

Dahlbender RW, Kächele H, Frevert G, Schnekenburger S (1995) Formalisierte Fokusformulierung in der Psychotherapie. *Fundamenta Psychiatrica* 9: 191-201

Formalisierte Fokusformulierung in der Psychotherapie

**Reiner W. Dahlbender, Horst Kächele, Gabriele Frevert
und Sabine Schnekenburger**

Abt. Psychotherapie, Universität Ulm - Klinikum, Am Hochsträß 8, 89081 Ulm, Germany
(Ärztl. Direktor: Prof. Dr. med. Horst Kächele)

Key-words: Psychotherapie, Fokus, Zentraler Beziehungskonflikt

Zusammenfassung

In dieser Arbeit werden Grundannahmen und klinische Funktionen psychodynamischer Fokaltherapieansätze skizziert. Am Beispiel einer klinisch gut dokumentierten und empirisch ausführlich untersuchten psychodynamischen Kurztherapie wird die Brauchbarkeit des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas (ZBKT) zur formalisierten, erlebnisnahen Fokusformulierung demonstriert.

Summary

This paper outlines the basic assumptions and clinical functions of psychodynamic focusconcepts. Using the example of a clinically well documented and in detail empirically investigated psychodynamic short-term therapy the CCRT method is demonstrated to be an usefull tool for schematic focus formulations close to subjective experience.

Einleitung

Die grundsätzliche Bedeutung des Fokuskonzeptes kann für den Kliniker darin gesehen werden, daß der Fokus seine klinischen Aktivitäten steuert, indem er Ansatzpunkte für seine therapeutischen Interventionen bereitstellt. Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung unterstreichen, daß der Behandlungsfokus unmittelbar mit dem Therapieergebnis in Verbindung gebracht werden kann, denn die Aufmerksamkeit gegenüber dem fokalen Aspekt führt offenbar zu effektiveren Therapien (Marziali 1984; Crits-Cristoph et al. 1988).

Es ist Aufgabe des Therapeuten der zunächst unübersichtlich erscheinenden Fülle von Symptomen, Verhaltensweisen, Erlebnissen und Konflikten eines Patienten einen vorher verborgenen Sinn zu geben. In einer ersten Annäherung an das Fokuskonzept ist das Fokussieren nichts anderes als eine "gestaltend-vorausschauende und sinngebende Kraft, die zwischen der Szylla von Verwirrung und der Charybdis von Starrheit durch die Verbindung von Einfühlung und Ordnung eine Krise erkennt, die es zu bewältigen gilt" (Lachauer 1992, S. 25).

Schon beim Erstkontakt wird der Therapeut mit der Frage konfrontiert, wie er sich in der Fülle der Materials zurechtfinden kann. Welche Strukturierungsprinzipien kann er heranziehen, um einen thematisch-dynamischen Schwerpunkt zu identifizieren und zu formulieren? Besonders für Kliniker, die am Anfang ihrer therapeutischen Ausbildung stehen, ergeben sich dabei häufig mehr unbeantwortete Fragen als eindeutige Handlungsanweisungen.

In diesem Beitrag wird eine formalisierte Fokusformulierung vorgestellt, die unseres Erachtens eine wesentliche Strukturierungshilfe für den Therapeuten darstellt, um im "Dschungel" des vom Patienten geschilderten Materials und der aktuellen Therapeut-Patient-Beziehung die Orientierung zu behalten.

Das Konzept des Fokus

Bereits 1937 hat Thomas French in einer Untersuchung zum Thema "Realität und das Unbewußte" die Fokusidee der Konzeption der synthetischen Funktion des Ichs zugrundegelegt und auf sie später in verschiedenen Kontexten immer wieder zurückgegriffen (s. French 1970). Den deutlichsten Niederschlag fand sie im Modell des *Kernkonfliktes* (Alexander & French 1946).

Weitere in diesem Kontext angesiedelte Begriffe sind: *neurotischer Kernkonflikt* (Wallerstein & Robbins 1956), *Übertragungsdisposition* (Racker 1978), *Hauptproblem* (Mann & Goldmann 1982) oder *Beziehungskonfliktthema* (Luborsky 1977). Als

Bezeichnung eines zeitlich limitierten bzw. inhaltlich umgrenzten Psychotherapie-Settings wurde der Terminus durch Michael Balint und seine Mitarbeiter (Balint et al. 1972) eingeführt. Einen auch deutschsprachig vorliegenden Überblick über verschiedene Kurztherapiekonzeptionen gibt Wollberg (1983).

Das psychoanalytische Konzept des Fokus weist im klinischen Gebrauch im wesentlichen zwei Bedeutungen auf. Wir sprechen einerseits vom "Fokussieren" - und meinen dabei ein Arbeitsmodell im Sinne von Peterfreund (1983) bzw. eine heuristische Strategie des Therapeuten, die sich aus der Begrenztheit der Informationsaufnahme und -verarbeitung ergeben und die eine Gerichtetheit der Aufnahmebereitschaft annehmen und auch dem Therapeuten verordnen: "Im Kopf des Analytikers treten der Funktionszustand maximaler Informationsgewinnung (die gleichschwebende Aufmerksamkeit) und die Organisation der gewonnen Information unter dem jeweils prägnantesten Gesichtspunkt (das Fokussieren) wechselweise in den Vordergrund", schreiben die Autoren des Ulmer Lehrbuchs (Thomä & Kächele 1985, S. 358).

Andererseits sprechen wir vom Fokus als einer hypothetischen Eigenschaft des vom Patienten vorgebrachten Materials, die in einer systematischen Beziehung zum Konzept der Übertragung steht. Diese Beziehungstiftung geht auf die frühen Untersuchungen von French (1952) zurück und wurde von Seitz (1966) in einer Untersuchung zur Konsensus-Fähigkeit von Psychoanalytikern, an der auch French selbst beteiligt war, aufgegriffen. Der Fokus wurde darin im Sinne des größtmöglichen gemeinsamen Nenners verstanden und klinisch mit dem Konzept der "vorherrschenden Übertragung" verknüpft: "Der fokale Konflikt besteht im allgemeinen aus der jeweiligen Übertragung auf den Analytiker (S. 212).

In der von Balint entscheidend beeinflussten Malan'schen Werkstatt für Fokalthherapie (Malan 1965) wurde ein interaktiv-prozessual orientiertes Fokusverständnis entwickelt. Ein Fokus im behandlungstechnischen Sinne kristallisiert sich in der Interaktion von Patient und Therapeut heraus. Bewußt und unbewußt bietet der Patient durch seine Mitteilungen und sein Verhalten Material an und der Therapeut selektiert dieses durch seine interpretative Aktivität. Balint und Mitarbeiter (Balint et al. 1972) sprechen von der "selektiven Aufmerksamkeit" und der "selektiven Nichtbeachtung", Klüwer (1970) von der "orientierenden Funktion des Fokusses. Wie Lachauer (1992) betonen auch Strupp und Binder (1984) die sinnstiftende Funktion des Fokus, den sie als eine ad hoc herausgearbeitete individualisierte Theorie verstanden wissen wollen, mit deren Hilfe Verhaltens- und Erfahrungsphänomene geklärt und zueinander in Beziehung gesetzt werden, die anderenfalls als nicht zusammenhängend erscheinen und keine Kontinuität aufzuweisen scheinen. Die Autoren schreiben (Strupp & Binder

1984, S. 65): "Der dynamische Fokus in der Kurzzeittherapie stellt eine Heuristik dar. Der Fokus hilft dem Therapeuten psychotherapeutisch relevante Informationen zu generieren, zu erkennen und zu organisieren. Dieser aktive und explizite Schritt zur Entdeckung kontrastiert zu dem passiveren, offen explorativen und offenen Modell welches in den zeitlich nicht limitierten Therapien empfohlen wird". Die Autoren betonen auch, was zu oft übersehen wird, daß der Fokus eine Art Landkarte darstellt und nicht mit der Landschaft selbst zu verwechseln ist.

Selektiv und strukturierend wirken die konzeptuellen Schemata des Therapeuten auf das Material des Patienten ein. Dies spätestens dann, wenn der Therapeut versucht, aus der Untersuchung von Übertragung und Gegenübertragung das Pendant zur aktuellen Konfliktsituation und zu konflikthafter lebensgeschichtlicher Beziehungskonstellationen herauszufiltern. Leuzinger-Bohleber (1985) bemerkt beispielsweise, daß es für sie und ihr Team das zuverlässigste Indikationskriterium für eine vermutlich erfolgreiche Fokalthherapie war, wenn es ihnen gelang, eine Konfliktkonstellation zu definieren, die in allen drei Dimensionen zu finden war" (S. 64).

Thomä und Kächele (1985) verstehen den Fokus als einen interaktionell hergestellten thematischen Schwerpunkt in der therapeutischen Arbeit, der sich aus den Angeboten des Patienten und der Verstehens- und Konzeptionsleistung des Therapeuten ergibt. Aus den multiplen Angeboten entsteht ein Fokus erst durch die selektive Tätigkeit des Therapeuten. Diese Gedanken ließen sich jetzt in Richtung des erst jüngst von Fürstenau (1992) sehr knapp kritisierten Ulmer Prozeßmodells vertiefen, welches den Fokusgedanken, der üblicherweise eher mit Kurztherapien in Verbindung gebracht wird, für analytische Langzeitbehandlungen ausformuliert (Thomä & Kächele 1985). Unabhängig von der naheliegenden Möglichkeit von Selektionsstereotypen, Gegenübertragungsfixierungen und demzufolge Stereotypen in der Indikationsstellung und der technischen Behandlungsführung, müssen angesichts der konstruktivistischen Aktivität des Therapeuten die Vorstellungen von einer objektiven Fokusfestlegung doch stark relativiert werden, auch wenn systematische klinische und empirische Untersuchungen hierzu bisher noch recht rar sind.

Als Zwischenergebnis kann nunmehr festgehalten werden: In der psychotherapeutischen Literatur besteht dahingehend Übereinstimmung, daß der Fokus auf einen zentralen Problembereich des Patienten abstellt, der im Sinne der Variation eines Grundthemas therapeutisch durchgearbeitet wird. Er vermag spezifische Orientierungen sowohl für Diagnostik, Indikation und Therapie sowie Supervision und Therapieevaluation zu liefern, und zwar nicht nur im Rahmen zeitlich begrenzter Therapien, sondern auch bei anderen, zeitlich ausgedehnteren Therapieformen. Unterschiede

zeigen sich allerdings, wenn es darum geht, wie dieser Schwerpunkt im Detail zu konzipieren ist.

In einer phänomenologisch-deskriptiven Sicht wird der Fokus mit der aktuellen Symptomatik oder dem psychischen Funktionieren des Patienten gleichgesetzt. Die Formulierung ist hier eher auf einer allenfalls vorbereiteten Symptom- und Verhaltensebene angesiedelt. In einer metapsychologischen Konzeption erfolgt die Fokussierung unter den abstrakten Prämissen der jeweiligen Theorie, weit entfernt vom konkreten Erleben des Patienten.

Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung, insbesondere zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung sprechen dafür, den Fokus hingegen so zu konzeptualisieren, daß er auch vom Patienten als eine gemeinsame Aktivität zwischen ihm und seinem Therapeuten erlebbar werden kann. Einen äußerst konsequenten Ansatz beschreibt McKenzie (1990). Mit den Patienten seiner Kurzgruppenpsychotherapie legt er die Therapieziele bis auf die Ebene von veränderungsrelevanten Skalen einer Testbatterie fest. Will man nicht so weit gehen und dem für europäische Ohren sehr pragmatisch klingenden Modell folgen, gelangt man vermutlich zu der de facto am weitesten verbreiteten Konzeption mittlerer Reichweite, nämlich einem psychodynamischen Verständnis möglichst nahe am Erleben des Patienten. Der Fokus beschreibt das aktuelle Problem des Patienten und dessen aktualisierte unbewußte Dynamik. Es ist unverkennbar, daß sich an dieser Stelle leicht eine Querverbindung zur Richtlinien-Psychotherapie ziehen ließe. Lachauers (1992) Fokusformulierung z. B. besteht aus zwei Teilen: 1. der Benennung und bzw. Beschreibung des Hauptproblems des Patienten und 2. einer psychodynamischen Hypothese über dessen unbewußte Hintergründe, die er zur "Gestalt" eines Fokalsatzes zusammenfügt. Um die Patientenperspektive zu betonen formuliert Lachauer seine Fokalsätze in der Ich-Form. Eines seiner Beispiele lautet: "Ich habe Angst, mich festzulegen, weil ich fürchte, es ist sowieso wieder alles zu wenig und daß meine zerstörerische Wut und Kränkung hochkommt, die ich glaube nicht zähmen zu können." (Lachauer 1992, S. 83).

Im ersten Teil der Fokusformulierung wird ein zentrales Problem als Mittelpunkt der aktuellen Schwierigkeiten bzw. Symptome des Patienten herausgearbeitet. Als zentrales Problem des Patienten wird der gemeinsame Nenner seines Verhaltens formuliert, das als wesentlicher Zugang zum Wesen des Patienten verstanden werden kann. Der zweite Teil der Fokusformulierung enthält die orientierende Leitlinie für den Deutungsprozeß in der Therapie. Er setzt sich mit den unbewußten Hintergründen des im ersten Teil formulierten "aktuellen Hauptproblems" auseinander. Das "weil" liefert eine Erklärung und einen Sinn für das aktuelle Hauptproblem im ersten Teil des Fokalsatzes. Es muß

aus den Informationen, die über die unbewußten Konflikte und die Vorgeschichte des Patienten vorhanden sind, eine Hypothese erarbeitet werden. Im zweiten Teil des Fokalsatzes wird deutlicher auch auf die abgewehrten Affekte und Gefühle des Patienten eingegangen.

Es ist unmittelbar einleuchtend, daß diese Formulierung für einen Psychotherapie-Patienten verständlicher ist, als metapsychologisch-abstrakte Wortgespenster wie "negativ-ödipale Problematik" etc..

Unter der Vorstellung, daß zwischenmenschliche Interaktionsmuster die allgemeine psychologische Bühne darstellen, auf dem die Inszenierungen der Lebensdramen beständig wiederholt werden, formulieren Strupp und Binder (1984) den Fokus interpersonell-dynamisch. Probleme des Patienten werden hauptsächlich dadurch sichtbar und der therapeutischen Beeinflussung zugänglich, daß sie eine bestimmte Rolle im Beziehungsnetz des Patienten spielen, sowohl in den vergangenen als auch in den gegenwärtigen zwischenmenschlichen Beziehungen und selbstverständlich auch in der Beziehung zum Therapeuten. Hier werden Erinnerungen an das Einsichtsdreieck von Menninger und Holzmann (1977) hervorgerufen, dessen Eckpunkte entsprechend die Übertragungsbeziehung, sowie die vergangenen und die aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten repräsentieren.

Nach Strupp und Binder (1984) beschreibt die Fokusformulierung menschliche Handlungen, die in einen zwischenmenschlichen Interaktionskontext eingebunden sind, einem zyklisch-maladaptiven Muster folgen und die immer wieder zu Lebensproblemen geführt haben und vermutlich führen werden. Dieses repetitive, zyklisch-maladaptive Interaktionsmuster liegt ihrer Fokusformulierung zugrunde. Da die Autoren stark in der Psychotherapieforschung involviert sind und von daher zu den Vertretern manualisierter Psychotherapien zählen, benutzen sie formalisierte Fokusformulierungen. Diese bestehen aus vier Elementen: 1. der Handlung des Selbst, 2. den Erwartungen des Selbst im Hinblick auf die Reaktionen anderer Menschen, 3. den Handlungen anderer dem Selbst gegenüber und schließlich 4. den Eigenhandlungen des Selbst dem Selbst gegenüber, die sie als Introjektbildungen verstehen.

Kasuistik einer psychodynamischen Kurztherapie

Nach diesen theoretischen Vorüberlegungen sollen am klinischen Material nun die Schritte einer formalisierten Fokusformulierung unter Verwendung der Methode des Zentralen Beziehungskonfliktthemas (Luborsky 1977) demonstriert werden. Als Beispiel haben wir eine 29-stündige psychodynamische Fokaltherapie - genannt "Der Student" (Kächele & Mergenthaler 1989) - ausgewählt, die mit einer Frequenz von

einer Stunde pro Woche durchgeführt wurde. Die Therapie war eine von zwei theoretisch wie behandlungstechnisch unterschiedlich konzipierten Therapien, die im Rahmen des Projektes "Psychotherapeutische Einzelfallforschung" parallel mit unterschiedlichen Methoden durch verschiedene Wissenschaftler untersucht wurde (Grawe & Kächele 1986).

Zunächst wird der Verlauf des Erstinterviews ausführlich geschildert, welches das Material für die Fokusformulierung liefert. Nach Vorgesprächen des 22jährigen Studenten mit einer Analytikerin an seinem früheren Studienort und dem hiesigen Studenten-Berater sollte das Interview die Frage klären, ob eine Psychoanalyse indiziert ist oder ob eine Fokalthherapie die der Lebenssituation des Patienten angemessenere Form der Behandlung ist.

Der etwas behäbig wirkende Patient beginnt das Gespräch mit der Beschreibung seiner Symptomatik, die er selbst als Zwangsverhalten bezeichnet. Dieses äußert sich vor allem darin, daß er sich umdrehen und kontrollierend auf den Boden schauen muß, wenn er durch eine Tür geht. Er hat dabei das Gefühl, es fehle ihm etwas, als habe er etwas verloren oder vergessen, weiß aber nicht, was das sein könnte.

Das Symptom besteht seit einigen Jahren mit unterschiedlicher Ausprägung, welche er von seiner psychischen Verfassung abhängig macht. Er bringt die Entstehung in Zusammenhang mit einem Erlebnis als 12jähriger: Bei einem Spiel im Wald stieg er zwischen zwei Stapel mit Baumstämmen, worauf sich dann andere Kinder - ältere Buben - setzten und ihm androhten, ihn nicht mehr herauszulassen. Dabei bekam er heftige Angst. Der Therapeut interpretiert diese Szene als eine durch Sicherheits- und Kontrollverlust gekennzeichnete Situation.

Der Therapeut nimmt den Hinweis des Patienten, daß es sich um eine aus früheren Zeiten stammende Problematik handele, nicht auf, sondern verbleibt bei der Herausarbeitung der aktuellen Lebenssituation, in der es in verschiedensten Bereichen (erstes Studium, die Art des Patienten zu lernen) auch um das Thema Einengung vs. Freiraum geht. Der Patient betont, daß er sich in seinem neuen Studienfach mit seiner sozialen Ausrichtung weniger eingeengt fühle und zieht sich bei dieser Schilderung die Jacke aus. Trotz der deutlichen Koinzidenz seines verbalen Ausdrucks und der begleitenden nonverbalen Aktion scheitert der Versuch des Therapeuten, diese Parallele dem Patienten nahezubringen: der Raum sei zwar klein, gibt er zu, aber es sei "eher die Wärme".

Der Patient lebt mit einer etwas älteren Freundin und deren dreijährigem Sohn zusammen. Obwohl er nicht der Vater des Kindes ist, empfindet der Patient das Dasein

des Jungen als sehr positiv für sich. Doch wird auch hier Ambivalenz deutlich: er spricht von der Verpflichtung dem Kind gegenüber und im selben Atemzug von der noch immer bestehenden Möglichkeit und Versuchung für ihn, sich bei seinen Eltern verwöhnen zu lassen.

Die Angst vor dem Alleinsein hat ihn lang an sein Elternhaus gebunden. Bei der Beschreibung dieser Angst kommt der Patient auf Streitsituationen mit seiner Freundin zu sprechen. Dabei geht es auch um seine Zwangssymptome, erstmals wird die interpersonelle Auswirkung des Zwangsverhaltens sichtbar und der Therapeut bittet den Patienten, ihm detailliert eine exemplarische Situation zu schildern. Bei dieser Schilderung fragt der Patient, ob die Video-Anlage laufe, verneint jedoch sofort die Frage des Therapeuten nach einer möglicherweise auch hierin liegenden Beengung. Der Therapeut weist ihn nun auf die Differenz zwischen seiner im Interview gezeigten Freundlichkeit und den Spannungen, die sich möglicherweise dahinter verbergen könnten, hin. Von der Thematisierung seiner verschiedenen Versuche, seine inneren Spannungen zu beherrschen, kommt der Patient auf seine von ihm so benannte Suchtproblematik zu sprechen. Unter Druck fange er an, viel zu essen, zu rauchen oder regelmäßig Alkohol zu trinken.

Im folgenden Abschnitt des Interviews geht es noch einmal um das Thema der Enge in der aktuellen Lebenssituation. Der Patient pendelt zwischen dem Gefühl der Zufriedenheit und Abhängigkeit von seiner Freundin, die durch ihre Berufstätigkeit einen größeren Teil des gemeinsamen Einkommens stellt.

Gegen Ende der Stunde rückt die Frage der Art der Behandlung in den Mittelpunkt. Wieder verweist der Therapeut auf die Wichtigkeit, die aktuelle Situation zu betrachten und formuliert die Frage des Patienten, was in der Kindheit gewesen war, um in: Was trägt heute dazu bei, daß der Patient sich so hilflos wie damals fühle? Außerdem bietet der Therapeut eine andere, positiv konnotierte Sicht des sogenannten Kontrollierens an: die Suche nach etwas, was dem Patienten verloren gegangen ist.

Aufgrund der Vorinformationen hatte der Therapeut daher bereits die Möglichkeit einer fokal orientierten Kurztherapie im Auge. Für ihn galt es zu prüfen, ob sich für das Verständnis der Symptomatik ein umschriebenes Konfliktverständnis auffinden lassen würde. Dabei war es für den Therapeuten von großer subjektiver Bedeutung, daß der Patient auf ihn den Eindruck eines Jugendlichen machte, der in seinem Ablösungsprozeß gescheitert war. Von seinen Eltern war in diesem Erstgespräch noch nicht die Rede; erst in den folgenden Stunden berichtete der Patient folgendes aus seiner Biographie: Die Eltern hätten drei Kinder und ihn, den Jüngsten; die Mutter sei ständig erschöpft gewesen, und der Vater beschäftigte sich mehr mit seinem Auto und

Stereoanlagen als mit seiner Frau. Mit dem Patienten selber habe es kaum gemeinsame Unternehmungen gegeben. Er habe als Kind viel allein gespielt, stets in der Nähe der Mutter, mit der er dann in der Pubertät viele Ausflüge unternommen habe, um sie wohl über ihre Einsamkeit hinwegzuträsten. Seine Versuche, sich in der peer group zurechtzufinden, waren stets problematisch und - wie oben berichtet - verknüpft der Patient den Beginn des umschriebenen Zwangssymptoms mit der traumatischen Erfahrung mit anderen Jugendlichen.

Welche thematisch-dynamischen Schwerpunkte hat nun der Therapeut (H.K.) in diesem Material gesehen und wofür hat er sich in der Therapie entschieden? Er skizzierte drei thematische Leitfäden für die Therapie mit diesem Patienten:

Thema 1: Er ist ein Nachkömmling einer durch ständige Berufsarbeit verbrauchten Mutter, seine drei älteren Geschwister hatten es besser - so jedenfalls die subjektive Vorstellung des Patienten, er hat zu wenig gekriegt.

Thema 2: Er ist auch der Liebling, das Nesthäkchen der Mutter und mit ihr in den Vorwürfen gegenüber dem Vater identifiziert, der sich um sie wie um ihn zu wenig gekümmert hat. Seine jetzige Beziehung, ebenfalls zu einer verlassenen Mutter, wird durch die Identifikation mit dem dreijährigen Sohn geprägt: er spielt zwei Rollen zugleich: "Vater-sein" und "Tröster-der-Mutter".

Thema 3: Neid und Rivalität gegenüber dem sechs Jahre älteren Bruder, der ihn nur als kleinen Jungen behandelt hat; in der oben zitierten Kindheitserinnerung wird dieses Aggressionsproblem deutlich. Im Schachklub rächt sich der Patient und erledigt alle Gegner. Eine Narbe auf seiner Stirn erinnert den Patient allerdings daran, daß vor zwei Jahren bei einem Autounfall ein Freund von ihm tödlich verunglückte. Seitdem ist er vorsichtig geworden und trinkt nur noch mäßig.

Sicherlich ließen sich noch weitere Themen finden, denkt man etwa an die vom Patienten später berichtete ausgiebig betriebene Selbstbefriedigung bei gleichzeitiger Zurückhaltung Mädchen gegenüber, die Hinweis auf eine spezielle Verknüpfung seiner ödipalen Sexualität mit prä-ödipalen Wünschen geben könnte.

Der männliche Interviewer befindet, daß der negativ-ödipale Konflikt dynamisch das entscheidende Thema ist. Er stellt im Unterschied zu der weiblichen Interviewerin, die offenbar die "frühe Bedürftigkeit" des Patienten betonte, keine Indikation für eine Psychoanalyse, sondern für eine zeitlich und inhaltlich begrenzte Fokalthherapie. Sinngemäß begründete er dies folgendermaßen: Eine adaptive Indikationsstellung er-

scheint sinnvoll, bei der im Rahmen einer Fokalthherapie zunächst einmal die Überwindung der verfrühten innerseelischen Festlegung in einem ehe-ähnlichen Verhältnis mit einem mütterlichen Partner ganz in der Nachbarschaft der Eltern ein äußeres Ziel darstellen könnte, die Bearbeitung seiner negativ-ödipalen Sehnsucht und der Erwerb einer Fähigkeit zu einer positiv-ödipalen Rivalität entsprechend ein inneres Ziel. Mit einer hochfrequenten Behandlung würde für den Patient die Gefahr bestehen, statt an seine nur in Ansätzen gelebte Adoleszenz anknüpfen zu können, in eine Regression und in frühe Bedürfnisse zu geraten, die bei faktischer äußerer Abhängigkeit von der Lebenspartnerin eine wenig günstige Situation für ihn herbeiführen könnte. Es kann offenbleiben, ob und wann der Patient zu einem späteren Zeitpunkt auch eine intensivere Bearbeitung seiner charakterneurotischen Aspekte anstreben sollte. Das Zwangssymptom vom Beginn der Pubertät verweist auf eine Einschränkung in der Handhabung einer auf Trennung und Ablösung zielende Aggressivität, deren einengende Wirkung auf die gegenwärtig zu lösenden Aufgaben entwicklungspsychologisch im Vordergrund steht. Die regressiv-sehnsuchtsvolle Bedeutung des Symptoms - es ist immer dann am stärksten, wenn er im Haus der Eltern in sein eigenes Zimmer eintritt - verlegt ihm zunächst den Weg, den Entwicklungsanforderungen der Adoleszenz zu begegnen.

Das zentrale Beziehungskonflikt Thema

Das von Luborsky (1977) entwickelte Verfahren zur Bestimmung des "Zentralen Beziehungskonflikt-Themas" (ZBKT) trifft in seinen Ansprüchen einen Gutteil dessen, was in der klinischen Fokusdiagnostik gefordert wird. Die ZBKT-Methode kann als eine Operationalisierung eines strukturellen Übertragungskonzeptes begriffen werden (Kächele & Dahlbender 1993, Luborsky et al. 1991) und wird ausführlich in "Understanding Transference" (Luborsky & Crits-Christoph 1990) dargestellt. Am Rande sei bemerkt, daß die erste Fassung des Manuals auf deutsch erschienen ist (Luborsky & Kächele 1988) und inzwischen aktualisiert wurde (Luborsky, Albani & Eckert 1991). Die psychoanalytische Behandlungstheorie verfügt über wenige Konzepte, die eine solche systematische Erkundung und Überprüfung vorweisen können.

Eine Kritik gleich vorwegnehmend: Für Kliniker, die es gewohnt sind, alle ihnen verfügbaren Sinne und ihnen zugänglichen Erkenntnismöglichkeiten zu nutzen, ist die ZBKT-Methodik ein zumeist sehr minimalistisch, bisweilen ausgesprochen reduktionistisch anmutendes Verfahren, das sie um all das zu bringen scheint, was Klinikern für ihre Arbeit mit Patienten so wichtig geworden ist. Ja und Nein. Im Hinblick auf manch vorschnelle Geringschätzung eines formalisierten Zugangs

möchten wir ausdrücklich darauf verweisen, daß die Stärke einer solchen Methode darin liegt, über Vereinfachung strukturelle Beschaffenheiten abzubilden und nicht das komplex-konfigurationsale klinische Denken zu imitieren.

Die ZBKT-Methode ist ein inhaltsanalytisch-kategorial orientiertes Verfahren, das klinischen Schlußbildungsprozessen nahesteht. Ziel ist die Identifizierung subjektiver Sinn- bzw. Erlebnisstrukturen in Form prototypischer Beziehungsmuster, die soz. als Schnittmenge lebensgeschichtlich und aktuell bedeutsamen Beziehungen vorgestellt werden, incl. der zum Therapeuten. Ursprünglich ging Luborsky von einem einzigen zentralen Beziehungsmuster aus, die in Ulm erarbeitete methodische Weiterentwicklung identifiziert hingegen multiple Beziehungsmuster (Dahlbender et. al. im Druck). Ausgewertet werden Erzählungen des Patienten oder Probanden (Subjekt) über mehr oder weniger lange zurückliegende tatsächlich erlebte bedeutsame Interaktionen mit 'signifikanten anderen' (Objekte), die Beziehungsepisoden oder kurz BE genannt werden. Unter Beziehungsepisoden versteht man also eine mehr oder weniger abgegrenzte Erzählung eines Menschen über Beziehungen zu anderen Menschen. Die Wahl dieses Materials liegt darin begründet, daß sich die für einen Menschen typischen Beziehungserfahrungen in Kurzgeschichten illustriert werden, in denen sich seine Erfahrungen - um mit Freud (1912, S. 264ff) zu sprechen - wie "Klischees" abbilden, die regelmäßig wiederholt, neu abgedruckt" werden.

Strupp und Binder (1984) betrachten das Erzählen von Geschichten als zentrales psychologisches Handlungs-, Struktur- und Organisationsmodell, das einen Zugang zur verstehenden Veränderung im therapeutischen (Beziehungs-)Diskurs eröffnet. In Erzählungen, insbesondere in Beziehungsepisoden erschließt sich das subjektive Erleben und die Beziehungswelt des Individuums auf anschauliche und effiziente Weise (Boothe 1994; Bruner 1986; Flader & Giesecke 1980; Luborsky 1984). Insofern ist prinzipiell jede Erzählung, die ein interaktives Geschehen ausreichend detailliert und möglichst operational, handlungssprachlich (Schafer 1981) entfaltet, zur Abbildung innerer Subjekt-Objekt-Relationen geeignet.

Das Auffinden der Beziehungsepisoden wird dadurch erleichtert, daß sie Narrative meist eine bestimmte erzähltheoretische Struktur (Orientierungs-, Handlungs-, Evaluationsteil und Coda nach Labov und Waletzky (1967)) und einen mehr oder weniger abgegrenzten Objekt-Raum-Zeit-Kontext aufweisen. Unterschieden werden dabei zwei Arten von Beziehungsepisoden: 1. Objekt-Beziehungsepisoden, in denen es um Interaktionen mit Objekten geht und 2. Selbst-Beziehungsepisoden, in denen das Subjekt mit sich selbst, wie mit einem Objekt umgeht. Real-Inszenierungen zwischen Patient und Therapeut sollten, so wertvoll sie zum klinischen Verständnis

der aktuellen Situation der therapeutischen Beziehung auch sein mögen, unserer Meinung nach aus forschungsmethodischen Gründen nicht verwandt werden (Dahlbender et al. im Druck).

In der ursprünglichen Form basiert die ZBKT-Methode auf Erzählungen aus Therapiesitzungen, inzwischen wurde von Luborsky (1990) aber eine quasi standardisierte diagnostische Interviewform eigens dafür konzipiert, Beziehungsepisoden unabhängig von der Therapiesitzung zu erhalten. Im sog. Relationship Anecdotes Paradigm (RAP) Interview, für das wir die deutsche Bezeichnung "Beziehungsepisoden-Interview" (Dahlbender et al. 1993) eingeführt und als formalisiertes psychodiagnostisches Interview (Buchheim, Dahlbender & Kächele 1994) beschrieben haben, wird der Erzähler angeregt, frei über Beziehungen zu anderen Menschen zu erzählen. Leitidee ist, dem Erzähler einen klaren Rahmen vorzugeben, in dem er seine Beziehungswelt auf seine spezifische Weise erzählend entfalten kann, möglichst in ihren individuellen überdauernden und situativen Schattierungen und Zwischentönen.

Für jede Episode wird die Hauptperson, mit welcher der Patient interagiert und die lebenszyklische Phase, in welcher die Episode spielt, festgehalten. Dies ermöglicht beispielsweise, objekt- und phasenspezifische Beziehungsstrukturen vor dem Hintergrund klinischer Konzeptbildungen zu untersuchen.

Die Erzählungen werden dann methodisch so aufbereitet, daß die vorherrschenden internalisierten Beziehungsmuster herausgefiltert werden können. Diese sind als ein subjektiv motiviertes Interaktionsgeschehen mit einem Objekt (z. B. Primärobjekte, Partner, Freunde, Kollegen, Therapeut etc.) konzipiert und inhaltlich durch drei Komponenten bestimmt:

1. der Wunsch des Subjektes an das Objekt (W-Komponente),
2. der Reaktion des Objektes (RO-Komponente) und
3. der darauf folgenden Reaktion des Subjektes (RS-Komponente).

Bei den Reaktionen kann es sich z.B. um Emotionen, Verhaltensweisen oder auch um Symptome (RS-Komponente) handeln. Negative Reaktionen stellen für den Patienten eine Beeinträchtigung seiner Wunscherfüllung dar oder lassen eine solche Beeinträchtigung erwarten. Positiv bezieht sich auf die ungehinderte tatsächliche oder erwartete Erfüllung eines Wunsches und/oder ein Gefühl des befriedigenden Umgangs mit den Wünschen. Reaktionen, die nicht deutlich mit dem Wunsch in Verbindung stehen, können nicht eindeutig positiv oder negativ kodiert werden. Weiterhin wird festgehalten, ob die Reaktionen des Objektes wirklich stattgefunden haben oder ob der Patient die Handlungen nur vom anderen erwartet hat. Diese

Unterscheidung ist bedeutsam, etwa um Veränderungen in der Therapie zu untersuchen. Da die Methode auf einem Häufigkeitskonzept basiert, werden mindestens 10-12 Beziehungsepisoden benötigt, um aus der jeweils am häufigsten genannten W-, RO- und RS-Komponente schließlich das endgültige zentrale Beziehungskonflikt-Thema formulieren zu können.

Ein ideographischer Auswertungsansatz verbleibt in der subjektiven Welt des Erzählers und verwendet für jede Komponente sog. maßgeschneiderte Formulierungen, die sich möglichst eng am narrativen Material orientieren. Diese individuellen Formulierungen können zudem in abstrahierende Standardkategorien bzw. Standardkategorien-Cluster transformiert werden, was insbesondere im Hinblick auf die reliable Messung und intersubjektive Vergleichbarkeit der Beziehungsmuster von Bedeutung ist.

Es gehört zu den Grundsätzen qualitativen Arbeitens, die Arbeitsschritte nachvollziehbar zu machen. Die Auswertung der Beziehungsepisoden erfolgt üblicherweise an Transkripten, ist aber auch mittels audio-visueller Medien möglich. Sie ist auch am mündlichen Material möglich, etwa in der Supervision, wenn bestimmte Behandlungsepisoden erzählt werden.

Wir kehren zu unserem Patienten zurück und demonstrieren die Auswertungsschritte vom Text bis zur endgültigen ZBKT-Formulierung beispielhaft an einer Beziehungsepisode. Der Patient (P) berichtet dem Therapeuten von einer Begebenheit, die er mit seinem Vater in der Kindheit erlebt hat. Die linke Spalte enthält den Text der Beziehungsepisode. Die Textstellen sind unterstrichen, die als Referenz für die entsprechenden ZBKT-Einschätzungen dienen. In der rechten Spalte sind die ZBKT-Komponenten (*kursiv: Wunsch, Reaktion des Objektes, Reaktion des Subjektes*) in paraphrasierter Form wiedergegeben.

<p>P.: ... <u>Ich habe damals viel unternommen</u> ... <u>er hat dann viel an seinem Auto noch rumge-</u> <u>bastelt</u> ... der hat erst ein Führerschein ge- <u>macht und sich ein Auto zugelegt, wo ich</u> <u>schon drei, vier Jahr alt war und da hat er</u> <u>dann immer viel daran rumgebastelt,</u> so aus Neugier, so wie er jetzt seine Bastelwut an der Stereoanlage ausläßt, äh und <u>da bin ich</u> <u>halt immer runter und da hab ich dann im-</u> <u>mer's Werkzeug aufräumen dürfen oder ihm</u> <u>bringen und so. Und das war dann die Form</u> <u>von Gemeinsamkeit,</u> die wir gehabt haben, ja. Also, <u>ich hab' mich da schon bemüht. Und</u> <u>das hat mich auch immer geschmerzt, wenn</u> <u>ich irgend etwas falsch gemacht habe oder</u> <u>so, gell und hab immer, ah, oder so; 'mach's</u> <u>lieber gleich selber'</u> oder das hat mir dann, hat mich dann geschmerzt, <u>aber ich hab dann</u> <u>schon versucht noch, äh, ja um ein bißchen,</u> <u>so ein Gefühl zu kriegen von</u> <u>Gemeinsamkeit, bin ich halt um's Auto</u> <u>'rumgewetzt</u></p>	<p><i>positive Reaktion des Subjektes (s.u.)</i> <i>negative Reaktion des Subjektes</i> Vater bastelt lieber am Auto rum, kümmert sich aber nicht um mich.</p> <p><i>positive Reaktion des Subjektes</i> Ich bemühe mich um Nähe zum Vater.</p> <p><i>(Wunsch) (s.u.)</i></p> <p><i>negative Reaktion des Subjektes</i> Ich bin vom Vater enttäuscht, fühle Schmerz.</p> <p><i>negative Reaktion des Objektes</i> Vater weist mich zurück.</p> <p><i>(Wunsch)</i> Ich möchte Gemeinsamkeit mit dem Vater.</p> <p><i>positive Reaktion des Subjektes</i> <i>(s.o.)</i></p>
---	---

Die Auswertungen aller Beziehungsepisoden einer Untersuchungseinheit werden dann als Grundlage für die ZBKT-Formulierung zusammengefaßt. Im folgenden wird dies für eine Stunde aus der beschriebenen Therapie demonstriert. In den Klammern ist angegeben, in wievielen Beziehungsepisoden die jeweilige Kategorie gefunden wurde.

Wunsch

Ich sehne mich nach Nähe und Gemeinsamkeit (Beziehung) mit anderen. (6 BE)

Ich wünsche mir Hilfe und Verständnis anderer. (2 BE)

Ich möchte allein leben und unabhängig sein. (2 BE)

Negative Reaktionen der Objekte

Andere vernachlässigen mich, kümmern sich nicht um mich, beschäftigen sich nicht mit mir und interessieren sich nicht für mich. (4 BE)

Andere sind unzufrieden mit mir, griesgrämig und unsicher. (3 BE)

Andere machen mir Vorwürfe. (1 BE)

Negative Reaktionen des Subjekts

Ich fühle mich enttäuscht von anderen, vernachlässigt und unzufrieden. (3 BE)
Ich kann noch nicht offen mit anderen über meine Probleme sprechen. (1 BE)
Ich bin abhängig von anderen und unselbständig. (1 BE)
Ich habe Angst vor Vorwürfen anderer. (1 BE)
Ich habe Sorge, andere verlegen zu machen. (1 BE)

Positive Reaktionen der Objekte

Andere unternehmen Gemeinsames mit mir. (2 BE)
Andere haben Verständnis für mich. (2 BE)

Positive Reaktionen des Subjekts

Ich bin hilfreich und bemühe mich um Nähe zu anderen. (3 BE)
Ich fühle mich angenommen und verstanden von anderen. (2 BE)
Ich freue mich über Hilfe anderer. (1 BE)
Ich gehe auf Konfrontation und weiche anderen aus. (1 BE)

Das aus den am häufigsten genannten ZBKT-Komponenten formulierte zentrale Beziehungskonflikt-Thema einer Stunde lautet demnach in der individuell auf den Patienten zugeschnittenen Form:

Wunsch

Ich sehne mich nach Nähe, Gemeinsamkeit und Verständnis anderer.

Negative Reaktion des Objektes

Die anderen schließen mich aus, verstehen mich nicht, interessieren sich nicht für mich.

Negative Reaktion des Subjektes

Ich bin enttäuscht von anderen, bin unsicher, ziehe mich zurück, fühle mich vernachlässigt.

Bei dieser Formulierung wurden nur die häufiger genannten negativen Reaktionskomponenten berücksichtigt. Grundsätzlich können die positiven Reaktionskomponenten gleichermaßen in die Formulierung aufgenommen werden, auch wenn sie zahlenmäßig nicht so häufig vorkommen. Relevant ist dies vor allem deshalb, weil bekannt ist, daß sich weniger die Wünsche (W-Komponente) eines Patienten im Laufe einer Therapie verändern, sondern vielmehr, die Art und Weise, wie er die Objekte in der Interaktion erlebt (RO-Komponente) und wie er sich ihnen gegenüber verhält (RS-Komponente).

Positive Reaktion des Objektes

Die anderen unternehmen Gemeinsames mit mir und verstehen mich.

Positive Reaktion des Subjektes

Ich fühle mich verstanden und angenommen.

In der Sprache der stark vergrößernden, interindividuell vergleichbaren Cluster-Standardkategorien lautet das Beziehungsmuster des Patienten:

Wunsch

Ich möchte anderen nahe sein und andere annehmen.

Negative Reaktion des Objektes

Die anderen weisen mich zurück und sind gegen mich.

Negative Reaktion des Subjektes

Ich fühle mich von den anderen enttäuscht und deprimiert.

Brauchbarkeit formalisierter Fokusformulierung

Wenn die ZBKT-Methode für eine formalisierte Form der Fokusformulierung verwendbar sein soll, so muß nun der Nachweis ihrer klinischen Brauchbarkeit erbracht werden. Dies kann an folgender Frage entschieden werden: Welche Foki wurden im Verlauf der Therapie realisiert und mit welchem Ergebnis?

Schnekenburger (1990) ist dem in ihrer Dissertation nachgegangen. Eingebunden in eine sog. Rater-Gruppe hat die Autorin jede dritte Stunde der Fokalthherapie gemäß der ZBKT-Methode eingeschätzt und die Komponenten in thematisch übergeordnete und sich ausschließende ad-hoc-Kategorien zusammengefaßt. Für jede Therapiestunde hat sie ferner festgestellt, welche jeweilige Komponente im sog. Stunden-ZBKT enthalten ist. Mit diesem Vorgehen geht prinzipiell zwar Spezifität verloren, aber der Verlauf kann klarer herauspräpariert werden. Bei den Wünschen (W) fanden sich die folgenden vier Foki:

- | | |
|-------------------|--|
| W-Fokus 1: | Ich will andere erfolgreich für mich interessieren und deren Zuwendung bekommen. |
| W-Fokus 2: | Ich will mich entwickeln, unabhängig und selbständig sein. |
| W-Fokus 3: | Ich will Hilfe anderer, um meine Probleme zu bewältigen. |
| W-Fokus 4: | Ich will frei werden von den Einengungen durch andere. |

Eine topographisch Darstellung der thematischen Wunschscherpunkte im Verlauf der Behandlung und der beiden Katamnesen (s. u.) zeigt Abbildung 1, wobei gilt, daß je häufiger eine Komponente in der Stunde erwähnt wurde, um so größer erscheint die entsprechende graphische Transformation. Schwarz unterlegt ist zudem die Fokuskomponente, die am häufigsten in der Stunde vorkam, d. h. Bestandteil des Stunden-ZBKTs ist. Es wird deutlich, daß die therapeutische Arbeit im Verlauf der Behandlung im Wesentlichen um W-Fokus 1 "Interesse und Zuwendung" und W-Fokus 2 "Unabhängigkeit und Selbständigkeit" zentriert war, der zum Behandlungs-

ende hin in den Stunden vorherrschte. Der in der ersten Stunde im Vordergrund stehende W-Fokus 4 "frei werden von Einengung" trat im Verlauf der Behandlung hingegen in den Hintergrund. Der W-Fokus 3 "Hilfe" spielte eine geringere Rolle, vor allem zu Beginn der Behandlung.

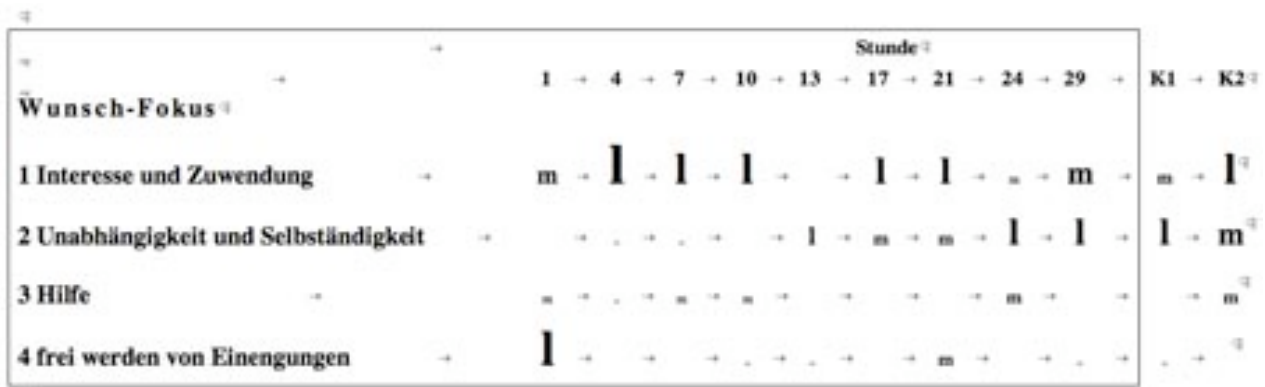


Abb. 1: Wunsch-Foki im Verlauf der Behandlung und Katamnese (mod. n. Schnekenburger 1990).
 Je größer die Kreise, desto häufiger der entsprechende Fokus. Schwarz hervorgehoben ist derjenige Fokus, der Bestandteil des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas der jeweiligen Stunde ist. K1/K2: Katamnese 1 und 2.

Für die negativen (NRO) bzw. positiven Reaktionen der Objekte (PRO) fanden sich folgende Foki:

- NRO-Fokus 1:** Andere lehnen mich ab und weisen mein Bedürfnis nach Nähe zurück.
NRO-Fokus 2: Andere helfen mir nicht genug.
NRO-Fokus 3: Andere fordern mich zu sehr und engen mich ein.
NRO-Fokus 4: Andere fühlen sich durch mich zu sehr eingeengt.

- PRO-Fokus 1:** Andere verstehen mich richtig und unterstützen mich.

Auf der negativen Seite dominierte während der Therapie Fokus 1 "Ablehnung und Zurückweisung". Die NRO-Foki 3 "Überforderung und Einengung" und 4 "Einengung anderer" liefen sozusagen als untergründige Thematik mehr oder weniger immer mit. Auf der positiven Seite dominierte praktisch ausschließlich PRO-Fokus 1 "Verstehen und unterstützen", so daß auf die Beschreibung undeutenderer Themenschwerpunkte verzichtet werden kann.

Die negativen Reaktionen der Objekte waren in der Behandlung insgesamt häufiger und variierten etwas mehr als die positiven Reaktionen. Für beide ergab sich aber dennoch ein relativ uniformes Erlebens- und Verhaltensrepertoire des Patienten während der gesamten Therapie, wie Abbildung 2 zu entnehmen ist.

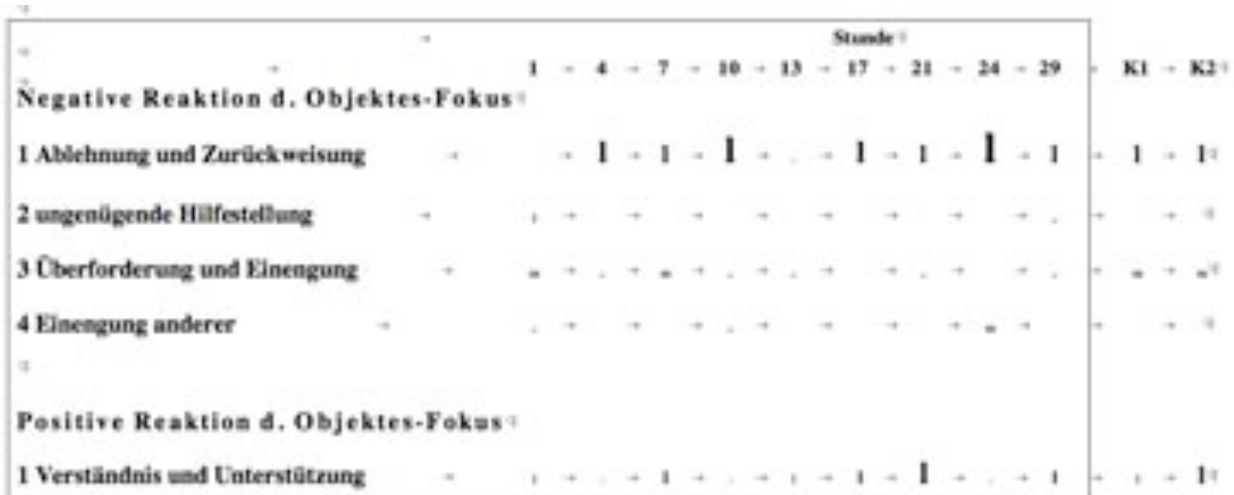


Abb. 2: Reaktionen des Objektes-Foki im Verlauf der Behandlung und Katamnese (mod. n. Schneckenburger 1990).
Erläuterung s. Abb. 1.

Für die negativen (NRS) bzw. positiven Reaktionen der Subjekte (PRS) fanden sich folgende Foki:

- NRS-Fokus 1:** Ich bin unzufrieden, enttäuscht und verärgert über andere
- und auch über mich selbst.
- NRS-Fokus 2:** Ich habe Angst im Umgang mit anderen.
- NRS-Fokus 3:** Ich fühle mich von anderen eingeengt.
- PRS-Fokus 1:** Ich fühle mich selbstsicher und versuche mich durchzusetzen.
- PRS-Fokus 2:** Ich akzeptiere mich und meine Situation.
- PRS-Fokus 3:** Ich kann mich entspannen und meine Gefühle ausleben.
- PRS-Fokus 4:** Ich bemühe mich um Kontakt zu anderen.

Die negativen Reaktionen des Patienten lassen sich im wesentlichen in drei thematische Schwerpunkte fassen: NRS-Fokus 3 "Einengung" und NRS-Fokus 2 "Angst im Umgang mit anderen" leiteten die Behandlung ein und wurden vom NRS-Fokus 1 "Unzufriedenheit, Enttäuschung und Ärger" über andere wie auch über sich selbst, der den mittleren Teil der Behandlung bestimmte, abgelöst. Im letzten Behandlungsdrittel waren praktisch alle Themen im therapeutischen Dialog enthalten. Die positiven Reaktionen des Patienten ließen sich in vier Foki gruppieren: PRS-Fokus 1 "Selbstsicherheit und Durchsetzungsvermögen" ist das beherrschende Thema - mehr oder minder über die gesamte Therapie hinweg. PRS-Fokus 4 "Kontaktsuche" hat zu Beginn eine größere Bedeutung und PRS-Fokus 3 "Entspannung und Gefühle ausleben" spielt nur zu Beginn und zum Ende eine gewisse Rolle. In der Katamnese-phase dominiert PRS-Fokus 2 "Selbstakzeptanz" zusammen mit PRS-Fokus 1 "Selbstsicherheit und Durchsetzungsvermögen". Die zeitliche Entwicklung der the-

matischen Behandlungsschwerpunkte könnte auf eine relativ stabile therapeutische Veränderung der Reaktionsweisen des Patienten hindeuten, während Erleben und Verhalten des Patienten gegenüber Objekten eher wenig therapeutische Beeinflussbarkeit zu zeigen scheint.

Bezüglich der Reaktionen des Subjektes konnte somit ein wesentlich variables Erlebens- und Verhaltensmuster des Patienten nachgezeichnet werden, wie auch Abbildung 3 zeigt.

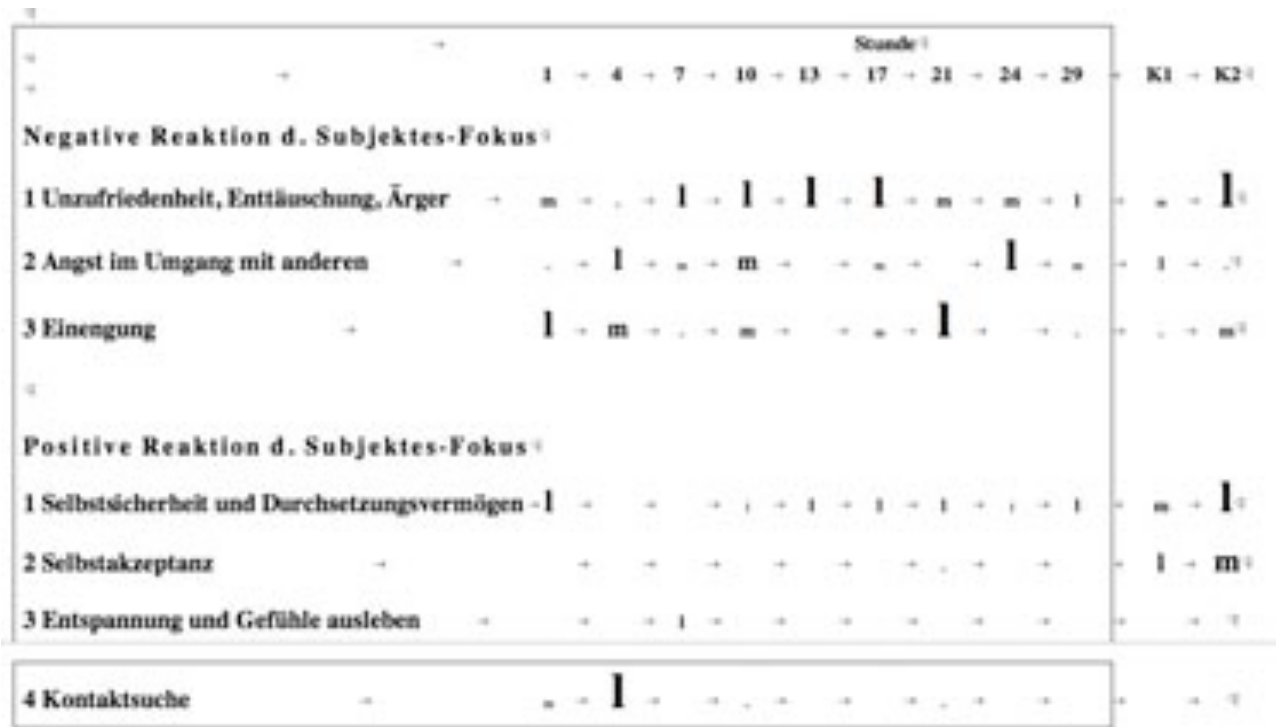


Abb. 3: Reaktionen des Subjektes-Fokus im Verlauf der Behandlung und Katamnese (mod. n. Schnekenburger 1990).
Erläuterung s. Abb. 1.

Die genauere Sicht des narrativen Materials, d.h. der einzelnen Beziehungsepisoden macht deutlich, daß sich in den von Schnekenburger (1990) gefundenen Behandlungsfoki die vom Therapeuten bereits nach dem Erstinterview fokussierten thematisch-dynamischen Schwerpunkte in der formalisierten Sprache des ZBKT abbilden. Umgekehrt bedürfen formalisierte Fokusformulierungen einer klinisch-interpretativen Ausdifferenzierung im Kontext des therapeutischen Materials, da sie verschiedene dynamische Schwerpunkte in übergeordneten Kategorien clustern. Das heißt, die eher trockenen Inhaltskodierungen müssen in unsere gewohnte klinische Alltagssprache rückübersetzt und die formalisierten Beziehungsfoki mit klinischem Leben angefüllt werden. Die Mangelproblematik ist enthalten im intensiven Wunsch des Patienten, Interesse und Zuwendung anderer zu erhalten (W-Fokus 1), wobei sich der Patient in diesem Bedürfnis von den Objekten weitaus häufiger frustriert sieht

(NRO-Fokus 1 und 2), als daß er sie verständnisvoll und unterstützend erlebt (PRO-Fokus 1). Auf die Frustration seiner regressiven Wünsche reagiert der Patient mit einer breiten Palette von Gefühlen, wie Angst, Enttäuschung und Hilflosigkeit (NRS-Fokus 1, 2 und 3). Dieser Konstellation versucht der Patient im Verlaufe der Therapie durch mehr Initiative und Eigenaktivität zu begegnen (PRS-Fokus 1).

Die negativ-ödpale Problematik spiegelt sich im Wunsch nach mehr Unabhängigkeit (von mütterlichen Figuren) und Selbständigkeit (i. S. einer Identifikation mit dem Vater, wie die og. BE verdeutlicht (W-Fokus 2 bzw. 4). Die Objekte erlebt der Patient hingegen häufig ablehnend und einengend (NRO-Fokus 1 und 3), was bei ihm wiederum Gefühle von Angst, Enttäuschung, Ärger und Einengung (NRS-Fokus 1, 2 und 3) hervorruft. Kann er die Objekte jedoch bestärkend erleben (PRO-Fokus 1), gelingt es ihm besser, sich durchzusetzen und abzugrenzen (PRS-Fokus 1). Hier schwingt auch das Thema der bislang unzureichenden adoleszenten Abgrenzung mit.

Bei dieser Behandlung handelte es sich, wie schon erwähnt, um eine psychodynamisch konzipierte Kurztherapie. Um die Bedeutung der Übertragung zu untermauern, wäre es in der operationalen Logik der ZBKT-Methode wünschenswert, wenn gezeigt werden könnte, daß in den Beziehungsepisoden, in denen der Therapeut das Objekt ist und in den Episoden mit anderen Objekten, gleiche oder ähnliche Themen repräsentiert sind. Schnekenburger (1990) hat diesen Vergleich für die neurosentheoretisch zentrale Wunsch-Komponente vorgenommen. Mittels des Fokusmodells konnte sie zeigen, daß sich die Übertragungsbeziehung gemäß des allgemeinen Beziehungsmusters des Patienten entwickelt. In fast 70% der untersuchten Stunden waren die Wünsche des Patienten an andere Objekte identisch mit denen an den Therapeuten. Das heißt, wenn z. B. der Wunsch-Fokus 2 "Selbständigkeit" die Beziehungsepisoden mit anderen Objekten thematisch beherrschte, war dies auch in denen mit dem Therapeuten der Fall.

Im folgenden soll geprüft werden, inwieweit die zentralen Themenbereiche des Erstgesprächs, welche die Wahl des Behandlungsfokusses bestimmten, auch die Kernthemen der Katamnesesitzungen bestimmten, d. h. inwieweit die interaktionell hergestellten Behandlungsfoki stabile thematische Schwerpunktsetzungen über das Therapieende hinaus waren. Dann kann danach gefragt werden, welche Veränderungen sich im einzelnen erkennen lassen? Die ausführlichen Ergebnisse der katamnestischen Evaluation dieser Behandlung sind nachzulesen in Kächele et al. (1990). Ein und zwei Jahre nach Therapieende fanden zwei katamnestische Interviews mit dem

Therapeuten statt, die von zwei unabhängigen Kollegen hinsichtlich der klinisch wahrnehmbaren Veränderungen eingeschätzt wurden.

Kurz nach der Beendigung der Therapie hat der Patient sich von seiner Freundin getrennt und ist zu seinen Eltern gezogen, wo er in einem separaten Stockwerk lebte. Seine Symptomatik hat sich weiter gebessert, so daß er sich dadurch nicht mehr behindert fühlt. Vier Jahre nach Therapieende erfährt der Therapeut anlässlich einer telefonischen Nachfrage, daß der Patient kürzlich geheiratet hat und Nachwuchs erwartet wird. Soweit die Fakten.

Thema 1: Zum Thema des "Zu-kurz-gekommen-Seins" hatte sich in der 29. Stunde angekündigt, daß der Patient seinem Mangelempfinden durch größere eigene Aktivität begegnen wollte. Von dieser Ankündigung scheint er in der Zwischenzeit einiges realisiert zu haben, vor allem im Rahmen seiner beruflichen Ausbildung. Offen verbalisiert er auch das Gefühl, in der Therapie zu wenig bekommen zu haben und nutzt die Gelegenheit, sich im Gespräch direkt mehr zu nehmen. Hier ist die Frage, was im Sinne unbewußter und bewußter Wünsche in dieser Sehnsucht steckt: Brust und/oder Phallus? Im Sinne des Hauptfokus der Therapie ist es eine phallische Sehnsucht, der aber eine orale Wunschregung durchaus zugeordnet werden kann, was zu einer unbewußten Phantasie eines oral-phallischen Kontaktmodus gehören könnte. Der Patient vertritt in den Aussagen über seine persönlichen Schwächen eine selbstkritische Position. Das Ergebnis seiner realitätsorientierten Reflexion ist die Erkenntnis, daß nicht alle Mängel ausgeglichen werden können. Im zweiten Katamnese-gespräch taucht diese Thematik selten und in veränderter Weise auf, beispielsweise im Vergleich mit einem besser verdienenden Arbeitskollegen. Das Erleben eines Defizits lähmt ihn nicht mehr, sondern ist für ihn Anreiz, selbst aktiv zu werden, sich etwa beruflich fortzubilden und sich eine bessere Position zu sichern. Insofern kann man von einer fruchtbaren Bearbeitung dieses Problembereichs sprechen.

Thema 2: Auch in bezug auf die "negativ-ödipale Thematik" läßt sich eine weitere Entwicklung beobachten. Der Patient hat sich von seiner Freundin getrennt, nachdem ihm die passive Abhängigkeit bewußt geworden war. Seine Lust an aktiven Auseinandersetzungen ist gewachsen; er ist, wie er sagt, streitbarer geworden. Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Bericht von einer Bergtour, eine Anstrengung, die ihm in Gemeinschaft mit anderen Männern Spaß gemacht hat. Das Bild der Bergtour - mit dem gemeinsamen Gipfelbier - fungierte in der Behandlung als Metapher für die gemeinsame lustvolle Arbeit, für die lustvolle Auseinandersetzung im Kräftemessen zwischen zwei Männern, zwischen Vater und Sohn. Die negativ-ödipale Thematik ist Hauptthema des zweiten Katamnese-gesprächs. Der Patient ist selbst in der Lage, seine

Enttäuschung über die mangelnde Unterstützung des Vaters zu verbalisieren. Er geht in eine direkte Auseinandersetzung mit dem Therapeuten und möchte sein Interesse für sich wecken. Seine Autonomiebestrebungen zeigen, daß er seine kindlich wirkende Abhängigkeit aufgegeben hat, sich von der Versorgung durch Mutter und Freundin abzugrenzen versucht. Er will in verschiedenen Lebensbereichen eine eigene Position beziehen. Unverändert zu Katamnese 1 sind seine Überlegungen zu seiner Attraktivität auf Frauen. In der Haltung des Patienten zum Therapeuten, um dessen Interesse er kämpft, zeigt sich, daß sich sein negativ-ödipales Beziehungsschema gelöst hat. Der Patient sucht die Auseinandersetzung von Mann zu Mann.

Thema 3: Bezüglich des dritten zentralen Themenbereichs, der "adoleszenten Abgrenzung", kann festgestellt werden, daß seine Fähigkeit gewachsen ist, sich konstruktiv auf Rivalität einzulassen, wie er in den Katamneseinterviews an Beispielen aus seinem Berufsleben deutlich macht.

Patient, Therapeut und Katamnestiker bewerten die Therapie positiv. Der Patient meint, Aufwand und Ertrag der Therapie stünden in einem guten Verhältnis. Der Therapeut sieht die Bewältigung des Übergangs von der Ausbildung ins Berufsleben sehr positiv, ebenso seine Tendenzen sich altersgemäßen Vorstellungen des Anders-Lebens zuwenden zu können. Die strittige Frage, ob die Rückkehr in die Primärfamilie regressiv oder ein unvermeidlicher Umweg zur Progression war, ist ebenfalls positiv beantwortbar, da der Patient sich innerhalb der Familie doch recht gut abgrenzen kann. Die beiden Katamnestiker haben den Eindruck, daß der Patient nach der Therapie sein Leben freier und - durch gesteigerte Eigenaktivität - befriedigender gestalten kann. Insgesamt ist festzustellen, daß sich der Patient gerade im Hinblick auf die leitenden Themen der Therapie weiter entwickelt hat. Er ist deutlich aktiver und selbstbewußter geworden. Gewachsen ist vor allem seine Fähigkeit zur kritischen Auseinandersetzung mit seiner Umwelt. Und auch die Position gegenüber einer Frau und einem Kind scheinen sich fruchtbar weiterentwickelt zu haben.

Fazit

Als Fazit unserer Überlegungen zur Brauchbarkeit formalisierter Fokusformulierungen mittels der ZBKT-Methode kann nunmehr festgehalten werden: Am Beispiel einer psychodynamischen Fokal-Therapie kann mittels der ZBKT-Methode demonstriert werden, daß diese sich tatsächlich entlang bestimmter thematischer Foki entwickelte, und daß dies zu einer erfolgreichen Veränderung des internalisierten Beziehungsrepertoires des Patienten geführt hat. Insofern ist die ZBKT-Methode ein zwar simpler nichts destoweniger aber nützlicher Ansatz, einen Behandlungsfokus zu formulieren. Das formalisierte Vorgehen und die Möglichkeit, das klinische Material

operational und erlebensnah zu strukturieren, dürften gerade in der psychotherapeutischen Ausbildung und Supervision von großem Nutzen sein. Und auch der erfahrene Kliniker, der die Disziplin systematischer Auswertung nicht scheut, wird immer dann profitieren können, wo es nützlich ist, den klinischen Augenblick mit der Beständigkeit seiner grundlegenden Strukturen zu legieren.

Literatur

- Alexander F & French T (1946) Psychoanalytic therapy. Principles and applications. Ronald Press, New York
- Balint M, Ornstein PH, Balint E (1972) Focal psychotherapy. An example of applied psychoanalysis. Tavistock, London. dt. (1973) Fokalthherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Buchheim P, Dahlbender RW & Kächele H (1994) Biographie und Beziehung in der psychotherapeutischen Diagnostik. In Janssen PL & Schneider W, Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik, Fischer, Stuttgart, S. 105 -134
- Boothe B (1994) Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie. Vanderhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Bruner J (1986) Actual minds, possible worlds. Harvard Univ Press, Cambridge
- Crits-Christoph P, Cooper A & Luborsky L (1988) The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy 56: 490-495
- Dahlbender RW, Albani C, Pokorny D & Kächele H (1989) The Connected Central Relationship Patterns (CCRP). A Structural Version of the CCRT. Psychotherapy Research 8: 408-425
- Dahlbender RW, Torres L, Reichert S, Stübner S, Frevert G & Kächele H (1993) Die Praxis des Beziehungsepisoden-Interviews. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 39:51-62
- Flader D, Giesecke M (1980) Erzählen im psychoanalytischen Erstinterview. in: Ehlich K (Hg) Erzählen im Alltag. Suhrkamp, Frankfurt, S 209-262
- French T (1937) Reality and the Unconscious. Psychoanalyt Quart 6: 23-61
- French TM (1952) The integration of behaviour. Vol I: Basic postulates. Univ Chicago Press, Chicago
- French T (1970) Psychoanalytic interpretations. The selected papers of Thomas M. French, M.D.. Quadrangle Books, Chicago
- Freud S (1912) Zur Dynamik der Übertragung. GW Bd 8, S. 363-374
- Fürstenau P (1992) Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. Pfeiffer, München
- Grawe K, Kächele H (1986) Psychotherapeutische Einzelfall-Prozessforschung (PEP). Psychologisches Institut der Universität Bern/ Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm, 12/86
- Kächele H, Heldmaier H, Scheytt N (1990) Fokusformulierungen als katamanestische Leitlinien. Psychother Med Psychol 35:205-216
- Kächele H, Mergenthaler E (1989) Der Student - Verbatimprotokolle einer Kurztherapie. Universität Ulm
- Kächele H & Dahlbender RW (1993) Übertragung und zentrale Beziehungsmuster. In Buchheim P, Cierpka M & Seifert Th, Lindauer Texte. Texte zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung. Teil 1: Beziehungen im Fokus, S. 84-103

- Klüwer R (1970) Über die Orientierungsfunktion eines Fokus bei der psychoanalytischen Kurztherapie. *Psyche* 24: 739-755
- Labov W & Waletzky J (1967) Narrative analysis: oral versions of personal experience. In J Helm (Hg) *Essays on the verbal and visual arts*. Seattle, London, S. 12-44
- Lachauer R (1992) Der Fokus in der Psychotherapie. Fokalansätze und ihre Anwendungen in Kurztherapie und anderen Formen analytischer Psychotherapie. München, Pfeiffer
- Leuzinger-Bohleber M (1985) Psychoanalytische Fokalthherapie. Eine klassische psychoanalytische Kurztherapie in Institutionen. In: Leuzinger-Bohleber M (Hrsg) *Psychoanalytische Kurztherapien*. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 54-93
- Luborsky L (1977) Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy. The core conflictual relationship theme; in: Freedman N & Grand S (Hrsgs) *Communicative structures and psychic structures*, Plenum Press, New York, S. 367-395
- Luborsky L (1984) *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. Basic Books, New York
- Luborsky L & Kächele H (1988) *Der Zentrale Beziehungskonflikt*. PSZ Verlag Ulm
- Luborsky L & Crits-Christoph P (Hrsg.) (1990) *Understanding Transference. The CCRT method*, Basic Books, New York
- Luborsky L u. Mitarb. v. Albani C & Eckert R (1991) *Manual zur ZBKT-Methode (deutsche Übersetzung mit Ergänzungen der Ulmer ZBKT-Arbeitsgruppe)* Universität Ulm, Abteilung Psychotherapie
- Luborsky L Crits-Christoph P & Friedman SH & Mark D & Schaffler P (1991) Freud's transference template compared with the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT): Illustrations by the two specimen cases; in: Horowitz MJ (Hrsg.) *Person schemas and maladaptive interpersonal behavior*. University of Chicago Press, Chicago, S. 167-195
- Malan DH (1965) *Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung*. Huber/Klett, Bern/Stuttgart
- Mann J & Goldmann R (1982) *A casebook in time-limited psychotherapy*. McGraw-Hill, New York
- Marziali E (1984) Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions. *Archives of General Psychiatry* 41: 301-304
- McKenzie KR (1990) *Introduction to time-limited group psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington D.C.
- Menninger KA & Holzmann PS (1958) *Theory of psychoanalytic technique*. Basic Books, New York dt. [1977] *Theorie der psychoanalytischen Technik*. Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt
- Peterfreund E (1983) *The process of psychoanalytic therapy. Models and strategies*. Analytic Press, New Jersey
- Racker H (1978) *Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik*. Reinhard, München
- Schaffer R (1981) Action language and the psychology of the self. *Annu Psychoanal* 8, 83-92
- Schnekenburger S (1990) *Die kontinuierliche Erhebung des Zentralen Beziehungskonfliktthemas über den gesamten Verlauf einer Kurztherapie*. Med. Dissertation, Universität Ulm
- Seitz P (1966) The consensus problem in psychoanalysis. In: Gottschalk LA, Auerbach AH (Eds) *Methods of research in psychotherapy*. Appleton Century Crofts, New York, S 209-225
- Strupp HH, Binder J (1984) *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Basic Books, New York
- Thomä H, Kächele H (1985) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd 1: Grundlagen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo

- Wallerstein RS & Robbins LL (1956) The psychoanalytic research project of the Menninger-Foundation. Rationale, methods, and sample use IV. Concepts. Bulletin of the Menninger Clinic 20:239-262
- Wolberg L R (1983) Kurzzeit-Psychotherapie. Stuttgart, Thieme

Anschrift der Autoren

Dr. med. Reiner W. Dahlbender
Prof. Dr. med. Horst Kächele
Dr. biol. hum. Dipl. Psych Gabriele Frevert
Dr. med. Sabine Schnekenburger

Abteilung Psychotherapie
Universität Ulm - Klinikum
Am Hochsträß 8
D - 89081 Ulm
Tel.: +41 (0)731 502 5690 / 1
Fax: +41 (0)731 502 5662
E-mail:dahlb@sip.medizin.uni-ulm.de