

Horst Kächele (IPU Berlin)

Zeit, Indikation, Technik und Ergebnis: Kurztherapie im Spannungsfeld von Patient, Therapeut und Versorgungssituation

"Courte et bonne" war zwar der Wahlspruch von Gustav Adolfs Pagen (C.F. Meyer), in der Psychotherapie jedoch prävalierte für Jahrzehnte die Auffassung, dass nur lange Behandlungen zufriedenstellende Ergebnisse zu erzielen vermögen.

Ich erinnere Sie durch einige Hinweise an die Entwicklung der Kurztherapie in der Geschichte der Psychoanalyse. Inzwischen ist bekannt, dass Freud die Methode der Psychoanalyse in ihrem vor-kodifizierten Zustand vielfältig variierte, wie es Praxisumstände oder seine Patienten notwendig machten. Die Untersuchung von Katharina im Freien vor der Aussicht auf die Hohen Tauern (Freud 1895d, S.184), die Blitz-Analyse von G. Mahler bei einem Spaziergang während Freud's Urlaub in Holland (Reik Th (1960): "The haunting melody, S. 174), die unkonventionelle Kurztherapie mit Bruno Walter, dem Freud zunächst einen Urlaub verschrieb, sind Beispiele für diese Flexibilität.

"Als er (B.W., Ref.) zurückkehrte und sich sein Arm nur wenig gebessert hatte, sagte Freud, er solle wieder anfangen zu dirigieren und es kam zu dem folgenden Gespräch:

Walter: Aber ich kann den Arm nicht rühren.

Freud: Versuchen Sie es jedenfalls.

Walter: Und wenn ich aufhören muß ?

Freud: Sie werden nicht aufhören müssen.

Walter: Kann ich eine Störung in einer Aufführung verantworten ?

Freud: Ich verantworte Sie.

(zit. Walter, 1950, S. 234)

Diese Beispiele beleuchten schlaglichtartig die Selbstverständlichkeit Freud's flexibler, an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Situation ausgerichteten Technik.

Die Entwicklung der Kurztherapie in der Geschichte der Psychoanalyse ist mit Freuds Budapester Vortrag (Freud,1919) verbunden; die griffige Formel, dass das Gold der Analyse mit dem Kupfer der Suggestion zu vermischen sei, bestimmt seitdem viele Diskussionen um Wert oder Unwert der Kurztherapie.

Franz Alexander musste zusammen mit Thomas French erfahren, wie ablehnend die <mainstream psychoanalytic community > reagierte, als sie Modifikationen und Variationen der Technik in Richtung auf größere Aktivität vorschlugen (Alexander und French,1946). Im Rückblick wäre es strategisch klug gewesen, die Vorschläge mit der Einführung des Konzeptes von psychodynamischer Kurztherapie zu verbinden, und die Bezeichnung "psychoanalytische Therapie" für die Standardtechnik als "klassische Technik" nicht zu tangieren.

Die Entwicklung der Kurztherapie in den fünfziger Jahren wurden in den USA durch die Einrichtung von psychiatrischen Notfalldiensten gebahnt, die im deutschen Sprachraum zum Beispiel durch die Veröffentlichung von Bellak und Small (Bellak u. Small 1972) bekannt wurden. Sifneos wird gemeinhin als Pionier des groß angelegten Einsatzes von Kurztherapie in einer poliklinischen Einrichtung betrachtet, der von 1960 - 1964 eine große Zahl von hoch motivierten, für seine Methode geeignete Patienten (N= 450) behandelt hat (Sifneos 1972). Sein zentrales Selektionskonzept hiess "Motivation for Change",worunter "psychological mindedness",Ehrlichkeit, Fähigkeit zur Introspektion, Bereitschaft aktiv mitzuarbeiten und realistische Erwartungen an die Therapie gehören. Außerdem verlangte er einen eng umschriebenen Konflikt, der sich auf den oedipalen Fokus begrenzen lassen

muß. Es wird heute jedoch bezweifelt, dass die Erfolge, die Sifneos mit dieser Klientel aufzuweisen hat, den "korrekten Interpretationen oedipaler Konflikte" zuzuschreiben sind, wie Sifneos uns glauben machen will.

In verschiedenen Praxisfeldern haben sich in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren eine Reihe von psychodynamischen, kurztherapeutischen Behandlungsmethoden entwickelt, die sich oft mehr durch ihren Namen als durch die Sache selbst unterscheiden.

Was ist Kurztherapie - einige schlichte Gedanken über die Zeit als Parameter

An der Kurztherapie hängt der Makel der Institution. Der Untertitel des Sammelbandes von M. Leuzinger-Bohleber (1985) zur psychoanalytischen Kurztherapie benennt dies offen: "Zur Psychoanalyse in Institutionen" ; es wird fast zwangsläufig unterstellt, dass der Versorgungsdruck solcher Einrichtungen nur eine verkürzte und qualitativ minderwertige Form der psychoanalytischen Behandlung zulässt. Zutreffend ist, dass sich diese Therapieformen von Therapeuten entwickelt wurden, die an Institutionen arbeiten und stärker als mancher niedergelassene Psychotherapeut diesen Druck auch zu ertragen haben. Ich möchte jedoch dagegen stellen, dass an Institutionen auch der wissenschaftliche Prozess in fruchtbarer Weise vorangetrieben wurde, um Freud's Vorstellung von einer Psychotherapie, die allen zugänglich ist, der Verwirklichung näher zu bringen. Die Situation in der BRD hat für die verschiedenen Formen der Kurztherapie eine Kategorie geschaffen, eine Leistungsziffern vorgesehen, die sich mit Erwerb des Zusatztitels "Psychotherapie" abrechnen lässt. Die Größenordnung der im Rahmen dieser Ziffer abgerechneten Therapien aus der ambulanten Versorgung im Rahmen der Praxen niedergelassener Psychotherapeuten sind bekannt. Aus der Studie von Flügel (1989) anhand der Gutachten eines Gutachters (J. Cremerius) geht hervor, dass damals Kollegen mit dem Zusatztitel Psychoanalyse und Psychotherapie ca 1/3 der Therapien unter der Leistungsziffer GOÄ 861 abrechnen. Nimmt man jedoch alle Psychotherapeuten, Tiefenpsychologen, Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten dann klärt sich das Bild noch weiter:

Das erstaunliche Ergebnis heute ist, dass zwei Drittel der beantragten Richtlinien-Therapien als Kurzzeit-Therapie "angezettelt" werden; dies gilt sowohl für

tiefenpsychologisch orientierten wie für verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungen (Albani et al. 2011).

Zahl aus einer Institution sind etwas weniger von kassentechnischen Überlegungen geprägt; deshalb dürfte es interessant sein, anhand der Daten der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Ulm aus den Jahren 1973-1987 einen anderen Überblick zu geben:

Therapieformen der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Ulm	
1973-1987 (N= 1689)	
Kurztherapie	22,1%
Supportive Therapie	17,8%
Beratung	13,0%
Analytische Psychotherapie	12,0%
Paartherapie	7,9%
Gruppentherapie	7,8%
Verhaltenstherapie	5,9%
Autogenes Training	5,0%
Psychoanalyse	3,9%
Familientherapie	2,5%
Gruppenarbeit	2,1%
(aus Kächele 1990)	

Die Klientel, die den Weg zu einem Erstinterview an der Ulmer Poliklinik gefunden hatte, entsprach seit Jahren in ihrer Schichtverteilung weitgehend der Ulmer Stadt- und Landbevölkerung, wobei die oberen Zehntausend und die unteren, die "im Schatten wohnen" aus verständlichen Gründen unterrepräsentiert waren. Da auch eine Kontrastierung von fokal-orientierter Kurztherapie und supportiver Therapie ins Auge zu fassen ist, komme ich zu klinischen Überlegungen.

Supportive Therapie in Ulm - da der Begriff mehr als nebulös ist, spreche ich von unserer Ulmer Konzeption - wurde mit der Einstellung von zwei Sozialarbeitern auf sehr praktische Weise definiert. Beide hatten langjährige Erfahrungen in für ihre

Ausbildung einschlägigen Praxisfeldern und wurden engagiert, um Patienten gerecht zu werden, denen vorab alle jene Qualifikationen zu fehlen schienen, die für eine Qualifikation als guter Patient notwendig sind. Der typische Patient der frühen 70er Jahre war z. B. eine Patientin mit einer gesicherten Epilepsie, die trotz sorgfältiger Einstellung mit Tegretal immer wieder entgleiste. Die Bearbeitung ihrer diversen psycho-sozialen Konflikte tat ihr und ihrer Epilepsie gut. Fast regelmäßig waren es eher Patienten aus einfacheren Bevölkerungskreisen, zu denen diese Kolleginnen einfach einen besseren Zugang fanden. Zehn Jahre später hatte sich das Bild gewandelt. Supportive Therapie vermittelt durch die beiden psychoanalytisch selbsterfahrenen Sozialarbeiter wurde nun vermehrt an Patienten aller Schichten vermittelt, deren soziale Desorganisation das klinische Bild bestimmte. Patienten mit schwebende Scheidungsverfahren, die dringend der Klärung der involvierten individuellen Probleme bedurften, bei denen zugleich aber die Umgestaltung sozialer Realität ins Auge gefasst werden musste, waren die bevorzugten Indikationen für supportive Therapie. Damit einhergehend wurde diese Therapieform nicht mehr allein von den Sozialarbeitern getragen, sondern wurde eine auch für die Psychotherapeuten in oder nach der Ausbildung akzeptable Therapie. Eine typische Patientin, die ich mit supportiver Therapie behandelte, war eine 22jährige Schauspielschülerin, die bei einem anderen Kollegen psychotisch dekompenziert war, und nach einem kurzdauernden Klinikaufenthalt zu mir verwiesen wurde. Die Betrachtung ihrer aktuellen Lebenssituation auf dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte ergab, dass sie sich chronisch mit einem Ausmass von Anomie überlastet hatte, das selbst ein gesunder Mensch nicht vertragen würde. Wir arbeiteten daran, welche Dinge sie im Leben gut könne, und welche Berufsspektiven daraus abzuleiten wären. Sie entschloß sich unter meiner behutsamen Lenkung zu einer Lehre als Computer-Fachfrau und hat inzwischen nach ca 30 stündiger Ersttherapie und einer 15 stündigen späteren Folgetherapie ein Studium der Technischen Informatik begonnen.

Wenn ich beide Therapieansätze kontrastiv bestimmen würde, dann lässt sich formulieren, dass supportive Therapie die Bearbeitung sozial verankerter Konflikte auf dem Hintergrund eines psychodynamischen Verstehens meint, und dass Fokalthherapie die Bearbeitung innerseelischer Konflikte auf dem Hintergrund eines zureichenden Verständnisses des sozialen Umfeldes im Auge hat. Dieser Unterscheidung entspricht teilweise auch eine verschiedene zeitliche Strukturierung

der therapeutischen Arbeit. Um dies zu illustrieren, greife ich nochmals auf die Erhebungen an der Ulmer Ambulanz zurück.

Analysiert man die Zeitdauer des Kurztherapie -Samples für sich getrennt, so zeigt sich, dass schon nach 30 Stunden 60% dieser Therapien beendet sind. In der internationalen Literatur werden Kurztherapien innerhalb dieses Zeitraumes situiert; die Kassenregelung führt bei uns zu mittellangen Kurztherapien, bei denen ein gutes Drittel bis zu 50 Stunden und länger geht. Supportive Therapien hingegen zeigen eine andere Verteilung: nach 40 Sitzungen sind 80% beendet; die restlichen 20% können sehr lange dauern. Es handelt sich um jene Patienten, die eine sehr lange Begleitung benötigen, bis Verhältnisse hergestellt sind, die ein Leben auch ohne Stütze ermöglichen. Der von Heim (1988) verwandte Name "Stütztherapie" hebt diesen Aspekt hervor.

Kurze und lange Dauer sind m.E. nur ein Aspekt, nur ein Kriterium, welches noch sehr wenig, fast gar nichts über Inhalt und technische Orientierung der Intervention besagt.

Dies möchte ich als Fazit aus dieser Annäherung ziehen. Allerdings sollten wir noch etwas radikaler denken lernen. Als Folge langjähriger Erfahrungen habe ich die etwas kühne These aufgestellt, dass Sitzungsfrequenz und Therapiedauer einen unmittelbaren Zusammenhang haben und dass dieser Zusammenhang nicht trivial ist. Betrachten Sie das folgende Bild:

Intensität, Dauer & Gesamt-Dosis
von psa Behandlungen

1 Std pro Woche ca 1 Jahr: 30 Sitzungen

2 Std pro Woche ca 2 Jahre: 120 Sitzungen

3 Std pro Woche ca 3 Jahre: 270 Sitzungen

4 Std pro Woche ca 4 Jahre: 480 Sitzungen

5 Std pro Woche ca 5 Jahre: 750 Sitzungen

Es folgt daraus zumindest, dass die Erhöhung der Sitzungsfrequenz auch zu einer Verlängerung der gesamten Therapiedauer führt – ein Zusammenhang, der mir nicht logisch erscheint. Darüber sollte man weiter nachdenken!

Indikation

Begriffsklärung

Der Begriff der Indikation beschreibt ein traditionelles Konzept in der Medizin. Es geht darum, für eine Patienten eine geeignete Therapie zu finden. Die schlichte Formulierung des Problems verspricht leider keine einfache Lösung. Alle drei eingeschlossenen Komponenten verändern sich dynamisch: Die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit wandeln sich sowohl beim Individuum als auch in der Gesellschaft, bestimmte Krankheiten verlieren an Bedeutung und andere, bis dahin unbekannte oder unbeachtete, finden vermehrt Aufmerksamkeit. Neue Therapieformen entstehen; einige, die sich bewährt haben, werden gepflegt oder weiterentwickelt, andere werden aufgegeben. In Wechselwirkung damit ändern sich auch die Vorstellungen über das, was 'geeignet' meint.

Lange Zeit galt, ganz in Anlehnung an die moderne 'naturwissenschaftliche' Medizin, die Wunschvorstellung, für jede durch eine Diagnose gesicherte Krankheit eine - möglichst kausal - wirksame Behandlung zu finden. Der leidende Mensch, mit seinen individuellen Behandlungswünschen und Gesundungsmöglichkeiten wurde ebenso wenig beachtet wie der Therapeut mit seinen persönlichen und professionellen Kompetenzen und Vorlieben. Die Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit, seien sie institutioneller, gesellschaftlicher oder ökonomischer Art, wurden in ihrer Bedeutung für die Indikation kaum reflektiert.

Viele Hoffnungen und manche Illusion an eine aus sicheren Forschungsergebnissen ableitbare therapeutische Praxis sind mit der Indikationsfrage verbunden

(Baumann 1981). Selbst aktuelle Lehrbücher verfolgen mehr oder weniger implizit das Konzept einer "syndrom--gesteuerten" Indikation (Baumann & Perrez 1992). Viele Formulierungsversuche des Indikationsproblems orientieren sich noch immer sich der inzwischen bekannten Frage „was für wen mit welchem Problem“ (Paul 1969). Heute ist klar, daß diese Frage sich nur als ein komplexes Bündel von Teilfragen mit mehr oder weniger gut begründeten Teillösungen bearbeiten lässt. Die Hauptbeteiligten - Patient und Therapeut - handeln unter von ihnen nur wenig beeinflussbaren Rahmenbedingungen solche Teillösungen aus. Die Vision einer "maßgeschneiderten Therapie" (Goldstein & Stein 1976) ist mehr denn je umstritten. Trotzdem ist systematische empirische Psychotherapieforschung für die Indikationsfrage von großem Nutzen. Nur wird das Verhältnis von Forschung und Indikation heute anders gesehen: an die Stelle vereinfachender (logischer) Schlußfolgerungen tritt ein dialogisches Begründungsmodell (z.B. Westmeyer 1979, 1981), in dem verschiedene Therapiemöglichkeiten auf dem Hintergrund des vorliegenden Wissens (aus verschiedenen Perspektiven) bewertet werden. Das Ergebnis sind dann nicht mehr 'richtige' oder 'falsche' Indikationsentscheidungen, sondern 'gut' oder 'schlecht' begründete Wahlen.

Ein komplexes Modell der Indikation

Indikationsentscheidungen werden in komplexen sozialen Prozessen hergestellt: mehrere Subjekte mit unterschiedlichen Motiven und Bedürfnissen, Kompetenzen und Ressourcen sind in verschiedenen Rollen - z.B. Patient, Therapeut aber auch Angehörige - beteiligt. Es geht um rückgekoppelte Prozesse insofern als die Konsequenzen vorhergehender Entscheidungen die aktuellen beeinflussen. Viele Detailinformationen müssen zusammenfassend bewertet werden, dabei sind kompliziert miteinander verbundene Teilprobleme zu lösen und die Teillösungen sind in möglichst eindeutige Handlungsentscheidungen zu integrieren.

Die Erörterung der vielfältigen Probleme lässt sich vereinfachen, wenn wir das "Model of Differential Treatment Selection" von Beutler & Clarkin (1990) betrachten (Abbildung 1).

Es lässt sich als eine aktuelle und differenzierte Formulierung des Indikationsproblems betrachten. Es systematisiert die große Menge verfügbarer Forschungsergebnisse und lässt gleichzeitig die Wissenslücken deutlich werden; insofern eignet es sich hervorragend für die Entwicklung eines Programms zukünftiger Indikationsforschung.

Das Modell verknüpft vier Klassen von Variablen, die in nahezu allen Indikationsüberlegungen eine zentrale Rolle spielen (Abbildung 2):

1. Ausgangsbedingungen des Patienten

2. Variablen des Behandlungsrahmen
3. Variablen der Beziehungsgestaltung
4. Strategien und Techniken:

ad 1. Ausgangsbedingungen des Patienten:

Hierzu zählen die diagnoserelevanten Aspekte, die Persönlichkeit und die persönlichen Lebensumstände. Im Gegensatz zu den somatisch orientierten Teilgebieten der Medizin spielt die Diagnose für die Indikation zumindest zur psychodynamisch-psychoanalytisch orientierten Psychotherapie eher eine untergeordnete Rolle. Die von Grawe & Caspar (1984) entwickelte Methode der Plananalyse verändert dieses Urteil insofern als hier hierarchisch geordnete Konfliktpotentiale auch für die Planung der Therapieschritte herangezogen werden. Dennoch sind diagnostische Beurteilungen für die klinische Diskussion durchaus von Bedeutung; sie erleichtern die Kommunikation unter Fachkollegen und führen unter Berücksichtigung von Aspekten der Persönlichkeit (z.B. Persönlichkeits- oder Abwehrstruktur) und den individuellen Lebensumständen (z.B. familiäre und berufliche Situation, Partner oder Freunde etc.) zu einer ersten Orientierung, der Wahl eines Behandlungsrahmens.

ad 2. Variablen des Behandlungsrahmen :

Sie sind charakterisiert durch die - äußere - Form des Settings (z.B. ambulant oder stationär), den Therapiemodus (z.B. Psycho- oder Pharmakotherapie, Einzel-, Gruppen-, Familientherapie, kombinierte Therapien), sowie durch die Stundenzahl und die Dauer der Behandlung. Diese drei Teilkomponenten sind aufeinander bezogen. Das gilt insbesondere für die Entscheidung über den Therapieaufwand,

insbesondere der Frequenz und Therapiedauer, die offensichtlich immer auf eine Therapie in einem bestimmten Setting und Modus bezogen sind.

ad 3. Variablen der Beziehungsgestaltung :

Nicht jeder Patient "kann" mit jedem Therapeuten. Diese Alltagserfahrung findet in den offiziellen Behandlungstheorien und Ausbildungsplänen wenig Beachtung. Manchmal wird postuliert, daß der Therapeut aufgrund seiner therapeutischen Kompetenzen schließlich doch einen Zugang zu jedem Patient finden sollte; manchmal werden die Schwierigkeiten allein auf dem Patienten zugeschrieben. In der konkreten Praxis wird dieses Problem durch Selektion geregelt: mehr oder weniger reflektiert wählen erfahrene Therapeuten die Patienten aus, mit denen sie erfolgversprechend arbeiten können (Dantlgraber 1982); genauso nehmen sich Patienten die Freiheit den zu ihnen 'passenden' Therapeuten auszuwählen (so findet sich mit wachsender Therapeutendichte zunehmend das Phänomen des shopping around).

ad 4. Strategien und Techniken:

Das Beutler-Clarkinsche Modell beansprucht, den Indikationsprozess schulenunabhängig abzubilden. Nach Ansicht seiner Konstrukteure genügen wenige - genau: vier- Dimensionen für ein Bezugssystem, um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Indikation zwischen den verschiedenen Psychotherapieformen darzustellen (Abbildung 3):

- (i) Die Auswahl von zentralen Veränderungszielen
- (ii) Die Auswahl von Mitteln

(iii) Die Auswahl von Zwischenzielen

(iv) Die Durchführung der therapeutischen Arbeit

Diese Entscheidungsschritte im Prozess der Behandlung werden in ihrer strategischen Relevanz für das Konzept der Indikation wird noch nicht genügend gewürdigt. Nach wie vor stehen Überlegungen zur Zuweisung von Patienten zur "richtigen" Therapie im Vordergrund: die radikalere Auffassung, die sich im Konzept der „adaptiven Indikation“ (Baumann 1981) ausdrückt, unterstreicht den schrittweisen Charakter unseres Tuns (siehe Kächele & Kordy 1996).

Im Prozess der adaptiven Indikation gibt es unvermeidlich ein Spannungsfeld zwischen Patient und Therapeut im Kontext der jeweils verfügbaren Ressourcen..

Wir alle kennen Patienten, die nach dem Motto behandelt werden wollen: wasch´ mich aber mach mich nicht naß. Oder wir schätzen das persönliche Geschickes einzelner Therapeuten das jeweils verfügbare Angebot auch als das Beste dem Patienten zu vermitteln?

Das nachfolgende Vierfelder-Bild stellt nur eine kleine Zahl von möglichen Konstellationen dar (Abbildung 4).

P.: so wenig wie möglich T.: so wenig wie nötig	P.: so viel wie möglich T.: so wenig wie möglich
4"	4"
P. so wenig wie nötig T.: so viel wie möglich	P.: so viel wie nötig T.: so viel wie möglich
	4"

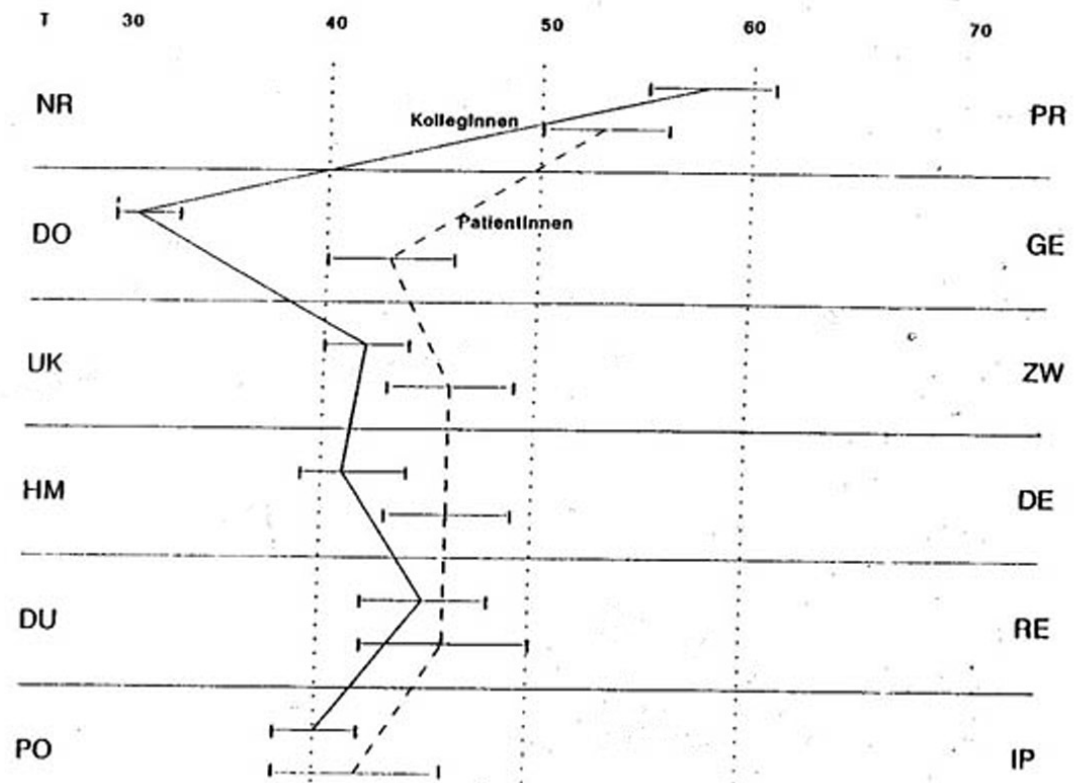
Zur Rolle der Persönlichkeit des Therapeuten

Es wird oft die Frage gestellt, ob es besonders für kürzere Therapien geeignete oder qualifizierte Therapeuten gibt.

Der gegenwärtige Stand der Therapie-Forschung verzichtet auf eine synthetische Aussage zur Bedeutung der Persönlichkeit für den therapeutischen Prozess (Kächele 1992), sondern analysiert die Beziehung einzelner definierbarer Merkmalsbereiche in ihrer Beziehung zum Therapieerfolg. Aufgrund der vorliegenden Studien ist deutlich, dass das Interesse, das der Persönlichkeit des Therapeuten als einer Bedingung für günstige Behandlungsverläufe entgegengebracht wird, sich in der Therapieforschung angesichts der vielfältig nachgewiesenen Bedeutung von Beziehungs- und Technikfaktoren sehr abgeschwächt hat. Statt des Konzeptes der Persönlichkeit bietet sich das psychoanalytische Konzept des Arbeits-Ich an, jener professionalisierten Haltung des Therapeuten, die wir außerhalb des therapeutischen Kontextes kaum erschließen können. Gemeint ist jene innere Einstellung, die gesprächstherapeuten von vornherein in eine Perspektive versetzt, dem Klienten Wachstumsfähigkeit zu unterstellen, wo Psychoanalytiker mit Vorliebe Psychopathologie sehen. Umgekehrt ist hierzu die Klage passend, dass das Hamburg short psychotherapy comparison experiment (Meyer et al. 1981) unter ungleichen Vorzeichen geführt worden sei; dass die psychoanalytischen Therapeuten seien vergewaltigt worden, weil ihnen die kontrollierte Kurztherapiesituation nicht vertraut gewesen sei.

Wie konstant oder variabel dieses Arbeits-Ich in den Beziehungskonstellationen mit verschiedenen Patienten und Patientinnen ist, dürfte noch wenig bekannt sein.

In einer Studie von Szewkies (1993) wurden Giessen-Test Fremdbilder, die über einen Therapeuten von vielen seiner Patienten und von Mitarbeitern und Studenten erhoben wurden, systematisch verglichen. Wenn auch das Muster, das Profil über die Skalen recht konstant blieb, so liessen sich jedoch Verschiedenheiten aufzeigen, die das interaktionelle Moment in den verschiedenen didaktischen, administrativen und therapeutischen Rollen widerspiegeln.



Der Einfluss der Persönlichkeitsstruktur des Patienten als Einflussgröße bei der Indikationsentscheidung wurde anhand einer größeren Stichprobe von Kordy et al (1984) im Heidelberger Katamnesenprojekt untersucht. "Die im diagnostischen Gespräch gefundenen bzw genannten Persönlichkeitsstrukturen lassen - für sich betrachtet - dagegen kaum einen Einfluss erkennen. Spezifiziert man jedoch diese Frage für bestimmte Krankheitsbilder, dann deutet sich ein moderierender Einfluss der Persönlichkeitsstruktur bei der Indikationsentscheidung an" (S.264).

Ein Bereich, indem das Konzept des Arbeits-Ichs brauchbar erscheint, betrifft die sog. Passung von Therapeut und Patient¹. So konnte im groß angelegten Indiana Matching Project (Berzins 1977) gezeigt werden, dass Therapeuten, die mit abhängigkeits-orientierten, submissiven und gehemmten Patienten erfolgreich waren, jene waren, die selbst als Persönlichkeit autonomie-orientiert, dominierend und individualistisch eingestellt waren. In der umgekehrten Konstellation ließ sich der gleiche Befund zeigen. Ein anderes für unsere Überlegungen anregendes Beispiel berichtet Grawe (1992) von der Berner Therapie-Vergleichsstudie. Ausgeprägt submissive Patienten schneiden ausnahmslos besonders schlecht bei einer Gesprächstherapie ab. Die gleichen Patienten haben aber ein besonders gutes Therapieergebnis bei einer direktiven Verhaltenstherapie.

Statt von Persönlichkeit wäre eher von Rollen und Rollenübernahmebereitschaft zu sprechen (Sandler 1976). Der Schluß liegt nahe, dass die therapeutische Konzeption Facetten der Person aktiviert, die bestimmte günstige oder ungünstige Prozesse mit-gestalten. Das Experimentum crucis, die gleichen Therapeuten mal

¹Diese Fragestellung erinnert an die von Beckmann (1973) in Giessen durchgeführten Untersuchungen zu diagnostischen Urteilsstereotypen in psychoanalytischen Erstinterviews, bei denen eine Reziprozität zwischen Persönlichkeitsstruktur des Interviewers und der von ihm bevorzugten Patienten-strukturen gefunden wurde.

eine Gesprächstherapie mal eine direktive Verhaltenstherapie durchführen zu lassen, könnte hier weiterführende Anhalte geben, wenn es sich wirklich realistisch durchführen ließe.

Aber auch Patienten haben in Abhängigkeit von ihrer Lebenssituation und ihrer klinischen Problematik unterschiedliche Ressourcen, die sie für unterschiedliche Angebote empfänglich machen. Die hochgespannte, von der akuten Selbstwertkrise her bestimmte Situation des Suizidpatienten hat nach meiner Erfahrung keine hohe Validität für Aussagen über stabile Persönlichkeitszüge. Die klinisch oft gehörte Auffassung, dass Patienten mit unbewussten Trennungskonflikten eher nicht in Kurztherapien behandelt werden sollen, reflektiert eine Generalisierung, die ohne weitere Spezifizierung der Funktionalität der Trennungskonflikte auch nicht einer empirischen Überprüfung standhalten dürfte. Meiner Erachtens bedürfen wir einer Diagnostik, die das Traitkonzept der Persönlichkeit durch "state of mind" Konzepte ersetzt, wie sie Mardi Horowitz (1979, 1984, 1981) mit Gewinn in die Kurztherapie von "Stress Response" Syndromen eingeführt hat. Möglicherweise gewinnen wir mit der Einführung der empirisch aufwendigen, aber zuverlässigen Bindungsdiagnose neuen Boden, der den Entscheidungsprozess für oder wider eine Kurztherapie beeinflussen kann. So finden wir zB im Bereich der Therapie von Borderline-Störungen recht divergente Auffassungen, die zwischen intermittierenden Kurzzeit-Interventionen und extrem langzeit-orientierten Therapiestrategien variieren (s.a. Buchheim & Kächele 2001; Damman & Kächele 2001). Diese Divergenzen reflektieren implizite Ziel-Mittel-Orientierungen; diese führen zu verschiedenen Arbeitsstilen, die sich massiv auswirken. Erstaunt hat mich die Feststellung eines kognitiv orientierten Kollegen, er orientiere seine Therapieplanung an der Länge des Semesters; als Analytiker können wir uns jedoch an der eigenen Nase fassen, sind

wir jedoch an solche hedonistisch getönten Indikationsvorlieben gewöhnt (Dantlgraber 1982). Mit dem Begriff der Indikationsvorlieben knüpfe ich an den vorwurfsvoll getönten Begriff der Indikationsstereotypie (Blaser 1977) an, den Leuzinger (1984) als experimentelles Artefakt zu widerlegen wusste. Nicht das Konzept der Persönlichkeit ist für die Untersuchung des Therapeuten im Indikationsprozess brauchbar,; wohl aber kognitive Stile und Handlungspräferenzen, die im günstigen Falle situativ und patienten-orientiert eingesetzt werden können (Thomä & Kächele 1985).

Die Indikation zur Kurztherapie

Diskussionen zur Indikation für psychodynamische Kurztherapie bewegen sich meist entlang eines Kontinuums zwischen liberaler und restriktiver Handhabung; der eine empfiehlt nur Patienten mit leichteren Neurosen mit guten Ich- Funktionen (z.B. Sifneos), der andere plädiert für schwer gestörte Patienten, denen nur mit aggressiver Kurztherapie beizukommen sei (Davanloo 1980). Hilfreicher erscheint mir die Konzeption der Fokalisierbarkeit; wenn es im Erstinterview gelingt, sich mit dem Patienten auf einen Fokus zu einigen, dem eine strategisch zentrale Rolle in der Aufrechterhaltung eines Krankheitsgeschehen zugeschrieben werden kann, dann sind die Voraussetzungen günstig, eine zeitlich begrenzte, was nicht immer heißt, kurze Therapie einzuleiten.

Ein empirisch gut gestütztes Beispiel für diese Behauptung gibt die Sprachwissenschaftlerin Sabine Streeck (1989), die mit konversationsanalytischen Methodik "Die Fokussierung in Kurzzeittherapien" zu präzisieren wusste.

Andere Therapieansätze wie Breitspektrums-Verhaltenstherapie, kognitive Problemlösungstherapie, Gesprächspsychotherapie konzipieren die Intervention von vornherein in einer Kurzzeit-Perspektive und leisten erstaunliches. Gemeinsam bleibt, solange wir nicht die Patienten-Zuweisung zur Therapie als Zufallsprozess konzipieren wollen, die Frage nach der Indikation.

Ich fasse zusammen: Die Indikation zu kürzeren Therapien orientiert sich in der Regel nicht an nosologischen Kriterien; diverse Störungen können behandelt werden, wenn bestimmte Voraussetzungen auf Seiten des Patienten und des Therapeuten gegeben sind. Dazu rechne ich zuallererst den Wunsch des Patienten, der Patientin nach einer Behandlung. Wenn dieser gegeben ist, dann lassen sich im Modell der adaptiven Indikation die nächsten Schritte im gemeinsamen Gespräch ermitteln. Mit dieser Position wird ein wesentlicher Befund der Kurzpsychotherapieforschung berücksichtigt, nämlich dass günstige Veränderungen auf vielfältige Weise erzielt werden können. Wir können heute festhalten, dass viele kurzpsychotherapeutischen Verfahren jedweder Provenienz in kontrollierten Ergebnis - Studien im wesentlichen ähnliche klinisch relevante Erfolgsraten aufweisen, die jedoch therapie-spezifische Veränderungs-Dimensionen aufweisen (Grawe, 1987). Der Ansatz mittels gruppen-statistischer Vergleiche und meta-analytischer Aufarbeitung die Effekt-Stärken Überlegenheit der einen Behandlungskonzeption gegenüber einer anderen nachzuweisen, ist gewiss von wissenschaftsmannanter Bedeutung (Grawe et al. 1993). Von klinischer Bedeutung ist jedoch, dass der größte Teil der Varianz des Ergebnisses jedweder Formen von Psychotherapie durch die Schwere der Pathologie des Patienten bestimmt wird. Unter diesem Horizont ist jede kürzere Therapie besser als gar keine Therapie - und

manchmal gelingt es, mit wenigen Stunden viel zu erreichen. Falls dies nicht der Fall ist, sind längere therapeutische Prozesse notwendig.

Wir können nicht aus dem Auge verlieren, dass jeder Indikationsprozess weitgehend - auch wenn uns dies nicht behagt - von den sozio-strukturellen, ökonomischen Randbedingungen gesteuert ist. Leuzinger-Bohleber's Untertitel ihres Buches über "Psychoanalytische Kurztherapie" (1985): Zur Psychoanalyse in Institutionen². erschien mir immer schon decouvrierend. Solange dieser Aspekt unser klinisches Handeln wesentlich bestimmt, sollten wir uns nicht nur in akademischen Sandkastenspielen verlieren. In Ambulanzen werden Entscheidungen nach den verfügbaren Ressourcen gestellt, und in den Praxen wird die Indikationsbreite bis ins Extrem der Monotherapie-Indikation verengt (s. Vessey et al. 1994).

Spannend und weiterführend scheint mir die Frage, ob es person-gebundene Präferenzen für kürzere oder längere Therapieindikationen gibt, ob einzelne unter uns von sich zu wissen glauben, dass sie nur in bestimmten Modalitäten ihr Optimum zu erbringen vermögen, und ob dies dann auch ein Optimum darstellt.

Entscheidend scheint mir, dass diese Fragen im Benehmen mit dem Patienten zu erörtern sind, denn der Bestand unseres Wissens wieviel Therapie von welcher Art für einen Patientin, eine Patientin gut sind, kann ohne sie, ohne ihn schlecht entschieden werden. Vielleicht führt die Verbesserung der Versorgungslage dazu, dass wir auch freier werden, mit dem Patient solche Fragen zu diskutieren. Es könnte ein hilfreicher Gedanke sein, dass wir in der psychotherapeutischen Arbeit kein chirurgisches Operationsfeld, sondern ein eher rehabilitatives Feld vor uns

²„In den meisten Institutionen ist es nicht möglich, „große Analysen“ (3-5 wöchentliche Sitzungen mit dem gleichen Patienten) durchzuführen. I.d. R. schreiben die Rahmenbedingngen zeitlich limitierte Therapieverfahren fest“ (S.IX).

haben, in dem versorgungs-orientierte Konzepte für eine Gruppe chronisch Kranker gebraucht werden. Er könnte uns von leitenden Utopien frei machen, die uns eine zu kurzschlüssige Effektivitätsideologie aufoktroieren, und uns stattdessen für Utopien einnehmen, die uns für differenzierte Therapiestrategien offen werden lassen.

Technik:

Kurztherapie mit interaktionellem Fokus versus supportive Therapie

Schon 1905 weist Freud auf die längere Dauer von analytischen Behandlungen hin, obwohl diese damals noch im Bereich von Monaten liegen konnten. In seinem Vortrag in Budapest geht Freud zunächst anerkennend auf die technischen Experimente Ferenczi's ein, zumal die psychoanalytische Arbeit mit vielfältigen Analogien beschrieben werden konnte : sowohl das Bild der chemischen Analyse, als auch das Bild vom eingreifenden Chirurgen oder dem einwirkenden Orthopäden oder dem beeinflussenden Erzieher waren genehm (Freud 1919a). Besonders wichtig für eine aktuelle Konzeption der Kurztherapie sind die kritischen Bemerkungen Freuds zur Frage welche Hilfestellungen außer dem Antrieb durch die Übertragung zu leisten wären:

"Liegt es nicht vielmehr sehr nahe, ihm auch dadurch zu helfen, dass wir ihn (den Patient, Ref.) in jene psychische Situation versetzen, welche für die erwünschte Erledigung des Konfliktes die günstigste ist? Seine Leistung ist doch auch abhängig von einer Anzahl von äußerlich konstellierenden Umständen. Sollen wir uns da bedenken, diese Konstellation durch unser Eingreifen in geeigneter Weise zu verändern? Ich meine eine solche Aktivität des analytisch behandelnden Arztes ist einwandfrei und durchaus gerechtfertigt" (Freud 1919a, S.187)

Im Kontext dieser ermutigenden Feststellungen Freuds sind Ferenczis technische Experimente zu sehen: Ferenczi unterstrich besonders, dass auch bei einer rein interpretativen Technik sowohl Inhalt, Form und Zeitpunkt von Deutungen ein hohes Maß an Aktivität, an Entscheidungsprozessen und damit an Verantwortung auf Seiten des Psychoanalytikers implizieren. Seine spezielle aktive Technik leitete sich, wie Balint dargestellt hat, von der Notwendigkeit ab, kürzere Formen der analytischen Therapie zu finden, und zwar aus inneren wie aus äußeren Gründen (Balint et al. 1973, S.14).

Wissenschaftsgeschichtlich ist das Scheitern der Versuche von Ferenczi als Tragik für die weitere Entwicklung der Psychoanalyse zu bewerten (Thomä 1981, S.31); eher delikat, dass gerade F.Alexander (Alexander 1925) Ferenczi und Rank '

s Arbeit "Entwicklungsziele der Psychoanalyse" scharf kritisierte. Zwanzig Jahre später musste er zusammen mit French erfahren, wie ablehnend die <mainstream psychoanalytic community > reagierte, als sie Modifikationen und Variationen der Technik in Richtung auf größere Aktivität vorschlugen (Alexander u. French 1946)). Wie bereits oben erwähnt, wäre es strategisch klug gewesen, die Vorschläge mit der Einführung des Konzeptes von psychodynamischer Kurztherapie zu verbinden, und die Bezeichnung "psychoanalytische Therapie" für die Standardtechnik als "klassische Technik" nicht zu tangieren (Malan 1976, S.19).

In diesem kurzen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Konzeptionen psychodynamischer Kurztherapie sind folgende Beiträge von Ferenczi und Rank von großer Aktualität:

- = es besteht keine zwingende Verbindung zwischen therapeutischer Veränderung und dem Durcharbeiten der infantilen Neurose. Zwar fördert dieses Durcharbeiten das wissenschaftliche Ziel eines besseren Verständnisses der Persönlichkeitsentwicklung, aber stellt keine unerlässliche Voraussetzung für therapeutische Veränderung dar.

- = Die therapeutisch relevanten Aspekte der persönlichen Vergangenheit eines Patienten sind in der gegenwärtigen Übertragung enthalten. Der essentielle Wirkfaktor therapeutischer Veränderung stellt das gegenwärtige emotionale Erleben des Kindheits-Konfliktes in der Patient-Therapeuten-Beziehung dar.

- = Die Empfehlung einer aktiveren Deutungstechnik, um die affektive Spannung hoch zu halten und die Konflikte des Patienten in der Hier- und -Jetzt Beziehung zu deuten

- = Die Empfehlung einer empathischen Einstellung und die Vermeidung der Bestätigung von Übertragungserwartungen.

Es dürfte nicht übertrieben sein, festzustellen, dass mit diesen Feststellungen die grundlegenden Bestandteile auch der gegenwärtigen Kurztherapie gekennzeichnet sind. Alexander und French (1946) greifen diese Positionen im wesentlichen auf. Sie bezweifeln, dass Tiefe und Haltbarkeit therapeutischer Resultate proportional dem Ausmaß genetischer Rekonstruktion sind. Sie belebten den interpersonalen Gesichtspunkt, dass therapeutische Veränderung dann stattfinden kann, wenn der Patient im Hier-und-Jetzt einer Übertragung chronifizierte

Einstellungen wiedererleben kann. Ihr Ansatz geht über Ferenczi und Rank hinaus, wenn sie dem Therapeuten empfehlen, eine aktive Kontrastrolle gegenüber den Erwartungen des Patienten einzunehmen, um ihm so eine "korrektive emotionale Erfahrung" zu vermitteln. In der Gestaltung des Settings bzgl. Dauer und Kontinuität empfehlen sie Variationen der Frequenz, Behandlungsunterbrechungen und Festlegung des Behandlungsendes.

Methodologisch wichtig, weil sie einen späteren Trend vorweg nahmen, war auch die Feststellung, dass Fortschritte der Technik von "*vigorous experimentation and challenges to prevailing practices*" erfordern würden.

Genug der Rückblende; was ist die klinische Relevanz der vielfältigen Verfahren, die heute unter dem Oberbegriff "Kurztherapie" subsumiert werden. In verschiedenen Praxisfeldern haben sich in den letzten dreißig Jahren eine Reihe von psychotherapeutischen Behandlungsmethoden entwickelt, die sich oft mehr durch ihren Namen als durch die Sache selbst unterscheiden³:

- # psychodynamische Kurz-Therapie (Bellak & Small 1972)
(Mann 1973; Strupp u. Binder 1984; Milrod 1997)
- # angst - provozierende Kurztherapie (Sifneos 1972)
- # dynamische Psychotherapie (Dührssen 1972)
- # psychoanalytische Beratungsverfahren (Houben 1975; Junker 1973; Lüders 1974)
- # psychoanalytische Fokalthherapie (Balint et al. 1961; Beck 1974; Klüwer 1971; Klüwer 1978; Leuzinger-Bohleber 1985; Loch 1967; Mahler 1968; Malan 1963; Malan 1976; Meyer 1981)
- # Interpersonal psychotherapy of depression (Klerman et al. 1984; Schramm 1996)

³ich verzichte auf eine Vollständigkeit, die besonders in der US-Szene jeder Jahr eine neue Version von Kurztherapie generiert

Beutel M (2000) Psychodynamische Kurztherapie. Neuere Entwicklungen, Behandlungsverfahren, Wirksamkeit, Indikationsstellung. Psychotherapeut 45: 203-213

Ich habe in dieser Aufstellung nur jene Formen und Autoren aufgenommen, die im deutschen Sprachraum diskutiert und praktiziert werden. Sie vermissen vielleicht die Bezeichnung " tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie", die als Sammelbezeichnung für alles gelten kann und im Übrigen ein kassentechnischer Begriff ist, der in der wissenschaftlichen Diskussion weniger im Gebrauch ist. Es mag irritierend sein, dass ich psychoanalytische. Beratungsverfahren miteinbezogen habe; für eine Erörterung unter sachimmanenten Gesichtspunkten ist aber eine Abgrenzung von Beratung und Kurztherapie nicht immer einfach.

Die IPT ist eine rel. neue Form der Kurz-Psychotherapie, die bislang in der BRD in Mannheim am ZI und in Freiburg etabliert wurde. Diese Kurz-Therapie, wurde 1984 von Klerman eingeführt und von Elisabeth Schramm in der BRD zugänglich gemacht. Ein Forschungsdesiderat der sehr erfolgreich evaluierten IPT ist die Analyse der prozessualen Vorgänge. Die Klärung des Begriffs der Fokussierung als dem zentralen technischen Wirkfaktor plziert die IPT ins rechte Licht der allgemeinen Wirkfaktoren Forschung (Fritzsche 2001).

Zur Technik im Allgemeinen

Allgemein kann heutzutage gelten, dass die acht Faktoren, die Luborsky 1988 als kurative Faktoren beschrieben hat, stets im Auge zu behalten sind

Luborsky's 8 kurative Faktoren der Therapie (1988)

1. Patient/in erfährt eine hilfreiche Beziehung
2. Therapeut/in versteht und gibt Antwort
3. Patient/in gewinnt besseres Verständnis seiner/ihrer selbst
4. Patient/in hat weniger repetitive, maladaptive Beziehungskonflikte
5. Patient/in kann die verbesserten Problemlösungs-Funktionen verinnerlichen
- 6 Patient/in entwickelt eine größere Toleranz für seine /ihre Gefühle
7. Patient/in ist für weitere Veränderungen motiviert
8. Therapeut/in bietet eine Technik an, die klar, verständlich und wahrscheinlich wirksam ist

Diese gehen auf fünf Basiskonzepte zurück, die auch intensiver Gegenstand der systematischen Therapieforchung geworden sind.

I der Schweregrad der Störung

II die therapeutische Allianz

III die Übertragung

IV die Deutung der Übertragung

V die Meisterung

I. level of psychological health vs psychiatric severity

many studies using this dimension have demonstrated that the average prediction of observer rated psychological health-sickness to outcome was 0.27. (Luborsky et al. 1993). This finding serves as a reminders that psychoanalytic therapy as any other psychotherapy works with the hard fact that our treatment tools are limited by patient's capacity to use it. However a number of findings point to the fact the the more intensive psychoanalytic treatments benefits the patients with more severe disturbances. For the survival of the longer treatment domain these findings are encouraging; more comparative prospective studies of this issue are essential.

II the therapeutic alliance

The therapeutic alliance has become the most researched clinical concept based on Freud initial formulation (1912). It is now evident that the construct has direct and indirect impact on outcome and it is increasingly evident that this is true not only for short time treatment but also for long term analytic therapies (Gaston et al, in press; Eaton et al. 1988; Frank & Gunderson 1990).

The very extensive research is now passed the mere demonstration of its outcome relevance. There is agreement that therapeutic alliance is a multi-dimensional construct composed of four relatively independent dimensions (Gaston 1990):

- a) the patients capacity to purposefully work in therapy
- b) the patients affective bond to the therapist
- c) the therapists empathic understanding and involvement
- d) the patients and therapists agrrement on treatment goals and task

III The core relationship patterns

Measures of the core construct of psychoanalysis, the transference, have grown rapidly. After many years of simple opinion retrieval research the advent of transference related measures that were based on tape recorded sessions has made clear that there is a fundamentum in re, that there are empirically demonstrable findings. Beginning with Luborsky's discovery of the CCRT in 1977 a plethora of measures have been developed (Luborsky 1986). After the CCRT followed the plan diagnosis by Weiss & Sampson (1977), Dahl & Teller frame analysis (Dahl 1988b), Gill & Hoffmann's PERT (1982), Strupp & Binder's dynamic focus (1984) and many more. The measurement of this core construct became viable and psychodynamics moved towards a basic science (Dahl 1988a). A recent review counts seventeen different methods that to a different degree are in the process of validation (Henry et al. 1994).

Our own study, carried out at three different university centers contributes to validating the valence dimension of the CCRT-method. The connection between the valence dimension of the responses from others (RO), responses of the self (RS) and the severity of the psychic disorder has been analyzed on RAP-interviews taken from 266 female patients.

Both therapists as well as patients themselves evaluated the severity of the impairment similarly. The main finding was: The more the patients are impaired, the more negatively they describe both their own reactions and those of their interaction partners as shown in the relationship episodes (Albani et al. 1999).

IV. Die Deutung der Übertragung - pro und contra in der Kurztherapie

Bei der Beurteilung der Forschungs-Befunde zu diesem Thema ist nicht nur wesentlich, welche Interventionen als Übertragungsdeutungen eingestuft wurden. Entscheidender ist die Kontextabhängigkeit aller beobachtbaren Phänomene von einer Fülle anderer Variablen der therapeutischen Beziehung. *Der obige Hinweis, daß der zeitliche Rahmen der untersuchten Kurztherapien vermutlich einen wesentlichen Einfluß auf die Wirksamkeit von Übertragungsdeutungen hat, führt zur Frage der optimalen Häufigkeit von Übertragungsdeutungen. Dies kann bis hin zur Position reichen, ob nicht Übertragungsdeutungen eher zu vermeiden wären, was Henry et al. (1994) an die erste Stelle ihrer Übersicht gesetzt haben.*

Aufgrund der historischen Abfolge lassen sich die ausgewerteten Untersuchungen ordnen: Pioniere der psychodynamischen Kurztherapie wie Malan [Malan, 1976 #3457; Malan, 1976 #3458], Davanloo [Davanloo, 1978 #1697], Mann [Mann, 1973 #1688] und Sifneos [Sifneos, 1972 #1689] sprachen sich für eine hohe Frequenz von Übertragungsdeutungen aus. Malan vertrat mit großen Echo bei vielen psychoanalytischen Klinikern die Auffassung, daß eine positive Korrelation zwischen der Häufigkeit von Übertragungsdeutungen und einem positiven Therapieergebnis bestehe. Methodologische Einwendungen ließen Zweifel an Malans Befunden aufkommen, die auch durch eine verbesserte Replikation seiner Studie nicht ausgeräumt werden konnten [Frances, 1983 #5936; Marziali, 1984 #2458]. Malan fand eine signifikante Korrelation zwischen Übertragungsdeutungen, die eine Beziehung zu den Eltern herstellten und dem Therapieergebnis. Bei solchen Deutungen wird bekanntlich auf die Ähnlichkeit zwischen den Reaktionen

des Patienten dem Therapeuten gegenüber und dessen frühere Verhaltensweisen den Eltern gegenüber angespielt. Malans Befund würde Stracheys These stützen, daß die Fähigkeit des Patienten zwischen dem Analytiker und früheren einflußreichen Personen zu unterscheiden einen wichtigen Schritt zur Unterbrechung des neurotischen Teufelskreises darstellt.

Bleiben wir zunächst weiter bei der umstrittenen und wichtigen Fragestellung des Zusammenhangs von Frequenz und Ergebnis. Auf diesem Gebiet hat sich die Forschungsgruppe um den kanadischen Psychoanalytiker Piper durch aufwendige Untersuchungen große Verdienste erworben (seit 1986 im Department of Psychiatry University of Alberta in Edmonton, Canada; seit kurzen an der University of British Columbia, Vancouver, Canada). Neben dem Zusammenhang von Frequenz und Ergebnis wurde die unmittelbare Wirkung von Übertragungsdeutungen im Vergleich zu anderen Interventionen untersucht und schließlich wurde mit *einer dritten Untersuchung* der Frage der Stimmigkeit von Deutungen als Prädiktor von Verlauf und Ergebnis untersucht.

Bei der Replikation *der Malanschen Ergebnisse* durch Piper et al. [Piper, 1986 #6139] konnte nur eine schwache Evidenz zwischen Therapeut/Eltern Interpretationen und künftigem Therapieergebnis gefunden werden. Diese ersten Untersuchungen hatten Schwächen, die bei einer späteren groß angelegten Studie weitgehend getilgt werden konnten. Bei der zweiten Studie [Piper, 1991 #6141] wurden 64 Patienten durchschnittlich 20 Sitzungen nach einem Therapiekonzept behandelt, das sich an Malans Fokaltherapie und an Strupps und Binders dynamischen Therapiemodell anlehnte. Von den insgesamt 22500 Interventionen wurden durchschnittlich 5 Übertragungsdeutungen pro Sitzung zuverlässig eingestuft. Diese spätere Studie zeichnet sich dadurch aus, daß nun auch das

Arbeitsbündnis und die Schwere der Störung anhand der durch Beurteiler festgestellte Qualität der Objektbeziehungen einbezogen wurden. Piper et al. [Piper, 1991 #6142] kommen zu folgendem Ergebnis: "Trotz der Vorläufigkeit unserer Befunde glauben wir ausreichend Hinweise zu haben, Psychotherapeuten auf die Möglichkeit negativer Auswirkungen von Übertragungsdeutungen auf Verlauf und Ergebnis aufmerksam machen zu müssen. Es ist ineffektiv in Kurzpsychotherapien das Arbeitsbündnis durch hochgradige Übertragungsdeutungen verbessern oder dadurch Widerstände auflösen zu wollen." (S. 952, Übersetzung HT).

Joyce und seine Mitarbeiter [Joyce, 1996 #6021], *aus der gleichen Arbeitsgruppe in Edmonton*, isolierten 2381 Übertragungsdeutungen und untersuchten die Beziehung zu Korrespondenz, unmittelbare Reaktion des Patienten, Arbeitsbeziehung und Ergebnis in Patienten mit hoher und niedriger Qualität der Objektbeziehungen. Die Korrespondenz, d.h. die Nähe der Deutungen zum diagnostizierten Schema oder fokalem Konflikt war ein guter Prädiktor für die unmittelbaren Reaktionen auf die Interpretation. Treffende Interpretationen führten zur stärkerem Engagement und zu größerer Offenheit des Patienten.

Diesen Zusammenhang zwischen Niveau der Objektbeziehungen und der Wirksamkeit von Übertragungsdeutungen überprüften in einer aktuellen Arbeit Connolly et al. [Connolly, 1999 #7151] *vom Center for Psychotherapy Research in Philadelphia (geleitet von Crits-Christoph & Luborsky)*. In 3 frühen Stunden wurde das "level of interpersonal functioning" des Patienten in der supportiv-expressiven Therapie nach Luborsky [Luborsky, 1984 #704] bestimmt und mit dem Erfolg der Behandlung korreliert. Von den im Mittel 152 Therapeutenäußerungen in einer

Stunde wurden nur 4 % als Interpretationen bewertet. Auch wenn sich die Untersuchung letztlich nur auf 14 Patienten bezieht (bei 48% der Patienten fand sich in keiner der ausgewerteten Stunden eine Übertragungsdeutung), sind die Ergebnisse interessant: Die Beziehung zwischen prozentualem Anteil von Übertragungsdeutungen und Symptomveränderungen variierte als eine Funktion der Qualität der Objektbeziehungen. Für Patienten, die über ein niedriges Funktionsniveau im interpersonalen Bereich verfügen, galt: je mehr Übertragungsdeutungen in den ersten Stunden gegeben werden, um so stärker war die depressive Symptomatik am Ende der Therapie.

Besonders informativ ist die Vanderbilt II-Studie (Strupp, Henry & Schacht (1990). Nach längerer Schulung in dem von Strupp & Binder 1984 publizierten Manual und dem in diesem Modell zu diagnostizierendem ‚Cyclical Maladaptive Pattern‘ (CMP), das eine spezielle Diagnostik der Patient-Therapeut-Beziehung vermittelt, führten 16 erfahrene, psychodynamisch orientierten Therapeuten in einem Projekt Fokaltherapien von 25 Sitzungen durch. Das Design erlaubte einen Vergleich der Therapeuten mit sich selbst bezüglich ihrer Behandlungstechnik vor und nach der Schulung. Die Art der Kommunikation der Therapeuten wurde nach der Structural Analysis of Social Behaviour (SASB von Benjamin [Benjamin, 1974 #3550] und nach der Vanderbilt Psychotherapy Process Scale [O'Malley, 1983 #6128]⁴ untersucht.

⁴Strauss B, Strupp H, Burgmeier-Lohse M, Wille H, Storm S (1992) Deutschsprachige Version der Vanderbilt-Psychotherapie Skalen: Beschreibung und Anwendung in zwei Kurztherapien. Zsch Klin Psychol, Psychopath. Psychother 40: 411-429

Übertragungsdeutungen waren nun häufiger, aber einige Befunde verschlechterten sich in ähnlicher Weise, wie bei den Untersuchungen von Piper et al (1991). Die Projektleiter hatten eine gegenteilige Wirkung, nämlich eine Besserung der Arbeitsbeziehung, erwartet. Daß sich die erhöhte Deutungsfrequenz auf die therapeutische Beziehung ungünstig auswirkte, überrascht nicht, wenn man erfährt, daß die Therapeuten nach der Schulung in ihrer Kommunikation unfreundlicher, weniger unterstützend und autoritärer waren.

Henry et al. (*Henry et al. 1993*⁵) diskutieren ihr eigenes, das Vanderbilt II - Projekt, selbstkritisch. Offensichtlich ist die Abhängigkeit der Wirkung von Übertragungsdeutungen von anderen Elementen der therapeutischen Dyade. Wir sprechen von Elementen, weil die Beziehung keineswegs als globaler, unspezifischer Faktor den spezifischen Wirkungselementen gegenübergestellt werden sollte. Wie bereits im Ulmer Lehrbuch⁶ festgestellt wurde: "In der Psychotherapieforschung ist die gegenseitige Ergänzung allgemeiner und spezieller

⁵Henry W, Strupp H, Schacht T, Binder J, Butler S (1993) Effects of training in time-limited, dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *J Consult Clin Psychol* 61: 441-447

Henry W, Strupp HH, Schacht TE, Gaston L (1994) Psychodynamic approaches. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. Wiley, New York, S 467-508

Henry WP (1992) A summary of process and outcome changes as a result of manual-guided training in time-limited dynamic psychotherapy. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, California,

Strupp HH, Henry WP, Schacht TE (1990) Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 768-774

⁶ Wir zitieren aus der zweiten Auflage von H.Thomä und H.Kächele (1997): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Band I: Grundlagen, Band 2: Praxis. Springer, Heidelberg. Wir sprechen kurz vom Ulmer Lehrbuch und lassen bei wörtlichem Zitieren die Autoren weg und schreiben lediglich „Band 1 bzw. Band 2 S.....“

Wirkungsgrößen erkannt worden. Wir betrachten deren Verhältnis im Sinne der Figur- Grund - Beziehung der Gestaltpsychologie; psychoanalytisch betrachtet heißt dies, das sich Beziehung und spezielle Intervention wechselseitig bestimmen. In der differentiellen Anwendung der psychoanalytischen Methode geht es darum, die für den jeweiligen Patienten optimale Abstimmung dieser Wirkkomponenten zu erreichen." ([Thomä, 1997 #7123] , S. 470).

In unserer kritischen Untersuchung steht die Übertragung im Vordergrund. Deshalb ist ausdrücklich zu betonen, daß allgemeine Wirkfaktoren keineswegs nur den stillen Hintergrund bilden, sondern speziell wirksam werden können. So kann, um eine Patientin zu zitieren, das Gefühl, daß es der Analytiker gut mit ihr meint, die Therapie überhaupt fundieren.

Es ist das Verdienst der Vanderbilt Forschungsgruppe, die gegenseitige Abhängigkeit der Elemente betont und die ungünstigen und unbeabsichtigten Nebenwirkungen stark strukturierender Manuale betont zu haben. Selbstkritisch fassen Henry et al. (1993) zusammen:

" Zwei Hauptfaktoren scheinen die Wirkung der Interpretation von Übertragungen eingeschränkt zu haben. Die Therapeuten haben versäumt, den Patienten mit dem Verlauf der Therapie vertraut zu machen, und ihm zu erklären, warum es wichtig ist, die therapeutische Beziehung zu betrachten. Die Patienten scheinen häufig der vom Therapeuten ausgehenden Initiative, die Gefühle dem Therapeuten gegenüber auszudrücken, irritiert worden zu sein, weil sie keine Hilfe erhielten, die Bedeutung dieser Interventionen zu begreifen. Der andere Faktor, der sich ebenfalls ungünstig auswirkte, war die kontextfreie oder erzwungene Applikation von Deutungen." (S.502).

Die Autoren lassen keinen Zweifel daran, daß Therapeuten, die gegen die Zeit und unter dem Diktat eines Behandlungsmanuals arbeiten müssen, mit einem

besonderen Problem konfrontiert sind. Sie fordern mehr Flexibilität, wenn durch diese auch die manualisierte Replikation erschwert werde⁷.

In der weiteren Diskussion beschränken wir uns auf eine Zusammenfassung einer besonders gründlichen jüngeren Untersuchung von Joyce und Piper (1993), weil diese Autoren auch Dialogbeispiele in transkribierter Form geben

Die Autoren diskutieren nicht nur die unmittelbare Reaktion des Patienten auf Übertragungsdeutungen, sondern bringen diese in Beziehung zu den angenommenen Konfliktschemata. Hierbei geht es also um Fragen der Korrespondenz, der Korrektheit oder Genauigkeit ("Correctness" bzw. "Accuracy") der Deutungen zu den diagnostizierten unbewußten Dispositionen des Patienten. Im weiteren Sinne geht es um das Problem der Validität von Deutungen, also um deren Gültigkeit über die therapeutische Wirksamkeit oder Unwirksamkeit hinaus. Die Autoren gehen mit Mitteln der empirischen Forschung Fragen nach, die von Thomä bereits in den 60er Jahren klinisch reflektiert wurden [Thomä, 1967 #1052].

Übertragungsdeutungen sind nicht nur kontextabhängig, sondern es befinden sich unter ihnen auch schwarze Schafe, die das Ansehen der ganzen Herde belasten können. Beziehen sich empirische Untersuchungen auf diese schwarzen Schafe, wird man sich über negative Korrelationen zwischen Übertragungsdeutungen und Ergebnis nicht wundern. Es besteht also eine bemerkenswerte Spannung zwischen kritischen Klinikern und Forschern, die psy-

⁷Insider munkeln, dass die Befunde in den zwei Supervisionsgruppen erheblich differieren; die eine Supervisionsgruppe wurde relativ deutlich angehalten, sich an das Manual zu halten, die andere erhielt vom Supervisor quasi die Erlaubnis, sich kreativ und frei zu fühlen, was ihren Behandlungen offensichtlich gut getan hat.

choanalytische Konzepte beispielsweise an transkribierten Tonbandaufnahmen von Dialogen untersuchen und Verläufe und Ergebnisse auswerten. Solche Untersuchungen sind geeignet, Irrtümer zu korrigieren und neue Erkenntnisse zu fördern. Kritische Psychoanalytiker, die mit der Literatur ihres Fachgebiets auf dem laufenden bleiben und sich im interdisziplinären Raum bewegen, gehen von der Vorläufigkeit ihrer Theorien aus und handeln nach Versuch und Irrtum.

Die hohe Wertschätzung von Übertragungsdeutungen geht auf Freuds Annahme zurück, daß diese sich verändernd auf Übertragungsbereitschaften (Klischees) auswirken.

Es ist nach wie vor die wohl begründete Überzeugung vieler psychoanalytischer Kliniker, dass Übertragungsdeutungen etwas im Patiententreffen, wenn sie richtig sind. Die Zustimmung des Patienten und die Objektivierung anhand der Veränderung von Symptomen gibt der Korrespondenz einen hohen Rang. Diese Bezeichnung Korrespondenz macht deutlich, worum es geht: Deutungen werden in Beziehung gesetzt zu den diagnostischen Annahmen und Formulierungen des Therapeuten. Ob Deutungen korrekt, geeignet oder stimmig oder wirksam sind, wird an den Reaktionen des Patienten abgelesen. Neben der Effektivität von Deutungen stellt sich die Frage der Validität.

Eine kritische Untersuchung von Übertragungedeutungen als "letztem Mittel" zur Verhinderung eines Therapieabbruches liefern Piper et al. [Piper, 1999 #7516]. Es wurden 22 Patienten, die Therapie abgebrochen haben im Vergleich mit einer parallelisierten Gruppe von 22 Patienten, die die Therapie abgeschlossen haben verglichen. Vor der Therapie erfaßte Variablen (soziodemografische, diagnostische,

Persönlichkeit, Krankheitsschwere, auch Interaktionen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Art der Behandlung) erlaubten keine Vorhersage des Therapieabbruchs. Die Patienten, die die Therapie abbrachen, unterschieden bezüglich folgender Subskalen der Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS): sie hatten niedrigere Werte auf der Skala "patient exploration", aber höhere auf den Skalen "patient focus on transference" und "therapist focus on transference" (kein Unterschied bestand für "Feindseligkeit des Patienten", "therapist exploration" und "dynamic work"). Eine qualitative Analyse der letzten Stunde der Patienten mit den höchsten Werten für "Fokus auf Übertragung" ergab ein übereinstimmendes Muster:

1. Der Patient teilt seinen Entschluß, die Therapie abubrechen mit.
2. Der Patient äußert Frustration über die Therapiestunden aus (Erwartungen wurden nicht erfüllt, der Therapeut fokussierte auf negative Gefühle)
3. Der Therapeut spricht die Schwierigkeiten an, indem er die therapeutische Beziehung thematisiert, die Übertragung deutet und sich auf andere Beziehungen des Patienten bezieht
4. Der Patient äußert Widerstand gegen die Übertragungsdeutung.
5. Der Therapeut beharrt auf seiner Übertragungsdeutung.
6. Patient und Therapeut streiten. Mitunter wird der Therapeut sarkastisch oder ungeduldig.
7. Obwohl die meisten Deutungen plausibel erscheinen, reagiert der Patient auf das Beharren des Therapeuten mit Widerstand.
8. Die Stunde endet mit der Ermutigung des Therapeuten an den Patienten, die Therapie fortzusetzen und einer scheinbaren Zustimmung des Patienten, es zu tun.

9. Der Patient kommt nicht wieder. (Die Therapien wurden von erfahrenen Therapeuten durchgeführt.)

Sieht man von der anspruchsvollen Forschungsmethodologie ab, ist man damit konfrontiert, daß alle diagnostischen Einstufungen makroskopischer Natur sind, während sich Deutungen in einem subtilen Netzwerk psychodynamischer Zusammenhänge bewegen. Deshalb kann die Fokaldiagnostik nur ein sehr grobes Raster abgeben. Die Inhalte von Übertragungsdeutungen liegen weit verzweigt im Netzwerk und sind oft einem anderen Brennpunkt oder Knoten näher als den ursprünglich diagnostizierten Schemata. Es kann deshalb gar nicht anders sein, als daß psychodynamische Therapien ebenso wie lange Analysen den Brennpunkt wechseln und verändern.

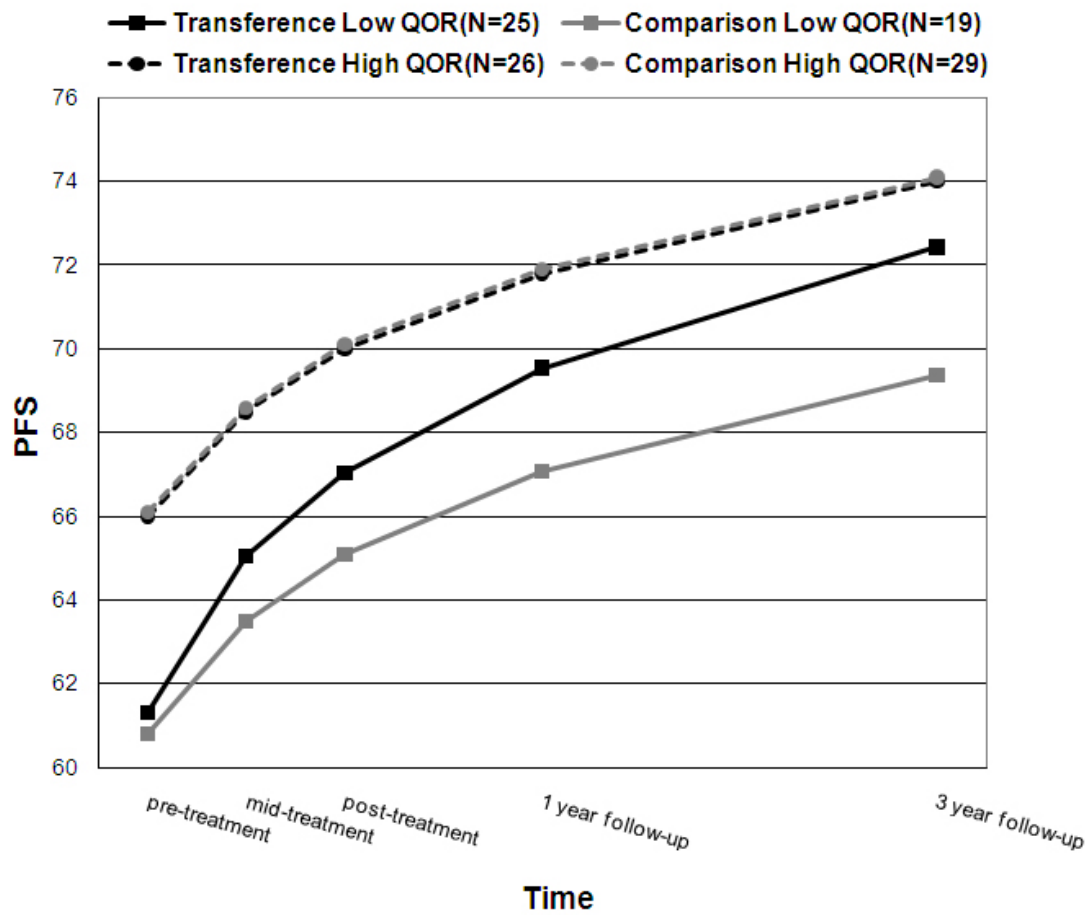
Mertens hält es für wahrscheinlich, daß bei vielen der von Henry et al. ausgewerteten Studien innerhalb der großen Gruppe der Übertragungsdeutungen ungeklärt geblieben sein könnte, welche speziellen Typen überhaupt eingestuft wurden. In diesem Sinne haben Henry et al. selbstkritisch darauf aufmerksam gemacht, daß bei zeitlich befristeten und von Manualen gesteuerten Kurzpsychotherapien forcierte Übertragungsdeutungen nicht ihres Inhaltes wegen, sondern wegen der Nichtbeachtung des Kontextes jene schädliche Wirkung haben können, die Piper et al in dem oben wiedergegebenen Zitat zum Ausdruck gebracht haben. Es eignet sich freilich, aus dem Zusammenhang gerissen, vorzüglich zur berufspolitischen Polemik. Auf diesem Feld hat sich Grawe (*Grawe et al. 1994*) ausgezeichnet, der die negativen Befunde der empirischen Untersuchungen zur Übertragungsdeutung als Kampfmittel eingesetzt hat. Im Gegensatz zu Grawe

diskutieren Henry et al. positive und negative Befunde sehr ausgewogen und auf hohem Niveau. Offensichtlich hat Grawe aus dem Übersichtsartikel von Henry et al. auf Seite 478 nur jenen Satz wahrgenommen, in dem auf die Gefahren von Übertragungsdeutungen aufmerksam gemacht wird. Zwei Sätze später heißt es nämlich: "Diese negativen Befunde können mit großer Sicherheit einer Kombination von Eigenarten des Patienten, interpersonalen Prozessen, ungünstigem Timing, Ungenauigkeit, Unangemessenheit der Intervention zum Problem usw. zugeschrieben werden."

Ohne Berücksichtigung ihrer Einbettung im Hier und Jetzt einer therapeutischen Beziehung verliert die Übertragungsdeutung ihre mögliche mutative Funktion und wirkt sich gegenteilig aus. Insofern bestätigen und präzisieren empirische Studien klinisches Wissen und fordern eine differenzierte Betrachtungsweise.

- Die neue Studie von Hoegland et al (2009) korrigiert die bisherige Sicht deutlich. In der **Ersten Experimentellen Studie zu Übertragungsdeutungen** durchgeführt in Oslo, profitierten Patienten mit guten Objektbeziehungen von niedrigen zu mittleren Niveaus von Übertragungsdeutungen.
- Jedoch sie profitierten ebenso von Behandlungen ohne Übertragungsdeutungen
- *ZITAT Hoegland*
- *When you think about it, it is not very surprising that well organized patients do well with different treatments.*

Patienten mit niedriger Qualität der Objektbeziehungen zogen mehr Nutzen aus Übertragungsdeutungen, sowohl in kürzeren (Hoegland et al., Am J Psychiatry 2006; 163: 1739-1746) als auch in längeren Behandlungen! (Hoegland et al., Am J Psychiatry 2008; 165:763-771).



Ein Pfeiler der klinischen Theorie in der psychodynamischen Tradition wird durch die empirische Forschung bestätigt:

A moderate use of transference interpretation has specific effects on long-term functioning, mediated by increase in insight during therapy.

Jedoch, eine hohe Dichte von Übertragungsdeutungen ist nicht hilfreich um defensiveness, resistance or hostility bei schwierigen Patienten zu überwinden!.

Die Forschung legt nahe, dass Übertragungsdeutungen behutsam angegangen werden sollten bei affirmativer Wertschätzung der bisherigen Erfahrungen eines Patienten.

Moderate Betonung der Arbeit mit der Übertragung kann besonders hilfreich in der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder Charakterpathologie und ernsthaften und chronifizierten Schwierigkeiten in der Herstellung stabiler und zufriedenstellender Beziehung sein.

Hoegland, P. & Gabbard, G. (2010): When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? A review of empirical research. in press.

V Working through to mastery

The least understood pillar of wisdom is most likely working through to achieve lasting effects. In a traditional language Thomä & Kächele (1987) have described this phase in analytic treatment:

"The phase of working through begins after the patient has gained insight into the connections and processes marking the dynamics of previously unconscious conflicts. The goal is to use cognitive and affective insight to change behavior. While some patients achieve such behavioral changes without the analyst's assistance, this generally cannot be expected". (p.317).

The goal of this process, called 'Mastery', is defined as the acquisition of emotional self-control and intellectual self-understanding in the context of interpersonal relationships. The Australian psychologist Grenyer has developed a scale of

measuring mastery that has been applied in a study with Luborsky demonstrating systematic change to greater levels of mastery in interpersonal conflicts.(Grenyer & Luborsky 1996). We recently could demonstrate the usefulness of this scale to prove the concept of focal work in a short psychoanalytic therapy (Dahlbender et al. 2001)

Der Fokus

Wie wird ein Fokus gefunden oder hergestellt ? Ein Beispiel soll dies erläutern:

Ein 22jähriger Student wurde von einer Analytikerin einer anderen Universitätsstadt an unsere Beratungsstelle vermittelt. Bis vor einem halben Jahr hatte er in dieser Stadt Jura studiert, inzwischen hat er Studienfach und Studienort gewechselt. Die Therapeutin hatte dem Patienten nach einigen Beratungsgesprächen empfohlen, sich um einen Behandlungsplatz für eine Psychoanalyse in unserer Abteilung zu bemühen. Weitere Vorklärunngen mit dem hiesigen Studenten-Berater warfen die Frage auf, ob nicht eine Fokaltherapie eine der Lebenssituation des Patienten angemessenere Form der Behandlung sein könne. Das folgende Interview sollte diese Frage klären.

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 - wenn er durch eine Tür geht - umdrehen und kontrollierend auf den Boden schauen muß. 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 heraus zu lassen. 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 hier auch 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, von seinem ersten Studienort ist er jedes Wochenende nach Haus gefahren. Auch jetzt ist die gemeinsame Wohnung mit der Freundin nicht weit vom Elternhaus entfernt.

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 Sicht des sogenannten Kontrollierens an: die Suche nach etwas, was dem Patienten verloren gegangen sei.

Abschließend schlägt der Therapeut eine 30stündige Kurztherapie mit einer Wochenstunde im Sitzen vor, bespricht diesen Vorschlag mit dem Patienten und vereinbart den nächsten Termin.

Aufgrund der Vorinformationen hatte der Therapeut 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 ihm einen starken Eindruck eines Jugendlichen machte, des Adoleszenten, 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 beschäftige 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.

Mit diesen biographischen Hinweisen lassen sich Überlegungen anstellen, welche thematischen Leitfäden in einer Therapie mit diesem Patienten zu erwarten wären:

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

Thema 2 : Er ist auch der Liebling, das Nesthäkchen der Mutter, mit ihr identifiziert mit den Vorwürfen gegenüber dem Vater, der sich um sie wie um ihn zu wenig kümmert. Seine jetzige Beziehung, ebenfalls zu einer verlassenen Mutter, wird durch die Identifikation mit dem dreijährigen Sohn geprägt: er spielt Vater sein und Tröster der Mutter zugleich. Dieser negativ-ödipale Konflikt dürfte dynamisch der entscheidende sein.

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 mäßig.

Die Fokusbildung entsteht aus einem Zusammenwirken der thematischen Schwerpunkte und den theoretischen Schemata, mit denen der Therapeut diese für sich ordnet (BILD 5). Aus folgenden Überlegungen heraus stellt der Interviewer für den jungen Mann die Indikation für eine Kurztherapie.

Eine adaptive Indikationsstellung erscheint sinnvoll, bei der im Rahmen einer zeitlich begrenzten 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, die Bearbeitung seiner negativ-ödipalen Sehnsucht und der Erwerb einer Fähigkeit zu einer positiv-ödipalen Rivalität ein inneres Ziel darstellen könne. Mit einer hochfrequenten Behandlung würde der Patient in Gefahr geraten, statt an seine nur in Ansätzen gelebte Adoleszenz anknüpfen zu können, in eine Regression in frühe Bedürfnisse zu geraten, die bei faktischer äußerer Abhängigkeit von der Lebenspartnerin eine wenig günstige Situation für ihn herbeiführen könnte. Dabei 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 zielen 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 die Adoleszenz zu überwinden.

Die Indikation zu einer Kurztherapie orientiert sich primär nicht an nosologischen Kriterien; psychoneurotische wie psychosomatische Störungen können in dieser fokalen Perspektive behandelt werden. Dabei wird der wesentliche Befund der Kurzpsychotherapieforschung berücksichtigt, dass spezifische Effekte von sog.,unspezifischen Effekten unterstützt werden, die in je verschiedener Weise in allen psychotherapeutischen Interventionen zum Tragen kommen.

An diesem Punkte führt der mir vorgegeben Titel in die Irre: es handelt sich m.E. nicht um eine Gegenüberstellung, sondern um ein ergänzendes Verhältnis.

L. Luborsky (1984) gibt in seiner Einführung in die analytische Psychotherapie eine zugegebenermaßen minimalistische psychoanalytisch orientierte Veränderungstheorie, aus der er drei Komponenten der therapeutisch anzustrebenden Technik ableitet:

Kurative Faktoren in der analytischen Psychotherapie

1. Faktor: die hilfreiche Beziehung
2. Faktor: Selbsterfahrung und Einsicht
3. Faktor: die Nachhaltigkeit der Behandlungsfortschritte

In der Diskussion der drei Faktoren beginne ich mit dem ersten Faktor, da er in Luborsky's Konzeption das supportive Element verkörpert. "Nach der Theorie der psychoanalytischen Therapie ist eine supportive therapeutische Beziehung erforderlich, damit sich der Patient sicher genug fühlen kann, um das Wagnis auf sich zu nehmen, die Einschränkungen im Erleben und Verhalten zu verringern, die ihn in die Psychotherapie geführt haben"(Luborsky 1988, S. 42). Da "supportiv" in der deutsch-sprachigen Psychotherapieszene einen leicht negativen Beigeschmack hat, - was auch der vorgegebene Titel dieses Referates impliziert - möchte ich abschließend dabei etwas verweilen.

Literatur

- Albani C, Benninghofen D, Blaser G, Cierpka M, Dahlbender R W, Geyer M, Körner A, Pokorny D, Staats H, Kächele, H (1999) On the connection between affective evaluation of recollected relationship experiences and the severity of psychic impairment. *Psychotherapy Research* 9(4): 452-467
- Alexander FG (1925) Buchbesprechung S. Ferenczi / O. Rank: Entwicklungsziele der Psychoanalyse (1924). *Int Z Psychoanal* 11: 113-122
- Alexander F, French TM (1946) *Psychoanalytic therapy*. Ronald, New York
- Balint M, Ornstein PH, Balint E (1961) *Focal psychotherapy. An example of applied Psychoanalysis*. Tavistock, London
- Baumann U. (1981) Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich in : U.Baumann (Hrsg.) *Indikation zur Psychotherapie*. München Urban & Schwarzenberg 1981
- Balint M, Ornstein PH, Balint E (1961) *Focal psychotherapy. An example of applied Psychoanalysis*. Tavistock, London; dt. (1973) *Fokalthherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Beck D (1974) *Die Kurzpsychotherapie*. Huber, Bern
- Bellak L, Small N (1972) *Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt
- Berzins, J. I. (1977). Therapist-patient matching. In A. S. Gurman, & A. M. Razin (Ed.), *Effective Psychotherapy: A Handbook of Research* New York: Pergamon Press.
- Beutler LE, Clarkin JF (1990) *Systematic Treatment Selection*. Brunner/Mazel Publ., New York
- Beutler LE, Crago M & Arizmendi TG (1986) Research on therapist variables in psychotherapy. in Garfield SL, Bergin AE (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley New York, 3 rd ed. 1978, pp 257-310
- Blaser A (1977). *Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie*. Huber-Verlag. Bern
- Brisch KH, Kächele H, Pohlandt F (1993) Fokale Kurzpsychotherapie von Müttern nach der Entbindung von Frühgeborenen. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 21 (Suppl.): 67
- Buchheim P, Cierpka M, Seifert T (Hrsg) (1993) *Beziehung im Fokus. Weiterbildungsforschung*. Springer, Berlin
- Buchheim A, Kächele H (2001) Adult Attachment Interview einer Persönlichkeitsstörung: Eine Einzelfallstudie zur Synopsis von psychoanalytischer und bindungstheoretischer Perspektive. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie* 5: 113-130
- Dahlbender RW, Kächele H, Frevert G, Schnekenburger S (1995) Formalisierte Fokusformulierung in der Psychotherapie. *Fundamenta Psychiatrica* 9: 191-201
- Dahlbender RW, Erena C, Reichenauer G, Kächele H (2001) Meisterung konflikthafter Beziehungsmuster im Verlaufe einer psychodynamischen Fokalthherapie. *Psychoth Psychom med Psychol*. 51: 176-185
- Dammann G, Kächele H (2001) Resultate der psychodynamischen Behandlung von Borderlinestörungen. *Nervenheilkunde* 20: 31-37
- Dantlgraber J (1982) Bemerkungen zur subjektiven Indikation für Psychoanalyse. *Psyche* 36:191-225
- Davanloo H (1978) *Basic Principles and Technique of Short-term Dynamic Psychotherapy*. Spectrum Publications, New York
- Davanloo H (1980). *Short-term Dynamic Psychotherapy*. Jason Aronson. New York
- Dührssen A (1972) *Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Flügel N (1989) Zeitliche Merkmale analytischer Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung. *Psychother Med Psychol* 39: 11-17
- Freud S (1895d) Studien über Hysterie. *GW Bd1 S 75-312*
- Freud S (1919a) Wege der psychoanalytischen Therapie. *GW Bd 12 S 181-194*

- Fritzsche M (2001) Fokussierung in der Interpersonellen Psychotherapie (IPT). Promotion Dr rer biol hum Universität Ulm
- Grawe, K. (1992a). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau. Psychologische Rundschau, 43, 132-162.
- Grawe, K., & Caspar, F. (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In U. Baumann (Ed.), Psychotherapieforschung. Makro- und Mikroperspektiven (pp. 177-222). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994). Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Hogrefe. Göttingen
- Heim E (1980) "Stütztherapie" - neu entdeckt? Plädoyer für adaptive Psychotherapien. Psychother Psychosom Med Psychol 30: 261-273
- Henry W, Strupp H, Schacht T, Binder J, Butler S (1993) The effects of training in time-limited, dynamic psychotherapy: Changes in therapeutic outcome. J Consult Clin Psychol 61: 434-440
- Henry W, Strupp HH, Schacht TE, Gaston L (1994) Psychodynamic approaches. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley, New York, S
- Houben A (1975) Klinisch-psychologische Beratung. Ansätze einer psychoanalytisch fundierten Technik. Reinhardt, München
- Horowitz MJ (1979). States of Mind: Analysis of Change in Psychotherapy. New York, London. Basic Books
- Horowitz MJ, Marmar C, Krupnick J, Wilner N, Kaltreider N, Wallerstein R (1984) Personality Styles and Brief Psychotherapy. Basic Books, New York, S 51-57
- Horowitz MJ (1991). Person schemas and maladaptive interpersonal behavior. University of Chicago Press. Chicago
- Gaston L, Piper WE, Debbane EG, Blenvenu JP, Garant J (in press) Alliance and technique interaction in predicting outcome of short and long term dynamic psychotherapy. Psychotherapy Research in press:
- Joyce A, Piper WE (1996) Dimensions and predictors of patient response to interpretation. Psychiatry 59: 65-81
- Junker (1973) @
- Kächele H (1990) Wie lange dauert Psychotherapie? *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 40: 148-151
- Kächele, H. (1992). Die Persönlichkeit des Psychotherapeuten und ihr Beitrag zum Behandlungsprozess. *Zsch psychosom Med Psychoanal.* 38, 27-239.
- Kächele H, Hohage R, Mergenthaler E (1983) Therapie-orientierte Dokumentation in einer psychotherapeutischen Ambulanz - Funktion und Implikation. *Psychother Med Psychol* 33:142-146
- Kächele H, Heldmaier H, Scheytt N (1990) Fokusformulierungen als katamnestische Leitlinien. *Psychother Med Psychol* 35: 205-216
- Kächele H, Kordy H (1996) Indikation als Entscheidungsprozeß.
In: Uexküll, Th von (Hrsg) *Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München, 5. Aufl., S 352-362*
- Klermann GL, Weissman MM, Rounsaville BJ (1984) Interpersonal psychotherapy of depression. Basic Books, New York
- Kordy H. (1983) Bemerkungen zur empirischen Erforschung von Einflußgrößen bei Indikationsentscheidungen, *Zsch. f. personenzentr. Psychologie & Psychotherapie* S.119-131
- Kordy H, Senf W, Lolas F (1984) Symptomatik und Persönlichkeitsstruktur als Einflussgrößen bei der Indikationsentscheidung. In: Czogalik D, Ehlers W, Teufel R (Hrsg) *Perspektiven der Psychotherapieforschung. Einzelfall - Gruppe - Institution.* Hochschulverlag, Freiburg, S 253-267
- Klüwer R (1971) Erfahrungen mit der psychoanalytischen Fokalthherapie. *Psyche* 25:932-947
- Klüwer R (1978) Die Technik der Fokalthherapie. In: Provokation und Toleranz. Festschrift für Alexander Mitscherlich. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M

- Klüwer R (1985) Versuch einer Standortbestimmung der Fokalthherapie als psychoanalytische Kurztherapie. In: Leuzinger-Bohleber M (Hrsg) Psychoanalytische Kurztherapien. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 54-93
- Lachauer R (1991) Fokalthherapie. Verlag für medizinische Psychologie, Göttingen
- Leuzinger M (1984). Psychotherapeutische Denkprozesse. Kognitive Prozesse bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren. PSZ-Verlag, Ulm
- 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
- Loch W (Hrsg) (1967) Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Hirzel, Stuttgart
- Luborsky L (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. Basic Books, New York; dt. (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Luborsky L (1995) Einführung in die analytische Psychotherapie. 2. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Mahler E (1968) Zur Frage der Behandlungstechnik bei psychoanalytischer Kurztherapie. Psyche 22:823 - 837
- Malan DH (1963) A study of brief psychotherapy. Tavistock, London
- Malan DH (1976) The frontier of brief psychotherapy. An example of the convergence of research and clinical practice. Plenum Press, New York
- Mann J (1973) Time-limited psychotherapy. Harvard Univ Press, Cambridge, Mass.
- Meyer AE (ed) (1981) The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. Psychother Psychosom 35:77-220
- Milrod B, Busch F, Cooper A, Shapiro T (1997) Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy. Am Psychiatric Press, Washington
- Paul G (1969) Behavior modification research: Design and tactics. In Franks CM (ed.) Behavior therapy: Appraisal and status (S. 29-62). McGraw-Hill, New York
- Piper W, Joyce A, MacCallum, M, Azim H (1998) Interpretative and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. JCCP 66: 588-567
- Piper WE, Azim FA, Joycew A, McCallum (1991) Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short term individual psychotherapy. Arch Gen Psychiat 48: 946-953
- Piper WE, Joyce AS, Mccallum M, Azim H (1993) Concentration and correspondence of transference interpretation in short-term psychotherapy. JCCP 66: 586-595
- Piper WE, McCallum M, Azim HF, Joyce AS (1993) Understanding the relationship between transference interpretation and the outcome in the context of other variables. Am J Psychotherapy 47: 479-493
- Reik T (1960) The haunting melody.
- Sandler J. (1976). Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. Psyche. 30:297-305
- Schramm E (Hrsg) (1996) Interpersonelle Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart
- Strupp HH, Binder JL (Hrsg) Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Book, New York; dt. (1991) Kurzpsychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Sifneos PE (1972) Short-term psychotherapy and emotional crisis. Harvard Univ Press, Cambridge, Mass.
- Silberschatz G (1997) Differences between short and long term therapies: a comparison of outcome and follow-up data. PPRS II, Ulm
- Streeck S (1989) Die Fokussierung in Kurzzeittherapien. Eine konversationsanalytische Studie. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Streeck U (1991) Klinische Psychotherapie als Fokalbehandlung. Zsch psychosom Med 37: 3-13
- Svartberg M, Stiles TC (1991) Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology 59: 704-714
- Svartberg M, Stiles TC (in press) Therapeutic alliance, therapist competence, and client change in short-term anxiety-provoking psychotherapy. Psychotherapy Research

- Szewkies, J., & Kächele, H. (1993). _Die Fremdwahrnehmung des Therapeuten durch Mitarbeiter, Studenten und Patienten - eine Studie zur therapeutischen Abstinenz. Budapest: Society for Psychotherapy Research
- Thomä H (1980) Fokale Psychotherapie. In: Lungershausen E, Wörz R (Hrsg) Zeitfragen der Psychiatrie. Deisinger, Günzburg, S 157-171
- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 1: Grundlagen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo; 3. Aufl. 2006a
- Thomä H, Kächele H (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 2: Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo; 3.Aufl. 2006b
- Strupp HH, Binder J (1984) Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books, New York; dt. (1991) Kurzpsychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Thomä H (1981) Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Vessey J, Howard K, Lueger R, Kächele H, Mergenthaler E. (1994). The clinician's illusion and the psychotherapy practice. An application of stochastic modeling. J cons clin psychol 62: 679-685
- Westmeyer (1981) Allgemeine methodologische Probleme der Indikation in der Psychotherapie. In: Baumann U (Hrsg) Indikation zur Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München, S 187-198