

Aus dem Klinischen Institut und der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

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

**Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie**

**2 Einzelfalluntersuchungen gemäß dem Zyklisch Maladaptiven Muster (CMP) und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens**

**DISSERTATION**

**zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin**

**Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität**

**Düsseldorf**

vorgelegt von

Mara Carola Hennen

2016

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

gez.

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

Erstgutachter: Univ.-Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Wolfgang Tress

Zweitgutachter: PD Dr. med. Christian Lange-Asschenfeldt

## **Danksagung**

Ich möchte mich sehr bei Herrn Univ. Prof. Dr. Dr. Tress bedanken, dass er mir die Möglichkeit gegeben hat, diese Arbeit fertigstellen zu dürfen.

Außerdem möchte ich seinen Mitarbeiterinnen Frau Dr. Neumann und Frau Dr. Michalek danken, die mich in der letzten und entscheidenden Phase dieses Projektes tatkräftig unterstützt haben.

Ich danke meiner Familie, die stets an mich geglaubt hat und meinem Lebensgefährten, Herrn Dr. Niels Fuhrmann, für die emotionale Unterstützung und die konstruktive Kritik.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>6</b>
1.1	Ziele dieser Arbeit	6
1.2	Die Circumplex-Modelle	6
1.3	Das zyklisch Maladaptive Beziehungsmuster (CMP, Cyclic Maladaptive Pattern; Tress et al. 1996)	8
1.4	Das SASB-Modell nach Benjamin 1974	10
1.5	Zur Ätiologie und Therapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	12
1.6	Zur Ätiologie und Therapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung	20
<b>2</b>	<b>Material und Methoden</b>	<b>29</b>
2.1	Material	29
2.2	Methoden	29
2.2.1	Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie Projekt (DKZP) im Hinblick auf den Therapieabbruch	29
2.2.2	Der INTREX Fragebogen	36
2.2.3	Stundenbeurteilung durch den Therapeuten/die Therapeutin nach dem CMP-Schema	37
2.2.4	Die Typologie der Abbrecher nach Junkert-Tress et al. (2000)	37
2.2.5	Der Beeinträchtigungsschwere Score (BSS)	38
2.2.6	Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	38
2.2.7	Die SCL-90 (Symptom-Check-List)	39
2.2.8	Der Gießen-Test	40
<b>3</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>41</b>
3.1	Patient A: Vorstellung und Biografie	41
3.1.1	Die Diagnose der narzisstischen Persönlichkeitsstörung Patient A	43
3.1.2	Therapie Patient A	44
3.2	Patientin B: Vorstellung und Biografie	47
3.2.1	Die Diagnose der histrionischen Persönlichkeitsstörung Patientin B	49
3.2.2	Therapie Patientin B	50
3.3	Die Auswertung der Therapiestunden nach dem SASB-Modell	53

3.3.1 Clusterhäufigkeiten Patient und Therapeutin A	53
3.3.2 Clusterhäufigkeiten Patientin und Therapeutin B	58
3.4 Stundenbeurteilungen der Therapeutinnen A und B nach dem CMP-Modell (Beurteilungsbogen)	63
3.5 Zusammenfassende Beurteilung der Therapieverläufe A und B	66
3.6 Die Zuordnung der Patienten zu den Abbrechertypen nach J. Tress (2000)	70
3.7 Die INTREX-Fragebögen Patienten A und B	72
3.8 Auswertung des Beeinträchtigungsschwere Score Pat. A und Pat. B	78
3.9 Auswertung der GAF-Fragebögen Patient A und Patientin B	78
3.10 Auswertung des SCL-90 Patientin B	79
3.11 Auswertung des Gießen-Tests Patient A und Patientin B	79
3.12 Mittelwerte der Fragebögen zu Therapiebeginn im Vergleich	80
<b>4 Diskussion</b>	<b>81</b>
<b>5 Zusammenfassung</b>	<b>86</b>
<b>6 Literaturverzeichnis</b>	<b>87</b>
<b>7 Eidesstattliche Versicherung</b>	<b>92</b>

## 1. Einleitung

### 1.1 Ziele dieser Arbeit

Ziel dieser Dissertationsarbeit ist es, anhand der Therapieverläufe von zwei abgebrochenen Kurzzeitpsychotherapien erklärende Hypothesen zur Ätiologie des Therapieabbruchs zu generieren, da die Gründe selten auf der Hand liegen, sondern sich durch komplexe Verhaltensmuster bedingen.

Anhand ausführlicher Analyse der Therapien, insbesondere der Gespräche durch Prozessanalyse, zusammenfassende Inhaltsanalyse und Auswertung der INTREX-Fragenbögen mittels der SASB-Methode soll sich zeigen, wann und warum es eventuell aufgrund der Gesprächsführung oder Wiederholung von spezifischen, zyklisch maladaptiven Mustern in der Patient-Therapeut-Beziehung zu einem Umschwung gekommen ist und ob Parallelen zwischen diesen beiden Fällen bestehen.

Es handelt sich um eine explorative Studie, in der zwei Patienten des Düsseldorfer Kurzzeittherapieprojekts ausgewählt wurden, die ihre Therapie vorzeitig abgebrochen haben.

Patient A leidet unter einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, Patientin B leidet unter einer histrionischen Persönlichkeitsstörung.

### 1.2 Die Circumplex-Modelle (Fiedler, 2007, Leary, 1957, Kiesler, 1983, Horowitz et al., 1988)

Als erster versuchte Timothy Leary (1957) ein Modell zu entwickeln, das für die Diagnostik interpersoneller Probleme und damit auch für die Erklärung der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen hilfreich sein sollte und sich Interpersonal Circle nannte. Es besteht aus zwei Achsen: Die horizontale Achse beschreibt die Dimensionen Hass versus Liebe und die vertikale Achse Dominanz versus Unterwürfigkeit. Daraus ergibt sich ein Kreismodell, in dem acht Persönlichkeitstypen vertreten waren, die in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft der Anordnung positiv korrelieren und die gegenübergestellten Eigenschaften negativ miteinander

## **Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien**

korrelieren. Kritisch zu sehen ist, dass dieses Model die Komplexitäten von Charakteren und Interaktionen nur sehr vereinfacht darzustellen vermag, da es auf nur wenigen Grunddimensionen aufbaut.

Aber auch die Nachfolgestudien bedienten sich ausnahmslos an den genannten zwei Dimensionen Learys: Hass versus Liebe und Dominanz versus Unterwürfigkeit. Zu den weltweit anerkanntesten Nachfolgemodellen gehören der Interpersonelle Zirkel von Kiesler (z.B. 1983), das Inventory of Interpersonal Problems von Horowitz et al. (z.B. 1994) und die Structural Analysis von Benjamin (z.B. 1974).

### **1.3 Das Modell des Zyklisch maladaptiven Beziehungsmusters (Tress et al., 1996)**

Das Modell des CMP beschreibt interpersonelle und innerseelische Interaktionsmuster eines Menschen, die sich zyklisch bedingen, selbst unterhalten und Ausdruck einer Fehlanpassung an die Umgebung sind.

Es bildet in seiner Bedeutung den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit, da der Therapeut eine aktuelle Bezugsperson darstellt und sich somit in der Interaktion auch zyklisch maladaptive Muster auf die therapeutische Beziehung übertragen und auswirken können.

Es basiert auf der Annahme, dass sich Wahrnehmungen und Wünsche aus früheren Beziehungen, meist zu einer Bezugsperson internalisieren und somit das Verhalten des Patienten, aber auch das seiner aktuellen Umgebung bedingen. Durch die Introjektion der vorgelebten (elterlichen) Muster entsteht die Einstellung gegenüber sich selbst, das heißt, man behandelt sich so, wie man in der Kindheit von seiner Bezugsperson behandelt wurde.

Meist ist die Person, die dieses Muster, den Modus der Internalisierung, prägt, ein Elternteil, oder es sind beide Elternteile, da sie in der Entwicklung überwiegend die Bezugspersonen darstellen. Aus diesem Grund wird der Eltern-Kind-Beziehung besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Durch bestimmte Erlebnisse oder Beziehungskonflikte mit der Bezugsperson werden Wahrnehmungen, Wünsche und Befürchtungen internalisiert (Internalisierung, SASB-Fokus 2) und bedingen das zwischenmenschliche Verhalten des Patienten; das heißt, der Patient gibt in seinem Verhalten die Erwartungen an die frühere Bezugsperson im späteren Leben an die aktuelle Bezugsperson weiter (Identifikation, SASB-Fokus 1). Diese reagiert auf diese Haltung und generiert beim Patienten wieder ein bestimmtes Selbstbild (Introjektion, SASB-Fokus 3).

Das Selbstbild formuliert wiederum Wünsche oder Befürchtungen (Internalisierung, SASB-Fokus 1), sodass sich der Kreis schließt.



Das Modell des CMP steht bei der dynamischen Kurzzeit-Psychotherapie im Fokus, wo es zuerst von Strupp und Binder (1984) beschrieben und später um psychogenetische Aspekte von L.S. Benjamin (1974) erweitert wurde. Während der Therapie werden CMP-Modelle des jeweiligen Falls angefertigt und sowohl frühere Beziehungsmuster, die die Internalisierung ausmachen und die Wünsche des Patienten formulieren, als auch das zwischenmenschliche Verhalten und das Selbstbild ausgearbeitet.

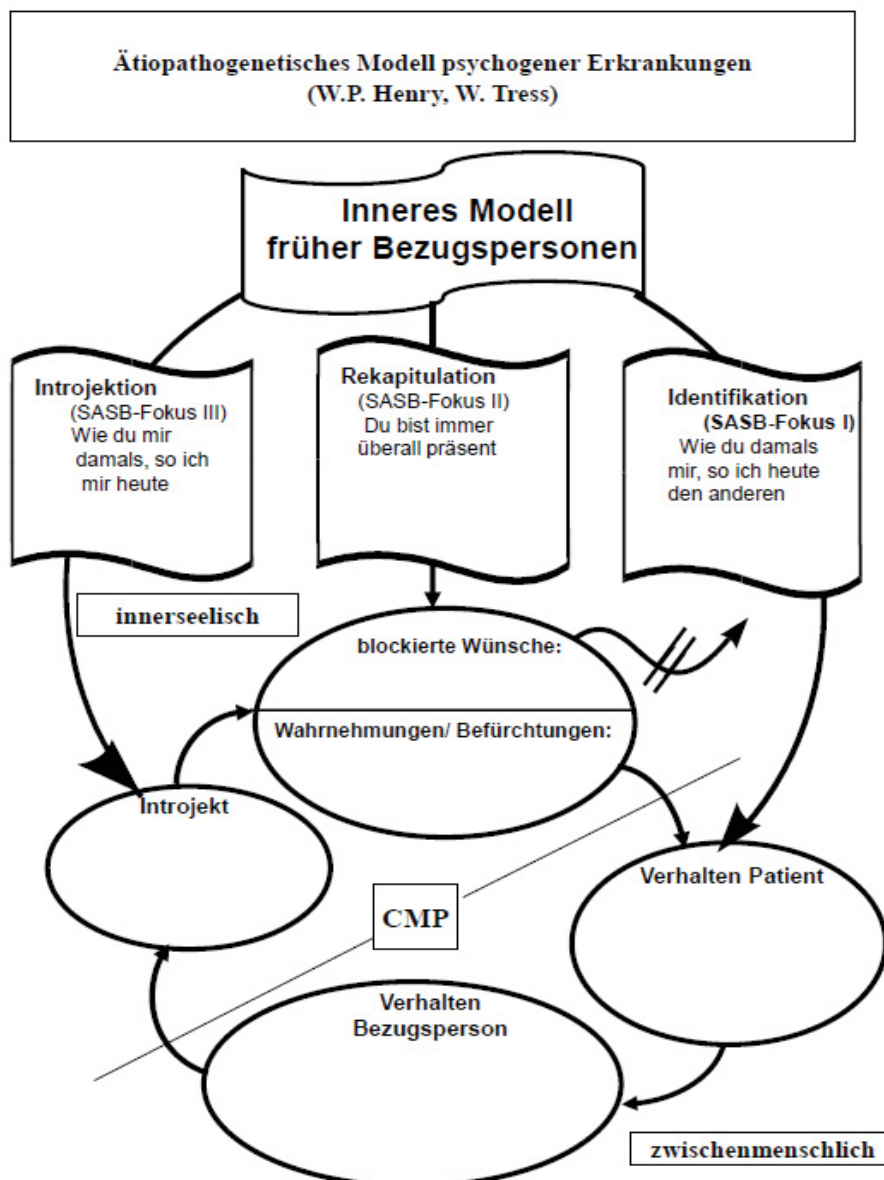


Abbildung 2: Das CMP-Modell, mod. nach Tress et al. (1996), mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. W. Tress

## 1.4 Das SASB-Modell nach Benjamin (1974)

Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens (Structural Analysis of Social Behavior) ist eine Methode, um interpersonelles Verhalten, Persönlichkeitscharakteristika, wie auch zwischenmenschliche Veränderungsprozesse darzustellen. In dieser Arbeit ist dieses Modell essentiell für die qualitative Auswertung der Therapiegespräche zur Detektion von eventuellen Kommunikationsdefiziten.

Die Modellstruktur umfasst drei grundlegende Dimensionen (Aufmerksamkeitsfokus, Affiliation, Interdependenz).

Der Aufmerksamkeitsfokus beinhaltet drei Möglichkeiten:

- Transitiver Fokus (aktiv), in dem der Sprecher auf den Gesprächspartner in seiner Aussage Einfluss nehmen möchte, entweder Unabhängigkeit gewährend oder kontrollierend.
- Intransitiver Fokus (reaktiv), der Sprecher zeigt einer Reaktion auf die transitive Aussage seines Gegenübers ohne diesen beeinflussen zu wollen. Ebenfalls unter diesen Fokus fallen Aussagen über die Befindlichkeit des Sprechers.
- Introjekt (intrapsychisch), die Aussage wendet sich an den Sprecher selbst. Er beurteilt sich nach seiner, durch zwischenmenschliche Erfahrungen geprägten Haltung sich selbst gegenüber.

Die waagerechte Achse des Auswertungsmodells nimmt die Affiliation ein: Freundlich und liebevoll versus feindselig und hasserfüllt.

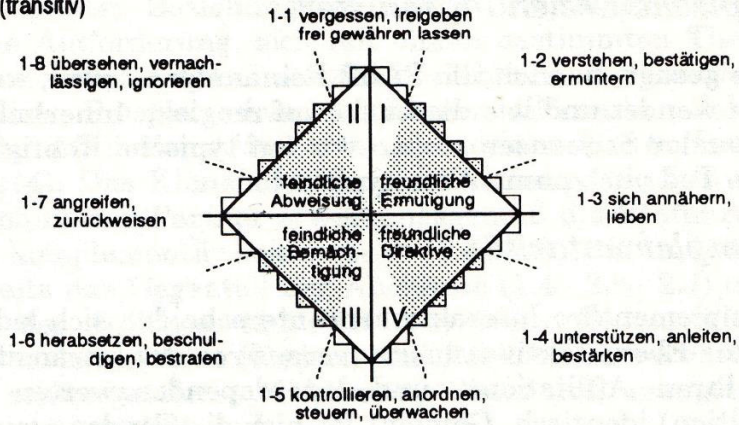
Die senkrechte Achse der Interdependenz richtet sich nach dem jeweiligen Fokus und beschreibt Steuerung und Kontrollausübung:

- Transitiver Fokus: Unabhängigkeit gewährend gegenüber Kontrolle ausübend
- Intransitiver Fokus: Unabhängigkeit gegenüber Unterwerfung
- Introjekt: Die eigene Spontaneität zulassend gegenüber Selbstkontrolle übend

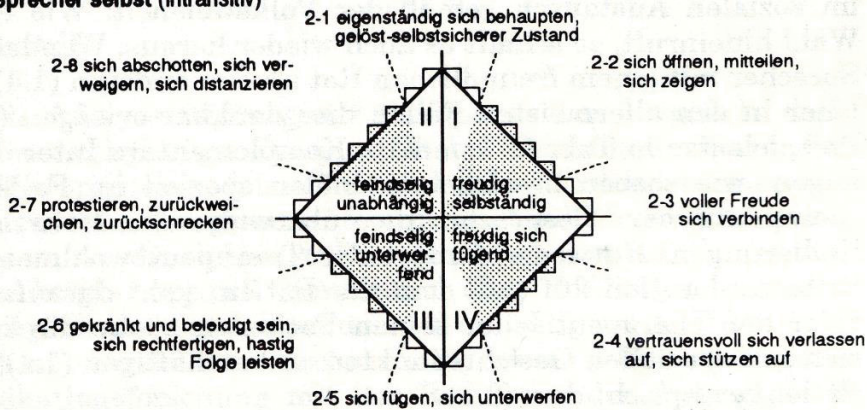
Aus den genannten Dimensionen ergeben sich drei rhombenförmige Diagramme, jeweils eines für den jeweiligen Aufmerksamkeitsfokus:

Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien

**Fokus: Der Andere (transitiv)**



**Fokus: Der Sprecher selbst (intransitiv)**



**Fokus: Introjekt (intrapyschisch)**

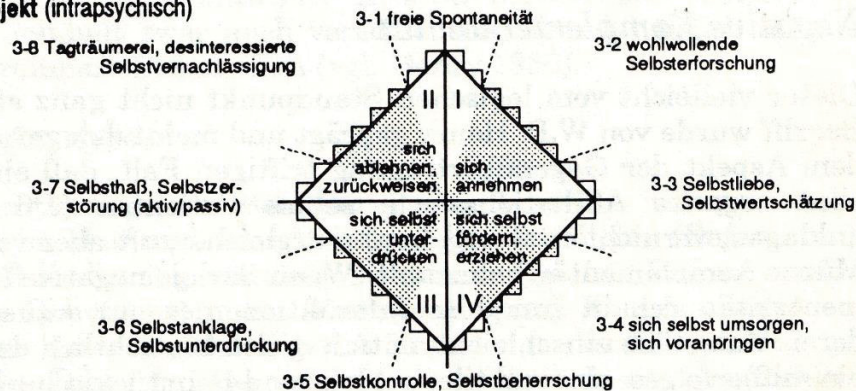


Abbildung 3 aus: Tress, W. (Hrsg.): SASB Die Strukturele Analyse Sozialen Verhaltens, Roland Asanger Verlag, Heidelberg, 1993, mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. W. Tress

## 1.5 Zur Ätiologie und Therapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

(Sachse, 2006, Fiedler, 1994, Herpertz und Saß, 1999, 2003)

In der Psychoanalyse gilt die narzisstische Neurose als eine einseitige, Libidobesetzung des „Ich“ mit einer folgenden „Über-Ich-Isolierung“ oder „Gewissenlosigkeit“. Nach Freud (1914) seien diese Patienten einer psychoanalytischen Therapie nicht zugänglich. Die psychoanalytische Therapie stütze sich auf die Bearbeitung von Übertragung und Widerstand, welche beim Narzissten vermindert, beziehungsweise gar nicht vorhanden seien. Lange Zeit hielt sich diese Unzugänglichkeit der narzisstischen Neurose zu einer psychoanalytischen Behandlung, bis das Thema in den fünfziger Jahren erneut aufgegriffen wurde. Dies hatte zur Folge hatte, dass die Narzissmustheorie sich zu einem wichtigen Eckpfeiler diverser Persönlichkeitsstörungen entwickelt hat.

Das zentrale Beziehungsmotiv bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung ist die Anerkennung. Der Patient hat das ausgeprägte Bedürfnis, durch viel positives Feedback gemocht und anerkannt zu werden. Andere wichtige Beziehungsmotive können außerdem Wichtigkeit und Solidarität sein.

### Kriterien der narzisstischen Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV und ICD-10

#### Diagnostische Kriterien nach DSM-IV

##### Diagnostische Kriterien der narzisstischen Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV

Ein tiefgreifendes Muster von Großartigkeit (in Fantasie oder Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) Hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt z.B. die eigenen Leistungen und Talente; erwartet, ohne entsprechende Leistungen, als überlegen anerkannt zu werden),
- (2) Ist stark eingenommen von Fantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe,

- (3) Glaubt von sich, „besonders“ und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen Personen (oder Institutionen) verstanden zu werden oder nur mit diesen verkehren zu können,
- (4) Verlangt nach übermäßiger Bewunderung,
- (5) Legt ein Anspruchsdenken an den Tag, d.h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen,
- (6) Ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch, d.h. zieht Nutzen aus anderen, um die eigenen Ziele zu erreichen,
- (7) Zeigt einen Mangel an Empathie: ist nicht willens, die Gefühle und Bedürfnisse anderer zu erkennen, oder sich mit ihnen zu identifizieren,
- (8) Ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn/sie,
- (9) Zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Handlungen.

Abbildung 4 zitiert gemäß DSM-IV-TR der APA (2000; dt. 2003, S.785)

Diese Verhaltensweisen sollten durchgängig vorhanden sein. Die Diagnose sollte bei jungen Frauen und Männern in der Adoleszenz zurückhaltend gestellt werden, da oft narzisstisch anmutende Stadien beim Heranwachsen durchlaufen werden, vgl. Saß, Herpertz (1999).

Kriterien gemäß ICD-10, vgl. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2012)

Im ICD-10 ist die narzisstische Persönlichkeitsstörung lediglich in einem Anhang zu finden:

F60.8

Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen, inkl.:

Persönlichkeit(ssstörung):

- . exzentrisch
- . haltlos
- . narzisstisch

- . passiv-aggressiv
- . psychoneurotisch
- . unreif

### Das CMP der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

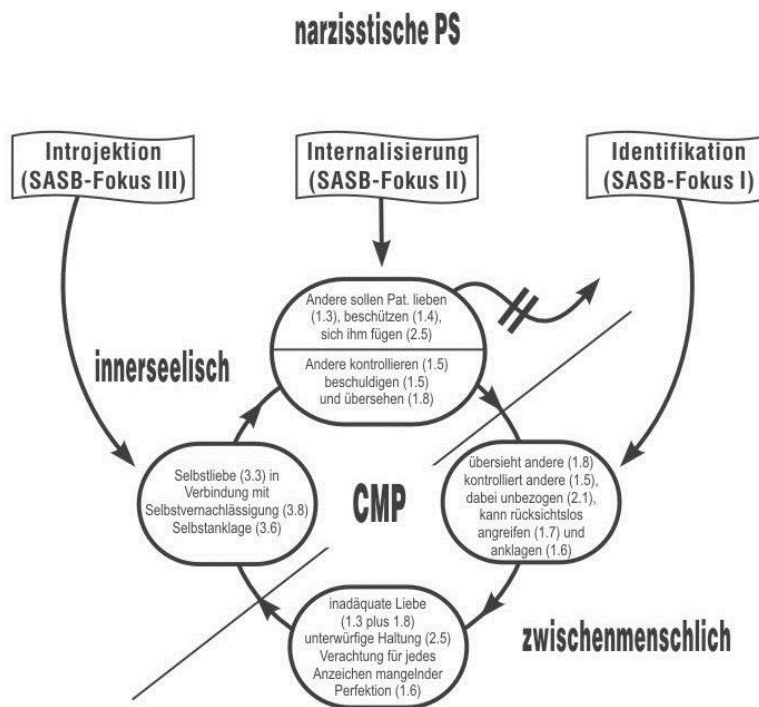


Abbildung 5: Die Störungstheorie, basierend auf dem Modell des CMP (Cyclic maladaptive Pattern) nach Strupp und Binder 1984 modifiziert nach Tress 1993, mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. W. Tress

Es findet sich in der Kindheit von Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung oft im Zwischenmenschlichen eine unterwürfige Haltung (Cluster 2.5), was nicht perfekt ist, wird kritisiert oder sogar verachtet (Cluster 1.6). Dies bedingt den SASB-Fokus III, die Internalisierung, der Patient ist selbstverliebt (Cluster 3.3), klagt sich jedoch auch selbst an (Cluster 3.6) und/oder vernachlässigt sich (Cluster 3.8). Dies wiederum bedingt seine Wünsche und Befürchtungen, die Internalisierung, den SASB-Fokus II: Andere sollen ihn lieben (Cluster 1.3) und sich ihm fügen (Cluster 2.5). Er befürchtet, dass sie ihn kontrollieren oder beschuldigen (Cluster 1.5) und übersehen (Cluster 1.8). Aus diesen negativen Erwartungen resultiert der SASB-

Fokus I, die Identifikation, also wie er mit seiner Umwelt interagiert. Er übersieht andere (Cluster 1.8), kontrolliert sie (Cluster 1.5), ist anklägerisch (Cluster 1.6) oder greift sie sogar an (Cluster 1.7). Dies führt wieder im Zwischenmenschlichen zu der oben genannten Reaktion seiner Umwelt, so, dass ein in sich geschlossenes Kreismodell vorliegt.

### Die Biographie nach Sachse (2012)

Die Patienten bekommen meist zwei Arten von Signalen: Sie müssen, um anerkannt zu werden, erfolgreich sein, und an ihnen wird gezweifelt. Durch ein so ausgebildetes negatives Selbstschema verfolgen sie die Strategie, Leistung zu zeigen. In der späteren Biographie erhalten sie Anerkennung für ihre Leistung und bilden das zweite, das positive Selbstschema auf. Das positive Selbstschema kann, muss aber nicht, übermäßig ausgeprägt sein, bis hin zu sogenanntem Größenwahn. Das negative Schema ist geprägt von Minderwertigkeitsgefühlen und Selbstzweifeln.

Beide Schemata können nebeneinander aktiviert sein, meist ist aber nur eins aktiviert, beziehungsweise eines ist deutlich stärker ausgeprägt. Das bedeutet, dass der Narzisst nicht zwangsläufig stets hochmotiviert und leistungsorientiert ist, sondern kann auch, wenn das negative Schema aktiviert ist, zu starken Selbstzweifeln neigen. Er kann extrem leicht zu kränken sein und vor lauter Versagensängsten vermeiden etwas zu leisten. Wenn das negative Schema aktiv ist, werden Erfolge nicht wahrgenommen, da sie nur dem positiven Schema angelagert sind.

Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung halten sich selbst nicht ausschließlich für besonders gut, oder gar besser als die anderen. Sie sind vielmehr von Selbstzweifeln getrieben und versuchen sich durch ihr Verhalten ebenso darzustellen.

### Differenzialdiagnostik nach Fiedler (2007), Herpertz, Saß (2003)

Nach Fiedler (2007) und Herpertz, Saß (2003) finden sich häufig Komorbiditäten mit der histrionischen, Borderline- und der antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Gemeinsam ist immer der Mangel an Empathie, die Selbstwertprobleme und das Ausnutzen von zwischenmenschlichen Beziehungen.

Bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung sind die Handlungen aber nicht so emotional und intensiv in zwischenmenschlichen Beziehungen, außerdem verfügen sie über eine gefestigtere Persönlichkeitsstruktur.

Gelegentlich ist die narzisstische Persönlichkeitsstörung auch gegenüber einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung hin abzugrenzen, da beide zum Perfektionismus neigen; der Narzisst besitzt jedoch nicht die Möglichkeit zur Selbstkritik und zur Selbstanklage.

Der Unterschied zur schizotypen oder paranoiden Persönlichkeit liegt im fehlenden sozialen Rückzug, es sei denn der Narzisst tut es, damit andere seine Schwächen nicht entdecken.

Außerdem sollte sichergestellt werden, dass es sich nicht um eine manische, bzw. hypomanische Episode oder um den Einfluss von psychoaktiven Substanzen handelt.

### Diagnostik:

Im englischen Sprachraum liegt das Diagnostic Interview for Narcissism von Grunderson et al. (1990) vor. Es erfasst die Ebenen Grandiosität, interpersonelle Beziehungen, Reagibilität, soziale und moralische Adaption, Affekte und Gefühlszustände.

Das Narcissistic Personality Inventory (NPI) von Raskin und Terry (1988) umfasst 40 Items und liefert eine detaillierte Übersicht darüber, welche Anteile des Narzissmus bei den Probanden überwiegen. Es basiert auf den DSM-Kriterien für die narzisstische Persönlichkeitsstörung

Im deutschen Sprachraum liegt das Narzissmusinventar von Deneke und Hilgenstock (1989) vor.

Der Test liefert ein Profil der narzisstischen Struktur des Probanden. Er ist aus 163 Items aufgebaut, die wiederum 18 Skalen, die wiederum vier Dimensionen des Selbst zugeordnet werden, zugeordnet sind. Zwischen den Skalen existiert zum Teil eine mittelhohe bis hohe Korrelation, deshalb werden sie in inhaltlich nachvollziehbare Dimensionen zusammengefasst.



Therapieoptionen der narzisstischen Persönlichkeitsstörung nach Fiedler (2007), Herpertz und Saß (2003)

1) Psychoanalyse

2) Verhaltenstherapie, kognitive Therapie

1) Psychoanalyse, psychodynamischer Ansatz

Hierbei kann sich der Therapeut an den Konzepten Kohuts (1971) oder Kernbergs (1970), sowie Denekes (2000) orientieren.

Nach Kohut (1971) ist die narzisstische Persönlichkeitsstörung der Prototyp einer frühen Störung. Es handelt sich um einen subjektiv unlösbaren Konflikt zwischen Selbstüberschätzung und gleichzeitiger Annahme einer Grandiosität eines anderen, beziehungsweise aus deren ständiger Fluktuation, sodass eine Übertragung eines grandiosen Selbst/Grandiosität aus dem Erleben in der Kindheit auf aktuelle Beziehungen stattfindet. Im Mittelpunkt der Behandlung steht die Integration von grandiosem Selbst und idealisierten Eltern-Repräsentanzen in die Persönlichkeitsstruktur. Der Therapeut spiegelt, bestätigt und bietet sich in „Selbstobjekt-Funktionen“ an, da im Behandlungsverlauf Frustrationen unvermeidlich sind. Das Behandlungsziel ist also eine „Nachreifung“ durch eine korrektive Beziehungserfahrung.

Nach Kernberg(1970) sei die narzisstische Persönlichkeitsstörung bereits eine konkrete Form der Lösung des Konfliktes, als Überwertigkeitssicht der eigenen Person. Hier steht die Behandlung der aggressiv-destruktiven Impulse und der Entwertungen im Mittelpunkt.

Nach Kernberg (1970) kann so die Störung eine Borderline-Störung maskieren, stellt aber eine mildere Störungsvariante dar. Deshalb werden die Formen der narzisstischen Abwehr direkt, wie oben erwähnt, angegangen, um sie spezifisch zu bearbeiten.

Nach Kohut (1971) kann dies vom Patienten aber auch als mangelnde Empathie empfunden werden, welche die Abwehrmechanismen provozieren und aktivieren würde, weshalb er eine strikt empathische und von Verständnis geprägte Therapie fordert.

Nach Deneke (2000), der konkrete Therapieüberlegungen anstellte, steht im Rahmen der „Übertragungsfokussierten Psychotherapie“ die Übertragungsanalyse mit Klärung, Konfrontation und Interpretation unbewusster internalisierter Objektbeziehungen aus der Vergangenheit im Mittelpunkt. Narzisstische Abwehrmechanismen werden dargestellt, angesprochen und interpretiert. Entwertungen seitens des Patienten sollten früh thematisiert werden. Das Verhalten wird durch die Lebensgeschichte erklärbar. Durch empathisches, nicht wertendes Verhalten des Therapeuten kann der Patient auch Gefühle wie Wut oder Verachtung bearbeiten. Die bisher gespaltenen Selbst- und Objektrepräsentanzen in „gut und böse“ können integriert werden und der Patient erkennt, dass sowohl er, als auch der Therapeut gute wie auch schlechte Seiten haben kann.

### 2) Kognitiv-behaviorale Ansätze, Fiedler (1994), Herpertz, Saß (2003)

Nach Fiedler (1994) und Herpertz, Saß (2003) empfehlen sich hier drei verschiedene Behandlungsinterventionen: Abbau des grandiosen Selbstbildes, Reduzierung der Überempfindlichkeit gegenüber der Einschätzung durch andere und Förderung der Empathie. Hierbei werden verschiedene Methoden der entsprechenden Problemanalyse nach angewandt.

Allerdings muss man beachten, dass bei der Verhaltenstherapie die narzisstische Persönlichkeitsstörung wird als Komorbidität im Rahmen von affektiven Störungen meist nur „mitbehandelt“ wird. Es sollte darauf geachtet werden, dass die therapeutische Strategie sowohl das Verhalten des Patienten in seiner sozialen Umgebung, als auch die Therapeut-Patient-Beziehung beeinflussen wird. Die narzisstisch getönten, kognitiven Konstruktionen des Patienten sollten nicht moralisch interpretiert werden, außerdem sollten interpersonelle Aspekte thematisiert, explizit an existierenden Personen festgemacht und bearbeitet werden. Empathie und Feedback spielen auch bei der Verhaltenstherapie eine große Rolle. So kann man verschieden Materialien und Medien zum Training einsetzen, zum Beispiel Rollenspiele zur Empathie-Entwicklung und Video-Feedback.

### Der narzisstische Patient in der Psychotherapie, Sachse (2006, 2012)

In der Therapie versuchen Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen die Kontrolle zu übernehmen. Oft machen sie dem Therapeuten Vorschläge zur

Gestaltung der Therapie. Der Therapeut sollte diese Vorschläge als konstruktiv loben, sie aber professionell bewerten. Diese „Doppelstrategie“ sollte befolgt werden: Der Patient sollte ernst genommen werden, dennoch sollte der Standpunkt, dass der Therapeut der Experte ist, beharrlich vertreten werden. Sollte der Patient dies nicht akzeptieren, muss er sich entscheiden, ob er professionelle Hilfe annehmen möchte oder nicht.

Da der narzisstische Patient nicht als fehlerhaft gesehen werden möchte und Angst vor Abwertung hat, muss der Therapeut sich komplementär verhalten, damit eine gute Therapeut-Patient-Beziehung zustande kommt. Der Therapeut sollte also vermeiden, Probleme als schwerwiegend zu kommunizieren mit dem Hintergrund, den Patienten stets anerkennend zu loben. Der Patient darf nie sein Gesicht verlieren. Probleme werden durch den Patienten angesprochen und auf seinen Wunsch und auf seine Weise bearbeitet. Der Therapeut normalisiert im Idealfall ein Problem, indem er den Patienten zum Beispiel für seine Stärke und Reflexivität lobt.

Langfristig sollte ein Therapeut seine Expertenrolle aber nicht verlassen, zum Beispiel wenn es um die Regeln der Therapie oder die persönliche Meinung, zum Beispiel als Solidarisierung gegenüber Dritten, geht.

Die Konfrontation mit Selbstzweifeln sollte sehr vorsichtig geschehen. Als Argument kann man anführen, dass dem Patienten durch sein bisheriges Verhalten und Selbstzweifel hohe Kosten entstehen. Dadurch wird der Patient angeregt, eigenmächtig in das Thema einzusteigen und nach Problemlösungen und Alternativen zu suchen.

## 1.6 Zur Ätiologie und Therapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung

Hysterie als psychische Störung ist seit der Antike bekannt und leitet sich ab aus dem griechischen Wort „Hystera“ für Gebärmutter. Später wandelte sich die Beschreibung dieser Art von Persönlichkeitsstörung in „histrionisch“, abgeleitet von dem griechischen „histrion“, der Schauspieler. Früher wurde die Hysterie, nicht nur bei Frauen, für eine Vielzahl von Verhaltensweisen verantwortlich gemacht, die tatsächlich oft in Zusammenhang mit Konflikten auf sexueller Ebene standen, vgl. Stavros Menzos (2010), doch eigentlich, wie der Namensursprung besagt, sollte die Gebärmutter im Körper herumwandern, sollte sie nicht mit Samen gefüttert werden und so starke Emotionen auslösen. Pierre Janet beschrieb dies 1907 in Zusammenhang mit einer seelischen Automatisierung, die in Folge einer Traumatisierung zu einer Abspaltung des Bewusstseins entstand.

Der heutige Begriff „histrionische Persönlichkeitsstörung“ tauchte erstmals eigenständig im DSM-III (1980) und im ICD-10 (1991) auf.

Kriterien der histrionischen Persönlichkeitsstörung nach Sachse et al (2012, Herpertz und Saß (2003)

Die histrionische Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch ein dramatisches, höchst emotionales Verhalten aus. Die Patienten haben oft ein übertriebenes Bedürfnis nach Wichtigkeit und stehen gerne im Mittelpunkt. Ihr Verhalten ist oft charmant, sie haben mitunter eine hohe erotische Ausstrahlung und sind in ihrem Handeln meist sehr manipulativ.

Insbesondere auf der Verhaltensebene können sich geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen, nach Herpertz S., Saß H. (2000), so zeigen Histrioniker gegenüber ihren gleichgeschlechtlichen Interaktionspartnern oft aggressive, trotzig oder bewundernd-submissive Verhaltensweisen. Histrionische Frauen geben sich nach Herpertz (2003) häufig sehr erotisch, attraktiv und kindlich-unreif in einer Beziehungsaufnahme, während histrionische Männer sich als extrem männlich und provokativ verhalten.

## Kriterien der histrionischen Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV und ICD-10

### Kriterien nach DSM-IV nach Saß et al. (2003)

Ein tiefgreifendes Muster übermäßiger Emotionalität oder Strebens nach Aufmerksamkeit. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und die Störung zeigt sich in den verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) Fühlt sich unwohl in Situationen, in denen er/sie nicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht,
- (2) Die Interaktion mit anderen ist oft durch ein unangemessen sexuell-verführerisches oder provokantes Verhalten charakterisiert,
- (3) Zeigt rasch wechselnden und oberflächlichen Gesichtsausdruck,
- (4) Setzt durchweg seine körperliche Erscheinung ein, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken,
- (5) Hat einen übertriebenen impressionistischen, wenig detaillierten Sprachstil,
- (6) Zeigt Selbstdramatisierung, Theatralik und übertriebenen Gefühlsausdruck,
- (7) Ist suggestibel, d.h. leicht beeinflussbar durch andere Personen oder Umstände,
- (8) Fasst Beziehungen enger auf, als sie tatsächlich sind.

Abbildung 6 zitiert gemäß DSM-IV der APA (2000, dt. 2003 S. 781)

### Histrionische Persönlichkeitsstörung F60.4

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch oberflächliche und labile Affektivität, Dramatisierung, einen theatralischen, übertriebenen Ausdruck von Gefühlen, durch Suggestibilität, Egozentrik, Genusssucht, Mangel an Rücksichtnahme, erhöhte Kränkbarkeit und ein dauerndes Verlangen nach Anerkennung, äußeren Reizen und Aufmerksamkeit gekennzeichnet ist.

Persönlichkeit(sstörung):

- hysterisch
- infantil

Diese Kriterien werden mittels SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen) erfasst. Dies geschieht durch den Therapeuten, der anhand des Interviews Symptome je nach Ausprägung mit den grade 1-3 oder „?“ beurteilt. Sind mindestens fünf dieser Kriterien mit „3“ beurteilt, so liegt eine histrionische Persönlichkeitsstörung vor.

CMP der histrionischen Persönlichkeitsstörung

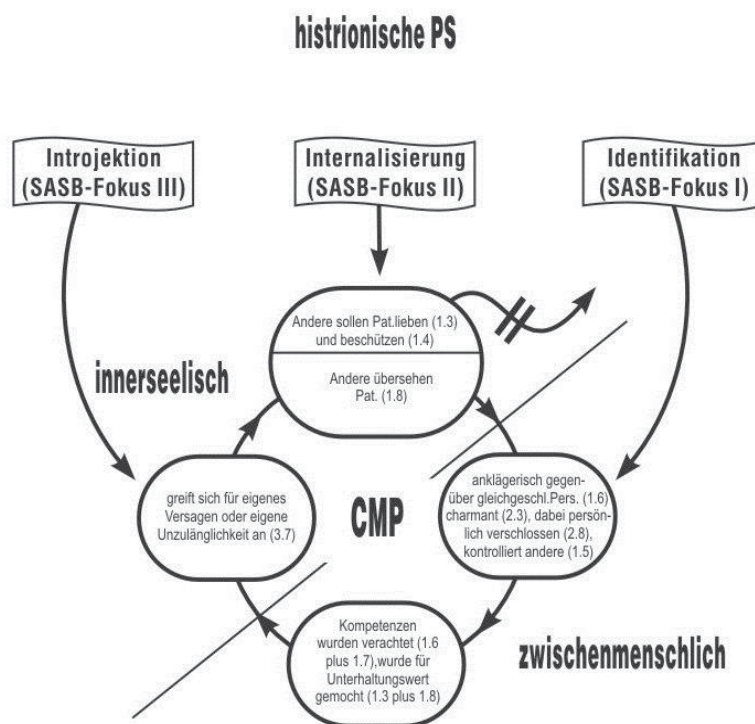


Abbildung 7: Die Störungstheorie, basierend auf dem Modell des CMP (Cyclic maladaptive Pattern) nach Strupp und Binder 1984 modifiziert nach Tress 1993, mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. W. Tress

Es findet sich in der Kindheit von Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung oft eine Konstellation von frustrierenden Beziehungsmotiven. Die Patienten wurden evtl. als eines von mehreren Kindern übersehen oder nicht ausreichend

wahrgenommen, also Wahrnehmungen und Befürchtungen (Cluster 1.8) und nimmt die Anspruchshaltung an, dass andere ihn wahrnehmen, lieben und beschützen sollen, also Wünsche (Cluster 1.3, 1.4). Es stellt die Internalisierung, den SASB-Fokus II dar. Es ist, als sei die frühere Bezugsperson präsent und die Wahrnehmung das „Nicht-beachtet-Werdens“ führt zu dem Wunsch beachtet, wahrgenommen und geliebt zu werden.

Aufgrund dieser negativen Erwartungen/Befürchtungen zeigt der Histrioniker auf zwischenmenschlicher Ebene (Modus der Identifikation, SASB-Fokus I) eine hohe Erwartungshaltung, die einerseits anklägerisch (1.6) und manipulativ (Cluster 1.5) gegenüber Anderen, andererseits charmant wirkt (Cluster 2.3), transparent auf der Spielebene (Cluster 2.2), vgl. Sachse et al. (2012), dabei aber persönlich verschlossen (Cluster 2.8).

Die Bezugspersonen können auf zwei Arten reagieren (vgl. auch Sachse et al. 2012): Der erfolgreiche Histrioniker wird für seinen Unterhaltungswert und seinen oft hohen Beziehungserfolg gemocht (Cluster 1.3 und 1.8), der erfolglosen Histrioniker wird verachtet, die Bezugsperson reagiert aversiv (Cluster 1.6 und 1.7). Beide Reaktionen sind bei dem Histrioniker auch zusammen denkbar.

Diese Reaktionen der Bezugspersonen haben nun die Folge, dass der Histrioniker sich in der Introjektion (SASB-Fokus III), welches dem Bild entspricht, das der Patient von sich hat, angreift (Cluster 1.7), das wiederum bedingt die Wahrnehmungen/Befürchtungen und Wünsche des Patienten und ein in sich geschlossenes Kreismodell vorliegt.

### Die Biografie

Nach Sachse (2012) gibt es nur wenige empirische Ergebnisse zur Biografie von Histrionikern, doch lassen sich bestimmte Muster erkennen.

Die erfolgreiche Histrionikerin, wie im zu untersuchenden Fall, erfährt in der Kindheit das Gefühl nicht genügend beachtet zu werden, nicht wichtig zu sein oder gar ignoriert zu werden. Außerdem wurde attraktives Aussehen, geschlechtsspezifisches und charmantes Verhalten, also die Verkörperung eines extremen Stereotyps belohnt, was ein aufmerksamkeitsuchendes Verhalten verstärkt (Herpertz 2003).

Unterteilung in erfolgreiche und erfolglose Histrioniker nach Sachse (2012)

Die erfolgreichen Histrioniker verwenden Strategien, die im Laufe ihrer Biographie erlernt wurden, um ihre Ziele zu erreichen ohne Ihre Mitmenschen längerfristig zu nerven oder zu verärgern. Dabei nutzen sie sowohl negative, als auch positive Strategien. Erfolgreich bedeutet beim Histrioniker Erfolg auf sozialer, interaktiver Ebene, während es bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung um Leistungserfolg geht. Meist sind erfolgreiche Histrioniker auf sozialer Ebene sehr erfolgreich und haben viele, auch wechselnde sexuelle Beziehungen und Bekanntschaften.

Die erfolglosen Histrioniker verlieren auf Dauer durch ausschließliche Nutzung von negativen Strategien oft Freunde und Lebenspartner. Häufig wirken sie ausschließlich jammernd oder nörgelnd, sämtliche therapeutische Vorschläge werden als undurchführbar abgetan. Dies stellt den Therapeuten vor ein diagnostisches Problem, da eine Differenzierung zur Depression schlecht zu erkennen ist bei der Orientierung am ICD-10 oder DSM, da diese Kriterien nur den erfolgreichen Typ der histrionischen Persönlichkeitsstörung klassifizieren.

Therapiebedürftigkeit/Leidensdruck, Fiedler (2007), Sachse (2012)

Ein histrionischer Patient leidet und sucht Hilfe, wenn die erlernten Schemata und Strategien den Patienten erschöpfen, Erfolge und soziale Anerkennung ausbleiben oder nach gescheiterten Beziehungen, beziehungsweise Beziehungskonflikten.

Typischerweise sucht sich der Histrioniker therapeutische Hilfe aufgrund enttäuschter Partnerschaften, „Mobbing“ am Arbeitsplatz oder depressiven Verstimmungen, wenn er merkt, dass er mit seinen Strategien im Alltag und im Berufsleben an seine Grenzen stößt.

Therapeutische Strategien bei der histrionischen Persönlichkeitsstörung, Sachse (2012)

- 1) Klärungsorientierte Psychotherapie
- 2) Kognitiv-behaviorale Psychotherapie
- 3) Psychodynamische Psychotherapie

Mit dem richtigen Wissen über die Therapie lassen sich, insbesondere bei erfolgreichen Histrionikern, gute therapeutische Effekte erzielen.



Der Therapeut muss die oben genannten Symptome und Verhaltensweisen kennen um sie einschätzen zu können und so als Teil des Krankheitsbildes zu erkennen. Gerade bei der histrionischen PD ist es notwendig, sehr geduldig zu sein, da die jeweils relevanten Schemata zu Ungeduld und respektlosem Verhalten führen können.

Des Weiteren sollte der Therapeut ebenfalls bereit sein, in Konfrontation mit dem Patienten zu treten um so interaktionelle Krisen hervorzurufen, die helfen Schemata zu klären.

Die Therapiephasen in der Klärungsorientierten Psychotherapie, Sachse\_(2000, 2012)

In der ersten Therapiephase geht es um den Aufbau von Beziehungskredit durch eine komplementäre Beziehungsgestaltung, was für den Therapeuten bedeutet, eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen. Das komplementäre Verhalten beinhaltet, dass der Therapeut dem Patienten seine volle Aufmerksamkeit entgegenbringen muss, ihn nicht mit seinen Schemata konfrontiert, seine Aussagen versteht und akzeptiert. Außerdem sollten alle Aktionen seitens des Therapeuten vermieden werden, die als Nichtbeachten oder Ignorieren aufgefasst werden könnten, zum Beispiel Unterbrechen des Patienten im Gespräch oder Sich-Verspäten.

Da Histrioniker stark manipulativ agieren, besteht die Gefahr, dass der Therapeut in seinem komplementären Verhalten instrumentalisiert wird, deshalb muss dies unter dem Gesichtspunkt der therapeutischen Regeln geschehen, die von dem Therapeuten verkündet und auch nicht geändert werden sollten. Unter den therapeutischen Regeln, die bei der histrionischen PD besonders wichtig sind, versteht man das Festsetzen von definierten Terminen ohne Sondertermine, und dass es sich um eine professionelle und keine private Beziehung handelt, das heißt, es werden keine Telefonnummern oder private Adresse herausgegeben. Sollte der Patient dies nicht verstehen, muss der Therapeut mit hoch-komplementären Verhalten deutlich machen, dass diese Regeln Grundlage der Therapie sind und darf sie in keinem Falle abändern.

Hoch-komplementäres Verhalten seitens des Therapeuten ist meist sinnvoll, wenn dadurch kein Schaden zu erwarten ist. Gerade bei positiven Strategien darf der Therapeut bestätigen und beipflichten. Geht es aber darum, wie schlecht der Patient von seinen Bezugspersonen behandelt wird, sollte der Therapeut dem mit dem Werkzeug des Spiegels gegenüberreten. Meist reicht dies aus. Richtet der Patient aber noch einen Appell an den Therapeuten, und möchte zum Beispiel persönlich Bestätigung oder Beipflichtung von Seiten des Therapeuten, dann sollte der Therapeut sich trotzdem möglichst neutral ausdrücken und betonen, dass es ihm wichtig sei, wie es der Patient empfindet und nicht er selbst.

Um ein möglichst authentisches Verhalten beim histrionischen Patienten zu erlangen, sollten die Beziehungsmotive, die dem Patienten meist nicht bewusst sind, klargestellt werden.

In der zweiten Therapiephase geht es um den Aufbau von Änderungsmotivation durch Transparentmachen der Spielstruktur. Das bedeutet für den Therapeuten, dass er den Patienten mit seiner oft unbewusst verinnerlichten Spielstruktur konfrontiert, was auch zu interaktionellen Krisen führen kann. Dies läuft wiederum in mehreren Phasen ab, bis der Patient, der erst heftig auf diese Konfrontation reagiert, realisiert, worauf der Therapeut abzielt und nicht gegen ihn arbeitet. Vor diesen interaktionellen Krisen sollte der Therapeut keine Angst haben.

In der dritten Phase sollten relevante Schemata geklärt werden. Für den Patienten werden relevante dysfunktionale und kompensatorische Schemata dargestellt um sie später therapeutisch bearbeiten zu können, dies geschieht in der vierten Therapiephase, die auch biographische Arbeit beinhaltet.

In der fünften Phase sollte nach vorangegangener Klärung in den letzten Phasen das histrionische Verhaltensmuster in authentisches Verhalten umgewandelt und in den Alltag eingegliedert werden.

Psychodynamische Ansätze in der Therapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung, Herpertz, Saß (2003), Mentzos (2004), Fiedler (2000, 2007)

Auch hier muss eine vertrauensvolle Therapeut-Klienten-Beziehung geschaffen werden, indem der Therapeut Geduld zeigt und den Patienten empathisch spiegelt

ohne ein abwertendes Verhalten zu zeigen. Das psychotherapeutische Konzept sollte durch konfrontative und psycho-educative Elemente ergänzt werden (Fiedler 2001). In diesem oft langwierigen Prozess soll ein neues Selbstkonzept geschaffen werden, sowie durch Aufarbeiten und Neubewerten der eigenen Biographie und Realisierung der eigenen Strategien ein Neuerlernen von Verhaltensmustern realisiert werden. So erwirbt der Patient eine kontextgebundene Unterscheidungsfähigkeit zwischen sozial erfüllbarer und nicht erfüllbarer Wünsche (Fiedler 2001).

Nach Mentzos (2004) kann dies aber auch zu erheblichen Schwierigkeiten führen, da der histrionische Patient in der therapeutischen Beziehung unbewusst Schemata wie das der Ablenkung vom Wesentlichen, der Dramatisierung und Einsetzen von Gegenemotionen, also das Prinzip des Widerstandes nach Strupp/Binder (1984) anwendet. Dies kann auch zu einer Emotionalisierung der Beziehung führen, welche eine Akzentverschiebung verursacht und den Therapeuten verwirren kann, insbesondere bei typischen, oft wechselnden Emotionszuständen seitens des Patienten. Auch das Nichtbeachten dieser Widerstände kann nach Strupp/Binder (1984) den Therapieerfolg gefährden und/oder die Therapie unnötig in die Länge ziehen. Die Aufgabe des Therapeuten ist es nun, aus den oft verzerrten und festgefahrenen Äußerungen „realitätsgerechte Inszenierungen“ zu schaffen und dem Patienten, vgl. Fiedler (2001), stets als Modell für den korrekten Umgang mit anderen Personen zu dienen. Da er in Sachen Übertragung und Gegenübertragung mitagiert, ist es insbesondere notwendig eine professionelle Distanz zu wahren, also seine Gegenübertragung zu beherrschen, da er, wie eben erwähnt, als Modell fungiert.

Nach Fiedler (2007) kann auch die psychodynamische Therapie um Beratungselemente ergänzt werden um konkrete Konfliktlösungen zu erarbeiten, wobei in diesen Situationen die aktuelle Krisen- oder Konfliktsituation im Fokus steht und nicht die jeweilige Persönlichkeitsstörung. Dieses psychosoziale Konfliktmanagement kann ebenfalls bei der Verhaltenstherapie zum Einsatz kommen.

Kognitiv-behaviorale Ansätze nach Herpertz, Saß (2003), Fiedler (2007)

Diese Therapieform soll dem histrionischen Patienten beibringen systematisch und problemorientiert zu denken (Herpertz, Saß 2000) und die Bedürfnisse der Patienten auf ein realistisches Maß zu reduzieren, vgl. Fiedler (2007). Dies geschieht durch einen längeren therapeutischen Prozess, in dem konkrete Problemlösestrategien durch realistische Einschätzung von Alltagssituationen und Konflikten erarbeitet werden, vgl. Fiedler, P. (2007). Da diese Patienten aber nicht nur kognitiv, sondern auch praktisch ein sehr dramatisches und unstrukturiertes Leben führen, ist die Folge erst eine Gegensätzlichkeit. Um ein Scheitern der Therapie zu verhindern, muss diese Art der Therapieführung sehr konsequent gestaltet werden.

Anfangs sollte ein genau strukturierter Plan, der auch Platz für Besprechungen aktueller Ereignisse bietet, erarbeitet werden. Dies dient der Strukturierung der Therapie und der Fokussierung auf jeweils nur ein Thema.

Nun können verschiedene kognitiv-behaviorale Techniken zum Einsatz kommen, je nach Therapieziel, beziehungsweise je nach den Zielen des Patienten. Wichtig sind insbesondere die Überprüfung dysfunktionaler Gedanken und die Förderung der Selbstkontrolle (z.B. Hausaufgaben mit Anfertigen von Protokollen, Selbstbeobachtung und Selbstmanagement). Diese Aufgaben sollten dem Patienten im Vorfeld erläutert werden, so dass ein gedanklicher Überwachungsprozess gelingt, die Wahrnehmung gefördert und die Impulsivität kontrolliert werden kann.

Nach Fiedler (2007) empfiehlt es sich, die Verhaltenstherapie mit einem sogenannten psychosozialen Konfliktmanagement anzureichen, das heißt, in Konfliktsituationen auf eine konkrete Beratung zu setzen und so in aktuellen Krisensituationen spezifische Lösungen sowie Verhaltensänderung zu erarbeiten.

## **2 Material und Methoden**

### **2.1 Material**

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind zwei Einzelfallstudien, die im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projektes nach dem Konzept der psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie von Strupp und Binder (1984) durchgeführt wurden. Beide Patienten litten unter Persönlichkeitsstörungen, Patient A unter einer narzisstischen, Patientin B unter einer histrionischen Persönlichkeitsstörung. Beide brachen die Therapie vorzeitig ab.

### **2.2 Methoden**

Im Folgenden werden die einzelnen Untersuchungsmethoden beziehungsweise Messinstrumente vorgestellt.

#### **2.2.1 Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie Projekt (DKZP), Hecke, Hardt, Tress (2008), Junkert-Tress et al. (2000)**

Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie Projekt ist seit 1991 an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf etabliert und steht unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Dr. W. Tress. Aufgenommen werden Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, psychosomatischen Störungen, sowie mit Ängsten und Depressionen als Kontrollgruppe.

Die Therapie findet in einem ambulanten Setting in neutralistischem Design statt, die Therapeuten sind überwiegend Assistenten und Fachärzte der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, sowie Diplom-Psychologen.

Die Kurzzeittherapie besteht aus fünfundzwanzig Sitzungen, welche auf Tonband aufgenommen werden. Bei den vorliegenden zwei Fallstudien wurde die Therapie

nach fünf, beziehungsweise zehn Therapiesitzungen abgebrochen, so, dass jeweils die ersten beiden Sitzungen ( Bei Patient A das 2. Vorgespräch und die 1. Sitzung), die Sitzung Nr. 5, beziehungsweise Nr. 3 bei Patientin B, und die letzten beiden Sitzungen vollständig transkribiert und nach der SASB/CMP-Methode codiert und ausgewertet wurden.

Bei Therapiebeginn und Therapieende findet eine umfassende Diagnostik statt (psychodynamisches Interview/ klinische Basisdokumentation, Gießen-Test (GT-S, GT-F), BSS, Zyklisch maladaptives Muster (CMP), Symptom Check List (SCL-90), Epikrise und INTREX- Fragebogen). Nach dem jetzigen Erfahrungsstand ist, gerade bei den neurotischen Patienten in der Selbsteinschätzung die Symptombesserung nach erfolgter Therapie eher instabil, die Introjektänderung im INTREX-Fragebogen wird aber in der Regel positiver bewertet.

Im Therapieverlauf werden im Regelfall sowohl Patient als auch Therapeut mittels INTREX-Fragbögen und SASB-Prozess-, wie Inhaltsanalyse untersucht (nach der jeweils 4., 8, 12., 16, 20., 24., 28, bzw. vorletzten Therapiestunde), beziehungsweise auch bei sogenannten „critical events“, bei denen man der Meinung ist, dass sie für die Therapeut-Patient-Beziehung, sowie für den weiteren Therapieverlauf relevant sind.

Katamnestische Untersuchungen sollen 6 Monate, 1, 2 und 5 Jahre nach Therapieende stattfinden. Da es sich bei den vorliegenden Fällen um Therapieabbrüche handelt, stehen hier keine katanamnestischen Untersuchungsdaten zur Verfügung, da sich Therapieabbrecher nach Junkert-Tress et al. (1999, 2000) in den meisten Fällen nicht zu weiteren Erhebungen bereit erklären.

In den regelmäßig stattfindenden Supervisionssitzungen wird das jeweilige CMP klinisch und mittels SASB-Clustern ausformuliert und die therapeutische Beziehung anhand von Tonbandaufzeichnungen besprochen.

Nach jeder Therapiesitzung schreibt, bzw. diktiert der Therapeut eine kurze Zusammenfassung und füllt einen CMP-Beurteilungsbogen für die jeweilige Stunde aus.

## Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien

Das DKZTP steht in engem Zusammenhang mit der SASB-CMP-Forschungsmethode der Psychotherapieforschung. Sie vermag es, erworbene interpersonelle Beziehungsmuster als die Basis einer jeden zwischenmenschlichen, so auch therapeutischen, Beziehung darzustellen.

Bisher hat sich gezeigt, vgl. Junkert-Tress et al. (1999), dass sich das DKZP mit seinen 25 Sitzungen, basierend auf dem CMP-Modell, für psychosomatische, sowie Persönlichkeitsstörungen gut eignet. Nach Hecke et al. (2008) zeigten sich klinisch relevante Verbesserungen bei 49% der neurotischen, bei 46% der psychosomatischen und bei 39% der persönlichkeitsgestörten Patienten.

Keine oder nur geringe Verbesserungen zeigten sich bei 28% der neurotischen, 34% der persönlichkeitsgestörten und 34% der psychosomatischen Patienten.

Wurde eine Therapie abgebrochen, waren es bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen meist Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung, da diese sich laut Studie meist mit der Therapie sehr schwer taten und deren Diagnose ein Risikofaktor per se darstellt, während Patienten, z.B. mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen dagegen häufig gute Ergebnisse erzielten. Nach dieser Studie neigen Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung zu den meisten Abbrüchen, da sich die auch Therapeuten unbewusst in eine maligne Entwertungsspirale mit oft komplexen, disaffiliativen Äußerungen, hineinziehen lassen.

Nach Junkert-Tress et al. (2000) kommt es bei 60% der abgebrochenen Therapien zu negativen, feindseligen Interaktionen, oft im feindselig-komplexen Interaktionsstil, bei dem die Therapeuten die Patienten sogar übertreffen. Weil sich die Patienten und auch die Therapeuten ihrer teils komplexen, feindseligen Äußerungen selten bewusst sind, ist es an den Therapeuten, zum Beispiel in der Supervisionsgruppe, dieses Muster bei sich oder dem Patienten zu erkennen und damit umzugehen. Denn laut Junkert-Tress et al. (2000) kann jeder Vorwurf des Patienten auch als Appell gedeutet werden, die therapeutische Beziehung zu verbessern. Es gibt aber auch Fälle mit regelhaftem Interaktionsstil, die Patienten blieben dennoch fern.

Die Studie von Junkert-Tress et al. (2000) zeigt, dass statistische Parallelen zwischen den Fällen von Therapieabbrüchen existieren, jedoch sind die Geschehnisse, die dazu geführt haben, multifaktoriell; das heißt, dass diese Studie

kontinuierlich erweitert wird, um neue Erkenntnisse zu gewinnen und bereits erforschte Gründe und Voraussetzungen mittels des DKZP und der CMP-SASB-Methode zu verifizieren.

### Die Prozessanalyse

Die Prozessanalyse bezieht sich auf die direkte Interaktion der beiden Sprecher. Optimal ist eine audiovisuelle Aufnahme in Kombination mit einem Transkript, da sich zwischenmenschliche Beziehungsmuster meist durch nonverbale Kommunikation ausdrücken. In diesem Fall wurde eine Audioaufnahme zusammen mit einem Transkript geratet.

### Die Inhaltsanalyse

In gleicher Weise lassen sich auch inhaltlich Sequenzen eines Gesprächs codieren, sofern der Fokus der Interaktion aus dem Narrativ klar hervorgeht. Das bedeutet, dass durch den Inhalt des Gesprochenen die Teilnehmer der „Kommunikation“ identifiziert werden.

Da sich die vorliegende Untersuchung auf die Prozessanalyse zur Ursachenforschung des Therapieabbruchs konzentriert, sind nur für die jeweilige Persönlichkeitsstörung nur relevante Sequenzen zusammengefasst und inhaltlich codiert.

### Die Vorgehensweise beim SASB-Rating

Zunächst werden die auf Tonband aufgenommenen Therapiesitzungen oder Gespräche nach dem Ulmer Modell von Mergenthaler (1986) transkribiert.

Hierzu wird das Wort, wie es gesprochen (und nicht, wie es evtl. korrekt geschrieben würde) niedergeschrieben, Zusatzaussagen wie „Oh“, „Ähm“ oder auch „Hm“ werden mit erfasst. Auch Nebengeräusche wie Vogelzwitschern, Husten, Autolärm oder Telefonklingeln werden in das Transkript aufgenommen. Ebenso können mittels



## Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien

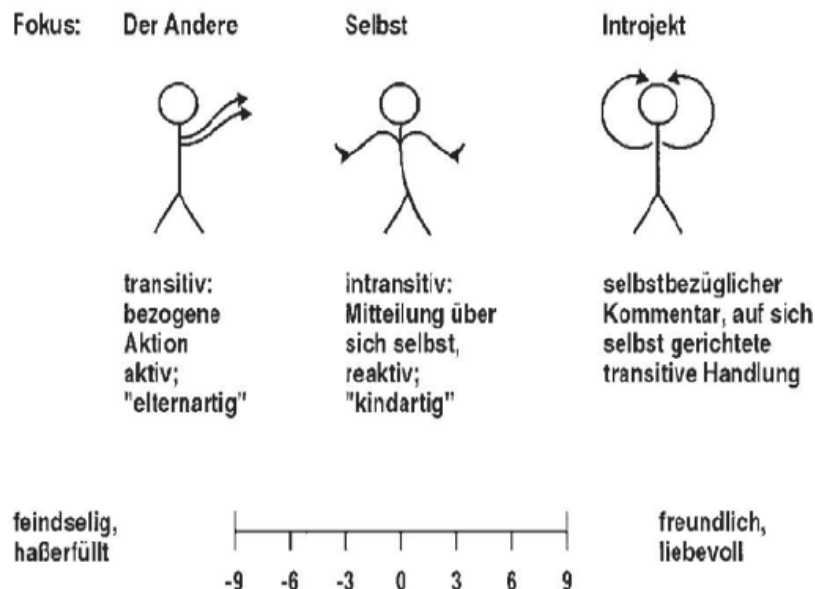
dieser Textregeln Unterbrechungen seitens der jeweiligen Gesprächspartner oder auch längere Gesprächspausen mit Zeitangabe dokumentiert werden.

Nach Tress et al. (2002) wird das Gespräch in die jeweiligen Gedankeneinheiten, sogenannte „Units“ eingeteilt. Diese richten sich nicht zwingend nach dem semantisch kompletten Satz, sondern ein gesprochener Satz kann durchaus mehrere Einheiten umfassen. Hier ist es wieder sehr hilfreich mit audio(visuellem) Material zu arbeiten, da der Sprecher durch Intonation seine Gedankeneinheiten meist unterstreicht, was es dem Rater oft einfacher macht.

Stehen die Units fest, legt der Rater den jeweiligen Aufmerksamkeitsfokus (transitiv, intransitiv, Introjekt) fest. Anschließend bestimmt er die jeweiligen Ausprägungen der waagerechten (Affiliation) und der senkrechten (Interdependenz) Achse.

Aus dieser Kombination aus Fokus, Affiliation und Interdependenz ergibt sich ein für diese Unit definiertes Cluster.

Die orthogonalen Ebenen haben ihren Nullpunkt in der im Zentrum dieses zirkumplexen Modells.



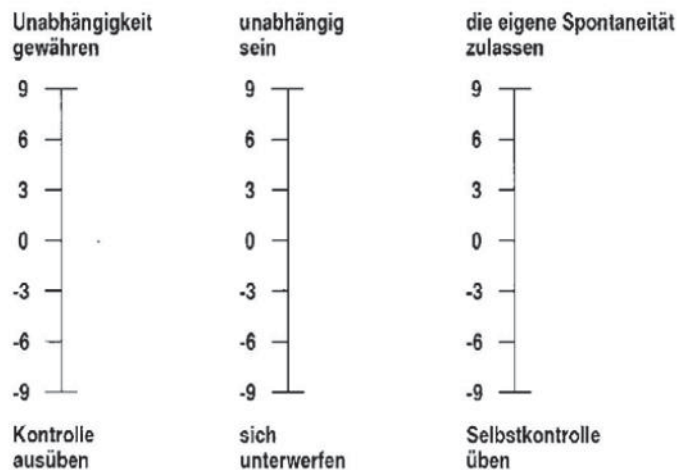


Abbildung 8: Die Grunddimensionen des SASB-Modells aus (Tress, W. (Hrsg.): SASB Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens, Roland Asanger Verlag, Heidelberg, 1993, Neuauflage 2002)

In manchen Fällen kann es vorkommen, dass eine Unit mehr als ein Cluster enthält, das heißt, dass eine Unit mehr als eine, unterschiedlich zu codierende, Themen beinhaltet. In diesem Fall handelt es sich um Komplexität einer Gedankeneinheit und wird mit einem Verweis auf Komplexität entsprechend codiert. Meist sind die Botschaften hinsichtlich ihrer Affiliation und/oder ihrer Interdependenz nicht vereinbar. Es zeigen sich gehäuft Komplexitäten im Rahmen misslungener therapeutischer Gespräche.

Eingetragen werden die Nummern der Gedankeneinheiten, Sprecher, Adressat/Adressaten, sowie Fokus und Cluster in ein Codierungsformular, welches dann für statistische Auswertungen genutzt werden kann. Auch kann hier gekennzeichnet werden, ob es sich um eine Prozess- oder Inhaltsanalyse handelt und ob komplexe Aussagen vorliegen:

Rater : .....	Referenten: 1:	5:
Sitzung : .....	2:	6:
Seite : .....	3:	7:
Datum : .....	4:	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Einheit																		
Sprecher																		
Element (a/b/c)																		
Fortsetzung (Y/N)																		
Prozess/Inhalt (1/2)																		
X-Referent																		
Y-Referent																		
Fokus (1/2/3)																		
Affiliation																		
Interdependenz																		
Cluster																		
Intensität (1/2/3)																		
Komplexität (1/2/3)																		
Kommentar																		

Abbildung 9: Codierungsformular (Tress, W. (Hrsg.): SASB Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens, Roland Asanger Verlag, Heidelberg, 1993, Neuauflage 2002)

Diese Codierungen können mittels eines Statistik-Programms, hier SPSS von IBM, ausgewertet werden, welches die Clusterhäufigkeiten nach Sprechern unterteilt, darstellt. Diese Auszählungen können auch manuell vorgenommen werden, doch bei größeren Datenmengen, wie in den vorliegenden Fällen, ist die computergestützte Auswertung, auch zur Vermeidung von Auszählungsfehlern, vorzuziehen. Anhand der Clusterhäufigkeiten kann eine Entwicklung über den Therapieverlauf verdeutlicht werden.

### 2.2.2 Der INTREX-Fragebogen (Benjamin 1974, Tress 1993, Tscheulin 1990)

Mit dem INTREX-Fragebogen werden zwischenmenschliche Prozesse, sowie Therapieergebnisse erfasst, die je nach Fragestellung auf verschiedene Arten, auf die im Folgenden näher eingegangen wird, ausgewertet werden können.

Ausgefüllt wird der INTREX-Bogen sowohl durch den Patienten als auch durch den Therapeuten, der seinen Bogen in Bezug auf den Patienten ausfüllt.

Als wichtigste Bezugsperson wird nicht nur die aktuelle Bezugsperson erfragt, sondern auch der Therapeut als Bezugsperson und die wichtigste Bezugsperson zwischen dem 5. und 10. Lebensjahr (meist Vater oder Mutter) unter der Annahme, dass in dieser Lebensphase sich, auch im Hinblick auf das CMP-Modell, psychische Strukturen und Verhaltensmuster ausbilden, beziehungsweise prägen.

Form A: Erfasst das intrapsychische Verhalten des Patienten, das Introjekt. („Wie gehe ich in meinen besten/schlechtesten Zeiten mit mir selbst um?“)

Form B1: Erfasst das interpersonale Verhalten einer wichtigen Bezugsperson zum Patienten („Wie geht er/sie in unseren besten/schlechtesten Zeiten mit mir um?“)

Form B2: Erfasst das interpersonale intransitive Verhalten der wichtigen Bezugsperson. („Wie gibt sich er/sie in unseren besten/schlechtesten Zeiten mir gegenüber?“)

Form B3: Erfasst das interpersonale transitive Verhalten des Patienten der wichtigen Bezugsperson gegenüber. („Wie gehe ich mit ihm/ihr in unseren besten/schlechtesten Zeiten um?“)

Form B4: Erfasst das interpersonale Verhalten des Raters mit Fokus auf sich selbst im Verhältnis zu seiner wichtigen Bezugsperson („Wie ich mich ihm/ihr gegenüber gebe“)

Bei dem INTREX-Kurzform-Fragebogen, der hier Verwendung fand, präsentiert ein Item jeweils ein Cluster. Den Introjekt-Beurteilungen sind acht Items, den interpersonellen Beurteilungen sechzehn Items zugeordnet, jeweils acht transitiv und intransitiv).

Die INTREX-Fragebögen werden mittels eines Statistik-Programms (SPSS von IBM) hinsichtlich Affiliation und Interdependenz ausgewertet und manuell den jeweiligen SASB-Clustern zugeordnet, sodass eine Aussage über Clusterverteilungen und Clusterhäufigkeiten getroffen werden kann.

### **2.2.3 Stundenbeurteilung durch den Therapeuten/die Therapeutin nach dem CMP-Schema**

Nach jeder Therapiesitzung füllt der Therapeut/ die Therapeutin einen Beurteilungsbogen aus, in welchem sie das CMP des Patienten für jede Stunde neu beurteilt. Außerdem muss er/sie in Prozent einschätzen, wie häufig das CMP des Patienten zu einer aktuellen, sowie zu einer Bezugsperson in der Vergangenheit, im Hinblick auf die Therapeut-Patient-Beziehung und übertragen auf die Rolle des Therapeuten/der Therapeutin, während der Sitzung besprochen wurde.

### **2.2.7 Die Typologie der Abbrecher nach Junkert-Tress et al. (2000)**

Es lassen sich je nach Diagnose und klinischem Verlauf der Therapie insgesamt drei verschiedene Typen von Abbrechern unterscheiden, wovon sich ein Typ nochmals unterteilen lässt:

Typ Ia, der Entwertende: Bei einer Subgruppe hysterisch strukturierter Patientinnen kam es, aus Enttäuschung über emotionale Distanz, zu offenen, aversiven Entwertungen gegenüber des Therapeuten. Diese Patienten sind im höheren Strukturniveau anzusiedeln.

Typ Ib, der betont Distanzierte: Er ist wenig motiviert und kommuniziert auch, dass er Schwierigkeiten habe, sich auf die Therapie einzulassen. Er entfaltet eine narzisstische Dynamik, es kommt zu gegenseitigem Herabsetzen, ohne jedoch den Therapeuten direkt anzugreifen. Diese Patienten sind dem mittleren Strukturniveau zuzuordnen.

In beiden Subgruppen sind die feindselig getönten Äußerungen gering, nähren sich aber im Laufe des therapeutischen Prozesses und werden zunehmend durch das Gegenüber gekontert. Dieser Prozess kann einige Zeit in Anspruch nehmen, sodass diese Patienten oft länger in Behandlung bleiben, als die anderen Abbrecher-Typen.

Typ II, der Vermeidende: Diese Patienten sind ebenfalls schwach motiviert und brechen die Therapie aufgrund von partiell nachvollziehbaren Gründen, zum Beispiel einer Erkrankung, ab. Nach durchschnittlich fünf Sitzungen wird die Therapie beendet, seitens des Patienten latent aggressiv, seitens des Therapeuten durchweg freundlich. Diese Gruppe ist im höheren Strukturniveau anzusiedeln.

Typ III, der Unerreichbare: Es zeigt sich ein beidseitig freundlicher, jedoch steriler gegenseitiger Umgang, in dem es zu keiner emotionalen Kontaktaufnahme kommt.

### **2.2.5 Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (Schepank, 1995)**

Mit dem BSS kann die Beeinträchtigung eines Patienten durch psychogene Symptome eingeschätzt werden.

Er beinhaltet drei Bereiche (körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung). Auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 4 (extrem) wird der Grad der Beeinträchtigung in den drei Bereichen durch den Therapeuten eingeschätzt. Die Summe der drei Einschätzungen ergibt den Gesamtwert, den Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Nach Schepank liegt ab einem BSS von 4-5 eine Störung mit Krankheitswert vor.

### **2.2.6 Die GAF-Skala (Arbeitskreis OPD, 2006)**

Die Global Assessment of Functioning Scale oder Skala zur Globalbeurteilung des Funktionsniveaus dient zur Beurteilung der psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer

Gesundheit und Krankheit. Körperliche Beeinträchtigungen, die die Leistungsfähigkeit einschränken, bleiben außen vor.

Die Beurteilung erfolgt durch die subjektive Einschätzung des Therapeuten auf einer Skala von 90 (keine oder minimale Symptome) bis 0 (ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen) für zwei Zeiträume:

- 1) Das psychosoziale Funktionsniveau zum Zeitpunkt der Beurteilung
- 2) Das psychosoziale Funktionsniveau zu einem Zeitpunkt im vergangenen Jahr, an dem der Patient sein höchstes Niveau hinsichtlich seiner psychosozialen Anpassung aufwies

### **2.2.7 Die SCL-90 (Symptom-Check-List) nach Derogatis (2002), deutsche Version Franke (1995)**

Der SCL-90-Fragebogen ist eine Checkliste, die erfasst, in welchem Ausmaß ein Patient unter körperlichen und psychischen Symptomen leidet. Entwickelt wurde sie 1977 durch den Psychologen Leonard Derogatis, indem er Vergleichsdaten für Gesunde und psychisch Kranke in der US-amerikanischen Bevölkerung durch Stichproben ermittelte. Die deutsche Version von Franke et al. (1995) richtet sich nach einer von ihm ermittelten Standardisierungsstichprobe.

Der Fragebogen besteht aus insgesamt neunzig Items. Diese werden zu neun Unterskalen zusammengefasst: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, phobische Angst, Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität, Feindseligkeit, Psychotizismus und paranoides Denken. Zusätzlich kann ein Gesamtwert gebildet werden, der Global Severity Index (GSI). Die Beantwortung erfolgt auf eine Skala von 0 für „überhaupt nicht“ bis 4 „sehr stark“. Die Skalenwerte werden ermittelt, indem jeweils der Mittelwert der zugehörigen Items gebildet wird.

### 2.2.8 Der Gießen Test nach Beckmann et al. (1990)

Der Gießen Test dient als Persönlichkeitstest; der Proband soll ein Selbstbild von sich entwickeln, in dem er seine eigene psychische Struktur und die Beziehung zu seiner Umwelt darstellt. Der Test umfasst 40 Fragen, die insgesamt 6 Skalen zugeordnet werden. Voraussetzungen sind ein Intelligenzquotient von über 80 und ein Alter von mindestens 18 Jahren. Die Fragen sind als Aussagen formuliert, die sich bipolar darstellen und der Proband muss zwischen den Extremwerten, die mit „3“ gekennzeichnet sind, wählen.

#### Skala 1: Soziale Resonanz

- Die Skalenextreme sind negativ sozial resonant (NR) und positiv sozial resonant (PR)

#### Skala 2: Dominanz

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

#### Skala 3: Kontrolle

. Die Skalenextreme sind unkontrolliert (UK) bis überkontrolliert (ZW)

#### Skala 4: Grundstimmung

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

#### Skala 5: Durchlässigkeit

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

#### Skala 6: Soziale Potenz

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

Die Skalenwerte werden anhand von Normwerten, die an Geschlecht, Alter und Wohnsitz angepasst sind, ausgewertet und so ein Profil erstellt



### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Patient A: Vorstellung und Biografie

Patient A leidet nach ICD-10/DSM IV unter einer depressiven Episode bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung. Eine anfangs diagnostizierte zwanghafte Persönlichkeitsstörung wurde während der Studienarbeit revidiert.

Zum Zeitpunkt der Therapie war er zwanzig Jahre alt und von Beruf Abiturient. Im Laufe der Therapie stellte er sein Abitur fertig und fing eine Stelle als Zivildienstleistender in einem Krankenhaus an. Während seiner schulischen Laufbahn sei er einmal sitzengelblieben. Zu diesem Zeitpunkt begannen die Schwierigkeiten, mit anderen in Kontakt zu treten.

Symptomatik: Schon immer sei er ein Einzelgänger gewesen und habe Schwierigkeiten mit anderen in Kontakt zu treten. Dies bringe ihn zu grübeln und er gebe sich oft die Schuld.

Biographie: Die Eltern ließen sich scheiden, als er im Vorschulalter war. Sein leiblicher Vater sei Alkoholiker, er leide unter Spätschäden und interessiere sich nicht für seinen Sohn.

Bis zum 6. Lebensjahr lebte er alleine mit Mutter, danach habe sie ihren jetzigen Mann geheiratet. In der Anfangszeit hätte das Ehepaar große Schwierigkeiten gehabt, u.a. wegen ihrer unterschiedlicher Interessen und Persönlichkeiten.

Die Mutter sei sehr gesellig, spontan, offen, habe wenig Interesse an Politik, Musik, manchmal mache sie ihrem Mann Vorwürfe, dass er so wenig spontan und witzig sei. Sein Stiefvater sei autoritär, wenig gesellig und lasse sich alles aus der Nase ziehen. Er sei organisiert und rational. „Dinge, die nicht begründbar seien, seien nicht beredbar.“

Ansonsten könne man in der Familie über alles reden, man habe keine Geheimnisse voreinander.

Er habe einen Halbbruder aus der zweiten Ehe seines leiblichen Vaters, welcher sieben Jahre jünger sei als er.

Psychodynamik: Durch Scheidung der Eltern, Desinteresse des leiblichen Vaters und die sachliche Art des Stiefvaters ist die oft nörglerische und schnell zu kränkende

Mutter die hauptsächliche Bezugsperson. Daraus resultierende große Selbstwertproblematik mit dem Drang, es allen Recht machen zu wollen und sich aus Versagensangst, zurück zu ziehen und häufige Selbstanalyse. Als dann die erste längere Beziehung zu einer Frau scheitert, und der Druck durch das bevorstehende Abitur zunimmt, wird der Leidensdruck so groß, dass psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird.

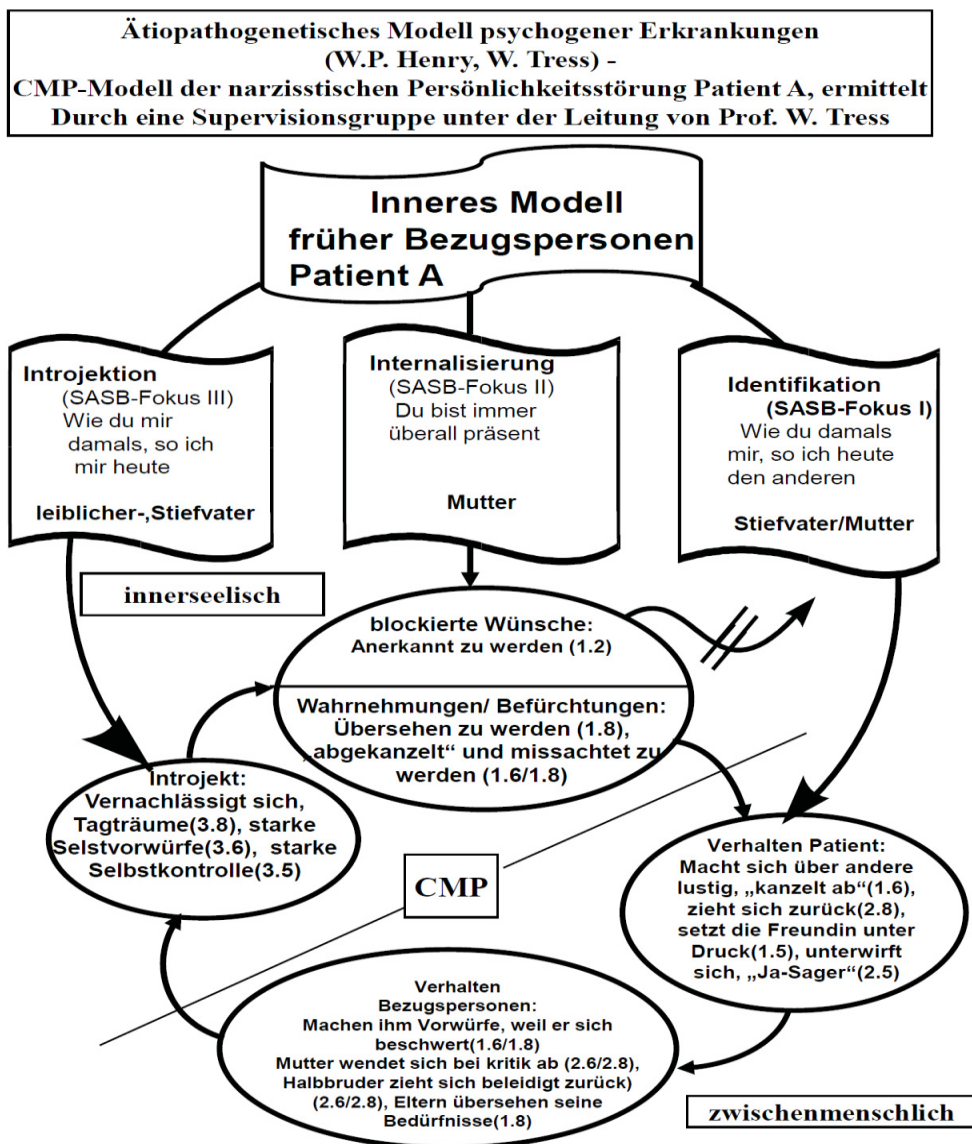


Abbildung 10: CMP-Schema Patient A, erstellt durch eine Supervisionsgruppe und der Leitung von Prof. W. Tress

### 3.1.1 Die Diagnose der narzisstischen Persönlichkeitsstörung im vorliegenden Fall bei Patient A

Folgende Kriterien gemäß DSM-IV wurden im vorliegenden Fall erfüllt und wie folgt begründet:

2. Ist stark eingenommen von Fantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe, das heißt, er träumt davon, bzw. wünscht sich von anderen in imaginären Situationen, in denen er sich „richtig“ verhält anerkannt zu werden.
4. Verlangt nach übermäßiger Bewunderung, er möchte sich stets so gut, wie möglich darstellen. Seine Lebenssituation ist ihm mitunter sehr peinlich, sodass er zum Beispiel Bekannte nicht nach Hause einlädt, außerdem ist er auf teure Kleidung und materielle Dinge fixiert.
5. Legt ein Anspruchsdenken an den Tag, d.h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen; er denkt, die anderen müssen ihn stets interessant finden, er müsse in Gesprächen und Gruppen immer der „Bringer“ sein.
8. Ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn. In diesem Fall ist der Patient oft neidisch auf andere, die besser aus sich herausgehen und besser kommunizieren können.
9. Zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Handlungen, er schämt sich schnell für seine Freunde, zum Beispiel, wenn jemand „ärmlich“ gekleidet ist, glaubt er, müsse stets interessant für andere sein und andere müssten sich für ihn interessieren. Oft wirkt er verschlossen und arrogant in zwischenmenschlichen Situationen.

### 3.1.2 Therapie Patient A

#### Verlauf

Patient A spricht während der gesamten Zeit sehr offen über seine Probleme und Ängste und antwortet stets direkt und ausführlich auf die Nachfragen der Therapeutin. Anfangs spricht er über seine Verunsicherung nach dem Ende seiner letzten Beziehung, da seine damalige Freundin eine „Ja-Sagerin“ gewesen sei und Sexualität für sie problematisch war. Er habe sein Abitur nun bestanden, sei aber nicht zufrieden; seine Eltern haben ihm gesagt, er hätte sich mehr anstrengen sollen. Er komme außerdem schlecht in Kontakt mit anderen Leuten, manche Freunde sind ihm auch peinlich und er achte auch sehr auf Äußerliches. Von dem Teil der Familie des alkoholkranken Vaters habe er sich abgekapselt, seine Großmutter sei nervig und der Altersunterschied zu seinem Halbbruder sei zu groß gewesen.

In der Schule habe er den Ruf eines geschwätzigen Typs, wahrscheinlich habe er so versucht Aufmerksamkeit zu erlangen. Die Therapeutin lenkt ihn auf sein Therapieziel und geht näher auf seine Kindheit in der Familie ein. Seinen Stiefvater habe er schnell akzeptiert, habe aber sehr an seiner Mutter gehangen, welche oft schnell beleidigt gewesen sei. Als Therapieziel sei ihm außerdem wichtig, sich schnell in Gruppen einzufinden. Er sei sehr unsicher, tue viel, um anderen Leuten zu gefallen; auch im Umgang mit Frauen verkrampfe er sehr schnell.

Im Laufe der Therapie stellt die Therapeutin aus den familiären Problemen des Patienten wiederholt Bezug zur der aktuellen Problematik und Unsicherheit in seinen aktuellen Beziehungen her, worauf er zustimmend reagiert, dennoch beschreibt er überwiegend nur wiederholend seine Kontaktängste und setzt sich sehr unter Druck. Er klagt sich mehrfach selbst an, er habe kaum Interessen, sei sehr passiv, verliere sich oft in Tagträumereien, in denen er als Vorbild agiere. Auch sein Körper gefalle ihm nicht. Die Therapeutin erklärt, diese Themen mit ihm aufarbeiten zu wollen, meint er habe Angst beurteilt und bewertet zu werden. Er fragt sich, wie er davon wegkommen könnte, er müsse seine Persönlichkeit festigen, dass er nicht mehr so verletzlich sei. Die Therapeutin zögert auf diese Aussage hin: er mache sich momentan viele Vorwürfe und sei streng zu sich. Manchmal sei es besser, Verständnis für sich aufzubringen, sie könne dies für seine Situation. Wiederholt klagt

sich der Patient an und die Therapeutin versucht ihm Verständnis zu signalisieren. Den Grund sieht sie in der Familie, es sei sehr wenig geredet worden und es habe wenig emotionale Anteilnahme geherrscht. Er habe keine Vateridentifikation und eine überfürsorgliche Mutter, dies versucht sie ihm zu signalisieren.

Ab der vierten Therapiesitzung beginnt der Patient wiederholt zu signalisieren, dass es ihm besser gehe. Die Gespräche über seine Erwartungen an sich und den Druck unter den er sich setzt, bleiben zwar bestehen, doch immer öfter betont er, dass er sich nun in seiner neuen Stelle sehr wohl fühlt und gute Kontakte geknüpft habe. Ihn berühre das alles nicht mehr so, was ihm die Therapeutin als Abwehrmechanismus deutet. Er gibt ihr Recht, sagt aber, es ginge ihm nur noch schlecht, wenn er alleine sei, mittlerweile sehe er alles nüchtern und nicht mehr so emotional, was er auch nicht mehr wolle, weil er Angst davor habe. Er sei viel lockerer und selbstsicherer.

Zu der sechsten Therapiesitzung kommt der Patient zu spät. Während der Sitzung erzählt er erneut, dass es ihm gut gehe, dass er sich wohler fühlt. Nach zweiwöchiger Pause erschien der Patient mit neuer Frisur und unterstreicht während der Stunde wieder mehrmals, dass es ihm nun gut gehe.

Die neunte Sitzung musste zweimalig verschoben werden; einmal wegen eines Betriebsausfluges und einmal, weil der Patient kurzfristig abgesagt hat. Als die Therapeutin nun die Eltern anspricht, verneint er nun, dass es an ihnen liegen, vielmehr liege es an ihm, dass er sich so unter Druck setze. Im Verlauf des Gesprächs zeigt sich aber, dass die Mutter oft streng aufgetreten sei, sie habe ihn häufig kritisiert. Er habe oft Angst gehabt, dass sie das Interesse an ihm verlieren könne. Dieses Thema wird in der vorletzten Sitzung nochmals konkretisiert. Er habe das so akzeptiert, er wolle kein Einzelgänger mehr sein und dies gelänge ihm zurzeit auch gut.

Bis zur nächsten und letzten Therapiesitzung vergingen insgesamt fünf Wochen. Der Patient habe mehrfach abgesagt oder sei nicht erschienen. In der letzten Sitzung spricht sie ihn darauf an in einem vorwurfsvollen Tonfall, ist leicht verärgert. Der Patient versucht sich für ein Mal zu erklären, er habe die Uhrzeit verwechselt, habe sie durch das Fenster mit einem anderen Patienten gesehen und sei wieder gegangen. Die Therapeutin etwas ungläubig und verärgert nach, belässt es aber dabei.

Während der letzten Sitzung erzählt der Patient, dass es ihm nun sehr gut gehe, er denke über seine vergangene Beziehung nicht mehr nach und habe einen großen Freundeskreis und eine neue Freundin. Die Therapeutin fragt nach, ob es noch etwas zu besprechen gäbe und ob er Angst habe, dass sie nichts mehr zu besprechen hätten. Von jedem etwas, sagt er. Aber es gehe im momentan gut, er sei viel lockerer. Wiederholt fragt die Therapeutin während der Sitzung, ob er noch etwas besprechen möchte und macht ihm schließlich das Angebot, sich in größeren Abständen zu sehen, welches er erst annimmt, nach der Therapiestunde aber wieder ausschlägt und die Therapie beendet.

### Beurteilung

Anfangs und auch gegen Ende scheint der Patient stets sehr offen über sich zu sprechen, welches in der Prozessanalyse mit dem Cluster 2.2 bewertet wurde, doch nach einigen Sitzungen, in denen er gefordert war und auch aufgefordert wurde, die Problematik mit dem Blick auf seine Eltern und seine Kindheit aufzuarbeiten, blockiert er, was in der zusammenfassenden Inhaltsanalyse mit dem Cluster 2.8 bewertet werden kann. Die Therapeutin reagiert zwar sehr aktiv und verständnisvoll, gibt ihm verschiedene Lösungs- und Erklärungsansätze vor, welches in der Prozessanalyse den Clustern 1.2 und 1.4 entspricht, doch er scheint sich im Kreis zu drehen. Als sich dann die äußerliche Situation mit der Arbeitsaufnahme ändert und sich seine Situation positiv entwickelt, scheint er keinen Bedarf mehr an einer Aufarbeitung zu haben, lässt die Therapeutin mit ihren Ansätzen nicht mehr an sich heran. Die vermeintliche Kränkung in der letzten Therapiestunde mit dem Vorwurf durch die Therapeutin führen dazu, dass die Therapie abgebrochen wird.

### 3.2 Patientin B: Vorstellung und Biografie

Patientin B leidet nach ICD-10/DSM IV unter einer histrionischen Persönlichkeitsstörung. Zum Zeitpunkt der Therapie war sie 31 Jahre alt und arbeitete als Sachbearbeiterin in einem berufsständischen Unternehmen. Sie war ledig, hatte keine Kinder und ihr höchster Schulabschluss war die mittlere Reife. Sie sei sehr beliebt, habe aber immer nur eher flüchtige Beziehungen mit Männern gehabt. Vorstellungsanlass war die Trennung von ihrem letzten Partner circa 4 Wochen vor Therapiebeginn, von dem sie sich hintergangen gefühlt habe. Seitdem ziehe sie sich von Familie und Freunden zurück und gebe sich selbst die Schuld. Ihr äußeres Erscheinungsbild ist unauffällig, schlank, hübsch, leicht rötlich getönte Haare. Die Therapiemotivation wurde auf einer Skala von 1-4 mit einer 3 bewertet.

#### Biografie:

Patientin B ist die Zweitjüngste von insgesamt fünf Geschwistern. Sie und ihre jüngere Schwester seien die verwöhnten Nachzügler. Zum Zeitpunkt der Therapie sind die Eltern 62 (Mutter) und 65 (Vater) Jahre alt. Die Mutter sei stolz auf ihre Tochter, zeige es aber nicht. Sie sei nicht immer einfühlsam und habe ihr zu der Trennung von ihrem Lebensgefährten geraten. Zu ihrem Vater habe sie früher ein gutes Verhältnis gehabt. Damals habe sie noch ein eigenes Pferd gehabt, um das sie sich gemeinsam kümmerten und welches sie auf, für sie sehr dramatische Weise, verlor. Nun helfe sie ihrem Vater, vor allem bei behördlichen Sachen. Zu ihren Arbeitskollegen pflege sie ein gutes Verhältnis, insbesondere zu zwei Kolleginnen, deren Verhältnis eher freundschaftlich ist (Schreiben von privaten Nettigkeiten auf Zetteln, etc.); davor habe sie ein Jahr lang in London gearbeitet. Vor dem 26. Lebensjahr habe sie eine längerdauernde Beziehung gehabt, danach nur noch flüchtige Beziehungen, überwiegend auf sexueller Ebene. Bisher habe sie keine psychotherapeutische Vorbehandlung genossen, keine Süchte und keinen Suizidversuch unternommen.

Psychodynamik:

Aufgewachsen als eines von fünf Geschwistern, sieht die Patientin sich gerne im Mittelpunkt. Zum männlichen Geschlecht pflegt sie ein oberflächliches, freundschaftliches Verhältnis, in dem sie aber die Kontrolle, auch durch ihre Attraktivität, hat. Gewinnt eine Beziehung, an emotionaler Tiefe, oder steht sie nicht im Fokus der Aufmerksamkeit, ist sie verunsichert und zieht sich zurück. Im aktuellen Fall wurde therapeutische Hilfe in Anspruch genommen, als sich ihr damaliger Lebensgefährte aus eigenem Antrieb von ihr trennte.

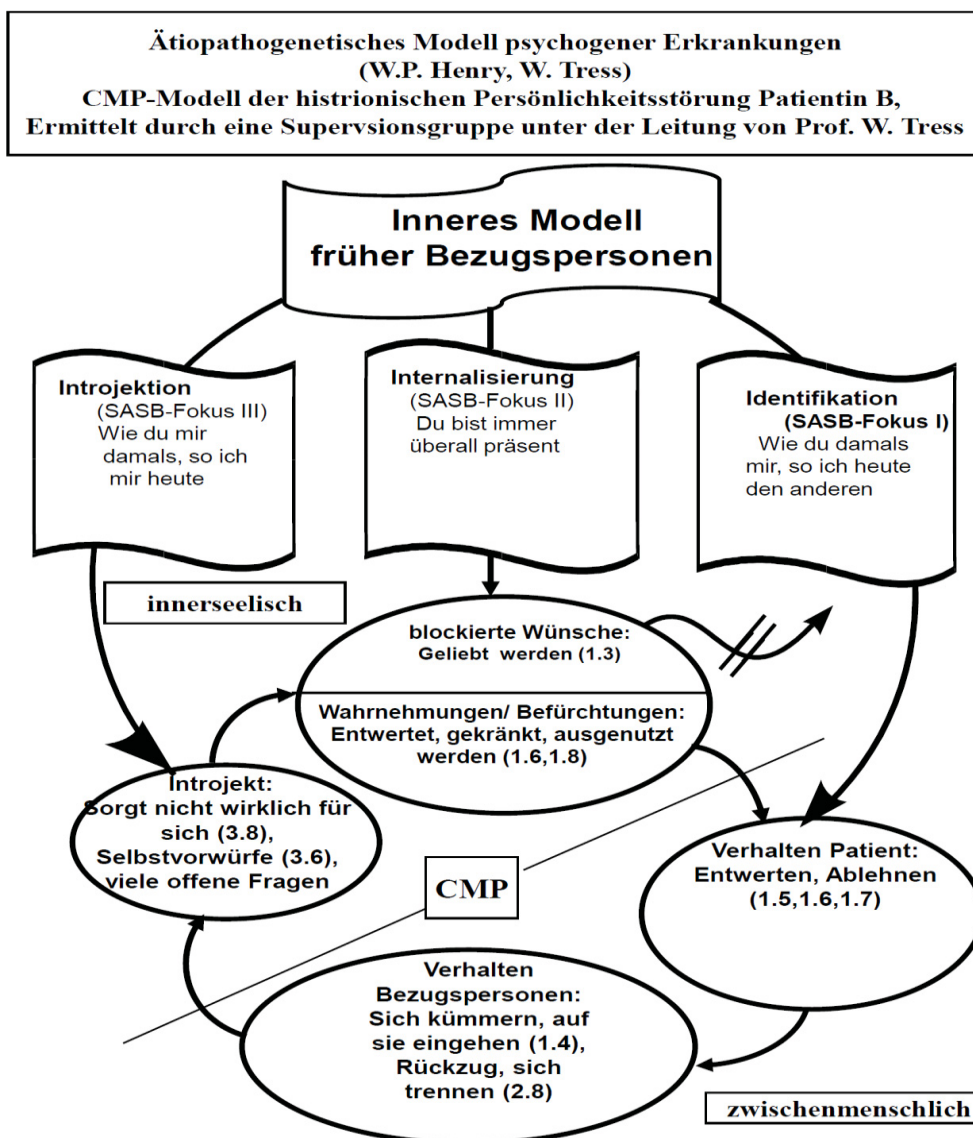


Abbildung 11: CMP-Schema Patientin B, erstellt durch eine Supervisionsgruppe und der Leitung von Prof. W. Tress



### 3.2.1 Die Diagnose der histrionischen Persönlichkeitsstörung im vorliegenden Fall bei Patientin B

Folgende Kriterien gemäß DSM-IV wurden im vorliegenden Fall erfüllt und wie folgt begründet:

1. Fühlt sich unwohl in Situationen, in denen sie nicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht: Die Patientin betont häufig, dass sie meist und sehr gerne im Mittelpunkt stehe und dass dies auch schon ihren Mitmenschen aufgefallen sei.
2. Die Interaktion mit anderen ist oft durch ein unangemessen sexuell-verführerisches oder provokantes Verhalten charakterisiert: Die Patientin bemerkt, dass sie gerne flirte, selbst mit Personen, bei denen es für sie klar ist, dass daraus nie eine Beziehung entstehen würde.
4. Setzt durchweg ihre körperliche Erscheinung ein, um Aufmerksamkeit auf sich zu lenken: Nicht beurteilbar, die Patientin wird aber als eine attraktive Frau beschrieben, die gerne flirtet.
5. Hat einen übertriebenen impressionistischen, wenig detaillierten Sprachstil: Die Patientin spricht auf eine sehr oberflächliche Art und Weise von Begebenheiten/Situationen
6. Zeigt Selbstdramatisierung, Theatralik und übertriebenen Gefühlsausdruck: Die Patientin: Die Erzählweise im vorliegenden Fall zeugt von einer Dramatisierung einzelner Begebenheiten.
7. Ist suggestibel, d.h. leicht beeinflussbar durch andere Personen oder Umstände: Die Patientin sucht wegen einer Trennung von ihrem letzten Lebensgefährten die Therapeutin auf. Er habe sie erschüttert und sie habe sich in vielen Dingen von ihm beeinflussen und manipulieren lassen.
8. Fasst Beziehungen enger auf, als sie tatsächlich sind: Die Patientin erzählt im Laufe der Therapie von vielen Freunden, die ihr immer helfen würden und auf die sie sich verlassen könne. Enttäuschungen, z.B. durch das Verhalten einer Bekannten, habe sie als so dramatisch empfunden, dass sie den Kontakt abgebrochen habe.

### 3.2.2 Therapie Patientin B

#### Verlauf

Die Patientin berichtet ihrer Therapeutin, die ihr in der Gestaltung der Sitzungen meist freie Hand lässt, sie wolle ihre kürzlich gescheiterte Beziehung aufarbeiten. Ihr Ex-Partner habe sie rückblickend schlecht behandelt, sie fühle sich von ihm ausgenutzt. In ausschweifenden Erzählungen, in denen die Therapeutin einfühlsam zuhört, schildert sie anhand verschiedener Situationen die vergangene Beziehung. Zu ihren Eltern befragt, sagt sie zwar, sie sei sehr willensstark und konsequent erzogen worden, heutzutage könnten sie aber nichts mehr mit ihren Problemen anfangen. Zurzeit wohne sie wieder bei ihnen, da der „Idiot“ sie fertig gemacht habe. Zudem esse sie sehr wenig und habe abgenommen. Sie habe ihm neulich einen Brief geschrieben, denke, er tobe, wenn er in liest. Sie sei in der Beziehung von Anfang an ängstlich gewesen, so etwas kenne sie nicht. Sonst sei sie sehr willensstark. Sie habe ein Helfersyndrom, habe sich von ihm einlullen lassen. Im Beruf und im Freundeskreis sei sie sehr beliebt, stünde immer im Mittelpunkt, was man ihr auch häufig sagen würde. Sie flirte auch gerne, ihr Ex-Partner sei sehr eifersüchtig gewesen, das habe sie ruhiger werden lassen. Die Trennung habe ihr stark zu schaffen gemacht, so etwas kenne sie nicht. Sie stellte einen Vergleich zu der Trennung von ihrem Pferd und zum Tod ihres Hundes her, was sie damals sehr belastet habe. Im Laufe der Therapie erzählt die Patientin, sie habe wieder Kontakt zu ihrem Exfreund aufgenommen, das habe sie „runtergerissen“. Sie habe einen Punkt machen wollen und jetzt sei alles „glatt“. Angesprochen auf das Thema Trennungen schweift sie sehr weit ab, erzählt von ihrem Pferd und von einer Freundin, von der sie sich trennen musste, da diese nur „neidisch und faul“ gewesen sei. In dieser Situation interveniert die Therapeutin, fragt, was dies mit der Trennung zu tun habe, welches im Therapieverlauf der einzige kritische Einwand seitens der Therapeutin sein sollte. Es kommt zu einem kurzen Resümee der Patientin. Auf Freundschaften angesprochen sagt sie, sie habe viele Freunde, selbst verheiratete Männer würden bei ihr übernachten, sie würde aber nicht weiter gehen. In der fünften und letzten Therapiesitzung, nachdem sie bereit zwei Sitzungen unentschuldig fern geblieben war, eröffnet die Patientin damit, dass es ihr nun gut gehe. Sie sei umgezogen. Sie berichtet detailliert, dass viele Freunde haben sie dabei unterstützt

und ihr geholfen haben. Ihr Exfreund, den sie als „Schatten aus Dortmund“ bezeichnet, sei noch da, ziehe sie aber nicht mehr runter. Andere bräuchten Jahre, um über so etwas hinweg zu kommen. Sie habe kürzlich eine alte Affäre wieder getroffen, er solle sich aber, trotz Interesse, keine Hoffnungen machen. Sie sei jetzt ruhiger und konsequenter geworden. Sie berichtet über ihre Karrierepläne und ihre Absicht, alte Freundschaften wieder aufleben zu lassen. Immer wieder schweifen die Themen ab und die Patientin nutzt die belanglosen Geschichten, um sich als beliebter Mensch darzustellen, wie sie sagt „everybody’s Darling“. Ihr Exfreund habe sie nur rangezogen und weggestoßen, das habe sie verinnerlicht, es sei wie eine Hypnose gewesen, jetzt sei es ein „grandioses Geschenk“ andere Leute auch mal um Hilfe bitten zu können. Während sämtlicher Sitzungen reagiert die Therapeutin meist nur zustimmend mit einem bestätigendem „Hmm“, interveniert wenig und stellt fast ausschließlich themenbezogene Fragen zu Situationsdetail, die die Patientin gerade schildert. Zu den, auf die fünfte Sitzung folgenden Therapiestunden, erscheint die Patientin ohne abzusagen nicht, so, dass die Therapie beendet wird.

### Beurteilung

Die Patientin redet oft zu lange und ohne Fokus über ihre Ex-Partner, ihre Familie und ihre Arbeitskollegen (laut Supervisionsprotokoll), welches in der Prozessanalyse aber als Cluster 2.2 gewertet wurde. Sie profiliert sich in ihren Erzählungen sehr stark, erzählt viel von ihren Freunden und ihrer Familie, möchte in der Prozessanalyse geliebt und umsorgt werden. Auffällig ist, dass die Therapeutin die Patientin zu häufig zu lange reden lässt ohne zu intervenieren, bestätigt nur stets die Patientin mit einem „Hmhm“, welches in der Prozessanalyse als 1.2 (verstehen, bestätigen, ermuntern) codiert wird, in der Inhaltsanalyse aber auch als Cluster 1.8 (übersehen, vernachlässigen, ignorieren) gewertet werden kann. Kommt es zu therapeutischen Einwüfen, dann sind es meistens nur konkrete Nachfragen über den gerade angesprochenen Sachverhalt in der Erzählung der Patientin. Werden aber (was selten passiert, aber auffällig oft in den letzten Sitzungen vor Therapieabbruch) konkrete Fragen zu ihrem Verhalten in der Vergangenheit, sowie zu ihren abschweifenden Ausführungen gestellt, dann reagiert die Patientin zwar kurz komplementär, antwortet auf freundlicher Gesprächsebene um danach aber sofort ihren Widerstand wieder aufzubauen und erneut abzuschweifen. So kommt während dieser Therapiephase kein emotionaler Kontakt zwischen der überforderten

## **Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien**

Therapeutin und der histrionischen Patientin zustande und die Therapie wird nach mehrmaligem Nichterscheinen der Patientin abgebrochen.

### 3.3 Die Auswertung der Therapiestunden nach dem SASB-Modell

#### 3.3.1 Cluster-Häufigkeiten Therapeutin und Patient A

Tabelle 1: Cluster-Häufigkeiten Therapie Pat. A, Sprecher ist Therapeutin A

Cluster	2. Vorgespr.	1. Sitzung	5. Sitzung	9. Sitzung	10. Sitzung
<b>N</b>	369	352	351	483	230
<b>1.2</b>	256 69,4%	235 66,8%	225 64,1%	235 48,7%	134 58,3%
<b>1.4</b>	92 24,9%	103 29,3%	109 31,1%	222 46,0%	55 23,9%
<b>1.5</b>	5 1,4%		1 0,3%	6 1,2%	4 1,7%
<b>1.6</b>	2 0,5%				9 3,9%
<b>1.8</b>			1 0,3%	2 0,4%	
<b>2.2</b>	9 2,4%	10 2,8%	7 2,0%	10 2,1%	24 10,4%
<b>2.4</b>	3 0,8%	2 0,6%	5 1,4%	5 1,0%	1 0,4%
<b>Komplexe Aussagen</b>	3 0,8%		3 0,9%	5 1,0%	1 0,4%
<b>1.2/1.4</b>			1 0,3%	2 0,4%	
<b>1.2/1.8</b>				1 0,2%	
<b>1.4/1.6</b>	2 0,5%				1 0,4%
<b>1.4/1.8</b>				1 0,2%	
<b>2.2/1.4</b>	1 0,3%		1 0,3%	1 0,2%	
<b>2.2/1.8</b>			1 0,3%		

## Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien

Die vorwiegenden Cluster sind hier mit im Schnitt 61,5% der Aussagen Cluster 1.2, mit im Schnitt 31% Cluster 1.4 vorhanden. Das disaffiliative Cluster 1.6 ist im zweiten Vorgespräch mit 0,5%, danach erst wieder in der letzten Sitzung mit 3,9% der Aussagen vertreten. Davon ist es anteilig zu 100% im zweiten Vorgespräch als komplexe Aussage vertreten, in der letzten Sitzung nur zu 11,1%. Das disaffiliative Cluster 1.8 ist in der 5. Sitzung zu 0,3%, in der 9. Sitzung zu 0,4% vertreten, jeweils zu 100% als komplexe Aussage. Komplexe Aussagen sind in vier von fünf codierten Sitzungen vertreten, im Mittel mit 0,8% der Aussagen, davon hatten 41,7% eine disaffiliative Komponente.

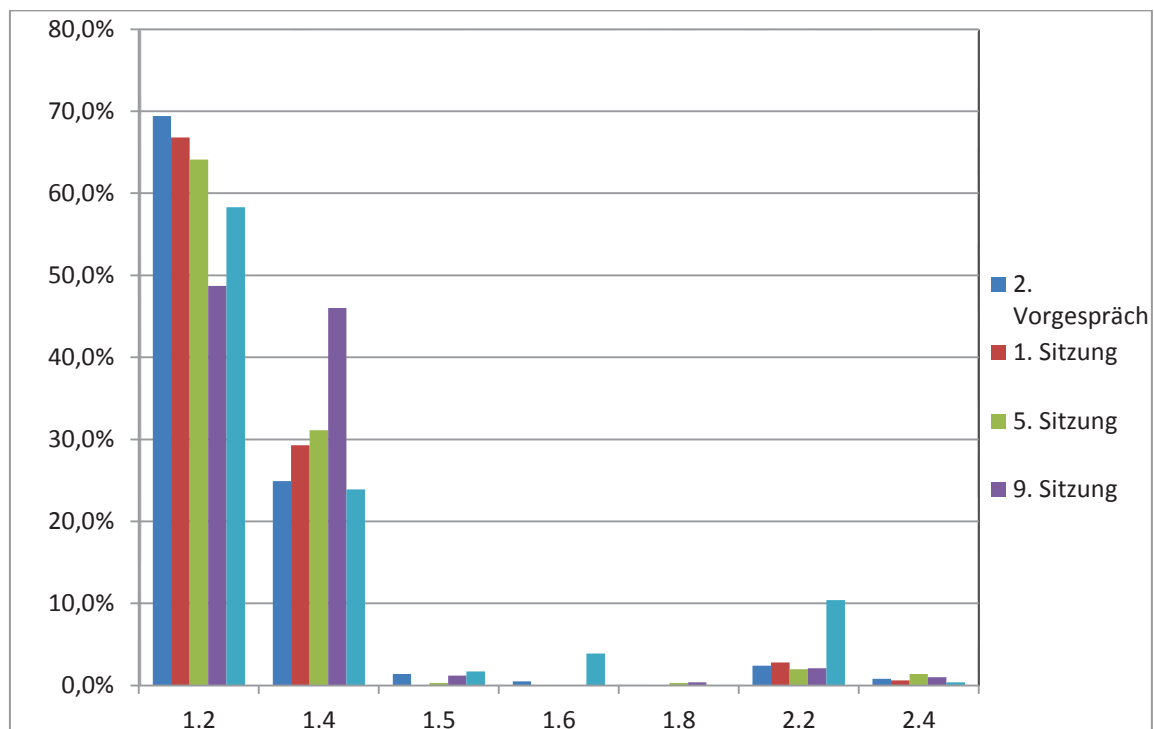


Abbildung 12: Therapeutin A – Verlauf der Clusterhäufigkeiten

## Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien

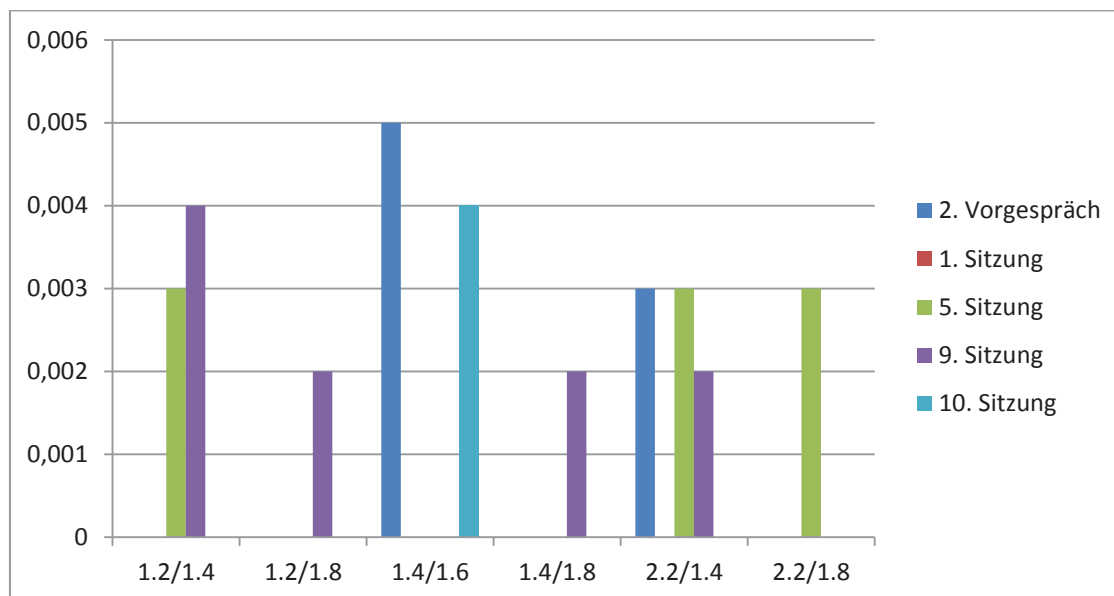


Abbildung 13: Komplexe Aussagen der Therapeutin A im Verlauf

Tabelle 2: Cluster- Häufigkeiten Therapie Pat. A, Sprecher ist Patient A

Cluster	2. Vorgespr.	1. Sitzung	5. Sitzung	9. Sitzung	10. Sitzung
<b>N</b>	312	405	357	535	284
<b>1.2</b>	3 1,0%	9 2,2%	1 0,3%	1 0,2%	5 1,8%
<b>1.3</b>		1 0,3%			
<b>1.4</b>	1 0,3%	2 0,5%	5 1,4%	4 0,7%	3 1,1%
<b>1.5</b>					1 0,4%
<b>1.7</b>		1 0,2%			
<b>2.1</b>		10 2,5%			
<b>2.2</b>	216 69,2%	302 74,6%	236 66,1%	737 69,7%	209 73,6%
<b>2.4</b>	71 22,8%	67 16,5%	72 20,2%	138 25,8%	52 18,3%
<b>2.5</b>	1			2	10

## Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien

	0,3%			0,5%	3,5%
<b>2.6</b>	2	1			2
	0,6%	0,2%			0,7%
<b>2.8</b>				4	
				0,7%	
<b>3.2</b>	7	6	33	3	1
	2,2%	1,5%	9,3%	0,6%	0,4%
<b>3.4</b>	1	1			
	0,3%	0,2%			
<b>3.5</b>				1	
				0,2%	
<b>3.6</b>	10	3	9	8	
	3,2%	0,7%	2,5%	1,5%	
<b>Komplexe Aussagen</b>	17	3	36	9	
	5,4%	0,6%	10,1%	1,7%	
<b>2.2/1.4</b>		1		1	
		0,2%		0,2%	
<b>2.2/2.4</b>		1			
		0,2%			
<b>2.2/2.8</b>				3	
				0,6%	
<b>2.2/3.2</b>	7	1	27	2	
	2,2%	0,2%	7,6%	0,4%	
<b>2.2/3.6</b>	8		8	2	
	2,6%		2,2%	0,4%	
<b>2.4/3.6</b>	2		1		
	0,6%		0,3%		
<b>2.4/2.8</b>				1	
				0,2%	

Es zeigen sich überwiegend mit im Schnitt 70,64% das Cluster 2.2 und mit 20,7% das Cluster 2.4. Als disaffiliative Cluster zeigen sich in der ersten Sitzung mit 0,2% das Cluster 1.7, in drei von fünf Sitzungen mit im Schnitt 0,5% das Cluster 2.6, in der 9. Sitzung mit 0,7% das Cluster 2.8 und in vier von fünf Sitzungen mit im Schnitt 2% das Cluster 3.6. In vier von fünf Sitzungen tätigte Patient A komplexe Aussagen, davon im Schnitt 4,5%. Interaktionelle, disaffiliative, komplexe Aussagen gab es nur in der 9. Sitzung mit 0,8% mit dem Cluster 2.8.



## Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien

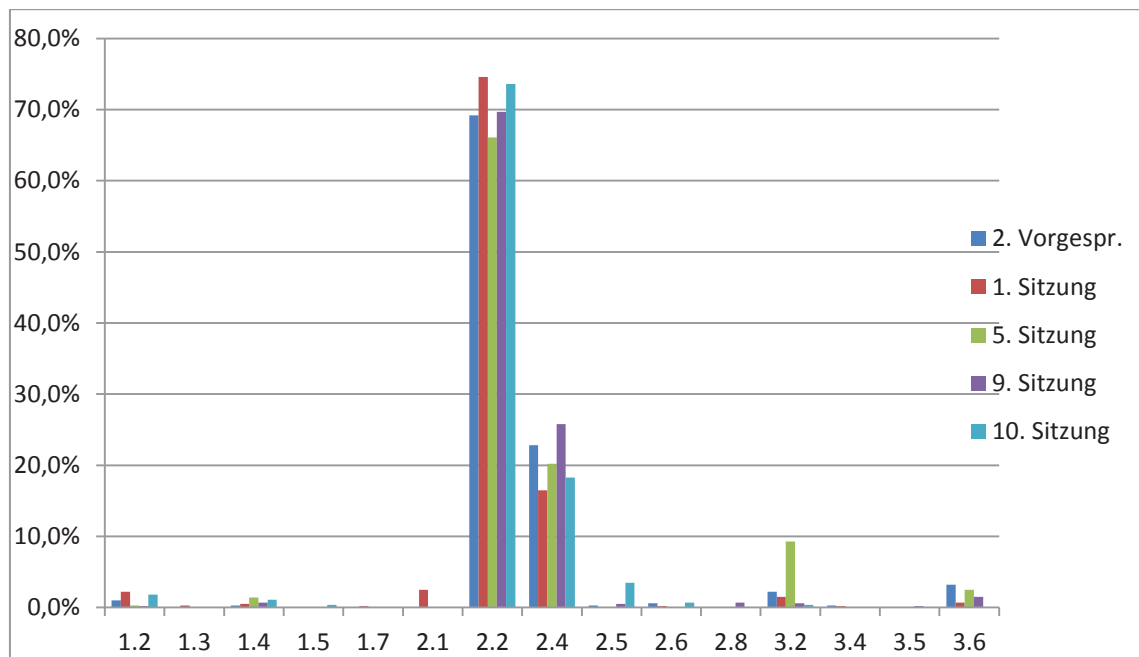


Abbildung 14: Patient A – Verlauf der Clusterhäufigkeiten

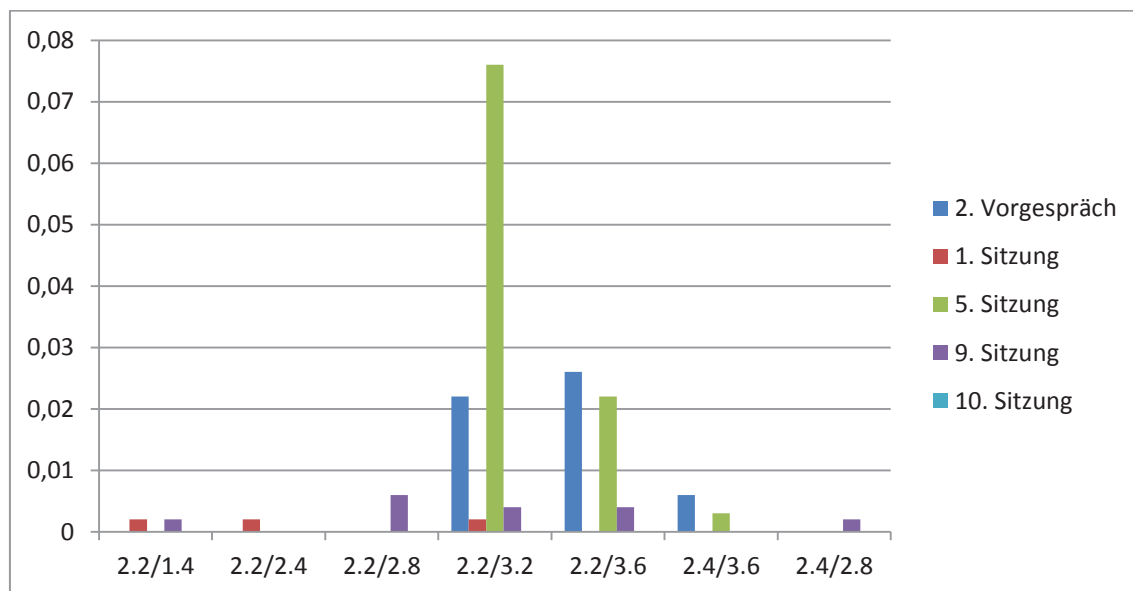


Abbildung 15: Komplexe Aussagen Patient A im Verlauf

### 3.3.2 Cluster- Häufigkeiten Therapeutin und Patientin B

Tabelle 3: Cluster-Häufigkeiten Therapie Pat. B, Sprecher ist Therapeutin B

Cluster	1. Sitzung	2. Sitzung	3. Sitzung	4. Sitzung	5. Sitzung
<b>N</b>	353	332	353	489	336
<b>1.2</b>	275 77,9%	255 76,8%	282 79,9%	351 71,8%	250 74,4%
<b>1.3</b>				1 0,2%	
<b>1.4</b>	61 17,9%	73 22,0%	60 17,0%	108 22,1%	58 17,3%
<b>1.5</b>	2 0,6%	1 0,3%		3 0,6%	
<b>1.6</b>	2 0,6%	1 0,3%	1 0,3%	4 0,8%	4 1,2%
<b>2.2</b>	6 1,7%		7 2,0%	5 1,0%	5 1,5%
<b>2.4</b>	2 0,6%	1 0,3%		7 1,4%	3 0,9%
<b>Komplexe Aussagen</b>	1 0,3%	1 0,3%		6 1,2%	5 1,5%
<b>1.2/1.4</b>					1 0,3%
<b>1.4/1.6</b>	1 0,3%	1 0,3%		3 0,6%	3 0,9%
<b>1.4/1.5</b>				2 0,4%	
<b>1.6/2.2</b>				1 0,2%	
<b>1.2/1.4/2.2</b>					1 0,3%

Es zeigt sich, dass die Therapeutin B überwiegend Aussagen tätigt, die dem Cluster 1.2 zuzuordnen sind, gefolgt von Cluster 1.4. In nur 0,7% der Fälle benutzt sie komplexe Aussagen, 0,5% beinhalten aber die disaffiliative Komponente, des Clusters 1.6.

## Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien

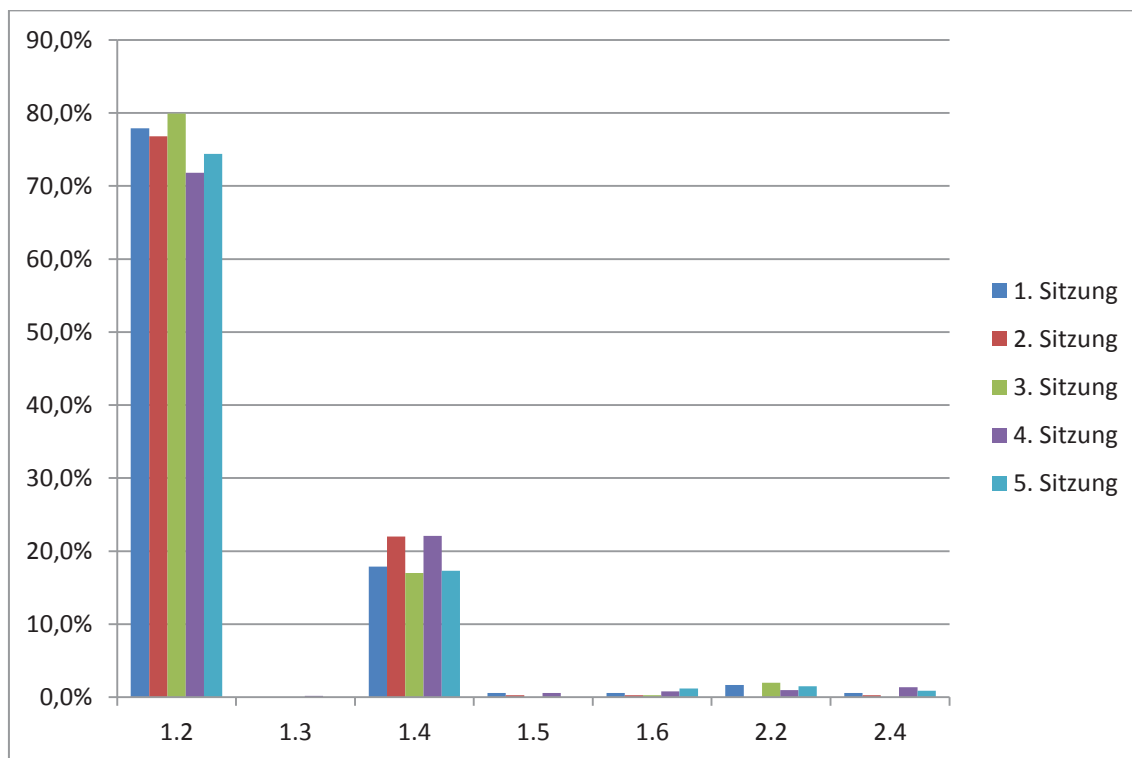


Abbildung 16 : Therapeutin B – Verlauf der Clusterhäufigkeiten

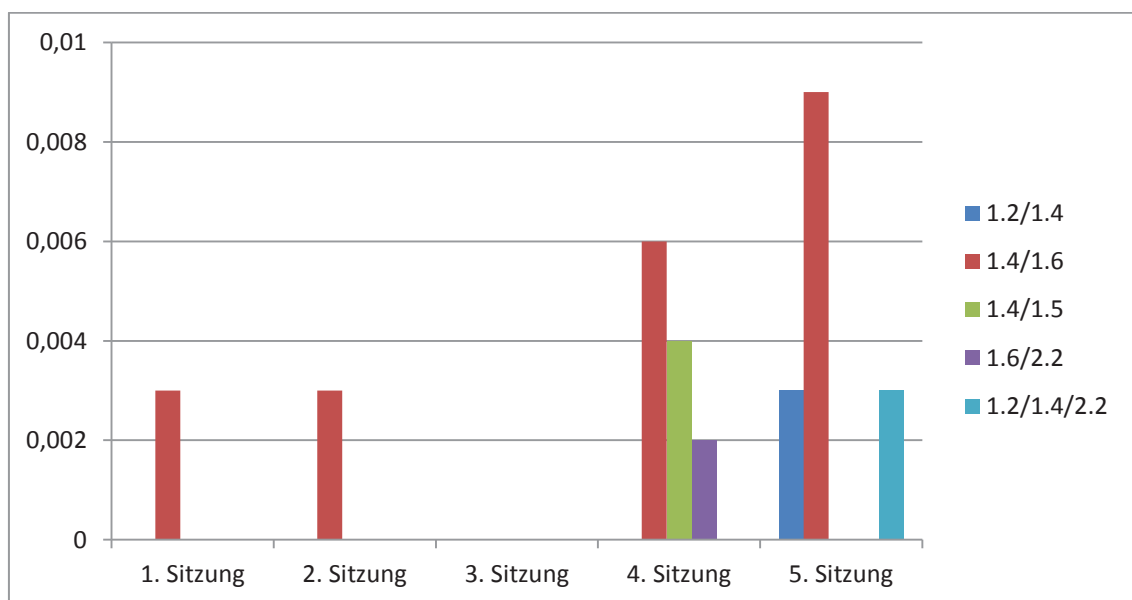


Abbildung 17: Komplexe Aussagen Therapeutin B im Verlauf

Tabelle 4: Cluster-Häufigkeiten Therapie Pat. B, Sprecher ist Patientin B

Cluster	1. Sitzung	2. Sitzung	3. Sitzung	4. Sitzung	5. Sitzung
<b>N</b>	326	321	408	626	519
<b>1.1</b>			1 0,2%		
<b>1.2</b>	2 0,6%	4 1,2%	3 0,7%	1 0,2%	3 0,6%
<b>1.4</b>	2 0,6%	5 1,6%		10 1,6%	1 0,2%
<b>2.1</b>			1 0,2%	5 0,8%	
<b>2.2</b>	223 68,4%	236 73,5%	331 81,1%	437 69,8%	399 76,9%
<b>2.4</b>	89 27,3%	73 22,7%	52 12,7%	159 25,4%	77 14,8%
<b>2.6</b>	3 0,9%	3 0,9%	7 1,9%	1 0,2%	1 0,2%
<b>2.8</b>			1 0,2%		
<b>3.2</b>	2 0,6%			4 0,6%	11 2,1%
<b>3.4</b>			4 1,0%		12 2,3%
<b>3.6</b>	5 1,5%		6 1,4%	6 1,0%	14 2,7%
<b>Komplexe Aussagen</b>	5 1,5%	3 0,9%	3 0,7%	5 0,8%	25 4,8%
<b>2.2/3.2</b>					9 1,7%
<b>2.2/3.4</b>			1 0,2%		4 0,8%
<b>2.2/3.6</b>	3 0,9%		1 0,2%	4 0,6%	11 2,1%
<b>2.2/2.4</b>	1 0,3%				
<b>2.2/2.6</b>	1 0,3%	3 0,9%			
<b>2.4/3.2</b>	1 0,3%				

## Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien

<b>2.4/2.6</b>	1	1
	0,2%	0,2%
<b>1.4/2.2</b>		1
		0,2%

Es zeigen sich hauptsächlich die Cluster 2.2 und 2.4, in 0,8% der Aussagen aber auch das disaffiliative Cluster 2.6. Komplexe Aussagen tätigt die Patientin in 1,7% der Fälle, in der letzten Therapiesitzung sogar in 4,8% der Aussagen. Ein großer Teil in der letzten Sitzung der komplexen Aussagen ist mit 2,1% das Cluster 2.2, kombiniert mit dem Cluster 3.6, der Selbstanklage.

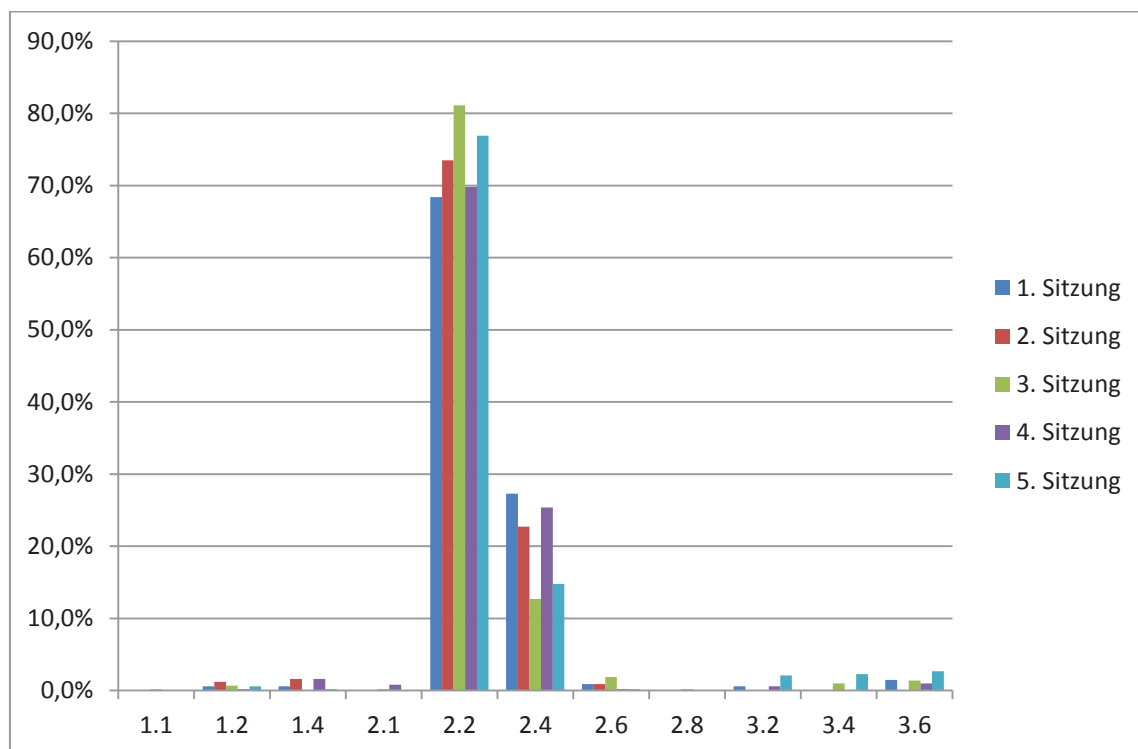


Abbildung 17: Patientin B – Verlauf der Clusterhäufigkeiten

## Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien

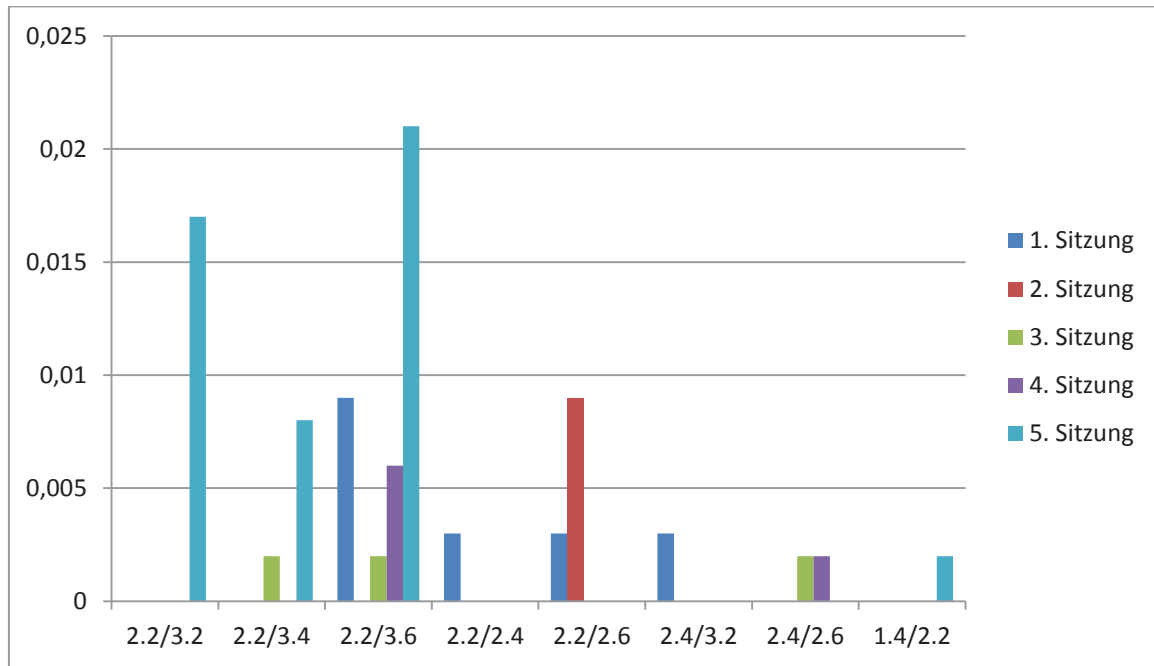


Abbildung 18: Komplexe Aussagen der Patientin B im Verlauf

### 3.4 Stundenbeurteilungen der Therapeutinnen A und B nach dem CMP-Modell (Beurteilungsbogen)

Tabelle 5: Pat A Stundenbeurteilungen der Therapeutin nach Fragebogen

CMP	1. Sitzung	2.Sitzung	3.Sitzung	4. Sitzung	5.Sitzung
<b>CMP Bezugsperson aktuell</b>	75%	75%	75%	75%	75%
<b>CMP Bezugsperson in der Vergangenheit</b>	75%	75%	75%	75%	25%
<b>CMP Bezug auf Therap.</b>	0%	0%	25%	0%	0%
<b>CMP Bezug auf Beziehung Ther./Pat.</b>	0%	0%	25%	0%	25%
<b>Wünsche Pat.</b>	Lob und Anerkennung 1.2, 1.3, 1.4	gesehen und verstanden werden 1.2	s.o.	-	andere sollen ihn unterstützen, leiten 1.2, 1.4
<b>Neg. Erwartungen Pat.</b>	dass andere ihn stehen lassen 1.8, dass sie sich abwenden (Mutter)2.6	abgelehnt, übersehen werden 1.6, 1.8	s.o.	-	Vorwürfe 1.6
<b>Verhalten des Pat.</b>	unterwirft sich 2.5, ist enttäuscht 2.6, zieht sich zurück 2.8	passt sich enttäuscht an2.6, kommt nicht in Kontakt 2.8	s.o.	-	?? 2.2, 2.4
<b>Verhalten der anderen</b>	ziehen sich zurück 2.8, Übersehen seine Bedürftigkeit 1.8	ordnen sich ebenf. unter 2.6, ziehen sich zurück 2.8?	s.o.	-	-(?)
<b>Introjekt</b>	Selbstvorwürfe 3.6, Tagträume 3.8	3.6, 3.8	-	-	3.5

Tabelle 6: Pat. A Stundenbeurteilungen der Therapeutin nach Fragebogen

CMP	6.Sitzung	7.Sitzung	8.Sitzung	9 Sitzung	10.Sitzung
<b>CMP</b> <b>Bezugsperson</b> <b>aktuell</b>	50%	50%	75%	75%	25%
<b>CMP</b> <b>Bezugsperson</b> <b>in der</b> <b>Vergangenheit</b>	75%	50%	75%	75%	25%
<b>CMP Bezug</b> <b>auf Therap.</b>	25%	0%	0%	0%	25%
<b>CMP Bezug</b> <b>auf Beziehung</b> <b>Ther./Pat.</b>	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Wünsche Pat.</b>	Geliebt werden 1.3, verstanden w. 1.2	Anerkennung 1.2	Anerkennung 1.2 + gehen lassen 1.1	1.2	s.o.
<b>Neg. Erwartungen Pat.</b>	abgewiesen zu werden 1.7, ??? zu werden 1.8	lächerl. gemacht werden 1.6/1.7, verlassen werden 1.8	Überfürsorge, Mutter will nur das Beste 1.5, 1.8	andere finden ihn langweilig, wenden sich ab 2.8	s.o.
<b>Verhalten des Pat.</b>	zieht sich gegenüber Frauen zurück 2.8, mit ? Locker 2.3	schottet sich ab 2.8	zieht sich zurück 2.8, macht sich Vorwürfe 1.6	er muss etwas tun 1.4, 1.5	s.o.
<b>Verhalten der anderen</b>	Freundin hat ihn verl. 1.8, Freunde mögen ihn 1.3	versuchen ihn zu kontrollieren 1.5	ziehen sich zurück 2.8, übersehen ihn 1.8	machen ihm Vorwürfe 1.6, ziehen s. zurück 2.8	s.o.
<b>Introjekt</b>	3.4, sonst auch 3.5	kontrolliert sich 3.5	3.5, 3.8	Druck 3.5	s.o.

Im Falle von Therapeutin A zeigt sich deutlich ihre differenzierte Reflektion der einzelnen Therapiesitzungen. Die geforderten Antworten wurden meist individuell getätigt, dies zeigt sich auch bei den Antworten bei den Fragen nach dem, in den Sitzungen vorherrschenden, CMP. Die Therapeutin selbst schätze ein, dass auch sie ein Rollenschema eines CMP aus der Vergangenheit des Patienten annahm, auch spielte, nach ihrer Auffassung, in zwei der Sitzungen ein CMP des Patienten eine Rolle in der Therapeut-Patienten-Beziehung.



Tabelle 7: Pat. B Stundenbeurteilungen der Therapeutin nach Fragebogen

CMP-Beprechung	1. Sitzung	2.Sitzung	3.Sitzung	4. Sitzung	5.Sitzung
<b>CMP Bezugsperson aktuell</b>	50%	50%	50%	50%	50%
<b>CMP Bezugsperson in der Vergangenheit</b>	25%	0%	25%	50%	25%
<b>CMP Bezug auf Therap.</b>	0%	0%	0%	0%	0%
<b>CMP Bezug auf Beziehung Ther./Pat.</b>	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Wünsche Pat.</b>	Nähe, versorgt werden (blockiert), Kontrolle über sich und andere	-	geliebt werden	geliebt werden, entwertet werden	-
<b>Neg. Erwartungen</b>	Ablehnung, Kränkung	-	ausgenutzt werden	ausgenutzt, verletzt werden	-
<b>Verhalten der Pat.</b>	verleugnet Wünsche (zeigt sich autark, weist zurück, beschützt andere(Ex)) fordert Aufmerksamkeit, zieht sich (gekränkt) zurück	-	Rückzug	entwertet, zieht sich zurück	-
<b>Verhalten der Anderen</b>	ziehen sich zurück, weisen sie zurück, kränken sie	-	verstehen sie nicht	entwerten	-
<b>Introjekt</b>	Selbstkontrolle, Selbstvorwürfe, Selbstzweifel	-	kann nicht für sich sorgen	vernachlässigt sich	-

Bei Therapeutin B zeigt sich bei den Stundenbewertungen ein durchgehendes Muster, was entweder bedeuten könnte, dass alle Sitzungen fast identisch verlaufen sein könnten oder die Therapeutin nicht differenziert genug über sie reflektiert haben könnte. Eine CMP-Übertragung auf sie oder ihre Beziehung zu ihrer Patientin schloss sie in allen Fällen aus. Die jeweiligen CMP-Dimensionen wurden in zwei der fünf Sitzungen gar nicht benannt.

### 3.5 Zusammenfassende Beurteilung der Therapieverläufe A und B

Bei beiden Therapieabbrechern muss man bei der Erforschung der Gründe für den Abbruch die jeweilige Persönlichkeitsstörung beachten, da die Prozessanalyse mittels SASB-Clustern auf den ersten Blick das Bild einer überwiegend freundlichen Gesprächsbeziehung darstellt; wie auch bei Junkert-Tress, B. et al. (2000) finden sich hier, wie auch bei regulär beendeten Therapien, überwiegend freundlich bestätigende (1.2) und freundlich anleitende (1.4) Cluster seitens der Therapeuten und freundlich sich öffnende (2.2) oder freundlich auf Vorgaben eingehende (2.4) Cluster.

Patient B leidet unter einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Er ist, wie er auch selbst in den therapeutischen Gesprächen mehrfach betont, sehr leicht zu kränken und neigt dazu, sich nach einer Kränkung zurück zu ziehen. In der letzten Therapiesitzung sind insgesamt 9 Äußerungen (3,9% der Units) der Therapeutin dem disaffiliativen Cluster 1.6 zuzuordnen. Sie macht ihm den Vorwurf, bei ihrem letzten Termin nicht erschienen zu sein. Dies könnte eine Wende in der Beziehung darstellen, Patient B könnte in seine erlernten Verhaltensweisen seines persönlichen CMP zurückgefallen sein: Die Therapeutin, die in diesem Moment die Rolle der Mutter inne hat, greift ihn an (Cluster 1.6), ist beleidigt, dass er ihre Erwartungen nicht erfüllt hat (er ist nicht zur Therapiestunde erschienen), daraufhin zieht er sich gekränkt zurück (Cluster 2.8). Die Therapeutin tritt während sämtlicher Sitzungen zwar sehr verständnisvoll, aber auch eventuell für den Patienten sehr mütterlich anleitend auf, welches ihn dazu gebracht haben könnte, sein CMP in Beziehung zu seiner Mutter auf seine Therapeutin zu übertragen und ihn so für ihre Kritik noch empfänglicher zu machen. Diese Annahme wurde auch in der Supervisionsgruppe nach der 5. Sitzung erwähnt: „Der Patient stelle eine Übertragungssituation her, in der die Therapeutin die Mutterrolle übernehme, möglicherweise auch in die Rolle der Freundin gerate, an die der Patient „Riesenansprüche hat.“

Außerdem berichtet die Therapeutin in den CMP-Stundenprotokollen der 2., 3., 5., 6. und 10. Sitzung über CMP-Übertragungen auf die Therapeutin, beziehungsweise auf die Patient-Therapeut-Beziehung. In der dritten Therapiesitzung beschreibt die Therapeutin in ihren Aufzeichnungen erstmals, dass sich das CMP auf die Patient-

Therapeut-Beziehung im negativen Sinne übertragen könne mit der sich beleidigt abwendenden Mutter. Nach der fünften Sitzung notiert die Therapeutin, dass der Patient sich aus Angst vor Verlust auch in der therapeutischen Beziehung anpasst. Einmalig, in der fünften Sitzung, fragt die Therapeutin ihn explizit nach ihrer therapeutischen Beziehung, ob er sich, wie sonst auch, fürchtet, uninteressant zu sein, worauf er antwortet, er sehe das nüchtern, aber anfangs habe er das anders gesehen.

Es sollte zudem berücksichtigt werden, dass Patient A, wie auch seine Therapeutin in der vorletzten Therapiestunde mehrmals geäußert haben, dass es ihm schon deutlich besser gehe und eigentlich kein Gesprächsbedarf mehr bestehe, welches die Therapeutin förmlich in der letzten Sitzung unterstützt. Nach ihren Aufzeichnungen wurde sich sogar auf ein vorzeitiges Ende der Therapie geeinigt.

In diesem Fall ist das Ergebnis der Prozessanalyse der Therapiegespräche, dass ein überwiegend gutes Gesprächsklima geherrscht hat. Komplexe Aussagen mit disaffiliativem Charakter kamen nur in statistisch nicht relevanter Anzahl vor. Trotzdem kann der Anstieg der Cluster 1.6, zumeist nicht in komplexen Äußerungen „verpackt“, seitens der Therapeutin in der letzten Sitzung in Bezug auf die Persönlichkeitsstörung des Patienten als auslösender Faktor im Bezug auch auf das persönliche CMP, für den Therapieabbruch gesehen werden.

Nach Benjamin (1993) befindet sich der Therapeut bei Patienten mit narzisstischer Störung in einer Zwickmühle: Der Patient erwartet Unterstützung, sogar Bewunderung und jegliche Konfrontation wird als vernichtende Entwertung erlebt. Es besteht eine hohe Bereitschaft, sich bei der ersten auftauchenden Schwierigkeit zurückzuziehen. Besonders in der letzten Therapiesitzung wurde in diesem Fall sehr deutlich, dass die Therapeutin ihn zum ersten Mal kritisiert hat, ohne es behutsam zu machen und in eine starke Unterstützung einzubetten, wie Benjamin (1993) es vorschlägt. Im bisherigen Therapieverlauf greift die Therapeutin auch eventuell defizitäre Persönlichkeitsmerkmale des Patienten sehr bedacht auf um sie, nach Möglichkeit, sogar positiv darzustellen, zum Beispiel: „Das muss sehr schwer für Sie gewesen sein, dass sie immer alles auf Ihre Kappe genommen haben.“

Bei Patientin B sind die Gründe für den Abbruch etwas deutlicher, aber auch nur in Anbetracht der histrionischen Persönlichkeitsstörung der Patientin zu erklären. In der

Prozessanalyse zeigt sich ein unauffälliges Gesprächsmuster mit wenig disaffiliativen oder komplexen Aussagen. Die Therapeutin kann sich jedoch während der Gespräche nicht einbringen. Die mit dem Cluster 1.2 codierten Aussagen sind in über 9 von 10 Fällen nur ein bestätigendes „Hmhm“. Die mit 1.4 codierten Aussagen/Fragen sind häufig explizierte Nachfragen über den gerade aufgeführten Sachverhalt aus den Erzählungen der Patientin. Meist antwortet die Patientin freundlich kurz auf die konkrete Frage um danach sofort wieder abzuschweifen. Die histrionische Patientin redet frei, ohne Fokus und schweift ständig in Details ab, da die Therapeutin ihr keine Strukturvorgaben macht und nur selten interveniert, um das Thema zu wechseln oder zu dem ursprünglichen Thema zurückzukehren.

Im Gesprächsverlauf in der Prozessanalyse zeigen sich hauptsächlich die Cluster 1.4/2.4 und 1.2/2.2, dennoch steuert überwiegend die Patientin inhaltlich das Gespräch (1.5), profiliert sich sehr stark (möchte geliebt, umsorgt werden 1.3,1.4); die Therapeutin hört „nur“ verständnisvoll zu (1.2), generell kann dies inhaltlich im Gesamtkontext aber auch als Nichtbeachten, Vernachlässigen gesehen werden (1.8), die Therapeutin zieht sich zurück.

Nach der 1. Sitzung fand eine Supervisionsgruppe statt, dort wurden sieben Fragen zusammengestellt, die die Therapeutin mit ihrer Patientin besprechen sollte. Auffällig war, dass genau diese Fragen in der fünften und letzten Stunde sämtlich und meist aus dem Zusammenhang der Patientin gestellt wurden. Da die Patientin bis dato therapeutisch kaum geführt worden war und laut Supervisionsprotokoll ebenfalls ein Problem bekam, wenn es ihr zu persönlich wurde, mag durch die neue, etwas „checklistenartige“ Struktur dieser Stunde wohl sehr irritiert gewesen sein.

Nach der letzten Sitzung, als die Therapie noch nicht offiziell abgebrochen war, fand eine zweite Supervisionssitzung statt, in der folgendes unter Anderem zu Protokoll gegeben wurde.

„(...)Es wurde eine Parallele gezogen zwischen dem, was die Patientin über ihre Exfreunde berichtet und der Beziehung zur Therapeutin, d.h. ein oberflächlicher netter Kontakt ja, aber nicht zu nah kommen. Es wird außerdem deutlich, dass die Therapeutin die Patientin zu lange reden lässt ohne schnell und häufig genug zu intervenieren. Die Patientin wird nicht gefordert auf sich selbst zu schauen(...)“.

## Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien

Es bestätigt sich also auch hier die Annahme, dass die individuelle Persönlichkeitsstörung mit dem dazugehörigen CMP die therapeutische Beziehung negativ beeinflusst hat. Die Therapeutin erfüllt die Erwartungen der Patientin: Sie bestätigt sie als „Entertainment-Faktor“ (1.2), zieht sich aber auch zurück (2.8).

Es ist auffällig, dass die Therapeutin in den vorgefertigten Bögen zur Stundenbeurteilung eine Übertragung des CMP auf sie oder die Therapeut-Patient-Beziehung nach jeder Stunde sicher ausschließt, das heißt, hier liegt eine Fehleinschätzung der Situation seitens der Therapeutin sich selbst und gegenüber der Therapeut-Patient-Beziehung vor.

Aber auch in diesem Fall gab es seitens der Patientin in den letzten beiden Stunden mehrmals die Aussage, dass es ihr deutlich besser gehe.

### **3.6 Die Zuordnung der Patienten zu den Abbrechertypen** anhand der Einteilungskriterien nach Junkert- Tress, B. et al. ( Die Typologie der Abbrecher, 2000)

Nach der Unterteilung der Abbrecher nach Junkert-Tress et al. (2000) ist der Patient A nicht eindeutig einem Typ zuzuordnen, er zeigt aber Merkmale, die dem Typ II, dem Vermeidenden entsprechen. Er bricht aus partiell nachvollziehbaren Gründen ab, in diesem Fall, dass er die Therapie nicht mehr brauche, da er sich jetzt in einer neuen Lebenssituation befände und alles viel besser laufe. Er lässt sich sehr schnell auf eine emotionale Kontaktaufnahme und tiefgreifende Gespräche über seine Kindheit ein. Nach wenigen Sitzungen scheint es kein Weiterkommen zu geben, die Gesprächsthemen wiederholen sich, sodass die Therapeutin beginnt, ihn emotional zu fordern, was er als Entwertung empfindet und er sich nicht darauf einlässt, die Therapie so ins Stocken gerät. Er entfaltet seine narzisstische Dynamik; er schaffe es nun selbst, es gehe ihm schon viel besser und er komme wesentlich besser zurecht. Dies führt dazu, dass er aus eigener Intention die Therapie beendet. Allerdings spricht die etwas längere Therapiedauer von zehn Therapiesitzungen, die vorliegende narzisstische Persönlichkeitsstörung, die geringe Motivation und die einsetzende Entwertung durch die Therapeutin zumindest teilweise auch für den Typ 1b, den betont Desinteressierten.

Die Patientin B ist am Ehesten dem Typ III der Abbrecher zuzuordnen: „Der Unerreichbare“. Es besteht ein durchweg freundlicher Umgang miteinander, jedoch kommt keinerlei emotionale Kontaktaufnahme zustande, aber hier weniger durch die sehr egozentrische Persönlichkeitsstruktur der Patientin. Die Patientin erzählt stets freundlich ohne jedoch von der Oberfläche abzuweichen; die Therapeutin bestätigt freundlich ihre Ausführungen ohne ihr Struktur vorzugeben oder sie durch Fragen oder Anleitungen zu einem gewissen Tiefgang zu bewegen. So bleibt der Kontakt sehr oberflächlich, aber freundlich, bis die Therapie durch die Patientin nach mehrmaligem Nichterscheinen ohne Absage beendet wird.

## **Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien**

Bei Patientin B könnte man, aufgrund der schwerwiegenden Therapeutenfehler, überlegen, ob man auch für Therapeuten ein Typensystem aufstellen könnte, denn auch sie können zu einem Abbruch maßgeblich beitragen. Für zukünftige Kategorisierungen, könnte Therapeutin A einem Typus zugeordnet werden, der als die Manipulierte bezeichnet werden könnte: Sie lässt sich von der Persönlichkeitsstruktur der Patientin leiten und schafft es nicht, ihr eine therapeutische Strukturierung der Therapie vorzugeben und auf eine tiefere, emotionale Ebene vorzudringen.

### 3.7 Die INTREX-Fragebögen

#### 3.7.1 Die INTREX-Fragebögen Patienten A und B

Tabelle 8: INTREX-Skalen und SASB-Cluster, Auswertung der INTREX-Fragebögen – Selbst-Bezugsperson und Bezugsperson-Selbst

INTREX-Skala	B Anfang	A Anfang	A nach 5. Sitzung
<b>Bezugsperson-Selbst/transitiv/gute Zeit</b>	Freunde	Mutter	Mutter
Affiliation	234,4	54,1	196,1
Interdependenz	47,1	-94,1	-47,1
SASB-Cluster	1.2	1.4	1.4
<b>Bezugsperson-Selbst/transitiv/schlechte Zeit</b>			
Affiliation	140,7	136,6	68,3
Interdependenz	70,7	80,7	32,4
SASB-Cluster	1.2	1.2	1.2
<b>Bezugsperson-Selbst/intransitiv/gute Zeit</b>			
Affiliation	241,4	64,1	-
Interdependenz	50,0	62,4	-
SASB-Cluster	2.2	2.2	-
<b>Bezugsperson-Selbst/intransitiv/schlechte Zeit</b>			
Affiliation	147,8	51,2	52,9
Interdependenz	58,8	45,4	55,4
SASB-Cluster	2.2	2.2	2.2
<b>Selbst-Bezugsperson/transitiv/gute Zeit</b>			
Affiliation	234,4	99,5	102,4
Interdependenz	17,1	21,2	-34,1
SASB-Cluster	1.3	1.2	1.4
<b>Selbst-Bezugsperson/transitiv/schlechte Zeit</b>			
Affiliation	141,9	105,4	126,6



## Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien

<b>Interdependenz</b>	21,2	31,2	32,4
<b>SASB-Cluster</b>	1.2	1.2	1.2
<b>Selbst- Bezugsperson/intransitiv/gute Zeit</b>			
<b>Affiliation</b>	227,3	57,1	81,2
<b>Interdependenz</b>	65,9	-21,2	-31,2
<b>SASB-Cluster</b>	2.2	2.2	2.4
<b>Selbst- Bezugsperson/intransitiv/schlechte Zeit</b>			
<b>Affiliation</b>	85,4	54,1	71,2
<b>Interdependenz</b>	167,8	-14,1	-15,4
<b>SASB-Cluster</b>	2.4	2.3	2.3

Bei beiden Patienten zeigte sich in der Beantwortung zu den Beziehungen zu ihren Bezugspersonen in den besten sowie auch schlechtesten Zeiten deutlich affiliative Muster, die Cluster mit transitivem Fokus reichen von 2.2 (sich öffnen, mitteilen, sich zeigen) über 2.3 (voller Freude sich verbinden) bis zu 2.4 (vertrauensvoll sich verlassen auf, sich stützen auf). Die intransitiven Cluster von 1.2 (verstehen, bestätigen, ermuntern) über 1.3 (sich annähern, lieben) bis 1.4 (unterstützen, anleiten, bestärken).

Tabelle 9: INTREX-Skalen und SASB-Cluster, Auswertung der INTREX-Fragebögen – Selbst-Mutter/Vater und Mutter/Vater-Selbst

<b>INTREX-Skala</b>	<b>B Anfang</b>	<b>A Anfang</b>	<b>A nach 5. Sitzung</b>
<b>Mutter-Selbst/transitiv</b>			
<b>Affiliation</b>	114,9	153,6	-
<b>Interdependenz</b>	75,9	-115,4	-
<b>SASB-Cluster</b>	1.2	1.4	-
<b>Mutter-Selbst/intransitiv</b>			
<b>Affiliation</b>	125,4	111,2	-
<b>Interdependenz</b>	-13,6	-41,2	-
<b>SASB-Cluster</b>	2.5	2.4	-

## Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien

<b>Selbst-Mutter/transitiv</b>			
<b>Affiliation</b>	42,4	107,8	-
<b>Interdependenz</b>	-28,3	11,2	-
<b>SASB-Cluster</b>	1.4	1.3	-
<b>Selbst-Mutter/intransitiv</b>			
<b>Affiliation</b>	135,4	171,9	-
<b>Interdependenz</b>	4,6	-81,2	-
<b>SASB-Cluster</b>	2.3	2.4	-
<b>Vater-Selbst/transitiv</b>			
<b>Affiliation</b>	207,3	116,6	-
<b>Interdependenz</b>	10,0	-40,0	-
<b>SASB-Cluster</b>	1.3	1.4	-
<b>Vater-Selbst/intransitiv</b>			
<b>Affiliation</b>	167,8	47,1	-
<b>Interdependenz</b>	-5,4	-71,2	-
<b>SASB-Cluster</b>	2.3	2.4	-
<b>Selbst-Vater/transitiv</b>			
<b>Affiliation</b>	203,1	89,5	-
<b>Interdependenz</b>	78,3	27,1	-
<b>SASB-Cluster</b>	1.4	1.2	-
<b>Selbst-Vater/intransitiv</b>			
<b>Affiliation</b>	170,7	81,2	-
<b>Interdependenz</b>	-40,7	-21,2	-
<b>SASB-Cluster</b>	2.4	2.2	-

Hier zeigen sich, bis auf eine Ausnahme, ebenfalls sehr positive Ergebnisse der Auswertungen: Patientin B zeigte in der Beziehung zu ihrer Mutter im intransitiven Fokus das Cluster 2.5 (sich fügen, sich unterwerfen).

Tabelle 10: INTREX-Skalen und SASB-Cluster, Auswertung der INTREX-Fragebögen – Selbst-Therapeutin und Therapeutin-Selbst

INTREX-Skala	B Anfang	A Anfang	A nach 5. Sitzung
<b>Therapeutin-Selbst/transitiv</b>			
Affiliation	-	241,4	241,4
Interdependenz	-	-	-
SASB-Cluster	-	-	-
<b>Therapeutin-Selbst/intransitiv</b>			
Affiliation	120,7	-	-
Interdependenz	50,0	-	0,0
SASB-Cluster	2.2	-	-
<b>Selbst-Therapeutin/transitiv</b>			
Affiliation	-	-	-
Interdependenz	-	-	70,71
SASB-Cluster	-	-	-
<b>Selbst-Therapeutin/intransitiv</b>			
Affiliation	197,3	241,4	241,4
Interdependenz	40,0	0,00	0,00
SASB-Cluster	2.2	2.3	2.3

Da seitens der Patienten die Intrex-Fragebogenteile über die Beziehung zu ihrer Therapeutin nur unvollständig ausgefüllt wurden, kann nur bedingt eine Aussage getroffen werden. Patientin B bewertet ihre Therapeutin im reaktiven Verhalten zu ihr mit dem Cluster 2.2, sich selbst im reaktiven Verhalten zu ihr ebenfalls mit 2.2. Patient A bewertet sein reaktives Verhalten zur Therapeutin am Anfang, sowie nach der 5. Sitzung mit dem Cluster 2.3, also sehr positiv. Auffällig bei Patient A ist, dass er bei den Fragebögen über die Beziehung zu seiner Therapeutin stets „0“ oder „100“ zum Vorteil der Beziehung angekreuzt hat, was für das Motiv der sozialen Erwünschtheit in diesem Falle spricht.

Tabelle 11: INTREX-Skalen und SASB-Cluster, Auswertung der INTREX-Fragebögen – Introjekt

INTREX-Skala	B Anfang	A Anfang	A nach 5. Sitzung
<b>Introjekt -Selbst/ gute Zeit</b>			
<b>Affiliation</b>	57,6	8,8	87,1
<b>Interdependenz</b>	29,3	13,0	-21,2
<b>SASB-Cluster</b>	3.3	3.2	3.3
<b>Introjekt -Selbst/ schlechte Zeit</b>			
<b>Affiliation</b>	-40,5	-	31,2
<b>Interdependenz</b>	-64,7	-	7,1
<b>SASB-Cluster</b>	3.6	-	3.3

Bei Patientin B zeigt sich eine Affiliation in den besten Zeiten von 57,6, bei Patient A eine Affiliation in den besten Zeiten von 8,79, nach der 5. Sitzung von 87,1. In den schlechtesten Zeiten zeigen sich Werte bei Patientin B von -40,5 und bei Patient A nach der 5. Sitzung von 31,2. Nach Tress et al. (2000) sind Therapieabbrecher nach den INTREX-Fragebögen stets etwas geringer beeinträchtigt als reguläre Therapievollender, demnach liegt die Affiliation bei Abbrechern in den besten Zeiten bei 113,5, bei den Regulären bei 91,5 und in den schlechtesten Zeiten bei den Abbrechern bei -7,2 bei den Abbrechern und bei -11,8 bei den Regulären. In den vorliegenden Fällen zeigt sich sogar eine stärkere Beeinträchtigung als bei den regulären Patienten, die die Therapie vollendet haben. Die Affiliation in den schlechtesten Zeiten bei Patient A zu Therapiebeginn konnte, aufgrund unvollständiger Ankreuzungen, leider nicht erhoben werden.

Tabelle 12: INTREX-Skalen und SASB-Cluster, Auswertung der INTREX-Fragebögen (ausgefüllt durch die Therapeutin) Patient-Therapeutin und Therapeutin-Patient

INTREX-Skala	A	5.	A	8.	A	10.	B	4.	B	5
	Sitzung		Sitzung		Sitzung		Sitzung		Sitzung	
<b>Patient-Therapeutin/transitiv/gute Zeit</b>										
Affiliation	68,3		24,1		48,3		106,6		-	
Interdependenz	34,1		-5,9		28,3		96,6		-	
SASB-Cluster	1.2		1.3		1.2		1.2		-	
<b>Patient-Therapeutin/transitiv/schlechte Zeit</b>										
Affiliation	35,4		-		37,1		-42,4		-90,7	
Interdependenz	-4,7		-		-13,0		56,6		21,7	
SASB-Cluster	1.3		-		1.3		1.8		1.8	
<b>Patient-Therapeutin/intransitiv/gute Zeit</b>										
Affiliation	110,7		31,2		86,6		117,8		8,8	
Interdependenz	-84,1		-12,9		14,1		57,1		71,2	
SASB-Cluster	2.4		2.3		2.3		2.2		2.1	
<b>Patient-Therapeutin/intransitiv/schlechte Zeit</b>										
Affiliation	49,5		54,1		79,5		-28,3		-91,9	
Interdependenz	-57,1		-4,1		37,1		98,3		41,2	
SASB-Cluster	2.4		2.3		2.2		2.8		2.8	
<b>Therapeutin-Patient/transitiv/gute Zeit</b>										
Affiliation	129,0		110,7		83,6		-		-	
Interdependenz	-20,0		-14,1		12,9		-		-	
SASB-Cluster	1.3		1.3		1.3		-		-	
<b>Therapeutin-Patient/transitiv/schlechte Zeit</b>										
Affiliation	68,3		83,6		86,6		32,9		-	
Interdependenz	-31,7		12,9		-30,0		21,2		-	
SASB-Cluster	1.4		1.3		1.4		1.3		-	
<b>Therapeutin-</b>										

Patient/intransitiv/gute Zeit					
Affiliation	112,4	72,4	54,1	85,4	-
Interdependenz	4,1	-18,3	34,1	35,4	-
SASB-Cluster	2.3	2.3	2.2	2.2	-
Therapeutin- Patient/intransitiv/schlechte Zeit					
Affiliation	47,1	41,2	51,2	68,3	-
Interdependenz	-32,9	-11,2	51,2	28,3	-
SASB-Cluster	2.4	2.3	2.2	2.2	-

Bei Therapeutin A zeigt sich im Verlauf eine stabile, sehr positive Einschätzung der therapeutischen Beziehung. Bei Therapeutin B ist festzustellen, dass sie einschätzt, dass die Patientin sich in den schlechtesten Zeiten sowohl im intransitiven Fokus abschottet, als auch im intransitiven Fokus die Therapeutin übersieht, bzw. ignoriert. Sie selbst verhält sich der Patientin gegenüber ihrer Einschätzung nach aber sowohl in den besten als auch in den schlechtesten Zeiten offen (Cluster 2.2) und liebend/sich annähernd (Cluster 1.3) in den schlechtesten Zeiten.

### 3.8 Auswertung des Beeinträchtigungsschwere Score Patient A und Patientin B

Pat A: BSS-Rating Anfang: 0-2-2=4, bei Abbruch: 0-1-1=2

Pat B: BSS-Rating zu Therapiebeginn: 1-2-2=5, bei Abbruch: 0-2-2=4

### 3.9 Auswertung der GAF-Fragebögen Patient A und Patientin B

Pat. A: GAF-Skalenwert bei Behandlungsbeginn 61/65

Pat B: GAF-Skalenwert bei Behandlungsbeginn: 60/63, bei Therapieabbruch: 65/68

### 3.10 Auswertung des SCL-90 Patientin B

SCL-90 (GSI) zu Therapiebeginn: 0,59

### 3.11 Auswertung des Gießen-Test Patient A und Patientin B

#### Pat. A: Gießentest-Selbstbild Anfang:

Es zeigt in Skala 1 eine Tendenz zur negativen sozialen Resonanz bei einem T-Wert von 30. In Skala 2 und 3 mit T-Werten von 42 und 36 eine Tendenz zur Dominanz und zur Unterkontrolliertheit. In Skala 4 findet sich ein hoher T-Wert von 76 in Richtung Depressivität und in Skala 5 ein T-Wert von 69 in Richtung Retention. In Skala 6 liegt der T-Wert mit 57 im mittleren Bereich mit Tendenz zur sozialen Impotenz.

#### Gießentest- Fremdeinschätzung durch Therapeutin A, Anfang:

In Skala 1 ist der T-Wert mit 28 nahe am Selbstbild. In Skala 2 wird der Patient mit einem T-Wert von 56 als deutlich gefügiger eingeschätzt. Ebenso in Skala 3 schätzt die Therapeutin ihn als eher zwanghaft mit einem T-Wert von 63 ein. Analog zum Selbstbild schätzt sie ihn außerdem als depressiv ein (T=66). Die Werte der Skalen 5 und 6 sind nahezu deckungsgleich mit T-Werten von 71 und 57.

#### Pat. B: Gießentest-Selbstbild, Anfang:

Die Patientin zeigt folgende Skalenwerte: In Skala 1 (negativ vs. positiv sozial resonant) 32, sie zeigt also in der Selbsteinschätzung eine Tendenz in Richtung positiv sozial resonant, in Skala 2 (dominant vs. gefügig) einen Wert von 18 (T= 33) mit deutlicher Tendenz zur Dominanz. In Skala 3 (unterkontrolliert vs. zwanghaft) einen Wert von 27(T=52). In Skala 4 (hypomanisch vs. depressiv) zeigt sie einen Rohwert von 29, welches einem T-Wert von 63 entspricht und so deutlich in Richtung Depressivität geht. Mit Werten von 15 (39) in Skala 5 (durchlässig vs. retentiv) und 18 (T=47) in Skala 6 (sozial potent vs. sozial impotent) tendiert sie in Richtung Durchlässigkeit und soziale Potenz.

#### Gießentest-Fremdeinschätzung durch Therapeutin B, Anfang:

Es zeigt sich in den Skalen 1 bis 4 die analogen Tendenzen mit T-Werten von 36, 23, 48 und 52. In Skala 5 und 6 zeigen sich jedoch deutliche Differenzen gegenüber dem

Selbstbild. Hier liegen die T-Werte bei 73 und 70, also einer deutlichen Tendenz zu Retention und zur sozialen Impotenz.

### 3.12 Mittelwerte der Fragebögen zu Therapiebeginn im Vergleich

Tabelle 13: Vergleich der Mittelwerte der Patienten (Abbrecher und Reguläre) aus der Studie von Tress et al. (2000) mit den untersuchten zwei Fallstudien.

Mittelwerte Therapiebeginn	Reguläre	Abbrecher	Pat. B	Pat. A
<b>N</b>	62	12	1	1
<b>SCL-90 (GSI)</b>	0,90	0,66	0,59	-
<b>BSS-Summenscore</b>	6,05	5,33	5	4
<b>GAF (7 Tage/12 Mon.)</b>	55,6/61,6	58,4/64,6	60/63	61/65
<b>Introjekt Affiliation in den besten Zeiten</b>	91,5	113,6	57,75	8,79
<b>Introjekt Affiliation in den schlechtesten Zeiten</b>	-11,8	-7,2	-40,50	-

Bis auf die Affiliation im Introjekt, zeigt sich eine Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Tress et al. (2000): Die Abbrecher (Pat. A und B) sind, wie in der Vorgängerstudie, zu Therapiebeginn weniger beeinträchtigt, als die Regulären. Im Introjekt bewerten sich beide, aktuell untersuchten, Patienten, deutlich beeinträchtigt als die Regulären.



## 4 Diskussion

Zusammenfassend kann man zwischen beiden Fällen eine Parallele ziehen: Die Prozessanalyse kann hilfreich sein, um eventuelle disaffiliative Cluster, auch im Rahmen von komplexen Aussagen, zu identifizieren. Diesen Clustern sollte besonders bei Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen besondere Beachtung geschenkt werden.

Sowohl seitens des Therapeuten, als auch des Patienten können disaffiliative Äußerungen auftreten, häufig auch unbewusst, zum Beispiel seitens des Patienten als, nach Junkert-Tress et al. (2000), Versuch einer Beziehungsoptimierung. Aber auch die Therapeuten der Studie tätigen in fünf von sieben Fällen durchaus feindselige oder vernachlässigende Aussagen und übertreffen damit sogar die Patienten. Die SASB-Analyse ist in diesen zwei speziellen Fällen eher unergiebig, um die durchaus komplexen Gründe des Therapieabbruchs herauszustellen, und nur als Hilfsmittel geeignet, um darzustellen, dass die Therapie, besonders im Falle der Patientin B, vordergründig nicht an disaffiliativ geprägter Gesprächsführung gescheitert ist.

Nach B. Junkert-Tress et al. (1999) sollen durch das CMP/SASB-Verfahren Problemanalysen, Verläufe und Ergebnisse nach einem einheitlichen theoretischen Konzept klinisch in eine kompatible Beziehung gebracht werden. Aus Sicht der Psychotherapieforschung ist dies ein Werkzeug um gescheiterte oder auch funktionierende Therapien zu analysieren. In Verbindung mit einer qualitativen Untersuchung der Aussagen, siehe Fall B, und einer genauen Identifizierung der jeweiligen CMP, auch in der therapeutischen Beziehung, kann es Hinweise für das Scheitern der Therapie liefern. Dies ist jedoch aufgrund des hohen Arbeitsaufwandes in dieser Form in der Praxis nicht oder nur in Einzelfällen umsetzbar und der Forschung vorbehalten.

Im Fall von Patient A bestätigen sich die, bereits durch Junkert-Tress et. al (1999) publizierten Ergebnisse, dass sich Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung im Therapieverlauf sehr schwertun. Allerdings wird auch beschrieben, dass die Therapeuten sich unbewusst in eine Entwertungsspirale hineinziehen lassen. Dies trifft im vorliegenden Fall nicht zu, obwohl es auch hier zu

einem Wendepunkt nach Zurechtweisung, also einer narzisstischen Kränkung durch die Therapeutin kommt. In der letzten, 10. Sitzung zeigten sich bei Therapeutin A im transitiven Fokus insgesamt neun Aussagen mit dem Cluster 1.6, was 3,9 % der Aussagen ausmacht. Zuvor traten nur im 2. Vorgespräch insgesamt 2 Aussagen mit dem Cluster 1.6 (0,5 %) auf, in den übrigen Sitzungen keine. Patient A tätigte hingegen im transitiven Fokus während der gesamten Therapie in der 1. Sitzung (1.7) nur eine Aussage mit disaffiliativem Charakter. Aufgrund seiner narzisstischen Persönlichkeitsstruktur tätigte er im Introjekt bis auf die 10. Sitzung Aussagen mit dem Cluster 3.6 zwischen 0,7 % und 3,2 %, in drei Sitzungen auch als komplexe Aussagen 2.2/3.6 in 0,4 % bis 2,6 %.

Außerdem kann zusätzlich anhand der Daten über die Länge der Therapie, den allgemeinen inhaltlichen Verlauf und die Persönlichkeitsstruktur der Patienten eine Zuordnung zu einem bestimmten Abbrecher-Typus nach Junkert-Tress et al. (2000) erfolgen. Diesem lassen sich aber, wie auch in der vorliegenden Arbeit, die Abbrecher nicht immer eindeutig zuordnen. Dies zeigt wiederum, dass es sich bei einem Therapieabbruch um ein multifaktorielles, individuelles Ereignis handelt.

Fragebögen, wie der INTREX-Fragebogen, der BSS-Summenscore, die GAF-Skala, die SCL-90 und die allgemeine Therapiemotivation können bereits zu Therapiebeginn Hinweise auf ein eventuelles Abbruch-Risiko liefern, da die Abbrecher sich in der Regel als weniger beeinträchtigt einschätzen als reguläre Patienten. Da sich die Patienten A und B, entgegen der bisherigen Studienergebnisse jedoch in den INTREX-Fragebögen mit einem deutlich schlechteren Selbstbild dargestellt haben, bleibt zumindest als Resultat dieser Arbeit, diese Voraussetzung unbestätigt.

Ebenfalls kritisch zu sehen ist, dass das Düsseldorfer Kurzzeit-Therapieprojekt als einen seiner Grundpfeiler die Prozess- und Inhaltsanalyse nach dem SASB-Modell beinhaltet, das Rating aber für eine dritte Person erschwert wird, da lediglich Audiomaterial vorliegt, optimal aber audio-visuelles Material wäre, da auch Gestik und Mimik essentiell für das Rating sein können.

Da, wie bereits erwähnt, bei einem Therapieabbruch, auch die vorliegende Persönlichkeitsstörung zur Ergebnisfindung herangezogen werden muss, hätte, in den vorliegenden Fällen, ein standardisiertes klinisches Interview (SKID), zur

Diagnosesicherung herangezogen werden sollen, welches in der vorliegenden Projektphase nicht durchgeführt worden war.

Im vorliegenden Fall B zeigt sich außerdem, dass nicht immer nur das Augenmerk auf den Patienten, sondern durchaus auch auf den Therapeuten gelegt werden sollte, da bei diesem auch Gründe für einen Therapieabbruch zu suchen sein können.

Eine entsprechende Kategorisierung der Therapeuten, als Verantwortliche oder Mitverantwortliche für einen Therapieabbruch, wie sie für die Patienten durch Junkert-Tress et. al. (2000) definiert wurde, existiert noch nicht. Es finden sich zwar in der Literatur beschriebene therapeutenbasierte Gründe für Misserfolge in der Psychotherapie; Fehleranalysen seien nach G. Krampen (1980) für Kompetenzerwerb und Kompetenzausweitung notwendig.

Auch gibt die Literatur viele Ansätze zur Fehlervermeidung oder –behebung. Kottler und Blau (1991) stellen sogar die These auf, dass Fehler von Therapeuten Bestandteile produktiver therapeutischer Arbeit sind; es wird ein reflexiver Therapeut gefordert, welchem Strategien für einen produktiven Umgang mit Schwächen und Misserfolgen aufgezeigt werden. Kottler und Blau (1991) listen sehr detailliert die möglichen Ursachen eines Therapieversagens auf und bieten so einen Überblick über therapeutenbedingte Behandlungsabbrüche. Aber auch hier findet sich keine Kategorisierung, die eine Einordnung der fehlerhaften therapeutischen Interaktion, auch für wissenschaftliche Zwecke, ermöglichen würde. Eine von Mackinger (1984) erstellte Matrix möglicher Einflussfaktoren auf verschiedenen Ebenen seitens des Patienten und des Therapeuten bietet einen Überblick. Sie ist aber sehr komplex und bietet ebenfalls nur Erklärungsansätze und keine Kategorisierung.

Problematisch ist hier, dass erst ein Misserfolg eintreten muss. Eine bessere Alternative wäre hier, spezifische therapeutische Muster, die zu Therapieversagen oder Abbrüchen führen können, zu kategorisieren, um später in der klinischen Praxis eventuelle Parallelen ziehen zu können. Dadurch ergäbe sich, ähnlich der Vorgehensweise beim Patienten, die Möglichkeit gegebenenfalls früher zu handeln. Hier könnten die auch von den Therapeuten ausgefüllten Fragebögen eventuell, ebenso wie bei den Patienten, bereits prädiktive Werte generieren.

Auch die Aussagen der Therapeuten, die ebenfalls durch die SASB-Methode ausgewertet werden und in einen Zusammenhang mit dem Patientenverhalten und –aussagen gebracht werden, könnten so parallel genutzt werden. Ein Ansatz hierfür könnte die Beeinflussbarkeit des Therapeuten durch den Patienten mit seiner jeweiligen Persönlichkeitsstörung sein. So könnte, angelehnt an die Einteilung von Ia bis III, jeweils eine parallele Therapeutenform angelegt werden, die beschreibt, wie sich der Therapeut auch unbewusst auf die verschiedenen Abbrechertypen einlässt und das Outcome eventuell ungünstig mitbeeinflusst.

Im Falle der Patientin B zeigten sich im Verlauf der Therapiesitzungen schwerwiegende therapeutische Fehler. Die Therapeutin ließ sich von der histrionischen Persönlichkeitsstruktur der Patientin leiten und verlor so den strukturellen Leitfaden. In diesem Fall konnte durch das Rating der Therapiesitzungen sowie durch das alleinige Anhören des Audiomaterials eine vordergründig sehr interessierte Therapeutin dargestellt werden. Der überwiegende Anteil ihrer Aussagen bestand jedoch aus affirmativem „Hmm“, welches aufgrund der Häufigkeit und der fehlenden konstruktiven Aussagen auch mit dem Cluster 1.8, anstelle von 1.2 (76,6 % des Aussagen)/1.4 (19,3 % des Aussagen) im Kontext gewertet werden könnte. Komplexe Aussagen kommen nur in unter 1 % der Fälle vor, in den letzten zwei Sitzungen jedoch jeweils drei Aussagen der Therapeutin mit den Clustern 1.4/1.6. Davon ließen sich in den ersten zwei Sitzungen jeweils nur eine eruieren.

Da die Patientin B dem Abbrechertyp III „Der Unerreichbare“ zugeordnet wurde, könnte hier als Parallele „Die Manipulierte“ als Therapeutenklassifizierung benannt werden. Ob dies auch jeweils bei den anderen Abbrechertypen mit therapeutischen Fehlern oder Versagen in dieser Art angewendet werden könnte, kann aufgrund dieser Arbeit nicht beantwortet werden, wäre aber hinsichtlich weiterer zukünftiger Forschungsarbeiten ein Punkt von Interesse.

Im Fall von Patient A ist dieser dem Abbrechertyp II, dem Vermeidenden, zuzuordnen. Es zeigen sich jedoch, soweit beurteilbar durch das fehlende Videomaterial, keine darstellbaren Therapeutenfehler. Die herausgearbeitete Kränkung, die mit zu dem Nichterscheinen des Patienten geführt hat, war inhaltlich der Hinweis auf die Regeln einer funktionierenden Therapeut-Patient-Beziehung und

somit nicht als therapeutischen Fehler zu werten, sondern der Persönlichkeitsstörung des Patienten zuzuschreiben.

Zusammenfassend ergibt sich also aus der Fülle an Informationen, die man aus diesen Instrumentarien schöpfen kann, dass sich die Therapieabbrecher zwar kategorisieren lassen, auch, wenn die Gründe nicht offensichtlich sind, so aber der Abbruch mit seinen Hintergründen oft ein multifaktorielles Geschehen ist, welches sich in der therapeutischen Praxis selbst mit diesem Wissen nicht immer verhindern, aber besser verstehen lässt.

Es kann aber dem darauf bedachten Psychotherapeuten helfen, sich selbst und ihre Patienten, bei Verdacht auf Gefährdung des Therapieerfolges eventuell schon im Laufe einer Therapie, einzuordnen und so dem abwendbaren Verlauf, der durch diese Mittel prädiktiv wird, entgegenzuwirken. Es zeigt aber auch, dass der Grund für einen Abbruch nicht immer bei den Patienten zu suchen ist, sondern auch Fehler der Therapeuten dazu beitragen können, welche noch einer Kategorisierung bedürfen.

## 5 Zusammenfassung

Es werden zwei Therapieabbrecher einer tiefenpsychologisch fundierten Kurzzeittherapie nach dem Modell des zyklisch maladaptiven Musters nach Strupp und Binder (1984) im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeittherapieprojekts, welches seit 1991 unter der Leitung von Prof. Dr. W. Tress durchgeführt wird, betrachtet. Um einen Hinweis auf die Ätiologie der Abbrüche zu erhalten, werden sie im Hinblick auf ihre Persönlichkeitsstörung, ihres zyklisch maladaptiven Muster, ihrer Erstdiagnostik, die transkribierten Tonbandaufzeichnungen der Therapiesitzungen und den allgemeinen therapeutischen Verlauf betrachtet, bewertet und in einen Kontext gebracht.

Es zeigte sich, dass der jeweiligen Persönlichkeitsstörung im Therapieverlauf besondere Beachtung geschenkt werden muss, da sie den Therapieverlauf mit seiner spezifischen interpersonellen Dynamik maßgeblich beeinflusst. Einige Methoden zur Ursachenfindung des Abbruchs, haben sich, entgegen der bisherigen Erfahrungen, als nicht bedeutend hilfreich erwiesen. Die Unterteilung der Therapieabbrecher in Typen nach Junkert-Tress et al. (2000) zeigte, dass auch dieses Patientengut sich kategorisieren lässt, jedoch auch eine Typisierung der Therapeuten denkbar ist, da hier in einem Fall auch Therapeutenfehler maßgeblich für den Abbruch waren. Auch die Selbsteinschätzung der Patienten zu Therapiebeginn ist ausschlaggebend, da sich Therapieabbrecher in der Regel als weniger beeinträchtigt beurteilen, doch es zeigte sich, dass es nicht zwingend in allen Tests eine Bedingung sein muss, sondern, dass sie sich auch durchaus in speziellen Tests als wesentlich beeinträchtigt darstellten, als der Durchschnitt. In diesem Sinne ist es immer noch sehr schwierig, durch wenige, standardisierte und wenig zeitintensive Verfahren einen Therapieabbruch zu bewerten oder sogar vorauszusagen. Trotzdem bringt jede neue Erkenntnis über individuelle Ursachen auch die gesamte Psychotherapieforschung weiter, da so der Fundus an Daten stets erweitert wird und Muster erkannt werden können.

## 6 Literaturverzeichnis

- Arbeitskreis OPD (2009). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Hans-Huber Verlag, Bern
- Barnow, S. (Hrsg.) (2008). Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlungen. Hans-Huber Verlag, Bern
- Beck, A.T. et al (1992). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. (deutsche Ausgabe) Psychologie Verlags-Union, Weinheim
- Beckmann, D. (1990). Der Gießen-Test (GT) Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Huber Verlag, Bern
- Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior (SASB). Psychol Rev 81:392-425
- Benjamin, L.S. (1993). Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. Guilford Press, New York
- Bronisch (2000). Psychiatrie und Psychotherapie 2003. Sektion X, 1595-1631, DOI: 10.1007/3-540-27386-7\_63
- Deneke, F.W., Hilgenstock, B. (2008). Das Narzissmusinventar (Manual). Verlag Hans Huber, Bern
- Deneke, F.W. (2000). Psychoanalytische Therapie bei narzisstischen Störungen, aus Senf, W. und Broda, M. (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie (S.412-415). Thieme-Verlag, Stuttgart
- Derogatis, L.R. (2002). Symptom-Checkliste Von L.R. Derogatis. Deutsche Version
- Dilling, H. , Mombour, W., Schmidt, M.H.(Hrsg.) (2012). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hans Huber Verlag, Bern
- Fydrich, T., Renneberg, B., Dchmitz, B., Wittchen, H.-U. SKID-II Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe, Interviewheft S.25-26, Bern

Fiedler, P (2007). Persönlichkeitsstörungen. BeltzPVU Verlag, Weinheim

Fiedler, P (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe, Göttingen

Franke, G.H. (1995). Die Symptom-Check-Liste von Derogatis. Deutsche Version, Manual, BELTZ VERLAG, Göttingen

Franke, G.H. & Stäcker, K.-H. (1995). Reliabilität & Validität der Symptom Checkliste [SCL-90-R, Derogatis, 1986] bei Standardreihenfolge versus inhaltshomogener Itemblockbildung. Diagnostica, 41, 349-373.

Freud, S. (1914). Zur Einführung des Narzißmus. Jahrbuch der Psychoanalyse. Gesammelte Werke (Band 10). Fischer-Verlag, Frankfurt a.M.

Fydrich, T., Renneberg, B., Dchmitz, B., Wittchen, H.-U., SKID-II Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen, Interviewheft, 25-26. Hogrefe, Göttingen

Grobe, T., Dörning, H. & Schwartz, F. W. (2008). GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung, Band 67. Asgard-Verlag, St. Augustin

Grunderson, J.G., Roninningstam, E., Bodkin, A. (1990). The diagnostic interview for narcissitic patients. Archives of General Psychiatry 47:676-680

Hecke, D., Hardt, J., Tress, W. (2008). Zur Effektivität und klinischen Relevanz psychodynamischer Kurztherapie: Das Düsseldorfer Kurzzeittherapieprojekt (seit 1991). Psychosom Med Psychother 54, 107-131

Herpetz S, Saß H (2000). „Die Hysterie“- Ein Frauenleiden? Zur Geschlechtsverteilung bei der histrionischen Persönlichkeitsstörung. Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie PTT 4:128-137

Herpertz, S., Saß, H.(2003). Persönlichkeitsstörungen. Thieme Verlag, Stuttgart

Horowitz et al. (1994). Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme. Hogrefe, Göttingen

Janet, P. (1907). The Major Symptoms of Hysteria. The Macmillan Company, New York



Junkert-Tress, B. et al. (1999). Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt (DKZP) PPmp Pschother Psychosom med Psychol; 49: 142-152. Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Junkert-Tress, B. et al. (2000). Der Behandlungsabbruch – ein multifaktorielles Geschehen. PPmp Pschother Psychosom med Psychol; 50: 351-365. Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Kernberg, O.F. (1970). Factors in the treatment of narcissistic personality disorder. Journal of the American Psychoanalytic Association 18: 51-58

Kiesler, D.J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementary in human transactions. Psychological Review, 90, 185-214

Klesse, C., Berger, M., Bermejo, I. et al. (2010). Evidenzbasierte Psychotherapie der Depression – Therapiepraxis nach der aktuellen S3/Nationalen Versorgungs-Leitlinie „Unipolare Depression“. Psychotherapeut, 55 (3), 247-263

Kohut, H. (1971). The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. International Universities Press, New York

Kottler, J., Blau, D. (1991). Wenn Therapeuten irren. Versagen als Chance. EHP Edition Humanistische Psychologie, Bergisch Gladbach

Krampen, G. (1980). Instrumentelle Überzeugungen und Werthaltungen in der Psychotherapie. In W. Schulz und M. Hautzinger (Hrsg.), Klinische Psychologie und Psychotherapie (Bericht über den Kongress für klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin 1980, Band 1, S. 115-128), Steinbauer und Rau, München

Leary, T. (1957). Interpersonal diagnosis of personality. Roland-Verlag, New York

Mackinger, H. (1984). Sind Rahmenbedingungen Rahmenbedingungen? Überlegungen zum Bereich stationärer Psychotherapie. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 16, (4), 543-552

Mentzos, S.(2004). Hysterie. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Mentzos, S. (2010). „Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen“. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Mergenthaler, E. (1986). Die Transkription von Gesprächen. Eine Zusammenfassung von Regeln mit einem Beispieltranskript. Springer Verlag, Berlin

Raskin, R.N., Terry, H. (1988). A principal-components analysis of the narcissistic personality inventory and further evidence of its construct validity. Journal of Personality and Social psychology, 54, 890-902

Richter, R. et al. (2011). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression-Zentrale Aspekte für die psychotherapeutische Praxis. Psychotherapeutenjournal 3:244-253

Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J., Sachse, M.(2012). Klärungsorientierte Psychotherapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung. Hogrefe Verlag, Göttingen

Sachse, R. (2006). Persönlichkeitsstörungen verstehen – zum Umgang mit schwierigen Klienten , Psychiatrie-Verlag, Bonn

Saß, H. Wittchen, H.U., Zaudig, M. (2003) Diagnostische Kriterien (DSM-IV-TR). Hogrefe Verlag, Göttingen

Saß, Herpertz (1999). Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Thieme Verlag, Stuttgart

Schepank, H. (1995). Der Beeinträchtigungsschwere Score (BSS). Beltz Verlag, Göttingen

Schepank, H. (1995). Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Hogrefe Verlag, Göttingen

Strupp, H. H., Binder, J.L. (1984). Kurzzeitpsychotherapie. Klett Cotta Verlag, Stuttgart

Tscheulin, D., Glossner, A. (1993). Die deutsche Übertragung der INTREX 'Longform Questionnaires': Validität und Auswertungsgrundlagen der SASB Fragebogenmethode. In W. Tress (HRSG.), SASB – Die Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens - Ein Arbeitsbuch (S.123-155). Asanger Verlag, Heidelberg

Tress, W. Henry, W.P., Junkert-Tress, B., et al. (1996). Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). In: Psychotherapeut 41: 215-224.

## **Der Therapieabbruch in der ambulanten Kurzzeitpsychotherapie – 2 Fallstudien**

Tress, W. (Hrsg.) (1993/2002). SASB Die Strukturele Analyse Sozialen Verhaltens. Asanger Verlag, Heidelberg

Turkat, I.D. (1990). Die Persönlichkeitsstörungen. Ein Leitfaden für die klinische Praxis. Huber-Verlag, Bern

## **7 Eidesstattliche Versicherung**

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt worden ist und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

Düsseldorf, den 06.07.2015

Mara Carola Hennen