in der Vergangenheit interpersonelles Verhalten auf einem (zirkumplexen) Kreismodell angeordnet, worauf sich die Grundqualitäten zwischenmenschlicher Einflußnahme und Reaktion als eine in sich geschlossene Reihe (kreisförmig) angeordnet darstellen. Damit liegen hoch positiv korrelierte Elemente nebeneinander, hoch negativ korrelierte aber um 180 ° einander gegenüber, während der rechte Winkel eine Nullkorrelation ausdrückt. Geometrisch ist hierdurch eine Ebene definiert. Dem Kreismodell unterliegen zwei zueinander rechtwinklig stehende Grunddimensionen (Abszisse und Ordinate). Sämtliche Autoren hatten eine Affiliations- wie eine Kontrolldimension zugrunde gelegt.

Benjamin (1974) entwickelte daraus ein kohärentes dynamisches Modell zwischenmenschlichen Verhaltens und intrapsychischer Funktionen.

Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) geht über die traditionellen Kreismodelle hinaus, indem sie anhand unterschiedlicher Fokussierungen (aus der Perspektive des Akteurs) des jeweiligen kommunikativen Aktes 3 Ebenen des zwischenmenschlichen Verhaltens unterscheidet:

1. Die transitive (aktive) Ebene
2. Die intransitive (reaktive) Ebene

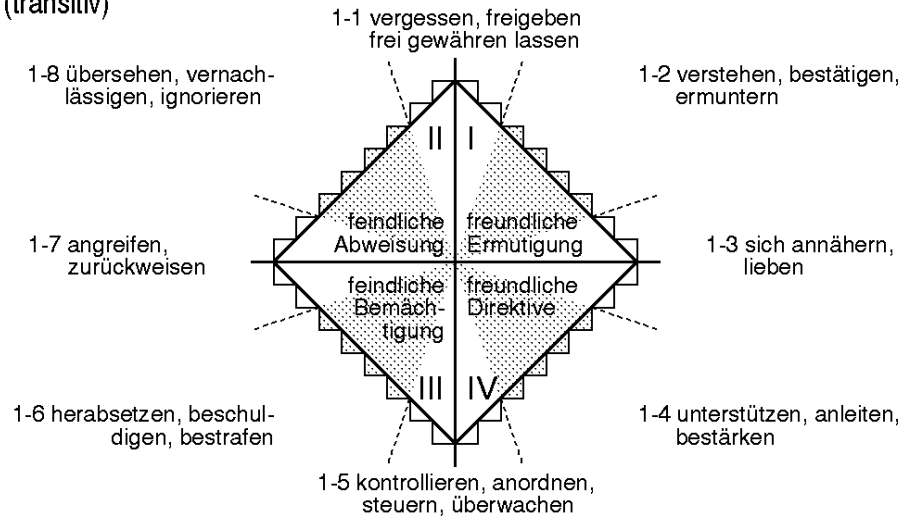
3. Das Introjekt (Umgang mit sich selbst).

Mit dieser Unterscheidung, insbesondere nach aktivem und reaktivem Fokus, also nach unterschiedlicher Gerichtetheit kommunikativer Handlungen, wird die Konfundierung der aktiven mit der reaktiven Dimension menschlicher Kommunikation vermieden. So entspricht im transitiven Fokus Kontrolle ausüben der Unterwerfung im intransitiven Fokus. Dies ist der entscheidende Fortschritt des SASB-Modells gegenüber seinen Vorläufern.

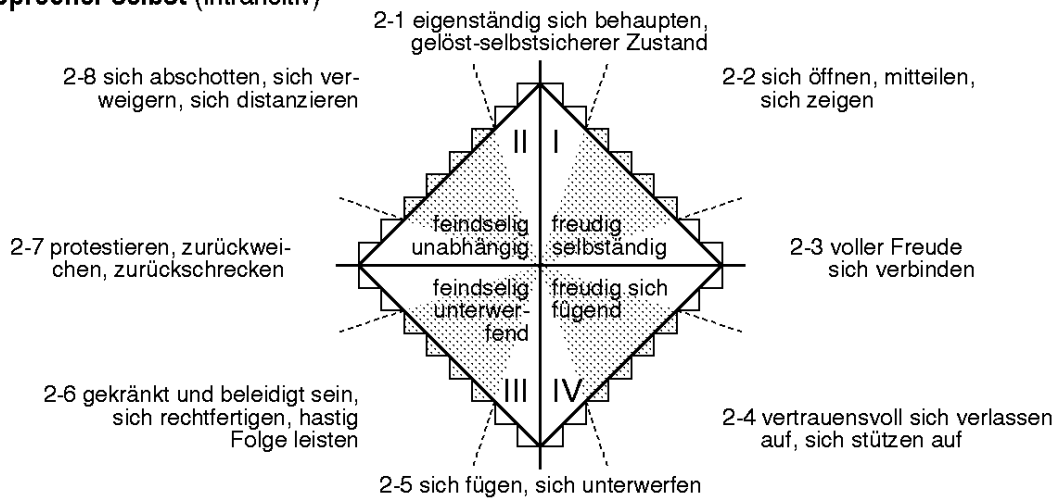
Die SASB-Methode besteht nach Henry (1986) aus einem Satz dreier miteinander verbundener, zweidimensionaler zirkumplexer Ebenen. Jede von ihnen ist um die Grundachse Kontrolle und Affiliation angeordnet: Jede Ebene umfaßt 36 zwischenmenschliche Verhaltensweisen, die spezifische Kombinationen von Freundlichkeit - Feindseligkeit und Unabhängigkeit - Abhängigkeit darstellen.

Diese 36 Verhaltensweisen auf jeder Ebene wurden von Benjamin (1974, 1982) in acht psychometrisch bewertete Cluster unterteilt und 4 Quadranten zugeordnet.

Fokus: Der Andere (transitiv)



Fokus: Der Sprecher selbst (intransitiv)



Fokus: Introjekt (intrapsychisch)

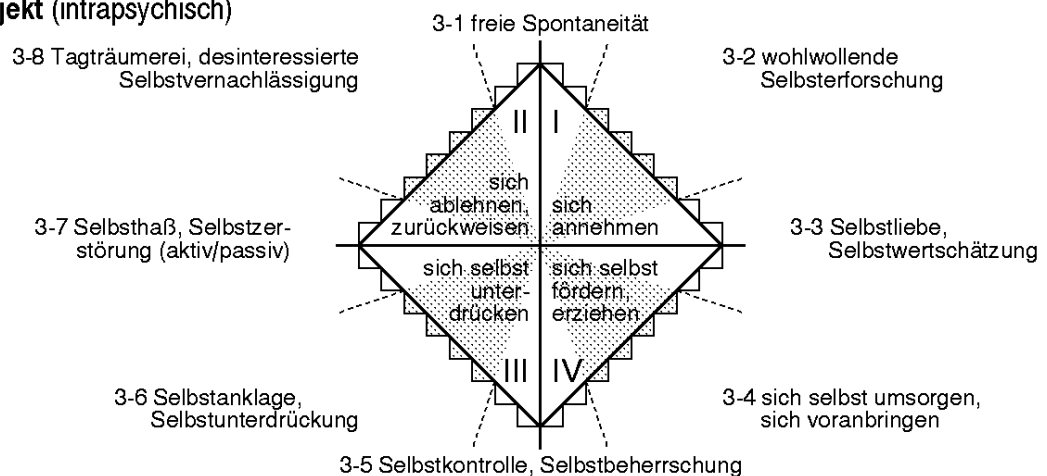


Abb. 4: Die deutsche Clusterversion des SASB-Modells (nach Benjamin 1974, Tress 1993).

Nachfolgend werden die Ebenen der SASB-Methode beschrieben: Der Andere (1), Selbst (2) und Introjekt (3), wovon jede eine besondere Perspektive oder einen Fokus der Transaktion darstellt.

1. Ebene 1 (Andere - Transitiv)

umfaßt ein Verhalten, das sich auf eine andere Person (transitives Handeln) bezieht, z.B. auf den Partner, wobei der kommunikative Akt den Adressaten im Sinne des Sprechers beeinflussen will beziehungsweise eine qualifizierende Aussage über diesen trifft.

2. Ebene 2 (Selbst - Intransitiv)

Verhalten der Ebene 2 ergibt sich, wenn Individuen auf sich selbst ausgerichtet sind (ein reaktiver oder intransitiver Zustand). Der Sprecher will hier also nichts beim anderen bewirken, sondern seinerseits zeigen, mitteilen, wie ihm ist, nachdem ihn eine Aktion, wie unter Ebene 1 definiert, getroffen hat oder er will eine Mitteilung über seine Befindlichkeit abgeben.

3. Ebene 3 (Introjekt - Umgang mit sich selbst)

umfaßt keine direkten zwischenmenschlichen Vorgänge, sondern bezieht sich auf nach innen, auf sich selbst gerichtete Handlungen; d.h. Ebene 3 fokussiert die Art und Weise, wie sich eine Person selbst behandelt, z.B. selbstkritisch oder lobend, kontrollierend oder freizügig wie gegenüber einer dritten Person.

Die drei SASB-Ebenen sind untereinander verbunden, strukturell homolog und stellen interpersonell komplementäre Verhaltensweisen dar. Zum Beispiel 'beschuldigen und herabsetzen' (Ebene 1, Cluster 6) ist das interpersonelle Komplement von 'gekränkt sein' (Ebene 2, Cluster 6). Die erste, hier transitive Handlung zieht die spätere (intransitive) Reaktion nach und bildet so eine komplementäre Sequenz.

Ebene 3 stellt intrapsychische Handlungen dar, die sich ergeben, wenn Handlungen von Ebene 1 nach innen auf das Selbst gerichtet sind. Zum Beispiel eine Person, die 'Bestätigung und Verständnis' durch andere erfährt (Ebene 1, Cluster 2), wird sich wahrscheinlich eher auf eine 'selbstannehmende und erforschende' Art und Weise behandeln (Ebene 3, Cluster 2).

Typische Beziehungsmuster menschlicher Interaktion finden sich im SASB-Modell in Form von Komplexität, Komplementarität und Antithese wieder. Komplexität im Kommunikationsverhalten findet sich in Fragen, Antworten, Aktionen oder Reaktionen zwischen Aktanden, welche mehrere Aussagen beinhalten: Es werden wenigstens zwei Botschaften, welche durchaus gegensätzlichen Inhaltes sein können, mit einer Aussage gemacht. Gerade die Analyse mißlungener therapeutische Gespräche deckt häufig eine hochgradige Komplexität im Kommunikationsverhalten des Therapeuten auf, insofern eine Gedankeneinheit mehrere dissonante, unterschiedlich zu kodierende Themen zum Ausdruck bringt.

Komplementäre Interaktionen beschreibt die überwiegende Mehrzahl der Kommunikationsfolgen im therapeutischen Gespräch gemäß der Volksweisheit: Wie man in den Wald hineinruft, so schallt es auch heraus. Auf eine aktiv-transitive Aussage folgt eine reaktiv-intransitive Reaktion, wobei Interdependenz- und Affiliationswerte gleichbleiben, sich ausschließlich der Fokus ändert. Auf eine freundliche Frage (1.4) geht der Gefragte in seiner Antwort adäquat ein (2.4).

Im Gegensatz hierzu steht die Antithese: Auf eine freundliche Frage (1.4) beispielsweise geht der Gefragte nicht ein, sondern übergeht diese freundliche Aufforderung mit kränkender, möglicherweise gezielter Nichtbeachtung (1.6/2.8). So zeigen sich Antithesen in Kommunikationsfolgen z.B. in einer Umkehrung der Affiliations- und Interdependenzwerte wie auch u.U. im Fokuswechsel. Die Qualität der Kommunikation

verändert sich schlagartig, ein flüssiges harmonisches Gespräch kommt nicht zustande. Die Antithese leitet einen Wechsel der Beziehungsmodalitäten im Gespräch ein .

Besondere Vorteile der SASB Methode sind:

1. Sie erstellt ein Forschungsmodell in Verbindung mit theoretischen Annahmen, die zwischenmenschlichen Theorien entnommen wurden;
2. sie erlaubt spezifische Analysen fast aller zwischenmenschlicher Geschehnisse;
3. sie wendet kleine Bewertungseinheiten an, die nur geringe Folgerungen benötigen, jedoch hochgradige Spezifizierungen ermöglichen.
4. Sie ist schulenübergreifend anwendbar.

6.3.1. Prozeßanalyse

In der Prozeßanalyse wird gezielt die Interaktion zwischen zwei Kommunikationssubjekten untersucht. Mittels mehrerer EDV-Programme lassen sich verschiedene Aspekte des Prozesses beleuchten. Das Programm PROCESS ermittelt die relativen Auftretenshäufigkeiten der Cluster sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten. Hier läßt sich ein Verhaltenstrend auf beiden Seiten während der Interaktion erkennen. Das Programm FOLLOW liefert Informationen über den Sprecherwechsel. Es beschreibt, wie die beiden Kommunikationssubjekte auf Äußerungen gegenseitig reagieren. Das Programm COMPLEX wertet die Anzahl komplexer Äußerungen und deren Zusammensetzung aus. Die komplexen Äußerungen spielen im Therapiegesehen eine wesentliche Rolle, da sie für den Therapieerfolg eher hinderlich sind.

6.3.2. Inhaltsanalyse

Die Inhaltsanalyse beschäftigt sich nicht mit der Ebene der aktuellen Interaktion wie die Prozeßanalyse, sondern mit der des mitgeteilten Inhaltes, welcher in den verbalen Äußerungen enthalten ist. Hier werden einzelne Aussagen wie auch längere Erzählungen oder Berichte über Interaktionen des Sprechers mit anderen Personen oder zwischen anderen Personen ohne Einbeziehung des Sprechers oder des anderen aktuellen Aktanden analysiert. Auch hier werden die Referenten bestimmt, der Fokus festgelegt sowie Werte für Affiliation und Interdependenz festgelegt. Schwierigkeiten ergeben sich in folgenden Fällen:

1. Multiple Kodierung: Bei Äußerungen, die mehr als eine gedankliche Einheit enthalten, sollte versucht werden, die Äußerungen so umzuformen, daß man mehrere Sätze erhält, von denen jeder nur eine gedankliche Einheit enthält.
2. Negative Aussagen: Verneinte Sätze und andere negative Äußerungen müssen vor der Kodierung in positive Aussagen transformiert werden, die gleichbedeutend sind.
3. Beschreibungen in Vergangenheit und Zukunft: Die Inhaltsanalyse mit SASB ist grundsätzlich darauf ausgerichtet, aktuelle Interaktionen in der Gegenwart zu erfassen. Äußerungen bezüglich früherer oder zukünftiger Zeiten müssen in die Gegenwart transformiert werden, ohne daß sich ihr Sinn ändert.
4. Wünsche und hypothetische Aussagen: Auch hier kann wie bei 3. der Bezug zur tatsächlichen Interaktion durch Umformulierung hergestellt werden.

5. Der 'implied process':

Er ist zu finden in Gesprächsabschnitten, die neben dem eigentlichen Inhaltsaspekt noch einen Beziehungsaspekt beschreiben. Der Sprecher stellt einen Interaktionspartner seinem Gesprächspartner gegenüber so dar, daß dieser eine Bewertung des Interaktionspartners durch den Sprecher erhält. So ergeben sich verschiedene Referenzzuordnungen (Gesprächspartner, Interaktionspartner) innerhalb derselben Einheit. Auch hier sollte versucht werden, das Gesagte in mehrere Sätze umzuformulieren, von denen jeder eine Referenzzuordnung enthält, welche dann kodiert werden kann (Wöller et al. 1993).

7. Dokumentation

7.1. Intrex - Kurzform

Die Intrex Kurzform wurde 1987 von Benjamin (1988) eingeführt, die erste deutsche Übersetzung von Tress und Benjamin 1989 vorgenommen (Tress 1993).

In der Intrex-Kurzform ist für jeden der acht Oktanten des SASB-Modells - d.h. für jedes Cluster - ein Item formuliert, das inhaltlich den gesamten Bereich des entsprechenden Oktanten abdecken soll. 16 Items beschreiben interpersonelle Transaktionen, 8 Items beschreiben den Umgang mit der eigenen Person (Introjekt).

Die Items werden auf einer Skala von 0 bis 100 mit 11 vorgegebenen Skalenpunkten beantwortet (0: 'stimmt überhaupt nicht'; 100: 'stimmt voll und ganz').

In der Standardserie werden neben dem Introjekt folgende Beziehungen beurteilt:

1. die Beziehung zwischen dem Probanden/der Probandin und seiner/ihrer wichtigsten Bezugsperson
2. die Beziehung zwischen dem Probanden/der Probandin und seiner/ihrer Mutter
3. die Beziehung zwischen dem Probanden/der Probandin und seinem/ihrer Vater
4. die Beziehung zwischen Vater und Mutter des Probanden/der Probandin.

In der Beurteilung der Beziehung zu den Eltern und der Eltern untereinander ist der Zeitraum 'als Sie zwischen 5 und 10 Jahre alt waren' festgelegt.

Sowohl das Introjekt als auch die Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson werden in zwei Versionen erfragt: 'wenn die Beziehung am besten' und 'wenn die Beziehung am schlechtesten' ist.

Die Standardserie enthält somit insgesamt 176 Items (8 Items für jede Introjektversion, für die Beurteilung der Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson 64 Items, für die Beurteilung der Beziehung zu den Eltern und der Beziehung der Eltern untereinander je 32 Items).

7.1.1. Auswertung und klinische Interpretation

Die Auswertung des Intrex-Fragebogens stützt sich im wesentlichen auf die Korrelation der empirischen Ankreuzungen des Probanden mit bestimmten theoretischen Werten (Pattern-Koeffizienten) und auf die Korrelation verschiedener empirischer Ankreuzungen des Probanden untereinander.

Die Auswertung erfolgt mit speziellen Auswertungsprogrammen, die bei Tress (Hrsg., 1993) ausführlich beschrieben sind.

Es handelt sich bei den mit dem Intrex-Fragebogen ermittelten Daten nicht um objektive Angaben über die Realität, sondern um subjektive Beurteilungen aus der Sicht des jeweiligen Probanden. Im Intrex-Fragebogen stellen sich durch die verschiedenen jeweils pro Cluster gewählten Antworten Muster dar, durch welche der Proband seine Beziehungskonstellation charakterisiert.

Mit den sogenannten Pattern-Koeffizienten kann man die in diesen Mustern enthaltene Information in verdichteter Form extrahieren und dabei die Information aus allen Ankreuzungen mit einbeziehen.

Den 'empirischen Pattern' stehen insgesamt 21 theoretische Pattern gegenüber, die in ihrer Mehrzahl charakteristischen Beziehungskonstellationen entsprechen. Für die Korrelation der empirischen Pattern mit jeweils einem theoretischen Pattern ergeben sich kritische Werte, die zur Berechnung der sogenannten ATK- ('attack'), CON- ('control') und CFL- ('conflict') Koeffizienten herangezogen werden. Diese Koeffizienten gestatten eine zusammenfassende Beurteilung insbesondere von Verlaufsdaten.

Durch signifikant-positive ATK-Koeffizienten werden Beziehungen definiert, die in hohem Maße durch Aggressivität charakterisiert sind, signifikant-negative ATK-Koeffizienten kennzeichnen Beziehungen mit ausgeprägt geringer Aggressivität.

Signifikant-positive CON-Koeffizienten finden sich bei Beziehungsschilderungen, die gekennzeichnet sind durch einen hohen Grad von Kontrolle des anderen, sofern es sich um eine transitive (Fokus 1) Beziehungsschilderung handelt, durch einen hohen Grad von Fügsamkeit beziehungsweise Unterwerfung (intransitiv, Fokus 2) oder aber durch einen hohen Grad von Selbstkontrolle beziehungsweise Selbsteinschränkung (intrapsychisch, Fokus 3). Signifikant-negative CON - Koeffizienten drücken eine gegenteilige Beziehung aus, die charakterisiert ist durch Autonomie-gewähren beziehungsweise Jemanden-sich-selbst-überlassen (transitiv, Fokus 2) oder durch freien und spontanen Umgang mit sich selbst (intrapsychisch, Fokus 3).

Signifikant-positive CFL-Koeffizienten kennzeichnen Beziehungen, in denen sowohl Autonomie wie auch Kontrolle/Unterwerfung angestrebt werden, d.h. es liegt eine Konflikthaftigkeit im Bereich der Vertikalen (Interdependenz-Achse) des SASB-Modells vor.

Signifikant-negative CFL-Koeffizienten charakterisieren Beziehungen, die sowohl durch liebevolle Annäherung wie auch durch feindselige Ablehnung bestimmt sind, mithin Beziehungen, bei denen eine Konflikthaftigkeit im Bereich der horizontalen Achse des SASB-Modells gegeben ist.

Eine auf den ATK- und CON-Koeffizienten aufbauende, anschauliche graphische Auswertungsmethode insbesondere von Verlaufsdaten wurden von Alpher et al. (1990) vorgeschlagen. Dazu werden die aus den Gründen der Übersichtlichkeit mit 1000 multiplizierten ATK- und CON-Koeffizienten auf der X-Achse und der Y-Achse eines Diagramms gegeneinander aufgetragen. Dabei ist die Polung der Achsen in Abweichung von der üblichen Vorgehensweise so zu wählen, daß am Skalenanfang der Wert + 1000 aufgetragen wird, während der Endpunkt der Skala durch den Wert - 1000 markiert wird. Werden nun die beiden Achsen jeweils durch eine Senkrechte durch den Nullpunkt der Achse halbiert, so entsprechen die entstandenen Quadranten denen des SASB-Quadranten-Modells.

Eine gegebene Einschätzung im Intrex - Bogen kann nun nach Berechnungen der ATK- und CON-Koeffizienten in dem Diagramm lokalisiert werden. Trägt man mehrere Einschätzungen in das Diagramm ein, die beispielsweise nacheinander im Verlauf eines therapeutischen Prozesses abgegeben wurden, lassen sich

mögliche Veränderungen dieser Einschätzungen in eindrücklicher Weise visualisieren. Diese Koeffizienten sind zur Einzelfall-Verlaufsdarstellung geeignet.

Der Intrex-Fragebogen dient in dieser Studie sowohl als diagnostisches Instrument der Eingangsuntersuchung als auch als Instrument zur Erfassung von Veränderungen des zwischenmenschlichen Verhalten und des Introjekts im Verlauf.

Das Design der Düsseldorfer Kurzpsychotherapiestudie sieht vor, die 'Probleme des Patienten' gemäß den Kategorien des zyklisch maladaptiven Musters zu beschreiben und mittels SASB zu kodieren. Damit gelangt man zu einer Beschreibung des dynamischen Fokus, aus der sich die therapeutische Strategie für die Kurzzeittherapie ergibt. CMP und therapeutische Beziehung, d.h. die interpersonelle Transaktion zwischen Patient und Therapeut werden mit dem SASB-System untersucht.

7.2. Die klinische Basisdokumentation

7.2.1. Der Gießener Beschwerdebogen (GGB)

Der Gießener Beschwerdebogen wurde 1983 von Brähler und Scheer publiziert. Er erfaßt Einzelbeschwerden, erhebt vier verschiedene Beschwerdekomplexe und skaliert und bestimmt einen Gesamtwert für den Beschwerdedruck. Ankreuzungen des Patienten bedeuten, daß er seine körperlichen Mißempfindungen im jeweiligen Beschwerdekomplex (Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen, Herzbeschwerden) lokalisiert.

7.2.2. Die Symptom Check Liste (SCL-90 R)

Die Symptom Check Liste oder das Self-Report Symptom Inventory (SCL-90 R) wurde 1973 von Derogatis publiziert. Sie dient zur Selbstbeurteilung von Patienten hinsichtlich eines breiten Spektrums psychiatrischer bzw. klinisch-psychologischer Symptome. Erfaßt werden folgende Skalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, soziale Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus sowie drei Gesamtkennwerte.

7.2.3. Der Gießen - Test

Der Gießen Test (GT) wurde 1972 von Beckmann und Richter veröffentlicht. Er mißt das Selbstbild des Probanden durch Selbstrating (im GT-S), in dem dieser seine innere Verfassung und seine Umweltbeziehung beschreibt. Erfragt wird, wie sich ein Proband in psychoanalytisch relevanten Kategorien in Gruppenbeziehungen darstellt. Die sechs bipolaren Skalen lauten: Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit und Soziale Potenz. Zusätzlich gibt es eine Testversion zur Fremdbeurteilung (GT-F).

7.2.4. Das Narzißmus-Inventar

Das Narzißmusinventar wurde 1988 von Deneke und Hilgenstock veröffentlicht. Es erfaßt verschiedene theoretisch relevante Aspekte der Organisation und Regulation des narzißtischen Persönlichkeitssystems, so wie sie der Selbstbeobachtung zugänglich sind. Faktor I (das bedrohte Selbst) enthält folgende Skalen:

Ohnmächtiges Selbst OHS, Affekt-/Impulskontrollverlust AIV, Derealisation/Depersonalisation DRP, Basales Hoffnungspotential BAH, Kleinheitsselfst KLS, Negatives Körperselfst NEK, Soziale Isolierung SOI, Archaischer Rückzug ARR; Skala II (das 'klassisch' narzißtische Selbst) besteht aus Größenselbst GRS, Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt SIS, Gier nach Lob und Bestätigung GLB, Narzißtische Wut NAW. Skala III (das idealistische Selbst) beinhaltet Autarkie-Ideal AUI, Objektbewertung OBA, Werte-Ideal WIE, Symbiotischer Selbstschutz SYS; zu Skala IV (das hypochondrische Selbst) gehören Hypochondrische Angstbindung HYA und Narzißtischer Krankheitsgewinn NAK.

7.2.5. Der Beeinträchtigungsschwere - Score

Mit Hilfe des von Schepank beschriebenen Beeinträchtigungsschwere - Score (BSS) soll aus Expertensicht eingeschätzt werden, wie schwer ein Mensch durch seine psychogene Symptomatik insgesamt beeinträchtigt ist (= Summenwert) und in welchem Bereich diese Beeinträchtigung bevorzugt liegt (= Profil). Der Untersucher gewichtet im BSS die Beeinträchtigung eines Menschen durch seine psychogene Erkrankung auf drei Dimensionen:

Die körperliche Beeinträchtigung, die Beeinträchtigung im psychischen Bereich (im Erleben) und die sogenannte sozialkommunikative Beeinträchtigung, d.h. die auf einer zwischenmenschlichen oder Verhaltensdimension. Jede Dimension umfaßt 5 Stufen, die Schweregrade 0 bis 4. Schweregrad 0 bedeutet keine Beeinträchtigung, Schweregrad 4 das genaue Gegenteil. Der Summenscore dieser drei für die jeweilige Dimension eingeschätzten Profile beschreibt dann den Grad der durch die psychogene Symptomatik entstandenen Beeinträchtigung: Beispielsweise Summenwert 0 = optimale Gesundheit, Summenwert 12 = in jeder Hinsicht schwerst gestörter Patient mit Extremgraden psychogener Erkrankungen und ihrer Folgen in allen drei Dimensionen.

7.2.6. Die Global Assessment of Functioning Scale

Die Global Assessment of Functioning Scale GAS wurde von Endicott et al. 1976 beschrieben. Sie beurteilt die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit. Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit aufgrund körperlicher Einschränkungen sind nicht einbezogen. Auf einer Skala von 0 bis 100 soll mit Hilfe von 10 vorbeschriebenen Clustern das schlechteste Funktionslevel vom Therapeuten für die zurückliegende Woche ausgewählt werden. Beispielsweise bedeutet 0 bis 10 'Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) oder anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten oder ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht', während am anderen Ende der Skala 91 bis 100 'Keine Symptome' rangiert. Die Rater werden ausdrücklich dazu aufgefordert, nötigenfalls auch Zwischenwerte (z.B. 45) zu wählen.

8. Borderline - Persönlichkeitsstörungen

8.1. Über die Borderline-Störung

In der englischen Übersetzung der siebten Auflage des Lehrbuches von Kraepelin taucht 1903/1904 der Begriff „Borderline - States“ beziehungsweise „Borderline“ erstmalig auf. Kraepelin sprach in der deutschen

Originalausgabe in dem Kapitel Psychopathie von einem Zwischengebiet zwischen krankhaften Zuständen und persönlichen Eigentümlichkeiten (Kraepelin 1903). In der achten Auflage seines Buches spricht Kraepelin im Kapitel Dementia praecox von einem Grenzgebiet zwischen einer kleinen Gruppe auffälliger Persönlichkeiten und der Dementia simplex, bringt sie in Zusammenhang mit unterentwickelten Formen der Dementia simplex beziehungsweise mit der latenten Schizophrenie nach Bleuler (Bleuler 1911, Kraepelin 1909/1915). 1925 sprach Freud in dem Vorwort zu „Verwahrloste Jugend“ von August Aichhorn von Borderline - Menschen (Aichhorn 1925, Freud 1925). Bis in die Gegenwart wurde der Begriff von vielen Autoren verwendet und weiterentwickelt, so daß sich ein sehr vielseitiges und vieldeutiges Verständnis von „Borderline“ entwickelt hat. Erst in den sechziger Jahren begann mit dem Versuch Kernbergs, die Erkrankung „Borderline“ einheitlich zu diagnostizieren, ein schwieriger und lang andauernder Prozeß, die vielen verschiedenen Ansätze über Borderline-Erkrankungen mehr oder weniger unter einem Konzept zu vereinen, was aufgrund der variablen Ausprägung jedoch notgedrungen zu einem sehr komplexen Bild von 'Borderline-Personality-Disorders' führt.

8.1.2 Häufigkeit von Borderline-Störungen

Trotz der verschiedenen Ansätze und Theorien zu Borderline - Störungen, auf die im folgenden eingegangen werden soll, hat die Diagnose „Borderline - Störung“ seit den siebziger Jahren eine Häufigkeitszunahme erfahren. So verweisen Higgitt und Fonagy auf die Untersuchung von Stone 1987, welcher feststellte, daß wahrscheinlich bei 10 % aller Erwachsenen zwischen 18 und 45 Jahren eine Borderline-Charakterisierung möglich ist. Untersuchungen von Baron et al. 1985 ergaben eine Häufigkeit von 2-4 % Borderline-Störungen bei Krankenhauspatienten. Swartz et al. untersuchten 1990 1500 Personen, von denen wiederum 1,8 % die DSM Kriterien von Borderline-Störungen erfüllten. Rohde-Dachser faßt 1989 verschiedene Untersuchungen zusammen, nach denen zwischen dreißig und siebzig Prozent der Psychotherapie-Patienten Borderline Fälle seien. Die verschiedenen Zahlen erklären sich aus den verschiedenen diagnostischen Kriterien, auf welche ebenfalls noch eingegangen werden soll. Jedoch ergibt sich aus den oben genannten Zahlen eine Häufigkeit für Borderline-Störungen, die zwischen 1,8 % und 10 % liegt und eine genauere Untersuchung dieser Erkrankung durchaus rechtfertigt, ja sogar notwendig erscheinen läßt.

8.1.3. Geschichtliche Entwicklung des Begriffes 'Borderline'

In den dreißiger und vierziger Jahren war es Stern, der die narzißtische Komponente der Borderline-PatientInnen als das wesentlichste Merkmal ansah (Stern, 1938, 1945, 1948). Knight gab als erster eine zusammenfassende Übersicht über die allgemeinen deskriptiven Merkmale von Borderline-PatientInnen und die therapeutischen Konsequenzen aus ihrer Ich-Schwäche. Er machte besonders auf ihre tiefe Regression in der Übertragung aufmerksam und betonte die Notwendigkeit, das psychotherapeutische Vorgehen bei solchen PatientInnen entsprechend zu modifizieren (Knight 1953a,1953b). Eine Tendenz zum primär prozeßhaften Denken, speziell auffallend in unstrukturierten psychologischen Testverfahren (z.B. Rorschach), wurde in den vierziger Jahren postuliert (Rapaport, Gill und Schäfer 1945/46). Eine Persistenz von einander dissoziierter primitiver Ichzustände und Spaltung der Elternimages in gute und böse Objekte wurde in den fünfziger Jahren als wesentliches Strukturmerkmal dieser Patienten beschrieben (Bychowski 1953). Hoch & Catell formulierten drei Merkmalsgruppen der PatientInnen: „Panneurosis“, „Panxiety“ und „Pansexuality“. Sie sind ein zentrales deskriptives Mittel der psychoanalytisch orientierten Diagnose der Borderline - Störungen

bis heute geblieben (Hoch & Catell 1959 und 1962). Einen weiteren Baustein lieferte Frosch. Ihm zufolge kann bei Borderline PatientInnen die Beziehung zur Realität und das Realitätsgefühl zwar verändert, die Fähigkeit zur Realitätsprüfung im Gegensatz zu psychotischen Patienten jedoch erhalten sein (Frosch, 1964). Fiedler beschreibt als zentrales Merkmal der Borderline - Persönlichkeitsstörungen die Instabilität im Bereich der Stimmung und Affektivität, welche vor allem in zwischenmenschlichen Beziehungen der Betroffenen zu erheblichen Schwierigkeiten und Konflikten führen kann (Fiedler 1994).

Die Problematik, die unterschiedlichen Ansätze und Aspekte zu vereinen, um so ein allgemein gültiges Verständnis unter Berücksichtigung der verschiedenen Ausprägungen zu ermöglichen, scheint aufgrund der teilweise widersprüchlichen Befunde schwierig. Womöglich auch aufgrund der schwierigen Präzisierung des Begriffes „Borderline - Störung“ erlebt diese Diagnose eine erhebliche zahlenmäßige Zunahme seit den siebziger Jahren (Saß & Koehler 1983). Zur Verdeutlichung ein Zitat aus dem Buch von Rohde Dachser „Das Borderline-Syndrom“ von 1979:

[...] Dieser aufgrund systematischer Verhaltensbeobachtung gewonnenen Beschreibung des Borderline-PatientInnen werden von anderen Autoren weitere Merkmale hinzugefügt oder Akzent und Nomenklatur werden soweit verschoben, daß bei dem mit der Literatur einigermaßen vertrauten Leser manchmal Unklarheit entsteht, ob es sich tatsächlich um Beschreibungen eines identischen Krankheitsbildes handelt. Während z. B. Grinker et al. und in Zusammenarbeit mit ihnen auch Gruenewald bei ihren Patienten Ärger und Wut als vorherrschenden Affekt beobachteten, ist für andere Autoren der Borderline-Patient gerade durch eine weitgehende Aggressionshemmung oder auch durch "passive Aggression" charakterisiert. In der Version von Rosner wiederum kommt die Wut dieser Patienten erst im Lauf der psychotherapeutischen Behandlung zum Vorschein, um dann das Bild der therapeutischen Beziehung in charakteristischer Weise zu prägen. Nach vorherrschender Meinung hat die Borderline-Wut einen prägenitalen, oralen oder narzißtischen Ursprung, wird von unbewußten Rachegefühlen gespeist und kann den Charakter chronischer Feindseligkeit annehmen. Für andere Autoren ist die Wut bei Borderline-PatientInnen demgegenüber von zweitrangiger Bedeutung. Im Vordergrund des Erlebens stünden vielmehr Depression, Angst, Fremdheitsgefühle und Leere, Verletzbarkeit und "Anhedonie". Die ausgeprägte Selbstdestruktivität dieser Patienten wird von Adler, Friedman, Grunebaum et al., Houck, Sifneos und Jensen & Petty betont. Vielfältiger noch sind die Beschreibungen, die für die Objektbeziehungen von Borderline-PatientInnen gefunden wurden: Diese Beziehungen seien oberflächlich und von kurzer Dauer, narzißtisch, Als-ob-Beziehungen, aber auch klammernd, symbiotisch, abhängig, anaklitisch, fordernd und sadomasochistisch. Dabei besteht, von wenigen Ausnahmen abgesehen, Übereinstimmung darin, daß Borderline-PatientInnen grundsätzlich zur Aufrechterhaltung von Objektbeziehungen in der Lage sind, auch wenn die Natur dieser Beziehungen problematisch ist, und daß diese Patienten sozial integriert sind und sogar auf einem relativ hohen sozialen Niveau funktionieren können [...] (Rohde-Dachser 1989).

Retrospektiv betrachtet meinen 'Als-ob-Persönlichkeit' (H.Deutsch 1934), schizoide Persönlichkeitsstörung (Fairbairn 1940) und 'ego distortions' (Gitelson 1958) wahrscheinlich zumindest Borderline nahestehende Erkrankungen (Kernberg 1975). Kernberg weist darauf hin, daß die Begriffe 'borderline-states' (Knight 1953), 'präschizophrene Persönlichkeitsstruktur' (Rapaport, Gill, Schäfer 1945/46), 'psychotischer Charakter' (Frosch

1964), 'Borderline-Persönlichkeit' (Rangell 1955) in der Fachliteratur synonym zu Borderline verwendet werden (Kernberg 1975).

8.1.4. Definitionsansätze von Borderline-Störungen

In der neueren Literatur ergibt sich ein einheitlicheres Bild. Hoffman & Hochapfel (1991) beschreiben die Krankheit als auf der Grenze zwischen Neurose und Psychose: 'Eigentlich müßten die Patienten laufend psychotisch dekompensieren, aber merkwürdigerweise tun sie es nicht'. Hieraus ergibt sich auch die Definition der Autoren, daß Borderline-Syndrome jene Fälle sind, die phänomenologisch keine Psychose haben, bei denen jedoch Psychodynamik und Ich-Verzerrung der von Psychotikern entspricht. In diesem Zusammenhang berufen sich Hoffman & Hochapfel auf Schmideberg, welche 1947 die Formel der 'Stabilität in der Instabilität' formulierte. Ebenso heben sie den Mechanismus der Spaltung hervor, welche die Unfähigkeit der PatientInnen beschreibt, Objektbilder mit gegensätzlichen Qualitäten zu vereinen. Nach Kernberg ist dieser Mechanismus in der frühen Kindheit ein normaler Vorgang. Bleibt dieser jedoch bestehen und kann nicht durch reifere Abwehrmechanismen ersetzt werden, spielt er für die Entstehung von Borderline eine große Rolle. Rohde-Dachser (1979) sieht in dem Einsatz 'archaischer Spaltungsmechanismen' sowie anderer, sich um die Spaltung gruppierender Abwehrmechanismen die Ursache für die pathognomonische spezifische Ich-Pathologie der Borderline PatientInnen.

Das Borderline-Syndrom stellt eine spezifische Lösungsstrategie für Konflikte im Bereich der Ich-Entwicklung dar. Diese Lösungsstrategie läßt sich genetisch umschreibbaren Störungen des Loslösungs- und Individuationsprozesses zuordnen, wo Fixierungspunkte für eine spätere pathologische Ich-Regression entstehen, unter welcher das Borderline-Syndrom manifest werden kann (Rohde-Dachser 1989). Rohde-Dachser entwickelte folgende Definition für Borderline - Störungen:

Merkmale des Borderline Syndroms zur diagnostischen Orientierung:

1. Das Borderline-Syndrom manifestiert sich in unterschiedlicher Weise je nach der Charakterstruktur, in welche es eingebettet ist.
2. Das Erscheinungsbild des Borderline-Syndroms ist außerdem abhängig vom Stadium der Erkrankung.
3. Neurotische Symptome können in Vielzahl vorhanden sein, aber auch völlig fehlen.
4. Es gibt "borderline-verdächtige" Symptome, deren gehäuftes Auftreten eine entsprechende Diagnose nahelegt, ohne daß diese Symptome jedoch für das Borderline-Syndrom pathognomonisch wären.
5. Die einzelnen Krankheitsmanifestation können einer beständigen Fluktuation unterliegen.
6. Borderline PatientInnen können insbesondere auch vorübergehend die charakteristischen Symptome einer psychotischen Episode aufweisen (sog. 'Mini-Psychose').
7. In den meisten Fällen läßt sich eine Anamnese impulsiven Agierens in episodischer oder chronischer Form mit häufig autodestruktivem Resultat eruieren.
8. Intensive Affekte vorwiegend in Form von Feindseligkeit oder Depression bestimmen in Kombination mit Depersonalisation und weitgehender Genußunfähigkeit ("Anhedonie") das Erleben des Patienten.
9. Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten schwanken zwischen oberflächlichen, punktuellen Kontakten und klammernd-abhängigen Beziehungen.

10. Borderline PatientInnen sind im allgemeinen kontinuierlich sozial integriert.
 11. Das Verhalten der Patienten in einer strukturierten Interview-Situation unterscheidet sich vom Verhalten in unstrukturierten psychologischen Testsituationen (Rorschach-Test).
 12. Borderline PatientInnen zeigen ein charakteristisches Verhalten in der Arzt-Patient-Beziehung.
- (Rohde-Dachser 1989)

Die Kernberg'sche Definition, auf die später noch genauer eingegangen werden soll, liest sich folgendermaßen:
Chronische Charakterstörung, die ihrer Art nach weder typisch neurotisch noch typisch psychotisch ist, und gekennzeichnet werden kann durch

1. Bestimmte typische Symptomkonstellation
2. Typische Konstellation von Abwehrmechanismen des Ichs
3. Typische Störungen im Bereich der verinnerlichten Objektbeziehung
4. Charakteristische genetisch-dynamische Besonderheiten

(Kernberg 1978)

8.1.5. Psychogenese von Borderline-Störungen

Elhardt verweist bezüglich der Entstehung des Borderline-Syndroms auf Mahler, die die Phase der Wiederannäherung als wesentlichen psychogenetischen Ansatzpunkt sieht. Bei dem Versuch des Kindes, die neuerworbene und noch äußerst zerbrechliche Autonomie gegen mütterliche Übergriffe abzuwehren, führt die dadurch mobilisierte Zunahme aggressiver Affekte (Ungehorsam, Trotz) zu einer Beeinträchtigung der Fähigkeit, gute und böse Objekt- und entsprechende Selbstrepräsentanzen zu ganzheitlichen zu verbinden.[...] Das Kind erlebt, daß es als eigenständig-autonomes Wesen nicht erwünscht ist, aber in Regression auf ein von der Mutter narzißtisch besetztes Objekt der Gefahr des Verschlungenwerdens ausgesetzt ist.[...] Es geht hier um die Frage "Darf und kann ich Ich sein?" (Elhardt 1994).

Kernberg merkt hierzu an, daß Borderline-Persönlichkeiten gehäuft während der ersten Lebensjahre schwere Frustrationen erleben mußten, und sich Hinweise ergeben auf intensive Aggressionen während dieser Zeit. Diese Aggressionen werden vorwiegend projektiv verarbeitet und bedingen dadurch eine Verzerrung der frühen Elternimages, speziell der Mutter (Kernberg 1975).

8.1.6. Kritik am Konzept der Borderline-Entstehung

Der Vollständigkeit halber sei hier noch auf die Arbeiten von Dornes hingewiesen, der mit seinen Ergebnissen bezüglich der Entwicklungspsychologie des jungen Kindes die Stichhaltigkeit der psychoanalytischen Kindheitsrekonstruktion in Frage stellt.

Ebenso problematisch wie die Symbiosetheorie ist die aus ihr hervorgegangene Borderline-Theorie der frühen Entwicklung. Ihr zufolge befindet sich der Säugling nach der Symbiose in einem Zustand, der dem erwachsenem Borderline-PatientInnen ähnelt. Zwischen fünf und achtzehn Monaten lebt er angeblich in einer Welt multipler, fragmentierter, guter und böser Teilselbste und Teilobjekte, die er erst in der Folgezeit langsam zu ganzen Selbst- und Objekt-repräsentanzen integriert. Auch dafür gibt es wenige Anhaltspunkte. Unter normalen Umständen, in denen die Mutter die Affektspannungen des Säuglings rechtzeitig mildert und seine integrativen Wahrnehmungskapazitäten nicht überfordert sind, verfügt er sowohl über die Fähigkeit, Selbst und

Objekt zu unterscheiden, als auch über die, einheitliche Selbst- und Objektempfindung hervorzubringen. Seine Welt ist differenziert, nicht symbiotisch, kohärent, nicht gespalten (Dornes 1993).

Inwiefern sich dieser neue Ansatz auf die Psychogenesetheorie von Borderline auswirkt, bleibt abzuwarten.

8.2. Diagnostische Kriterien nach Kernberg

Im folgenden soll auf die dezidierte vorgehensweise zur Diagnose von 'Borderline-Personality -Disorders' nach Kernberg eingegangen werden. Kernberg schlägt einen mehrdimensionalen Ansatz zur Erhebung der *Verdachtsdiagnose* vor, welche dann durch eine strukturelle Diagnose verifiziert werden muß. Er leitete (als einer der produktivsten Autoren auf dem Borderline-Gebiet) einen in der Gegenwart von der Mehrheit der Fachleute anerkannten Prozeß ein, die Definition Borderline zu vereinheitlichen und nosologisch hinreichend von anderen 'frühen Störungen' unterscheiden zu können.

8.2.1. Deskriptive Analyse - Die diagnostischen Verdachtsmomente (Kernberg,1978)

Auf den ersten Blick imponieren Borderline-PatientInnen mit einer zunächst typisch-neurotischen Symptomatik. Typische Einzelsymptome gibt es nicht, jedoch geben zwei oder drei der folgenden Symptome einen wichtigen Hinweis auf die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur. (Die endgültige Diagnose leitet sich jedoch nicht von der deskriptiven Diagnose ab, sondern vom Nachweis der charakteristischen Ichstörung.)

a) Angst

Die PatientInnen leiden häufig unter einer typisch neurotischen Angstsymptomatik: Chronisch diffuse, frei flottierende Angst (Freud).

b) Polysymptomatische Neurosen

Zwei oder mehrere der folgenden neurotischen Symptome weisen auf eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur hin.

1. Polyphobien, speziell phobische Ängste, die zur Einschränkung im Alltagsleben führen, z.B. Phobien bezogen auf den eigenen Körper (Errötungsfurcht, Angst vorm Reden in der Öffentlichkeit), objektbezogene Phobien (Tierphobien, Höhenangst), Beschmutzungsängste.

2. Zwangssymptome im Sinne von Zwangsgedanken paranoider oder hypochondrischer Art.

3. Multiple, vor allem besonders ausgestaltete, bizarre und chronifizierte Konversionssymptome sowie monosymptomatische schwere Konversionssymptome.

4. Dissoziative Reaktionen (hysterische Dämmerzustände, Amnesien, Bewußtseinsstörungen)

5. Hypochondrie im Sinne einer übermäßigen Besorgnis um die eigene körperliche Gesundheit, rituelle Maßnahmen zur Gesundheitserhaltung, Rückzug aus sozialen Kontakten, um sich ganz der eigenen Gesundheit widmen zu können.

6. Paranoide und hypochondrische Züge bei sonst symptomneurotischen Zustandsbildern.

c) Polymorph-perverse Tendenzen im Sexualverhalten

Freud nannte die kindliche Sexualität 'polymorph-pervers', was bedeuten soll, daß dem Säugling zunächst undifferenziert alle Dinge des Erlebens sexuelles Lusterleben bringen, wie z.B. Berührungen, Saugen an der Mutterbrust etc. Im Laufe der Entwicklung mündet der Prozeß der sexuellen Differenzierung dann typischerweise in der Heterosexualität.

Bei Borderline-Persönlichkeiten finden sich demgegenüber noch Vorstufen zur reifen Sexualität, wie z.B. Exhibition, Onaniephantasien, Homosexualität, bizarre Perversionsformen besonders solche mit primitiver Aggressionsäußerung oder auch urethralen und analen Triebzielen.

d) Die klassischen präpsychotischen Persönlichkeitsstrukturen

1. Die paranoide Persönlichkeit
2. Die schizoide Persönlichkeit
3. Die hypomanische (hyperthyme) und zylothyme Persönlichkeitsstruktur

e) Impulsneurosen und Süchte

Bei dieser Form der schweren Charakterstörung kommt es chronisch immer wieder zu Impulsdurchbrüchen, die außerhalb dieser triebhaften Phasen von der Person als nicht Ich-zugehörig erlebt werden, während dieser Phasen jedoch als ich-synton und hochgradig lustvoll wahrgenommen werden. (Alkoholismus, Kleptomanie).

f) Charakterstörungen von niederem Strukturniveau (lower-level)

8.2.2. Allgemeine Klassifizierung der Charakterpathologie von Kernberg (1970)

Die Einteilung von Kernberg versucht

1. psychoanalytische Kriterien zu etablieren, die differentialdiagnostisch verschiedene Typen und verschiedene Schweregrade von Persönlichkeitsbildern unterscheiden
2. eine Klärung der Beziehung zwischen deskriptiver Charakterdiagnose und einer metapsychologischen strukturellen Analyse
3. Subgruppen festzulegen bezüglich Charakterpathologien in Beziehung zu ihrem Schweregrad.

Kernberg weist in diesem Zusammenhang auf frühere Vorschläge von Freud (1908 und 1931) und von Abraham (1921-1925) hin, welche dem damaligen 'klassischen' triebdynamisch ausgerichteten psychoanalytischen Verständnis folgend erste Klassifikationen entwickelten. Fenichel formulierte 1945 eine 'modernere' dynamisch und strukturell orientierte Klassifikation, welche im folgenden von verschiedenen Vertretern weiterentwickelt wurde.

Kernberg (1966, 1970, 1971, 1976) strebt nun in seiner zuerst 1966 formulierten Einteilung die Berücksichtigung von 1. der Pathologie des Ichs und des Über-Ichs, 2. der Pathologie der internalisierten Objektbeziehungen und 3. der Störungen der libidinösen und aggressiven Triebabkömmlinge an. Somit erscheint über diesen Ansatz eine mehrdimensionale Erfassung des Funktionsniveaus möglich.

8.2.3. Die 'Kernberg Levels'

Kernberg definiert drei verschiedene 'levels', in welche sich alle Formen der Charakterpathologie einordnen lassen. Ihm zufolge lassen sich die verschiedenen Störungen in eine Reihenfolge stellen, in welcher es fließende Übergänge gibt, quasi von den relativ gut integrierten 'reifen Neurosen' auf der einen Seite der Skala (higher level) bis zu den 'frühen' Störungen (lower level) auf der anderen Seite. Die genaue Klassifikation wird nun mit Hilfe der oben genannten Kriterien vorgenommen.

1. Higher level

Über-Ich: Die PatientInnen verfügen über ein gut integriertes aber strenges und strafendes Über-Ich. Es existieren Über-Ich-Vorläufer, die von sadistischen Impulsen geprägt sind, welche ein strenges und perfektionistisches Über-Ich bedingen.

Ich: Auch das Ich ist gut integriert. Diese Personen verfügen über ein stabiles Selbstkonzept und eine verlässliche Repräsentanz der äußeren Welt. Es findet sich auf dieser Ebene auch ein exzessiver Gebrauch von neurotischen Abwehrmechanismen. Es besteht eine massive Abwehr unbewußter Konflikte mit Hilfe von Mechanismen des Typus der Verdrängung und Reaktionsbildung gegen unterdrückte triebhaft infiltrierte Wünsche.

Objektbeziehungen: Es besteht gar keine oder nur eine geringe Beeinträchtigung der sozialen Anpassung, die Objektbeziehungen sind stabil und intensiv. Die Personen besitzen die Fähigkeit zur Schuld wahrnehmung, Trauer und eine differenzierte Affektwahrnehmung bzw. flexible 'Affektantwort'.

Triebe: Die abwehrenden Charakterzüge sind nur wenig triebhaft infiltriert. Es finden sich zum Teil sexuelle/aggressive Triebhemmungen, jedoch keine pathologische Verschränkung von infantilen genitalen und prägenitalen aggressiven Triebanteilen.

Dieser Stufe sind die meisten hysterischen Charaktere, die zwanghaften, die depressiven und die masochistischen Persönlichkeiten zuzuordnen.

2. Intermediate-level

Über-Ich: Strenger als beim higher-level, jedoch schlechter integriert. Es toleriert widersprüchliche Forderungen von sadistischen und verbietenden Über-Ich Kernen einerseits und primitiven Ich-Idealen andererseits. Die schlechte Integration bedingt eine pathologische 'Charakterverteidigung'. Sie kann beobachtet

werden in der Teilprojektion von Über-Ich Kernen, Widersprüchen im Wertesystem sowie starken Stimmungsschwankungen.

Ich: Es finden sich deutliche Ich-Funktionsdefizite (s. Bellak, L. und Hurvich, M 1969). Eher primitive Formen des Ich-Ideals drücken sich im magischen 'überidealisierten' Selbstbild aus, welches sich als kraftvoll, großartig und physisch attraktiv sieht sowie mit hohen Ansprüchen an Moral und Perfektion ausgestattet ist. Es kommt hier zu einem Verschwimmen von Ich und

Über-Ich Grenzen. Es finden sich Abwehrmechanismen vom Typ der Verdrängung, Intellektualisierung, Verleugnung, Rationalisierung, Ungeschehenmachen, aber auch Spaltung, Projektion und dissoziative Phänomene.

Objektbeziehungen: Sie sind noch ausreichend stabil. Es besteht die Fähigkeit zu dauerhaften und intensiven Beziehungen, sowie die Tolerierung dieser meist ambivalenten und konflikthaft geprägten Beziehungen.

Triebe: Es findet sich eine insgesamt stärker triebhaft infiltrierte Gesamtpersönlichkeit, sowie weniger hemmende Charakteranteile als bei den higher-level Persönlichkeiten, so daß es teilweise zu Impulsdurchbrüchen kommt. Die Sublimationsfähigkeit weist deutliche Mängel auf. Es finden sich prägenitale orale Konflikte trotz Erreichen der genitalen Entwicklungsstufe.

Nach Kernberg gehören zu den intermediate-level die 'oralen Typen', die sogenannten 'passiv-aggressiven', die sadomasochistischen und die besser funktionierenden infantilen oder hysteroiden Persönlichkeiten, aber auch die meisten narzißtischen Persönlichkeiten sowie eine Reihe von sexuellen Deviationen.

3. Lower level

Über-Ich: Minimale Über-Ich Integration, die Ich-Über-Ich Grenze ist völlig verschwommen. Es besteht eine Neigung zur Projektion von primitiven und sadistischen Über-Ich Kernen. Die Fähigkeit zur Selbstkritik ist stark eingeschränkt, es finden sich paranoide Anteile. Die Personen haben meist ein primitives narzißtisches Ich-Ideal. Das Selbstbild ist eine chaotische Mixtur von Scham, Angst und Omnipotenz.

Ich: Es finden sich stark gestörte Ich-Funktionen. Die ausgeprägte Ich-Schwäche drückt sich in einer reduzierten Angst-Toleranz, mangelhafter Impulskontrolle, Unfähigkeit zur Sublimation sowie primärprozeßhaften Anteilen aus. Die Abwehrmechanismen sind primitiver Art und gruppieren sich um Mechanismen der Spaltung und verwandter Abwehrmaßnahmen: Verleugnung, projektive Identifikation, primitive Idealisierung, Größenphantasien, Abwertung.

Objektbeziehungen: Es besteht ein Nebeneinander von guten und bösen Selbst- und Objektrepräsentanzen: keine Objekt-Konstanz, eher eine Art 'Teil-Objekt-Beziehung'. Die Objektbeziehung ist somithin schwer gestört, da keine Fähigkeit zur Integration von libidinös und aggressiv determinierten Selbst- und Objektbildern besteht. Eine soziale Antizipation ist nicht möglich, kein Selbstkonzept. Es besteht eine ausgeprägte Identitätsdiffusion (Erikson 1956).

Triebe: Es finden sich polymorph-perverse kindliche Triebanteile mit sadistischer Prägung sowie eine generalisierte Unfähigkeit zur Integration libidinöser und aggressiver Anteile und der Neutralisierung von Triebenergie. Vorwiegend triebhafte Persönlichkeiten.

Zu diesem level gehören nach Kernberg die meisten infantilen Persönlichkeiten, die chaotischen impuls gesteuerten Persönlichkeiten, Als Ob Persönlichkeiten (Deutsch, H. 1942), BorderlinerInnen, schwer gestörte narzißtische Persönlichkeiten, aber auch PatientInnen mit antisozialen Störungen, sexuellen Deviationen, Suchtpatienten und viele 'self-mutilators' (Kernberg, 1967).

8.2.4. Diagnostische Verdachtsmomente bei Borderline-Persönlichkeiten im Überblick

<i>Angst</i>	<i>Polysymptomatische Neurosen</i>	<i>Polymorph perverse Tendenz</i>	<i>Präpsychose</i>	<i>Impulsneurosen und Süchte</i>	<i>lower-level Struktur</i>
chronisch diffuse frei-flottierende Angst (Panangst)	Polyphobien Zwangssymp. Konversions-symptome/ neurosen Dissoziative Reaktionen Hypochondrie Paranoia	sexuelle Deviation (Homosexualität , Exhibitionismus , anal/urethrale Sexualorientierung,u.ä.)	paranoide, schizoide, hypomani-sche und zylothyme Persönlichkeit	Impulsdurchbrüche Alkoholismus Kleptomanie etc	Ich-ÜberIch verschwimmt, Spaltung, gestörte Objektbeziehung Identitätsdiffusion, triebhaft Persönlichkeit

Tab. 1: Verdachtsmomente bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Nachweis von zwei oder von mehreren Symptomen erlaubt die Verdachtsdiagnose Borderline. Die endgültige Diagnose kann laut Kernberg nur durch eine strukturelle Analyse geleistet werden, welche im folgenden beschrieben werden soll.

8.2.5. Strukturelle Analyse

a) Unspezifische Anzeichen von Ichschwäche:

1. Mangelhafte Angsttoleranz : Hiermit ist nicht das Maß der Angst gemeint, sondern vielmehr wie das Ich auf eine Angstbelastung reagiert, inwieweit eine Angstbelastung zur Ausbildung von Symptomen bzw Ich-Regression führt.
2. Mangelhafte Impulskontrolle : Typischerweise bei infantilen Perönlichkeiten, unberechenbare, sprunghafte Impulsivität als unspezifische Reaktion auf einen stärkeren Anstieg von Angst oder Triebspannung.
3. Mangelhaft entwickelte Sublimierung : Sublimierung ist die Fähigkeit, sozial weniger akzeptable Triebziele in sozial höherwertige (Kreativität) umzuwandeln. Das Fehlen der Fähigkeit der Umwandlung negativer

Impulse in kreative Genußfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit ist ein wichtiger Indikator zur Beurteilung der Ich-Schwäche.

b) Primärprozeßhafte Denkformen

Primärprozeßhaft bezieht sich auf die Denkweise des sehr jungen Kindes. Diese Denkweise ist beherrscht vom Lustprinzip. Charakteristika sind eine Verdichtung der Denkinhalte, Zeitlosigkeit und Fortfall der Logik. Sie persistiert auch im Erwachsenenalter im Schatten des Sekundärprozeßhaften (Denkweise hier realitätsbezogen, logisch) weiter, zu finden in den Träumen, beim Kranken oder beim Psychotiker.

Beim Borderliner lassen sich nur selten formale Denkstörungen finden, jedoch tauchen z.B. bei projektiven Tests (Rorschach) und unstrukturierten Reizangeboten vereinzelt primärprozeßhafte Denkläufe auf (primitive Phantasien, formal auffällige Formulierungen).

c) Spezifische Abwehrmechanismen auf dem Niveau der Borderline Persönlichkeitsstruktur sind:

1) Spaltung

Unfähigkeit des Ichs, Objektbilder gegensätzlicher Qualitäten zu vereinen.

Während der Entwicklung des Säuglings ist nach Kernberg die Spaltung ein normaler Vorgang, welcher jedoch später durch reifere Abwehrmechanismen ersetzt wird. Er bedeutet eine Koexistenz von 'bösen' und 'guten' Objekten, also die Abtrennung von aggressiven und libidinösen Eigenschaften der nahen Bezugspersonen, und somit eine Aufspaltung. Bei Borderline - Störungen bleibt dieser Mechanismus weiterhin bestehen, so daß es auch später für den/die PatientIn nur 'gute' und 'schlechte' Menschen gibt, er/sie also 'spaltet'. Die Spaltung dient der Angstvermeidung.

2) Primitive Idealisierung

Hierunter versteht man die Neigung, äußere Objekte zu total guten zu machen, damit sie einen gegen die bösen Objekte beschützen und damit sie nicht von der eigenen oder der auf andere Objekte projizierten Aggression in Frage gestellt, entwertet oder gar zerstört werden können (Kernberg 1975).

Dieser der Spaltung assoziierte Mechanismus produziert eine äußere Welt voller übermächtiger, guter, unrealistischer beschützender Objekte. Diese Idealobjekte bieten zum einen Schutz gegen die bösen äußeren Objekte und die projizierten Aggressionen, sowie die Möglichkeit der Identifikation mit der ihnen zugeschriebenen Allmacht. Dadurch wird eine Partizipation an diesen nur guten allmächtigen Objekten (und Teilobjekten) zur Befriedigung der narzißtischen Bedürfnisse der PatientInnen realisiert.

3) Frühformen der Projektion, insbesondere die projektive Identifizierung

Nach Kernberg finden sich bei Borderline PatientInnen gehäuft Formen von Projektion. Haupt-zweck dieses Mechanismus ist die Externalisierung von schlechten „bösen“ Selbst- und Objektbildern. Als Folge daraus entstehen gefährliche vergeltungssüchtige Objekte, welche für den/die PatientIn eine Bedrohung darstellen und wiederum abgewehrt werden müssen. Die Projektion der Aggressionen gelingt so nur sehr unvollkommen. Aufgrund der bei diesem Krankheitsbild vorhandenen umschriebenen Schwäche bzw. der Instabilität der Ich-Grenzen im Bereich der Projektion von Aggressionen kann es zu einer Identifikation mit dem Objekt kommen,

auf welches die Aggressionen projiziert worden sind. So kann es zu einer Aufrechterhaltung und Verstärkung der Aggressionen kommen. Daher ist es für den/die PatientIn wichtig, bedrohlich erlebte Objekte unter Kontrolle zu halten (Rosenfeld 1963). Er/sie muß das Objekt beherrschen und eher selbst angreifen, bevor das projektiv aggressiv erlebte Objekt ihn/sie angreift.

4) Verleugnung

Der Mechanismus der Verleugnung auf Borderline-Niveau hat häufig einen primitiven Charakter: Typisch ist z.B. die „wechselseitige Verleugnung“. Dem Patienten/der Patientin prinzipiell erinnerungsfähige emotionelle Erfahrungen werden zu einem späteren Zeitpunkt ausgeblendet und durch möglicherweise gegensätzliche Emotionen ersetzt. Zu einem späteren Zeitpunkt werden dann die zuerst erfahrenen Emotionen wieder zuungunsten der letzten wiederbelebt, gleichwohl beide Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle im genauen Gegensatz zueinander stehen. Dieser Vorgang dient quasi zur Unterstützung des Spaltungsmechanismus. Das Wissen um diese Wahrnehmungen, Gefühle oder Gedanken bleibt erhalten, wird jedoch verleugnet. Der Patient oder die Patientin kann die zu einem früheren Zeitpunkt vorhandenen Emotionen nicht in den Jetzt-Zustand integrieren.

5) Allmacht (Omnipotenz) und Entwertung

Allmacht und Entwertung werden ebenfalls im Zusammenhang mit der Spaltung eingesetzt. Zeitweilig besteht bei dem/der Borderline PatientIn das Bedürfnis nach anaklitischen Beziehungsarrangements, innerhalb welcher sich der/die PatientIn dem übermächtigen Idealobjekt (s. primitive Idealisierung) unterwerfen kann, während zu einem anderen Zeitpunkt der/die PatientIn sich selbst von einem Gefühl der Allmacht durchdrungen fühlt. Beide Phasen sind im Sinne der Identifizierung als Schutz gegen als bedrohlich empfundene äußere Objekte zu sehen. Die Beziehung als solche ist nicht eine Liebesbeziehung, wie es nach außen hin scheinen kann, sondern ein von dem/der Borderline PatientIn sehr possessiv geführter Schutzmechanismus, welcher im Falle einer Frustration der Schutzbedürfnisse und der Bedürfnisbefriedigung schnell zu einer Entwertung des vorher idealisierten Partners / der Partnerin führen kann. Hinter diesen Mechanismen sind narzißtische Größenmotive verborgen, welche durch den phantasierten Allmachtsanspruch der Borderline PatientInnen deutlich werden können.

d) Zur Pathologie der verinnerlichten Objektbeziehungen

Borderline-PatientInnen verfügen aufgrund der oben erwähnten Spaltung über verschiedene voneinander getrennt gehaltene gegensätzliche Ichzustände. Diese sind an frühe pathologische Objektbeziehungen gebunden. Im Ich der Borderline - PatientInnen bleiben primitive unrealistische Selbstbilder erhalten, die inhaltlich zum Teil in völligem Widerspruch zueinander stehen, so daß sich kein integriertes Selbstkonzept entwickeln kann. Die Objektbilder können ebensowenig integriert werden, wodurch wiederum eine realistischere Einschätzung der äußeren Objekte sehr in Frage gestellt ist. Infolge der ständigen Projektion total böser Selbst- und Objektbilder sehen sich diese PatientInnen einer Welt voller gefährlicher bedrohlicher Objekte gegenüber, gegen die wiederum total gute Selbstimages als Abwehr eingesetzt und grandiose Idealselbstbilder aufgebaut werden. Es besteht zwar eine ausreichende Differenzierung zwischen Selbst und

Objekten (im Gegensatz zu den Psychotikern) und damit auch eine ausreichende Stabilität der Ichgrenzen, um die praktische Anpassung an die unmittelbaren Erfordernisse der Realität zu gewährleisten, aber eine tiefere Verinnerlichung von Realitätsforderungen, insbesondere solche der sozialen Realität, kann nicht zustande kommen, weil durch die fehlende Integration der Selbst- und Objektimages auch die Über-Ich-Integration behindert ist. Die Über-Ich Funktionen dieser PatientInnen bleiben weitgehend personifiziert, sie entwickeln sich nicht zu einer abstrahierten Über-Ichstruktur und werden leicht wieder auf die Außenwelt zurückprojiziert (Hartmann und Löwenstein 1962, Jacobson 1964).

Alle diese Besonderheiten der verinnerlichten Objektbeziehungen spiegeln sich auch in typischen Charakterzügen der PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstruktur wider: Verminderte Fähigkeit zur realistischen Einschätzung anderer Menschen, welche als „fremde Wesen“ empfunden werden. Es können keine empathischen Beziehungen aufgebaut werden, fremde Personen werden unrealistisch und verzerrt wahrgenommen, die emotionale Beziehung zeichnet sich durch eine dem Selbstschutz dienende Flachheit aus. Das schon beschriebene Nebeneinander widersprüchlicher Introjektionen und Identifizierungen ist auch für die „Als-Ob“-Qualität bei diesen PatientInnen verantwortlich. Manche Borderline - PatientInnen sind imstande, bei entsprechender Gelegenheit solche Teilidentifizierungen wieder in Szene zu setzen. Auf diese Weise bekommt ihre Anpassungsfähigkeit einen unechten chamäleonhaften Zug: Was sie zu sein vorgeben, ist in Wirklichkeit nur die leere Hülle dessen, was sie zu anderen Zeiten auf eine viel unmittelbarere Weise sein müssen. Dies ist für die PatientInnen selbst sehr verwirrend. Es handelt sich hier um den Sachverhalt der Identitätsdiffusion (Erikson 1956). Das Fehlen eines integrierten Selbstkonzeptes und eines stabilen und integrierten Konzeptes ganzer Objekte, die in Beziehung zum Selbst stehen, sind verantwortlich für dieses typische Syndrom der Borderline-Persönlichkeitsstruktur.

8.3. Zentrales interpersonelles Muster der Borderlinestörung nach Benjamin

Wenn Benjamin ihrem Borderline-Kapitel (Benjamin 1993) den Untertitel „my misery is your command“ gibt, so beschreibt sie ein zentrales interpersonelles Muster der Borderlinestörung: Mit seiner Not und seiner Hilflosigkeit will der Borderline-Patient seine wichtigste Bezugsperson beherrschen, kontrollieren und ihre Fürsorge erzwingen.

Kriterien für die Diagnose: Angst vor Verlassenwerden, die durch Erzwingen von Schutz und Fürsorge bekämpft wird; Selbst-Sabotage nach Glück oder Erfolg.

Ausschlusskriterien: Ertragen von längerem Alleinsein.

Zur Genese

- In der Herkunftsfamilie bestand häufig ein chaotischer Lebensstil, wie in einer Seifenoper. Entsprechend sucht der spätere Borderline-Patient Krisen auf und führt sie herbei, hat keine Beständigkeit.
- Der künftige Borderline-Patient erlebte traumatisches Verlassenwerden (1.8, 1.7). Später triggert Verlassenheit das typische Borderline-Verhalten: Selbstvernachlässigung (3.8) und Autoaggression (3.7).
- Die ebenfalls in der Genese häufige Inzesterfahrung verbindet Schmerz (2.7) mit Liebe (2.3), Hilflosigkeit (2.5) und Allmacht (1.5). Es verknüpfen sich Idealisierung (2.4, 1.3) mit Entwertung (1.6) und rücksichtslosem Zwang (1.7). Ebenso idealisiert und entwertet später der Borderline-Patient (1.3/1.6) andere.
- Die Abgrenzung der eigenen Person (2.1) und Glück (2.3) wurden angegriffen (1.7). Der Borderline-Patient internalisiert Angriffe zur Strafe dafür, daß es ihm gut geht (3.7).

- Krankheit und Schwäche (2.4) erzeugte Fürsorge (1.4). Der Borderline-Patient läßt Krankheit und Schwäche (2.4) eskalieren, um Fürsorge zu erhalten (3.4).

Zusammenfassend besteht beim Borderline-Patient eine schreckliche Furcht vor Verlassenwerden und ein Wunsch nach schützender Fürsorge, vorzugsweise durch konstante physische Nähe zu dem Retter (dem Partner oder dem Versorger). Die Ausgangslage ist eine freundliche Abhängigkeit von einem Versorger (2.4/1.3), die zu feindseliger Kontrolle (1.5, 1.6, 1.7) wird, falls der Versorger oder Partner nicht genügend Fürsorge liefert (und es gibt nie genug, der Borderline-Patient erlebt Vernachlässigung (1.8)). Es besteht die Überzeugung, daß der Versorger Abhängigkeit und Bedürftigkeit (3.4/ 3.8) schätzt, und ein bösesartiges Introjekt attackiert das Selbst, wenn es Anzeichen von Glück oder Erfolg gibt (3.7).

Der Hauptwunsch des Borderline-Patient ist es, Fürsorge (1.4) zu empfangen. Er fürchtet, Vernachlässigung (1.8) zu erhalten.

In Übertragung und Gegenübertragung besteht die Gefahr, daß nach anfänglichem Enthusiasmus der stets fordernde Borderline-Patient den Therapeuten überfordert. Der Patient beginnt, den Therapeuten anzuklagen, dieser zieht sich zurück und wird widerwillig. Um so mehr Anlaß hat dann der Borderline-Patient für seine Enttäuschungswut, die in autoaggressive Handlungen umgesetzt wird. Borderline-PatientInnen sind Opfer, die die Taktiken des Mißbrauchs gelernt haben, und sie wenden sie auf ihre Therapeuten an. Oder aber dem Borderline-Patient geht es zunächst besser, bis seine Angst einsetzt, der Therapeut werde ihn wegen seines Wohlbefindens bald verlassen. Umgehend geht es ihm schlechter etc.

Benjamin empfiehlt die 5 Behandlungsschritte ihrer Brief Reconstructive Learning Therapy:

1. Die Mitarbeit des Patienten fördern
2. Dem Patienten helfen, seine Muster zu erkennen
3. Maladaptive Muster abblocken
4. Den Willen zur Veränderung bestärken
5. Neue Muster vermitteln.

9. Fragestellungen

9.1. Läßt sich bei Borderline-Patientinnen der Prozeß der Veränderung in der Kurzzeittherapie differenziert mit der CMP / SASB - Methode darstellen ?

9.2. Existieren Prädiktoren, mit deren Hilfe schon zu Therapiebeginn der Prozeßverlauf und das Ergebnis während einer Kurzzeittherapie eingeschätzt werden können ?

9.3. Lassen sich nach Abschluß der Therapie weitere Veränderungen im Verlauf nachweisen (Katamnesezeitpunkte) ?

10. Methodik

10.1. Beginn der Behandlung

Zu jedem in die Studie aufgenommenen Patienten wird nach Abschluß der Diagnostik ein Erst-interview erstellt. Patient und Therapeut erarbeiten und formulieren 3 Therapieziele. In der Supervisionsitzung erfolgt die Beschreibung des CMP klinisch ausformuliert und mittels SASB-Clustern. Patient und Therapeut füllen die Fragebögen zur Basisdokumentation aus (insbesondere PAT, GT-S, GBB, SCL-90R, GT-F, EUB, Ambulanzbogen, AUF, Narzißmusfragebogen).

Der Patient erhält den Intrex-Fragebogen (Version C) zur Einschätzung von sich selbst und in seinen Beziehungen zu aktuellen und früheren wichtigen Bezugspersonen am Hoch- und Tiefpunkt sowie zu seiner Beziehung zum Therapeuten. Der Therapeut kann (freiwillig) den Intrex-Fragebogen zu seinem Introjekt ausfüllen.

10.2. Verlauf

Die ersten beiden Therapiesitzungen werden vollständig auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Jede weitere Therapiesitzung wird aufgezeichnet. Nach jeder Therapiestunde diktiert der Therapeut eine kurze Zusammenfassung der jeweiligen Stunde unter besonderer Berücksichtigung von 'critical events', d.h. von Passagen, in denen sich Therapeut und Patient verhaken, indem sie beispielsweise ein Stück des CMP inszenieren. Zudem füllt der Therapeut den Fragebogen zur Einschätzung der Kurzzeitpsychotherapiesitzung für den Therapeuten aus.

Die jeweils 4., 8., 12., 16., 20., 24., 28., bzw. vorletzte Therapiestunde werden einer gesonderten Verlaufsbeobachtung unterzogen mit:

- Transkription der ersten 20 Minuten der Sitzung bzw. von Passagen mit critical events und anschließender SASB-Kodierung (Sitzung 1 und 2 werden vollständig transkribiert)
- Ausfüllen einer Intrex-Fragebogen-Kurzform (Version D) für den Patienten mit Einschätzung von Introjekt, wichtiger Bezugsperson und Therapeut mit zeitlicher Einschätzung der Häufigkeit von Hoch- und Tiefpunkten.
- Ausfüllen einer Intrex-Fragebogen-Kurzform für den Therapeuten mit Einschätzung der Patient-Therapeut-Beziehung am Hoch- und Tiefpunkt.

10.3. Ende der Behandlung

Am Ende der Kurzzeitpsychotherapie werden erfaßt: Die klinische Basisdokumentation (GT-S, GBB, Narzißmus-Inventar, SCL-90R, GT-F, ENT, Epikrise); der Intrex-Fragebogen in der eingangs für den Patienten erwähnten Fassung, jetzt aber mit Einschätzung der Beziehung zum Therapeuten am Hoch- und Tiefpunkt (Version E); die Bewertung der eingangs formulierten Therapieziele durch den Patienten und den Therapeuten im Hinblick auf die Symptomatik. Verabredung für Katamnesen sechs Monate, ein Jahr, zwei Jahre und fünf Jahre nach Beendigung der Therapie.

11. Fallstudie Patientin SM

11.1. Konsultationsgrund, Symptomatik

Diffuse, teilweise paranoid gefärbte Ängste, Eßstörung, innere Unruhe, Schlafstörung. SM berichtete, bereits in der Kindheit Ängste gehabt zu haben. Sie sei dick gewesen, habe mit 15 eine 'Tendenz' zur Magersucht gehabt, sei von der Mutter zum Essen gezwungen worden. Sie habe dann über Jahre an Bulimie gelitten. Der Vater habe sie damals zwingen wollen, das Erbrochene zu essen. Ihre jetzige Angstsymptomatik sei erst Jahre später gekommen. Sie habe eine Zeit lang Haschisch geraucht und Alkohol konsumiert, mit letzterem nach einer Intoxikation wieder aufgehört. Sie habe 1983 ihren Ehemann kennengelernt, die Bulimie sei zu diesem Zeitpunkt verschwunden gewesen. Sie sei von ihrer Schwiegermutter abgelehnt worden, habe von ihr das Gefühl bekommen, alles falsch zu machen, nicht gut genug zu sein. Die Schwiegermutter habe Ähnlichkeit mit ihrem Vater besessen. Ihr Ehemann habe dies zunächst nicht geglaubt, worunter die Beziehung gelitten habe. Zu diesem Zeitpunkt sei - wegen der übermächtigen Schwiegermutter - die Bulimie wieder aufgetreten, auch seien starke Angstzustände aufgetreten. Sie habe auch Hände in der Wohnung gesehen. 1986 sei sie dann für 7 Monate in eine stationäre Psychotherapie gegangen. Die Bulimie sei dort völlig verschwunden, sie habe dort gelernt, sich mehr abgrenzen zu müssen. Frau M. empfand die Therapie als großen Erfolg. Nach der Entlassung sei sie dann für ein halbes Jahr in ambulante Psychotherapie gegangen, habe jedoch dann aufgrund ihres Wohlbefindens die Therapie abgebrochen. Bis zur Geburt der Tochter 1988 habe dieser Zustand auch angehalten. Sie sei dann wegen einer übersteigerten Sorge um den Gesundheitszustand ihrer Tochter - diese habe unter den sogenannten 3-Monats-Koliken gelitten- wieder in stationäre psychiatrische Behandlung gegangen. Die Patientin habe unter der an Befürchtungen gelitten, ihrer Tochter etwas antun zu müssen. Sie sei dann wegen einer diagnostizierten Psychose mit Neuroleptika 'vollgestopft' worden, habe sich wie ein Roboter gefühlt und unter der Behandlung gelitten. Sie habe dann unbegründete Ängste gehabt, sich allein gefühlt, habe Selbstmordgedanken gehabt. In der Klinik sei sie sehr dick geworden. Seitdem könne sie nur noch mit Verstand essen, müsse alles planen. Auch habe sie zwischenzeitlich wieder erbrochen. Sie leide unter ihren Eßgelüsten und dem Zwang, sich zu kontrollieren. Auch habe sie Schlafstörungen und Alpträume, welche in Zusammenhang mit Konflikten bezüglich ihrer Schwiegermutter ständen und auch mit der Fürsorge für ihren Vater. Letzteres überfordere sie. Sie verspüre eine fürchterliche Unruhe, habe das Gefühl etwas fehle ihr, sitze gerne grübelnd zu Hause im Dunkeln. Sie fühle sich minderwertig, unternehme zu wenig, auch wenn ihre Tochter anderweitig untergebracht sei.

Deckerinnerung: im Alter von 4 Jahren erinnere sie sich, wie ihr die Mutter beim Spielen vom Balkon aus zusah und achtgab. Sie habe das gut gefunden.

Frau M. habe 1985 die Meisterschule nach einer Ausbildung als Friseurin abgeschlossen. Auf der Arbeit lasse sie sich nicht alles gefallen, habe auch schon häufiger die Stelle gewechselt. 1980 sei sie mit dem damaligen Verlobten zusammengezogen, habe sich jedoch wieder von ihm getrennt, weil er sie schlug. 1983 habe sie ihren jetzigen Mann (+2) (von Beruf Karosserieinnenausstatter) kennengelernt und sei mit ihm zusammengezogen. Sie habe erhebliche Schwierigkeiten mit der Schwiegermutter, da diese ihren am Herzen operierten jüngsten Sohn nicht verlieren wolle, und ihn wie ein unselbständiges Kind behandle. Der Schwiegervater sei jedoch gerecht zu ihr. Nach der Therapie in Stuttgart habe sie sich von der Schwiegermutter zurückgezogen, dies habe ihr sehr gut getan. Die Schwiegermutter habe sich wegen der Enkeltochter wieder angenähert, schätze aber SM nicht als Person. SM habe ihrem Mann auch helfen müssen, sich von seinen Eltern zu lösen.

Ihr Mann sei 'pflegeleicht', eher träge, im Grunde kämen sie gut zurecht. Da die Patientin in letzter Zeit jedoch nicht so viel sexuelle Lust wie ihr Mann habe, sei es zu Problemen gekommen. Auch gebe es wegen unterschiedlicher Auffassung bezüglich der Erziehung Konflikte, da sie geduldiger als ihr Mann sei.

Die Schwangerschaft mit der 1988 geborenen Tochter sei geplant gewesen und unkompliziert verlaufen. Wegen Steißlage sei ein Kaiserschnitt in Vollnarkose durchgeführt worden. Wegen schwerer Dreimonatsblähungen sei sie häufig mit der Tochter in ärztlicher Behandlung gewesen. Zu diesem Zeitpunkt habe ihr die Mutter gefehlt. Während des Klinikaufenthaltes sei die Tochter dann bei der Tante gewesen. Nach der Klinikentlassung sei die Tochter ganz anders gewesen, war ab da pflegeleicht, lachte und strahlte. Ihr Kind habe aber Allergien, bekomme dann rote Flecken, auch schon mal Luftnot. Die Behandlung mit Kortison ängstige die Mutter nicht sonderlich. Finanziell gebe es keinen wirklichen Probleme.

Freizeit: Lesen, Stricken, Basteln, übe Gitarre, Schwimmen, Reiten, habe lockere Beziehungen zu einigen Freundinnen und früheren Kollegen.

Traum: Nach der Geburt ihrer Tochter habe sie einen schlimmen Alptraum gehabt, in dem ein Mann ihr alle Knochen im Leib zerbrochen habe. Sonst träume sie viel verworren vom Krieg, Blut und Sterben, nur Bruchstücke, ganz schrecklich, sie wache schweißgebadet auf mit Herzklopfen und Zittern.

Wunschprobe:

1. Gesundheit für mich und meine Familie
2. Daß die Welt schöner und gesünder wird, die Umwelt besser
3. So viel Geld zu haben, um ein angenehmes Leben zu führen, nicht so rechnen zu müssen.

Selbstbild: Ihr Hauptproblem sei das schlechte Gewissen, sie könne schlecht nein sagen. Sie sei ehrgeizig, habe hohe Ansprüche an sich und andere. Sie sei lebensbejahend und fröhlich, könne auch spontan sein und lachen, auch mal etwas nicht mehr altersgemäßes machen. Sie vermisse ihre Mutter.

11.2. Biographie

Patientin SM, geboren 1962. Zum Zeitpunkt des Erstinterviews 29 Jahre alt. Wuchs mit Schwester (+4) und Bruder (-4) bei den Eltern auf. Die Elternbilder sind gespalten, die eindeutig positive Beziehung bestand zur Mutter: Sie sei ausgeglichen, ruhig, nie böse oder verletzend gewesen, habe auch mal gemeckert. Die Mutter sei in der Ehe unglücklich gewesen, habe auch an Scheidung gedacht, sei wegen der Kinder geblieben. Die Mutter habe erbärmlich gelebt, Frau M habe nicht mit ihr tauschen wollen. Es habe sie getroffen, wenn die Mutter weinte und die Patientin hilflos dastand. Andererseits habe sie bei der Mutter Gefühle ausdrücken können. Nach dem Leukämie-Tod der Mutter 1987 habe sie das Gefühl gehabt, ein Teil von ihr sei gestorben. Auch habe sie lange gedacht, die Mutter sei gar nicht tot.

Der Vater, von Beruf Dreher, sei jähzornig und rücksichtslos gewesen. Er trank viel, tobte zu Hause rum, sie habe Angst vor ihm gehabt. Sie sei in seinen Augen nie gut genug gewesen. Auch auf dem Bruder habe er rumgehackt. Seit 1977 war der Vater aufgrund einer Knochenkrebsoperation im Gesicht entstellt. Eine Magenkrebskrankung 1982 habe er auch überlebt. Frau M. habe, als sie die Verantwortung für die Mutter während der Erkrankung des Vaters übernehmen sollte, ihre Bulimie entwickelt. Der Vater war lange krank zu Hause, habe dann umgeschult, es gab viel Streit. Der Vater habe sie in dieser Zeit unsittlich berührt, sie habe

gehofft, daß er endlich 'kriecht'. Ihr ständig schlechtes Gewissen habe ihr der Vater anezogen. Nach dem Tod der Mutter sei die Familie auseinandergebrochen. Aus Verpflichtungsgefühl der Mutter gegenüber habe sie dann widerwillig für den Vater gesorgt. Frau M denke aber nun, er solle sie mit seinen Problemen in Ruhe lassen, sie ertrage seine Trinkerei nicht. Sie habe die Hilfe für ihren Vater reduziert, da sie merke, daß sich ihre Symptomatik dadurch bessere. Dennoch habe sie ein schlechtes Gewissen, wenn sie sich abgrenze. Ihrem Bruder gehe es gut, die Schwester sei verheiratet und habe ein an schizophrener Psychose erkranktes Kind. Der Kontakt unter den Geschwistern sei heute recht gut.

11.3. Psychischer Befund

Die Pat. ist bewußtseinsklar, orientiert, affektiv ausgeglichen, kein Anhalt für floride psychotische Symptomatik oder Residuen, keine Suizidalität. Sie ist sehr differenziert und introspektionsfähig. Abwehrmechanismen sind Spaltung, Wendung gegen das Selbst, Isolierung. Die Patientin ist flott gekleidet, wirkt blaß, trägt eine nicht auffallend modische Kurzhaarfrisur, spricht mit dunkler Stimme. Sie ist normalgewichtig, vielleicht ein paar Pfund zuviel.

11.4. Übertragung und Gegenübertragung

„Anfangs bin ich überwiegend von der Sthenik der Patientin beeindruckt, die trotz der schweren psychischen Erkrankung die Meisterschule abgeschlossen hat und auch offensichtlich viel von der früheren Psychotherapie gewinnen konnte. Ich empfinde sie aber eher als prüfend; wenn sie von ihrer Muttersehnsucht spricht, empfinde ich dies zumindest noch nicht als einen deutlichen Wunsch an mich.“

11.5. Überlegung zur Psychodynamik und Diagnose

Die Pat. berichtet über eine sehr gute Mutterbeziehung, sie scheint auch nach deren Tod von ihr abhängig zu sein. Die Mutter war eher schwach, tröstete die Patientin eher als sich selbst zu schützen, vermittelte ihr, für Mutters Wohlbefinden auch zuständig zu sein. Der ganz negativ besetzte Vater, der die Patientin entwertete, sie viel schlug und auch seinen sexuellen Übergriffen aussetzte, dominierte sehr die Familie. Die Mutter starb an einer malignen Erkrankung, während der Vater - trotz mörderischer Wünsche der Patientin - bereits zwei maligne Erkrankungen überlebte. Er ist Alkoholiker und verwaht nach dem Tod der Mutter.

Bei diesen Eltern konnte die Patientin keine guten inneren Objekte mit autonomer Selbstwertregulation errichten. So ist sie auf äußere Objekte angewiesen: Sehnsucht nach der Mutter, Ängste beim Alleinsein, Wünsche an Mutterersatzobjekte wie Ehemann (der sie weitgehend stabilisiert) und die Schwiegermutter (mit Enttäuschungswut). Gerade die großen oralen Bedürfnisse der Patientin verbunden mit massiver Enttäuschungswut ängstigen die Patientin davor, aggressive Gefühle adäquat zu äußern. Abhängigkeitsbedürfnisse und ein archaisches, vom Vater geprägtes Über-Ich hindern die Patientin an Eigenständigkeit und Abgrenzung. Angesichts der schreienden Tochter dekompenzierte die selbstunsichere Patientin mit Todeswünschen gegen das Kind, weil sie die eigene Hilflosigkeit nicht ertragen konnte, vermutlich auch durch den vorausgegangenen Tod der eigenen Mutter labilisiert war. Die Versuchung, für den Vater an Mutters Stelle zu sorgen in der Hoffnung, ihn doch für sich einnehmen zu können, verbindet sich mit Enttäuschungswut, von dem trinkenden Vater wieder nur verwendet zu werden. Der ödipale Anteil in diesem Ambivalenzkonflikt ist als gering einzuschätzen. Durch ihre Hausfrauentätigkeit fehlt der Patientin der frühere Selbstwertgewinn durch den Beruf. Vermutlich geht sie wenig Außenbeziehungen und Außenaktivitäten ein,

um ihre enge Familienbindung zu bewahren und eigene Ausbruchsphantasien einzudämmen. Die Beziehung zum Ehemann wird als gut geschildert, jedoch scheint der eher geduldige, hilfsbereite Mann der Patientin, gemessen an ihren Wünschen an eine stets präsente empathische Mutter, noch zu wenig zu geben.

Diagnose: Borderline-Persönlichkeit (ICD 9: 301.8)

11.6. Therapievereinbarung

Es wurde mit Frau M. eine ambulante Kurztherapie in der Poliklinik vereinbart, welche aufgrund der sthenischen Seiten der Patientin und der guten Therapievorerfahrung eine Stabilisierung verspricht.

11.7. Therapieziel der Patientin

1. Wieder leben ohne die Ängste (z.B. allein in der Wohnung sein, diffuse Ängste, Angst unter Leute zu gehen).
2. Die Angst loswerden, etwas falsch zu machen
3. Mit Essen besser zurechtkommen (d.h. bulimische Attacken verhindern)

12. CMP für die Patientin SM

Erwartungen:

Die Patientin erwartet aufgrund der Erfahrungen im Elternhaus nicht, mit ihren anlehnungsbedürftigen und aggressiven Seiten akzeptiert zu werden (1.2 / 1.4). Wie vom sie mißhandelnden und mißbrauchenden Vater erwartet sie statt dessen von der Umgebung Ablehnung und Übergriffe (1.6 bis 1.7), der unzureichende Schutz der Mutter äußert sich in der Erwartung, mißachtet zu werden (1.8).

Verhalten der Patientin:

Dem Ehemann macht sie häufig Vorwürfe, fühlt sich unzureichend versorgt (1.6); der Schwiegerfamilie gegenüber unterwirft sie sich vorwurfsvoll und schottet sich ab (2.6, 2.8); andere Menschen erhalten wenig Chancen, mit ihr in Kontakt zu kommen (2.8).

Verhalten der anderen:

Der Ehemann reagiert auf sie seinerseits mit Vorwürfen und mit vorwurfsvoller Unterwerfung (1.6, 2.6); Zurückhaltung des Mannes und Vertreten eigener Interessen werden von der Patientin als Zurückweisung ihrer Person erlebt (1.8, 2.8); „Freitag-Abend-Streit“. Viele übersehen sie wegen ihrer Reserviertheit (1.8).

Introjekt:

Die Patientin quält sich mit Selbstvorwürfen, ist mit sich unzufrieden (3.6), sie kontrolliert sich stark und gönnt sich wenig Freude (3.5/3.6, 3.8), vernachlässigt eigene Bedürfnisse nach Zuwendung (3.8).

Hauptproblem der Patientin sind feindselige Kontrolle und Unterwerfung, resultierend aus Mißhandlung/Mißbrauch in der Kindheit.

Zyklisch maladaptives Muster S.M.:

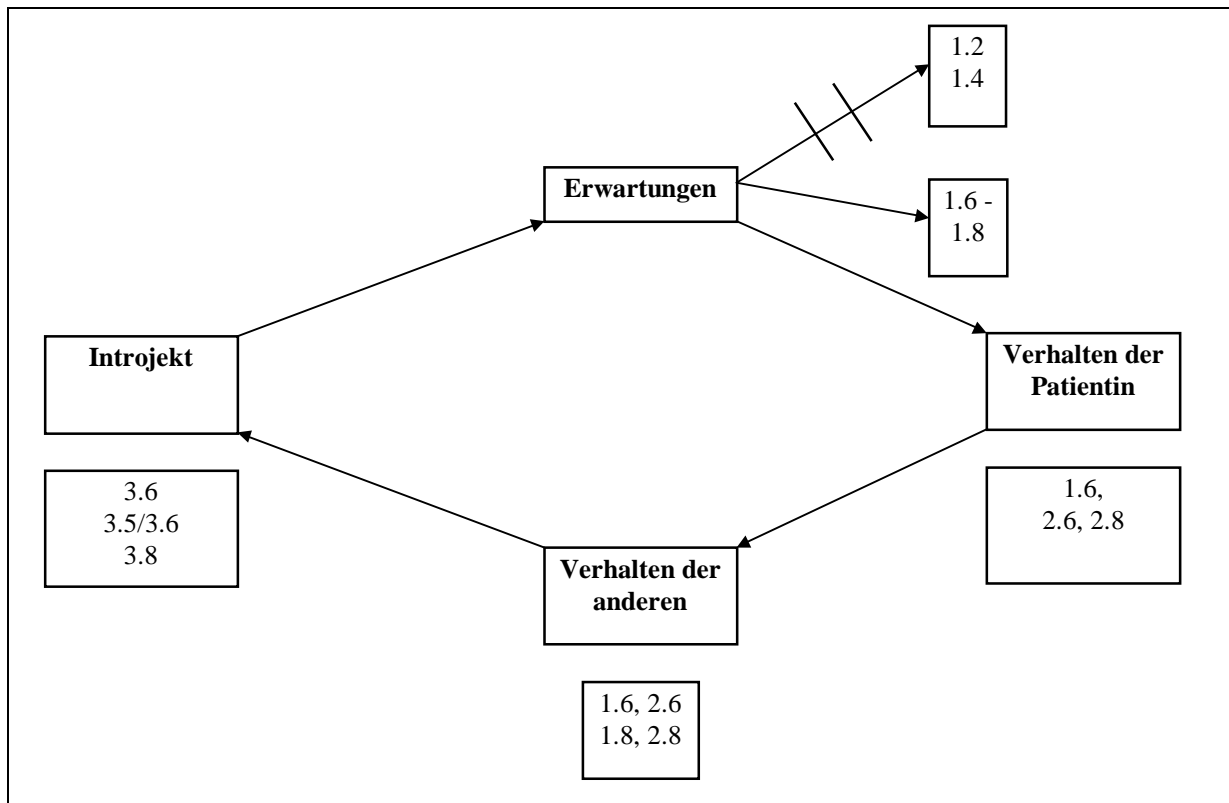


Abb. 5: CMP der Patientin SM

13. Therapieverlauf SM anhand von Stundenprotokollen und Aufzeichnungen der Supervisionsgruppe

1. Stundenprotokoll SM vom 21.5.91

Die Patientin thematisiert den Umgang mit der Schwiegerfamilie; sie fühlt sich nicht als Person geschätzt. Wenn sie selbst sich abgrenzt, hat sie anschließend Schuldgefühle. Weil sie sich minderwertig fühlt, gibt sie anderen zu wenig Kontaktchancen. Gut wäre es, wenn Mutter noch da wäre und ihr helfen könnte. Sie könne sich selbst keine gute Mutter sein.

Keine kritischen Ereignisse, keine Besonderheiten der Patient-Therapeut-Interaktion.

2. Stundenprotokoll SM vom 3.6.91

Die Tochter war krank, sie kann es jetzt besser aushalten, weil die Tochter sprechen kann. Welt in Düsseldorf ist schlecht, sie möchte zurück nach Wülfrath. Die Schwiegereltern sollen das Kind nicht haben, sind zu achtlos und beachten die Gefühle des Kindes nicht richtig. In letzter Zeit hat sie hauptsächlich Probleme, wenn sie Kontakt mit den Schwiegereltern hatte oder wenn die Tochter den ganzen Tag quengelt; eigentlich immer dann, wenn sie aggressiv sein möchte. Wenn sie selbst weint, zeigt sie ihre Verletzlichkeit und gefährdet sich damit. Beim Mann kann sie nicht aggressiv sein, weil der dann schnell weint.

Keine Besonderheiten.

3. Stundenprotokoll SM vom 10.6.91

Thema weiterhin Probleme mit Sich-abgrenzen, mit Aggressionen. Rückzug vom Vater, Vorwürfe, Schuldgefühle. Vermeidet Kontakt mit anderen aus Mißtrauen. Es wird thematisiert, wie sich das auch in der Patient-Therapeut-Beziehung widerspiegelt und auf den Umgang mit anderen generalisiert. Diskrete Vorwürfe an die Therapeutin, daß Träume und Malen hier keine Rolle spielen. "Ich kriege sowieso nicht, was ich brauche". Schwäche zeigen wird ausgenutzt. Sie ist minderwertig, nichts ist gut genug, deswegen vermeidet sie Kontakt.

Critical event: Ansprechen des emotionalen Rückzugs und des Mißtrauens in der Patient-Therapeut-Beziehung; Patientin hat darauf positiv reagiert.

4. Stundenprotokoll SM vom 19.6.91

Thema: Wenig Identifikationsmöglichkeit mit der inzwischen verstorbenen Mutter, deren Opferrolle sie nicht annehmen möchte. Zu wenig Unterstützung vom Mann. Tochter hat allergisches Asthma. Weil die Patientin zu wenig mit anderen Müttern spricht, erlebt sie kleine Konflikte mit der Tochter als unnormal. Wunsch, als Mutter perfekt zu sein. Unverarbeiteter Tod der Mutter, die noch vermißt wird.

Keine Besonderheiten.

5. Stundenprotokoll SM vom 26.6.91

Unsicherheit, ob Tochter oder Ehemann Bezugsperson im Intrex sein kann. Doch mehr Probleme mit dem Ehemann, als bisher eingestanden. Ihr Leben gehe in der Tochter auf. Sie könne schwer mit dem Mann sprechen, er sei ihr zu gleichgültig, will zuviel seine Ruhe. Ihr Mann entziehe sich zu sehr. Für den Haushalt gibt es wenig Anerkennung, sie möchte trotzdem nicht wieder voll arbeiten. Es gibt eine nette ältere Nachbarin, die ihr auch mit dem Kind aushilft. Angeblich kommt sie bei anderen Leuten nicht an, weil sie finanziell nicht mithalten kann. Es wird deutlich, daß sich die Patientin gerade solche Menschen aussucht. Frage am Schluß: soll es ihr besser gehen als der Mutter. Keine kritischen Ereignisse, „die Patientin beansprucht mich weiterhin sehr wenig“.

6. Stundenprotokoll SM vom 8.7.91

Angesprochen wird der Intrex und die Tendenz der Patientin, sich abzuschotten, auch wenn der andere ihr gar nichts Böses tut. Sie bringt das in Verbindung mit der Situation nach der Geburt der Tochter, in der sie sich so allein gelassen gefühlt habe. Sie habe die Mutter vermißt, sei selber nicht mehr wahrgenommen worden. Der

Mann unterstützt sie noch immer zu wenig. Ihr Mann ist so wichtig, weil sie so isoliert ist. Sie kommt zu kurz und tut selber viel dazu.

Keine Besonderheiten.

7. Stundenprotokoll SM vom 13.8.91

Thema: Patientin konnte nicht in Urlaub fahren, weil die Tochter erneut im Krankenhaus war. Dabei selbst sich sehr schlecht gefühlt, viele Symptome entwickelt, kurz vorm Durchdrehen. Deutlich wird, daß in Streßsituationen die Identität von Tochter und ihr verschwimmen, ebenso Vergangenheit und Gegenwart nicht mehr getrennt werden können.

Critical event: Mit der Patientin wird ausführlich besprochen, daß sie gerade in dieser Situation die Stunde letzte Woche abgesagt hat und keinen Ausweichtermin bis jetzt vereinbarte, sich also gerade in der Not zurückzog. Sie sieht das ein und meint selbst, sie gebe anderen keine Chance. Eigentlich möchte sie sich auskotzen und dabei gehalten werden. Sie könne sich so schlecht ausdrücken.

Paranoide Grundhaltung. „Versuch einer Annäherung meinerseits in einer Krisensituation der Patientin, in der sie mit Rückzug reagiert hat“.

8. Stundenprotokoll S.M. vom 19.8.91

Patientin schildert ihre Symptome als sehr quälend. Thema Schwiegereltern, fühlt sich schlecht behandelt, möchte sich weiter abgrenzen. Ausführliches Besprechen ihrer Erkrankung nach Geburt der Tochter und dem Aufenthalt in der Klinik N.. Ihr Idealbild von ihr als Mutter war nicht aufrechtzuerhalten, vermißte schmerzlich die eigene Mutter, die ihr zur Seite stand. Sie selbst kann sich nicht liebevoll beruhigen. Gegenübertragung: Wunsch, Patientin liebevoll in den Arm zu nehmen und zu drücken. Besprochen wird nochmals die Patient-Therapeut-Beziehung, das Vermeidungsverhalten der Patientin, die immer eine kontrollierte Maske trägt, sich nicht anlehnt und auch nicht kritisiert.

Critical event in dem Sinne, daß das nicht förderliche Verhalten der Patientin auch in der Stunde besprochen wird.

9. Stundenprotokoll SM vom 27.08.91

Ausführlich thematisiert werden die Leukämie und der Tod der Mutter, welche große Rolle die Mutter immer noch für Patientin spielt, der bisher nicht geleistete Abschied. Wie sehr die Patientin in Phantasien mit der Mutter lebt statt in der Gegenwart. Mißtrauen gegenüber anderen Menschen. Kritisches Ereignis: Patientin meint, daß ihr evtl. die Kurztherapie zeitlich nicht ausreichen wird.

Gegenübertragung: echt warmer Kontakt; das Thema der noch immer so lebendigen Mutterbindung muß weiter besprochen werden.

10. Stundenprotokoll SM vom 9.9.91

Die letzte Stunde fiel aus, weil die Patientin eine Darmgrippe hatte, jetzt ist sie erkältet. Zusammenhang mit psychischer Belastung wird diskutiert. Sie erzählt von der neuen Küche, die auch bedeutet, sich mit der Realität abzufinden. Sie habe bei der jetzigen Krankheit endlich mal nicht soviel darüber nachgedacht, wie schön das wäre, wenn Mutter noch hier wäre. Sie habe darüber nachgedacht, daß Mutter wirklich tot sei. Früher war das

auch ein Teil des Lebens, sie war für die Mutter wichtig. Vater bevorzugte die Schwester. Kindheitserinnerungen an schlechtes Verhalten des Vaters. Mutter griff zu wenig ein und beschützte zu wenig. Ärger auf Mutter, daß diese sich nicht trennte. Ärger über Hilflosigkeit der Mutter. Negativ, daß die Mutter die Kinder als Schutz vor sich stellte. Mutter hing doch an Vater. Patientin hat auch selbstbehauptende Seiten, hat sich bei Ärger mit der Schwiegermutter gut durchgesetzt. Keine kritischen Ereignisse in der Interaktion.

11. Stundenprotokoll SM vom 13.09.1991

Die Patientin schlägt ganze neue Töne an: Sie berichtete eine ganze Reihe von Fortschritten und Erfolgen. Anhand eines mitgebrachten Bildes beschreibt sie, wie sie einerseits noch vom Alten eingeschlossen sei, aber auch viele neue Wege sehe. Nach der Geburt ihres Kindes sei sie zu sehr wie ihre Mutter geworden und entdecke jetzt immer mehr einen eigenen Weg, Mutter zu sein. Auch bei ihrem Mann könne sie jetzt besser unterscheiden, ob er sie als Person oder eine bestimmte Sache ablehnt. Erinnerungen an Vater und Mutter, an deren gute und schlechte Seiten. Bedeutung der Mutter für die Patientin, Entschluß, eigene Wege zu gehen. Keine kritischen Ereignisse, in der Gegenübertragung das Gefühl, „daß die Patientin scheu ihre Erfolge präsentiert und meine Erlaubnis dazu wünscht“.

12. Stundenprotokoll SM vom 24.9.91

Während der Abwesenheit der Therapeutin habe sie sich verlassen gefühlt. Der Vater besuchte sie und zeigte seine Solidarität mit der jetzigen Freundin. Das kränkte die Patientin, die stelle eine Menge Dinge an und er stehe auf ihrer Seite, wie das bei seinen Kindern nie möglich war. Sehnsucht nach einer anderen Beziehung zum Vater. Sie möchte gemocht werden, wie sie wirklich ist, handelt sich statt dessen durch ihre kindlichen Wünsche Vorschriften ein bei Schwiegermutter und Vater. Also geht es um Abschied von den Eltern, ein Stück Erwachsen-werden, das Alleinsein aushalten, die damit verbundene größere Unsicherheit, das Risiko, Fehler zu machen. So verstrickt in die Vergangenheit, in die in ihr aufsteigenden Erinnerungen, die abendliche Angst beim Alleinsein, ihre Unruhe. Es geht darum, sich noch weiter von der Vergangenheit zu lösen, nicht alles oder nichts zu machen, aber einiges aufzugeben und die Unsicherheit des Erwachsenendaseins, die damit verbundene Einsamkeit auch zu ertragen.

Gegenübertragung: Freundlicher Zusammenhalt, das Thema Verlassenwerden konnte gut besprochen werden.

13. Stundenprotokoll SM vom 30.09.91

Auf die progressiv-optimistische letzte Stunde folgt nun wieder Elend. Die Erkältung der Patientin ist noch immer nicht abgeklungen. Sie vertut sich ständig mit ihren Terminen, habe zuviel im Kopf (Patientin erschien heute eine Stunde zu früh und war sehr gefrustet). Thema: Ihr fehlt ein Raum ganz für sie allein, für sie bleibt kaum etwas übrig. Enger Zusammenhang mit neuerlicher Belastung durch den Vater, für den sie sich allzu verantwortlich und zuständig fühlt, keine deutliche Grenze ziehen kann zwischen dem, was sie für ihn tun möchte und wo die Eigenverantwortung des Vaters beginnt. Verpflichtungsgefühl auch gegenüber der Mutter. Immer wieder erwachsen werden, Abgrenzung von den Eltern als zentrales Thema.

Keine kritische Interaktion; in der Gegenübertragung Schuldgefühle, der Patientin nur Kurztherapie angeboten zu haben.

14. Stundenprotokoll SM vom 09.10.91

Die Patientin kommt mit verstörtem Gesicht und gemeinsam mit der Tochter in die Stunde. Vorausgegangen war ein Streit mit ihrem Mann, der sich unbeherrscht verhalten habe und mit der Tochter schrie. Da habe sie Angst bekommen, er könne der Tochter wie einst ihr Vater ihr selbst etwas antun. Trotz kleiner Störungen durch die Tochter ist ein gutes Gespräch möglich. Es geht im wesentlichen darum, die heutige Ebene von der Ebene Vater und Patientin getrennt zu halten und besser unterscheiden zu lernen. Ihr Mann könne mit der Tochter nicht so gut umgehen. „Ich versuche die Patientin in dieser Stunde sehr auf ihre eigenen Anteile an den Problemen hinzuweisen“. Sie bekommt den Auftrag, die Zeitebenen besser zu trennen und auch selbst darauf zu achten. Weiteres Problem ist, daß sie sich selbst in ihren Bedürfnissen der Tochter zuliebe immer noch zu sehr vernachlässigt. Sie geht also zu wenig aus und hat zu wenig Kontakt. „Ich weise auch nochmals darauf hin, daß Kontakte zu Müttern manche Probleme für sie sehr viel normaler und vertrauter werden lassen könnten“. Dann tauchen auch wieder positive Aspekte des Mannes auf, auch in bezug zur Tochter.

„Kritisches Ereignis insofern, als sie ungefragt die Tochter mitbringt, erleben kann, wie ich mich an ihrer Tochter freue und sie darüber nicht vergesse, insgesamt hat sie mich vielleicht in dieser Stunde doch auch geprüft“.

15. Stundenprotokoll SM vom 15.10.91

Der Streit letzte Woche habe damit geendet, daß sie zugab, übertrieben reagiert zu haben und ihr Mann sagte auch, er sei unbeherrscht und wolle mehr darauf achten. Diesmal thematisiert die Patientin im wesentlichen Schwierigkeiten im Umgang mit der Tochter, die in ihr Wutgefühle auslöst, mit denen sie schlecht umgehen kann. Unsicherheit in ihrer Funktion als Mutter, fehlende Vorbilder, Wunsch nach Richtlinien von anderen. Wir kristallisieren zwei Themen heraus: Vergangenheit und Gegenwart besser trennen können und sich selbst mehr Vergnügen gönnen, für sich selbst sorgen. Sie zählt eine Reihe von Aktivitäten auf, die sie eigentlich gern wieder machen möchte, aber bisher nicht in die Tat umgesetzt hat. Schwierigkeiten mit Unterbringung der Tochter. Minderwertigkeitsgefühle, wenn es darum geht, mit anderen Müttern Freundschaft zu schließen. Eine gute Mutter muß dafür sorgen, daß es ihr selbst auch gut geht.

Keine kritischen Ereignisse. In der Gegenübertragung entsteht das Gefühl, daß die Patientin immer wieder dieselben Probleme präsentiert, ohne wesentliche Fortschritte zu erzielen; wie soll das in der Kurztherapie gehen. „Sicherlich weise ich zu wenig auf die begrenzte Zeit hin“.

16. Stundenprotokoll SM vom 22.10.91

Patientin berichtet, daß es ihr die letzte Woche besser gegangen sei. Zusammenhang damit, daß sie und die Schwester ein produktives Gespräch mit dem Vater führten, obwohl sie sich gegen seinen Alkoholismus abgrenzten und er versprach, Entzug oder Therapie in Angriff zu nehmen. Schuldgefühle bei der Abgrenzung, aber hinterher ging es ihr besser. Gute Erfahrung, Probleme im Gespräch zu lösen auch bei ihrem Mann. Mit Schwiegermutter geht das nicht. Warum kann sie Realität mit Schwiegermutter schwer akzeptieren? Immer wieder Thema Muttersehnsucht. Trauer um Mutter, mangelnder Abschied, nicht glücklich werden können. „Patientin erhält von mir progressiven Schubs, den Hintern hoch zu kriegen.“ Patientin erzählt, daß Mutter von den Kindern gar nicht so abhängig war, wie sie dachte. Vater hält Patientin fest, Patientin hält an Mutter fest. „Ich schildere der Patientin, daß sie sich selbst in den Käfig sperrt;“ Patientin sagt, der Schlüssel sei nicht weit.

Thema Schuldgefühle, wenn sie etwas unternimmt, soll das mit Mann thematisieren. Im Hinblick auf die Kurztherapie wird die Patientin mit ihrem Verharren konfrontiert und angeschubst, was sie zumindest in der Stunde gut aufgenommen hat.

17. Stundenprotokoll SM vom 31.10.91

Die Patientin berichtet, daß die Auseinandersetzung mit den Handwerkern sie an den Rand der Verzweiflung gebracht habe. „In mir entsteht das deutliche Gefühl, daß es sich dabei um Alltagsschwierigkeiten handele. Ich konfrontiere sie hiermit.“ Patientin meint, das Erwachsenenleben sei anstrengend, früher sei sie mit den meisten Sachen zur Mutter gegangen. „Ich spreche daraufhin die Begrenzung der Therapie an, erwähne eine Halbzeitbilanz.“ Sie habe mehr Durchblick bekommen, daß sie zu sehr an der Mutter hänge, daß sie noch nicht erwachsen geworden sei, nach Vaters Regeln lebe, daß bei ihr zuviel Vergangenheit lebendig sei. Daß die Hälfte der Therapie um ist, ängstige sie. Ihr fehlen Menschen zum Reden, sie selbst hindere sich an Bekanntschaft und Aktivität, habe dafür viele faule Ausreden und keinen Mut.

Kritisches Ereignis: Hinweis auf Halbzeit; zunächst reagierte die Patientin relativ gelassen, die nächste Stunde bleibt abzuwarten.

18. Stundenprotokoll SM vom 07.11.91

Auch diesmal berichtet die Patientin, wie schlecht es ihr die letzte Woche gegangen sei. Die Tochter ist nämlich krank, es ist sehr anstrengend, ihr Mann entlastet sie wenig. Im Umgang mit der Tochter fühle sie sich angestrengt, aber nicht hilflos. Außerdem kommt nächste Woche die Küche. „Ich spreche an, daß sie alles meistert, sich aber nicht glücklich fühlt.“ Weiter geht es um das Verhalten ihres Ehemannes, der ihr zu wenig helfe, ihr alle Verantwortung zuschiebe und sie am Ausgehen hindere. Mit seinen Jähzornseiten sei er doch wie der Vater. Es gab einen heftigen Streit, weil sie einen kurzen Spaziergang machen wollte. Er habe wohl Angst, sie verlasse ihn. Die Ehe sei zur Zeit nicht glücklich.

„Ich fühle mich während dieser Stunde sehr hoffnungslos gegen die Stärke der Patientin, mit der sie ihr Schlechtgehen demonstriert. Meine Impulse, es liege jetzt alles an ihr, prallen an ihr ab, an den Ansprüchen und Vorwürfen an den Mann.“ Sie hatte noch nie deutlich gemacht, wie unzufrieden sie auch in der Ehe ist. In der Gegenübertragung eine Mischung von Verzweiflung und Ärger, ob es der Patientin jemals besser gehen darf.

19. Stundenprotokoll S.M. vom 14.11.91

Es ging ihr sehr schlecht, sie wollte gar nicht mehr kommen, Koffer packen und abhauen. Das Leben liege in ihrer Hand, und sie werde nicht damit fertig. Sie wisse viel und setze wenig um, wolle nicht soviel Verantwortung tragen. Ihrem Mann habe sie auch die Scheidung angekündigt. Alles ist so schwierig, vor allem seit sie sich wieder behaupten will. Schlimm ist die Rumbrüllerei des Mannes und daß er ihr niemals konkret sagt, was er an ihr auszusetzen hat. Er kommt wohl zu kurz durch das Kind, wahrscheinlich auch sexuell. Das Kind ist für sie beide eine Reifungsanforderung, mit der sie noch nicht zurechtkommen. Irgendwie muß es weitergehen. Ein Kind bedeutet auch Verzicht. Sexuelle Hemmung durch das Kind bei der Patientin, sie bringt sich um ihr Vergnügen. Frage: Fühlt sich der Ehemann durch ihre ständig nörgelnde Stimme angegriffen. „Wir diskutieren weiter diese Beziehung und die Möglichkeit eines Paargespraches“. Sie könne doch auch

wirklich aufbrausen und unangenehm sein, ihr würde es helfen, wenn er ihr konkret sagt, was ihn stört. Sie ist in der Ehe die Starke, der Mann überträgt vielleicht seine kindliche Abhängigkeit auf sie.

Ganz sicherlich eine kritische Stunde. „Patientin gibt ja selbst an, daß sie auf meine Besprechung der Begrenztheit der Stunden so reagiert habe, sie kündigt wohl auch mir aus Trotz die Scheidung an. Ich bin aber nicht wirklich beunruhigt, bleibe gelassen und sie geht auch wieder friedlicher weg“.

20. Stundenprotokoll SM vom 22.11.91

Die Tochter ist wieder krank, Schlafmangel und gereizt, nächste Woche kommt die Küche. Dennoch ist die Patientin wieder gefaßter und zeigt ihre starken Seiten. Sie hat sich weiter bemüht, die Unstimmigkeit mit ihrem Mann zu klären und ihn nochmals aufgefordert, lieber Kritik zu äußern. Ihr Mann sagte ihr, er fürchte ihre Äußerungen als Antwort und auch, daß sie ihn verlassen könnte. Ihr Mann ist empfindlich, und sie kann gut austeilen, ist sie die Stärkere? Sie denkt, Streit ist doch nicht so schlimm, Reibung erzeugt Wärme. In bösen Stunden ist sie wie ihr Vater, aber manche Seiten des Vaters sind auch wichtig fürs Überleben. Mit ihrer frechen dreisten Seite geht's ihr am besten, dann ist sie aber unbequemer für andere. Freunde mögen sie frech, die Familie nicht. Mit dem Vater ist es etwas besser geworden. Manchmal wolle sie zuviel Anerkennung und werde dann zu nachgiebig, dann geht's ihr psychisch schlecht. Bei ihrem Kind könne sie sich besser abgrenzen. „Wir thematisieren abschließend den Unterschied, ob jemand in einer Situation etwas nicht möchte oder ob er sie als Person ablehnt und ihre Schwierigkeiten, das zu unterscheiden.“ Das Fortschreiten der Therapie ist offensichtlich von der Patientin jetzt besser akzeptiert.

Kein kritisches Ereignis, aber die Patientin zeigt jetzt ihre motzige Kraft.

21. Stundenprotokoll SM vom 6.12.91

Die letzte Woche war wie immer furchtbar, sie habe seit Tagen Kopfschmerzen und könne kraftlos im Bett herumliegen. Es kam nämlich die neue Küche, und es paßte nicht alles. Sie ist so wütend darüber und war beim Anwalt. Die Tochter war ja krank und bekam dann noch eine Allergie gegen die Medikamente. Sie war völlig entnervt. Ihr Mann war jedoch wegen einer Knochenentzündung ebenfalls krank und damit zu Hause und unterstützte sie. Auch jetzt ging es wieder darum, wenn Mutter da gewesen wäre, hätte sie geholfen. Mutter nahm ihr viel ab, hat ihr wenig beigebracht, sie habe sich auch aus Bequemlichkeit zuviel helfen lassen. Sie habe wohl die Unstimmigkeiten in ihrer Ehe unterschätzt, es lief aber wieder besser. Sie sei beängstigt, weil die Eßstörung noch bestehe. „Wir besprechen, daß sie das Alltagsleben manchmal zum Kotzen findet, sich nicht ausgefüllt fühlt“. Die Patientin spricht wieder das bevorstehende Ende der Therapie an, Vorwürfe. „Ich teile ihr mit, daß es an ihr liegt, etwas aus ihrem Leben zu machen“. Sie sei nicht so bequem, sie sei manchmal zu gleichgültig dafür, alles koste soviel Kraft, sie müsse kämpfen. Verschlechtert habe sich auch ihr Leben dadurch, daß sie sich von ihrem Mann abhängiger fühlt. Sie steht zwischen Mann und Tochter wie früher die Mutter. Der Mann hakt manchmal aus wie ihr Vater früher.

Kritisches Ereignis: Vorwurf wegen Begrenztheit der Therapie, zugleich aber auch Einsicht in ihre Eigenverantwortung.

22. Stundenprotokoll SM vom 11.12.91

Es ist ein Ersatztermin, die Patientin hatte wieder Termine verwechselt. Angesichts dessen wird der Ärger über das bevorstehende Ende kurz thematisiert. Weihnachten ist für die Patientin Streß, viele Konflikte mit den Schwiegereltern, Sehnsucht nach Weihnachten, früher mit den Eltern. Einiges kann sie aber auch jetzt selbst gestalten mit ihrer Tochter. Mit ihrem Mann läuft es jetzt gut, durch seine Krankschreibung stand er ja auch sehr zu ihrer Verfügung. Sie hat wieder Angst vor dem Alltag. Sie konnten sich jetzt in Gesprächen ganz gut verständigen. Er habe ihr jetzt auch gesagt, sie klinge manchmal kiebig. Das sei für sie eher gut, wenn sie Rückmeldungen bekommt.

Es geht wieder um das Thema, was tut die Patientin für sich, sich mehr pflegen, anderen mehr Grenzen setzen. Eigentlich kann sie etwas für sich tun, hindert sich aber selbst daran. Alte Verbote. Zu Hause war verboten, daß es ihr gut geht. Wenn es ihr schlecht geht, nimmt der Mann auch mehr Rücksicht. Wenn es ihr gut geht, kann sie nämlich ganz schön unangenehm werden.

Insgesamt eine konstruktive Stunde mit neuen Einsichten; kurzes kritisches Ereignis zu Beginn der Stunde.

23. Stundenprotokoll SM vom 17.12.91

In dieser Stunde geht es um keinen aktuellen Konflikt, die Patientin läßt, wie in einer Vorwegnahme des Therapieendes, alle Problembereiche Revue passieren. Sie hat mit der Schwiegermutter gesprochen und erstaunlicherweise einen Kompromiß gefunden. Sie hat einen Fehler zugegeben, und die Schwiegermutter hat es nicht ausgenutzt. Mit ihrem Vater werde alles so bleiben, und sie könne nur ihre eigene Einstellung dazu ändern. „Ich thematisiere nochmals die fehlenden Außenkontakte“. Der Mann der Patientin hat wenig Bedürfnis danach, weil er bei der Arbeit guten Kontakt hat. Sie selbst mochte ihren Beruf, hatte aber viele Reibereien mit dem Chef, wurde öfter gekündigt. Sie konnte allerdings durch Leistung überzeugen. Im Beruf hatte sie ein gutes Selbstbewußtsein. Später habe sie sich zu sehr angepaßt, vor allem in der Ehe seit dem Kind, fühlte sich von Mann und Schwiegermutter abhängiger. Der Glaube, sie müsse immer viel dafür geben, wenn sie etwas beansprucht, das war für sie das alte Fahrwasser. Nochmals Vorwürfe an die Klinik N., wo man von ihr nur Anpassung erwartet habe, sie als Psychoterikerin abgestempelt habe. Ihr Mann und sie sind gegenseitig abhängig, müssen wohl lebenslang an ihrer Ehe arbeiten. Immer wieder die Frage, hat sie ein Recht auf ein Eigenleben. Ängste, daß ihr Mann in ihrer Abwesenheit die Tochter mißhandeln könnte, irrational, trotzdem vorhanden. Versteht sich an sich gut mit Männern, Mann eifersüchtig, eigentlich grundlos. Sie hemmt sich immer wieder selbst mit negativen Gedanken, denen sie aber versucht, etwas Positives entgegenzuhalten. Als Fokus für die verbleibenden Stunden geht es um die Verbote dagegen, es sich selbst gutgehen zu lassen, um eine Auseinandersetzung damit.

Kein spezifisches kritisches Ereignis.

24. Stundenprotokoll SM vom 3.1.1992

Der Patientin geht es gut, keine Katastrophenmeldungen. Sie ist erschöpft, weil die Tochter wieder krank ist. Sie zentriert dann auf die Erziehungsschwierigkeiten, die ihr Mann mit der Tochter hat. Das liegt vor allem an seinem inkonsequenten Verhalten, daß er keine Grenzen setzen kann. „Ich thematisiere, daß die Patientin häufig stärker und vernünftiger ist als ihr Mann und wie er das wohl empfinden mag“. Es ging ihr über die Feiertage gut, weil sie viel mehr als sonst gemeinsam unternahmen. Sie hat sich für 1992 vorgenommen, nicht auf der Strecke zu bleiben, wieder trainieren zu gehen, für Abwechslung zu sorgen. Bodybuilding ist auch zum

Spannungsabbau. Welche Möglichkeiten hat sie, mit der Wut umzugehen. Ihr fehlt dafür noch spielerischer Umgang, die Abstufungen. Bei ihm und bei ihr fehlt es an Aktivität. Sie müsse schon sich selbst schieben und könne nicht auch noch den Mann anschieben. Sie wird in diesem Jahr eine gute Stelle annehmen und ein bißchen dazu verdienen, damit Taschengeld haben. Da sie hervorhebt, daß sie an dem Arbeitsplatz allein sein wird, spreche ich wieder die Abkehr von der Welt an. Die Patientin meint, sie habe bisher sehr viel Zeit mit der Familie verbracht, weil sie immer etwas hinterher gelaufen sei. Da sie das reduziert habe, habe sie auf einmal viel Zeit. „Als Thema für die letzten sechs Stunden schlage ich ihr noch einmal Ängste vor anderen Menschen und vor Gleichaltrigen vor“.

Kein kritisches Ereignis, Patientin scheint zur Zeit das Therapieende zu akzeptieren.

25. Stundenprotokoll SM vom 8.1.92

Sie hat die Tochter für den Kindergarten angemeldet, es ist aber noch nicht sicher, ob die Tochter angenommen wird. Sie fühlte sich unangenehm berührt von den sehr genauen Nachfragen nach ihrem Privatleben. Wir besprechen das als Überempfindlichkeit seitens der Patientin. Sie hat den Mann auch wieder auf die Fahrgemeinschaft angesprochen, um selbst mit dem Auto auch wieder mobiler zu sein. Sie möchte wieder trainieren gehen. Wir thematisieren den Umgang mit neuen Leuten. Sie nehme viel schnell persönlich, das Selbstwertgefühl ist labil, sie ist verletzlich durch belanglose Kleinigkeiten. Fühlte sich oft schutzlos wie eine Schnecke ohne Haus. Manchmal brauche sie dann lange, um die Realität und ihr eigenes Erleben wieder zu trennen. Das habe sie gemerkt am Beispiel eines Gesprächs mit der Schwester. Sie könne auch im Streit unheimlich schwer ein Ende finden, habe dann ganz verbissene Kiefer. Früher habe sie doch guten Kontakt gehabt, jetzt eine Zeit lang gar nicht und müsse sich erst wieder rantasten. Mann und Tochter haben weiterhin Schwierigkeiten, sie habe sich aber weniger eingemischt und den Mann mehr wursteln lassen. Sie habe schwer eingesehen, daß ihr Mann einen eigenen Weg finden müsse. Sie sucht noch immer einen Weg im Leben als Erwachsene, hat an den Eltern kein Vorbild. Ihre Eltern waren unglücklich, seine Eltern maulen sich den ganzen Tag an, gucken sehr viel Fernsehen, Passivität sei auch die Gefahr ihres Mannes. Wie kann sie als junge Erwachsene mit Familie ein zufriedenes, noch lustiges Leben führen. Mit ihrer Wohnung ist sie jetzt zufrieden, dafür schämt sie sich nicht mehr so sehr. Mit sich selbst ist sie freilich überkritisch und unzufrieden. Mit ihrem Aussehen und ihrer Kleidung ist sie aber jetzt nicht mehr so überkritisch wie zu Beginn der Behandlung.

Kein kritisches Ereignis, friedliche Stimmung, progressive Strebungen, „mir wird der Friede mit der Patientin langsam unheimlich“.

26. Stundenprotokoll SM 22.1.1992

„Ich spreche ihre vernünftige, progressive Haltung an“. Die Patientin sagt, das bevorstehende Therapieende sei schon ein mulmiges Gefühl, sie würde aber wieder in Therapie gehen und würde sich wünschen, dann auch wieder zu mir kommen zu können. Ich spreche die Nachuntersuchung an. Sie geht dann alle Lebensbereiche durch, der geplante Urlaub, die nicht ganz gesunde Tochter. Ein dickeres Fell gegenüber Streitigkeiten von Mann und Tochter. Nimmt das Auto einmal die Woche, hat sich mit Schwester und Freundin verabredet. Zu Hause auch sichereres Gefühl, seit die neue Küche da ist. Hat sich deutlich abgegrenzt gegenüber einer Tante, die auch ein Alkoholproblem hat. Die Tochter wird so schnell erwachsen, der Mann möchte kein zweites Kind,

sie hat beim ersten viel verpaßt. Heute kann sie Wutgefühle gegen ihr Kind gut ertragen. Sie vermischt auch Mann und Vater nicht mehr so sehr in der Angst, kann das besser trennen. Sexuell gibt es noch Unzufriedenheit.

Kritisches Ereignis: Therapieende wurde angesprochen, aber sehr versöhnlich bearbeitet.

27. Stundenprotokoll SM vom 31.01.1992

Von jetzt an hat die Patientin noch drei Termine. Die Tochter war wieder krank, war streßig, sie bemüht sich um eine Familienkur. Sie hat das extra so eingerichtet, daß dort andere Leute sein werden und es die Möglichkeit zum Kontakt gibt. „Wir besprechen, ob sie ihren Mann mehr zu Kontakten verführen kann.“ Die Tochter hatte diesmal einen schlimmen Pseudokrapp-Anfall, sie hat das aber gut ausgehalten und Ruhe bewahrt. Die Patientin hat sich als Mutter sehr entwickelt, es sei ihr auch eine Hilfe, daß die Tochter reden kann. Sie ist sehr engagiert für ihre Tochter, z.B. bei Einlagen für deren Knickfüße, fühlt sich für sie sehr verantwortlich. Das war bei ihrer eigenen Mutter anders, Mutter konnte den Kindern wenig helfen, beschützte sie nicht gegen den Vater. Insbesondere mit der Bulimie konnte niemand in der Familie umgehen. Ihre Schwester hatte wohl selbst heimlich eine Bulimie. Mutter hat uns nie geholfen und hätte das gekonnt, war gar nicht die gute Mutter, jemand muß doch das Kind schützen. Sie erlebte das wieder, als der Opa mit ihrer kleinen Tochter spielte und sie als Mutter aktiv dazwischen ging. Sie kann inzwischen besser sich offen durchsetzen und dafür auch gerade stehen, die Verantwortung übernehmen. Das größere Problem ist noch geblieben, sich jemand anzunähern. Aber das will sie ja mit dem Urlaub z.B. ändern. Ihr Mann geht jetzt auch mit Kollegen weg, ansonsten bremst er sie eher, aber sie macht sich auch von seiner Meinung unabhängiger.

Keine Critical events: Therapieende wurde deutlich angesprochen. In der nächsten Stunde muß das Ausbleiben von Trauer und Wut über den Abschied thematisiert werden.

28. Stundenprotokoll SM vom 5.2.92

Die Patientin sieht sehr blaß aus, ausgesprochen krank. Bei ihr sei erhöhter Cholesterinspiegel festgestellt worden, und sie habe es wohl mit der Diät übertrieben. Sie habe sich überhaupt sehr zusammengerissen und sehr viel unternommen. Sie bemerke, daß das eine Torschlußpanik vor Therapieende sei. Ich spreche an, sie äußere sich ja auch weder traurig noch ärgerlich. Sie sagt, dahinter stecke Angst, wieder allein dazustehen. Die Tochter sei stolz darauf, wenn sie etwas allein könne und ertrage Mißerfolge besser als sie selbst. Mit ihrem Mann gehe es jetzt besser, weil sie ihre Einstellung zu ihm geändert habe. Durch das Kind habe sich ihr Leben sehr verändert, sie müsse doch sehr viel verzichten, mehr als vorher gesehen. In Punkt Kindererziehung kommt sie mit dem Mann jetzt besser aus, sie hätte ihn gern stärker, er braucht sie sehr, ist doch hilfloser als sie. Ihr Mann hat Angst vor einem zweiten Kind, sie nicht. „Wir besprechen, daß die Therapie hier wohl vor allem dazu diene, die Zeit nach D.'s Geburt zu bewältigen, was die Psychiatrie nicht leisten konnte“. Noch einmal Fokussieren auf ihre Kontaktscheu. Sie habe ein schlechtes Selbstwertgefühl, vermeidet deswegen immer noch Begegnungen, habe aber jetzt sich sehr bemüht, gegenzusteuern. Sie habe auch ein wenig Minderwertigkeitsgefühle, weil sie nur Hausfrau und Mutter ist, aber sie wolle sich der Meinung der anderen doch nicht beugen und zu Hause bleiben.

Kein kritisches Ereignis, sehr viel Einsicht, allerdings Vermeidung von Trauer und Enttäuschung anläßlich des Endes.

29. Stundenprotokoll SM vom 11.02.1992

Die letzten Tage sei sie müde und kraftlos gewesen, habe sich im Bett einigeln wollen. Das hänge vielleicht mit dem bevorstehenden Therapieende zusammen. Sie habe heute nicht kommen wollen, damit die Therapie insgesamt länger dauere. Die Mutter ihres Vaters wurde beerdigt, es habe ihr nicht viel ausgemacht, habe sie aber an Mutters Tod erinnert. Der Schmerz sei doch nicht mehr so groß. Sie trauert um Versäumtes bei ihrer Mutter und Versäumtes bei der Tochter während deren erster Lebensmonate, „ich frage sie nach Versäumtem in der Beziehung zu mir“. Sie meint, das werde sie erst hinterher merken. „Ich spreche an, sie habe sich hier wenig angelehnt“. Patient meint, sie müsse sonst auch immer stark sei, sich zusammenreißen. Schwäche zugeben fällt schwer, Gefühle zeigen auch. Sie sei dann schon oft ausgenutzt und gekränkt worden, ihre ruppige Haltung diene zum Schutz. Ihr Mann und sie haben noch immer zu wenig Kontakt, er ist aber bei der Tochter jetzt aktiver. Sie merke jetzt schon, daß die Tochter selbständiger werde und sie sie loslassen müsse. Sonst würde sie es wie ihre Mutter machen, so daß sie die Tochter ihrerseits später nicht mehr loslassen könne. Sie ist stolz, daß die Tochter nicht ihre Ängste hat. „Ich spreche nochmals an, wo sie sich selbst etwas gibt“. Sie meint, das ginge nur in langsamen kleinen Fortschritten. Sie habe auch jetzt mal Besuch zu Hause empfangen und gemerkt, daß sie aus Unsicherheit furchtbar viel geputzt habe vorher. Es gehe auch um mehr Selbstwertgefühl als Nur-Hausfrau, da wolle sie sich aber nicht beirren lassen.

Die gesamte Stimmung der Stunde war traurig, es ging um das Erreichte und das Versäumte. Nächste Stunde wird die letzte sein.

30. Stundenprotokoll SM vom 17.2.92

Heute ist die letzte Therapiestunde. Während die letzte Stunde traurig getönt war, zieht sie heute mehr sachlich Bilanz. Sie sei mutiger geworden, sei noch nicht standfest. Die Eßstörung werde dann problematisch, wenn sie zuwenig unternehme. Bezüglich des Endes habe sie Hoch- und Tiefstimmung, sie freue sich und habe auch Angst. Sie sei noch nicht so sicher, wie sie möchte. Mit ihrer Tochter sei sie jetzt sehr viel sicherer geworden und möchte das für sich selbst auch. Sie werde mit Problemen kompetent fertig, aber das Schöne und die Kleinigkeiten kann sie nicht so gut. Sie habe gemerkt, daß sie für sich selbst verantwortlich ist. Sie habe weniger Kontakt zur Verwandtschaft und das sei für sie günstig. Noch einmal spricht sie über den Tod der Mutter, die sie heute realistischer sehen kann. Mutter hat ihr viel mitgegeben fürs Leben. Analogie Mutter und deren Tod und das Ende der Therapie. Hatte Mutter nicht auch Spaß, darf sie nicht auch Spaß haben. Sie hat noch einmal alle Themen Revue passieren lassen und schließt jetzt friedlich ab. „Ich glaube, daß wir uns beide auf den Nachuntersuchungstermin freuen, um zu gucken, was aus ihr geworden ist“.

Supervisionssitzungsprotokoll SM vom 6.6.91

Nach der Fallvorstellung formuliert die Gruppe gemäß der Methoden der zyklisch-maladaptiven Kommunikation:

Die positiven Erwartungen der Patientin: Angenommen sein in Aggressivität und Hilflosigkeit.

Die negativen Erwartungen der Patientin: Verachtung, sexuelle Übergriffe.

Ihr Verhalten in Bezug auf andere: Sie zeigt keine Bedürftigkeit und erstickt jeglichen gefühlshaften Ausdruck im Keim. Durch Provokation verfährt sie nach dem Motto: Angriff ist die beste Verteidigung.

Reaktionen der Anderen: Die Mutter reagiert bei Auseinandersetzungen hilflos depressiv, der Vater ist jähzornig, tötlich aggressiv und begeht sexuelle Übergriffe.

Selbstbild (Introjekt): Sie erlebt Schuldgefühle, wenn sie anderen Wünsche abschlägt. Sie erlebt sich als destruktiv aggressiv. Sie sei ehrgeizig, habe hohe Ansprüche und lege Wert auf Perfektion.

Supervisionssitzungsprotokoll SM vom 13.6.91

Erwartung der Patientin: Die anderen werden mich verachten.

Reaktionen der Patientin: Vorwürfe, Enttäuschungsprophylaxe mit Einschränkung der Kontakte zu anderen.

Wunsch der Patientin: Nähe und Anerkennung sowohl ihrer aggressiv verletzenden wie auch hilfsbedürftigen Seiten.

Erwartungen an Andere: Ablehnung, Mißachtung, Beschämtwerden, Übergriffe.

Verhalten der Patientin: Bedürfnisse und Gefühle werden nicht zugegeben, Kontakte werden vermieden oder verlaufen nach dem Prinzip 'Angriff ist die beste Verteidigung'.

Verhalten der Anderen: Ablehnung, Übersehen oder Nichtbeachten der Patientin.

Selbstbild, Introjekt: Das Erleben, offen abgelehnt, beschämt und übersehen zu werden bestätigt die Überzeugung, schlecht und böse zu sein.

Supervisionssitzungsprotokoll SM vom 29.8.91

[...] Gelaufen sind bisher 9 Stunden. Entsprechend der Supervision durch Bill Henry wird sehr darauf fokussiert, daß die Patientin sich von anderen abschottet, auch wenn diese ihr gar nichts Böses tun. Vorgestellt werden Bandausschnitte aus der 7. Sitzung.

Vorausgegangen war, daß die Patientin die Therapiestunde nach ihrem Urlaub wegen eines Wasserrohrbruches absagte, keinen Ersatztermin vereinbarte und dann in der nächsten Woche kam, um zu berichten, wie schlecht es ihr gegangen war. Während des geplanten Urlaubes war nämlich die Tochter erkrankt, sie war mit der Tochter tagelang im Krankenhaus und entwickelte zahlreiche Symptome. Wünschenswert wäre eine Reaktion der Patientin, auf ihr Rückzugsverhalten aufmerksam zu werden.

Ein zentrales Thema der Behandlung ist jetzt der Tod der Mutter und die fortbestehende phantasierte Beziehung zur Mutter, deren Tod sie zunächst völlig verleugnet hatte. Traum von der Mutter: Mutter buddelt sich aus dem Grab heraus, umarmt die Patientin und beißt ihr in den Hals. Anhand dieses Traumes wird verständlich, wie sehr die Patientin in der Illusion lebt, für Mutter so wichtig gewesen zu sein, sie genährt zu haben. Dies in Zusammenhang mit narzißtischen Größenphantasien, die aufgegeben werden müssen; mit diesen Mechanismen vermeidet sie Realbeziehungen. Genetisch verständlich: Die unglücklich verheiratete Mutter stützte sich allzusehr auf ihre Kinder, um die sie sich zugleich sehr bemühte (Hinweis auf die Verbindung von Cluster 1.4 und 1.8). Dies wird auch als Übertragungsphantasie verstanden, daß die Patientin sich vor ihrer Liebe schützen möchte, um etwas Böses zu vermeiden. Deutlich wird, daß die Patientin von der Mutter emotional, vom Vater auch sexuell mißbraucht wurde. Bei Streß verwischen sich für die Patientin die Identität ihrer Tochter mit ihrer eigenen, die Vergangenheit mit der Gegenwart. Ihre Überkontrolliertheit hat auch eine gesunde Schutzfunktion. Als Fokus wird nochmals formuliert, Abschied von der Mutter, Aufgabe der Illusion, sie narzißtisch am Leben zu erhalten, auch sonst selbst keinen Bestand zu haben; Abschied von Größenideen. So vermeidet die Patientin durch ihre Abwehr, sich heute besser zu fühlen. Ich-Stärkung durch

Ansprechen der Mechanismen. Schuldgefühle gegenüber den Eltern, wenn sie selbst es sich besser gehen läßt. Hinweise auf Mißbrauch in der Mutterbeziehung, Aufgabe der Spaltung der Eltern als Ziel. Positiv: Eigentlich hat sich die Patientin eine Lebenssituation geschaffen, in der es ihr gut gehen könnte.

Supervisionssitzungsprotokoll SM vom 24.10.91

[...] Diese kommt nach einem Streit mit dem Ehemann gemeinsam mit ihrer Tochter zur Therapiestunde, aus Angst, ihr Ehemann könnte ihre Tochter mißhandeln (genauso wie ihr Vater sie seinerzeit mißhandelt hat). Es fällt auf, daß im Zustand heftiger Erregung eine Trennung früherer und aktueller Objekte nicht mehr möglich zu sein scheint. In der Therapie entsteht die Gegenübertragung: 'Die Patientin hat mich im Griff'. Die Patientin scheint die Therapeutin dazu verführen zu wollen, die Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie zu verwandeln. In der Erörterung des Therapieverlaufes fällt auf, daß im vorgestellten CMP die von der Patientin ausgehenden Kontrollpattern fehlen. Für den weiteren Therapieverlauf wird es wichtig sein, die Zeitbegrenzung und damit die Trennung von der Therapeutin anzusprechen, was sicher zu einer heftigen Auseinandersetzung führen wird.

Supervisionssitzungsprotokoll SM vom 12.12.91

[...] Die Patientin erzählt in den Therapiesitzungen jeweils, wie schrecklich die vergangene Woche gewesen sei. Sie scheint nun einen 'neuen Schuldigen' zu haben, nämlich den Ehemann, den sie zuvor idealisiert habe. Außerdem bemerke sie, daß das Kind die Ehe beschädigt habe. Im Laufe der weiteren Therapie übt die Patientin jedoch weniger Anklage an andere und hinterfragt sich zunehmend selbst und ihre Bedürfnisse (1.6 nimmt ab). Cluster 2.8 scheint aber weitgehend erhalten zu bleiben, nach wie vor nimmt sie wenig Kontakt zu anderen auf. In der Beziehung zur Therapeutin kommt es zu wechselseitigen Vorwürfen, wobei beide jeweils ein wenig Recht zu haben scheinen. Auffällig ist hier ein häufigeres Auftreten von Cluster 3.4 im Introjekt.

Supervisionssitzungsprotokoll SM vom 23.1.92

In der Vorstellung des Therapieverlaufes der Patientin SM weist die Therapeutin auf die am Anfang der Therapie problematische gemeinsame Langzeittherapiephantasie von Patientin und Therapeutin hin. Die Patientin erscheine ihr derzeit 'verdächtig brav'. In der weiteren Erörterung erscheint die Patientin lebendiger und aktiver, kann besser die Objekte differenzieren, eigene Wünsche und Bedürfnisse besser wahrnehmen, Denken und Handeln können voneinander differenziert werden. Es scheint sich eine flirtende Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin eingestellt zu haben, die eine positive Identifikationsmöglichkeit bietet. In der nun anstehenden letzten Therapiephase wird es um die adäquate Vorbereitung des Abschiedes und das Zulassen der notwendigen Trauer gehen.

14. Epikrise Patientin SM vom 18.3.92

Ambulante Behandlung vom 15.4.91 bis zum 17.2.92

Zur Symptomatik: Deutlich gebessert haben sich die innere Unruhe der Patientin, ihre Ängste beim Alleinsein, die Dunkelangst, die fast paranoiden Ängste nachts allein in der Wohnung. Mit der Eßproblematik hat sie noch zu kämpfen, es kommt zwar nur sehr selten zu bulimischen Anfällen, aber das Eßverhalten nimmt einen noch

zu großen Raum ein, und sie muß sich deutlich kontrollieren. Ihre Einschränkung in Kontakten und Freizeitaktivitäten ist ihr als Problem deutlich bewußt, und sie bemüht sich in kleinen Schritten, daran etwas zu verändern.

Zu den aktuellen Beziehungen: Es ist der Patientin gelungen, die Ansprüche der Verwandtschaft an sie besser in Grenzen zu halten, insbesondere sich von ihrem Vater und der Schwiegermutter wieder in einen für sie guten Abstand zu bringen, ohne zu sehr an Schuldgefühlen zu leiden. In der Beziehung zum Ehemann kommt es immer wieder zu Auseinandersetzungen, die im wesentlichen die Erziehung der Tochter betreffen. Die an sich gute Basis dieser Beziehung ist erhalten. Die Patientin hat erkannt, daß das Zusammenleben besser läuft, wenn sie ihn im Zusammenhang mit der Tochter nicht zu sehr bevormundet, so daß er auch eigene Erfahrungen machen kann. Deutlich wurde, daß die Patientin im Grunde die Stärkere ist. Die Wahl eines schwächeren Mannes scheint für sie aber zu stimmen, weil sie so die Angst, behandelt zu werden wie früher vom Vater, wohl besser bannen kann.

Zu früheren Beziehungen: Zentrales Thema der Behandlung war noch einmal die Mutterbeziehung, Wünsche an die verstorbene Mutter und der unbewältigte Tod. Hier hat die Patientin entscheidende Arbeit an sich geleistet, die Mutter wird heute realistischer gesehen und sie versucht mehr und mehr, sich von den Wünschen an die Mutter weg zu entwickeln und selbständiger und autonomer zu leben, das Gute mit der Mutter aber auch stehen lassen können. In Zusammenhang mit dieser neuerlichen Ablösungskrise von der verstorbenen Mutter wurde die Patientin selbst in der eigenen Mutterrolle auch zunehmend sicherer. Zusätzlich wurde ihr deutlich, daß sie in der Fürsorge für den Vater den Wunsch hatte, mit ihm endlich eine bessere Beziehung herstellen zu können. Auf die Unmöglichkeit, den Vater doch noch für sich zu gewinnen, reagierte sie teils wütend, teils traurig; sie hat dies ebenfalls als Realität akzeptiert.

Zur Übertragung/Gegenübertragung: Die Patientin verhielt sich anfangs eher abgeschottet und distanziert, verleugnete die therapeutische Beziehung im Kognitiven. Dann entstand eine Mittelphase, in der gutes Einvernehmen herrschte in der Phantasie, es komme nun doch eine Langzeittherapie zustande. Mit dieser gemeinsamen Phantasie konfrontiert, kam es zu heftigen Auseinandersetzungen in der Behandlung, Symptomverschlechterung und wütenden Drohungen. Parallel mit der Durcharbeitung der Mutterbindung konnte die Patientin sich mit dem vereinbarten Setting arrangieren und dann auch deutlich progressive Strebungen unternehmen. Daß diese teilweise angstbindenden, pseudoprogessiven Charakter hatten, wurde ihr selbst bewußt.

Abschließende Beurteilung: Deutliche symptomatische Besserung, deutlich gebessertes Verständnis für heutige und frühere Beziehungen, insgesamt gute Stabilisierung. Ein kleiner Ärger bleibt noch beim Abschluß, da die Patientin die vereinbarten Fragebögen noch nicht abgeliefert hat. Vereinbarung ist mit der Patientin ein Nachuntersuchungstermin in sechs Monaten.

15. Katamnesen Patientin SM

1. Katamnese SM vom 30.9.92

Frau M. berichtete, sie fühle sich zuweilen wie auf einem Drahtseil, mal gut mal schlecht, habe dem Schlechten aber wenig entgegenzusetzen. Sie leide unter Schlafstörungen und müsse gegen ihre Eß- und Brechsucht

ankämpfen. Einmal im Monat komme es dabei zum Erbrechen. Im letzten halben Jahr, seit dem Ende der Kurztherapie, waren leichtere Eßprobleme häufiger (sie schätzt, daß das Eßproblem an dreißig Tagen bestanden hätte). Häufig gebe es Streit mit dem Ehemann über die unterschiedlichen Auffassungen zur Kindererziehung. Sie empfinde ihn als egoistisch und müsse sich von ihm Vorwürfe anhören, auch wegen des eingeschränkten Sexuallebens. Wenn sie dann versuche, ihm etwas zu erklären, fühle er sich schnell angegriffen. Auch könne sie sich gegen die Verwandtschaft nicht so durchsetzen, könne schlecht nein sagen, „trample dann auf sich herum“, habe ein schlechtes Gewissen. Sie fürchte, von anderen Vorwürfe zu bekommen und Hinweise auf „offene Rechnungen“.

Zur aktuellen Lebenssituation berichtet Frau M. weiter, daß sie darunter leide, in ihrer Wohnung wenig Rückzugsmöglichkeiten zu haben. Der Ehemann sei sehr bequem, und sie müsse für die Durchsetzung ihrer Bedürfnisse stets kämpfen, was ihr jetzt aber auch besser gelinge.

Sie spüre deutlich, daß sie für ihre „seelische Auseinandersetzung“, die auch nach Ende der Kurzzeittherapie weitergehe, körperliche Kraft benötige. Hierzu könne sie sich jetzt aber auch mehr Ruhe gönnen. Sie sei momentan nicht berufstätig, plane aber eine teilzeitige Beschäftigung für das nächste Jahr. Die Entwicklung ihres Kindes erlebe sie derzeit mit Freude und habe das Gefühl, darüber auch eigene Kindheitsdefizite nachzuholen.

In der Kurzzeittherapie sei ihr vieles bewußt geworden über die eigene Entwicklung. Sie wisse, daß sie ihre Ziele und Wünsche selbst verfolgen müsse, daß dies kein anderer für sie tue.

Hinsichtlich ihrer Beschwerden merkte Frau M., daß die meisten Sachen besser geworden seien, besonders ihre Ängste. Die größten Probleme lägen, wie eingangs schon erwähnt, noch beim Essen. Zu ihrer Familie habe sie ein besseres Verhältnis und mehr Distanz gewonnen, sowohl zum Vater als auch zu den Schwiegereltern. Wichtig sei für sie, nach dem Ende der Kurzpsychotherapie auch über die Vorstellung Sicherheit zu gewinnen, hier, in dieser Klinik, immer noch Hilfe zu bekommen, wenn sie sie benötigen würde.

Zu ihrer körperlichen Befindlichkeit erklärte Frau M., daß sie seit ca. 6 Wochen unter Husten und Auswurf, verbunden mit Atemnot besonders nachts, leide und vom Arzt der Verdacht auf ein allergisches Asthma geäußert worden sei. Sie vermute, daß es vielleicht auch damit zusammenhänge, daß ihr Vater momentan sehr krank sei (infolge seines Alkoholkonsums). Andere Belastungen sehe sie in der ehelichen Beziehung.

Zur Medikamenten,- Genußmittel- und Drogenanamnese bemerkte Frau M., daß sie derzeit nur Hustenmittel auf homöopathischer Basis einnehme, 10 Zig. täglich rauche und keinen Alkohol oder Drogen konsumiere.

Zum Selbstbild stellt Frau M. fest: „Ich fühle mich wie eine Tänzerin auf einem Drahtseil, das breiter geworden ist, aber noch wackelig“. Wichtig sei für sie, daß sie jetzt nicht mehr nur schwarz und weiß sehe, sondern daß es dazwischen auch viele Grautöne gebe.

2. Katamnese vom 27.5.93

Frau M. berichtet, daß sie „im großen und ganzen sehr zufrieden“ sei. Manchmal fühle sie sich „wettermäßig“ etwas anfällig, könne sich dann schwer aufraffen, sei lustlos, niedergeschlagen und schwerfällig. Sie gehe jetzt 1x wöchentlich arbeiten, verdiene dadurch eigenes Geld und fühle sich damit wohl. In der Ehe sei es manchmal schwierig, da ihr Ehemann der Tochter gegenüber oft ungeduldig sei, während sie die Tochter zu beschützen versuche. Der Ehemann neige dazu, die Tochter zu überfordern und glaube, daß sie, die Patientin,

die Tochter zu sehr verwöhne. In Gesprächen über dieses Problem sei er sehr uneinsichtig, „vielleicht auch wegen seiner eigenen Vergangenheit“.

Seit etwa einem halben Jahr merke sie, daß sie mehr bei sich bleiben könne, auch wenn andere eine andere Meinung vertreten. Auch sei ein schlechter Tag, den es insgesamt viel seltener gebe als früher, für sie keine Katastrophe mehr. So etwas dürfe es jetzt auch geben. Ein häufiger Anlaß für schlechte Stimmung seien Familienfeste.

Zu ihrer körperlichen Befindlichkeit erklärte Frau M., daß sie unter leichten „allergischen Erscheinungen“ leide, daß sie aber so intensiv in Aktivitäten eingebunden sei, daß sie nicht zum Arzt gehen wolle.

Zur Medikamenten-, Genußmittel- und Drogenanamnese bemerkte Frau M., daß sie 10-20 Zig. täglich rauche, gelegentlich ein Glas Bier trinke und keinerlei Medikamente einnehme.

Zur aktuellen Lebenssituation berichtete Frau M., daß sie sich vom Vater mehr distanziert habe, da sie „keine Lust mehr habe, ihn besoffen in der Wohnung zu erleben“. Manchmal meine sie, zum Vater gehen zu müssen, mache dies aber nicht mehr, wenn sie keine Lust dazu habe. Sie glaube, daß er sich nichts mehr aus ihr mache. Der Kontakt zu den Geschwistern sei gut, auch die Kinder würden sich gut verstehen. Auf der Seite des Ehemannes gebe es immer Streß und Ärger in der Familie, sie halte sich da aber raus. „Die verlangen viel, geben aber wenig“. Der Ehemann fahre nur noch alleine zu seinen Eltern und tue dies wohl ausschließlich aus schlechtem Gewissen. Ihre Schwiegermutter erlebe Frau M. fordernd und einschränkend ohne Bereitschaft, einmal zu helfen.

Ansonsten habe es in ihrer Lebenssituation keine wesentlichen Veränderungen gegeben. Sie versuche, sich „ihren Bereich“ wohliger zu gestalten. Das scheitere jedoch manchmal an den Finanzen.

Die sexuelle Beziehung zum Ehemann sei für sie schwierig. Sie brauche dazu die richtige Stimmung. Da der Ehemann aber nicht mehr so fordernd sei wie früher, gebe es auch hier weniger Probleme.

Zum Selbstbild äußerte Frau M., daß sie heute über mehr Gelassenheit und Ruhe verfüge und fröhlicher sei. Sie erlebe bei sich selbst und im Leben mehr Vielfalt und könne heute auch eine „Mutter für sich“ sein.

Die Kurzzeittherapie habe ihr sehr dabei geholfen zu erkennen, wo sie sich selbst im Wege stehe. Sie habe erkannt, daß sie sich selbst wehren, aber auch Begrenzungen akzeptieren müsse. In der Therapie habe sie sehr an sich arbeiten müssen. Das Wissen, „da ist jemand, zu dem man gehen kann“, habe viele Entwicklungsmöglichkeiten geschaffen. Zunächst habe sie geglaubt, daß die Therapie zu kurz gewesen sei, habe sich aber dann gesagt, „jetzt muß du selbst was machen“.

3. Katamnese SM vom 21.7.94

Frau M. berichtet, daß sie sich vom Vater getrennt habe, der Alkoholiker sei und sie „immer wieder angemacht“ habe. Auch mit den Schwiegereltern sei es zum Bruch gekommen, weil diese ihrer Tochter immer wieder Angst gemacht hätten. Sie hätten dem Kind z.B. mit Geistern gedroht. Die Trennung belaste sie nicht, im Gegenteil, sie fühle sich jetzt viel wohler. Bezüglich des Vaters habe sie Angst, was wird, wenn der seine Arbeit oder seinen Führerschein verliert und dann auf ihre Hilfe angewiesen wäre („was kommt da noch auf mich zu“). Ihre jetzt bessere Fähigkeit zur Abgrenzung führe sie entscheidend auf die Erfahrungen in der Kurztherapie zurück.

Zu momentan bestehenden Beschwerden bemerkte Frau M., daß sie im letzten Jahr mehr mit Depressionen zu tun habe, dies aber zumindest zum Teil auch auf eine Unverträglichkeit oraler Kontrazeptiva zurückführe. Mal

sei es ihr eine Woche schlecht gegangen, dann wieder 2 Wochen gut, manchmal war auch nur ein Tag schlecht. Wenn sie sich schlecht gefühlt habe, hätten Lustlosigkeit und Antriebsstörungen dominiert, manchmal habe sie auch am Leben Zweifel gehabt, alles sei dann nur noch schlecht gewesen, Gutes habe sie dann nicht mehr sehen können. Im Unterschied zu früher könne sie sich in solchen Phasen jetzt aber auch Ruhe gönnen, müsse sich dann nicht noch zusätzlich fertig machen. Zu solch depressiven Reaktionen käme es oft nach einem Streit mit dem Ehemann über Belanglosigkeiten. Sie fühle sich manchmal auch total unwichtig, z.B. wenn ihr Mann sie nicht ausreichend beachte oder ihren Wünschen folge. Heute sei es ihr aber möglich, über ihr Erleben mit dem Mann zu sprechen und das Gefühl zu haben, von ihm verstanden zu werden. Ihre Beziehung zur Tochter sei unkomplizierter als die Beziehung der Tochter zu dem Ehemann (Vater). Tochter und Ehemann seien sich wohl zu ähnlich, um miteinander klarzukommen. Ihr Mann habe häufig das Gefühl, daß die Tochter (5 J.) mehr auf die Mutter höre.

Zu weiteren zwischenmenschlichen Beziehungen berichtet Frau M., daß sie sich mehr und mehr Freunde und Bekannte gesucht habe, was wegen der Versorgung des Kindes allerdings oft schwierig gewesen sei. Oft sei sie eben mit dem Kind unterwegs, könne sich dann aber auch mit anderen Müttern über „Kinderkram“ austauschen. Sie mache die Feststellung, daß das nur in der Vorstellung so schwer war. Immer wieder stelle sich dabei aber noch das Gefühl ein, weniger wert als andere zu sein. Sie habe aber andererseits auch das Gefühl, heute in Beziehungen mehr zu riskieren.

Anschließend bemerkte Frau M., daß sich insgesamt sehr viel positiv verändert habe, sie aber auch glaube, daß sie daran weiter arbeiten müsse, um es „zu pflegen und zu schützen“.

4. Katamnese SM vom 24.4.97

Die Patientin spricht initiativ ihre schwierige eheliche Situation an, sie habe den Eindruck, ihr Ehemann und sie redeten aneinander vorbei, es gäbe lange, ergebnislose Streitigkeiten um Kleinigkeiten, ihr Ehemann verstehe sie nicht, er könne ihr auch nicht zuhören, werde zudem immer phlegmatischer, überlasse der Patientin die Arbeit. Auch zwischen der neunjährigen Tochter und dem Ehemann gebe es oft Konflikte, in denen beide stur und dickköpfig seien, in denen dann beide von der Patientin erwarten, sich auf ihre Seite zu schlagen. Der Ehemann sei inzwischen Vorarbeiter bei Daimler, wodurch sich sein Gehalt erfreulich verbessert habe, aber er benehme sich nun auch zu Hause wie ein Vorarbeiter. Überaus empfindlich habe die Patientin vor etwa 1 ½ Jahren auf eine Bemerkung ihres Ehemannes bezüglich ihrer Figur und ihres Eßverhaltens reagiert, sie sei außer sich gewesen, sei anschließend wieder symptomatisch geworden. Bis vor einem ¾ Jahr habe sie fast durchgängig nach jedem Essen erbrochen, habe gleichwohl zugenommen.. Sie habe sehr gelitten, habe sich nur mühsam aus ihren Selbstvorwürfen lösen können, habe dann trotzig gedacht: „Der soll nur mal in den Spiegel gucken, wie er selber aussieht“. Vor einem Dreivierteljahr habe die Patientin ihr Eßverhalten wieder in den Griff bekommen, sie habe seitdem nicht mehr gebrochen, kontrolliere sich beim Essen aber sehr bewußt. Die Patientin sei ferner ausgesprochen unruhig, sie sei deswegen bei der Hausärztin gewesen, die ihr Johanniskraut verschrieben habe.

Frau M. habe zum Jahreswechsel 1996/97 auf eigenen Wunsch ihre Berufstätigkeit aufgegeben, sie sei seitdem Hausfrau, womit sie gut klar komme, sie habe mehr Zeit für ihre Tochter, auf die ehelichen Beziehungen habe es sich nicht ausgewirkt. Arztbesuche unternehme sie nur im Bedarfsfall, wegen ihrer Rückenbeschwerden sei

sie fortlaufend in Behandlung, kürzlich außerdem wegen einer Allergie. Keine Medikamente außer Johanniskraut.

Kein Alkohol, die Patientin sei seit langem Raucherin.

Die eheliche Beziehungssituation ist wie bereits beschrieben problematisch, Frau M. habe auch schon an Trennung gedacht. Sie habe ferner eindringlich eine Eheberatung gewünscht, was der Ehemann aber strikt verweigert habe, das seien ihre Probleme, nicht seine. Auch eine weitere von der Patientin geschilderte Beziehungsepisode betreffend den Schwager ist konflikthaft: Zum Ende eines familiären Zusammentreffens habe die Patientin ihn auf seine Alkoholisierung angesprochen, er könne nicht mehr Autofahren, worauf der Schwager böse und ausfallend reagiert habe. Frau M. spricht die Situation zunächst als Beispiel dafür an, nicht genügend Selbstbewußtsein zu besitzen, sich leicht verunsichern zu lassen.

Die sexuelle Beziehung zum Ehemann sei gut, da gebe es Gott sei Dank keine Probleme.

Frau M. beschreibt sich selbst als jemanden, die ohne jedes Selbstbewußtsein aufgewachsen sei, die immer nur versucht habe, es anderen recht zu machen. Sie betont, ihrer Tochter einen anderen Weg ermöglichen zu wollen, sie so sein zu lassen, wie sie ist. Auch das derzeitige Selbstbild der Patientin geht in diese Richtung: Sie lerne es, selbstbewußter zu sein, sich zu behaupten.

Im Rückblick auf die Kurztherapie ist die Patientin irritiert, auf welche Behandlung sie die Fragen beziehen soll, sie habe zunächst eine längere ambulante Therapie begonnen, als die Tochter ein Jahr alt war (das müßte also heute 8 Jahre zurückliegen), sie habe später im Anschluß an das Erdbeben in Düsseldorf noch einmal einige Stunden erhalten. Die Behandlung habe ihr sehr gut getan, sie habe damals gelernt, daß Mutter zu werden mehr sei, als nur ein Kind zu gebären, daß auch andere Frauen mit dieser Umstellung Probleme hätten, sie habe begriffen, daß sie deshalb damals so unzufrieden gewesen sei und an Bulimie erkrankt sei, obwohl sie eigentlich von sich erwartet hätte, daß es ihr gut geht. Die Therapeutin sei für sie wie eine Mutter gewesen, die zuhört und manchmal einen guten Rat gibt. Sie sei gern gekommen.

16. Klinische Basisdokumentation der Patientin SM

16.1. Klinische Basisdokumentation bei Aufnahme der Patientin SM

16.1.1. GBB

Im Vergleich zu ihrer Alters- und Geschlechtsgruppe der Gesamtbevölkerung ist der Gesamtbeschwerdedruck der Patientin extrem hoch (Prozentrang 99), im entsprechenden Vergleich mit Patientinnen einer psychosomatischen Ambulanz liegt sie (PR 86) deutlich über dem Durchschnitt. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist sie in allen Skalen hochgradig auffällig, im Vergleich zu Patientinnen besonders in den Skalen Gliederschmerzen, Herzbeschwerden und Magenbeschwerden. Die Patientin hält ihre Beschwerden für überwiegend psychisch bedingt.

16.1.2. Gießen Test - Selbstrating

Die Patientin schildert sich selbst als deutlich depressiv, ängstlich, selbstkritisch, Ärger unterdrückend und abhängig (Grundstimmung), in den übrigen Skalen erlebt sie sich nicht wesentlich unterschieden von anderen Menschen.

16.1.3. Gießen Test - Fremdrating

Die Therapeutin hält die Patientin für besonders depressiv, d.h. bedrückt, ängstlich, Ärger hineinfressend und abhängig (Grundstimmung), für retentiv, d.h. verschlossen, anderen fern, mißtrauisch und Liebesbedürfnisse zurückhaltend (Durchlässigkeit) sowie für eher sozial nicht resonant, d.h. unbeliebt, mißachtet und nicht durchsetzungsfähig (Soziale Resonanz).

16.1.4. Narzißmus-Inventar

Im Vergleich mit gesunden Probandinnen fällt die Patientin auf durch eine Fragilität des Selbst mit massiven Ängsten und depressiven Gefühlen (OHS) und durch die besonders geringe Sehnsucht nach einem mitschwingenden, stützenden und tragenden Objekt (SYS) sowie durch geringe optimistische Zukunftserwartung (BAH). Im Vergleich zu gleichaltrigen Patientinnen fällt sie nur auf wegen der gering ausgeprägten Skala SYS wie oben. Schizoider Rückzug ?

16.1.5 Beurteilung

Die Patientin schildert sich selbst als symptomatisch hoch belastet. Im interpersonellen Kontext beschreibt sie sich überwiegend als depressiv-zurückhaltend. Die narzißtische Regulation ist hauptsächlich beeinträchtigt im Bereich ohnmächtigen Selbsterlebens mit Ängsten und depressiven Gefühlen, wobei die Sehnsucht nach einem empathisch-stützenden Objekt auffallend gering, somit deutungsbedürftig ist.

16.2. Klinische Basisdokumentation bei Entlassung der Patientin SM

16.2.1. GBB

Im Vergleich zu ihrer Alters- und Geschlechtsgruppe der Gesamtbevölkerung ist der Gesamtbeschwerdedruck der Patientin deutlich erhöht (Prozentrang 86), im entsprechenden Vergleich mit Patientinnen einer psychosomatischen Ambulanz liegt sie (PR 55) wenig über dem Durchschnitt. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist sie vor allem in den Skalen Gliederschmerzen und Erschöpfung sehr auffällig, im Vergleich zu Patientinnen nur in der Skala Gliederschmerzen. Die Patientin hält ihre Beschwerden für teils körperlich, teils psychisch bedingt.

16.2.2. Gießen Test - Selbstrating

Die Patientin schildert sich als eher verschlossen, anderen fern, eher mißtrauisch, Liebesbedürfnisse zurückhaltend (Durchlässigkeit). Die anderen Skalen, auch Grundstimmung, sind unauffällig.

16.2.3. Gießen Test - Fremdrating

Die Therapeutin schätzt die Patientin als eher depressiv (Grundstimmung) ein und als eigensinnig, gern dominierend und schwierig in enger Kooperation (Dominanz).

16.2.4. Narzißmus-Inventar

Im Vergleich mit gesunden Probandinnen fällt die Patientin weiterhin vor allem auf durch die geringe Sehnsucht nach einem mitschwingenden, stützenden und tragenden Objekt (SYS), daneben auch mit der Skala Ohnmächtiges Selbst (OHS, s.o.), Werte-Ideal (WEI), d.h. Stolz auf überlegene eigene Wertmaßstäbe und Autarkie-Ideal (AUI), d.h. überhöhte Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung sind besonders gering ausgeprägt. Im Vergleich zu gleichaltrigen Patientinnen fällt sie auf durch die besonders niedrige Skala SYS wie oben, durch die geringe Vorstellung, ohne ihre körperliche Erkrankung könne sie bedeutend mehr leisten (NAK), wie auch durch ein geringes Ausmaß in der Skala Werte-Ideal (WEI s.o.) und durch hypochondrisch-ängstliche Sorge um sich selbst als konkretisierende Bindung diffuser Ängste (HYA).

16.2.5. Beurteilung

Beurteilung: Die Patientin schildert eine hohe Belastung durch Symptome, die sich zu Therapieende verbessert (PR 99/86 versus 86/55). Sie befindet sich zu Therapieende im Durchschnittsniveau des Klientels einer psychosomatischen Ambulanz. Am meisten fällt sie auf durch die Skala Gliederschmerzen. Durch die Katamnesen ist bekannt, daß sie sich wegen einer organischen Rückenerkrankung in orthopädischer Behandlung befindet.

Im interpersonellen Kontext erlebt sich die Patientin nicht mehr als depressiv, jedoch als verschlossen, was vermutlich auf bessere Selbstwahrnehmung zurückzuführen ist, denn ihre Kontaktvermeidung war ein Fokus der Therapie gewesen. Die narzißtische Regulation ist eher durch besonders geringe Skalenwerte in einigen Skalen gekennzeichnet, durch geringe Sehnsucht nach einem Objekt und geringem Stolz auf eigene Werte, keine überhöhte Eigenverantwortung.

16.3. Klinische Basisdokumentation bei der 1. Katamnese der Patientin SM

Es liegen keine Tests vor

16.4. Klinische Basisdokumentation bei der 2. Katamnese der Patientin SM

16.4.1. SCL 90 R

Anstelle des GBB wurde nun die SCL 90 R vorgelegt. Im Vergleich zu einer Stichprobe gesunder Probandinnen beschreibt sich die Patientin als unauffällig, die Beeinträchtigung durch die Gesamtheit der Symptome ist recht niedrig (PST 30). Ein Vergleich mit GBB-Daten wird wegen der Verschiedenartigkeit der Tests nicht möglich sein.

16.4.2. Gießen Test - Selbstrating

Frau M. sieht sich selbst als unauffällig im Vergleich zu anderen Menschen.

16.4.3. Gießen Test - Fremdrating

liegt nicht vor

16.4.4. Narzißmus-Inventar

Im Vergleich zu einer Gruppe gesunder Probandinnen fällt die Patientin wieder auf durch die geringe Sehnsucht nach einem empathisch-stützenden Objekt (SYS), die geringe Suche nach einem idealisierten Objekt (SIS) und durch die niedrigen Werte in den Skalen AUI und WEI wie oben. Im Vergleich mit gleichaltrigen Patientinnen fällt sie in zahlreichen Skalen dadurch auf, daß sie besonders niedrige Werte in folgenden Skalen aufweist: SYS, SIS, HYA, WEI, AUI, Objektbewertung (OBA), Soziale Isolierung (SOI), Kleinheits selbst (KLS). Eine Interpretation fällt schwer, handelt es sich um soziale Erwünschtheit, um Verleugnung ?

16.4.5. Beurteilung

Die Patientin beschreibt sich auf Symptomebene und im interpersonellen Kontext als relativ gesund. Schwer zu deuten sind die Angaben zur narzißtischen Regulation. Offensichtlich hat sich das Erleben von Ohnmacht deutlich verbessert.

16.5. Klinische Basisdokumentation bei der 3. Katamnese der Patientin SM

Tests liegen nicht vor

16.6. Klinische Basisdokumentation bei der 4. Katamnese der Patientin SM

16.6.1. SCL 90 R

Anstelle des GBB wurde die SCL 90 R vorgelegt. Im Vergleich zu einer Stichprobe gesunder Probandinnen beschreibt sich die Patientin als etwas ängstlicher, wesentlich aggressiver und ein wenig paranoider im Denken. Die Beeinträchtigung durch die Gesamtheit der Symptome ist leicht erhöht (PST 55). Ein Vergleich mit GBB-Daten ist wegen der Verschiedenartigkeit der Tests nicht möglich.

16.6.2. Gießen Test - Selbstrating

Die Patientin schildert sich in den Skalen Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle und Soziale Potenz als durchschnittlich. Im Bereich Grundstimmung sieht sie sich selbst als eher depressiv, sowie in der Skala Durchlässigkeit als eher retentiv verschlossen.

16.6.3. Gießen Test - Fremdrating

Die TherapeutIn schätzt die Patientin als eher depressiv (Grundstimmung) ein und als eigensinnig, gern dominierend und schwierig in enger Kooperation (Dominanz). Die restlichen Skalen sind unauffällig.

16.6.4. Narzißmus-Inventar

Im Vergleich mit gesunden Probandinnen fällt die Patientin weiterhin vor allem auf durch die geringe Sehnsucht nach einem mitschwingenden, stützenden und tragenden Objekt (SYS). Daneben finden sich auch Abweichungen in der Skala Autarkie-Ideal (AUI), d.h. überhöhte Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung sind gering ausgeprägt. Im Vergleich zu gleichaltrigen Patientinnen fällt sie wieder auf durch die geringe Sehnsucht nach einem empathisch-stützenden Objekt (SYS). Die restlichen Parameter befinden sich bei der 4. Katamnese im Rahmen der Standardabweichung.

16.6.5. Beurteilung

Die Testergebnisse zeigen ein sich stabilisierendes Niveau der Patientin. Symptomatisch gibt sie eine leichte Belastung an, schätzt sich als besonders aggressiv ein. Im interpersonellen Kontext erlebt sich die Patientin selbst als leicht depressiv und verschlossen, was vermutlich auf die angespannte familiäre Situation zurückzuführen ist. Die narzißtische Regulation ist eher durch geringe Skalenwerte in einigen Skalen gekennzeichnet, durch geringe Sehnsucht nach einem Objekt und geringem Stolz auf eigene Werte, keine überhöhte Eigenverantwortung.

17. Fallstudie Patientin BW

17.1. Konsultationsgrund, Symptomatik

Die Patientin stellte sich erstmalig im März 1991 dem Konsiliardienst der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf mit zahlreichen somatischen Beschwerden (HWS-Syndrom, rezidivierende Diarrhoe im Wechsel mit Obstipation, innere Unruhe und Nervosität, Einschlafstörungen) und einer eher depressiven Symptomatik (Gefühl innerer Leere, Gefühl der Gefühllosigkeit und inneren Erstarrung, Rückzug aus sozialen Kontakten) vor.

17.2. Biographie

Frau BW (41 J) berichtete, das mittlere von insgesamt drei Kindern (Bruder +3, Bruder -3) zu sein. Ihr älterer Bruder lebe zum zweiten Mal in Scheidung und habe zwei Kinder aus erster Ehe und ein Kind aus der zweiten Ehe. Der um drei Jahre jüngere Bruder sei unverheiratet und lebe bei ihrer Mutter (67 J.). Zur Mutter bestehe eine gute Beziehung, sie könne sich mit allen Problemen an die Mutter wenden, und die Mutter sei ihr oft in kritischen Situationen behilflich. Der Vater sei im Jahre 1972 unter elendigen Umständen an einem Bronchialkarzinom verstorben, was sie nach wie vor stark belaste.

Beziehungen zu Männern: Kurz vor dem Tod ihres Vaters habe sie ihren späteren Mann kennengelernt, mit dem die Eltern allerdings beide nicht einverstanden gewesen seien. Mit diesem damals 43-jährigen Mann habe sie dann vier Jahre unverheiratet und weitere 15 Jahre verheiratet zusammengelebt. Im Januar 1991 sei sie von ihm geschieden worden. Ihr Mann sei von Beruf Kraftfahrer gewesen - die Ehe mit ihm sei insgesamt immer schwierig gewesen. Sie hätten von 1982 bis 1986 bereits einmal vier Jahre getrennt gelebt. Der Grund dafür sei gewesen, daß ihr Mann sie - insbesondere wenn er getrunken hatte - geschlagen und vergewaltigt habe. Darüber hinaus habe er sie oft angelogen und Lügen über sie verbreitet. Sie habe immer die Hoffnung gehabt, er werde sich noch ändern, bis sie relativ plötzlich im Sommer 1990 beschlossen habe, sich scheiden zu lassen. Sie sei über diese Entscheidung auch froh gewesen und wundere sich nun, daß sie derart depressiv verstimmt sei. Allerdings fürchte sie auch das Alleinsein und komme damit schlecht zurecht. Anfangs habe sie sich in ihrer Ehe Kinder gewünscht, später aber dafür gesorgt, daß sie von diesem Mann keine Kinder bekommen könne. Deshalb habe sie sich im Jahre 1988 auch sterilisieren lassen, was sie inzwischen bedauere. Zur sexuellen Entwicklung berichtet sie, daß ihr Mann abgesehen von ein bis zwei anderen Kontakten der einzige sexuelle Partner in ihrem Leben gewesen sei. Grundsätzlich habe sie die Sexualität mit einem Partner aber immer als eher unangenehm und als einen gewalttätigen Übergriff auf ihre Person erlebt. Zu einem Orgasmus

sei es nie gekommen. Insgesamt lege sie in einer Beziehung eher weniger Wert auf Sexualität, sondern mehr auf Zärtlichkeit und Freundschaft.

Beruf: Frau W. ist von Beruf Kinderpflegerin, finde aber z.Zt. besonders die Lärmbelastung im Kindergarten unerträglich und sehe deshalb keine Möglichkeit, an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren.

Am 02.04.1991 wurde die Patientin dann in der Psychotherapeutischen Tagesklinik der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aufgenommen und dort teilstationär bis zum 29.10.1991 mit analytisch-orientierter Einzelmusiktherapie, interaktioneller Gruppenpsychotherapie, Werk- und Gestaltungstherapie, Körpertherapie sowie sozialtherapeutischer Gruppe behandelt. Hier gelang es - nach zweimaligem Therapeutenwechsel (Therapeutin > Therapeut > Therapeutin) - einen Teil der ödipalen Problematik zu bearbeiten. Im Zuge der tagesklinischen Behandlung schaffte es die Patientin, sich von ihrem gewalttätigen Mann endgültig zu trennen, und sie reichte die Scheidung ein. Ihre übergroße Sehnsucht nach einer verschmelzenden Beziehung zur Mutter wurde deutlich. Vor allem im gruppentherapeutischen Setting wurde die Patientin mit ihren aggressiven Anteilen konfrontiert, die in einer anschließenden ambulanten Gruppentherapie unter Leitung eines Therapeutenpaares weiter bearbeitet werden sollte.

An dieser ambulanten Gruppentherapie nahm die Patientin dann nach ihrer Entlassung aus der Tagesklinik am 29.10.1991 für zweiundzwanzig Stunden teil (vom 22.10.1991 bis 09.06.1992). Im Verlauf der Therapie wurde eine Überforderung der Patientin durch das gruppentherapeutische Setting zunehmend deutlicher. Zu Beginn schwieg die Patientin mehrere Stunden lang trotzig und aggressiv, um dann von ihrer bisher weder angesprochenen noch bearbeiteten Alkohol- und zum Teil auch Tablettensucht-Problematik in vorwurfsvoller Haltung zu berichten. Obwohl sie zunächst von den Mitpatienten angenommen und "versorgt" zu sein schien, machte sich im Verlauf eine aggressive Haltung der anderen ihr gegenüber bemerkbar. Nach größeren Bemühungen, Frau W. in die Gruppe zu integrieren, ermüdeten die anderen Patienten schließlich zunehmend und empfanden die Patientin als Behinderung und Belastung.

17.3. Psychischer Befund

Neben den höherstrukturierten Abwehrmechanismen wie Somatisierung bzw. Konversion, Verleugnung, Wendung gegen das Selbst und dem Ungeschehenmachen finden sich auch frühe Abwehrmechanismen wie Projektion und projektive Identifizierung. Insgesamt wirkt die Persönlichkeitsstruktur relativ fixiert und wenig flexibel. Akute Suizidphantasien bestanden nach Angaben der Patientin nicht, allerdings habe sie bereits einmal daran gedacht, Tabletten einzunehmen. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Störung wurde von Seiten der Klinik eine stationäre oder teilstationäre Therapie empfohlen.

17.4. Übertragung und Gegenübertragung

Frau W. wirkt zeitweise verstockt und trotzig. Sie nimmt eine Verweigerungshaltung ein. Sie hat eine negative Übertragung der Psychotherapie gegenüber, hat aber auch immense Wiedergutmachungsansprüche. Die Hauptaktivität liegt während der Therapie bei dem Therapeuten, welcher die Therapie als anstrengend bezeichnet. Er fühlt sich hilflos, 'etwas elend'.

17.5. Überlegung zur Psychodynamik und Diagnose

Als einzige Tochter - neben zwei Brüdern - einer in der Ehe mit einem alkoholabhängigen und gewalttätigen Mann unglücklichen Mutter wurde die Patientin von der Mutter gebunden, für deren seelisches Wohlbefinden verwendet und vereinnahmt. Zugleich mußte sie erleben, wie sehr sich die Mutter ihrerseits den verhaltensauffälligen Brüdern zuwandte. Wohl als Versuch einer Distanzierung von der Mutter wandte sich die Patientin dem Vater zu. Material zum Schicksal dieser Hinwendung war von der Patientin selbst nicht zu erhalten, massive aversive Reaktionen der Patientin auf männliche Therapeuten sowie deren Gegenübertragungsreaktionen legten jedoch den Verdacht auf Mißbrauch und Mißhandlung durch den Vater nahe. Dieser wurde total entwertet, und es erfolgte die regressive Rückkehr zur ausbeuterisch erlebten Mutter, von der sie sich innerlich nicht gelöst hatte. Beide Primärobjekte waren überwiegend negativ besetzt. In Identifikation mit der Mutter wählte sie den Partner nach dem Vorbild des Vaters. Die Entscheidung für diesen Mann gegen den erklärten Willen der Eltern wurde von ihr sicherlich schuldhaft verarbeitet, insbesondere als der Vater kurz darauf an seiner Karzinomerkrankung verstarb. Womöglich konnte sich die Patientin auch deshalb so lange nicht von ihrem Mann trennen, weil sie eine ähnliche Folge dieser Trennung auch bei ihm fürchtet; die mangelnde Loslösung von der Mutter zeigte sich in ihrer Unfähigkeit, allein zu sein (mangelnde Objekt Konstanz) sowie in ihrem Alkohol- und Tablettenmißbrauch („vergiftete Muttermilch“). Sie konkurrierte über Leiden mit den Brüdern bis heute um die Zuwendung der Mutter und verhielt sich damit loyal zur Familienstruktur. Diese Dynamik kann zur negativen therapeutischen Reaktion führen.

Diagnose: Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F60.31)

17.6. Therapievereinbarung

Der Patientin wurde eine eher stützende und realitätszugewandte Kurzpsychotherapie über 30 Stunden angeboten, wobei im Sinne der Theorie des zyklisch-maladaptiven Musters nach Strupp und Binder vor allem auf das konkrete Verhalten im zwischenmenschlichen Umgang fokussiert werden sollte.

17.7. Therapieziel der Patientin

1. Besserung der depressiven Verstimmung
2. Besserung der sozialen Isolation

18. CMP für die Patientin BW

Erwartungen: Sexuelle Übergriffe und Mißbrauch, sowie Mißhandlung (1.5/1.7, 1.8).

Wünsche: Blockiert sind die positiven Erwartungen: Zuhören, Unterstützung, Wiedergutmachung (1.3, 1.4), aber auch der Wunsch, daß der andere sie machen läßt, ihr Freiheitsspielraum läßt (1.2).

Verhalten der Patientin: Die entscheidende Rolle spielt das Sich-Abschotten (2.8), dabei werden andere kontrolliert (1.5), weiterhin tritt sexuelle Anmache auf (1.3/1.7) sowie Übersehen des anderen (1.8) und allgemein massive Vorwurfshaltung (1.6).

Verhalten der anderen: Beziehungslosigkeit, andere bemühen sich zunächst und helfen, ohne zu wissen, worum es geht (1.4/2.6), das schlägt dann um in Rückzug (1.8).

Introjekt: Die Patientin hat eher zu wenig Selbstkritik (3.6), überwiegend kommen im Abusus und in der Selbstgefährdung Autoaggression und Sich-Selbst-Übersehen (3.7/3.8) zum Ausdruck, ihr unrealistischer Wiedergutmachungsanspruch ist 3.4/3.8 komplex zu kodieren.

Zyklisch maladaptives Muster BW:

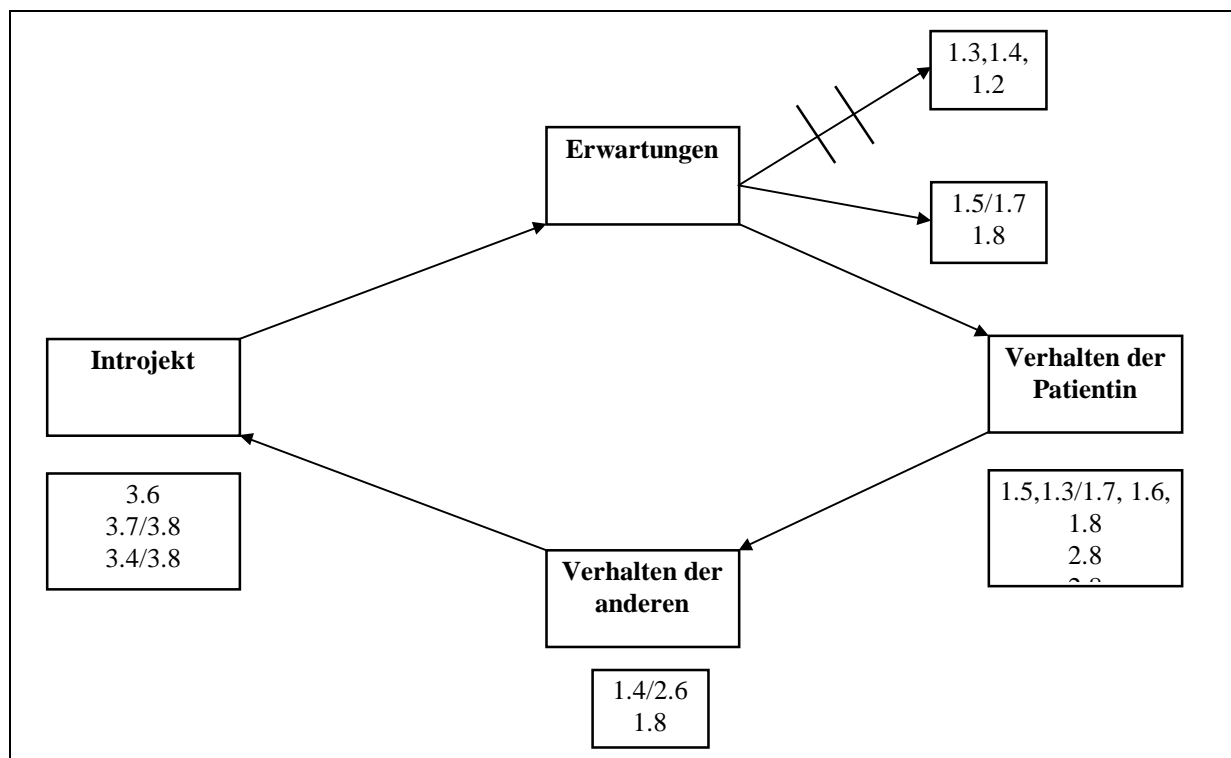


Abb. 6: CMP der Patientin BW

19. Therapieverlauf anhand von Stundenprotokollen und Aufzeichnungen der Supervisionsgruppe

1. Stundenprotokoll BW vom 15.7.92

Die erste Viertelstunde des Gesprächs ist insofern als kritisches Ereignis aufzufassen, als die Patientin sehr schnell indirekt die inzestuöse kindliche Situation anspricht. Sie schildert, sie habe Herzklopfen bei Bahn- und Busfahrt, Angstgefühle, aber auch Angst, wenn der ältere Bruder bei der Mutter sei, vor allem habe sie mit Abscheu beobachtet, wie er mit seiner 8-jährigen Tochter herumgebalgt und ihr ans Bein gefaßt habe. Auch habe er sie (BW) komisch angeguckt. Bewußt ist ihr die sexuelle Übergriffsproblematik jedoch offensichtlich nicht. Anderes Thema der Stunde ist ihr Gefühl, vom anderen mißbraucht zu werden, sich nicht abgrenzen zu dürfen, ohne Schuldzuweisungen zu kassieren (näheres siehe CMP). Zum Schluß wird es noch einmal dramatisch, als sie berichtet, vor zwei Wochen mit einer brennenden Zigarette, Tabletten und Alkohol eingeschlafen zu sein und dabei die Bettdecke angesengt zu haben.

2. Stundenprotokoll BW vom 22.7.92

Thema der Stunde: Abgrenzung wird von der Mutter als Aggression mißverstanden. Die Mutter kontrolliert die Beziehung gegenüber anderen, insbesondere gegenüber Männern. Sie fühlt sich ausgesaugt, muß anderen helfen, ihr selbst hilft jedoch niemand. Eine Episode hierzu: Sie kauft Kirschen für den Bruder, möchte, daß dieser mit seinen beiden Kindern, 6 und 8 Jahre alt, die sie gern mag, zu ihr kommt und die Kirschen abholt. Sie legt noch einen 50 Mark Schein bei, weil der Bruder finanzielle Probleme hat. Statt dessen kommt die Mutter, holt die Sachen und mißbraucht die Patientin, um ihre Klage darüber vorzutragen, wie schlecht es dem Bruder geht. „Wir überlegen alternative Möglichkeiten, wie sie sich anders in der Situation hätte verhalten können“.

3. Stundenprotokoll BW vom 29.7.92

In der heutigen Stunde wirkt die Patientin verstockt, trotzig, in einer Verweigerungshaltung, zum Teil auch überfordert. Sie betont, es komme nichts an sie heran, sie wolle die Klamotten hinschmeißen, auch ist eine Vorwurfshaltung spürbar: 'Ich gerate immer mehr in Wut, je mehr Sie versuchen, was bei mir rauszuholen'. „Ich bitte die Patientin noch, mir ihre Telefonnummer zu geben (Geheimnummer), sie verweigert dies jedoch“.

4. Stundenprotokoll BW vom 5.8.92

Thema der Stunde ist die gespannte Atmosphäre in der vorangegangenen Therapiestunde, worüber Frau W. heute sprechen kann. Sie berichtet, sie habe zwei Tage lang versucht, ohne Tabletten und Alkohol auszukommen, habe jedoch sehr schlecht geschlafen und deswegen wieder zu Tabletten und Alkohol gegriffen. Außerdem habe sie sich 'die ganze Woche lang' überlegt, worüber sie in der heutigen Stunde reden soll, ohne daß ihr etwas Vernünftiges eingefallen sei. Es kommt ihr aussichtslos vor, sie stehe sich selbst im Wege. „Ich thematisiere ihre hohen Anforderungen sich selbst gegenüber und negative Übertragung und Enttäuschung der Psychotherapie gegenüber“. Deutlich werden auch immense Wiedergutmachungsansprüche der Patientin.

5. Stundenprotokoll BW vom 12.8.92

Frau W. bringt zu Beginn der Stunde in massiver Vorwurfshaltung vor: Sie kaue nachts wieder Nägel, ohne es zu merken, seit 6 bis 8 Wochen, das Arbeiten falle immer schwerer, die Stimmung im Team sei nicht auszuhalten, Unstimmigkeiten zwischen dem Personal, jeder versuche, sie auf ihre Seite zu ziehen. Der Chefin, mit der sie sich früher gut verstanden habe, habe sie einen Brief geschrieben mit der Aufforderung zu einem Gespräch, die Chefin sei dem aber nicht nachgekommen. Im Gespräch kann herausgearbeitet werden, daß sie 'sauer, wütend' ist. Dies ist insofern ein kritisches Ereignis, als zum ersten Mal Aggressionen anderen gegenüber zugegeben werden. „Ich konfrontiere die Patientin damit, daß man ihr diese Aggressionen auch anmerkt, beispielsweise in ihrem trotzigem Schweigen“. Insgesamt eine Stunde, in der Aggressionen oft angesprochen werden, wodurch das Gespräch im Fluß bleibt.

6. Stundenprotokoll BW vom 19.8.92

Frau W. beginnt das Gespräch mit der Bemerkung, sie sei seit Montag krank geschrieben wegen niedrigem Blutdruck und einer Magenschleimhautentzündung. Dann berichtet sie von einem Problem mit einer ehemaligen Mitpatientin aus der Tagesklinik. Diese setze sie unter Druck, sie erhalte Post von der ehemaligen Mitpatientin Frau N., müsse regelmäßig mit ihr telefonieren, jetzt habe Frau N. auch erstmals Geld von ihr gefordert. Die Mitpatientin ist zur Zeit in Bad Oeynhausen wegen Eßstörungen in Behandlung. Sie setze Frau W. damit unter Druck, daß sie mit Suizid drohe. Deshalb gebe sie, Frau W., sich sehr Mühe im Umgang mit ihr: 'Man hat sich verausgabt, sie hat genommen und es hat nichts gebracht'. „Ich fokussiere Gemeinsamkeiten mit Frau N.“, daraufhin wird in verschlüsselter Weise die Mißbrauchssituation in der Kindheit angedeutet: 'Irgend etwas war da auch bei ihr mal mit dem Vater'. Sie, Frau W., habe Verantwortung für Frau N. übernommen, das habe sie erinnert an die Pflege des Vaters, als dieser im Sterben lag, auch vor fünf Jahren, als die Großmutter gestorben sei, habe sie sich sehr involviert gefühlt, habe sich um die Großmutter kümmern müssen, während sich die Brüder um nichts gekümmert hätten. Gegen Ende der Stunde wird thematisiert, wie es ist, der Wirkungslose zu sein, dessen Hilfe jedoch nicht angenommen wird. Eine interessante Stunde!

7. Stundenprotokoll BW vom 26.8.92

Sie sei weiter krank geschrieben, der Blutdruck gehe immer weiter runter. Am letzten Donnerstag sei ihr geschiedener Ehemann vor der Türe gestanden, unangemeldet, sie habe ihn hereingebeten, die mitgebrachten Pralinen angenommen, nach einer halben Stunde habe sie ihn unter dem Vorwand, ihr gehe es schlecht, sie müsse sich hinlegen, wieder weggeschickt. Ingeheim habe sie ihn gar nicht hereinlassen wollen, stecke voller Wut auf ihn, habe jedoch Angst gehabt, ihm dies zu sagen, „wir arbeiten heraus, daß sie ihren Ehemann in dem Mißverständnis hält, doch noch eine Chance bei ihr zu haben, daß dies auch ein Spiel mit dem Feuer ist. Auch wenn einige längere Pausen im Gespräch sind, habe ich doch erstmals das Gefühl, daß durchgängig eine Beziehung im Gespräch ist, streckenweise auch eine gute Kooperation. Allerdings liegt die Hauptaktivität immer noch bei mir, die Therapie ist anstrengend“.

8. Stundenprotokoll BW vom 2.9.92

Sie sei immer noch krank geschrieben bis Ende letzter Woche, ihr geschiedener Mann sei am Donnerstag vergangener Woche wieder bei ihr gewesen, habe gefragt, ob sie etwas brauche, sie habe ihn diesmal nicht in die Wohnung gelassen, habe seine Hilfe abgelehnt. Ich spreche an, ob nicht ein unbefriedigtes Bedürfnis nach mehr Geborgenheit und Zuwendung besteht, sie weist dieses weit von sich, nur die Zuwendung der Kinder im Kindergarten sei ehrlich, alle anderen seien ausnutzerisch, meinten es schlecht mit ihr, sie gebe in Beziehungen immer nur, bekomme nichts. „Ich spreche das Problem des Nehmens an und ihre Unfähigkeit, etwas zu nehmen“. Ansatzweise kann herausgearbeitet werden, wie sie die frühe Erfahrung, ausgenutzt und mißbraucht zu werden, unbewußt in allen Beziehungen reproduziert, zum Teil auch nicht wahrnimmt, wenn andere ihr etwas geben wollen. Ansatzweise gelingt es hier, einen Bezug zur therapeutischen Situation herzustellen.

9. Stundenprotokoll BW vom 16.9.92

Der Intrex-Fragebogen mache sie total konfus, sie überlege sich mehrmals, was sie ankreuzen solle, habe insbesondere Schwierigkeiten, die Rubrik 'in guten Zeiten' von der Rubrik 'in schlechten Zeiten' zu unterscheiden. 'Ich komme mir vor, als ob ich sie nicht mehr alle hätte'. Seit letztem Donnerstag arbeite sie wieder, Frau W. beklagt sich heftig über eine Kollegin, die ihr in Andeutung unterstelle, sie verweigere die Arbeit. „Als ich später in der Stunde etwas frech nachfrage, ob die Kollegin nicht recht haben könnte, gibt sie zu, ja, sie ziehe sich zurück, wolle mit niemand Kontakt haben, betreibe Vogel-Strauß-Politik. Auch daß sie den Fragebogen für die jetzige Stunde nicht ausgefüllt mitgebracht hat, sondern schließlich weggeworfen hat, interpretiere ich als Verweigerungshaltung und hole so die Thematik in die Übertragung. In meiner Interpretation bringe ich die Situation auf den Nenner: Sie hält die Fäden fest in der Hand, verweigert, was ihr gut tut, läßt statt dessen Dinge mit sich machen, die ihr nicht gut tun“. Insgesamt ein deutlicher Rückschritt in dieser Stunde gegenüber den vorangegangenen Stunden.

10. Stundenprotokoll BW vom 23.9.92

Frau W. spricht das Thema Alkohol an, letzte Woche Mittwoch nach dem Elternabend habe sie noch Kolleginnen mit zu sich nach Hause genommen, die seien bis halb zwölf bei ihr zu Hause gesessen. Sie habe nur darauf gewartet, daß sie gehen, damit sie alleine noch trinken konnte. Sie habe dann getrunken, habe am nächsten Tag verschlafen und um 11.00 Uhr im Kindergarten angerufen, um sich zu entschuldigen. Dabei habe sie erfahren, daß sie bereits um 8.00 Uhr angerufen hatte und gesagt hatte, sie käme später. Den ersten Anruf hatte sie nicht mehr erinnert. Sie trinke jeden Tag Alkohol, manchmal zwei Flaschen Sekt mit Saft, außerdem nehme sie Tabletten: Atosil 2x1, Saroten 75 mg, diese Tabletten hätte sie am Mittwoch weggelassen. Andererseits wird deutlich, daß sich die Stimmung im Kindergarten verbessert hat, das Verhältnis zur Chefin sei besser, auch mit der Kollegin, mit der sie die Gruppe leitet, verstehe sie sich gut. Im Verhältnis mit den Kindern lebe sie auf, weil sie Kinder als ehrlich empfinde im Gegensatz zu Erwachsenen. „Insgesamt fühle ich mich in der Stunde hilflos, etwas elend“.

11. Stundenprotokoll BW vom 30.9.92

Thema: Sie könne nichts sagen, sie stehe unter Druck, etwas sagen zu müssen, sei unter Anspannung, fühle sich unsicher, habe Herzklopfen. Am Samstag hatte sie Geburtstag, die Mutter und der Ex-Mann waren da, die Mutter sagte, sie solle sich nicht so anstellen, Männer seien eben so, sie seien brutal. Die Mutter habe wenig Verständnis dafür, daß sie sich habe scheiden lassen. Die Mutter und der Ex-Mann verstünden sich, die Mutter sage, wenn du ein Kind hättest, wäre alles anders geworden. Thema ist auch: Andere über die eigene Person verfügen lassen, dann versuchen, durch die Hintertür 'davonzukommen'. Keiner nehme sie ernst, sie sei enttäuscht, unverstanden zu werden. In der Beziehung zum Therapeuten bestünde dieselbe Problematik. Hier wird auch deutlich, daß sie irgendwie dadurch sich als etwas Besonderes fühlt, daß sie besonders schwierig ist.

12. Stundenprotokoll BW vom 7.10.92

Die Arbeit sei ganz furchtbar, Unstimmigkeiten, Kleinkrämerei, andere schimpfen hintenherum übereinander, versuchten sie, auf ihre Seite zu ziehen. Für sie sei es sehr anstrengend, neutral zu bleiben, nicht die Partei zu ergreifen. Sie sei die älteste unter den Kolleginnen. Auch die Therapie sei zu Beginn anstrengend gewesen, sie habe eine Erwartungshaltung gespürt, abwartendes Schweigen. Hauptthema der Stunde ist das Gefühl,

überfordert zu werden, zu etwas gezwungen zu werden, was man eigentlich gar nicht will. 'Ich möchte teilweise so bleiben wie ich bin'. Ihre Toleranz und Hilfsbereitschaft finde sie als eine gute Eigenschaft an sich, das Problem sei, daß sie sich hergebe dafür, von anderen ausgenutzt zu werden, vor allem von der Mutter und den Geschwistern. Bei der Mutter herrsche das ungeschriebene Gesetz 'Männer brauchen viel Unterstützung, weil es ihnen schlecht geht', sie täten aber selbst nichts dazu, daß es ihnen besser ginge, nutzen einen aus. Insgesamt wirkt Frau W. im Kontakt lebendiger, berichtet, sie trinke weniger Alkohol.

13. Stundenprotokoll BW vom 19.10.92

Wieder sehr schleppendes Gespräch, es stellt sich heraus, die Mutter kümmert sich nur um den, dem es am schlechtesten geht, jetzt ist es der Bruder, früher war es der Vater, trotz massiven Kümmerns um den anderen geht es diesem nicht besser, es ist wie ein Faß ohne Boden, der Helfer verausgabt sich, ohne Effekt zu haben. „Frau W. ist dann doch erstaunt, als ich eine Parallele zwischen dem Verhalten des Bruders ihr gegenüber und ihrem eigenen Verhalten in der Therapie ziehe“. Deutlich in ihrem Verhalten wird: sich verweigern, Kontrolle behalten.

14. Stundenprotokoll BW vom 2.11.92

Sie habe in der letzten Woche abgesagt, weil sie zu nichts Lust habe, mit keinem etwas zu tun haben wolle. „Im Gespräch thematisiere ich noch einmal den Vergleich mit dem Bruder, konfrontiere mit der krassen Fehlwahrnehmung in Bezug auf sich selbst, ihr gehe es nie schlecht, ihr gehe es immer blendend, wobei sie übersieht, daß sie genauso wie der Bruder in der Familie in der Psychotherapie Problemkind Nr. 1 ist, bei dem alle Hilfe nichts fruchtet“. Von dieser Thematik will sie nichts wissen, wehrt sie ab. Ihr Problem sei: Nägel kauen und Alkohol. Außerdem: „Daß ich nicht merke, daß die Leute mich benutzen“. Sie beschwert sich über eine frühere Arbeitskollegin, die die Wohnung der Patientin als Treffpunkt für ihr außereheliches Verhältnis benutzt, außerdem beklagt sie sich über ihre unmittelbare Arbeitskollegin, daß diese nur über andere schimpfe. Am Ende der Stunde wirkt sie eher trotzig, „nur widerwillig räumt sie meine Sorge nach suizidalen Tendenzen aus und verspricht, nächste Woche wiederzukommen“.

15. Stundenprotokoll BW vom 9.11.92

Der Bruder sei ins Krankenhaus gekommen, habe einen Tumor zwischen Darm und Niere. Sie habe Angst um ihn, das Schlimmste sei das Schauspielern, das man für die Familie machen müsse, sie habe etwas geahnt. Ihre Wut auf den Bruder war nicht Neid, sondern Angst, Besorgnis, diesbezüglich habe ich die Patientin offensichtlich mißverstanden. Deutlich wird die symbiotische Verflochtenheit mit der Familie, es gibt keine Separation der Familienmitglieder, alle werden mit hineingerissen. Schuldgefühle gegenüber dem Bruder werden deutlich, sehr ambivalente Gefühle. Sie habe Widerwillen, Abscheu, es falle ihr schwer, ihn anzugucken, 'wenn ich es aushalte, habe ich eine Kribbeln im Magen, dann würde ich am liebsten aus dem Zimmer gehen'. Oft hat er sich zynisch verhalten, sie als 'kleines Dummchen' behandelt. Frau W. wirkt ängstlich, im Kontakt jedoch besser zugänglich als in der vergangenen Stunde.

16. Stundenprotokoll BW vom 16.11.92

Der Bruder sei operiert worden, ein Ergebnis stehe noch nicht fest. Im Kontakt mit den Ärzten schiebe die Mutter sie vor, wenn es schwierig werde. Andererseits behandle die Mutter sie aber auch wie ein kleines Kind. Manchmal schaltet die Mutter ab, ist dann nicht zu erreichen. Auf meine Frage räumt die Patientin ein, daß auch sie selbst manchmal abschaltet und die Gründe für dieses eigene Abschalten sind Thema des weiteren Gesprächs, auch in der Therapie schalte sie manchmal ab. Thema: Therapie als Belastung, Reden-müssen, was kann in der zeitlich begrenzten Therapie geleistet werden. Positive Beziehungen sind mit Kindern möglich, die sind ehrlich und offen, haben nichts Falsches. Bearbeitet werden können ansatzweise die projektiven Tendenzen der Patientin, die Beziehung ist besser als in den vorangegangenen Sitzungen.

17. Stundenprotokoll BW vom 23.11.92

Ab heute sei sie krank geschrieben, dem Bruder gehe es ganz gut, es sei kein Tumor gewesen sondern eine Vereiterung. Als sie der Mutter mitteilte, daß sie krank sei, reagierte diese unwirsch, habe sie böse und gehässig angefahren, was denn schon wieder los sei, ob sie nicht zu oft an der Arbeitsstelle fehle. Auf der anderen Seite stünden immer die Brüder im Mittelpunkt, nicht nur wegen Erkrankung wie zur Zeit, sondern auch wegen finanzieller Sorgen und Fehlverhaltensweisen bis hin zur Kriminalität. Sie, die Patientin, wolle jetzt 3000 DM aus dem vermögenswirksamen Sparen aufbringen für das überzogene Konto des kranken Bruders, der 40000 DM Schulden habe. Thema der Stunde ist die Saughaltung, das parasitäre Verhalten der Brüder. Die Patientin ist zugewandt, wirkt vertrauensvoll.

18. Stundenprotokoll BW vom 30.11.92

Sie sei weiter krank geschrieben, der Arzt empfehle eine Magenspiegelung, die sie aber nicht machen lassen wolle. Thema der Stunde ist das parasitäre Verhalten der Familie gegenüber der Patientin, die Mutter liegt ihr in den Ohren, sie, die Patientin, hat gerade 3000 DM Schulden des kranken Bruders bezahlt. Die Familie ist ihr nicht dankbar, die Mutter macht ein mürrisches Gesicht schon dann, wenn sie nur einen Brief der Patientin zu Post bringen soll. Die Patientin kann sich gegenüber der Familie nicht abgrenzen. Sie fühlt sich benutzt. Gegen Ende der Stunde ist die Übertragung Thema der Stunde, die Therapie ist eine Art Klagemauer, wo sie halt hingehet, sowieso nicht glaubt, daß es hilft. „Ich versuche, Parallelen zum Verhalten des Bruders aufzuzeigen“.

19. Stundenprotokoll BW vom 7.12.92

Sie arbeite heute den ganzen Tag wieder, die Unstimmigkeiten am Arbeitsplatz haben zugenommen, sie fühlt sich müde und ausgelaugt. Im Verlauf der Stunde stellt sich heraus, daß sie für den Bruder nicht nur die 3000 DM Kontoschulden beglichen hat, sondern ihm auch einen neuen Fernseher gekauft hat. Jetzt will er Garderobe. „Ich äußere Verständnis dafür, daß sie sich ausgelaugt fühlt, weil sie tatsächlich ausgelaugt wird. Ich ärgere mich über das Verhalten des Bruders und teile ihr das mit“. Sie hat sich autodestruktiv verhalten, am Wochenende getrunken, ist mit einer brennenden Zigarette eingeschlafen. Es werden aber auch erstmals Sehnsüchte deutlich, wenn sie das Geld für sich selbst gehabt hätte, hätte sie ein kleines eigenes Darlehen abbezahlt, hätte Geld angelegt und hätte sich neue Garderobe gekauft, außerdem wünscht sie sich jemand für sich zu haben, der ihr zuhört. „Ich bringe hier die negative Übertragung und die negative therapeutische

Reaktion aus der Vergangenheit ins Gespräch. Weiteres Thema, warum läßt sie sich so ausnutzen: Antwort, die ich ihr anbiete: Schuldgefühle“.

20. Stundenprotokoll BW vom 21.12.92

Thema ist eine Episode mit der Mutter, ein gemeinsamer Einkauf, bei dem sich die Patientin von der Mutter nicht beachtet fühlte. Einerseits wird sie von der Mutter ausgenutzt, andererseits fühlt sie sich abhängig, in allen Beziehungen wiederholt sich die Erfahrung, ausgenutzt und gebraucht zu werden. Am Ende der Stunde deutet sich an, daß sie in der Beziehung zur Mutter mehr Distanz schafft.

21. Stundenprotokoll BW vom 21.12.92

„In der heutigen Stunde thematisiere ich die Spaltungstendenzen der Patientin, ihr Schwarz-Weiß-Denken, insbesondere in Bezug auf die Mutter“. Dies läßt sich beispielhaft an einer Bemerkung der Mutter zeigen, 'gönn dir doch mal was', die von der Patientin wiederum nur negativ gedeutet worden war. Was sie nicht sehen will, ist, daß sie in vielem der Mutter ähnlich ist, in gewisser Weise die Nachfolge der Mutter antritt. Positive Seiten zu sehen muß abgewehrt werden, weil dieses Schuldgefühle erzeugt.

22. Stundenprotokoll BW vom 28.12.92

Sie habe viel um die Ohren, es wird deutlich, daß sie Kontakt hat zu ehemaligen Mitgliedern der Therapiegruppe, auch andere Kontakte. Weiteres Thema der Stunde, ihre Ernährerfunktion, ihre Familie, daß sie selbst dabei zu kurz kommt. Wünsche werden deutlich, das Geld lieber anzulegen, neue Kleider und schöne Sachen zu kaufen, als für den Bruder ausgeben. Schuldgefühle hindern sie daran, mehr für sich selbst zu tun.

23. Stundenprotokoll BW vom 11.1.93

„Als die Patientin wieder betont, wie schlecht es ihr geht, wie wenig sie tut, damit es ihr besser geht, thematisiere ich meinen Ärger hierüber“, worauf sie zunächst mit Unverständnis reagiert, dann fällt ihr jedoch ein: 'Ich könnt mir vorstellen, daß ich ähnlich reagiere, wenn es bei einem Kind im Kindergarten nicht weitergeht'. Nach und nach gelingt es Frau W. dann, über ihren Ärger zu sprechen, bezüglich der Kindergärtnerinnen-Rolle, die sie in der Familie spielt, allen anderen hilft, für sich selbst jedoch nichts tut. In Frage gestellt wird von ihr auch ihre Ideologie: Alle Menschen sind schlecht, worauf sie diese deutlich relativiert.

24. Stundenprotokoll BW vom 18.1.93

„Am Anfang der Stunde fordere ich auf zu einer Art Zwischenbilanz. Wir landen beim Thema Schuldgefühle, wenn sie die Ansprüche anderer nicht befriedige, an sich selbst denkt.“ Die Ursache der Schuldgefühle sind ihr unklar, lange haben sie die Schuldgefühle davon abgehalten, sich vom Mann zu trennen. Er hatte zwei Gesichter: nach außen nett und lieb, wenn er getrunken hatte gewalttätig, war selber noch sehr abhängig von seiner Mutter. Alles wurde so gemacht, wie sie es wollte, die Patientin war machtlos, hörte irgendwann auf, ihre Meinung zu sagen.

25. Stundenprotokoll BW vom 1.2.93

Die Patientin ist kooperativer als in der vergangenen Stunde, die arg zäh war. Sie ist für eine Woche krank geschrieben, wegen Magenbeschwerden, Oppressionsgefühlen, wie wenn jemand die Luft abdrückt. Zittern. Es gab Unstimmigkeiten am Arbeitsplatz, ihr ist zugetragen, die Kollegin habe sich negativ über sie geäußert, sie hat keine Klärung herbeigeführt, läßt zu, daß andere das bisher gute Klima zwischen ihr und der Kollegin vergiften. „Ich kritisiere, daß sie nicht eine Klärung mit der Kollegin herbeigeführt hat, eine Aussprache“. Sie kann schlecht kritisieren, aber auch schlecht Kritik einstecken. „Gegen Ende der Stunde wird aggressiver Affekt gegen mich deutlich“, ein trotziges Beharren darauf, daß sie an ihrer Situation nichts ändern kann.

27. Stundenprotokoll BW vom 8.2.93

Die Patientin arbeitet aufmerksam mit, sie ist diese Woche noch krank geschrieben, „wir arbeiten heraus, daß die Nähe anderer Menschen für sie unerträglich ist“, ihre Befürchtungen, dann ausgenutzt zu werden, ihre eigenen Bedürfnisse werden nicht erkannt. „Ich konfrontiere sie deutlich damit, daß sie dieses Verhalten der anderen selbst auch übernimmt“, ihr selbst ihre eigenen Bedürfnisse nicht so wichtig sind, wie die Bedürfnisse der andern, für die sie bereit ist, alles aufzugeben, alles zu tun. Jetzt wird eine trotzige Verweigerungshaltung sichtbar, gemischt mit stark resignativen Zügen.

28. Stundenprotokoll BW vom 24.2.93

Seit gestern habe sie erneut Bandscheibenbeschwerden, müsse morgen deswegen zum Orthopäden. Ich weise noch einmal nachdrücklich auf die Notwendigkeit einer begleitenden und auch weiterführenden psychiatrischen Betreuung hin, was die Patientin aber von sich weist. Sie hat dem Bruder wieder Geld gegeben, war die Einzige, die die älteste Tochter des Bruders aus erster Ehe auf der Intensivstation besuchte, als diese schwer krank dort lag, sie ist auch im Kindergarten und in der Familie die starke Person, die gebraucht wird, aber auch ausgenutzt wird. Die Gegenwart anderer Menschen zu ertragen, fällt ihr schwer, auch hier geht es so, mit dem Atmen sei es zu Hause gut, auf dem Weg hier her zur Therapie werde es schlechter, nach der letzten Stunde sei es ihr schwindelig geworden und sie habe Luftnot gehabt, nur noch gedacht: 'Raus hier'. „Wegen starker Rückenschmerzen möchte die Patientin nach einer halben Stunde das Gespräch beenden, was wir auch tun“.

29. Stundenprotokoll BW vom 1.3.93

Sie wurde vom Hausarzt krank geschrieben wegen Nervenentzündung. Die Beziehung ist heute besser, sie kann ihre Ambivalenz thematisieren, hier herzukommen, diese Ambivalenz hat in den letzten Stunden zugenommen: Angst abzurutschen, versus innerer Stimme, die sagt: 'Stell dich nicht so an'. Zu dem Nachgespräch in einem halben Jahr wolle sie auf keinen Fall kommen, sie lächelt dabei, deutet auf Nachfrage suizidale Gedanken an, die nicht akut seien, die sie aber nicht näher charakterisieren will.

30. Stundenprotokoll BW vom 8.3.93

„Wir sprechen über die Therapie, wobei die Patientin eine starke Verweigerungshaltung einnimmt“. Sie gesteht aber zu, das Hierherkommen hat sie aufgezogen, sie angetrieben, ihr Halt gegeben, wenn sie sich auch

manchmal nicht ernst genommen fühlte, wie sie nur andeutete, auch auf Nachfrage nicht ausführen will. Sie berichtet dann noch von einer Testsituation gegenüber dem Hausarzt, sie habe ihn gestern angerufen, sich große Mengen von Atosil und Saroten verschreiben lassen, „diese Medikamente nimmt sie in eigener Regie, ohne die von mir empfohlene Kontrolle durch den Nervenarzt“; nun habe sie auch das Vertrauen in den Hausarzt verloren, weil er ihr kritiklos das Rezept ausgestellt habe, ohne mit ihr zu sprechen. „Angesichts der Beziehungsabbrüche (Mutter) sowie angesichts der Verweigerungshaltung der Patientin bezüglich der Organisierung einer psychiatrischen Nachbehandlung sowie der Andeutungen in den letzten Stunden vereinbare ich am Ende der Stunde ein Gespräch in zwei Wochen, diesen Vorschlag nimmt die Patientin verbindlich und erleichtert an“.

Supervisionssitzungsprotokoll vom 30.7.92

Abspielen eines Tonbanddokumentes zu Beginn: die Patientin klagt über Symptome wie zu Beginn der Therapie und über Angst vor dem älteren Bruder. Er habe sich mit seiner achtjährigen Tochter herumgebalgt und die Patientin sagt, er solle die Tochter in Ruhe lassen.

Auf die Zuhörer wirkt die Patientin oral passiv, beziehungsarm. Der ehemalige Therapeut während der stationären Therapie berichtet, daß die Patientin bei ihm vorwurfsvoll geschwiegen habe. Die nach einem Therapeutenwechsel behandelnde Therapeutin berichtet, daß die Patientin sehnsüchtig Bedürftiges gezeigt habe, das Aggressive außen vor geblieben sei.

Leitthema: Das gute Objekt ist irgendwann nicht mehr richtig. Es geht um machtvolle Reparationsanforderungen, andere sollen sich verzweifelt kümmern, Sadomasoarrangement. Laufend gab es Settingänderungen.

Zum Ende der ersten Therapiestunde erzählte die Patientin, sie sei kürzlich mit einer brennenden Zigarette eingeschlafen, die Decke war angebrannt. In der dritten Stunde zeigt sie Trotz, Verweigerung und Vorwürfe. Sie verweigert die Mitteilung ihrer geheimen Telefonnummer.

Therapieempfehlung: Die Patientin muß auf das Cluster 6 kommen, auf die offen aggressive Auseinandersetzung, sie muß konfrontiert werden, ihr fehlt Selbstkritik. Wenn sie allerdings mehr 3.6 erhält, könnte sie noch suizidaler werden. Fraglich ist, ob die Therapie wirklich Sinn hat. Es wird gesehen, daß die Patientin sehr viel Anspruch aufgeben müßte und es bleibt fraglich, was sie durch eine Therapie gewinnen könnte.

Supervisionssitzungsprotokoll vom 27.8.92

Der Therapeut stellt die 7. Behandlungsstunde vor. In der Tonbandpassage berichtet die Patientin von ihren Schwierigkeiten, sich vom geschiedenen Mann zu lösen, der sie immer wieder aufsuche, was sie nicht wolle. Sie macht ihm diesbezüglich Vorwürfe, klagt ihn an, daß er sie und ihre Wünsche völlig übersehe, sich ihr immer wieder aufdränge.

Der Therapeut spricht an, wie schwer es der Patientin offensichtlich falle, klar ihre Wünsche zu formulieren und für deren Realisierung zu sorgen. Ihrem Gegenüber werde offensichtlich nicht klar, was sie von ihm erwarte. Insbesondere das Neinsagen scheint sehr schwer zu fallen.

In der anschließenden Diskussion wird bemerkt, daß der Therapeut auf die Unfähigkeit der Patientin, Neinsagen zu können, sich nicht abgrenzen zu können, fokussiert und nicht auf die damit in Verbindung stehende eigentliche Ambivalenz. Die Bedürfnisse der Patientin, insbesondere die prägenitalen, werden nicht deutlich.

Die Patientin nimmt selbst nur ihre Wut wahr und wird auch von anderen nur in ihren aggressiven Gefühlen wahrgenommen. Die Mischung von aggressiven und libidinösen Gefühlen und Impulsen, wie sie sich auch in der vorgestellten Therapiepassage zeigten, sollte angesprochen werden. Die Wut der Patientin kann auch verstanden werden als Enttäuschungswut verbunden mit Trauer über all das, was sie im Leben versäumt hat. Es scheint so, als konstatiert die Patientin immer wieder enttäuschende zwischenmenschliche Beziehungserfahrungen, die sie dadurch kontrolliert.

Supervisionssitzungsprotokoll vom 23.9.92

Es wird eine Tonbandaufzeichnung aus der 9. Stunde vorgestellt. Die Patientin berichtet von ihren Schwierigkeiten, die Fragebögen auszufüllen und dabei gute und schlechte Zeiten hinreichend voneinander zu differenzieren. Entgegen einigen Wahrnehmungen in der Supervisionsgruppe, die die Destruktivität der Patientin in der Beziehung ansprechen, geht der Therapeut auf die Not der Patientin ein, bietet Unterstützung (1.4) und auch etwas Kontrolle (1.5). Im weiteren Verlauf erreicht er damit die Entwicklung einer vertrauensvollen Atmosphäre, in der die Patientin sich auf den Therapeuten verläßt (2.4) und sich öffnet (2.2). Die Patientin berichtet später auch von einer Verbesserung ihrer Beziehung zu wichtigen Anderen. Auf gruppen Situationen, wie auch damals in der ambulanten Psychotherapiegruppe bzw. während einer Behandlung in der Tagesklinik, reagiert die Patientin mit erheblicher Spannung, möglicherweise als Ausdruck eines strukturellen Defizits. In einer dyadischen Beziehung zum Therapeuten findet sie nach ihrem Rückzug aus der Gruppe ein eher bergendes beschützendes Klima. Dem Therapeuten wird empfohlen, seine Interventionsstrategie (1.4/1.5) durch ein Bemühen um Affektklarifikation zu erweitern. Außerdem sollten die biographischen Aspekte mehr erkundet werden, möglicherweise über das Angebot der Identifikation mit einem ihrer Kindergartenkinder.

Supervisionssitzungsprotokoll vom 29.10.92

Die Patientin bemerkt, daß in ihrer Familie immer der Kränkste und Schwächste die Zuwendung der Mutter erhält, früher der Vater, heute der Bruder. Wo ist sie wie ihr Bruder? Focus ist negative therapeutische Reaktion.

Supervisionssitzungsprotokoll vom 12.11.92

Therapie nach 15 Stunden: Im Alltag fühlt sich die Patientin als erschöpfte Helferin, von den anderen ausgelaugt, ohne daß diese ihre Hilfe nutzen. In der Therapie ist es umgekehrt, sie läßt passiv-aggressiv engagierte Therapeuten auflaufen.

Der Therapeut ließ einen Termin ausfallen, darauf die Patientin. Der Patientin geht es schlecht, der Bruder ist mit einem Tumor im Krankenhaus. Phantasien der Patientin, sie sei magisch mit ihrer Aggression/Destruktivität für den Tumor verantwortlich.

Die Beziehung zum Therapeuten ist weniger aggressiv und weniger sexualisiert als frühere Beziehungen der Patientin. Was ist machbar in noch 15 Stunden? Gefahr ist, im CMP ins Cluster 8 zu geraten und das Ende zu vergessen. Hält die Patientin ihre Gefühle raus, um den Therapeuten nicht zu zerstören? Dieser ist empathisch und konfrontiert. Das Böse der Patientin bearbeiten. Verbindung zur Krankheit des Bruders herstellen, die Destruktivität der Patientin, das Ende ansprechen.

Supervisionssitzungsprotokoll vom 17.12.92

Bericht über die 20. Stunde: Viel Alkohol in der Familie, die Brüder sind delinquent. Sie hat viel Geld für den kranken Bruder ausgegeben, die Männer saugen sie parasitär aus, sind Fässer ohne Boden. Mutter organisiert Unterstützung für die Männer und übersieht die Patientin.

Tonbandszene: Mutter beachtet die Patientin nicht. Der Therapeut arbeitet mit ihr daran, wo sie selbst wie die Brüder ist, das Faß ohne Boden, aber auch an ihren Wünschen, die sie zuvor komplett verleugnete. Inzwischen erinnert die Patientin frühere Stunden. Ihr Weltbild ist symbiotisch parasitär. Völlig verstrickt in die Herkunftsfamilie, Ausgenutztwerden gibt ihr Wert. Gefahr, sie zu isolieren. 3.4 fördern ohne 3.8 dabei. Einen Fuß raus aus der Familie und einen drin lassen. Mehr Distanz zur Mutter, aber nicht radikal.

Supervisionssitzungsprotokoll vom 14.1.93

Vorstellung eines Tonbandausschnittes aus der 23. Stunde: Es geht im wesentlichen darum, wie die Patientin mit Ärger und Aggression umgehen kann. Zwischen Patientin und Therapeut entfaltet sich zunächst nonverbal, dann auch verbal Ironie, die Patientin bietet sich dem ärgerlichen Therapeuten als die geduldige Patientin - Partnerin an, die seinen Ärger auszuhalten vermag. Sobald die Patientin etwas für sich selbst tut, bekommt sie massive Schuldgefühle. Sie äußert keine Wünsche, kann nur anderen Hilfen geben. Eine Gefahr in der Therapie besteht darin, sich mit der Patientin gegen böse andere Objekte zu verbünden. Um der Verachtung der Patientin zu entgehen, müßte man sie auch gezielt tadeln und ihr aufzeigen, wie sie, die Erwachsene, mit dem Kind in sich umgeht.

20. Epikrise

Bei der Patientin besteht ein polysymptomatisches Bild mit psychisch überlagerten Wirbelsäulenbeschwerden, depressiven Verstimmungen, sozialem Rückzug, innerer Unruhe und Nervosität, Einschlafstörungen, Wechsel von Durchfällen mit Obstipation, zeitweiligem Alkoholmißbrauch. Familiär besteht eine massive Belastung: Der Vater sei jähzornig gewesen und habe zum Alkoholabusus geneigt, zwei Brüder der Patientin hätten ähnliche Neigungen. Die Ehe der Patientin scheiterte 1991, damals trennte sich BW von ihrem Ehemann, der sie mißhandelt habe. Zur sozialen Situation ist zu erwähnen, daß Frau W. Kindergärtnerin ist, von der Arbeit jedoch häufig überfordert erscheint, was sich in häufigen Krankschreibungen niederschlägt.

Im Mittelpunkt der jetzigen psychotherapeutischen Gespräche stand die ausgeprägte masochistische Beziehungsgestaltung der Patientin, gefolgt von zunehmenden Beziehungsabbrüchen und sozialem Rückzug ihrerseits. Es gelang ansatzweise, die Entlastung durch Projektion aggressiver Impulse zu verdeutlichen sowie die mangelnde Sorge für sich selbst, die verständlich erscheint vor dem Hintergrund einer Identifikation mit der Mutter, die sich als Co-Alkoholikerin durch den Ehemann und durch die Söhne symbiotisch parasitär ausnutzen ließ. Andererseits wurde aber auch deutlich, wie die genannte Beziehungsgestaltung das Selbstwertgefühl der Patientin stabilisiert. Nachdem ansatzweise Erfolge erzielt werden konnte, kam es gegen Ende der Therapie erneut zu regressiven Tendenzen mit Rückzug und dem Gefühl der Perspektivlosigkeit, begleitet von latenten Suizidgedanken ohne akute Suizidalität.

Im Anschluß an die jetzige Psychotherapie erscheint uns eine ambulante psychiatrische Mitbehandlung bei einem niedergelassenen Kollegen dringend indiziert.

21. Katamnesen der Patientin BW

Frau BW ist zu den Katamnesen nicht erschienen.

22. Klinische Basisdokumentation der Patientin BW

22.1. Klinische Basisdokumentation der Patientin BW bei Aufnahme

22.1.1. GBB

Im Vergleich zu ihrer Alters- und Geschlechtsgruppe der Gesamtbevölkerung ist der Gesamtbeschwerdedruck der Patientin deutlich erhöht (Prozentrang 74), im entsprechenden Vergleich mit Patientinnen einer psychosomatischen Ambulanz liegt sie (PR 41) unter dem Durchschnitt, im Vergleich zu Patientinnen ist die Skala Herzbeschwerden (PR 60) am höchsten. Die Patientin hält ihre Beschwerden für überwiegend psychisch bedingt.

22.1.2. Gießen-Test Selbstrating

Die Patientin beschreibt sich als besonders verschlossen, wenig preisgebend, mißtrauisch und Liebesbedürfnisse zurückhaltend (Durchlässigkeit), unattraktiv, unbeliebt und mißachtet, nicht durchsetzungsfähig (Soziale Resonanz), depressiv, ängstlich, selbstkritisch und abhängig (Grundstimmung), ungesellig, wenig hingabefähig, wenig fähig zur Dauerbindung und phantasiearm (Soziale Potenz) sowie zwanghaft überkontrolliert und unspontan (Kontrolle).

22.1.3. Gießen-Test Fremdrating

Der Therapeut sieht die Patientin ganz ähnlich, wie sie sich selbst; auffallende Werte in den Skalen Retentivität, Soziale Potenz, Grundstimmung und Soziale Resonanz korrespondieren mit dem Selbstbild der Patientin.

22.1.4. Narzißmus-Inventar:

Liegt nicht vor.

22.2. Klinische Basisdokumentation der Patientin BW bei Entlassung

22.2.1. SCL 90-R (anstelle GBB, der nicht vorliegt)

Im Vergleich zu einer Stichprobe gesunder weiblicher Probanden weist die Patientin hochgradige Auffälligkeiten auf in den Skalen Unsicherheit, Depression, Phobische Angst, Somatisierung, Paranoides Denken, Psychotizismus, Zwanghaftigkeit und Ängstlichkeit. Mit dem Begriff Psychotizismus ist gemeint ein mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zu psychotischen Episoden. In den Gesamtwerten liegt sie

deutlich über der Vergleichsgruppe, besonders im PST-Wert, der die Anzahl der Symptome angibt, bei denen eine Belastung vorliegt.

22.2.2. Gießen-Test Selbstrating

Die Patientin schildert sich nun nicht mehr als retentiv-verschlossen. Gleich geblieben gegenüber der Aufnahme sind die auffallenden Werte in den Skalen Grundstimmung, Soziale Potenz und Soziale Resonanz.

22.2.3. Gießen-Test Fremdrating:

Liegt nicht vor.

22.2.4. Narzißmus-Inventar

Liegt nicht vor.

22.2.5. Gesamtbeurteilung

Erschwert durch lückenhaft vorhandene Tests. Es handelt sich um eine symptomatisch hoch belastete Patientin, die sich auch im interpersonellen Kontext als sehr auffällig einschätzt. Ebenso sieht sie der Therapeut.

23. Therapieverläufe

23.1. Verlauf der Therapie SM

Therapievorgeschichte:

1. 1986 siebenmonatiger stationärer Klinikaufenthalt in einer Stuttgarter psychotherapeutischen Einrichtung wegen einer Bulimie.
2. Danach sechsmonatige ambulante Psychotherapie in der städtischen Beratungsstelle.
3. 1988 stationäre psychiatrische Behandlung in einer Klinik in V. aufgrund von Suizidgedanken und Depressionen.
4. Erstinterview am 15.4. und 6.5.1991 in der Poliklinischen Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
5. Ambulante Kurzzeitpsychotherapie vom Mai 1991 bis zum 17.2.1992

Aus der Epikrise und den Katamnesen ist eine deutliche Symptombesserung ersichtlich. Auch zeigt sich ein deutlich gebessertes Verständnis für heutige und frühere Beziehungen, insgesamt gute Stabilisierung.

Auch in der klinischen Dokumentation bildet sich über einen Zeitraum, der auch die Katamnesen erfaßt, eine deutliche Besserung ab: Bei Aufnahme hatte der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) einen Summenwert von 7 (= repräsentiert eine ausgeprägte und schon ziemlich schwer beeinträchtigende Erkrankung). Bei Entlassung betrug er 5, bei der 6 - Monats-Katamnese 4, bei der 1-Jahres-Katamnese 4 und bei der 2-Jahres-Katamnese noch 3 (= entspricht einer leichten Störung) und bei der 5-Jahres Katamnese wiederum 4.

Der Verlauf, welcher sich in der GAS (Global-Assessment-of Functioning-Scale zur Beurteilung des Funktionsniveaus) abbildet, zeigte eine gleichsinnige Veränderung: Bei Aufnahme lag er bei 60 und 55

(entspricht einer deutlichen Funktionseinschränkung), bei der 2. Katamnese lag er bei 85 (= minimale Symptome oder Symptomfreiheit). Bei der 5-Jahres-Katamnese lag der GAS bei 70.

23.2. Verlauf der Therapie BW

Therapievorgeschichte:

1. Erstvorstellung in der Poliklinischen Ambulanz des Klinischen Institutes für Psychosomatische Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf am 06.03.1991.

2. Am 02.04.1991 wurde die Patientin dann in der Psychotherapeutischen Tagesklinik der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aufgenommen und dort teilstationär bis zum 29.10.1991 mit analytisch-orientierter Einzelmusiktherapie, interaktioneller Gruppenpsychotherapie, Werk- und Gestaltungstherapie, Körpertherapie sowie sozialtherapeutischer Gruppe behandelt. Hier gelang es - nach zweimaligen Therapeutenwechsel (Therapeutin > Therapeut > Therapeutin) - einen Teil der ödipalen Problematik zu bearbeiten. Im Zuge der tagesklinischen Behandlung schaffte die Patientin es, sich von ihrem gewalttätigen Mann zu trennen. Ihre übergroße Sehnsucht nach einer verschmelzenden Beziehung zur Mutter wurde deutlich. Vor allem im gruppentherapeutischen Setting wurde die Patientin mit ihren aggressiven Anteilen konfrontiert, die in einer anschließenden ambulanten Gruppentherapie unter Leitung eines Therapeutenteams weiter bearbeitet werden sollte.

3. An dieser ambulanten Gruppentherapie nahm die Patientin dann nach ihrer Entlassung aus der Tagesklinik am 29.10.1991 für zweiundzwanzig Stunden teil (vom 22.10.1991 bis 09.06.1992). Im Verlauf der Therapie wurde eine Überforderung der Patientin durch das gruppale Setting zunehmend deutlicher. Zu Beginn schwieg die Patientin mehrere Stunden lang trotzig und aggressiv, um dann von ihrer bisher weder angesprochenen noch bearbeiteten Alkohol- und zum Teil auch Tablettensucht-Problematik in vorwurfsvoller Haltung zu berichten. Obwohl sie zunächst von den Mitpatienten angenommen und "versorgt" zu sein schien, machte sich im Verlauf eine aggressive Haltung der anderen ihr gegenüber bemerkbar. Nach größeren Bemühungen, Frau W. in die Gruppe zu integrieren, ermüdeten die anderen Patienten schließlich zunehmend und empfanden die Patientin als Behinderung und Belastung. Sowohl die Situation in der Gruppe, als auch das erst jetzt bekannt gewordene Alkoholproblem der Patientin veränderten die diagnostische Einschätzung zu eindeutig niedrigerem Strukturniveau im Sinne einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F60.31).

4. Der Patientin wurde eine eher stützende und realitätszugewandte Kurzzeitpsychotherapie über 30 Stunden angeboten, wobei im Sinne der Theorie der zyklisch-maladaptiven Muster nach Strupp und Binder vor allem auf das konkrete Verhalten im zwischenmenschlichen Umgang fokussiert werden sollte. Die Kurzzeitpsychotherapie wurde vom 15.07.1992 bis 08.03.1993 durchgeführt.

Nach Abschluß der im Rahmen dieser Dissertation vorgestellten Kurzzeitpsychotherapie empfahl der Therapeut der Patientin eine ambulante psychiatrische Weiterbehandlung bei einem niedergelassenen Kollegen oder einer Kollegin. Leider nahm die Patientin die vorgeschlagenen Termine für die Katamnesen nicht wahr.

Jedoch ist über den Zeitraum nach der Kurzzeitpsychotherapie von einer Tablettenintoxikation mit Promethazin und Amitriptylin in Kombination mit Alkohol in suizidaler Absicht vom 3.5.93, also 2 Monate nach Beendigung der Psychotherapie zu berichten. In dem Verlegungsbericht der internistischen Abteilung, in welche die Patientin aufgrund des Suizidversuches von ihrem Bruder eingeliefert wurde, wurde als Grund für den Selbstmordversuch der Verdacht auf eine Kurzschlußreaktion beim Lesen der psychiatrischen Arztbriefe

geäußert. Frau BW wurde unter intensivmedizinischer Überwachung sofort nach Aufnahme der Magen gespült. Es fand sich eine subletale Tablettendosis. Nach wenigen Tagen war die Patientin ansprechbar und orientiert. Es zeigten sich keine durch den Suizidversuch verursachten körperlichen Beeinträchtigungen, so daß sie in eine psychiatrische Abteilung verlegt wurde.

Dort bedauerte Frau BW bei Aufnahme, daß der Suizidversuch fehlgeschlagen sei, und sie werde nach Entlassung erneut einen Selbstmordversuch unternehmen. Aufgrund der deutlich eingeeengten affektiven Schwingungs- und Modulationsfähigkeit, sowie der unkorrigierbar auf sich selbst gerichteten Aggressionen, war die Patientin akut suizidal.

Zur Vermeidung einer Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung wurde die Patientin initial mit Tolvin, Tavor und Ximovan behandelt. Nach einmonatiger täglicher Gesprächstherapie besserte sich die Symptomatik allmählich. Trotz intensiver weiterführender Therapie mußte Frau BW nach zweimonatigem Aufenthalt zu einer Sucht - Langzeittherapie in eine Landesklinik verlegt werden.

23.3. Vergleich der Verläufe BW und SM

23.3.1 Tabellarischer Vergleich

	SM	BW
Alter zum Zeitpunkt Erstinterview	29	41
Therapievorgeschichte	1. Mit 24 Jahren stat. Therapie wg Bulimie f. sieben Monate 2. danach sechsmonatige amb. Psychotherapie 3. Mit 26 Jahren stat. psychiatr. Behandlung wg. Suizidgedanken, Depressionen postpartal	1. teilstat. mit 41 Jahren vom 2.1. - 29.10.1991 2. anschließende amb. Gruppentherapie für 22 Stunden
Erstinterview	15.4. und 6.5.1991	6.3.1991
Kurzzeitpsychotherapie	5/1991 bis 2/1992	7/1992 bis 3/1993
6 Monats-, 1 und 2 und 5 Jahreskatamnesen	Patientin erschienen	nicht erschienen
Post - Therapie - Verlauf	Stabil, keine weitere Psychotherapie	Suizidversuch vom 3.5.1993, anschließend zweimonatige stat. geschlossene Therapie, dann Sucht - Langzeittherapie in einer Landesklinik

Tab. 2: Tabellarischer Vergleich Therapieverlauf SM und BW

23.3.2. Struktureller Vergleich

	SM		BW	
Kernberg - levels	lower am Übergang zu intermediate		lower level	
Persönlichkeitsstruktur	depressiv		depressiv-hysterisch	
schizoid:	2		0	
depressiv:	3		2	
zwanghaft:	1		1	
hysterisch:	1		2	
Tests	BSS	GAS	BSS	GAS
Aufnahme	2-3-2 7	60 - 55	1-3-3 7	20 - 40

Entlassung	1-2-2 5	65 - 65	2-4-4 10	20 - 40
6 Monats - Katamnese	1-1-2 4	75 - 75	fehlt	
1 Jahres - Katamnese	1-1-2 4	80 - 80	fehlt	
2 Jahres - Katamnese	1-1-1 3	85 - 85	fehlt	
5 Jahres - Katamnese	1-1-2 4	70 - 70	fehlt	

Tab. 3: Tabellarischer struktureller Vergleich SM und BW

23.3.3. Verlaufsvergleich BW und SM

Sowohl die klinische Dokumentation als auch die individuelle Biographie der PatientInnen nach Abschluß der Therapien zeigt sehr unterschiedliche Verläufe: Während sich Frau BW nach beendeter Kurzzeitpsychotherapie wegen eines Suizidversuches erneut in psychiatrische Behandlung begeben mußte, gelang es Frau SM, von der Therapie enorm zu profitieren und nahezu symptomfrei zu werden. Sie nahm alle Termine für die Katamnesen wahr und bedurfte keiner weiteren psychotherapeutischen Behandlung innerhalb der folgenden fünf Jahre, ganz im Gegensatz zu Frau BW, die schon während der Therapie ankündigte, nicht zu den Nachuntersuchungsterminen erscheinen zu wollen, und zwei Monate nach Beendigung der Therapie nach einem Suizidversuch erneut klinische Hilfe in Anspruch nahm. Offensichtlich war das Ausmaß der Alkoholabhängigkeit von Frau BW lange Zeit unterschätzt worden.

24. Vergleich der Prozeß-Analysen der TherapeutInnen

Die gesammelte Datenmenge erlaubt eine mikroanalytische Betrachtung des Verhaltens der TherapeutInnen der PatientInnen. Eingedenk der oben erwähnten Fragestellung ist deren Verhalten von großem Interesse: Kann mit Hilfe der SASB - Methode das unterschiedliche Therapeutenverhalten dargestellt werden? Bildet sich das Gelesene und Gehörte tatsächlich in den Clustern ab und kann man es in Zusammenhang mit dem Therapieoutcome bringen ?

24.1. Mikrostrukturelle Analyse der Cluster der TherapeutInnen

Zunächst fällt bei der Betrachtung der Cluster der TherapeutInnen die unterschiedliche Anzahl der verwendeten Cluster auf: Therapeut BW setzt in sämtlichen SASB kodierten Stunden im Verlauf der Therapie zehn verschiedene Cluster ein, Therapeutin SM kommt auf insgesamt fünf Cluster.

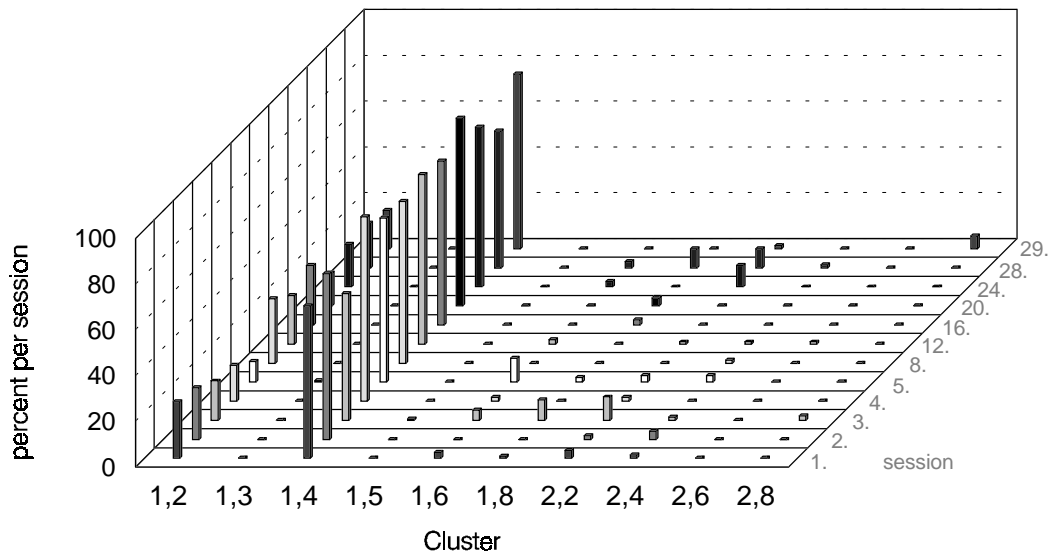


Abb. 7: TherapeutIn BW agiert gegenüber der Patientin

Bei der Betrachtung erscheinen die beiden Säulendiagramme aufgrund der unterschiedlichen Anzahl der analysierten Stunden unterschiedlich. Doch stellt man dies in Rechnung, zeigen sich auch beim bloßen Hinschauen durch die unterschiedliche Anzahl an eingesetzten Clustern der TherapeutInnen große Unterschiede: Das Säulendiagramm des Therapeuten BW wirkt unruhiger und unüberschaubarer als jenes der Therapeutin SM. Auf diesen Aspekt der Interpretationsfähigkeit von SASB wird noch im weiteren Verlauf der Diskussion eingegangen.

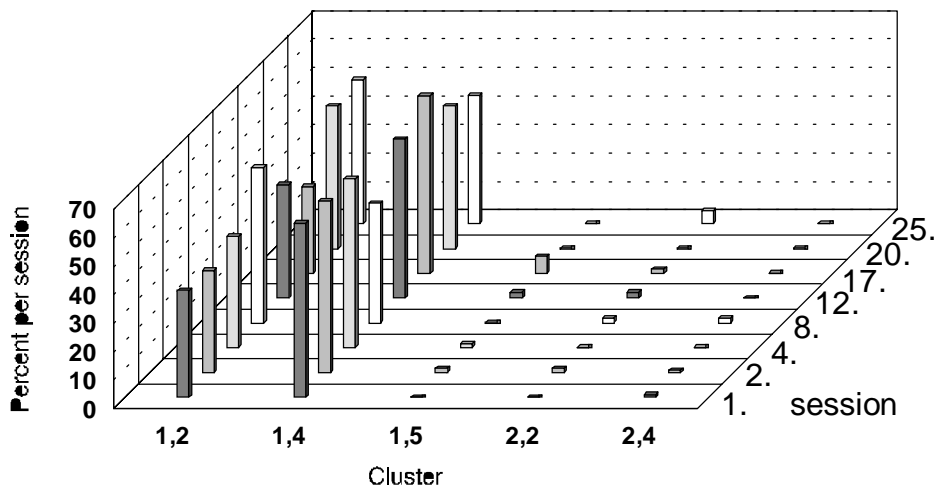


Abb. 8: TherapeutIn SM agiert gegenüber der Patientin

Die oben abgebildeten Darstellungen der Clusterhäufigkeiten und der Clusterwahl erlauben also eine 'Blick-Verdachts-Diagnose'. Um dieses zu bestätigen, ist eine genaue Analyse der Cluster erforderlich.

Cluster 1.2

Das Cluster 1.2 (verstehen, bestätigen, ermuntern) wird von beiden TherapeutInnen am zweithäufigsten benutzt. TherapeutIn BW benutzt es in der 8. Stunde am relativ häufigsten mit 28,23 % aller dort benutzten Cluster, am relativ seltensten mit 9,15 % in der 5. Stunde, im Schnitt 19,5 %.

TherapeutIn SM verwendet es in Stunde 8 mit 54,69 % am relativ häufigsten, in der 17. Stunde mit 30,43 % am relativ seltensten, im Schnitt 42,27 %.

Cluster 1.3

In der 5. Stunde gebraucht TherapeutIn BW das Cluster 1.3 (sich annähern, lieben) einmalig. Der relative Anteil in dieser Sitzung beträgt 0.7 %, auf die Gesamtunitzahl der Therapie bezogen macht das einen Anteil von 0,06 %.

TherapeutIn SM gebraucht das Cluster nicht.

Cluster 1.4

Das durchschnittlich am häufigsten verwandte Cluster von TherapeutIn BW ist das Cluster 1.4 (unterstützen, anleiten, bestärken). Sie gebraucht es am häufigsten in der 20. Stunde mit 82,14 %, relativ am seltensten 55,41 % in der 3. Stunde. Durchschnittlich kam das Cluster 1.4 in 70,95 % pro Stunde vor.

TherapeutIn SM verwendet ebenfalls Cluster 1.4 am häufigsten (relativ am häufigsten in der 1. Stunde mit 61,46 %, relativ am seltensten in der 8. Stunde mit 42,19 %). Durchschnittlich wurde in den Stunden das Cluster 1.4 in 54,61 % der Fälle verwandt.

% der Gesamtstundenzahl	BW	SM
Cluster 1.2	19,5 %	42,27 %
Cluster 1.4	70,95 %	54,61 %

Tab. 4: Anteil Cluster 1.2 und 1.4

Im direkten Vergleich ist aus oben genannten Zahlen abzulesen, daß TherapeutIn SM Cluster 1.2 (verstehen, bestätigen ermuntern) etwa doppelt so häufig einsetzt wie TherapeutIn BW. Umgekehrt verhält es sich mit dem Cluster 1.4 (unterstützen, anleiten, bestärken), welches TherapeutIn BW 1,4 mal so häufig nutzt wie TherapeutIn SM.

Cluster 1.5

TherapeutIn SM verwendet Cluster 1.5 nicht durchgängig, lediglich punktuell in der Hälfte der Therapiestunden: zu Beginn der Therapie (Stunden 2 und 4) und in Stunde 12 mit einem Anteil von maximal 2 %, am häufigsten in der 17. Stunde (5,8 %). Auf die Gesamtunitzahl der Therapie bezogen macht das 1,34 %.

Zum Vergleich: TherapeutIn BW verwendet es lediglich in der 3. Stunde mit einem Anteil von 0.64 %, also sowohl seltener im Therapieverlauf (Therapieanteil: 0,05 %), als auch mit einem geringeren relativem Anteil.

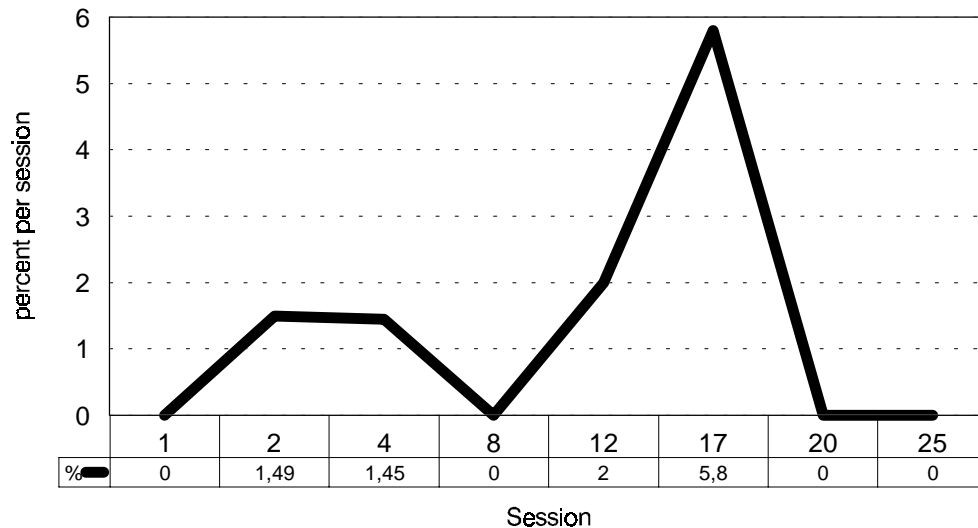


Abb. 9: Cluster 1.5 TherapeutIn SM

Cluster 1.6

Das von TherapeutIn BW eingesetzte Cluster 1.6 (herabsetzen, beschuldigen, bestrafen) erfährt seinen relativen Höhepunkt in der 5. Stunde (10,56 %). In den anderen Stunden wird es nicht, oder maximal in 4,46 % der Fälle verwandt, bleibt also auf niedrigem Niveau. Auf die Gesamtunitzahl bezogen macht das einen Anteil von 2,19 %.

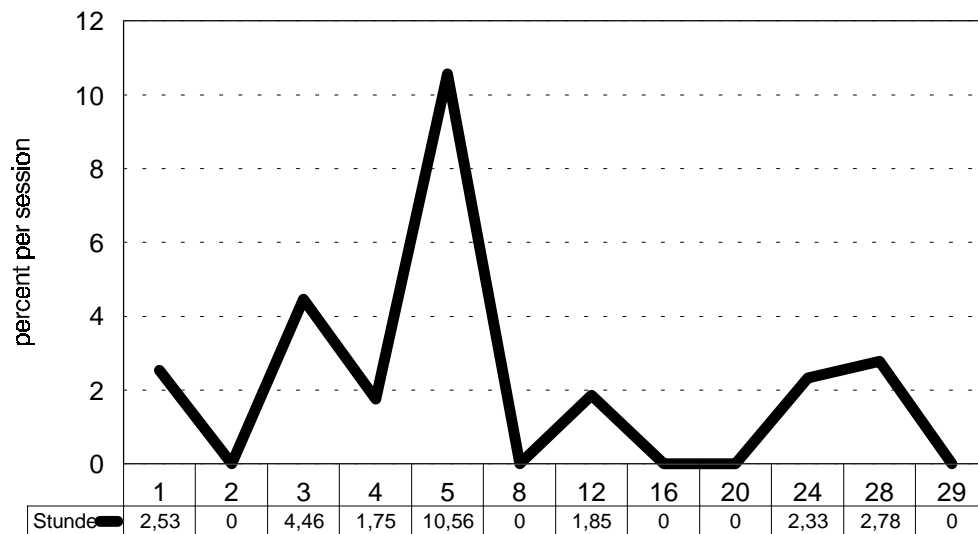


Abb. 10: Angaben in Prozent auf der y-Achse des Cluster 1.6 der TherapeutIn BW

TherapeutIn SM verwendet Cluster 1.6 nicht.

Cluster 1.8

Das von der TherapeutIn BW geäußerte Cluster 1.8 (übersehen, vernachlässigen, ignorieren) wird in der 3. Stunde (8.92 %) und in der 28. Stunde (8.33%) am häufigsten verwandt. Der relative Anteil an der Therapie beträgt 2,18 %

TherapeutIn SM verwendet Cluster 1.8 nicht.

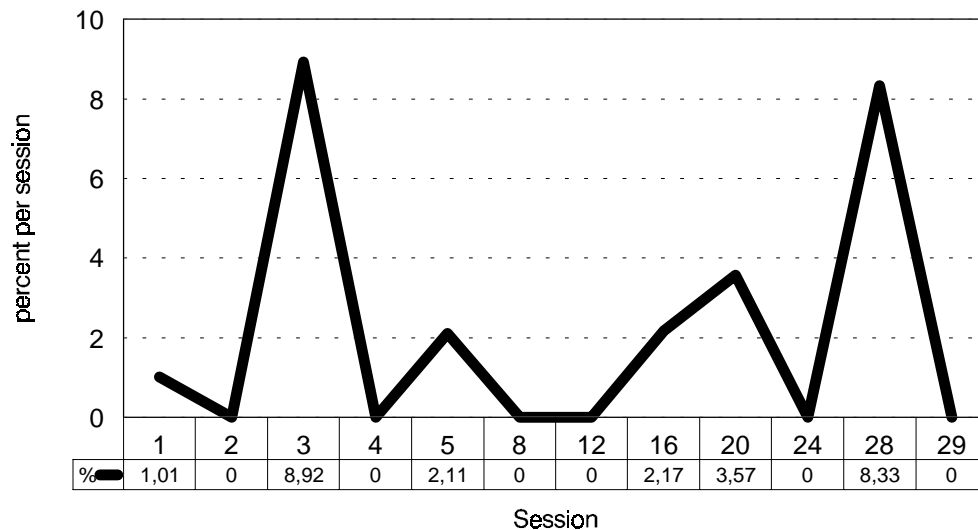


Abb. 11: Angaben in Prozent auf der y-Achse des Cluster 1.8 der TherapeutIn BW

Cluster 2.2

TherapeutIn SM setzt das Cluster 2.2 (sich öffnen, mitteilen, sich zeigen) mit zunehmender Therapiedauer häufiger ein. Die Maximalwerte werden gegen Therapieende erreicht. Der prozentuale Therapie-Gesamtanteil beträgt 1,36 %. TherapeutIn BW verwendet das Cluster 2.2 zu Beginn der Therapie und zum Ende der Therapie häufiger. Von der 8. Stunde bis zur 20. Stunde wird das Cluster 2.2 relativ selten angewandt: Nur in der 12. Stunde gebraucht TherapeutIn BW das Cluster. Der Therapie-Gesamtanteil beträgt 3,32 %.

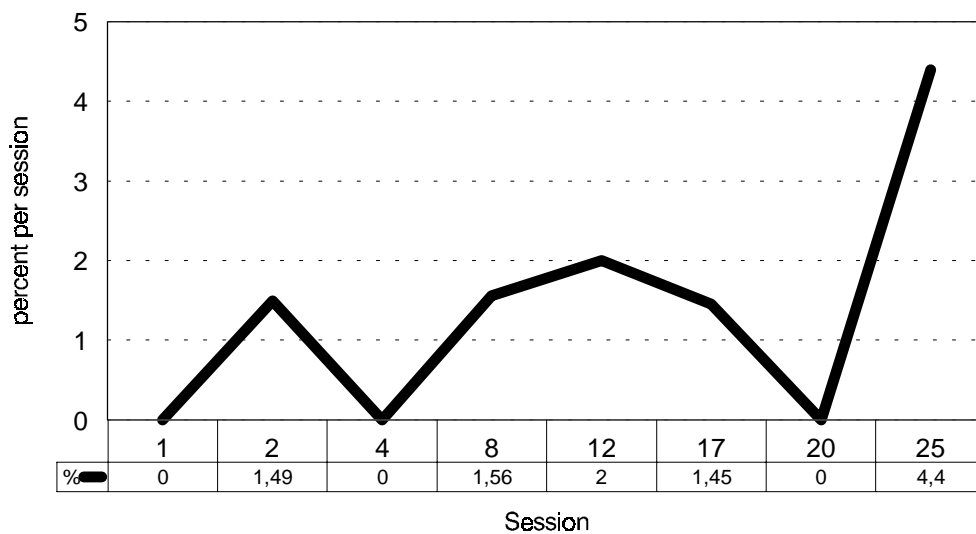


Abb. 12: Cluster 2.2 TherapeutIn SM

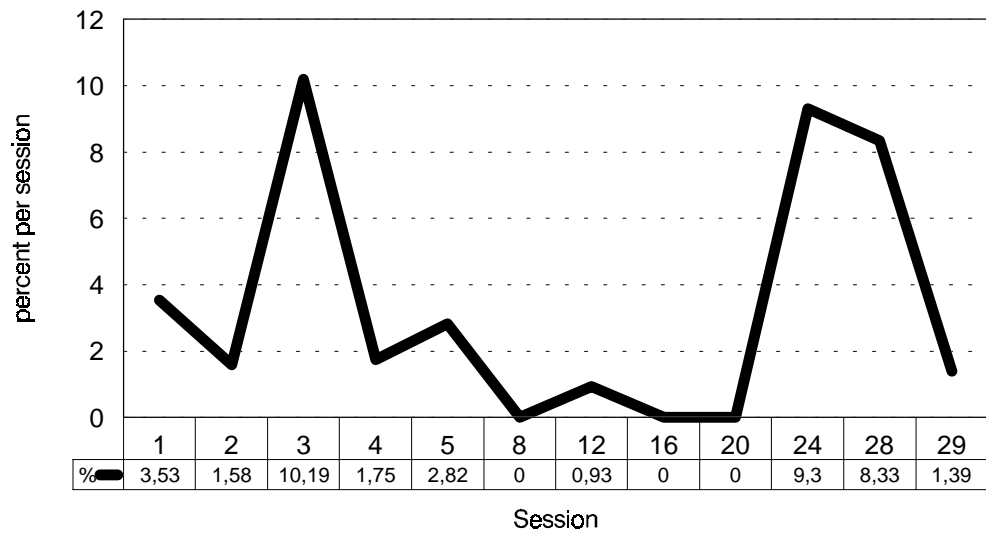


Abb. 13: Cluster 2.2 TherapeutIn BW

Cluster 2.4

Das Cluster 2.4 wird sowohl von TherapeutIn BW wie auch von TherapeutIn SM gehäuft bis zur Mitte der Therapie genutzt. Ab Therapiemitte wird das Cluster nur noch in einer Therapiestunde von BW genutzt (Therapie-Gesamtanteil 1,06 %). TherapeutIn SM verzichtet ab der 8. Stunde vollständig auf dieses Cluster (Therapie-Gesamtanteil 0,42%).

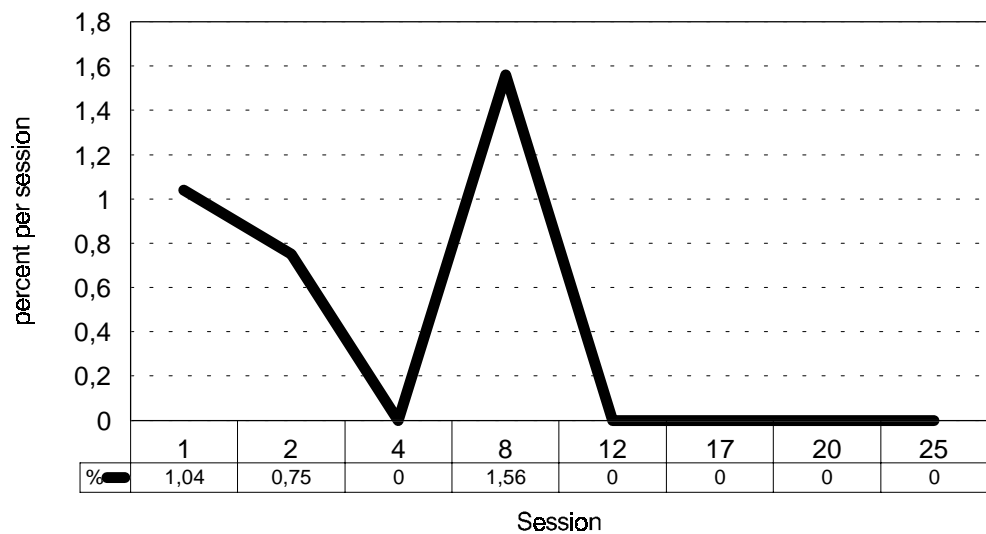


Abb. 14: Cluster 2.4 TherapeutIn SM

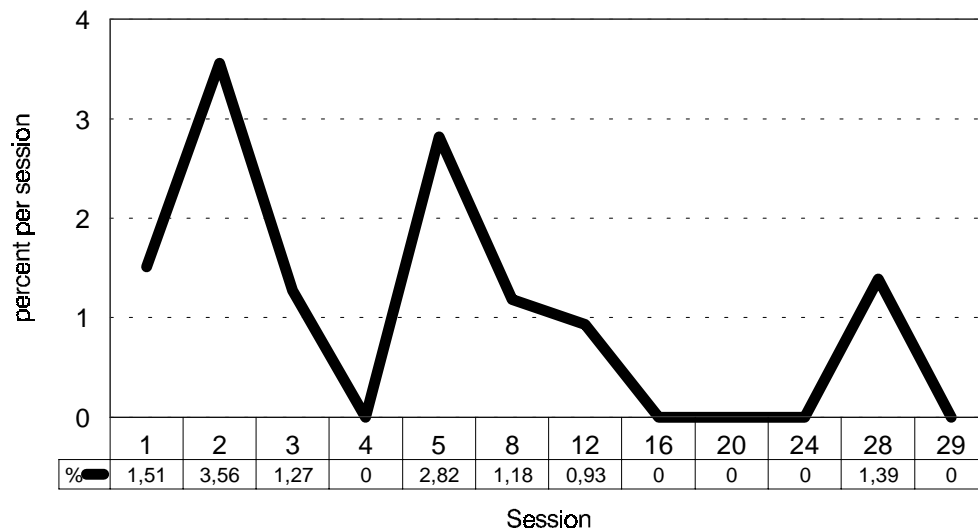


Abb. 15: Cluster 2.4 TherapeutIn BW

Cluster 2.6

Das Cluster 2.6 (gekränkt und beleidigt sein, sich rechtfertigen, hastig Folge leisten) wird von TherapeutIn BW in der 7. Stunde einmalig verwendet (Anteil in dieser Stunde 0,93 %). Der relative Gesamt-Anteil in der Therapie beträgt 0,08 %. TherapeutIn SM gebraucht das Cluster nicht.

Cluster 2.8

Das Cluster 2.8 (sich abschotten, sich verweigern, sich distanzieren) wird von der TherapeutIn BW während der Therapie zweimal verwendet: Erstmals in der 3. Stunde (1,91 %) und dann erst wieder in der letzten Stunde, allerdings hier mit 5,56 %. Möglicherweise ist dies als ein resignierter Rückzug der TherapeutIn zu verstehen, als Korrelat zu der Unzufriedenheit mit dem Therapieverlauf. Der prozentuale Gesamtanteil in der Therapie beträgt 0,62 %.

TherapeutIn SM gebraucht dieses Cluster nicht.

24.2. Beurteilung

TherapeutIn SM gebraucht - wie oben bereits erwähnt - weniger Cluster (nämlich Cluster 1.2, 1.4, 1.5, 2.2, 2.4) als die TherapeutIn BW (Cluster 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.8, 2.2, 2.4, 2.6, 2.8). Die Cluster 1.5, 2.2 und 2.4 werden vergleichsweise seltener von TherapeutIn SM innerhalb der Therapie eingesetzt als die Cluster 1.2 und 1.4. So machen die Cluster 1.2 und 1.4 96,88 % der Gesamtunitzahl aus. Im Gegensatz dazu machen sie bei der TherapeutIn BW nur 90,45 % der Gesamtunitzahl aus.

Man könnte zur TherapeutIn SM sagen, daß sie kontinuierlicher über die gesamte Therapie hinweg agiert im Sinne eines selteneren Wechsels der Cluster und geringerer prozentualer Schwankungen im Gebrauch der Cluster im Vergleich zu TherapeutIn BW.

TherapeutIn BW zeigt über den Therapieverlauf hinweg zum Teil ausgeprägte Schwankungen im prozentualen Gebrauch der Cluster als auch Schwankungen in der Wahl der Cluster. So wechselt TherapeutIn BW bis zu achtmal (3. Stunde) innerhalb einer Therapiestunde die Cluster, TherapeutIn SM maximal fünfmal (2. Stunde).

Auffallend ist auch der Gebrauch der Cluster 1.3 , 1.6 und 1.8 der TherapeutIn BW. Speziell die Cluster 1.6 und 1.8, welche im Focus 1 eine feindselige affektive Tönung bedeuten, werden vom Beginn der Therapie bis zum Ende immer wieder eingesetzt. Das Cluster 1.8 erfährt zum Therapieende auch eine Zunahme, welche in der vorletzten Therapiestunde mit 8.33 % einen Höhepunkt erreicht.

TherapeutIn SM verwendet diese Cluster nicht. TherapeutIn SM nutzt außer den Clustern 1.2 und 1.4 im transitiven Bereich (Focus 1) nur das Cluster 1.5 (kontrollieren, anordnen, steuern, überwachen). Das Cluster erfährt zur Mitte der Therapie eine relative Zunahme, findet sich jedoch ab der 17. Stunde nicht mehr. Im Gegensatz dazu verwendet TherapeutIn BW das Cluster 1.5 nur ein einziges Mal (3. Stunde).

Auffällig ist auch der Einsatz der Cluster 2.6 und 2.8 seitens der TherapeutIn BW. Cluster 1.8, 2.6 und 2.8 sind keine erwünschten therapeutischen Verhaltensweisen; Cluster 1.6 kann hilfreich sein, wenn es bewußt und dosiert eingesetzt wird.

Resümierend kann man zum Focus 1 sagen, daß TherapeutIn SM wesentlichen Gebrauch macht von freundlichen Ermutigungen und Direktiven. 1,3 % aller Units des transitiven Focus von TherapeutIn SM betreffen das Cluster 1.5, der Rest entfällt auf die Cluster 1.2 (42,1 %) und 1.4 (56,61 %), zusammen 98,7 % aller transitiven Cluster.

TherapeutIn BW verhält sich anders: Cluster 1.2 (21.21 %) und Cluster 1.4 (73,57 %) haben einen Gesamtanteil von 94,78 % an sämtlichen transitiven Aktionen. Cluster 1.5 macht lediglich 0.08 % der Gesamtzahl der transitiven Cluster aus, ebenso Cluster 1.3.

5,05 % aller Cluster im transitiven Focus sind feindliche Abweisungen und feindliche Bemächtigungen, eine Clusterwahl, welche in der Therapie SM gar nicht auftaucht.

Unterschiedlich verhalten sich auch die TherapeutInnen bei den Clustern des freundlichen Bereiches des Focus 1: Während TherapeutIn SM etwa doppelt so häufig das Cluster 1.2 anwendet wie TherapeutIn BW, gebraucht TherapeutIn BW das Cluster 1.4 wesentlich häufiger als TherapeutIn SM.

So befinden sich auch 73,57 % der Cluster des transitiven Bereiches der TherapeutIn BW in der unteren Hälfte des Focus, also im Kontrolle ausübenden Bereich. Im Gegensatz dazu befinden sich im eben skizzierten Bereich lediglich 57,97 % der transitiven Aktionen von TherapeutIn SM.

Das TherapeutInnenverhalten von TherapeutIn SM und TherapeutIn BW unterscheidet sich also im transitiven Bereich wesentlich durch das Kontrollverhalten der TherapeutInnen und im affiliativen Verhalten. Man kann sagen, daß TherapeutIn BW im Vergleich zu TherapeutIn SM sich kontrollierender verhält und vermehrt 'feindliche' transitive Aktionen vornimmt.

Über den Gebrauch der Cluster 2.6 und 2.8 könnte man sagen, daß TherapeutIn BW mit Einsatz dieser Cluster den Weg der herkömmlichen therapeutischen Distanz verläßt.

25. Analyse der Interaktionen zwischen PatientIn und TherapeutIn

25.1. Komplementarität im therapeutischen Prozeß

Die Volksweisheit „Wie man in den Wald hinein ruft, so schallt es auch heraus“ bildet sich im Gespräch ab. Bei einer wohlgemeinten Frage kann man mit einer entsprechenden freundlichen Antwort rechnen (s. auch Kap. 6). Das gilt auch für die Psychotherapie: Die Empathie und freischwebende Aufmerksamkeit, welche die TherapeutIn der PatientIn im allgemeinen entgegenbringt, soll eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen, in der sich TherapeutIn und PatientIn wohlgesonnen und vertrauensvoll gegenüberstehen.

Analysiert man nun die Therapien unter der oben genannter Prämisse, finden sich zwischen den Therapien SM und BW Unterschiede im therapeutischen Verhalten sowie auch Unterschiede im Verhalten der PatientInnen. Präzise gesagt geht es um die Verwendung inadäquater Cluster zwischen TherapeutInnen und PatientInnen bei Aktionen (meist transitiv) und Reaktionen (meist intransitive). Diese sind mit SASB abbildbar und sind mit dem Therapieverlauf und -ergebnis zu korrelieren.

25.2. Der Komplementaritäts-Index

Hilfreich ist hierbei ein Index, welcher die Komplementarität der Kommunikation zwischen TherapeutIn und PatientIn erfaßt: Es läßt sich durch die Analyse der Reaktionen der PatientInnen auf Aussagen der TherapeutInnen ein Verhältnis unter Berücksichtigung der zu erwartenden Reaktion gemäß dem obigen Motto erstellen. Dieser Index berechnet aus dem Anteil an komplementären Reaktionen der PatientInnen auf Aussagen der TherapeutInnen einen Zahlenwert, welche maximal den Wert 1 betragen kann. Eins bedeutet ein Höchstmaß an Komplementarität. Reagiert die PatientIn im Laufe einer Therapiestunde beispielsweise auf jede 1.4 der TherapeutIn mit 2.4, so würde der Index für dieses Cluster Eins betragen, die Kommunikation kann als 'gelingen' betrachtet werden, die PatientIn folgt der TherapeutIn. Die jeweilige Indexzahl gibt - würde man sie mit 100 multiplizieren - die Prozentzahl der im Sinne des obigen Mottos komplementären Interaktionen an.

25.2.1. Komplementaritäts - Index Cluster 2

Schaut man sich die Reaktionen der PatientInnen auf transitive Aussagen der TherapeutIn im Clusters 1.2 an, so kann man den Index aus der Anzahl der komplementären Reaktionen der PatientIn auf das TherapeutInnen Cluster 1.2 berechnen.

Für die beiden PatientInnen ergeben sich folgenden Graphen:

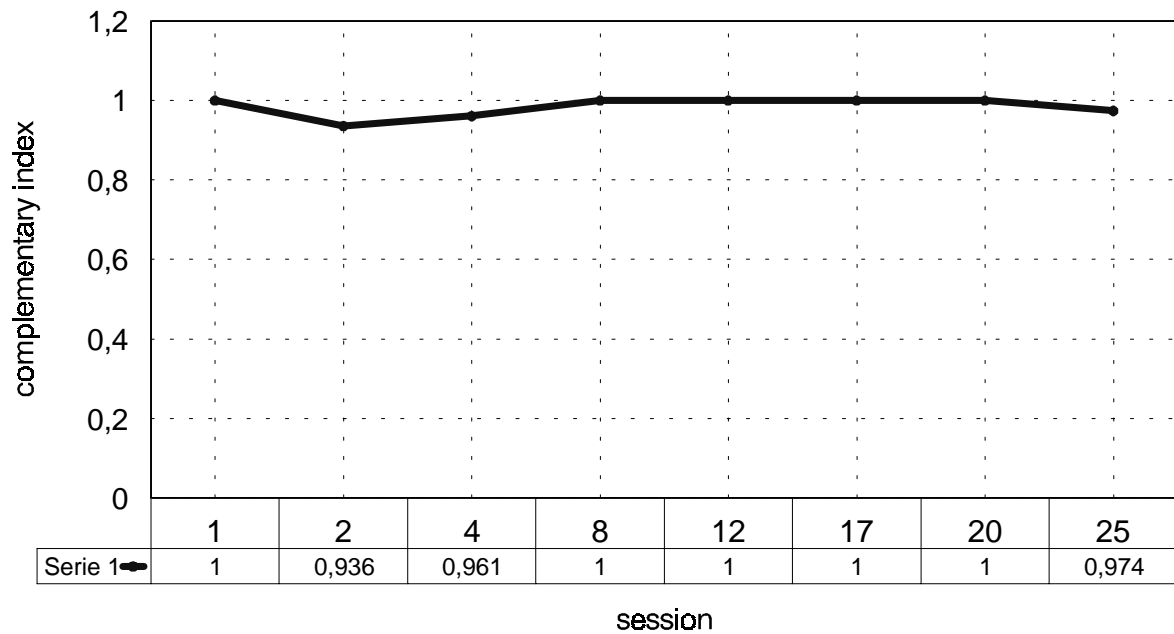


Abb. 16: Komplementaritäts - Index Cluster 2 PatientIn SM

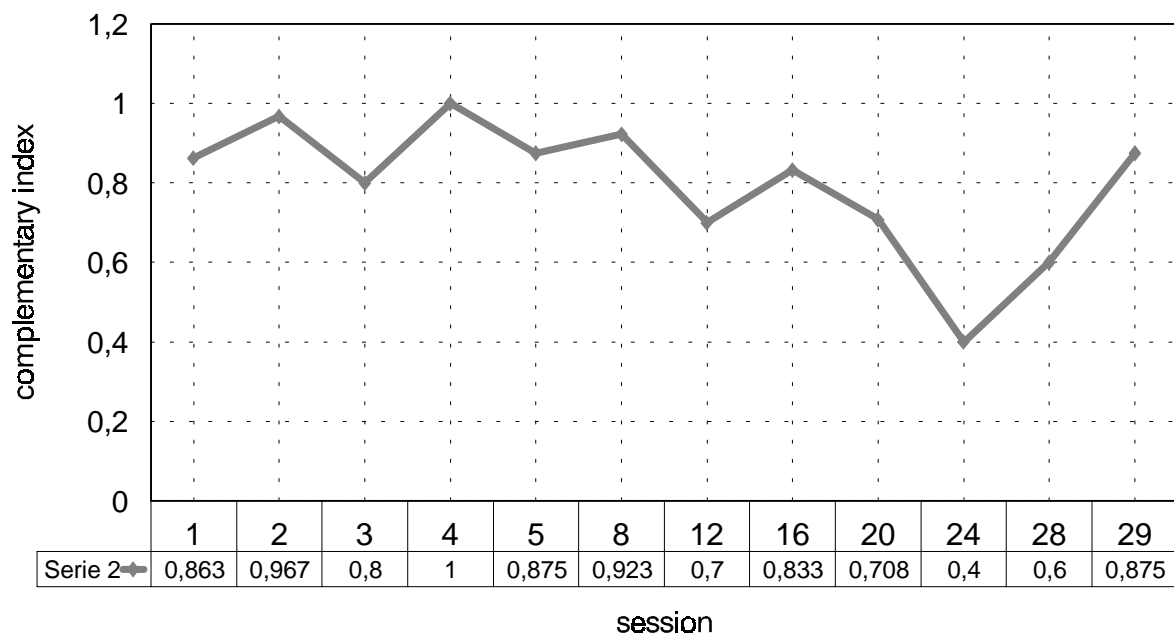


Abb. 17: Komplementaritäts - Index Cluster 2 PatientIn BW

Die unten aufgelisteten Zahlen geben den Index an: 0,863 bedeutet beispielsweise, daß auf 86 % der transitiven Aktionen der TherapeutIn mit dem Cluster 1.2 die PatientIn mit dem Cluster 2.2. reagiert. Auffällig ist der nahe bei 1 liegende Index in der Therapie SM. Lediglich zu Beginn der Therapie zeigt der Graph Schwankungen, welche gegen Ende weiter abnehmen. Im Kontrast dazu stellt sich der Kurvenverlauf der Therapie BW in Bezug auf Cluster 2 dar: zu Beginn der Therapie deutlich niedriger als in der Therapie SM, nach einem Auf und Ab zu Anfang der Therapie sinkt der Index ab der achten Stunde immer weiter, bis er sich zum Ende der Therapie wieder nach oben schwingt. Der Tiefpunkt der Therapie SM liegt bei 0.936 in der 2. Stunde, der der Therapie BW in der 24. Stunde bei 0,4.

Die Durchschnittswerte der Indizes liegt bei der Therapie SM bei 0.983, der der Therapie BW bei 0.795. Das bedeutet, daß in der Therapie SM 98,3 % der Cluster 1.2 der TherapeutIn von der PatientIn mit 2.2 beantwortet werden. Bei der Therapie BW sind es lediglich 79,5 %, also etwa 25 % weniger.

Die geringe Standardabweichung in der Therapie SM von 0,022 weist auf ein konstantes Interaktionsverhalten der Partner hin. Die Standardabweichung der Therapie BW beträgt 0,162, sie ist also etwa achtmal so groß. Das Interaktionsverhalten unterscheidet sich dementsprechend, es lassen sich größere Schwankungen nachweisen.

	SM	BW
Niedrigster Wert	0,936	0,4
Höchster Wert	1	1
Mittelwert	0,983875	0,7953333
Zentralwert	1	0,848
Standardabweichung	0,022948	0,1626675
Korrelationskoeffizient	0,3389553	-0,574868

Tab. 5: Vergleich Komplementaritätsindices SM und BW Cluster 1.2

25.2.2. Komplementaritäts - Index Cluster 4

Für das Cluster 4 finden sich ähnliche Unterschiede: Zwar fällt die Differenz nicht so groß aus wie beim Cluster 2, doch ergeben sich trotzdem signifikante Abweichungen, die sich auch deutlich abbilden:

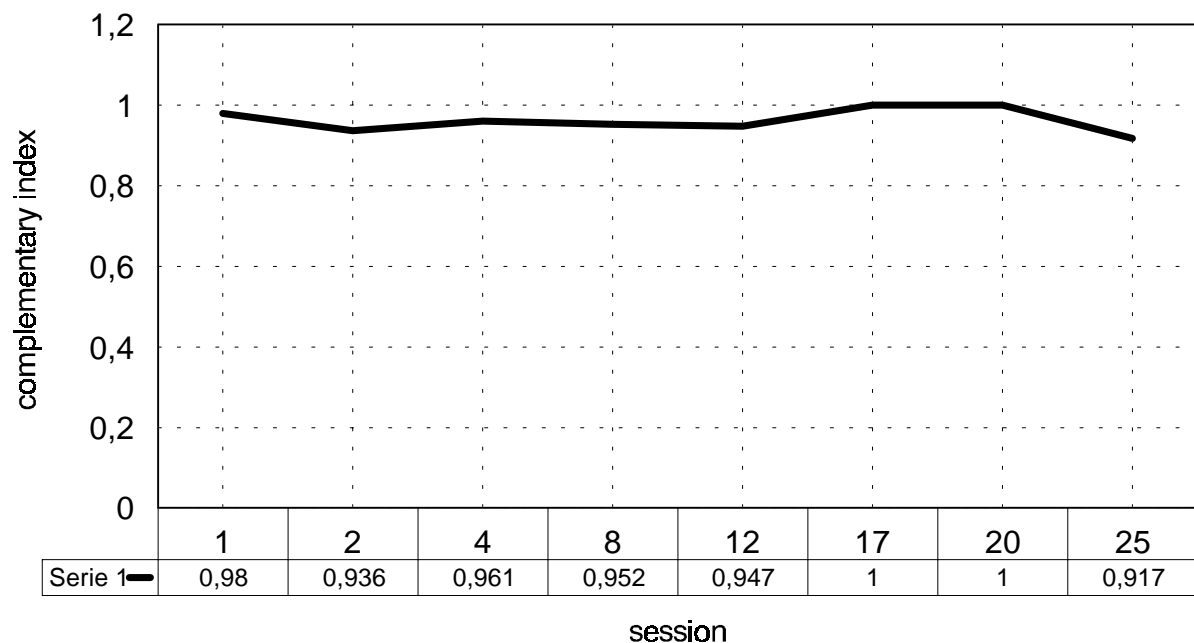


Abb. 18: Komplementaritäts - Index Cluster 4 PatientIn SM

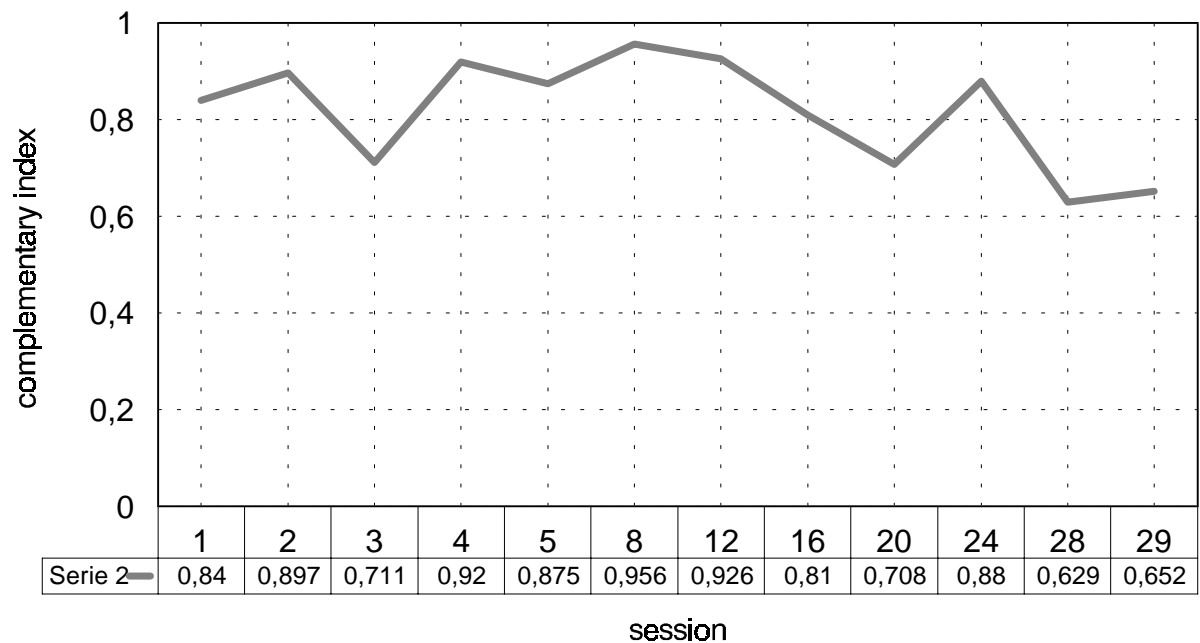


Abb. 19: Komplementaritäts - Index Cluster 4 PatientIn BW

Auch hier weist die Standardabweichung der Therapie SM von 0,027 im Gegensatz zur Therapie BW von 0,108 auf ein konstanteres Interaktionsverhalten bezüglich des Clusters 4 auf.

Die Reaktion auf die 1.4 von TherapeutIn SM fällt etwas schlechter aus als beim Cluster 2 derselben Therapie (s.o.): Der Mittelwert liegt um 0,022 niedriger als beim Cluster 2. Auch ist die Standardabweichung im Gegensatz zum Cluster 2 niedriger, nämlich um 0,05 Punkte.

	SM	BW
Niedrigster Wert	0,917	0,629
Höchster Wert	1	0,956
Mittelwert	0,961625	0,817
Zentralwert	0,9565	0,8575
Standardabweichung	0,0279237	0,1087076
Korrelationskoeffizient	-0,0023072	-0,5685595

Tab. 6: Vergleich Komplementaritätsindices SM und BW Cluster 1.4

Auch bei der Therapie BW gibt es leichte Abweichungen: Der Mittelwert liegt bei 0,817, ist also um 0,023 niedriger als bei Cluster 2. Ähnliches gilt für die Standardabweichung des Clusters 4: Sie ist um 0,054 Punkte niedriger als bei Cluster 2. Dies bedeutet, daß die Kommunikation bei diesem Cluster (mehr kontrollierend als das Cluster 1.2) in der Therapie BW besser funktioniert als im Cluster 1.2.

Man kann also feststellen, daß bei der Therapie SM bezüglich des Clusters 4 die Interaktion gemäß dem Motto „Wie es in den Wald schallt...“ größere Abweichungen zeigt, also inkonstanter ist im Vergleich zum Cluster 1.2 der Therapie SM.

Ähnliches trifft für die Mittelwerte zu: Bei der Therapie SM ist der Mittelwert für das Cluster 4 niedriger als für das Cluster 2, umgekehrt bei der Therapie BW. Jedoch zeigt sich auch hier in der Therapie SM ein wesentlich konstanteres Interagieren der Kommunikationspartner als in der Therapie BW. Der Komplementaritäts - Index beträgt für SM 0,96, für die Therapie BW lediglich 0,82.

25.2.3. Komplementaritäts - Index Focus 1

Berechnet man nun nach oben beschriebenem Verfahren diesen Index für sämtliche von TherapeutIn gebrauchten Cluster des Focus 1, schaut also, auf wieviele transitive Aktion die komplementäre Reaktion von PatientIn folgt, so ergeben sich folgende Graphen:

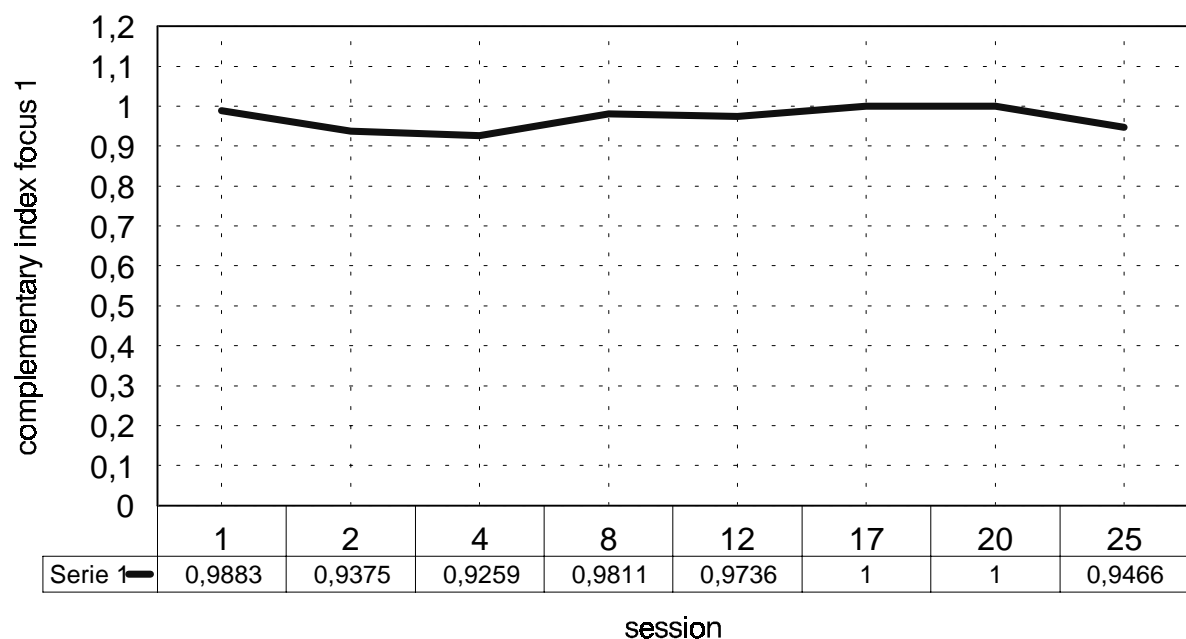


Abb. 20: Komplementaritäts - Index Focus 1 PatientIn SM

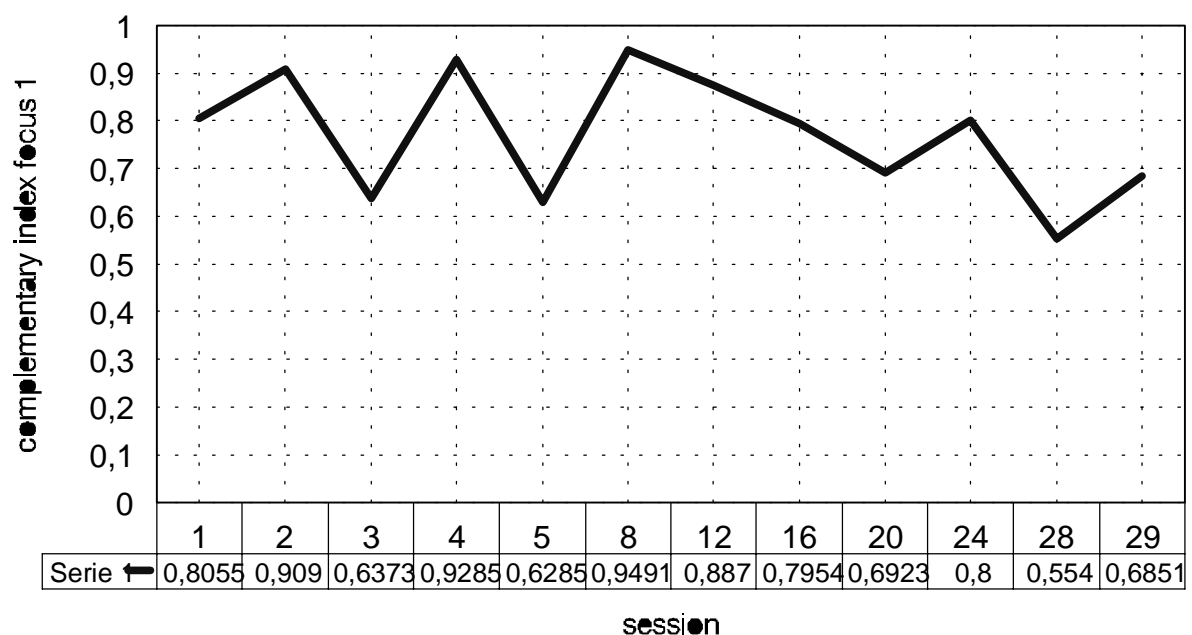


Abb. 21: Komplementaritäts - Index Focus 1 PatientIn BW

Der Graph von SM zeigt im Vergleich zum Graphen von BW, daß bei erstgenannter Therapie die Kommunikation bezüglich der transitiven Aktionen von TherapeutIn der Volksweisheit besser folgt als die Therapie BW.

	SM	BW
Niedrigster Wert	0,9259	0,554
Höchster Wert	1	0,9491
Standardabweichung	0,02695	0,1251169
Mittelwert	0,969125	0,7716417

Tab. 7: Vergleich Komplementaritätsindices SM und BW Fokus 1

Der Mittelwert bestätigt das: Durchschnittlich 96,91 % der transitiven Aktionen der Therapie SM wurden komplementär beantwortet. Bei der Therapie BW sind es lediglich 77,16 % der transitiven Aktionen der TherapeutIn.

Die Standardabweichung gibt einen Hinweis auf die Kontinuität für die Dauer der Therapie: Sie schwankt um 0,027, während der Wert bei der Therapie BW von 0,125 um ein etwa 4,5 -faches höher liegt, und damit auf einen stärkeren Wechsel der Reaktionen auf den Fokus 1 hindeutet.

Bei der Betrachtung der Graphen über den Therapieverlauf hinweg fällt auf, daß bei der Therapie SM das hohe komplementäre Niveau sich ab der Mitte der Therapie stabilisiert.

Bei der Therapie BW verhält es sich anders: Zu Beginn der Therapie ist der Graph sehr unruhig. Nach dem ersten Drittel der Therapie verschlechtert sich im Sinne der Komplementarität das Interaktionsverhalten stetig. In der zwanzigsten Stunde wird dieser Trend einmalig umgekehrt, um dann, den alten Trend bestätigend, wieder auf ein niedrigeres Niveau abzufallen. Lediglich in der letzten Stunde kann der Index noch einmal auf etwa 0,7 ansteigen.

Interessant ist, daß der generelle Trend der beiden Therapien bezüglich des complementary index focus 1 (= cif1) sich schon nach den ersten vier Stunden rechnerisch abbilden läßt: Zum Vergleich

	Index für die Therapie SM	Index SM in den Stunden 1-4	Index für die Therapie BW	Index BW in den Stunden 1-4
Mittelwert	0,969125	0,9505667	0,7716417	0,80075
Standardabweichung	0,02695	0,027098	0,1251169	0,1154

Tab. 8: Vergleich CIF1 und Vierstunden - CIF1

Untersuchenswert erscheint es nun, ob sich mit dem „Vierstunden CIF1“ schon eine Prognose über den Verlauf des Interaktionsverhaltens des ersten Focus und somit womöglich über den Therapieausgang machen läßt. In Bezug auf die dargestellten Borderline - Therapien ist der Unterschied eindrucksvoll. Möglicherweise ergibt sich hierdurch eine wichtige Anwendungsmöglichkeit für die SASB Methode, durch welche frühzeitig

Therapiestrategien korrigiert und geändert werden können. So könnte das Ergebnis von Kurzpsychotherapien optimiert werden. Dies entspricht den Ergebnissen der Vanderbiltstudien, wonach sich die therapeutische Beziehung bis zur 3. Sitzung etabliert hat (Henry 1986,1990, Strupp 1988).

26. Analyse der Inhaltsratings der PatientInnen SM und BW

Bei der quantitativen Analyse und dem Vergleich der beiden hier bearbeiteten Therapien muß beachtet werden, daß die Anzahl der transkribierten Therapiestunden unterschiedlich ist. Auch lassen die Grafiken die unterschiedlichen Aufzeichnungsräume der Stunden selbst nicht erkennen: die Therapiestunden 1 und 2 sind jeweils komplett transkribiert, von den folgenden Stunden die ersten zwanzig Minuten. Die Anzahl der Ratings beinhaltet sowohl die Nennung als X - wie auch als Y - Referent.

26.1. Quantitative Analyse SM

Im Laufe der Therapie der PatientIn SM konnten folgende 6 Referenten inhaltskodiert werden: PatientIn, Ehemann, Kind, Vater, Mutter, und Schwester. Inhaltsratings waren in 6 Therapiesitzungen möglich, lediglich in den Stunden 1 und 20 fanden sich keine inhaltskodierbaren Units.

	Patientin	Ehemann	Kind	Vater	Schwester	Mutter
Stunde 1						
Stunde 2	8		8			
Stunde 3						
Stunde 4	32	32	4	1		
Stunde 5						
Stunde 6						
Stunde 7						
Stunde 8	13			13	2	12
Stunde 9						
Stunde 10						
Stunde 11						
Stunde 12	31	31	4	2		1
Stunde 13						
Stunde 14						
Stunde 15						
Stunde 16						
Stunde 17	20	20				
Stunde 18						
Stunde 19						
Stunde 20						
Stunde 21						
Stunde 22						
Stunde 23						
Stunde 24						
Stunde 25	4	4				
Stunde 26						
Stunde 27						
Stunde 28						

Tab. 9: Anzahl der Inhaltskodierungen der Referenten der Therapie SM in den kodierten Stunden. Stunden 1 und 2 sind vollständig kodiert, sonst die ersten 20 Minuten

In der ersten Stunde finden sich keine Inhaltskodierungen. In der zweiten Stunde wurde neben der Patientin auch das Kind inhaltskodiert. Beide tauchten jeweils achtmal als Referenten auf. Die vierte Stunde zeichnet sich durch die höchste Anzahl an inhaltskodierten Units aus: Die Patientin und der Ehemann in 32 Units,

zudem das Kind in 4 und der Vater in einem Unit. In dieser Stunde, welche zu zwanzig Minuten transkribiert wurde, taucht die Patientin am häufigsten als X - bzw. Y - Referentin auf.

In der achten Stunde sind die Patientin, der Vater, die Schwester (taucht in dieser Stunde zum einzigen Mal während der Therapie auf) und die Mutter kodiert. In der nächstfolgend kodierten Stunde - der 12. - stehen bezogen auf die Anzahl der Kodierungen die Patientin und der Ehemann mit 31 Units (zweithäufigste Nennung im Therapieverlauf) im Mittelpunkt. Es konnten zudem noch viermal das Kind und zweimal der Vater als Referenten ausgemacht werden. In der siebzehnten Stunde finden sich lediglich die Patientin und der Ehemann mit jeweils 20 Units. In der zwanzigsten Stunde finden sich - wie auch in der ersten Stunde - keine Inhaltskodierungen. In der letzten kodierten Stunde finden sich noch einmal jeweils mit vier Units die Patientin und der Ehemann.

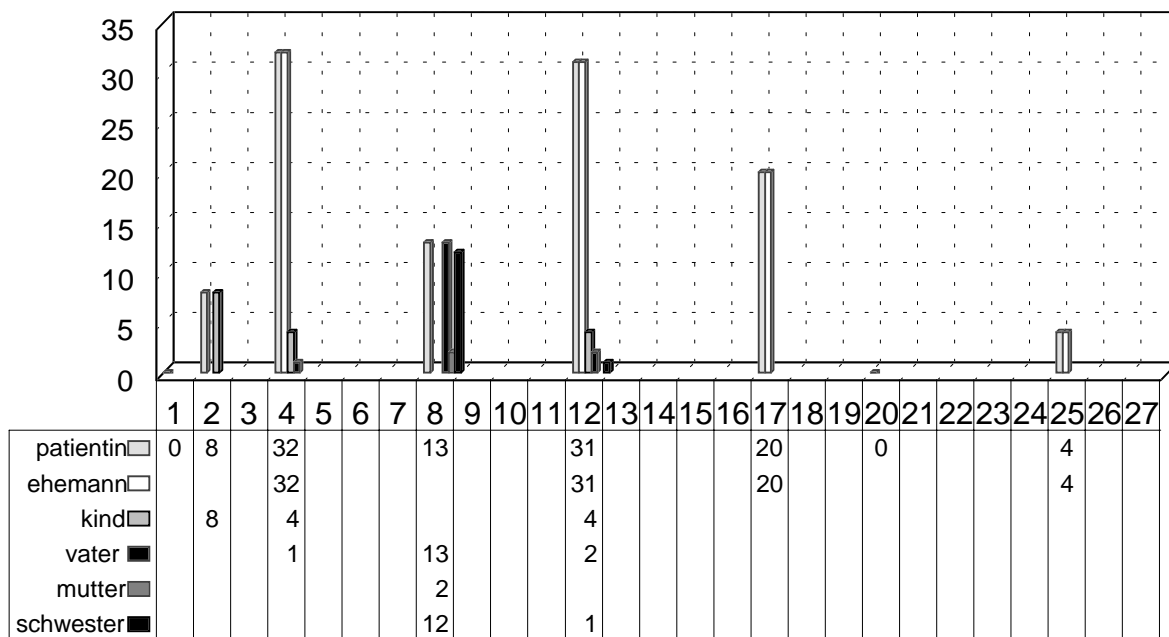


Abb. 22: Graphische Verlaufsdarstellung der quantitativen Analyse Therapie SM. Stunden 1 und 2 vollständig, sonst die ersten 20 Minuten erfasst.

Insgesamt fanden sich 242 X - bzw. Y - Referenten. Am häufigsten taucht die Patientin selbst mit 108 Units auf, am zweithäufigsten der Ehemann mit 87 Nennungen. Das Kind (16 Units), der Vater (16 Units) und die Mutter (13 Units) sind etwa gleich häufig Referenten. Am seltensten kommt die Schwester mit 2 Units vor. Der relative Anteil der X- bzw. Y- Referenten an der Gesamtzahl der Units beträgt bezogen auf die Patientin 44,6 % und für den Ehemann 35,9. Die Patientin ist auch über den Therapieverlauf gesehen gemessen an allen Inhaltskodierungen pro Stunde etwa konstant beteiligt. Die Anzahl der Referenten bzw. Referentinnen während der Therapie ist gering, ihre Anzahl pro Stunde nimmt im Verlauf der Therapie ab.

26.2. Quantitative Analyse BW

Bei der quantitativen Analyse der Patientin BW fällt im Gegensatz zur Therapie SM die wesentlich höhere Anzahl der Referenten innerhalb der Inhaltskodierung auf. In der visuellen Darstellung der Grafik wirkt das Profil uneinheitlich und unruhig. 15 Personen oder Personengruppen tauchen als Kommunikationspartner auf. In der Häufigkeit sticht - neben der Patientin mit 465 Units - die Mutter als X - bzw. Y- Referentin mit 122

Units hervor, gefolgt von der Gruppe der 'Anderen' mit 82 Units. Danach folgen mit 51 Units die Arbeitskollegen vor dem Therapeuten mit 50 Units. Dann folgen Bruder mit 33 Units, Ehemann mit 30 Units und schließlich Vater und medizinisches Personal mit je 14 Units. Die anderen Gruppen oder Personen werden nicht häufiger als sechsmal genannt. Auffällig ist, daß in den Stunden 20 und 24 keine Inhaltskodierungen vorgenommen wurden, in den übrigen kodierten Stunden die Häufigkeit an Inhaltskodierungen im Gegensatz dazu sehr lebhaft ist. So finden sich beispielsweise in den ersten zwanzig Minuten der 16. Stunde 130 inhaltskodierte Transaktionen.

	therapeut	patientin	mutter	kind des bruders	bruder	andere	vater	mann	eltern	andere th.	arbeitskollegen	Kinder im Kindergarten	Med. Personal	Gruppe
1	2	66	30	5	12	2	13		1	1	5			
2		68	31	1	12	11		18						
3	21	61	11			2								
4	2	28				10					3			
5	9	41				7					15			
6														
7														
8		29	4		1	7	1	10				6		
9														
10														
11														
12	7	38	2			7		1			19			
13														
14														
15														
16	5	62	28		4	12		1			5		13	
17														
18														
19														
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21														
22														
23														
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25														
26														
27														
28	1	36			4	18					4		1	
29	3	36	16			6								1

Tab. 10: Anzahl der Inhaltskodierungen der Referenten der Therapie BW in den kodierten Stunden. Stunde 1 und 2 sind vollständig kodiert, sonst die ersten 20 Minuten.

In der ersten Stunde finden sich insgesamt 10 Referenten - dies ist am Therapieverlauf gemessen die Höchstzahl an Referenten. In den restlichen Stunden schwankt die Anzahl zwischen 4 und (einmalig in der Therapie) acht Referenten.

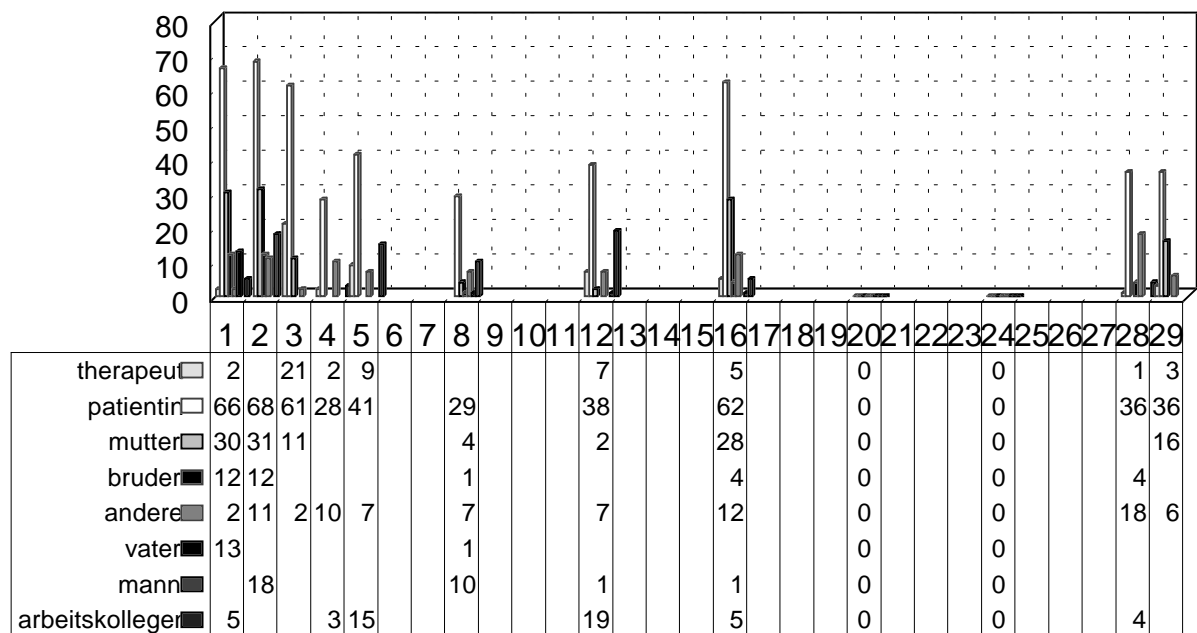


Abb. 23: Grafische Darstellung der Häufigkeit der Interaktionen als X- oder Y- Referenten der Inhaltscodierungen der Patientin BW. Zur besseren Übersicht wurden nur die häufigsten acht Referenten dargestellt.

Am relativ häufigsten taucht die Patientin selbst in 53,0 % der Fälle als Referentin auf. Dies bleibt auch bezogen auf die relative Häufigkeit im Therapieverlauf etwa konstant.

Am zweithäufigsten taucht die Mutter in 13,9 % als X - oder Y- Referentin auf. Es finden sich vier Referentengruppen / Personen, welche nur in einer einzigen Therapiestunde auftauchen (Eltern, andere Therapeuten, med. Personal, Gruppe).

26.3. Vergleich der Therapien SM und BW unter quantitativen Gesichtspunkten

Zwischen beiden Therapien bestehen unter quantitativ - deskriptiven Gesichtspunkten fundamentale Unterschiede: Bei der Patientin SM finden sich wesentlich weniger Referenten als bei der Patientin BW (SM 6 : BW 14). Auch sind in der Therapie der Patientin BW wesentlich mehr inhaltscodierbare Units als bei der Therapie der Patientin SM. Wesentlich daran erscheint jedoch, daß der prozentuale Anteil der Patientinnen selbst an den Gesamtunits unterschiedlich ist (SM 44,6 % - BW 53,0 %). Interessant ist auch der prozentuale Anteil des jeweils zweithäufigsten Referenten: In der Therapie SM der Ehemann mit 35,9 %, in der Therapie BW die Mutter mit 13,9 %. Eine mögliche Erklärung für die doch recht unterschiedlichen Zahlenwerte könnte in der verstärkten Auseinandersetzung von BW mit wesentlich mehr Personen bzw. Gruppen in der gleichen Zeit als der Patientin SM liegen.

Eingedenk des besseren Outcomes der Patientin SM ist dies ein Hinweis auf die kontinuierlichere Bearbeitung der Themen innerhalb der Therapie selbst: Die durch die nur relativ kurze Therapiedauer (dreißig Stunden) vorgegebene geringe Anzahl an Therapieinhalten impliziert den Zwang zur ökonomischen Nutzung der Zeit. Komplexe, vielschichtige Therapiefoci können aufgrund der Zeitvorgabe schlechter bearbeitet werden als prägnante Themen. Die Disziplin der Patientinnen, unter der zeitlichen Limitierung der Kurzzeittherapie die Gelegenheit zur Durcharbeitung zu nutzen, spielt eine wesentliche Rolle. Bezogen auf die hier untersuchten

Borderline - Patientinnen läßt sich daher folgern, daß je konsequenter, möglicherweise unter Ausblendung weiterer beteiligter Personen, die wichtigen Objekte bearbeitet werden, desto besser ist der Therapieerfolg. Andererseits spiegelt die geringe Referenzenanzahl von SM deren störungsbedingte soziale Isolierung wieder.

26.4. Qualitative Analyse der Inhaltskodierung der Patientin SM

Betrachtet man die inhaltskodierte Interaktionen der Patientin SM, in denen die Patientin selbst als X - Referentin auftaucht, so zeigt sich anhand der beiden während der Therapie mehrmals inhaltskodierte Y - Referenten eine Veränderung im Interaktionsverhalten. In der vierten Stunde agiert die Patientin gegenüber ihrem Ehemann 'breit gefächert', vor allen Dingen jedoch nicht innerhalb des 1. Quadranten (freundliche Ermutigung). Vielmehr finden sich die Cluster 1.5 (kontrollieren, anordnen), 1.6 (herabsetzen, beschuldigen) sowie aus dem intransitiven Fokus 2.5 (sich fügen), 2.6 (gekränkt und beleidigt sein) und Cluster 2.8 (sich verweigern). Dies spiegelt die Konflikte bezüglich der familiären Situation in Zusammenhang mit den Überforderungsgefühlen angesichts der Erziehung des Kindes und das Gefühl des Allein-gelassen-seins wieder. Die Verunsicherung der Patientin 'wie gehe ich mit meinem Mann um?' zeigt sich im Hin- und Herspringen zwischen den Quadranten 'Feindliche Bemächtigung' (Fokus 1, Quadrant III) und 'Feindselige Unterwerfung' (Fokus 2, Quadrant III).

Im Laufe der Therapie tauchen jedoch die Cluster 1.1 (freigeben), 1.3 (sich annähern) und 1.4 auf (unterstützen), während auf der anderen Seite die Cluster 1.6 und 2.6 in der 17. Stunde verschwunden sind. Zwar halbiert sich auch die Häufigkeit des Clusters 2.8, doch bleibt neben diesem noch das Cluster 2.5 bestehen.

Hier bildet sich in der Inhaltskodierung der Therapieerfolg ab. Die intensive Bearbeitung der familiären Situation bringt eine Änderung des Verhaltens gegenüber dem Ehemann hervor, welche sich in der Inhaltskodierung abbildet. Die zu Beginn der Therapie hauptsächlich feindselig getönten kontrollierenden Cluster weichen tendenziell dem zunächst komplett ausgesparten I. Quadranten. Dies zeigt sich auch bei der Betrachtung der Interaktion mit dem Kind. In der ersten Stunde finden sich inhaltskodiert die Cluster 1.4 (anleiten), 1.5 (kontrollieren), 2.7 (zurückweichen) und 3.6 (Selbstanklage). Speziell im letztgenannten Cluster spiegelt sich wiederum das Gefühl der Überforderung der Patientin im Umgang mit dem Kind wider. Schaut man sich jedoch die 25. Stunde an, so finden sich hier die Cluster 1.1 (freigeben) und 2.1 (eigenständig sein) inhaltskodiert, also nur Cluster des I. Quadranten: Die Patientin erlebt sich selbst als eigenständiger und gleichzeitig liebevoller gegenüber ihrem Kind.

Sitzung:	2	4	8	12	17	25
Interaktion	Cluster n	Cluster n	Cluster n	Cluster n	Cluster n	Cluster n
1 > 2		1.5 3		1.1 2	1.4 2	
		1.6 7		1.3 1		
		1.7 1		1.5 5	1.5 2	
		1.8 1		1.6 1	1.8 1	
		2.5 2		2.5 1	2.5 2	
		2.6 2		2.7 4		

		2.8 4			2.8 2	
1 > 3	1.4 2			1.4 1		1.1 2
	1.5 1					2.1 2
	2.7 1					
1 > 4			1.6 1			
			2.5 1			
			2.6 1			
1 > 6			1.3 4			
			1.4 2			

Tab. 11: Patientin SM X - Referentin agiert gegen 2=Ehemann, 3=Kind, 4=Vater, 6=Mutter

26.5. Qualitative Analyse Inhaltskodierung der Patientin BW

Die Inhaltsanalyse bezüglich der Interaktion zwischen der Tochter (= Patientin) (X - Referentin) mit ihrer Mutter (Y - Referentin) zeigt über den Therapieverlauf hinweg einen Schwerpunkt im intransitiven Bereich. So kommen in der zweiten Stunde neben den Clustern 1.4 und 1.5 die Cluster 2.1 (eigenständig sich behaupten), 2.2 (sich öffnen) und 2.6 (gekränkt und beleidigt sein) vor. In der zweiten Stunde findet sich dann das Cluster 2.8 (sich abschotten), welches auch in der achten Stunde auftaucht. In der 16. Stunde findet sich aus dem transitiven Bereich lediglich noch das Cluster 1.6 (herabsetzen). Hier findet sich aus dem ersten Quadranten noch das Cluster 2.2, sonst noch 2.4, 2.5 und 2.6. In der letzten Stunde taucht einmalig das Cluster 1.8 (ignorieren) auf, daneben noch die Cluster 2.1 und 2.8. Die Inhaltsanalyse zeigt, daß die Patientin in einem Spannungsfeld zwischen dem Wunsch, sich gegenüber der Mutter zu öffnen und dem Empfinden, von dieser übersehen bzw. schlecht behandelt zu werden, lebt. Betrachtet man die Clusterverteilung, so scheint sich diese Tendenz im Therapieverlauf sogar noch zu verstärken bzw. deutlicher hervorzutreten.

Sitzung	1	2	3	4	5	8	12	16	28	29
Interakt	Cl. n	Cl. n	Cl. n	Cl. n	Cl. n	Cl. n	Cl. n	Cl. n	Cl. n	Cl. n
2 > 3		1.4 1	1.4 1			2.8 3		1.6 3		1.8 1
		1.5 2	2.2 1					2.2 5		2.1 2
		2.1 1	2.6 3					2.4 1		2.8 3
		2.2 2	2.8 4					2.5 2		
		2.6 1						2.6 2		
2 > 5	1.3 1	1.4 2						1.4 2	1.4 1	
	1.6 2	2.6 1							1.6 1	
	2.7 3									
	2.8 1									
2 > 6	2.8 2	1.4 1	2.8 2	1.2 1	1.6 3	2.1 1	1.1 1	1.6 1	1.6 2	2.6 1
		1.5 1		2.5 2	2.6 3	2.6 1	2.8 3	2.8 5	2.6 1	2.8 3

		2.1 1		2.6 1		2.7 1			2.7 1	
		2.2 1		2.8 1		2.8 3			2.8 3	
		2.6 1								
2 > 11	2.1 2			2.6 1	1.3 1		1.5 1	1.6 1		
					1.4 1		1.6 4	2.5 1		
					1.6 6		1.8 1	2.7 1		
					2.2 2		2.1 2			
					2.6 2		2.2 1			
							2.7 1			
							2.8 2			

Tab. 12: Patientin BW X - Referentin agiert gegen die häufigsten Kommunikationspartner. Inhaltskodierung: 3=Mutter, 5=Bruder, 6=andere, 11=Arbeitskollegen

Im Umgang mit dem Bruder fällt eine Änderung der Fokuswahl auf: Zu Beginn finden sich neben den Clustern 1.3 und 1.6 in der ersten Stunde die intransitiven Cluster 2.7 (protestieren) und 2.8 (sich abschotten), in Stunde 2 Cluster 1.4 und 2.6. In der 16. Stunde agiert die Patientin gegenüber ihrem Bruder mit dem Cluster 1.4 und in der 29. Stunde den Clustern 1.4 und 1.6. Gegen Therapieende agiert die Patientin nur noch auf einer transitiven Ebene gegenüber ihrem Bruder, sie gewinnt in ihren Aktionen an Souveränität, agiert wie eine große Schwester mit den Clustern 'anleiten' und 'bestrafen'. Die im CMP beschriebenen Cluster 1.5 und auch 2.8 sind zum Therapieende verschwunden, ein deutlicher Hinweis auf eine stattgehabte konstruktivere Auseinandersetzung der Patientin mit ihrem Bruder als zu Therapiebeginn.

In der Betrachtung der Inhaltskodierungen der Cluster der Patientin in bezug auf die Gruppe der anderen zeigt sich durchgehend das Cluster 2.8 (sich abschotten, distanzieren). Lediglich zu Therapiebeginn in der zweiten Stunde agiert die Patientin mit den Clustern 2.1 und 2.2 (sich öffnen bzw. eigenständig sich behaupten). Im restlichen Verlauf finden sich nur noch die intransitiven Cluster 2.6, 2.7 und 2.8 (gekränkt und beleidigt sein, protestieren, sich abschotten). Aus dem transitiven Bereich finden sich die Cluster 1.2 und 1.1 lediglich zur Mitte der Therapie, sonst ausschließlich das Cluster 1.6. Hier zeigt sich ein passiv - abwehrendes und abwertendes Verhalten der Patientin in Bezug auf 'Andere'. Einzelne Versuche, selbstbewußt zu agieren, bilden die seltene Ausnahme. Im Überblick wirkt es fast so wie ein Strohfeuer, ein kurzer, aber erfolgloser Versuch der Patientin, der Umwelt Vertrauen entgegen zu bringen.

Ähnliches bildet sich auch in der Interaktion mit den Kollegen ab. Zu Beginn findet sich einmal das Cluster 2.1. Im weiteren Verlauf treten die Cluster 2.2, 2.6 (gekränkt und beleidigt sein), 2.7, 2.8 und 2.5 (sich unterwerfen) auf. Auch agiert sie mit den Clustern 1.3, 1.4, 1.6 und 1.8. Letztendlich finden sich nahezu sämtliche Cluster aus dem transitiven und intransitiven Bereich. Es zeigt sich auch kein eindeutiger Trend im Verhalten. In einzelnen Therapiestunden finden sich bis zu sieben verschiedene Cluster. Die transitiven Cluster aus dem I. und II. Quadranten (freundliche Ermutigung bzw. freundliche Direktive) tauchen lediglich in der 5., 12. und 16. Therapiestunde auf. Die Patientin wirkt - wagt man eine Blickdiagnose bei der Betrachtung der inhaltskodierten Cluster - fast schon ein wenig konfus, hektisch, nicht konstant in ihrem Verhalten.

Introjekt zu den besten Zeiten	0,91	0,95	0,84	0,92	0,96	0,91	0,87	0,87
---------------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

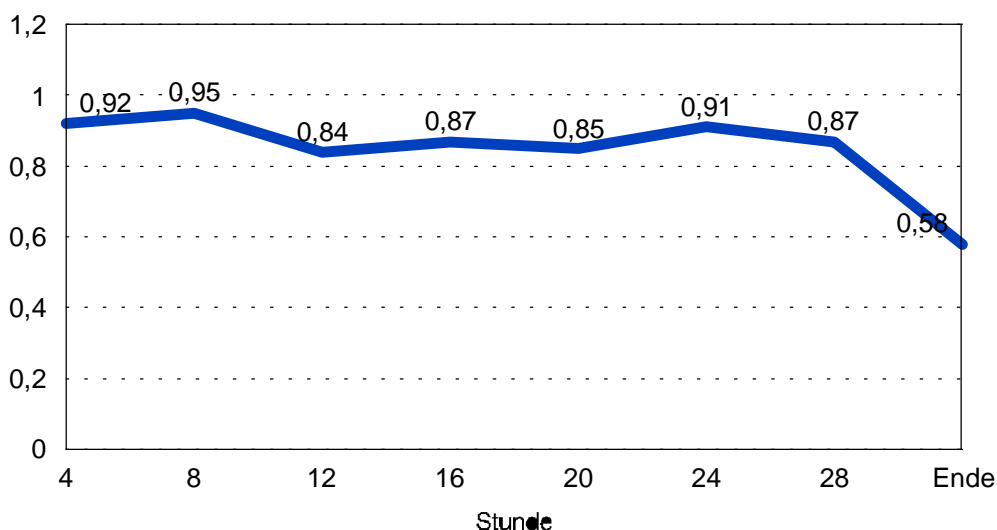
Abb. 24: Attackkoeffizienten BW 'Introjekt zu den besten Zeiten'

Der Graph weist über den Verlauf hin nur geringe Schwankungen auf: Bei einem Mittelwert von 0,904 und einer Standardabweichung von 0,039 zeigen sich in der 12. und 20. Stunde nennenswerte Abweichungen. Die restlichen Koeffizienten bewegen sich im Mittelwertbereich. Die aggressive Beziehung der Patientin sich selbst gegenüber, welche sich im Intrex in Form der positiven Attackkoeffizienten abbildet, bewegt sich über die Therapie hinweg selbst zu den 'besten Zeiten' auf hohem Niveau. Auch zum Therapieende zeigt sich keine signifikante Änderung, was letztendlich für eine über die Therapie hinaus weiterbestehende hohe Autoaggressivität gegen sich selbst spricht.

Die Attackkoeffizienten zu den 'schlechtesten Zeiten' stellen sich erstaunlicherweise anders dar: Der Mittelwert liegt hier bei 0,849, die Standardabweichung bei 0,107. In der Tendenz zeigt sich bei BW zum Therapieende hin sogar ein Abfall der autoaggressiven Beziehung, also in die erwünschte Richtung. Patientin BW ist in schlechten Zeiten weniger aggressiv im Umgang mit sich selbst als noch zu Beginn. Die Wahrscheinlichkeit beispielsweise einer Eigengefährdung nimmt hiernach ab.

Dieser Befund - einer in schlechten Zeiten weniger ausgeprägten autoaggressiven Haltung als in den besten Zeiten - ist sehr selten und schwer interpretierbar. Sei es, daß die Patientin ihre Zustände selber wahrnehmen und beurteilen kann, oder aber daß das elterliche Introjekt (internalisierte Beziehungserfahrung) gegen sie zu wüten beginnt, sobald es ihr besser geht.

2. Introjekt in schlechtesten Zeiten



Items BW	4. Std.	8. Std.	12. Std.	16. Std.	20. Std.	24. Std.	28. Std.	Ende
	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>
Introjekt in schlechtesten Zeiten	0,92	0,95	0,84	0,87	0,85	0,91	0,87	0,58

Introjekt in schlechtesten Zeiten	0.96	0.56	-0.35	-0.84	-0.85	-0.85	-0.38	-0.35
--	-------------	-------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

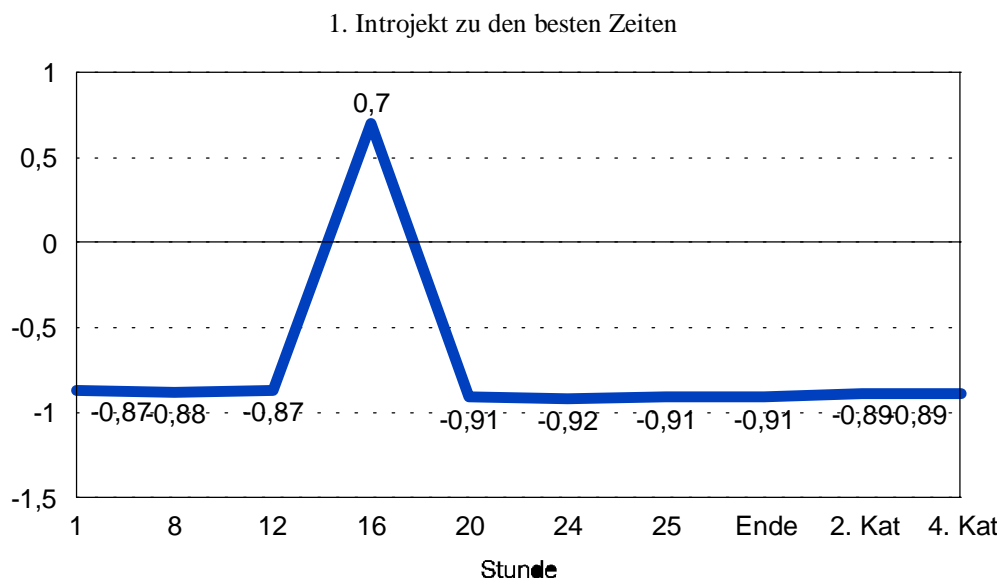
Abb. 27: Controlkoeffizienten BW 'Introjekt zu den schlechtesten Zeiten'

Diese Tendenz zeigt sich auch in den 'schlechtesten Zeiten': Bei einem Mittelwert von -0,263 und einer Standardabweichung von 0,635 zeigt sich auch hier eine Abnahme der Selbstkontrolle zum Therapieende hin. Dies ist ein Hinweis auf eine erhöhte Eigengefährdung bei relativ hohem Attackkoeffizientem.

27.3. Attackkoeffizienten im Verlauf SM

Bei Patientin SM zeigt sich bei einem Mittelwert von -0,735 und einer Standardabweichung von 0,479 eine viel freundlichere Haltung zu sich selbst zu den 'besten Zeiten' als bei Patientin BW. Über den Therapieverlauf hinweg verändert sich der Graph kaum, lediglich ein Koeffizient (16. Stunde) liegt außerhalb der Standardabweichung.

Grundsätzlich differieren jedoch die Atk-Koeffizienten der Patientinnen zu den 'Guten Zeiten' erheblich: Während BW zu allen vier Testzeitpunkten positive oder sogar hochpositive Attack-Werte hat, ist ein eindeutiger Unterschied bei Patientin SM zu erkennen. Sie geht zu ihren guten Zeiten wesentlich freundlicher mit sich selber um als BW.



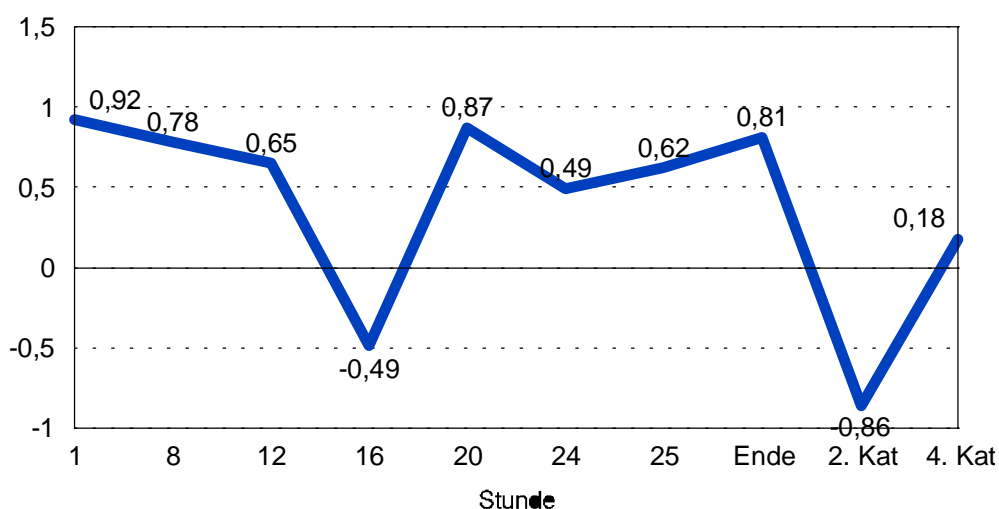
Items SM	1. Std.	8. Std.	12. Std.	16. Std.	20. Std.	24. Std.	25. Std.	Ende	2. Kat.	4. Kat.
	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>
Introjekt zu den besten	-0.87	-0.88	-0.87	0.70	-0.91	-0.92	-0.91	-0.91	-0.89	-0.89

Zeiten										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abb. 28: Attackkoeffizienten SM 'Introjekt zu den besten Zeiten'

In den 'schlechtesten Zeiten' zeigt der Graph ein nicht so stabiles Bild: Bei einem Mittelwert von 0,397 und einer Standardabweichung von 0,579 finden sich 2 Zeitpunkte (16. Stunde und 2. Katamnese), in denen die aggressive 'Beziehung zu sich selbst' über die Standardabweichung hinaus abnimmt. Immerhin ist die Einstellung zu sich selbst bei den Nachuntersuchungen freundlicher als zu Therapiebeginn.

2. Introjekt in schlechtesten Zeiten

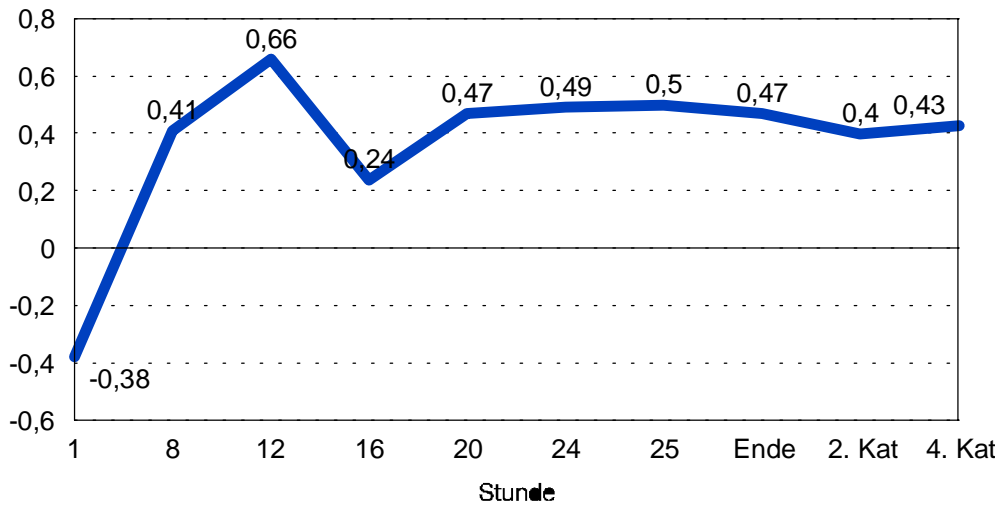


Items SM	1. Std.	8. Std.	12. Std.	16. Std.	20. Std.	24. Std.	25. Std.	Ende	2. Kat.	4. Kat.
	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>	<i>Atk.</i>
Introjekt in schlechtesten Zeiten	0.92	0.78	0.65	-0.49	0.87	0.49	0.62	0.81	-0.86	0.18

Abb. 29: Attackkoeffizienten SM 'Introjekt zu den schlechtesten Zeiten'

27.4. Controlkoeffizienten im Verlauf SM

3. Introjekt in besten Zeiten

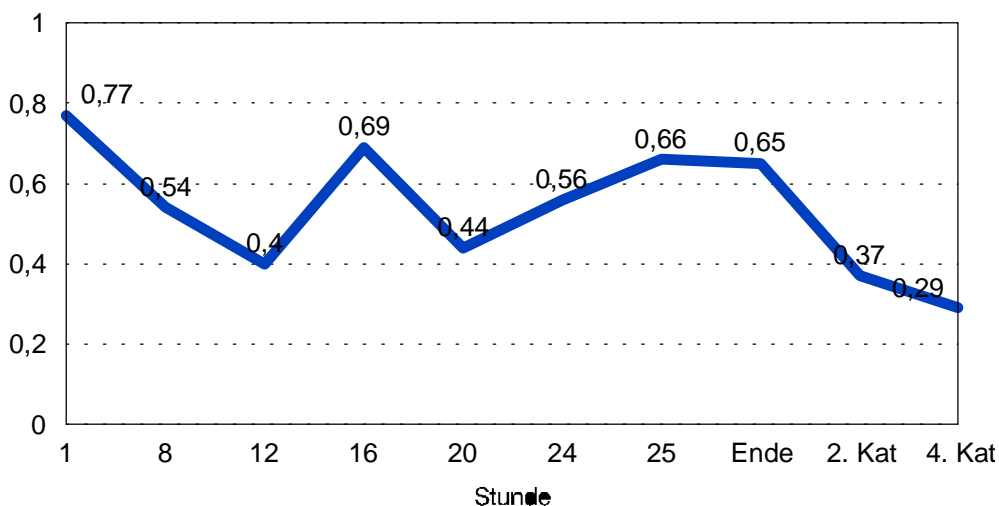


Items SM	1. Std.	8. Std.	12. Std.	16. Std.	20. Std.	24. Std.	25. Std.	Ende	2. Kat.	4. Kat.
	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>
Introjekt in besten Zeiten	-0,38	0,41	0,66	0,24	0,47	0,49	0,50	0,47	0,40	0,43

Abb. 30: Controlkoeffizienten SM 'Introjekt zu den besten Zeiten'

Die Controlkoeffizienten zeigen 'in den besten Zeiten' eine Tendenz zu stärkerer Selbstkontrolle zum Therapieende hin. Die Standardabweichung liegt bei 0,536 und der Mittelwert bei 0,386. Zum Therapiebeginn liegt der Koeffizient noch im negativen Bereich, steigt dann aber steil an und stabilisiert sich auf dem zur Therapiemitte gewonnenem Niveau.

4. Introjekt in schlechtesten Zeiten



Items SM	1. Std.	8. Std.	12. Std.	16. Std.	20. Std.	24. Std.	25. Std.	Ende	2. Kat.	4. Kat.
	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>	<i>Con.</i>
Introjekt in schlechtesten Zeiten	0,77	0,54	0,40	0,69	0,44	0,56	0,66	0,65	0,37	0,29

Abb. 31: Controlkoeffizienten SM 'Introjekt zu den schlechtesten Zeiten'

Die Selbstkontrolle in den 'schlechtesten Zeiten' nimmt zum Therapieende hin ab: Bei einem Mittelwert von 0,537 und einer Standardabweichung von 0,149 weichen die Koeffizienten der Katamnesen zu einem freieren, spontanerem Umgang mit sich selbst hin ab. Dies birgt auch die Gefahr einer höheren Eigengefährdung. Jedoch ist die Autoaggressivität in Zeiten der verminderten Eigenkontrolle (2. Katamnese) relativ gering.

28. Zusammenfassung und Diskussion

28.1. Tabellarischer Vergleich

	SM	BW
Alter zum Zeitpunkt Erstinterview	29	41
Therapievorgeschichte	1. Mit 24 Jahren stat. Therapie wg Bulimie f. sieben Monate 2. danach sechsmonatige amb. Psychotherapie 3. Mit 26 Jahren stat. psychiatr. Behandlung wg. Suizidgedanken, Depressionen postpartal	1. teilstat. Therapie mit 41 Jahren von 1 - 10/91 2. anschließende amb. Gruppentherapie für 22 Stunden
Erstinterview	15.4. und 6.5.1991	6.3.1991
Kurzzeitpsychotherapie	5/1991 bis 2/1992	7/1992 bis 3/1993
6 Monats-, 1 und 2 und 5 Jahreskatamnesen	Patientin erschienen	nicht erschienen
Post - Therapie - Verlauf	stabil, keine weitere Psychotherapie	Suizidversuch vom 3.5.1993, anschließend zweimonatige stat. geschlossene Therapie, dann Sucht - Langzeittherapie in einer

		Landeslinik
--	--	-------------

Selbstratings

	SM		BW	
GBB Anfang	PR 86		PR 41	
GBB Ende	PR 55		-	
	PST	GSI	PST	GSI
SCL-90-R Ende	-	-	65	1,9
SCL-90-R Katamnese 2	30	0,4	-	-
SCL-90-R Katamnese 4	55	0,8	-	-

Intrex - Vergleich

	Attackkoeffizienten	
	SM	BW
Introjekt at best Anfang	- 0,87	+ 0,91
Introjekt at worst Anfang	+ 0,92	+ 0,92
Introjekt at best Ende	- 0,91	+ 0,87
Introjekt at worst Ende	+ 0,81	+ 0,58
Introjekt at best Katamnese 2	- 0,89	-
Introjekt at worst Katamnese 2	- 0,86	-
Introjekt at best Katamnese 4	- 0,89	-
Introjekt at worst Katamnese 4	+ 0,18	-

Struktureller Vergleich

	SM		BW	
Kernberg - levels	lower am Übergang zu intermediate		lower level	
Persönlichkeitsstruktur	depressiv		depressiv-hysterisch	
schizoid:	2		0	
depressiv:	3		2	
zwanghaft:	1		1	
hysterisch:	1		2	
Fremdratings	BSS	GAS	BSS	GAS
Aufnahme	2-3-2 7	60 - 55	1-3-3 7	20 - 40
Entlassung	1-2-2 5	65 - 65	2-4-4 10	20 - 40
6 Monats - Katamnese	1-1-2 4	75 - 75	fehlt	
1 Jahres - Katamnese	1-1-2 4	80 - 80	fehlt	
2 Jahres - Katamnese	1-1-1 3	85 - 85	fehlt	
5 Jahres - Katamnese	1-1-2 4	70 - 70	fehlt	

Prozentualer Vergleich der Häufigkeit der von den TherapeutInnen eingesetzten SASB-Prozeßvariablen im gesamten Therapieverlauf

Cluster	SM	BW
1.2	42,27	19,5
1.3	0	0,06
1.4	54,61	70,95
1.5	1,34	0,05
1.6	0	2,19
1.8	0	2,18
2.2	1,36	3,32
2.4	0,42	1,06
2.6	0	0,08
2.8	0	0,62

Vergleich der Komplementaritätsindices

	SM	BW
Cluster 2	0,98	0,80
Cluster 4	0,96	0,82
Fokus 1	0,97	0,77

Vergleich der Inhaltsanalysen

SM	BW
Wenige Referenten, die Interaktionen werden im Verlauf benigner	viel mehr Referenten, die Interaktionen ändern sich im Verlauf nicht

Vergleich der Hauptprobleme im CMP

	SM	BW
Verhalten der Patientin	2.8, 2.6, 1.6	1.6, 2.8
Introjekt	3.5, 3.8	3.7, 3.8

28.2. Biographische Zusammenfassung

Biographie SM:

1962 als zweites Kind der Eheleute M. geboren. Eine Schwester (+4), verheiratet, eine an schizophrener Psychose erkrankte Tochter. Ein Bruder (-4). Nach Angaben der Patientin besteht unter den Geschwistern ein recht guter Kontakt. Mutter Hausfrau, 1987 an Leukämie verstorben. Vater Dreher, Knochenkrebsoperation 1977, Magenkrebskrankung 1982, es besteht n.A. der Patientin eine Alkoholproblematik. Die Ehe der Eltern sei unglücklich gewesen, die Mutter habe erbärmlich gelebt, der Vater sei jähzornig und rücksichtslos gewesen. Die Familie brach nach dem Tod der Mutter auseinander.

Ausbildung zur Friseurin, Abschluß Meisterschule 1985. 1983 lernte sie ihren Ehemann kennen (+2), Karosseriebauer. 1988 Geburt der gemeinsamen Tochter. Der Ehemann wird als pflegeleicht beschrieben, eheliche Konflikte wegen unterschiedlicher Auffassungen bzgl. der Erziehung der Tochter und wegen der geringeren sexuellen Lust der Patientin. Prognostisch ist die bestehende Partnerschaft als günstig einzuschätzen.

Konsultationsgrund:

Frau SM kommt wegen diffuser, teilweiser paranoid gefärbter Ängste, wegen Eßstörung und innerer Unruhe zur Sprechstunde. Habe als Jugendliche eine Tendenz zur Magersucht gehabt, habe über Jahre an Bulimie gelitten.

Psychodynamik:

Frau SM konnte keine guten inneren Objekte zur Installation einer stabilen autonomen Selbstwertregulation aufbauen. Die Mutter war zugewandt aber schwach, vermittelte der Patientin, für Mutters Wohlbefinden zuständig zu sein. Der Vater ist negativ besetzt, entwertete die Patientin. Frau SM ist auf gute äußere Objekte angewiesen. Gerade die großen oralen Bedürfnisse der Patientin verbunden mit massiver Enttäuschungswut ängstigen die Patientin davor, aggressive Gefühle adäquat zu äußern. Das vom Vater geprägte archaische Über-Ich hindert die Patientin daran, Eigenständigkeit zu gewinnen und sich abgrenzen zu können.

Biographie BW:

1950 geboren als zweites Kind der Eheleute W, 2 Brüder (+3, -3), Vater 1972 an einem Krebsleiden verstorben. Der Vater war Alkoholiker und gewalttätig. Zur Mutter, bei der der jüngere Bruder noch lebt, bestehe ein vordergründig gutes, jedoch enttäuschendes Verhältnis. 1976 Heirat, 1982 Scheidung wegen Alkoholproblemen des Ehepartners, Gewalt in der Ehe und Vergewaltigung durch den Ehemann (Kraftfahrer). Keine Kinder, Sterilisation 1988. Aktuell ohne Partnerschaft.

Ausbildung zur Kindergärtnerin, aufgrund der Lärmbelastung am Arbeitsplatz jedoch länger arbeitsunfähig.

Konsultationsgrund:

Frau BW stellte sich im März 1991 dem Konsiliardienst der Klinik aufgrund zahlreicher somatischer Beschwerden (z.B. Diarrhoeen, Schlafstörungen, HWS-Syndrom) vor. Es bestand eine eher depressive Symptomatik (innere Leere, Gefühllosigkeit, sozialer Rückzug).

Psychodynamik:

Der alkoholranke, mißhandelnde Vater wird total entwertet, es erfolgte die regressive Rückkehr zur ausbeuterisch erlebten Mutter, welche die beiden Brüder jedoch bevorzugt. Eine innere Lösung von der Mutter gelang nicht. Beide Primärobjekte sind überwiegend negativ besetzt. Die Entscheidung für ihren Ehemann gegen den Willen ihrer Eltern wurde schuldhaft verarbeitet. Die mangelnde Loslösung von der Mutter zeigt sich in der Unfähigkeit, allein zu sein (mangelnde Objektkonstanz) sowie in ihrem Alkohol- und Tablettenmißbrauch. BW konkurriert über ihr Leiden mit den Brüdern bis heute um die Zuwendung der Mutter. Es besteht der Verdacht auf sexuellen Mißbrauch durch den Vater.

Wesentlicher biographischer und psychodynamischer Unterschied von SM und BW: Patientin SM hatte eine deutlich bessere Mutterbeziehung, während beide Väter negativ besetzt sind. SM verfügt also zumindest über ein weitgehend gutes Objekt.

28.3. Zur Indikation der Kurzzeittherapie

Die in Kapitel 3.2. aufgeführten Kriterien im Rahmen der 'radikalen Indikation' für eine Kurzzeittherapie nach Kutter (1981) sind für beide Patientinnen erfüllt. Sie leiden beide an einer ernsten Störung mit langer Vorgeschichte. Für Patientin BW mehr noch als für SM gilt, daß sie beide nach Kernberg dem Lower-level zuzurechnen sind. Bei BW und SM finden sich ebenfalls Gefühle von innerer Leere und zumindest Tendenzen zur Autoaggression und innerer Zerstörung. Ebenso stammen beide Patienten aus der sozialen Unterschicht. Patientin SM litt bereits im Alter von 26 Jahren unter Suizidgedanken, zuvor bereits unter Bulimie. Zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zu einer therapeutischen Einrichtung leidet SM an multiplen Ängsten, es besteht eine Abhängigkeitsproblematik. Patientin BW steht zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme akut unter Streß: Sie ist arbeitsunfähig aufgrund der Lärmbelastung am Arbeitsplatz und leidet unter multiplen somatischen Beschwerden bei depressiver Symptomatik. SM und BW sind 'Fälle mit hohem Risiko', für welche bei radikaler Erweiterung der Kriterien eine Indikation zur Kurzzeittherapie nach Barten (1971) und Wolberg (1965) besteht.

Lediglich bei dem von Kutter in Kapitel 3.2. d) genanntem Kriterium (hohe Motivation in Richtung Einsicht) unterscheiden sich beide Patientinnen in der Indikationserfüllung wesentlich: Patientin SM reagiert positiver auf Deutungen, ihr gelingt es, den Fokus im Verlauf der Therapie weitgehend zu bearbeiten. Sie wirkt wesentlich motivierter als Patientin BW, welche durch mehrmaligen TherapeutInnenwechsel, mehrmaliges Absagen der Therapiestunden sowie schlechterem Komplementaritätsindex als Patientin SM dokumentiert, daß ihre Motivation bezüglich einer Krankheitseinsicht bzw. fokuszentrierter Bearbeitung der aktuellen Problematik als erheblich geringer einzustufen ist. Das von Kutter letztgenannte Kriterium trifft eindeutig nur für Patientin SM zu.

Patientin SM befand sich bereits vor der im Rahmen dieser Arbeit analysierten Therapie im Alter von 24 Jahren in siebenmonatiger stationärer Therapie. Auch Patientin BW war für neun Monate in therapeutischer Behandlung. SM litt unter Alkoholismus nur in der Adoleszenz, während BW einen chronischen Alkoholabusus zum Zeitpunkt der Therapie betrieb. Bei Patientin BW bestand zudem eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychischen Erkrankung. Nach Kutter sind dies Kontraindikationen für eine Kurzzeittherapie.

Die für beide Patientinnen gestellten Indikationen zur Kurzzeittherapie ist dementsprechend sogar weiter gefaßt, als die radikale Indikation zur Kurzzeittherapie nach Kutter.

Borderline Kriterien SM

Die Verdachtsmomente für eine Borderline Erkrankung nach Kernberg (Kap. 8.2.4.) ergeben sich aufgrund der diffusen und teilweise paranoiden Ängste, des Alkoholabusus in der Vorgeschichte sowie der gestörten Objektbeziehungen.

Im Rahmen der strukturellen Analyse (Kap. 8.2.5.) finden sich unspezifische Anzeichen von Ichschwäche im Sinne von mangelhafter Angsttoleranz (paranoid gefärbte Ängste unter Belastung und Unfähigkeit, allein zu

sein), mangelhafte Impulskontrolle (Bulimie) i.S. von unspezifischen Reaktionen bei stärkerem Anstieg von Ängsten oder Triebspannung, sowie die stark eingeschränkte Fähigkeit zur Sublimierung (Anhedonie).

Primärprozeßhafte Denkformen lassen sich bei fehlenden projektiven Tests und unstrukturierten Reizangeboten im Rahmen der Diagnostik nicht eindeutig nachweisen, jedoch liegt der Verdacht bei den Verschmelzungsphantasien und den primitiven Idealisierungsphantasien von SM nahe.

Als Borderline-spezifische Abwehrmechanismen finden sich bei Patientin SM die Spaltung (Aufwertung der schwachen Mutter, Entwertung des Vaters), die primitive Idealisierung (der Therapeutin und der Mutter), Allmacht (beschreibt sich selbst als ehrgeizig und anspruchsvoll und dem Ehemann überlegen) und Entwertung (Vater, Ehemann). Aufgrund der Schwierigkeiten der Über-Ich-Integration, welche im Vater personifiziert ist und sich in der Problematik von SM, Eigenständigkeit zu gewinnen und ihre Aggressionen zu steuern zeigen, findet sich ebenfalls eine pathologische verinnerlichte Objektbeziehung.

Nach struktureller Analyse sind die Kriterien für eine Borderline-Störung nach Kernberg erfüllt.

Der von Benjamin in der Herkunftsfamilie postulierte chaotische Lebensstil findet sich auch bei Patientin SM: Der despotische Vater, der wie aus einem Horrorfilm stammend beschrieben wird, die 'elend' lebende, sich aufopfernde Mutter, deren Tod die Patientin traumatisch als Verlassenwerden erlebt (1.8, 1.7). SM quält sich mit Selbstvorwürfen (3.6), vernachlässigt eigene Bedürfnisse nach Zuwendung (3.8), gönnt sich wenig Freude (3.5/6). Auch finden sich Mißbrauchssituationen (1.3/1.5, 1.8 des Vaters) in der Kindheit (2.7), ebenfalls idealisiert und entwertet SM andere (1.3/1.8, 1.6/1.8).

Borderline Kriterien BW

Die Verdachtsmomente für eine Borderline Erkrankung nach Kernberg ergeben sich aus der Somatisierungstendenz bzw. der Konversion, den bestehenden Süchten sowie den gestörten Objektbeziehungen. Das passiv - aggressive Verhalten bei Patientin BW mit einer aggressiven Hemmung, wie sie Kernberg für den intermediate und lower level beschreibt, ist stärker ausgeprägt als bei Patientin SM. Letztendlich ist die aggressive Hemmung Ausdruck der schwer gestörten Objektbeziehungen. Dies gilt insbesondere für Patientin BW.

Im Rahmen der strukturellen Analyse finden sich eine mangelhaft entwickelte Fähigkeit zur Sublimation (Anhedonie) und eine mangelhafte Impulskontrolle (Suizidversuch, Tablettenintoxikation) als unspezifische Anzeichen von Ichschwäche. Wie bei Patientin SM lassen sich weitere primärprozeßhafte Denkformen nur bedingt nachweisen.

Spezifische Abwehrmechanismen auf dem Niveau der Borderline Persönlichkeitsstruktur zeigen sich bei Patientin BW im Rahmen der häufigen Entwertung der Therapeuten und Mitpatienten zur Angstvermeidung als Spaltung. Es zeigen sich ebenfalls in diesem Zusammenhang Frühformen der Projektion, hier Projektion der Aggressionen. Verleugnung findet sich speziell im Umgang mit der Mutter. Omnipotenz bzw. Allmachtsphantasien zeigen sich in der häufigen Ablehnung der sozialen und therapeutischen Kontakte. Aufgrund der fehlenden bzw. unvollständigen Integration der Selbst- und Objektimages findet sich bei Patientin BW eine Inkompetenz im Umgang mit der sozialen Realität als Hinweis auf Probleme mit den verinnerlichteten Objektbeziehungen.

Auch bei Patientin BW findet sich eine Borderline Persönlichkeitsstruktur nach Kernberg.

BW erfüllt die Benjamin - Kriterien der Borderline-Störung noch eindeutiger als SM: 'My misery is your command' beschreibt die Dynamik der Erkrankung von BW zutreffend. Sie konkurriert über ihr Leiden mit den Brüdern um die Zuwendung der Mutter (2.4, 1.4). Wie bei SM findet sich auch in der Herkunftsfamilie von BW ein chaotischer Lebensstil: Der alkoholranke, gewalttätige Vater, die ausbeuterisch erlebte Mutter, welche sich primär den beiden Brüdern (1.8) zuwendet sowie der Verdacht auf Mißbrauchssituationen in der Familie (1.3/1.5/1.8 des Vaters) (1.6/2.8 der Patientin). BW bemüht sich wechselnd um die Zuwendung der Eltern, welche beide negativ besetzt sind (1.6) und sie zurückweisen oder mißbrauchen (2.3/2.7), in welcher Konsequenz ein böses Objekt das Selbst attackiert, wenn es Glück oder Erfolg gibt (3.7), beziehungsweise es bei mangelnder Objektkonstanz zur Selbstschädigung und Selbstvernachlässigung kommt (3.7, 3.8).

28.4. Fragestellungen

1. Läßt sich bei Borderline-Patientinnen der Prozeß der Veränderung in der Kurzzeittherapie differenziert mit der CMP / SASB - Methode darstellen ?

Mit Hilfe der CMP / SASB Methode läßt sich der Prozeß der Veränderung in der Kurzzeittherapie abbilden. Die Methode ermöglicht eine mikrostrukturelle Analyse des therapeutischen Prozesses. Die in dieser Arbeit betrachteten SASB - Variablen der Therapien der Patientinnen, welche von den jeweiligen Therapien in stark unterschiedlichem Maße profitieren, zeigen sowohl in der Prozeß- als auch in der Inhaltsanalyse deutliche Übereinstimmungen mit den begleitend erhobenen psychometrischen Werten. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die Inhaltsratings und die Introjekt-Koeffizienten der Intrexfragebögen.

2. Existieren Prädiktoren, mit deren Hilfe schon zu Therapiebeginn der Prozeßverlauf und das Ergebnis während einer Kurzzeittherapie eingeschätzt werden können ?

Eingedenk der Kurzzeittherapieergebnisse und der Katamnesen bzw. des bekanntem Post-Therapie-Verlaufes bilden sich im GAS schon zu Beginn deutliche Unterschiede zwischen BW und SM ab (GAS SM: 60-55, BW: 20-40), welche bei Therapieende noch stärker differieren

(GAS SM: 65-65, BW: 20-40). Auffällig sind auch die mit dem Intrex erhobenen Daten zu Beginn: So finden sich bei den Ratings 'Introjekt zu den besten Zeiten' große Unterschiede. Der Attackkoeffizient von SM beträgt - 0,87, der von BW + 0,91. Dies hat sich bis zum Therapieende scheinbar nur geringfügig geändert (SM: -0,91, BW: + 0,87). Dies scheint in Zusammenhang mit dem prognostisch wichtigem, überwiegend gutem Primärobjekt von SM zu stehen. Auch haben die Patientinnen unterschiedlich von den vorherigen Therapien profitiert.

Die in dieser Arbeit vorgestellten Komplementaritätsindices erlauben ebenfalls einen vorsichtigen Ausblick auf den weiteren Verlauf der Therapie mit Hilfe der SASB-Methode. Die bereits in den ersten Stunden gewonnenen Daten änderten sich im Laufe der Therapie nicht mehr wesentlich, letztendlich erscheinen die Therapieergebnisse im Hinblick auf die Indices nicht überraschend. Ließe sich bei weiteren Therapien nachweisen, das der Komplementaritätsindex sich als 'prognostisches' Mittel eignet, so wäre es mit der CMP / SASB Methode möglich, schon nach kurzer Zeit therapeutische Prozesse zu kommentieren und zu inspirieren, was letztendlich auf den Verlauf und das Ergebnis großen Einfluß haben könnte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß Prädiktoren existieren, welchen den Therapieausgang und Verlauf einzuschätzen helfen. Diesen diagnostischen und prognostischen Mitteln wird in naher Zukunft nicht zuletzt auch aufgrund der finanziellen Situation im Gesundheitssystem ein immer größerer Stellenwert beigemessen werden müssen. Letztendlich aber profitieren durch eine mit Hilfe dieser Mittel möglichen Optimierung der Therapien die PatientInnen am stärksten.

3. Lassen sich nach Abschluß der Therapie weitere Veränderungen im Verlauf nachweisen (Katamnesezeitpunkte) ?

Aufgrund der unvollständigen testpsychometrischen Daten und der unterschiedlichen Tests ist ein direkter Vergleich nach Abschluß der Therapie bezüglich des Verlaufes bedauerlicherweise nicht sicher nachweisbar. Jedoch gibt es eindeutige Hinweis auf eine Besserung der Patientin SM: der BSS ist besser in den Katamnesen, ebenso die Introjekte und der GAS und der GBB. Den klinischen Verlauf nach Abschluß der Kurzzeittherapie kann man mit 'positiv stabil' beschreiben.

Bei Patientin BW zeigt sich eine deutliche Verschlechterung im BSS. Den Informationen, die über die Zeit nach Abschluß der Therapie vorliegen, ist zu entnehmen, daß der weitere klinische Verlauf im Gegensatz zu BW deutlich schlechter ist.

28.5. Diskussion

Zusammenfassend handelte es sich diagnostisch bei beiden untersuchten PatientInnen um Borderline - Störungen. Anamnestisch lagen bei beiden PatientInnen in der Kindheit schwere Defizite bezüglich der primären Objekte vor. Es bestand in beiden Elternhäusern eine Alkoholproblematik. Auch wurden Mißbrauchssituationen beschrieben. Patientin SM litt bei Erstkontakt unter diffusen Ängsten, einer seit der Jugend bestehenden Eßstörung sowie innerer Unruhe. Patientin BW suchte die Ambulanz wegen zahlreicher somatischer Beschwerden auf. Zudem bestand eine depressive Symptomatik. SM besaß eine größerer Erfahrung bzgl. therapeutischer Einrichtungen als Patientin BW. Prognostisch positiv war die bestehende Ehe von Patientin SM (eine Tochter), Patientin BW zum Zeitpunkt der Therapie war ohne aktuelle Partnerschaft.

Die Fremdratings (BSS und GAS) wiesen zu allen Meßzeitpunkten während der Therapie eine hohe psychische Beeinträchtigung auf. Auch die Ergebnisse der Selbstratings (Fragebögen) dokumentierten durchgängig eine Beeinträchtigung durch die Erkrankung. PatientIn BW war den Daten des GAS und des BSS zufolge zu Therapiebeginn etwas symptomatischer als Patientin SM. Patientin SM zeigte dann über den Therapieverlauf hinweg und auch noch zu den Katamnesezeitpunkten eine wesentliche Besserung, während Patientin BW - welche nicht zu den Katamnesen erschien - von der Therapie anscheinend nicht profitierte (GAS ist unverändert) oder sich sogar deutlich verschlechterte (BSS zu Beginn Score von 7, bei Ende Score von 10). Die Intrexdaten bestätigten dies nur zum Teil: Die Controlkoeffizienten brachten ebenfalls oben genannten Trend zum Ausdruck, wenn auch nicht so deutlich wie im BSS und GAS. Die Attackkoeffizienten zeigten nicht solch eindrucksvolle Unterschiede zu Therapiebeginn und -ende. Zwar differierten die Ausgangsbedingungen der PatientInnen erheblich (Attackkoeffizienten Introjekt at best: SM - 0,87 ; BW + 0,91), jedoch waren die Daten

zu Therapieende weniger drastisch verändert als bei BSS bzw. GAS (Attackkoeffizienten Introjekt at best: SM - 0,91 ; BW + 0,87).

Die Selbstratings im GBB zeigten bei SM eine Besserung, ebenso die SCL-90 R Werte der Katamnesen. BW füllte die Selbstratings nur unvollständig aus, eine Verlaufsbeurteilung war somit nicht möglich.

Die therapeutischen Beziehungen waren sehr unterschiedlich. Während es in der Therapie SM zu einer zeitweise symbiotischen Beziehung kam, welche aber produktiv zum Therapieende hin aufgelöst werden konnte, war die Beziehung in der Therapie BW beinahe durchweg durch die ablehnende Haltung von BW geprägt, welche schließlich zum Therapieende schon ankündigte, nicht zu den Katamnesen zu erscheinen. Therapeutin SM setzte weniger Cluster ein, wechselte auch seltener zwischen den Clustern während der Therapie. Im Gegensatz hierzu setzte Therapeutin BW doppelt so viele Cluster ein, war im therapeutischen Verhalten auch 'inkonstanter'. Durch den Komplementaritätsindex konnte dokumentiert werden, daß in der Therapie SM die Kommunikation wesentlich besser gelang (Gesamt-Index Fokus 1 0,97) als in der Therapie BW (Gesamt-Index Fokus 1 0,77).

SM profitierte von der Therapie augenscheinlich stärker als BW. SM zeigte über fünf Jahre nach der Behandlung hinweg einen erfreulich stabilen Zustand, bedurfte in diesem Zeitraum keiner weiteren psychotherapeutischen Behandlung. Trotz der schweren Grunderkrankung konnte hier gezeigt werden, daß selbst bei radikaler Indikation eine Kurzzeittherapie durchaus sinnvoll sein kann. Bei Patientin BW stellte sich der weitere Werdegang nicht so erfreulich da: BW kam aufgrund eines Suizidversuches nur zwei Monate nach Beendigung der Kurzzeittherapie erneut in psychiatrische Behandlung. Über den weiteren Verlauf von BW ist nichts bekannt. Es liegt nahe, daß bei letztgenannter Patientin die Alkoholproblematik bzw. Suchtproblematik unterschätzt wurde.

Als Fazit bezüglich der Möglichkeiten der Kurzzeittherapie bei radikaler Indikation wie in diesen Fällen bei BorderlinerInnen kann gezogen werden, daß diese PatientInnen durchaus von dieser Therapieform profitieren können, die Indikation zu einer solchen jedoch äußerst sorgsam gestellt werden muß.

Die flankierende Testpsychometrie (GAS, BSS, SCL, GBB, Intrex, SASB) konnte den Verlauf und die Veränderung Anfang / Ende sehr gut dokumentieren. Es ist vorstellbar, daß gerade mit Hilfe der SASB - Methode eine laufende Therapie unter Berücksichtigung der Indices und der Clusteranalysen optimiert werden kann.

Literaturverzeichnis

Abraham, K. (1927) Psychoanalytical Studies on Character - Formation. Selected Papers on Psycho-Analysis. London (Hogarth Press), S. 370-417

Aichhorn, A. (1925) Verwahrloste Jugend, Vorwort. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, S. 16

Alpher, V.S., Henry, W.P., Strupp, H.H. (1990) Dynamic Factors in Patient Assessment and Prediction of Change in Shortterm Dynamic Psychotherapy. Psychotherapy 27, S. 350-361

Baron, J., Gruen, R., Asnis, L. et al. (1985) Familial Transmission of Schizotypal and Borderline Personality Disorders. American Journal of Developmental Psychology 5, S. 139-148

Beckmann D, Richter H.E. (1975) Gießen-Test (GT) - Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik, Handbuch. Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Wien

- Bellak, L., Hurvich, M. (1969) A Systematic Study of Ego Functions. *Journal of Nervous and Mental Disease* 148, S. 585-596
- Benjamin, L.S., Grawe-Gerber, M. (1989) *Structural Analysis of Social Behavior (SASB) - Coding Manual*. University of Bern
- Benjamin L.S. (1974) *Structural Analysis of Social Behavior*. *Psychol. Rev.* 81, S. 392-425
- Benjamin L.S. (1982) Use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) to Guide Intervention in Psychotherap. In: Anchin JC, Kiesler DJ (eds) *Handbook of interpersonal psychotherapy*. Pergamon Press, New York, S. 190-212
- Benjamin L.S. (1988) *Short Form User's Manual*. INTREX Interpersonal Institut, Inc. 675 Cortez Street, Salt Lake City, Utah
- Benjamin, L.S. (1993) *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. The Guilford Press New York London, S. 113-139
- Bleuler, E. (1911) *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. In: Aschaffenburg, G. (Hrsg) *Handbuch der Psychiatrie*. Deuticke, Leipzig, Wien
- Brähler E., Scheer, J. (1983) *Der Gießener Beschwerdebogen (GGB) - Handbuch*. Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Wien
- Bowlby J. (1976) *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. Kindler Verlag, München
- Bychowski, G. (1953) The Problem of Latent Psychosis. *J. Am. Ps. Ass.* 1, S. 484-503
- Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L (1988) The Accuracy of Therapists' Interpretations and Outcome of Dynamic Psychotherapy. *J. of Consulting and Clinical Psychology* 56, S. 490-495
- Davanloo H. (1979) *Techniques of Short-Term Dynamic Psychotherapy*. *Psychiatric Clinics Of North America* 2, S. 11-22
- Deneke F. W., Hilgenstock B. (1988) *Das Narzißmusinventar - Handbuch*. Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Toronto
- Derogatis L. R. (1983) *SCL-R-90 Administration, Scoring and Procedures Manual*. John Hopkins University Press, Baltimore MD
- Deutsch, H. (1934) Über einen Typus der Pseudoaffektivität. *Internationale Zeitschrift für PsA.* 20, S. 323-335
- Deutsch, H. (1942) Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia. *Psychoanal. Quart.* 11, S. 302-321
- Dornes, M. (1993) *Der kompetente Säugling*. Fischer, Frankfurt
- Endicott, J. et al. (1976) The Global Assessment Scale. *Arch. Gen Psychiatry*, Vol. 33, S. 766 - 771
- Ehardt, S. (1971) *Tiefenpsychologie: Eine Einführung*. 13. Auflage 1994. Kohlhammer, S. 91-96
- Ermann, M. (1985) *Ansatz und Technik der psychoanalytischen Borderline - Behandlung*. *Psychotherapie und Psychosomatik*, 30, Springer - Verlag, S. 243 - 253
- Erikson, E. H. (1956) Das Problem der Identität. In: Erikson (1966) *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt (Suhrkamp), S. 123-212
- Erikson, E. H. (1956) The Problem of Ego Identity. *J. of the Am. Psych. Ass* 4, S. 56-121

- Fairbairn, W.R.D. (1940) Schizoid Factors in the Personality. In: Fairbairn: An Object-Relations Theory of the Personality. New York (Basic Books) 1952, S. 3-27
- Fairbairn, W.R.D. (1944) Endopsychic Structure Considered in Terms of Object - Relationships. In: An Object Relation Theory of the Personality. New York (Basic Books), 1952 S. 82-136
- Fenichel, O. (1945) The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York (Norton), S. 268-310 und 463-540
- Fiedler, P. (1994) Borderline - Persönlichkeitsstörungen. Beltz, Psychologie Verlag, S. 195 - 215
- Freud, A. (1936) Das Ich und die Abwehrmechanismen. München (Kindler) 1975
- Freud, S. (1908) Character and Anal Erotism. Standard Edition 9, S. 167-175
- Freud, S. (1925) Verwehrte Jugend. August Aichhorn. Wien. Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Freud, S. (1927) Fetischismus. G.W. Band 14 S. 311-317. Studienausgabe Band 3, S. 381-388
- Freud, S. (1931) Libidinal types. Standard Edition 21, S. 215-220
- Freud, S. (1938) Die Ichspaltung im Abwehrvorgang. G.W. Band 17 S. 59-62. Studienausgabe Band 3, S. 391-394
- Frosch, J. (1964) The Psychotic Character: Clinical psychiatric consideration. Psychiatric Quarterly 8, S. 81-96
- Gitelson, M. (1952) Analyse einer neurotischen Ich - Deformierung. Psyche 1959, 13, S. 85-107
- Hartmann, H. und Löwenstein, R. M. (1962) Notes on the Superego. In: The Psychoanalytic Study of the Child 17, S. 42-81
- 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. Journal Of Consulting And Clinical Psychology 54, S. 27-31
- Henry W. P., Schacht T. E., Strupp H. H. (1990) Patient and Therapist Introject, Interpersonal Process, and Differential Psychotherapy Outcome. Journal Of Consulting And Clinical Psychology 58 (6), S. 768-774
- Hildenbrand G. (1992) Forschungsdesign zur Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapiestudie mit der CMP/SASB-Methode. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Hildenbrand G., Junkert-Tress B., Scheibe G., Hartkamp N., (1994) Untersuchung kurztherapeutischer Prozesse mit der SASB/CMP-Methode. In: Faller H, Frommer J (Hrsg.) Qualitative Psychotherapieforschung. Roland Asanger Verlag, Heidelberg
- Hoch P., Catell J., (1959) The Diagnosis of Pseudoneurotic Schizophrenia. Psychiatr Q 1959; 33, S. 17 - 43
- Hoch P., Catell J., (1962) The Course and Outcome of Pseudoneurotic Schizophrenia. Am J Psychiatry: 119, S. 106 - 115
- Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (1979) Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. 4. Auflage (1992) UTB Wissenschaft Schattauer
- Jacobson, E. (1954) Psychotische Identifizierung. Kapitel 10, S. 304-329. In: E. Jacobsen Depression. Frankfurt (Suhrkamp) 1977
- Jacobson, E. (1957) Verleugnung und Verdrängung. Kapitel 4, S. 140-178. In: E. Jacobsen: Depression. Frankfurt (Suhrkamp) 1977
- Jacobson, E. (1977) Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt (Suhrkamp) Kapitel 9, S. 287-303

- Junkert-Tress, B., Tress W. et al. (1998) Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt (DKZP). PPM Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 49, (Georg Thieme Verlag Stuttgart 1999) S. 142 -152
- Kernberg, O. (1966) Structural Derivatives of Object Relationships. *Int. J. PsA.* 47, S. 236-253
- Kernberg, O. (1970) A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *J. Am. PsA. Ass.* 18, S. 800-822
- Kernberg, O. (1971) Prognostic Considerations Regarding Borderline Personality Organization. *Am Psychoanal. Ass.*, S. 595-635
- Kernberg, O. (1976) Object Relation Theory and Clinical Psychoanalysis. New York (Jason Aronson), S. 139-161
- Kernberg, O. (1978) Borderline - Syndrom und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp 7. Auflage 1993
- Klein, M. (1940) Trauer und ihre Beziehung zu manisch - depressiven Zuständen. In: Klein, M. (1962) *Das Seelenleben des Kleinkindes.* Stuttgart (Klett), S. 72-100
- Knight, R.P. (1953a) Borderline States. *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology.* Herausgeber R.P. Knight und C.R. Friedmann. New York International Univ. Press 1954, S. 97-109
- Knight, R.P. (1953b) Management and Psychotherapy of the Borderline Schizophrenic Patient. *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology.* Herausgeber R.P. Knight und C.R. Friedmann. New York International Univ. Press 1954, S. 110-122
- Kraepelin, E. (1903/1909) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Psychopathie.* Barth, Leipzig, 7. Auflage, S. 815
- Kraepelin, E. (1909/1915) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Dementia praecox.* Barth, Leipzig, 8. Auflage, S. 947
- Luborsky L. (1984) *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual For Supportive-Expressive Treatment.* Basic Books, New York
- Mahler, D., Pine, S., Bergmann, A. (1978) *Die psychische Geburt des Menschen - Symbiose und Individuation.* Fischer TB, Frankfurt 1993
- O'Malley S.S., Suh C.S., Strupp H.H. (1983) The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale. A Report on the Scale Development and a Process Outcome Study. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology* 51, S. 581-586
- Öhman, K., Armelius, K. (1990) Schizophrenic and Borderline Patients: Introjection, Relationship to Mother and Symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 81, S. 488 - 496
- Rangell, I. (1955) The Borderline Cases. Panel Report. *J. Am. PsA. Ass.* 3, S. 285-298
- Rapaport, D., Gill, M.M., Schafer, R. (1946) *Diagnostic Psychological Testing.* 2 Bände Chicago (Year Book Publisher) Band 1, S. 16-28 Band 2, S. 24-31 und S. 329-366
- Rohde - Dachser, C. (1989) *Das Borderline - Syndrom.* 4. Auflage Bern Stuttgart Toronto Hans Huber Verlag
- Rosenfeld, H. (1959) Bemerkungen zur Theorie und Praxis der psychoanalytischen Schizophreniebehandlung. In: Benedetti, G. und Müller, C. (Herausgeber 1960) *2. Internationales Symposium über die Psychotherapie der Schizophrenie.* Zürich 1959. Basel/New York (Karger), S. 195-211
- Rosenfeld, H. (1964) On the Psychopathology of Narcissism: A Clinical Approach. *Int. J. PsA*, S. 332-337
- Saß, H., Koehler, K. (1983) Borderline - Syndrome: Grenzgebiet oder Niemandsland ? *Der Nervenarzt*, 54, Springer - Verlag, S. 221 - 230

- Scheibe, G., Junkert-Tress B., Hildenbrand G., Tress W. (1994) Die zeitliche Begrenztheit der psychodynamischen Kurzpsychotherapie - Herausforderung oder Chance. Psychotherapeut, im Druck
- Schepank, H. (1995) Der Beeinträchtigungsschwere - Score. Beltz - Verlag Göttingen, S. 67 - 72
- Schmideberg, M. (1947) Borderline Patients. The Treatment of Psychopaths. Amer. J. Psychother. 1, S. 45-70
- Segal, H. (1964) Melanie Klein. München (Kindler)
- Stern, A. (1938) Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Borderline Group of Neurosis. Psychoanal. Quart. 7
- Stern, A. (1945 1946) Psychoanalytic Therapy in the Borderline Neurosis. Psychoanal. Quart. 14
- Stern, A. (1948) Transference in the Borderline Neurosis. Psychoanal. Quart. 17
- Stone, M.H. (1987) Systems for Defining a Borderline Case. In: The Borderline Patient: Emerging Concepts in Diagnosis, Psychodynamics and Treatment. J.S. Grotstein, M.F.
- Strauß B., Strupp H. H., Burgmeier-Lohse M., Wille H., Storm S. (1992) Deutschsprachige Version der Vanderbilt-Psychotherapie-Skalen: Beschreibung und Anwendung in zwei Kurzpsychotherapien. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie, Psychotherapie 40 (4), S. 411-430
- Strupp H. H. et al. (1988) Vanderbilt II Project. Panel, Annual Meeting of the Society for Psychotherapie Research, Santa Fe
- Strupp H. H., Binder J. (1991) Kurzpsychotherapie. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart
- Sullivan HS (1953) The Interpersonal Theory of Psychiatry. Washington D.C. The William Alanson White Psychiatric Foundation
- Swartz, M., Blazer, D., George, L. et al. (1990) Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorders in the Community. Journal of Personality Disorders 4, S. 257-272
- Tress W., Hildenbrand G., Junkert-Tress B., Hartkamp N. (1994) Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der analytischen Psychotherapie. Zsch. Psychosom. Med. 40, S. 341-352
- Tress W., Henry W., Junkert-Tress B., Hildenbrand G., Hartkamp N., Scheibe G. (1996) Das Modell des Zyklisch-maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). Psychotherapeut 41, S. 215-224
- Tress W., Henry W., Strupp H. H., Reister G., Junkert B., (1990) Die Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) in Ausbildung und Forschung. Ein Beitrag zur 'funktionellen Histologie' des psychotherapeutischen Prozesses. Zeitschrift für Psychosomatik und Medizinische Psychoanalyse 36 (3), S. 240-257
- Tress W., Junkert B. (1993) Das SASB-Modell. In: Tress W. (Hrsg.) SASB - Die Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens. Roland Asanger Verlag, Heidelberg
- Tress W. (Hrsg.) (1993) SASB - Die Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens. Roland Asanger Verlag, Heidelberg
- Tress W., Scheibe G., Reister G., (1994) Psychoanalytische Modellvorstellungen zur Ätiologie von Angstkrankheiten
- Tscheulin D., Glossner A., (1993) Die deutsche Übertragung der INTREX 'Longform Questionnaires': Validität und Auswertungsgrundlage der SASB Fragebogenmethode. In: Tress W., (Hrsg. 1993) SASB - Die Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens. Roland Asanger Verlag, Heidelberg

Lebenslauf

Name: Maurer
Vorname: Detlef
geboren am 26.02.1967
in Duisburg-Hamborn
Vater: Egon Maurer, Bergmann
Mutter: Hannelore-Dorothea Maurer, geb. Sickelmann, Bürokauffrau
Geschwister: Schwester Annette, Jahrgang 1965
Nationalität: Deutsch
Konfession: Römisch - Katholisch
Familienstand: ledig

Schulischer Werdegang

1973-1977 Besuch der Grundschule im Averbruch, Dinslaken

1977-1986 Ernst-Barlach-Gymnasium, Dinslaken
Erwerb der allgemeinen Hochschulreife

Beruflicher Werdegang

1986-1988 Zivildienst in der Anaesthesie in der chirurgischen und der gynäkologischen Operationsabteilung im St.-Vinzenz-Krankenhaus, Dinslaken

1988-1994 Studium der Humanmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

6/95 bis 6/96 A.i.P. in der geriatrischen Abteilung der St. Lukas-Klinik, Solingen, Chefarzt Dr. med. Tausche

6/96 bis 12/96 A.i.P. in der chirurgischen Abteilung des Augusta - Krankenhauses der Mörsenbroich-Rath GmbH Düsseldorf, Chefarzt PD Dr. med. Kolvenbach

4/97 bis 4/98 Praxisassistent in der allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxis Dr. med. Brenner / Dr. med. Mann, Düsseldorf

seit 4/98 Assistenzarzt an der Psychiatrischen Klinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Rheinische Landes- und Hochschulklinik Leiter Prof. Dr. med. Gäbel

Der Behandlungsprozeß von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation in analytischer Kurztherapie - eine mikrostrukturelle interaktionsanalytische Untersuchung mit der SASB/CMP - Methode

von Detlef Maurer

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen der Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapiestudie erstellt. In dieser Studie wurde untersucht, inwieweit die psychodynamische Kurztherapie nach Strupp und Binder (1984) bei verschiedenen Erkrankungsmustern wie z.B. Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen wirksam ist.

Die psychodynamische Kurztherapie geht davon aus, daß Patienten im Laufe des Lebens zyklisch-maladaptive Muster (CMP) erlernen, welche die Interaktion mit anderen erschweren. Ziel der Therapie ist es, diese Verhaltensmuster zu identifizieren, zu formulieren und zu bearbeiten.

Zur Erfassung des Therapieprozesses nutzte die Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapiestudie das SASB-Verfahren: Mit Hilfe der von Lorna Smith Benjamin entwickelten SASB-Methode (=Structural Analysis of Social Behavior) kann Interaktion in kleinste Einheiten aufgeschlüsselt und analysiert werden.

Die nun vorliegende Arbeit untersuchte die Kurzzeitpsychotherapie bei zwei Patientinnen unterschiedlichen Alters mit Persönlichkeitsstörungen auf Borderline-Niveau. Die Untersuchung umfaßte neben SASB und CMP Methoden der klinischen Basisdokumentation, Selbstbewertungsfragebögen (INTREX), Katamnesegespräche, Analysen der Therapieprozesse und Inhaltsanalysen.

Die etwas höher strukturierte 29 jährige depressive Patientin SM verfügte zu Therapiebeginn über mehr Therapieerfahrung (ab dem 24 Lebensjahr) als die 41 jährige depressiv-hysterische Patientin BW (Erstkontakt im 41. Lebensjahr). Patientin SM litt bei Behandlungsbeginn unter diffusen, teilweise paranoid gefärbten Ängsten, unter Eßstörung und innerer Unruhe. Patientin BW litt unter somatischen Beschwerden (z.B. Diarrhöen, Schlafstörungen, HWS-Syndrom) bei eher depressiver Symptomatik. Während es in der Therapie SM zu einer zeitweise symbiotischen Beziehung kam, welche aber produktiv zum Therapieende hin aufgelöst werden konnte, war die Beziehung in der Therapie BW beinahe durchweg durch die ablehnende Haltung der Patientin geprägt.

SM profitierte von der Therapie augenscheinlich stärker als BW. SM war fünf Jahre nach Behandlungsende in einem erfreulich stabilen Zustand. Sie bedurfte in diesem Zeitraum keiner weiteren psychotherapeutischen Behandlung. Trotz der schweren Grunderkrankung konnte hier gezeigt werden, daß selbst bei radikaler Indikation eine Kurzzeitpsychotherapie durchaus sinnvoll sein kann. Patientin BW kam aufgrund eines Suizidversuches nur zwei Monate nach Beendigung der Kurzzeittherapie erneut in psychiatrische Behandlung, wo eine bisher verleugnete Alkoholabhängigkeit zu Tage trat.

Als Fazit bezüglich der Möglichkeiten der Kurzzeitpsychotherapie bei radikaler Indikation wie bei den vorgestellten Fällen kann gezogen werden, daß diese PatientInnen durchaus von dieser Therapieform profitieren können, die Indikation zu einer solchen jedoch äußerst sorgsam gestellt werden muß.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'W. Tress', written in a cursive style.

Univ.-Prof. Dr. Dr. W. Tress