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

Kurzzeitpsychotherapie bei Depression nach Objektverlust

Zwei Therapieanalysen mittels dem zyklisch maladaptiven Muster (CMP) und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)

Dissertation
zur
Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
Der Medizinischen Fakultät
der Heinrich Heine Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Nicole Deeb
2001

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

gez.: Univ. -Prof. Dr. med. Dieter Häussinger Dekan

Referent: Univ.- Prof. Dr. Dr. Tress
Korreferent: Priv.- Doz. Dr. Haupt

Kurzzeitpsychotherapie bei Depression nach Objektverlust. Zwei Therapieanalysen mittels des Zyklisch Maladaptiven Musters (CMP) und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)

Nicole Deeb

Die vorliegende Dissertation untersucht zwei Einzelfälle von Depression nach Objektverlust aus dem Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt, welches 1991 unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. W. Tress gegründet wurde. Ziel des Projektes ist es, mittels Einzelfallprozeßforschung an unterschiedlichen nosologischen Gruppen unter anderem Hinweise für die Differentialindikation von Kurzzeittherapien zu erhalten. Der Behandlungsfokus der Patienten basiert auf dem von Strupp und Binder (1984) entwickelten zyklisch-maladaptiven Muster (CMP). Dieses postuliert, daß der Patient im Laufe seines Lebens sich selbst erhaltende maladaptive Verhaltensweisen in der Interaktion zu anderen gelernt hat, welche sein schlechtes Selbstbild reflektieren und aufrecht erhalten. In der Therapie soll dieses CMP erfaßt, formuliert und bearbeitet werden.
Ein grundlegendes Forschungsinstrument zur Erfassung von Therapieprozessen ist die von L.S. Benjamin entwickelte Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens (SASB), mit welcher zwischenmenschliches Verhalten mikroanalytisch aufgeschlüsselt werden kann.
Neben der SASB-Prozeßanalyse wurde in die Untersuchung einbezogen die aus der SASB-Methode entwickelten Intrex-Fragebögen, weitere Tests der klinischen Basisdokumentation, sowie Katamnesegespräche und die Auswertung von Supervisionsprotokollen.
Bei beiden untersuchten Kasuistiken handelt es sich um depressive Störungen nach dem Verlust der wichtigsten Bezugsperson. Beide Patientinnen waren zu Therapiebeginn stark symptomatisch belastet und unterschieden sich nur wenig hinsichtlich der Befunde von Fragebögen und Fremdratings, wohl aber im Strukturniveau. Die Behandlungstechnik im ersten Fall war überwiegend supportiv, im zweiten Fall konfliktorientiert. Nur bei der zweiten, höher strukturierten Patientin wurde das CMP innerhalb der therapeutischen Beziehung inszeniert und bearbeitet, während im ersten Fall mit mittlerem Strukturniveau ein durchgängig freundlicher Interaktionsstil vorlag. Unverändert blieb bei beiden der introjektive Umgang mit sich selbst in schlechten Zeiten. In beiden Fällen konnte durch das Fokussieren des Objektverlustes die Depression initial überwunden werden. Es lag jedoch jeweils eine ausgeprägte Grundstörung vor, welche durch die therapeutische Intervention nicht ausreichend behandelt werden konnte. Im Katamnesezeitraum konnte Patientin 1 zwar ihre soziale Situation deutlich verbessern und suchte später auch eine Paartherapie auf, während Patientin 2 ohne weitere Therapie zumindest persönliche Entwicklungsfortschritte erreichen konnte. Jedoch trat bei beiden Patientinnen erneut eine belastende psychogene Symptomatik auf. Die Kurzzeittherapien konnten also bei keiner der beiden Patientinnen langfristigen Erfolg mit zeitstabilen Ergebnissen leisten. Es bestand bei beiden Patientinnen die Indikation zur weiteren Therapie. Die Ergebnisse dieser beiden untersuchten Fälle entsprechen internationalen Untersuchungen über die Effektivität von ambulanter Kurzzeittherapie bei depressiven Störungen.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung

0. Einleitung

1. Zum Begriff der Depression

1.1 Das Depressive Syndrom

1.2 Systematik

1.3 Zur Psychodynamik der Depression

1.4 Depression im Konzept der interpersonellen Theorie

1.4.1 Die Attachment Theorie nach Bowlby

1.4.2 Das IPT-Konzept in der therapeutischen Anwendung bei Depression

1.4.2.1 Die Effektivität von IPT im Vergleich zu anderen Therapieformen

1.5 Depression in der Übersetzung des interpersonellen Kategorisierungssystems der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)

2. Die Psychodynamisch- Psychoanalytische Kurzzeitpsychotherapie

2.1 Einführung in die Thematik

2.2 Geschichtlicher Überblick

2.2.1 Sifneos

2.2.2 Mann

2.2.3 Die Tavistockgruppe: David Malan

2.2.4 Die Montreal-Gruppe: Habib Davanloo

2.3 Psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie nach Strupp und Binder

2.3.1 Der dynamische Fokus

2.3.1.1 Der dynamische Fokus nach Strupp und Binder

3. Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie Projekt

3.1 Studiendesign

3.1.1 Leitgedanke

3.1.2 Untersuchungsinstrumente

3.1.3 Praktische Durchführung

3.1.4 Hypothesen

3.2 Das zyklisch maladaptive Muster (CMP)

3.3 Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)

3.3.1 Typische Interaktionsmuster

3.3.1.1 Komplementarität

3.3.1.2 Antithese

3.3.1.3 Komplexität

3.4 Interviews und Fragebögen

3.4.1 Der Intrexfragebogen

3.4.2 weitere Tests der klinischen Dokumentation

4. Kasuistiken

4.1 Fall 1: die Patientin MM

4.1.1 Symptomatik, Auslösesituation, Biographie und Psychogenese der Patientin MM

4.1.2 Psychischer Erstbefund und diagnostische Beurteilung

4.1.3 Diagnose, Psychodynamik und CMP der Patientin MM

4.1.4 Behandlungsplan und Zielsetzung, Therapieprognose

4.2 Fall 2: die Patientin BB

4.2.1 Symptomatik, Auslösesituation, Biographie und Psychogenese der Patientin BB

4.2.2 Psychischer Erstbefund und diagnostische Beurteilung

4.2.3 Diagnose, Psychodynamik und CMP der Patientin BB

4.2.4 Behandlungsplan und Zielsetzung, Therapieprognose
4.3 Depression anstelle von Trauer

5. Ergebnisse

5.1 Darstellung der Therapieverläufe in der Supervisionsgruppe
5.1.1 Therapie MM
5.1.2 Therapie BB
5.2 Beurteilung der Patientinnen mittels Fragebögen und Berichten der Nachuntersucher zu den Katamnesezeitpunkten
5.2.1 Patientin MM
5.2.2 Patientin BB
5.2.3 Struktureller Vergleich beider Patientinnen
5.3 SASB-Prozeßanalyse
5.3.1 Analyse der Clusterhäufigkeiten
5.3.2 Analyse der Sprecherwechsel
5.3.2.1 Therapie MM, ausschnitthafte Graphiken, tabellarische Übersichten über Feindselige Initiativen und Negative Antithesen
5.3.2.2 Therapie BB, ausschnitthafte Graphiken, tabellarische Übersichten über Feindselige Initiativen und Negative Antithesen
5.3.2.3 vergleichende kondensierte Darstellung potentiell maligner Interaktion mittels Indizes für Feindselige Initiativen, Negative Komplementarität und Negative Antithesen
5.3.3 Komplexe Kommunikation
5.4 Auswertung der Intrex-Fragebögen
5.4.1 Intrex-Fragebögen Therapie MM
5.4.2 Intrex-Fragebögen Therapie BB

6. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

7. Literaturverzeichnis

Danksagung

Ich möchte mit einem sehr angenehmen Teil beginnen, nämlich mit ein paar Worten der Danksagung.
Zunächst einmal möchte ich Herrn Prof. Dr. Dr. W. Tress für die Überlassung des Themas danken.
Mein ganz besonderer Dank gilt jedoch Frau Dr. med. B. Junkert-Tress, welche die ganzen Jahre an die Fertigstellung dieser Arbeit geglaubt hat. Ohne ihre endlose, räumliche Distanzen sowie Schaffenspausen meinerseits überdauernde Motivation und ihre Bereitschaft, jeden Ansatz von mir mit Tatendrang aufzugreifen, um mir dabei zu helfen, diesen in ein brauchbares Ergebnis zu transformieren, wäre diese Arbeit niemals zu Ende gebracht worden.
Desweiteren möchte ich Dr. med. Hildenbrand meinen Dank aussprechen. Die um ihn zentrierten Doktorandenseminare waren äußerst inspirierend. Seine unnachahmliche Art, komplexe Sachverhalte einfach darzustellen und mit Beispielen zu belegen, hat mir neben der SASB-Methode so manch anderen Psychotherapieforschungsansatz nahe gebracht und verständlich gemacht.
Nicht zu vergessen Dietmar Betz, der mich durch seinen klaren Verstand immer wieder dazu angehalten hat, auf den Punkt zu kommen, und Frau Dr. Ute Schnierda, die mir mit Rat und Tat zur Seite stand und mir in langen Telefonaten beim Durchhalten geholfen hat.
Weiterhin möchte ich Frau Anke Breenkötter und meiner Mutter danken, die sich die Mühe gemacht haben das Werk Korrektur zu lesen. (Ein echter Freundschaftsbeweis meines Erachtens!)
Last but not least möchte ich meiner Familie danken, ohne deren Unterstützung ich niemals hätte Medizin studieren können.

0. Einleitung

Psychotherapie ist effektiv. Das wurde schon Ende der Siebziger Jahre (Luborsky 1977; Smith et al 1980) belegt. Doch was muß innerhalb welcher Form von Therapie passieren, damit der Patient sich verändert? Und wieviel Zeit ist dafür notwendig?

Genau diese beiden Fragen stehen im Zentrum der Psychotherapieforschung der jüngeren Zeit.

Der ersten Frage widmet sich die Psychotherapieprozeßforschung. Während der Achtziger Jahre entstand der Gedanke, daß man durch die Identifikation von prozessualen Abläufen während der Therapie psychotherapeutische Veränderungen aufdecken und erklären könnte, wodurch dann wiederum Determinanten für therapeutische Erfolge bzw. Mißerfolge bestimmbar wären. Letztendlich könnte man auf diesem Wege Parameter für die Differentialindikation von Therapien bei bestimmten Krankheitsbildern evaluieren. Die bis dahin outcome orientierte Forschung wurde also von der Therapieprozeßforschung verdrängt.

Aus der zweiten Frage heraus kann man das sowohl klinisch als auch wissenschaftlich immer größer werdende Interesse an Kurzzeitpsychotherapie verstehen. Ursprünglich begründet von Personen wie F. Alexander (1946), M. Balint, D.H. Malan (1965), L. Wolberg (1983) L. Bellak und L. Small (1972), welche die Konzepte der klassischen Psychoanalyse inklusive ihre Behandlungsstrategien kritisierten, sind heutzutage klinisch praktische Faktoren treibende Kräfte bei der Weiterentwicklung der Kurzzeitpsychotherapie, z.B. eine immer noch kapazitätsmäßig unzureichende ambulante Versorgung der stetig zunehmenden Zahl Behandlungsbedürftiger bei einem gleichzeitg immer kostenbewußter werdenden Gesund-heitssystem. Für eine Vielzahl von psychogenen Störungen werden derzeit Kurzzeit-psychotherapien angeboten und von den Kassen finanziert.

Grawe et al. (1994) zeigten jedoch, daß die Zahl der Studien, die die Wirksamkeit psycho-dynamischer Kurzzeittherapien insbesondere bei psychosomatischen Störungen beweisen, bisher nur unzureichend ist.

Hier greift unter anderem das im Jahre 1991 unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Dr. W. Tress gegründete Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapieprojekt ein: Die Einzelfallprozeßforschung an unterschiedlichen nosologischen Patientengruppen, die eine tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie erhalten, soll unter anderem Hinweise zur Frage der Differentialindikation für Kurzzeittherapien geben.

Die Patienten erhalten ein auf 25 Stunden beschränktes Therapieangebot, wobei sich die Behandlung am zyklisch-maladaptiven Muster (CMP) nach Strupp & Binder (1984), modi-fiziert nach Tress (1993), orientiert.

Neben dem CMP ist SASB (Structural Analysis of Social Behavior), zu deutsch Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens (L. S. Benjamin 1974, Tress 1993), ein weiteres grundlegendes Forschungsinstrument. Dabei handelt es sich um eine standardisierte Einschätzung zwischen-menschlichen Verhaltens, mit dem Gespräche untersucht werden. Analysiert werden interpersonelle Beziehungsmuster und deren Veränderungen mit der SASB/CMP-Methode sowohl auf Prozeß- als auch (optional) auf inhaltlicher Ebene.

Die zusätzliche Verwendung des parallel zur SASB-Methode entwickelten INTREX- Fragebogens erlaubt kongruent zur SASB Methode eine Einschätzung interpersoneller Beziehungen.

Ziel ist es, die dyadenspezifischen Interaktionseffekte, die zwischen Patient und Therapeut ablaufen, möglichst genau zu erfassen und darzustellen, um daraufhin Voraussagen für eine erfolgreiche Behandlung machen zu können und mißlungene Therapien zu vermeiden. Diese Vorgehensweise basiert auf der Problem- Treatment- Outcome -Kongruenz (PTO-Kongruenz), nach der die Probleme des Patienten (P), die relevanten Ereignisse in der Therapie (T) und die therapeutischen Resultate (O) nach einem einheitlichen theoretischen Konzept klinisch in eine kompatible Beziehung gebracht werden (Strupp, Schacht, Henry 1988).

Die vorliegende Dissertation untersucht zwei Einzelfälle aus dem Behandlungskreis des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapieprojektes. Es handelt sich um zwei Patientinnen, welche eine depressive Störung nach Objektverlust aufweisen. Anhand der mikrostrukturellen SASB-Analyse und der zusätzlichen Bewertung von INTREX-Fragebögen sollen beide Fälle analysiert werden. Auf dem Boden der Daten sollen Aussagen zur Indikation, Möglichkeiten und Grenzen für die Kurzzeitpsychotherapie dieser bestimmten Zielgruppe gemacht werden.

Im ersten Kapitel wird das Krankheitsbild der Depression von unterschiedlichen Blickwinkeln aus betrachtet. Nach der beschreibenden Erfassung des Depressiven Syndroms mit seinen unterschiedlichen Erscheinungsformen erfolgt zunächst eine systematische Klassifizierung, dieser folgen psychodynamische Erklärungsansätze. Im weiteren Verlauf werden dann die Objektbeziehungstheorie nach Bowlby (1969) und die darauf basierenden interpersonellen Ansätze

für Depressionen beschrieben. Besondere Wichtigkeit liegt auf diesem Teil, da der Zusammenhang von Depression bei Objektverlust und Schwierigkeiten im interpersonellen Verhalten klar wird.
Zum Abschluß des ersten Kapitels erfolgt dann eine Übersetzung der depressiven Interaktion in die Sprache der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB).
Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit der psychodynamischen Kurzzeittherapie zunächst im historischen Überblick und dann im Modell nach Strupp und Binder.
Das dritte Kapitel fokussiert auf Untersuchungsgegenstand und Methodik des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapieprojekts.
Im vierten Kapitel werden die Kasuistiken der beiden untersuchten Fälle im Detail beschrieben.
Im fünften Kapitel werden dann die Ergebnisse der Analyse beider Therapien mittels Fragebögen, SASB-Analyse und INTREX-Fragebögen vorgestellt.
Im abschließenden sechsten Kapitel werden die Ergebnisse im Rahmen der in der Düsseldorfer Studie gestellten Fragen zusammengefaßt und diskutiert.

1. Zum Begriff der Depression

Depression stammt vom lateinischen Begriff „deprimere“ (herunterdrücken, unterdrücken) ab und bedeutet frei übersetzt soviel wie „bedrückte Stimmung“. Schwermut, Melancholie, Trauer und Niedergeschlagenheit sind Begriffe, die im Volksmund häufig synonym verwandt werden.
Depressive Verstimmungen gehören zu den häufigsten seelischen Veränderungen überhaupt. Sie machen weder Halt vor sozialen noch vor Altersgrenzen. Praktisch jede Bevölkerungs-gruppe ist betroffen. Nach Schätzungen der WHO leiden etwa 3 - 5% der Weltbevölkerung unter depressiven Störungen in irgendeiner Form, und in der Bundesrepublik geht man davon aus, daß etwa 10% der Bevölkerung von Depressionen und zusätzliche 15% von depressiven Verstimmungen betroffen sind (Weyerer 1988). Zu berücksichtigen ist allerdings, daß die Grenze auf der Skala von Normvarianten menschlichen Erlebens bis hin zur Krankheit sicherlich nicht starr ist und stark vom Untersucher abhängt.
Es besteht jedoch Einhelligkeit darüber, daß depressive Erkrankungen in den letzten Dekaden zugenommen haben und daß auch jüngere Altersstufen immer stärker betroffen sind. Klerman (1979) sprach sogar vom „Zeitalter der Melancholie in den Industrienationen“. Die Gründe hierfür

sind vielfältig. Ein wichtiger Aspekt wird jedoch in modernen interpersonellen Forschungsansätzen immer wieder in den Vordergrund gestellt. Es wird auf die Bedeutung von stabilen zwischenmenschlichen Beziehungen als Erkrankungsschutz hingewiesen. Cohen & Syme (1985) zeigten, daß Menschen in stabilen zwischenmenschlichen Beziehungen generell geringere Morbiditäts- und Mortalitätsraten aufweisen, und es wurde weiterhin postuliert, „daß vertraute und tragfähige zwischenmenschliche Beziehungen einen wirksamen Schutz vor einer depressiven Erkrankung bieten“ (Wahl 1994). Als gesichert kann auch gelten, daß sich die Beziehungsmuster in den heutigen Industrienationen stark verändert haben. Man denke nur an zunehmende Mobilität, langes „Singledasein“ mit späten Familiengründungen, die Tendenz zur Kleinfamilie, hohe Scheidungsraten, Anonymität der Großstadt, der Wunsch nach kompromißloser Freiheit, finanzielle Unabhängigkeit und vieles mehr.

Bei der Entwicklung einer Depression sind sowohl hereditäre, konstitutionelle, somatische als auch Umweltfaktoren zu berücksichtigen. Man unterscheidet verschiedene Formen von Depressionen, und es erweist sich als schwierig, diese Formen klar voneinander abzugrenzen, da in der Literatur keine Einigkeit besteht bezüglich Ätiologie und Psychodynamik. Die Symp-tomatik scheint bei allen Formen relativ gleich zu sein, mit graduellen Unterschieden von Dauer, Schweregrad und Schwerpunkt dieser Symptome. So stellt man die Diagnose einer Depression in der Regel vom assoziierten Symptomenkomplex ausgehend. Man spricht vom sogenannten „Depressiven Syndrom“.

1.1 Das Depressive Syndrom

Nach Pöldinger und Wider (1986) setzt sich das Syndrom der Depression zusammen aus in unterschiedlicher Intensität auftretenden psychischen, psychomotorischen sowie somatischen Symptomen und den daraus folgenden psychosozialen Konsequenzen. Folglich ließe sich die Diagnose einer Depression stellen, wenn diese Symptome kombiniert bei einem Patienten in Erscheinung treten. Wie bereits erwähnt, spielen sowohl seelische als auch körperliche Beeinträchtigungen eine Rolle.

Zu den psychischen Symptomen gehören ein Gefühl von oftmals tiefster Traurigkeit und gedrückter Stimmung, für welches sich entweder kein Grund eruieren läßt, oder wenn doch einer vorliegt, dann steht die Heftigkeit der Reaktion häufig in keinem Verhältnis zu dem auslösenden Faktor. Diese

Traurigkeit kann in Extremfällen bis zum Gefühl der völligen Leere, Ausgebranntheit, ja Gefühllosigkeit gehen. „Eine junge Frau, die nach dem erwarteten Versterben ihres 90-jährigen Großvaters plötzlich in einen Zustand der völligen Apathie verfällt, wäre hier als Beispiel anzuführen.“ Die meisten Betroffenen schlafen schlecht, sie werden von Einschlaf- oder Durchschlaf-störungen geplagt, fühlen sich tagsüber dann häufig müde und abgeschlagen. So verbirgt sich hinter den Schlafstörungen der Patienten, die in den allgemeinmedizinischen Praxen wieder und wieder mit ungelöstem Problem vorstellig werden, um jedes Mal mit einer Packung Schlaftabletten nach Hause zu gehen, nur allzu häufig eine unerkannte Depression.

Ängste, begründet oder unbegründet, gerichtet oder ungerichtet und ganz besonders Versagensängste sind ein sehr häufiges Begleitsymptom. Die Patienten neigen zu Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen. Selbstvorwürfe, Selbstherabsetzung und -entwertung zählen zum Bild und sind gekoppelt mit tiefsten Insuffizienzgefühlen. Die Betroffenen sind mutlos, reizbar, grübeln viel bei kreisenden Gedanken, und ihre Interessen nehmen mehr und mehr ab. Suizidgedanken treten bei moderaten bis schweren Formen so gut wie immer auf. Oftmals gipfelt die Situation in einem Suizidversuch. „Zum Beispiel der 12-jährige Junge, der sich nach der Scheidung der Eltern, für die er sich schuldig hält, immer mehr zurückzieht, sich nichts mehr zutraut, in der Schule abfällt, sich abstoßend und nicht liebenswert fühlt und kurze Zeit später einen Suizidversuch unternimmt.“

Zu den psychomotorischen Symptomen zählen Antriebsstörungen bis zur völligen Apathie und Stupor. Als typisch gilt das sogenannte Morgentief mit abendlicher Aufhellung. Jede einzelne Verrichtung kann schwer fallen. Dinge des alltäglichen Lebens, wie sich zu waschen, anzuziehen, zu essen oder auch nur fern zu sehen, können zu einem unbewältigbaren Problem werden, da der Patient sich außerstande sieht, sich dazu aufzuraffen. Man findet aber auch eine innere Getriebenheit mit leerem Tatendrang, und wenn der Patient von dem vorhergenannten, eher passiven psychomotorischen Zustand in einen aktiven umschlägt, dann ist das Resultat nicht selten ein Suizidversuch. Die Konzentrationsfähigkeit ist beeinträchtigt. Gedankenkreisen aber auch Gedankenflucht und Gedankenspringen treten in Erscheinung.

Körperliche Störungen können entweder mit den seelischen einhergehen oder isoliert auftreten, dann spricht man von einer lavierten oder maskierten Depression. Man findet vegetative Symptome wie z.B. Herzrasen, Atemnot, Verstopfung, aber auch andere klinische Symptome, z.B. Appetitlosigkeit und Nausea, Rückgang der Libido, Kopfschmerzen und Engegefühle in der Brust, was als Angina pectoris missdeutet werden kann. In der Regel finden sich aber keine organischen Befunde.

Die psychosozialen Konsequenzen für den Betroffenen ergeben sich aus seinem Erleben und seinem Verhalten der Umwelt gegenüber und aus deren Reaktionen daraufhin. Die Patienten sind häufig unfähig, Kontakte zu pflegen und aufrecht zu erhalten oder neue Kontakte aufzubauen. Aufgaben der Arbeitswelt können nicht mehr bewältigt werden. Es drohen soziale Isolation und Arbeitslosigkeit.
Die meisten der zum depressiven Syndrom gehörenden Erscheinungsbilder hat in abgeschwächter Form auch jeder Gesunde schon einmal erlebt. Wer war noch nicht einmal von tiefer Traurigkeit erfaßt, wenn er z.B. etwas Wichtiges verloren hat? Wer hat noch nicht einen Tag antriebslos und apathisch im Bett verbracht? Wer hat sich noch nicht vollkommen insuffizient und minderwertig gefühlt?
Doch wann handelt es sich nur um eine normale Reaktion und in welchen Fällen verbirgt sich eine Pathologie dahinter? Die Übergänge sind, wie oben schon einmal angedeutet, sicherlich fließend.

1.2 Systematik

Wie bereits zuvor erwähnt, unterscheidet man verschiedene Formen von Depressionen. Bei dem Versuch, sie zu klassifizieren, haben sich im Prinzip zwei Einteilungen herauskristallisiert. Da wäre zum einen die nosologische Klassifizierung in Fortsetzung der klassischen Lehre nach Kraepelin, welche sich auch noch in der ICD-9-Klassifikation (9. Revision der International Classification of Diseases) findet. Sie ordnet die Depression zwei nosologischen Einheiten zu: „Endogene Depression“ und „Neurotische Depression“. In der DSM 3 R Klassifikation (3. revidierte Ausgabe des „Diagnostic and Statistical Manual of Disorders“) und auch in der ICD-10-Klassifikation unterteilt man die Depressionen deskriptiv, nach den jeweils mit ihr verbundenen Symptomen. Affektive Störungen, zu welchen die Depressionen zählen, werden in der DSM-III Klassifikation in major, other specific und atypical affective disorders unterteilt. Man spricht von major affective disorder, wenn eine depressive Störung mindestens über zwei Wochen anhält und wenigstens vier der folgenden acht Symptome aufweist: Veränderung des Appetits, Gewichtsveränderung, Energieverlust, Unruhe, Schuldgefühle, Konzentrationsstörungen, Lebensüberdruß.

Im deutschen Sprachraum kommt die erweiterte nosologische Klassifizierung nach Kielholz (1971) häufig zur Anwendung. Kielholz unterscheidet im wesentlichen vier große Gruppen von Depressionen:

1. Psychogene, mit den Untergruppen reaktive, neurotische und Erschöpfungsdepression
2. Endogene, mit den Untergruppen periodische, zyklische und Spät- oder Involutionsdepression
3. somatogene, mit den Untergruppen organische und symptomatische Depression
4. multifaktorielle

1.2.1 Psychogene Depression

Klassischerweise läßt sich ein auslösendes, äußeres Ereignis eruieren, welches kürzlich oder vor längerer Zeit stattgefunden hat.

1.2.1.1 Reaktive Depression: ein zumeist einmaliges auslösendes, äußeres Ereignis mit psychotraumatisierender Wirkung, bei häufig vorbestehender Belastung, führt zu einer überproportional heftigen depressiven Verstimmung. Die Auslöser sind z.B. beendete Liebesbeziehungen oder andere Partnerprobleme, Todesfälle, Arbeitslosigkeit. Die betroffenen Personen sind häufig unselbstsicher, passiv, überempfindlich und übergewissenhaft. Das Erkrankungsalter liegt meist zwischen dem 15. und 60. Lebensjahr. Es kommt zu einer gedanklichen Haftung am auslösenden Ereignis. Die Krankheitsdauer liegt im Schnitt bei ein paar Wochen.

1.2.1.2 Erschöpfungsdepression: bewußte, gefühlsmäßige Dauerbelastungen (Streß), zumeist beruflicher oder familiärer Genese, führen zu einem Zustand affektiver Erschöpfung und Depression. Oft kann man ein jahrelang andauerndes Prodromalstadium mit vermehrter Reizbarkeit, Mißstimmungen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, bzw. Leistungsrückgang eruieren. Aggressionen werden unterdrückt, und es besteht die Unfähigkeit sich zu wehren, statt dessen wird „alles heruntergeschluckt." Der Auslöser ist zumeist eine weitere Belastungssituation, wie zum Beispiel eine Bewährungsprobe. Das mittlere Lebensalter ist zumeist betroffen und die Dauer ist oft ungewiß.

1.2.1.3 Neurotische Depression: unverarbeitete verdrängte frühkindliche Konflikte, welche sich um die Geborgenheitsthematik zentrieren, führen zu einer Beeinträchtigung des psy-chischen Erlebens. Eine Wiederholung des frühen Traumas führt zur Wiederbelebung des Konflikts, die Abwehrstile führen zu neurotisch depressiven Symptomen. Häufig lassen sich gestörte Eltern-Kind-Beziehungen finden, dabei kann eine Überfürsorglichkeit oder auch Ablehnung, Zurückweisung und

Mißbrauch bestanden haben. Diese Prozesse laufen zumeist unbewußt ab. Die Persönlichkeitsstruktur ist gekennzeichnet durch ein geringes Selbstwert-gefühl und ein extremes Bedürfnis nach Selbstbestätigung, bei überkritischer Selbstsicht und Tendenz sich zu bestrafen. Gewissenhaftigkeit, Pflichtbewußtsein gehören genauso dazu wie die Angst, Kritik auslösen zu können. Auslösende Situationen hängen zumeist mit Verlust oder Überforderung zusammen. Das Bild ist gekennzeichnet von Angstzuständen, Zwanghaftigkeit und psychosomatischen Symptomen. Aggressionen, die gegen sich selbst gerichtet sind, erzeugen Suizidgedanken.

1.2.2 Endogene Depression

Bei dieser klassischen Form der Depression handelt es sich um eine psychotische Erkrankung. Es läßt sich zumeist keine Ursache und kein auslösendes Moment für die Entwicklung erkennen. Man findet aber gehäuftes Auftreten in der Familie. Der Beginn ist oft abrupt, bei phasenhaftem Verlauf, mit Intervallen vollständiger Remission. Während einer Erkrankungsphase unterliegt die Symptomatik oft einer zirkadianen Rhythmik, mit einem sogenannten Morgentief und einer abendlichen Aufhellung. Die Patienten leiden sehr häufig unter Schlafstörungen (Früherwachen) und sind von einer „vitalen Traurigkeit“ durchdrungen, die sämtliche Aspekte des Lebens erfaßt. Wahnideen und selbstzerstörerisches Verhalten sind keine Seltenheit. Weiterhin findet man Apathie und Interessenlosigkeit und immer wieder um Suizid kreisende Gedanken. Endogen Depressive gelten in der Regel als gewissenhaft, pflichtbewußt, fleißig, hilfsbereit und freundlich. Sie können aber auch extrem aggressiv sein.
In Bezug auf die Symptomatik unterscheidet man folgende Subtypen: die **gehemmte, agitierte, hypochondrische, larvierte** und **anankastische** Form.

Bezüglich des phasenhaften Verlaufs unterteilt man in:
Periodische Depression: sie ist monopolar, das heißt Depression wechselt mit Phasen normalen Befindens ab.
Zyklische Depression: sie ist bipolar; manische, depressive und normale Phasen treten auf. Dauer und Abfolge sind hierbei variabel.
Spät- oder Involutionsdepression: zumeist monopolare Depression, welche im höheren Lebensalter auftritt.

Die Dauer der Phasen kann von einigen Tagen bis zu mehreren Jahren reichen, zumeist dauern sie aber einige Monate an. Mit zunehmendem Alter werden sie dann häufig kürzer und flacher.

1.2.3 Somatogene Depression

Sie ist direkt auf eine organische Erkrankung oder Funktionsstörung zurückzuführen und ist insofern von Bedeutung, als sie den Heilungsprozeß der zugrundeliegenden Erkrankung erheblich verzögern kann.

1.2.3.1 organische Depression: Sie kann bei allen primären hirnorganischen Erkrankungen auftreten, wobei morphologische Veränderungen des Gehirns die Funktion beeinträchtigen. Depression kann nur eines von vielen Symptomen sein.

1.2.3.2 symptomatische Depression: Hierbei handelt es sich um eine sekundäre Beeinträchtigung der Hirnfunktion im Rahmen einer extrazerebralen Erkrankung.

1.2.4 Multifaktorielle Depressionen

Sie lassen sich nicht eindeutig in die bisher genannten Gruppen einordnen, zeigen aber ganz klar Wesenszüge einer Depression.

1.3 Zur Psychodynamik der Depression

Wie man sich vorstellen kann, haben sich schon Generationen von Psychiatern und Psychotherapeuten Gedanken zu diesem Thema gemacht. Dementsprechend groß ist das Angebot von Erklärungsmodellen.
Wie jedoch immer wieder herausgestellt wird, spielen Verlustsituationen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung von Depressionen. Hierbei kann es sich um den Verlust einer wichtigen, meist ambivalent besetzten Bezugsperson handeln, der Verlust kann aber auch materieller oder ideeller Natur sein. Wie z.B. die Entwicklung einer Depression nach einem Umzug, nach Beendigung eines Lebensabschnittes oder nach dem Austritt aus der Arbeitswelt. Möglicher Auslöser kann aber auch ein phantasierter Verlust sein, der Gedanke z.B., eine wichtige Bezugsperson habe sich abgewendet.

Bahnbrechende, grundlegende Ansätze zur Psychodynamik bei Depressionen, die zum Teil auch heute noch Gültigkeit haben, hat Sigmund Freud in seinem Werk „Trauer und Melancholie“ (1917) veröffentlicht. Im wesentlichen unterscheidet Freud Trauer und Melancholie, um die Grenze zwischen gesund und krank festzulegen. Melancholie setzt er mit dem heutigen Begriff der Depression gleich, während er die Trauer als eine normale Reaktion ansieht.

Nach Freud liegt bei der Trauer ein realer Objektverlust vor, der durch Trauerarbeit überwunden wird. Die Trauerarbeit bedarf eines großen psychischen Aufwandes, wobei schrittweise die Libido vom verlorengegangenen Objekt abgelöst wird. Das Endresultat ist eine Befreiung des Ich, und die Libido steht für neue Objekte zur Verfügung. Während der Trauerarbeit treten die depressiven Symptome auf, da das Ich komplett in diesen zehrenden Prozeß eingebunden ist. Mit anderen Worten wird der Verlust eines geliebten Objektes wahrgenommen und akzeptiert, während des Trauerprozesses werden Gefühle zurückgenommen, die das Individuum dann zur Verfügung hat, um sie in neue Beziehungen einzubringen.

Der Verlust bei der Melancholie kann z.B. der Verlust eines Liebesobjektes, aber auch ein Verlust ideeller Natur sein. Oft ist dem Melancholiker der Verlust nicht bewußt. Analog zur Trauer setzt auch bei der Melancholie als Reaktion auf den Verlust Trauerarbeit ein. Auch hier ist Libido an ein (Liebes-) Objekt gebunden. Durch Enttäuschung, Kränkung, durch ein Konfliktpotential wird die Libido abgezogen und nicht freigesetzt, sondern sie wird in das Ich zurückgezogen, um in einer Identifizierung des Ich mit dem aufgegebenen Objekt zu resultieren. „Der Schatten des Objekts fiel so auf das Ich“. Der vorbestehende interpersonelle Konflikt wird in einen intrapsychischen, in einen Konflikt innerhalb des Ich verwandelt.

Nach diesem triebtheoretischen Ansatz muß sich der Melancholiker der von Verlustangst geprägten Situation eines interpersonellen Konfliktes mit einer geliebten Person nicht stellen. Sobald Schwierigkeiten auftauchen, tritt Regression ein, und die narzißtische Identifizierung mit dem Objekt wird zum Ersatz für die Objektbeziehung. „...was den Erfolg hat, daß die Liebesbeziehung trotz des Konfliktes mit der geliebten Person nicht aufgegeben werden muß“. Aggressionen, Vorwürfe, Anklagen, die eigentlich dem geliebten Objekt gelten, aber aus Verlustangst nicht zugelassen werden können, werden durch narzißtische Identifizierung in Selbstanklagen und -vorwürfe umgewandelt. Selbstquälerei bedeutet Befriedigung von sadistischen Haßtendenzen, die einem Objekt gelten, aber nicht offen zugelassen werden können.

Was sind die Voraussetzungen eines solchen Vorganges? Einerseits muß eine starke Fixierung an das (Liebes-) Objekt bestehen, so daß der Melancholiker das Objekt nicht aufgeben kann. Andererseits

muß paradoxerweise eine geringe Resistenz der Objektbesetzung vorhanden sein, so daß auch bei geringen Konflikten die Libido abgezogen wird. Das entspricht nach Freud einer Objektwahl auf narzißtischer Grundlage. Die narzißtische Identifizierung, das Einverleiben des Objektes, ist die früheste Form der vom Ich abgegrenzten Objektwahrnehmung und in der oralen Phase der frühkindlichen Entwicklung anzusiedeln. Das, was später als regressive Identifizierung anstelle der Objektbesetzung erscheint, hat die oral-kannibalistische Phase zum Vorbild.
Ursache für diese Fixierung in der oralen Phase können Beziehungsstörungen im frühkindlichen Alter sein, z.B. durch fehlende oder durch stark ambivalent besetzte Objekte. Das ausgewogene Gleichgewicht zwischen einerseits Liebe und Behütung und andererseits Autonomie gewähren hat in der frühesten Kindheit gefehlt, so daß entsprechende Interaktionsmuster nicht verinnerlicht werden konnten. Als Erwachsene sind diese Menschen dann immer noch von sogenannten äußeren Selbstobjekten abhängig, das heißt von der realen Anwesenheit entsprechender Personen, und die Betroffenen reagieren äußerst empfindlich auf Kränkungen.
Die Wiederholung des frühkindlichen Traumas im späteren Leben, häufig z.B. der reale oder symbolische Verlust eines Objektes, kann dann Auslöser der Melancholie, sprich Depression sein.

Nach Freud haben weitere Autoren diese triebtheoretische oder auch klassische Sichtweise der Depression ausgeführt. Es kommt zu einer Festigung des Ansatzes, daß eine orale Fixierung eine Prädisposition zur Depression sei. Abraham (1924) geht davon aus, daß „Liebestäuschungen“ in der oralen Phase zu schweren Kränkungen des kindlichen Narzißmus führen, was wiederum zur sogenannten „primären Depression“ führt. Spätere Depressionen laufen nach diesem Vorbild ab. Rado (1928) sieht einen Zusammenhang der Depression mit metaphorisch gemeinten „Hungererlebnissen“ des Säuglings. „Die tiefste Angst des Melan-cholikers, Liebe zu verlieren, ist von den Hungererlebnissen des Säuglings abzuleiten. Der Depressive sei extrem abhängig von äußeren narzißtischen Gratifikationen, da ansonsten das Selbstgefühl massiv bedroht sei. Durch die Abhängigkeit von äußerer Zufuhr sei die Selbstachtung sehr verletzbar. Auf drohenden Liebesverlust reagierten die Betroffenen mit erheblichen Aggressionen gegen das Objekt. Die narzißtische Regression soll dem Wiedergewinn der Liebe dienen, durch die Melancholie soll die Selbstachtung wiedererlangt werden, welche durch den Liebesverlust zerstört wurde.

Mit Aufkommen der Ich-Psychologie wurden die klassischen Ansätze zunehmend kritisiert. Für Bibring (1952) ist eine Depression ein affektiver Zustand des Ich und damit ein Grundgefühl des

Menschen, eine unvermeidbare Reaktion auf eine bestimmte auslösende Situation. Nach Bibring hat jeder Mensch die narzißtische Bestrebung, stark, gut und liebevoll, vollwertig und geachtet zu sein. Durch dauerhafte Frustrationserlebnisse in der oralen, aber auch in späteren Phasen kindlicher Entwicklung kommt es zu einem Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit, der Betreffende fühlt sich schwach, schlecht, schuldig, minderwertig und unsicher. Das Selbstwertgefühl im Ich bricht zusammen. Die Folge ist Depression. Die Depression hat für Bibring keine aggressiven Momente, sie sei eher „ein Aufgeben des Ich". Auch für Jacobson (1971) spielt eine Störung des Selbstwertgefühls eine zentrale Rolle bei der Entstehung und Unterhaltung der Depression. Sie richtet ein besonderes Augenmerk auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung. Während der frühkindlichen Entwicklung sind Selbst- und Objektrepräsentanzen zunächst nicht differenziert. Erst im Verlauf entsteht eine allmähliche Unterscheidung von Selbst und Außenwelt. Dieser Prozeß findet darüber statt, daß die primäre Bezugsperson (Objekt) auf der einen Seite für das kindliche Wohl sorgt und die narzißtischen Bedürfnisse des kindlichen Selbst mit diesen angenehmen und lust-betonten Beziehungserfahrungen befriedigt, und auf der anderen Seite steht die Enttäuschung solcher Wünsche. Diese frühkindlichen Beziehungserfahrungen führen über den Prozeß der Internalisierung zu Selbst- und Objekt-bezogenen Modellen. Kommt es zu gehäuften Frustrationen in der frühen Phase, werden Selbst- und Objektrepräsentanzen nur schlecht differenziert. Aggressionen, die sich aufgrund der Enttäuschung und Frustration entwickeln, besetzen die Selbstrepräsentanzen mit der Folge, daß das Selbstwertgefühl niedrig ist. Die Trennung zwischen Selbst und Objekt ist unvollkommen und von Regression bedroht. Es kommt zu einem Zustand, in dem die Anfälligkeit für Depression erhöht ist. Mittels des niedrig strukturierten Abwehrmechanismus der Introjektion versucht sich das Individuum zu schützen. Das entwertete Objekt, welches Frustration bedeutet, wird durch Introjektion seines aufgeblähten omnipotenten Bildes ins Über-Ich ersetzt (Über-Ich-Identifikation) und so der Versuch unternommen, die narzißtische Kränkung zu überwinden. Das Bild des schlechten wertlosen Objektes wird ins Selbst introjiziert. Ein zudem überhöhtes Ich-Ideal reduziert das Selbstgefühl noch weiter.

Eine Depression entwickelt sich also auf dem Boden von dauerhaft frustrierten kindlichen Bedürfnissen, es folgen Wut und aggressive Versuche, die ersehnten narzißtischen Gratifikationen zu erhalten. Wenn sich das Ich unfähig sieht, sein Ziel zu erreichen, werden die Aggressionen gegen das Selbst gerichtet, und es resultiert ein Verlust des Selbstwertgefühls mit der Gefahr der Depression. Jacobson (1971) resümiert: „Je reifer die selbstreflexiven Ich-Funktionen sind, desto gemäßigter und flexibler sind die Ich-Ideale und die selbstbezogenen Erwartungen. Je realistischer das Ich-Ideal in

Bezug auf die individuellen erreichbaren Möglichkeiten und Fähigkeiten ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer positiven Besetzung der Selbstrepräsentanzen."

1.4 Depression im Konzept der interpersonellen Theorie

Bis zu diesem Zeitpunkt standen also frühkindliche Frustrationen und deren intrapsychische Konsequenzen im Zentrum der Erklärungsmodelle für die Entwicklung von Depressionen.
In den letzten Jahrzehnten wurden zunehmend interpersonelle Theorien entwickelt, welche die Depression im Spiegel von sozialen Beziehungen betrachten. Chodoff (1970) und Becker (1974) sprachen von den sozialen Wurzeln der Depression und von der Notwendigkeit, die interpersonellen Aspekte der Depression zu berücksichtigen. Klerman & Weissman (1986) stellen fest, daß interpersonelle Schwierigkeiten häufig mit Depressionen assoziiert sind. Auch die folgende Einzelfalluntersuchung von zwei Patientinnen mit Depression nach Objektverlust im Rahmen des Düsseldorfer-Kurzzeitpsychotherapie-Projektes legt die Annahme zugrunde, daß sich Depressionen in interpersonellen Beziehungen niederschlagen und daß verändert wahrgenommene zwischenmenschliche Beziehungen zur Lösung von Krankheit beitragen können.

1.4.1 Die Attachment Theorie nach Bowlby

Viele Grundprinzipien zum interpersonellen Verständnis von Depression basieren auf der Attachment-Theorie nach Bowlby (1969). Danach hängt das psychische wie auch physische Wohlergehen des Individuums von Bindung und Verlust in der Beziehung zu bedeutsamen anderen ab. Depression wird als Folge einer verlorenen wichtigen zwischenmenschlichen Beziehung betrachtet.
Bowlby, der ein Vertreter der verhaltensbiologischen Systemtheorie ist und versucht, diese mit psychodynamischen Gesichtspunkten zu vereinbaren, postuliert, der Mensch habe ein angeborenes Bestreben, Bindungen zu anderen einzugehen. Diese Bindungen sorgen für das Überleben der Spezies und für die Zufriedenheit des einzelnen. Intensivste Gefühle sind in den Prozeß der Neuformation, Unterhaltung, Unterbrechung und Erneuerung dieser zwischen-menschlichen Bindungen involviert. Wenn nicht schon im frühen Kindesalter tragfähige Beziehungen ausgebildet wurden, dann besteht eine große Gefahr, daß diese auch im weiteren Verlauf des Lebens nicht

eingegangen werden können. Während der Kindheit lernt das Individuum hauptsächlich in der Familie, wie zwischenmenschliche Bindungen strukturiert sind. Die dauernde Bedrohung von Verlust wichtiger Bezugspersonen führt zu Angst und Traurigkeit und kann eine Prädisposition für spätere Depressionen sein.

Bowlby (1969) unterscheidet im Prinzip drei Formen des im Kindesalter erlernten Bindungsverhaltens. Im Verlauf seiner Entwicklung kann das Kind relativ unabhängig von genetischen Faktoren entsprechend dem Empfangsmilieu entweder ein sicheres Bindungsverhalten, ein angstvoll-ambivalentes oder ein ängstlich-vermeidendes Bindungs-verhalten ausbilden, inklusive der dazugehörigen Phantasien und Erwartungen.

Die sichere Bindung ist dadurch charakterisiert, daß sich das Kind vertrauensvoll auf die stärkende und schützende emotionale wie auch körperliche Präsenz der Bezugsperson verlassen kann. Wenn das Kind Furcht empfindet, kann es sich an die liebe- und verständnisvolle Bezugsperson anlehnen, um so Kraft und Mut für die Bewältigung der Situation zu sammeln. Die Kommunikation zwischen Kind und Bezugsperson ist reibungslos. Als Sicherheit bietender Fels tröstet und schützt sie und unterstützt sein Selbständigkeitsstreben. Solch eine Bindung entwickelt sich über mehrere Phasen.

Im Fall von *angstvoll-ambivalentem Bindungsverhalten* besteht für das Kind Unsicherheit, ob die Bezugsperson wirklich verfügbar und zugewandt ist. Da das Kind von dauernden latenten Trennungsängsten geplagt ist, wird es anklammernd und ängstlich allem Unbekanntem gegenüber. Das stark ausgeprägte Bindungsverhalten darf nicht als sicheres Bindungs-verhalten mißdeutet werden, es weist vielmehr auf eine ständig drohende Abwendung seitens der Bezugsperson hin. Man spricht auch von „Angstbindung“. Solche Bindungen entstehen z.B. durch wechselhafte emotionale Einstellungen und Verhaltensweisen seitens der Bezugsperson, oder wenn die Drohung mit Beziehungsabbruch als erzieherisches Mittel eingesetzt wird. Autonomiewünsche des Kindes werden übersehen und entmutigt.

Bei der *ängstlich-vermeidenden Bindung* hat das Kind jede Hoffnung auf Unterstützung aufgegeben. Es erwartet, in jedem Fall von der Bezugsperson abgewiesen zu werden. Die Bezugspersonen weisen diese Kinder regelmäßig zurück, Mißhandlungen sind keine Seltenheit, wenn Liebe, Trost und Schutz gesucht werden. Die Folge sind gehäuft Heimkarrieren, und es treten vielfältige Persönlichkeitsstörungen auf.

Mit Heranwachsen der Kinder werden die Muster des Bindungsverhalten in stabile Persönlichkeitszüge umgewandelt und stellen interne Arbeitsmodelle des einzelnen dar. Diese

internen Arbeitsmodelle enthalten Bilder von sich selbst und der jeweils bedeutsamen Beziehungsperson inklusive des gegenseitigen Umgangs miteinander.
Bowlby kommt zu dem Schluß, daß Menschen jeder Altersgruppe am effektivsten, kompetentesten und glücklichsten sind, wenn sie die Gewißheit haben, daß sie in Krisensituationen auf vertrauenswürdige Personen zurückgreifen können.

Diese Theorie mag allzu simplistisch erscheinen, doch Klerman & Weissman (1986) konnten zeigen, daß viele große Studien Bowlbys Thesen untermauern bezüglich der Wichtigkeit von intakten sozialen Bindungen für psychische Gesundheit und letztlich auch zur Vermeidung von Depression:
Parker (1979), Orvaschel, Weissman & Kidd (1980) demonstrierten, daß depressive Erwachsene überdurchschnittlich häufig Zurückweisung, Vernachlässigung oder Mißbrauch als Kinder erlebt haben, wobei die frühkindliche Erfahrung des Elternteilverlustes ein besonders prädisponierender Faktor zu sein scheint. Hiermit ist nicht nur der reale Verlust durch Tod, Scheidung oder räumliche Trennung gemeint, sondern auch der emotionale Verlust, z.B. durch emotionale Distanz, Kindesmißbrauch und Überprotektion.
Die Rolle von Vernachlässigung bzw. Zurückweisung für die Entwicklung von gestörtem Kindesverhalten mit der Gefahr zur Entwicklung von Depression wird deutlich in einigen Studien, welche die Beziehung zwischen depressiven Eltern und deren Kindern beleuchten. So verglichen Weissman, Paykel und Klerman (1972) die Interaktion zwischen depressiven Frauen und ihren Kindern bzw. normalen Frauen und ihren Kindern. Sie fanden heraus, daß die depressiven Frauen in der Regel abweisender, emotional distanter und weniger umsorgend waren bzw. weniger Zuneigung und Wertschätzung ihren Kindern gegenüber zeigten als nicht depressive Frauen. Im Gegenzug manifestierten die Kinder dieser depressiven Mütter überdurchschnittlich häufig Schulprobleme, Delinquenz, Drogenmißbrauch und Depression. Bald folgte nach einer Literaturdurchsicht die These von Beardslee, Bemporad, Keller und Klerman (1983), daß Kinder depressiver Eltern ein erhöhtes Maß an Psychopathologie im allgemeinen und Depression in besonderem aufweisen im Vergleich zur Normalbevölkerung. Auch hier wurde wieder die Rolle von der gestörten interaktiven Eltern-Kind-Beziehung betont, die neben anderen Faktoren eine wichtige Rolle zu spielen scheint.
Unbefriedigende Kindheits-Bindungserfahrungen scheinen also in der Prädisposition zur Depression wichtig zu sein. Im Erwachsenenalter dann lassen sich interpersonelle Probleme in Form z.B. von Konfliktreichtum in Beziehung zu wichtigen anderen oder Verlust häufig mit dem Ausbruch oder der Verschlimmerung von klinischer Depression assoziieren.

So konnten z.B. Ilfeld (1977), Klerman (1982), Paykel (1982), Pearlin & Lieberman (1977) demonstrieren, daß depressive Verstimmungen eine häufige Reaktion auf die Anforderungen der modernen Gesellschaft an erhöhte Mobilität sein können. Mit dem Umherziehen werden immer wieder wichtige soziale Beziehungen abgebrochen, was von dem Individuum als äusserst traumatisch erlebt werden kann. Ob das allein allerdings zur Entwicklung einer klinischen Depression ausreicht, bleibt fragwürdig, und man sollte natürlich genetische und konstitutionelle Faktoren und die vorher schon deutlich herausgestellten Kindheitserfahrungen nicht außer acht lassen.

Desweiteren sind Eheprobleme häufig mit psychischen Störungen insbesondere Depressionen assoziiert. Dies erklärt sich von selbst, wenn man berücksichtigt, daß die eheliche Verbindung immer noch die wichtigste soziale Beziehung im Erwachsenenalter darstellt. Obwohl sich hier natürlich wieder die Frage nach der Sequenz stellt: Können Eheprobleme Depressionen verursachen? Oder sind die Depressionen der Boden für eheliche Konflikte? Blum, Asher & White (1978) berichteten in der kritischen Analyse mehrerer Studien, dass ehelicher Streit und Scheidung mit verschiedenen emotionalen Reaktionen gekoppelt sind, unter anderem auch Depression. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch Ilfeld (1977), nach seinen Untersuchungen sind depressive Symptome eng mit Streß korreliert, insbesondere ehelicher oder anderer familiärer Streß. Auch Paykel (1979) betonte, daß eheliche Probleme, insbesondere Streit, das am häufigsten artikulierte Problem bei depressiven Frauen sei in dem 6-Monate umspannenden Zeitraum, bevor sie therapeutische Hilfe aufsuchten.

Man könnte noch viele andere Studien anführen, welche die unterschiedlichsten konfliktbeladenen interpersonellen Geflechte beleuchten und deren Assoziation mit Depression. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Fakt ist jedoch, daß die Resultate häufig den oben angeführten sehr ähnlich sind, und man kann kaum die positive Korrelation zwischen interpersonellen Problemen und Depressionen ignorieren.

1.4.2 Das interpersonelle Konzept in der therapeutischen Anwendung bei Depressionen

So ergibt sich zwangsläufig die diagnostische wie therapeutische Forderung, depressive Patienten in ihrem Verhalten in zwischenmenschlichen Beziehungen zu beurteilen, um so vielleicht das Problem zu fokussieren. Diese Notwendigkeit wurde schon vor vielen Jahren erkannt, und die frühen Hypothesen über die Relation zwischen interpersonellen Beziehungen und Depressionen stammen

aus der Psychotherapie depressiver Erwachsener. Langsam entwickelten sich generelle interpersonelle Theorien (Sullivan, Fromm-Reichmann, Cohen und Stanton) mit entsprechenden Konzepten für die Behandlung von psychischen Störungen im allgemeinen und Depressionen im speziellen. Cohen et al. (1954), Arieti und Bemporad (1978) leisteten wichtige Arbeit auf dem Gebiet der interpersonellen Therapie von Depressionen, verschrieben sich aber in erster Linie der Langzeitbehandlung.

In jüngster Zeit wurde von Klerman (1984) ein Konzept zur interpersonellen Kurzzeitpsychotherapie für Depressionen (interpersonal psychotherapy for depression = IPT) entwickelt. Klerman geht zwar nicht davon aus, und dieser Punkt ist essentiell, daß interpersonelle Konflikte die Ursache für Depressionen sind, jedoch spiegelt sich seiner Ansicht nach jede Depression im interpersonellen Kontext wider. Die therapeutische Strategie liegt darin, diesen Kontext zu verstehen und das zwischenmenschliche Problem zu lösen.

Die IPT betrachtet Depression auf drei verschiedenen Levels:

1. Symptomformation, die Entwicklung von depressiven Affekten und anderen Symptomen
2. soziale und interpersonelle Beziehungen, die gestört werden bei den auftretenden Symptomen,
3. Persönlichkeit, die Prädisposition zur Symptomentwicklung, besonders anhaltende Charakterzüge, wie unterdrückter Ärger, Schuld, ungenügende psychologische Kommunikation mit signifikanten anderen und Probleme mit der Selbstwertschätzung.

Bei der IPT handelt es sich um eine Form von Kurzzeitpsychotherapie, in der Regel wöchentliche Sitzungen über einen Zeitraum von drei bis vier Monaten, die ganz klar auf die gegenwärtigen Probleme des Patienten abzielt, wobei ein bis zwei Probleme fokussiert werden. Der Versuch, das Patientendenken, Fühlen und Agieren in problematischen interpersonellen Beziehungen zu verändern, bei einer ganz klaren Absage an den Anspruch, irgendwelche Persönlichkeitsveränderungen herbeizuführen, steht im Zentrum der Therapieintention in dem Konzept nach Klerman. Dem Patienten soll der Weg aus der akuten Depression erleichtert werden, indem depressive Symptome gemildert werden und ihm ein kompetenterer Umgang mit den aktuellen interpersonellen Problemen gezeigt wird, die mit der Auslösung der Depression verbunden sind. Die IPT beschränkt sich damit also ganz klar auf eine Intervention der ersten beiden oben angeführten Levels: Symptome und interpersonelle Probleme.

Es existieren auch Formen von interpersoneller Therapie, z.B. die besagten Langzeittherapien, die nach den Ansätzen von Cohen et al. (1954), Arieti und Bemporad (1978) entwickelt wurden, welche auf die Veränderung von Persönlichkeit abzielen, doch ist deren Effektivität niemals in kontrollierten Studien untersucht worden.

Nochmals auf den Punkt gebracht, der Hauptfokus im interpersonellen Ansatz liegt also in der sozialen Rolle, der interpersonellen Interaktion und auf den gegenwärtigen Lebenserfahrungen eines Individuums. Er unterscheidet sich damit klar von dem Hauptfokus im psychodynamischen Ansatz, der sich um unbewußte mentale Prozesse, intrapsychische Erinnerungen, Wünsche, Phantasien und Konflikte dreht, die Verhalten und Psychopathologie determinieren. Im Düsseldorfer Psychotherapieprojekt wird ein integrativer Ansatz sowohl von interpersonellen als auch psychodynamischen Gesichtspunkten versucht. Das Konzept von Klerman erweist sich für diese Arbeit wichtig, als hier eben auch der Schwerpunkt auf Kurzzeittherapie liegt.

1.4.2.1 Effektivität von IPT im Vergleich zu anderen Therapieformen

Die Frage nach der Wirksamkeit in Bezug auf Symptomreduzierung und Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus von interpersoneller Therapie im Vergleich zu anderen Therapieformen bei depressiven Erkrankungen wurde vom NIMH (National Institut of Mental Health) unter Leitung von I. Elkin und M. Parloff im Rahmen einer multizentrischen Vergleichsstudie untersucht. Nach der Festlegung von bestimmten Einschlußkriterien wurden 250 Patienten mit einer akuten depressiven Episode im Rahmen einer primären depressiven Erkrankung in vier Gruppen randomisiert, drei Untersuchungsgruppen und eine Kontrollgruppe. Diese vier Gruppen unterliefen über einen Zeitraum von 16 Wochen vier unterschiedliche Behandlungsmodi, eine der beiden Psychotherapieformen Kognitive Therapie oder IPT bzw. Pharmako-Therapie zuzüglich klinischer Versorgung (clinical management = CM) nach standardisierten Regeln. Dies implizierte unter anderem Unterstützung in Form einer minimalen supportiven Psychotherapie. Die beiden Pharmako-Therapie-Gruppen erhielten entweder clinical management und Imipramin (CM-Gruppe plus Imipramin) oder als Kontrollgruppe clinical manangement und Placebo (CM-Gruppe plus Placebo). Katamnestische Abfolge der vier Gruppen erfolgte zu drei Zeitpunkten über einen Gesamtzeitraum von 18 Monaten. Es lassen sich folgende wichtige Ergebnisse aus dieser multizentrischen Studie festhalten:

- Alle vier Verfahren erzielten eine signifikante Verbesserung bezüglich des klinischen Status und des psychosozialen Funktionsniveaus. In der statistischen Analyse ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Psychotherapie-Verfahren und der Imipramin plus CM Methode in Bezug auf Symptomreduzierung und Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus feststellen, jedoch zeigten sich alle drei Methoden gegenüber der Kontrollgruppe, die Placebo plus CM erhielt, überlegen.
- In einer Teilanalyse wurde die Patientenpopulation nach dem Schweregrad der depressiven Symptomatik zum Zeitpunkt vor der Therapie eingestuft. Gemessen wurde der Beeinträchtigungsgrad des allgemeinen psychosozialen Funktionsniveaus mit der GAS, Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus. Hierbei erwies sich bei schwer depressiven Patienten das Verfahren Imipramin zuzüglich clinical management am erfolgreichsten, dicht gefolgt von IPT. Placebo plus CM erwies sich in diesem Fall als am ineffektivsten.
- Bei den weniger schwer depressiven Patienten ergaben sich wiederum keine signifikanten Unterschiede bezüglich der unterschiedlichen Therapieverfahren.
- In den beiden Psychotherapiegruppen schienen die psychosozial weniger beeinträchtigten Patienten mehr zu profitieren als vergleichbare Patienten in der CM plus Impramingruppe bzw. der Kontrollgruppe.
- Am Ende des untersuchten Katamnesezeitraums, also 18 Monate, konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den vier Behandlungsverfahren festgestellt werden bezüglich des Anteils der stabil bleibenden Responder-Patienten.
- Er lag bei 30% für die Patienten der Kognitiven Therapie-Gruppe, bei 26% für die IPT-Gruppe, bei 20% für die CM plus Placebo-Gruppe und bei 19% für die CM plus Imipramin-Gruppe.
- Von den Responder-Patienten bei Therapieende rezidivierten im Sinne des Wiederauftretens einer klinisch manifesten depressiven Episode 36% in der Kognitiven Therapie-Gruppe, 33% in der IPT-Gruppe, 50% in der CM-Imipramin-Gruppe und 33% in CM-Placebo-Gruppe.
- Von den symptomfreien Patienten bei Therapieende suchten folgende Anteile eine antidepressive Behandlung im Katamnesezeitraum auf (für mindestens drei aufeinanderfolgende Wochen): 14% in der kognitiven Gruppe, 48% in der IPT-Gruppe , 44% in der CM-Imipramin-Gruppe und 27% in der CM-Placebo-Gruppe.

Es läßt sich festhalten, daß keines der untersuchten Verfahren einem anderen eindeutig überlegen war.

Elkin et al (1994) formulierten die Tatsache, daß nach den Ergebnissen ihrer Studie dem gemeinsamen kurativen Element jeder Therapieform bei Depression mehr Bedeutung für den Erfolg zukommt als den spezifischen Effekten der verschiedenen Verfahren, folgendermaßen: „Die Suche nach modalitätsspezifischen Effekten blieb unter Außerachtlassung vereinzelter, distaler Befunde ohne klinisch relevantes Ergebnis." Desweiteren bedeutet ein symptomfreier Zustand mit gutem psychosozialen Funktionsniveau bei Therapieende nur in einem Drittel der Fälle ein zufriedenstellendes Langzeitergebnis. Die meisten Patienten rezidivieren also nach dem Erhalt einer Kurzzeittherapie. Ungefähr ein Drittel der Patienten entwickelt im Post-Therapiezeitraum sogar eine erneute depressive Episode, gleich welches initiale Therapieverfahren sie erhielten. Durch Erhaltungssitzungen, so Elkin et. al (1994), sogenannte „Boostersessions", nach Therapieende könnte jedoch ein Rückfall vielleicht vermieden werden.

Doch zurück vom Exkurs über die interpersonelle Therapie von Depressionen und deren Effektivität zur Diagnose.
Alle bisher genannten Theorien betrachten relativ isoliert statische Klassifikationen der Depression, doch kein Ansatz hat versucht, diese zu integrieren. An dieser Stelle setzt Benjamin (1993) an.

1.5 Depression in der Übersetzung des interpersonellen Kategorisierungssystems der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)

Benjamin (1993) strebt in ihrem Werk „Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders" eine interpersonelle Diagnose von zunächst einmal Persönlichkeitsstörungen an, um bisher statische Klassifikationssysteme in einem integrativen Ansatz zu betrachten, der interpersonelle, Objektbeziehungs- und selbstpsychologische Theorien verbindet. Auf dem Boden von SASB (Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens), welches im weiteren Verlauf der Arbeit noch eingehend besprochen wird, ihrem sogen. „Periodensystem zwischenmenschlicher Interaktionsqualitäten" übersetzt sie die Kategorien des DSM-III(-R) in eine interaktionelle Sprache. Damit gibt sie dem Diagnostiker den Schlüssel in die Hand, der es ermöglicht, die interaktionellen Daten, die er bislang schon immer mit berücksichtigte, endlich auch objektiv und reliabel zu systematisieren.
Die Depression in gleicher Weise zu behandeln wie Persönlichkeitsstörungen, gestaltet sich insofern schwierig, als sie laut DSM-III-R Klassifikation nicht als Persönlichkeitsstörung, sondern als

affektive Störung eingeordnet wird. Affektive- und Persönlichkeitsstörungen werden auf verschiedenen Achsen angesiedelt. Auf Achse I geht es hauptsächlich um klinische Syndrome mit Störungen in Affekt und Kognition z.B. Depressionen, auf Achse II hingegen um Störungen des Sozialverhaltens. Hier sind unter anderem die Persönlichkeitsstörungen zu finden.
Dennoch lassen sich auch die Depressionen mit Benjamins Ansatz erfassen. Achse II Störungen, wie zum Beispiel die abhängige Persönlichkeitsstörung, sind sehr häufig mit Depression assoziiert, und vice versa zeigen die meisten primär depressiven Patienten Symptome der abhängigen Persönlichkeit. Greenberg & Bornstein (1988) bestätigten, daß abhängige Persönlichkeiten sehr häufig unter Achse I Störungen leiden, insbesondere unter Depression und körperlichen Beschwerden. Blatt (1974) z.B. charakterisierte den Subtyp der abhängigen Persönlichkeitsstörung, welcher besonders häufig mit Depression einhergeht, folgendermaßen: „Er/sie hat Gefühle der Hilflosigkeit, Schwäche und Leere und möchte Hilfe erhalten, umsorgt und geschützt werden".

Pilkonys (1988) Prototyp für Depressive Persönlichkeit zeigt „extreme Abhängigkeit" und seine Deskriptoren sind den Achse II Störungen sehr ähnlich. Er wird folgendermaßen beschrieben:

1. Er/sie tendiert dazu, ängstlich und unsicher zu sein, weil er/sie Angst hat, eine wichtige Beziehung oder Person zu verlieren.
2. Er/sie gibt Kontrolle an andere ab, unterschätzt ihre/seine Fähigkeiten.
3. Er/sie ist unfähig, Risiken einzugehen, welche das Risiko eines Beziehungsverlusts beinhalten, er/sie kann Ärger nicht zum Ausdruck bringen und kann sich mit signifikanten anderen nicht streiten.
4. Er/sie ist abhängig von anderen, die ihr/sein Verhalten gutheißen müssen.

Benjamins (1993) Übersetzung der DSM-III-Klassifikation in eine interaktionelle Sprache sieht für die abhängige Persönlichkeitsstörung folgendermaßen aus: (wobei nur Faktoren berücksichtigt wurden, die nach Blatts These (1974) in den meisten Fällen mit Depression assoziiert sind). Die SASB-Kodierungen wurden von Benjamin nicht jedem Item nachgestellt, sondern nur zusammenfassend beschrieben. Um die Diagnose einer abhängigen Persönlichkeitsstörung zu stellen, müssen mindestens fünf Kriterien der Gesamtauswahl vorliegen. DSM-III-Deskriptoren sind in normalem Schriftbild, die interpersonellen Varianten sind unterstrichen, die entsprechenden SASB-Kategorien sind in Großbuchstaben für den Betroffenen und in Großbuchstaben und unterstrichen für involvierte andere geschrieben.

1.5.1 Er/sie ist unfähig, alltägliche Entscheidungen ohne extreme Unterstützung und Beratung von anderen zu fällen. Er/sie empfindet seine/ihre Fähigkeiten als unzulänglich und wartet darauf, daß andere die Entscheidung und Führung in alltäglichen Anforderungen übernehmen. Er/sie sucht die Meinung und den Ratschlag von anderen wegen kleinster alltäglicher Entscheidungen.

- KONTROLLE; SCHUTZ Cluster 1.5/1.4
- SELBSTANKLAGE, Cluster 3.6; UNTERWERFUNG, Cluster 2.5; VERTRAUEN, Cluster 2.4

1.5.2 Er/sie erlaubt anderen, die meisten wichtigen Entscheidungen zu übernehmen, z.B. wo zu leben und welchen Job anzunehmen. Er/sie traut seinem eigenen Urteil nicht, sondern wartet darauf oder bittet andere, wichtige Entscheidungen für ihn/sie zu übernehmen.

- KONTROLLE; SCHUTZ Cluster 1.5/1.4
- SELBSTANKLAGE, Cluster 3.6; UNTERWERFUNG, Cluster 2.5; VERTRAUEN Cluster 2.4,

1.5.3 Er/sie stimmt anderen Leuten zu, auch wenn er/sie glaubt, diese seien im Unrecht, um nicht zurückgewiesen zu werden. Er/sie fühlt sich unfähig, allein zu funktionieren, so daß er/sie Dingen zustimmt, sogar wenn sie als falsch empfunden werden, um nicht zu riskieren, von denen zurückgewiesen zu werden, von denen er/sie Hilfe und Führung erwartet.

- KONTROLLE Cluster 1.5
- UNTERWERFUNG Cluster 2.5; SCHMOLLEN Cluster 2.6

1.5.4 Er/sie hat Schwierigkeiten, Dinge allein zu tun oder Projekte allein zu initiieren. Er/sie fühlt sich unfähig, Dinge allein zu starten, er/sie wartet auf andere, um das zu tun, weil er/sie denkt, die anderen würden diese Dinge besser meistern als er/sie selbst.

- KONTROLLE; SCHUTZ Cluster1.5/1.4
- SELBSTANKLAGE Cluster 3.6; UNTERWERFUNG Cluster 2.5; VERTRAUEN Cluster 2.4

1.5.5 Er/sie fühlt sich unwohl und hilflos, wenn er/sie alleine ist und geht ziemlich weit, um das zu vermeiden. Er/sie fühlt sich abhängig von anderen, er/sie braucht ihre Führung und Hilfe so sehr, daß die Vorstellung, allein zu sein, dermaßen angsterzeugend ist, daß sie in jedem Fall vermieden wird. Nur um nicht allein zu sein, wird er/ sie mit wichtigen anderen „herumhängen“, auch wenn das Geschehen um ihn/sie herum ihn/sie nicht interessiert, oder er/sie nicht daran teilnimmt.

- KONTROLLE Cluster 15;
- UNTERWERFUNG Cluster 2.5

1.5.6 Er/sie fühlt sich am Boden zerstört, wenn eine wichtige Beziehung endet. Er/sie sieht sich selbst als unfähig, ohne die Hilfe einer wichtigen Person zu funktionieren, so daß der Verlust dieser Bezugsperson in der völligen Funktionsunfähigkeit resultiert.

- SEPARATION Cluster 2.1
- SELBSTANKLAGE Cluster 3.6; SCHMOLLEN Cluster 2.6

1.5.7 Er/sie beschäftigt sich häufig mit dem angsterzeugendem Gedanken, verlassen zu werden. Er/sie sieht sich selbst als vollkommen abhängig in Bezug auf Rat und Hilfe einer anderen wichtigen Person, und er/sie macht sich häufig Sorgen, von dieser Person verlassen werden zu können.

- SEPARATION Cluster 2.1
- SELBSTANKLAGE Cluster 3.6

1.5.8 Er/sie fühlt sich leicht verletzt von äußerer Kritik. Er/sie fühlt sich unfähig, Dinge allein zu tun, er/sie empfindet äußere Kritik als Beweis, völlig wertlos zu sein, er/sie braucht Bestätigung von anderen und wird äußerst selbstkritisch über persönliche Unzulänglichkeiten, wenn er/sie Kritik erhält.

- ANKLAGE Cluster 1.6
- SELBSTANKLAGE Cluster 3.6; UNTERWERFUNG Cluster 2.5

Zusammenfassend ist das interaktionelle Verhalten bei der abhängigen Persönlichkeitsstörung von Unterwerfung gegenüber einer dominanten Person gekennzeichnet, welche ständige Führung und Hilfe bieten soll. Mißbrauch wird toleriert. Die abhängige Persönlichkeit glaubt, in allen Aspekten unfähig zu sein und sieht sich außerstande, ohne die dominante Person zu überleben.
Die SASB-Basiscodes sind Vertrauen (2.4), Unterwerfung (2.5), Schmollen (2.6) und Selbstanklage (3.6) für Inkompetenz. Die Patienten möchten geschützt (1.4) und kontrolliert (1.5) werden und fürchten sich davor, ignoriert und verlassen (1.8) zu werden.

Benjamin hat den Versuch unternommen, analog Deskriptoren für eine depressive Persönlichkeitsstörung zu formulieren, welche sie sich im Anhang des zukünftigen DSM-IV vorstellen könnte. Die depressive Persönlichkeitsstörung sieht sie als Sonderform der Depression, um Überlappungen auf beiden Achsen besser erfassen zu können, da ihrer Meinung nach spezifische Affekte auch mit spezifischem Sozialverhalten einhergehen.

Zukünftige DSM-IV Deskriptoren sieht sie folgendermaßen:

1. Die Grundstimmung ist dominiert von Niedergeschlagenheit, Schwermut, Freudlosigkeit, Traurigkeit
2. Die im Vordergrund stehenden Selbstkonzepte zentrieren sich um Gefühle von Unfähigkeit, Wertlosigkeit und geringer Selbstwertschätzung
3. Er/sie ist voll von Selbstkritik, Selbstanklage und er/sie bestraft sich selbst
4. Er/sie grübelt und sorgt sich
5. Er/sie ist negativistisch, kritisch gegenüber anderen
6. Er/sie ist pessimistisch
7. Er/sie neigt dazu, sich schuldig zu fühlen.

Die entsprechenden SASB-Cluster wären: Anschuldigen 1.6, Schmollen 2.6 und Selbstanklage 3.6.

Bis an diese Stelle wurde also die Depression in Bezug auf Symptomatik, Systematik, Psychodynamik erfaßt. Desweiteren wurden interpersonelle Ansätze unter therapeutischen Gesichtspunkten berücksichtigt, und es wurde der Versuch unternommen, die Depression aus diagnostischen und therapeutischen Gründen in die SASB-Sprache zu übersetzen. Als nächstes

erfolgt nun ein Exkurs in die Geschichte der psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie, um in einem nächsten Schritt das integrative Konzept aus psychodynamischen und interpersonellen Aspekten von Strupp und Binder zu beleuchten, welches die Basis für das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapieprojekt bildet.

2. Die Psychodynamische Kurztherapie als psychoanalytische Kurzeitpsychotherapie

2.1 Einführung in die Thematik

Kutter diskutierte 1980 den Begriff der psychoanalytischen Kurzzeittherapie einschließlich Indikation und Interventionstechniken: Seine Definition des Begriffes stellt den zeitlichen Aspekt in den Vordergrund. Als „kurz“ zu bezeichnen sei eine Therapie, wenn sie nicht im Sinne der klassischen Psychoanalyse langfristig, und auch nicht im Sinne einer analytischen Psychotherapie mittelfristig, das heißt für zwei bis drei Jahre angelegt sei, „kurz“ sei sie, wenn sie nicht mehr als 40 Therapiesitzungen umfasse.

Grawe 1993 beschränkt die Obergrenze für eine psychoanalytische Kurzzeittherapie auf 30 Sitzungen oder auf eine Dauer von wenigen Monaten. Als psychoanalytisch sei eine solche Therapie nur dann zu bewerten, wenn sie sowohl die psychoanalytische Theorie (deren Persönlichkeitstheorie, Triebtheorie, Ich-Psychologie, deren Entwicklungstheorie oder deren Psychologie der Objektbeziehungen) als auch die psychoanalytische Methode anwende. Das umfasse, daß Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung beachtet, analysiert und interpretiert werden.

Aus der zeitlichen Begrenztheit der Therapie ergibt sich, daß nicht die allmähliche Entwicklung der Übertragungsneurose und deren Auflösung abgewartet werden kann, der Therapeut muß vielmehr eine aktivere Haltung einnehmen, um zur Lösung des Patientenproblems beizutragen. Dennoch sei, und dieser Punkt scheint besonders wichtig genommen, eine Kurzzeittherapie als psychoanalytisch zu bezeichnen, wenn die Minimalbedingungen der Freudschen Definition von Psychoanalyse berücksichtigt werden, als da wären: „die Annahme unbewußter seelischer Vorgänge, die Anerkennung der Lehre von Widerstand und Verdrängung, die Einschätzung der Sexualität und des Ödipus-komplexes.“

2.2 Geschichtlicher Überblick

Wenn man die Geschichte der psychodynamischen Kurztherapie zurückverfolgen möchte, so muß man sich an der Geschichte der Psychoanalyse orientieren. Schon bald nach dem Aufkommen psychoanalytisch fundierter Psychotherapien Ende letzten Jahrhunderts gab es auch Bestrebungen, diese abzukürzen. Hauptanliegen war, damals wie heute eine breitere Masse an Patienten zu erreichen.

Initial waren selbst Freuds Analysen nach heutigem Verständnis kurz. Doch ab der Jahrhundertwende wurde die Therapiedauer immer länger, und aus einigen Monaten wurden mehrere Jahre. Ein maßgeblicher Grund dafür war, daß man aus dem theoretischen Verständ-nis für Neurosen heraus, das sich aus Freuds Arbeit etabliert hatte, die Hauptstrategie für eine Therapie in der Übertragungs- und Widerstandsanalyse frühkindlicher Konflikte sah. Diese also aufzusuchen, zu rekonstruieren und nochmals affektiv durchleben zu lassen, wurde angestrebt. Man glaubte, daß in diesem Vorgehen der Schlüssel zur therapeutischen Veränderung liege. Trotz des Zeitaufwandes, umstrittener Ergebnisse und aufkommender Kritik blieb es lange Zeit Methode der Wahl.

Unter anderem auch Freuds Schüler Ferenczi und Rank (1924) gehörten zu den Kritikern. Sie sahen keinen zwingenden Zusammenhang zwischen therapeutischen Veränderungen und der Bearbeitung von frühkindlichen Konflikten. Für sie lag vielmehr das Hauptelement für eine therapeutische Veränderung in der Übertragung selbst und nicht in der Analyse von deren Wurzel. Das emotionale Erleben des Kindheitskonflikts in der aktuellen Beziehung zum Therapeuten war hiernach entscheidend. Der Therapeut, der ein anderes Verhalten zeige als frühere wichtige Bezugspersonen, könne dem Patienten helfen, seine frühkindlichen Konflikte in der gegenwärtigen Manifestation zu begreifen. Auch wollten sie dem Therapeuten eine aktivere Rolle zusprechen.

Ferenczi und Rank wurde vorgeworfen, daß sie die Übertragung manipulieren wollten, und ihre Ideen ruhten, bis in den vierziger Jahren Alexander und French (1946) auf die Bühne traten: Die traditionelle Form der Psychoanalyse wiederum in Frage stellend, forderten sie mehr Flexibilität und Experimentierfreudigkeit in der Therapietechnik. So erkannten sie auch die Gefahr des Übertherapierens und setzten Endtermine für ihre Therapien fest. Ihre Hauptkritik aber folgte Ferenczi und Rank. Auch sie glaubten nicht, daß die Tiefe und Beständigkeit von Therapieresultaten im direkten Zusammenhang zur langwierigen psychogenetischen Rekonstruktion stehe. Sondern sie sei vielmehr das Ergebnis der erneuten Durchlebung des Konflikts in der aktuellen therapeutischen Beziehung und der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“, die der von der Rollenerwartung

abweichende Therapeut ermögliche. Die traditionelle Opposition war wieder schnell dabei, die Manipulation der Übertragung zum Gegenstand der Kritik zu machen, und ihre Arbeit fand zunächst keinen Anklang.

Das änderte sich, als mehrere psychoanalytisch orientierte Gruppen unabhängig voneinander im Rahmen von Kurzzeittherapien therapietechnische Veränderungen ausprobierten. Da waren die Tavistock-Gruppe (Balint, Hornstein & Balint, 1973; Malan, 1965, 1976a, 1976b, 1979); Sifneos (1979); Mann (1978), sowie Mann und Goldmann (1982) und Davanloo (1978). Die Ergebnisse, zu denen diese Gruppen zum größten Teil unabhängig voneinander kamen, sind höchst bemerkenswert und revidierten einige grundlegende Aspekte der Psychoanalyse. Die Hauptresultate lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Patienten, welche an lange bestehenden neurotischen- oder Persönlichkeitsstörungen litten, konnten mit einer dynamischen Psychotherapie schneller therapiert werden, als man bis dahin angenommen hatte.
- Grundprinzipien psychoanalytischer Therapie, z.B. Deutung von Übertragung und von Widerständen war auch in Kurztherapien anwendbar.
- Mit der psychodynamischen Therapie erzielte man auch beständige Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur.

So ähnlich auch die Resultate und einige der Therapieprinzipien dieser Gruppen waren, in allen Gruppen wurde zum Beispiel ein Arbeitsbereich für die Therapie definiert, desto mehr unterschieden sich doch andere Aspekte, wie z.B. die Patientenauswahl, Form der Intervention und Auffassung, welches Therapieelement die therapeutische Veränderung bringen würde.

2.2.1 Sifneos

Sifneos (1972, 1978) Bestreben war es, mit psychoanalytisch orientierter zeitlich begrenzter Therapie beständige charakterliche Veränderungen bei Patienten mit schweren neurotischen Störungen zu erzielen. Die bisher gültige Sichtweise war, daß man bei Patienten mit akuten Störungen mit einer 12- 20 Sitzungen umfassenden Therapie zwar eine Symptombeseitigung erzielen könne, aber keine Strukturveränderung des Patienten. Sifneos focht diesen Punkt an und entwickelte einen Ansatz zur psychoanalytisch orientierten Kurztherapie. Sein Modell legte einen besonderen Schwerpunkt auf die Patientenauswahl und die Therapietechnik. Die Forderungen, die er an die

Patientenauslese stellte, waren sehr streng und einschränkend. Die Patienten mußten trotz ihrer schweren neurotischen Störungen eine große Ich-Stärke mitbringen, welche unter dem Oberbegriff Motivation zur Veränderung zusammengefaßt wurde. Die einzelnen Kriterien waren: Neugier, Aufrichtigkeit, Aufgeschlossenheit gegenüber psychologischen Fragen, Neigung zur Selbstbeobachtung, Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit dem Therapeuten und eine realistische Erwartung an die Therapie. Es liegt auf der Hand, daß Sifneos Patienten in der Regel nur wenig Probleme hatten, sich in ein Therapiegeschehen einzufügen, und daß sie selbst hochmotiviert waren, therapeutische Veränderung herbeizuführen. Zusätzlich stellte Sifneos Bedingungen an den zugrunde liegenden Konflikt, welcher sich ödipal beschreiben lassen mußte und sich zumeist in (heterosexuellen) Beziehungen äußerte. Die Therapie konzentrierte sich damit auf den „ödipalen Fokus“ als Arbeitsbereich.

Die Durchführung sah folgendermaßen aus: Der Untersuchung des Geisteszustandes folgte eine detaillierte Anamnese, die zum einen der Ermittlung des ödipalen Konflikts und zum anderen der Beurteilung diente, ob der Patient die entsprechende Ich-Stärke mitbringe. Während der Therapie wurde dem Patienten das komplexe Gefüge seines fehlangepaßten Verhaltens bzw. seiner fehlangepaßten Beziehungsmuster und deren Ursprung in ungelösten Familienkonflikten erläutert. Wie bei der Tavistock-Gruppe, auf die im folgenden noch eingegangen wird, waren die psychogenetische Rekonstruktion und Übertragungsinter-pretation Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit. Sifneos wollte beweisen, daß diese traditionell psychoanalytische Methode auch auf die psychodynamische Kurztherapie anwendbar sei. Weniger wichtig erschien ihm folglich, was sich in der therapeutischen Beziehung abspielte, obwohl eine gutes Arbeitsbündnis im Prinzip Voraussetzung war. Die Therapiedauer umfaßte im Schnitt 12-15 Stunden, aber es wurde kein explizites Zeitlimit festgelegt. Abhängigkeit wurde angeblich selten zum Problem, zum einen durch die Patientenauswahl, zum anderen durch die aktive Haltung des Therapeuten. Eine Heilung wurde auf die richtige Interpretation des ödipalen Konflikts zurückgeführt. Sifneos konnte überzeugend darstellen, daß bestimmte Patienten, die unter anderen Umständen weitaus längeren Therapien unterzogen worden wären, in relativ kurzer Zeit erfolgreich behandelt werden konnten. Fraglich bleibt nur, ob die Ergebnisse auf die therapeutische Interpretation zurückführbar sind, oder ob nicht z.B. die Ich-Stärke der Patienten und ein gutes therapeutische Arbeitsbündnis mehr zum Erfolg beigetragen haben, als ihnen zugesprochen wird.

2.2.2 Mann

James Mann, ein Psychoanalytiker aus Boston, schuf einen Ansatz zur Kurzpsychotherapie, (Mann, 1978; Mann & Goldmann, 1982) der sich zum einen besonders durch seine strikte zeitliche Beschränkung auf zwölf Sitzungen auszeichnete, zum anderen dadurch, daß das bewußte Erleben und die Thematisierung dieser zeitlichen Begrenzung ein zentraler Punkt während der Therapie war.
Basis für dieses Konzept ist seine Theorie, daß die meisten mit seiner Therapie behandelbaren, emotionalen Konflikte ihren affektiven Ursprung in dem inneren Zwiespalt, der Sehnsucht nach unendlicher Liebe und Zuneigung und dem Begreifen der Endlichkeit der Zeit hätten. Dementsprechend mußten die von ihm ausgewählten Patienten, bei ansonsten locker gehandhabten Kriterien, auf jeden Fall zwei Ich-Funktionen mitbringen: sich zunächst relativ schnell emotional (auf eine Therapie) einzulassen und sich dann auch wieder zu lösen. Ansonsten hielt er seine Kurztherapieform für ein breites psychopathologisches Spektrum geeignet.
Bei der Durchführung wurde ein Therapieschwerpunkt festgelegt, der sich auf die Erfahrung des Patienten konzentrierte und seine „ chronisch durchlittenen Qualen, in denen sein starr fixiertes negatives Selbstbild“ begründet sei, widerspiegelte. Dieses Hauptproblem wurde zuerst erforscht, etwas später dann wurden die Gefühle untersucht, die beim Patienten mit dem Gedanken an das Therapieende aufkamen. Nach Manns Vorstellung kam es dabei zwangsläufig zur Integration von den Problemen, die sich für den Patienten aus seinem negativen Selbstbild ergaben und den allgemeinen Reaktionen auf Trennung und Verlust. Die Therapie verlief über drei Phasen: 1.) unbewußte Erwartung nach unendlicher Zuneigung, 2.) Enttäuschung und Ambivalenz, wenn die Realität der Trennung bewußt wird, 3.) Versuch des Patienten, die affektiven Reaktionen zu wiederholen, die bei früheren traumatischen Trennungen aufgetreten waren. Ziel der Therapie war es, an dieser Stelle eine gesündere Trennungserfahrung mit einem neuen internalisierten Bild (Therapeut) des verlorenen Objekts, mit weniger Wut, Enttäuschung, Angst und Schuldgefühlen zu fördern. Nach Mann überdauerte die Therapie Zeiten tiefster Ambivalenz, bei sorgfältiger Patientenwahl. Eine Übertragungsinterpretation kam zumeist erst am Ende Therapie zum Einsatz, um dem Patienten deutlich zu machen, daß er die Bedeutung des Therapieendes wegen seines negativen Selbstbildes verzerrt wahrnahm.
Kritisch ist an Manns Ansatz zu sehen, daß er weder Therapieprozeß noch Ergebnisse empirisch untersucht hat.

2.2.3 Die Tavistock-Gruppe: David Malan

In den fünfziger Jahren formierte sich um Michael Balint die sogenannte Tavistock-Gruppe. Ihr bedeutendster Vertreter wurde David Malan, welcher sich mit der Erforschung und der wissenschaftlichen Dokumentation von zahlreichen klinischen Beobachtungen verdient machte.

Der ursprünglich traditionelle Ansatz der Gruppe, chronische und schwere Störungen seien eher ungeeignet für Kurztherapien, wurde aus der Not des zur Verfügung stehenden Patientengutes bald widerlegt. Man kam mit relativ langen bis zu vierzig Stunden umfassenden Therapien, besonders bei Patienten, welche positiv auf Interpretationen im Bereich des Fokalkonfliktes ansprachen, zu beeindruckenden Ergebnissen. Der Fokalbereich konnte dabei nach den Ansätzen von Malan außer ödipalen auch andere Probleme enthalten, und es konnten auch mehrere Foci bearbeitet werden, solange sich ein klarer Arbeitsbereich definieren ließ.

Bei der Durchführung einer Therapie stand am Anfang die formale Anamnese und die Festlegung eines Enddatums. Die Diagnose sah man als Schlüsselelement an und stellte sie noch über ein tragfähiges Arbeitsbündnis. Sie bildete zum einen die Basis für die Festlegung des Fokalbereichs und zum anderen die Grundlage für die Prognose, welche man wiederum zur Bewertung nahm, um abzuschätzen, wie anfällig der Patient im Alltag sein würde, und wie sich das Fokalproblem während der Therapie äußern könnte. Um herauszufinden, ob ein Patient bereit und fähig war, in einer psychoanalytischen Therapie mitzuarbeiten, nahm man sogenannte „Probeinterpretationen“ vor, das konnte zum Beispiel so aussehen, daß Widerstände des Patienten direkt gedeutet wurden, und ein Patient für die Therapie als geeignet erklärt wurde, wenn er bereitwillig war, (besonders die mit dem Fokalthema zusammenhängenden) Widerstände aufzugeben. Ein wichtiges therapeutisches Element waren die sogenannten Transference-Parent Links oder auch T/P-Links. Gemeint sind damit, wie bei Sifneos, Interpretationen, die Übertragungserlebnisse und frühere Familienkonstellationen verbinden.

Die wesentliche Bilanz von Malans langjähriger Forschung war, daß es bei geeigneten Patienten mit einer zeitlich limitierten Therapie zu einer signifikanten Persönlichkeitsänderung kommen kann.

2.2.4 Die Montreal-Gruppe: Habib Davanloo

Den Ansatz von Habib Davanloo zur Kurzzeittherapie ist im Prinzip eine Erweiterung der Malan`schen Theorie. So stimmen seine Auffassungen zur Diagnosenstellung und Fokusdefinition weitgehend mit denen von Malan überein.

Anders als Malan und auch Sifneos vertrat er jedoch den Standpunkt, daß auch Patienten, die zu Beginn schon massives Abwehrverhalten zeigen, zur Kurztherapie geeignet seien. Er ging sogar soweit, daß er diese Patienten, die allerdings über gewisse adaptive Ressourcen verfügen mußten, bewußt für seine Therapien auswählte. Seine Hauptstrategie war, die Widerstände der Patienten so rasch wie möglich zu identifizieren, zu hinterfragen, um sie dann aktiv anzugehen. Probeinterventionen waren hier das Stilmittel. Der Therapeut sei „ein unerbittlicher Heiler“. Angeblich kam es trotz dieser radikalen Vorgehensweise nur selten zum Therapieabbruch, was wahrscheinlich auf eine spezifische Patientenauswahl zurückzuführen ist, die in erster Linie positiv auf die Herausforderung des Therapeuten ansprach, zum anderen führte diese dominante Vorgehensweise des Therapeuten wahrscheinlich dazu, daß sich die Patienten einfach fügten. Sehr häufig wählte Davanloo Patienten mit tiefsitzenden zwanghaften Störungen aus, also Menschen, die Probleme haben mit jeder Form von Nähe, auch therapeutischer in Gestalt von Dominanz. Davanloo warnte vor dem Problem der Gegenübertragung, die sich beim Therapeuten entwickeln konnte bei dem Versuch, die „Charakterpanzerung“ des Patienten zu durchbrechen, was zum einen zum ungerechtfertigten Ausschluß von geeigneten Patienten führen könne, zum anderen zu „Fehlverbindungen“ zum Patienten. Eine Kurztherapie war in Davanloos Augen kontraindiziert, wenn der Patient durchwegs negativ auf die Dinge anspräche, mit denen er von Seiten des Therapeuten konfrontiert wurde.

Genau wie Malan sah er ein wichtiges therapeutisches Element in den Transference-Parent Links. Anders als dieser und Mann legte er jedoch keinen festen Endpunkt für die Therapie fest, sondern setzte diesen nach der Lösung des Hauptproblems an. Im Schnitt war dies nach 15- 30 Sitzungen. Mit seinem Ansatz wollte Davanloo die von der Tavistock-Gruppe zuvor eingeleitete Bestrebung fortsetzen, den Kreis der geeigneten Patienten zu erweitern. Und auch er kam zu dem Schluß, daß mit seiner Form von Kurztherapie bei seinen Patienten ebenso grundlegende und anhaltende Veränderungen eintraten wie nach einer langen Therapie.

2.3 Psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie nach Strupp & Binder

Die Psychodynamische Kurzzeittherapie nach Strupp und Binder (1984), welche sich in modifizierter, aber dennoch unverkennbarer Form im Düsseldorfer Kurztherapieprojekt wiederfindet, ist als neuentwickeltes eigenständiges Modell psychoanalytischer Psycho-therapie anzusehen. Die Grundgedanken für dieses Modell basieren teilweise auf den oben beschriebenen Theorien. Sie sind aber auch auf Ideen zurückzuführen, welche zum einen Harry Stack Sullivans Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen entstammen, (Anchin und Kiesler 1982) desweiteren Kernbergs (1981) Theorie der Objektbeziehungen sowie auf Anwendungen der allgemeinen Systemtheorie (Bateson 1981, Haley 1978, Watzlawik 1988, Watzlawik, Weakland und Fisch 1984).

Die Ausgangsthese bei diesem Konzept ist, daß sich die psychischen Probleme eines Menschen in der Beziehung zu wichtigen anderen abbilden. Frühere Schwierigkeiten mit bedeutsamen Bezugspersonen haben zwischenmenschliche Beziehungsmuster entstehen lassen, welche ursprünglich dazu dienten, das Selbst zu schützen, in der Gegenwart der aktuellen Beziehungen aber scheiternsfixiert und fehlangepaßt sind. Aus den früheren Problemen hervorgegangene mangelnde Selbstachtung und die Schwierigkeit, zwischen-menschliche Nähe und Distanz zu regulieren, unterhalten diese Beziehungsmuster. Mit anderen Worten, neurotische Konflikte kommen als Wiederholung von kindlichen Konflikten in gegenwärtigen Beziehungen zum Ausdruck. Es kann also davon ausgegangen werden, da der Therapeut in der Regel zu einer wichtigen Bezugsperson wird, daß sich die zwischenmenschlichen Verhaltensschwierigkeiten des Patienten auch in der therapeutischen Beziehung inszenieren. Man spricht dann von Übertragung. Was mit Übertragung gemeint ist, haben Greenson & Wexler (1969) formuliert: sie ist ein „Ausdruck von Impulsen, Gefühlen, Phantasien, Einstellungen und Abwehrreaktionen, die gegenüber einem Menschen der Gegenwart zum Tragen kommen, diesem Menschen aber nicht wirklich angemessen sind, sondern eine Wiederholung von Reaktionen darstellen, die ursprünglich wichtigen Bezugspersonen in der frühen Kindheit gegolten haben und nun unbewußt auf Personen der Gegenwart verlagert werden.“ Diese Inszenierung des Patienten in der Therapie, welche ja Ausdruck seiner grundlegenden Probleme ist, bietet nun die Chance zu bedeutsamen Korrekturen. In der Patient-Therapeut-Beziehung soll der Patient die Bedeutung seiner fehlangepaßten Beziehungsmuster besser verstehen

lernen und im Idealfall alternative Verhaltensweisen vor dem Hintergrund eines realistischeren Selbstkonzeptes erlernen und verinnerlichen.
Die Methode der „Übertragungsanalyse“ ist also von entscheidender Bedeutung. Sie dient dem Therapeuten dazu, in der Haltung eines mehr oder weniger Beobachters Widerstände, die dem Patienten als Schutz dienen, zu durchdringen und den Hauptkonflikt freizulegen. Desweiteren kann er daran orientiert den dynamischen Fokus herausarbeiten.

In der Zusammenfassung sehen die Kriterien für eine psychodynamische Kurztherapie nach Strupp & Binder folgendermaßen aus:

- Anhand von Informationen, die während der ersten Therapiegespräche und durch Probeinterventionen ermittelt werden, wird beurteilt, ob der Patient Strukturmerkmale aufweist, die ihn befähigen, sich auf eine zeitlich limitierte Therapieform einzulassen und ein konstruktives Arbeitsbündnis mit dem Therapeuten einzugehen.
- Es wird ein sogenannter dynamischer Fokus, das heißt ein Arbeitsbereich für die Therapie festgelegt, der sowohl von Patient als auch von Therapeut als sinnvoll betrachtet wird.
- Die Inszenierung von emotionalen Patientenkonflikten in der sogenannten Übertragungsanalyse wird als Hauptgegenstand der Interpretationsarbeit angesehen.
- Es wird ein zeitlicher Rahmen von 25-30 Stunden gesetzt, und das Therapieende sollte während der ganzen Therapie immer wieder thematisiert werden.

2.3.1 Der dynamische Fokus

Der dynamische Fokus ist die Grundlage der Kurztherapie. Einige Autoren gehen sogar soweit, daß sie eine Kurzpsychotherapie für kontraindiziert halten, wenn sich kein dynamischer Fokus erarbeiten läßt. Synonyme sind „Kernkonflikt“ (Alexander & French, 1946), „neurotischer Kernkonflikt“ (Wallerstein & Robbins,1956) oder auch „zentrale Übertragungsprädisposition“ (Racker 1978) und „Beziehungskernkonflikt“ (Luborsky, 1977).
Es geht im wesentlichen darum, für die Therapie relevante Informationen zu sammeln, diese zu strukturieren, um sie dann systematisch in die Therapie einzubeziehen. Dieser „aktive“ Ansatz steht im Kontrast zum sogenannten „offenen Modell“, welcher zum Beispiel in Langzeittherapien zur Anwendung kommt. Hier geht man davon aus, daß wenn der Therapeut sich richtig verhält und der Patient für die Therapie geeignet ist, es ohne aktive Bemühung zur Strukturierung kommt (Gill &

Hoffmann, 1982). Um einen dynamischen Fokus zu erarbeiten, konzentriert man sich auf das Hauptsymptom. Dabei kann es sich um einen bestimmten innerpsychischen Konflikt, eine Entwicklungssperre, eine fehlangepaßte Selbsteinschätzung, ein wesentliches Interpretationsthema, ein anhaltendes zwischenmenschliches Dilemma oder ein fehlangepaßtes Handlungsmuster handeln.

2.3.1.1 Der dynamische Fokus nach Strupp und Binder

In der psychodynamischen Kurztherapie nach Strupp & Binder (1984) versucht man in der Regel mit dem Patienten zusammen, den dynamischen Fokus möglichst früh in der Therapie zu ermitteln. Er sollte „als ad hoc individualisierte Theorie verstanden werden, mit deren Hilfe Verhaltens- und Erfahrungsphänomene geklärt und zueinander in Beziehung gesetzt werden, die andernfalls nicht zusammenhängen und keine Kontinuität aufzuweisen scheinen“ (Strupp & Binder, 1984). Mit anderen Worten der (unbewußte) Grundkonflikt, mit welchem die Symptome und Beschwerden des Patienten zusammenhängen, soll aufgedeckt und dem Patienten verständlich gemacht werden. Der dynamische Fokus sollte sich dann als heuristische Leitlinie wie ein roter Faden durch die Therapie ziehen, um in flexibler Formulierung (dynamisch) dem Patienten zu helfen, sein Selbstgefühl zu erweitern, verwirrende Erlebnisse zu integrieren und komplexe Lebensprozesse zu bewältigen.
Ein wesentlicher Vorteil bei der Entwicklung eines dynamischen Fokus in der Kurztherapie ist, daß er bei der Kürze der zu Verfügung stehenden Zeit erlaubt, intensiv am Hauptproblem zu arbeiten. Fällt die Therapie sogar kürzer aus als vorhergeplant, dann deutet dies zumeist auf eine gute Strukturierung hin.
Wie wird der dynamische Fokus nun in der psychodynamischen Kurzpsychotherapie nach Strupp & Binder entwickelt? Beruhend auf der These, daß in solch einer Kurzpsychotherapie in erster Linie zwischenmenschliche Erfahrungen zur Darstellung und Interpretation kommen, geht man davon aus, daß man mit dem dynamischen Fokus ein zentrales, unbewußtes interaktionelles Rollenmuster eines Patienten zu erfassen sucht. Dieses Rollenmuster beinhaltet auch die komplementären Rollen, die der Patient den anderen zuweist, sowie die sich daraus ergebenden fehlangepaßten Interaktionsabfolgen, die zum Scheitern verurteilten Erwartungen und die negativen Selbsteinschätzungen. Die Aufgabe des Therapeuten ist es also, aus den Erzählungen des Patienten und aus der Übertragungssituation in der Therapie repetitive interaktionelle Fehlmuster aufzunehmen und zu strukturieren. Formell orientiert sich der Therapeut dabei an dem von Strupp & Binder entworfenen Modell des sogenannten zyklisch mal-adaptiven Musters (CMP), welches genau die oben beschriebenen Muster erfaßt. Das

CMP wird im nächsten Kapitel im Rahmen der Ausführung über das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapieprojekt noch im Detail im Abschnitt 3.2 beschrieben werden.

3. Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt

An der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich Heine Universität Düsseldorf entstand 1991 das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. W. Tress.
Anhand kombinierter pro- und retrospektiver Einzelfall-Verlaufsuntersuchungen soll über einen Katamnesezeitraum von fünf Jahren das Potential der tiefenpsychologisch orientierten Kurzzeitpsychotherapie bei verschiedenen Patientengruppen erfaßt werden. Es sollen so Indikationsgebiete für die psychodynamische Kurzpsychotherapie konkretisiert werden. Mit den Ergebnissen der Studie sollen Voraussagen für gute oder schlechte Therapieverläufe ermöglicht werden. Außerdem sollen sie einen Beitrag für die therapeutische Weiterbildung in diesem Gebiet leisten.

3.1 Studiendesign

3.1.1 Leitgedanke

Der zentrale Gedanke der Studie basiert auf den Erkenntnissen aus den Vanderbilt-Studien nach Strupp, Binder, Henry und Schacht (1992). Hiernach sind für den Therapieerfolg von entscheidender Bedeutung, daß eine Veränderung des zyklisch maladaptiven Musters (CMP) des Patienten (Erläuterungen siehe unten) zunächst in der Therapeut-Patient-Beziehung, dann aber auch in anderen Beziehungen eintritt. Mit den interpersonellen Veränderungen treten auch Selbstbild- (Introjekt-) Veränderungen ein, welche ein wichtiger prognostischer Faktor sind.

3.1.2 Untersuchungsinstrumente

Wie oben schon angegeben, werden Therapieverlauf und Katamnesen über einen Zeitraum von fünf Jahren beurteilt. Eine Therapie umfaßt 25 Sitzungen (Dauer ca. acht Monate). Hierbei werden interpersonelle Beziehungsmuster und deren Veränderungen mit der Methode der Strukturalen

Analyse Sozialen Verhaltens (SASB, Benjamin 1974, Tress 1990, 1993) dargestellt. Auf der SASB-Methode basierende Intrex-Fragebögen vermitteln, wie Therapeut und Patient im Therapieverlauf den interpersonellen Prozeß und das Introjekt des Patienten beurteilen. Bewährte Tests der klinischen Dokumentation wie SCL-90 R, Beeinträchtigungsschwerescore, Gießen-Test, Gießener Beschwerdebogen, Narzißmus-Inventar und Global Assessment of Functioning Scale runden die Diagnostik zum Zeitpunkt der Aufnahme, der Entlassung und zu den Katamnesen ab. Die Beurteilung des therapeutischen Vorgehens erfolgt mit der Vanderbilt Therapeutic Strategies Scale (VTSS, Butler et al. 1992).

3.1.3 Praktische Durchführung

Drei Therapieziele werden von Patient und Therapeut formuliert. Die CMP-Ausarbeitung für den Patienten geschieht in der Supervisionsgruppe, wobei das CMP sowohl klinisch ausformuliert als auch in SASB-Clustern dargestellt wird.

Jede Therapiesitzung wird auf Kassette aufgenommen, nach jeder Sitzung diktiert der Therapeut eine Kurzzusammenfassung unter besonderer Beachtung sogenannter “critical events”. Damit sind Situationen gemeint, in denen in der Therapie das patientenspezifische CMP inszeniert wird. Diese “critical events” und ihre Bearbeitung gelten als Schlüsselpunkte für Veränderungen, die in der Therapie stattfinden. Der Therapeut füllt nach jeder Sitzung einen Fragebogen im Sinne der VTSS zur Bewertung der Sitzung aus.

Für SASB-Prozeßanalysen werden die ersten zwei Therapiesitzungen komplett transkribiert nach Mergenthaler und Stinson (1992). Danach werden von jeder vierten Sitzung die jeweils ersten zwanzig Minuten transkribiert, zudem noch Therapieauszüge mit “critical events” oder wichtiger interpersoneller Interaktion.

Nach den Vanderbilt-Studien sind die ersten beiden Sitzungen besonders relevant für die Ausbildung der Therapeut-Patient-Beziehung und für den weiteren Therapieverlauf. Die vier Stunden Transkriptionsintervalle wurden ausgewählt, um einen vergleichbaren Standard für weitere Stichproben zu haben.

Alle vier Sitzungen füllen Patient und Therapeut gekürzte Versionen der Intrex-Fragebögen aus. Bei Therapieende werden nochmals Intrexbögen und, wie auch zu Beginn der Therapie, die oben genannten Tests der klinischen Dokumentation bearbeitet. Mittels eines halbstandardisierten Interviews und der Fragebögen werden nach sechs Monaten, einem, zwei und fünf Jahren die

Katamnesen von einem unabhängigen klinischen Untersucher durchgeführt. Das Interview wird auf Kassette mitgeschnitten und vom Untersucher dokumentiert. Außerdem findet eine kurze Begegnung zwischen Patient und früherem Therapeuten statt.

3.1.4 Hypothesen

- Für Patienten mit psychogenen Erkrankungen ist die Qualität der Patient-Therapeut-Beziehung für das Outcome bedeutsamer als der Schweregrad der Erkrankung.

- Die Patient-Therapeut-Beziehung ist um so besser, je näher am CMP gearbeitet wird.

- Der frühe interpersonelle Patient-Therapeut-Prozeß (d.h. in den ersten vier Stunden) ist relevant für das Therapie-outcome.

- Eine veränderte Beziehung zum Therapeuten geht einher mit einer veränderten Einschätzung des Introjektes und der Beziehung zu anderen wichtigen Bezugspersonen.

- Bei positiven Introjektveränderungen ist das Therapieergebnis gut und stabil.

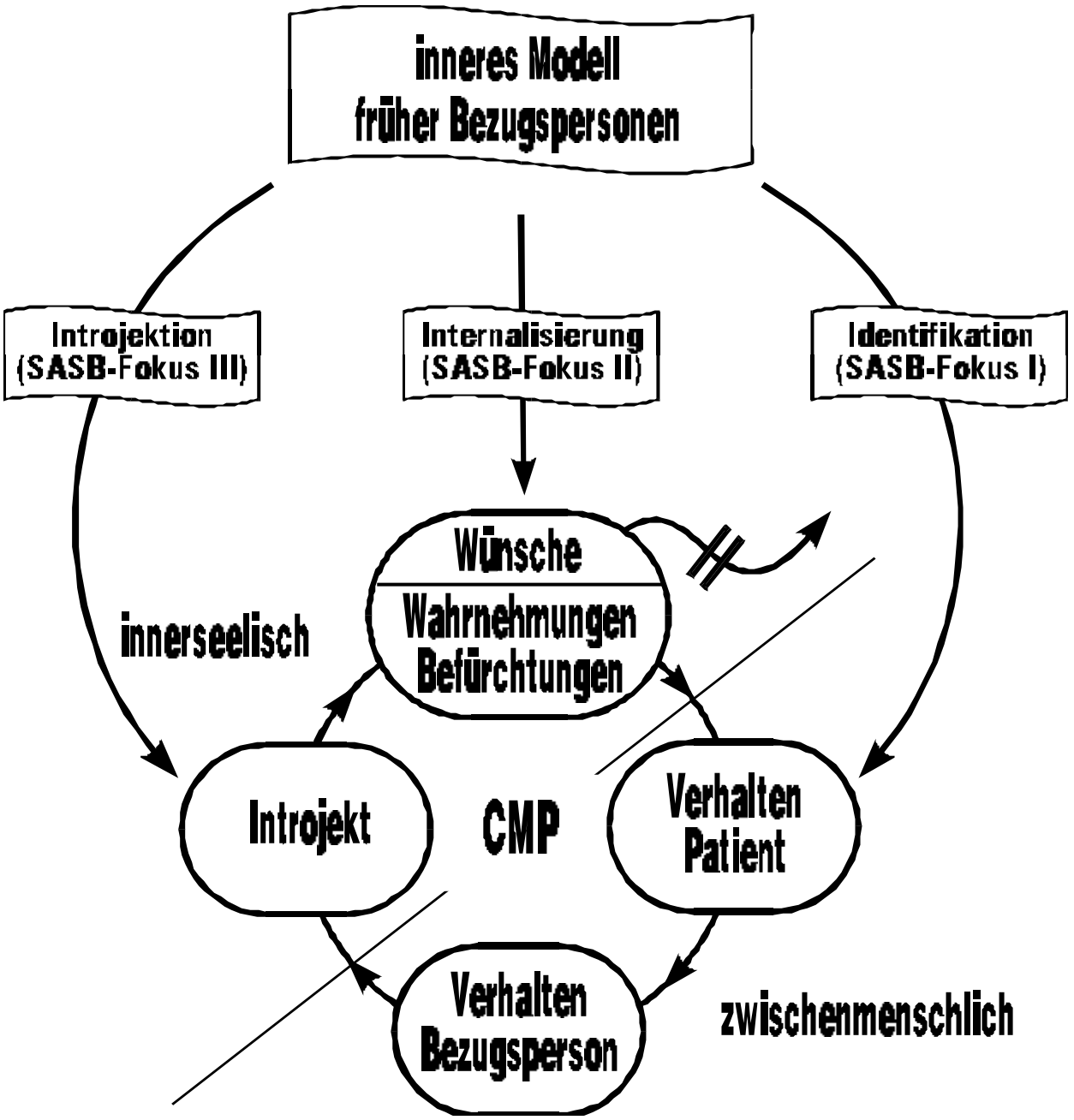
- Critical events sind besonders veränderungsrelevant.

- Ungünstige Therapieverläufe finden sich bei häufigem Auftreten von disaffiliativem Verhalten, komplexer Kommunikation und negativer Komplementarität.

3.2 Das zyklisch-maladaptive Muster (CMP)

Das Modell des zyklisch-maladaptiven Musters (cyclic-maladaptive pattern, CMP) gründet auf das 1984 von Strupp, Schacht und Binder entworfene Modell des dynamischen Fokus. Dieses CMP-Modell wurde von Tress und Henry noch um die frühen Beziehungserfahrungen und die Modi der Introjektion, Internalisierung und Identifikation erweitert (Tress et al. 1996).

Abb. 1: CMP-Diagramm



Man geht davon aus, daß sich intrapsychische Probleme in interpersonellen Verhaltensmustern widerspiegeln. Diese Verhaltensmuster der Patienten sind unflexibel, maladaptiv, selbstschädigend und erhalten sich im Sinne eines Circulus vitiosus selbst. Dadurch begründet sich, daß auch die psychischen Probleme immer wieder neu belebt werden. Solche repetitive, stereotype interaktive Sequenzen inszenieren sich insbesondere in den gegenwärtigen interpersonellen Beziehungen, sind aber auch retrospektiv in früheren Beziehungen wiederzufinden.

In der Theorie des zyklisch maladaptiven Musters wird eine für den Patienten typische zentrale interaktive Verfahrensweise angenommen, durch die er sich und andere immer wiederkehrend gefangen hält. Hieraus resultieren maladaptive Beziehungsabläufe, selbstschädigende Erwartungen und schließlich negative Selbsteinschätzungen. Die Patienten haben also gewissermaßen vorgefertigte Vorstellungen über sich selbst und andere, die sie sich durch ihre Aktionsmuster immer wieder bestätigen lassen. Diese Muster sind dem Patienten meist nicht bewußt, kommen jedoch in wichtigen Beziehungen immer wieder zum Tragen. Die Betonung liegt also auf der Perspektive, der Mensch sei jeweils aktiver Darsteller seiner Situation und nicht passives Opfer seiner Krankheit oder ausschließlich von Impulsen anderer.

Das oben angeführte Kreismodell stellt prägnant das sich in Form eines Circulus vitiosus selbsterhaltende interaktive Gefüge mit den einhergehenden innerpsychischen Prozessen dar, welches zu einer maladaptiven Fixierung dieser Muster führen.

Wie man aus dem Diagramm und der nachfolgenden Beschreibung ersehen kann, unterscheidet man in dem CMP-Modell vier Kategorien von Informationen, welche über interpersonelle und intrapsychische Beziehungsmuster Aussagen machen.

Die erwartete Reaktion des Gegenübers

Hiermit meint man die Erwartungen bezüglich der Reaktionen anderer auf das eigene Verhalten. Dabei wird angenommen, daß die Vorstellungen darüber, was die Person vom anderen zu erwarten hat, die jeweils folgende Interpretation des Verhaltens der anderen Person beeinflußt. Man nimmt weiterhin an, daß es zu systematischen Fehlinterpretationen kommt, da die Patienten nach vorgefaßten Mustern interpretieren. In dieser Kategorie werden also zum einen die blockierten positiven Erwartungen oder Wünsche und zum anderen die Befürchtungen des Patienten bezüglich des Gegenübers beschrieben.

Das Verhalten des Patienten

Verhalten des Patienten (oder des Selbst) gegenüber anderen Personen. Was wird mit einer anderen Person oder auch ohne diese gemacht? Wie verhält sich der Patient im Gegensatz zu anderen? Diese Verhaltensweisen können dem Bewußtsein des Patienten in unterschiedlich starkem Maße deutlich werden, ebenso können diese offensichtlich oder versteckt ablaufen. Ebenfalls von Bedeutung sind hier signifikante Unterlassungen.

Das Verhalten anderer gegenüber dem Patienten (dem Selbst)

Hierbei handelt es sich um das Verhalten anderer gegenüber dem Patienten, wobei dieses Verhalten in spezifischer Beziehung zum Verhalten des Selbst in Erscheinung tritt. Meist also ruft das Verhalten des Patienten die Verhaltensweisen der anderen hervor. Auch hier kann dieses Verhalten wieder sowohl offen als auch versteckt in Erscheinung treten. An dieser Stelle wird es nun jedoch wichtig, die zyklisch maladaptiven Muster als die entscheidende interdependente Aktion zu beachten. Es ist also von großer Bedeutung, eine selektive Aufmerksamkeit bezüglich dessen, was der Patient im Sinne einer vorgefertigten Meinung in sich trägt, an den Tag zu legen und dabei im besonderen Maße auf die Fehlinterpretationen des Verhaltens anderer zu achten, die hier namentlich die vorgefaßten Muster des Patienten wiedergeben, mit denen er seine soziale Realität gestaltet.

Wenn der Patient beispielsweise sagt: “Sobald ich mit ihr über meine Wünsche spreche, wird sie nach kurzer Zeit ungeduldig und beginnt, mich zu ärgern.”, sollte der Therapeut nachfragen: “Woher wissen Sie, daß sie ungeduldig wird, was macht sie dann?”. Hierdurch soll klarifiziert werden, welche Informationen über die andere Person bereits vorgefertigt wurden, was von dem Patienten als Ärgernis und was als Ungeduld des anderen interpretiert wird.

Das Verhalten des Selbst gegenüber dem Selbst (Introjekt)

Hier dominiert die Frage “wie geht der Patient mit sich selbst um?”, also übt er Selbstkontrolle oder eher Selbstbestrafung aus, unterstützt er sich oder zeigt er selbstzerstörerische Tendenzen, etc. Wichtig ist dabei die Darstellung des introjektiven Verhaltens in spezifischem Bezug auf die anderen drei Kategorien. Diese Kategorie stellt einen wesentlichen Bestandteil bei der Bewertung der aktiven Rolle des Patienten innerhalb seines zyklisch maladaptiven Musters dar.

Die aus diesen vier Kategorien gewonnenen Informationen stellen gewissermaßen die Essenz dessen dar, was als die für den Patienten typische, immer wiederkehrende Schablone seiner Beziehungsmuster bezeichnet werden kann.

Der Therapeut kann anhand der Erzählungen des Patienten und anhand des Patientenverhaltens in der therapeutischen Beziehung ein Bild gewinnen von problematischen Beziehungsabläufen. Denn diese können sich natürlich und sollen sich auch in der therapeutischen Interaktion inszenieren. In einem nächsten Schritt kann der Therapeut mit dem Patienten seine Beziehungskonstellationen durcharbeiten und ihm so helfen, diese zu verstehen, um im Idealfall über die Bewußtwerdung eine Auflösung des Patienten-CMP zu erzielen. Man spricht beim Therapeuten von der Rolle des “teilnehmenden

Beobachters". Zu Beginn nimmt er an dem Beziehungsarrangement des Patienten teil, reflektiert dann aber darüber und begrenzt schließlich das Ausagieren. Hierdurch soll der Patient in die Lage versetzt werden, Prozesse, die das CMP unterhalten, schrittweise zu begreifen, zu verändern und letztlich auch zu überwinden. In der Therapie findet also ein dynamischer Prozeß statt, bei dem der Patient aus seinem sich entwickelnden Verständnis heraus veränderte Verhaltensmuster zeigt, was wiederum verändertes Therapeutenverhalten bedingt und so dem Patienten erlaubt, Beziehungserfahrungen außerhalb seines CMP zu machen.

Betont sei, daß man zwar davon ausgeht, daß zurückliegende Ereignisse das CMP in Gang gesetzt haben, aber kein fortwährender Einfluß der vergangenen Ereignisse zwingend erforderlich ist für die gegenwärtige Fortführung dieser sich selbst unterhaltenden selbstschädigenden Muster. Somit sind detaillierte Kenntnisse über die Vergangenheit des Patienten für eine aktuelle Befunderhebung und Therapie hilfreich.

Als nächstes stellt sich nun die Frage, wie man das CMP eines Patienten und das potentiell modulierende interaktionelle Geschehen für Introjekt und zwischenmenschliches Verhalten in einer Therapie reproduzierbar und standardisiert erfassen kann, um es so einer mikrostruk-turellen Untersuchung zugänglich zu machen.

3.3 Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)

L.S. Benjamin entwickelte 1974 mit der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) eine differenzierte Methode zur Beurteilung interpersoneller Beziehungsmuster und deren intra-psychischer Entsprechungen. Hierbei steht die Frage im Vordergrund "Wer verhält sich qualitativ wie zu wem und wie reagiert jene(r) darauf?"

Das SASB- Modell basiert auf der interpersonellen Theorie von H.S. Sullivan (1953). Es handelt sich hierbei um ein dynamisches, drei-fokales Kreismodell, in dem die Grundqualitäten zwischenmenschlicher Einflußnahme (Affiliation und Interdependenz) dargestellt werden. Die drei Ebenen erlauben, und hier geht das Modell von Benjamin über die traditionellen zirkumplexen Modelle hinaus, die Gerichtetheit von Kommunikation im Sinne von transitiv (aktiv), intransitiv (reaktiv) und Introjektebene (Umgang mit sich selbst) zu berücksichtigen. Dadurch wird besonders die Vermischung von aktiver mit reaktiver Kommunikation vermieden. So entspricht beispielsweise der Kontrollausübung im aktiven Fokus die Unterwerfung im reaktiven Fokus. Auf dem Introjektfokus

wäre die Selbstkontrolle das entsprechende Pendant. Die SASB-Methode umfaßt drei miteinander verbundene, zwei-dimensional zirkumplexe Ebenen, wobei die Grundachsen jeweils Affiliation (Abszisse) einerseits und Interdependenz (Ordinate) andererseits sind. Im sogenannten "full model" findet man auf jedem Fokus 36 Verhaltensqualitäten. Um eine weniger aufwendige Handhabung zu erzielen, kondensierte Benjamin diese 36 Verhaltensqualitäten auf jeder Ebene zu jeweils acht Clustern. Kodierungen erfolgen mit zweiziffrigen Zahlenangaben. Die erste Ziffer gibt den Fokus an. Die zweite Ziffer kann im Uhrzeigersinn je nach Lokalisation auf dem Kreismodell einen Wert zwischen eins und acht annehmen.

Ebene 1 (der andere - transitiv)

In dieser Ebene wird ein Verhalten erfaßt, welches sich auf eine andere Person bezieht**,** wobei der kommunikative Akt den Adressaten im Sinne des transitiv Handelnden zu beeinflussen sucht, respektive eine qualifizierende Aussage über diesen trifft.

Ebene 2 (das Selbst - intransitiv)

Hierbei handelt es sich um ein zwischenmenschliches Verhalten, bei dem der Sprecher auf sich selbst ausgerichtet ist. Er will hier also nichts beim anderen bewirken, sondern seinerseits mitteilen, wie ihm ist, nachdem eine Aktion auf ihn gerichtet worden ist. Es handelt sich hier also um einen reaktiven Zustand oder um eine Befindlichkeit.

Ebene 3 (der Umgang mit sich selbst - Introjekt)

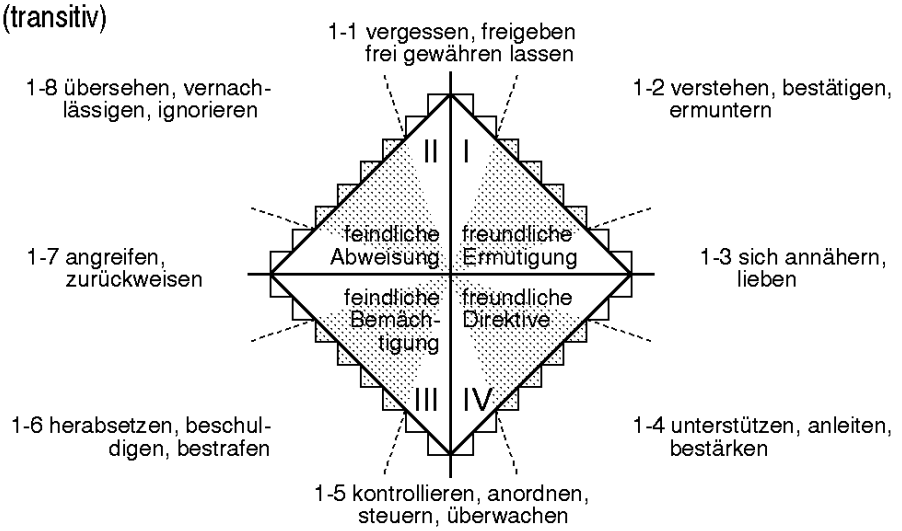
Es werden keine zwischenmenschlichen Vorgänge erfaßt, sondern es wird Bezug genommen auf Aktionen, die eine Person auf sich selbst richtet. In dieser Ebene wird also die Art und Weise erfaßt, in der sich eine Person über sich selbst äußert, ob beispielsweise Selbstkritik oder eher Selbstlob geäußert werden, ob die Person sich eher freizügig oder kontrollierend gegenübersteht.

Alle drei SASB - Ebenen sind untereinander verbunden, sind dabei strukturell homolog und stellen interpersonell komplementäre Verhaltensweisen dar. So ist beispielsweise "übersehen, vernachlässigen, ignorieren" (Ebene 1, Cluster 8) als interpersonelles Komplement von "sich abschotten, sich verweigern, sich distanzieren" (Ebene 2, Cluster 8) anzusehen. In diesem Beispiel löst die transitive Handlung in Ebene 1 die intransitive Reaktion in Ebene 2 aus. Auch in der Ebene 3 können intrapsychische Handlungen erfolgen, die gewissermaßen als Reaktion auf eine in einer

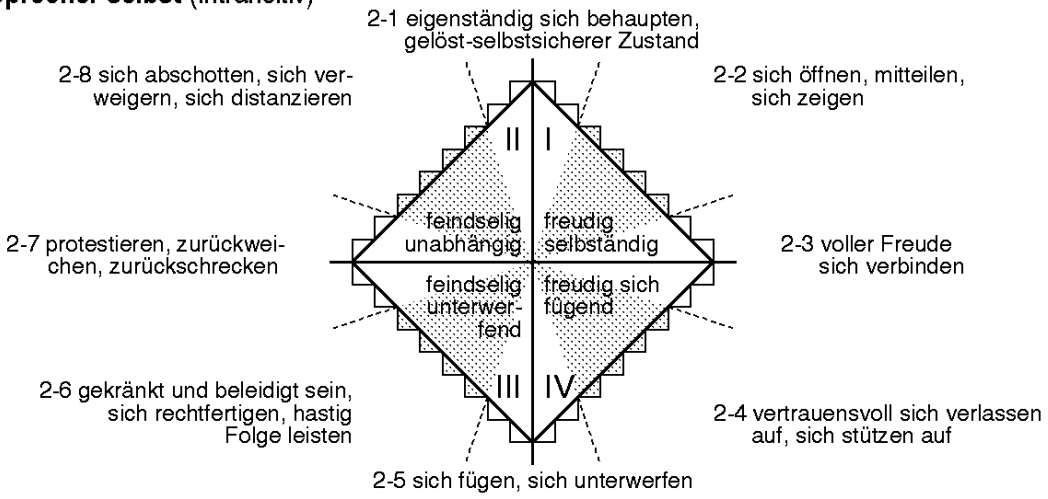
anderen Ebene stattgehabte Aktion betrachtet werden können. So wird sich zum Beispiel eine Person, die “Herabsetzen und Bestrafen” durch andere erfahren hat (Ebene 1, Cluster 6), eher in einer “selbstanklagenden und selbstunterdrückenden” Weise (Ebene 3, Cluster 6) gegenüberstehen, als sich mit “wohlwollender Selbsterforschung” (Ebene 3, Cluster 2) zu behandeln.Die Ebenen des SASB – Modell

:Das folgende Diagramm stellt die deutsche Clusterversion des SASB-Modells dar:

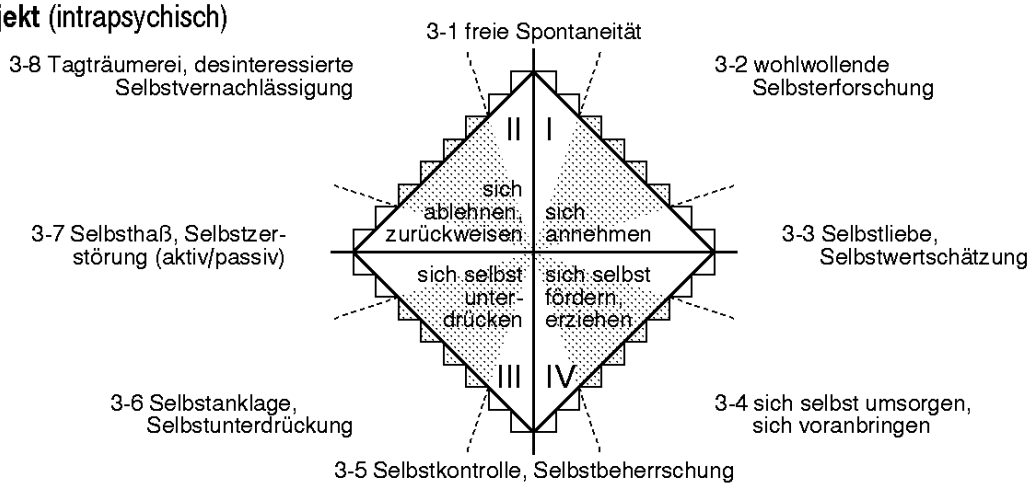
Fokus: Der Andere (transitiv)



Fokus: Der Sprecher selbst (intransitiv)



Fokus: Introjekt (intrapsychisch)



3.3.1 Typische Interaktionsmuster

Wie zuvor schon erwähnt, erarbeitet man also mit der SASB-Analyse, wer sich wie an wen wendet und wie jener darauf reagiert. Hierbei findet man während der prozessualen Abläufe typische Interaktionssequenzen. Einige wichtige sollen an dieser Stelle erläutert werden.

3.3.1.1 Komplementarität

Von komplementärem Verhalten spricht man, wenn sich in einer Interaktionsabfolge zwar der Fokus ändert, aber nicht der Affiliations,- bzw. Interdependenzgrad. Komplentäre Verhaltensmuster sind bestimmt die häufigsten im Sozialalltag und dominieren auch das Gros einer therapeutischen Sitzung. Wenn z.B. der Therapeut das Cluster 1.4 anbietet, also den Patienten unterstützt, anleitet und bestärkt, dann reagiert dieser mit Cluster 2.4, er stützt sich auf den Therapeuten und läßt sich anleiten. Wird der Patient vom Therapeuten bestätigt und ermuntert (Cluster 1.2), dann öffnet sich dieser (Cluster 2.2) im Normalfall. Bei positiver Affiliation, wie in den genannten Beispielen, präzisiert man den Begriff zu **positiver Komplementarität**. Eine Sonderregel ist die sogenannte **Antwortregel**, nach der auf eine Cluster 1.4 Äußerung des Therapeuten der Patient gemäß der positiven Komplementarität mit Cluster 2.4 reagiert, sich dann aber mit Cluster 2.2 weiteröffnet und mitteilt. Wenn der Therapeut aber nun den Patienten herabsetzt und beschuldigt (Cluster 1.6), und dieser reagiert schmollend, sich rechtfertigend und beleidigt, (Cluster 2.6) dann spricht man von **negativer Komplementarität**. Gehäuftes Auftreten von negativer Komplementarität gilt als ein Indikator für einen ungünstigen Therapieverlauf.

3.3.1.2 Antithese

Eine Interaktionsfolge bezeichnet man als antithetisch, wenn sich der Affiliationsgrad im Verlaufe dieser ändert. Um eine **positive Antithese** handelt es sich, wenn eine negativ affiliative Transaktion mit einer positiv affiliativen beantwortet wird.

Zur Verdeutlichung ein Beispiel: Der Patient schottet sich dem Therapeuten gegenüber ab und verhält sich distanziert (Cluster 2.8), der Therapeut geht aber darauf nicht ein und setzt den Patienten herab (Cluster1.6) oder ignoriert und vernachlässigt ihn hieraufhin (was z.B. infolge von Gekränktheit seitens des Therapeuten passieren kann), sondern er nähert sich dem Patienten freundlich an (Cluster 1.3), bestätigt ihn und zeigt sich verständnisvoll (Cluster 1.2). Die positive Antithese ist ein wichtiges Stilmittel der psychodynamischen Kurztherapie. In ihr liegt der Schlüssel, um Beziehungserfahrungen des Patienten zu verändern, da der Therapeut anders reagiert als vom Patienten nach seinem CMP erwartet und provoziert wird. Als maligne hingegen gestaltet sich die **negative Antithese**, also

wenn auf eine positiv affiliative Äußerung eine negativ affiliative Reaktion folgt. Seitens des Therapeuten kann das Ausdruck von dessen Gegenübertragungsgefühlen sein, indem er beispielsweise eine freundliche, sich öffnende Mitteilung (Cluster 2.2) des Patienten mit Herabsetzung bestraft (Cluster 1.6). In gehäufter Form auftretend kann dies fatal sein für den Therapieausgang.

3.3.1.3 Komplexität

Als komplexe Kommunikation bezeichnet man, wenn ein und dieselbe Gedankeneinheit zwei oder sogar mehr unstimmige, im Extremfall sogar kontradiktorische Infomationen in Bezug auf entweder Affiliation undo/ oder Interdependenz beinhalten. Bedeutsam sind zumeist Äußerungen, die in ihrer Affiliation zwei oder mehrdeutig sind, also z.B. eine liebevolle und eine feindselige Botschaft enthalten. Aber mitunter findet man auch "komplexe" Äußerungen, welche die Interdependenzachse betreffen. Neben häufiger negativer Komplementarität ist hochgradige komplexe Interaktion ein Indikator für negative Therapieverläufe und findet sich dementsprechend oft in mißlungenen Therapien. Im Normalalltag findet man komplexe Äußerungen z.B. in Form von Ironie: "Das hast Du ja mal wieder besonders gut hingekriegt!" mit einem ironischen Unterton würde die Cluster 1.4/ 1.6 beinhalten. Im Therapiesetting wären z.B. auf den ersten Blick einfühlsame unterstützende Therapeutenäußerungen zu nennen, (Cluster 1.4), die beim genauen Hinsehen einen kritischen oder sogar herablassenden Beigeschmack haben (Cluster 1.6). Beispielsweise: "Es muß ja sehr schwer sein für Sie, auf Ihre Mutter zuzugehen." (Cluster 1.4/1.6). Von seiten des Patienten wäre typisch, sich vordergründig zu öffnen (Cluster 2.2), sich dabei aber eigentlich nicht einzulassen (Cluster 2.8). "Ich würde Ihnen gerne mehr darüber erzählen, doch leider kann ich mich kaum noch erinnern." (Cluster 2.2/2.8). Neben den genannten Beispielen sind natürlich auch noch viele andere Clusterkombinationen denkbar.

Abschließend noch einmal zusammengefaßt die entscheidenden Vorteile der SASB-Methode:

- Sie erlaubt spezifische Analysen fast jeder zwischenmenschlichen Aktion;
- Sie gestattet die Anwendung von kleinen Bewertungseinheiten, wobei nur geringe Folgerungen nötig sind, jedoch eine hochgradige Spezifizierung möglich ist;
- Sie erstellt ein Forschungsmodell, in dem die Verbindung hergestellt wird zu theoretischen Annahmen, die der interpersonellen Theorie entstammen;
- Sie ist schulenübergreifend anwendbar.

Wie zuvor erwähnt, wurden neben der mikrostrukturellen Analyse der Therapiesitzungen mittels der SASB-Methode auch Interviews und Fragebögen eingesetzt, um den Therapieverlauf zu beurteilen. Als nächstes erfolgt eine detaillierte Beschreibung dieser eingesetzten Untersuchungsinstrumente.

3.4 Interviews und Fragebögen

- INTREX- Fragebogen (Benjamin 1983, Tress 1991)
- Narzißmus-Inventar (Deneke und Hilgenstock 1989)
- SCL-90-R Symptom Check List (Derogatis 1983)
- BSS Beeinträchtigungsschwerescore (Schepank 1994)
- GBB Gießen Beschwerdebogen (Brähler et al.1983)
- GT-S Gießen Test-Selbstbeurteilung (Beckmann et al. 1972)
- GT-F Gießener Test-Fremdbeurteilung (Beckmann et al. 1972)
- GAS Global Assessment of Functioning Scale (Endicott et al. 1976)
- Kernbergniveau (Kernberg 1970, 1976, 1981)

3.4.1 Der INTREX-Fragebogen

Der INTREX-Fragebogen, 1988 erstmals von Benjamin eingeführt, kommt in der deutschen Übersetzung (Tress & Benjamin 1989; 1991) als weiteres Instrument im Düsseldorfer Kurzzeittherapie-Projekt zur Anwendung. Der vollständige INTREX-Fragebogen erfaßt die subjektive Beurteilung des Introjekts, der Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson sowie zu Mutter und Vater in der Kindheit und die Beziehung der Eltern untereinander und in dieser Studie zusätzlich die Beziehung zum Therapeuten, jeweils am Hochpunkt und am Tiefpunkt der Beziehung.
Diese vollständige Version des INTREX-Fragebogens ist vom Patienten am Anfang, am Ende der Kurztherapie und zu den Katamnesezeitpunkten zu bearbeiten. Nach jeder vierten Therapiestunde erhalten Therapeut und Patient eine INTREX-Kurzform, die für den Patienten eine Stellungnahme zum Introjekt, zur Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson und zum Therapeuten beinhaltet, für den Therapeuten die Beziehung zum Patienten. Patient und Therapeut liefern also subjektive Einschätzungen der relevanten Beziehungskonstellationen, somit können Veränderungen, die durch die Therapie eingetreten sind, kongruent zur SASB-Analyse erfaßt werden (PTO-Kongruenz,

Strupp et al. 1988). Sowohl das Introjekt als auch die Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson wird nach ihrem Hochpunkt und nach ihrem Tiefpunkt beurteilt. So lautet die Fragestellung: “wenn die Beziehung am besten” bzw. “wenn die Beziehung am schlechtesten ist”. Als Beurteilungszeitraum wird für die Beziehung zu den Eltern bzw. der Eltern untereinander das Alter zwischen fünf und zehn Jahren festgelegt.

Formal sieht der INTREX-Fragebogen folgendermaßen aus: Für jedes der acht Cluster auf dem drei Fokus-Ebenen umfassenden SASB-Modell wird ein Item formuliert, welches das ganze Cluster erfassen soll. Es müssen also 24 Items beschrieben werden, acht für das Introjekt, 16 für interpersonelles Verhalten (je acht transitive und acht intransitive Items). Die Items können nun auf einer mit Skala von 0-100 mit elf vorgegeben Skalenpunkten beantwortet werden. (0 entspricht “stimmt überhaupt nicht”; 100 entspricht “voll und ganz”). Eine Standardserie des INTREX enthält in der Gesamtzahl 176 Items, acht für jede Version des Introjekts, 64 Items für die Beurteilung der Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson und jeweils 32 Items für die Beurteilung der Beziehung zu den Eltern bzw. der Beurteilung der Beziehung der Eltern untereinander. Ergänzend zur Standardserie kann die Beziehung zum Therapeuten oder anderen Personen beurteilt werden. Die Therapeuten beurteilen in den von ihnen auszufüllenden INTREX-Fragebogen transitives und intransitives Verhalten der Patienten und ihr eigenes Verhalten in der therapeutischen Beziehung zur jeweils “besten” und “schlechtesten” Zeit.

3.4.1.1 Auswertung

Wichtig bei der Auswertung des INTREX-Fragebogen ist, daß es sich bei den erhobenen Daten nicht um objektive Tatsachen handelt, sondern um subjektive Beurteilungen von seiten des Patienten bzw. Therapeuten. Für die Auswertung kommen Computerprogramme zur Anwendung, welche von Hartkamp in Tress (1993, S.170-179) im Detail beschrieben wurden. Im Intrex-Fragebogen ergeben sich durch die pro Cluster gewählten Antworten Muster, welche die jeweilige Beziehungskonstellation widerspiegeln. Mit sogenannten Pattern-Koeffizienten lassen sich diese Muster verdichtet darstellen. Bei den Pattern-Koeffizienten handelt es sich um die Korrelation der empirischen Ankreuzungen des Patienten mit theoretischen Kurven. Den empirischen Pattern, welche aus den Einschätzungen des Patienten zu den Items entstammen, stehen insgesamt 21 “theoretische Pattern” gegenüber, welche in ihrer Mehrzahl charakteristischen Beziehungskonstellationen entsprechen. Die sogenannten ATK (ATTACK) CON (CONTROL) und CFL (CONFLICT)-Koeffizienten ergeben sich als die jeweils betragshöchste Korrelation eines empirischen mit jeweils

allen theoretischen ATK, CON und CFL-Pattern. Es werden also zur Bestimmung der Patternkoeffizienten jeweils

mehrere Profile herangezogen, deren unterschiedliche Korrelation mit den empirischen Pattern in die Berechnung der Patternkoeffizienten eingehen. Durch statistische Verfahren, die bei Tress 1993 (S.161-164) genauer beschrieben worden sind, wurde eine Signifikanzgrenze von 0.82 ermittelt, die bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit von a= 0.05 überschritten werden muß. Die ATK-Koeffizienten entsprechen der Aggressivität. Signifikant positive bedeuten ein hohes Maß, signifikant negative ein Fehlen von Aggressivität, also Freundlichkeit. In gleicher Weise lassen sich mit den CON-Koeffizienten Aussagen zur Interdependenz machen. Die CFL-Koeffizienten beurteilen Konflikte innerhalb der zwei Achsen des SASB-Modells. Signifikant positive CFL-Koeffizienten charakterisieren Bezieh-ungen, in denen Probleme mit Autonomiebestrebungen versus Kontrolle/Unterwerfung bestehen, d.h. es liegt eine Konflikthaftigkeit im Bereich der vertikalen Achse des SASB-Modells vor. Signifikant negative CFL-Koeffizienten stehen für Beziehungen, die durch liebevolle Annäherung wie auch feindselige Ablehnung gekennzeichnet sind. Die graphische Darstellung nach Alpher et al. (1990) der ATK- und CON-Koeffizienten sieht folgender-maßen aus: Die ATK- und CON-Koeffizienten werden mit 1000 multipliziert und auf den beiden Achsen eines Diagramms gegeneinander aufgetragen. Der Skalenanfang jeder Achse erhält den Wert +1000, das Skalenende den Wert -1000. Das Diagramm wird durch jeweils eine waagerechte und eine senkrechte Achse, die durch die beiden 0-Punkte gehen, in zum SASB-Modell kongruente vier Quadranten eingeteilt. Die sich aus der Einschätzung der INTREX-Fragebögen ergebenden ATK- und CON-Pattern lassen sich mit Hilfe dieses Diagramms dem SASB-Modell entsprechend darstellen.

3.4.2 Weitere Tests der klinischen Dokumentation

3.4.2.1 Narzißmus-Inventar

Das Narzißmus-Inventar (1989, Deneke und Hilgenstock) erfaßt verschiedene Aspekte der Organisation und Regulation des narzißtischen Persönlichkeitssystems, sofern sie der Selbstbeobachtung zugänglich sind. Man unterscheidet vier Hauptskalen mit entsprechenden Untergruppierungen.

Skala I, (das bedrohte Selbst): Ohnmächtiges Selbst (OHS), Affekt/Impulskontrollverlust (AIV), Derealisation/Depersonalisation (DRP), Basales Hoffnungspotential (BAH), Kleinheitsselbst (KLS), Negatives Körperselbst (NEK), Soziale Isolierung (SOI), Archaischer Rückzug (ARR)
Skala II, (das klassisch narzißtische Selbst): Größenselbst (GRS), Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt (SIS), Gier nach Lob und Bestätigung (GLB), Narzißtische Wut (NAW)
Skala III, (das idealistische Selbst): Autarkie Ideal (AUI), Objektabwertung (OAW), Werte-Ideal (WEI), Symbiotischer Selbstschutz (SYS)
Skala IV, (das hypochondrische Selbst): hypochondrische Angstbindung (HYA), narzißtischer Krankheitsgewinn (NAK).

3.4.2.2 SCL- 90 R Symptom Check List

Mittels der Symptom Check List, welche von Derogatis im Jahre 1973 veröffentlicht wurde, können sich Patienten hinsichtlich eines breiten Spektrums von klinisch psychologischen Symptomen selbst beurteilen. 90 Items lassen sich zu neun Skalen zusammenfassen. Diese Skalen sind: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Soziale Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus. Drei Gesamtkennwerte bestimmen die globale Beeinträchtigung durch die Symptome.

3.4.2.3 Beeinträchtigungsschwerescore

Der BSS (Schepanck 1984) soll einschätzen, wie schwer ein Individuum durch seine psychogene Symptomatik insgesamt beeinträchtigt ist (Summenwert) und in welchem Bereich diese Beeinträchtigung vorliegt (Profil). Der Untersucher unterscheidet dabei drei Dimensionen: körperliche Beeinträchtigung (kö), die Beeinträchtigung im psychischen Bereich, also im Erleben (psy) und die sogenannte sozialkommunikative Beeinträchtigung, also die auf einer zwischenmenschlichen oder Verhaltensdimension (soko). Jede Dimension umfaßt fünf Stufen, die Schweregrade von 0-4.

Ein Summenwert von:
0-1: gilt als optimale Gesundheit
2-3: entspricht einer leichteren Störung
4-5: findet sich als deutliche Störung von Krankheitswert, am häufigsten bei der ambulanten Inanspruchnahmeklientel, die mit gutachterpflichtiger Richtlinien-/Langzeitpsychotherapie versorgt wird.

6-7: repräsentiert bereits eine ausgeprägte und schon ziemlich schwer beeinträchtigende Erkrankung

8-9: entspricht einer außerordentlich schweren Erkrankung

10-12: ergibt die - erfahrungsgemäß sehr seltenen - in jeder Hinsicht schwerst gestörten Patienten mit Extremgraden psychogener Erkrankungen und ihrer Folgen in allen drei Dimensionen

3.4.2.4 Gießener Beschwerdebogen

1983 von Brähler et al. veröffentlicht, erfaßt Einzelbeschwerden, die sich zu vier Komplexen zusammenschließen lassen. Man ermittelt einen Gesamtwert für die Belastung durch die Beschwerden. Der Proband kann durch Ankreuzen seine Beschwerden in einen bestimmten Bereich lokalisieren, z.B. Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen, Herz-beschwerden.

3.4.2.5 Gießen-Test

Im Gießen-Test, publiziert 1972 von Beckmann und Richter, schätzt der Patient seine innere Verfassung und seine Umweltbeziehungen ein und liefert somit Informationen über sein Selbstbild. In sechs bipolaren Skalen wird erfaßt, wie sich ein Patient in Beziehung zu anderen verhält. Die Skalen lauten: Soziale Resonanz, Dominanz, Grundstimmung, Durchlässigkeit und Soziale Potenz. Zusätzlich gibt es eine Version des Gießen-Tests zur Fremdbeurteilung.

3.4.2.6 Global Assessment of Functioning Scale

Die deutsche Version der 1974 von Endicott et al. publizierten Fassung ist im DSM-III-R beschrieben (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Deutsche Bearbeitung und Einführung von H.U. Wittchen, H. Saß, M. Zaudig und K. Koehler 1991, Beltz verlag, Weinheim, Basel, S.32/ 33).

Beurteilt wird psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten auf einem hypothetischen Kontinuum seelischer Gesundheit und Krankheit.

3.4.2.7 Kernberg Niveau

Nach der Charakterpathologie von Kernberg (1970, 1976, 1981) klassifiziert man eine höhere (higher level), eine mittlere (intermediate level) und eine niedere (lower level) Strukturebene. Bei der Beurteilung des Strukturniveaus werden Triebentwicklung, Überich-Entwicklung, Abwehrmechanismen und internalisierte Objektbeziehungen berücksichtigt.

Hinsichtlich der Triebentwicklung unterscheidet Kernberg vom klinischen Standpunkt aus drei Hauptebenen der Triebfixierung:

- eine höhere Strukturebene, auf der das Primat der Genitalität erreicht ist,
- eine mittlere Ebene, auf welcher prägenitale, überwiegend orale Regressions- und Fixierungsbestrebungen bestimmend sind und
- eine niedere Ebene, auf der eine pathologische Verdichtung von genitalen und prägenitalen Triebbestrebungen stattfindet, wobei die prägenitale Aggression überwiegt. (Kernberg 1981, S 142)

Bei der Überich-Entwicklung geht Kernberg davon aus,

- daß ein relativ gut integriertes, wenn auch sehr strenges Überich für das höhere Strukturniveau spricht,
- während die mittlere bzw. die niedere Strukturebene von einem variierenden Grad an mangelhafter Überich-Integration zeugen, bei Vorherrschaft sadistischer Überich-Vorläufer über andere Überich-Komponenten.

Im Hinblick auf die Abwehrmechanismen des Ich findet man folgende Charakteristika.

- Auf der höheren Ebene zeigen sich in erster Linie Abwehrmechanismen, die Verdrängung als zentralen Mechanismus aufweisen, wie z.B. die Verdrängung selbst, Intellek-tualisierung, Rationalisierung, Ungeschehenmachen und höhere Ebenen der Projektion.
- Auf der mittleren Strukturebene zeigen sich diese Abwehrmechanismen durchsetzt mit solchen, die das niedrige Strukturniveau kennzeichen, die selbst von Abwehrmechanismen geprägt sind, die Dissoziierung oder Spaltung als Basis haben, wie z.B. Verleugnung, primitive Formen der Projektion und Omnipotenz. Gleichzeitig ist die synthetische Funktion des Ich geschwächt.

Bezüglich der wechselnden Formen der internalisierten Objektbeziehungen geht Kernberg von folgenden Annahmen aus:

- Das höhere Strukturniveau ist gekennzeichnet von Ichidentität, das heißt es besteht ein stabiles Selbstkonzept bei einer stabilen Vorstellungswelt ohne spezifische Pathologie der Objektbeziehungen.
- Ähnliches gilt auch für die mittlere Ebene bei allerdings konfliktreicheren Objekt-beziehungen.
- Auf der niederen Ebene hingegen zeigen sich schwere Störungen bei der Internalisierung von Objektbeziehungen, die eher als Partial- denn als Totalbeziehungen erscheinen. Objektkonstanz, also die Fähigkeit, eine innere Vorstellung und die damit einhergehende Bindung an eine Person trotz Abwesenheit und auftretender Feindseligkeit zu erhalten, ist nur marginal ausgeprägt.

Zum Abschluß eine kurze Zusammenfassung der einzelnen Strukturebenen:

Höhere Ebene

Ich: Etablierte Ich-Identität, stabiles Selbstkonzept, verläßliche Repräsentanz der Außenwelt, Abwehr unbewußter Konflikte mittels Abwehrmechanismen vomTypus der Verdrängung

Überich: Relativ gut integriert, aber streng und strafend

Objektbez.: stabil und intensiv bei differenzierter Affektwahrnehmung
Triebe: Abwehrende Charakterzüge sind nur wenig triebhaft infiltriert

Dieser Stufe gehören die meisten hysterischen Charaktere (Abraham 1920; Easser & Lesser 1956, Sapiro 1965), Zwangscharaktere (Fenichel 1945) und depressiv-masochistischen Persönlichkeits-bilder (Laughlin 1956) an.

Mittlere Ebene

Ich: deutliche Ich-Funktionsdefizite besonders in konflikthaften Bereichen, magische und überidealisierte Formen des Ich-Ideals, massive Reaktionsbildungen bei gleichzeitigem Ausdruck von Triebimpulsen, Schwäche der hemmenden Charakterabwehr (im Vergleich zur höheren Ebene: Intellektualisierung, Rationalisierung, Ungeschehenmachen, Projektion und Verleugnung)

Überich: noch strenger als auf der höheren Ebene, aber schlechter integriert, es toleriert z.B. widersprüchliche Forderungen von sadistischen und verbietenden Ich-Kernen einerseits und primitiven Ich-Idealen andererseits, reduzierte Fähigkeit, Schuldgefühle zu erleben , teils paranoide Neigungen

Objektbez.: ausgeprägte Ambivalenz und konflikthafte Natur, insgesamt aber noch stabil und ausreichend intensiv

Triebe: Stärkere Triebinfiltration der Gesamtpersönlichkeit, deutliche Mängel der Sublimationsfähigkeit

Zu dieser Gruppe gehören die "oralen" Typen (Abraham 1921-1925), die sogenannten passiv-aggressiven Typen (Brody & Lindbergh 1967), die sadomasochistischen Persönlichkeiten (Frank et al 1952) und einige der besser funktionierenden infantilen und hysteroiden (Easser und Lesser 1965; Zetzel 1968) wie auch viele narzißtische Persönlichkeiten (Kernberg 1970).

Niedere Ebene

Ich und
Überich: Die Abgrenzung von Ich und Überich verschwimmt vollkommen, das Überich ist minimal integriert, und es besteht die Neigung zur Projektion primitiver und sadistischer Überichkerne, ausgeprägte paranoide Züge, die sowohl aus der Projektion von Überichkernen als auch aus der exzessiven Anwendung verhältnismäßig primitiver Formen der Projektion, besonders der projektiven Identifizierung (Klein 1946) stammen, Erleben von Schuldgefühlen und Anteilnahme ist kaum möglich, primitive narzißtische Formen des Ich-Ideals sind kaum von Ich-Wünschen zu unterscheiden, Abwehr zentriert um Dissoziation und Spaltung, ausgeprägte globale Ich-Schwäche

Objektbez.: nebeneinander bestehende "böse" und "gute" Selbst- und Objektrepräsentanzen, Objektbeziehungen sind schwer gestört, strukturiert im wesentlichen über die Projektion der eigenen Bedürfnisse, keine Wahrnehmung des sozialen Gegenübers als Ganzheit möglich, Objektbeziehungen haben den Charakter von Partialobjektbeziehungen, Objektkonstanz, und eine internalisierte Vorstellungswelt fehlen ebenso wie ein stabiles Selbstkonzept.

Triebe: vorwiegend triebhafte Persönlichkeit, Verdichtung von genitalen und prägenitalen Strebungen mit Überwiegen prägenitaler Aggression

Hier sind die meisten infantilen Persönlichkeiten (Easser und Lesser 1965, Greenson 1958, Kernberg 1967, Rosenfeld 1969), antisoziale Persönlichkeiten (Checkley 194, Friedlander 1947;

Johnson und Szurek 1952) wie auch die chaotischen, triebhaften Charakterstörungen (Fenichel 1945, Reich 1933) “Als-ob Charaktere” (Deutsch 1942), die “inadäquaten Persönlichkeiten” (Brody und Lindbergh 1957) und die Borderline Persönlichkeitsstörungen (Kernberg 1967) einzuordnen.

4. Kasuistiken

4.1 Fall 1: die Patientin MM

4.1.1 Symptomatik, Auslösesituation, Biographie und Psychogenese des Falles MM

Die 31-jährige Patientin stellte sich im August 1992 das erste Mal in der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Düsseldorf vor. Zwei Wochen zuvor hatte sie einen fünfwöchigen stationären Klinikaufenthalt in L., den sie wegen Eßstörungen angetreten hatte, abgebrochen. Grund für den Therapieabbruch sei gewesen, daß sich MM selbst der Versorgung ihrer Kinder (eine Tochter vier Jahre, zwei Söhne zwei Jahre, sechs Jahre) habe widmen wollen. (Anzumerken ist an dieser Stelle, daß ein Konflikt mit der Schwägerin bestand, welche versuchte, wegen eigener Kinderlosigkeit der Patientin den ältesten Sohn zu entziehen.)

Symptomatik

Symptome der Patientin waren: Angst, das Haus zu verlassen, Platzangst, Angst vor vielen Menschen, zunehmende Antriebslosigkeit, Depressivität, Lethargie, ein Gefühl der Nutzlosigkeit und Eßstörungen. Ganz besonders auch quälten die Patientin Schuldgefühle für den Tod ihres Ehemannes.

Auslösesituation

Die Beschwerden begannen im November 1991 mit dem Tod des Ehemannes. Dieser litt an einer familiären Hyperlipidämie, was bei dem zu der Zeit 34jährigen einen plötzlichen Herztod auslöste. Der Tod des Ehemannes sei die Auslösesituation für die sich entwickelnde Symptomatik gewesen,

sie fühle sich schuldig an seinem Tod. Doch auch bereits zuvor habe sie unter Platzangst mit körperlicher Begleitsymptomatik gelitten.

Aktuelle Medikation

Aponal 50-50-50

Taxilan 1-0-1

Biographie und Psychogenese

Den Ehemann heiratete die Patientin, nachdem sie ihn erst kurze Zeit kannte, acht Jahre zuvor. Sie habe sich bei ihm geborgen gefühlt und hatte keine schlechte Seite an ihm wahrgenommen. Durch den ehelich bedingten Ortswechsel verschlechterte sich die Patientin beruflich von der Anstellung als Drogeriemarktleiterin zur einfachen Verkäuferin. Mit der Geburt ihrer Kinder arbeitete sie dann nur noch halbtags als Raumpflegerin, außerdem übernahm sie noch zwei Pflegekinder. Ihr Mitarbeiten war finanziell nötig, da der Ehemann Schulden mit in die Ehe brachte, was er allerdings erst später offenbarte.

MM wuchs mit einem sieben Jahre älteren Bruder in einem sehr gläubigen Elternhaus auf. Der Vater war schwer alkoholkrank, was die Patientin aber sehr lange nicht hatte wahrhaben wollen, und was nach außen hin vertuscht worden sei. Als Kind habe sie immer das Gefühl gehabt, die Mutter vor den teilweise tätlichen Angriffen des Vaters schützen zu müssen. Die Mutter selbst habe sich nie gewehrt und habe ihr Leid getan. Mit ihren Problemen habe die Patientin weder zum Vater noch zur Mutter gehen können und habe sich allein gelassen gefühlt. Die mütterliche Fürsorge habe nur materielle Aspekte umfaßt. Beide Eltern waren zu Therapiebeginn fünf bzw. vier Jahre zuvor verstorben.

Als Kind sei die Patientin zunächst sehr eigenwillig gewesen, später habe sie sich mehr und mehr zurückgezogen. Ihre schulischen Leistungen waren eher mäßig. Ständig habe sie besonders ihrer Mutter beweisen wollen, daß „sie es könne“ und sei dabei sehr nervös gewesen. Nach der Schule machte MM zuerst eine Lehre als Friseurin, wechselte dann aber zu einem Drogeriemarkt, wo sie bis zu ihrer Ehe arbeitete.

4.1.2 Psychischer Erstbefund (vom Therapeuten erhoben) und diagnostische Beurteilung

Psychischer Erstbefund

Die Patientin trägt graue Kleidung, unter anderem ein Sweatshirt mit zwei Mickeymousefiguren, über denen in gelber Schrift „take it easy“ steht. Die Patientin wirkt unsicher im Aufnahmekontakt. Ihr Handschlag ist weich. Der Raum füllt sich mit einer getragenen Traurigkeit. Im Gespräch entstehen viele Schweigepausen. Die Patientin wirkt zeitweise spitzbübisch, zeitweise erotisch, aber auch verwirrt und durcheinander. Früh erweckt sie Interesse und Sympathie. Auf Probedeutungen reagiert sie nachdenklich und interessiert. Es fällt ihr schwer, über ihren verstorbenen Mann zu sprechen, so daß dieses Thema sowie ihr Sexualleben weitgehend unangerührt bleiben. Bei der Verabschiedung wirkt sie plump und unproportioniert.

Die Patientin scheint introspektionsfähig und zu einer Psychotherapie motiviert. Ihre Abwehrmechanismen sind: Verdrängung, Rationalisierung, Reaktionsbildung, Affekt Isolierung und Dissoziation. Es sind keine grob psychopathologischen Auffälligkeiten erkennbar.

Diagnostische Beurteilung

Es liegt eine Agoraphobie auf dem Hintergrund einer zwanghaften Persönlichkeit vor. Die Patientin verfügt über ausgebildete Ich-Funktionen, welche aber in bestimmten Bereichen brüchig zu sein scheinen. Besonders im Beziehungsbereich wirkt ihr Ich von andrängenden Triebimpulsen bedroht. Das strenge Über-Ich scheint als Schutz gegen diese Impulse zu wirken.

4.1.3 Diagnose, Psychodynamik und CMP des Falles MM

Diagnose

Angst und depressive Störung gemischt (ICD 10 F 41.2)

Psychodynamik

Schon als Kind fühlte sich die Patientin von ihren Eltern sowohl auf emotionaler Ebene als auch im Leistungsbereich allein gelassen und erwartete schon früh keine Hilfe mehr von außen. Der häufige elterliche Streit bedingte wahrscheinlich Trennungsängste, die bald introjiziert wurden. Dadurch fehlte bei der Patientin die ausreichende Entwicklung eines steuernden Objektes, so daß sie nicht lernte, mit Triebimpulsen realitätsgerecht umzugehen. Die vom alkoholkranken Ehemann bedrohte Mutter suchte Hilfe bei der Tochter, die sich einerseits mit der Angst der Mutter identifizierte, auf der

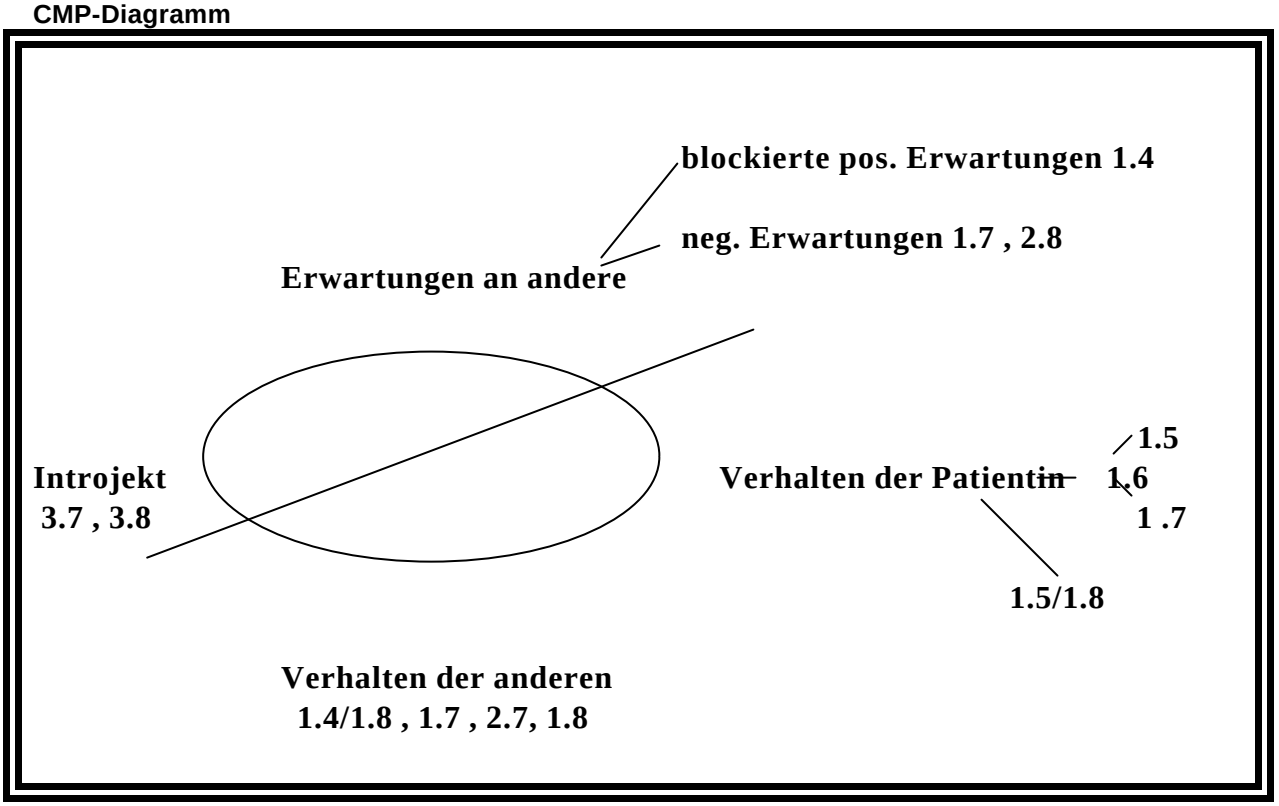
anderen Seite aber versuchte, sich und der Mutter zu helfen und diese vollkommene Überforderungssituation ängstlich unter Kontrolle zu bringen. Wut entstand durch diese emotionale Überbelastung, welche mittels Affektisolation und Reaktionsbildung (anderen helfen) abgewehrt wurde. Ihre Schuldgefühle bewältigte die Patientin mittels Dissoziation, die Negativaffekte ihrem Vater gegenüber mittels Verleugnung „ich habe nie wahrhaben wollen, daß er Alkoholiker war".

In MM's Ehe reproduziert sich das Beziehungsmuster. Der Ehemann übernimmt die Rolle des Vaters, der als steuerndes Objekt keine Hilfestellung leistet. Die eheliche Verbindung zwingt die Patientin zu einem Ortswechsel und damit zu einem beruflichen Abstieg, obwohl dem Ehemann dieser ohne berufliche Verschlechterung möglich gewesen wäre. Die entstehende Wut auf den Ehemann wird rationalisiert und verdrängt „nie würde ich eine schlechte Seite an ihm aufkommen lassen". Auch in ihrer Ehe überfordert sich die Patientin durch die Annahme mehrerer Jobs. Ihr fällt es weiterhin schwer, Hilfe von außen anzunehmen.

Bei Betrachtung des ödipalen Konfliktes der Patientin übernimmt das Kind die mütterliche Rolle, wenn der Vater die Mutter mit seinen aggressiven Trieben bedroht, und das Kind die Mutter schützt. Daraus resultierende Inzestwünsche und Ängste mußten von der Patientin abgewehrt werden. Da der Ehemann die Rolle des Vaters übernommen zu haben scheint, erfüllen sich mit diesem nun inzestuöse Wünsche. Schuldgefühle entstehen und könnten möglicherweise außereheliche (nicht inzestuöse) sexuelle Wünsche bedingen, die sich nun, da kein Hindernis mehr vorhanden ist, verstärken könnten. In den Interviewsituationen treten zeitweise erotische Gegenübertragungsgefühle auf. Schuldgefühle hat die Patientin auch in Bezug auf ihre aggressiven Triebimpulse, sie könnte den Tod des Ehemannes (Vaters) herbeigeführt haben. Die Symptomatik, sie kann das Haus nicht verlassen, schützt die Patientin vor Versuchungssituationen (neue Liebesobjekte). Sie ist vor ihren Triebimpulsen geschützt und gleichzeitig auch gestraft.

CMP für die Patientin MM

CMP-Diagramm



Erwartungen: Blockiert ist die positive Erwartung der Patientin auf Unterstützung und Hilfe 1.4. Stattdessen fürchtet sie haßvolle Attacken 1.7 wie früher durch ihren Vater und das Sich-Abschotten, Sich-Entziehen des anderen 2.8, wie bei ihrer schwachen Mutter.

Verhalten der Patientin: Angebrachte Kritik entgleist bei ihr rasch und unversöhnlich in barscheste Abgrenzung, Beziehungsabbruch, Rausschmiß; 1.6 spaltet sich auf in 1.5/1.7; sie kontrolliert und bestimmt über andere und übersieht sie dabei, z.B. die Krankheit des Mannes, oder gegenüber den Verwandten 1.5/1.8.

Verhalten der anderen: Sie erfährt Hilfe und wird dabei zugleich in ihren Bedürfnissen übersehen (z.B. hilft die Schwägerin bei den Kindern, will ihr aber den Sohn entfremden) 1.4/1.8;

die Familie ihres Mannes attackiert sie heftig, beschädigt ihr Auto, macht Telefonterror 1.7, zieht sich auch haßvoll aus dem direkten Kontakt mit der Patientin zurück 2.7. Ihr Mann geht mit seiner Erkrankung verantwortungslos um und verläßt sie durch seinen frühen Tod 1.8.

Introjekt: Die Patientin wendet ihre Wut und Aggression gegen sich selbst in der Depression 3.7, sie vernachlässigt ihre eigenen Bedürfnisse, z.B. durch Kontaktvermeidung 3.8.

4.1.4 Behandlungsplan und Zielsetzung, Therapieprognose

Therapieziele der Patientin

MM verspreche sich von der Therapie eine Verbesserung ihrer Symptomatik und auch, daß sie lerne, besser mit sich selbst umzugehen.

Behandlungsplan und Zielsetzung

Es ist anzustreben, über ein zunächst eher stützendes Vorgehen der Patientin zu zeigen, daß der Umgang mit Triebimpulsen nicht nur bedrohlich ist, sondern bewältigbar, um dann in einem nächsten Schritt das Thema Ehemann zu bearbeiten. Unbewußte Rache und Schuldgefühle sollten angegangen werden. Ein ambulantes Setting ist indiziert, da die Patientin gerade zuvor eine stationäre Therapie abgebrochen hat.

Prognose der Therapie

Die Patientin zeigt ein ausgeprägtes Problembewußtsein und wirkt flexibel in ihren Entwicklungsmöglichkeiten, sie sieht aber dabei einen riesigen Problemberg vor sich. Hinweise auf eine eher günstige Prognose ergeben sich aus der positiven Reaktion der Patientin auf Probedeutungen, ihrer Eigeninitiative, ihrer raschen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe und einer klaren Auslösesituation.

4.2 Fall 2: die Patientin BB

4.2.1 Symptomatik, Auslösesituation, Biographie und Psychogenese des Falles BB

Frau BB stellte sich im Oktober 1992 das erste Mal in der Poliklinik der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Düsseldorf vor.

Symptomatik

Die Patientin litt unter Schlaflosigkeit, innerer Unruhe, einem beklemmenden Gefühl, daneben hatte sie über ein Jahr Schmierblutungen, welche erfolglos gynäkologisch behandelt worden waren und erst unter der Einnahme eines Sedativums, vier Wochen zuvor, aufhörten.

Auslösesituation

Auslöser für das Auftreten der Beschwerden sei der Tod des Bruders ein Jahr zuvor gewesen, welcher einen Motorradunfall in alkoholisiertem Zustand und ohne Helm gehabt hatte. Vor seinem Tode hatte er über elf Wochen auf der Intensivstation in apallischem Zustand gelegen und war von BB mitgepflegt worden. Es habe eine sehr enge Beziehung zum Bruder bestanden. Er sei alles gewesen außer Geliebter.

Aktuelle Medikation: keine

Biographie und Psychogenese

Die 29-jährige Patientin war die erstgeborene Tochter einer 20-jährigen Hausfrau und eines Mitte 20-jährigen vielbeschäftigten, selbständigen Kfz-Meisters, welcher häufig im Ausland war. Mit der Geburt des drei Jahre jüngeren kränklichen Bruders wurde die Patientin zu den Großeltern gegeben und wuchs dort bis zum sechsten Lebensjahr auf. Dann mußte sie zurück zu den Eltern. Sie verhielt sich in der Zeit sehr aufsässig. Die Großmutter sei von der Patientin sehr geliebt worden. Über die Geburt ihres Bruders habe sie sich gefreut. Die Mutter habe zwar immer Kinder gewollt, habe sich aber durch die Kindererziehung vom Leben betrogen gefühlt. Vom Vater nimmt die Patientin an, unerwünscht gewesen zu sein. Er habe mit drei verschiedenen Frauen vier Kinder gehabt, zudem viele außereheliche Kontakte. Ab ihrem sechsten Lebensjahr hätten sich die Eltern tätlich auseinandergesetzt. Der Vater habe auch die Kinder geschlagen. Die Patientin habe stets eine gepackte Tasche gehabt, um mit ihrem Bruder davonzulaufen, den sie aber nicht habe tragen können.

Die Patientin gibt an, eine gute Schülerin gewesen zu sein. In der achten Klasse blieb sie jedoch sitzen und wurde später von dem Gymnasium verwiesen wegen Schwänzens, gefälschter Entschuldigungen und Fehlverhaltens.

Die Eltern rauften sich erst wieder zusammen, um sich dann endgültig zu trennen, als die Patientin ca. 19 Jahre alt war. Seit ihrem 18. Lebensjahr habe die Patientin ein gutes Verhältnis zu ihrem Vater gehabt. Beide Kinder hätten nach der Trennung der Eltern beim Vater bleiben wollen, doch die neue Freundin des Vaters habe dafür gesorgt, daß der Bruder zur Mutter habe gehen müssen, welche zu dieser Zeit trank. Mit ihrem 20. Lebensjahr habe der Vater dann auch die Patientin aufgrund der Freundin hinausgeworfen, woraufhin der Kontakt zu ihm vollständig abgebrochen sei. Seit dem Tod des Bruders sei der Kontakt zur Mutter intensiver geworden.

Nach dem Schulverweis machte die Patientin eine kaufmännische Lehre, besuchte danach die höhere Handelsschule, arbeitete dann in einer Werbeagentur und machte parallel dazu eine Ausbildung zur Fremdsprachenkorrespondentin an der Abendschule. Daraufhin besuchte sie eine Wirtschaftsakademie. Zur Zeit sei sie in der Werbebranche tätig.

Zwischen ihrem 19. und 28. Lebensjahr unterhielt die Patientin eine Beziehung zu einem drei Jahre älteren Jurastudenten, welcher Alkoholprobleme gehabt habe und die Patientin, auch durch Provokation ihrerseits, geschlagen habe. Seit Mai habe die Patientin eine eher oberflächliche Beziehung zu einem neun Jahre älteren Mann.

4.2.2 Psychischer Erstbefund (vom Therapeuten erhoben) und diagnostische Beurteilung

Psychischer Erstbefund

Die Patientin ist bewußtseinsklar, allseits orientiert, Stimmungslage subdepressiv, ausreichend schwingungsfähig. Der Bericht der Patientin ist offen und sehr differenziert, sie nimmt jedoch wenig Kontakt auf, wirkt ausgesprochen kühl und distanziert. Die Patientin zeigt ein gutes Psychogeneseverständnis für ihre gynäkologische Symptomatik. Hinsichtlich wichtiger Objekte (Vater, Bruder) nimmt die Patientin keine aversiven Gefühle wahr. Kein Anhalt für Psychose, Abusus oder Suizidalität. Abwehrmechanismen sind: Somatisierung, Intellektualisierung, Rationalisierung, Wendung gegen das Selbst, Idealisierung und Entwertung.

Diagnostische Beurteilung

Die depressive Reaktion ist verständlich auf dem Boden der hochambivalenten Beziehung zum Bruder, aggressive Impulse müssen abgewehrt werden, die Chance durch eine Ablösung vom Bruder kann nicht genutzt werden. Der Bruder ist als Selbstobjekt notwendig geworden durch unzureichend stabile Objektbeziehungen und die Notwendigkeit einer hauptsächlich narzißtischen Regulation des Selbstbildes. Der Tod des Bruders ist partieller Verlust des Selbst, die Liebe zu ihm jedoch auch partielle Reaktionsbildung, in dem die depressive Fürsorge eine altruistische Abtretung oraler Bedürfnisse darstellt.

4.2.3 Diagnose, Psychodynamik und CMP der Patientin BB

Diagnose

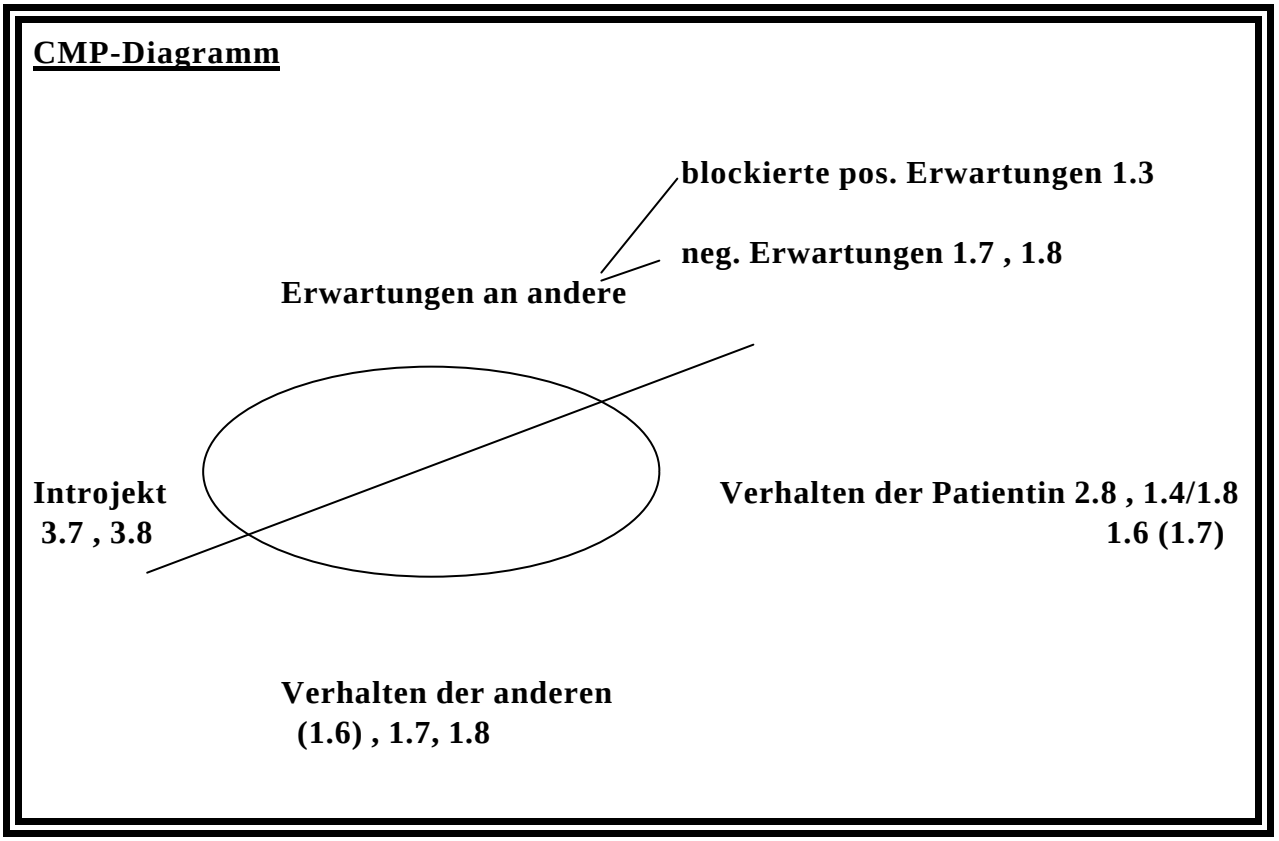
Mittlelgradige depressive Episode bei depressiv-hysterischer Persönlichkeitsstruktur (ICD 10 10 F 32.11), dysfunktionelle Blutungen (ICD 10 F 54), schizoid narzißtische Persönlichkeit (ICD 10 F 60.8)

Psychodynamik

Die Patientin wuchs als erstes Kind junger Eltern in einer sehr spannungsreichen Elternehe auf und erlebte früh, zu den Großeltern abgegeben zu werden, also in gewisser Weise unerwünscht zu sein. Dies geschah anläßlich der Geburt des jüngeren, immerzu kränkelnden Bruders, dem sie keine Kinderkrankheiten bringen sollte. Die Großmutter wird als gutes Objekt erinnert und muß der Patientin einiges an Liebe und Fürsorge entgegengebracht haben. Um so traumatischer erlebt die Patientin dann die Rückkehr zu den Eltern mit sechs Jahren. Es folgten nun belastende Jahre bei den Eltern, die sich tätlich stritten und sich offensichtlich, mit den eigenen Problemen überfordert, wenig um die Kinder kümmerten. Bei der Patientin setzte nun eine frühe Pseudo-Autonomieentwicklung ein, und sie übernahm in altruistischer Abtretung die Mutterrolle bei ihrem kleinen Bruder. Ihr selbst gelang nur unzureichend die Internalisierung hinreichend guter Objekte und damit auch keine autonome Selbstwertregulierung. Statt dessen verinnerlichte die Patientin Bilder der Schläge des Vaters und der Vernachlässigung durch die Mutter. Nach der Trennung der Eltern erlebte die Patientin einen ödipalen Konflikt um den Vater mit dessen Freundin, den sie verlor, wie auch schließlich den Kontakt zum Vater. Von der trennungsunfähigen, nun alkoholkranken Mutter hielt sich die Patientin ebenfalls fern. Sie versuchte, mit ihrem Bruder eine Ersatzfamilie herzustellen und verschmolz mit ihm selbstobjekthaft als narzißtische Plombe. Andere Menschen hielt sich die

Patientin stets fern, sie ist nicht zu vertrauensvoller Nähe fähig. Der erste Partner wiederholt negative Züge beider Eltern, Alkoholabusus wie die Mutter, Schläge wie der Vater. Es scheint, als ob die Patientin mit Ausnahme ihres Bruders bisher nur sadomasochistisch gestaltete Nähe ertragen konnte. Trauer über den Verlust des Bruders ist nicht möglich. Statt dessen kommt es zur psychosomatischen Symptombildung (Schmierblutung) und wegen der Labilisierung der Selbstwertregulation zu Depression und Angst.

CMP für die Patientin BB



Erwartungen: Blockiert sind die positiven Erwartungen der Patientin nach Liebe 1.3. Statt dessen fürchtet sie haßvolle Attacken 1.7 und Vernachlässigung 1.8.

Verhalten der Patientin: Sie vermeidet nahe Beziehungen, hält andere auf Distanz 2.8; ihren Bruder unterstützte sie und übersah dabei dessen Getrenntheit 1.4/1.8; die Patientin ist kritisch und kann Aggressivität provozieren 1.6 bis 1.7.

Verhalten der anderen: der frühere Freund schlug sie 1.7, die Eltern vernachlässigten sie wegen eigener Schwierigkeiten als Kind und ließen sie als Jugendliche abrupt im Stich 1.8; der Bruder verließ sie durch seinen autodestruktiven Unfalltod 1.8.

Introjekt: Sie bindet ihre Enttäuschungswut in der Depression 3.7 und vernachlässigt ihre Bedürfnisse nach emotionaler Nähe und Zuwendung 3.8.

4.2.4 Behandlungsplan und Zielsetzung, Therapieprognose

Therapieziele der Patientin

BB möchte zunächst den Verlust des Bruders bewältigen, sie sieht aber durchaus, daß noch weitere Konflikte bewußt werden können, weiß aber zu Therapiebeginn nicht, ob sie daran arbeiten möchte.

Behandlungsplan und Zielsetzung

Tiefenpsychologisch fundierte Einzel-Kurzzeitherapie scheint indiziert. Der Fokus Trauer statt Depression sollte angestrebt werden über die Klärung der unbewußten Beziehungsanteile zum Bruder. Das basale Mißtrauen muß beleuchtet und die Frage geklärt werden, ob eine längere Therapie vorstellbar wäre, worauf sie sich aktuell nicht einzulassen vermag.

Prognose der Therapie

Günstig wirken die Sthenie der Patientin und die schwere Auslösesituation, ungünstig ist die mißtrauisch vermeidende Beziehungsgestaltung.

4.3 Depression anstelle von Trauer

Bei beiden Patientinnen liegt eine akute depressive Störung neurotischer Genese vor, ausgelöst durch einen realen Verlust, nämlich den Tod einer geliebten Person. Bei der Patientin MM handelt es sich um den Verlust des Ehemanns, „an dem sie nie etwas Schlechtes wahrgenommen hat“, und für dessen Tod sie sich schuldig fühlt. Bei der Patientin BB dreht es sich bei der verlorenen Person um den Bruder, „der ihr alles war außer Geliebter.“ Beide Patientinnen sind im Rahmen ihrer Depression

zu Therapiebeginn stark symptomatisch belastet. Während bei der Patientin MM Angst, ein Gefühl der Nutzlosigkeit, Antriebslosigkeit und Eßstörungen im Vordergrund stehen, beeinträchtigen die Patientin BB vorwiegend Schlaflosigkeit, innere Unruhe, beklemmende Gefühle und Schmierblutungen.

An dieser Stelle soll nochmals zusammenfassend dargestellt werden, warum sich bei beiden Patientinnen depressive Störungen entwickeln anstelle von adäquater Trauer um den Verlust.

Die Patientin MM wuchs in einem wenig Sicherheit und Halt gebenden Elternhaus auf. Besonders vom Vater fühlte sie sich allein gelassen, aber auch von der Mutter kam außer finanzieller Art keinerlei Zuwendung. Streitereien der Eltern und das Gefühl des Verlassen-Seins führten bei der Patientin vermutlich zu Trennungsängsten mit raschen Introjektionen. Ein steuerndes Objekt konnte dadurch nicht ausreichend entwickelt werden, so daß die Patientin mit Triebimpulsen nicht realitätsgerecht umgehen lernte. Nach Bowlby müssen diese Erfahrungen einer fehlenden Bezugsperson, die stärkend und schützend präsent war, am ehesten zu einem angstvoll-ambivalenten Bindungsverhalten geführt haben, mit der Konsequenz, daß sich die Patientin auch im späteren Leben angstvoll und klammernd gegenüber der aktuellen Bezugsperson zeigte (Ehemann) und von ständigen Trennungsängsten gequält war. Ohne die Hilfe der Eltern und durch die tätlichen Angriffe des alkoholkranken Vaters gegen die bei der Tochter schutzsuchende Mutter, fühlte sich die Patientin häufig überfordert, diese Überforderungssituationen versuchte sie zwanghaft zu kontrollieren. Die Wut, welche die Patientin dabei empfand, wehrte sie mittels Affektisolation und Reaktionsbildung ab. Schuldgefühle bewältigt sie mit Hilfe von Dissoziation. Dadurch, daß die Patientin bei aggressiven Triebdurchbrüchen des Vaters der Mutter zu Hilfe kommen mußte, übernahm sie die Rolle der Mutter. Die entstehenden Inzestphantasien und Angst mußten abgewehrt werden. Der Ehemann übernahm die Rolle des Vaters. Er war steuerndes Objekt, versagte aber wirkliche Unterstützung und Hilfestellung, die daraus resultierende Wut wurde verdrängt. Koitus mit dem Ehemann beinhaltete die Möglichkeit des sexuellen Kontaktes mit dem Vater. Die daraus entstehenden Schuldgefühle könnten der Motor für außereheliche sexuelle Wünsche gewesen sein. Der Tod des Ehemann führte zu Schuldgefühlen hinsichtlich ihrer aggressiven Triebimpulse. Sie fühlte sich schuldig den Tod des Ehemanns/Vaters herbeigeführt zu haben. Nach dem Tod des Ehemanns wendet sie die aggressiven Gefühle, die eigentlich dem Vater/ Ehemann galten, gegen sich selbst und fällt vor dem Hintergrund ihrer Psychogenese in eine Depression.

Auch die Patientin BB wuchs in einem Elternhaus auf, daß nur wenig Unterstützung, Liebe und Halt gab. Früh erlebt sie ihre erste Trennungssituation. Als Kleinkind wurde sie nach der Geburt des

Bruders an die Großmutter weggegeben, die eine stärkende und schützende Rolle übernahm. Ein paar Jahre später mußte die Patientin einen zweiten Verlust erleben, nämlich den der Großmutter, als sie mit 6 Jahren zu ihren Eltern zurückkehren mußte, die sich permanent nur stritten, wobei der Vater auch schlug. Es setzte eine Pseudoautonomieentwicklung ein, und sie übernahm für den kleinen Bruder die Mutterrolle. Selbstobjekthaft verschmolz sie mit ihm. Sie fühlte sich ihrem Bruder gegenüber schuldig (sie war weggeschickt worden, weil sie dem Bruder keine Kinderkrankheiten bringen sollte). Ähnlich wie auch die Patientin MM fühlte sich BB überfordert, keine der nahestehenden Bezugspersonen war dauerhaft greifbar und verläßlich, nach Bowlby muß dies zu einem angstvoll-vermeidenden Bindungsverhalten geführt haben. Die Patientin konnte nur unzureichend gute Objekte verinnerlichen, worunter ihre autonome Selbstwertregulierung litt. Ihr erster Partner wiederholte die Vernachlässigung der Mutter und die Schläge des Vaters, der einzig stabile Faktor in BB`s Leben war der mit ihr „verschmolzene" Bruder, demgegenüber sie keine negativen Gefühle aufkommen lassen konnte. Mit dem Tod ihres Bruders starb ein „Teil von ihr selbst", nämlich ihr Selbstobjekt, was zu einer Depression führte.

5. Ergebnisse

5.1 Darstellung der Therapieverläufe in der Supervisionsgruppe

Das erarbeitete zyklisch maladaptive Muster und die daraus evaluierten Therapieziele für beide Patientinnen basieren auf den Beziehungsschilderungen (und den daraus gefolgerten Einstellungen der Patientinnen sich selbst und anderen gegenüber) in den psychoanalytischen Erstinterviews. In der Supervisionsgruppe erfolgt eine Validierung der initial festgelegten CMP-Cluster anhand von Tonbandaufzeichnungen der Therapiestunden. Daraus ergibt sich, daß das CMP nicht unbedingt ein starres Konstrukt ist, sondern sich im Therapieverlauf verändern kann und somit quasi als Leitlinie für therapeutische Strategien gilt.

5.1.1 Therapie MM

Supervisionsprotokoll vom 26.11.92

Der Therapeut stellt den Fall MM erstmalig vor. Er schildert die Symptomatik der Patientin: Diese leide seit dem Tod des Ehemannes unter Angst, das Haus zu verlassen, Platzangst, Angst vor vielen Menschen, kombiniert mit einem Gefühl der Deprimiertheit. Sie traue sich nichts mehr zu und müsse sich zu allem zwingen. Außerdem leide sie unter Eßstörungen. Monate zuvor habe sie nur an die Wand gestarrt. Durch den Tod ihres Mannes sei ein Teil von ihr weggerissen. Sie gebe sich die Schuld am Tod des Mannes, da sie ihn überfordert habe. In der Diskussion wird betont, wie MM ihren Ehemann idealisiert und kontrolliert habe und nach dessen Tod Schuldgefühle entwickelt habe, nicht ausreichend gesorgt (gesteuert) zu haben. Im Zusammenhang mit den Schuldgefühlen der Patientin sieht die Supervisionsgruppe unbewußte Todeswünsche gegen den Ehemann, welche mittels Reaktionsbildung abgewehrt wurden. Außerdem bestünden bei der Patientin Größenphantasien, entstanden in ihrer Beziehung zu ihren Eltern als „Retterin" der Mutter vor der Gewalt des Vaters. Die Patientin habe versucht, Aggressionen zu kontrollieren, zum einen im Ehemann (Vater), zum anderen im Selbstobjekt der Tochter. Der Tod des Ehemannes entzog der Patientin die Möglichkeit zur inneren Steuerung ihrer Aggressivität.

Supervisionsprotokoll 3.12.92

Der Therapeut berichtet über die Schwierigkeit der Patientin, sich abzugrenzen. Sie könne es nur radikal und barsch, was sich besonders in der Beziehung zu der Familie des Mannes äus-serte, z.B. in Form eines „Rausschmisses" der Schwägerin.

Zu den Kindern bestünde eine symbiotische Beziehung. Es kommt die Frage auf, ob die Patientin den Tod des Ehemannes als böswilliges Verlassen erlebt habe. Sie entwickelte Wut darüber, mit der sie nirgends angekommen sei und wurde dann depressiv. Thema ist auch, daß die Patientin die Mutter vor dem Alkoholiker-Vater schützte und die Mutter für deren Unterwürfigkeit verachtete.

Supervisionsprotokoll 25.3.93

Der Therapeut berichtet, daß er die Schwierigkeiten mit der Tochter fokussiert habe, und der Patientin immer mehr die Ähnlichkeit zwischen ihr und ihrer Tochter bewußt werde. Sie grenzt sich weiterhin barsch von der Familie des Mannes ab. Ziel müsse sein, daß die Patientin ambivalent anstelle von ambitendent werde. Das hieße, das axiale Splitting 1.5/1.7 müsse nach 1.6 überführt werden. Desweiteren nimmt die Patientin Kontakt mit Männern auf und äußert den Wunsch, sich wieder binden zu können.

Supervisionsprotokoll vom 15.7.1993

Die Patientin habe ihre Kurztherapie gerade abgeschlossen. Es sei letztlich zu einer zunehmend aggressiven Haltung von Seiten der Familie des Mannes gekommen, insbesondere der Schwager agiere sehr feindselig. Dieser habe begonnen, die Autoreifen des Wagens der Patientin zu zerstechen, um MM „verrückt zu machen", und ihr so die Kinder entziehen zu können. Die Patientin spürte dabei eine ohnmächtige Wut. Desweiteren habe die Patientin eine narzißtische Beziehung zu den Eltern unterhalten, ihre „narzißtische Wunde" sei in der neuen Partnerbeziehung spürbar geworden. Die Patientin projiziere ihre Schwierigkeiten nicht mehr nach außen, sondern erkenne sie als ihre eigenen an. In der vorgestellten Tonbandaufzeichnung der letzten Stunde herrscht eine liebevolle, angepaßte, etwas flirtende Stimmung. Die Patientin thematisiert den Abschied und hat sich ein tragendes soziales Netzwerk geschaffen. Zum Abschluß wertet die Supervisionsgruppe die Therapie als sehr erfolgreich, im Hinblick auf die Schwere der eingangs bestehenden Störung.

5.1.2 Therapie BB

Supervisionsprotokoll 9.12.92

Der Therapeut stellt die Patientin BB zum ersten Mal vor und berichtet davon, daß die Patientin seit dem letztendlich fatalen Motorradunfall ihres drei Jahre jüngeren Bruders depressive Symptome in Form von Leistungsminderung, Appetitstörungen und Schlafstörungen aufweise. Außerdem leide sie seit einem Jahr an Schmierblutungen. Der Therapeut berichtet von der engen Beziehung, die zwischen BB und ihrem Bruder bestand. Er sei ihr Lebensinhalt gewesen. Sie könne ihn nicht loslassen und wolle in der Therapie lernen, sich trauernd von ihm zu trennen.

Desweiteren wurde die biographische Anamnese der Patientin BB behandelt. Sie sei zunächst bei den Großeltern aufgewachsen, mit denen sie sich sehr verbunden fühlte, mit der Geburt des Bruders sei sie zurück in die Familie gekehrt, sie sei damals sehr aufsässig gewesen. Im Alter von sechs Jahren wollte sie nach einem Streit die Koffer packen und zu den Großeltern zurückkehren, den Bruder wollte sie mitnehmen, das Unterfangen scheiterte jedoch daran, daß sie den Bruder nicht habe heben können. Die Eltern haben sich, als die Patientin 19 Jahre alt war, schlagartig getrennt, im Sinne eines Partnertausches mit einem befreundeten Ehepaar.

Wegen Aufsässigkeit sei die Patientin in der Pubertät von der Schule gewiesen worden. Sie habe in den Jahren von 1981-1990 eine Beziehung zu einem drei Jahre älteren Jurastudenten gehabt, dieser

hatte erhebliche Alkoholprobleme und habe sie über fünf Jahre geschlagen. Nun lebe sie in einer oberflächlichen Beziehung zu einem neun Jahre älteren Mann.

Supervisionsprotokoll vom 17.6.93

In der 17. Stunde wird nochmals die Bindung zum verstorbenen Bruder fokussiert. Es entwickelt sich erstmals Trauer. Symptomatisch gehe es der Patientin besser. Doch die Beziehung zum Therapeuten und auch zum neuen Freund bleibe oberflächlich. Eine vertrauensvolle Beziehung werde vermieden, so daß sich das Selbstbild der Patientin nicht ändere. Das schlechte Selbstbild der Patientin wird thematisiert. Sie wende sich aus Mitleid Männern zu und mißhandele sich über diese, welche sie provoziere, sie zu schlagen.

Supervisionsprotokoll vom 2.9.93

Gegen Ende der Therapie berichtet der Therapeut über die Patientin, daß sie kurz vor Therapiebeginn abgetrieben habe. Außerdem werde sie von dem wiederkehrenden Traum heimgesucht, ein Kind mit dem Gesicht des Bruders zu gebären. Die narzißtisch -symbiotische Beziehung zum Bruder bestehe nach wie vor, zu anderen Menschen bestehe kein wirklicher Kontakt. Auch die Beziehung zum Therapeuten bleibt distanziert. Der Therapeut beschreibt die Patientin als affektisoliert und schizoid, sie arbeite aber intensiv an sich und ihrem CMP. Sie sehe, warum ihr Beziehungsmuster früher notwendig gewesen sei, und sie sehe den Tod des Bruders auch als Entwicklungschance. Sie habe sich vorgenommen, mit ihrem Freund über alles zu sprechen und ihre neue Beziehungsfähigkeit auszuprobieren.

Die Bedeutung des Therapieendes wurde von der Patientin zuerst verleugnet, doch dann sei von BB „ein komisches Gefühl“ zugegeben worden. Das in der Therapie Bearbeitete wolle sie in ihr Leben integrieren und nicht wegschieben.

5.2 Beurteilung der Patientinnen mittels Fragebögen (zum Zeitpunkt der Aufnahme, der Entlassung, und der Katamnesezeitpunkte) Die Daten liegen teilweise unvollständig vor.

5.2.1 Patientin MM

Für die Patientin MM fehlt die 2-Jahres-Katamnese komplett und das GT-Fremdratimg nahezu komplett.

SCL 90 R

Aufnahme:

Im Vergleich zu einer Stichprobe gesunder weiblicher Probanden unterscheidet sich die Patientin hauptsächlich in den Skalen Psychotizismus, Ängstlichkeit, phobische Angst und paranoides Denken, wobei ihre Werte höher liegen. Mit dem Begriff Psychotizismus ist ein mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden gemeint. In den Gesamtwerten liegt sie deutlich über der Vergleichsgruppe, besonders für den PST-Wert, der die Anzahl der Symptome angibt, bei denen eine Belastung vorliegt.

Entlassung:

Bei der Entlassung ist die Patientin in allen Skalen in den Bereich gesunder weiblicher Probanden zurückgekehrt.

6-Monats-Katamnese:

Im Vergleich zu einer Stichprobe gesunder weiblicher Probanden weist die Patientin nur in der Skala Aggressivität erhöhte Werte auf.

1-Jahres-Katamnese:

Im Vergleich zu einer Stichprobe gesunder weiblicher Probanden weist die Patientin in den Skalen Phobische Angst und Ängstlichkeit erhöhte Werte auf.

5-Jahres-Katamnese:

Im Vergleich zu einer Stichprobe gesunder weiblicher Probanden weist die Patientin nach wie vor erhöhte Werte in der Skala Phobische Angst auf, desweiteren ist der Wert für Psychotizismus überdurchschnittlich hoch.

Gießen-Test Selbstrating

Aufnahme:

Die Patientin beschreibt sich als extrem depressiv, ängstlich, selbstkritisch und abhängig (Grundstimmung); als besonders unattraktiv, unbeliebt und mißachtet, nicht-durchsetzungsfähig (Soziale Resonanz).

Entlassung:

Hier zeigt sich ein gänzlich anderes Bild. Sie beschreibt sich nun als besonders beliebt, geachtet und durchsetzungsfähig (Soziale Resonanz); besonders gesellig, konkurrierend und im heterosexuellen Umgang unbefangen (Soziale Potenz); ihre Grundstimmung ist selten bedrückt, wenig ängstlich und eher unabhängig. Sie schildert sich etwas zwanghafter als andere (Kontrolle), etwas aufgeschlossener und offener (Durchlässigkeit).

6-Monats-Katamnese:

Die Patientin beschreibt sich als leicht überdurchschnittlich beliebt, geachtet und durchsetzungsfähig (Soziale Resonanz) sowie aufgeschlossen und offen (Durchlässigkeit).

1-Jahres-Katamnese:

Die Patientin beschreibt sich als ganz besonders bedrückt, ängstlich und abhängig (Grundstimmung).

5-Jahres-Katamnese:

Die Patientin schildert sich selbst im interpersonellen Kontext als äußerst depressiv, bedrückt, ängstlich, abhängig und Ärger eher in sich hineinfressend (Grundstimmung), als fügsam, geduldig und wenig in Auseinandersetzung verstrickt (Dominanz), als gesellig, hingabefähig und konkurrierend (Soziale Potenz) und als eher beliebt, geachtet und durchsetzungsfähig (Soziale Resonanz).

Gießen-Test Fremdrating: liegt nur für die 5-Jahres-Katamnese vor

5-Jahres-Katamnese:

Der Therapeut und Nachuntersucher hält die Patientin für weniger auffällig, er schildert sie als eher häufig in Auseinandersetzungen verstrickt und dominierend (Dominanz) und etwas zwanghaft, überordentlich, übereifrig und stetig (Kontrolle).

Narzißmus-Inventar:

Aufnahme:

Im Vergleich zu weiblichen Patienten ihrer Altersgruppe besteht bei der Patientin eine besonders geringe hoffnungsvolle Erwartung an die Zukunft (BAH). In anderen Skalen liegt sie deutlich unter der Vergleichsgruppe (ARR, KLS, SIS, OHS, SYS, HYA, NAK).

Entlassung:

Nun liegt die Patientin auch mit der Skala BAH, der optimistischen Zukunftserwartung, im Bereich der Vergleichstichprobe.

6-Monats -Katamnese:

Im Vergleich zu weiblichen Patienten ihrer Altersgruppe besteht bei der Patientin eine besonders ausgeprägte hoffnungsvolle Erwartung an die Zukunft (BAH) sowie betonte Eigenverantwortlichkeit (AUI). In anderen Skalen liegt sie deutlich unterhalb der Vergleichsgruppe (ARR, KLS, SOI, HYA, NAK).

1-Jahres-Katamnese:

Im Vergleich zu weiblichen Patienten ihrer Altersgruppe besteht bei der Patientin eine ausgeprägte hoffnungsvolle Erwartung an die Zukunft (BAH) sowie betonte Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung (AUI). In anderen Skalen liegt sie deutlich unterhalb der Vergleichsgruppe (ARR, SIS, AIV, NAW, HYA, NAK).

5-Jahres-Katamnese:

Im Vergleich zu weiblichen Patienten ihrer Altersgruppe besteht bei der Patientin eine besonders geringe hoffnungsvolle Erwartung an die Zukunft (BAH). Die Tendenz, sich angstvoll anzuklammern (HYA), ist wesentlich stärker ausgeprägt als bei der Vergleichgruppe.

Gesamtbeurteilung:

Aufnahme-Entlassung:

Die Patientin wies anfänglich eine sehr ausgeprägte Symptomatik auf, die sehr gut abgeklungen ist. Ihre Selbsteinschätzung im interpersonellen Kontext hat sich enorm verbessert. Hinsichtlich der narzißtischen Regulation befindet sie sich noch im Bereich einer Patientinnenstichprobe, wobei ihre Zukunftserwartungen deutlich optimistischer geworden sind.

6-Monats-Katamnese:

Die zum Zeitpunkt der Entlassung geschilderte Situation blieb im wesentlichen stabil; ihre Selbsteinschätzung im Gießen-Test sowie in der Skala Aggressivität in der SCL 90 R sprechen für eine realitätsgerechte Wahrnehmung.

1-Jahres-Katamnese:

Im Gegensatz zur letzten Katamnese ist es bei der Patientin nun zu einer Symptomverschlechterung gekommen, sie schildert sich als deutlich ängstlicher und depressiver. Die narzißtische Regulation blieb unverändert.

5-Jahres-Katamnese:

Im Vergleich zur 1-Jahres-Katamnese hat sich die Symptomatik der Patientin noch weiter verschlechtert. Die Patientin schildert sich nicht nur nach wie vor deutlich ängstlicher, sondern auch isolierter als ihre Vergleichsgruppe. Sie hat ihre optimistische Grundeinstellung eingebüßt.

Bericht des Nachuntersuchers zur 6-Monats-Katamnese:

In der äußeren Situation ist im letzten halben Jahr nur wenig Veränderung eingetreten.

Bezüglich ihrer psychischen Situation erklärt die Patientin, daß sie innerhalb der letzten sechs Monate sehr viel erreicht habe und eigentlich zufrieden sein könne. Doch sie wolle immer noch mehr und könne sich nicht ausruhen auf dem Erreichten. Sie stehe ständig unter Strom, habe keine Ruhe zum Überlegen, sei nicht zufrieden mit sich und lasse niemanden an sich heran. In der Beziehung zu ihrem derzeitigen Freund, die seit ungefähr einem Jahr bestehe, gebe es Schwierigkeiten. Der Freund sei Alkoholiker und mißbrauche sie als Therapeuten. Sie gebe zu viel in der Beziehung, wolle sich schon seit einiger Zeit von ihm trennen, habe aber nicht die Kraft und fühle sich „überstrapaziert“ und „ausgepowert“. Es gebe viel Streit und sie gebe immer wieder nach, „vermutlich aus Mitleid“. Wahrscheinlich werde sie sich aber doch in nächster Zukunft trennen. Die Beziehung zu ihren Kindern hingegen sei derzeit „prima“.

Der momentane Gesundheitszustand der Patientin ist ziemlich gut, abgesehen von seit ungefähr zwei Wochen bestehenden nervlich bedingten Kopfschmerzen, die sie mit gelegentlichen Aspirineinnahmen bekämpft, sei sie gesund. Sie nehme keine anderen Medikamente ein und habe bis auf die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung keine Ärzte aufgesucht im letzten halben Jahr und sei auch nicht arbeitsunfähig geschrieben gewesen. In Bezug auf Genußmittel gibt die Patientin an, „ab und zu" ein Glas Sekt zu trinken, und sie rauche schon seit Jahren eine Schachtel Zigaretten pro Tag.
Auch die aktuelle Lebenssituation ist relativ gut. Die Patientin gibt an, ihre Wohn- und Berufssituation sei „ganz zufriedenstellend". Auf der Arbeit seien ihre Kolleginnen und ihre Kunden sehr mit ihrer Arbeitsleistung zufrieden, sie sei aber „selbst ihr Feind", durch Perfektionismus und die Tatsache, daß sie immer alles alleine tun wolle.
Insgesamt sieht die Patientin die Kurzzeittherapie als sehr wertvoll für sich „genau richtig für mich". Sie habe ihr sehr geholfen, sie könne sich jetzt besser verstehen. Sie überlege derzeit, ob sie nicht eine weitere Therapie machen solle.

Bericht des Nachuntersuchers zur 1-Jahres-Katamnese:

Die Patientin ist 3 Monate zuvor mit ihrem neuen Partner in eine andere Stadt umgezogen und ist seitdem ihre „lästige Verwandtschaft", die ihr dauernd nachstellte und sie auch faktisch schädigte, losgeworden.
Bezüglich ihrer psychischen Situation berichtet die Patientin von ihrem derzeitigen bestehenden inneren Kampf zwischen Autonomie und Selbstbehauptung. In dem Maße, wie die äußere Kontrolle durch die Verwandten nachläßt, tauchen unrealistische innere Ängste auf, die sie versucht zu überwinden. So fährt sie z.B. mit dem Auto in die Nachbarstadt, obwohl dies Angstgefühle in ihr auslöst. Die Patientin versteht diese neu auftretenden Angstzustände als deutlich im Zusammenhang stehend mit ihrem destruktiven Introjekt, das sie als Ausdruck ihrer Kindheitseinflüsse sieht. Sie denkt, daß sie sich heute genauso wie ihre Mutter verhält und haßt sich dafür. Sie empfindet diesen Selbsthaß auch oft in Situationen, wo sie eigentlich Anlaß hätte, zufrieden zu sein. Im Gespräch kann geklärt werden, daß ihr schlechtes Introjekt an der Stelle auftaucht, wo die äußere Kontrolle (Verwandtschaft, Ex-Ehemann) wegfällt. Gleichermaßen möchte sich die Patientin nicht ihrem Schicksal überlassen, bespricht die Symptome mit dem neuen Partner, der beruhigend auf sie einwirkt (gutes Objekt), und sie arbeitet daran, dies ändern zu wollen. Die Beziehung zu den Kindern ist momentan von den Schwierigkeiten des mit dem Umzug verbundenen Neuanfangs geprägt. Zwar

haben die Kinder relativ schnell neuen Anschluß gefunden, doch hat sich die Patientin etwas in das Abseits der Dorfgemeinschaft bugsiert, durch ihre Unzufriedenheit mit dem antiautoritären Erziehungsstil des Kindergartens,, in den die Kinder zuerst gingen, und der Tatsache, daß die Patientin als Konsequenz daraus die Kinder in dem Kindergarten des Nachbarortes untergebracht hat. („Die Dame aus Düsseldorf ist was Besseres"). Die damit einhergehende Isolation verspürt die Patientin und erkennt auch, daß sie so selbst dazu beiträgt, sich wieder an den Rand der Gemeinschaft zu spielen.

Der momentane Gesundheitszustand ist zufriedenstellend. Die Patientin gibt an, seit dem Umzug weder einen Arzt aufgesucht zu haben, noch irgendwelche Medikamente einzunehmen. Sie habe lediglich zwischenzeitliche kurzzeitige Erkältungen ohne größere Auswirkungen. Vor dem Umzug sei sie an einer Lungenentzündung erkrankt, die sie bettlägerig auskuriert habe. Sie habe sich auch keiner weiteren psychotherapeutischen Behandlung unterzogen. Außer Zigaretten, die sie schon immer rauchte, konsumiere sie keine weiteren Sucht- oder Genußmittel im Übermaß. Sie neige eher dazu keinen Alkohol zu trinken und bekomme schon ein schlechtes Gewissen, wenn sie mal ein Glas Sekt trinke.

Ihre aktuelle Lebenssituation ist nur mäßig gut. Seit dem Umzug ist die Patientin nicht mehr berufstätig, möchte aber unbedingt wieder arbeiten. Sie hat Aussicht, den Friseurbetrieb, der im Haus untergebracht ist, selbst zu übernehmen. Bis dorthin besteht ein Vertrag mit der jetzigen Inhaberin, die halbtags dort arbeitet.

Die Kurzeitpsychotherapie sieht die Patientin nach wie vor als wertvoll. Sie gibt an, daß das Ausfüllen der Fragebögen immer wieder Anlaß zur Selbstreflektion gebe, was sie als positiv bewerte.

Bericht des Nachuntersuchers zur 5-Jahres-Katamnese:

MM lernte 1994 ihren jetzigen Ehemann kennen und zog mit ihm in eine andere Stadt. Im Februar 1995 erfolgte die Hochzeit, wenig später ein Hauskauf. In dem Haus ist ein Friseurgeschäft eingelagert, das die Patientin nach Abschluß ihrer Meisterprüfung (11/95) ab Mitte 1996 übernahm. Das Geschäft läuft gut, und MM versteht sich sehr gut mit ihren beiden Angestellten, die sie nach Kräften unterstützen. Die Verfolgungen durch die Verwandtschaft, die ja während der gesamten Therapiedauer ein ziemliches Problem darstellten, gab es nur zu Beginn noch, hörten jedoch bald auf.

Bezüglich ihrer psychischen Situation erklärte die Patientin, daß ihre Ehe eher problematisch verlaufe. Ihr Mann sei hochgradig kränkbar, er dulde keine Gegenposition, sei immer bestimmt und mache Vorgaben. Er bezichtige die Patientin der Inkonsequenz, wenn sie schwanke. Gleichzeitig gehe er jeder konflikthaften Auseinandersetzung radikal aus dem Weg. Die Patientin merke, wie sie gegen die Haltung des Ehemanns insgeheim rebelliere. Ihre Tochter hingegen tue dies sehr offenkundig und rigoros. Als die Patientin sich einmal offen der Forderung des Ehemanns widersetzte, ins Bett zu gehen, als sie bis spät in die Nacht mit der Schwägerin in ein Gespräch vertieft war, und den Ehemann dabei anschrie, resultierte das darin, daß der Ehemann für einen Tag verschwand. MM entwickelte in seiner Abwesenheit einen Nervenzusammenbruch, reagierte vollkommen hysterisch, war außer sich, fühlte sich „leer, ohnmächtig und verlassen." Die ihr vom Hausarzt verabreichten Beruhigungsspritzen zeigten keine Wirkung. Seit diesem Zeitpunkt leide sie unter Angstzuständen, die sie völlig überraschend heimsuchten. Sie verstärkte ihren Alkoholkonsum, um die Panik einzudämmen. „Sie sei regelrecht, unmerklich aber zielstrebig, in eine Alkoholabhängigkeit geschlittert". Erst allmählich konnte sie sich davon lösen, und seit Herbst des Vorjahres lebe sie abstinent. Parallel zu der Zunahme ihrer Symptome konnte sie den Ehemann für zunächst eine familientherapeutische Sitzung gewinnen. Daraufhin wurde die Tochter in Einzeltherapie genommen, und dem Ehepaar wurde eine Paartherapie verschrieben, auf die sich auch der Ehemann einließ. Leider verstarb der Therapeut der Tochter sehr bald, und da das Verhältnis zwischen der Tochter und der Nachfolgerin eher unstimmig war, „sie fanden keinen Draht zueinander", wurde die Therapie für die Tochter nicht weiter fortgesetzt.

Der Patientin gelang es in der letzten Zeit, Dinge für sich zu ordnen und Überblick zu gewinnen. Sie erkenne, daß sich der Ehemann aufgrund eigener traumatischer Erlebnisse mit der Mutter jeglicher Auseinandersetzung entziehen müsse, es liege an ihm, daran zu arbeiten, und sie sehe eine gewisse Bereitschaft dazu. Für sich selbst erkenne sie, daß sie sich wegen ihrer eigenen Erlebnisse unendlich nach Harmonie und Gehaltenwerden sehne, immer wenn dies in Frage gestellt sei, reagiere sie mit Panik oder kompensiere dieses sehnsüchtige Verlangen mit Suchtmitteln. In den Augen des Therapeuten wird die Dynamik verkompliziert dadurch, daß die Patientin außerdem noch ein ausgeprägtes Autonomie- und Dominanzstreben zeige, welches dem Harmoniebedürfnis gegenüber stehe. Die Autonomieimpulse haben rebellischen Charakter, das heißt, kann die Patientin ihre eigene Vorstellung nicht durchsetzen, tauchen (narzißtische) Haß- und Wutimpulse auf, die kaum steuerbar sind, was zu Angst- und Panikzuständen als Alternative zu ungebändigten Gefühlsausbrüchen führt.

Insgesamt beurteilt der Therapeut, daß sich die schwere Persönlichkeitsstörung der Patientin weiter fortsetzt. Dies äußere sich z.B. in der Wahl des Ehemannes, der durch seine Haltung zwar einerseits Sicherheit vermittle, aber andererseits ihre autonomen, individuellen Entfaltungsmöglichkeiten einschränke und damit narzißtische Wunden anrühre, was zu unsteuerbaren Haßimpulsen führe, die einem ausgeprägten Harmoniebedürfnis entgegenstehen. Der entwicklungsbedingte strukturelle defizitäre Anteil ist dabei die mangelnde Affektmodulierung, sobald es um narzißtische Wunden gehe. Dazu komme noch ein neurotischer Konfliktanteil, nämlich ein Autonomiekonflikt. Die Patientin könne aufgrund ihrer Grundstörung die aggressiven Anteile nicht mobilisieren, reagiere entsprechend defensiv (Wendung der Aggression gegen das eigene Selbst) oder delegiere die entsprechenden Impulse an andere (z.B. die Tochter).

Der momentane Gesundheitszustand ist, bemessen an der dramatischen Entwicklung der letzten Jahre, erstaunlich gut. Die Patientin suchte zu keiner Zeit den Arzt auf, und als einzige Medikamente nimmt sie zur Zeit ein Johanniskrautpräparat und Baldrian ein. In Bezug auf Alkohol lebt die Patientin zur Zeit abstinent und will dies auch in Zukunft tun, „bis ich meine Probleme im Griff habe“.

Auch die aktuelle Lebenssituation ist überraschend gut, wenn man diese wiederum in Bezug zu ihrer innerseelischen Situation betrachtet. Die Patientin leitet selbständig ein gutgehendes Friseurgeschäft mit zwei Angestellten, zu denen sie ein gutes Verhältnis hat. Mit einer Angestellten ist die Patientin freundschaftlich verbunden, was die Handhabung vereinzelt auftretender Angstzustände während der Arbeit erleichtert, wobei sich diese Symptome wohl erheblich verbessert haben während der letzten Monate.

Insgesamt sehen Patientin und Therapeut, daß die KZT wertvoll war für die Gesamtentwicklung. Doch erscheint dem Therapeuten, daß bei der Patientin aufgrund der Schwere der zugrundeliegenden Erkrankung eine Fortführung der Therapie über die 30 Stunden hinaus erforderlich und sinnvoll gewesen wäre.

5.2.2 Patientin BB

Für die Patientin BB fehlen die 6-Monats-Katamnese, bzw. Die 5-Jahres-Katamnese komplett, während für den SCL 90-R Test die Entlassung und für den Gießen-Test Fremdrating Aufnahme und Entlassung fehlen.

SCL 90-R

Aufnahme:

Im Vergleich mit einer Stichprobe gesunder weiblicher Probanden unterscheidet sich die Patientin am deutlichsten in der Skala Somatisierung, aber auch in den Skalen Phobische Angst und Psychotizismus. Gemeint ist mit Psychotizismus ein mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zu psychotischen Episoden. Die Gesamtbelastung der Patientin durch die Beschwerden ist hoch.

Entlassung:

liegt nicht vor

1-Jahres-Katamnese:

Im Vergleich zu gesunden weiblichen Probanden schildert sich die Patientin als deutlich beeinträchtigt durch körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefgreifender Angst (Ängstlichkeit), desweiteren empfindet sie ein mildes Gefühl der Isolation bis hin zur Psychose (Psychotizismus) und eine einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen (Somatisierung), leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur deutlichen Zwanghaftigkeit (Zwanghaftigkeit), Traurigkeit bis hin zu schwerer Depression (Depression), Reizbarkeit bis zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten (Aggressivität). Alle drei Kennwerte (Gesamtbelastung durch Symptome GSI, Intensität der Antworten PSDI und Anzahl der Symptome PST) liegen annähernd im Bereich ambulanter psychiatrischer Patienten.

2-Jahres-Katamnese:

Ähnlich wie bei Therapieende und zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese ist die Patientin durch ihre Symptomatik stark belastet. Im Vergleich zur Stichprobe gesunder weiblicher Probanden fällt sie besonders auf durch hohe Werte in den Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depression, Ängstlichkeit und Psychotizismus.

Gießen- Test Selbstrating

Aufnahme:

Die Patientin beschreibt sich als verschlossen, eher wenig preisgebend und mißtrauisch und Liebesbedürfnisse zurückhaltend (Durchlässigkeit), weiter sieht sie sich als häufig bedrückt, ängstlich, selbstkritisch und eher abhängig (Grundstimmung), sie empfindet sich als eher dominierend und eigensinnig (Dominanz).

Entlassung:

Die Patientin beschreibt sich im Vergleich zur Aufnahme als noch depressiver, verschlossener und dominanter.

1-Jahres-Katamnese:

Die Patientin beschreibt sich im zwischenmenschlichen Bereich als besonders verschlossen, mißtrauisch, anderen fern und Liebesbedürfnisse zurückhaltend (Durchlässigkeit), außerdem dominant, d.h. öfter in Auseinandersetzungen verstrickt, eigensinnig, schwierig in enger Kooperation (Dominanz).

2-Jahres-Katamnese:

Die Patientin schildert sich als äußerst dominant, eigensinnig und streitbar und empfindet sich als besonders verschlossen und Liebesbedürfnisse zurückhaltend.

Gießen-Test Fremdrating

1-Jahres-Katamnese:

Auch der Nachuntersucher schätzt die Patientin als dominant (Dominanz), depressiv, ängstlich, selbstkritisch, Ärger in sich hineinfressend, abhängig (Grundstimmung), retentiv (Durchlässigkeit) ein, aber auch als positiv sozial resonant, d.h. anziehend, bei der Arbeit geschätzt, durchsetzungsfähig und an schönem Aussehen interessiert (Soziale Resonanz).

2-Jahres-Katamnese:

Auch für den Nachuntersucher erscheint die Patientin, wie schon zum letzten Katamnesezeitpunkt, dominierend (Dominanz), außerdem bedrückt, ängstlich und selbstkritisch (Grundstimmung).

Narzißmus-Inventar

Aufnahme:

Im Vergleich zu Patientinnen der gleichen Altersgruppe unterscheidet sich die Patientin nur in der Skala AUI, (Autarkie Ideal), sie empfindet sich als sehr stark eigenverantwortlich und selbstbestimmt und setzt sich dabei unter hohe Leistungsanforderungen. Der größte Unterschied zu gesunden Probandinnen liegt in der Skala OHS (ohnmächtiges Selbst), in der Fragilität des Selbst der Patientin verbunden mit Ängsten und depressiven Gefühlen.

Entlassung:

Im Vergleich zu Patientinnen ihrer Altersgruppe ist der Befund im wesentlichen unverändert, es ergeben sich jedoch nun deutlichere Unterschiede als zum Aufnahmezeitpunkt im Vergleich mit gesunden Probandinnen.

1-Jahres-Katamnese:

Im Vergleich zur Patientinnengruppe unterscheidet sich die Patientin durch die überhöhte Vorstellung von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung (AUI) und mild ausgeprägte Grandiositätsphantasien (Größenselbst), Wut- und Racheimpulse bei narzißtischer Bedrohung (Narzißtische Wut) und eine hohe Bewertung der eigenen Maßstäbe und Grundsätze (Werteideal). Auch im Vergleich mit gesunden Probandinnen fällt die Patientin in vielerlei Hinsicht auf. Z.B. durch erhöhte narzißtische Wut, Werte-Ideal, quälende Selbstzweifel (Kleinheitsselbst), Derealisation/Depersonalisation, hypochondrische Angstbindung, narzißtischer Krankheitsgewinn, soziale Isolierung.

2-Jahres-Katamnese:

Im Vergleich zu gesunden weiblichen Probanden fällt die Patientin auf durch eine sehr stark ausgeprägte Fragilität des Selbst mit Ängsten und depressiven Leeregefühlen, durch besonders hohen hypochondrischen Krankheitsgewinn, desweiteren durch Derealisation/ Depersonalisation, Hypochondrische Angstbindung, Soziale Isolierung, betontes Kleinheitsselbst und ein hohes Autarkie-Ideal.

Gesamtbeurteilung

Aufnahme-Entlassung:

Leider läßt sich nicht beurteilen, ob sich die Symptomatik verändert hat. Das Selbstbild der Patientin und ihre narzißtische Regulation sind im wesentlichen unverändert. Mit dem Wissen um die stattgefundene Therapie ließe sich das Bild als eine verbesserte Selbstwahrnehmung und ein Erkennen der Grundstörung deuten. Die Befunde geben eine Indikation zur weiteren Psychotherapie.

1-Jahres-Katamnese:

Die Patientin sieht sich symptomatisch stark belastet, ähnlich schätzt sie der Nachuntersucher ein (BSS), ihr Funktionsniveau ist weniger gestört (GAS), die Patientin hat Probleme im zwischenmenschlichen Bereich (GT) und ihre narzißtische Regulation ist beeinträchtigt.

2-Jahres-Katamnese:

Die Patientin ist symptomatisch hoch beeinträchtigt, ihre narzißtische Regulation ist deutlich gestört. Im zwischenmenschlichen Kontakt schätzt sich die Patientin als besonders dominierend und verschlossen ein.

Bericht des Nachuntersuchers zur 1-Jahres-Katamnese:

Die Patientin BB berichtet, daß es ihr nach der Therapie zunächst besser gegangen sei, sie habe zuversichtlich nach vorne geschaut, doch dies hielt nicht lange vor, bald schon fühlte sie sich wieder hilflos und auch wütend, es durch die Therapie nicht geschafft zu haben. Wie schon vor der Therapie quälten sie Alpträume, an deren Inhalt sie sich zwar nicht erinnern könne, die aber zu einer panischen Angst vor dem Einschlafen führten und dementsprechenden Schlafstörungen. Sie habe zwischenzeitlich einen Heilpraktiker aufgesucht, der es mit Akupunktur versucht habe, dies habe ihr aber nicht geholfen. Seit dem Therapieende habe sie keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen gehabt, doch ihr unregelmäßiges Eßverhalten führe immer wieder zu Gewichtsschwankungen.

Sie nehme derzeit keine Medikamente, rauche allerdings zwischen 40 und 60 Zigaretten am Tag und trinke gelegentlich Alkohol.

Im zwischenmenschlichen Bereich habe sich nicht viel verändert, nach wie vor erzähle sie eher wenig über sich selbst, was sie damit begründet, als Kind nur unzureichend getröstet worden zu sein.

Beruflich ginge es ihr ziemlich gut. Sie sei bei einer Mediaagentur tätig, wo sie als Vermittlerin zwischen dem kreativen Bereich und den Anbietern fungiere. Die Arbeit sei zwar sehr anstrengend,

(erschwert durch ihre Schlafstörungen) aber auch interessant und abwechslungsreich. Sie arbeite vorwiegend mit Männern, was ihr gut gefalle.
Insgesamt bewerte sie die Erfahrung in der Kurztherapie als positiv und könnte sich nun auch vorstellen, eine psychoanalytische Langzeittherapie zu beginnen, wobei sie allerdings berufsbedingt höchstens zwei Termine pro Woche wahrnehmen könne. Wichtig sei ihr, einen männlichen Therapeuten zu finden, da sie bei einer Frau nicht reden könne.

Bericht des Nachuntersuchers zur 2-Jahres-Katamnese:

Die Patientin BB berichtet, daß sie trotz der Empfehlung des Therapeuten letztendlich keine Langzeittherapie begonnen habe. Sie habe zwar deswegen dem Therapeuten gegenüber ein schlechtes Gewissen, aber die mit einer Langzeittherapie verbundene Verpflichtung sei für sie abschreckend gewesen.
Zu ihrer körperlichen Befindlichkeit erzählt die Patientin, daß sie wieder unter dauerhaften Schmierblutungen leide. Es vergehe eigentlich kein Tag ohne sie, und auch eine Operation im November 1994 konnte kein Abhilfe schaffen. Desweiteren plagten sie immer noch ständige Schlafstörungen, die sie sehr in ihrer Leistungsfähigkeit einschränkten, was sie dann „vollends runterziehe." Phasenweise werde sie sehr depressiv, isoliere sich von anderen Menschen, würde dann wütend auf sich selbst und versuche, diesen Zirkel und die trübseligen Gedanken durch viel Arbeiten zu durchbrechen.
Beruflich habe sich nicht viel verändert, sie gehe immer noch ihrer Tätigkeit als Mediakauffrau nach. In der Beziehung zu ihrem Freund sei sie immer noch sehr unzufrieden und wolle sich eigentlich schon seit eineinhalb Jahren trennen, schaffe es aber einfach nicht. Zu anderen Menschen pflege sie außerhalb ihrer depressiven Phasen sehr intensive, wenig konfliktreiche Beziehungen.
Zum Medikamenten- und Genußmittelgebrauch berichtet sie, daß sie zur Zeit ein ihr namentlich nicht bekanntes Mittel gegen Unterleibskrämpfe einnehme, welches von ihrem Gynäkologen verordnet worden sei. Sie rauche immer noch 40-60 Zigaretten täglich und trinke manchmal bis zu einer Flasche Wein am Abend im Rahmen ihrer depressiven Verstimmungen und um besser einschlafen zu können.
Retrospektiv bewertet die Patientin ihre Kurzzeittherapie als hilfreich. Sie sei „gut motiviert gewesen" und es sei ihr sowohl psychisch als auch körperlich besser gegangen. Irgendwie habe sie es aber nicht geschafft, dauerhafte Veränderungen in ihrem Leben vorzunehmen und weiter an sich zu

arbeiten. Jetzt sei sie wieder auf den Stand vor der Therapie zurückgefallen und setze sich nicht mehr mit ihren Konflikten und deren Bewältigung auseinander. Sie realisiere aber, daß sich ihr Zustand wieder derartig verschlechtert hat, daß sie sich jetzt auch vorstellen könne, sich auf eine längerfristige Therapie einzulassen.
Zum Abschluß vereinbaren die beiden, daß sich der Therapeut um die Vermittlung eines ambulanten Therapieplatzes bemüht.

Bericht des Nachuntersuchers zur 5-Jahres-Katamnese:

Die Patientin verweigert die Untersuchung, es gehe ihr gut, sie sei in Mutterschutz. Sie habe keine weitere Therapie gemacht.

5.2.3 Struktureller Vergleich der Patientinnen

	Frau MM	**Frau BB**
Kernberg level	intermediate	higher
Pers.struktur		
schizoid	0	2
depressiv	3	1
zwanghaft	2	1
hysterisch	1	2
d.h.	**depressiv-zwanghaft**	**schizoid-hysterisch**

BSS

Aufnahme	(3-3-1) **7**	(1-2-1) **4**
Entlassung	(0-2-2) **4**	(1-2-1) **4**
6 Monats-Kat.	(0-2-2) **4**	fehlt
1 Jahres-Kat.	((0-3-2) **5**	(3-3-2) **8**
2 Jahres-Kat.	fehlt	(3-3-2) **8**
5 Jahres-Kat	(2-3-3) **8**	fehlt

GAS (global assessment of functioning scale)

GAS:	7 Tage/ verg. Jahr	7 Tage/ verg. Jahr

Aufnahme	75 / 60	60 / 55
Entlassung	65 / 65	65 / 65
6 Monats-Kat.	55 / 75	fehlt
1 Jahres-Kat.	51 / 70	60 / 75
2 Jahres-Kat.	fehlt	52 / 70
5 Jahres-Kat.	75 / 60	fehlt

Im letzten Abschnitt wurden die Verläufe der Therapien MM und BB anhand von Tests der klinischen Dokumentation, Supervisionsprotokollen und Katamneseberichten dargestellt. Da-nach empfanden beide Patientinnen ihre Kurzzeittherapie als positiv und hilfreich, jedoch konnten die Symptome bei keiner der beiden dauerhaft beseitigt werden, so daß der langfristige Erfolg in Frage gestellt werden muß. Im nächsten Abschnitt soll nun das prozessuale interaktive Geschehen zwischen jeweils beiden Patientinnen und ihrem Therapeuten vor dem Hintergrund der in Abschnitt 3.1.4 formulierten Hypothesen mit der SASB-Methode untersucht werden. Therapie-outcome und interaktionelles Geschehen sollen dadurch in ein sich selbst erklärendes Gefüge gebracht werden.

Zur Veranschaulichung nochmals die Hypothesen, welche mit der SASB-Methode innerhalb der Prozeßanalyse der Therapiegespräche untersucht werden sollen:

- Für Patienten mit psychogenen Erkrankungen ist die Qualität der Patient-Therapeut Beziehung für das outcome bedeutsamer als der Schweregrad der Erkrankung.
- Die Patient-Therapeut Beziehung ist um so besser, je näher am CMP gearbeitet wird.
- Der frühe interpersonelle Patient-Therapeut-Prozeß (d.h. in den ersten vier Stunden) ist relevant für das Therapieoutcome.
- Eine veränderte Beziehung zum Therapeuten geht einher mit einer veränderten Einschätzung des Introjektes und der Beziehung zu anderen wichtigen Bezugspersonen
- Bei positiven Introjektveränderungen ist das Therapieergebnis gut und stabil.
- Critical events sind besonders veränderungsrelevant
- Ungünstige Therapieverläufe finden sich bei häufigem Auftreten von disaffiliativen Verhalten, komplexer Kommunikation und negativer Komplementarität.

5.3 SASB- Prozeßanalyse

Auf die methodischen Grundlagen der SASB-Prozeßanalyse wurde im Abschnitt 3.3 ausführlich eingegangen, so daß an dieser Stelle eine tiefergehende Darstellung ausbleiben soll. Die Prozeßanalyse erfaßt die verbalen und nonverbalen aktuellen Transaktionen zwischen zwei Referenten. Im Rahmen einer Therapie handelt es sich hierbei um Therapeut und Patient.
Mit Hilfe eines hier nicht weiter ausgeführten Auswertungsprogramms (Hartkamp in Tress, 1993) konnten die Prozeßanalysen für die beiden hier bearbeiteten Fallstudien berechnet und dann mit Harvard Graphics graphisch dargestellt werden.
Das Programm „PROCESS“ erlaubt die Ermittlung von absoluten und relativen Clusterhäufigkeiten im Therapieverlauf. Mit dem Programm „FOLLOW“ werden die Sprecherwechsel analysiert, und mit „COMPLEX“ können Informationen zu komplexen Äußerungen erhoben werden.

5.3.1 Analyse der SASB- Clusterhäufigkeiten

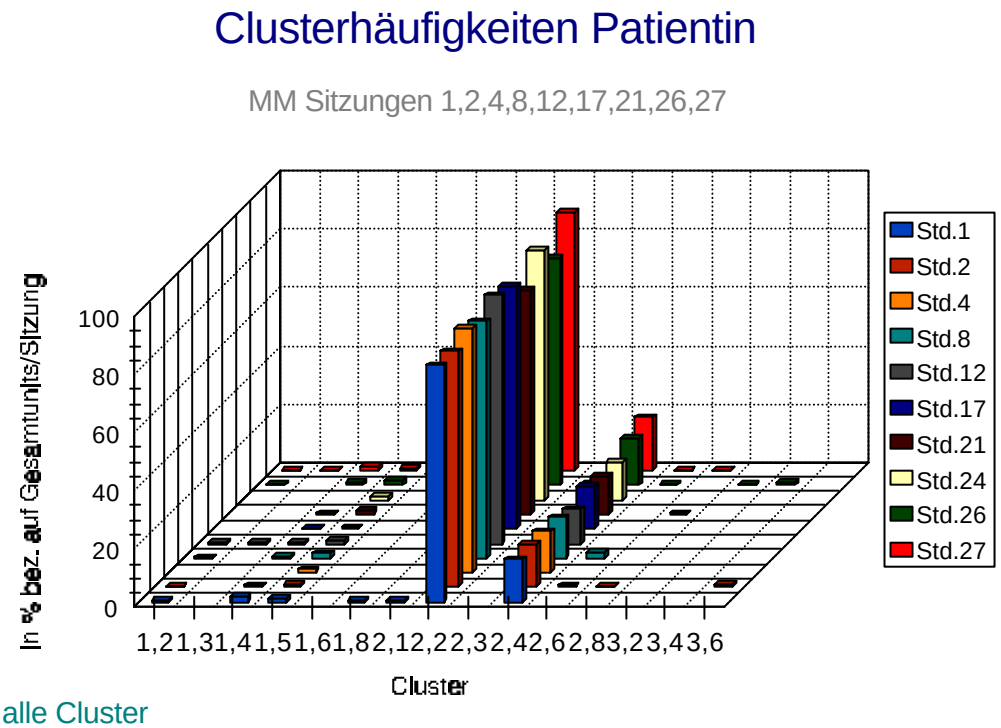
Mittels der Analyse der Clusterhäufigkeiten lassen sich zunächst einmal isoliert vom interaktionellen Wechselspiel die zu den verschiedenen Zeitpunkten von beiden Interaktanten benutzten Cluster qualitativ und quantitativ darstellen. Es läßt sich zeigen, welche Cluster wie häufig, wann und von wem benutzt wurden. Dies gibt in einem ersten Schritt z.B. Aufschluß darüber, welche Grundstimmung herrscht in der Therapie, ob, wann und wie häufig feindselige Cluster auftauchen, wobei besonders darauf zu achten ist, ob diese feindseligen Cluster das CMP des Patienten widerspiegeln, zu welchem Zeitpunkt dieses passiert und wie die weitere Entwicklung danach aussieht.

5.3.1.1 Therapie MM

Patientin

Die erste Abbildung zeigt die relativen Clusterhäufigkeiten der Patientin MM im Verlaufe der Therapie.
Wie für eine Therapie erwartet, sind die weitaus dominierenden von der Patientin verwandten Cluster 2.2 und 2.4. Das Cluster 2.2, mit denen sich die Patientin dem Therapeuten gegenüber öffnet, klar und freundlich ihre Sichtweise, Gedanken und Gefühle mitteilt, tritt über den ganzen

Therapieverlauf mit einer Häufigkeit von ca. 80% auf, bezogen auf die Gesamtunits der von der Patientin benutzten Cluster. Das Cluster 2.4, welches bedeutet, daß die Patientin sich vertrauensvoll auf den Therapeuten stützt, sich von ihm leiten läßt, seine Vorschläge aufnimmt und auf sie eingeht, findet man in einer relativen Häufigkeit von ca. 15%. Das Auftreten von Cluster 2.4 ist zum großen Teil mit der sogenannten Antwortregel zu begründen, wobei die Patientin auf eine Äußerung des Therapeuten hin zunächst auf diese eingeht (Cluster 2.4) und sich dann frei und offen äußert (Cluster 2.2).



alle Cluster

Das extreme Überwiegen der „unproblematischen“ Cluster 2.2 und 2.4 läßt die Cluster, welche eventuell das CMP der Patientin oder entscheidende Ereignisse während der Therapie repräsentieren, als Bodensatz in der Unkenntlichkeit verschwinden. Gerade aber feindselige Interaktion zwischen Therapeut und Patient kann, besonders zu Therapiebeginn, auch wenn nur relativ selten auftretend, entscheidend, im ungünstigsten Fall sogar fatal, auf den Therapieverlauf einwirken (Strupp, 1989).

Um solche Cluster besser hervorzuheben, soll die folgende Darstellung die Clusterhäufigkeiten der Patientin ohne die Cluster 2.2 und 2.4 beinhalten. Zur besseren Übersicht werden zwei Abbildungen benutzt, jeweils eine für die Sitzungen 1-12 und die Sitzungen 17-27.

Die Cluster, welche die Patientin während des Therapieverlaufs neben den Clustern 2.2 und 2.4 in unterschiedlicher Häufigkeit verwendet (im Durchschnitt ungefähr mit einer Häufigkeit von 3%) sind folgende: 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.8, 2.1, 2.6, 2.8, 3.2, 3.4 und 3.6. Am häufigsten jedoch bewegt sich die Patientin auf dem transitiven Fokus und hierbei im besonderen im negativem Bereich auf der Interdependenzachse, das heißt kontrollierend dem Therapeuten gegenüber. Besonders Cluster 1.4 und 1.5 treten in Erscheinung. Das Cluster 1.5 zieht sich mit einem Anteil von 0,9% bis 1,7% wie ein roter Faden durch die ganze Therapie. Spitzenwerte sind vorhanden in Stunde 8 und 12 mit 1,6% und 1,7% . Das Cluster 1.5 steht für kontrollierendes, affektneutrales Verhalten in der Interaktion. Bei der Patientin MM ist es ein Cluster des CMP, dort allerdings in Kombination mit 1.7 als axiales Splitting des Clusters 1.6. Es spiegelt die zuvor beschriebene Haltung wider, aus Angst vor unkontrolliertem Triebdurchbruch anderen Menschen gegenüber kontrollierend und bestimmend sein zu wollen. Das Cluster 1.7 wiederum tritt während der ganzen Therapie überhaupt nicht auf. Das Cluster 1.4, welches als zweithäufigste Abweichung von den „Normclustern“ auftritt, ist auch fast in jeder Stunde (außer Stunde 4 und 24) vorzufinden. Es erfährt eine Steigerung durch die Therapie hindurch und erreicht einen Spitzenwert von 1,8% in der letzten Sitzung. Die Patientin scheint neben purer Kontrolle auch mit Freundlichkeit gemischte Kontrolle dem Therapeuten gegenüber zu zeigen. Weitere Cluster auf dem transitiven Fokus wie z.B. Cluster 1.2 und 1.3, welche für eine sich freundlich annähernde ermunternde Verhaltensweise stehen, kommen nur sporadisch am Anfang, in der Mitte und am Ende der Therapie mit Werten von 0,1-0,4% vor. Feindselige transitive Cluster findet man noch seltener. Das Cluster 1.6, ein herabsetzendes und beschuldigendes Verhalten findet man nur in Stunde 27 mit einer rela-tiven Häufigkeit von 1,4%, und ein ignorierendes, übersehendes Interagieren (Cluster 1.8) tritt außer in der ersten Sitzung mit 0,2% nicht mehr auf.

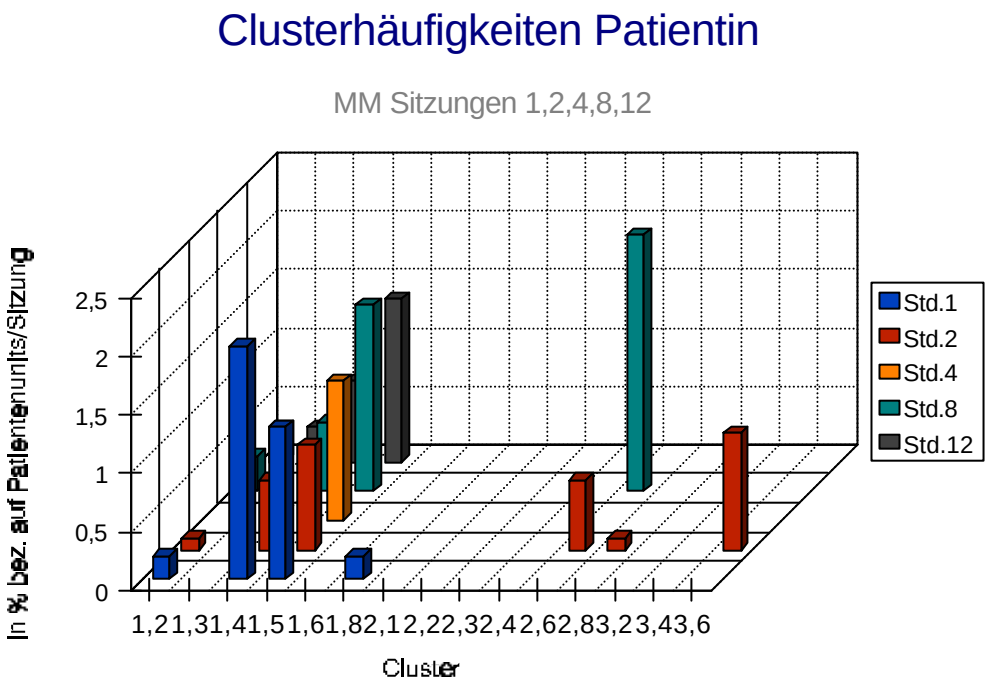
Auf dem intransitiven Fokus läßt sich folgendes beobachten: Das Cluster 2.6, also ein feindselig getöntes Gekränkt- und Beleidigt-Sein, bzw. Sich-Rechtfertigen sieht man in Stunde 2, 8, 21, 26 und 27. Der herausragende Wert mit 2,2% liegt in Stunde 8. Ein Sich-Abschotten der Patientin findet man mit relativ niedrigen Werten am Anfang und auch gegen Ende der Therapie.

Auf Introjekt-Ebene geschieht im Großen und Ganzen sehr wenig durch die ganze Therapie hindurch. Es ist jedoch anzumerken, daß sich Selbstanklage und Selbstunterdrückung zu Beginn der Therapie (Cluster 3.6 :1,6% in Stunde 2) in eine wohlwollende Selbsterforschung (Cluster 3.2) und ein Sich-Selbst Umsorgen (Cluster 3.4) gegen Ende der Therapie verwandeln.

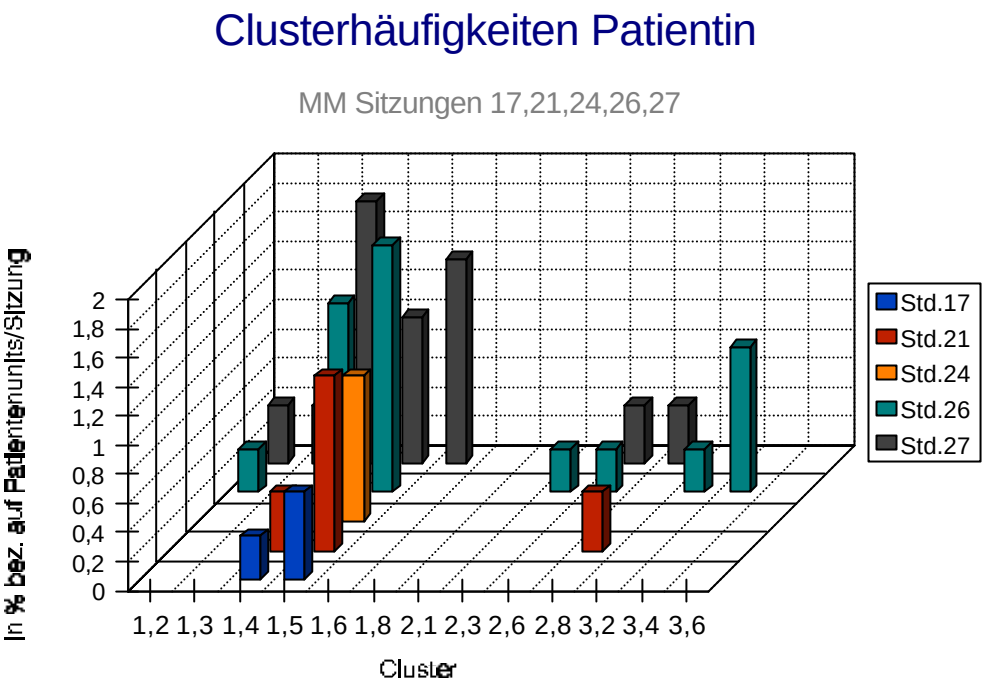
Nochmals zusammengefaßt zieht sich also kontrollierendes bzw. freundlich kontrollierendes Verhalten von seiten der Patientin wie ein roter Faden durch die Therapie. Disaffiliatives Verhalten

hingegen tritt nur ausgesprochen wenig auf, wobei die Tendenz im zweiten Teil der Therapie leicht steigend ist. In den initialen vier Stunden, welchen ja eine besondere Bedeutung für den weiteren Verlauf der Interaktion in der Therapie beigemessen wird, taucht nur extrem wenig feindseliges Verhalten auf. Das heißt aber auch, daß kaum CMP-Cluster auftreten, sich also das CMP kaum im Prozeß der therapeutischen Beziehung darstellt. Hierauf soll aber noch genauer im Abschnitt der Analyse der Sprecherwechsel eingegangen werden.

Auch das Introjekt der Patientin tritt nur sehr sporadisch in Erscheinung. Es verändert sich aber insofern, als es zu Beginn eher negativ ist, mit Cluster 3.6, um gegen Therapieende positiver zu werden mit Cluster 3.2 und Cluster 3.4.



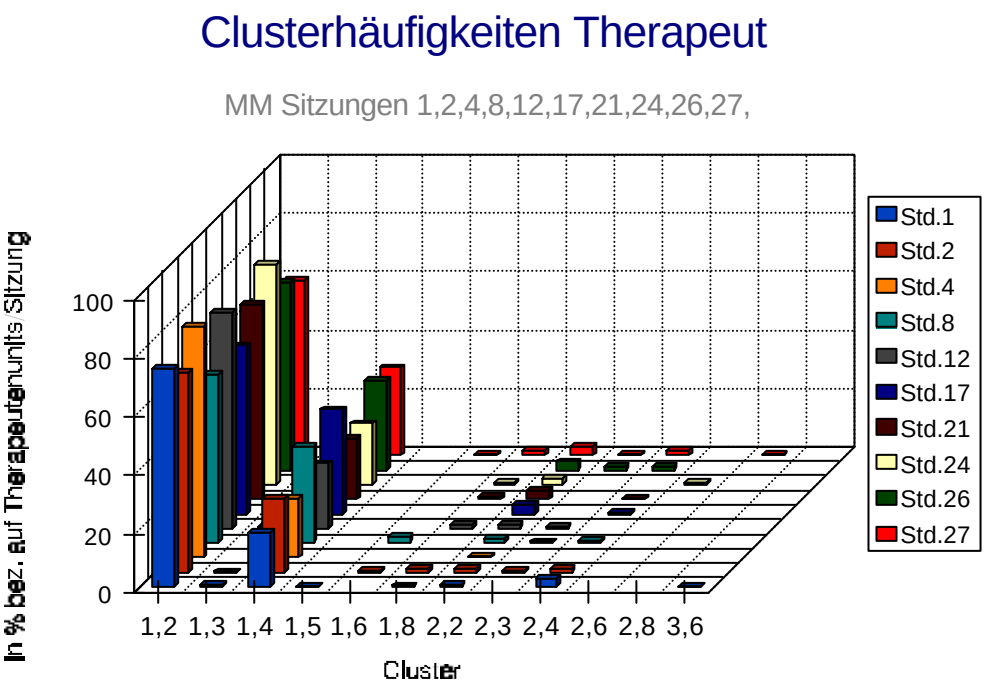
ohne Cluster 2.2 & 2.4



ohne Cluster 2.2 & 2.4

Therapeut

Mittels der Analyse der Clusterhäufigkeiten für die Patientin MM konnten also schon erste Aussagen über die Qualität ihres zwischenmenschlichen Verhaltens in der Therapie gemacht werden. Gleiches soll an dieser Stelle für den Therapeuten MM erfolgen.



alle Cluster

Es läßt sich deutlich erkennen, daß erwartungsgemäß der therapeutische Gesprächsanteil in erster Linie von den Clustern 1.2 und 1.4 gebildet wird. Dabei macht ein relativer Anteil von ca. 60 - 80% das Cluster 1.2, und ein relativer Anteil von ungefähr 20- 30% das Cluster 1.4 aus. Der Therapeut zeigt sich also vorwiegend verstehend, bestätigend und ermunternd. In circa einem Viertel seines Gesprächsanteils bestärkt er die Patientin und leitet sie freundlich an.

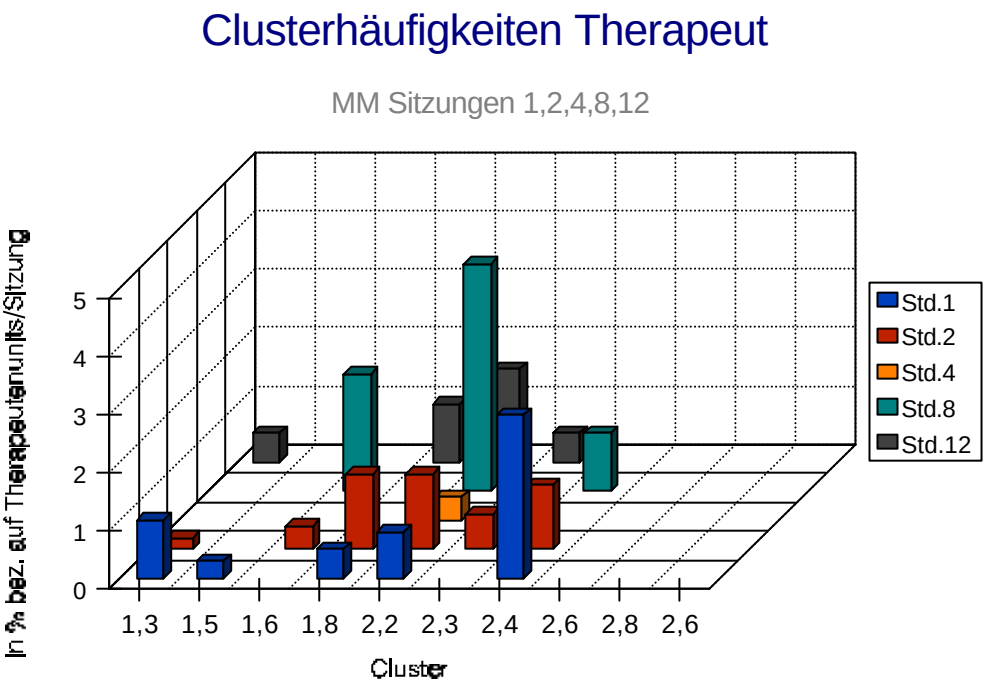
Im wesentlichen korrespondieren damit die häufig benutzten Therapeutencluster mit den häufig benutzten Patientinnenclustern. Der Hauptteil der Interaktion in der Therapie wird also von einen freundlich verstehenden Therapeutenverhalten (Cluster 1.2) und einem sich freundlich öffnenden Patientinnenverhalten (Cluster 2.2) bestimmt.

Was verbirgt sich nun hinter der 1.2/1.4 Haltung des Therapeuten? Der Gesprächsanteil mit anderen Clustern repräsentiert beim Therapeuten MM im Mittel 4,2%, wobei die meisten intransitiver Art sind. In der ersten Therapiehälfte kommen zwar noch teilweise transitive Cluster vor, diese bleiben aber in der zweiten Hälfte der Therapie fast ganz aus. Angeführt wird diese reagierende Interaktionsweise von Cluster 2.2. Der Therapeut öffnet sich also der Patientin gegenüber. Es findet keine Sitzung ohne dieses Cluster statt.

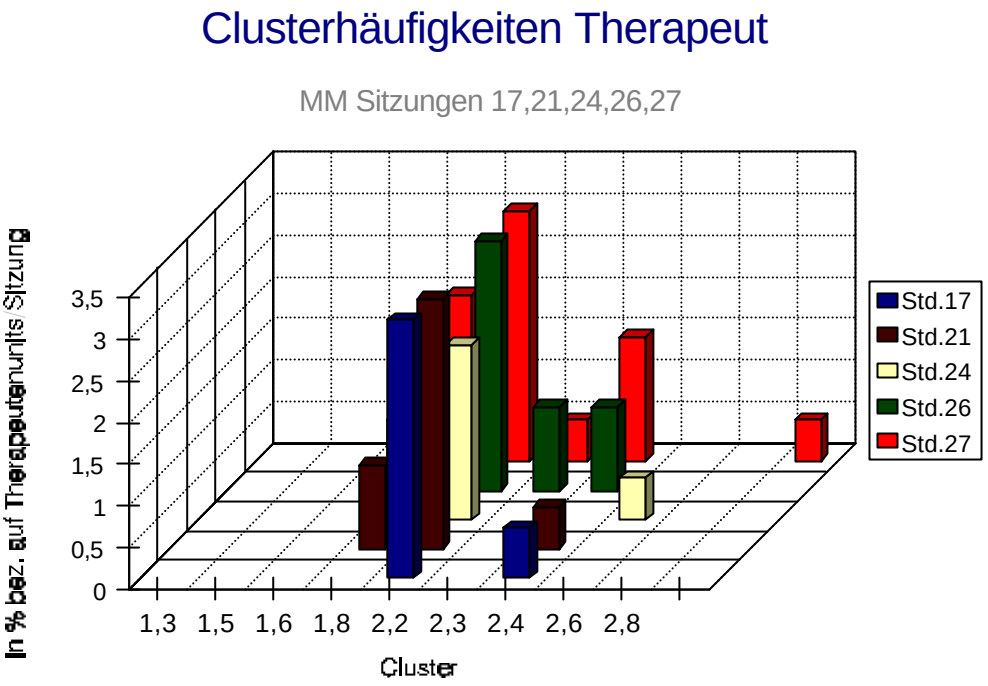
Der erste Gipfel findet sich in der achten Stunde mit einem Anteil von 3.9%, dann bleibt der Wert dieser Interaktionsqualität am Gesprächsanteil relativ konstant zwischen 2 und 3%. Am zweithäufigsten kommt das Cluster 2.4 vor. Auch dieses Cluster findet sich in fast jeder kodierten Sitzung, bis auf Stunde 4, 12, 21, mit Maxima in der ersten (2,8%) und der letzten Sitzung (1,5%). Das heißt der Therapeut öffnet sich nicht nur der Patientin gegenüber, sondern läßt sich auch von ihr freundlich anleiten und unterstützen. Wenn man das Patientenverhalten mit von 1.4/1.5 dominierten Transaktionen betrachtet, könnte man hier fast von einer Rollenvertauschung sprechen. Die größte Variationsbreite der ansonsten vom Therapeuten gebrauchten Cluster findet sich in den ersten beiden Stunden. Hier findet man mit Werten zwischen 0,2% und 1,3% die Cluster 1.3, 1.5, 1.6, 1.8, 2.3, 3.6. Im späteren Verlauf nimmt die Variationsbreite ab, und auf dem transitiven Fokus findet man ab Stunde 17 nur noch negativ affiliative Äußerungen, angeführt von 1.8, das in der letzten Stunde seinen höchsten Wert mit 2% erreicht. Der Therapeut übersieht und ignoriert die Patientin. Cluster 1.6 findet man nur sporadisch nach der zweiten auch in der achten Stunde hier allerdings mit 2% und in der letzten Stunde wieder mit 0,5%. Cluster 1.6 repräsentiert beschuldigendes und bestrafendes Verhalten. Die Cluster 1.3 also liebevolle Annäherung, und 2.3 also Sich- freudevoll-Verbinden finden sich außer in den ersten beiden Stunden nur noch in Sitzung 12 mit jeweils 0,5%.

Aus der Analyse der Clusterhäufigkeiten für den Therapeuten MM läßt sich bis an diese Stelle festhalten:

Die Haltung im Prozeß ist auch von seiten des Therapeuten nahezu immer freundlich. Ganz eindeutig dominieren die Cluster 1.2 und 1.4 den therapeutischen Prozeß. Abweichend davon benutzt der Therapeut in erster Linie Cluster 2.2/ 2.4, ist also freundlich reaktiv. Im zweiten Teil der Therapie benutzt der Therapeut gelegentlich das Cluster 1.8, er übersieht die Patientin also, und agiert damit einen Teil ihres CMP aus. Zum Therapieende steigert sich der Gebrauch dieses Clusters leicht.



ohne Cluster 1.2 & 1.4



ohne Cluster 1.2 & 1.4

Zum Abschluß der Darstellung der Clusterhäufigkeiten der Therapie MM noch einmal eine Zusammenfassung der wichtigsten Punkte:

Die Haltung im Prozeß ist sowohl von der Patientin als auch vom Therapeuten, wie für eine Psychotherapie erwartet, überwiegend freundlich mit starker Dominanz der Cluster 1.2/1.4 für den Therapeuten und 2.2/2.4 für die Patientin.

Als abweichende Cluster treten von seiten der Patientin vornehmlich Cluster 1.4 und 1.5, von seiten des Therapeuten hauptsächlich Cluster 2.2 und 2.4 auf.

Disaffiliative Cluster von seiten der Patientin sind generell sehr selten und treten innerhalb der ersten vier Stunden so gut wie überhaupt nicht auf. Auch von seiten des Therapeuten findet man zu Beginn so gut wie keine disaffiliative Kommunikation, im zweiten Teil der Therapie tritt häufiger das Cluster 1.8 auf.

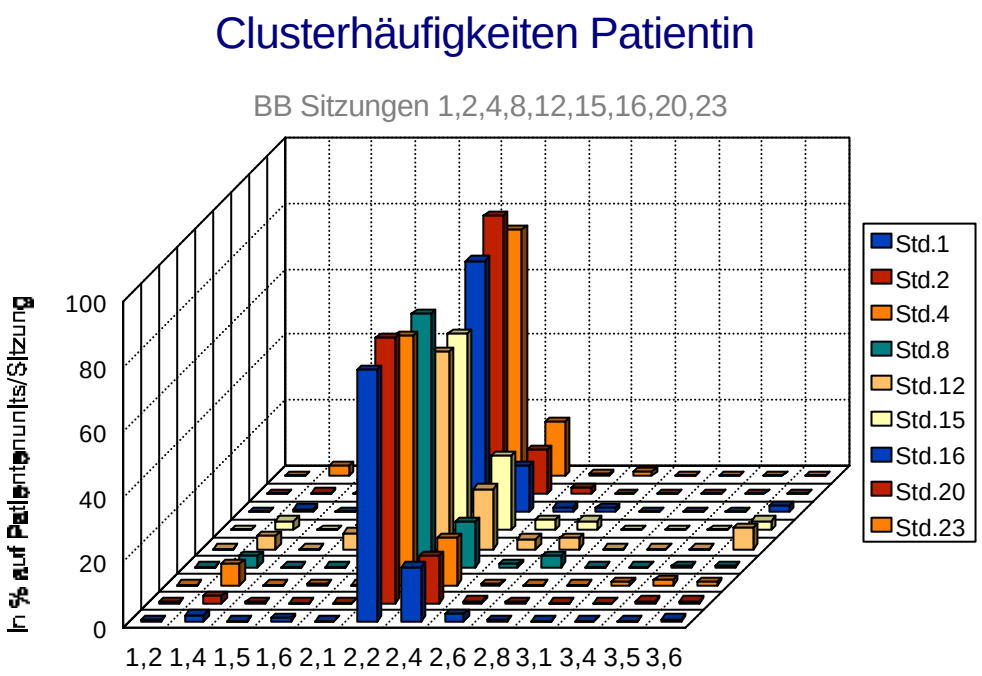
Von den Clustern des Patientinnen-CMP treten nur sehr wenige selten in Erscheinung. Von seiten der Patientin tritt nur das Cluster 1.5 in erwähnenswertem Maße auf, von seiten des Therapeuten nur das Cluster 1.8.

5.3.1.2 Therapie BB

Patientin

Zum Vergleich sollen im folgenden Abschnitt die Clusterhäufigkeiten der Patientin aus der Therapie BB dargestellt werden.

Es tritt auch hier wieder erwartungsgemäß eine freundlich offene (Cluster 2.2) bzw. eine vertrauensvolle (Cluster 2.4) Haltung am weitaus häufigsten auf. Das Cluster 2.2 liegt die meiste Zeit bei Werten um ca. 80%. Nur in Stunde 12 und 15 sind die Werte mit ca. 60% etwas niedriger. Das Cluster 2.4 verläuft mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von ungefähr 15%, Abweichungen findet man auch wieder in Stunde 12 und 15 mit Werten von 18,3% bzw. 22,7%.

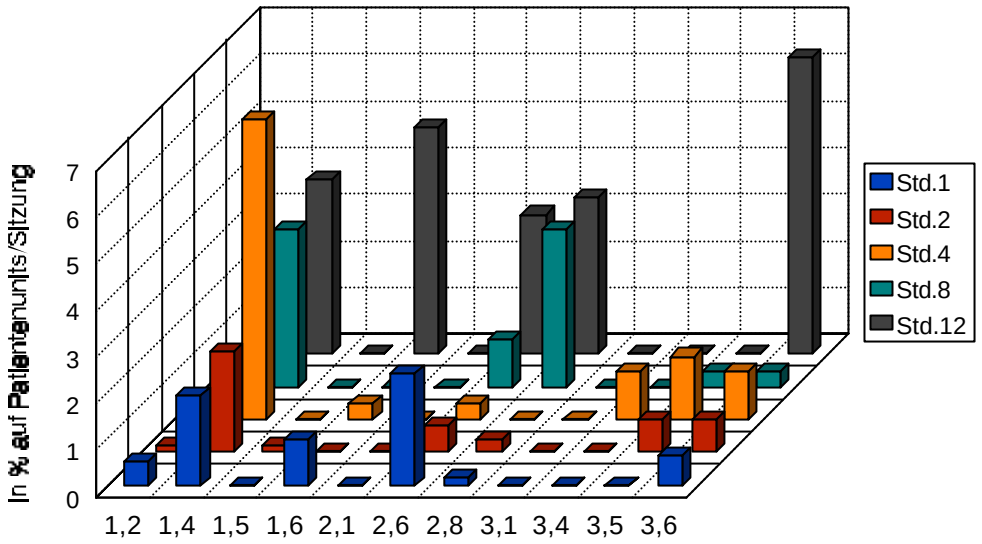


alle Cluster

Die Cluster 2.2 und 2.4 wiederum ausgeschlossen, stellt die folgende Graphik die quantitativ selteneren, jedoch qualitativ bedeutsameren anderen Cluster heraus. Zur besseren Übersicht sollen wiederum zwei Graphiken verwendet werden.

Clusterhäufigkeiten Patientin

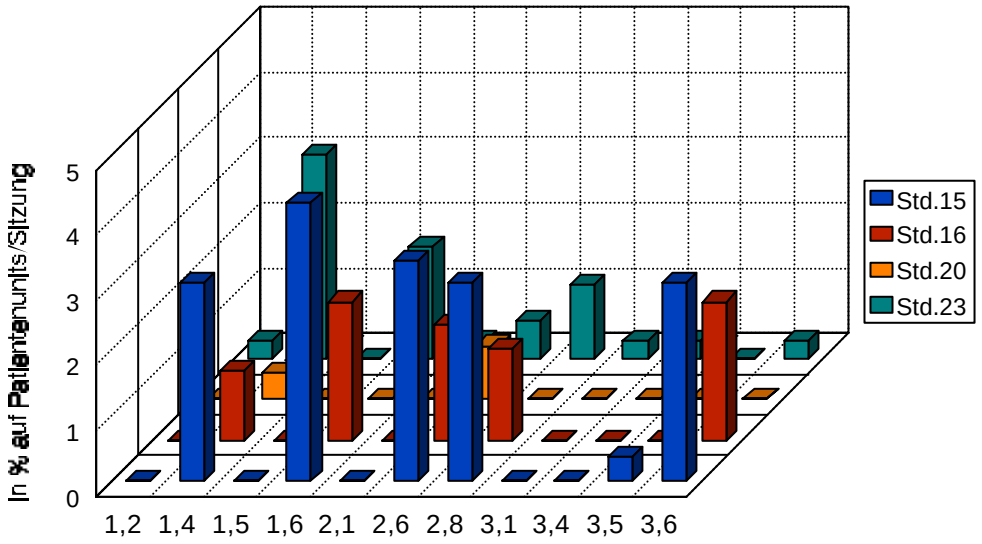
BB Sitzungen 1,2,4,8,12



ohne Cluster 2.2 & 2.4

Clusterhäufigkeiten Patientin

BB Sitzungen 15,16,20,23



ohne Cluster 2.2 & 2.4

Zunächst fällt auf, daß die Patientin BB (außer 2.2 und 2.4) nicht nur zum Teil andere „problematische“ Cluster benutzt als die Patientin MM, sondern diese auch wesentlich häufiger einsetzt. Während die letztere andere Cluster im Mittel mit knapp 3% verwendet, benutzt die erstere

diese im Mittel mit ca. 10%. Desweiteren findet man eine größere Streuung der anderen Cluster. Während sich die Patientin MM nahezu ausschließlich kontrollierend (von freundlich-kontrollierend bis neutral-kontrollierend, Cluster 1.4, 1.5) verhält und sich damit auf dem transitiven Fokus bewegt, durchzieht das Verhalten der Patientin BB alle drei Foci, obwohl auch sie sich überwiegend im positiven Bereich der Interdependenzachse bewegt. Es scheint insgesamt jedoch im Therapieverlauf mehr zu „passieren".

Die Cluster, die außer 2.2 und 2.4 von der Patientin BB im Therapieverlauf benutzt werden, sind folgende: 1.2, 1.4, 1.5, 1.6, 2.1, 2.5, 2.8, 3.1, 3.4, 3.5 und 3.6.

Auf dem transitiven Fokus dominiert wie bei der Patientin MM kontrollierendes Verhalten. Anders als bei dieser kommt bei der Patientin BB affektneutrale Kontrolle (Cluster 1.5) so gut wie überhaupt nicht vor, nur in Stunde 2 mit 0,14%. Freundliche Kontrolle (Cluster 1.4) hingegen durchzieht, ähnlich wie bei Therapie MM, den ganzen Therapieverlauf. Die Werte sind zwischen 0,41% (Std. 20) und maximal 6,42% in Stunde 4 insgesamt höher angesiedelt. Freundliches Bestätigen und Verstehen (Cluster 1.2) findet man nur selten am Anfang (Std.1: 0,48% , Std.2: 0,14%) und am Ende der Therapie (Std.23: 0,23%).

Ein weiterer wichtiger Unterschied bei Betrachtung der Clusterhäufigkeiten beider Patientinnen ist, daß bei der Patientin BB weitaus mehr feindseliges Verhalten auftritt. Dies betrifft alle drei Foci, durchzieht den gesamten Therapieverlauf, besonders jedoch die mittleren Therapiesitzungen.

Das Cluster 1.6 z. B., also feindselige Kontrolle, kommt in der Therapie MM nur in der 27. Stunde mit 1,4% vor, in der Therapie BB hingegen kommt es außer in Sitzung 2, 8 und 20 in jeder Stunde vor, mit Spitzenwerten in Stunde 12 und 15 (4,87% und 4,27%).

Auf intransitiver Ebene findet man beleidigte Rechtfertigung und Gekränkt-Sein (Cluster 2.6) über den ganzen Therapieverlauf mit Werten zwischen 0,34% und 3% und feindselige Abschottung (Cluster 2.8) im nahezu gesamten Therapieverlauf (außer Stunde 4 und 20) mit Werten zwischen 0,16% und 3,39%. Der Gipfel liegt für diese beiden Cluster, wie schon für das Cluster 1.6, im mittleren Therapieabschnitt, besonders in den Stunden 12 und 15, (Cluster 2.6: 3%; 3,38% / Cluster 2.8: 3, 37%; 3,03%), für das Cluster 2.8 auch in Stunde 8 (3,39%).

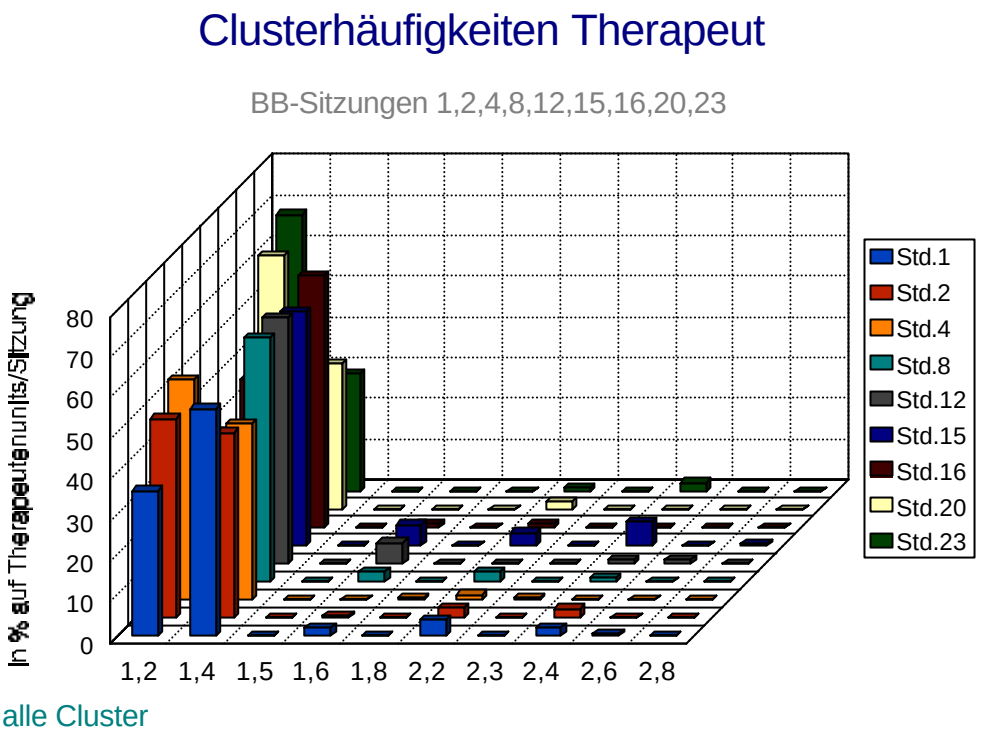
Das häufige Auftreten von feindseligen Clustern im mittleren Therapieabschnitt spiegelt den auf inhaltlicher Ebene ausgetragenen Wunsch der Patientin nach Therapieabbruch wider. Desweiteren kommt auf intransitiver Ebene nur noch das Cluster 2.1, also das Bestreben nach Ablösung und Freiheit, in Stunde 23 mit 0,28% vor.

Auf Introjekt-Ebene überwiegt mit Cluster 3.6 Selbsterniedrigung und Selbstanklage. Dieses Cluster kommt außer in Sitzung 20 in jeder Stunde vor. Gipfel sind wiederum in Stunde 12 und 15 mit Werten von 6,37% und 3,03%. Daneben kommen auch affektneutrale Selbstkontrolle (Cluster 3.5), besonders zu Beginn der Therapie (Std.2: 0,71%; Std.4: 1,35% und Std.8: 0,34%) vor. Ganz sporadisch nur tauchen Selbstfürsorge (Cluster 3.4 in Std.4: 1,01% und Std.24: 0,28%) und freie Spontanität (Cluster 3.1 in Std.24 mit 0,28%) auf. Es läßt sich aber keine positive Introjektänderung so wie bei der Therapie MM feststellen.

Zusammengefaßt läßt sich festhalten, daß die Verteilung der Häufigkeiten der benutzten Cluster bei beiden Patientinnen sehr verschieden ausfällt. Der wichtigste Unterschied ist wahrscheinlich, daß von seiten der Patientin BB weitaus mehr feindseliges Verhalten eingesetzt wird, das betrifft besonders die mittleren Therapieabschnitte, aber in gewissem Maße auch den Rest der Therapie und damit die wichtigen vier ersten Sitzungen. Besonders in Stunde 12 und 15 treten die Cluster des CMP von seiten der Patientin verstärkt in Erscheinung. Sie verhält sich im Prozeß dem Therapeuten gegenüber gehäuft feindselig mit Cluster 1.6, schottet sich ab, Cluster 2.8, verhält sich gekränkt, Cluster 2.6, bei einem schlechten Introjekt, das von Selbstanklage (Cluster 3.6) geprägt ist. Diese CMP-Cluster nehmen aber zum Ende der Therapie ab. Das CMP wird also wieder verlassen von seiten der Patientin. Wird die Krise gemeistert? Dagegen spricht, daß sich das Introjekt der Patientin kaum zum Positiven verändert. Auch der häufige Gebrauch von disaffiliativen Clustern deutet eher auf eine schlechte Prognose hin. Offen bleibt an dieser Stelle allerdings noch, wie sich der Therapeut im Prozeß mit der Patientin verhält. Dies soll nun im nächsten Abschnitt betrachtet werden.

Therapeut

Bei Betrachtung der gesamten Clusterhäufigkeiten des Therapeuten BB fällt auf, daß dieser im Vergleich zum Therapeuten MM weitaus mehr freundliche Kontrolle einsetzt. Während der letztere das Cluster 1.4 über die ganze Therapie hinweg mit einer relativen Häufigkeit zwischen 20 und 30% einsetzte, werden beim ersteren, besonders in den mittleren Therapieabschnitten, Spitzenwerte von 60% für dieses Cluster erreicht. Der Mittelwert liegt bei 50% und ist damit doppelt so hoch wie für den Therapeuten MM. Das Cluster 1.2 wird vom Therapeuten BB im Schnitt mit 44% benutzt und ist damit entsprechend den hohen Werten des Clusters 1.4 wesentlich niedriger als beim Therapeuten MM, der dieses Cluster mit einer Häufigkeit zwischen 60 und 80% verwendet.



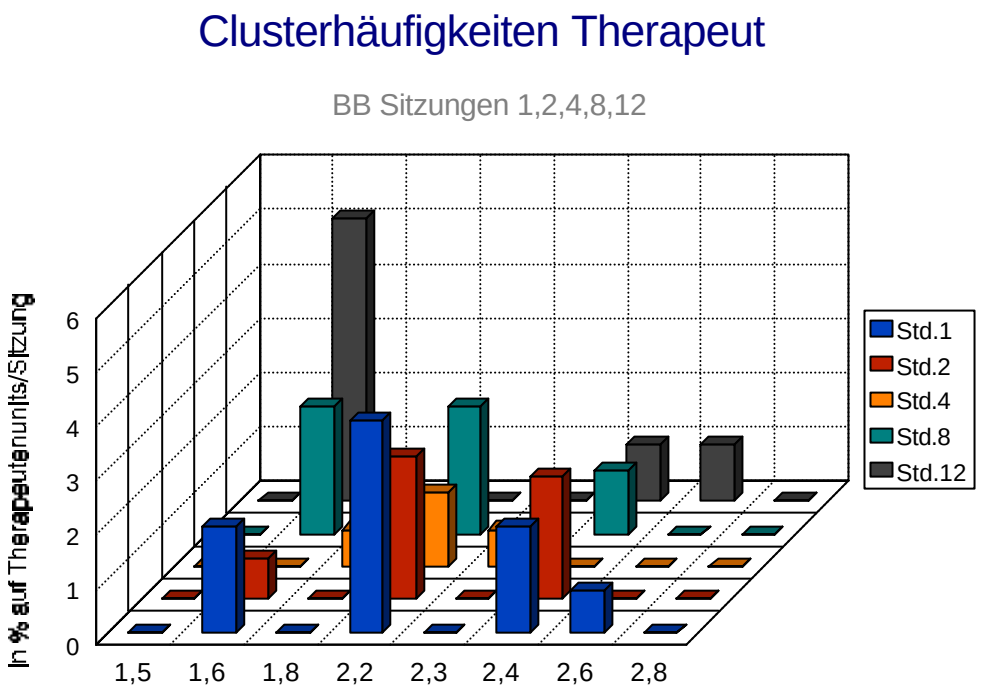
alle Cluster

Das Augenmerk soll nun auf die von 1.2 und 1.4 verschiedenen Cluster gerichtet werden. Der Therapeut BB benutzt diese Cluster im Durchschnitt mit einer Häufigkeit von 6% und damit nur geringfügig häufiger als Therapeut MM (4,2%).

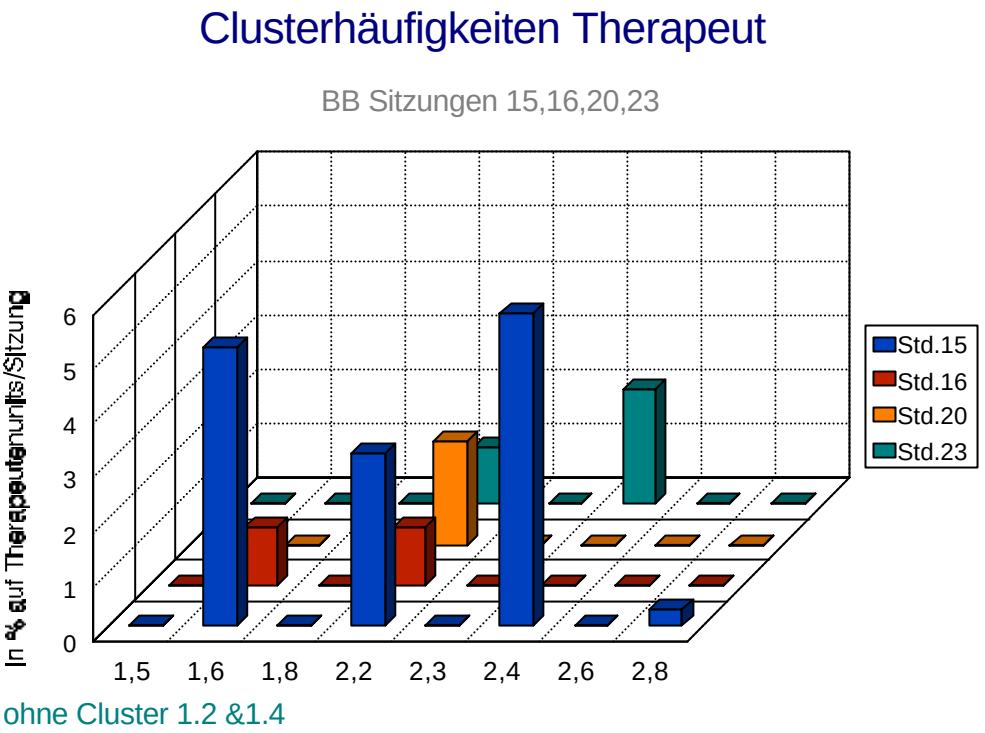
Das häufigste von 1.2 und 1.4 verschiedene, vom Therapeuten MM eingesetzte Cluster ist 2.2, gefolgt von Cluster 2.4. Auch der Therapeut BB benutzt die Cluster 2.2 und 2.4 sehr häufig. Das Cluster 2.2 findet sich in fast jeder Stunde (außer Stunde 12) mit Häufigkeiten zwischen 1,05% und 3,9%. Die Spitzenwerte sind zu Beginn der Therapie mit 3,9% und in Stunde 15 mit 3,19%. Das Cluster 2.4 erscheint ebenfalls in nahezu jeder Sitzung (außer 4, 16 und 20), mit einem Spitzenwert von 5,75% in Stunde 15. Die anderen Cluster des intransitiven Fokus kommen nur sporadisch zum Einsatz. Das Cluster 2.3, also liebevolle Annäherung, taucht nur in Stunde 4 mit 0,68% auf, das Cluster 2.6, beleidigte Rechtfertigung, kommt nur in Stunde 1 (0,77%) und in Stunde 12 (1,04%) zum Einsatz und Cluster 2.8, Abschottung, erscheint nur in Stunde 15 mit 0,32%.

Das eher kontrollierende Verhalten des Therapeuten BB im Vergleich zum Therapeuten MM spiegelt sich auch im disaffilativen Verhalten auf dem transitiven Fokus wider. Während man beim Therapeuten MM vorwiegend ein Übersehen der Patientin feststellen konnte (Cluster 1.8), kommt dieses Cluster beim Therapeuten BB nur in Stunde 4 mit 0,68% zur Anwendung. Letzterer hingegen setzt häufiger feindselige Kontrolle ein (Cluster 1.6), welche sich fast durch die komplette Therapie

zieht. Der Gipfel liegt in den mittleren Therapieabschnitten mit einem Maximalwert von 5,21% in Stunde 12. In den letzten beiden Therapiesitzungen kommt dieses Cluster dann allerdings nicht mehr vor. Die Feindseligkeit des Therapeuten BB reflektiert das Patientenverhalten, welches ebenfalls am feindseligsten in den mittleren Therapieabschnitten ist.



ohne Cluster 1.2 & 1.4



Noch einmal kurz zusammengefaßt die Charakteristika der Clusterhäufigkeiten für den Therapeuten BB:

Cluster 2.2 und 2.4 scheinen sowohl bei Therapeut BB als auch bei Therapeut MM eine wichtige Rolle zu spielen. Sie werden von beiden Therapeuten nahezu in jeder Sitzung benutzt. Beide übernehmen damit zwischenzeitlich auch eine passiv/reagierende Haltung, was einem normalen interaktiven Prozeß entspricht, indem sich die Interaktionspartner im Wechsel aktiv bzw. passiv verhalten. Das Gleichgewicht in einer Therapie ist allerdings natürlich ganz klar zu einer Seite verschoben. Insgesamt ist der Therapeut BB kontrollierender und stärker feindselig als der Therapeut MM. Diese feindselige Haltung tritt zumeist als feindselige Kontrolle (Cluster 1.6) in Erscheinung. Das Cluster 1.6 z.B. zieht sich durch die gesamte Therapie BB. Die Spitzenwerte in den mittleren Therapiestunden korrespondieren zum ebenfalls zu diesen Zeitpunkten höchst feindseligen Verhalten der Patientin. Wichtig ist aber, daß das Cluster 1.6 zum Ende aus dem Prozeßrepertoire des Therapeuten verschwindet, so daß man sich die Frage stellt, ob eine disaffiliative Krise, in die auch der Therapeut eingetaucht ist, am Ende gemeistert wurde. Insgesamt benutzt der Therapeut zwar nur äußerst selten Cluster des Patientinnen-CMP, und auch das Cluster 1.6 gehört streng genommen nicht dazu, aber schon zu Beginn der Therapie, und damit in den

hypothetisch essentiellen ersten vier Stunden, taucht gehäuft Feindseligkeit im Therapeutenprozeß auf, was sicherlich als prognostisch ungünstig zu bewerten ist.

5.3.2 Analyse der Sprecherwechsel

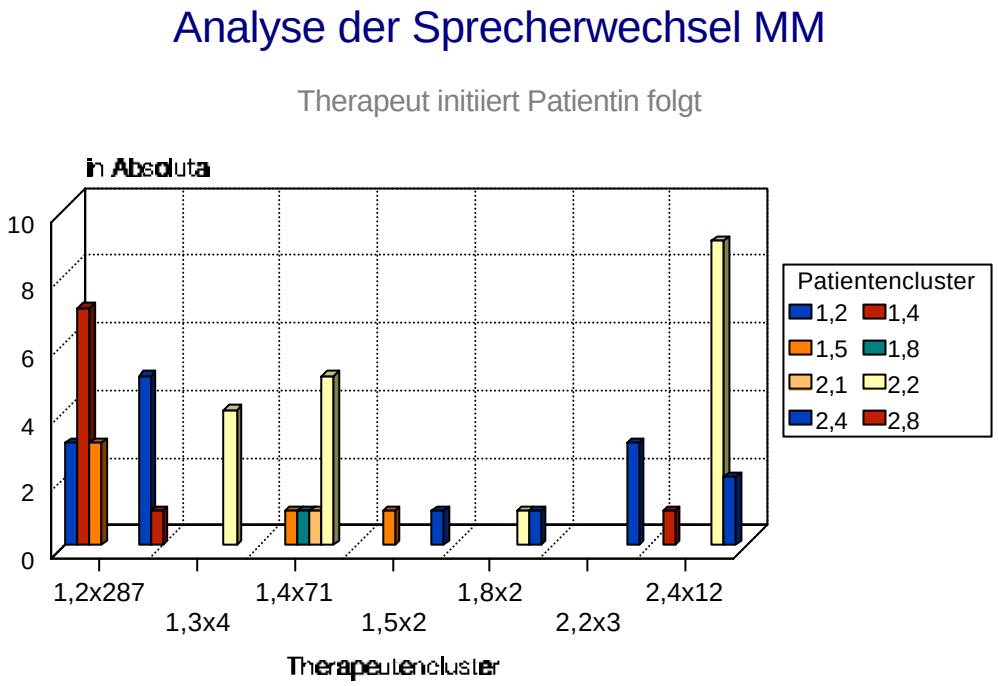
Das Problem bei der isolierten Darstellung der Clusterhäufigkeiten ist, daß direkte Reaktionen des Gegenübers auf eine Äußerung hin nicht erfaßt werden können. Die Stärke von SASB also, nämlich darzustellen, „wer sich wie verhält und wie jener darauf reagiert," bleibt ungenutzt. Hier kommt die Analyse der Sprecherwechselmomente ins Spiel. Mit ihr läßt sich das dynamische Wechselspiel von Interaktionen während einer Therapie zum Ausdruck bringen. Das Programm „FOLLOW" erfaßt Interaktionssequenzen zum Zeitpunkt der Sprecherwechsel. Es läßt sich also zeigen, wie der Interaktionspartner auf das vorhergehende Verhalten des anderen reagiert und vice versa.
Die folgenden Abbildungen zeigen für einige repräsentative Therapiesitzungen aus der Therapie MM und BB zunächst das initiierende Verhalten des Therapeuten (Abszisse) und die daraus resultierende Reaktion des Patienten, dann soll der umgekehrte Fall abgebildet werden. Die Darstellung von Interaktionssequenzen ist in besonderem Maße wichtig, um weitere Informationen darüber zu gewinnen, wie Therapeut und Patient in der therapeutischen Beziehung „schwingen". Ein beobachtenswerter Punkt wäre z.B., wie reagiert der Therapeut, wenn der Patient in sein CMP verfällt? Läßt er sich hineinziehen, und die Situation schaukelt sich hoch, oder durchbricht er es und gibt so dem Patienten eine Chance zu einer andersartigen Beziehungserfahrung? Interessant wäre auch zu sehen, ob der Therapeut von sich aus im Sinne von Gegenübertragung feindseliges Verhalten zeigt, und wie der Patient auf eine derartige Konfrontation reagiert. Desweiteren kann man z.B. anhand des Ausmaßes an negativer Komplementarität prognostische Aussagen zur Therapie machen. Denn hohe Anteile an negativer Komplementarität gelten neben einem hohem Maß an disaffiliativem Verhalten bzw. einem hohen Maß komplexer Kommunikation als Indikator für einen schlechten Therapieverlauf.

Therapie MM

Zunächst folgen graphische Darstellungen zur Analyse der Sprecherwechselmomente aus der Therapie MM. Die ersten Abbildungen zeigen ausschnitthaft, wie die Patientin auf eine Initiierung des

Therapeuten reagiert. Auch hier sollen wieder die unproblematischen Clusterabfolgen 1.2-2.2 & 1.4-2.4 herausgelassen werden, um kritische Interaktionsabfolgen besser hervorzuheben.

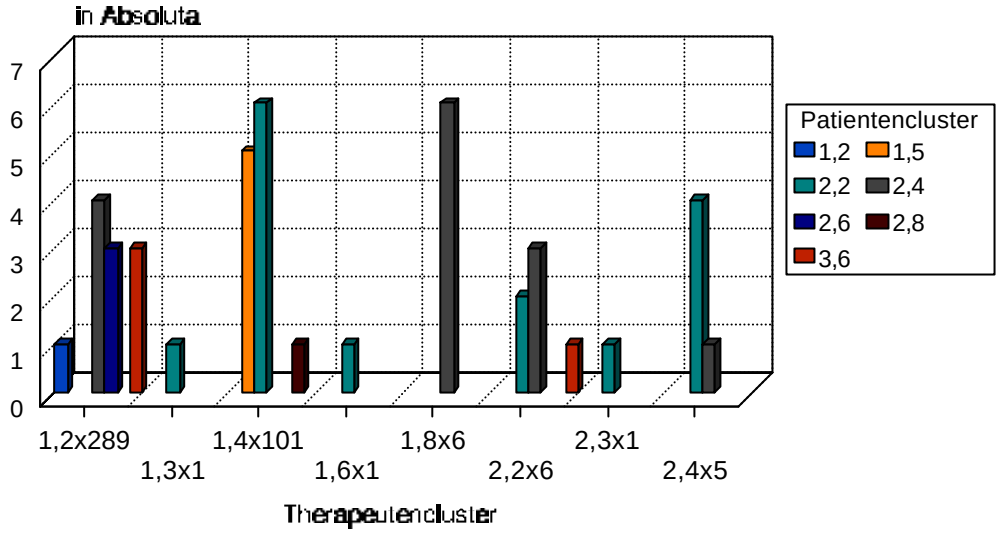
Die Häufigkeit einer Initiierung wurde jeweils mitangegeben, z.B. wurde 287 x mit Cluster 1.2 in Stunde 1 initiiert.



Std.1 ohne 1.2-2.2 & 1.4-2.4

Analyse der Sprecherwechsel MM

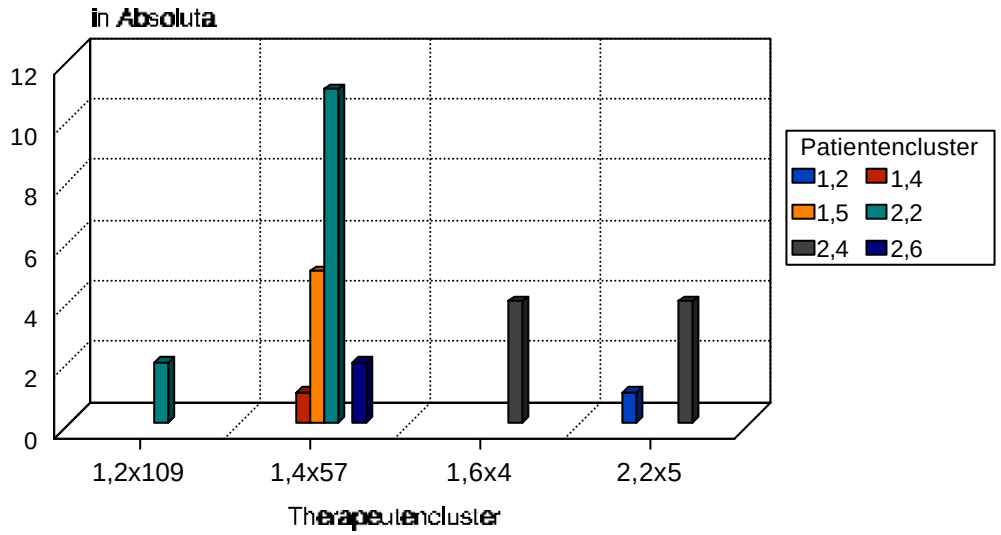
Therapeut initiiert Patientin folgt



Std.2 ohne 1.2-2.2 & 1.4-2.4

Analyse der Sprecherwechsel MM

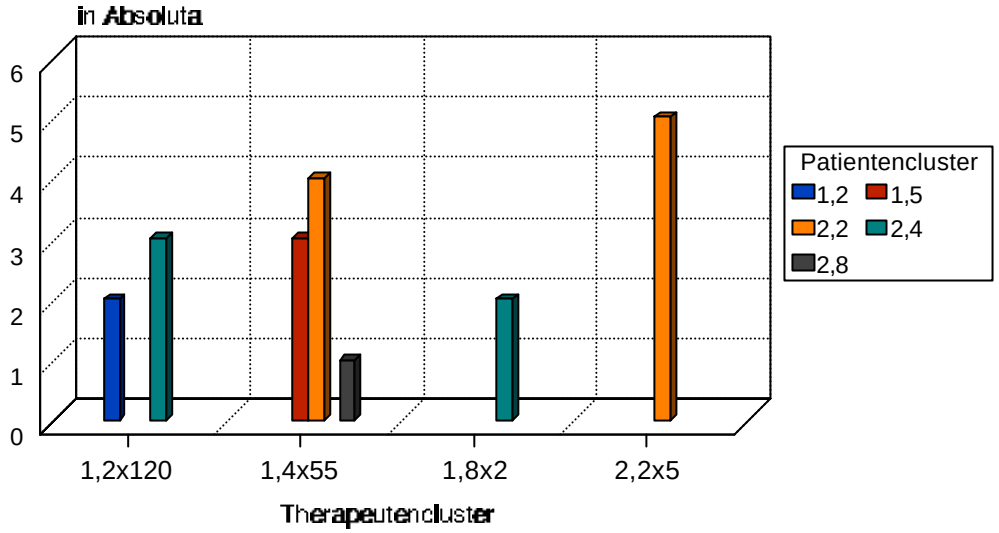
Therapeut initiiert Patientin folgt



Std.8 ohne 1.2-2.2 & 1.4-2.4

Analyse der Sprecherwechsel MM

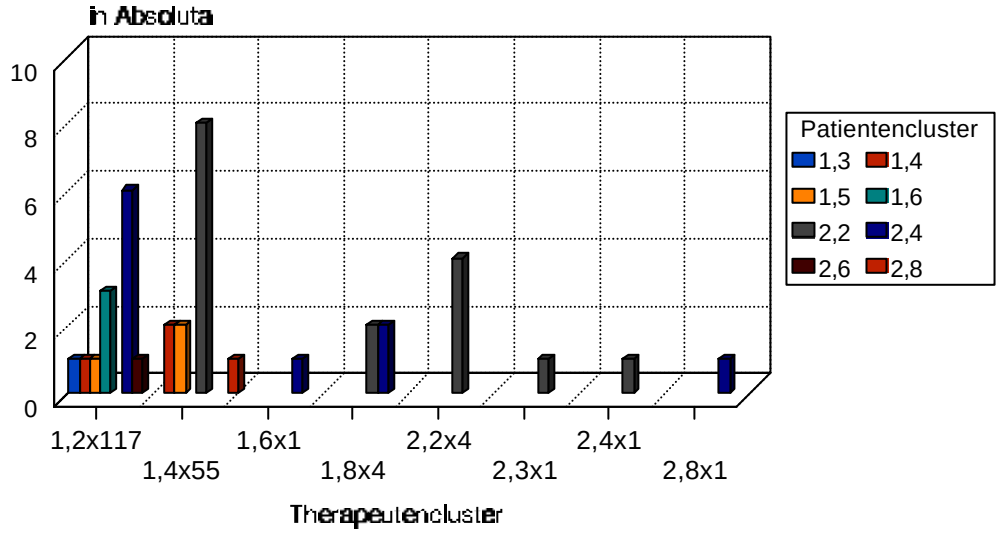
Therapeut initiiert Patientin folgt



Std.21 ohne 1.2-2.2 & 1.4-2.4

Analyse der Sprecherwechsel MM

Therapeut initiiert Patientin folgt

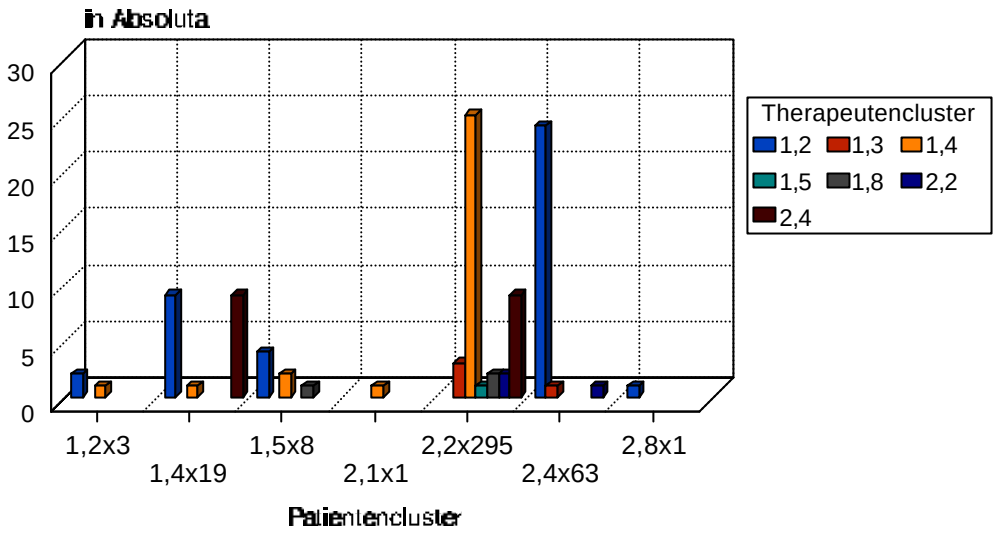


Std.27 ohne 1.2-2.2 & 1.4-2.4

Als nächstes nun eine Folge von Graphiken, welche ausschnitthaft den umgekehrten Fall darstellt, also wie der Therapeut auf eine Aktion der Patientin reagiert.

Analyse der Sprecherwechsel MM

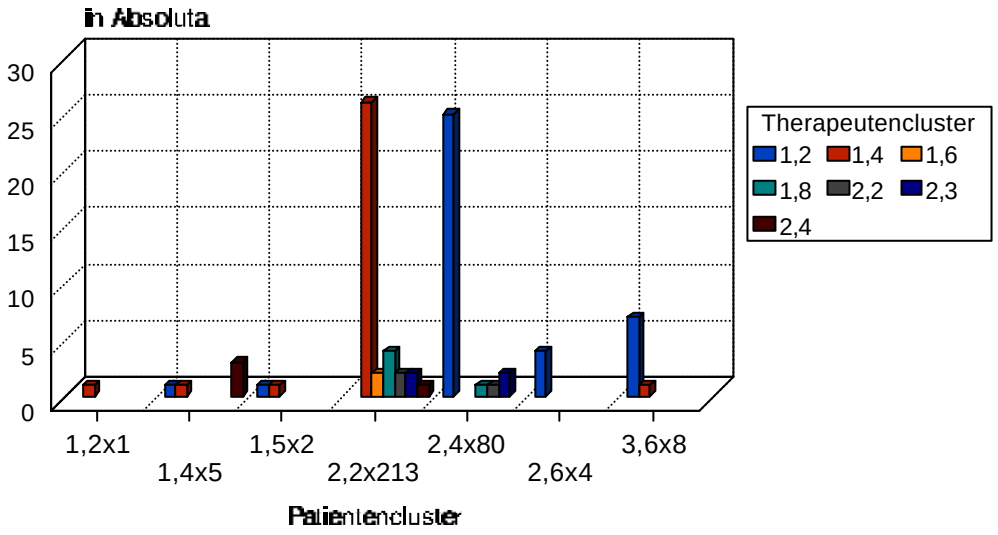
Patientin initiiert Therapeut folgt



Std.1 ohne 2.2-1.2 & 2.4-1.4

Analyse der Sprecherwechsel MM

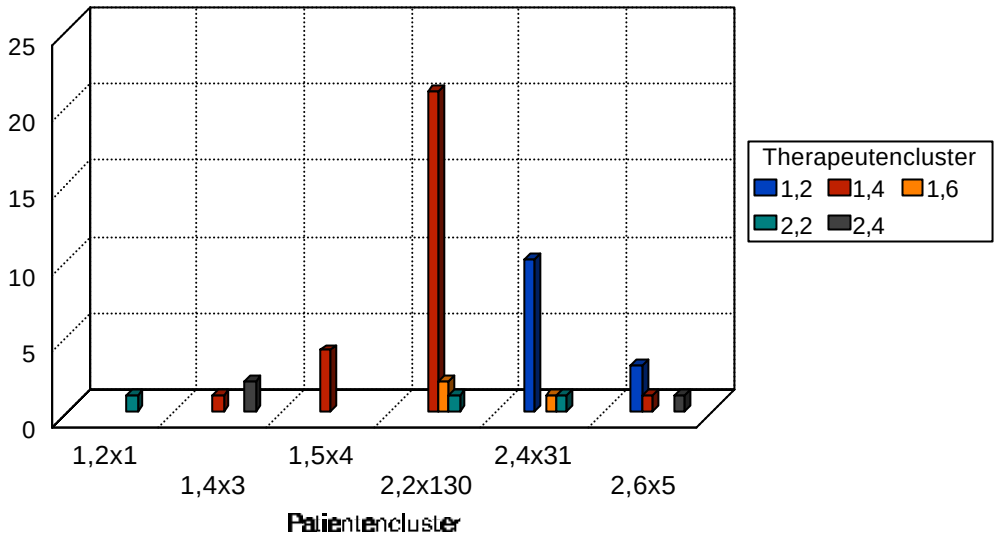
Patientin initiiert Therapeut folgt



Std.2 ohne 2.2-1.2 & 2.4-1.4

Analyse der Sprecherwechsel MM

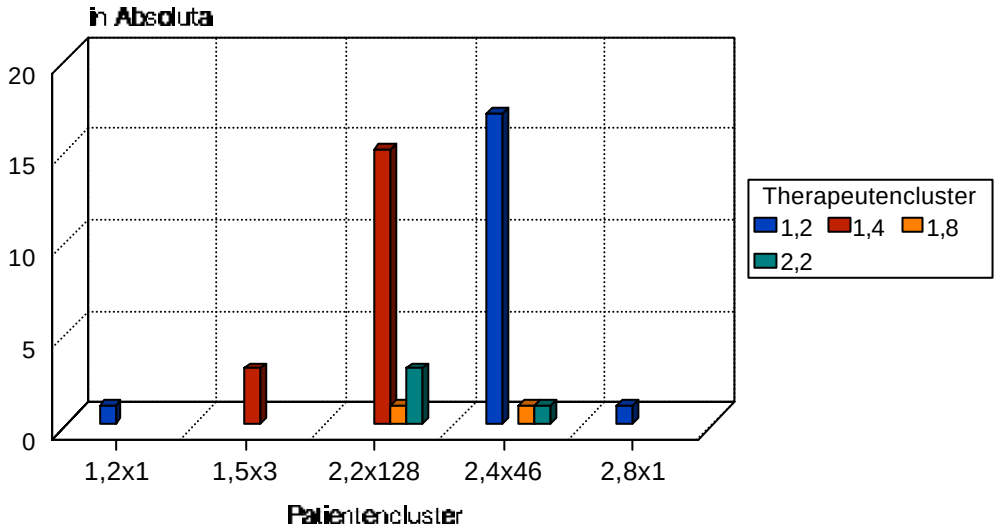
Patientin initiiert Therapeut folgt



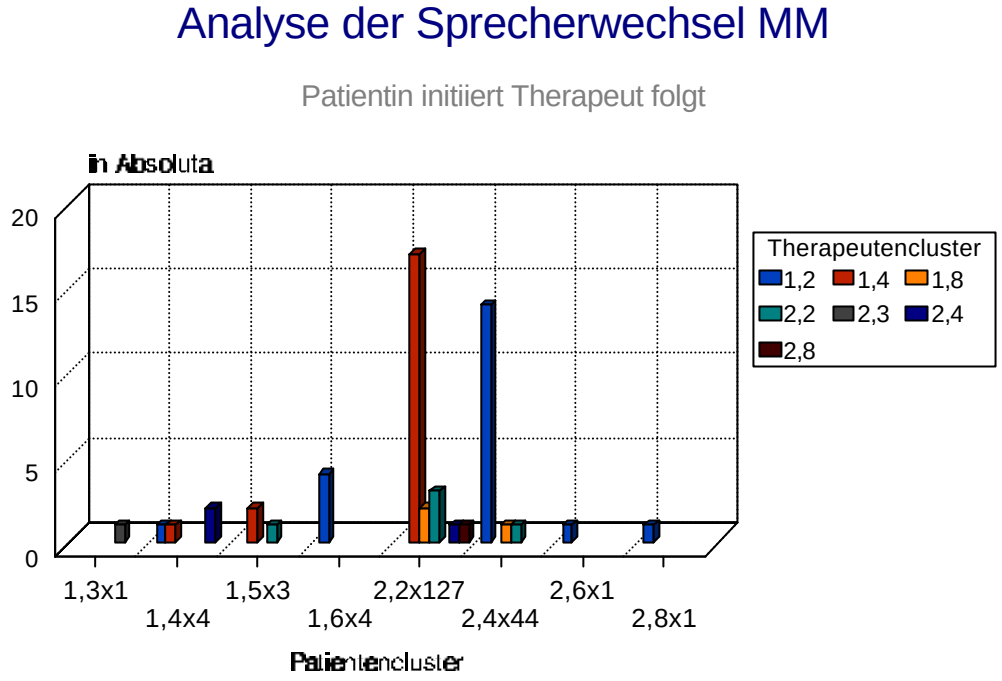
Std.8 ohne 2.2-1.2 & 2.4-1.4

Analyse der Sprecherwechsel MM

Patientin initiiert Therapeut folgt



Std.21 ohne 2.2-1.2 & 2.4-1.4



Std.27 ohne 2.2-1.2 & 2.4-1.4

Die vorhergehenden Graphiken zeigen nicht alle Sitzungen, sondern erfassen zur besseren Übersichtlichkeit nur punktuell das interaktive Geschehen in der Therapie MM.

Eine wichtige Beobachtung bei Betrachtung der Abbildungen ist, daß über die ganze Therapie MM hinweg sowohl von seiten des Therapeuten als auch von seiten der Patientin konstant sehr wenig disaffiliative Interaktionen stattfinden. In Stunde 4, 17 und 26 z.B. initiieren weder Therapeut noch Patientin disaffiliativ und in Stunde 12 und 24 tut dies nur der Therapeut. Für den Fall, daß doch einmal entweder Therapeut oder Patientin feindselig initiieren, läßt sich beobachten, daß beide jeweils ausschließlich positiv antithetisch darauf reagieren. Feindseliges Verhalten wird also mit freundlich zugewandtem beantwortet. Dies wurde insgesamt 14 Mal als Reaktion für die Patientin und 9 Mal als Reaktion für den Therapeuten dokumentiert. Anstelle sich von einer disaffiliativen Äußerung provozieren zu lassen, wird dies sofort im Ansatz mit einer freundlichen Reaktion durchbrochen. Die Folge davon ist zwar einerseits, daß die beiden nicht in einen Circulus vitiosus maligner Kommunikation abtauchen, andererseits kommt aber so auch nicht das CMP der Patientin zur vollständigen Darstellung im Prozeß zum Therapeuten, so daß auch die Bearbeitung fragwürdig bleibt.

Die folgende Tabelle stellt nochmals im Detail dar, wie oft Therapeut und Patientin jeweils zum Zeitpunkt der Sprecherwechsel disaffiliativ initiieren und wie der jeweils andere darauf reagiert.

Feindliche Initiative und Folgereaktion (tabellarische Übersicht)

Jeweils links des Pfeils ist die Initiative und rechts davon die Folgereaktion abgebildet.

Std.:	Therapeut initiiert:	Patientin initiiert:
1	2x 1.8 > 1x 2.2, 1x 2.4	1x 2.8 > 1x 1.2
2	1x 1.6 > 1x 2.2 1x1.8 > 1x 2.4	2x 3.6 > 1x 1.2, 1x 1.4 1x 2.6 >1x 1.2
8	4x 1.6 > 4x 2.4	5x 2.6 > 3x 1.2, 1x 1.4, 1x 2.4
12	1x 1.8 > 1x 2.4	
21	1x 1.8 > 1x 2.4	1x 2.8 > 1x 1.2
24	1x 1.8 > 1x 2.4	
27	1x 1.6 > 1x 2.4 2x 1.8 > 1x 2.2, 1x 2.4	1x 1.6 > 1x 1.2 1x 2.6 >1x 1.2 1x 2.8 > 1x 1.2

Negative Komplementarität findet also auf Prozeßebene zwischen Patientin und Therapeut überhaupt nicht statt. Die seltenen übersehenden (Cluster 1.8) oder herabsetzenden (Cluster 1.6) Äußerungen vom Therapeuten greift die Patientin freundlich und offen (Cluster 2.2) oder vertrauensvoll (Cluster 2.4) auf, anstelle sich abzuschotten (Cluster 2.8), sich beleidigt zu rechtfertigen (Cluster 2.6) oder gar einen Gegenangriff zu starten (Cluster 1.6).

Auch der Therapeut läßt sich von ab und zu auftretendem distanten und verschlossenen (Cluster 2.8) bzw. gekränkten (Cluster 2.6) oder sogar angreifenden (Cluster 1.6) Initiativen der Patientin nicht beirren. Er bleibt immer verständnisvoll (Cluster 1.2) und anleitend (Cluster 1.4).

Korrespondierend zum geringen Ausmaß an feindseligen Initiativen stellen sich die negativ antithetischen Verhaltenweisen dar, also die feindseligen Antworten auf freundlich gemeinte Transaktionen. Auch sie nehmen nur einen geringen Anteil in Relation zur Gesamtzahl der untersuchten Gedankeneinheiten ein. Die negative Antithese ist zwar nicht in ihrer prognostischen Funktion in den Hypothesen des Düsseldorfer Kurzzeittherapieprojekts erwähnt, ihre Bedeutung auf dem Gradmesser für maligne Interaktion und damit ihre prognostische Funktion für ungünstige Therapieverläufe ist jedoch vielleicht noch über der negativen Komplementarität anzusiedeln. Dies gilt besonders für den Therapeuten. Denn läßt sich im Falle von negativer Komplementarität der Therapeut noch vom starken interaktionellen Sog des feindseligen Patientenverhaltens bannen und zahlt es diesem mit gleicher Münze heim, so begegnet der Therapeut im Falle der negativen Antithese einem sich öffnenden freundlichen Patienten feindselig und schürt damit sicherlich maladaptive Beziehungserfahrungen des Patienten im Rahmen der Psychotherapie. Dies könnte man, wenn es denn in starkem Umfang auftaucht, als extrem ungünstiges Verhalten bezeichnen. Negative Antithesen von seiten des Patienten sind zumeist Ausdruck des maladaptiven Musters. Von seiten des Therapeuten deuten negative Antithesen ziemlich klar auf Gegenübertragungstendenzen hin.
Für den Therapeuten wurden insgesamt 18 und für die Patientin insgesamt 20 negative Antithesen erfaßt. Konzentrierten sich die feindseligen Initiativen für beide in erster Linie in der achten Stunde, so findet man zwar auch für die Häufigkeiten der negativen Antithesen wiederum einen parallelen Verlauf für Patientin und Therapeut, das Maximum befindet sich in Stunde zwei und damit früher in der Therapie. Die folgende Tabelle stellt Initiativen und negativ antithetische Folgereaktionen nochmals in einer Übersicht dar:

Negative Antithese

Links vom Pfeil ist jeweils die Initiative des Interaktionspartners zu finden, rechts die Reaktion der angegebenen Person:

Std.	**Therapeut reagiert**	**Patientin reagiert**
1	1x 1.5 > 1x1.8	1x 1.2 > 1x 2.8
	2x 2.2 > 2x 1.8	1x 1.4 > 1x 1.8
2	4x 2.2 > 4x 1.8	3x 1.2 > 3x 3.6
	1x 2.4 > 1x 1.8	1x 2.2 > 1x 3.6

		3x 1.2 > 3x 2.6
		1x 1.4 > 1x 2.8
8	2x 2.2 > 2x 1.6	2x 1.2 > 2x 2.6
		2x 1.4 > 2 x 2.6
12	2x2.2 > 2x 1.8	
21	1x 2.2 > 1x 1.8	1x 1.4 > 1x 2.8
	1x 2.4 > 1x 1.8	
24	1x 1.5 > 1x 1.8	
27	3x 2.2 > 2x 1.8, 1x 2.8	4x 1.2 > 3x 1.6, 1x 2.6
	1x 2.4 > 1x 1.8	1x 1.4 > 1x 2.8

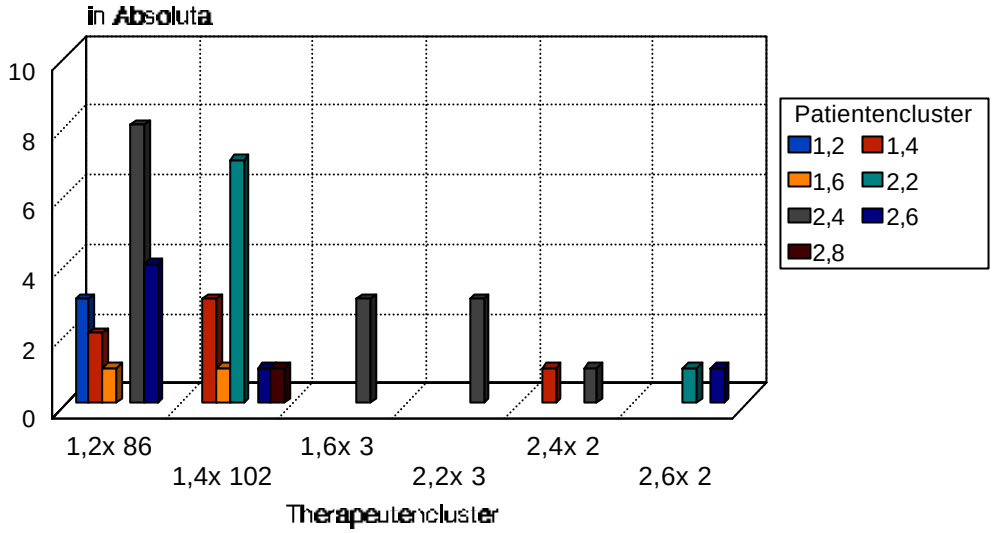
In Stunde 4, 17 und 26 findet man keine negativen Antithesen und in Stunde 12 und 24 ist die Patientin ausgenommen. In seinen negativ affiliativen Reaktionen verwendet der Therapeut vorwiegend das Cluster 1.8. Das heißt, er übersieht und ignoriert die Patientin, wenn sie sich ihm offen mitteilt (Cluster 2.2) oder wenn sie sich vertrauensvoll auf ihn stützt. Bei dieser findet man ein gemischtes Bild von Sich-Abschotten (Cluster 2.8), Sich-Rechtfertigen und Beleidigt-Sein (Cluster 2.6) und zu Beginn der Therapie auch Selbstanklage (Cluster 3.6).

5.3.2.2 Therapie BB

In der Therapie MM fiel bei der Betrachtung der Sprecherwechselmomente besonders das geringe Maß an Disaffiliation auf. An dieser Stelle sollen nun die Sprecherwechsel der Therapie BB analysiert werden. Voran wiederum eine ausschnitthafte graphische Darstellung zunächst davon, wie die Patientin auf Initiativen des Therapeuten reagiert, gefolgt vom umgekehrten Fall unter Auslassung der Clusterabfolgen 1.2-2.2 und 1.4-2.4.

Analyse der Sprecherwechsel BB

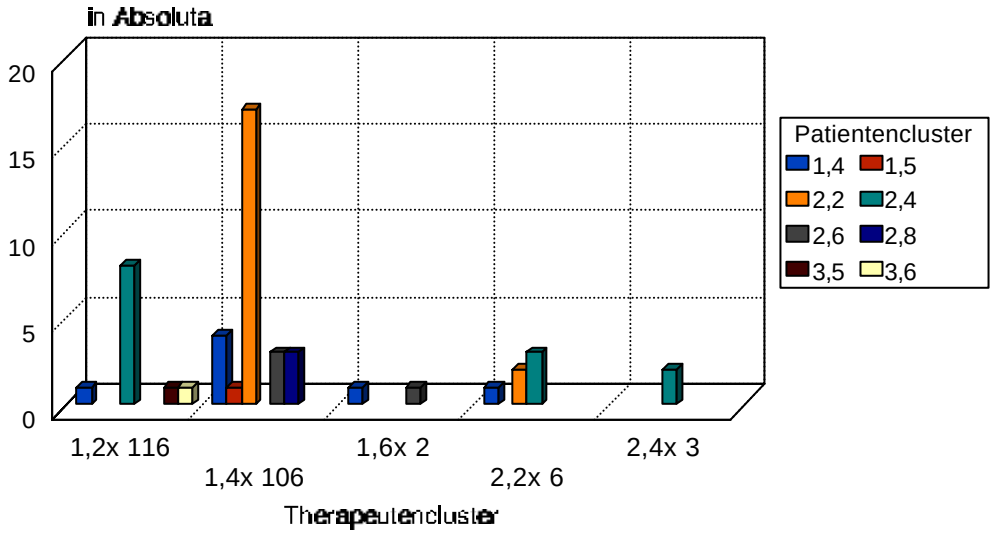
Therapeut initiiert Patientin folgt



Std.1 ohne 1.2-2.2 & 1.4-2.4

Analyse der Sprecherwechsel BB

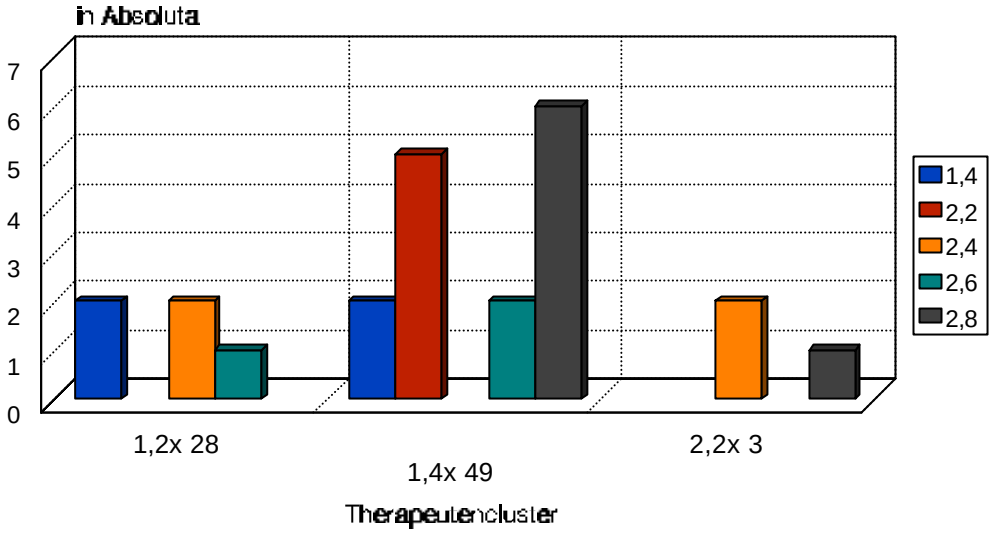
Therapeut initiiert Patientin folgt



Std.2 ohne 1.2-2-2 & 1.4-2.4

Analyse der Sprecherwechsel BB

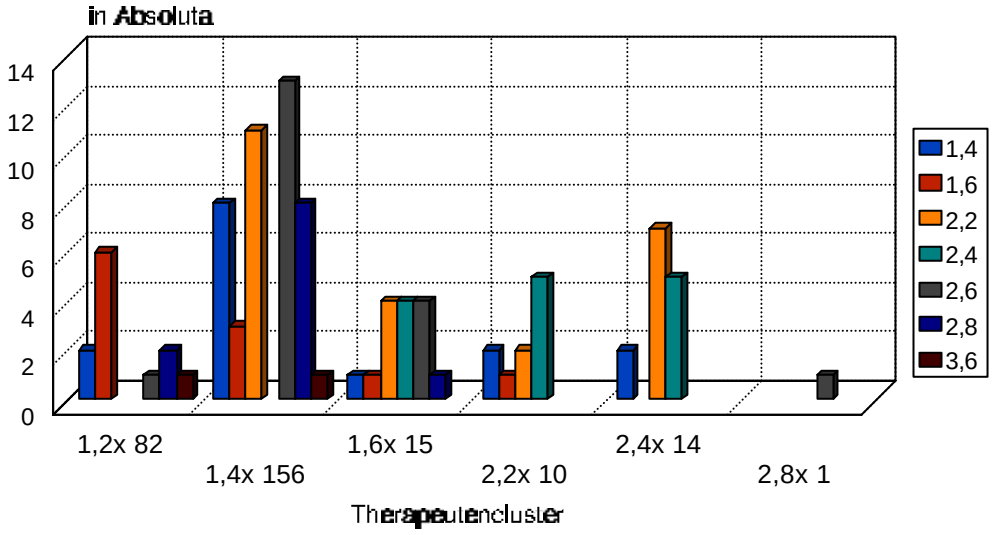
Therapeut initiiert Patientin folgt



Std.8 ohne 1.2-2.2 & 1.4-2.4

Analyse der Sprecherwechsel BB

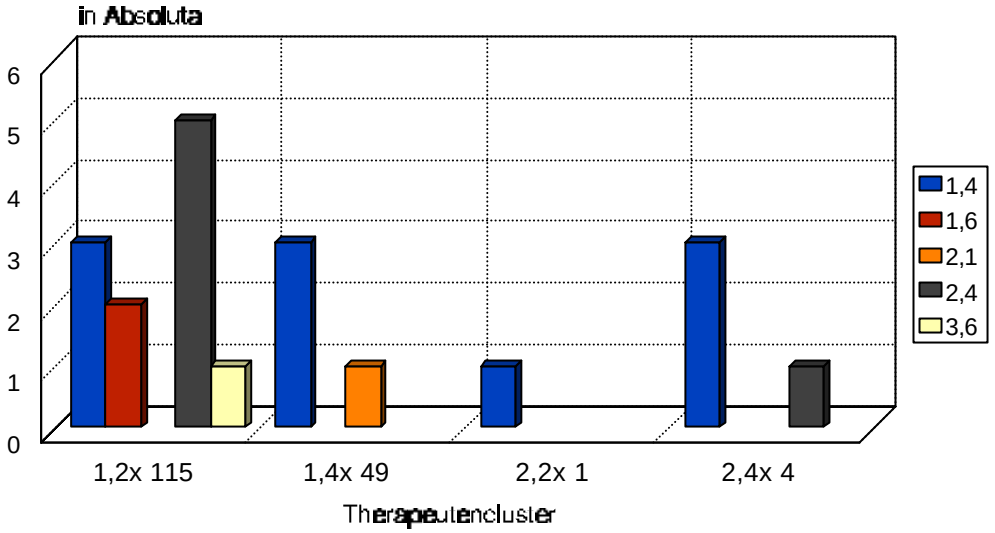
Therapeut initiiert Patientin folgt



Std.15 ohne 1.2-2.2 & 1.4-2.4

Analyse der Sprecherwechsel BB

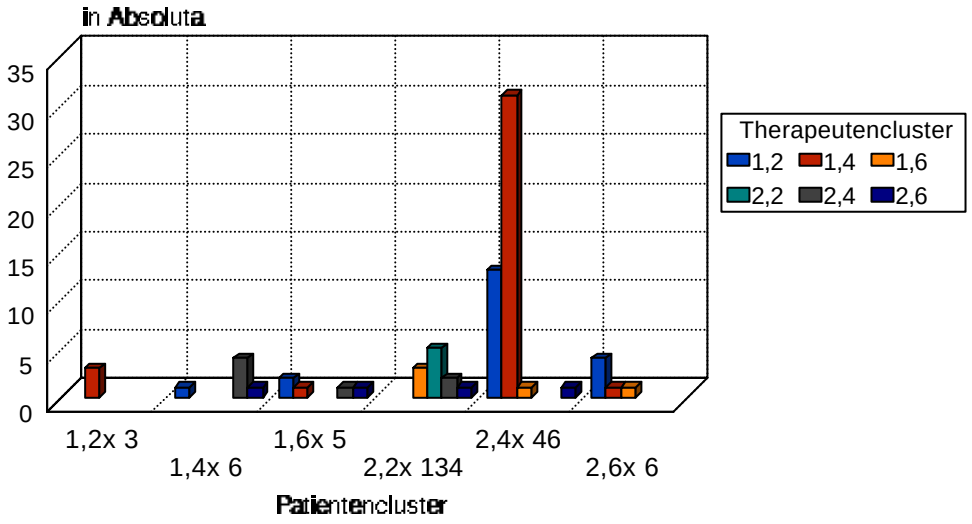
Therapeut initiiert Patientin folgt



Std.23 ohne 1.2-2.2 & 1.4-2.4

Analyse der Sprecherwechsel BB

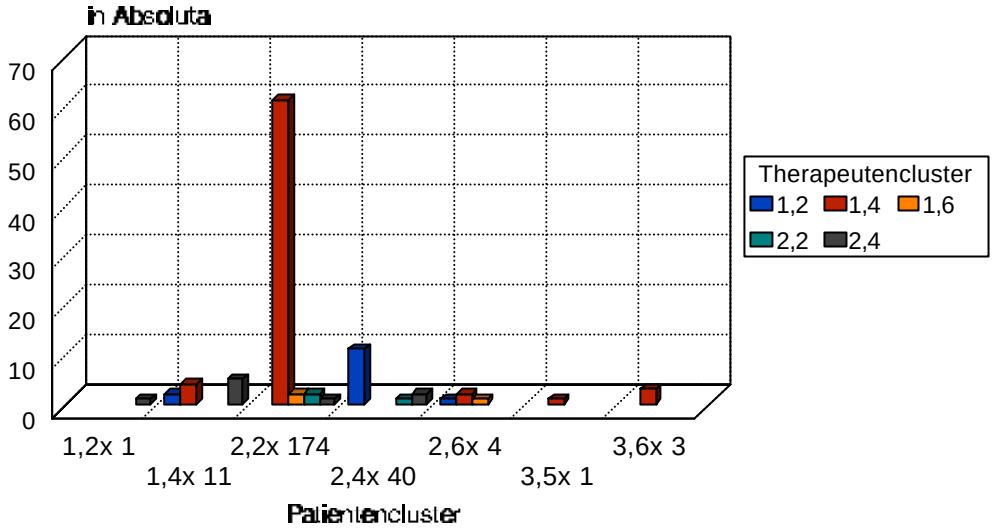
Patientin initiiert Therapeut folgt



Std.1 ohne 2.2-1.2, 2.4 -1.4 & 2.4-1.4

Analyse der Sprecherwechsel BB

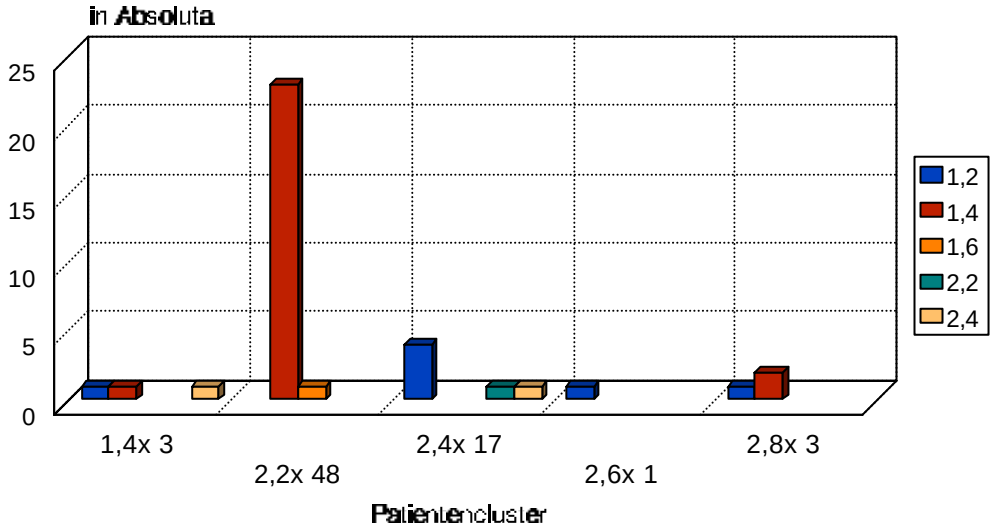
Patientin initiiert Therapeut folgt



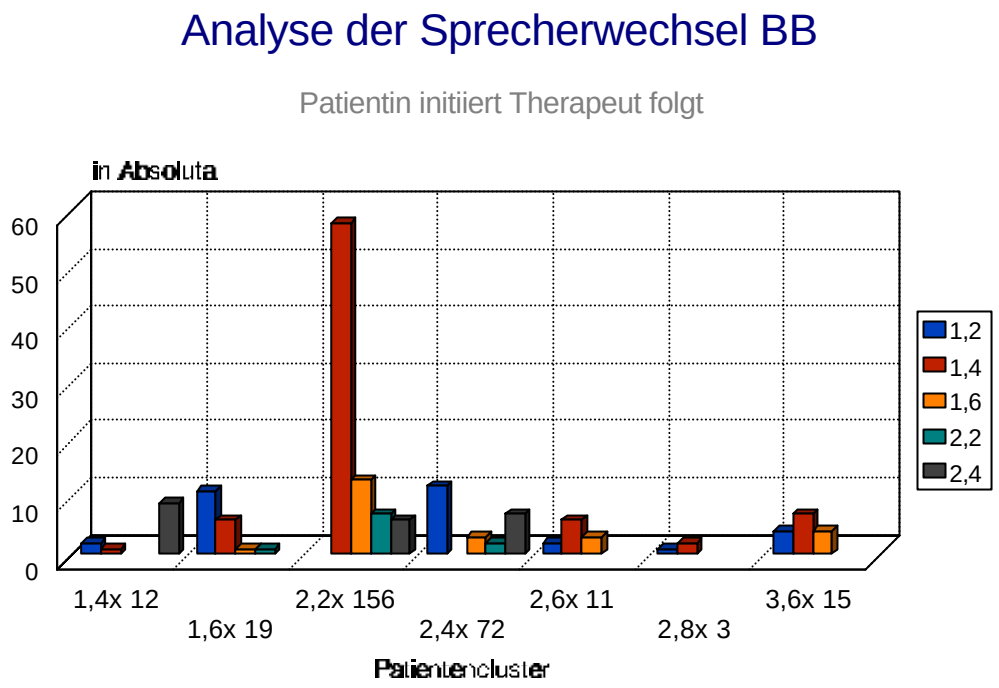
Std.2 ohne 2.2-1.2 & 2.4-1.4

Analyse der Sprecherwechsel BB

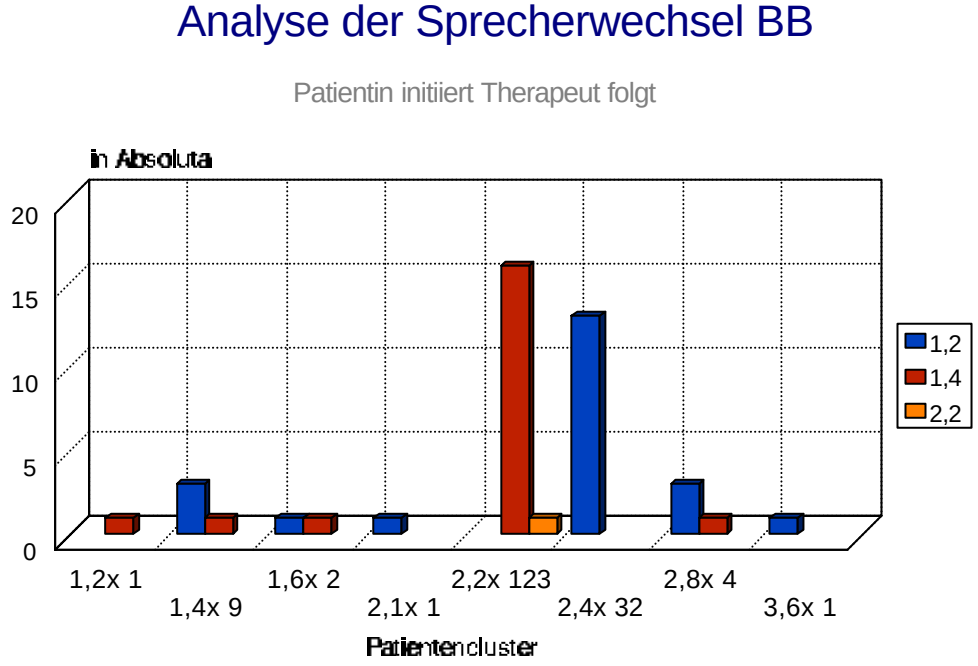
Patientin initiiert Therapeut folgt



Std.8 ohne 2.2-1.2 & 2.4-1.4



Std.15 ohne 2.2-1.2 & 2.4-1.4



Std.23 ohne 2.2-1.2 & 2.4-1.4

Betrachtet man zunächst die disaffiliativen Initiativen, so stellt man fest, daß derartige Äußerungen für die Patientin BB, abgesehen von Sitzung vier, über den ganzen Therapieverlauf auftauchen. Der Gipfel dafür liegt, wie sich schon bei der Analyse der Clusterhäufigkeiten angedeutet hat, im mittleren Therapieabschnitt, z.B. in Stunde 15 initiiert die Patientin allein 48 mal disaffiliativ. Für den Rest der

Therapie liegen die absoluten Häufigkeiten zwischen 3 und 12 mal. Der Therapeut hingegen zeigt nur in Stunde 1, 2, 4 und 15 feindselige Initiativen. Er ist damit aber in der entscheidenden ersten Phase der Therapie disaffiliativ, was prognostische Bedeutsamkeit hat. Die absoluten Häufigkeiten liegen zwischen 1 und 5 mal, in Stunde 15 allerdings bei 16 mal. Prognostisch weiterhin bedeutsam ist, wenn man die Hypothesen aus dem Abschnitt 3.1.4 berücksichtigt, daß diese feindseligen Initiativen zwar beiderseits vorwiegend positiv antithetisch beantwortet werden, aber zu einem gewissen Grad auch negativ komplementär. Hierin unterscheiden sich die beiden Therapien BB und MM ganz klar, wie sich nochmals deutlich weiter unten bei der Darstellung der negativen Komplementaritätsindices zeigt. Patientin und Therapeut BB greifen sich also zeitweise an, wobei die Patientin dies in wesentlich stärkerem Umfang tut. In Stunde 15 z.B. reagiert der Therapeut auf insgesamt 48 feindselige Initiativen der Patientin 40 Mal freundlich und nur 8 mal negativ komplementär. Die Patientin hingegen reagiert auf die 16 feindseligen Initiativen des Therapeuten 7 Mal negativ komplementär. Wichtig ist desweiteren, daß der Therapeut zum Therapieende hin keinerlei feindselige Initiativen mehr zeigt und daß er dann auf die in der Anzahl abnehmenden Äußerungen der Patientin ausschließlich positiv antithetisch reagiert. Eine Krise wird gemeistert. Die folgende Übersicht enthält wiederum eine detaillierte Darstellung der feindseligen Initiativen von Patientin und Therapeut und die jeweiligen Reaktionen darauf.

Feindliche Initiative und Folgereaktionen BB (tabellarische Übersicht)

Jeweils links des Pfeils ist die Initiative und rechts davon die Folgereaktion abgebildet:

Std.:	**Therapeut initiiert**	**Patientin initiiert**
1	3x 1.6 > 3x 1.4	5x 1.6 > 2x 1.2, 1x 1.4, 1x 2.4, 1x 2,6
	2x 2.6 > 1x 2.2, 1x 2.6	6x 2.6 > 4x 1.2, 1x 1.4, 1x 1.6
2	2x 1.6 > 1x 1.4, 1x 2.6	4x 2.6 > 1x 1.2, 2x 1.4, 1x 1.6
		3x 3.6 > 3x 1.4
4	1x 1.8 > 1x 2.4	
8		1x 2.6 > 1x 1.2
		2x 2.8 > 1x 1.2, 1x 1.4

12		5x 1.6 > 3x 1.2, 1x 2.4, 1x 2.6 1x 2.6 > 1x 1.2 3x 2.8 > 2x 1.2, 1x 1.4 3x 3.6 > 2x 1.4, 1x 1.6
15	15x 1.6 > 1x 1.4, 1x 1.6, 4x 2.2 >4x 2.4, 4x 2.6, 1x 2.8 1x 2.8 > 1x 2.6	19x 1.6 > 11x 1.2, 6x 1.4, 1x 1.6, 1x 2.2 11x 2.6 > 2x 1.2, 6x 1.4, 3x 1.6 3x 2.8 > 1x 1.2, 2x 1.4 15x 3.6 > 4x 1.2, 7x 1.4, 4x 1.6
16		4x 1.6 > 2x 1.2, 2x 1.4 1x 2.6 > 1x 1.4 2x 2.8 > 1x 1.2, 1x 1.4 3x 3.6 > 2x 1.2, 1x 1.4
23		2x 1.6 > 1x 1.2, 1x 1.4 4x 2.8 > 3x 1.2, 1x 1.4 1x 3.6 > 1x 1.2

Das CMP der Patientin scheint sich also besonders zur Therapiemitte im Prozeß mit dem Therapeuten zu inszenieren. Inhaltlich korreliert dieser Abschnitt, wie zuvor schon erwähnt, mit dem Wunsch der Patientin nach Therapieabbruch. In Stunde 15 z.B. initiiert die Patientin allein 48 mal mit Clustern ihres CMPs, wobei sie den Therapeuten in erster Linie offen angreift (19 mal Cluster 1.6), sich aber auch von ihm herabgesetzt fühlt (elf mal Cluster 2.6) und sich von ihm abschottet (drei mal Cluster 2.8). Desweiteren setzt sie sich selbst im Sinne ihres schlechten Introjekts 15 mal herab (Cluster 3.6). Der Therapeut reagiert darauf, entsprechend den schlechten Erwartungen der Patientin, acht mal mit offenem Angriff (Cluster 1.6). Desweiteren greift er die Patientin selbst 15 mal mit Cluster 1.6 an. Nach der Stunde 15 nimmt das Ausmaß an feindseligen Initiativen von seiten der Patientin wieder auf das vorherige Maß ab, ca. Zehn Äußerungen pro Sitzung. Und wie schon zuvor erwähnt, initiiert der Therapeut nach der Stunde 15 überhaupt nicht mehr negativ affiliativ. Das CMP der Patientin wird also im therapeutischen Prozeß ausagiert, zuerst in geringem Maße zu

Therapiebeginn und dann ganz klar in der Stunde 15 anhand eines einschneidenden Ereignisses, nämlich dem geäußerten Wunsch der Patientin, die Therapie beenden zu wollen. Dies führt aber weder zu einer Introjektveränderung der Patientin, denn bis zum Therapieende ziehen sich, wenn auch in abnehmenden Maße, Selbstherabsetzungen (Cluster 3.6) von seiten der Patientin durch, noch zu einer entscheidend modulierten Interaktion zum Therapeuten, denn das Ausmaß an feindseligen Initiativen fällt nur auf das Ausmaß vor der Stunde 15 zurück.

Als nächstes soll nun korrespondierend zur Therapie MM das Profil der negativen Antithesen im therapeutischen Prozeß BB ermittelt werden, dieser besonders für den Therapeuten hochmalignen Interaktionsform, bei der auf freundliche Initiativen feindliche Reaktionen folgen.

Negative Antithese

Jeweils links des Pfeils ist die Initiative und rechts des Pfeils die Folgereaktion abgebildet.

Std.	Therapeut reagiert	Patientin reagiert
1	1x 1.4 > 1x 2.6	5x 1.2 > 1x 1.6, 4x 2.6
	4x 2.2 > 3x 1.6, 1x 2.6	2x 1.4 > 1x 2.6, 1x 2.8
	2x 2.4 > 1x 1.6, 1x 2.6	
2	2x 2.2 > 2x 1.6	1x 1.2 > 1x 3.6
		5x 1.4 > 3x 2.6, 2x 2.8
8	1x 2.2 > 1x 2.6	1x 1.2 > 1x 2.8
		8x 1.4 > 2x 2.6, 6x 2.8
		1x 2.2 > 1x 2.8
12	1x 1.4 > 1x 1.6	1x 1.2 > 1x 2.6
	5x 2.2 > 4x 1.6, 1x 2.6	6x 1.4 > 3x 2.6, 2x 2.8, 1x 3.6
	1x 2.4 > 1x 1.6	
15	13x 2.2 > 13x 1.6	4x 1.2 > 1x 2.6, 2x 2.8, 1x 3.6
	3x 2.4 > 3x 1.6	22x 1.4 > 13x 2.6, 8x 2.8, 1x 3.6

	1x 2.2 > 1x 1.6
16	3x 1.2 > 2x 1.6, 1x 3.6 11x 1.4 > 2x 1.6, 4x 2.6, 3x 2.8, 2x 3.6
20	1x 1.4 > 1x 2.6
23	3x 1.2 > 2x 1.6, 1x 3.6

Auch die negativen Antithesen in der Therapie BB überragen die in der Therapie MM bei weitem. Die Häufigkeitsverteilungen ähneln denen der feindseligen Initiativen. Der Höhepunkt befindet sich für beide in Stunde 15, in welcher der Therapeut insgesamt 16 mal und die Patientin 27 mal in Bezug auf die untersuchten Gedankeneinheiten negativ antithetisch reagieren. Der Therapeut gebraucht ausschließlich die Cluster 1.6 und in geringem Maße auch Cluster 2.6. Er greift die Patientin also in erster Linie direkt an, nachdem sie sich ihm offen mitteilt (Cluster 2.2), auf seine Vorschläge eingeht (Cluster 2.4) oder freundlich auf ihn einwirkt (Cluster 1.4). Selten reagiert er auch schmollend fügsam (Cluster 2.6) auf freundliche Patientinnenäußerungen. Interessant ist, daß der Therapeut schon in der Stunde zwölf, also der letzten untersuchten Stunde vor dem eindeutig disaffiliativen Konflikt mit der Patientin in der Stunde 15, ziemlich aggressiv erscheint und allein sechs mal mit Cluster 1.6 und ein mal mit Cluster 2.6 auf freundliche Initiativen der Patientin reagiert.
Nach der Stunde 15 allerdings treten von seiten des Therapeuten, ähnlich wie für die feindseligen Initiativen gesehen, keinerlei negative Antithesen mehr auf.
Bei der Patientin BB ziehen sich die negativen Antithesen, abgesehen von dem Gipfel in Stunde 15, relativ konstant über den Therapieverlauf, mit leicht abnehmender Tendenz zum Therapieende. Die Patientin benutzt fast ausschließlich die Cluster 2.6, 2.8 und 3.6. Sie agiert also Teile ihres maladaptiven Musters aus, indem sie auf freundliche Äußerungen des Therapeuten mit Abschottung (Cluster 2.8) reagiert, schmollt (Cluster 2.6) oder auch sich selbst herabsetzt (Cluster 3.6). Das schlechte Introjekt zieht sich auch bei diesem Betrachtungswinkel bis zum Ende der Therapie.

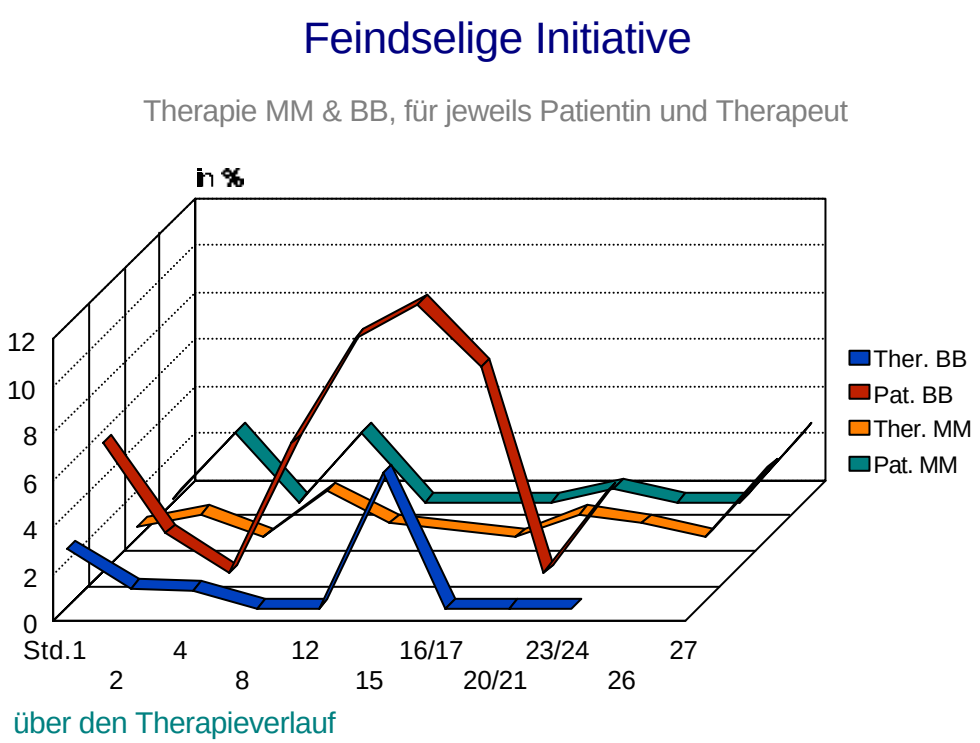
Das Problem der bisherigen Darstellungsform für die Analyse der Sprecherwechsel ist, daß sich für jeden Einzelfall Patienten- und Therapeutenverhalten minutiös sowohl qualitativ als auch quantitativ darstellen läßt, die Vielzahl der Informationen aber zwangsläufig zu Unübersichtlichkeit führt. Um mit

einem Blick nochmals den Verlauf für potentiell maligne Interaktionen für beide Therapien erfassen zu können, sollen im folgenden für die feindseligen Initiativen, die negative Komplementarität und die negativen Antithesen kondensiertere Darstellungsweisen in Form von Quotientenberechnungen gewählt werden.

5.3.2.3 Vergleichende kondensierte Darstellung potentiell maligner Interaktion mittels Indizes für feindselige Initiative, negative Komplementarität und negative Antithese

Feindselige Initiative

Zunächst soll das Augenmerk auf die relativen Häufigkeiten für feindselige Initiativen über die Therapieverläufe MM und BB gerichtet werden. Hierbei werden feindlich initiierte Äusserungen als Prozentanteil der gesamten Initiierungen des jeweiligen Sprechers betrachtet.



Die Graphen verlaufen für jeweils Patientin und Therapeut einer Therapie nahezu parallel, wobei die Patientinnen, insbesondere Patientin BB, die Therapeuten in ihrem Ausmaß an feindselig initiierten Transaktionen übertreffen. In der Therapie MM tauchen feindselige Initiativen in Stunde 1, 2, 8, 21

und 27 für Therapeut und Patientin auf, zusätzlich findet man solche Äußerungen für den Therapeuten in Stunde 12 und 24.

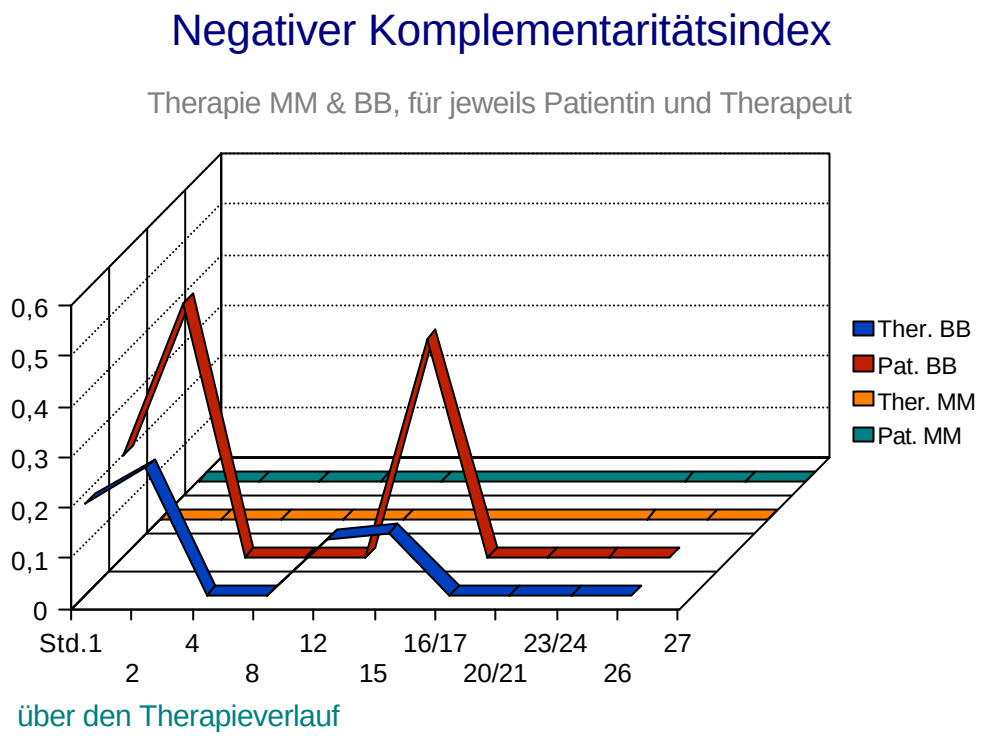
Die Kurven zeigen in der ersten Therapiehälfte einen zickzackartigen Verlauf mit Maximalwerten von 3% für die Patientin in Stunde 2 und 8 und 2% für den Therapeuten in Stunde 8. Für beide sinkt der Graph in der zweiten Therapiehälfte gegen null, um in der letzten Stunde noch einmal Werte von 3% zu erreichen. Insgesamt ist das Ausmaß an disaffiliativen Initiativen sehr gering ausgeprägt, wie auch schon zuvor deutlich wurde.

In der Therapie BB zeigt sich besonders die Patientin schon zu Beginn der Therapie feindselig, in der ersten Stunde erreichen ihre disaffiliativen Initiativen eine relative Häufigkeit von 5.5%. Stunde 2 und 4 sind von weniger bis gar keiner Aggressivität geprägt, dann jedoch steigen die Werte bis zu 10% in Stunde 12, 11,5% in Stunde 15 und ca. 9% in Stunde 16, um dann zunächst wieder auf Null zu sinken und 3,5% in der letzten Stunde zu erreichen. Der Therapeut ist insgesamt weitaus weniger feindselig. In der ersten Stunde in 2,5% der Fälle, dann bis zur Stunde 15 und danach (fast) überhaupt nicht, in Stunde 15 selbst in ca. 6% der Äußerungen.

Der negative Komplementaritätsindex

Der negative Komplementaritätsindex (NCI) erfaßt die relative Häufigkeit von disaffiliativen Reaktionen auf feindselige Äußerungen. Er läßt sich für jeweils Patientin und Therapeut ermitteln, indem man das Verhältnis disaffiliativ initiierter und negativ komplementär beantworteter zu disaffiliativ initiierter und beliebig beantworteter Äußerungen angibt. Es können Werte zwischen 0 und maximal 1 erreicht werden.

Im folgenden nun eine Übersichtsdarstellung der NCI über die Therapieverläufe BB und MM für jeweils Patientin und Therapeut.



In der Abbildung zeigt sich nicht nur wiederum Parallelität für Patienten- und Therapeutenverhalten, sondern es stellt sich auch deutlich dar, daß in der Therapie MM keinerlei negative Komplementarität stattfindet.

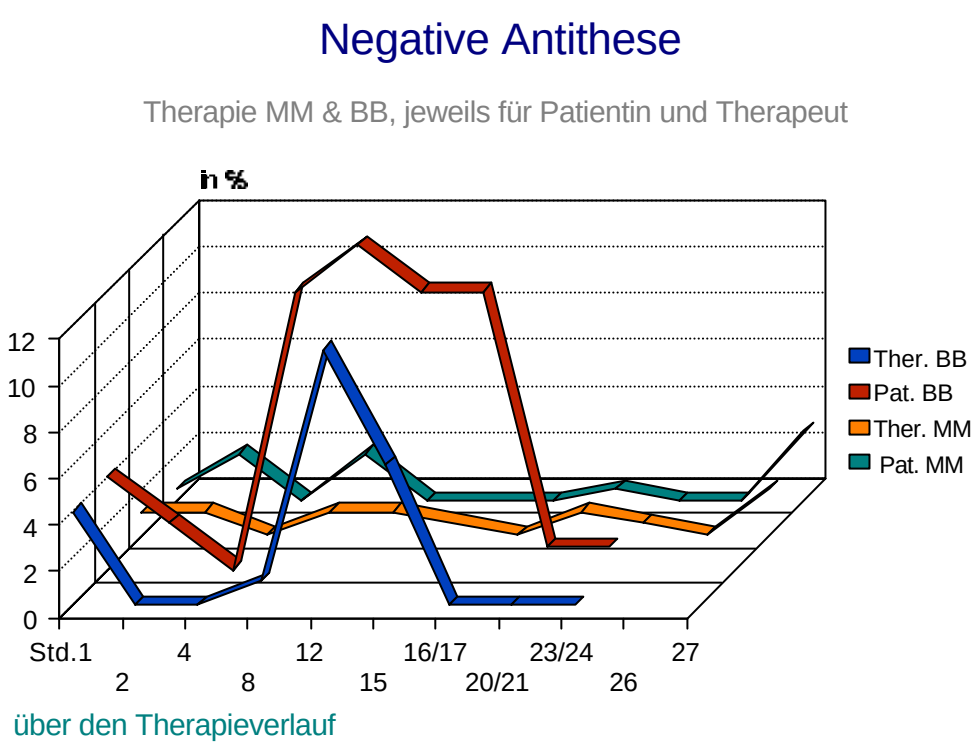
In der Therapie BB hingegen verhalten sich Patientin und Therapeut schon zu Beginn der Therapie in gewissem Maße negativ komplementär. In Stunde 2 und 15 steigert sich dies zu jeweils einem Klimax, um zwischendurch wieder (nahezu) Nullwerte anzunehmen. In Stunde 2 werden für Patientin und Therapeut die höchsten Werte erreicht (Pat.: 0,5 und Ther.: 0,25). Mit anderen Worten in 50% der Fälle reagiert die Patientin disaffiliativ auf eine feindselige Therapeutenäußerung. Für den Therapeuten entspricht das in 25% der Fälle. Wichtig ist aber, sich bei der Stunde 2 die geringen absoluten Häufigkeiten vor Augen zu halten. In der Stunde 15 erreicht der NCI für die Patientin einen Wert von 0,43 und für den Therapeuten von 0,12.

Der NCI kann als Gradmesser dafür gelten, inwieweit sich die Interaktionspartner in den Bann maligner Interaktion hereinziehen lassen, ganz nach dem Motto „wie Du mir so ich Dir."

Während die Patientin offenkundig feindselig ist und nahezu die Hälfte aller feindseligen Äußerungen des Therapeuten auch disaffiliativ beantwortet, ist der Therapeut zwar in wesentlich geringerem Maße angreifend, zur Therapiemitte kommt es dann jedoch, wie zuvor gezeigt, zum Ausagieren des CMP, und der Therapeut reagiert in 12% der Fälle mit Feindseligkeit auf disaffiliative Äußerungen der Patientin. Danach fallen die Werte für beide auf Null ab.

Die negative Antithese

Die Prozentwerte für die negativen Antithesen ergeben sich aus dem Quotient von freundlich initiierten disaffiliativ beantworteten und freundlich initiierten beliebig beantworteten Äußerungen.



Wie zuvor für die relativen Häufigkeiten der feindseligen Initiativen und die NCI beobachtet, ergibt sich auch für die Graphen der negativen Antithese ein nahezu paralleler Verlauf für jeweils Patientin und Therapeut eines Falls, wobei die Werte der Therapie BB wiederum diejenigen der Therapie MM weit überragen.

In der Therapie MM schwanken die Werte für negativ antithetische Äußerungen für Patientin und Therapeut zwischen 0 und 3% und sind damit insgesamt sehr niedrig. Während sich der Therapeut in geringem Maße in nahezu jeder Stunde negativ antithetisch verhält, Ausnahmen bilden nur Stunde vier und 26, kommen solche Reaktionen von seiten der Patientin nur in Stunde 1, 2, 8, 21 und 27 vor. Angedeutete Gipfel für negativ antithetische Reaktionen finden sich in der ersten Therapiehälfte und in der letzten Stunde.

Anders gestaltet sich die Tendenz zu negativ antithetischem Verhalten, also freundliches Verhalten feindselig zu beantworten, in der Therapie BB. Die Graphen für Patientin und Therapeut haben insofern angedeutete Ähnlichkeit mit den Graphen der NCI, als man wieder einen zweigipfligen Kurvenverlauf sieht mit einem Klimax zu Beginn und einem im mittleren Therapieabschnitt.

Der Therapeut reagiert in der ersten Stunde in 4% der Fälle unfreundlich auf freundliche Äußerungen der Patientin, das steigert sich zu einem Maximalwert von 11% in der 12. Sitzung und 6% in der Stunde 15. Auch die Patientin verhält sich in der ersten Stunde in 4 % der Fälle negativ antithetisch, was sich zu jeweils 12 % in Stunde 8, 15, 16 und zu 14% in der Stunde 12 steigert. Gegen Ende der Therapie reduziert sich die Tendenz zur negativen Antithese für die Patientin stark, während sie für den Therapeuten sogar auf Nullwerte abfallen.

An dieser Stelle nochmals zusammengefaßt die wichtigsten Punkte aus der Analyse der Sprecherwechsel für beide Kasuistiken:

In beiden Therapien verhält sich das Maß an feindseligen Äußerungen für jeweils die Patientin und ihren Therapeuten, parallel über den Therapieverlauf. Die Interaktionen „schwingen gemeinsam“, wenn sich auch die Patientinnen, besonders die Patientin BB, insgesamt disaffiliativer verhalten.

In der Therapie MM ist das Ausmaß an disaffiliativen Äußerungen insgesamt sehr gering, es überschreitet kaum 3% als Spitzenwert, mit einem angedeuteten Gipfel zu Beginn der Therapie und einem weiteren am Therapieende.

Negative Komplementarität findet in der Therapie MM überhaupt nicht statt. Das zyklisch maladaptive Muster der Patientin wird also nicht ausagiert im interaktionellen Prozeß zum Therapeuten.

Sowohl in seinen feindseligen Initiativen als auch in den negativen Antithesen benutzt der Therapeut MM vorwiegend das Cluster 1.8 und übersieht damit die Patientin.

Die Patientin MM schottet sich in erster Linie im Sinne von Cluster 2.8 ab und reagiert zeitweise auch gekränkt (Cluster 2.6). Äußerungen zu einem schlechten Introjekt (Cluster 3.6) finden sich nur zu Beginn der Therapie.

In der Therapie BB überschreiten die Spitzenwerte der negativ affiliativen Äußerungen die Werte in der Therapie MM um den Faktor 4 und liegen bei ca. 12%, mit einem Gipfel in Stunde 15.

Negativ komplementäre Reaktionen findet man sowohl von seiten der Patientin, in bis zu 50% der Fälle, als auch von seiten des Therapeuten BB, Spitzenwerte bei 25%. Auch hier liegt der klinisch relevante Gipfel in Stunde 15. Das CMP der Patientin kommt also zur vollen Inszenierung im therapeutischen Setting.

Nach der Stunde 15 dann stellt der Therapeut jegliches disaffiliatives Verhalten ein.

Das Introjekt der Patientin bleibt jedoch schlecht bis zum Therapieende.

Besonders bei der Betrachtung der negativen Antithesen fällt der häufige Gebrauch des Clusters 1.6 von seiten des Therapeuten auf. Diese angriffslustige Haltung scheint der Krise in Stunde 15 vorherzulaufen, denn schon in Stunde 12 zeigt sie sich verstärkt.
In geringem Maße benutzt der Therapeut BB auch die Cluster 2.6 und 1.8, um seine disaffiliativen Tendenzen zum Ausdruck zu bringen.
Die Patientin BB benutzt in ihren feindlichen Initiativen ebenfalls in erster Linie das Cluster 1.6, sie zeigt sich also durchaus angriffslustig, gefolgt von den Clustern 2.6, 2.8 und 3.6. In ihren negativen Antithesen überwiegen dann die Cluster 2.8 (Sich-Abschotten) Cluster 2.6 (Gekränkt-Sein) und in geringem Maße auch Cluster 3.6 (Sich-Selbst-Herabsetzen).

5.3.3 Die komplexe Kommunikation

An dieser Stelle soll das Augenmerk auf die komplexe Kommunikation in beiden Therapien gerichtet werden. Wie zuvor detailliert im Abschnitt 3.3.1.3 beschrieben, ist mit komplexer Kommunikation gemeint, wenn ein und dieselbe Gedankeneinheit unterschiedliche Botschaften hinsichtlich Affiliation und/oder Interdependenz beinhaltet. Ihr Auftreten in Qualität und Quantität ist insofern von Bedeutung, als sie, wenn sie häufig erscheint, besonders in Form von gemischter Affiliation, einen ungünstigen Therapieverlauf andeutet.

In komplexer Kommunikation mit gemischter Affiliation spiegelt sich maligne Interaktion in besonderem Maße, da in der Regel eine vordergründig freundliche mit einer meistens nicht ganz so offensichtlich feindseligen Botschaft gekoppelt ist. Zur Verdeutlichung nochmals ein Beispiel. T: „Sie haben offensichtlich Schwierigkeiten, sich auf die Therapie einzulassen“ (weiche Stimme). Die entsprechenden Cluster wären 1.4, denn der Therapeut versteht und unterstützt die Patientin in ihrem Problem, indem er sie ganz vorsichtig darauf anspricht. Man kann aber auch Cluster 1.6 sehen, denn unterschwellig könnte die Botschaft sein, „du bist zu mißtrauisch um dich auf eine Therapie einzulassen“, und vielleicht ist sogar ein Cluster 2.6 enthalten, welches das Gefühl des Therapeuten zum Ausdruck bringt, „du kannst dich nicht auf die Therapie einlassen, weil *ich* nicht kompetent und gut genug bin.“
Da eben nicht nur die Häufigkeit, sondern auch die Qualität der Cluster bei komplexer Kommunikation von Bedeutung ist, soll als erstes jeweils eine tabellarische Übersicht für beide Therapien gezeigt werden, die im Detail die benutzten komplexen Cluster der untersuchten Gedankeneinheiten für jeweils Patientin und Therapeut über den Therapieverlauf darstellt.

Zunächst eine Übersicht über die Therapie MM:

Komplexe Kommunikation Therapie MM

Std.:	**Therapeut**	**Patientin**
1	7x 1.2/1.4	1x 2.4/1.5
	1x 1.4/1.5	5x 2.2/1.5
	2x 2.2/1.4	4x 2.2/**2.8**
	2x 1.4/2.4	5x 2.2/1.4
	2x 2.4/1.2	1x 2.2/**1.8**
	1x 2.2/**1.8**	
	1x 1.2/**1.8**	
2	1x 1.4/**1.6**	3x 2.2/1.5
	6x 1.4/**1.8**	4x 2.2/**3.6**
	1x 1.2/**1.6**	2x 2.2/1.4
	1x 1.4/2.2	3x 2.4/1.5
	1x 1.4/2.4	4x 2.2/**2.6**
	1x 1.2/2.2	1x 2.2/**2.8**
4	3x 2.4/1.5	
	1x 2.2/1.5	
8	4x 1.4/**1.6**	3x 2.2/1.5
	1x 1.4/2.4	2x 2.4/1.5
	1x 1.2/1.4	1x 1.4/2.6
		5x 2.2/**2.6**
12	2x 1.4/**1.8**	3x 2.2/1.5
	1x 1.2/2.2	1x 2.4/1.5

		1x 2.2/1.4
17	1x 1.4/2.2	1x 1.4/2.2
21	2x 2.2/1.4	1x 2.2/1.5
	2x 1.4/**1.8**	2x 2.4/1.5
		1x 2.2/**2.8**
26	1x 1.4/2.2	3x 1.4/2.2
	1x 1.2/1.4	1x 2.2/3.2
	1x 1.2/2.2	5x 2.2/1.5
	1x 1.2/2.4	3x 2.2/3.4
	1x 1.4/2.3	1x2.2/2.3
27	1x 1.4/**2.8**	1x 2.2/1.5
	1x 1.4/1.6	2x 2.4/**2.8**
	4x 1.4/**1.8**	1x 1.4/2.4/**2.6**
		4x 2.2/**1.6**
		1x 2.4/1.4

Das Bild, welches sich für die komplexe Kommunikation in der Therapie MM aus dieser tabellarischen Übersicht darstellt, ähnelt sehr stark dem Muster, welches zuvor für die feindselige Initiative bzw. die negative Antithese und damit für die anderen Formen der potentiell malignen Interaktion gesehen wurde.

Zwar äußern sich sowohl Patientin als auch Therapeut so gut wie in jeder Stunde (eine Ausnahme bildet nur die Patientin in Stunde 4) komplex, insgesamt gesehen ist diese Form der Kommunikation jedoch eher selten in der Therapie MM. Angedeutete Gipfel finden sich wieder am Anfang und am Ende der Therapie. Auf die genauen relativen Häufigkeiten soll in einer weiteren Abbildung weiter unten eingegangen werden. Von diesen wenigen komplexen Äußerungen beiderseits sind im weitaus überwiegenden Fall für den Therapeuten jeweils beide Botschaften positiv in Bezug auf ihre Affiliation, während für die Patientin die meisten komplexen Äußerungen in Kombination mit Cluster 1.5 auftreten. Typische Cluster-Kombinationen für den Therapeuten sind, sich zu öffnen (Cluster 2.2) oder der Patientin vertrauensvoll entgegenzutreten (Cluster 2.4) und sie dabei gleichzeitig zu

bestätigen (Cluster 1.2) und zu bestärken (Cluster 1.4). Zumeist bewegt sich der Therapeut also gleichzeitig auf dem transitiven und intransitiven Fokus. Selten nur übersieht er die Patientin (Cluster 1.8) eigentlich, wenn er vordergründig zuhört (Cluster 1.2), umsorgend auf sie eingeht (Cluster 1.4) oder sich ihr gegenüber öffnet (Cluster 2.2). Noch seltener ist er in seiner versteckten Botschaft herablassend (Cluster 1.6) oder schottet sich ab (Cluster 2.8). Auch die Patientin bewegt sich vorwiegend auf Fokus 1 und 2 in ihren komplexen Äußerungen. Am häufigsten sieht man bei ihr die Cluster-Kombination 2.2/1.5, z.B. beim Unterbrechen des Gegenübers. Die Patientin öffnet sich zwar (Cluster 2.2) übt aber gleichzeitig Kontrolle aus (Cluster 1.5). Dieses Kontrollieren-Wollen spiegelt einen Teil des CMP der Patientin wider und zieht sich bis zum Therapieende durch. Wiederum nur selten sieht man disaffiliative Cluster von seiten der Patientin, wie z.B. Abschottung (Cluster 2.8), Kränkung (Cluster 2.6) oder Selbst-herabsetzung (Cluster 3.6) in Verbindung mit einer vordergründigen Öffnung (Cluster 2.2). Gegen Therapieende kommen vereinzelte Äußerungen vor, in denen sich die Patientin dem Therapeuten gegenüber zeigt (Cluster 2.2) und sich gleichzeitig wohlwollend selbst erforscht (Cluster 3.2) bzw. versucht, sich selbst voranzubringen (Cluster 3.4). Dies deutet auf eine positive Introjektänderung hin.

Die folgende Übersicht zeigt die komplexe Kommunikation über den Therapieverlauf BB

Komplexe Kommunikation Therapie BB

Std.:	**Therapeut**	**Patientin**
1	8x 2.2/1.4	9x 2.2/1.4
	4x 1.4/**1.6**	3x 2.2/2.4
		4x 2.2/**3.6**
		5x 2.2/**1.6**
		1x 2.4/1.4
		1x 2.4/**1.6**
		14x 2.2/**2.6**
		1x 2.4/**2.6**
		1x 2.4/**2.8**

2	5x 2.2/1.4	6x 2.2/2.4
	2x 2.4/1.4	9x 2.2/1.4
	1x 2.4/1.4	1x 2.2/1.5
	2x 1.4/**1.6**	5x 2.2/3.5
	1x 1.2/1.4	5x 2.2/**3.6**
2		3x 2.4/1.4
		1x 2.4/**2.8**
		1x 2.2/**2.8**
		1x 2.2/**2.6**
		1x **2.6**/1.4
		1x 2.4/**2.6**
4	1x 2.2/1.2	11x 2.2/1.4
	1x 1.4/2.3	3x 2.4/1.4
	1x 1.4/**1.8**	3x 2.4/3.4
		4x 2.2/3.5
		1x 2.2/**3.6**
		4x 2.2/2.4
		2x 2.2/1.4/**3.6**
		1x 2.2/1.4/**1.6**
		1x 2.2/1.4/**2.6**
8	1x 1.2/**1.6**	4x 2.2/1.4
	1x 1.4/**1.6**	3x 2.4/1.4
	1x 1.4/2.2	3x 2.4/**2.6**
	1x2.2/1.4	4x 2.2/**2.8**
		6x 2.4/2.8
		2x 2.2/2.4
		1x 2.2/3.5
		1x 2.2/**3.6**

12	4x 1.2/**1.6**	8x 2.2/**1.6**
	1x 2.4/**1.6**	5x 2.2/1.4
	1x 1.4/**1.6**	2x 2.2/**2.6**
		5x 2.2/3.5
		5x 2.2/**2.8**
		1x 2.4/**3.6**
		2x 2.4/2.2
12		2x 2.4/**2.8**
		1x 1.4/**1.6**
		14x 2.2/**3.6**
		1x 1.6/**2.6**
		2x 2.8/**1.6**
		1x 2.2/1.4/**3.6**
		1x 1.4/**3.6**
		2x 2.4/**2.4**
15	3x 2.2/**1.6**	23x 2.2/**1.6**
	1x 2.4/1.4	9x 2.4/1.4
	6x 1.4/**1.6**	12x 2.4/**2.6**
	5x 2.2/1.4	2x 2.2/3.5
	4x 1.2/**1.6**	9x 2.2/**2.8**
	2x 2.4/**1.6**	17x 2.2/**3.6**
	1x 1.4/**2.8**	1x 2.4/2.2
		7x 2.4/**2.8**
		1x **2.6/2.8**
		14x 2.2/**3.6**
		5x 2.2/**2.6**
		4x 2.2/1.4
		1x 2.4/**2.6**
		2x **2.8/1.6**
		1x 2.2/1.4/**3.6**
		1x 1.4/**3.6**

16	1x 1.4/**1.6**	4x 2.2/**3.6**
	1x 1.4/2.2	4x 2.4/**2.6**
		2x 2.4/**1.6**
		1x 2.4/**3.6**
		4x 2.2/**1.6**
		1x 2.2/**2.8**
		2x 2.4/1.4
20	1x 1.2/2.2	1x 2.4/1.4
		1x 2.4/2.2
		1x 2.4/**2.6**
23	1x 2.4/2.2	1x 2.4/2.1
	1x 1.4/2.2	3x 2.4/1.4
		1x 2.2/1.4
		4x 2.2/**2.8**
		1x 2.2/**3.6**
		1x 2.2/3.4
		1x 2.2/3.1
		6x 2.2/**1.6**
		2x 2.2/**2.6**

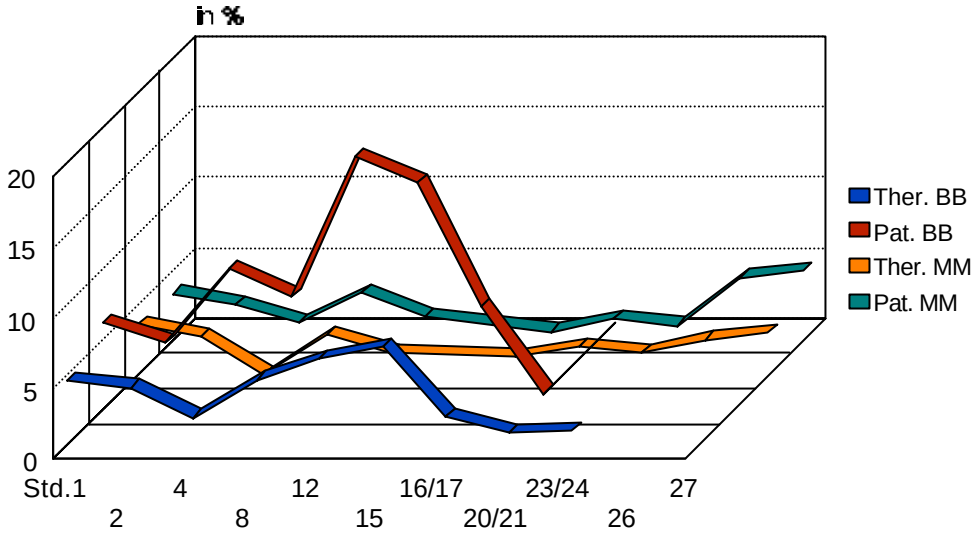
Wie nicht anders erwartet, übersteigt das Ausmaß an komplexer Kommunikation in der Therapie BB jenes in der Therapie MM, wobei die Patientinnenäußerungen die des Therapeuten bei weitem übersteigen, mit einem Gipfel im mittleren Therapieabschnitt. Es tauchen in jeder Stunde komplexe Äußerungen auf. Auf die genauen Häufigkeitsverteilungen soll allerdings ebenfalls anhand der weiter unten folgenden Abbildungen eingegangen werden. Auch die Cluster-Kombinationen gestalten sich anders, bei wesentlich mehr gemischter Affiliation in der erstgenannten. Es findet sich also wiederum eine Parallele zu den Ergebnissen in der Analyse der Sprecherwechsel. Das Bild für den Therapeuten BB gestaltet sich folgendermaßen: Am Anfang und nach Stunde 15 findet man vorwiegend Botschaften, welche beide positiv hinsichtlich ihrer Affiliation und nur gemischt hinsichtlich ihres Fokus sind. So findet man z.B. sehr häufig die Clusterkombination 2.2/1.4 oder auch 2.4/1.4. Im

Laufe der Therapie tritt dann immer häufiger das Cluster 1.6 in Verbindung mit den Clustern 1.2, 1.4 oder auch 2.4 in Erscheinung. Die Affiliation ist nun also vorwiegend gemischt. Der Therapeut bestätigt und unterstützt die Patientin vordergründig bzw. tritt ihr vertrauensvoll entgegen, doch unterschwellig greift er sie an. An einigen Stellen übersieht er sie (Cluster 1.8) bzw. schottet sich von ihr ab (Cluster 2.8). Diese Angriffshaltung des Therapeuten zur Therapiemitte wurde ja auch schon bei der Analyse der Sprecherwechsel beobachtet. Das Bild für die Patientin gestaltet sich anders. Hier findet man zwar auch am Anfang und am Ende der Therapie häufig komplexe Äußerungen, welche zwei freundliche Botschaften auf zwei verschiedenen Foci enthalten, z.B. die Cluster-Kombinationen 2.2/2.4, 2.4/1.4, oder auch 2.2/1.4, doch gleich zu Beginn schon schleichen sich relativ häufig Äußerungen ein, die gemischt sind bezüglich ihrer Affiliation. Zur Therapiemitte hin steigert sich dann dieser Anteil bis zum fast vollständigen Verschwinden von Aussagen mit zwei positiv affiliativen Botschaften in Stunde 12, 15 und 16. Die in Erscheinung tretenden Clusterkombinationen mit gemischter Affiliation zeigen fast die ganze Bandbreite. Vordergründig scheint sich die Patientin zu öffnen (Cluster 2.2) oder auf den Therapeuten zu vertrauen (Cluster 2.4), hintergründig jedoch ist sie gekränkt (Cluster 2.6), schottet sich ab (Cluster 2.8) und zur Therapiemitte hebt sich zum einen ihr schlechtes Introjekt hervor, die Patientin klagt sich selbst an (Cluster 3.6), desweiteren zeigt sie sich sehr angriffslustig (Cluster 1.6).

Schauen wir uns als nächstes die relativen Häufigkeiten für die komplexe Kommunikation über beide Therapieverläufe an. Die prozentualen Angaben ergeben sich aus dem relativen Anteil von komplexen Äusserungen bezogen auf die untersuchten Gesamtäusserungen für den jeweiligen Sprecher.

Komplexe Kommunikation

Therapie MM & BB, für jeweils Patientin und Therapeut



über den Therapieverlauf

Es zeigt sich, daß die Kurvenkonfigurationen für die komplexe Kommunikation den zuvor besprochenen Indizes für kritische Interaktion, nämlich dem NCI und der negativen Antithese, stark ähneln. Die Graphen verhalten sich erneut parallel für jeweils Patientin und Therapeut einer Kasuistik, wobei das Ausmaß an Komplexität in der Therapie BB stärker ausgeprägt ist als in der Therapie MM. Dies wird deutlicher für die Patientin BB als für den Therapeuten und betrifft besonders den mittleren Therapieabschnitt.

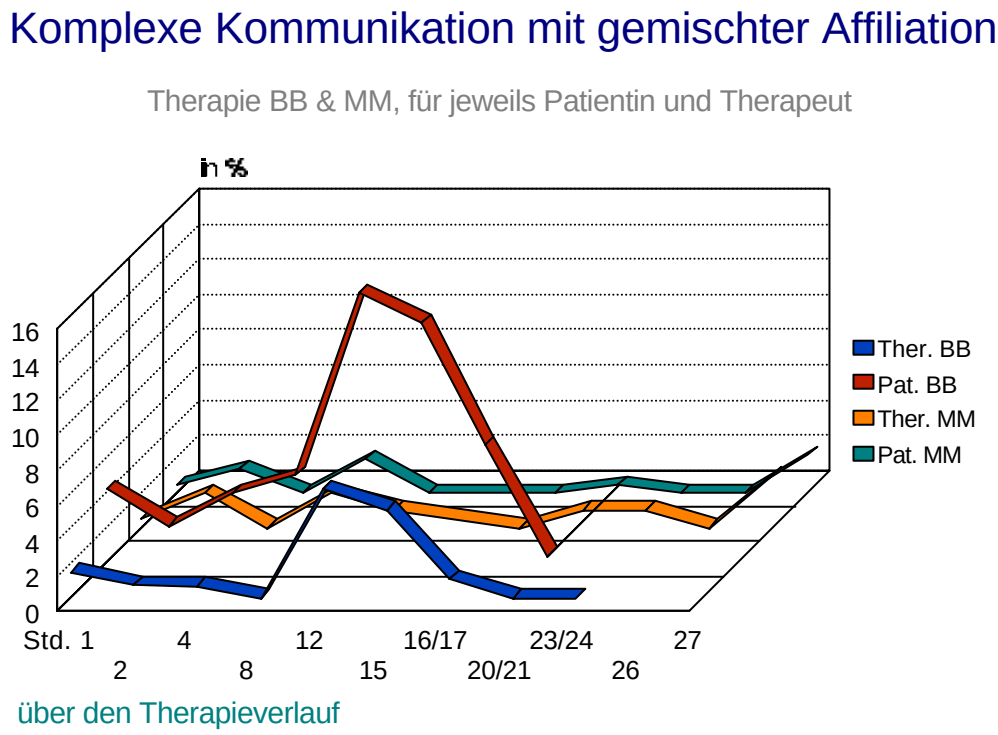
Für die Therapie MM ist der Verlauf der Graphen wieder sehr flach. Die angedeuteten Höhepunkte der Kurven befinden sich am Beginn und am Ende der Therapie bei einer relativen Häufigkeit für komplexe Äußerungen, die zwischen 0 und 4,8% liegt. Die Werte der Patientin übertreffen die des Therapeuten jeweils nur minimal.

Patientin und Therapeut BB hingegen zeigen gleich schon zu Therapiebeginn ein relativ starkes Ausmaß an komplexer Kommunikation, um zur Therapiemitte den Höhepunkt anzustreben. In der ersten Stunde liegt der Wert für den Therapeuten bei 4,6%. Nach nur leichten Schwankungen steigert sich sein Gebrauch von komplexen Äußerungen bis zu 7% in der 15. Stunde, danach fallen die Werte stark ab und liegen bei ca. 1% bis zum Therapieende.

Die Patientin BB äußert sich sogar in 6,2% der Fälle komplex in Stunde 1. Dies steigert sich zu 10% in Stunde 4 und gipfelt in 18% bzw. 16,2% in Stunde 12 und 15. Danach fällt der Wert bis auf 1,2% in Stunde 20, um am Therapieende nochmals 5,7% zu erreichen.

Der Klimax für potentiell maligne Interaktion in der Therapie BB liegt also in der Therapiemitte und reflektiert damit den NCI und die negative Antithese. Gegen Therapieende fallen die Werte zunächst für beide sehr stark ab, für die Patientin allerdings nur temporär, in der letzten Stunde steigert sich der Wert nochmals.

Als nächstes soll nun noch eine Graphik folgen, welche die relativen Häufigkeiten von komplexer Interaktion mit gemischter Affiliation über beide Therapieverläufe darstellt. Im Vergleich zu der vorhergehenden Abbildung wird hier nur der prozentuale Anteil von komplexen Äusserungen mit gemischter Affiliation bei den Angaben berücksichtigt, wiederum bezogen auf die untersuchten Gesamtäusserungen für den jeweiligen Sprecher.



Die Kurvenverläufe in diesem Graphen ähneln auf den ersten Blick denen in der vorherigen Abbildung stark, in welcher die komplexe Kommunikation undifferenziert betrachtet wurde. Bei genauerer Betrachtung findet man die Informationen über die Häufigkeitsverteilungen aus den tabellarischen Übersichten kondensiert wieder. Die Kurven für Patientin und Therapeut MM sind zwar parallel im Vergleich zum vorherigen Graphen, verlaufen jedoch wesentlich flacher. Das heißt, es tritt nur sehr wenig komplexe Kommunikation mit gemischter Affiliation auf. Die Kurve für den

Therapeuten BB ist besonders am Anfang flacher, das heißt, der Therapeut äußert sich zwar schon zu Beginn der Therapie komplex, aber zur Therapiemitte nimmt der Anteil an gemischter Affiliation zu, gegen Ende nimmt dann der Gesamtanteil an komplexer Kommunikation ab. Für die Patientin BB ist der Kurvenverlauf für die komplexe Kommunikation mit gemischter Affiliation etwas spitzgipfliger als für die undifferenzierte komplexe Kommunikation. Zu Beginn und am Ende liegt also der relative Anteil an komplexer Kommunikation mit gemischter Affiliation niedriger als in der Therapiemitte, wo fast alle komplexen Äußerungen gemischt affiliativ sind.

Auch hier wieder nochmals kurz zusammengefaßt die wichtigsten Punkte aus der Analyse für die komplexe Kommunikation:

Das Ausmaß für komplexe Kommunikation verhält sich wiederum parallel für jeweils die Patientin und ihren Therapeuten über den Therapieverlauf. Auch hier „schwingt“ die Interaktion also zusammen.

Das generelle Bild ähnelt sehr stark dem, welches sich schon für die Analyse der Sprecherwechsel abzeichnete, mit wesentlich mehr ungünstiger Kommunikation in der Therapie BB, welche sich zur Therapiemitte hin verstärkt.

In der Therapie MM findet sich insgesamt sehr wenig komplexe Kommunikation. Der Spitzenwert liegt bei 4,8% wobei die Werte der Patientin die des Therapeuten nur minimal überschreiten. Diese wenigen Äußerungen sind zudem nur äußerst selten gemischt in Bezug auf die Affiliation. Für den Therapeuten finden sich überwiegend positiv affiliative Äußerungen bei gemischtem Fokus, während für die Patientin die meisten komplexen Äußerungen gemischt sind mit dem Cluster 1.5.

In der Therapie BB überschreiten die Spitzenwerte für komplexe Kommunikation die in der Therapie MM wiederum um den Faktor 4 und liegen bei ca.18% mit einem Gipfel in der Stunde 12.

Der Anteil für komplexe Kommunikation mit gemischter Affiliation ist wesentlich höher in der Therapie BB und spitzt sich für den Therapeuten und in noch stärkerem Maße für die Patientin zum mittleren Therapieabschnitt zu.

Zu Beginn und am Therapieende sind die meisten Äußerungen für den Therapeuten BB nur gemischt bezüglich des Fokus, wobei zur Therapiemitte sehr häufig eine Kombination mit dem Cluster 1.6 auftaucht.

Für die Patientin BB zeigt sich schon zu Therapiebeginn häufig gemischte Affiliation, bei Clusterkombinationen mit dem Cluster 1.6, 2.6 und 3.6.

5.4 Auswertung der Intrex-Fragebögen

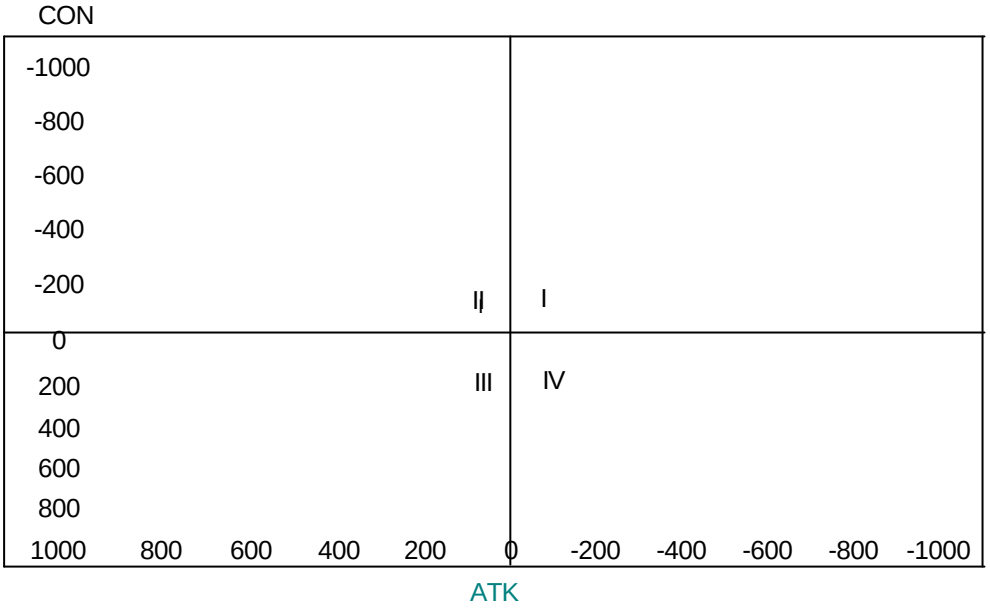
Das Design der SASB-assoziierten INTREX-Fragebögen wurde im Kapitel 3.4.1 ausführlich beschrieben.

Die INTREX-Fragebögen werden sowohl von Patienten als auch von Therapeuten während der Therapie und zu den Katamnesezeitpunkten ausgefüllt. Sie liefern wertvolle subjektive Informationen über die Perzeption verschiedener Beziehungsaspekte, deren Veränderungen im Therapieverlauf und die Konstanz dieser Veränderungen nach Beendigung der Therapie und letztlich auch über das Therapieergebnis in der Reflexion von Beziehungserfahrungen. Mit der EDV-gestützten Auswertung werden sogenannte Pattern-Koeffizienten erstellt, (ATK= Attack, CON= Control, CFL= Conflict), welche den SASB-Clustern in komprimierter Form entsprechen. Die ATK-Werte stehen für den Grad der Aggressivität. Stark positive ATK-Werte repräsentieren ein hohes Maß, stark negative ein Fehlen von Aggressivität.

Die CON-Werte stellen die Interdependenz dar, wobei auf der transitiven Ebene positive Werte für eine hohe Kontrollausübung stehen, negative Werte für eine Autonomie gewährende Haltung. Auf der intransitiven Ebene repräsentieren positive CON-Werte eine fügsame, sich unterwerfende Haltung, negative Werte hingegen stehen für Autonomiebestrebungen. Auf der Introjekt-Ebene finden wir bei CON + eine Haltung, die von Selbst-Kontrolle geprägt ist, bei CON - einen freien spontanen Umgang mit sich selbst. Die Patternkoeffizienten lassen sich in ein Koordinatensystem einordnen, welches entsprechend dem SASB-Modell vier Quadranten enthält (I-IV). Werte größer als 820 oder kleiner als -820 gelten als signifikant. Der zeitliche Verlauf der Einschätzung interpersoneller Prozesse seitens der Patienten und der Therapeuten läßt sich so bildlich darstellen.

Das folgende Diagramm zeigt ein Modell des Attack-Control Pattern Diagramms.

Attack-Control Pattern Diagramm



Die im Vordergrund stehenden generellen Fragestellungen bei der Betrachtung der INTREX-Fragebögen sind folgende:

- Wie verläuft die Beziehung zum Therapeuten während der Therapie?

- Verändert sich die Beziehung zum Positiven (verläßt das CMP) und kann somit als neuerlernte Beziehungserfahrung des Patienten gedeutet werden?

- Wie verhält sich das Introjekt des Patienten?

- Verändert sich das Introjekt zum Positiven, und läuft diese Veränderung parellel zu einer veränderten Therapeutenbeziehung ab?

- Wie entwickeln sich die Einschätzungen von äußeren Beziehungen?

- Spiegelt sich ein verändertes Introjekt und eine positive Beziehungserfahrung zum Therapeuten in veränderten Beziehungen zu wichtigen Dritten wider?

Insbesondere den Introjekteinschätzungen mittels INTREX-Fragebögen wird eine hohe prognostische Relevanz zugesprochen.

Offensichtlich könnten noch andere Beziehungskonstellationen untersucht werden, doch in dieser Arbeit soll bei der Auswertung der Intrex-Fragebögen beider Therapien das Hauptaugenmerk zum einen auf die Introjekte der Patientinnen gerichtet werden, aber auch auf die Einschätzungen von

jeweils Patientin und Therapeut in Bezug auf ihr interaktives Muster und auf die Beziehung zur jeweils wichtigsten Bezugsperson in besten und schlechtesten Zeiten.

Diese generellen Fragestellungen gestalten sich nun sehr abstrakt. Welche speziellen Entwicklungen erwartet man für die beiden untersuchten Fälle BB und MM, bei denen es ja um die Therapieentwicklung in zwei Einzelfällen mit Depressionen nach Objektverlust geht? Es gilt zu untersuchen, ob sich im subjektiven Empfinden von Patientin und auch Therapeut Depression in Trauer umwandelt und sich im Introjekt beziehungsweise in der Einschätzung des interaktiven Musters zu anderen widerspiegelt.
Für das Introjekt z.B. sollten folgende Veränderungen eintreten: Ein zunächst niedrig eingeschätztes Selbstwertgefühl, das geprägt ist von Schuldgefühlen gegenüber dem verlorenen Objekt, mit Selbstanklage (Cluster 3.6), Selbsthaß (3.7) und Selbstvernachlässigung (Cluster 3.8) (man erinnere, ein typisches Merkmal bei Depressiven, daß Aggression, die eigentlich dem verlorenen Objekt gilt, nicht zugelassen werden kann und gegen sich selbst gerichtet wird) sollte sich im Verlaufe der Therapie in eine Haltung verwandeln, welche von Selbstwertschätzung (Cluster 3.3) und Selbstumsorgung (Cluster 3.4) geprägt ist.
In der Beziehung zum Therapeuten und in der Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson sollte man beobachten, wie sich empfundene Abschottung (Cluster 2.8) (also die Unfähigkeit, sich auf andere soziale Beziehungen einzulassen als die virtuelle Beziehung zum verlorenen Objekt), die durch feindselige (Cluster 1.7) und übersehende (Cluster 1.8) Aktionen gestützt wird, in Vertrauen (Cluster 2.4) verwandelt. Der Therapeut selbst sollte als empathisch (Cluster 1.2) und sorgend (Cluster 1.4) erlebt werden. Desweiteren sollten sich CMP-fixierte Erwartungen, nämlich die Angst vor Abschottung (Cluster 2.8) und vor haßvollen Attacken (Cluster 1.7) anderer in realitätsgerechte Erwartungen umwandeln. Kurzum, das CMP sollte sich lösen.
So verändert wahrgenommene Beziehungserfahrungen können als Parameter dafür gelten, daß eine schuldfreie Lösung (Cluster 2.1) und ein Loslassen (Cluster 1.1) vom verlorenen Objekt stattgefunden hat, also eine Entwicklung von Depression zu adäquater Trauer.

Leider liegt ein Teil der Daten nur lückenhaft vor, da die Intrexfragebögen nicht zu jedem erforderlichen Untersuchungszeitpunkt konsequent bearbeitet wurden. Als erstes erfolgt eine Auswertung der Intrexfragebögen für die Therapie MM unter Beachtung der oben genannten

Beziehungskonstellationen. Im Falle MM bezieht sich K1 auf die 6-Monats-Katamnese, K2 auf die 1-Jahres-Katamnese undo K3 auf die 5-Jahres-Katamnese.

5.4.1 INTREX-Fragebögen Therapie MM

Die folgenden Tabellen geben eine Gesamtübersicht über die Patternkoeffizienten der verschiedenen relevanten Beziehungseinschätzungen.

INTREX Therapie MM

Introjekt, Beziehung Therapeut/ Patientin

	Anfang: ATK	CON	Std.4: ATK	CON	Std.8: ATK	CON	Std.12: ATK	CON	Std.16: ATK	CON	Std.24: ATK	CON	Ende: ATK	CON	K1: ATK	CON	K2: ATK	CON	K3: ATK	CON
Introjekt beste Zeiten	-593	894	-541	941	-622	907	-910	697	-818	839	-856	867	-854	854	-655	926	-707	323	-686	359
Introjekt schlechteste Zeiten	882	-623	798	428	838	353	104	101	323	678	741	918	409	343	783	-436	847	500	-881	623
Ther. beste Zeiten, transitiv					-896	490	-882	623	-842	594	-873	617	-819	578	-860	607	-860	607		
Ther. beste Zeiten, intransitiv					-747	541	-799	494	-807	570	-884	604	-875	597	-872	616	-888	607		
ich zum Ther. beste Zeiten, transitiv					-725	466	-757	534	-842	594	-791	558	-386	281	-868	-466	-860	607		
ich zum Ther. beste Zeiten, intransitiv					-890	629	-884	606	-888	648	-884	643	-882	623	-862	524	-888	606		
Ther. schlechteste Zeiten, transitiv					fehlt	fehlt	-881	-393	-552	-245	-772	447	-757	534	819	578	-691	318		
Ther. schlechteste Zeiten, intransitiv					fehlt	fehlt	-779	526	-801	622	-882	623	-804	460	-878	550	-878	622		
ich zum Ther. schlechteste Zeiten, transitiv					-644	-381	-757	534	-791	558	-791	558	-791	558	-825	562	-793	463		
ich zum Ther. schlechteste Zeiten, intransitiv					-572	403	-888	627	-860	694	-888	627	-880	586	-867	600	-878	621		

aus Patientensicht

INTREX Therapie MM

Beziehung Therapeut/ Patientin

	Anfang: ATK	CON	Std.4: ATK	CON	Std.8: ATK	CON	Std.12: ATK	CON	Std.16: ATK	CON	Std.24: ATK	CON	Ende: ATK	CON	K1: ATK	CON	K2: ATK	CON
Pat. beste Zeiten, transitiv			-818	402	-899	632	-796	572	-747	597	-892	766	-889	768	-860	607	-860	466
Pat. beste Zeiten, intransitiv			-849	817	-901	781	-679	525	-860	607	-881	384	-863	380	-862	524	-883	607
Ther. beste Zeiten, transitiv			-875	640	-884	646	-718	506	-884	606	-301	-214	-898	608	-860	607	-860	607
Ther. beste Zeiten, intransitiv			-797	542	-765	662	-814	653	-810	675	-586	736	-889	662	-872	616	-888	607
Pat. schlechtes te Zeiten, transitiv			-392	-179			259	-451	224	339	615	650	-265	-232	-825	561	-793	463
Pat. schlechtes te Zeiten, intransitiv			434	-376	-281	-765	-396	-952	439	-239	225	-352	-226	-241	-876	600	-878	621
Ther. schlechtes te Zeiten, transitiv			601	-880	228	-746	454	-880	180	253	-232	-228	168	282	-819	578	-691	318
Ther. schlechtes te Zeiten, intransitiv			577	-843	-345	408	263	-820	351	-720	425	-659	-349	-748	-873	551	-879	622

aus Sicht des Therapeuten

5.4.1.1 Introjekteinschätzung der Patientin

Introjekt in den besten Zeiten der Patientin

Betrachtet man, wie die Patientin ihr Introjekt zu ihren besten Zeiten einschätzt, so stellt man fest, daß dieses konstant gut bleibt über den Therapieverlauf. Die Bewertungen liegen durchweg im äußeren Drittel des IV. Quadranten und sind damit geprägt von stark negativen ATK-Werten und stark positiven CON-Werten. Als signifikant (d.h. größer als 820 bzw. kleiner als -820) erweisen sich nahezu alle CON-Werte bis auf die Werte in Stunde 12, K2 und K3, jedoch nur vereinzelte ATK- Werte in der Therapiemitte und gegen Ende der Therapie und zwar in den Stunden 12, 24 und 27. Das sich ergebende Muster korreliert fast durchgehend am stärksten mit dem theoretischen Patternprofil „freundliche Selbstkontrolle“, was sich in der letzten Stunde durch den signifikant negativen ATK-Wert sogar zur „Selbstliebe“ steigert. In SASB-Cluster übersetzt dominiert also das Cluster 3.4 „sich umsorgen“ und in der letzten Stunde sogar 3.3 „Selbstliebe“.

Zusammengefaßt dominiert wohlwollende Selbstkontrolle im Sinne von Cluster 3.4 das Introjekt der Patientin in ihren besten Zeiten. Die Therapie verändert diese Einstellung nicht. Dieses wird deutlich an den nahezu ausschließlich signifikanten stark positiven CON-Werten und ATK-Werten, welche nur punktuell signifikant sind, aber in ihrer Tendenz über den gesamten Therapieverlauf hinweg stark negativ verbleiben.

Introjekt in den schlechtesten Zeiten der Patientin

Die Einschätzung des Introjekts in den schlechtesten Zeiten der Patientin ist geprägt vonFeindseligkeit. Die ATK-Werte finden sich durchgehend auf der positiven Skalenseite. Signifikant positiv sind die Werte allerdings nur in Stunde 1, 8 und zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese bzw. 5-Jahreskatamnese.

Bezüglich der Selbstkontrolle finden sich außer zu Beginn der Therapie (CON -623) zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese (K1) (CON -436) und zum Zeitpunkt der 5-Jahreskatam-nese (K3) (CON -623) ebenfalls ausschließlich positive Werte von unterschiedlicher Intensität. Es taucht allerdings nur ein signifikanter CON-Wert in Stunde 24 (900) auf. Die Patientin bewegt sich also vorwiegend im III. Quadranten des SASB-Modells, zu Beginn der Therapie und zum Zeitpunkt K1 rutschen die Einschätzungen jedoch in Quadrant II bedingt durch negative CON-Werte. Es sei jedoch nochmals betont, daß diese Einschätzungen im Quadrant II keine signifikanten Werte erreichen und höchstens eine Tendenz bezüglich eines veränderten Kontrollverhaltens widerspiegeln. In Worte gefaßt bedeutet das, daß die Patientin sich selbst gegenüber während der gesamten Therapie in variierendem Maße feindselig gestimmt ist (durchgehend positive ATK-Werte). Durch das Erreichen von signifikanten Werten in Stunde 1, 8 und zum Zeitpunkt K2 bzw. K3 läßt sich die Einstellung der Patientin zu diesen Zeitpunkten als deutlich autoaggressiv bewerten im Sinne der SASB-Cluster 3.6, „Selbstanklage und Selbstunterdrückung“ und 3.7, „Selbsthaß und -Zerstörung“. Selbstkontrolle bestimmt die Einschätzung in Stunde 24, unterstrichen durch den signifikant positiven CON-Wert. Das am deutlichsten korrelierende SASB-Cluster zu diesem Zeitpunkt ist 3.5, „Selbstkontrolle“.

Zusammenfassend stellt man fest, daß die Autoaggressivität, die die Patientin zu Beginn der Therapie in ihren schlechtesten Zeiten verspürt, zwar in ihrer Tendenz während der Therapie zeitweise abgeschwächt, aber nicht dauerhaft durch die Therapie verändert wird. Denn nicht nur am Anfang, sondern auch in Stunde 8 und zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese bzw. 5-Jahreskatamnese tauchen signifikant positive ATK-Werte auf, welche auf ein deutliches Maß an Autoaggressivität der Patientin hinweisen.

5.4.1.2 Beziehung zwischen Therapeut und Patientin aus Patientinnensicht

Umgang miteinander in ihren besten Zeiten

Therapeutenverhalten

Die Beurteilung von seiten der Patientin bezüglich des Aspekts „wie der Therapeut mit ihr in ihren besten Zeiten sowohl transitiv als auch intransitiv umgeht“, bleibt konstant während der Therapie und auch zu den Katamnesezeitpunkten im IV. Quadranten des zirkumplexen Modells. Die ATK-Werte schwanken nur sehr wenig und bewegen sich zwischen -750 und -900, wobei nahezu alle Werte (bis auf die intransitiven Werte in den Stunden 8, 12 und 16) signifikant sind.

Auch die CON-Werte, welche durchgehend positiv sind, unterliegen nur geringen Schwankungen, erreichen aber zu keinem Zeitpunkt Signifikanz. Die Haltung des Therapeuten ist also über den gesamten Therapieverlauf freundlich. In die SASB-Sprache übersetzt bedeutet dies, daß sich die Patientin vom Therapeuten auf transitiver Ebene bestätigt und verstanden fühlt (Cluster 1.2) und gemäß des Clusters 1.4 auch unterstützt und angeleitet sieht. Gleichzeitig öffnet sich der Therapeut (Cluster 2.2) und nähert sich liebevoll an (Cluster 2.3).

Zusammengefaßt ist, wie zuvor schon deutlich gemacht, die Haltung des Therapeuten der Patientin gegenüber in ihren besten Zeiten über den gesamten Therapieverlauf ausschließlich freundlich. Dies wird deutlich in nahezu durchgehend signifikant negativen ATK-Werten. Tendenziell findet man auch ein gewisses Maß an Kontrolle, erkennbar an den positiven CON-Werten, von denen allerdings keiner Signifikanz erreicht.

Patientinnenverhalten

Die Patientin schätzt desweiteren ein, „wie sie transitiv und intransitiv mit dem Therapeuten in ihren besten Zeiten“ umgeht. Auch hier ist nahezu ausnahmslos die gesamte Beurteilung im IV. Quadranten angesiedelt. Die ATK-Werte liegen so gut wie alle zwischen -700 und
-900. Signifikanz erreichen sie in Stunde 16, K1 und K2 für den transitiven und in allen Stunden für den intransitiven Aspekt. Die CON-Werte bewegen sich zwischen 466 und 607, abgesehen von K1 mit einem Wert von -466, (was diesen Wert in den I. Quadranten katapultiert) und erreichen damit nicht die Signifikanzgrenze. In Worte gefaßt stellt sich folgendes Bild dar: Die nahezu ausschließlich stark negativen transitiven ATK-Werte, welche in der Therapiemitte und zu den Katamnesezeitpunkten signifikante Werte erreichen, kennzeichnen die durchgehend freundlich transitive Haltung der Patientin dem Therapeuten gegenüber. In SASB-Cluster ausgedrückt findet man also vorwiegend die Cluster 1.4 „unterstützen und anleiten“, aber auch 1.2 „verstehen und

bestätigen“. Auf intransitiver Ebene wird die freundliche Haltung der Patientin sogar noch deutlicher, unterstützt dadurch, daß alle ATK-Werte signifikant negativ sind. Die Patientin stützt sich also auf den Therapeuten (Cluster 2.4), öffnet sich ihm gegenüber (Cluster 2.2) und an mancher Stelle könnte man sogar von liebevoller Verbindung sprechen (Cluster 2.3).
Nur an einer Stelle wird diese gleichförmig freundliche Einstellung der Patientin unterbrochen, und zwar korreliert ihre Haltung in Stunde 27 am stärksten mit dem theoretischen Patternprofil, welches einen Konflikt zwischen Freundlichkeit und Angriff repräsentiert. Es sei jedoch erneut betont, daß die Werte unterhalb der Signifikanzgrenze liegen und damit höchstenfalls eine Tendenz darstellen.

Zusammengefaßt findet man also eine durchgehend freundliche Haltung der Patientin dem Therapeuten gegenüber in ihren besten Zeiten. Zum Ausdruck kommt dies in über den gesamten Therapieverlauf negativen ATK-Werten, die für den transitiven Aspekt zur Therapiemitte und zu den Katamnesezeitpunkten und für den intransitiven Aspekt sogar in jeder Stunde Signifikanz erreichen. Tendenziell läßt sich ähnlich wie in der Haltung des Therapeuten der Patientin gegenüber auch wiederum ein gewisser Grad an Kontrolle in Form positiver CON-Werte feststellen, doch sei nochmals betont, daß die Werte unterhalb der Signifikanzgrenze liegen.

Umgang miteinander in ihren schlechtesten Zeiten

Als nächstes sollen nun die unterschiedlichen Beziehungskonfigurationen von Patientin und Therapeut beleuchtet werden, die sich damit befassen, wie die beiden aus Patientinnensicht in ihren schlechtesten Zeiten miteinander umgehen.

Für das intransitive Therapeutenverhalten sowie das transitive und intransitive Patientinnenverhalten stößt man wiederum auf eine Häufung der Wert im IV. Quadranten des SASB-Modells.

Therapeutenverhalten

Gemischter zeigt sich die Beurteilung dafür, wie die Patientin das transitive Therapeutenverhalten ihr gegenüber in ihren schlechtesten Zeiten sieht.
Die ATK-Werte sind wiederum vorwiegend negativ. Sie sind aber mit Ausnahme von Stunde 12 (ATK- Wert -881) nicht signifikant. Eine wichtige Ausnahme bildet der ATK-Wert in der 6-Monatskatamnese, welcher mit 819 sehr stark positiv ist und nur ganz knapp die Signifikanzgrenze

verfehlt. Zum Zeitpunkt K1 bewertet die Patientin den Therapeuten in seinem transitiven Verhalten also ziemlich eindeutig feindselig. Die Beurteilung liegt im Quadrant III.
Die CON-Werte liegen erneut in ihrer Gesamtheit außerhalb der Signifikanzgrenzen. Tendenziell sind sie vorwiegend positiv, deuten also kontrollierendes Verhalten an, nur zur Therapiemitte, in Stunde 12 und 16, haben sie ein negatives Vorzeichen und befördern diese Beurteilungen in Quadrant I bei weniger Kontrolle.
Mit Ausnahme von Stunde 12, 16 und K1 befinden sich also alle Bewertungen im IV. Quadranten. Mit anderen Worten, es dominiert eine tendenziell freundlich kontrollierend eingeschätzte Haltung des Therapeuten, wobei allerdings keiner der Werte Signifikanz erreicht. Zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese spiegelt sich in einem stark positiven ATK-Wert, daß die Patientin entsprechend ihrem schlechten Introjekt (Autoaggression) sich auch vom Therapeuten im Sinne vom SASB-Cluster 1.6 herabgesetzt und bestraft sieht.

Zusammengefaßt dominiert auch am Tiefpunkt der Beziehung eine von der Patientin wohlwollend eingeschätzte transitive Haltung des Therapeuten ihr gegenüber. Das Bild ist jedoch weniger eindeutig als in den Beurteilungen für das transitive und intransitive Therapeutenverhalten in ihren besten Zeiten, dadurch bedingt, daß bis auf eine Ausnahme keine signifikant negativen ATK-Werte auftreten. Bezüglich des Kontrollverhaltens scheint in den mittleren Therapieabschnitten eine Tendenz zu mehr Freiheit gewähren zu bestehen, wobei wieder zu beachten ist, daß die CON-Werte keine Signifikanz erreichen. Eine wichtige Ausnahme bildet die deutlich feindselig eingeschätzte Haltung des Therapeuten zum Zeitpunkt K1, bei einem annähernd signifikant positiven ATK-Wert.

Betrachtet man nun das intransitive Therapeutenverhalten, so stellt man fest, daß im Sinne der Ansiedlung der Werte im Quadrant IV nur negative ATK- Werte und positive CON-Werte auftauchen. Die ATK-Werte liegen zwischen -779 und -878, sind also durchgehend sehr nah an der Signifikanzgrenze, überschreiten sie allerdings nur in Sitzung 24 und zu den Katamnesezeitpunkten. Die CON-Werte befinden sich wiederum in ihrer Gesamtheit unterhalb der Signifikanzgrenze von 820. Der Therapeut läßt sich also über den gesamten Therapieverlauf, besonders aber in Stunde 24 und zu den Katamnesen gemäß dem SASB- Cluster 2.4, freundlich auf die Patientin ein.

Zusammengefaßt dominiert, wie schon bei der Beurteilung in ihren besten Zeiten, eine freundlich intransitive Haltung, was sich in stark negativen ATK-Werten spiegelt, die zum Therapieende und zu den Katamnesezeitpunkten Signifikanz erreichen.

Patientinnenverhalten

Wie zuvor schon erwähnt liegen auch die Bewertungen für das transitive und intransitive Patientinnenverhalten in ihren schlechtesten Zeiten nahezu ausschließlich im IV. Quadranten des zirkumplexen Modells. Man findet nur eine Ausnahme in Stunde 8, wobei die Bewertung durch einen negativen CON-Wert in Quadrant I angesiedelt ist. Die ATK-Werte liegen zwischen -644 bis -888 und erweisen sich damit als durchgehend negativ. Parallel zur Beurteilung dieses Beziehungsaspekts in ihren besten Zeiten überschreiten nahezu alle ATK-Werte (Ausnahme Stunde 8) für den intransitiven Aspekt die Signifikanzgrenze, während nur der ATK-Wert in K1 diese für den transitiven Aspekt erreicht. Keiner der nahezu durchgehend positiven CON-Werte erreicht den signifikanten Bereich. In Worte gefaßt sieht sich die Patientin also dem Therapeuten gegenüber nicht nur in ihren besten Zeiten sondern auch in ihren schlechtesten Zeiten vorwiegend freundlich. Das wird besonders auf intransitiver Ebene anhand von nahezu ausnahmslos signifikant negativen ATK-Werten deutlich. Aber auch auf transitiver Ebene liegen viele der ATK-Werte nah an der Signifikanzgrenze, welche in K1 überschritten wird. In SASB-Cluster übersetzt kommen die nun schon oftmals genannten Cluster 1.2 und 1.4 auf transitiver und 2.2, 2.3 und 2.4 auf intransitiver Ebene überwiegend zum Tragen.

Zusammengefaßt findet man also parallel zur Einschätzung der Beziehung „in ihren besten Zeiten“ eine sowohl transitiv wie auch intransitiv durchgehend freundlich bewertete Haltung der Patientin, was sich in stark negativen ATK-Werten äußert, welche besonders für den intransitiven Aspekt überwiegend signifikant sind. Auch die Tendenz zur Kontrolle findet sich erneut durchgehend wieder, wobei die Werte wie zuvor unterhalb der Signifikanzgrenze liegen.

Die Patientin beurteilt also ihre interaktive Beziehung zum Therapeuten in guten wie in schlechten Zeiten bis zu den Katamnesezeitpunkten als weitaus überwiegend freundlich. Eine eindeutige Ausnahme bildet nur die Einschätzung des transitiven Therapeutenverhaltens am Tiefpunkt der Beziehung zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese, in welcher der Therapeut als eindeutig feindselig

erlebt wird. Dieses Erleben wird auch in einem von Autoaggressivität beherrschten Introjekt reflektiert.

Eine wichtige Beobachtung in Bezug auf die Signifikanz der Beurteilungen ist, daß kein einziger CON-Wert, also kein Wert, welcher die Interdependenzachse beurteilt, signifikant ist. Bei der Beurteilung der Affiliationsachse durch die ATK-Werte stellt sich heraus, daß für den Therapeuten die transitven Beziehungsaspekte konstanter die Signifikanzgrenze überschreiten, während für die Patientin dies mehr für die intransitiven Beziehungsaspekte zutrifft.

5.4.1.3 Beziehung zwischen Therapeut und Patientin aus Therapeutensicht

Wie zuvor festgestellt, hat nach den Einschätzungen der Patientin im Verlauf der Therapie keine anhaltende Veränderung in der Beziehung zum Therapeuten stattgefunden. Die Haltung wurde beiderseits als nahezu durchgehend freundlich beurteilt.

Nun sollen in einem zweiten Schritt die verschiedenen Beziehungskonstellationen zwischen Therapeut und Patientin aus dem Blickwinkel des Therapeuten betrachtet werden.

Umgang miteinander in ihren besten Zeiten

Verhalten beiderseits

Für die jeweils transitiven und intransitiven Beziehungsaspekte zueinander überschneiden sich die Einschätzungen für die Konstellation „in ihren besten Zeiten“ sehr stark mit den vorher besprochenen Einschätzungen von seiten der Patientin. Alle Werte befinden sich ebenfalls im IV. Quadranten des SASB-Modells mit Ausnahme eines Ausreißers in Stunde 24 für die Beurteilung, wie der Therapeut mit der Patientin transitiv umgeht. Sie befindet sich im I. Quadranten. Ansonsten bleiben die ATK-Werte konstant negativ und dicht an der Signifikanzgrenze (-679 bis -888), während die CON-Werte konstant positiv sind (380 bis 736) und unterhalb der Signifikanzbereichs liegen. (Insignifikante ATK-Werte findet man für das Patientinnenverhalten in Stunde 4, 12 und 16 für den jeweils transitiven Aspekt; außerdem für das Therapeutenverhalten in Stunden 12 und 24 für den transitiven Aspekt und in Stunden 4, 8 und 24 für den intransitiven Aspekt.) Dominiert wird das Bild erneut von einem Patternprofil, welches die freundliche Haltung sowohl in der Aktion als auch Reaktion beiderseits beschreibt. Es treten nur momentan leichte Abweichungen von diesem Muster auf. So scheint das transitive Patientinnenverhalten in Stunde 12 vermehrt Kontrolle aufzuweisen, was an einer Korrelation mit dem theoretischen Patternprofil „freundliche Kontrolle“ deutlich wird. Aber weder hier noch für die Beurteilung des intransitiven Therapeutenverhaltens in Stunde 24, in

welcher der Therapeut sich fügendes Verhalten demonstriert, überschreitet der entsprechende CON-Wert die Signifikanzgrenze. Die zum Tragen kommenden SASB-Cluster sind die vorher ausführlich besprochenen Cluster 1.2, 1.3 und 1.4 für den Fokus 1 und 2.2, 2.3 und 2.4 für den Fokus 2.

Zusammengefaßt überwiegt also auch aus Sicht des Therapeuten eine freundliche Haltung beiderseits in der Therapeut-Patient-Beziehung in besten Zeiten. Dies wird deutlich an nahezu konstant signifikant negativen ATK-Werten. Es kommt auch wieder ein gewisses Kontrollelement zum Tragen (positive CON-Werte), welches aber durch Insignifikanz der Werte abgeschwächt wird.

Umgang miteinander in ihren schlechtesten Zeiten

Interessant ist, daß bei der Beziehungseinschätzung von seiten des Therapeuten bezüglich des Aspekts „wie er und die Patientin in ihren schlechtesten Zeiten miteinander umgehen“ die Beurteilung für die verschiedenen Konfigurationen nun völlig anders ausfällt als die Einschätzung der Patientin.
Während nach dem Patientinnenurteil keine Veränderung stattgefunden hat und sich mehr oder weniger die Beziehung zum Therapeuten komplett im IV. Quadranten abspielt, sieht man bei Betrachtung der Therapeuten-Intrexe, daß die Werte für alle Konstellationen im Verlauf der Therapie in den IV. Quadranten wandern. Der Ursprung für die transitiven und intransitiven Beziehungsqualitäten des Therapeuten der Patientin gegenüber ist in Quadrant II zu finden, für den umgekehrten Fall läßt sich der Ursprung weniger deutlich herauskristallisieren durch teilweise fehlende INTREXE aus Stunde 4 und 8.
Bei der detaillierten Beleuchtung im zeitlichen Verlauf lassen sich die einzelnen Beziehungsaspekte folgendermaßen aufschlüsseln:

Therapeutenverhalten

Zu Beginn der Therapie in Stunde 4, 8 und 12 beurteilt der Therapeut sein transitives Verhalten der Patientin gegenüber „in ihren schlechtesten Zeiten“ als gering bis mittelgradig feindselig und nicht kontrollierend. (Die ATK-Werte sind positiv, aber nicht signifikant, 228 bis 601; die CON-Werte sind stark negativ, -746 bis -880 und überschreiten für Stunde 4 und 12 die Signifikanzgrenze). Das am stärksten korrelierende theoretische Patternprofil beschreibt eine Haltung des Therapeuten, in der er der Patientin aktiv Freiheit gewährt.

Die entsprechenden SASB-Cluster sind 1.1, „frei gewähren lassen“, aber auch 1.8 „übersehen, vernachlässigen und ignorieren“.
Dann scheint eine Wanderung der Werte stattzufinden, die sehr nah am Nullpunkt vorbeigeht, für Stunde 16 und 27 durch den III und für Stunde 24 durch den I. Quadranten hindurch. Die entsprechenden Patternkoeffizienten korrelieren nun mit einem Profil, welches einen Zwiespalt im Verhalten andeutet, zwischen zum einen die Patientin kontrollieren zu wollen (Cluster 1.5), zum anderen ihr Freiheit zu gewähren (Cluster 1.1). Die Werte liegen allerdings außerhalb der Signifikanzgrenze. Zu den Katamnesezeitpunkten K1 und K2 liegen die Werte dann im IV. Quadranten (ATK -819 und -691; CON 578 und 318), und es herrscht wiederum freundliches Verhalten entsprechend dem Cluster 1.4. vor. Die Werte sind nicht signifikant, allerdings ist der ATK- Wert in K1 mit -819 sehr nah an der Grenze.

Zusammengefaßt überwiegt zu Beginn der Therapie eine freiheitsgewährende Haltung des Therapeuten der Patientin gegenüber. Dies verdeutlicht sich an signifikant negativen CON-Werten in Stunde 4 und 12. Über einen Kontrollkonflikt, der in den korrelierenden Patternprofilen zum Ausdruck kommt, sich aber leider nicht in signifikanten ATK-/CON-Werten äußert, verändert sich gegen Ende der Therapie die Haltung zu freundlicher Kontrolle, bei allerdings wiederum insignifikanten Werten. Erst zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese erreicht der ATK-Wert diese.

Das intransitive Therapeutenverhalten ist hauptsächlich in Quadrant II und Quadrant IV des zirkumplexen Modells angesiedelt. Eine Ausnahme davon bildet nur die Stunde 27, welche bei insignifikanten Werten in Quadrant I liegt(ATK -349 und CON -748). Über die ersten Dreiviertel der Therapie sind die Beurteilungen wiederum vornehmlich in Quadrant II zu finden. Signifikant negative CON-Werte in Stunde 4 und 12 (-843 und -820) und weiterhin negative CON-Werte in Stunde 16 und 24 bei nicht signifkanten ATK-Werten (263 bis 577) sprechen dafür, daß der Therapeut in der ersten Therapiehälfte nicht nur der Patientin Freiheit gewährt (Cluster 1.1), sondern sich im Sinne von Cluster 2.1 auch eigenständig behauptet und im Sinne von Cluster 2.8 sogar abschottet. Das entsprechend am stärksten korrelierende theoretische Patternprofil bringt das Lösungsbestreben des Therapeuten zum Ausdruck.
Ein Ausreißer hierzu findet sich in Stunde 8. Bei allerdings insignifikanten Werten, (ATK
-345 CON 408) liegt die Beurteilung in Quadrant IV, bei einem Patternprofil, das mit Unterwerfung korreliert. Zu den Katamnesezeitpunkten findet sich dann wieder die freundlich reaktive Haltung,

welche für diese Patient-Therapeut Beziehung schon so häufig beschrieben wurde. Bei signifikant negativen ATK- Werten (ATK -873; -879) und nicht signifikant positiven CON-Werten (CON 551; 622) findet sich die Beurteilung im IV. Quadranten.

Zusammengefaßt gewährt der Therapeut also nicht nur der Patientin Autonomie in der ersten Therapiehälfte, sondern strebt auch selbst nach Ablösung. Dies wird deutlich in signifikant negativen CON-Werten in Stunde 4 und 12. Im weiteren Verlauf geht die Tendenz wieder zu einer freundlich reaktiven Haltung über, bei negativen ATK- und positiven CON-Werten, wobei die ATK-Werte zu den Katamnesezeitpunkten wiederum signifikant werden.

Patientinnenverhalten

Das Handeln der Patientin dem Therapeuten gegenüber in schlechtesten Zeiten im transitiven und intransitiven Modus ist in den Augen des Therapeuten zunächst von starken Schwankungen geprägt, um sich am Ende der Therapie im IV. Quadranten des SASB-Modells einzufinden.

Für den transitiven Aspekt befindet sich die Beziehungseinschätzung zunächst im Quadrant I für die Stunde 4 (ATK-392; CON -179). In Stunde 12 (ATK-Wert 259; CON-Wert -451) liegt sie dann im Quadrant II. Sie zieht dann durch den Quadrant III (Std. 16 ATK 224; CON 339/ Std. 24 ATK 615 CON 650), um als nächstes in der 27. Sitzung in den Quadrant I zu gelangen (ATK -265; CON -228). In den Profilen dieser Beziehungseinschätzungen von Stunde 4-27 kommt wieder ein Konflikt auf der Interdependenzachse zum Ausdruck, also zwischen dem Bestreben, Kontrolle auszuüben (Cluster 1.5) und Freiheit zu gewähren (Cluster 1.1). Keiner der Werte erreicht jedoch Signifikanz. Letztendlich landet die Beziehungseinschätzung zu den Katamnesezeitpunkten in Quadrant IV bei einer erneut freundlichen Haltung (Cluster 1.4). Signifikant ist nur der ATK-Wert zum Zeitpunkt K1.

Für die Kategorie intransitiv beginnt die Einschätzung der Beziehung im Quadrant I mit stark negativen CON-Werten, welcher in Stunde 12 sogar die -820 überschreitet, und mittelgradig ausgeprägten, negativen, nicht signifikanten ATK-Werten (Std. 8 ATK -281; CON -765/ Std. 12 ATK; -396 CON -952). Also auch die Patientin strebt im ersten Therapieabschnitt in den Augen des Therapeuten nach Autonomie, im Sinne von Cluster 2.1. Diese Einschätzung verändert sich im Laufe der Therapie, sie durchwandert die verschiedenen Quadranten des zirkumplexen Modells, was für veränderte Ausprägungen auf beiden Achsen spricht, bei allerdings wiederum nicht signifikanten

Werten. Zu den Katamnesezeitpunkten liegen die Beurteilungen dann erneut im IV. Quadranten bei signifikant negativen ATK-Werten und nicht signifikanten CON-Werten. (K1 ATK -876; CON 600/ K2 ATK -878; CON 621).
In Stunde 16 (ATK 439; CON -239), in Stunde 24 (ATK 225; CON -352) und am Ende der Therapie (ATK -226; CON -241) kommt es bei wiederum nicht signifikanten Werten zu einem Muster, welches am stärksten mit dem theoretischen Patternprofil korreliert, das einen Interdependenzkonflikt, also eine gespaltene Haltung zwischen Unterwerfung (Cluster 2.5) und Unabhängigkeit (Cluster 2.1), darstellt.

Zusammengefaßt zeigt die Patientin in den Augen des Therapeuten zunächst Autonomiebestrebungen (signifikant negative CON-Werte in Stunde 4 und 12). Über eine Phase von Autonomiekonflikten, welche sich in entsprechend korrelierenden Patternprofilen äußert, kommt es zu den Katamnesezeitpunkten wieder zu einer freundlich intransitiven Haltung. (Signifikant negative ATK-Werte).

Auch der Therapeut also beurteilt die interaktive Beziehung zur Patientin MM als vorwiegend freundlich, mehr jedoch in guten als in schlechten Zeiten. Anders als die Patientin jedoch nimmt er insbesondere im ersten Teil der Therapie am Tiefpunkt der Beziehung vermehrt Autonomiebestrebungen und eine vermehrt freiheitsgewährende Haltung wahr. Und zwar gilt dies nicht nur von seiner Seite, sondern auch von seiten der Patientin. Man könnte an dieser Stelle von Gegenübertragung sprechen. Über eine Phase von Konflikten auf der Interdependenzachse kommt es Ende der Therapie dann wieder zu einer freundlichen Haltung bei einem gewissen Grad an positiver Interdependenz.

5.4.1.4 Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson aus Patientinnensicht

Als nächstes soll nun beleuchtet werden, wie die Patientin MM die Beziehung zur aktuell wichtigsten Bezugsperson im Therapieverlauf einschätzt. Bei der Bezugsperson handelt es sich zunächst um die beste Freundin der Patientin, später um den neuen Partner.

INTREX Therapie MM

Beziehung Patientin/ wichtigste Bezugsperson

	Anfang: ATK	CON	Std.4: ATK	CON	Std. 8: ATK	CON	Std.12: ATK	CON	Std.16: ATK	CON	Std.24: ATK	CON	Ende: ATK	CON	K3: ATK	CON
Bez.person in besten Zeiten, trans	-873	617	-819	578	-882	623	-882	623	-882	623	-882	623	-882	623	-853	853
Bez.person in besten Zeiten, intrans	-884	643	-882	623	-882	585	-882	623	-887	623	-882	623	-882	623	-696	696
ich zur Bez.person in besten Zeiten, trans	-873	617	-579	407	-882	623	-882	623	-882	623	-882	623	-882	623	-881	623
ich zur Bez.person in besten Zeiten, intrans	-884	606	-884	606	-882	623	-882	623	-882	623	-719	640	-882	623	-853	853
Bez.person in schlechtesten Zeiten,trans	-882	623	-789	554	-882	623	-882	623	-882	623	-882	623	-139	-230	881	-623
Bez.person in schlechtesten Zeiten, intrans	-884	606	-882	623	-882	585	-882	623	-786	461	-682	335	-944	-667	352	545
ich zur Bez.peson in schlechtesten Zeiten, trans	-882	-623	-791	558	-882	623	-820	-563	-786	461	-693	-292	151	-297	-118	-289
ich zur Bez.person in schlechtesten Zeiten, intrans	-622	-519	-882	623	-883	626	-682	335	-842	594	fehlt	fehlt	-365	-522	696	696

aus Patientensicht

Umgang miteinander in ihren besten Zeiten

Verhalten beiderseits

Die Beziehungseinschätzungen (transitiv und intransitiv), wie die Bezugsperson mit der Patientin in besten Zeiten umgeht und umgekehrt, finden sich wieder durchgehend im Quadrant IV. Die ATK-Werte liegen dabei zwischen -579 und -884, die CON-Werte zwischen 407 und 853. (Signifikant sind nahezu alle ATK-Werte, vereinzelte Ausnahmen finden sich in Stunde 1, 4, 12, 16, 24 und am Ende der Therapie). Nur die CON-Werte für den transitiven Aspekt des Verhaltens der Bezugsperson und das intransitive Verhalten für die Patientin zum Zeitpunkt der 5-Jahres-Katamnese erreichen Signifikanz. Die aktive und reaktive Haltung beiderseits ist entsprechend freundlich, mit SASB-Clustern auf transitiver Ebene von 1.2, 1.3 und 1.4 und auf intransitiver 2.2, 2.3 und 2.4.

Zusammengefaßt zeigt sich also von beiden Seiten eine durchgehend freundlich eingeschätzte Haltung, wie an den nahezu konstant signifikant negativen ATK-Werten deutlich wird. Zum Zeitpunkt der 5-Jahreskatamnese erlebt die Patientin daneben auch noch Kontrolle von seiten der Bezugsperson, während sie sich selbst freundlich fügsam sieht. (Signifikante CON-Werte).

Umgang miteinander in ihren schlechtesten Zeiten

Verhalten beiderseits

Die Betrachtung der diversen Beziehungseinschätzungen in schlechtesten Zeiten zeigt ebenfalls eine überwiegend freundlich bewertete Haltung beiderseits mit den entsprechenden vielfach genannten SASB-Clustern. Signifikanz erreichen wieder nahezu alle ATK-Werte und keiner der CON-Werte. Starke Abweichungen davon finden sich am Ende der Therapie, in Stunde 27 für das transitive Verhalten der Bezugsperson und jeweils beide Aspekte für das Patientinnenverhalten. In dieser Stunde kommt es einmalig zu einem „Macht-doublebind" für die Einschätzung der transitiven Interaktion beiderseits mit Werten von ATK -139; CON -230 für die Bezugsperson und ATK 151; CON -297 für die Patientin. Anders gesagt, besteht also ein Konflikt zwischen kontrollierendem (Cluster 1.5) und Freiheit gewährendem Verhalten (Cluster 1.1) bei allerdings nicht signifikanten Werten. Intransitiv findet man für die Reaktion der Patientin in der 27. Stunde ein Muster, welches mit dem Patternprofil „Sich-Autonom-Machen" im Sinne von Cluster 2.1 korreliert (ATK -365 und CON -522). Dieses Muster steht im Kontrast zur Einschätzung in der 24. Stunde, welches mit dem Patternprofil „freundliche Unterwerfung" (ATK -693; CON -292) korreliert. Es sei jedoch erneut betont, daß keiner der Werte in diesen beiden Stunden signifikant ist. Zum Zeitpunkt der 5-Jahreskatamnese dann empfindet die Patientin ihre Bezugsperson deutlich angriffslustig, bei einem signifikant positiven ATK-Wert von 881 für den transitiven Fokus. Intransitiv empfindet sie ihre Bezugsperson ambivalent zwischen freundlich und feindlich bei allerdings insignifikanten Werten. Für ihr eigenes Verhalten setzt sich auf dem transitiven Fokus das „Macht-doublebind" fort, intransitiv sieht sie sich feindselig, bei wiederum insignifikanten Werten.

Zusammenfassend läßt sich zur Einschätzung der Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson festhalten, daß die Haltung beiderseits bis zum Ende der Therapie freundlich ist, dann jedoch nach den Patternprofilen Konflikte auftreten, welche besonders die Interdependenzachse betreffen. Man sieht tendenzielle eine Bewegung zu vermehrter Autonomie der Patientin und ein konflikthaftes Freiheit-Gewähren von seiten der Patientin und der Bezugsperson. Zum Zeitpunkt der 5-Jahreskatamnese taucht vermehrt Feindseligkeit auf allen Ebenen auf.

Die Interpretation der bisherigen Befunde für die Intrexe der Therapie MM soll an späterer Stelle erfolgen. Zunächst erfolgen nun die Intrexanalysen für die Therapie BB.

5.4.2 INTREX-Fragebögen Therapie BB

Voran wieder eine tabellarische Übersicht über die ATK- und CON-Werte der unterschiedlichen untersuchten Beziehungsaspekte. In dieser Kasuistik bezieht sich K1 auf die 1-Jahreskatamnese und K2 auf die 2-Jahreskatamnese.

INTREX Therapie BB

Introjekt, Beziehung Therapeut/ Patientin

	Anfang: ATK	CON	Std.4: ATK	CON	Std.8: ATK	CON	Std.12 ATK	CON	Std.16: ATK	CON	Std.20: ATK	CON	vorl. Std: ATK	CON	Ende: ATK	CON	K1: ATK	CON	K2: ATK	CON
Introjekt beste Zeiten	-311	416	-652	439	-457	255	-850	704	-264	318	-488	509	-844	709	-750	578	-326	418	-581	764
Introjekt schlechteste Zeiten	442	-197	985	697	921	526	944	-529	827	-362	971	700	360	433	595	-306	870	547	672	386
Ther. beste Zeite, transitiv			-666	526	-768	-500	-878	-552	-879	-486	-702	396	-891	446	-887	561				
Ther. beste Zeiten, intransitiv			-438	331	-642	425	-660	357	-652	-334	-735	-318	-874	-381	-907	684				
ich zum Ther. beste Zeiten, transitiv			-783	386	-660	-660	-471	-402	-551	-406	-390	-166	-779	514	-777	528				
ich zum Ther. beste Zeiten, intransitiv			-470	-252	-510	-320	-553	-390	-692	-468	-520	452	-547	245	-847	438				
Ther. schlechteste Zeiten, transitiv			-537	-297	-521	-359	-867	455	-879	-486	-737	-454	-849	553	-887	561				
Ther. schlechteste Zeiten, intransitiv			-540	507	-695	-364	-716	505	-652	-334	-879	501	-615	363	-907	684				
ich zum Ther. schlechteste Zeiten, transitiv			-576	-409	-654	-629	-446	-222	-551	-406	-659	-516	-760	756	-777	528				
ich zum Ther. schlechteste Zeiten, intransitiv			-606	-701	-613	-594	-340	-560	-654	-789	-712	-389	-547	245	-847	438				

aus Patientensicht

INTREX Therapie BB

Beziehung Therapeut/ Patientin

	Anfang: ATK	CON	Std.4: ATK	CON	Std.8: ATK	CON	Std.12: ATK	CON	Std.16: ATK	CON	Std.20: ATK	CON	vorl. Std.: ATK	CON	Ende: ATK	CON
Pat. beste Zeiten, transitiv			-697	297	-713	-428	-374	166	-329	141	-210	164	-385	-176	-396	-205
Pat. beste Zeiten, intransitiv			-677	284	-867	653	-572	423	-468	-425	-442	244	-109	75	-456	283
Ther. beste Zeiten, transitiv			-768	505	-845	675	-893	674	-888	774	-891	764	-551	594	-604	437
Ther. beste Zeiten, intransitiv			-874	652	-678	351	-736	606	-632	708	-654	571	-835	589	-504	451
Pat. schlechtes te Zeiten, transitiv			259	-297	-429	-468	265	131	205	-109	259	128	238	180	262	452
Pat. schlechtes te Zeiten, transitiv			841	-377	-281	-149	680	-630	812	-871	853	-755	556	-558	785	-554
Ther.schle chteste Zeiten, transitiv			-542	621	-882	882	-574	-534	-375	797	-569	713	-667	575	-614	646
Ther. schlechtes te Zeiten, intransitiv			151	-307	-352	206	738	-726	715	-310	540	540	610	304	139	99

aus Sicht des Therapeuten

5.4.2.1 Introjektseinschätzung der Patientin

Introjekt in besten Zeiten der Patientin

Bei der Betrachtung des Introjekts in besten Zeiten der Patientin BB ist zu beobachten, daß sich dieses ähnlich wie bei der Patientin MM durchgehend im Quadrant IV des SASB-Modells bewegt. Anders als in der zuletzt genannten Therapie erreichen die konstant negativen ATK-Werte (von -311 bis -850) nur jeweils in Stunde 12 und in der vorletzten Stunde die Signifikanzgrenze, während die durchgehend positiven CON-Werte (von 255 bis 709) diese überhaupt nicht überschreiten.

Nach den korrelierenden Patternprofilen zu urteilen, ist die Haltung der Patientin BB sich selbst gegenüber in ihren besten Zeiten wesentlich inhomogener und nicht nur von freundlicher Selbstkontrolle geprägt, wie die Haltung der Patientin MM. Über den Therapie-verlauf scheint eine Art Wellenbewegung der korrelierenden Patternprofile bezüglich der Interdependenzachse stattzufinden. Zu Beginn (ATK -311; CON 416), in Stunde 12 (ATK -850; CON 704), am Ende der Therapie (ATK -750; CON 578) und zu den Katamnesezeitpunkten (K1: ATK -326; CON 410/ K2: ATK -581; 764) schätzt sich die Patientin als freundlich selbstkontrollierend ein (SASB-Cluster 3.4)

In den mittleren Therapieabschnitten, in Stunde 8, (ATK -457; CON 255), 16 (ATK -264; CON 318) und 20 (ATK -466; CON 509), taucht ein Konflikt zwischen dem Wunsch nach freier Entfaltung (SASB-Cluster 3.1) und Selbstkontrolle (SASB-Cluster 3.5) auf. In der vorletzten Stunde gipfelt dieser Wellenverlauf dann in einem Patternprofil, welches als „Selbstliebe“ bezeichnet wird, entsprechend einem SASB- Cluster 3.3. Dies wird untermauert mit einem signifikant negativen ATK-Wert.

Zusammenfassend läßt sich für das Introjekt in besten Zeiten folgendes festhalten: Bei zu Beginn und am Ende bis zu den Katamnesezeitpunkten bestehender freundlicher Selbstkontrolle im Sinne von Cluster 3.4 kommt es nach den korrelierenden Patternprofilen in den dazwischenliegenden Therapieabschnitten zu einer wechselhaften Haltung zwischen freundlicher Selbstkontrolle (SASB-Cluster 3.4) zum einen und konflikthaftem Streben nach freier Entfaltung (SASB-Cluster 3.1) bzw. Selbstkontrolle (SASB-Cluster 3.5) zum anderen. Es sei jedoch wiederum zu beachten, daß kaum ein Wert signifikant ist. In Stunde 24 kommt es einmalig bei einem signifikant negativen ATK-Wert zu einer liebevollen Selbstakzeptanz (Cluster 3.3) der Patientin.

Introjekt in schlechtesten Zeiten der Patientin

Wie sieht nun das Introjekt der Patientin BB in schlechtesten Zeiten aus? Autoaggressivität bei variierendem Grad an Selbstkontrolle prägt das Introjekt der Patientin BB in ihren schlechtesten Zeiten. Dies wird in besonderem deutlich an ATK-Werten, welche nicht nur konstant im positiven Bereich liegen, (ATK-Werte von 360 bis 971) sondern im überwiegenden Teil der Therapie sogar die Signifkanzgrenze überschreiten (in Stunde 4, 8, 12, 16, 20 und K1). Die weitgefächerte Verteilung der CON-Werte im positiven und negativen Bereich der Interdependenzachse (-529 bis 700) deutet tendenziell ein variierendes Maß an Selbstkontrolle an, allerdings liegen die CON-Werte unterhalb der Signifikanzgrenze und sind damit in ihrer Aussagekraft eingeschränkt. Die Einschätzungen springen also zwischen Quadrant II (in der 12., 16., vorletzten und letzten Stunde) und Quadrant III für den Rest der Therapie.

Die entsprechenden SASB-Cluster reichen von 3.6 „Selbstanklage“, über 3.7 „Selbsthaß“ bis 3.8 „Sich-Selbst vernachlässigen“.

Zusammengefaßt läßt sich für das Introjekt in schlechtesten Zeiten festhalten, daß von Stunde 4-20 ein autoaggressives Patternprofil vorliegt. Gegen Ende der Therapie nimmt das Ausmaß an Autoaggressivität dann ab, um zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese wieder anzusteigen.

5.4.2.2 Beziehung zwischen Therapeut und Patientin aus Patientinnensicht

Bei der Introjektseinschätzung fällt also die langanhaltende Autoaggressivität der Patientin BB in ihren schlechtesten Zeiten auf. Im nächsten Schritt soll die Beziehung zum Therapeuten in guten und schlechten Zeiten herausgearbeitet werden.

Umgang miteinander in ihren besten Zeiten

Therapeutenverhalten

In besten Zeiten wird der Therapeut BB auf beiden Foci (ähnlich wie der Therapeut MM), durchgehend freundlich beschrieben, verdeutlicht in erneut konstant negativen ATK-Werten (zwischen -438 bis -907), welche allerdings in weitaus geringerem Maße als in der Therapie MM die Signifikanzgrenze überschreiten. Während dies für nahezu alle ATK-Werte in der zuletztgenannten Therapie gilt, so finden sich in der Therapie BB nur in der 12., 16. (transitiv) und in der vorletzten und letzten Stunde (transitiv/intransitiv) signifikante Werte. Die positiv freundliche Haltung manifestiert sich also weniger eindeutig. Die CON-Werte schwanken zwischen negativen (Stunde 1, 20, vorletzte und letzte Stunde) und positiven (Rest der Therapie) Werten hin und her, liegen aber ausschließlich unterhalb der Signifikanzgrenze. Damit befindet sich die Beurteilung zu Beginn und am Ende der Therapie (von Stunde 20 an) im vierten Quadranten, der Rest der Therapie liegt im I. Quadranten des SASB- Modells.

Zusammengefaßt prägt nach dem zuvor festgestellten eine überwiegend freundliche Haltung sowohl das transitive als auch das intransitive Therapeutenverhalten in besten Zeiten der Beziehung. Dies wird klar in signifikant positiven ATK-Werten in Stunde 12, 16 und dann wieder gegen Ende der Therapie. Außerdem zeichnet sich an (allerdings wieder insignifikanten) CON-Werten, deren Vorzeichen wechselt, ein variierendes Maß an Kontrolle ab. Insgesamt scheint also in der Therapie BB, insbesondere die Interdependenzachse betref-fend, mehr Bewegung stattzufinden als für die entsprechende Beziehungseinschätzung der Patientin MM.

Patientinnenverhalten

Zunächst einmal sticht hervor, daß nur ein einziger signifikanter Wert für beide Foci auftaucht, und zwar der ATK-Wert in der letzten Stunde (-847) für den intransitiven Aspekt.

Ansonsten findet man für die Beurteilung der transitiven Ebene noch die sich wiederholenden Konstellationen: Die ATK-Werte (-390 bis -783) sind wiederum konstant negativ und spiegeln eine tendenziell freundliche Haltung wider. Die CON-Werte sind zu Beginn (386) und in den letzten beiden Therapiestunden (514 und 528) positiv. Das bedeutet also, daß zu Beginn und am Ende der Therapie die Einschätzungen im Quadrant IV des zirkumplexen Modells liegen und gemäß dem am stärksten korrelierenden theoretischen Patternprofil „freundliche Kontrolle“ den SASB-Clustern 1.4 und 1.5 entsprechen. Dazwischen liegen die Bewertungen im Quadrant I bedingt durch negative CON-Werte (-166 bis -660) und deuten auf ein geringeres Maß an Kontrolle hin.

Auf intransitiver Ebene verdeutlichen sich dann an den korrelierenden Patternprofilen konflikthafte Autonomiebestrebungen im Wechsel mit einer freundlich reaktiven Haltung. Im Detail sieht das Bild folgendermaßen aus: Die ATK-Werte sind wie zuvor gänzlich negativ (zwischen -500 und -550), während die CON-Werte zwischen positiven und negativen Werten hin und her wandern. Die genannten konflikthaften Autonomiebestrebungen zeigen sich besonders im mittleren Therapieabschnitt, nämlich in Stunde 8, 12 und 20 (CON- Werten von -320; -390; und 452), in welchen es nach den übereinstimmenden theoretischen Pattern-profilen zu einem Konflikt zwischen Unterwerfung (Cluster 2.5) und Selbstbehauptung kommt (Cluster 2.1). Dazwischen, in Stunde 16 (ATK -692; CON -468) und am Therapieende (ATK -847; CON 438) besteht dann wieder eine freundlich reaktive Haltung gemäß dem Cluster 2.2.

Insgesamt beurteilt die Patientin BB insbesondere ihr intransitives Verhalten in ihren besten Zeiten dem Therapeuten gegenüber als zeitweise, zur Mitte der Therapie hin, ambivalent in Bezug auf die Interdependenzachse. Es besteht ein Konflikt zwischen Selbstbehauptung und Unterwerfung. Gegen Ende der Therapie wird dieser Konflikt von einer freundlichen Haltung abgelöst.

Im Vergleich zur Patientin MM, welche ihr interaktives Verhaltensmuster als durchgängig freundlich einschätzt, wird die Beziehung zum Therapeuten auch in besten Zeiten von der Patientin BB als wechselhafter und unharmonischer gesehen, bei bestehenden konflikthaften Lösungswünschen. Leider ist nochmals zu betonen, daß jegliche Interpretation für diese Beziehungskonstellationen nur eingeschränkt möglich ist, da bis auf eine zuvor schon genannte Ausnahme die Werte außerhalb des Signifikanzbereichs liegen.

Umgang miteinander in ihren schlechtesten Zeiten

In guten Zeiten also sieht die Patientin BB das interaktive Muster zwischen ihr und dem Therapeuten als vornehmlich freundlich, bei zur Therapiemitte auftauchenden konflikthaft erlebten Autonomiewünschen.

Jetzt gilt es zu demonstrieren, wie die Patientin den gegenseitigen Umgang in schlechtesten Zeiten einschätzt.

Therapeutenverhalten

Zunächst fällt auf, daß das Therapeutenverhalten auf beiden Foci auch in schlechtesten Zeiten als vorwiegend freundlich erlebt wird. Mit anderen Worten, in den Augen der Patientin verhält sich der Therapeut in guten und in schlechten Zeiten ähnlich zugewandt.

In der detaillierten Darstellung sieht das folgendermaßen aus: Die ATK-Werte verbleiben wieder negativ über den Therapieverlauf (-537 bis -907) und kennzeichnen die durchwegs freundliche Einstellung des Therapeuten. Besonders hervorgehoben ist dieser Sachverhalt durch signifikante Werte in Stunde 16 (transitiv, ATK-Wert -879), 20 (intransitiv, ATK-Wert -879) und in den letzten beiden Therapiestunden, also kurz gesagt in der zweiten Therapiehälfte. Die CON-Werte hingegen, welche wie schon so oft zuvor unterhalb der Signifikanzgrenze liegen, zeigen größere Variabilität bei wechselndem Vorzeichen. Auf transitiver Ebene sind sie für den Beginn und für das Ende der Therapie positiv (Werte zwischen 455 und 561). Zu diesen Beurteilungszeitpunkten besteht nach den korrelierenden theoretischen Patternprofilen neben Freundlichkeit auch ein kontrollierendes Element, entsprechend den Clustern 1.4/ 1.5. In der Therapiemitte dann, nämlich in Stunde 4, 8, 16 und 20, sind die CON-Werte negativ (zwischen -297 und -486) bei entsprechend abnehmender Kontrolle.

Auf intransitiver Ebene dann variieren die CON-Werte weniger stark und sind außer in Sitzung 8 (CON: -364) und 16 (CON: -334) mit einem positiven Vorzeichen versehen. Damit kommen wieder Quadrant I und IV des zirkumplexen Modells ins Spiel bei einer nach den Patternprofilen freundlich reaktiven Verhaltensweise.

Insgesamt also schätzt die Patientin das Verhalten des Therapeuten auch in schlechten Zeiten als durchweg freundlich ein, was besonders in der zweiten Therapiehälfte in signifikanten ATK-Werten unterstrichen wird. In variierenden nicht signifikanten CON-Werten kommt ein wechselndes Maß an Kontrolle zum Ausdruck, welches sich nach den Patternprofilen auf transitiver Ebene zu Beginn und

am Ende der Therapie verstärkt, für die restlichen Einschätzungen auf diesen beiden Foci eher gemäßigt ist.

Patientinnenverhalten

Auch das eigene Verhalten dem Therapeuten gegenüber an Tiefpunkten der Beziehung bewertet die Patientin als tendenziell freundlich. Es ist aber wie schon in besten Zeiten von einigen Autonomiebestrebungen gekennzeichnet, welche aber diesmal weiter nach links verschoben sind, also vermehrt in der ersten Therapiehälfte auftreten. Das Muster der ATK/CON-Werte ähnelt also stark der Beziehungseinschätzung in besten Zeiten. Die detaillierte Beschreibung sind folgendermaßen aus: Bei wieder ausschließlich negativen ATK-Werten (-446 bis -847), die bis auf eine Ausnahme in der letzten Stunde(intransitiv
-847) alle unterhalb der Signifikanzgrenze liegen, finden sich außerdem insignifikante, aber im Vorzeichen variable CON-Werte. Und zwar sind letztere für die ersten dreiviertel der Therapie negativ (Stunde 4- 20, Werte von -222 bis -712) und dann positiv (vorletzte und letzte Stunde, Werte: 756 und 528). Die Einschätzungen wandern also für beide Foci vom I. bis zum IV. Quadranten des SASB-Modells, das heißt also von weniger zu vermehrter Kontrolle. Entsprechend heißt das am stärksten korrelierende Patternprofil auf dem transitiven Fokus am Therapieende „freundliche Kontrolle“, gemäß einem Cluster von 1.4/ 1.5.

Intransitiv scheinen sich dann, besonders in der ersten Therapiehälfte, die konflikthaften Patternprofile, die man schon in guten Zeiten gesehen hat, zu akzentuieren. Denn diesmal tauchen nicht nur Autonomiekonflikte (Cluster 2.5/ 2.1), wie z.B. in Stunde 12, im Wechsel mit einer freundlich intransitiven Haltung auf (Cluster 2.4), sondern in Stunde 4 und 16 möchte sich die Patientin sogar vom Therapeuten lösen (Cluster 2.1). In der zweiten Therapiehälfte dann dominiert wieder die freundlich reaktive Haltung.

Zusammenfassend erlebt sich die Patientin in guten und in schlechten Zeiten überwiegend freundlich dem Therapeuten gegenüber, bei zwischenzeitlich auftretenden Episoden von konflikthaftem Autonomiebestreben, welches sich in schlechten Zeiten zuspitzt, aber insgesamt gegen Ende der Therapie abnimmt. Auch an dieser Stelle möchte ich nochmals betonen, daß durch die Insignifikanz des größten Teils der Werte nur Tendenzen dargestellt sind, die durch korrelierende theoretische Patternprofile unterstrichen werden.

5.4.2.3 Beziehung zwischen Therapeut und Patientin aus Therapeutensicht

In der Therapie MM war zu beobachten, daß der Therapeut die Beziehung zur Patientin in einigen Aspekten vollkommen anders einschätzte als die Patientin. Welches Bild zeichnet sich nun für den Therapeuten BB ab ?

Umgang miteinander in ihren besten Zeiten

Therapeutenverhalten

Betrachtet man zunächst, wie der Therapeut seines Erachtens in den besten Zeiten mit der Patientin umgeht, so zeigt sich ein sehr ähnliches Bild zur Patientinneneinschätzung. Hier allerdings befindet sich die komplette Bewertung (sowohl transitiv als auch intransitiv) im IV. Quadranten des SASB-Modells mit durchgängig stark negativen ATK-Werten (von -551 bis -893) und positiven CON-Werten (von 351 bis 774). Die Haltung ist nahezu durchgehend freundlich, in Stunde 16 mit einer Tendenz zur Unterwerfung.

Die korrelierenden SASB-Cluster sind für den transitiven Fokus 1.2, 1.3 und 1.4 bzw. für den intransitiven Fokus 2.2, 2.3, 2.4 und 2.5

Signifkant sind die transitiven ATK-Werte für die Stunden 12, 16 und 20 und die intransitiven ATK-Werte in der Stunde 4 und der vorletzten Stunde. Kein CON-Wert erreicht die Grenze für Signifikanz.

Insgesamt ist die Einschätzung des Therapeuten bezüglich seines Verhaltens der Patientin gegenüber in ihren besten Zeiten nur wenig abweichend von der Bewertung der Patientin für diesen Beziehungsaspekt und kann kurz charakterisiert werden mit freundlicher Kontrolle/ Unterwerfung (Cluster 1.4/1.5 und 2.4/2.5). Dieses Bild verändert sich so gut wie nicht über den Therapieverlauf und zeigt hiermit ein ähnliches Muster wie in der Therapie MM.

Patientinnenverhalten

Sieht man sich nun in einem weiteren Schritt an, wie der Therapeut das Verhalten der Patientin ihm gegenüber am Hochpunkt der Beziehung beurteilt, so fällt auf, daß er nach den korrelierenden Patternprofilen einerseits „Machtkämpfe“ von seiten der Patientin an sich ausgetragen spürt, andererseits sie aber in ihrer intransitiven Interaktion überwiegend freundlich und offen erlebt. Allerdings liegen, bis auf eine einzige Ausnahme (ATK-Wert, intransitiv, Std. 8: -845) wieder alle

Werte außerhalb der Signifikanzgrenzen und schränken somit die Aussagekraft des gezeichneten Bildes ein. Im Detail gestaltet sich dieses folgendermaßen:

Transitiv findet man in Stunde 4 noch eine freundlich kontrollierende Haltung bei einem ATK-Wert von -697 und einem CON-Wert von 297. Für den überwiegenden Rest der Beurteilung sieht man bei schwach negativen ATK-Werten (von -210 bis -396) und nah am Nullpunkt liegenden CON-Werten (von 141 bis -205) eine bezüglich der Kontrolle konflikthaft eingeschätzte Haltung. Das auftretende Muster entspricht nun am stärksten dem theoretischen Patternprofil, welches mit „Macht double-bind" bezeichnet wird. Mit anderen Worten, es kommt zu einem Konflikt zwischen den anderen kontrollieren zu wollen, (Cluster 1.5) und den anderen gehen oder auch los zu lassen (Cluster 1.1). Wichtig scheint, daß sich dieser Machtkonflikt auch nicht zum Ende der Therapie löst. Er zieht sich bis zur letzten Stunde durch. Die relevanten SASB-Cluster sind 1.1 „gewähren lassen" „freigeben" und 1.2 „verstehen und bestätigen" bzw. 1.5 „kontrollieren und führen". Die Einschätzungen liegen in Quadrant I und IV des zirkumplexen Modells.

Für die intransitive Beurteilung des Patientinnenverhaltens in besten Zeiten ist die Einschätzung des Therapeuten relativ homogen über den Therapieverlauf. Ausnahme davon bildet die vorletzte Stunde (ATK -109; CON 75), in welcher das Einschätzungsmuster am nächsten dem Patternprofil kommt, das mit „Konflikt zwischen Unterwerfung (Cluster 2.5) und Selbstbehauptung" (Cluster 2.1) bezeichnet wird. Ansonsten findet man durchgängig das bekannte Bild von negativen ATK-Werten (-442 bis -677) und positiven CON-Werten (283 bis 653), welche die Beurteilung im Quadrant IV des SASB-Modells ansiedeln. Die Haltung ist freundlich. Entsprechende SASB-Cluster sind 2.2 und 2.4.

Nochmals auf den Punkt gebracht, scheint tendentiell das transitive Handeln der Patientin über die letzten Dreiviertel der Therapie gekennzeichnet zu sein von einem Konflikt zwischen einerseits den Therapeuten kontrollieren zu wollen (Cluster 1.5) und ihn auf der anderen Seite „loswerden" (Cluster 1.1) zu wollen. Intransitiv hingegen nimmt der Therapeut die Patientin vorwiegend freundlich wahr.

Umgang miteinander in ihren schlechtesten Zeiten

Therapeutenverhalten

Am Tiefpunkt der Beziehung bewertet der Therapeut sein transitives Verhalten der Patientin gegenüber hauptsächlich kontrollierend, gemäß dem Cluster 1.5. Dies zeigt sich in fast durchgehend stark positiven CON-Werten (621 bis 882), die in Stunde 8 sogar die Signifikanzgrenze überschreiten. (Einzige Ausnahme bildet Stunde 12 mit einem negativen CON-Wert.)

Die ATK-Werte sind wiederum alle negativ (-375 bis -882) und bis auf ebenfalls in Stunde 8 (ATK-Wert -882) außerhalb des signifikanten Bereichs. Es taucht also ein gewisser Grad an positiver Affiliation auf. Die Bewertungen befinden sich dementsprechend, abgesehen von dem Ausreißer in Stunde 12, welcher im I. Quadrant liegt, alle im unteren Drittel des IV. Quadranten des SASB-Modells. Die korrelierenden Patternprofile unterstreichen das Bild und bringen fast durchgehend eine kontrollierende Haltung des Therapeuten der Patientin gegenüber zum Ausdruck (Cluster 1.5). In Stunde 4 und der vorletzten Stunde zeigen sich neben der Kontrolle auch verstärkt freundliche Anteile (Cluster 1.4). Eine Ausnahme bildet nur die Stunde 12, in welcher die eindeutige Kontrolle in ein Verhaltensmuster umschlägt, welches am ehesten dem theoretischen Patternprofil „Macht double-bind“ entspricht. Mit anderen Worten taucht an dieser Stelle wieder ein „Konflikt zwischen einerseits Kontrolle ausüben zu wollen (Cluster 1.5) und andererseits den anderen freigeben zu wollen (Cluster 1.1)“ auf.

Sein intransitives Verhalten „in ihren schlechtesten Zeiten“ bewertet der Therapeut völlig anders als die Patientin. Während diese ihn hauptsächlich freundlich empfindet, sieht der Therapeut sich selbst als fast durchgehend feindselig bei positiven, allerdings nicht signifikanten ATK-Werten. Zu Beginn (ATK 151) und am Ende (ATK 139) sind sie nur geringfügig positiv, in den mittleren Therapieabschnitten erreichen sie 738 als Spitzenwert in Stunde 12. In Stunde 8 findet man einen vereinzelten negativen ATK-Wert (-352). Die CON- Werte schwanken erneut zwischen schwach positiven und schwach negativen Werten (Ausnahme Stunde 12, stark negativer CON-Wert von -726), um sich im letzten Therapiedrittel auf der positiven Skalenseite einzupendeln. Auch sie liegen wieder außerhalb des Signifikanzbereichs. Im zirkumplexen Modell werden Quadrant II und IV für die erste Therapiehälfte und Quadrant III für die zweite Therapiehälfte besetzt. Das Verhalten des Therapeuten läßt sich in Worte gefaßt folgendermaßen beschreiben: Zunächst besteht ein Konflikt zwischen einem sich lösen wollen (Cluster 2.1) von der Patientin auf der einen Seite und sich ihr fügen wollen (Cluster 2.5) auf der anderen Seite. Dies gilt für Stunde 4 und 8. In Stunde 12 dann ist die Haltung freundlich (Cluster 2.4), um in Stunde 16 in Feindseligkeit (Cluster 2.6/ 2.7) umzuschlagen. In Stunde 20 ist die Bewertung erneut von dem zuvor in Stunde 4 und 8 aufgetauchten Konflikt auf der Interdependenzachse geprägt.

Insgesamt empfindet sich der Therapeut in schlechtesten Zeiten transitiv überwiegend kontrollierend aber auch freundlich der Patientin gegenüber. Intransitiv sieht er sich fast durchgängig feindselig mit zu Beginn negativen, später positiven Werten auf der Interdependenzachse. Hierin unterscheidet sich die Bewertung deutlich von der Patientinneneinschätzung, die diese Feindseligkeit nicht wahrzunehmen scheint. Das kontrollierende Moment des Therapeuten bleibt bis zum Ende der Therapie bestehen, während seine Feindseligkeit zum Therapieende abnimmt.

Patientinnenverhalten

Wie sieht der Therapeut nun das transitive/intransitive Patientinnenverhalten „in ihren schlechtesten Zeiten?

Die Patientin schätzt ihr transitives Verhalten gegenüber dem Therapeuten als überwiegend freundlich kontrollierend (Cluster 1.4/ 1.5) ein. Der Therapeut hingegen empfindet das transitive Patientinnenverhalten über den gesamten Therapieverlauf als ambivalent in Bezug auf die Interdependenzachse. Dies wird angedeutet in (allerdings wieder durchgehend insignifikanten) CON-Werten, die durch ein wechselndes Vorzeichen auf ein variierendes Maß an Kontrolle hinweisen. In der ersten Therapiehälfte, und zwar in Stunde 4, 8 und Stunde 16, sind sie negativ, für den Rest der Therapie positiv. Die ATK-Werte sind fast alle schwach positiv (also auch insignifikant) und zeugen von tendentiell bestehender Feind-seligkeit. In dem durchgängig am stärksten korrelierenden Patternprofil finden sich diese Tendenzen wieder. Es beschreibt den Konflikt zwischen Kontrolle (Cluster 1.5) einerseits und den anderen freigeben (Cluster 1.1) zu wollen andererseits.

Ihr intransitives Verhalten sieht die Patientin bis zur Therapiemitte geprägt von Autonomie-konflikten. Sie bleibt dabei ihren Einschätzungen nach freundlich, (negative ATK-Werte). Der Therapeut schätzt das intransitive Patientinnenverhalten als durchgehend disaffiliativ ein. Die ATK-Werte sind fast ausnahmslos positiv und überschreiten in der Therapiemitte, und zwar in Stunde 16 (ATK-Wert: 812) und 20 (ATK-Wert: 853), die Signifikanzgrenze. Die CON-Werte sind durchgehend negativ mit ebenfalls Spitzenwerten in den mittleren Therapieabschnitten, wobei hier allerdings nur in Stunde 16 (mit CON -871) der signifikante Bereich erreicht wird. Es zeigt sich also besonders in den mittleren Therapieabschnitten feindselige Ablösung entsprechend den SASB-Clustern 2.7 und 2.8. Korrespondierend dazu findet man fast die gesamte Bewertung in Quadrant II des zirkumplexen Modells. Es liegt nur ein Ausreißer in Quadrant I vor, bedingt durch einen negativen ATK-Wert von -149.

Insgesamt bewertet der Therapeut das Patientinnenverhalten „in ihren schlechtesten Zeiten“ auf dem Fokus I durchgängig von Machtkonflikten durchsetzt bei einem gewissen Grad an Feindseligkeit bei allerdings insignifikanten Werten. Auf Fokus II nimmt er ebenfalls durchgängig Feindseligkeit wahr und zwar in Form von feindseligen Ablösungstendenzen im Sinne von Cluster 2.8, diese werden besonders deutlich in der Therapiemitte bei signifikanten Werten in Stunde 16 und 20.

Zum Abschluß nochmals eine Kurzzusammenfassung des interaktiven Musters zwischen Therapeut und Patientin aus beiderlei Sichtwinkel.

Der Therapeut beurteilt die interaktive Beziehung zur Patientin BB folgendermaßen: Er sieht sich selbst in guten Zeiten vorwiegend freundlich, während er sich in schlechten Zeiten hauptsächlich kontrollierend und feindselig erlebt. Seine Einschätzung unterscheidet sich damit deutlich von der Beurteilung der Patientin BB, denn sie erlebt den Therapeuten in guten wie in schlechten Zeiten gleichermaßen freundlich.

Desweiteren zeigt die Patientin in den Augen des Therapeuten in guten wie in schlechten Zeiten besonders in den mittleren Therapieabschnitten auf dem Fokus I Interdependenzkonflikte. Mit anderen Worten, sie fühlt sich hin und hergerissen zwischen dem Bestreben, den Therapeuten unterdrücken zu wollen und ihn loszulassen. In guten Zeiten ist sie dabei überwiegend freundlich, in schlechten Zeiten dann vorwiegend feindselig. Die Patientin selbst schätzt sich für die oben genannten Beziehungsaspekte wieder als vorwiegend freundlich ein.

Auf dem Fokus 2 dann dominiert vom Therapeutenblickwinkel betrachtet eine freundliche, wenig konfliktreiche Haltung von seiten der Patientin den Hochpunkt der Beziehung, während sie in schlechten Zeiten durchgängig feindselig erscheint. Die Patientin selbst erlebt sich auch für diesen Aspekt überwiegend freundlich, während sie besonders in der ersten Therapiehälfte Autonomiebestrebungen empfindet. Insgesamt sieht die Patientin ihre Beziehung zum Therapeuten wesentlich freundlicher und harmonischer als der Therapeut.

Wichtig ist an dieser Stelle nochmals zu betonen, daß für die Therapeutenbeurteilungen nur ein einziger CON-Wert und auch nur vereinzelte ATK-Werte Signifikanz erreichen und damit die Aussagekraft der vorangehenden Beobachtungen eingeschränkt ist. Ähnliches gilt für die Patientinnenbeobachtungen, bei denen sich kein signifikanter CON-Wert und nur vereinzelt signifikante ATK- Werte finden.

5.4.2.4 Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson aus Patientinnensicht

Patientin und Therapeut gehen in den Augen der Patientin überwiegend freundlich miteinander um bei zwischenzeitlich auftretenden Lösungskonflikten von seiten der Patientin. Wie verhält sich nun die Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson, bei der es sich um den derzeitigen Freund der Patientin handelt?

Vorangestellt sei wieder eine tabellarische Übersicht der ATK-CON-Werte für die unterschiedlichen Beziehungskonfigurationen.

INTREX Therapie BB

Beziehung Patientin/ wichtigste Bezugperson

	Anfang: ATK	CON	Std.4: ATK	CON	Std.8: ATK	CON	Std.12: ATK	CON	Std.16: ATK	CON	Std.20: ATK	CON	vorl. Std.: ATK	CON	Ende: ATK	CON	K1: ATK	CON	K2: ATK	CON
Bez.person in besten Zeiten, transitiv			-824	-562	-702	-554	-917	424	-913	621	-895	396	-888	-367	-966	568	-990	-990	-990	-990
Bez.person in besten Zeiten,in transitiv			-883	-380	-896	-457	-831	-368	-855	449	-855	401	-896	482	-883	389	-990	-990	-990	-990
ich zur Bez.person in besten Zeiten, transitiv			-783	386	-848	697	-818	432	-834	614	-887	375	-821	533	-891	594	-990	-990	-990	-990
ich zur Bez.person in besten Zeiten, intransitiv			-470	-252	-519	-293	-524	-448	-689	-507	-590	301	-757	-365	-837	415	-990	-990	-990	-990
Bez.person in schlechtesten Zeiten, transitiv			-781	331	-924	458	-918	467	-917	-571	-906	400	-906	542	-923	514	-990	-990	-990	-990
Bez.person in schlechtesten Zeiten, intransitiv			-882	385	-835	375	-789	557	-875	415	-851	359	-688	-514	-856	361	-990	-990	-990	-990
ich zur Bez.person in schlechtesten Zeiten, transitiv			-892	-399	-950	684	-542	-264	-876	767	-805	478	-582	450	-713	483	-990	-990	-990	-990
ich zur Bez.person in schlechtesten Zeiten, intransitiv			-562	-545	-407	-730	-501	-557	-477	-463	-567	-617	-758	-760	-800	-391	-990	-990	-990	-990

aus Patientensicht

Umgang miteinander in ihren besten Zeiten

Verhalten der Bezugsperson

Wie sich in durchgehend stark negativen ATK-Werten (von -702 bis -966) spiegelt, erlebt die Patientin ihre wichtigste Bezugsperson auf beiden Foci freundlic, (Cluster 1.2/ 1.4), wenn nicht sogar liebevoll zugewandt (Cluster 1.3), was sich darin ausdrückt, daß so gut wie alle ATK-Werte weit im Signifikanzbereich liegen.

Demgegenüber liegen erneut durchgehend insignifikante CON-Werte, die zwar besonders in der zweiten Therapiehälfte überwiegend positiv (von 396 bis 621) sind, aber für die ersten beiden Bewertungszeitpunkte beider Foci ein negatives Vorzeichen haben. (CON-Werte zwischen -380

und -562). Der überwiegende Anteil der Bewertung liegt also im Quadrant IV des SASB-Modells, ein kleiner Teil besonders zu Beginn befindet sich im Quadrant I. Es findet also eine Bewegung zu tendentiell vermehrter Kontrolle statt.
Insgesamt bleibt das Verhalten der Bezugsperson über den Therapieverlauf freundlich und liebevoll, was sich in konstant signifikanten ATK-Werten äußert.

Patientinnenverhalten

Ihr eigenes Verhalten der Bezugsperson gegenüber in besten Zeiten der Beziehung sieht die Patientin zwar auch überwiegend freundlich, das Bild gestaltet sich aber nicht ganz so homogen für die beiden Foci transitiv und intransitiv. Zwar sind die ATK-Werte für beide Foci wieder konstant negativ (von -470 bis -891), unterscheiden sich aber deutlich bezüglich ihrer Signifikanz für den transitiven und intransitiven Aspekt. Während für den Fokus I so gut wie alle Werte signifikant sind, ist es für den Fokus II so gut wie keiner. Auch die CON-Werte zeigen einerseits ein bekanntes Muster, indem alle Werte für beide Foci außerhalb des Signifikanzbereichs liegen, es scheint jedoch diesmal eine „Fokusgrenze“ für ein negatives bzw. positives Vorzeichen zu bestehen. Auf transitiver Ebene spiegelt sich in durchgehend positiven CON-Werten (386 bis 614) vermehrt Kontrolle, während auf intransitiver Ebene die CON-Werte fast durchgehend negativ sind.
Kurz gesagt, ist also die transitive Haltung der Patientin überwiegend freundlich kontrollierend gemäß den SASB-Clustern 1.4 und 1.5. Dies zeigt sich auch in den korrelierenden Patternprofilen.
Intransitiv zeigt sich dann ein ambivalenteres Verhalten, wobei sich in den mittleren Therapieabschnitten freundliche Reaktionen mit Konflikten auf beiden Achsen abwechseln.
In Stunde 12 tritt ein Autonomiekonflikt gemäß der Cluster 2.1/2.5 in den Vordergrund, in Stunde 20 dann ein Affiliationskonflikt entsprechend der Cluster 2.3/2.7. Dazwischen und am Therapieende ist die Haltung der Patientin dann wieder freundlich.

Zusammengefaßt also sieht die Patientin ihr transitives Verhalten gegenüber der wichtigsten Bezugsperson in den besten Zeiten der Beziehung durchgehend freundlich kontrollierend, gemäß Cluster 1.4/1.5. Das intransitive Verhalten zeigt einige Ambivalenzphasen, mit Konflikten der Achse II im Sinne von Cluster 2.1/2.5 und der Achse I im Sinne der Cluster 2.3/2.7, um gegen Ende vorwiegend freundlich (Cluster 2.2/2.4) zu sein.

Umgang miteinander in ihren schlechtesten Zeiten

Verhalten der Bezugsperson

In den Augen der Patientin verhält sich die Bezugsperson in den schlechtesten Zeiten ihrer Beziehung ähnlich freundlich wie in ihren besten Zeiten. Bei sowohl transitiv als auch intransitiv durchgehend stark negativen ATK-Werten (von -781 bis -923) und nahezu ausschließlich positiven CON-Werten (von 331 bis 557) befindet sich fast die gesamte Einschätzung im Quadrant IV des zirkumplexen Modells. Die korrespondierenden Patternprofile drücken eine freundlich zugewandte Haltung für beide Foci aus, entsprechend den Clustern 1.2, 1.3, 1.4 bzw. 2.2, 2.3, 2.4. Signifikant zeigen sich wieder nahezu alle ATK-Werte und keiner der CON-Werte.

Insgesamt bleibt das Verhalten der Bezugsperson in schlechtesten Zeiten unverändert freundlich mit geringer Kontrolle über den gesamten Therapieverlauf.

Patientinnenverhalten

Auch ihr eigenes Verhalten ist in den Augen der Patientin in den schlechtesten Zeiten der Beziehung der Bezugsperson gegenüber nur wenig anders als in den besten Zeiten. Transitiv überwiegt besonders zum Ende der Therapie freundlich kontrollierendes Verhalten (Cluster 1.4). Intransitiv findet man besonders in den mittleren Abschnitten Autonomiebestrebungen (Cluster 2.1), die eine Zuspitzung des auch schon in den besten Zeiten der Beziehung auftretenden Autonomiekonflikts hervorheben. Diese Autonomiebestrebungen nehmen zum Therapieende hin wiederum ab. Diese Ähnlichkeit des Musters spiegelt sich in der Signifikanzverteilung der Werte und in der Streuung bedingt durch die wechselnden Vorzeichen der CON-Werte.

Im Detail sieht die Beurteilung folgendermaßen aus: Transitiv wie auch intransitiv findet man durchgehend negative ATK-Werte, die sich zwischen -477 und -950 bewegen. Die Werte überschreiten die Signifikanzgrenze in Stunde 4,8,16 und 20 für den transitiven Aspekt, aber nur in der letzten Stunde für den intransitiven Aspekt. Alle CON-Wert liegen wieder unterhalb der Signifikanzgrenze.

Letztere sind für den transitiven Aspekt überwiegend positiv und liegen zwischen 483 und 767. In Stunde 4 (CON -399) und Stunde 12 (CON -264) sind die CON-Werte allerdings negativ. Dementsprechend liegt der überwiegende Teil der Einschätzung in Quadrant IV des SASB-Modells. (Abgesehen von Stunde 4 und 12, Quadrant I.) Die Patternprofile drücken über den Therapieverlauf leicht zunehmende Kontrolle aus.

Intransitiv findet man ausschließlich negative, nicht signifikante CON-Werte (von -391 bis -730) und damit eine Bewertung, die komplett in Quadrant I liegt. In Stunde 4, 8 und 20 zeugen die Einschätzungen von puren, also nicht nur konflikthaft erlebten, Autonomiebestrebungen (Cluster 2.1). Dazwischen und gegen Ende der Therapie dann ist die Haltung wieder überwiegend freundlich (Cluster 2.2/ 2.4).

Insgesamt also ist das Verhalten der Patientin in guten wie in schlechten Zeiten sehr ähnlich, bei einer überwiegend freundlich zugewandten Haltung, die für den transitiven Aspekt auch ein gewisses Maß an Kontrolle aufweist (Cluster 1.4/ 1.5). Intransitiv kommen besonders in den mittleren Therapieabschnitten Ambivalenzkonflikte (zwischen Cluster 2.1/ 2.5 und Cluster 2.3/ 2.7) am Hochpunkt und pure Autonomiebestrebungen (Cluster 2.1) am Tiefpunkt der Beziehung hervor. Gegen Ende der Therapie wandelt sich die Haltung wieder zu einer freundlich zugewandten (Cluster 2.2/ 2.4).
Signifikant sind wiederum nahezu alle ATK-Werte für den Aspekt, wie die Bezugsperson in ihren schlechtesten Zeiten mit der Patientin umgeht. Ausnahmen bilden nur vereinzelte Werte in Stunde 12 und der vorletzten Stunde. Für die Betrachtung, wie die Patientin mit der Bezugsperson umgeht, finden sich nur sehr wenige signifikante Werte, und zwar die transitiven ATK-Werte in Stunde 4, 8 und 16. Es erweist sich wiederum kein CON-Wert als signifikant.
Noch einmal zusammengefaßt, findet man für das transitive Patientinnenverhalten der Bezugsperson gegenüber „in ihren schlechtesten Zeiten der Beziehung“ überwiegend freundlich kontrollierendes Verhalten. Das Ausmaß der Kontrolle nimmt im zweiten Teil der Therapie leicht zu. Das intransitive Verhalten ist besonders in den mittleren Therapieabschnitten von Autonomiebestrebungen gekennzeichnet, die sich auch schon in der Beziehung zum Therapeuten abzeichneten, diese nehmen aber zum Ende der Therapie hin ab.
Im Vergleich zur Patientin MM sind die Einschätzungen der Patientin BB, wie schon vorher an anderer Stelle beobachtet, konflikthafter.

5.5 Zusammenfassender Vergleich der INTREX-Analyse für Therapie MM und BB

Abschließend sollen nun die Intrexfragebögen beider Therapien für die einzelnen Beziehungsaspekte miteinander verglichen werden.

Die Introjekteinschätzungen beider Patientinnen verhalten sich in guten sowie in schlechten Zeiten relativ parallel. Während in guten Zeiten bei beiden wohlwollende Selbstkontrolle das Bild dominiert, die sich gegen Ende der Therapie sogar zur Selbstliebe steigert, findet man in schlechten Zeiten bei beiden deutliche Autoaggressivität. Unterscheiden lassen sich die Introjekte zum einen aber darin, daß bei der Patientin MM in guten Zeiten das Selbstkontrollelement stärker zum Ausdruck kommt (durchgehend signifikant positive CON-Werte), während bei der Patientin BB zwischenzeitlich Konflikte zwischen Selbstkontrolle bzw. freier Entfaltung auftauchen. Desweiteren ist die Autoaggressivität in schlechten Zeiten bei der Patientin BB konstanter über den Therapieverlauf präsent, um erst am Therapieende ein wenig abzuschwächen. Das äußert sich nicht nur in den korrelierenden Patternprofilen, sondern auch in der Häufigkeit signifikant positiver ATK-Werte. Diese sind für die Patientin MM nur in Stunde 1, 8 und K1 vorhanden, für die Patientin BB hingegen fast über die gesamte Therapie zu sehen.

Es scheint also, daß sich in guten Zeiten das Introjekt beider Patientinnen am Therapieende noch verbessert, denn es tritt sogar Selbstliebe auf. In schlechten Zeiten hingegen kann weder bei der Patientin MM noch bei der Patientin BB eine anhaltende Veränderung der auto-aggressiven Anteile festgestellt werden, die den Selbsthaß (Cluster 3.7) widerspiegeln, der bei beiden Patientinnen ein tragendes Element im CMP ist.

Beide Patientinnen schätzen ihre Therapeuten in guten Zeiten sowohl transitiv als auch intransitiv als freundlich ein. Dies gilt für den gesamten Therapieverlauf und ist durch konstant signifikant negative ATK-Werte für die Therapie MM deutlicher ausgeprägt als für die Therapie BB, in der die ATK-Werte nur in der Mitte und am Ende signifikant sind. Beide Patientinnen erleben ihre Therapeuten in guten Zeiten während der gesamten Therapie als empathisch und aufgeschlossen bei sehr wenig Konfliktpotential.

Ihr eigenes interaktives Muster am Hochpunkt der Beziehung zum Therapeuten sehen die beiden Patientinnen wieder unterschiedlich. Die Patientin MM empfindet sich als durchgehend freundlich (besonders ihr intransitives Verhalten, was sich in durchgehend signifikant negativen ATK-Werten äußert), bei nur einer Ausnahme in der letzten Stunde, in der sie ihr Verhalten als schwankend empfindet zwischen Angriffslustigkeit und Freundlichkeit.

Die Patientin BB hingegen sieht sich transitiv besonders am Anfang und am Ende dem Therapeuten gegenüber vorwiegend freundlich kontrollierend. Auf intransitiver Ebene dann erlebt sie sich schwerpunktsmäßig in den mittleren Therapieabschnitten als zerrissen in ihrem Verhalten, zwischen

einerseits freundlicher Aufgeschlossenheit und andererseits konflikt-haftem Bestreben nach Autonomie. Dieses löst sich erst am Therapieende in einer freundlich reaktiven Haltung. Allerdings ist bis auf eine Ausnahme keiner der Werte signifikant.

In den Augen der Patientin MM scheint also die interaktive Beziehung zum Therapeuten in guten Zeiten ideal zu verlaufen. Der Therapeut wird von der Patientin als durchgehend empathisch und aufgeschlossen empfunden, während sie selbst ebenfalls durchgehend freundlich ist und sich dem Therapeuten gegenüber öffnet. Nur am Therapieende ringt die Patientin zwischen aggressiven Bestrebungen und Freundlichkeit.

Bei der Patientin BB zeigt sich (bei allerdings insignifikanten Werten) in den konflikthaften Autonomiebestrebungen zur Therapiemitte ein typisches Muster des CMP in allerdings abgeschwächter Form, nämlich der Wunsch nach Abschottung, der aber nicht in reiner Form erlebt wird, sondern als Zerrissenheit zwischen dieser Tendenz und einem Sich-Einlassen-Wollen. Zum Ende der Therapie löst sich dieser Konflikt dann in freundlicher Aufgeschlossenheit.

Die Beziehung zum Therapeuten ist also in guten Zeiten weniger harmonisch als die Beziehung der Patientin MM, die Konflikte scheinen sich aber am Therapieende zu lösen, die Patientin bringt dem Therapeuten dann Vertrauen entgegen.

Auch in schlechten Zeiten empfinden beide Patientinnen ihre Therapeuten als empathisch und freundlich über den Großteil der Therapie, es sind aber nur vereinzelte ATK-Werte signifikant negativ. Bei beiden ist dies eher zum Therapieende der Fall. Zum Zeitpunkt der 6-Monats-Katamnese erlebt die Patientin MM den Therapeuten plötzlich eindeutig feindselig. Diese Feindseligkeit spiegelt sich wider in einem auch zu diesem Zeitpunkt schon relativ schlechten Introjekt, das 6 Monate später deutlich autoaggressiv sein wird. Die Beziehung zum Therapeuten entspannt sich allerdings wieder zum Zeitpunkt K2. Also für den weit überwiegenden Teil sehen sich beide Patientinnen auch in schlechten Zeiten von ihren Therapeuten gut unterstützt und verstanden.

Problemlosigkeit in der Beziehung zum Therapeuten am Tiefpunkt der Beziehung zeigt sich auch von ihrer eigenen Seite nach den Einschätzungen der Patientin MM. Sie sieht sich die ganze Zeit freundlich und offen, was besonders auf dem intransitiven Fokus in signifikanten ATK-Werten zum Ausdruck kommt.

Die Patientin BB sieht ihr eigenes Verhalten wie auch schon in guten Zeiten problematischer. Die in guten Zeiten auftauchenden Ablösungskonflikte zur Therapiemitte sind in schlechten Zeiten reine Autonomiebestrebungen in der ersten Therapiehälfte bei allerdings wieder insignifikanten Werten. Die Patientin versucht sich also zu Beginn gegen den Therapeuten abzuschotten und sich von ihm zu

lösen, entsprechend ihrem CMP. In der zweiten Therapiehälfte taucht wieder mehr Vertrauen auf. Allerdings versucht sie auch, den Therapeuten am Ende zu kontrollieren.

Wie schon vorher festgestellt, weichen die Therapeuteneinschätzungen von denen der Patientinnen vornehmlich in schlechten Zeiten ab.

In guten Zeiten schätzen beide Therapeuten ihre interaktiven Beziehungen zu den Patientinnen ähnlich freundlich, empathisch und aufgeschlossen ein wie die Patientinnen selbst, wobei das Bild für die Therapie BB erneut etwas inhomogener ist als für die Therapie MM.

In der Therapie MM wird die durchgehend freundliche Haltung beiderseits verdeutlicht in komplett signifikanten ATK-Werten, die in der Therapie BB nur punktuell signifikant negativ sind. In der zuletzt genannten Therapie tauchen zur Therapiemitte wieder Konflikte der Interdependenzachse auf, die ja einen Teil des CMP der Patientin BB wiedergeben. So versucht die Patientin BB in den Augen des Therapeuten nicht nur sich von ihm zu lösen sondern auch ihn zu kontrollieren, worauf er an einer Stelle mit Unterwerfung reagiert. Zum Ende der Therapie lösen sich diese Konflikte wieder. Es ist aber erneut zu betonen, daß die CON-Werte, die ja die Interdependenzachse widerspiegeln, alle außerhalb der Signifikanzgrenze liegen.

In schlechten Zeiten dann empfindet der Therapeut MM, daß sein eigenes Verhalten eine Entwicklung durchmacht, von freigebendem, ja vielleicht sogar vernachlässigendem Verhalten der Patientin gegenüber in der ersten Therapiehälfte, bei starken eigenen Ablösungsbestrebungen (signifikant negative CON-Werte in Stunde 4 und 12) über eine Konfliktphase zu freundlichem Verhalten am Therapieende. Das Verhalten der Patientin MM verhält sich in seinen Augen entsprechend parallel.

Insgesamt kann man diese Entwicklung über den Therapieverlauf als positiv bewerten, da ein Sich-Nicht-Einlassen-Wollen beiderseits sich in Vertrauen, Öffnung und Empathie verwandelt.

Der Therapeut BB hingegen sieht sich in schlechten Zeiten in erster Linie kontrollierend bis zum Ende der Therapie. Gleichzeitig weicht er jedoch vor der Patientin zurück und verhält sich disaffiliativ auf dem intransitiven Fokus. Dieses Problem scheint erst zum Therapieende abzunehmen.

Auch die Patientin BB zeigt sich vornehmlich disaffiliativ auf intransitiver Ebene, während sie transitiv ein wechselndes Maß an Kontrolle dem Therapeuten gegenüber zeigt, was wiederum den schon bekannten Konflikt der Interdependenzachse widerspiegelt. Auch hier mäßigt sich das Bild erst zum Ende der Therapie.

Der Therapeut BB sieht also die Entwicklung in seiner Beziehung zur Patientin weniger positiv, denn die zu Beginn und während der Therapie auftauchenden Probleme schwächen zum Ende der Therapie zwar ab, verlieren sich aber nicht komplett.

Die interaktiven Beziehungen zu ihren besten Bezugspersonen schätzen beide Patientinnen in guten Zeiten ähnlich freundlich ein, wie auch schon ihre Beziehungen zu den Therapeuten. Bei in beiden Therapien bestehenden durchgehend signifikant negativen ATK- Werten treten so gut wie keine Veränderungen dieser Haltungen auf.

In schlechten Zeiten bleibt zwar das vorwiegend freundliche interaktive Muster jeweils beider Interaktionspartner bestehen, doch sind die ATK-Werte weniger konstant signifikant. Eine Abweichung von diesem Muster findet sich für die Patientin MM für die eingeschätzte Haltung beiderseits in der letzten Stunde, die in ihren Augen von Konflikten der Interdependenzachse gezeichnet ist. Die Bezugsperson erscheint in dieser besagten Stunde ambivalent zu handeln, zwischen unterdrückend und freigebend. Dieses Muster korrespondiert in ihrem eigenen Verhalten nicht nur auf transitiver Ebene, sondern auch auf intransitiver Ebene in konflikthaften Autonomiebestrebungen.

Für die Patientin BB zeigen sich wieder Autonomiekonflikte in den mittleren Therapieabschnitten, wie auch schon in der Beziehung zum Therapeuten, die sich zum Therapieende lösen. Es scheint also eine Entwicklung zu mehr Vertrauen stattzufinden.

6. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die vorgestellte vergleichende Einzelfallanalyse zweier depressiver Patientinnen, die eine Kurzzeitpsychotherapie nach einem Objektverlust erhalten hatten, erfolgte auf der Basis des SASB/CMP-Modells. Diagnostisch kamen SASB-assoziierte Intrex-Fragebögen und weitere Tests der klinischen Dokumentation wie die Symptom-Check List, das Narzißmus-Inventar, der Gießen-Test, der Beeinträchtigungsschwerescore sowie die Global Assessment of Functioning Scale und das Kernberg-Niveau zum Einsatz.

An dieser Stelle sollen die Ergebnisse dieser Analyse nochmals zusammengefaßt und hinsichtlich der Hypothesen des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapieprojektes (DKZP) diskutiert werden.

Bei beiden Patientinnen lag eine akute depressive Störung neurotischer Genese (Kielholz 1971) vor, ausgelöst durch realen Verlust, nämlich den Tod einer wichtigen Bezugsperson. Bei der Patientin MM handelte es sich dabei um den an einem akuten Herztod verstorbenen Ehemann, bei der Patientin BB verstarb der Bruder infolge eines Motorradunfalles. Bei der Patientin MM lag die depressive Störung in Kombination mit einer strukturellen Ich-Störung, bei der Patientin BB in Kombination mit einer schizoid-narzißtischen Persönlichkeitsstörung vor.

Struktureller Vergleich der Patientinnen

	Frau MM	**Frau BB**
Kernberg level	intermediate	higher
Pers.struktur		
schizoid	0	2
depressiv	3	1
zwanghaft	2	1
hysterisch	1	2
d.h.	**depressiv-zwanghaft**	**schizoid-hysterisch**

BSS

Aufnahme	(3-3-1) **7**	(1-2-1) **4**
Entlassung	(0-2-2) **4**	(1-2-1) **4**
6 Monats-Kat.	(0-2-2) **4**	fehlt
1 Jahres-Kat.	((0-3-2) **5**	(3-3-2) **8**
2 Jahres-Kat.	fehlt	(3-3-2) **8**
5 Jahres-Kat	(2-3-3) **8**	fehlt

GAS (Global Assessment of Functioning Scale)

	7 Tage/ verg. Jahr	7 Tage/ verg. Jahr
Aufnahme	75 / 60	60 / 55
Entlassung	65 / 65	65 / 65

6 Monats-Kat.	55 / 75	fehlt
1 Jahres-Kat.	51 / 70	60 / 75
2 Jahres-Kat.	fehlt	52 / 70
5 Jahres-Kat.	75 / 60	fehlt

Beide Patientinnen waren zu Therapiebeginn stark symptomatisch belastet. Bei der Patientin MM prägten Angst, ein Gefühl der Nutzlosigkeit, Antriebslosigkeit und Essstörungen vornehmlich das Bild, mit der einhergehenden ICD 10 Diagnose: Angst und depressive Störung gemischt (F 41.2), bei struktureller Ich-Störung (F 60.31). Bei der Patientin BB dominierten Schlaflosigkeit, innere Unruhe, beklemmende Gefühle und Schmierblutungen, mit der korrespondierenden ICD 10 Diagnose: mittelgradige depressive Episode (F 32.1) bei depressiv-hysterischer Persönlichkeits-struktur, dysfunktionelle Blutungen, schizoid-narzißtische Persönlichkeit (F 60.8).

Die Patientin MM war zu Therapiebeginn 31 Jahre alt, hatte 3 Kinder, war verwitwet und arbeitete als Friseurin. Biographisch ist relevant, daß sie in einem Elternhaus aufwuchs, welches ihr nur wenig Sicherheit und Halt gewährte. Elterlicher Streit und geringe emotionale Zuwendung führten bei der Patientin zu Trennungsängsten bei mangelnder Objektkonstanz. Ein steuerndes Objekt konnte nicht ausreichend ausgebildet werden, so daß die Patientin nicht lernen konnte, mit Triebimpulsen realitätsgerecht umzugehen. Angstvoll-ambivalentes Bindungsverhalten (Bowlby 1969), mit einem für eine abhängige Persönlichkeit typischen interaktionellen Muster (Benjamin 1993), setzte sich im weiteren Leben fort, auch in der Beziehung zum Ehemann, welcher als nicht unterstützendes steuerndes Objekt die Rolle des Vaters übernahm.

Die zweite Patientin, BB, war zu Therapiebeginn 29 Jahre alt, unverheiratet, kinderlos und arbeitete in der Werbebranche. Ihr soziales Umfeld bestand aus oberflächlichen, wenig konfliktreichen Beziehungen. Auch sie entstammte einem Elternhaus, in welchem sie nur wenig Unterstützung und Liebe fand. Frühe Trennungssituationen, zunächst nach der Geburt des jüngeren Bruders an die Großmutter abgegeben zu werden, um später dann wieder zu den Eltern zurückkehren zu müssen, welche sich nur stritten, führten zu einer Pseudoautonomieentwicklung. Sie übernahm die Mutterrolle für den kleinen Bruder. Auch sie konnte nur unzureichend gute Objekte verinnerlichen, was ihre Selbstwertregulierung beeinträchtigte. Vermeidendes Bindungsverhalten (Bowlby 1969) ließ nur die Bindung zum verstorbenen Bruder zu, der im Sinne eines Selbstobjektes mit ihr verschmolzen war.

Bei beiden Patientinnen lassen sich also frühkindliche Beziehungsstörungen feststellen, bei fehlendem Gleichgewicht zwischen Liebe und Behütung einerseits und Autonomie-Gewähren andererseits. Fehlende Objektbesetzung führte zu sich im Erwachsenenalter fortsetzender regressiver Identifizierung bei Abhängigkeit von äußeren Selbstobjekten (im Falle MM der Ehemann und im Falle BB der Bruder) und geringer Kränkungsschwelle. Die Wiederholung des frühkindlichen Traumas (nämlich der reale Verlust eines wichtigen Objektes) führte zur Depression (Freud 1917, Bowlby 1969).

Desweiteren verfügte keine der beiden Patientinnen über ein funktionierendes soziales Netz, welches nach Cohen und Syme (1985) als genereller Erkrankungsschutz und nach Wahl (1994) als Depressionsschutz gilt.

Von der Therapie versprach sich die Patientin MM eine Verbesserung der Symptomatik. Der Fokus der Therapie zielte darauf ab, der Patientin zu eröffnen, daß der Umgang mit Triebimpulsen nicht nur bedrohlich, sondern bewältigbar ist, um in einem zweiten Schritt den Tod des Ehemanns zu bearbeiten. Die Therapieprognose wurde als günstig angesehen.

Die Patientin BB wollte in der Therapie lernen, den Tod des Bruders zu bewältigen. Der Fokus Trauer statt Depression wurde angestrebt über die Klärung der unbewußten Beziehungsanteile zum Bruder. Die Therapieprognose wurde nur als mäßig günstig angesehen.

Eine zentrale Bedeutung bei allen Therapien im Rahmen des DKZP kommt der Erstellung des dynamischen Fokus auf dem Boden des nach Strupp und Binder (1984) entwickelten zyklisch-maladaptiven Musters zu. Er ist der Angelpunkt zum Verständnis der Symptome und Probleme, die der Patient mit in die Therapie bringt. Die Grundidee dabei ist, daß sich intrapsychische Probleme in interpersonellen Verhaltensmustern widerspiegeln. Diese Verhaltensmuster sind inflexibel, maladaptiv, selbstschädigend und erhalten sich im Sinne eines Circulus Vitiosus selbst. Dadurch beleben sich auch die intrapsychischen Probleme immer wieder neu. Das CMP bildet also einen interaktionellen Zirkelschluß, innerhalb dessen in repetitiven Sequenzen sich intrapsychische und interpersonelle maladaptive Muster selbst erhalten. Zur Vergleichbarkeit werden die vier Kategorien des CMP mittels der SASB-Methode kodiert.

Die Patientin MM wünscht sich von der Umgebung Unterstützung und Hilfe. Ihr von Abhängigkeit geprägtes Persönlichkeitsmuster stimmt stark mit Pilkonys (1988) Kategorisierung der depressiven Persönlichkeit überein. Benjamin (1993) hat die typischen interaktionellen Muster für die abhängige Persönlichkeit beschrieben. Blatt (1974) und auch Greenberg und Bornstein (1988) wiederum

bestätigen, daß abhängige Persönlichkeiten, wie eben auch die Patientin MM, sehr häufig unter Depressionen leiden. Neben dem Wunsch nach Hilfe fürchtet die Patientin aber gleichzeitig haßvolle Attacken, wie früher durch den Vater und das Sich-Abschotten, wie bei der schwachen Mutter. Sie handelt kontrollierend über andere und übersieht sie dabei, z.B. die Krankheit des Ehemannes. Angebrachte Kritik entgleist ihr rasch in barscheste Abgrenzung und Beziehungsabbruch. Von den anderen erfährt sie Hilfe, wird aber gleichzeitig übersehen wie z.B. von der Schwägerin angesichts ihrer Kinder, welche sie unterstützt, ihr aber gleichzeitig den ältesten Sohn entfremden will. Die Familie des Mannes attackiert sie heftig, zieht sich aber gleichzeitig haßvoll aus dem direkten Kontakt mit der Patientin zurück. Der Ehemann verläßt sie durch den frühen Tod. Die Patientin wendet Wut und Aggression gegen sich selbst in der Depression und vernachlässigt ihre eigenen Wünsche, z.B. durch Kontaktvermeidung.

Die Patientin BB wünscht sich Liebe und fürchtet sich vor haßvollen Attacken und Vernachlässigung. Sie vermeidet nahe Beziehungen, unterstützte ihren Bruder und übersah dabei dessen Getrenntheit. Sie ist kritisch und kann Aggressivität provozieren. Der frühere Freund schlug sie, die Eltern vernachlässigten sie, der Bruder verließ sie durch seinen autodestruktiven Unfalltod. Die Patientin selbst bindet ihre Enttäuschungswut in der Depression und vernachlässigt ihre Bedürfnisse nach emotionaler Nähe und Zuwendung. Die Patientin BB zeigt keine Tendenzen zur abhängigen Persönlichkeit, sondern eher zur “avoidant” Persönlichkeitsstörung.

Betrachtet man beide Therapieverläufe zunächst aus dem Blickwinkel der Basisdokumentation, so zeichnet sich bei der Patientin MM eine Symptomabnahme über den Therapieverlauf ab, wobei sich jedoch das Bild zu den Katamnesezeitpunkten wieder verschlechtert. Gehen also zunächst die für die Patientin MM im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöhten Werte für Psychotizismus, Ängstlichkeit, paranoides Denken, Depressivität, bei einem Gefühl der Abhängigkeit und einer äußerst geringen Erwartung an die Zukunft zurück, so bleibt das Ergebnis nicht zeitstabil mit sich wieder verschlechternden Werten zu den Katamnesezeitpunkten.

Die Patientin BB weist erhöhte Werte für die Kategorien Somatisierung, Phobische Angst und Psychotizismus zu Beginn der Therapie auf, bei einem bestehenden Gefühl der Verschlossenheit, Ängstlichkeit und Abhängigkeit, aber auch von Dominanz und Eigensinnigkeit. Desweiteren fühlt sich Patientin BB stark eigenverantwortlich und zugleich ohnmächtig. Zum Ende der Therapie bleibt die Patientin nach wie vor stark belastet, bei einer allerdings verbesserten Selbstwahrnehmung. Zu den Katamnesezeitpunkten nimmt die Symptomatik noch zu.

Berichte von den Zeitpunkten der katamnestischen Nachuntersuchungen liegen für die Therapie MM nach 6 Monaten, 1 Jahr und 5 Jahren vor. Zu allen drei Zeitpunkten bewertet die Patientin die erfahrene Kurzzeittherapie als wertvoll und hilfreich. De facto geht die Patientin eine neue Beziehung ein, zieht um, heiratet, übernimmt und leitet selbständig einen Friseursalon, schafft es, sich von der tyrannisierenden Familie des verstorbenen Ehemannes zu distanzieren und überredet ihren neuen Ehemann bei auftauchenden Problemen zu einer Paartherapie. Sie nimmt zunächst keine weitere Psychotherapie in Anspruch, sucht nur äußerst selten einen Arzt auf und nimmt keinerlei Medikamente ein. Nach Ablauf der ersten sechs Monate nach Therapieabschluß entwickeln sich jedoch erneut intrapsychische und interpersonelle Probleme, wobei jedoch depressive Symptome nur eine untergeordnete Rolle spielen. Vielmehr entwickelt die Patientin unrealistische Ängste, wie z.B. mit dem Auto in die Stadt zu fahren. Sie zeigt jedoch gute Introspektionsfähigkeit, indem sie angibt, diese Ängste als Ausdruck ihres destruktiven Introjekts zu verstehen, welches seine Wurzel in ihrer Kindheit habe. Desweiteren versuche sie, die Angst durch „Arbeit daran" zu überwinden. Zwischenzeitlich gerät die Patientin in eine Alkoholabhängigkeit, die sich parallel zu Angstsymptomatik und Eheproblemen entwickelte. Sie merkte, wie sie gegen die Haltung des Ehemannes rebellierte, welcher keine Gegenposition dulde, hochgradig kränkbar sei und immer bestimme. Jedoch konnte sie ihn für eine Paartherapie gewinnen, als sich die Problematik zu sehr zuspitzte.

Insgesamt jedoch, beurteilt der Nachuntersucher, setze sich die schwere Persönlichkeitsstörung der Patientin weiter fort nach Therapieabschluß, was sich auch in der Partnerwahl der Patientin äußert, in der sich bekannte Muster erneut reproduzieren.

Für die Patientin BB liegen nur Berichte vom Zeitpunkt der 1-Jahres bzw. 2-Jahres-Katamnese vor. Auch die Patientin BB bewertet ihre Kurzzeittherapie als positiv, jedoch beklagt sie, daß es ihr zunächst zwar besser gegangen sei, doch dies habe nicht lange vorgehalten. Schon bald fühlte sie sich wieder hilflos und auch wütend, es durch die Therapie nicht geschafft zu haben. Sie werde wieder von Schlafstörungen, Alpträumen und konstanten Schmierblutungen gequält, bei denen selbst eine Operation keine Abhilfe schaffen konnte. Unregelmäßiges Eßverhalten führe zu Gewichtsschwankungen. Phasenweise sei sie sehr depressiv, ziehe sich zurück, grübele und versuche dann, diesen Zirkel durch viel Arbeit zu durchbrechen. Sie pflege zwar außerhalb ihrer depressiven Phasen intensive, konfliktarme Beziehungen, öffne sich jedoch nur sehr wenig. Sie sei außerdem sehr unzufrieden in der Beziehung zu ihrem Freund, schaffe es aber nicht, sich von ihm zu trennen. Beruflich bleibt die Patientin nach wie vor sehr erfolgreich. Zu beiden Katamnesezeitpunkten

verspürt sie zwar die Notwendigkeit zu längerfristiger Therapie, kann sich jedoch letztendlich nicht darauf einlassen. Zum Zeitpunkt der 5-Jahres-Katamnese lehnt es die Patientin ab zu erscheinen, gibt jedoch nach telefonischer Anfrage an, es gehe ihr gut und sie sei in Mutterschutz. Dies ist insofern positiv zu bewerten, als sie damit demonstriert, daß sie sich auf eine nahe emotionale Bindung, nämlich zu dem Kind, und wahrscheinlich auch zu einem Mann außerhalb der Beziehung zum verstorbenen Bruder einzulassen vermochte. Auch bei der Patientin BB setzt sich also die Persönlichkeitsstörung nach Beendigung der Therapie fort, in sogar noch höherem Maße als bei der Patientin MM. Obwohl ein starker Leidensdruck besteht, kann sich die Patientin nicht auf eine längerfristige Therapie einlassen. Ein Loslassen vom Bruder findet lange Zeit nicht statt, die Symptomatik und die Beziehungsmuster der Patientin setzen sich nach Therapieabschluß weiter fort, wobei jedoch positiv zu bewerten ist, daß sich die Patientin nach 5 Jahren auf eine Partnerschaft und ein Kind einzulassen vermag.

Beide Therapien gestalten sich in der SASB-Prozeßanalyse als äußerst unterschiedlich. Beide sind zwar vornehmlich von einem freundlichen interaktionellen Prozeß zwischen jeweils Patientin und Therapeut geprägt, jedoch kommt in der Therapie MM das CMP der Patientin an keiner der untersuchten Stellen im therapeutischen Prozeß zum Ausdruck, während sich dieses in der Therapie BB ganz deutlich in der Stunde 15 inszeniert. Diese Stunde 15 beinhaltet auch gleichzeitig ein entscheidendes therapeutisches Ereignis (critical event) für die Therapie BB, die Patientin droht nämlich mit Therapieabbruch. Derartige critical events finden dagegen in der Therapie MM überhaupt nicht statt. Dementsprechend findet man in der Therapie BB auch in stärkerem Maße disaffiliatives Verhalten, welches sich teilweise auch als Prädiktor für ungünstige Therapieverläufe, nämliche in Form komplexer Kommunikation (mit gemischter Affiliation) und negativer Komplementarität äußert. Bezüglich des Patientinnenintrojekts kann man in der Therapie MM eine positive Veränderung im Therapieprozeß feststellen, diese bleibt jedoch in der Therapie BB aus.

Die Haltung zwischen Patientin und Therapeut MM ist also fast ausschließlich freundlich. Das CMP taucht von seiten der Patientin in Form von Kontrolle und Übersehen des Therapeuten über den gesamten Therapieverlauf auf, wobei die kontrollierende Haltung der Patientin zumeist komplex gebunden ist. Die Patientin öffnet sich zwar, versucht aber Kontrolle zu behalten.
Auch der Therapeut ist weitaus überwiegend freundlich zugewandt. Über den gesamten Therapieverlauf jedoch übersieht er seine Patientin immer wieder und erfüllt damit ihre negativen

Erwartungen im Sinne ihres CMP. Meistens erfolgt dieses Übersehen in Form einer negativen Antithese, also wahrscheinlich als Ausdruck von Gegenübertragungsgefühlen. Aus der Analyse der Sprecherwechsel läßt sich feststellen, daß an keiner Stelle negative Komplementarität auftaucht. Über dies hinaus sind negative Antithesen und komplexe Kommunikation (mit gemischter Affiliation) sehr selten. Die komplexe Kommunikation erscheint für die Patientin in erster Linie in Kombination mit kontrollierenden Anteilen, für den Therapeuten sieht man zumeist die Kombination von positiv affiliativen Clustern bei gemischtem Fokus, z.B. der Cluster 2.2 und 1.4. Gemischte Affiliation spielt nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Wichtig erscheint weiterhin, daß das Introjekt der Patientin zwar nur äußerst selten zur Darstellung kommt, aber eine positive Wandlung zu durchlaufen scheint. Insgesamt ist die Haltung beiderseits im therapeutischen Prozeß freundlich, bei sehr wenig disaffiliativem Verhalten. Der Therapeut unterstützt und fördert die Patientin fast durchgängig. Ansätze des CMP, bei der Patientin in erster Linie in Form von Kontrolle, beim Therapeuten in Form von Übersehen der Patientin werden beiderseits direkt durchbrochen, es finden sich keine negativ komplementären Äußerungen. Das Introjekt der Patientin verbessert sich über den Therapieverlauf.

Auch die Haltung im Prozeß zwischen Patientin und Therapeut BB ist vorwiegend freundlich, dennoch findet wesentlich mehr feindselige Interaktion zwischen Patientin und Therapeut statt als in der Therapie MM. Dies spitzt sich besonders zur Therapiemitte, und zwar in den Stunden 12 und 15, zu. Diese Feindseligkeit äußert sich bei der Patientin BB in erster Linie in Form von offenem Angriff dem Therapeuten gegenüber, gefolgt von Kränkung, Abschottung und Selbstherabsetzung und zieht sich über fast den gesamten Therapieverlauf. Sie reflektiert das CMP der Patientin BB und tritt in dem Moment in erhöhtem Maße in Erscheinung, als die Patientin mit dem Gedanken an Therapieabbruch spielt. In Stunde 12 und 15 nämlich findet ein beträchtlicher Anstieg an feindseliger Interaktion statt. Das Introjekt der Patientin BB bleibt bis zum Therapieende schlecht.

Der Therapeut BB ist in seiner freundlichen Haltung eindeutig direktiver als der Therapeut MM. Dennoch läßt er sich sehr wohl vom CMP-Sog der Patientin mitreißen und wird ebenfalls besonders in den Stunden 12 und 15 vermehrt feindselig, genauer gesagt offen angreifend. Wichtig ist aber, daß jegliche disaffiliative Cluster nach der Stunde 15 verschwinden. Dem Therapeuten gelingt es also, das CMP von seiner Seite zu durchbrechen.

Bei Betrachtung der Analyse der Sprecherwechsel läßt sich feststellen, daß sowohl von seiten des Therapeuten BB und in noch stärkerem Maße von seiten der Patientin BB feindselige Initiativen und negativ komplementäre Äußerungen gebraucht werden, mit einer entsprechenden Steigerung in der

Stunde 15. Entsprechend dem Verschwinden jeglicher disaffiliativer Cluster für den Therapeuten nach der Stunde 15 finden dann auch keine feindseligen Initiativen und keine negativ komplementären Äußerungen mehr statt. Komplexe Äußerungen sind für den Therapeuten zu Beginn und am Ende der Therapie in erster Linie nur gemischt bezüglich des Fokus bei positiver Affiliation, zur Therapiemitte sieht man häufig gemischt affiliative Äußerungen, freundliche Äußerungen kombiniert mit offensichtlich angreifenden. Für die Patientin ist die komplexe Kommunikation zwar schon zu Beginn häufig gemischt affiliativ, dieses steigert sich aber entsprechend dem zuvor Festgestellten entscheidend in Stunde 15.

Das CMP der Patientin stellt sich also im therapeutischen Prozeß in der Therapiemitte dar, mit entsprechend hohem Aufkommen an disaffiliativem Verhalten beiderseits zu diesem Zeitpunkt, in Form von feindseligen Initiativen, komplexen Äußerungen und negativer Komplementarität. Der Therapeut schafft es, sich dem CMP-Sog nach der Stunde 15 zu entziehen. Eine Krise wird gemeistert.

Die SASB-assoziierten Intrex-Fragebögen liefern korrespondierend zur SASB-Analyse subjektive Informationen über die Wahrnehmung der verschiedenen untersuchten Be-ziehungsaspekte, deren mögliche Veränderung über den Therapieverlauf und die Konstanz etwaiger Veränderung nach Abschluß der Therapie.

Bei der Auswertung der Intrex-Fragebögen wurde bei beiden Therapien jeweils in besten und in schlechtesten Zeiten das Introjekt der Patientinnen, die Beziehung zwischen Patientin und Therapeut aus jeweils Patientinnen- und Therapeutensicht und die Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson beleuchtet. Die Beurteilung der Intrexe für beide Therapien ist jedoch mit Vorbehalt zu sehen, da sehr viele Einschätzungen unterhalb der Signifikanzgrenze liegen und sich nur Tendenzen anhand der korrelierenden Patternkoeffizienten darstellen lassen, wobei für die Therapie MM durchgehend weitaus höhere Zahlen an signifikanten Werten erreicht werden als in der Therapie BB, wodurch die Einschätzungen in gewissem Rahmen eindeutiger werden.

Insgesamt finden in beiden Therapien nur sehr wenig konstante Veränderungen der eingeschätzten Beziehungen statt. So sieht man z.B., daß sich die Introjekte für beide Patientinnen nach ihren Beurteilungen nicht verändern über den Therapieverlauf. In besten Zeiten sehen beide ihr Introjekt als konstant gut bleibend, in schlechten Zeiten hingegen bleiben die Introjekte beider Patientinnen unverändert schlecht und autoaggressiv, ungeachtet der Therapie.

Desweiteren beurteilen beide Patientinnen sowohl ihre interaktionelle Beziehung zum Therapeuten als auch die zur wichtigsten Bezugsperson am Hochpunkt der Beziehung über den gesamten

Therapieverlauf als vorwiegend freundlich, wobei die Patientin BB in der Beziehung zum Therapeuten zur Therapiemitte Lösungskonflikte wahrnimmt. Am Tiefpunkt der Beziehung erlebt die Patientin MM den Therapeuten und sich selbst auch überwiegend freundlich. In der Beziehung zur Bezugsperson nimmt die Patientin MM in schlechtesten Zeiten zeitweise ebenfalls Autonomiekonflikte wahr. In der Therapie BB verstärken sich bei einer ebenfalls freundlich beurteilten Grundhaltung die zuvor wahrgenommenen Autonomiekonflikte in den mittleren Therapieabschnitten am Tiefpunkt der Beziehung zum Therapeuten, während in der Beziehung zur Bezugsperson eindeutig ambivalente Tendenzen zwischen Freigabe und Kontrolle in Erscheinung treten.

Auch die Therapeuten beurteilen ihre wechselseitigen Beziehungen zu den Patientinnen am Hochpunkt der Beziehung als freundlich. Am Tiefpunkt der Beziehung sieht der Therapeut MM das Patientinnenverhalten zunächst von Autonomiebestrebungen geprägt, die sich über eine Phase von Autonomiekonflikten gegen Ende der Therapie zu freundlich zugewandtem Verhalten auflösen. Auch für sich selbst verspürt der Therapeut in der ersten Phase der Therapie Autonomie/Kontrollkonflikte, die sich im zweiten Teil der Therapie mäßigen. Der Therapeut BB sieht sich in schlechtesten Zeiten der Beziehung zu seiner Patientin überwiegend freundlich kontrollierend, er spürt aber auch, wie er sich oft feindselig abwendet, dies entspricht seines Erachtens dem Patientinnen-Verhalten am Tiefpunkt der Beziehung, welches auch geprägt ist von Machtkonflikten und feindseligen Ablösungstendenzen besonders zur Therapiemitte.

Berücksichtigt man die postulierten Hypothesen aus dem Abschnitt 3.1.2 und setzt sie in Beziehung zu den beiden untersuchten Therapien, so lassen sich folgende Aussagen machen:

- Für Patienten mit psychogenen Erkrankungen ist die Qualität der Patient-Therapeut-Beziehung für das Outcome bedeutsamer als der Schweregrad der Erkrankung:

  Der Schweregrad der Erkrankung ist für beide Patientinnen ähnlich, wobei das Strukturniveau der Patientin BB allerdings höher ist. Die therapeutische Beziehung der Patientin MM ist durchgehend freundlich. In der therapeutischen Beziehung BB tauchen zwar vermehrt disaffiliative Äußerungen und eine Krisensituation auf, aber in ihrer Grundstruktur ist auch diese Beziehung vertrauensvoll.

- Die Patient-Therapeut-Beziehung ist um so besser, je näher am CMP gearbeitet wird:

Diese Hypothese trifft nicht für die beiden untersuchten Fälle zu. Im Falle MM z.B. besteht eine sehr gute therapeutische Beziehung, obwohl das CMP überhaupt nicht zur Darstellung kommt. In der therapeutischen Beziehung BB hingegen wird das CMP zur Therapiemitte bearbeitet, insgesamt jedoch ist die Beziehung zum Therapeuten zwar vertrauensvoll, jedoch nicht so gut wie die bei Patientin MM. In beiden Fällen werden die Patientinnen-CMP`s in den Außenbeziehungen erörtert.

- Der frühe interpersonelle Patient-Therapeut-Prozeß (d.h. in den ersten vier Stunden) ist relevant für das Therapie-Outcome:
  In beiden Fällen ist der initiale interpersonelle Patient-Therapeut-Prozeß freundlich.

  - Eine veränderte Beziehung zum Therapeuten geht einher mit einer veränderten Einschätzung des Introjektes und der Beziehung zu anderen wichtigen Bezugspersonen:

  In beiden untersuchten Therapien haben sich weder die Beziehungen zum Therapeuten, noch die Introjekte oder die Beziehungen zu den wichtigsten
  Bezugspersonen über den Therapieverlauf verändert.

- Bei positiven Introjektveränderungen ist das Therapieergebnis gut und stabil:
  In keiner der beiden untersuchten Therapien ist eine positive Introjektveränderung eingetreten. Die Langzeitprognosen sind für beide eher schlecht.

- Critical events sind besonders veränderungsrelevant:
  In der Therapie MM kommen keine critical events vor. In der Therapie BB möchte die Patientin in der Stunde 15 die Therapie abbrechen, trotz Bestehen einer Krise findet aber keine langfristige Veränderung der Symptomatik statt.

- Ungünstige Therapieverläufe finden sich bei häufigem Auftreten von disaffiliativem Verhalten, komplexer Kommunikation und negativer Komplementarität:
  In der Therapie BB findet man (besonders zur Therapiemitte, also in der Kri-sensituation) zwar mehr disaffiliatives Verhalten, komplexe Kommunikation und negative Komplementarität als in der Therapie MM, jedoch ist der Therapieverlauf langfristig gesehen nicht ungünstiger.

Die Patientin MM hat also eine überwiegend supportive Therapie erhalten, bei konstant sehr freundlichem interaktiven Umgang mit sehr wenig Konfliktpotential, in welchem das CMP der Patientin nicht ausgetragen wurde. Diese harmonische therapeutische Beziehung spiegelt sich auch in den Intrex-Fragebögen wider. Den Tests der Basisdokumentation und den katamnestischen Interviews ist zu entnehmen, daß das von der Patientin formulierte Therapieziel, nämlich eine Verbesserung der depressiven Symptomatik, in jedem Fall gut erreicht wurde. Insgesamt geht es der Patientin nach Beendigung der Therapie deutlich besser. Es wird ihr möglich, neue Beziehungen einzugehen, sich also vom verlorenen Objekt des verstorbenen Ehemanns zu lösen und damit Depression in Trauer zu verwandeln, wie es schon Freud (1917) formuliert hat. Ein guter Erfolg ist, daß die Patientin auch im späteren Verlauf nach Abschluß der Therapie zwar wieder vermehrt symptomatisch wird und auch erneut interpersonelle Probleme, jedoch keine Depressionen mehr entwickelt. Denkt man an Bowlby`s Attachment Theorie (1969), so hat sich vielleicht gerade diese unterstützende, verläßliche, stabile, wenig konfliktreiche therapeutische Beziehung positiv auf die Patientin ausgewirkt. Obwohl die Patientin nun gut für sich sorgt, sich z.B. von der tyrannisierenden Familie des Ex-Ehemannes distanziert, sich beruflich voran bringt, erneut heiratet, umzieht, setzt sich ihre Persönlichkeitsstörung weiter fort, und sie entwickelt erneut angstdominierte Symptome und einen Alkoholabusus, die sich entsprechend den Gesetzen des zyklisch maladaptiven Musters Strupp und Binders (1984) auch wieder in der Beziehung zu wichtigen anderen, in diesem Fall vornehmlich in der Beziehung zum Ehemann, niederschlägt. Das zunächst sehr gute Therapieergebnis erweist sich leider als nicht zeitstabil. Die Hypothesen des Düsseldorfer Kurzzeittherapieprojektes geben vielleicht einige erklärende Hinweise. Das CMP der Patientin wurde im Therapieprozeß nicht bearbeitet. Gerade aber das Ausagieren und letztendlich Durcharbeiten des CMP in der therapeutischen Beziehung selbst ist nach der hypothetischen Vorstellung wichtig für das Erlernen von neuen Beziehungsmustern und damit auch für eine Veränderung des Introjekts. Das Introjekt der Patientin verbessert sich zwar laut SASB-Prozeßanalyse, jedoch laut Intrex-Fragebögen bleibt es autoaggressiv. Die Patientin scheint also ihr negatives Selbstbild nicht aufgegeben zu haben. Ihr erlerntes (abhängiges) Beziehungsmuster (Benjamin 1993), welches sie vom Vater und vom verstorbenen Ehemann kannte, nämlich das eines dominierenden und gleichzeitig übersehenden Partners, wiederholt sich beim neuen Ehemann. Positiv ist allerdings zu bewerten, daß sie gegen den Ehemann rebelliert und damit ihr abhängiges interaktionelles Muster ihm gegenüber bearbeitet. Die Angst vor ihren Triebimpulsen bedroht sie weiter. Bei der Patientin MM besteht eindeutig die Indikation zur Weiterbehandlung aufgrund der Schwere der zugrunde liegenden Störung.

Auch die Therapie BB enthielt ebenfalls supportive Anteile bei weitaus überwiegend freundlich interaktivem, aber konfliktzentriertem Umgang. Das CMP der Patientin wurde im therapeutischen Prozeß zur Therapiemitte hin ausagiert und vom Therapeuten im weiteren Therapieverlauf durchbrochen. Nach den Hypothesen des DKZP hatte die Patientin also die Möglichkeit, eine neuartige Beziehung zu erfahren, was idealerweise zu einer Introjektsveränderung geführt hätte. In den Intrexen der Patientin spiegelt sich die vorwiegend harmonische Beziehung zum Therapeuten wider, die zur Therapiemitte von Autonomiekonflikten geprägt ist. Doch leider bleibt das Introjekt der Patientin schlecht. Aus den Interviews und den Tests der Basisdokumentation ist zu erfahren, daß die Patientin nur sehr kurzfristig eine Verbesserung ihrer Symptome erfahren hat, schon bald wird sie wieder von Depressionen, Eßstörungen und Schmierblutungen gequält, die in ihrer Intensität sogar noch zunehmen im Vergleich zum Zeitpunkt vor Therapiebeginn. Wie schon in der Therapie MM sind die zunächst erreichten Verbesserungen durch die Therapie nicht zeitstabil. Jedoch zeigt sich die Patientin vermehrt introspektionsfähig. Das von der Patientin formulierte Therapieziel, nämlich den Tod des verstorbenen Bruders zu bewältigen, um damit auch hier letztendlich Depression in Trauer zu verwandeln (Freud 1917), wird anders als in der Therapie MM in der Therapie selbst und auch lange Zeit danach nicht erreicht. Die Patientin bleibt weiterhin sehr lange unfähig, sich auf enge Beziehungen zu anderen Menschen einzulassen, und es gelingt ihr erst fünf Jahre später, eine tragende Beziehung zu einem Mann aufzubauen. Nach Bowlby (1969) bleibt also auch nach der Therapie das kindliche Muster ängstlich-vermeidenden Bindungsverhaltens der Patientin lange Zeit weiterbestehen. Die überwiegend gute therapeutische Beziehung mit Konflikten zur Therapiemitte konnte dies nicht durchbrechen.

In den beiden untersuchten Therapien führen also unterschiedliche Interaktionsmuster zu einem ähnlichen (langfristig nicht zufriedenstellenden) Ergebnis. In beiden Fällen blieb nach initialer Symptomverbesserung der langfristige Erfolg der Therapien aus, bei sich fortsetzender Persönlichkeitsstörung. Die von Strupp, Schacht und Henry (1988) formulierte Problem-Treatment-Outcome Kongruenz, nach der die Probleme des Patienten (P), die relevanten Ereignisse in der Therapie (T) und die therapeutischen Resultate (O) in eine kompatible Beziehung gebracht werden können, ist hier gegeben, worin sich der mangelhafte Behandlungserfolg abbildet.

Es stellt sich nun die Frage, ob beide Therapien hätten mehr erreichen können, oder ob von vornherein bei beiden Patientinnen z.B. aufgrund der Schwere der Persönlichkeitsstörungen oder der geringen Eignung der Kurzeittherapie für diese Patientinnen eine längerfristige Psychotherapie oder vielleicht sogar eine ganz andere Form von Therapie indiziert gewesen wäre?

Beide Patientinnen erfüllten die von Strupp und Binder (1984) geforderten Kriterien für eine psychodynamische Kurzzeittherapie. Sie waren hochmotiviert zu einer Psychotherapie, introspektionsfähig ohne zu gravierende psychopathologische Auffälligkeiten. Beide verfügten über ausgebildete Ich-Funktionen, wie schon Sifneos (1972) forderte, die nur in bestimmten Bereichen brüchig zu sein schienen. Beide Patientinnen waren fähig, sich auf eine zeitlich begrenzte Therapieform einzulassen und ein konstruktives Arbeitsbündnis zum Therapeuten einzugehen.
Die Therapien wiederum erfüllten die von Grawe (1993) geforderten Kriterien für psychodynamische Kurzzeittherapien, mit einer Obergrenze von 30 Sitzungen basierend auf der psychoanalytischen Theorie unter Anwendung ihrer Methode.
Klerman et al. (1984) halten in ihrem Ansatz zur interpersonellen Therapie (IPT) die Kurzzeittherapie bei depressiven Patienten dafür geeignet, ein fokales Problem zu bearbeiten, aber für ungeeignet, Persönlichkeitsveränderungen herbeizuführen. Desweiteren wird eingeräumt, daß die Wahscheinlichkeit zu rezidivieren unter anderem bei inadäquater Nachbehandlung zunimmt (Klerman, Weissman 1993). Psychoanalytisch orientierte Gruppen hingegen, wie z.B. die Tavisstock-Gruppe (1973), kamen in ihren Untersuchungen zu dem Schluß, daß man mit psychodynamisch orientierter Kurztherapie auch beständige Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur erzielen könnte.
Im Sinne der fokalen Problembewältigung war die Therapie MM sehr erfolgreich, denn die Symptome wurden beseitigt und Depression in Trauer verwandelt. Im IPT-Konzept erwähnte Booster Sessions, wie von Elkin et al. (1994) vorgeschlagen, hätten vielleicht längerfristige Symptomfreiheit erzielen können. Die Therapie BB hingegen war weniger erfolgreich in Puncto Fokalbehandlung. Auch lange Zeit nach der Therapie konnte die Patientin den Tod des Bruders nicht bewältigen. Bei beiden Patientinnen bestand aber die zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung nach Therapieende fort. Desweiteren hatten zwar beide Patientinnen eine gute therapeutische Beziehung, jedoch setzte sich ihre interaktionelle Problematik (bei der Patientin MM Unterwerfung und bei der Patientin BB Abschottung) gegenüber anderen wichtigen Bezugspersonen weiter fort.

Die fokalorientierten Kurzzeitbehandlungen konnten in den beiden untersuchten Fällen nicht leisten, die vorliegenden Grundstörungen zu bewältigen bzw. langfristige Remission zu erhalten.

Ein Ziel des DKZP ist es, Aussagen zu Indikation, zu Möglichkeiten und Grenzen für psychodynamische Kurzzeittherapien bei bestimmten Zielgruppen zu machen. Elkin et al. (1994) haben in einer multizentrischen Studie für das NIMH (National Institut of Mental Health) herausgefunden, daß bei Patienten mit einer Major Depression 16 Wochen ambulante Therapie, ungeachtet ob es sich dabei um Psychotherapie oder um Pharmakotherapie mit minimaler supportiver Psychotherapie handelt, in der Mehrzahl der Patienten nicht ausreicht, um eine dauerhafte vollständige Remission zu bewirken. Es zeigten sich zunächst Unterschiede in der initialen Effektivität der untersuchten Verfahren. So erwiesen sich sowohl IPT als auch clinical management (=CM) plus Imipramin erfolgreicher in der Symptomreduktion und in der Gesamtremissionsrate als Placebo plus CM. Desweiteren zeigte sich besonders Imipramin plus CM dicht gefolgt von IPT bei schweren depressiven Störungen erfolgreicher als Placebo plus CM. Jedoch ca. ein Drittel der initialen Responder-Patienten aus jeder untersuchten Gruppe entwickelte im 18 Monate dauernden Katamnesezeitraum eine erneute manifeste depressive Episode. Ungefähr die Hälfte der zunächst symptomfreien Patienten aus der CM plus Impramin Gruppe als auch der IPT-Gruppe, bzw. ein Drittel aus der Placebo plus CM-Gruppe und 15% aus der kognitiven Therapiegruppe suchten im Katamnesezeitraum erneut antidepressive Behandlung auf. Diese Ergebnisse sind durchaus vergleichbar mit den Ergebnissen dieser Arbeit und weisen auf die Grenzen jeglicher Form von ambulanter Kurzzeittherapie bei depressiven Störungen hin. Junkert-Tress et al. (1999) haben erste Ergebnisse aus dem DKZP veröffentlicht zur Klärung der Frage nach Indikation, Möglichkeiten und Grenzen für psychodynamische Kurzzeittherapien mit dem CMP/SASB-Modell bei bestimmten Zielgruppen. Die 68 bisher abgeschlossenen Therapien umfassen drei Patientengruppen, und zwar Patienten mit psychosomatischen Beschwerden, mit Persönlichkeitsstörungen sowie neurotischen Störungen. Alle Patienten aus dem Projekt werden über einen Katamnesezeitraum von fünf Jahren verabfolgt. Bislang zeigen die Effektstärken in der Gesamtstichprobe für den Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) und die Global Assessment of Functioning-Scale: Patienten mit psychosomatischen Störungen schnitten am erfolgreichsten ab, aber auch Patienten mit Persönlichkeitsstörungen schnitten erstaunlich gut ab im Vergleich zu den Patienten mit neurotischen Störungen. Es wäre wünschenswert gewesen, depressive Störungen als eigenständige Gruppe zu betrachten. Jedoch lassen sich beide untersuchten Patienten im Sinne einer neurotischen Depression den neurotischen Störungen zuordnen. Es zeichnet sich ab, daß das eher unzureichende

Langzeitergebnis dieser beiden untersuchten Fälle Parallelen aufweist zu weiteren untersuchten Therapien bei neurotischen Erkrankungen, insbesondere bei depressiven Störungen.

Es läßt sich abschließend festhalten, daß ein zeitstabiler Erfolg von psychodynamischer Kurzzeittherapie bei schweren neurotisch-depressiven Störungen eher schwer zu erreichen ist. Auch das prozessuale Geschehen innerhalb der Therapie im Hinblick auf die Hypothesen des DKZP scheint nur wenig Einfluß auf das langfristige Therapieergebnis bei diesem Krankheitsformenkreis zu haben. Längerfristige Behandlung, zumindest aber Auffrischungssitzungen scheinen unabdingbar.

7. Literaturverzeichnis

Abraham K (1924) Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In: Psychoanalytische Studien. Fischer Verlag, Frankfurt,1971, Bd.I S.113-183

Alpher V S, Henry W P, Strupp H H (1990) Dynamic factors in Patient Assessment and Prediction of Change in Short-term Dynamic Psychotherapy. Psychotherapy 27, 3: 350 - 361.

Alexander F, French T M (1946) Psychoanalytic Therapy. Principles and Applications. Ronald Press Company, New York

Arieti S, Bemporad J (1978) Severe and mild depression. The psychotherapeutic approach. Basic Books, New York

Balint M, Hornstein P H, Balint E (1973) Fokaltherapie. Suhrkamp, Frankfurt

Bateson G (1981) Ökologie des Geistes (übers. Von Hans Günther Holl). Suhrkamp, Frankfurt

Beardslee W R, Bemporad J, Keller M B, Klerman G L (1983) Children of parents with major affective disorder: A review. American Journal of Psychiatry, 140: 825-832

Becker J (1974) Depression: Theory and Research. Wiley, New York

Beckmann D & Richter H E (1972) Gießen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppen-diagnostik. Huber, Bern, Stuttgart, Wien.

Bellak L & Small L (1972) Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Verlag Suhrkamp, Frankfurt

Benjamin L S (1974) Structural Analysis of Social Behavior. Psychological Review 81: 392-425.

Benjamin L S (1983) The Intrex user's manual, Part I & II. Madison, WI: Intrex Interpersonal Institute, Inc., P.O. Box 55218, Madison, WI 53705.

Benjamin L S (1993) Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. Guilford Press, New York.

Bibring E (1952) Das Problem der Depression. Psyche 6: 81-101

Bibring E (1954) The mechanism of depression. In: Greenacre P (Ed.) Affective disorders: Psychoanalytic contributions to their study. International Universities Press, New York

Blatt S J (1974) Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. The psychoanalytic study of the child, 29: 107-157, Yale University Press, New Haven

Blum B L, Asher S J, White S W (1978) Marital disruption as a stressor: A review and analysis. Psychological Bulletin, 85: 867-894

Bowlby J (1969) Attachment and Loss; Vol I. Attachment. Hogarth Press, London

Brähler E, Scheer J (1983) Der Gießener Beschwerdebogen. Handbuch. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien

Butler S F (1992) Book Review on Handbook of Short-Term Dynamic Psychotherapy, edited by Paul Crits-Christoph and Jacques P Barber, New York: Basic Books. Psychotherapy Research 2 (2): 156- 157

Chodoff P (1970) The core problem in depression. In J Masserman (Ed.), Science and Psychoanalysis. Brune & Stratton, New York

Cohen M B, Blake G, Cohen R, Fromm-Reichmann F, Weigert E (1954) An intensive study of twelve cases of manic-depressiv psychosis. Psychiatry, 17: 103-137

Crits-Christoph P & Barber J P (1991) Handbook of Short-Term Dynamic Psychotherapy. Basic Books, New York

Davanloo H (Ed.) (1978) Basic Principles and Techniques in Short-term Dynamic Psychotherapy. New York: Spectrum

Davies-Osterkamp S, Hartkamp N, Junkert-Tress B Die Intrex-Kurzform. in Tress W (Hrsg.) (1993) SASB-Buch etc., 156-219

Deneke F W & Hilgenstock B (1989) Das Narzißmusinventar. Handbuch. Huber, Bern, Stuttgart, Toronto.

Derogatis L R (1983) SCL-90-R administration, scoring and procedures manual. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Elkin I (1994) The NIMH treatment of depression collabarative research program: where we began and where we are. In Bergin A E and Garfield S L (1994) Handbook of Psychotherapie and Behavior Change. John Wiley & Sons, NewYork, Chichester, Brisbane, Toronto, 114-139

Endicott J, Spitzer R L, Fliess, Cohen J, (1974) Assessment of social adjustment by patient self report. The Global Assessment Scale. Archives of General Psychiatry 33, 766-771 Deutsche Bearbeitung und Einführung von H U Wittchen, H Saß. M Zaudig und K Koehler 1991 in Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Beltz Verlag, Weinheim, Basel

Ferenczi S & Rank O (1924) Entwicklungsziele der Psychoanalyse: Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis. Leipzig: Internationaler psychoanalytischer Verlag.

Freud S (1917) Trauer und Melancholie. Studienausg. Band 3 Fischer Verlag, Frankfurt 193-212

Fromm-Reichmann F (1960) Principles of intensive psychotherapy. Phoenix Books, Chicago

Gill M, Hoffmann I (1982) A method for studying the analysis of aspects of the patient`s experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy. Journal of the American Psychoanalytic Association, 30: 137-167

Grawe K (1992) Diskussionsforum - Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychol Rundschau 43: 132 - 162.

Grawe K, Donati R & Bernauer F (1993) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen.

Greenson R R, Wexler M (1969) The nontransformation relationship in the psychoanalytic situation. International Journal of Psychoanalysis, 50: 27-39

Haley J (1978) Die Psychotherapie Milton H Ericsons (übers. von Annemarie Bänzinger), Pfeiffer, München

Henry W P, Schacht T E & Strupp H H (1986) Structural Analysis of Social Behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology 54: 27-31.

Henry W P, Strupp H H, Schacht T E, Gaston L (1994) Psychodynamic Approaches. In: Bergin A E & Garfield S L (Eds.) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley, New York.

Hildenbrand G (1993) Die Vanderbilt-Psychotherapieforschungsprojekte und ihre Ergebnisse. In Tress W (Hrsg.) Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) Asanger, Heidelberg

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. Asanger, Heidelberg

Ilfeld F W (1977) Current social stressors and symptoms of depression, American Journal of Psychiatry 134: 161-166

Jacobsen E (1971) Depression. New York: International Universities Press (deutsch: Depression. Suhrkamp, Frankfurt 1977)

Junkert-Tress B, Scheibe G, Hildenbrand G, Hartkamp N (1996) Die Düsseldorfer Kurzzeitpsycho-therapie-Studie, Design und Erfahrungen. In H. Henning, E. Fikentscher, U. Bahrke, W. Rosendahl (Hrsg.) Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis. Pabst Science Publishers, Lengerich, 928-939

Junkert-Tress B, Tress W, Scheibe G, Hartkamp N, Maus J, Hildenbrand G, Schmitz N, Franz M, (1999) Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt (DKZP) PPmP 49: 142-152

Kernberg O (1970) A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. J.Am. Psa. Ass. 18: 800 - 822.

Kernberg O (1976) Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. New York: J. Aronson Inc. [Aus dem Amerikan. übers. von Helga Steinmetz-Schünemann] Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Klett-Cotta 1981, Stuttgart

Kielholz P (1973) Depression. In: Lexikon der Psychiatrie. Müller c, (Hrsg.) Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

Klerman G L, (1982) Testing analytic hypotheses: do attributes predispose to depression. In A. Jacobsen & D Parmelee (Eds.), Psychoanalysis: A contemporary appraisal, Brunner and Marcel, New York

Klerman G L, Weissman M M, Rounsaville B J, (1984) Interpersonal Psychotherapy of Depression. Basic Books, New York

Klerman G L, Weissman M M (1986) The interpersonal approach to unterstanding depression. In: Millon Th, Klerman G L (Ed.) Contemporary directions in psychopathology, 429-456

Kutter P (1980) Psychoanalytische Kurztherapie, Indikationen und Interventionstechnik. Jahrbuch der Psychoanalyse 12: 178 - 191.

Luborsky L (1977) Measuring of pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In: N. Freedman & S. Grand (Eds.), Communicative Structures and Psychic Structures, Plenum Press, New York

Malan D H (1965) Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung. Klett, Stuttgart:

Malan D H (1976a) The Frontier of Brief Dynamic Psychotherapy. An Example of the Convergence of Research and Clinical Practice. Plenum Press, New York

Malan D H (1976b) Towards the Validation of Dynamic Psychotherapy. A Replication. Plenum Press, New York

Malan D H (1979) Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics. Butterworth, London

Mann J & Goldman R (1982) A Casebook in Time-limited Psychotherapy. New York: McGraw-Hill.

Mann J (1978) Psychotherapie in 12 Stunden. Zeitbegrenzung als therapeutisches Instrument. Walter, Freiburg i. Br.

Mergenthaler E (1992) Psychotherapy Transcription Standards, Psychotherapy Research 2 (2) 125-142

Orvaschel H, Weissmann M M, Kidd K K, (1980) Children and Depression: the children of depressed parents; the childhood of depressed patients; depression in children, Journal of affective disorders, 2: 1-16

Parker G (1979) Parental characteristics in relation to depressive disorders, British Journal of Psychiatry, 134: 138-147.

Paykel E S (1979) Recent life events in the development of depressive disorders. In R A Depue (Ed.), The psychobiology of depressive disorders: Implications for the effects of stress, Academic Press, New York

Paykel E S (1982) Life events and early environment. In Paykel E S (Ed.), Handbook of affective disorders, Guilford Press, New York

Pearlin L I, Lieberman M A (1977) Social sources of emotional distress. In R Simmons (Ed.), Research in community and mental health, JAI Press, Greenwich CT

Piper W E, Azim H F A, Joyce A S, Mc Callum M (1991) Transference Interpretations, Therapeutic Alliance, and Outcome in Short-term Individual Psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 48: 946 - 953. Psychoanalyse 36: 240 - 257.

Pöldinger W, Wider F (1986) Die Therapie der Depressionen. Deutscher Ärzte Verlag, Köln

Racker H (1978) Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik (übers. von Gisela Krichhauff), Reinhardt, München

Rado (1928) The problems of melancholia. International Journal of Psychoanalysis, IX: 420-438

Schacht T E, Binder J L, Strupp H H (1984): The dynamic focus. In: Strupp H H, Binder: Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books, New York

Schacht T E, Henry W P (1989) Modeling recurrent relationship patterns with Structural Analysis of Social Behavior: The SASB-CMP. In: Miller N, Docherty J & Luborsky L (Eds.) Handbook of treatment research. Basic Books, New York:

Schepank H (1994) Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Hogrefe, Göttingen.

Sifneos P (1972) Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis. Harvard University Press, Cambridge Mass

Sifneos P (1979) Short-term Dynamic Psychotherapy: Evaluation and Technique. Plenum Press, New York

Strupp H H, Binder J F (1984): Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books, New York. Deutsche Ausgabe (1991) Kurzpsychotherapie. Klett Cotta, Stuttgart

Strupp H H, Schacht T E, Binder J F, (1988) Problem-treatment-outcome congruence. A principle whose time has come. In: Dahl H, Kächele H (Eds.), Psychoanalytic process research strategies. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York

Strupp H H, Schacht T E, Henry W P, Binder J F (1992) The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: I. Background and design of the Vanderbilt II project. Manuscript submitted for publication

Sullivan H S (1953) The interpersonal theory of psychiatry. Norton, New York

Tress W, Junkert B (1993) Das SASB-Modell. In: Tress W (Hrsg.) Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens -SASB-. Asanger, Heidelberg.

Tress W. (Hrsg.) (1993): Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens - SASB. Ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie. Asanger, Heidelberg

Tress W, Hildenbrand G (1993) Das zyklisch-maladaptive Interaktionsmuster und SASB. Kurzpsychotherapie. In Tress W (Hrsg.) Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens (SASB). Ansanger, Heidelberg

Tress W, Hildenbrand G, Junkert-Tress B, Hartkamp N (1994) Zum Verhältnis von Forschung undo Praxis in der psychoanalytischen Psychotherapie. Zsch. Psychosom. Med. 40, 341-352

Tress W, Henry W P, 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: 215 - 224.

Wahl R (1994) Kurzpsychotherapie bei Depressionen. Interpersonelle und kognitive Therapie im Vergleich. Westdeutscher Verlag

Wallerstein R S, Robbins L L (1956) The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: Rationale, method and sample use IV: concepts. Bulletin of Menninger Clinic, 20: 239-262

Watzlawick P, Weakland J H, Fisch R (1984) Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels (3.Aufl.) Huber, Bern

Weyerer S (1988) Epidemiologie psychischer Störungen. In: Lehrbuch der Psychiatrie. Faust (Hrsg.) Walter de Gruyter Verlag, Berlin, New York

Weissmann M M, Paykel E, (1974) The depressed woman: a study of social relationships, Chicago IL: University of Chicago Press

Weissmann M M, Paykel E S, Klerman G L, (1972) the depressed woman as a mother, Social Psychiatry, 7: 98-10

Lebenslauf

Name	Dr. med. Nicole Deeb
Adresse	Oberbilkerallee 44 40223 Düsseldorf Tel.: 0211/334896 Mob.: 01757511489 e-mail: nicoledeeb@hotmail.com

geboren am	15. November 1968
Familienstand	ledig

Schulausbildung

1975- 1979	Besuch der Pestalozzi Grundschule in Münster
1979- 1985	Besuch der Fürstin-von-Gallitzin Realschule in Münster
1985- 1988	Besuch des Freiherr-vom-Stein Gymnasium in Münster

Hochschulausbildung

1989- 1991	Studium der Humanmedizin an der Westfälischen-Wilhelms-Universität in Münster

1991- 1995 Studium der Humanmedizin an der Heinrich Heine Universität in Düsseldorf
1995/ 1996 Praktisches Jahr in den Städtischen Krankenanstalten in Krefeld

Den dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung legte ich am 11.06.1996 mit der Note „sehr gut“ ab. Die Gesamtnote ist ebenfalls „sehr gut“.

Ärztliche Tätigkeit

Aug. 1996- Feb. 1998
Arzt im Praktikum

- Internistische Abteilung des James Paget Hospital in Gorleston, Lehrkrankenhaus der Universität Cambridge
- Nephrologisch-Intensivmedizinische Abteilung des Mayday University Hospital in London
- Chirurgische Abteilung des South Cleveland Hospital in Middlesbrough, Schwerpunkt Colorektal Chirurgie

Assistenzärztin

- Feb. 1998- Feb. 1999 Anästhesiologische Abteilung des Freeman Hospital in Newcastle, Lehrkrankenhaus der Universität Newcastle
- Feb. 1999-Feb. 2000 Internistische Abteilung des Wansbeck General Hospital in Ashington, Lehrkrankenhaus der Universität Newcastle

- Feb.2000- Juni 2000 Vertretungsarbeit als Anästhesistin in England, Fertigstellen der Doktorarbeit, Erlernen der italienischen Sprache an einem privaten Sprachinstitut

- Seit Juli 2000 Anästhesiologisch- Allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis Dr. med. Bittel und Partner Duisburg

sonstige Weiterbildung/ Tätigkeiten

1988/1989	Studium der französischen Sprache am Institute de langues in Paris
1993/1996	Dozentin für Arzneimittellehre am Fachseminar für Altenpflege, Düsseldorf
2000	Studium der italienischen Sprache am Institut E.C.O.L in Pescara
Juli 2000	Abschneiden als beste Teilnehmerin beim Eintrittsexamen zur Zulassung für die Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner in der Regione Abruzzo, Italien.

Besondere Kenntnisse und Hobbies

Fremdsprachen: Englisch und Französisch, fließend in Wort und Schrift; Italienisch, gute Kenntnisse
PC- Kenntnisse
PADI- Taucherin