

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

Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress

Psychotherapie zwischen Stützen und Durcharbeiten.  
CMP-geleitete Interventionen bei Angstpatienten mit unterschiedlichem  
Niveau der Ich-Funktionen in der dynamischen Kurzzeitpsychotherapie.  
Eine explorative Studie.

Dissertation  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
vorgelegt von

Sylvan Justin Albert  
2000

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

Meinen Eltern.

## Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt den Eheleuten Frau Dr. Junkert-Tress und Herrn Prof. Dr. Dr. Tress für die ausgezeichnete und sehr persönliche Betreuung dieser Arbeit. Es freut mich, daß die Methoden dieser Dissertation auch an einer größeren Fallzahl im Rahmen des Kurzzeitpsychotherapie-Projekts Anwendung finden werden und ich bin auf die Ergebnisse gespannt. Dies geschieht teilweise mit Mitteln der Deutschen Forschungsgemeinschaft, der ich für die Bereitstellung danken möchte.

Ich verbinde mit dieser Arbeit auch den Tod von Frau Dr. G. Scheibe, die die Dissertation zunächst mitbetreute und die ich immer in guter Erinnerung behalten werde.

Düsseldorf, im Dezember 2000

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	S. 8
2. Stand der Forschung	S. 10
2.1. Psychotherapieforschung, Behandlungskonzepte und Wirkfaktoren	S. 10
2.2. Therapeutische Interventionen in der Kurzzeit-Psychotherapie	S. 13
2.3. Die Korrespondenz von Interventionen und Problemfoci	S. 16
2.4. Weitere Klassifikationssysteme von Interventionen	S. 18
3. Fragestellung	S. 19
4. Material und Methoden	S. 20
4.1. Die Behandlungen von 2 Patientinnen im Rahmen des Düsseldorfer-Kurzzeitpsychotherapie-Projekts (DKZP)	S. 20
4.2. Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) und zyklisch-maladaptives Beziehungsmuster (CMP)	S. 22
4.2.1. Zyklisch-maladaptives Beziehungsmuster (CMP)	S. 23
4.2.2. Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)	S. 27
4.3. Therapeutische Interventionen	S. 31
4.3.1. CMP-basierende therapeutische Interventionen (CMP-BTI)	S. 31
4.3.1.1. Subkategorien der CMP-BTI	S. 31
4.3.1.2. Beispiele der CMP-BTI und Kategorienzuordnung	S. 33
4.3.2. Einteilung der Interventionen, die nicht explizit CMP-Cluster zum Gegenstand haben (Non-CMP-Interventionen)	S. 39
4.3.2.1. Einteilung der Non-CMP-Interventionen	S. 39
4.3.2.2. Erläuterungen und Beispiele der Non-CMP-Interventionen	S. 40
4.4. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Achse IV (OPD)	S. 47
4.5. Klinische Ausgangs-, Verlaufs- und Ergebnisdokumentation zur Therapeutenbeurteilung und Selbstbeurteilung	

der Patienten (klinische Basis-dokumentation)	S. 48
4.5.1. Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)	S. 49
4.5.2. Global Assessment of Functioning Scale (GAS)	S. 49
4.5.3. Symptom Check List (SCL-90-R)	S. 49
4.6. Integratives Patienten-Verlaufs-Ergebnis-Modell	S. 50
5. Patientinnen	S. 51
5.1. Diagnosen, kasuistische Schilderung und Psychodynamik der untersuchten Patientinnen	S. 51
5.1.1. Patientin 1	S. 51
5.1.2. Patientin 2	S. 52
5.2. Zyklisch-Maladaptives Verhaltensmuster (CMP)	S. 55
5.2.1. CMP von Patientin 1	S. 55
5.2.2. CMP von Patientin 2	S. 56
5.3. Strukturelle Einschätzung mittels Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)	S. 57
5.3.1. Struktur-Einschätzung Patientin 1	S. 57
5.3.2. Struktur-Einschätzung Patientin 2	S. 57
5.4. Die klinische Basisdokumentation mittels Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS), Global Assessment of Functioning Scale (GAS) und Symptom Check List (SCL-90-R)	S. 58
6. Ergebnisse	S. 59
6.1. SASB-Prozeßanalyse	S. 59
6.1.1. Clusterverteilungen	S. 59
6.1.2. Komplexe Interaktionen	S. 64
6.2. SASB-Inhaltsanalyse	S. 69
6.2.1. SASB-Inhaltsanalyse Therapie 1	S. 69
6.2.2. SASB-Inhaltsanalyse Therapie 2	S. 74
6.3. Therapeutische Interventionen	S. 88
6.3.1. CMP-basierende Interventionen	S. 88
6.3.2. Non-CMP-Interventionen	S. 93

7. Diskussion	S. 95
8. Zusammenfassung	S. 107
9. Literatur	S. 109
10. Lebenslauf	S. 110
11. Abstract	S. 119

## 1. Einleitung

Klassische psychoanalytische Konzepte wie etwa die Übertragung behalten ihre Gültigkeit in den interpersonellen Ansätzen der dynamischen Kurzzeittherapie, etwa in dem Konzept von Strupp und Binder (1984; 1991). Die Wirksamkeit dieser Therapieformen ist belegt, vielmehr geht es gegenwärtig in der empirischen Psychotherapieforschung darum, psychotherapeutische Veränderungen in ihren prozessualen Abläufen besser zu erfassen und zu erklären, sowie Determinanten für therapeutische Erfolge und Mißerfolge zu ermitteln. Mit den verschiedenen Instrumenten der reliablen, validen und gut vermittelbaren SASB/CMP-Methode werden im Rahmen des Düsseldorfer-Kurzzeitpsychotherapie-Projekts (DKZP) nach dem Prinzip der Problem-Treatment-Outcome-Kongruenz (Strupp et al. 1988) psychische Störungen, Therapie-Verläufe und Ergebnisse bei Kurzzeit-Therapien (25 Sitzungen) in Beziehung gesetzt.

Hinsichtlich der Wirkungsweise von dynamischer Kurzzeit-Psychotherapie ist es für die psychotherapeutische Forschung hilfreich, sich die Polarisierung in mehr spezifische Konzepte wie Deutung, Übertragung etc. und eher unspezifische Faktoren wie emotionale Neuerfahrung, Abwesenheit von Retraumatisierungen, direkte oder indirekte Ermutigung etc. zu vergegenwärtigen.

Eine Akzentuierung des einen oder anderen Behandlungskonzepts in Abhängigkeit von bestimmten Störungsgruppen im Sinne technischer Empfehlungen wird von vielen Autoren für unabdingbar gehalten.

Voraussetzung für das Prinzip "Deutung" ist ein relativ strukturiertes Ich des Patienten, also die Fähigkeit, ein ausreichend belastbares Arbeitsbündnis mit dem Analytiker einzugehen und durchzuhalten. Demgegenüber geht es beim Prinzip "Antwort" um die Reorganisation oder sogar Erst-Organisation von wichtigen Substrukturen des Ich (Heigl-Evers et al. 1991).

Eine angemessene wissenschaftliche Untersuchung des psychotherapeutischen Prozesses muß die Frage nach der Art und optimalen Häufigkeit von Interventionen, sowie dem Grad der Korrespondenz der

Deutungen mit der individuellen Konfliktkonstellation des einzelnen Patienten stellen. Nur so ist es möglich, die theoretisch und klinisch begründete These, gute Therapieergebnisse seien bei diesen Patienten mit unterschiedlichem ich-strukturellem Niveau auf verschiedenen Wegen zu erreichen, empirisch zu überprüfen.

## **2. Stand der Forschung**

### **2.1. Psychotherapieforschung, Behandlungskonzepte und Wirkfaktoren**

Kächele (1992) teilte die psychoanalytische Therapieforschung der 30er bis 90er Jahre in drei Phasen ein, wobei es zunächst um den prinzipiellen Nachweis der Wirksamkeit der Therapie ging. Die ausschließlich ergebnisorientierte Psychotherapieforschung ist Ende der 80er Jahre zugunsten einer intensiven und detaillierten Erforschung des psychoanalytischen Prozesses in den Hintergrund getreten. Hierbei geht es darum, psychotherapeutische Veränderungen in ihren prozessualen Abläufen besser zu erfassen und zu erklären. Diesem Ansatz, Determinanten für therapeutische Erfolge und Mißerfolge zu ermitteln, geht es also nicht nur darum festzustellen, daß ein Effekt erzielt wurde, sondern auch wann, in welcher Weise und unter welchen Umständen dies geschah. Derartige Forschungsbemühen haben ihre unmittelbare Konsequenz für die therapeutische Praxis, sowie Aus- und Weiterbildung bereits teilweise gezeigt.

Richtungsweisend für die psychoanalytische Kurzzeitpsychotherapieforschung besonders hinsichtlich des prozessualen Verlaufs sind die Studien Vanderbilt I (Strupp und Hadley 1979) und Vanderbilt II (Henry, Strupp et al. 1993; Henry, Schacht et al. 1993). Danach wird die therapeutische Beziehung bereits während der ersten drei Sitzungen etabliert. Aufgrund einer manualgeleiteten Weiterbildung der Therapeuten in psychodynamischer Kurzpsychotherapie, die sich auf das zyklisch-maladaptive Muster - CMP - (Strupp und Binder 1984) konzentrierte, sollte dann die therapeutische Beziehung verbessert werden. Sogar erfahrene Therapeuten zeigten eine überraschend große Vulnerabilität für unfreundliche Reaktionen oder bei schwierigen Patienten. Unfreundliche (feindselige und kontrollierende) Kommunikationen der Therapeuten sagten jedoch ein ungünstiges Therapieergebnis vorher (Henry et al. 1986).

Ein zentrales Anliegen der Vanderbilt I Studie war es, den Einfluß von spezifischen und unspezifischen Faktoren auf das Therapieergebnis zu

ergründen. Hierzu wurden zwei Therapeutengruppen generiert: eine Gruppe von professionellen Psychotherapeuten sollte sowohl spezifische als auch unspezifische Faktoren bereitstellen, wohingegen eine zweite Gruppe von College-Professoren ohne spezielle Ausbildung ausschließlich unspezifische Faktoren in die Therapie würde einbringen können. Rückblickend kritisiert Strupp diesen Ansatz, Wirkfaktoren gewissermaßen von vorne herein festzulegen, als nicht zutreffend (Strupp 1998).

Vor einer Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse der empirischen Erforschung der dynamischen Kurzzeitpsychotherapie (time-limited dynamic psychotherapy - TLDP) zu den entscheidenden Themen (Interventionen in der TLDP, Prozeßverläufe in der TLDP, Wirksamkeit der TLDP) sollen noch kurz einige für unseren Ansatz bedeutsame theoretische Arbeiten erwähnt werden.

Thomä und Kächele (Thomä 1984, Thomä & Kächele 1996) nennen in Bezugnahme auf Cremerius (1979) für die Einflußmöglichkeiten des Psychoanalytikers zwei Hauptkomponenten: die Therapie der emotionalen Erfahrung und die klassische Einsichtstherapie. Wenn auch in praxi vereint, ist es für die psychotherapeutische Forschung hilfreich, sich die Polarisierung in mehr spezifische Konzepte wie Deutung, Übertragung etc. und eher unspezifische Faktoren wie emotionale Erfahrung, Abwesenheit von Retraumatisierungen, direkte oder indirekte Ermutigung etc. zu vergegenwärtigen. Im konkreten therapeutischen Verlauf wiederum spricht Thomä von einem "Oszillieren" zwischen emotionaler Erfahrung und Einsicht bzw. Deutung.

Es handelt sich um eine konzeptionelle Einteilung. Allerdings akzentuieren einige Autoren das eine oder das andere Behandlungskonzept in Abhängigkeit von bestimmten Störungsgruppen und führen solche Überlegungen in Richtung technischer Empfehlungen weiter. Gemeint ist hier die Ausweitung der psychoanalytischen Bemühungen und Indikationsstellung in Richtung der sogenannten frühen Störungen, d.h. v.a. narzißtischer und Borderline-Störungen. Heigl-Evers et al. (1991) stellen hier

dem Prinzip "Deutung" für die Konfliktpathologie das Prinzip "Antwort" für die Entwicklungspathologie gegenüber. Voraussetzung für das Prinzip "Deutung" ist ein relativ strukturiertes Ich des Patienten, also die Fähigkeit, ein ausreichend belastbares Arbeitsbündnis mit dem Analytiker einzugehen und durchzuhalten. Demgegenüber geht es beim Prinzip "Antwort" um die Reorganisation oder sogar Erst-Organisation von wichtigen Substrukturen des Ich. Charakteristisch für die Ich-Struktur und Beziehungsgestaltung solcher Patienten ist ein "fragiles, mitunter partiell fragmentiertes Ich" mit Labilität der Ich-Grenzen. Benötigt wird der "Partner als Hilfs-Ich, der jene Funktionen zur Verfügung zu stellen hätte, die als Ersatz für eigene fehlende Ich-Funktionen gebraucht werden" (Heigl-Evers et al. 1991). Es zeigt sich auf der Verhaltensebene oft die Tendenz, sich vom Objekt gekränkt zurückzuziehen, wenn dieses die gewünschten Reaktionen nicht liefert oder falls die eigene Abhängigkeit in der Beziehung zum Objekt nicht mehr toleriert werden kann. Intrapsychisch stehen unreife Abwehrmechanismen im Vordergrund. Diagnostische Beispiele sind etwa narzißtische Persönlichkeitsstörungen (Kohut 1971) oder Borderline-Störungen (Kernberg 1975). Beim Prinzip "Antwort" nach Heigl-Evers et al. (1991) ist hier eine Modifikation des psychoanalytischen Standardverfahrens nötig, da mit der Deutung das vorübergehende Verschwinden des Analytikers als "Real-Person" verbunden ist, was im Sinne des Objektverlusts die Gefahr einer Retraumatisierung birgt. Vorbild für das Prinzip Antwort ist dabei die „Mutter als Hilfs-Ich“ (A. Freud 1956), "wobei sich das Hilfsangebot des Therapeuten am fiktiven Normal-Verhalten einer durchschnittlich 'gesunden' Mutter dem Kind gegenüber orientiert" (Heigl-Evers et al. 1991). In einem ersten Schritt soll eine De-Identifikation im Hinblick auf pathologische innere Objekte erfolgen, in einem zweiten Schritt die Neu-Identifikation mit einem „gesünderen“, therapeutisch antwortenden Objekt, das entwicklungsfördernd eine reifere Objektbeziehung zur Verfügung stellt. Strukturell verändernde Effekte in der Therapie werden also eher von Neuerfahrungen der Gegenwart als vom Nacherleben der Vergangenheit erwartet, etwa durch die immer wiederkehrende Erfahrung, daß sich der Therapeut anders verhält und emotional anders reagiert als erwartet.

Auch für Strupp resultiert das Therapieergebnis aus interpersonellen Faktoren, häufig als kommunale oder unspezifische Faktoren bezeichnet und technischen Faktoren, häufig spezielle Faktoren genannt (Zsfg. Strupp 1998). Jones et al. fassen zusammen, daß in der Literatur der Psychotherapieforschung die unspezifischen Wirkfaktoren v.a. durch den Begriff der therapeutischen Allianz repräsentiert werden (Jones et al. 1988).

## 2.2. Therapeutische Interventionen in der Kurzzeit-Psychotherapie

In der Literatur zur psychoanalytischen Technik nimmt die Deutung, und somit die Einsichtstherapie eine besondere Stellung ein (Sandler 1973).

Der Begriff *Deutung* wird klassischerweise "dynamisch" verstanden im Sinne Freuds: "Das Ich wird durch die Deutungsarbeit, welche Unbewußtes in Bewußtes umsetzt, auf Kosten dieses Unbewußten vergrößert..." (Kapitel 28 der Vorlesungen, 1917). Piper faßt zusammen, daß der Gegenstand der Deutung ein unbewußter Konflikt sei, welcher zwischen bestimmten Strukturen bestehe. Der Konflikt habe eine Geschichte und könne an Beziehungen des Individuums festgemacht werden, - spezieller auch an der Beziehung zum Therapeuten. Der Konflikt könne mit Hilfe des Strukturmodells bzw. der Libidotheorie erfaßt werden entsprechend der Sequenz Trieb, Signalangst, Abwehrkräfte bzw. der resultierenden entsprechenden Gefühle und Verhaltensweisen als Ergebnis dieses dynamischen Vorgangs (Piper et al. 1987).

Bibring (1954) spricht von der Deutung als "die höchste Instanz in der Hierarchie der für die Psychoanalyse charakteristischen Prinzipien". Henry, Strupp et al. (1994) bemerken, "daß für viele ... der Prozeß der Deutung synonym mit Psychotherapie geworden ist". Es ließen sich beliebig weitere Literaturstellen nennen, allerdings weisen Henry, Strupp et al. (1994) auf die Problematik hin, daß das Verhältnis von theoretischen zu empirischen Artikeln zu diesem Themenkomplex etwa 500 zu 1 sei. Die empirische

Forschung auf diesem Gebiet sei relativ jung und im zunehmenden Interesse an der Prozeßforschung der letzten Jahre vorangetrieben worden. Mit den verschiedenen interpersonellen Ansätzen sind auch erst entsprechende wissenschaftliche Instrumente entstanden.

Henry, Strupp et al. (1994) nehmen eine Zuordnung der empirischen Forschungsarbeiten zum Thema Deutungen in der dynamischen Kurzzeitpsychotherapie zu 3 Themengebieten vor, die sich allerdings überschneiden können: 1. der Frage nach der optimalen Häufigkeit (bzw. des Anteils) von Deutungen, spezieller von Übertragungsdeutungen, 2. der Untersuchung von unmittelbaren Effekten der (Übertragungs)-deutungen; sowie 3. dem Grad der Korrespondenz der Deutungen mit der individuellen Konfliktkonstellation des einzelnen Patienten (focality, focus adherence, congruence, suitability, compatibility, accuracy).

Malan und andere vertraten in den 70er Jahren für die psychodynamische Kurzzeittherapie wegen ihres spezifischen Zeitdrucks zunächst die Haltung, möglichst viele Übertragungsdeutungen einzusetzen: es fand sich eine signifikant positive Korrelation zwischen Anteil der Übertragungs-Deutungen und Therapieergebnis (Malan 1976), was durch Marziali (1984) teilweise bestätigt werden konnte. Beide Arbeiten wurden jedoch methodologisch kritisiert und folgende Studien konnten den erwähnten Zusammenhang nicht reproduzieren (Henry, Strupp et al. 1994).

Piper et al. stellten ein Klassifikationssystem (TIRS, Piper et al. 1987) vor, in dem Deutungen dynamisch operationalisiert und anderen Interventionen gegenübergestellt werden. Wie weiter oben ausgeführt, hat eine Deutung im engeren Sinne immer einen instanzenbezogenen Konflikt zum Gegenstand; d.h. eine Deutung bezieht sich auf (Teile der) Sequenz Trieb, Signalangst, Abwehrkräfte bzw. der entsprechenden Gefühle und Verhaltensweisen als Resultat des dynamischen Vorgangs (Piper et al. 1987).

In Pipers Arbeit kann kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden zwischen einer der Untergruppen des TIRS und den verwendeten Parametern zur Erfassung des Therapieergebnisses. Die Korrespondenz der Interventionen mit der individuellen Konfliktkonstellation des einzelnen Patienten wird in dieser Studie nicht mitberücksichtigt. Piper et al. schlagen vor, kompliziertere Hypothesen zu bilden, die u.a. auch das Patienten-Therapeuten-Verhältnis miteinbeziehen.

Piper et al. untersuchten 1991 den Zusammenhang insbesondere zwischen Übertragungsdeutungen, der therapeutischen Allianz und dem Therapieergebnis.

Für Patienten mit einer Biographie von hoher Qualität ihrer Objektbeziehungen fand sich eine umgekehrte Korrelation zwischen dem Anteil von Übertragungsdeutungen und der Bewertung der Beziehung zum Therapeuten, sowie dem Therapieergebnis. Für Patienten mit einer Biographie von niedriger Qualität ihrer Objektbeziehungen konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden. Die Autoren betonen, ihre Ergebnisse sprächen nicht gegen Übertragungsdeutungen an sich, sondern nur gegen einen hohen Anteil.

Hoglend (1993) konnte mit einem quasi-experimentellen Ansatz, bei dem Therapeuten angewiesen wurden, unterschiedliche Techniken anzuwenden und in einer "naturalistischen" Folge-Studie (Hoglend 1996), die Ergebnisse von Piper et al. (1991) einschließlich der Unterschiede bei den beiden Patienten-Gruppen (Art der Qualität der Objektbeziehungen) im wesentlichen reproduzieren (siehe auch Hoglend & Piper 1995).

In der Vanderbilt-Studie (Henry, Strupp, Binder et al. 1993) konnten z.T. übereinstimmende Ergebnisse mit den vorher genannten Studien gefunden werden. In der Gruppe der Therapeuten, die während der Therapie ein Training erhielten und später signifikant mehr Interventionen, auch der Kategorie "Übertragungsdeutung" anwendeten, wurde z.B. das therapeutische Bündnis schlechter beurteilt, der Anteil feindseliger Interaktionen durch den Therapeuten stieg an (SASB), in der Vanderbilt

Psychotherapy Process Scale (VPPS) wurden jetzt die Therapeuten weniger supportiv, optimistisch, anerkennend, hingegen aber autoritärer eingeschätzt.

### 2.3. Die Korrespondenz von Interventionen und Problemfoci

Bereits 1986 übt Silberschatz Kritik an allen Studien, die die Korrespondenz der Interventionen mit der spezifischen Problemkonstellation des Patienten nicht einbeziehen und er warnt davor, in der Psychotherapieforschung einfach vorauszusetzen, daß Therapeuten generell mit ihren Deutungen zutreffend seien. Unter Verwendung des Plan-Diagnose-Verfahrens (Weiss und Sampson 1986) kommt die Gruppe zu dem Ergebnis, daß sich ein hoher Grad an zutreffenden Interventionen positiv auf den Therapieprozeß (z.B. Produktivität des Patienten) auswirkt (Silberschatz et al. 1986). Diese Studie basiert lediglich auf drei Fällen, 1993 werden bei zwei weiteren Fällen ähnliche Ergebnisse erzielt (Silberschatz et al. 1993). Norville et al. weisen dann bei 7 Fällen eine signifikant positive Korrelation zwischen der Plan-Kompatibilität von Deutungen und dem Therapieergebnis unmittelbar nach Therapieende und zum Katamnesezeitpunkt nach (Norville, Sampson und Weiss 1996).

In einem Ansatz auf der Basis des "zentralen Beziehungskonfliktthemas" (CCRT nach Luborsky 1984) kommen Crits-Christoph et al. zu den Ergebnissen, daß die Genauigkeit der Deutungen in bezug auf bestimmte CCRT-Subkategorien sowohl die Ausbildung der therapeutischen Allianz (Crits-Christoph et al. 1993), als auch das Therapieergebnis (Crits-Christoph et al. 1988) in erwarteter positiver Richtung voraussagt. Er bemerkt: "the results suggest that what the therapist does in dynamic psychotherapy has an impact on outcome. The overall pattern of results also suggests that a specific and not a general technique factor accounts for the finding." (Crits-Christoph et al. 1988). Piper et al. (1991) bemerken zu dieser Arbeit, daß der Anteil der Deutungen an den Gesamtinterventionen nicht berücksichtigt wurde.

Einen weiteren Ansatz zur Untersuchung der Korrespondenz speziell hinsichtlich Übertragungsdeutungen liefert Joyce (1992), wobei er zunächst eine strukturelle Patientencharakterisierung auf der Grundlage der Fallformulierungen des Therapeuten nach der zweiten Behandlungsstunde vornimmt. Für Patienten mit positiven Objektbeziehungen in ihrer Biographie fand sich eine signifikant positive Korrelation zwischen guter Korrespondenz der Deutungen und der Symptomverbesserung zum Katamnesezeitpunkt (keine signifikanten Ergebnisse hinsichtlich Allianz und Therapieergebnis unmittelbar nach Therapieende). Hingegen wirkte sich eine gute Korrespondenz bei Patienten mit einer Biographie von niedriger Qualität ihrer Objektbeziehungen signifikant negativ auf die Ausbildung der therapeutischen Allianz und das Therapieergebnis unmittelbar nach Therapieende aus. Joyce bemerkt hierzu, daß bei Patienten mit einer Biographie von niedriger Qualität ihrer Objektbeziehungen möglicherweise eher die Notwendigkeit besteht, eine befriedigende Beziehung mit dem Therapeuten aufzubauen, als zu rekonstruieren und zu deuten.

1993 schlagen Piper et al. rückblickend auf die Forschungsarbeiten ihrer Gruppe einen umfassenderen Ansatz vor und beziehen nun als weitere Variable auch die "Korrespondenz" der Übertragungsdeutungen mit ein, so daß sich ein Design aus Patienten-Variablen (z.B. Qualität der Objektbeziehungen); Beziehungs-Variablen (z.B. therapeutische Allianz) und technischen Variablen (z.B. Anteil und Korrespondenz allerdings hier ausschließlich von Übertragungsdeutungen) ergibt. Für Patienten mit einer Biographie von hoher Qualität ihrer Objektbeziehungen fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen guter Korrespondenz der Übertragungsdeutungen und positivem Therapieergebnis zum Katamnesezeitpunkt.

#### 2.4. Weitere Klassifikationssysteme von Interventionen

Neben den erwähnten Arbeiten zu Interventionsklassifikationen, insbesondere in der Kurzzeit-Psychotherapie u.a. von Piper et al., ist die Einteilung einsichtsfördernder Verfahrensweisen in Deutung, Konfrontation, Klarifizierung und Durcharbeiten für diese Dissertation bedeutsam (Greenson 1967; Sandler et al. 1973). Sandler macht deutlich, daß über die angenommene Wirkungsweise von Deutungen einer alternativen Organisation hinaus, therapeutische Veränderung auch in hohem Maße von dem Angebot eines strukturierten Bezugssystems von Vorstellungen und Gefühlen abhängt, innerhalb dessen der Patient sich und sein subjektives Erleben seiner selbst sowie das anderer Menschen einordnen kann. Einen Interventionskatalog speziell für die Behandlung von Patienten mit Borderline-Störung entwickelten Koenigsberg, Kernberg et al. (1993). Hier sind im Gegensatz zu vielen anderen Arbeiten auch Interventionen vorgesehen, die den Übertragungseffekt reduzieren, etwa durch Anregung zur Realitätsprüfung und so den strukturellen Besonderheiten dieser Patienten gerecht werden.

### **3. Fragestellung**

Zyklisch-maladaptive Verhaltensweisen (CMP) nach Strupp und Binder (1984; 1991) als Weiterentwicklung des klassischen Übertragungskonzepts tauchen in der dynamischen Kurzzeit-Psychotherapie sowohl in der Beziehung zum Therapeuten, als auch in den Schilderungen des Patienten auf und können mit der etablierten Methode der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens nach Benjamin (SASB) erfaßt werden. In dieser Dissertation soll wissenschaftlich untersucht werden, in welcher Art und in welchem Umfang sich therapeutische Interventionen auf diese Manifestationen von zyklisch-maladaptiven Verhaltensweisen beziehen und worin sich diesbezüglich mögliche unterschiedliche therapeutische Verläufe bei verschiedenen Patienten begründen. Es soll anhand der Einzelfälle ein Konzept zur Überprüfung der formulierten Hypothesen an einer größeren Fallzahl entworfen werden.

Zusammenfassend ist es das Ziel dieser Arbeit, ein Klassifikationssystem für Interventionen auf Basis der SASB/CMP-Methode zu entwickeln und im Rahmen einer Pilotstudie anzuwenden und somit die Voraussetzungen für eine empirische Überprüfung zu schaffen.

## **4. Material und Methoden**

### **4.1 Die Behandlungen von 2 Patientinnen im Rahmen des Düsseldorfer-Kurzzeitpsychotherapie-Projekts (DKZP)**

Im Rahmen dieser Dissertation werden 2 Behandlungen von Patientinnen mit Diagnosen aus dem Spektrum der Angsterkrankungen untersucht, mit denen im Rahmen des Düsseldorfer-Kurzzeitpsychotherapie-Projekts (DKZP) 25 Stunden dynamische Kurzzeit-Psychotherapie nach dem Konzept von Strupp und Binder durchgeführt worden sind. Für eine ausführliche Schilderung zum Projektablauf sei verwiesen auf Junkert-Tress et al. (1999). Zusammenfassend werden die Therapiesitzungen auf Tonband aufgezeichnet. Nach jeder Sitzung diktiert der Therapeut eine kurze Zusammenfassung der Sitzung unter besonderer Berücksichtigung von "Critical Events". Dies sind Textpassagen, in denen relevante Aspekte des patienten-spezifischen CMPs in der therapeutischen Beziehung in Szene gesetzt werden. Nach der 4., 8., 12., 16., 20. und 24. Sitzung füllt der Patient die Intrex-Fragebogen-Kurzform (Version D mit zusätzlicher Einschätzung seiner Beziehung zum Therapeuten) aus; der Therapeut füllt zu den genannten Zeitpunkten den Intrex-Fragebogen zu seiner Beziehung zum Patienten aus. Nach jeder Sitzung füllt der Therapeut den Fragebogen zur Einschätzung der Kurzzeitpsychotherapie-Sitzung aus, der der Vanderbilt Therapeutic Strategies Scale (VTSS, Butler et al. 1992) entspricht. Bei der weiteren klinischen Baseline-Untersuchung werden folgende Instrumente angewandt: ICD-10 und DSM-III-R Diagnosen, Tiefenpsychologische Anamnese, Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS, Schepank 1987), Symptom Check List (SCL-90-R, Derogatis 1983), Intrex-Fragebogen (Version C, Tress 1993), Global Assessment of Functioning Scale (GAF, Endicott et al. 1976). Die Tonbandaufnahmen sowohl der gesamten ersten beiden Sitzungen als auch der ersten 20 Minuten der 4., 8., 12., 16., 20., 24. bzw. vorletzten Therapiesitzung werden standardisiert transkribiert (Mergenthaler 1992) zum Zweck von SASB-Prozeß- und Inhalts-Analysen;

diese Auswahl wurde getroffen, da die Vanderbilt-Studien (Henry et al. 1986) die ersten beiden Sitzungen als entscheidend für den weiteren Therapieverlauf und besonders für die Entwicklung der therapeutischen Beziehung identifizieren konnten; im weiteren wurden vergleichbare Verlaufsstichproben ausgewählt. Darüberhinaus werden Passagen mit "Critical Events" zum Zweck weiterer Prozeßanalysen und Passagen mit relevanten Beziehungsepisoden zum Zweck von SASB-Inhaltsanalysen transkribiert. Leider konnte bei Therapie 1 aufgrund eines technischen Defekts die Transkription der 8., 9. und 10. Behandlungsstunde nicht durchgeführt werden (Tonbänder nicht zu verstehen), alternativ wurde für die 8. Behandlungsstunde die 6. verwendet. Im Rahmen dieser Dissertation wurden die Tonbandaufnahmen der gesamten Therapie hinsichtlich der therapeutischen Interventionen nach einem hierfür entwickelten Operationalisierungskatalog ausgewertet (mit Ausnahme der 8., 9. und 10. Stunde bei Therapie 1). Am Ende der Therapie werden folgende Instrumente eingesetzt: Intrex-Fragebogen für den Patienten einschließlich seiner Einschätzung der Beziehung zum Therapeuten (Version E) (Tress 1993), Intrex-Fragebogen für den Therapeuten (Tress 1993), alle übrigen Instrumente der Baseline-Untersuchung, sowie eine globale Bewertung des Therapieerfolgs mittels Einschätzung des Erreichens der zu Beginn formulierten Therapieziele erfolgt sowohl durch den Therapeuten als auch durch den Patienten.

Katamnese-Untersuchungen erfolgen sechs Monate, ein Jahr, zwei und fünf Jahre nach Therapieende. Sie werden von einem unabhängigen Kliniker durchgeführt mittels eines Interviews (s.u.), das auf Tonband aufgezeichnet und vom Untersucher dokumentiert wird.

#### 4.2. Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) und zyklisch-maladaptive Muster (CMP)

Kernstück dieses empirischen interpersonellen Ansatzes ist die SASB/CMP-Methode.

Das therapiestrategisch formalisierte, überprüfbare Instrument der Kurzpsychotherapie nach dem zyklisch-maladaptiven Muster (CMP) von Strupp und Binder (1984; 1991) zeichnet sich durch seine gute Vermittelbarkeit und Übertragbarkeit in die Praxis aus (Tress 1993). Die Kurzpsychotherapie eignet sich wegen ihrer überschaubaren Länge besonders für die Prozeß-Ergebnis-Forschung; hier sind basale Abläufe, wie sie auch in längerfristigen Therapien auftreten, zu beobachten, z. B. das Phänomen der Übertragung (Strupp und Binder 1984).

#### 4.2.1. Zyklisch-maladaptives Beziehungsmuster (CMP)

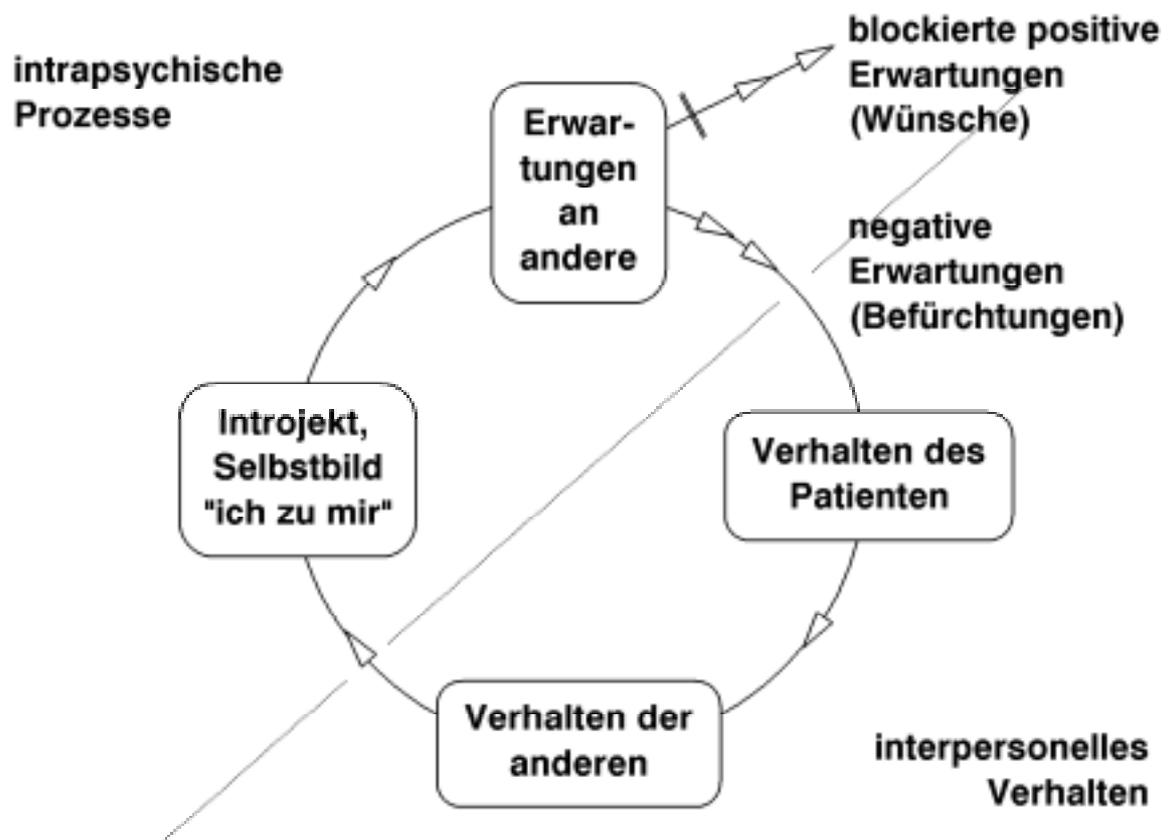


Abb. 1: CMP

Das zyklisch-maladaptive Muster (CMP) von Strupp und Binder (1984) - modifiziert von Tress et al. (1996) - enthält vier Kategorien von Informationen.

(1) Eine erste, intrapsychische Kategorie umfaßt die blockierten positiven *Erwartungen* oder Wünsche eines Patienten an seine Umgebung sowie seine vorgefaßten negativen Erwartungen, seine Befürchtungen.

(2) Die zweite, interpersonelle Kategorie beinhaltet das *Verhalten des Patienten* gegenüber anderen Personen.

(3) Die dritte, ebenfalls interpersonelle Kategorie betrachtet das *Verhalten anderer* Menschen auf den Patienten als Reaktion auf dessen Verhalten (zweite Kategorie).

(4) Die vierte, wiederum intrapsychische Kategorie, das *Introjekt*, kennzeichnet den Umgang des Patienten mit sich selbst als Folge der dritten Kategorie. Das Introjekt ist also ein Niederschlag affektiv bedeutsamer Interaktionserfahrungen und konstituiert die subjektive Erlebniswirklichkeit. Diese Einstellung sich selbst gegenüber beeinflusst ihrerseits wieder die Erwartungen an andere, so daß sich der maladaptive Zirkel schließt.

In der Modifikation des CMP von Tress et al. (1996) werden die biographischen Primärerfahrungen in das ursprüngliche Konzept des CMP integriert. Das innere Modell früher Bezugspersonen wirkt danach dreifach auf den maladaptiven Zirkel ein:

(1) Über den Modus der *Internalisierung* beeinflusst es die Wünsche des Patienten an andere. Die innere Präsenz der relevanten Bezugspersonen führt besonders zu negativen Erwartungen und Befürchtungen (Fokus 2).

(2) Der Modus der *Identifikation* läßt die Früherfahrung direkt auf das Verhalten des Patienten einwirken. Der Patient verhält sich so wie seine früheren Bezugspersonen (Fokus 1).

(3) Das Selbstbild des Patienten entsteht im Modus der *Introjektion*. Der Patient behandelt sich selbst so, wie er früher von den Eltern behandelt wurde (Fokus 3).

**Ätiopathogenetisches Modell psychogener Erkrankungen  
(W.P. Henry, W. Tress)**

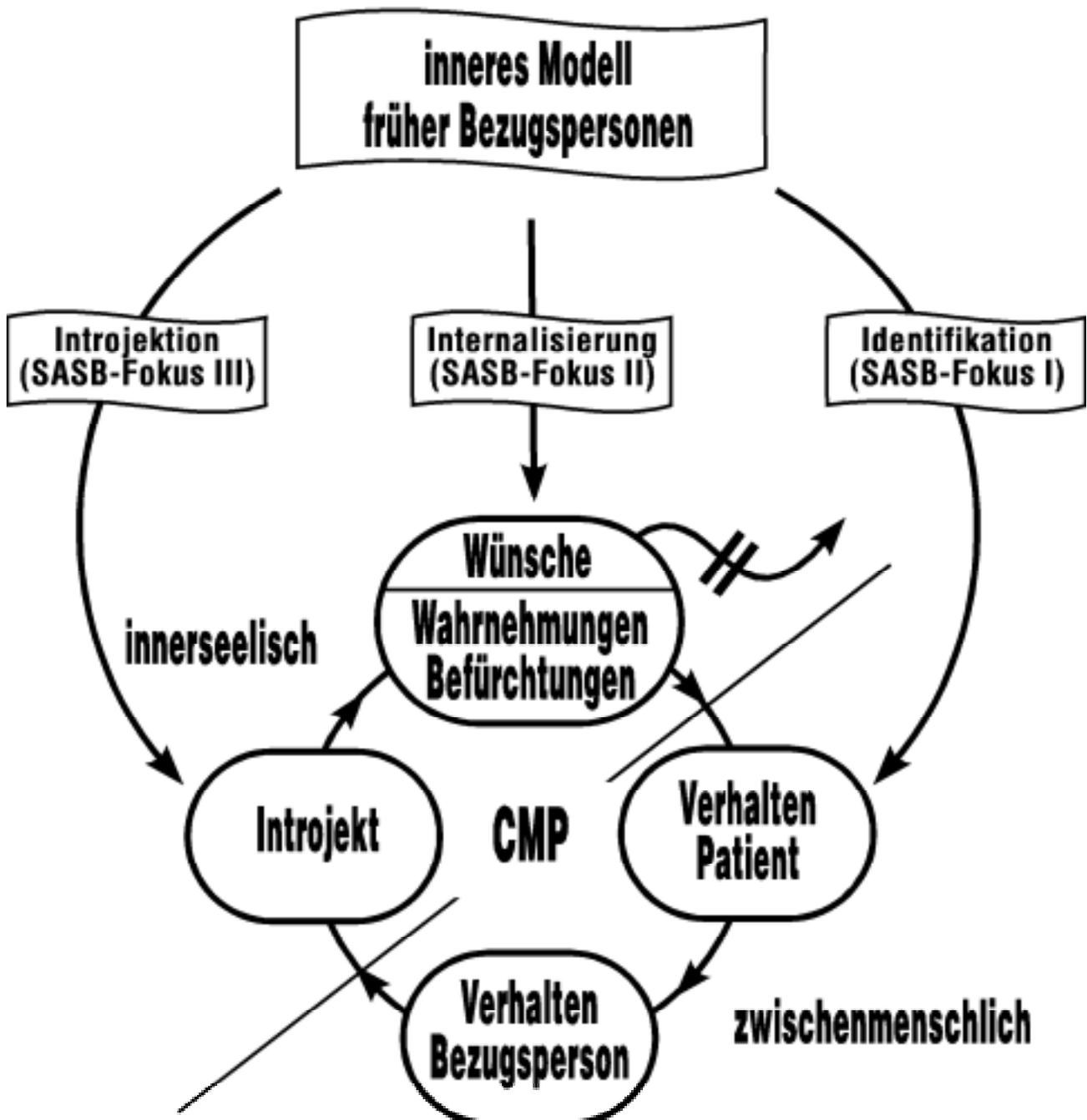


Abb. 2: erw. CMP

Die psychischen Probleme des Patienten lassen sich interpersonellen Beziehungsmustern zuordnen. Diese werden in der lebensgeschichtlichen Vergangenheit gebildet, in der Gegenwart in Szene gesetzt und sind selbstschädigend, sich selbst unterhaltend, unflexibel und maladaptiv. Die Inszenierung solch zyklisch-maladaptiver Muster im "interaktiven Drama" der Therapie, deren Interpretation und das erwartungsdiskordante Verhalten des Therapeuten befördern deren Auflösung.

Ausgehend von den Ergebnissen der Vanderbilt-Studien (Henry et al. 1990; Strupp et al. 1992; Butler et al. 1992; Henry, Schacht et al. 1993; Henry, Strupp et al. 1993; Strupp 1998) ist die Veränderung zyklisch-maladaptiver Muster in der Patient-Therapeut-Beziehung und in der Beziehung des Patienten zu wichtigen Bezugspersonen Voraussetzung für einen Therapieerfolg. Zeitgleich mit diesem Prozeß verändert sich die Selbstbildeinschätzung des Patienten, die sich als Introjektveränderung klinisch mittels CMP, des Intrex-Fragebogens sowie der SASB-Prozeß- und Inhaltsanalyse der Gesprächstranskripte abbilden läßt (Alpher et al. 1990; Tress 1993). Die Selbstbildveränderungen sind von hoher prognostischer Relevanz.

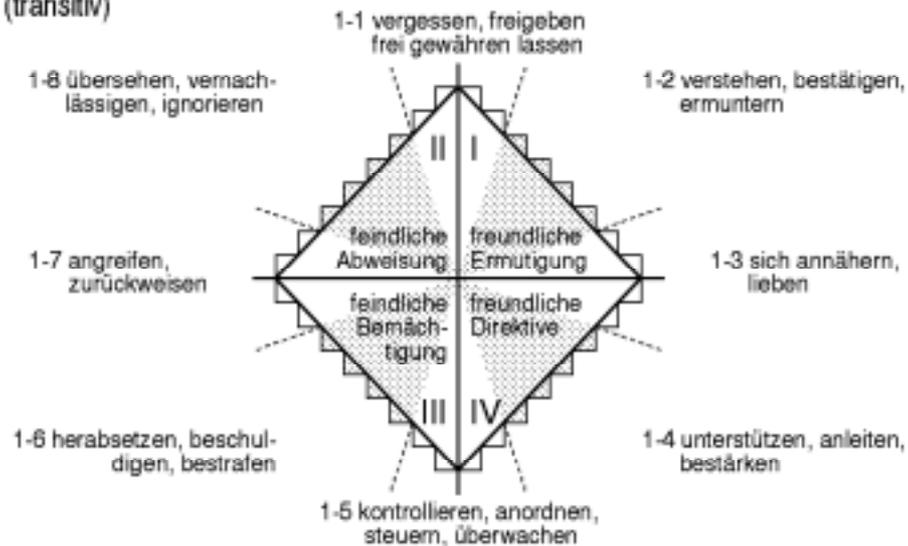
#### 4.2.2. SASB

Mit der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) nach Benjamin (1974) - deutsche Fassung von Tress et al. (1990 und 1993) - lassen sich alle Arten sozialer Interaktion erfassen. Hierbei werden drei Oberflächen (Foci) entsprechend drei unterschiedlichen kommunikativen Gerichtetheiten differenziert. Transitive Verhaltensweisen (Fokus 1) sind aktiv und wirken auf eine andere Person ein. Intransitives Verhalten (Fokus 2) ist reaktiv und gibt an, wie sich das transitive Verhalten einer anderen Person auf deren Interaktionspartner auswirkt, oder beschreibt die Befindlichkeit des Sprechers. Die Introjekt-Ebene (Fokus 3) charakterisiert intrapsychisches Verhalten, den Umgang mit sich selbst.

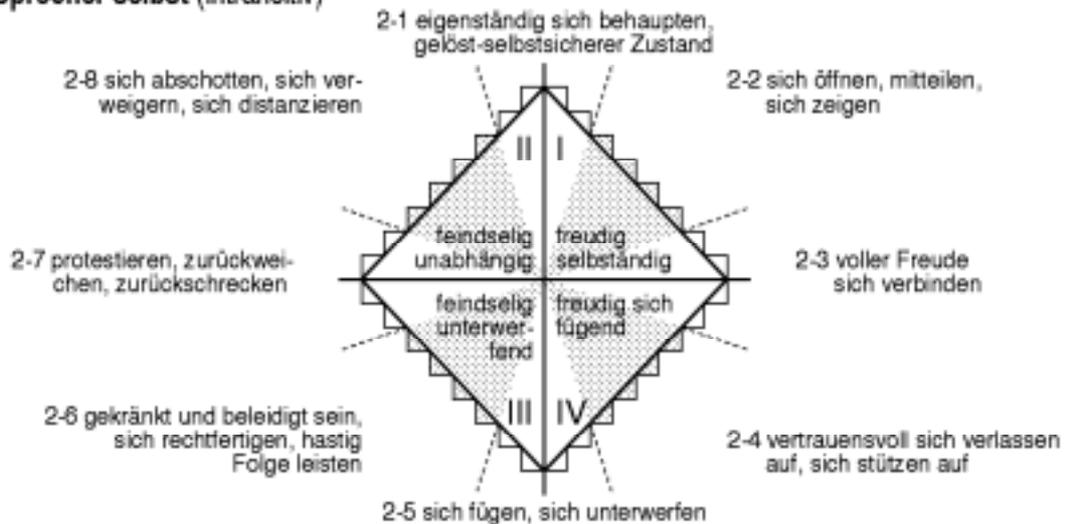
SASB legt der sozialen Interaktion zwei Grundqualitäten zwischenmenschlicher Einflußnahme zugrunde, die Affiliation (Liebe versus Haß) und die Interdependenz (Kontrolle-Ausüben versus Autonomie-Gewähren in Fokus 1, Unterwerfung versus Sich-autonom-Zeigen in Fokus 2, Selbstkontrolle versus Spontaneität in Fokus 3).

Diese drei Kodierungsschritte - Fokus, Affiliation und Interdependenz - verorten alle interpersonellen Kommunikationen eindeutig auf einem Meßpunkt des SASB-Modells. Acht Cluster ordnen sich kreisförmig auf jeder Fokusebene an, wie die folgende Abbildung zeigt (Abb. 3). Als Folge dieser Anordnung entstehen für die verschiedenen Cluster unterschiedlich hohe Werte in Bezug auf die Affiliation- und Interdependenzachse, beispielsweise wäre das Cluster 1.3 jenes mit dem höchstmöglichen positiven Wert auf der Affiliationsachse.

### Fokus: Der Andere (transitiv)



### Fokus: Der Sprecher selbst (intransitiv)



### Fokus: Introjekt (intrapsychisch)

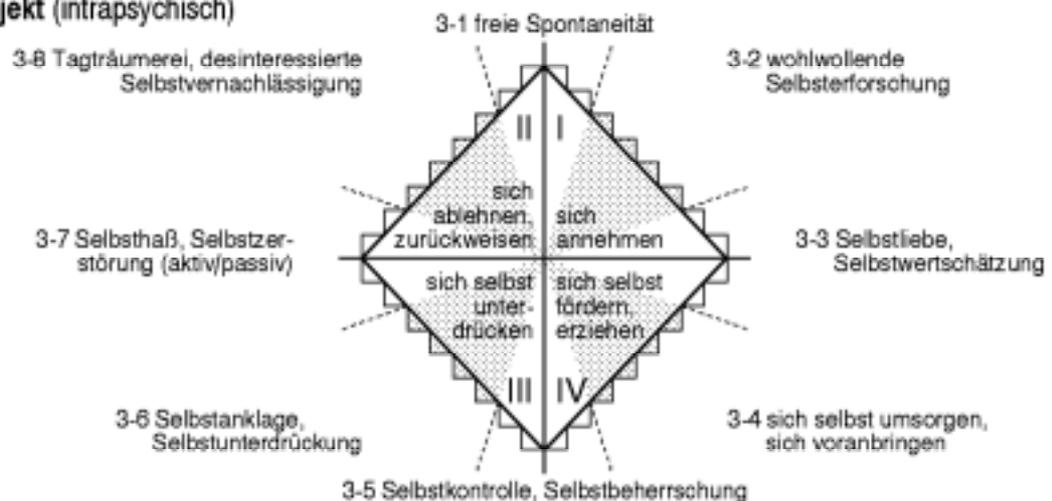


Abb. 3: SASB-Modell

Üblicherweise wird in der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens unterschieden die SASB-Prozeßanalyse und die SASB-Inhaltsanalyse. Für eine detaillierte Schilderung des Prozedere sei auf Tress et al. 1993 verwiesen. Zusammengefaßt handelt es sich bei der *SASB-Prozeßanalyse* um die Auswertung der Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Neben einer Analyse von Clusterhäufigkeiten kommt der Auswertung sogenannter komplexer Interaktionen eine besondere Bedeutung zu. "Gerade die Analyse mißlungener therapeutischer Gespräche deckt häufig eine hochgradige Komplexität im Kommunikationsverhalten des Therapeuten auf ..." (Tress, Junkert-Tress 1993). Komplexität liegt vor, wenn eine Transaktion kontradiktorische Botschaften enthält. Im Vordergrund steht Komplexität auf der Affiliationsebene, wobei dieser Sachverhalt Gemeinsamkeiten mit dem "double-bind"-Begriff der systemischen Kommunikationsforschung hat. Auch Komplexität auf der Interdependenzachse ist möglich. Schließlich gibt es, - weitaus weniger bedeutsam-, auch Transaktionen, die zeitgleich hinsichtlich des Fokus mehrdeutig sind, ohne komplex hinsichtlich der Affiliation- oder Interdependenzachse zu sein (Beispiel Cluster 1.3/2.3).

In der *SASB-Inhaltsanalyse* findet eine Auswertung von Schilderungen des Patienten seiner Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen statt. Wie bei der SASB-Prozeßanalyse werden Interaktionen von 2 Referenten mit SASB-Clustern belegt. Da eine Auswahl der der SASB-Inhaltsanalyse unterzogenen Passagen stattfindet, handelt es sich vorwiegend um eine qualitative Herangehensweise.

Für gut trainierte SASB-Kodierer berichtete Benjamin (1994) eine Reliabilität von .90. In der Düsseldorfer Arbeitsgruppe fand sich ebenfalls eine gute Interraterreliabilität von .82 (Junkert-Tress et al. 1999).

Zusammenfassend ist die SASB/CMP-Methode eine einheitliche psychologische Sichtweise, die eine differenzierte psychodynamische Diagnostik ermöglicht, aus der sich ein Therapiefokus ableiten läßt. Darüberhinaus kann mit dieser Methode die Entwicklung differentieller

Interventionsstrategien begründet werden. Das Modell ist so konzipiert, daß eine empirische Überprüfung der postulierten Verknüpfungen zwischen ätiologischen Hypothesen, diagnostischen Befunden und therapeutischen Strategien möglich wird. Im Sinne einer Integration des CMP- und des SASB-Ansatzes können die klinisch ausformulierten Kategorien des CMP jeweils in SASB-Cluster transformiert werden. Hier wird dem Prinzip der *Problem-Treatment-Outcome-Kongruenz* (PTO-Kongruenz) Rechnung getragen. Nach diesem Prinzip soll die Erfassung der klinischen Problemlage, des Veränderungsprozesses und des Behandlungsergebnisses kongruent sein (Strupp et al. 1988).

### 4.3. Therapeutische Interventionen

#### 4.3.1. CMP-basierende-therapeutische Interventionen (CMP-BTI)

In Fortführung der bestehenden PTO-Kongruenz der SASB/CMP-Methode wurde im Rahmen dieser Dissertation ein Konzept entwickelt, um empirisch festzustellen, inwiefern die Interventionen des Therapeuten sich auch auf das formulierte CMP des Patienten beziehen, also wie eng am Fokus gearbeitet wird ("focus adherence"). Eine solche CMP-basierende therapeutische Intervention kann an jedem Punkt des CMP (siehe oben) angreifen, es ergeben sich somit folgende Subkategorien der CMP-BTI:

##### 4.3.1.1. Subkategorien der CMP-BTI

1. Kategorie ***Introjekt ( I ),***
2. Kategorie ***Blockierte positive Erwartungen ( PE ),***
3. Kategorie ***Befürchtungen ( B ),***
4. Kategorie ***Verhalten des/der Patient/in ( VP )***
5. Kategorie ***Verhalten der anderen ( VA ),***
6. Kategorie ***Therapeutische Beziehung ( T ).***

Die letzte Kategorie beinhaltet Interventionen, die das Auftauchen von zyklisch-maladaptiven Verhaltensweisen oder Gefühlen unmittelbar in der therapeutischen Beziehung zum Gegenstand haben. Mehrfachnennungen der Subkategorien für die Interventionen sind möglich, - insbesondere relevant ist dies, wenn therapeutisch an den Zusammenhängen von Einzelaspekten in zyklisch maladaptiven Verhaltensmustern gearbeitet wird.

Die wichtigste Forderung an solche CMP-BTI ist, daß das jeweils angesprochene Cluster des CMP

1. vom Therapeuten in einer dem Zusammenhang angemessenen Art formuliert wurde und
2. für die Kodierer konkret benennbar ist.

Das Zuordnen der Interventionen erfolgt anhand von Transkripten bei gleichzeitigem Abhören der Audiobänder durch zwei Kodierer. Voraussetzung ist weiterhin ein sorgfältig formuliertes CMP.

#### 4.3.1.2. Beispiele der CMP-BTI und Kategorienzuordnung

Der Zusammenhang zwischen den Interventionen und den zugrundeliegenden zyklisch-maladaptiven Verhaltensmustern soll exemplarisch für beide Therapien dargestellt werden:

##### **CMP-BTI in Therapie 1:**

Kategorie:	Blockierte positive Erwartungen (PE)
Intervention:	Es gefällt Ihnen, wenn er (Partner) so Interesse für Sie zeigt und für das, was Sie so machen. Und Sie erwarten das gar nicht. (Therapie 1, 18. Stunde)
CMP-Cluster:	1.2 = bestätigen, ermuntern (ohne Kontrolle)

Kategorie:	Befürchtungen (B)
Intervention:	Vielleicht hängt das ja damit zusammen, daß Sie das Gefühl haben, wenn Sie sich jemand anderem anvertrauen, so Ihrer Mutter oder M. oder mir, daß das so eine Art Auslieferung ist, also daß Sie dann sehr viel von sich aufgeben, auch an Selbstbestimmung, daß ein anderer so Macht über Sie kriegen könnte. (Therapie 1, 21. Stunde)
CMP-Cluster:	1.3/1.5/1.8 = komplexe Interaktion aus sich annähern, kontrollieren, übersehen der wahren Bedürfnisse

Kategorie:	Verhalten Patientin (VP)
Intervention:	Ob das für Sie etwas ist, was Sie gerne machen. Also in allen möglichen Situationen, wo es im Verhalten oder im Austausch mit anderen brenzlich wird in irgendeiner Weise, daß Sie dann sehr stark auf sich selbst zurückgehen, daß Sie sozusagen dann immer der ruhende Pol für sich selbst dann sind und so anderen gegenüber zumachen können ... (Therapie 1, 1. Stunde)
CMP-Cluster:	2.1 bis 2.8 = eigenständig sein bzw. sich abschotten

Kategorie:	Verhalten der anderen (VA)
Intervention:	Jetzt haben Sie sich soweit geöffnet und haben mal was von Ihren Gefühlen gezeigt. Die Mutter und der Stiefvater sagen nichts dazu. Nur wenn Sie mal anrufen, hat Ihre Mutter gerade noch Zeit zu sagen, daß sie es „toll“ gefunden hat. (Therapie 1, 4. Stunde)
CMP-Cluster:	Cluster 1.4/1.8 = komplexe Interaktion aus unterstützen und übersehen

Kategorie:	Introjekt (I)
Intervention:	Aber ich denke, es ist auch wichtig, daß Sie sich darüber klar werden, wie das auch immer wieder bei Ihnen funktioniert. Daß Sie solche blockierenden Mechanismen da bei sich selbst haben, die was zumachen, was verunmöglichen. Und das hängt ja wahrscheinlich stark damit zusammen, was eben passieren könnte, wenn der nicht da ist, dieser Block. (Therapie 1, 13. Stunde)
CMP-Cluster:	3.5/3.8 = komplexer Umgang mit sich selbst aus Selbstkontrolle und Vernachlässigung echter Bedürfnisse

Kategorie:	Therapeutische Beziehung (T)
Intervention:	Meinen Sie, das könnte hier so ähnlich sein? Daß ich so jemand wär wie der Stiefvater zum Beispiel? Ich Ihnen bei Problemen helfen will, Sie sich aber dagegen wehren, die Tür zu lassen.  (Therapie 1, 2. Stunde)
CMP-Cluster:	2.8 = sich abschotten, distanzieren

Nachfolgend Beispiele für CMP-BTI, die sich mit mehreren CMP-Kategorien bzw. deren Zusammenhängen beschäftigen:

Kategorien:	Befürchtungen und Verhalten der Patientin (B und VP)
Intervention:	Ja. (---) Also ich hab so das Gefühl, das geht so über dieses, was Sie Zeitverschwendung genannt haben, hinaus; also daß es auch sowas damit zu tun hat, wie Sie sich dann akzeptiert fühlen, und wenn Sie das Gefühl haben, Ihr Freund oder das jeweilige Gegenüber, "der sieht mich gar nicht", "der nimmt mich gar nicht so ernst mit meinen Bedürfnissen", dann kommt bei Ihnen direkt die Gegenbewegung, und dann Sie machen sowas für sich, und dann ziehen Sie sich so ganz auf sich zurück. Möchten sowas in Ihrem Zimmer machen; keine Kontakte. (Therapie 1, 12. Stunde)
CMP-Cluster:	Befürchtung: 1.8 oder 1.3/1.8 = (in der Annäherung) übersehen Verhalten der Patientin: 2.1 bis 2.8 = sich distanzieren, abschotten

Kategorien:	Introjekt, Verhalten der Patientin, Verhalten der anderen (I, VP, VA)
Intervention:	Ich dachte jetzt, wenn die Situation so wäre: Sie wären jetzt unsicher, was sagen wir mal damit zu tun hätte, daß Sie den anderen ... interessant finden. Sie sind dann aber betont arrogant oder selbstbewußt oder cool und verschrecken den damit, dann würde niemals etwas zwischen Ihnen zustande kommen. Der würde dann vielleicht auch wieder damit reagieren, daß er so ist. (Therapie 1, 7. Stunde)
CMP-Cluster:	I: 3.8 = echte Bedürfnisse nicht berücksichtigen VP: 2.1 bis 2.8 = unabhängig sein, sich distanzieren VA: 1.1, 1.8 = ohne Verbindung übersehen

In der folgenden CMP-BTI wird ein Zusammenhang Verhalten der Eltern und Erleben des Therapeuten durch die Patientin verdeutlicht:

Kategorien:	Therapeutische Beziehung, Verhalten der anderen (T, VA)
Intervention:	Ich frage mich manchmal an so Stellen, ob ich nicht für Sie ganz schnell in die Nähe von Ihrer Mutter komme, wenn wir über sowas reden. Wenn Sie mir so erzählen, ihre Mutter ist so jemand, der sich so Probleme anhört und spuckt sie so Lösungen aus, ... ich denke überhaupt diesen Austausch, den wir da machen, Sie erzählen sowas und ich "sag dann was dazu", ob das nicht sowas hat, wie Sie es von Ihrer Mutter kennen.  (Therapie 1, 8. Stunde)
CMP-Cluster:	1.4/1.8 = komplexe Interaktion mit unterstützen und übersehen

## CMP-BTI in Therapie 2:

Kategorie:	Blockierte positive Erwartungen ( PE )
Intervention:	Daß Sie nicht immer ganz zusammen und für immer und ewig oder überhaupt nicht. Sondern Sie sind zusammen, aber jeder ist für sich auch ein eigenständiger Mensch und Sie sich dessen sicher sein können. (Therapie 2, 12. Stunde)
CMP-Cluster:	1.2 bis 1.3 = verstehen, sich lieben (ohne Kontrolle)

Kategorie:	Befürchtungen ( B )
Intervention:	Und so erleben Sie es ja ähnlich, wenn Sie dem M. mal Ihre Meinung sagen, dann befürchten Sie ja auch gleich verlassen zu werden. (Therapie 2, 14. Stunde)
CMP-Cluster:	1.8 = übersehen (auch zurückweisen)

Kategorie:	Verhalten der Patientin (VP)
Intervention:	Aber ich könnte mir auch denken, daß Sie es zum Teil der Mutter zuliebe erzählen, weil Sie so unbewußt das Gefühl haben, sie will jetzt ja alles wissen und hören. (Therapie 2, 2. Stunde)
CMP-Cluster:	2.6 = sich fügen, unterwerfen

Kategorie:	Verhalten der Patientin (VP)
Intervention:	Also das heißt, Sie kontrollieren den anderen. Es sind drei Sachen, nicht. Einerseits sind Sie aggressiv und dann kontrollieren Sie aber auch den anderen, indem Sie sagen, was er machen soll und dann können sich beide sozusagen wieder liebend und einig umarmen. (Therapie 2, 18. Stunde)
CMP-Cluster:	1.3/1.5 =sich annähern und kontrollieren

Kategorie:	Verhalten der anderen (VA)
Intervention:	Während ich jetzt so denke an die Reaktionen Ihres Vaters bei Ihren Abgrenzungsversuchen, daß er gleich so überreagierte und das Haus verkaufen wollte. Das empfinde ich ja schon als massive Aggression, wo Sie auch als Blitzableiter fungieren. (Therapie 2, 14. Stunde)
CMP-Cluster:	1.7 bis 1.8 = übersehen, zurückweisen

Kategorie:	Introjekt (I)
Intervention:	Ja, das ist aber eben der Punkt, daß Sie dann doch irgendwie die Ernsthaftigkeit der Probleme ableugnen, nicht wahr. (Therapie 2, 5. Stunde)
CMP-Cluster:	3.8 = Selbstvernachlässigung

Kategorie:	Introjekt (I)
Intervention:	Und offenbar haben Sie ja so tiefe und wiederholte Verletzungen relativ bald auch verdrängt. (Therapie 2, 12. Stunde)
CMP-Cluster:	3.8 = Selbstvernachlässigung

Kategorie:	Therapeutische Beziehung ( T )
Intervention:	Das Wichtigste -finde ich- ist, daß Sie genau wissen, wo Ihre empfindlichsten Stellen sind; das war jetzt auch in der Beziehung zu mir, daß Sie sich sagten, da könnte ne Gefahr sein, sich abhängig zu machen, jetzt versuche ichs lieber mal mit den größeren Abständen ... ein Kompromiß. Man muß sich nicht ganz dem anderen hingeben und ganz abhängig sein, sondern man kann genauso gut die Beziehung aufrecht halten jetzt mit ein wenig Distanz, die ganz gesund sein kann, auch zur Mutter dann. (Therapie 2, 17. Stunde)
CMP-Cluster:	2.5, 2.6 = sich unterwerfen, hastig Folge leisten

#### 4.3.2. Einteilung der Interventionen, die nicht explizit CMP-Cluster zum Gegenstand haben (NON-CMP-Interventionen)

In einem zweiten Schritt wurden auch die verbleibenden Interventionen einem von uns aufgestellten Katalog von Operationalisierungen zugeordnet (in Anlehnung an frühere Arbeiten von Greenson 1967; Sandler et al. 1973; Piper et al. 1987; Koenigsberg, Kernberg et al. 1993).

Wesentlich ist für diese zweite Gruppe der Interventionen, daß diese *nicht explizit* CMP-Cluster zum Gegenstand haben und daher als NON-CMP-Interventionen bezeichnet werden. Dies heißt jedoch nicht, daß sie nicht in einem weiteren Sinne mit zyklisch-maladaptiven Verhaltensmustern im Zusammenhang stehen können, - mehr noch, nicht selten sogar eine hinleitende und vorbereitende Funktion für CMP-basierende Interventionen haben können. Erst durch die Kombination der beiden Klassifikationsschritte läßt sich abschätzen, ob in der Therapie eher "aufdeckend" oder "supportiv" gearbeitet wird. Es wäre z.B. auch denkbar, daß ein Therapeut viele Interventionen vornimmt, die dem Charakter nach Deutungen sind, die aber außerhalb des CMP-Zusammenhangs liegen.

##### 4.3.2.1. Einteilung der Non-CMP-Interventionen

- 1. Dynamische Deutungen außerhalb des CMP-Kontext**
- 2. Konfrontationen**
- 3. Klarifikationen**
- 4. Einfache Bestätigungen**
- 5. Empathisches Verstehen; Verbalisierung von Gefühlen; Unterstützung**
- 6. Aufklärung über generelle psychologische Abläufe**
- 7. Verständnisfragen (nach Fakten)**
- 8. Aufforderung zur Exploration & Fragen nach "Bedeutungen"**
- 9. Andere Interventionen**
- 10. Schweigepausen länger als 30 Sekunden**
- 11. Nicht kodierbar**

#### 4.3.2.2. Erläuterungen und Beispiele der Non-CMP-Interventionen

### 1. Dynamische Deutungen außerhalb des CMP-Kontext

*Erläuterung:* Der Begriff der Deutung wird dynamisch operationalisiert, wie oben erläutert (siehe 2.2.). Zwar bezieht sich eine Deutung auf (Teile der) Sequenz Trieb, Signalangst, Abwehrkräfte bzw. die resultierenden Gefühle und Verhaltensweisen, jedoch geht es um einen instanzenbezogenen Konflikt, der nicht im CMP formuliert ist. Der Konflikt sollte für die Untersucher (Rater) benennbar sein.

*Beispiel:*

Therapeut 1: Ja ich stellte mir so vor, wenn man mit anderen Menschen zusammen ist, ist immer die größte Gelegenheit, daß so Gefühle mal durcheinander gehen, daß man mal wütend wird oder so. Oder sich besonders zu jemandem hingezogen fühlt. Da ist die größte Gefährdung sozusagen, daß nicht mehr alles zusammengehalten ist. (Therapie1, 1. Stunde) (Anmerkung: Konflikt ist hier die Triebkontrolle)

### 2. Konfrontationen

*Erläuterung:* Der Patient soll etwas erkennen, dem er bisher ausgewichen war. Es handelt sich um eine der einsichtsfördernden Verfahrenstechniken im Sinne Greensons (siehe oben). Eine vorbereitende Funktion für eine CMP-basierende therapeutische Intervention im weiteren Verlauf ist teilweise möglich.

*Beispiele:*

*Therapeutin 2:* Die Frage ist eben, ob es wirklich so ganz ohne Grund war ... also eben nicht nur zufällig war, daß Sie bei den Eltern, -im Haus der Eltern-, den Angstanfall hatten. (Therapie 2, 1. Stunde)

*Therapeutin 2:* Mhm. Aber es wird ja wahrscheinlich nicht nur der Garten und das gute Essen sein, was Sie nach Hause zieht, nicht?

*Patientin 2:* Nein, natürlich nicht, sondern es ist auch das Gespräch mit meinen Eltern ... (Therapie 2, 1. Stunde)

*Therapeut 1:* Es ist bei Ihnen so gekoppelt mit sowas; Sie machen sich etwas auch über ihn lustig dabei. Sie haben das jetzt so lächelnd erzählt; machen ihn so nach ...

*Patientin 1 (unterbricht):* Ja das ist doch auch lustig.

*Therapeut 1:* ... mit der Stimme.

*Patientin 1:* Hä? Hab ich?

*Therapeut 1:* Ja.

*Patientin 1:* Aber das mach ich immer; das mach ich grundsätzlich bei Zitaten.

*Therapeut 1:* Aber als Sie ihn so nachgemacht haben, da hörte er sich so an, wie so ein kleiner Junge. Haben Sie ja auch gesagt. (Therapie 1, 6. Stunde)

### **3. Klarifikationen**

*Erläuterung:* Psychische Phänomene werden in ein scharfes Licht gerückt und wesentliche Details herausgearbeitet, damit sie vom Patienten näher betrachtet werden können. Eine vorbereitende Funktion für eine CMP-basierende therapeutische Intervention im weiteren Verlauf ist teilweise möglich.

*Beispiele:*

*Patientin 2 (nach Besuch bei den Eltern):* ... was ich auch seltsam fand, ... dieses Aufraffen, jetzt wieder alleine zu sein, das fiel mir schwer ...

*Therapeutin 2:* Das Loslösen von den Eltern. (Therapie 2, 1. Stunde)

*Patientin 1 (fühlt sich durch Freund eingeengt):* ... Und ich hab gar nicht mehr so viel Lust was mit anderen Leuten zu machen. Und dann vergeht die Zeit so schnell, man schafft nichts mehr; man macht nichts mehr.

*Therapeut 1:* Mhm. Ja, ich glaube auch, es ist sehr wichtig für Sie, sich auch so Freiräume schaffen, was für sich haben. (Therapie 1, 24. Stunde)

Der folgende Abschnitt zeigt die vorbereitende Funktion einer Klarifikation für eine CMP-BTI der Kategorie *Verhalten der Patientin* im Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt. In der ersten Intervention wird das Verhalten der Patientin in ein schärferes Licht gerückt wird (Klarifikation). Bei der zweiten Intervention handelt es sich um eine CMP-basierende therapeutische Intervention, in der das Cluster "sich lösen und distanzieren" angesprochen wird:

*Therapeut 1:* Mhm. Ich glaub, es war in der letzten Sitzung oder in der vorletzten, da haben Sie mal darüber gesprochen, daß es ja so sehr viel Albern in der Beziehung gibt, daß Sie so beide so, wenn Sie sich so anrufen, erstmal nicht so ernst miteinander sind. Und vielleicht ist das ja auch, dieses Ernstsein, so ein Punkt, der für Sie beide so schwierig ist. So was, was Sie vielleicht von Zeit zu Zeit wünschen, was Sie aber auch schwierig finden; sag ich mal.

*Patientin 1:* Weiß ich nicht. Ja wir sind selten ernst, aber nicht unbedingt albern. Wir sind nur ernst, wenn wir uns wirklich streiten oder wenn wir ein wirkliches Problem haben.

*Therapeut 1:* Mhm. Manchmal kann ja auch dieses albern spielerische Miteinanderumgehen, mh, so eine bestimmte Form von Nähe verhindern; also daß man sich so gegenseitig etwas mehr auf Distanz hält. Also es

könnte ja dann so den Sinn so für Sie beide haben, das Verhältnis von Nähe und Distanz zu regeln.

(Therapie 1, 12. Behandlungsstunde)

#### **4. Einfache Bestätigungen**

*Erläuterung:* Diese Intervention dient dazu, den Rede- und Gedankenfluß des Patienten zu unterhalten. Eine Richtung wird durch den Therapeuten nicht vorgegeben. Häufiges Vorkommen in Form des einfachen "Mhm" oder "Ja" durch den Therapeuten, welches in der SASB-Prozeßanalyse üblicherweise mit dem Cluster 1.2 (freundliche Ermutigung) kodiert wird. Auch Wiederholungen von vom Patienten geäußerten Satzteilen sollen zum Weiterprechen ermuntern.

*Beispiel:*

*Patientin 1:* ...mein Freund dachte, ich hätte in Frankreich jemanden kennengelernt, weil ich nur zweimal geschrieben habe. Ist, glaube ich, nicht nur deswegen, aber weiß ich nicht (Pause).

*Therapeut 1:* Glauben Sie nicht.

*Patientin 1:* Nee, glaube ich nicht. Aber die ... (Therapie 1, 24. Stunde)

#### **5. Empathisches Verstehen; Verbalisierung von Gefühlen; unmittelbare, situationsbezogene Unterstützung**

*Erläuterung:* Dem empathischen Verhalten des Psychotherapeuten wird in verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen eine unterschiedliche Bedeutung beigemessen, besonders betont wird sie in der Gesprächstherapie nach Rogers. Wichtig ist häufig der nonverbale Anteil der Transaktion, wie etwa der Tonfall, -auch ein entsprechend verbindendes Lachen des Therapeuten kann zu dieser Kategorie gehören.

*Beispiele:*

*Patientin 2:* Aber es war irgendwie ne ziemlich frustrierende Woche.

*Therapeutin 2:* Mhm. Wo Sie so Rückschläge erlitten haben.

(Therapie 2, 1. Stunde)

*Therapeut 1:* Mhm. Und hinterher merken Sie dann, daß da doch was noch war.

*Patientin 1:* Mhm

*Therapeut 1 (einfühlsamer Tonfall):* Sie waren sauer. (Therapie 1, 1.Stunde)

*Patientin 2:* (spricht über Mutter)

*Therapeutin 2:* Mhm. Da haben Sie es aber schwer neben jemandem, der sich immer so toll darstellt und im besten Licht erscheint. (Therapie 2, 1. Stunde)

## **6. Aufklärung über generelle psychologische Abläufe**

*Erläuterung:* Sandler (1972) betont, wie wichtig das Angebot eines strukturierten Bezugssystems von Vorstellungen und Gefühlen in der Therapie ist. Je nach Kenntnissen des Patienten stellt eine Aufklärung über generelle psychologische Abläufe eine Voraussetzung dar, später sein subjektives Erleben seiner selbst sowie das anderer Menschen einordnen zu können bzw. andere Interventionen in diesem Sinne umzusetzen.

*Beispiele:*

*Therapeut 1:* ... Gefühle wollen ja auch ihr Recht, man kann nicht einfach so über Gefühle hinweggehen und so tun, als wären sie nicht da. (Therapie 1, 4. Stunde)

*Therapeut 1:* Also es gibt ja auch bei so Gefühlen, da gibt's gar kein richtig und falsch, das ist einfach dann da und... (Therapie 1, 2. Stunde)

## **7. Verständnisfragen und Fragen nach bestimmten "Fakten"**

*Erläuterung:* Meist Rückversicherung des Therapeuten, etwas inhaltlich richtig verstanden zu haben oder Fragen, die auf konkrete Fakten abzielen.

*Beispiele:*

*Therapeutin 2:* Wie alt ist Ihre Schwester jetzt? (Therapie 2, 1. Stunde)

*Patientin 1 (spricht über eine Freundin):* Also die ist wirklich ziemlich komisch geworden. Die ist ganz anders als früher. Ich weiß nicht.

*Therapeut 1:* Ja. (-) Ich habe noch eine Verständnisfrage. Ist das die gleiche Freundin, mit der Sie immer sehr viel zu tun hatten, die Ihnen auch mal so sagt, was sie so denkt? (Therapie 1, 1. Stunde)

## **8. Aufforderung zur Exploration und Fragen nach "Bedeutungen"**

*Erläuterung:* Interventionen, in denen der Patient ermutigt wird, ein bestimmtes Thema weiter zu erforschen oder Bedeutungen auf den Grund zu gehen.

*Beispiele:*

*Therapeutin 2:* Wie ist das denn eigentlich so mit dem Kontakt zu den Eltern. Da haben wir ja eigentlich noch gar nicht drüber gesprochen, wie das so läuft zwischen Ihnen und den beiden. (Therapie1, 1. Stunde)

*Patientin 1:* Ist ziemlich schnell vorbeigegangen (lacht). Einen Tag ist ´ne Freundin von mir gekommen, also nach Weihnachten. Und am zweiten Weihnachtstag war meine Schwester mit ihrem Kind da und mit ihrem Freund. Und naja, Heiligabend ist ja nicht so lang.

*Therapeut 1:* Mhm. Und wie lief das dann da so ab in der Familie?  
(Therapie 1, 1. Stunde)

## **9. Andere Interventionen**

*Erläuterung:* Hierzu zählen insbesondere auch technische Absprachen, etwa hinsichtlich Terminen oder Begrüßungen und Verabschiedung. Auch Antworten auf konkrete Fragen des Patienten.

*Beispiele:*

*Therapeut 1:* Aber es ist mühsam mit den Fragebögen? (Therapie 1, 16. Stunde)

*Therapeut 1:* Es ist ein ungewohnter Termin heute. (Therapie 1, 16. Stunde)

*Therapeut 1:* Wir sind am Ende für heute. (Therapie 1, 21. Stunde)

## **10. Schweigepausen länger als 30 Sekunden**

## **11. Nicht kodierbar**

*Erläuterung:* Durch die Kodierer nicht zuordbare Interventionen, meist technisch bedingt unverständliche Äußerungen oder Satzteile.

#### 4.4. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Achse IV (OPD)

Die Struktur-Einschätzung der Patienten erfolgte mittels OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik; Achse IV). Hier werden inszenierte Interaktionen in der diagnostischen Beziehung und die berichteten Interaktionen des Patienten nach strukturellen Gesichtspunkten untersucht. Aktuelle Störungen bestimmen nicht das strukturelle Niveau, vielmehr orientiert sich die diagnostische Einschätzung der Struktur an der zugrundeliegenden strukturellen Bereitschaft, wie sie im interaktionellen Handeln sichtbar wird. Es wird eine Zuordnung zu vier Integrationsniveaus getroffen, wobei sechs strukturelle Beurteilungsdimensionen im Einzelnen betrachtet werden müssen. Die Integrationsniveaus unterscheiden zwischen guter Integration, mäßiger Integration, geringer Integration und Desintegration. Die strukturellen Beurteilungsdimensionen beziehen sich auf Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung. Für Einzelheiten sei verwiesen auf das Manual mit Grundlagen, Arbeitskreis OPD (Hoffmann 1996).

#### 4.5. Klinische Ausgangs-, Verlaufs- und Ergebnisdokumentation zur Therapeutenbeurteilung und Selbstbeurteilung der Patienten (klinische Basisdokumentation)

Im Rahmen der Dissertation fand eine Beschränkung der angewandten Methoden zur Ausgangs-, Verlaufs- und Ergebnisdokumentation auf die Instrumente Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS), Global Assessment of Functioning Scale (GAS) und Symptom Check List (SCL-90-R) statt. Im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt kommen noch weitere Instrumente zum Einsatz. Speziell auch den INTREX-Fragebögen als Anwendung der SASB/CMP-Methode kommt eine besondere Bedeutung zur Verlaufsbeobachtung zu (siehe Tress 1993, Junkert-Tress et al. 1999).

##### 4.5.1. Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Der Beeinträchtigungsschwere-Score schätzt nach Schepank (1987, 1995) aus Therapeuten- bzw. Expertensicht ein, wie schwer ein Mensch durch seine psychogene Symptomatik im Sinne eines Summenwerts insgesamt beeinträchtigt ist und welcher Bereich besonders betroffen ist. Der Untersucher gewichtet die Beeinträchtigung eines Menschen durch seine psychogene Erkrankung auf drei Dimensionen; die körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung. Jede Dimension wird nach einem Schweregrad von 0-4 beurteilt. Insgesamt ergibt sich dann ein Summenwert als Gesamtbeurteilung (hier vereinfacht wiedergegeben):

0-1	Optimale Gesundheit
2-3	Leichtere Störung
4-5	Deutliche Störung von Krankheitswert, oft noch ambulante Therapie
6-7	Ausgeprägte und schon ziemlich schwer beeinträchtigende Erkrankung
8-9	Außerordentlich schwere Erkrankung
10-12	Schwerst gestörte Patienten mit Extremgraden psychogener Erkrankungen und ihrer Folgen in allen drei Dimensionen

#### 4.5.2. Global Assessment of Functioning Scale (GAS)

Die GAS nach Endicott, Spitzer et al. (1976) ist eine Skala zur Gesamtbeurteilung des Funktionsniveaus der psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit. Es wird ein hypothetisches Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit angenommen; die Skalierung reicht von 90 (Keine oder nur minimale Symptome, gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen) bis 1 (Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen *oder* anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten *oder* ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht).

Die Beurteilung der Skala soll für 2 Zeiträume angegeben werden: neben dem Zeitpunkt der Beurteilung (Skalenwert 1) auch für einen Zeitraum von einigen Monaten im zurückliegenden Jahr, bei dem der Patient sein höchstes Niveau hinsichtlich seiner psychosozialen Anpassung aufwies (Skalenwert 2).

#### 4.5.3. Symptom Check List (SCL-90-R)

Die Symptom Check List nach Derogatis (1983) dient zur Selbstbeurteilung von Patienten hinsichtlich eines breiten Spektrums psychiatrischer bzw. klinisch-psychologischer Symptome. Erfasst werden die Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, soziale Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus, sowie drei Gesamtkennwerte (GSI = General Symptomatic Index, PSDI = Positive Symptom Distress Index, PST = Positive Symptom Total). Als Vergleichsgruppe dienen gleichgeschlechtliche gesunde Probanden.

#### 4.6. Integratives Patienten-Verlaufs-Ergebnis-Modell

Mit der SASB/CMP-Methode und der im Rahmen dieser Dissertation entwickelten Klassifikation therapeutischer Interventionen (CMP-BTI und NON-CMP-I) können die Manifestationen von zyklisch-maladaptiven Verhaltensmustern im Inhalt des therapeutischen Gesprächs, sowie in der therapeutischen Beziehung selbst und auch die Art und Weise der therapeutischen Bearbeitung in wesentlichen Aspekten erfaßt werden und ein Patienten-Verlaufs-Ergebnis-Modell entwickelt werden. So können Wirkfaktoren in der dynamischen Kurzzeitpsychotherapie bei der Behandlung verschiedener Patientengruppen, etwa im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapieprojekts, untersucht werden (weitere Erörterung auch im Diskussionsteil).

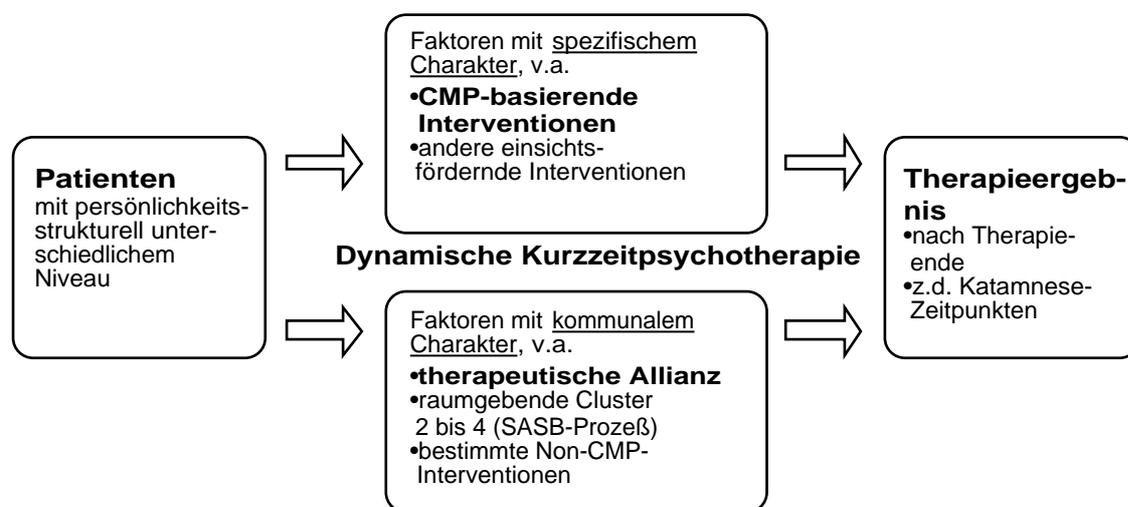


Abb. 4: Patienten-Verlaufs-Ergebnis-Modell: Zu den Faktoren mit spezifischem Charakter zählen v.a. CMP-basierende Interventionen, die in definierte Subgruppen unterteilt werden, sowie andere einsichtsfördernde Verfahrensweisen, z.B. Konfrontationen und Klarifikationen. Faktoren mit kommunalem Charakter beinhalten v.a. das Konzept der therapeutischen Allianz (Intrex), raumgebendes oder freundlich-anleitendes Verhalten des Therapeuten (Cluster 2 bis 4 i.d. SASB-Prozeßanalyse), sowie bestimmte Non-CMP-Interventionen wie z.B. empathisches Verstehen, Verbalisierung von Gefühlen, Unterstützung (Erläuterung im Diskussionsteil).

## 5. Patienten

### 5.1. Diagnosen, kasuistische Schilderung und Psychodynamik der untersuchten Patientinnen

#### 5.1.1. Patientin 1: 22 Jahre, Studentin, ledig

- Diagnose: Soziale Phobie (ICD 10 F 40.1) bei ängstlich-depressiver Persönlichkeitsstruktur mit Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt;
- Symptomatik: Ängste vor nahen, besonders vor intimen Beziehungen, panikartige Angstgefühle, Herzklopfen, Schlafstörung, Übelkeit, Selbstunsicherheit;
- Anamnese: Lange nur an "unerreichbaren" Männern interessiert, seit einigen Monaten erste Liebesbeziehung, dadurch verunsichert und ihrer Näheangst bewußt. Sie fühlt sich selbstunsicher, schüchtern und zurückhaltend.
- Biographie: 3. von 5 Kindern, Mutter als Lehrerin tätig, liebevoll, aber unzureichend präsent. Vater unberechenbar, mit Launen die ganze Familie dominierend. Die Kinder wurden als "Kollektiv", nicht wie Individuen behandelt. Mutter litt ebenfalls unter der Tyrannei des Vaters und begann zu trinken. Sie behauptet sich jedoch nach einer Entziehungskur und verläßt mit den Kindern den Vater, als die Patientin 16 Jahre alt war. Zweite Heirat der Mutter bald darauf mit ambivalenter Beziehung der Patientin zum neuen Stiefvater. Zum Vater nur noch Kontakt über Gerichtsverfahren zur Unterhaltszahlung. Auszug und Studium der Literaturübersetzung. Bisher nur lockere, unverbindliche Beziehungen.
- Psychodynamik: In der Primärfamilie wenig individuelle, empathische Zuwendung. Stattdessen übermäßige Kontrolle des Kollektivs der Kinder verbunden mit Übersehenwerden des Einzelnen. Aufgrund des basalen Mangels abgewehrte Abhängigkeitsbedürfnisse; Identität nur möglich über übermäßige Abgrenzung und Abschottung. Insbesondere bei einer intimen Annäherung an einen Mann wird der Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt aktualisiert.

- Therapieinhalt: Gearbeitet wurde über weite Strecken der Therapie an der konkreten Beziehungsgestaltung mit dem Partner mit der Regulation von Nähe und Distanz. Der Konflikt wurde biographisch verknüpft und bearbeitet.
- Therapieergebnis: erfolgreiches Therapieergebnis mit Verschwinden der Angst und mehr Selbstsicherheit. Es wurde ein besseres Verständnis für die Beziehungsschwierigkeiten erreicht.
- 6-Monats-Katamnese: Angstfrei. Trennung vom Freund mit ambivalenten Gefühlen. Fortschritte im Studium. Kein Kontakt zum Vater, locker zur Mutter.
- 1-Jahres-Katamnese: Angstfrei. Konflikt mit Vater, der ungern Unterhalt bezahlt und sie entwertet. Kein Partner, noch lockerer Kontakt zum Ex-Freund.
- 2-Jahres-Katamnese: Wenn sie sich vom Partner festgelegt fühlt, wieder geringfügige Ängste. Seit neun Monaten Beziehung zu einem Mann, der nicht ihr Typ sei, die Abgrenzung gelinge besser. Kein Kontakt zum Vater, zur Mutter locker, aber wenig emotional. Schreibt Diplomarbeit. Angst vor Wiederholung des Beziehungsmusters der Eltern von Dominanz und Abhängigkeit deutlich bewußt.

#### 5.1.2. Patientin 2: 28 Jahre, Studentin, ledig

- Diagnose: Agoraphobie mit Panikstörung (ICD 10 F 40.1), narzißtische Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F 60.8)
- Symptomatik: diffuse Ängste, Angst durch einen Tunnel zu fahren, Unruhe, wenn sie allein ist, Panikattacken, Schwächegefühl, Kreislaufbeschwerden, Selbstwertstörung mit überhöhtem Anspruch an sich selbst, beruflicher Leistungsdruck
- Anamnese: Während einiger Monate zunehmend Angstanfälle mit vegetativer Begleitsymptomatik, Minderwertigkeitsgefühle; Auslöser sind Kränkungen im Praktikum bei einer Filmproduktionsfirma.
- Biographie: Vater +29 Jahre, Ingenieur, Mutter +24 Jahre, Fremdsprachenkorrespondentin, später Grundschullehrerin, eine sechs Jahre jüngere Schwester. Erste 6 Lebensjahre im Ausland mit den Eltern, dann zurück, hier Umstellungsschwierigkeiten bei der Einschulung. Mutter studiert bald

darauf erneut, die Patientin muß sich um die kleinere Schwester kümmern. Äußerlich stabile Elternehe mit Betonung des Familienzusammenhalts. Gymnasium mit einigen Leistungsschwierigkeiten, erheblicher Druck vor allem durch die Mutter. Nach dem Abitur sechsmonatiger Aufenthalt in Florenz. Studium der Germanistik und Medienwissenschaften nahe des Wohnorts der Eltern. Die Patientin lebt in einer WG mit häufigen Besuchen bei den Eltern. Einige unbefriedigende kürzere Beziehungen mit Männern; seit 6 Jahren feste Partnerschaft mit einem ein Jahr älteren Werbetexter, mit dem sie nicht zusammenlebt. Man müsse sich gegen ihn behaupten; es gab Seitensprünge bei beiden, nun wolle man zusammenbleiben.

- Psychodynamik: Enge gegenseitige, identifikatorisch anmutende Bindung an die Mutter, die einerseits mit Interesse unterstützt, aber auch überfordert und entmutigt, hohe Ansprüche stellt und Vorgaben macht. Insgesamt "Burgfamilie" mit Überbetonung familiärer Bande durch den Vater. Bei auch beruflich bedingter Wochenendehe der Eltern Parentifizierung der Tochter als Ersatz für den abwesenden Vater und zum Ausfüllen von Defiziten in der Elternehe.
- Therapieinhalt: Gearbeitet wurde viel an der inneren und äußeren Abgrenzung zu den Eltern und der Behauptung gegenüber dem Partner.
- Therapieergebnis: erfolgreiches Therapieergebnis mit Rückgang der Symptomatik, kurze Verschlechterung unmittelbar nach Therapieende, besseres Management der Angst, Einsicht in Beziehungskonflikte. Abrupte Loslösung von den Eltern und sehr aversive Reaktion der Eltern; zum Therapieende zeitgleich Trennung vom Freund.
- 6-Monats-Katamnese: nur gelegentlich Angstzustände, mit denen sie fertig wird. Nahezu Beziehungsabbruch mit der Mutter, regelmäßiger Kontakt zum Vater, der sich mit ihr auseinandersetzt. Wiederaufnahme der Beziehung zum Freund.
- 1-Jahres-Katamnese: Angstzustände, wenn Kontakte mit den Eltern anstehen, nach wie vor problematische Beziehung zu ihnen, sie bemerkt ihre eigenen Ablösungsschwierigkeiten. Studienabschluß. Weiter mit dem Freund zusammen. Fühlt sich selbstsicherer.

-2-Jahres-Katamnese: Keine Ängste mehr. Endgültige Trennung vom Freund trotz einiger Ambivalenz, zuvor häufiger Seitensprünge zur Bestätigung nach Kränkung durch den Freund. Nach der Trennung Auszug aus Wohngemeinschaft in eigene Wohnung. Zunächst Phase mit vermehrtem Essen und viel Alkohol. Nach wie vor schlechte Beziehung zu den Eltern, derzeit kaum Kontakt. Arbeitet als freie Mitarbeiterin bei einem Privatfernsehsender. Als Single etwas verunsichert, spürt aber ihre Entwicklungsschritte.

-5-Jahres-Katamnese: Keine Ängste mehr oder angstvermeidendes Verhalten, - leichtere vegetative Symptome werden als belastungsabhängig wahrgenommen und als Signal verstanden. Vor 1,5 Jahren Beginn einer ambulanten Verhaltenstherapie, mit derzeit einer Sitzung im Monat: inhaltlich sei es weiterhin konkret um Abgrenzungsmöglichkeiten zu den Eltern und dem damaligen Freund gegangen; hätte sich retrospektiv eine längere, erste Behandlung gewünscht. Trennung vom Freund nach einjähriger Beziehung, wünscht sich jetzt neue Partnerschaft. Viel Kontakt zur Schwester. Beruflich nach Spannungen mit Kollegen bei einem Fernsehsender, die unabhängig von ihrer Person zu bewerten seien, selbst gekündigt mit derzeit freier Tätigkeit.

## 5.2. Zyklisch-Maladaptives Verhaltensmuster (CMP)

### 5.2.1. CMP von Patientin 1

#### **Erwartungen:**

Blockiert ist die Hoffnung nach wohlwollendem Gewähren von Autonomie; Akzeptiertwerden; von Nähe ohne Bedrängnis (Cluster 1.2 bzw. 1.3 nicht komplex).

Stattdessen fürchtet die Patientin, wenn sie sich auf engeren Kontakt einläßt, über ihre Bedürfnisse hinweg kontrolliert, eingeengt und fremdbestimmt zu werden (Cluster (1.3)/1.5/1.8). Ebenso besteht Sorge, ohne Zuneigung einfach übersehen zu werden (Cluster 1.1 bzw. 1.8).

#### **Verhalten der Patientin:**

Aus Näheangst betont sie ihre Eigenständigkeit (Cluster 2.1), die dann in Bedrängnis auch feindselig wird (Cluster 2.8). Sie weckt wenig Interesse, macht ihre Bedürfnisse nicht deutlich und tritt leicht den gekränkten Rückzug an (Cluster 2.6); interessierte Männer werden entwertet (Cluster 1.6).

#### **Verhalten der anderen:**

Männer übersehen sie (Cluster 1.8) oder ziehen sich zurück (Cluster 2.1 bis 2.8). Ihre Mutter umsorgt gelegentlich nur scheinbar (Cluster 1.4/1.8). Der Vater hat geschäftsmäßige und tyrannische Züge (Cluster 1.5 und 1.5/1.8).

#### **Introjekt:**

Sie bringt sich erfolgreich, aber oft mit zuviel Druck, durchs Leben (Cluster 3.5), findet keinen Zugang zu ihren Bedürfnissen und Gefühlen (Cluster 3.8), äußert viel Selbstkritik (Cluster 3.6).

## 5.2.2. CMP von Patientin 2

### **Erwartungen:**

Blockiert ist die positive Erwartung, anerkannt und aufgebaut zu werden, ohne gleichzeitig in ihrer Autonomie oder Wertigkeit eingeschränkt zu werden (Cluster 1.2 und 1.4 nicht komplex).

Stattdessen befürchtet sie, nicht ernstgenommen und herabgesetzt zu werden (Cluster 1.3/1.6) und als Persönlichkeit und in ihrer Leistungsfähigkeit übersehen zu werden (Cluster 1.3/1.8).

### **Verhalten der Patientin:**

Die Patientin ist ehrgeizig und ringt um Anerkennung, wobei Über- und Unterschätzungen anderer und ihrer selbst eine Rolle spielen.

Teilweise verhält sie sich hierbei auch anderen gegenüber manipulativ, um Unterstützung zu erhalten (Cluster 1.3/1.5/1.8). Mehr noch läuft sie im Kontakt mit anderen Gefahr, sich anzupassen und unterzuordnen und hierbei Selbstbewußtsein und Eigenständigkeit zu verlieren, sowie Kränkungen vorwegzunehmen (Cluster 2.5, 2.6) oder zu verleugnen.

### **Verhalten der anderen:**

Die Mutter mischt sich viel ein, will der Patientin dabei Gutes tun, bedrängt sie hierbei aber auch und übersieht ihre Fähigkeiten (Kombinationen der Cluster 1.2 oder 1.3 / 1.5 / 1.8). Ähnlich der Vater, wobei in dieser Beziehung nach außen Offenheit und Anerkennung vorherrschen, es verdeckt aber zur Aberkennung ihrer Fähigkeiten kommt (Cluster 1.3 / 1.5 / 1.8 und 1.6).

Andere, auch der Partner, benutzen sie als Blitzableiter (Cluster 1.5 oder 1.6); häufig auch zur Stützung des eigenen Selbstwertgefühls.

**Introjekt:**

Die Patientin schwankt zwischen positiver Grundeinstellung zu sich und der Neigung, sich selbst herabzusetzen, eigene Bedürfnisse zu übersehen. Schwierigkeiten werden zu wenig antizipiert, Kränkungen verleugnet. (Cluster 3.3/3.8 und 3.6).

### 5.3. Strukturelle Einschätzung mittels Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

#### 5.3.1. Struktur-Einschätzung Patientin 1

Selbstwahrnehmung	eher mäßig integriert
Selbststeuerung	gut integriert
Abwehr	eher mäßig integriert
Objektwahrnehmung	gut integriert
Kommunikation	gut integriert
Bindung	eher mäßig integriert
Gesamteinschätzung	noch gut integriert

#### 5.3.2. Struktur-Einschätzung Patientin 2

Selbstwahrnehmung	mäßig integriert
Selbststeuerung	mäßig integriert
Abwehr	mäßig integriert
Objektwahrnehmung	gering integriert
Kommunikation	mäßig integriert
Bindung	mäßig integriert
Gesamteinschätzung	mäßig integriert

5.4. Die klinische Basisdokumentation mittels Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS), Global Assessment of Functioning Scale (GAS) und Symptom Check List (SCL-90-R) für Patientin 1 und 2

Nachfolgend sind in Tabellenform die Ergebnisse der o.g. Instrumente angegeben für die Zeitpunkte Anfang der Behandlung, Ende der Behandlung, Katamnese nach 6 Monaten, Katamnese nach 1 Jahr, Katamnese nach 2 Jahren und Katamnese nach 5 Jahren (soweit verfügbar).

Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

<i>Zeitpunkt</i>	Th.-Anfang	Th.-Ende	6-Mo.-Kat.	1-J.-Kat.	2-J.-Kat.	5-J.-Kat.
Patientin 1	5	3	3	3	1	-
Patientin 2	8	3	2	2	5	5

Global Assessment of Functioning Scale (GAS)

Skalenwert 1 (jeweils aktuell zum Untersuchungszeitpunkt)

<i>Zeitpunkt</i>	Th.-Anfang	Th.-Ende	6-Mo.-Kat.	1-J.-Kat.	2-J.-Kat.	5-J.-Kat.
Patientin 1	80	85	85	81	85	-
Patientin 2	51	75	65	69	62	70

Skalenwert 2 (jeweils Zeitraum im vorangegangenen Jahr)

<i>Zeitpunkt</i>	Th.-Anfang	Th.-Ende	6-Mo.-Kat.	1-J.-Kat.	2-J.-Kat.	5-J.-Kat.
Patientin 1	80	85	85	85	85	-
Patientin 2	55	65	55	64	62	61

Symptom Check List (SCL-90-R)

<i>Zeitpunkt</i>	Th.-Anfang	Th.-Ende	6-Mo.-Kat.	1-J.-Kat.	2-J.-Kat.	5-J.-Kat.
Patientin 1	0,71	0,84	0,26	0,29	0,41	-
Patientin 2	-	-	0,26	0,14	0,29	0,20

## 6. Ergebnisse

### 6.1. SASB-Prozeßanalyse

#### 6.1.1. Clusterverteilungen

##### 6.1.1.1. Therapie 1

In Therapie 1 wurden in den transkribierten Therapieabschnitten der 1.,2.,4.,8.,12.,16.,20.,24. Stunde und zwei kürzerer Passagen (Critical Events) der 21. und 23. Stunde 1985 Cluster für Patientenäußerungen und 1213 Cluster für Therapeutenäußerungen zugeteilt.

Bei der Analyse der Clusterhäufigkeiten der Patientin zeigt sich folgendes Diagramm für die Gesamttherapie:

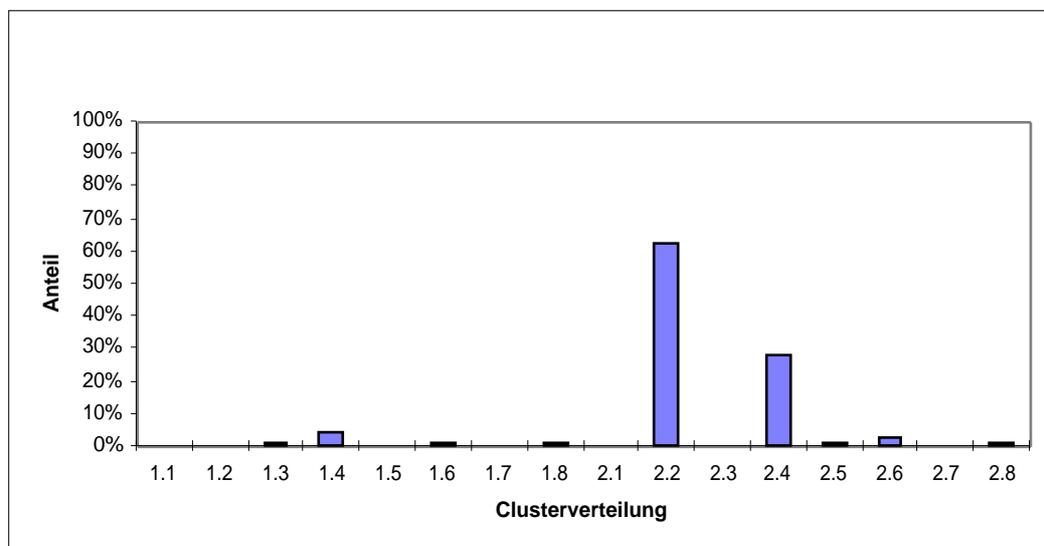


Abb. 5: Prozeßanalyse, Patientin 1, Clusterhäufigkeiten, Gesamttherapie

Es überwiegen deutlich die intransitiven Cluster 2.2 (sich öffnen, mitteilen, zeigen) mit 62,4% und 2.4 (vertrauensvoll sich verlassen, sich stützen auf) mit 27,5%.

Eine Analyse der einzelnen Therapiedrittel ergab, daß diese Verteilung im Wesentlichen während des Therapieverlaufs konstant blieb (für das Cluster 2.2 im ersten Therapiedrittel 63,7%, im zweiten Therapiedrittel 65,5%, im

letzten Therapiedrittel 57,4%; für das Cluster 2.4 im ersten Therapiedrittel 26,9%, im zweiten Therapiedrittel 29,3%, im letzten Therapiedrittel 27,5%).

Seltenere Cluster kommen im folgendem Diagramm besser zur Darstellung, in dem die Cluster 2.2 und 2.4 nicht dargestellt sind und die Achseneinteilung der Y-Achse geändert wurde:

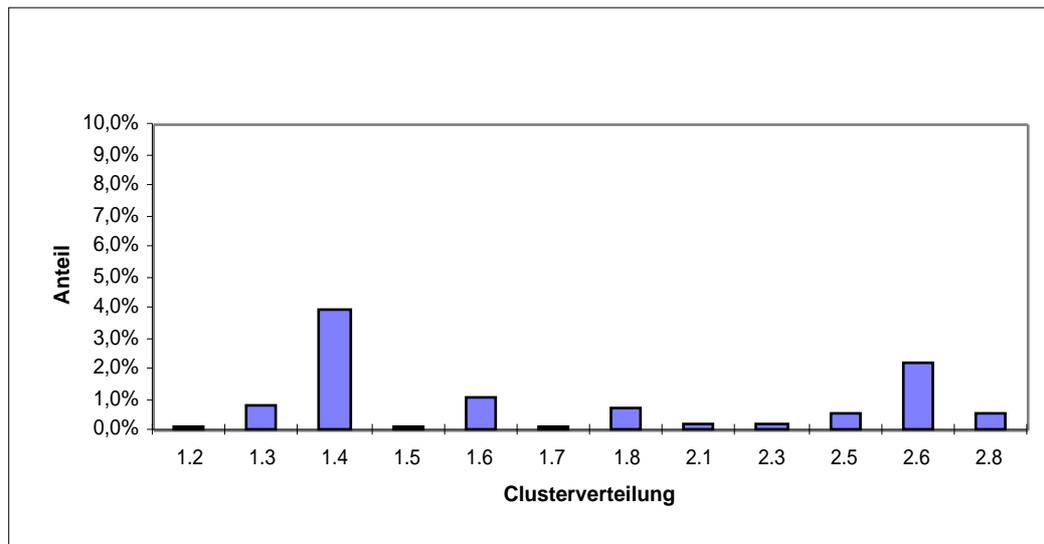


Abb. 6: Prozeßanalyse, Patientin 1, Clusterhäufigkeiten, Gesamttherapie; Cluster 2.2. und 2.4 nicht abgebildet

Weniger häufig eingesetzte Cluster sind also 1.4 mit 3,8%, 2.6 mit 2,2%, 1.6 mit 1,0%, 1.8 mit 0,6%, 2.8 mit 0,5% und in noch geringerer Häufigkeit 1.2, 1.5, 1.7, 2.1 und 2.3. Es zeigt sich ein breites Repertoire von Clustern, wenn auch teilweise in sehr geringer Häufigkeit.

Bei der Analyse der Cluster des Therapeuten 1 zeigt sich folgendes Diagramm für die Gesamttherapie:

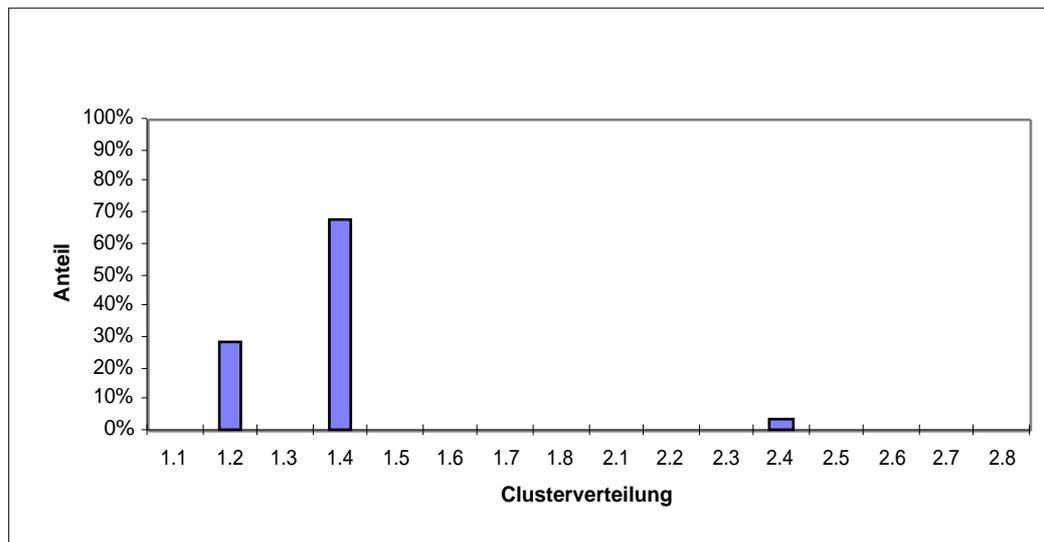


Abb. 7: Prozeßanalyse, Therapeut 1, Clusterhäufigkeiten, Gesamttherapie

Es überwiegt das Cluster 1.4 (unterstützen, anleiten, bestärken) mit 67,4%, gefolgt von Cluster 1.2 (verstehen, bestätigen, ermuntern) mit 28,1%. Weitere vorkommende Cluster sind 2.4 mit 3,2%, 1.5 mit 0,2%, 1.6 mit 0,2% und 2.6 mit 0,2%.

Im Therapieverlauf zeigt sich, daß im letzten Therapiedrittel das Cluster 1.2 zugunsten des Clusters 1.4 nochmals in der Häufigkeit abnimmt (Häufigkeiten für das Cluster 1.2 im ersten Therapiedrittel 30,7%, im zweiten Therapiedrittel 32,0%, im letzten Therapiedrittel 19,4%; für das Cluster 1.4 im ersten Therapiedrittel 65,1%, im zweiten Therapiedrittel 66,4%, im letzten Therapiedrittel 72,8%).

### 6.1.1.2. Therapie 2:

In Therapie 2 wurden in den transkribierten Therapieabschnitten der 1.,2.,4.,8.,12.,16.,20.,24. Stunde 1919 Cluster für Patientenäußerungen und 1117 Cluster für Therapeutenäußerungen zugeteilt.

Bei der Analyse der Cluster der Patientin 2 zeigt sich folgendes Diagramm für die Gesamttherapie:

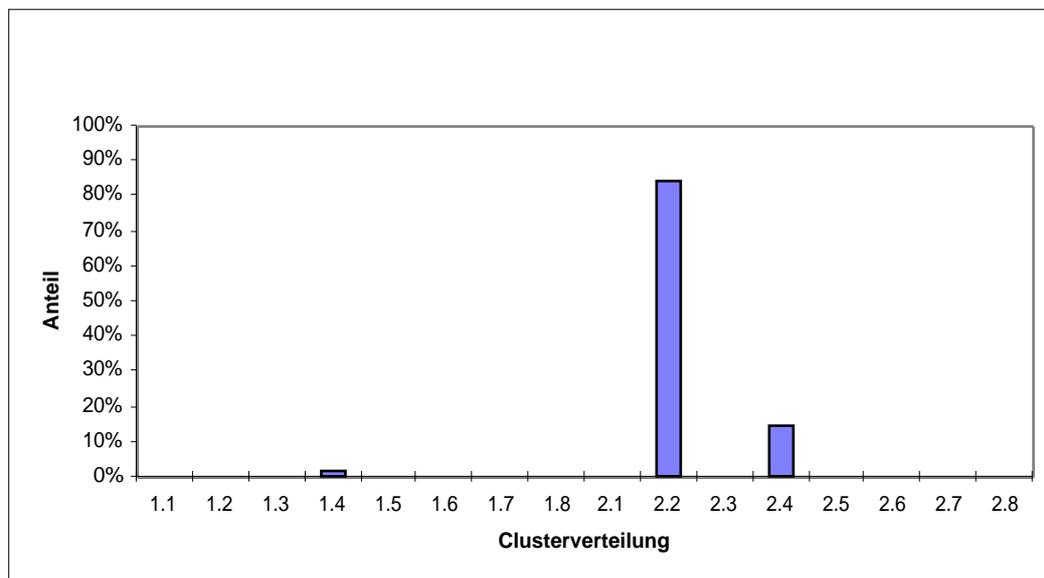


Abb. 8: Prozeßanalyse, Patientin 2, Clusterhäufigkeiten, Gesamttherapie

Es überwiegen deutlich die intransitiven Cluster 2.2 (sich öffnen, mitteilen, zeigen) mit 83,9% und 2.4 (vertrauensvoll sich verlassen, sich stützen auf ) mit 14,5%.

Eine Analyse der einzelnen Therapiedrittel ergab, daß diese Verteilung im Wesentlichen während des Therapieverlaufs konstant blieb (für das Cluster 2.2 im ersten Therapiedrittel 83,8%, im zweiten Therapiedrittel 86,6%, im letzten Therapiedrittel 81,9%; für das Cluster 2.4 im ersten Therapiedrittel 14,2%, im zweiten Therapiedrittel 12,6%, im letzten Therapiedrittel 17,1%).

Seltenere Cluster kommen im folgendem Diagramm besser zur Darstellung, in dem die Cluster 2.2 und 2.4 nicht dargestellt sind und die Achseneinteilung der Y-Achse geändert wurde (Abb. 9):

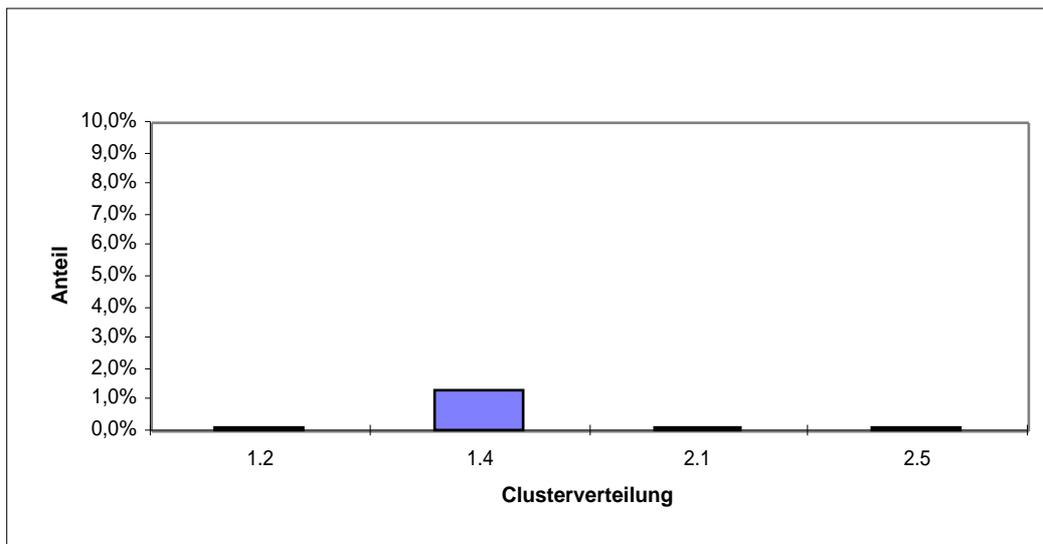


Abb. 9: Prozeßanalyse, Patientin 2, Clusterhäufigkeiten, Gesamttherapie; Cluster 2.2 und 2.4 nicht abgebildet

Weniger häufig eingesetzte Cluster sind 1.4 mit 1,3%. Deutlich unter einem Prozent liegen die Cluster 1.2, 2.1 und 2.5, es sind somit keinerlei feindselige Cluster vorkommend.

Bei der Analyse der Cluster der Therapeutin 2 zeigt sich folgendes Diagramm für die Gesamttherapie:

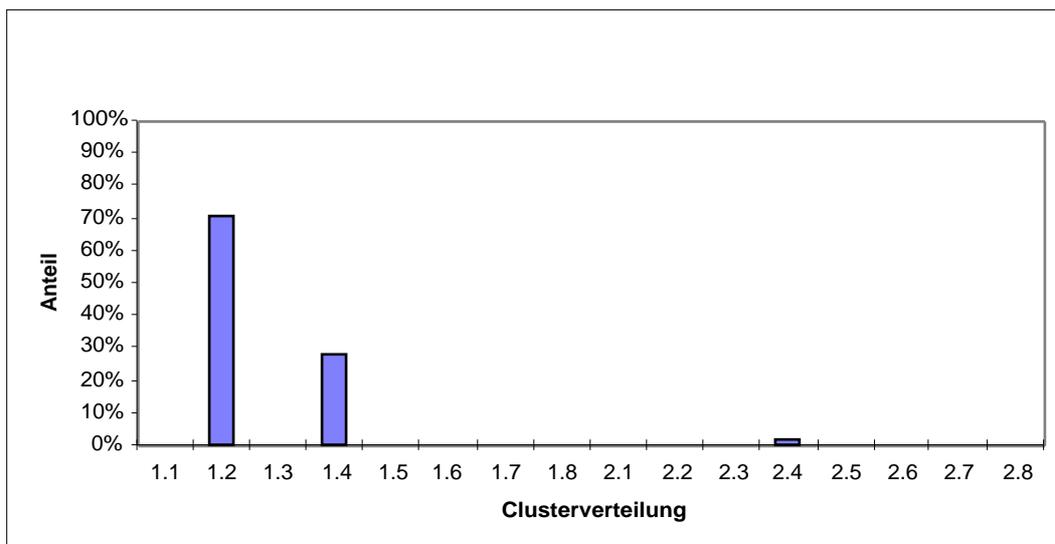


Abb. 10: Prozeßanalyse, Therapeutin 2, Clusterhäufigkeiten, Gesamttherapie

Es überwiegt hier das Cluster 1.2 (verstehen, bestätigen, ermuntern) mit 70,6%, gefolgt von 1.4 (unterstützen, anleiten, bestärken) mit 27,7%. Weitere vorkommende Cluster sind 2.4 mit 2,7% und 1.5, 1.3, 2.3, 2.4 jeweils in Einzelfällen (deutlich unter einem Prozent), somit sind ebenfalls keine feindseligen Cluster vorkommend.

Im Therapieverlauf zeigt sich, daß im letzten Therapiedrittel das Cluster 1.2 zugunsten des Clusters 1.4 geringer häufig auftaucht (Häufigkeiten für das Cluster 1.2 im ersten Therapiedrittel 70,8%, im zweiten Therapiedrittel 74,8%, im letzten Therapiedrittel 66,0%; für das Cluster 1.4 im ersten Therapiedrittel 27,2%, im zweiten Therapiedrittel 24,5%, im letzten Therapiedrittel 32,5%).

## 6.1.2. Komplexe Interaktionen

### 6.1.2.1. Komplexe Interaktionen in Therapie 1

Folgendes Diagramm zeigt den Anteil komplexer Äußerungen von Patientin 1 im Verlauf der Gesamttherapie, einschließlich der Critical Events in der 21. und 23. Stunde.

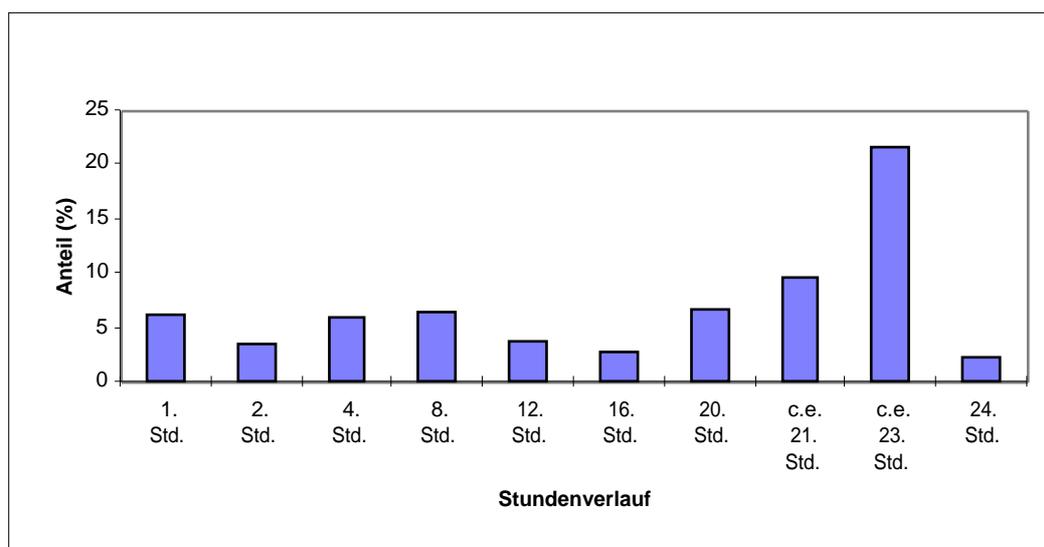


Abb. 11: Prozeßanalyse, Patientin 1, Anteil komplexer Äußerungen

Die Critical Events ausgenommen, liegt der durchschnittliche Anteil von komplexen Äußerungen bei 4,62% pro Stunde. Am geringsten ist der Anteil mit 2,26% in der letzten Stunde. In den ausgewählten Passagen der Critical Events ist der Anteil komplexer Transaktionen mit bis zu 21,4% höher als in den übrigen Stunden.

Das folgende Diagramm schlüsselt die Kategorien komplexer Äußerungen, insbesondere Affiliation und Interdependenz (siehe 4.2.2) für die Patientin 1 auf:

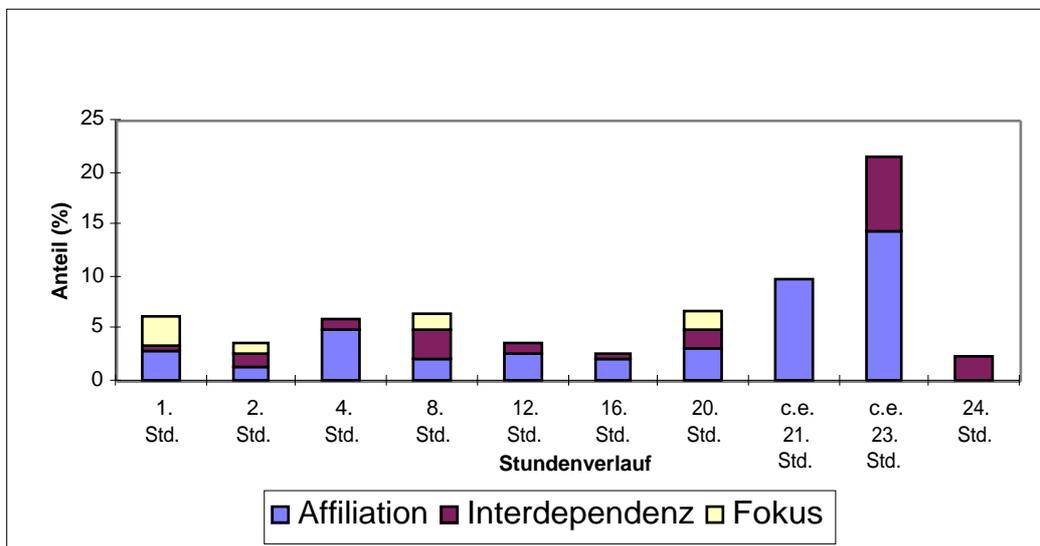


Abb. 12: Prozeßanalyse, Patientin 1, Anteil komplexer Äußerungen; aufgeschlüsselt nach Affiliation, Interdependenz und Fokus

Es zeigt sich, daß sowohl über den Therapieverlauf, als auch bei den Critical Events, die Kategorie "Affiliation" im Vordergrund steht.

Folgendes Diagramm zeigt den Anteil komplexer Äußerungen von Therapeut 1 im Verlauf der Gesamttherapie, einschließlich der Critical Events in der 21. und 23. Stunde:

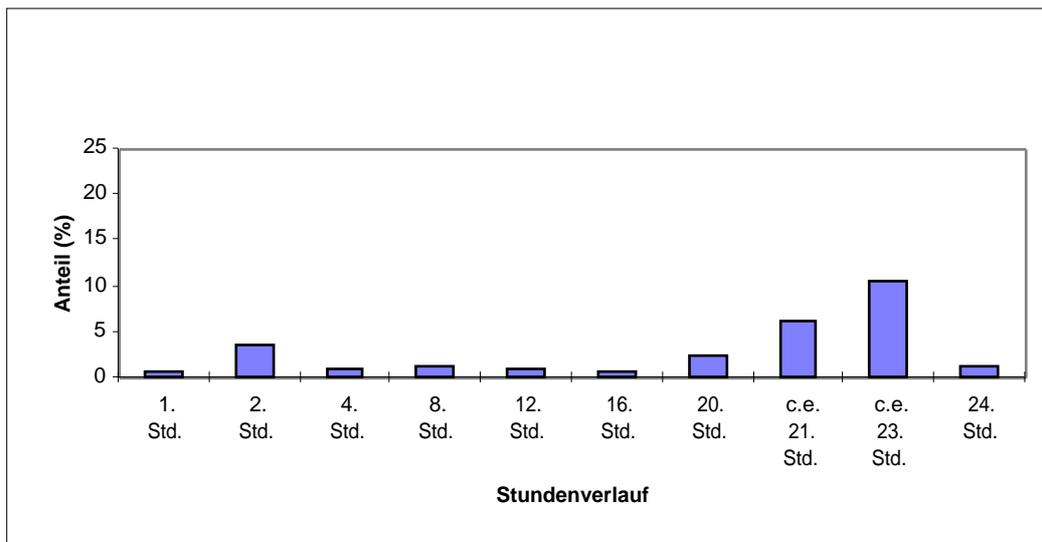


Abb. 13: Prozeßanalyse, Therapeut 1, Anteil komplexer Äußerungen

Bei Aufschlüsselung nach den Kategorien Affiliation, Interdependenz und Fokus ergibt sich:

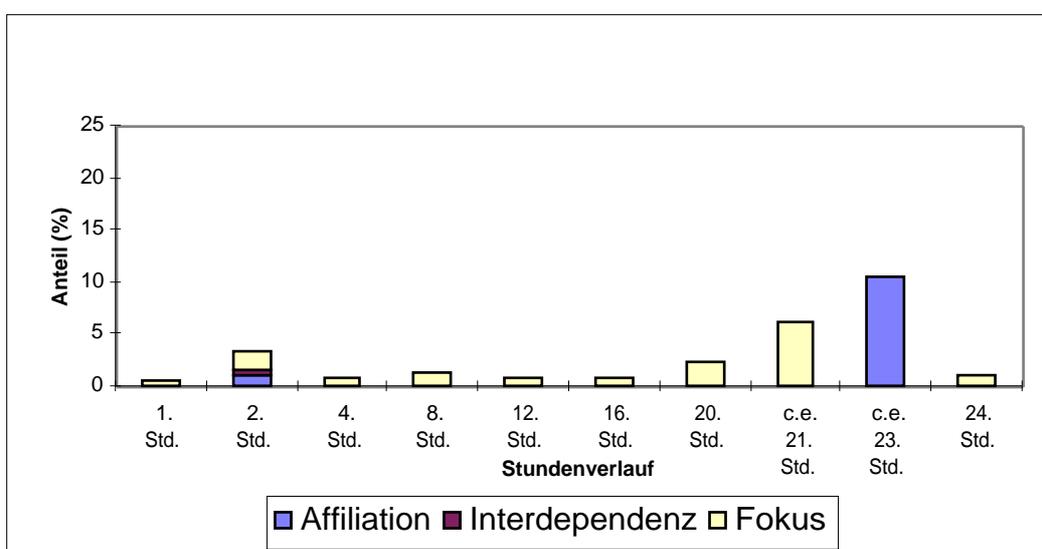


Abb. 14: Prozeßanalyse, Therapeut 1, Anteil komplexer Äußerungen; aufgeschlüsselt nach Affiliation, Interdependenz und Fokus

Insgesamt ist der Anteil komplexer Interaktion durch den Therapeuten 1 mit einem durchschnittlichen Anteil von 2,4% pro Stunde sehr gering. Es zeigt sich, daß Transaktionen, die hinsichtlich des Fokus mehrdeutig sind, im

Vordergrund stehen. Konkret geht es etwa um die Kombination der Cluster 2.4/1.4, wenn eine Antwort unmittelbar mit einer Gegenfrage verknüpft ist. Eine Ausnahme stellt insbesondere die Passage eines Critical Events in der 23. Stunde dar, - hier liegt Komplexität auf der Affiliationsachse vor. Konkret reagiert der Therapeut hier wiederholt gekränkt mit dem Cluster 2.6 in Kombination mit 1.4 und 2.4.

Berücksichtigt man nur Komplexität hinsichtlich der Affiliations- und Interdependenzachse, so liegt der Gesamtanteil pro Stunde für Therapeut 1 weit unter einem Prozent.

#### 6.1.2.2. Komplexe Interaktionen in Therapie 2

Folgendes Diagramm zeigt den Anteil komplexer Äußerungen von Patientin 2 im Verlauf der Gesamttherapie, bereits aufgeschlüsselt nach den Kategorien Affiliation, Interdependenz und Fokus.

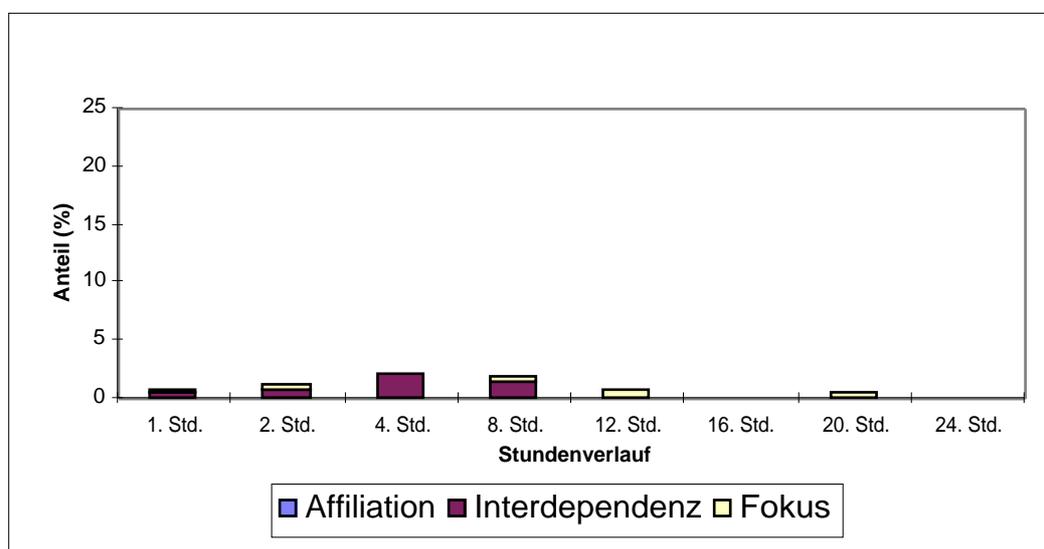


Abb. 15: Prozeßanalyse, Patientin 2, Anteil komplexer Äußerungen; aufgeschlüsselt nach Affiliation, Interdependenz und Fokus

Es zeigt sich ein sehr geringer Anteil von komplexer Interaktion, wobei die Komplexität auf der Interdependenzachse im Vordergrund steht. Der durchschnittliche Anteil komplexer Transaktionen beträgt 0,86% pro Stunde.

Folgendes Diagramm zeigt den Anteil komplexer Äußerungen von Therapeutin 2 im Verlauf der Gesamttherapie und ist bereits nach den Kategorien Affiliation, Interdependenz und Fokus aufgeschlüsselt.

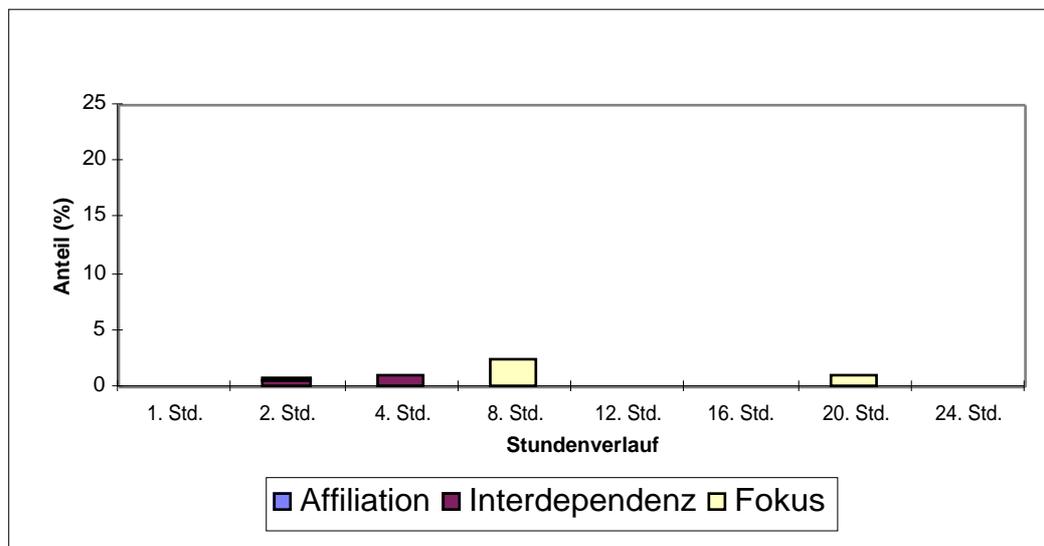


Abb. 16: Prozeßanalyse, Therapeutin 2, Anteil komplexer Äußerungen; aufgeschlüsselt nach Affiliation, Interdependenz und Fokus

Es zeigt sich ein äußerst geringer Anteil von komplexen Interaktionen für Therapeutin 2, insbesondere mit Fehlen von Komplexität auf der Affiliationsachse.

## 6.2 SASB-Inhaltsanalyse

Wie unter 4.2. beschrieben, handelt es sich bei der hier durchgeführten SASB-Inhaltsanalyse um eine vorwiegend qualitative Herangehensweise, da die Untersucher bereits eine Auswahl des Materials hinsichtlich der Relevanz treffen. Es geht in erster Linie darum festzustellen, welche Cluster in den Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen den Schilderungen der Patientinnen zufolge vorherrschen und ob sich diese mit dem formulierten CMP decken. Nachfolgend werden zunächst Beispiele für beide Therapien wiedergegeben, jeweils am Abschnittsende sind die wesentlichen Transaktionscluster aufgeführt. In Diagrammen wird ersichtlich, welche Cluster jeweils vorkommend sind (Gesamttherapie). Es wurde eine Auswahl der Bezugspersonen getroffen, bei Therapie 1 der Lebenspartner, bei Therapie 2 der Lebenspartner und die Mutter der Patientin. Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die Gesamtzahl der zugeordneten Cluster Patient und Bezugsperson in einer Interaktionsrichtung und haben, wie oben beschrieben, nur orientierende Aussagekraft.

### 6.2.1.1. SASB-Inhaltsanalyse Therapie 1, Beispiele

Im folgenden Beispiel geht es um Schilderungen der Beziehung zum Partner von Patientin 1 (8. Behandlungsstunde):

*Patientin 1:* Also ich mache immer demonstrativ alle Sachen, wie ich die will. Aber anscheinend stört ihn das nicht. Das ist gut. Ich geh immer extra irgendwo hin oder ich mach immer extra irgendwas nicht so, wie es verabredet war, oder der will immer "um wieviel Uhr willst Du denn essen?" oder so was. Ich mach nichts nach der Uhrzeit, dann ist das so festgelegt. "Ja, dann komm ich um viertel nach zwölf". "Komm doch einfach irgendwann, ist egal". Ich find das so doof, wenn das alles so genau festgelegt ist. Dann; vielleicht bin ich das auch nur, daß ich dann denke, ich muß mich daran halten, auf jeden Fall.

(Patientin gegenüber Partner Cluster wiederholt 2.1/1.8; Partner gegenüber Patientin Cluster 1.4; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.8; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.1)

*Therapeut 1:* Mhm.

*Patientin 1:* Also natürlich nur wenn ich Lust dazu hab, etwas anders zu machen. Also wenn ich zu ner anderen Zeit Lust dazu hab.

*Therapeut 1:* Wie sieht das dann aus? Fällt Ihnen da jetzt ein Beispiel zu ein, wie Sie so extra?

*Patientin 1:* Ja, zum Beispiel gestern abend. Der ist bis jetzt jeden Abend; kommt der immer an. Garantiert kommt der jede Stunde einmal angelaufen. Da wußte ich auch gestern Abend wiedergekommen wäre, wenn ich da gewesen wäre. Und dann hat ne Freundin angerufen und gefragt, ob ich mit ins Kino kommen wollte. Dann bin ich natürlich mitgegangen, obwohl ich genau wußte, daß er kommen wollte und dann Fotos zeigen wollte. Wir haben da nicht drüber geredet, und ich wußte das. Dann hab ich aber gedacht, ich geh lieber ins Kino... Weil das dann so, immer gleich ist, mh?

(Partner gegenüber Patientin wiederholt Cluster 1.3/2.5; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.1; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.8; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.1)

*Therapeut 1:* Was ist immer gleich?

*Patientin 1:* Das ist wahrscheinlich nur, weil der immer kommt. Muß ich ja irgendwas machen, daß mein Leben auch mal ein bißchen anders ist, ne? Ich mein nur, daß das ein bißchen Gleichgewicht hat. Das war ja nicht verabredet. Also ich hab jetzt schon wieder gedacht, jetzt muß ich zu Hause bleiben. Das war ja nicht abgemacht, aber man konnte sich das so denken, mh? Ich möcht nur verstehen, ob Sie das jetzt verstehen?

(Introjekt 3.4; Introjekt 3.5)

*Therapeut 1:* Deshalb gucken Sie mich so fragend an?

*Patientin 1:* Ja (lacht). Das ist nur, das ist wie so ein Abkommen, ne? Also ich wußte, daß er seine Fotos holen wollte. Ich wußte schon im Voraus, daß er kommen würde und die Fotos mit mir angucken wollte, mh? Und dann, dann hab ich gedacht, dann bleib ich besser zu Hause. Das hab ich dann

gedacht. Weiß nicht, dann bin ich extra weggegangen, weil das extra festgelegt war von mir und das mag ich nicht.

(Patientin gegenüber Partner Cluster 2.1/1.8)

Patientin 1 schildert die Situation im Elternhaus als Kind (2. Behandlungsstunde):

*Therapeut 1:* Fällt Ihnen denn da spontan ein Beispiel zu ein, ob Sie so etwas schon mal erlebt haben? (Pause)

*Patientin 1:* Ja zum Beispiel mit meiner Freundin /. ja aber überhaupt; ja dann, ich weiß nicht, wenn da irgendwelche Stimmungen sind oder so was. Oder irgendwie, weiß nicht, ist halt ein bestimmtes Klima dann immer

*Therapeut 1:* Mhm.

*Patientin 1:* und dann kann ich das nicht ändern; dann ist man ausgeliefert. Ich weiß nicht, wenn man irgendwo drin ist, also kein Raum oder so nur irgendwie so ne Einheit oder so; irgendwas was zusammengehört

*Therapeut 1:* Mhm.

*Patientin 1:* und dann ist halt irgendwas, weiß nicht. Das kann ich dann nicht ändern. Verstehen Sie?

*Therapeut 1:* Ich glaub das versteh ich noch nicht so ganz. Vielleicht wird das einfacher für mich zu verstehen, wenn Sie das so ein bißchen konkreter machen. Wenn Ihnen so ne Situation vielleicht noch mal erinnerlich wär.

*Patientin 1:* Mhm. (ratlos). Ne bestimmte Situation weiß ich nicht. (--) Ja, oder zum Beispiel, das ist schon lange her. Früher, als meine Mutter nicht da war und mein Vater war nur da und da durfte man halt nie irgendwas erzählen. Zu Hause war ziemlich schrecklich, und man durfte nie was erzählen.

(Eltern gegenüber Patientin Cluster 1.5)

*Therapeut 1:* Man durfte außerhalb der Familie nichts erzählen.

*Patientin 1:* Mhm (bejahend).

*Therapeut 1:* Mhm.

*Patientin 1:* Und irgendwann hab ich ner Freundin von mir mal was erzählt, und meine Schwester hat das mitgekriegt, und dann hat mein Vater das

natürlich auch gewußt. Und dann, ja daß man überhaupt. Ich weiß nicht, daß ich nach außerhalb überhaupt nichts anderes machen konnte.

(Patientin gegenüber Eltern Cluster 2.1; Patientin gegenüber Eltern Cluster 2.5)

*Therapeut 1:* Also

*Patientin 1:* Und das war immer davon abhängig, also ich konnte immer nur hoffen, daß das erlaubt war oder so. Ich konnte nicht mal ner Freundin erzählen, was ich wollte. Immer diese Gesetze die dann gelten, daß man denen unterworfen ist und dann; das will ich nicht.

(Patientin gegenüber Eltern wiederholt Cluster 2.5)

*Therapeut 1:* Das klingt jetzt so, als ob da die Familie eine richtige Einheit war, was einerseits was ganz Schönes hatte, aber es war für den Preis, daß man nach außen hin den Mund halten mußte.

(Eltern gegenüber Patientin Cluster 1.5; Patientin gegenüber Eltern Cluster 2.5)

### 6.2.1.2. SASB-Inhaltsanalyse Therapie 1, Clustervorkommen

Das folgende Diagramm informiert über die Transaktionen von Patientin 1 gegenüber dem Partner:

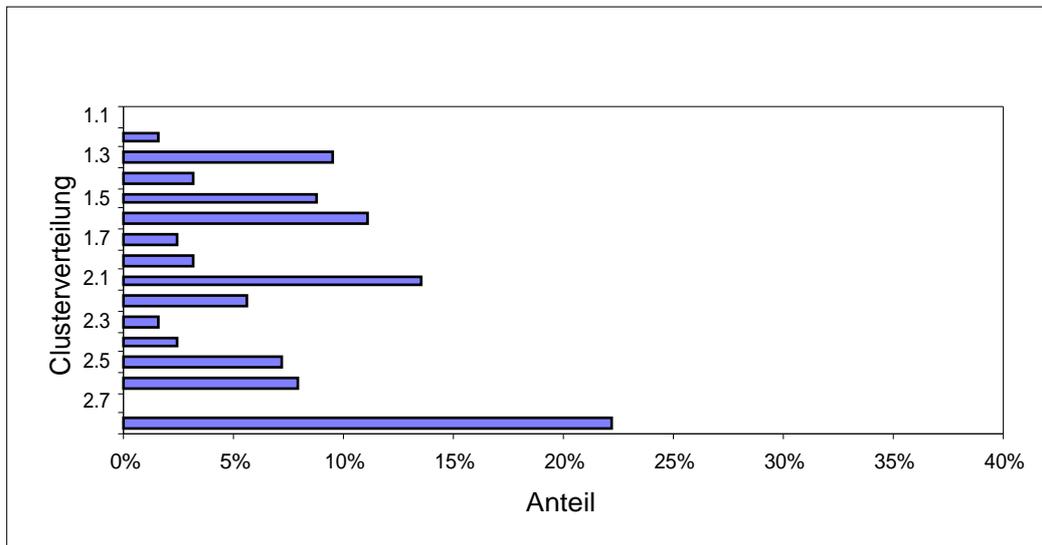


Abb. 17: Inhaltsanalyse, Patientin 1: Patientin agiert gegenüber dem Partner, Clusterverteilung, Gesamttherapie

Die Gesamtanzahl der zugeordneten Cluster dieser Kombination beträgt  $n=126$ . Im Vordergrund steht das Cluster 2.8 (sich abschotten, verweigern, distanzieren) mit 22.2%, gefolgt von Cluster 2.1 (eigenständige Selbstbehauptung, gelöst, selbstsicher) mit 13,4%. Weitere Cluster sind in absteigender Häufigkeit der Zuordnung 1.6 (herabsetzen, beschuldigen), 1.3 (sich annähern, lieben), 1.5 (kontrollieren, anordnen, beobachten), 2.6 (gekränkt u. beleidigt sein, sich rechtfertigen, hastig Folge leisten) und 2.5 (sich fügen, unterwerfen). Es zeigt sich ein breites Repertoire an Clustern, wie auch schon in der Prozeßanalyse für Patientin 1.

Das folgende Diagramm informiert über die Transaktionen des Partners mit Patientin 1:

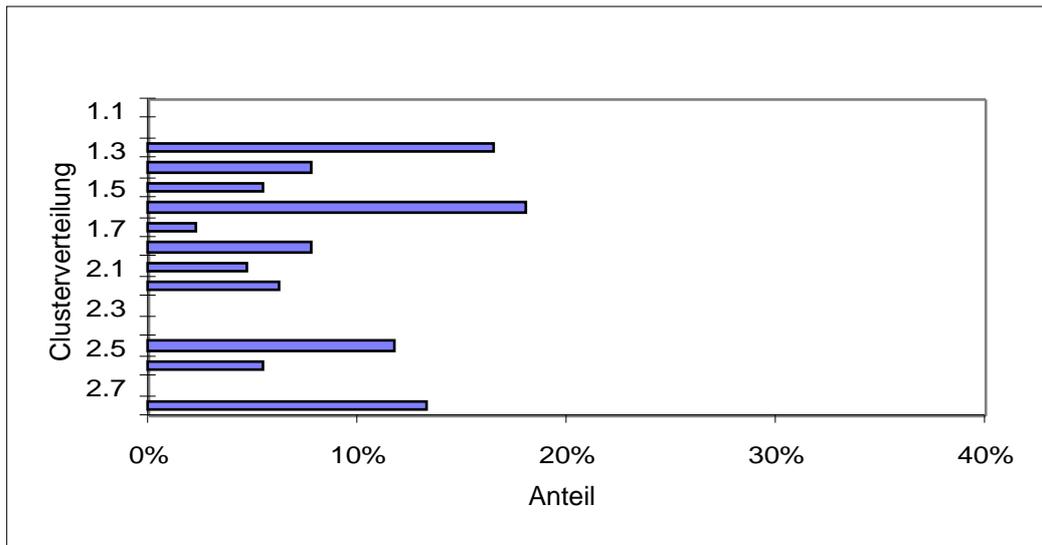


Abb. 18: Inhaltsanalyse, Therapie 1: Partner agiert gegenüber Patientin, Clusterverteilung, Gesamttherapie

Die Gesamtanzahl der zugeordneten Cluster dieser Kombination beträgt  $n=127$ . Im Vordergrund stehen die Cluster 1.3 (sich annähern, lieben) mit 18,1% und Cluster 1.6 (herabsetzen, beschuldigen) mit 16,5% der Zuweisungen. Weitere häufig vorkommende Cluster sind 2.8, 2.5, 1.8 und 1.4 bei insgesamt ebenfalls recht großer Bandbreite der Transaktionscluster.

#### 6.2.2.1. SASB-Inhaltsanalyse Therapie 2, Beispiele

Patientin 2 schildert eine Beziehungsepisode mit der Mutter (1. Behandlungsstunde):

*Therapeutin 2:* Wie ist das denn eigentlich so mit dem Kontakt zu den Eltern. Da haben wir ja eigentlich noch gar nicht drüber gesprochen, wie das so läuft zwischen Ihnen und den Beiden.

*Patientin 2:* Also es läuft eigentlich sehr gut. Also ich versteh mich sehr gut mit meinen Eltern. Es gibt schon Konflikte die da sind, aber das ist äh; ich mh; das ist schon sehr freundschaftlich zwischen meinen Eltern. Also ich hab das Gefühl, ich kann denen ruhig alles sagen, was mich so berührt (Patientin gegenüber Eltern Cluster 2.3 bzw. 2.2)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* und was mich beschäftigt. Das einzige womit ich so ein bißchen Probleme habe, ist mit meiner Mutter, die manchmal mir; äh sich; ja so; zu sehr; daß ich das Gefühl hab, sie mischt sich zu sehr in das ein, was ich gerne machen will.

(Mutter gegenüber Patientin Cluster 1.5)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Beruflich, oder so. Also das ist; das nervt mich ziemlich, wenn sie dann anfängt über äh ja Zeitungsartikeln oder irgendwas was sie gelesen hat, was mit Theater zu tun hat, mit Film, mit Literatur. Da hat sie mich als Gesprächspartner.

(Mutter gegenüber Patientin Cluster 1.4/1.8; Patientin gegenüber Mutter Cluster 2.6; Patientin gegenüber Mutter Cluster 2.2)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Und ich hab auch sie; letztens hat sie mir irgendwas von Umberto Ecco, der hat ein neues Buch geschrieben ... Und dann hat sie mich gefragt; dann hat sie mir davon erzählt. Und das hab ich schon richtig gemerkt, die Wut geht so hoch.

(Patientin gegenüber Mutter Cluster 2.2; Mutter gegenüber Patientin Cluster 1.4/1.8; Patientin gegenüber Mutter Cluster 2.2; Patientin gegenüber Mutter Cluster 2.7)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Und dann hab ich sie gefragt, warum, ich wüßte gar nicht, daß sie das interessiert.

(Patientin gegenüber Mutter Cluster 1.4/1.6)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Sowas. Und dann meinte sie doch, weil sie hat auch studiert und hatte auch Deutsch, also die ist Lehrerin und hat halt Deutsch auch studiert, Germanistik. Und sie meinte sie hätte niemanden sonst, mit dem sie sich über sowas unterhalten kann. Und mh, dann ist meine Wut wieder abgeebbt. Aber ich finds einfach nervig, daß sie niemanden anders hat,

(Mutter gegenüber Patientin Cluster 2.2/1.5; Patientin gegenüber Mutter Cluster 2.5; Patientin gegenüber Mutter Cluster 2.6)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* mit dem sie sich darüber unterhalten kann. Weil ich weiß nicht, mich setzt das immer unter Druck. Ich weiß aber auch nicht warum. Also ich beneide meine Schwester, die Modedesign studiert, wo meine Mutter überhaupt keine Ahnung von hat;

(Mutter gegenüber Patientin Cluster 1.5)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* was sie auch nicht besonders interessiert,

*Therapeutin 2:* (lacht kurz)

*Patientin 2:* mh, weil da gibts diesen Konflikt gar nicht, und ich weiß von meiner Schwester, daß bei der dieselben Geschichten auftreten, wenn meine Schwester sich für etwas interessiert und meine Mutter kriegt es raus und die fängt auch an sich dafür zu interessieren und fängt an zu sammeln,

(Mutter gegenüber Schwester der Patientin Cluster 1.2/1.5)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* weil sie dann jemanden irgendwie unterstützen will oder sowas. Dann verliert man das Interesse, dann will man das gar nicht mehr.

(Mutter gegenüber Patientin Cluster 1.4/1.8; Patientin gegenüber Mutter Cluster 2.8; Introjekt Patientin Cluster 3.8)

Patientin 2 schildert eine relevante Beziehungsepisode mit dem Vater (9. Behandlungsstunde):

*Patientin 2:* Ja, bei mir ist viel passiert.

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* In den zwei Wochen. Einmal hab ich mit meinen Eltern darüber gesprochen.

(Patientin gegenüber Eltern Cluster 2.2)

*Therapeutin 2:* Über was?

*Patientin 2:* Über die Therapie. Mit meiner Mutter und meinem Vater zusammen.

(Patientin gegenüber Eltern Cluster 2.2)

*Therapeutin 2:* Ach, die wußten davon nichts?

*Patientin 2:* Die wußten, daß ich die Therapie mache, aber die wußten ja nicht, was da gemacht wird,

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* wie diese Therapie aussieht. Und es entstand eigentlich aus nem Konflikt, den ich mit meinem Vater gehabt habe, weil die kamen aus dem Urlaub zurück, und wir haben die dann besucht, und dann wollten wir gerade gehen und dann sagte mein Vater, weil meine Eltern an dem Wochenende darauf dann halt ihre Eltern in K. besuchen wollten, sagte mein Vater und ich möchte gerne, daß Du zu mir, Freitag, Samstag, Sonntag aufs Haus aufpaßt,

(Vater gegenüber Patientin Cluster 1.3/1.5/1.8)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* und wenn du willst, kannst du dann auch hier pennen. Und dann hab ich gesagt, nein, das tue ich nicht.

(Patientin gegenüber Vater Cluster 2.1)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Erstens will ich nicht bei Euch schlafen, das ist nicht mein zu Hause und das möchte ich nicht. Und dann meinte mein Vater und das ist so ein typischer Satz von ihm, "ich mach doch auch Sachen für Dich, Du kannst uns jetzt auch nen Gefallen tun".

(Patientin gegenüber Vater Cluster 2.1/1.6; Vater gegenüber Patientin Cluster 1.3/1.5/1.8)

*Therapeutin 2:* Aha.

*Patientin 2:* Und dann meinte ich zu ihm, das hat damit gar nichts zu tun, ich bin fast dreißig und es gibt nirgendwo in der Welt jemand, in Deutschland, der fast dreißig ist und noch bei seinen Eltern pennen muß; stell Dir mal vor ich würde in Hamburg leben.

(Patientin gegenüber Vater Cluster 2.1/1.6)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Dann würdest du ja auch nicht sagen, komm und penn hier bei uns zu Hause, weil wir mal gerade am Wochenende weg sind. Und daraufhin merkte ich sofort, mein Vater furchtbar frustriert und enttäuscht und traurig; ja dann bin ich halt nach Hause gefahren und hab gemerkt, ich muß denen irgendwas sagen. Ich hab dann noch gesagt, genau, und außerdem kann ich bei Euch nicht pennen, psychisch.

(Vater gegenüber Patientin Cluster 2.6; Patientin gegenüber Vater Cluster 2.4; Patientin gegenüber Eltern Cluster 2.1/1.6)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Geht das nicht. Aber unabhängig davon, egal ob ich psychische Probleme habe, normal ist das sowieso nicht, daß ich bei Euch penne. Ich hab mein eigenes Zuhause. Und daraufhin wußte ich halt, ich muß mit denen reden.

(Patientin gegenüber Eltern Cluster 2.1; Patientin gegenüber Eltern Cluster 2.4)

*Therapeutin 2:* Also wütend wurde der Vater nicht oder ärgerlich.

*Patientin 2:* Nein, gar nicht, der wurde ganz, dieses "ich bin jetzt enttäuscht".

(Vater gegenüber Patientin Cluster 2.6)

*Therapeutin 2:* Was Vorwurfsvolles.

*Patientin 2:* Und dann dieser Satz, den ich auch von früher kenne, dieses "das ist doch selbstverständlich, daß Du das für uns tust".

(Vater gegenüber Patientin Cluster 1.3/1.5/1.8)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Und dann bin ich am nächsten halt zu meinen Eltern, weil mein Vater, der hatte noch ein bißchen Urlaub und war dann zu Hause und hab dann gesagt, ich möchte mit denen über einiges reden, und mein Vater, bevor überhaupt der Konflikt auftrat, war derjenige der mich gefragt hat, "hör mal, wie läuft das eigentlich mit Deiner Therapie?"

(Patientin gegenüber Eltern Cluster 2.4; Vater gegenüber Patientin Cluster 1.4)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Und da meinte ich zu ihm, wenn Dich das interessiert, können wir uns gerne mal darüber unterhalten. Da meinte er so, ja würde er gerne.

(Patientin gegenüber Vater Cluster 2.2; Vater gegenüber Patientin Cluster 1.2)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Und dann kam dieser Konflikt, und dann bin ich halt am nächsten Tag hin und hab gesagt, ich glaube es wird Zeit, daß wir mal über bestimmte Sachen sprechen, weil es ist ja auch unfair, wenn ich Euch einfach was an den Kopf knalle und ihr könnt damit nichts anfangen. Weil mein Vater war schon ziemlich entsetzt darüber, über mein Verhalten, weil ich das nicht machen werde und daß ich das nicht tue. Und hat dann schon irgendwie den Architekten des Hauses angerufen und gefragt, wieviel Wert dieses Haus besitzt, falls er es dann verkauft, weil seine Töchter wollen davon sowieso nichts mehr haben.

(Patientin gegenüber Eltern Cluster 2.4; Vater gegenüber Patientin Cluster 2.7)

Patientin 2 schildert eine Beziehungsepisode mit dem Partner (12. Behandlungsstunde):

*Patientin 2:* bis unser Urlaub, der war ziemlich schrecklich. Der war so, daß ich richtig gelitten habe auch unter dem M.

*Therapeutin 2:* Was war denn das? Ich glaub, da haben wir noch gar nicht von gesprochen.

*Patientin 2:* Das war unser erster großer gemeinsamer Urlaub, (-) damals war das so, der M. war sehr, sehr empfindlich, und Konflikte hat der ja immer so beigesteuert, indem er mich gestraft hat mit Kommunikationsverweigerung, was für mich ziemlich schlimm ist.

(Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6/2.8; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.6)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Und indem er angefangen hat, mich niederzumachen. Und zwar ganz übel. Und dort hab ich das das erste Mal so richtig heftig mitgekriegt.

Es war ein so dämlich blöder Grund. Wir waren im Hotel, haben miteinander geschlafen und kurz bevor also wir waren grad zuende,  
(Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.6; Partner und Patientin jeweils Cluster 1.3/2.3)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* hab ich über ne Situation nachgedacht, die schoß mir so in den Kopf, die wir erlebt hatten vorher und mußte lachen.

(Patientin gegenüber Partner Cluster 2.2)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Und dann meinte der M., "warum lachst Du?" und meinte das schon so säuerlich, "warum lachst Du?". Und da meinte ich so, "hör mal, mir ist grade ne lustige Situation eingefallen, die wir vor drei, vier Tagen erlebt haben, und da mußte ich einfach drüber lachen". Und dann hat der mich beschimpft, ich wäre ne Hure, ne Nutte, ich würd ihn ja gar nicht lieben, ... Also für mich an den Haaren herbeigezogen, ich hab überhaupt nicht gewußt, was soll das.

(Partner gegenüber Patientin Cluster 1.4/1.6; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.4; Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Und meine Reaktion war, ich hab tierisch geflennt. Ich hab gesagt, hör mal M., warum beschuldigst Du mich jetzt, und ich hab doch überhaupt nichts Schlimmes gemacht, und ich versteh das gar nicht, und der hat mich nur niedergemacht, aber ganz, ganz übel und hat gemeint, er beendet die Beziehung.

(Patientin gegenüber Partner wiederholt Cluster 2.6; Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6 und Cluster 1.6/2.8)

*Therapeutin 2:* Wegen des Lachens.

*Patientin 2:* Ja. Aus, vorbei, er beendet die Beziehung. Und ich so "Was?". Ja, die Beziehung ist vorbei. Da meinte ich okay, gut, wir fahren jetzt nach X, wir mußten sowieso in die Hauptstadt, wir hatten noch drei Wochen vor uns. Okay wir gehen in die Hauptstadt, ich besorg mir nen Flug früher und fahr nach Hause. Also Kommunikation war beendet, vorbei. Wir sind dann

dorthin gefahren, das ist nochmal ein ziemlicher Weg gewesen, nicht miteinander gesprochen. M. sauer, böse. Wir haben dann ein Hotelzimmer gehabt, ich hab nur geheult, die ganze Zeit. Und irgendwann mal, als es dann hieß, okay, ich such mir jetzt nen Flug, hat der M. gemeint, okay, laß es uns nochmal versuchen.

(Partner gegenüber Patientin wiederholt Cluster 1.6/2.8; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.5; Partner gegenüber Patientin wiederholt Cluster 2.8; Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.6; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.1; Partner gegenüber Patientin Cluster 1.3/2.5)

Patientin 2 schildert eine Beziehungsepisode mit dem Partner (24. Behandlungsstunde):

*Patientin 2:* Und äh es gibt zwei Sachen, die mich ziemlich im Moment so beschäftigen. Das ist einmal der M., der seit zwei Wochen; also der so reagiert hat, wie ich das eigentlich seit Jahren kenne, wenn ich versuche und das hab ich auch getan, mich äh so ein bißchen zu lösen, innerlich, was sich ja dann auch äußert, indem er mich sehr stark unter Druck setzt.

(Patientin gegenüber Partner Cluster 2.1; Partner gegenüber Patientin Cluster 1.5)

*Therapeutin 2:* Und wie macht er das?

*Patientin 2:* Indem er fürchterlich beleidigt tut, indem er mich anmosert aus, gibt überhaupt keinen Grund. Mir einfach Schuld in die Schuhe schiebt für Sachen, die einfach vollkommen an den Haaren herbeigezogen sind. Wie z.B. am Montag, letzten Montag ist das Auto kaputtgegangen, Gas und Batterie funktionierte irgendwie nicht mehr. Ich hatte das Auto und hab mich dann abschleppen lassen bis vor meine Haustür. Hab den M. angerufen und gesagt "hör mal das Auto ist kaputt, irgendwas ist mit der Batterie los", so ganz normal mit ihm geredet. Und dann gab er mir eine Erklärung, warum diese Batterie kaputt sein könnte, die ich aber nicht so hundertprozentig geglaubt habe. Und daraufhin gesagt habe, kann sein,

kann auch nicht sein. Aber das war für mich irgendwie nicht so was besonderes.

(Partner gegenüber Patientin Cluster 2.6; Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6; Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6/1.8; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.2; Partner gegenüber Patientin Cluster 1.4; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.1)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Am Abend waren wir zum Geburtstag eingeladen, zum Essen von nem Freund, mit dem ich zusammenwohne.

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Und äh, dann rief der mich um halb acht aus heiterem Himmel an, irgendwie daß jetzt, wo er mal das Auto braucht, ist es frätze, und ähm er müßte jetzt mit der Bahn kommen, und er müßte jetzt eine Stunde auf die Bahn warten, und zurück müßte er ja auch mit der Bahn fahren, und außerdem ist ihm kalt und er legt sich jetzt erstmal hin und muß jetzt ein bißchen schlafen noch.

(Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6/2.8)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Also solche Aktionen brachte der, so richtig aus heiterem Himmel. Unfreundlich, die ganze Woche schon.

(Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6)

*Therapeutin 2:* Und wie verhalten Sie sich?

*Patientin 2:* Also ich hab am Montag, am Dienstagmorgen hab ich ihn halt angerufen, dann halt zur Rede gestellt, daß ich das total doof fand, wie er sich verhalten hat, und dann äh erzählte er, ich hätte ihn nicht ernst genommen, wegen seiner Erklärung, warum jetzt die Batterie kaputt wäre, und ich würde ja eher anderen Leuten glauben als ihm, und außerdem könnte ich ja überhaupt keine Kritik vertragen, und dann kam das übliche Argument, das ich auch seit Jahren kenne, was mich aber diesesmal super verletzt hat, war ähm "jeder sagt im Moment, daß man dir gegenüber keine Kritik äußern kann". Wer ist denn "jeder"?

(Patientin gegenüber Partner Cluster 1.6; Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.6; Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Ja, jeder halt. Dann hab ich solange gebohrt, bis aus "jeder" halt nur er wurde, der Einzige.

(Patientin gegenüber Partner Cluster 1.5; Partner gegenüber Patientin Cluster 2.5)

*Therapeutin 2:* (lacht).

*Patientin 2:* Ich weiß von früher, hat er das oft gebracht und ich hab mich damit beschäftigt.

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* Ich hab wirklich gedacht, da gibts Leute, die hinter meinem Rücken über mich reden und in irgendeiner Form etwas an mir kritisieren, was ich aber gar nicht so sehe. Und dieser Punkt,

*Therapeutin 2:* das ist ja (--) ganz schön gemein.

*Patientin 2:* Also ich finds sogar mehr als gemein muß ich sagen.

*Therapeutin 2:* Wie finden Sie es?

*Patientin 2:* Also ich hab drüber nachgedacht und dann gedacht der M., wenn der wütend ist, hat der mir schon sooft Sachen gesagt, mit denen ich mich beschäftigt habe,

(Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6; Patientin gegenüber Partner Cluster 2.6)

*Therapeutin 2:* Mhm.

*Patientin 2:* mit denen ich mich auseinandergesetzt habe. Und das hat mich so wütend gemacht, und er hat mich mit Sachen auseinandersetzen lassen, die überhaupt nicht notwendig waren.

(Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6/1.8)

*Therapeutin 2:* Ja, vollkommen aus der Luft gegriffen.

*Patientin 2:* Vollkommen aus der Luft gegriffen. Ich weiß, daß ich jahrelang mich teilweise, also für die erste Zeit auf jeden Fall, wo wir zusammen waren, mich richtig damit beschäftigt habe. Ich teilweise mir auch überlegt

habe, daß mein Selbstbewußtsein auch von ihm kaputt; also manchmal denke ich halt darüber nach, daß er auch nicht gerade mein Selbstbewußtsein gefördert hat.

(Partner gegenüber Patientin Cluster 1.6)

#### 6.2.2.2. SASB-Inhaltsanalyse Therapie 2, Clustervorkommen

Das folgende Diagramm informiert über die Transaktionen von Patientin 2 an die Mutter:

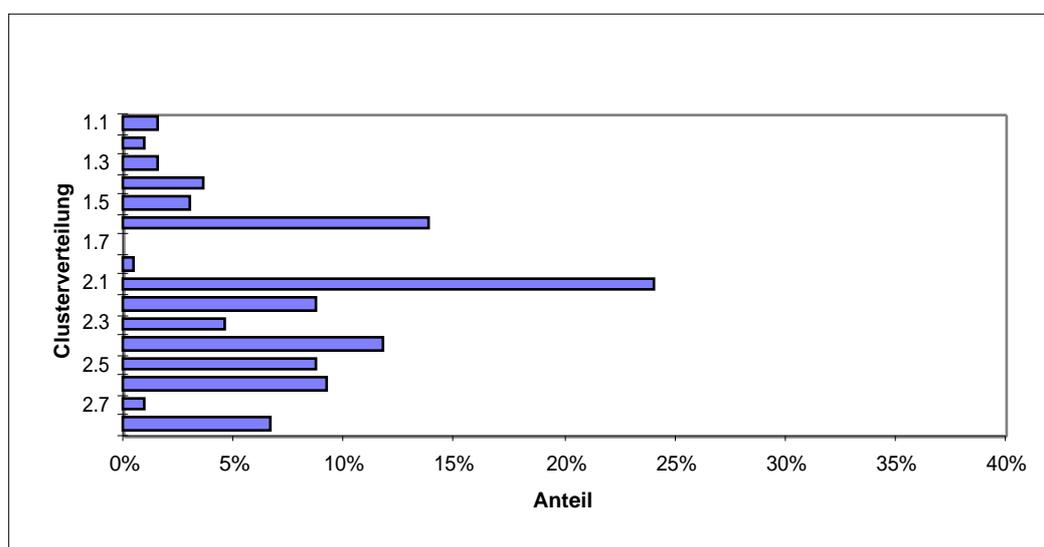


Abb. 19: Inhaltsanalyse, Therapie 2: Patientin agiert gegenüber Mutter, Clusterverteilung, Gesamttherapie

Die Gesamtanzahl der zugeordneten Cluster dieser Kombination beträgt  $n=195$ . Im Vordergrund stehen die Cluster 2.1 (eigenständige Selbstbehauptung, gelöst, selbstsicher mit 24,1%, 1.6 (herabsetzen, beschuldigen) mit 13,8% und 2.4 (vertrauensvoll sich verlassen auf, sich stützen auf) mit 11,7%. Weitere häufig vorkommende Cluster sind 2.6, 2.5, 2.2 und 2.8. Mit Ausnahme von Cluster 1.7 sind alle Cluster in den Schilderungen der Patientin vorkommend.

Das folgende Diagramm informiert über die Transaktionen der Mutter an Patientin 2:

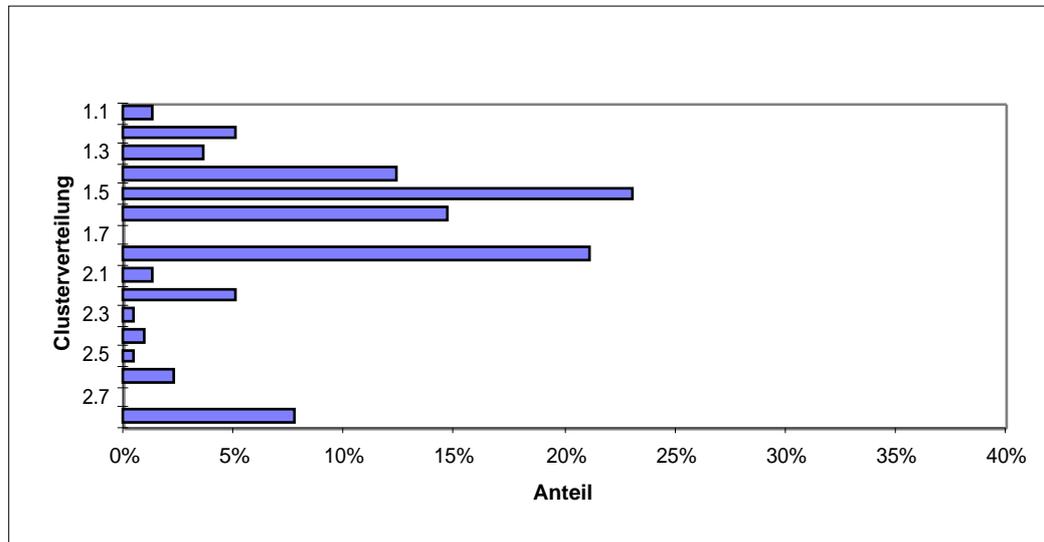


Abb. 20: Inhaltsanalyse, Therapie 2: Mutter agiert gegenüber Patientin, Clusterverteilung, Gesamttherapie

Die Gesamtanzahl der zugeordneten Cluster dieser Kombination beträgt  $n=41$ . Im Vordergrund stehen die Cluster 1.5 (kontrollieren, anordnen, beobachten) mit 23%, 1.8 (übersehen, vernachlässigen) mit 21%, 1.6 (herabsetzen, beschuldigen) mit 14.7% und 1.4 (unterstützen, anleiten, bestärken) mit 12,4%. Bis auf Cluster 1.7 und 2.7 sind alle Cluster vorkommend.

Das folgende Diagramm informiert über die Transaktionen von Patientin 2 an den Partner:

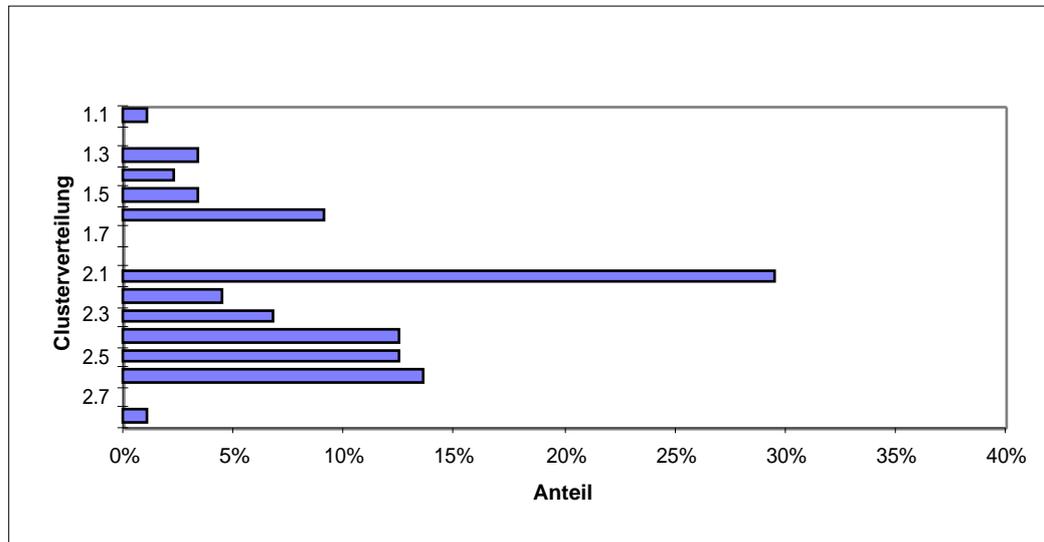


Abb. 21: Inhaltsanalyse, Therapie 2: Patientin agiert gegenüber Partner, Clusterverteilung, Gesamttherapie

Die Gesamtanzahl der zugeordneten Cluster dieser Kombination beträgt  $n=88$ . Im Vordergrund steht auch hier das Cluster 2.1 (eigenständige Selbstbehauptung, gelöst, selbstsicher) mit 29,5%. Weiterhin häufig vorkommend sind 2.4 (vertrauensvoll sich verlassen auf, sich stützen auf), 2.5 (sich fügen, unterwerfen) und 2.6 (gekränkt u. beleidigt sein, sich rechtfertigen, hastig Folge leisten) mit je ca. 13%.

Das folgende Diagramm zeigt die Clusterverteilung der Interaktionen des Partners mit Patientin 2:

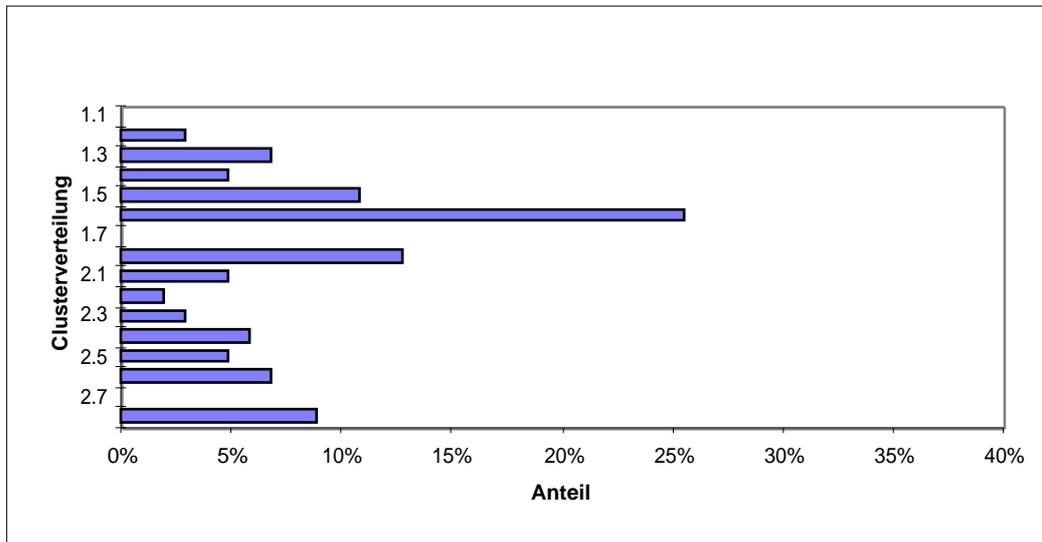


Abb. 22: Inhaltsanalyse, Therapie 2: Partner agiert gegenüber Patientin, Clusterverteilung, Gesamttherapie

Die Gesamtanzahl der zugeordneten Cluster dieser Kombination beträgt  $n=102$ . Im Vordergrund steht das Cluster 1.6 (herabsetzen, beschuldigen) mit 25%, weitere häufig vorkommende Cluster sind 1.8 (übersehen, vernachlässigen), 1.5 (kontrollieren, anordnen, beobachten) und 2.8 (sich abschotten, verweigern, distanzieren).

### 6.3 Therapeutische Interventionen

Anders als bei der SASB-Prozeß- und Inhaltsanalyse mit schematischer Auswertung größerer Therapieabschnitte, wurde das gesamte zur Verfügung stehende Material der Interventionsanalyse unterzogen.

In Therapie 1 wurden bei 2867 Interventionen insgesamt 333 CMP-basierende Interventionen und 2534 Non-CMP-Interventionen durchgeführt (zu berücksichtigender Datenverlust für 8.,9. und 10. Stunde, wie oben beschrieben).

In Therapie 2 wurden bei 4028 Interventionen insgesamt 316 CMP-basierende Interventionen und 3712 Non-CMP-Interventionen durchgeführt.

#### 6.3.1. CMP-basierende Interventionen

Die folgenden Diagramme informieren über den Verlauf des Anteils der CMP-basierenden Interventionen während der Therapie 1 und 2:

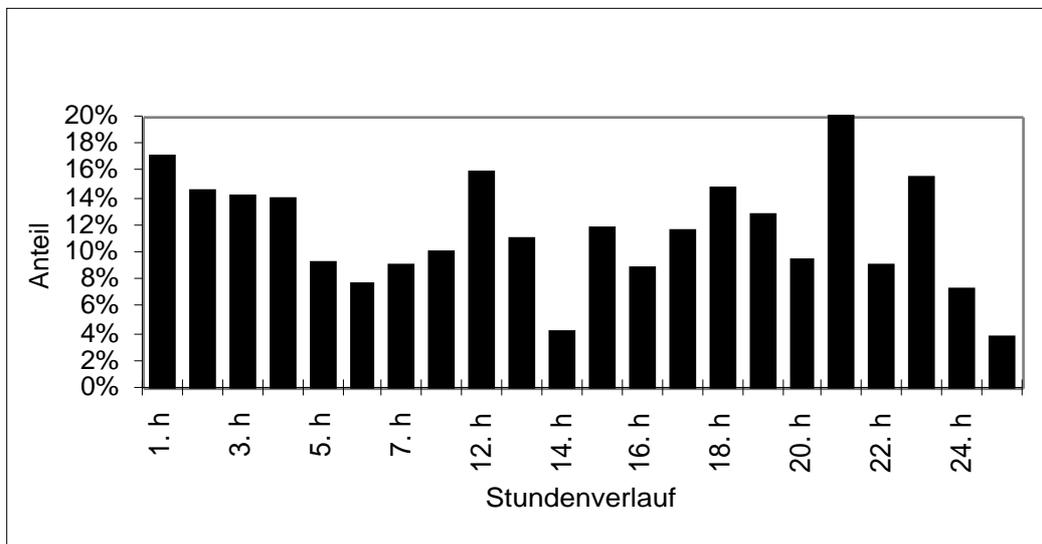


Abb. 23: Anteil der CMP-BTI im Therapieverlauf, Therapie 1

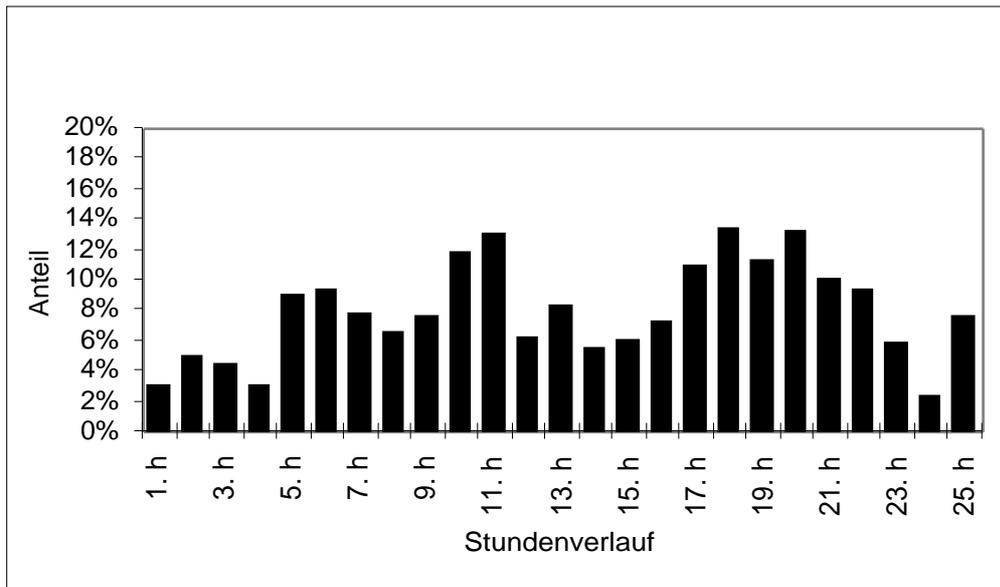


Abb. 24: Anteil der CMP-BTI im Therapieverlauf, Therapie 2

Es zeigen sich deutliche schwankende Anteile der CMP-basierenden Interventionen bei beiden Therapien; der Gesamtanteil beträgt für Therapie 1 11,6% und für Therapie 2 7,8%.

Die folgenden Diagramme informieren über die Verteilung der Subkategorien der CMP-basierenden Interventionen bei Therapie 1 und 2:

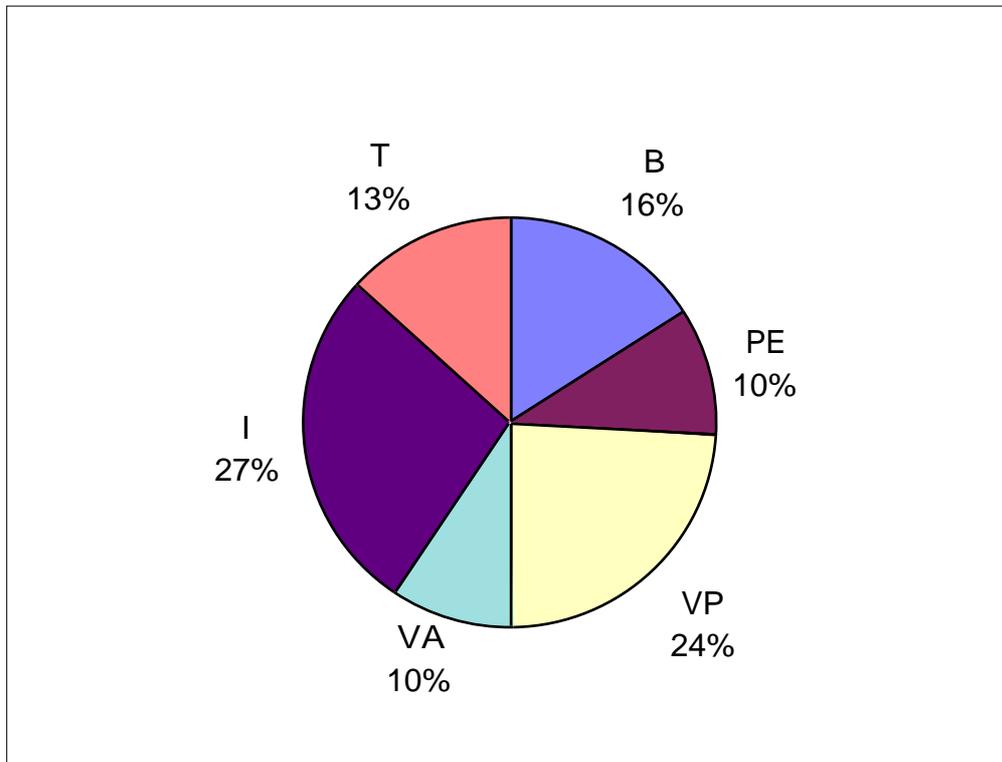


Abb. 25: Verteilung der CMP-BTI bei Therapie 1 (Gesamtanteil 11,6%)

Erläuterung der Abkürzungen: I = Introjekt, PE = Blockierte positive Erwartungen, B = Befürchtungen, VP = Verhalten der Patientin, VA = Verhalten der anderen, T = Therapeutische Beziehung

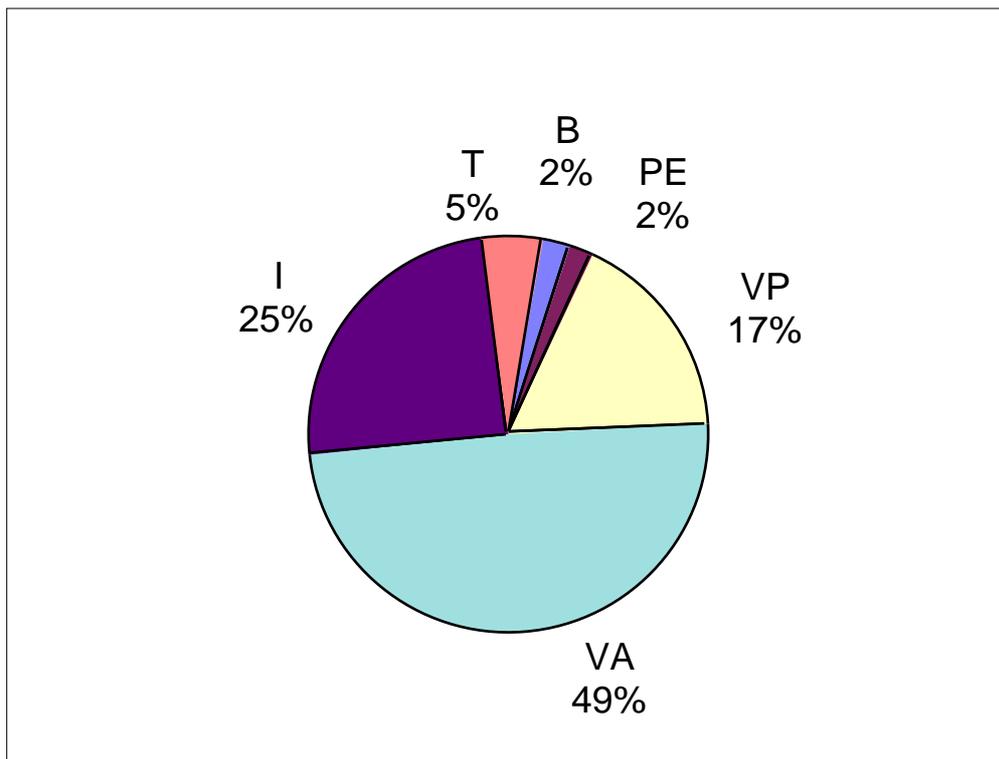


Abb. 26: Verteilung der CMP-BTI bei Therapie 2 (Gesamtanteil 7,8%)

Erläuterung der Abkürzungen: I = Introjekt, PE = Blockierte positive Erwartungen, B = Befürchtungen, VP = Verhalten der Patientin, VA = Verhalten der anderen, T = Therapeutische Beziehung

Die Zusammensetzung der Subkategorien beider Therapien unterscheidet sich deutlich. In Therapie 1 ist die Kategorie *Introjekt* mit 27% am stärksten vertreten, gefolgt von *Verhalten Patientin* mit 24%. Die übrigen Kategorien sind zwischen 10% und 16% relativ gleichmäßig vertreten, wobei die Kategorie *Therapeutische Beziehung* 13% ausmacht.

Demgegenüber steht bei Therapie 2 die Kategorie *Verhalten der anderen* mit 49% deutlich im Vordergrund. Mit 25% folgt dann die Kategorie *Introjekt*. Drittstärkster Anteil ist *Verhalten der Patientin* mit 17%. Das CMP in der *Therapeutischen Beziehung* wird nur in 5% Gegenstand der Interventionen. Die übrigen Kategorien *Befürchtungen* und *Blockierte positive Erwartungen* sind nur mit je 2% vertreten.

*Zusammenfassend* unterscheiden sich der relative Anteil der CMP-BTI beider Therapien 1 und 2 mit 11,6% bzw. 7,8%. Deutliche Unterschiede haben sich auch bei der Zusammensetzung der Subkategorien ergeben.

### 6.3.2. Non-CMP-Interventionen

Wie geschildert, wurden in einem zweiten Klassifikationsschritt die verbleibenden Non-CMP-Interventionen zugeordnet. Das folgende Diagramm zeigt die Verteilung der Subkategorien für die gesamte Therapie 1 und 2:

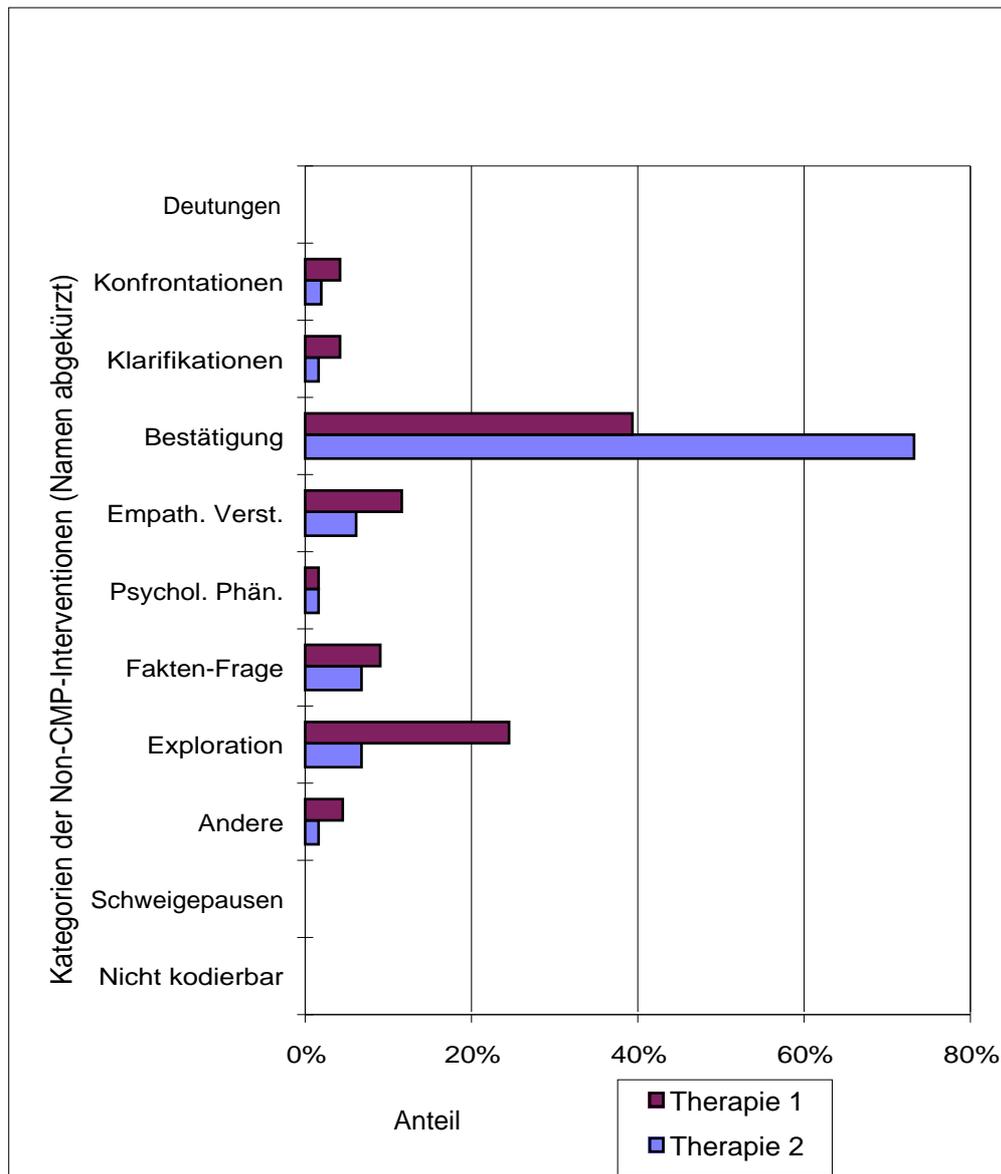


Abb. 27: Verteilung der Non-CMP-Interventionen bei Therapie 1 und 2

Es wird deutlich, daß in beiden Therapien *Einfache Bestätigungen* den größten Anteil machen, mit jedoch deutlichem Unterschied zwischen

Therapie 1 mit 39,3% und Therapie 2 mit 73,2%. So macht dann auch in der Therapie 1 *Aufforderung zur Exploration & Fragen nach "Bedeutungen"* mit 24,4% die zweitstärkste Kategorie aus, welche bei Therapie 2 nur mit 6,8% vertreten ist.

*Deutungen* außerhalb des CMP-Zusammenhangs spielen in beiden Therapien keine Rolle (Therapie 1 0,15%, Therapie 2 0,05%). Die Kategorien *Konfrontationen* und *Klarifikationen*, aber auch *Empathisches Verstehen* sind in Therapie 1 anteilmäßig etwas stärker vertreten.

## 7. Diskussion

Aufgrund der im 2. Kapitel wiedergegebenen theoretischen Arbeiten ist zusammenfassend von unterschiedlichen Therapieprozessen bei Patienten mit unterschiedlichem Niveau der Ich-Funktionen auszugehen: Die von Thomä und Kächele (Thomä 1984, Thomä & Kächele 1996) bzw. Cremerius (1979) genannten Hauptkomponenten für die Einflußmöglichkeiten des Psychoanalytikers der emotionalen Erfahrung und der Einsichtstherapie werden auch von anderen Autoren im Sinne technischer Empfehlungen aufgegriffen, wie durch Heigl-Evers et al. (1991) im Prinzip Deutung vs. Prinzip Antwort beschrieben. Auch für Vertreter der neueren interpersonellen Ansätze wie etwa Strupp (1998) resultiert das Therapieergebnis aus interpersonellen Faktoren, häufig als kommunale oder unspezifische Faktoren bezeichnet und technischen Faktoren, häufig spezielle Faktoren genannt. Die Manifestation und Bearbeitung zyklisch-maladaptiver Verhaltensweisen nimmt eine zentrale Stellung in der dynamisch orientierten Kurzzeitpsychotherapie (nach dem Konzept von Strupp & Binder 1984) ein, wie sie mit den hier untersuchten Patientinnen durchgeführt wurde. Zunächst soll daher das Auftauchen und die therapeutische Bearbeitung der zyklisch-maladaptiven Verhaltensmuster in den verschiedenen Ebenen diskutiert werden.

Bei beiden hier untersuchten Patientinnen mit Diagnosen aus dem Spektrum der Angsterkrankungen wurden je 25 Stunden dynamisch orientierte Kurzzeitpsychotherapie durchgeführt und auf Tonband aufgenommen. Beide Therapien wiesen ein gutes Ergebnis auf. Dies wird anhand der hier eingesetzten Instrumente zur klinischen Basisdokumentation deutlich, wie weiter unten erwähnt.

Bei Patientin 1 handelte es sich um eine bei Therapiebeginn zweiundzwanzigjährige, ledige Studentin mit der Diagnose einer Sozialen Phobie (ICD 10 F 40.1) bei ängstlich-depressiver Persönlichkeitsstruktur mit Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt. Ihre Symptomatik bestand in Ängsten vor nahen, besonders vor intimen Beziehungen, panikartige Angstgefühle, Herzklopfen, Schlafstörung, Übelkeit und Selbstunsicherheit. Die Formulierung

des CMP zeigte entsprechend in der Kategorie Erwartungen die blockierte Hoffnung nach wohlwollendem Gewähren von Autonomie und Nähe ohne Bedrängnis (Cluster 1.2 bzw. 1.3 nicht komplex). Entsprechend ihren Befürchtungen, im näheren Kontakt über ihre Bedürfnisse hinweg kontrolliert, eingeengt und fremdbestimmt zu werden (Cluster 1.3/1.5/1.8), betont sie in der Kategorie Verhalten ihre Eigenständigkeit (Cluster 2.1), die dann in Bedrängnis auch feindselig wird (Cluster 2.8). Sie weckt wenig Interesse, macht ihre Bedürfnisse nicht deutlich und tritt leicht den gekränkten Rückzug an (Cluster 2.6); interessierte Männer werden entwertet (Cluster 1.6). Gearbeitet wurde über weite Strecken der Therapie an der konkreten Beziehungsgestaltung mit dem Partner hinsichtlich der Regulation von Nähe und Distanz.

Es wurde ein gutes Therapieergebnis mit Verschwinden der Ängste und mehr Selbstsicherheit, sowie einem besseren Verständnis für die Beziehungsschwierigkeiten erreicht. Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) dokumentiert eindrucksvoll einen Rückgang von 5 zu Therapiebeginn auf 3 unmittelbar nach Therapieende und bei den folgenden Katamnesen, wobei abermals zur 2-Jahreskatamnese eine Verbesserung auf 1 zu verzeichnen ist. Bei der Global Assessment of Functioning Scale (GAS) kam es bei einem Ausgangswert von 80 zum Therapieanfang zu einem stabilen Anstieg auf 85 sowohl beim Skalenwert 1, als auch beim Skalenwert 2. Lediglich beim Skalenwert 1 war aktuell zum Untersuchungszeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese eine Schwankung auf 81 auffällig. Bei der Symptom Check List (SCL-90-R) waren die Ergebnisse weniger eindeutig (0,71 zum Therapieanfang, 0,84 zum Therapieende, dann Schwankungen zwischen 0,26 und 0,41 zu den Katamnesezeitpunkten).

Bei Patientin 2 handelte es sich um eine bei Therapiebeginn achtundzwanzigjährige, ledige Studentin mit der Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung (ICD 10 F 40.1) und narzißtischer Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F 60.8). Ihre Symptomatik bestand in diffusen Ängsten, Angst durch einen Tunnel zu fahren, Unruhe wenn sie allein ist, Panikattacken,

Schwächegefühl, Kreislaufbeschwerden, Selbstwertstörung mit überhöhtem Anspruch an sich selbst und beruflichem Leistungsdruck.

Die Formulierung des CMP zeigte in der Kategorie Erwartungen die blockierte Hoffnung, anerkannt und aufgebaut zu werden, ohne gleichzeitig in Autonomie oder Wertigkeit eingeschränkt zu werden. (Cluster 1.2 und 1.4 nicht komplex). Vielmehr besteht Furcht, nicht ernstgenommen und herabgesetzt zu werden (Cluster 1.3/1.6) und als Persönlichkeit und in ihrer Leistungsfähigkeit übersehen zu werden (Cluster 1.3/1.8). Dies äußert sich im Verhalten der Patientin mit Ehrgeiz und Ringen um Anerkennung. Neben manipulativem Verhalten (Cluster 1.3/1.5/1.8), läuft sie im Kontakt mit anderen Gefahr, sich anzupassen und unterzuordnen und hierbei Selbstbewußtsein und Eigenständigkeit zu verlieren, sowie Kränkungen vorwegzunehmen (Cluster 2.5 und 2.6) oder zu verleugnen.

Im Therapieverlauf ging es inhaltlich daher viel um die innere und äußere Abgrenzung zu den Eltern und die notwendige Behauptung gegenüber dem Partner. Es wurde ein erfolgreiches Therapieergebnis mit Rückgang der Symptomatik (kurze Verschlechterung unmittelbar nach Therapieende) und besserem Management der Angst, sowie Einsicht in Beziehungskonflikte erreicht. Die Ausgangswerte der klinischen Basisdokumentation bestätigen den Eindruck, daß Patientin 2 deutlich schwerer erkrankt ist, als Patientin 1. Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) zum Therapiebeginn liegt bei 8, zum Therapieende ist jedoch wie bei Patientin 1 ein Rückgang auf 3 festzustellen. Nach einer Verbesserung zur 6-Monats- und 1 Jahres-Katamnese auf 2 ist dann zur 2-Jahres und 5-Jahreskatamnese ein erneuter Anstieg auf 5 zu verzeichnen, so daß gemessen am BSS bei Patientin 1 ein stabileres Ergebnis erreicht werden konnte. Auch bei der Global Assessment of Functioning Scale (GAS) liegt Patientin 2 mit einem Wert von 51 bzw. 55 zu Therapiebeginn deutlich schlechter als Patientin 1, jedoch bei Therapieende bei 75 (Skalenwert 1) (5-Jahres-Katamnese 70 bzw. 61). Die Symptom Check List (SCL-90-R) ist aufgrund fehlender Daten hier leider nicht einzubeziehen.

Anhand des OPD-Manual (Arbeitskreis OPD - Sprecher S.O. Hoffmann, 1996) wurde eine Einschätzung der Patientinnen hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsstruktur (Achse IV) vorgenommen, für Patientin 1 ergab sich hinsichtlich der Gesamteinschätzung eine gute Integration. Demgegenüber zeigte sich bei Patientin 2 als Gesamtbeurteilung der Struktur lediglich eine mäßige Integration.

Die Ebenen und die Intensitäten, in denen die erwähnten zyklisch-maladaptiven Beziehungsmuster (CMP) in den Therapien auftauchten, waren bei den beiden Patientinnen unterschiedlich.

Die SASB-Prozeßanalyse für Patientin 1 ergab, daß in der unmittelbaren Patient-Therapeut-Beziehung nur in der Therapie 1 CMP-Cluster auftauchten. Vorherrschend waren jedoch deutlich die intransitiven Cluster sich öffnen, mitteilen, zeigen (2.2) mit 62,4% und vertrauensvoll sich verlassen, sich stützen auf (2.4) mit 27,5%, welche dem üblichen Therapieablauf entsprechen. Weniger häufig eingesetzte Cluster hinsichtlich der im CMP formulierten Cluster waren 2.6 mit 2,2%, 1.6 mit 1,0%, 2.8 mit 0,5% und in noch geringerer Häufigkeit Cluster 2.1. Auch andere, nicht im CMP formulierte Cluster kamen in geringer Häufigkeit vor, so daß sich zusammenfassend ein breites Repertoire von Clustern zeigte.

Die SASB-Prozeßanalyse für Therapeuten 1 zeigte ein Überwiegen von Cluster 1.4 (unterstützen, anleiten, bestärken) mit 67,4%, gefolgt von Cluster 1.2 (verstehen, bestätigen, ermuntern) mit 28,1%. Das Verhältnis dieser beiden Cluster verschiebt sich im Therapieverlauf gering noch weiter zum Cluster 1.4. Weitere vorkommende Cluster sind 2.4 mit 3,2%, 1.5 mit 0,2%, 1.6 mit 0,2% und 2.6 mit 0,2%. Feindselige oder stark kontrollierende Cluster sind also beim Therapeuten 1 als Ausnahme anzusehen und tauchen in geringerem Maße auf als bei der Patientin 1.

Hingegen wurden derartige Cluster bzw. im CMP formulierte Cluster von Patientin 2 in der Patienten-Therapeuten-Beziehung fast gänzlich vermieden. Es überwiegen bei der Patientin deutlich die intransitiven Cluster 2.2 (sich öffnen, mitteilen, zeigen) mit 83,9% und 2.4 (vertrauensvoll sich verlassen,

sich stützen auf) mit 14,5%. Im Vergleich zu Patientin 1 verhält sich Patientin 2 hier unabhängiger in ihren Schilderungen. Weniger häufig eingesetzte Cluster sind 1.4 mit 1,3%; deutlich unter einem Prozent liegen die Cluster 1.2, 2.1 und 2.5.

Das Interaktionsmuster der Therapeutin 2 mit Cluster 1.2 (verstehen, bestätigen, ermuntern) mit 70,6%, gefolgt von Cluster 1.4 (unterstützen, anleiten, bestärken) mit 27,7% und den weiterhin vorkommenden Cluster 2.4 mit 2,7% und 1.5, 1.3, 2.3, 2.4 jeweils in Einzelfällen (insgesamt ohne komplexe Nebenbotschaften), unterscheidet sich ausgesprochen durchgängig und eindeutig vom oft komplexen und manipulatorischen Verhalten früherer und gegenwärtiger Bezugspersonen von Patientin 2.

Die Analyse der Komplexität der Interaktion zeigte für Patientin 1 einen durchschnittlichen Anteil von komplexen Äußerungen von 4,62% pro Stunde mit vorherrschender Mehrdeutigkeit hinsichtlich der Affiliation. In den ausgewählten Passagen der Critical Events ist der Anteil komplexer Transaktionen mit ca. 1/5 höher als in den übrigen Stunden. Mit Ausnahme eines Critical Events in der 23. Stunde mit wiederholt gekränkter Reaktion, gelingt es Therapeut 1, auf komplexe Interaktion überwiegend zu verzichten, trotz der beschriebenen "Sogwirkung" der Interaktion der Patientin.

In Therapie 2 ist Komplexität nur in sehr geringem Maße vorkommend.

In der SASB-Inhaltsanalyse zeigte sich, daß beide Patienten viel und problemorientiert von Beziehungen mit ihren Partnern und Eltern berichteten. Im Vordergrund für Patientin 1 standen Schilderungen der Beziehungsgestaltung mit dem Partner. Bei Patientin 2 kamen Beziehungsschilderungen hinsichtlich der Eltern und des Partners gleichermaßen vor. Insbesondere bedeutsam ist die Frage nach der Übereinstimmung der Cluster in den Schilderungen mit den im CMP formulierten Verhaltensweisen, - sowohl bezüglich des Verhaltens und Erlebens der Patientinnen, als auch deren Bezugspersonen.

In den Schilderungen der Interaktionen von Patientin 1 mit dem Partner entsprechen die am häufigsten zugeordneten Cluster den Clustern 2.1 und 2.8 der CMP-Kategorie *Verhalten Patientin*; auch die CMP-Cluster 1.6 und 2.6 kommen vor. In der CMP-Kategorie *Verhalten der Anderen* sind zyklisch-maladaptive Verhaltensweisen für Partner von Patientin 1 formuliert mit dem Cluster 1.8 (übersehen, vernachlässigen) bzw. Cluster 2.1 bis 2.8 (hier sich zurückziehen, keine Bindung eingehen); - beide Cluster kommen auch in den Schilderungen der Verhaltensweisen des Partners von Patientin 1 signifikant häufig vor, stehen jedoch nicht an erster Stelle.

Im Sinne des formulierten CMP für Patientin 2 ist diese insbesondere gefährdet, sich entsprechend den Clustern 2.5 und 2.6 (hier sich fügen, unterwerfen bzw. sich rechtfertigen, hastig Folge leisten) zu verhalten. In den Schilderungen ihres Verhaltens gegenüber der Mutter scheint das hier jedoch vorherrschende Cluster 2.1 dem teils betonten und zuvor nicht erfolgten Abnabelungsprozeß von den Eltern mit Unterstützung der Therapeutin zu entsprechen.

In Bezug auf das Verhalten der Mutter im formulierten CMP mit Einmischen (dabei Gutes tun wollen), Bedrängen mit Übersehen der Fähigkeiten der Patientin decken sich insbesondere die Cluster 1.5 und 1.8 in Kombination mit 1.2 bis 1.4 in den Schilderungen der Patientin hiermit.

Wie schon im Umgang mit der Mutter, wird auch im Umgang mit dem Partner hier das Cluster 2.1 kompensatorisch zu den Clustern 2.5 und 2.6 eingesetzt und spiegelt den Vorgang des Sich-Behauptens gegenüber dem kontrollierenden Partner wider. Die Schilderungen der Patientin hinsichtlich der Interaktion des Partners über die Therapie hinweg decken sich gut mit dem im CMP formulierten Verhalten des Partners mit Herabsetzungen.

Die Schilderungen von Beziehungsepisoden durch die Patientinnen, insbesondere auch von zyklisch-maladaptiven Beziehungsabläufen, sind als äußerst wichtig zu bewerten und als Teilvoraussetzung für einen

erfolgreichen therapeutischen Ablauf anzusehen, da ein Teil der therapeutischen Interventionen auf dieser Grundlage basiert.

Alle therapeutischen Interventionen beider Therapien wurden in dieser Pilotstudie hinsichtlich ihrer CMP-Korrespondenz klassifiziert, - es unterschieden sich der relative Anteil der CMP-BTI beider Therapien 1 und 2 mit 11,6% bzw. 7,8%. Bei der höher strukturierten Patientin 1 war also der Anteil der unmittelbaren CMP-bezogenen Interventionen höher. Deutliche Unterschiede haben sich auch bei der Zusammensetzung der Subkategorien ergeben. Die Subkategorie *Introjekt* war bei der Patientin 1 die stärkste innerhalb der CMP-BTI. Es zeigte sich insgesamt eine sehr gleichmäßige Berücksichtigung der verschiedenen Anteile des CMP, einschließlich der CMP-BTI-Subkategorie *Therapeutische Beziehung*, d.h. das Auftauchen von CMP-Clustern in der Patient-Therapeut-Beziehung fand Eingang in die Interventionen. Solche Interventionen wurden in der Therapie der mäßig integrierten Patientin 2 erwartungsgemäß wenig angewandt, zumal sich auch in der unmittelbaren Patient-Therapeut-Beziehung, wie bereits erwähnt, fast keine CMP-Cluster zeigten. Bei Patientin 2 war *Verhalten der anderen* die stärkste Subkategorie, d.h. die meisten Interventionen in Zusammenhang mit zyklisch-maladaptiven Beziehungsmustern bezogen sich auf die Rolle der Bezugspersonen im Zyklus. Allerdings wurde auch viel an den pathologischen Introjekten der Patientin gearbeitet.

Es darf vermutet werden, daß die Interventionen aus den einzelnen CMP-BTI-Subkategorien eine unterschiedlich starke Belastung für die therapeutische Beziehung darstellen, - am belastendsten sind die Übertragungsdeutungen der Kategorie *Therapeutische Beziehung*, welche sich auf die unmittelbar gegenwärtige Situation beziehen. Sie verlangen ein relativ strukturiertes Ich, damit die Beziehung zum Therapeuten nicht gefährdet wird.

Aber auch die Bearbeitung der patientenseitigen Anteile am CMP, nämlich *Verhalten des Patienten* gegenüber anderen kann stark kränkend sein, wenn dem Patienten deutlich wird, wie sehr sein Scheitern auch durch eigene Beteiligung bedingt ist.

Ein "Aufbrechen" zyklisch-maladaptiver Abläufe muß immer auch mit Veränderungen des Selbstbildes einhergehen. Interessanterweise wird die Kategorie *Introjekt* bei beiden erfolgreichen Therapien stark berücksichtigt (27% bei Therapie 1 und 25% bei Therapie 2 der CMP-BTI).

Die Kombination der Auswertung der CMP-BTI mit der Analyse der Interventionen, die nicht explizit CMP-Cluster zum Gegenstand haben (NON-CMP-Interventionen) ergab weiterhin, daß bei beiden Therapien eine hohe Treffsicherheit der Interventionen vorlag, d.h. kaum Deutungen außerhalb des CMP-Zusammenhangs vorkamen (Therapie 1 0,15%, Therapie 2 0,05%). Es zeigte sich, daß in beiden Therapien erwartungsgemäß *Einfache Bestätigungen* den größten Anteil machen, mit jedoch deutlichem Unterschied zwischen Therapie 1 mit 39,3% und Therapie 2 mit 73,2%. So macht dann auch in der Therapie 1 *Aufforderung zur Exploration und Fragen nach "Bedeutungen"* die zweitstärkste Kategorie aus. Die Kategorien *Konfrontationen* und *Klarifikationen*, aber auch *Empathisches Verstehen* sind in Therapie 1 anteilmäßig etwas stärker vertreten. Zusammenfassend wird deutlich, daß in Therapie 1 bei der höher strukturierten Patientin auch über unmittelbare CMP-basierende Interventionen hinaus mehr einsichtsfördernde Interventionen zum Einsatz gekommen sind.

Der Vergleich beider Therapien verdeutlicht, daß es insbesondere in Abhängigkeit vom Störungsniveau der Patienten, unterschiedliche Manifestations- und Bearbeitungsmöglichkeiten zyklisch-maladaptiver Verhaltensweisen in der dynamischen Kurzzeitpsychotherapie gibt.

Aus unserer Sicht werden bei vielen empirischen Arbeiten, die ausschließlich oder überwiegend Übertragungsdeutungen als "spezifische" Faktoren definieren (Malan 1976; Marziali 1984; Piper 1991, Hoglend 1993, Hoglend 1996) entscheidende Determinanten für therapeutische Veränderung nicht berücksichtigt, so daß hier erheblicher Forschungsbedarf besteht. Wichtig erscheinen uns hier die empirischen Hinweise, daß bestimmte Interventionen, obschon vom Therapeuten in bester Ansicht geäußert, eine

negative Auswirkung auf die Patient-Therapeut-Beziehung und das Therapieergebnis haben können (Strupp und Hadley 1979; Henry, Strupp et al. 1993; Henry, Schacht et al. 1993; Strupp 1998; Piper 1991; Hoglend 1993; Hoglend 1996; Hoglend and Piper 1995). Wie in 2.1 erläutert, fand die zunächst u.a. von Malan vertretene Haltung, in der dynamischen Kurzzeitpsychotherapie möglichst viele Übertragungsdeutungen einzusetzen, nach den methodologisch kritisierten Arbeiten von Malan (1976) und Marziali (1984) keine weitere empirische Bestätigung. Etwa in der Arbeit von Piper et al. 1991 zeigte sich teilweise bei einem hohen Anteil von Übertragungsdeutungen ein negativer Effekt auf das Therapieergebnis, was von Hoglend 1993 und 1996 reproduziert wurde. Auch in den Vanderbilt-Studien (siehe Zusammenfassung bei Strupp 1998) wurden z.T. ähnliche Daten erhoben: Eine Zunahme des Einsatzes von Interventionen, darunter auch Übertragungsdeutungen, hatte sowohl eine schlechtere Beurteilung des therapeutischen Bündnisses durch den Patienten zur Folge, als auch ein Ansteigen des Anteils feindseliger Interaktionen durch den Therapeuten. Hingegen kommen eine ganze Reihe von Forschungsgruppen mit verschiedenen Instrumenten zu gleichförmigen Ergebnissen, die die Wichtigkeit der Übereinstimmung der Interventionen mit der individuellen Problemkonstellation des Patienten untermauert (Weiss und Sampson 1986; Silberschatz et al. 1986; Silberschatz et al. 1993; Norville, Sampson & Weiss 1996; Crits-Christoph et al. 1993; Crits-Christoph et al. 1988; Joyce 1992; Piper 1993). Im Einzelnen kritisierte etwa Silberschatz (1986) empirische Forschungsarbeiten zur Untersuchung der Wirkung therapeutischer Interventionen, die diese Übereinstimmung der Interventionen gar nicht erst berücksichtigen. Einige Arbeitsgruppen entwickelten auf der Basis der verschiedenen Ausrichtungen der interpersonellen Ansätze jeweils Konzepte, um diese Problematik zu untersuchen. Silberschatz verwendete das Plan-Diagnose-Verfahren von Weiss und Sampson (1986) und bestätigte seine These, daß ein hoher Grad an zutreffenden Interventionen sich positiv auf den Therapieprozeß auswirkt. Dies wurde später von Norville et al. (1986) reproduziert. Im Ansatz von Crits-Christoph et al. (1993) auf der Basis des

zentralen Beziehungskonfliktthemas nach Luborsky (1984) werden ähnliche Ergebnisse erzielt: es zeigte sich eine positive Korrelation zwischen der Genauigkeit von Deutungen und der Güte der therapeutischen Allianz sowie einem positiven Therapieergebnis. Später beziehen auch Piper et al. rückblickend auf ihre vorangegangenen Arbeiten die Korrespondenz der Übertragungsdeutungen als eine weitere Variable ein.

Zusammenfassend wird deutlich (siehe auch Kapitel 2), wie wichtig gegenwärtig die Integration verschiedener Konzepte in der empirischen Psychotherapieforschung ist. Keine der oben erwähnten Arbeiten berücksichtigt alle Desiderate an einen zeitgemäßen, umfassenden Ansatz: ausreichende Fallzahl; Defokussierung von den Übertragungsdeutungen als einziges Heilkonzept; Berücksichtigung sowohl der Korrespondenz der Interventionen mit der spezifischen Problemkonstellation des Patienten, als auch die Konzentration der verschiedenen Arten von Interventionen (auch hinsichtlich supportiver Elemente); Einbeziehung des persönlichkeitsstrukturellen Niveaus der Patienten; Vergleich verschiedener Störungsgruppen. Hier bestehen für die verschiedenen Ausrichtungen der empirischen Psychotherapie-Forschung teilweise auch instrumentelle Defizite. Auch für die SASB/CMP-Methode stand bisher für die inhaltliche Analyse der CMP-basierenden und Nicht-CMP-Interventionen noch kein geeignetes Konzept zur Verfügung und konnte erst im Rahmen dieser Dissertation entwickelt werden.

Mit der SASB/CMP-Methode und der im Rahmen dieser Dissertation entwickelten Klassifikation therapeutischer Interventionen (CMP-BTI und NON-CMP-I) können, wie in 4.6 zusammengefaßt, die Manifestationen von zyklisch-maladaptiven Verhaltensmustern im Inhalt des therapeutischen Gesprächs, sowie in der therapeutischen Beziehung selbst und auch die Art und Weise der therapeutischen Bearbeitung in wesentlichen Aspekten erfaßt werden.

Bei diesem Patienten-Verlaufs-Ergebnis-Modell (siehe Abb. 4) wird einerseits zwischen Faktoren mit spezifischem Charakter, wie den CMP-basierenden

Interventionen, sowie anderen einsichtsfördernden Verfahrensweisen, z.B. Konfrontationen und Klarifikationen und Faktoren mit kommunalem Charakter andererseits unterschieden. Letztere beinhalten v.a. das Konzept der therapeutischen Allianz, raumgebendes und freundlich-anleitendes Verhalten des Therapeuten (Cluster 2 bis 4 in der SASB-Prozeßanalyse), sowie bestimmte Non-CMP-Interventionen wie beispielsweise empathisches Verstehen, Verbalisierung von Gefühlen, Unterstützung.

So wird nun folgendes persönlichkeitsdifferente, mikroprozessuale Verlauf-Ergebnis-Modell pfadanalytisch überprüfbar: Erfolgreiche Therapien verlaufen unterschiedlich bei Patienten, die sich hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Störungsgruppen und in ihrem Strukturniveau unterscheiden.

A) Bei *mittel- bis niedriger-strukturierten Patienten* bedingen in stärkerem Maße (nicht jedoch ausschließlich) kommunale Faktoren der Patient-Therapeut-Beziehung ein gutes Therapieergebnis. Hierzu zählt zunächst die therapeutische Allianz im Sinne einer generellen Beziehungsvariablen, erfaßt mit den entsprechenden Kategorien der Intrex-Fragebögen. In der SASB-Prozeßanalyse läßt sich ein dem Patienten raumgebendes und freundlich-anleitendes Verhalten des Therapeuten (Cluster 1.2, 1.4) bei gleichzeitiger Abwesenheit von Wiederholungen traumatisierender Interaktionsabläufe (wie im CMP formuliert) abbilden. Desweiteren lassen sich supportive Elemente mittels der Analyse der therapeutischen Interventionen (NON-CMP-I) erfassen.

Für die Bearbeitung der zyklisch-maladaptiven Verhaltensmuster stehen bei diesen Patienten vor allem ihre Berichte der Beziehungen außerhalb der Therapie zur Verfügung. Diese Schilderungen werden der SASB-Inhaltsanalyse unterzogen.

B) Bei *höher-strukturierten Patienten* tritt die spezifische Bearbeitung von zyklisch-maladaptiven Verhaltensmustern noch weiter in den Vordergrund: Auf der Basis einer guten therapeutischen Allianz tauchen entsprechende CMP-Cluster dann in der Patient-Therapeut-Beziehung auf und werden so therapeutischen Interventionen unmittelbar zugänglich. Aber auch hier haben die Schilderungen der Patienten von ihren Beziehungen zu ihren

Bezugspersonen einen Stellenwert. Insgesamt bezieht der Therapeut häufiger Interventionen auf das formulierte CMP des Patienten (d.h. höherer Anteil von CMP-BTI, insbesondere auch der Kategorie "therapeutische Beziehung"). Ergänzend werden weitere einsichtsfördernde Interventionen im Sinne Greensons (1967), wie Konfrontationen und Klarifikationen eingesetzt. Diese explorative Dissertation fand o.g. Hypothese zu differentiellem, therapeutischen Umgang mit Patienten mit unterschiedlichem Struktur-niveau exemplarisch an 2 Fällen bestätigt. Zur Zeit erfolgt eine Überprüfung an einem größeren Patientenkollektiv im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeit-psychotherapie-Projekts.

## **8. Zusammenfassung**

Im Rahmen dieser Dissertation wurde ein Klassifikationssystem für therapeutische Interventionen auf Basis der SASB/CMP-Methode entwickelt und in einer Pilotstudie angewendet. Zwar liefert die SASB-Methode eine sehr gute Abbildung der interpersonellen Aspekte von Interventionen. Bisher stand für die inhaltliche Analyse der Interventionen im CMP-Zusammenhang jedoch noch kein geeignetes Konzept zur Verfügung.

Bei beiden hier untersuchten Patientinnen mit Diagnosen aus dem Spektrum der Angsterkrankungen wurden je 25 Stunden dynamisch orientierte Kurzzeitpsychotherapie durchgeführt und jeweils ein sorgfältiges CMP (Zyklisch-maladaptives Beziehungsmuster) formuliert. Beide Therapien wiesen ein gutes Ergebnis auf. Die Gesamteinschätzung der Persönlichkeitsstruktur (OPD, Achse IV) ergab für Patientin 1 eine gute Integration, bei Patientin 2 lediglich eine mäßige Integration. Schematisiert wurden größere Abschnitte der Therapie der SASB-Prozeß- und Inhaltsanalyse unterzogen. Die Ebenen und die Intensitäten, in denen zyklisch-maladaptive Beziehungsmuster (CMP) in den Therapien auftauchten, waren bei den beiden Patientinnen unterschiedlich. In der unmittelbaren Patient-Therapeut-Beziehung tauchten nur in der Therapie 1 CMP-Cluster auf (SASB-Prozeßanalyse), welche hingegen von der Patientin 2 fast gänzlich vermieden wurden. In der SASB-Inhaltsanalyse zeigte sich, daß beide Patientinnen viel und problemorientiert von Beziehungen mit ihren Partnern und Eltern berichteten. Es fand sich ein hoher Grad der Übereinstimmung der Cluster in den Schilderungen der Patientinnen über Beziehungsepisoden mit den im CMP formulierten Verhaltensweisen, - sowohl bezüglich des Verhaltens der Patientinnen selbst, als auch deren Bezugspersonen. In Fortführung der bestehenden PTO-Kongruenz (Problem-Treatment-Outcome-Kongruenz; Strupp et al. 1988) der SASB/CMP-Methode wurde im Rahmen dieser Dissertation ein Konzept entwickelt, um empirisch festzustellen, in wiefern die Interventionen des Therapeuten sich auch auf das formulierte CMP des Patienten beziehen, also wie eng am Fokus gearbeitet wird ("focus

adherence"). Eine solche CMP-basierende therapeutische Intervention (CMP-BTI) kann an jedem Punkt des CMP angreifen. Alle therapeutischen Interventionen beider Therapien wurden in dieser Pilotstudie hinsichtlich ihrer CMP-Korrespondenz klassifiziert; es unterschieden sich der relative Anteil der CMP-BTI beider Therapien 1 und 2 mit 11,6% bzw. 7,8%. Bei der höher strukturierten Patientin 1 war somit der Anteil der unmittelbaren CMP-bezogenen Interventionen höher, deutliche Unterschiede haben sich auch bei der Zusammensetzung der Subkategorien ergeben. Die Subkategorie *Introjekt* war bei der Patientin 1 die stärkste innerhalb der CMP-BTI. Es zeigte sich insgesamt eine sehr gleichmäßige Berücksichtigung der verschiedenen Anteile des CMP, einschließlich der CMP-BTI-Subkategorie *Therapeutische Beziehung*, d.h. das Auftauchen von CMP-Clustern in der Patient-Therapeut-Beziehung fand Eingang in die Interventionen. Solche Interventionen wurden in der Therapie der mäßig integrierten Patientin 2 erwartungsgemäß wenig angewandt. Es darf vermutet werden, daß die Interventionen aus den einzelnen CMP-BTI-Subkategorien eine unterschiedlich starke Belastung für die therapeutische Beziehung darstellen, was insbesondere für die Übertragungsdeutungen der Kategorie *Therapeutische Beziehung* gilt.

In einem zweiten Schritt wurden auch die verbleibenden Interventionen, die nicht explizit CMP-Cluster zum Gegenstand haben, einem im Rahmen dieser Dissertation eigens entwickelten Klassifikationssystem zugeordnet (NON-CMP-Interventionen). Hier zeigte sich, daß Deutungen außerhalb des CMP-Zusammenhangs in beiden Therapien keine Rolle spielen. Unterschiede gab es auch hinsichtlich weiterer Kategorien wie Klarifikationen, Konfrontationen, empathisches Verstehen und anderen, wobei wie zu erwarten, im Fall der höher strukturierten Patientin mehr einsichtsfördernde Interventionen zum Einsatz kamen.

In den Einzelfällen der Pilotstudie wird die Hypothese zutreffend illustriert, daß auf der Basis eines höheren Niveaus von Ich-Funktionen mehr CMP-spezifische Deutungen und mehr einsichtsfördernde Non-CMP-Interventionen auf dem Weg zu einem guten Therapieergebnis eingesetzt werden, als bei niedrigerem Niveau.

## **9. Literatur**

- Alpher VS, Henry WP, Strupp HH (1990) Dynamic factors in patient assessment and prediction of change in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy* 27: 350-361
- Arbeitskreis OPD - Sprecher S.O. Hoffmann (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik - Grundlagen und Manual. Verlag Hans Huber, Bern
- Benjamin LS (1974) Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review* 81: 392-425
- Benjamin LS (1984) Principles of prediction using Structural Analysis of Social Behavior. In: Zucker RA, Aronoff J, Rabin AJ (Herausgeber) *Personality and prediction of behavior*. Academic Press, New York, 121-173
- Benjamin LS (1987) Use of the SASB dimensional model to develop treatment plans for personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 1: 43-70
- Benjamin LS (1992) *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. Guilford Press, New York
- Bibring E (1954) Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2: 745-770
- Butler SF, Henry WP, Strupp HH (1995) Measuring adherence in time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy* Vol 32(4): 629-638
- Crits-Christoph P (1998) The interpersonal interior of psychotherapy. *Psychotherapy Research* 8(1): 1-16
- Crits-Christoph P (1992) The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 149: 151-158
- Crits-Christoph P, Barber J, Kurcias JS (1993) The accuracy of therapists' interpretations and the development of the alliance. *Psychotherapy Research* 3: 25-35

- Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L (1988) The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 490-495.
- Crits-Christoph P, Demorest A, Connolly MB (1990) Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy. *Psychotherapy* 27: 513-521
- Derogatis LR (1983) SCL-90R administration, scoring and procedures manual. John Hopkins University Press, Baltimore MD
- Endicott J, Spitzer RL, Fliess JL, Cohen J (1976) Assessment of social adjustment by patient self report. *Archives of General Psychiatry* 33: 766-711
- Freud S (1917) Allgemeine Neurosenlehre. In: Freud S (1982) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Fischer Wissenschaft, Frankfurt am Main
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle
- Greenson RR (1967) The Technique and Practice of Psychoanalysis, vol.1, New York, Int. Univ. Press. Wiedergegeben in Sandler J, Dare C, Holder A (1973) Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie. Klett, Stuttgart
- Heigl-Evers A, Nitzschke B (1991) Das Prinzip "Deutung" und das Prinzip "Antwort" in der psychoanalytischen Therapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 37: 115-127
- Henry WP, Schacht TE, Strupp HH (1986) Structural Analysis of Social Behavior - Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 27-31
- Henry WP, Schacht TE, Strupp HH (1990) Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 768-774
- Henry WP, Schacht TE, Strupp HH, Butler SF, Binder JL (1993) Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists'

- responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 441-447
- Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE, Binder JL (1993) The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 434-440
- Henry WP, Strupp HH, Schacht TE, Gaston L (1994) Psychodynamic Approaches. In: Bergin AE & Garfield SL (Herausgeber) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York
- Hoglend P (1993) Transference Interpretations and Long-term Change after Dynamic Psychotherapy of Brief to Moderate Length. *American Journal of Psychotherapy* 47 (Vol. 4): 494-507
- Hoglend P (1996) Long-term effects of transference interpretations: comparing results from a quasi-experimental and a naturalistic long-term follow-up study of brief dynamic psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93: 205-211
- Hoglend P, Piper WE (1995) Focal adherence in brief dynamic psychotherapy: A comparison of findings from two independent studies. *Psychotherapy*, Vol 32(4): 618-628
- Janssen PL (1994) Situation der psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung in NRW. Vortrag auf den 1. Psychotherapietagen NRW, Winterberg
- Jones EE, Cumming JD, Horowitz MJ (1988) Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (1): 48-55
- Joyce AS (1992) Assessing the correspondence of interpretation with the therapist's initial problem formulation. Paper presented at the annual convention of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA. Wiedergegeben in: Henry WP, Strupp HH, Schacht TE, Gaston L (1994) *Psychodynamic Approaches*. In: Bergin AE & Garfield SL (Herausgeber) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York
- Junkert-Tress B, Tress W, Scheibe G, Hartkamp N, Maus J, Hildenbrand G, Schmitz N, Franz M (1999) *Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-*

- Projekt (DKZP). Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 49: 142-152
- Kächele H (1992) Psychoanalytische Therapieforschung 1930 - 1990. Psyche 46: 259-285
- Kernberg OF (1975) Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Janson Aronson, New York. Deutsche Ausgabe: Kernberg OF (1978) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Kernberg OF (1995) Die psychotherapeutische Behandlung von Borderline-Patienten. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 45(3-4): 73-82
- Koenigsberg, Kernberg, Appelbaum, Smith (1993) A method for analyzing therapist interventions in the psychotherapy of borderline patients. Journal of Psychotherapy Practice and Research, Vol 2(2): 119-134
- Kohut H (1971) The Analysis of the Self. A systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. International University Press, New York. Deutsche Ausgabe: Kohut H (1973) Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Luborsky L (1977) Measuring a pervasive structure in psychotherapy - the core conflictual relationship theme. In: Friedman N, Grand S (eds) Communicative structures and psychic structures. Plenum Press, New York, 367-395
- Marziali EA (1984) Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions. Archives of General Psychiatry, 41: 301-304
- McCullough L, Winston A, Farber BA, Poter F, Pollak J, Laikin M, Vingiano W, Trujillo M (1991) The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. Psychotherapy 28: 525-533
- Mergenthaler E (1992) Psychotherapy transcription standards. Psychotherapy Research 2: 125-142
- Norville R, Sampson H, Weiss J (1996) Accurate interpretations and brief psychotherapy outcome. Psychotherapy Research 6(1): 16-29

- Piper WE, Azim FA, Joyce SA, McCallum M (1991) Quality of object relations vs. interpersonal functioning as predictors of alliance and outcome. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 179: 432-438
- Piper WE, Azim FA, Joyce SA, McCallum M, Nixon G, Segal PS (1991) Transference interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 48: 946-953
- Piper WE, Debbane EG, de Carufel F, Bienvenu J (1987) A system for differentiating therapist interpretations from other interventions. *Bulletin of the Menninger Clinic* 51: 532-550
- Piper, McCallum, Hassan, Joyce (1993) Understanding the Relationship between Transference Interpretation and Outcome in the Context of Other Variables. *American Journal of Psychotherapy* 47 (4): 479-493
- Sandler J, Dare C, Holder A (1973) *Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie*. Klett, Stuttgart. Engl.: (1973) *The patient and the analyst: The basis of the psychoanalytic process*. Allen & Unwin, London
- Scheibe G, Junkert-Tress B, Hildenbrand G, Reister G, Tress W (1996) Veränderung von Interaktionsmustern bei Patienten mit Angststörungen während psychoanalytischer Kurzzeittherapie. In Henning H, Fikentscher E, Bahrke U, Rosendahl W (Herausgeber) *Kurzzeitpsychotherapie in Theorie und Praxis*. Pabst Science Publishers Lengerich, 267-285
- Schepank H (1995) *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)*. Beltz, Göttingen
- Silberschatz G, Curtis JT (1993) Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(3): 403-11
- Silberschatz G, Fretter PB, Curtis JT (1986) How do interpretations influence the process of psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 646-652
- Strachey J (1934) The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis* 15: 127-159
- Strupp HH (1998) The Vanderbilt I study revisited. *Psychotherapy Research* 8(1): 17-29

- Strupp HH, Binder JL (1984) Psychotherapy in a new key. Basic Books, New York
- Strupp HH, Hadley SW (1979) Specific versus non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. Archives of General Psychiatry 36: 1125-1136
- Strupp HH, Schacht TE, Henry WP (1988) Problem-treatment-outcome congruence - A principle whose time has come. In: Dahl H, Kächele H (Herausgeber) Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1-14
- Thomä H (1984) Der Einfluß des Psychoanalytikers auf den therapeutischen Prozeß. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 29: 76-86
- Thomä H, Kächele H (1996) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie: Band I - Grundlagen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Thomä H, Kächele H (1996) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie: Band II - Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Tress W, Henry WP, Strupp HH et al. (1990) Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) in Ausbildung und Forschung. Ein Beitrag zur "funktionellen Histologie" des psychotherapeutischen Prozesses. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 36: 240-257
- Tress W (Hrg.) (1993) Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB). Asanger, Heidelberg
- Tress W, Hildenbrand G, Junkert-Tress B, Hartkamp N (1994) Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 40: 341-352
- Tress W, Henry WP, 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
- Tress W, Junkert-Tress B, Albert SJ (2000): Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). In: Parfy E, Redtenbacher H, Sigmund R,

Schoberberger, Butschek CH (Herausgeber): Bindung und Interaktion.  
Facultas, Wien, 113-132

Weiss J, Sampson H (1986) The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical  
Observations and Empirical Research. Guilford Press, New York.

Winston A, Pollack J, McCullough L, Flegenheimer W, Kerstenbaum R, Trujillo  
M (1991) Brief dynamic psychotherapy of personality disorders. Journal of  
Nervous and Mental Diseases 179: 188-193

## **10. Lebenslauf**

### **Persönliche Daten**

Name: Sylvan Justin Albert  
Eltern: Dipl.-Psych. Erdmuthe Riegels, geb. Joppich und  
Prof. Dr. Dietrich Albert  
Geburtsdatum: 26.2.1972  
Geburtsort: Marburg/Lahn  
Konfession: evangelisch  
Nationalität: deutsch  
Familienstand: ledig

### **Schulbildung**

1978-82 Schule a.d. Heinickestr. und Johann-Peter-  
Hebel-Schule, Essen (Grundschulen)  
1982-91 Gymnasium-Essen-Überruhr, Abitur 1991

### **Studium**

1991-1993 Studium der Humanmedizin an der Universität Essen  
9-1993 Physikum  
  
ab 1993 Studium der Humanmedizin an der Heinrich-Heine-  
Universität Düsseldorf  
8-1994 I. Staatsexamen  
9-1994 I. Amerikanisches Staatsexamen (USMLE Step 1)  
9-1997 II. Staatsexamen  
  
9-1997 Praktisches Jahr Klinikum Wuppertal  
I. Tertial: Innere Medizin

II. Tertial: Chirurgie  
III. Tertial: Neurologie  
11-1998 III. Staatsexamen  
Abschluß des Studiums Humanmedizin (Gesamtnote 1,9)  
6 -2000 Vollapprobation

### Praktische Tätigkeiten

1995 -Neuro-Pädiatrie, HHU Düsseldorf  
-Allgemeinmedizin, Praxis D. Matzies, Düsseldorf  
1996 -Gynäkologie & Geburtshilfe, Franziskus Hospital, Bielefeld  
-Innere Medizin, St. Vinzenz-Krankenhaus, Düsseldorf

### Ärztliche Tätigkeit

seit 11-1998 Arzt im Praktikum / Assistenzarzt in der Klinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie, Klinikum Wuppertal, Universität Witten-Herdecke, Lehrkrankenhaus Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

### Wissenschaftliche Tätigkeiten

1994 Aufenthalt "Research-trainee Neuroscience" bei Prof. Dr. M. S. Buchsbaum, Mt. Sinai Hospital, New York City, N.Y.

seit 1995:

Scheibe G, Albert SJ, Tress W, Junkert-Tress B (1997) Qualitative Inhaltsanalyse von Kurzpsychotherapien bei Angstpatienten. Vortrag im Rahmen des *Wissenschaftlichen Wochenendes* der Klinik und des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Witzhelden

Albert SJ, Scheibe G, Junkert-Tress B, Tress W (1998) CMP-basierende therapeutische Interventionen (CMP-BTI) in der dynamischen Kurzzeitpsychotherapie. Ein Vergleich der Therapien von zwei Patientinnen mit unterschiedlichem Strukturniveau. Vortrag im Rahmen des *Wissenschaftlichen Wochenendes* der Klinik und des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Witzhelden

Albert SJ, Scheibe G, Junkert-Tress B, Tress W (1998) Classification of therapists' interventions by Structural Analysis of Social Behavior (SASB) and Cyclic Maladaptive Pattern (CMP). Paper presented at the annual convention of the Society for Psychotherapy Research, Salt Lake City, Utah

Albert SJ, Tress W, Junkert-Tress B, Hartkamp N, Scheibe G, Schmitz N (1999): Psychoanalytische Kurzzeitpsychotherapie bei Patienten mit neurotischen, psychosomatischen und Persönlichkeitsstörungen. Evaluation der Zusammenhänge von mikroprozessualen Therapieverlauf, therapeutischen Interventionen und Therapieergebnissen vor dem Hintergrund persönlichkeitsstruktureller Unterschiede. (DFG-Antrag)

Tress W, Junkert-Tress B, Albert SJ (2000): Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). In: Parfy E, Redtenbacher H, Sigmund R, Schoberberger, Butschek CH (Herausgeber): Bindung und Interaktion. Facultas, Wien, 113-132.

## Zusammenfassung (Abstract)

Die vorliegende explorative Dissertation untersucht im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekts die Hypothese, psycho-therapeutische Interventionen müssten in Abhängigkeit vom Strukturniveau der jeweiligen Patienten differenziell eingesetzt werden; d.h. mehr einsichtsfördernde Techniken bei höher strukturierten Patienten. Es sollte zum einen die Fokustreue der Interventionen geprüft werden, zum anderen der Anteil spezifischer therapeutischer Interventionen (wie Deutung, Übertragung, Konfrontation) und unspezifischer Interventionen (emotionale Neuerfahrung, Unterstützung, therapeutische Allianz).

Die Hypothese wurde exemplarisch an 2 Angstpatientinnen mit gutem Therapieergebnis geprüft, welche je eine gute bzw. mäßige Integration des Strukturniveaus aufwiesen. Beide hatten eine 25-stündige, psychodynamische Kutztherapie mit dem Fokus des Zyklisch-Maladaptiven Musters (CMP) von Strupp und Binder (1984) erhalten. Als Untersuchungsinstrument wurde die anerkannte Methode der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) von Benjamin (1974ff) eingesetzt, womit sich zentrale Dimensionen zwischenmenschlichen Verhaltens abbilden lassen. Zusätzlich sollten alle auftretenden therapeutischen Interventionen danach klassifiziert werden, inwieweit sie dem formulierten CMP-Fokus entsprachen. Zugleich sollte geprüft werden, in welchem Maße die übrigen Interventionen spezifischer oder unspezifischer Natur waren.

Zunächst galt es, anhand vorliegender psychodynamischer Literatur ein Klassifikationssystem für therapeutische Interventionen zu entwickeln. Hierbei wurden Interventionen, welche den CMP betreffen (CMP-BTI), unterschieden von weiteren Interventionen (Non-CMP-I), die wiederum in spezifische und unspezifische differenziert wurden.

Entsprechend größere Abschnitte beider Therapien wurden der SASB-Prozeß- und Inhaltsanalyse unterzogen. Die Prozeßanalyse untersucht die beobachtbare Interaktion zwischen Patient und Therapeut, die Inhaltsanalyse die Interaktionen in den berichteten Beziehungsepisoden. Hier zeigte sich, daß feindselig-unfreundliche Verhaltensweisen – also CMP-Verhalten – zwischen Patient und Therapeut nur in der Therapie mit der höher strukturierten Patientin auftauchten, während es im Fall der niedriger strukturierten Patientin ausschließlich freundlich zugeht. Die Inhaltsanalyse wies in beiden Fällen aus, daß in den Außenbeziehungen intensiv an den Stationen des CMP gearbeitet wurde.

Die therapeutischen Interventionen beider Fälle unterschieden sich hinsichtlich der CMP-BTI eindeutig, wobei hypothesengerecht im höher strukturierten Fall mehr Interventionen eingesetzt wurden (11,6% versus 7,8%). Auch die Verteilung der Subkategorien unterschied sich erwartungsgemäß; so wurde nur bei der höher strukturierten Patientin die therapeutische Beziehung im CMP-Kontext angesprochen. Bei den non-CMP-Interventionen zeigte sich ebenfalls hypothesengerecht, daß hier mehr einsichtsfördernde Interventionen zum Tragen kamen.

Die Hypothese, bei höherem Strukturniveau der Patienten sollten spezifischere, d.h. mehr CMP- und mehr einsichtsfördernde Interventionen im Gegensatz zu Faktoren der therapeutischen Allianz eingesetzt werden, wurde in dieser Pilotstudie an 2 Einzelfällen bestätigt. Eine Untersuchung mit größerer Fallzahl läuft gegenwärtig an der Univ.-Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Rahmen eines DFG-Projekts.

gez. Univ.-Prof. Dr. Dr. W. Tress, 18.12.00