

75. Kächele H, Dengler D, Eckert R, Schnekenburger S, Scheytt N, Heldmaier M (1988) Der zentrale Beziehungskonflikt am Anfang und Ende einer Kurztherapie. In: Luborsky L, Kächele H (Hrsg) *Der zentrale Beziehungskonflikt - ein Arbeitsbuch*. PSZ-Verlag, Ulm, S 99-129

Veränderung des zentralen Beziehungskonfliktes durch eine Kurztherapie

H. Kächele, D. Dengler, R. Eckert & S. Schnekenburger

Einführung

Die empirische Untersuchung des Übertragungskonzeptes (Freud, 1912b) ist bislang nur mit wenig Erfolg betrieben worden. Luborsky und Spence (Luborsky & Spence 1978) haben die bis dahin vorliegende Literatur mit dem kritischen Kommentar zusammengefasst, "daß quantitative Forschung zur übertragungsbedingten Reaktion des Patienten auf den Analytiker ist dürftig geblieben, obwohl die Kliniker die Übertragung in den Mittelpunkt der angestrebten Veränderung in einer wirksamen psychoanalytischen Behandlung setzen..... Ein Großteil der vorliegenden Forschung muß im Hinblick auf seine Repräsentativität für das klassische Konzept als problematisch betrachtet werden" (S.343).

1. Die ZBK - Methode

Eine Methode zur Erfassung der konsistenten Übertragungsaspekte wurde von Luborsky 1977 entwickelt, der er die Bezeichnung "Core Conflictual Relationship Theme" zu deutsch zentraler Beziehungskonflikt Thema gab (Luborsky 1984). Sie besteht in einem strukturierten Vorgehen, mit dem der Inhalt der zentralen Beziehungsmuster in therapeutischen Sitzungen ermittelt werden kann. Das Material, aus dem das ZBK herauspräpariert werden kann, besteht aus sog. Beziehungsepisoden (BE); dies sind mehr oder minder kürzere Erzählepisoden über wichtige Beziehungen, wie sie des öfteren von Patienten in Behandlungsstunden über die Beziehung zu Vater, Mutter, Geschwister, Berufskollegen und Therapeut berichtet werden. Diese werden anhand von Verbatimprotokollen identifiziert und im Transkript markiert; in einem zweiten Schritt werden durch die Beurteiler die Elemente des ZBK bestimmt. Die Grundannahme des Verfahrens beruht auf der Vorstellung, daß die

Schilderung von Beziehungserfahrung für den Patienten prototypische und charakteristische Subjekt -Objekt Handlungsrelationen enthält, die in den narrativen Episoden deshalb zum Vorschein kommen, weil sie dort wie eingetragene Klischees sichtbar gemacht werden können.

Die in unregelmäßiger Folge auftretenden Beziehungsepisoden (BE) werden in folgender Weise ausgewertet und zusammengefasst:

Der ZBK-Beurteiler liest die BE's in einem Transkript und identifiziert in jeder BE drei folgende Komponenten:

- a) die Wünsche, Bedürfnisse und Absichten des erzählenden Subjektes an die andere Person des Narrativs (Kategorie W)
- b) die Reaktionen dieser anderen Person (Kategorie RO)
- c) die Reaktionen des Subjekts (Kategorie RS)

Aus den identifizierten Elementen wird die zusammenfassende Formulierung des zentralen Beziehungskonfliktes gebildet. Einzelheiten des Verfahrens sind bei (Luborsky et al. 1988).

In diesem Beitrag werden die Veränderungen des ZBK durch eine psychodynamische Kurztherapie diskutiert.

2. Das Erstinterview

2.1 Klinische Darstellung

Ein 23jähriger Student wird an unsere Beratungsstelle von einer Analytikerin einer anderen Universitätsstadt vermittelt, wo er noch vor einem halben Jahr Jura studierte. Inzwischen hat er das Studienfach und Studienort gewechselt. Nach einigen Beratungsgesprächen wurde dem Patienten empfohlen, sich um einen Behandlungsplatz für eine Psychoanalyse bei uns zu bemühen. Weitere Vorklärungen mit dem hiesigen Studentenberater warfen die Frage auf, ob nicht eine Fokaltherapie eine der Lebenssituation des Patienten angemessene Form der Behandlung sein könne. Das folgende Interview sollte diese Frage klären.

Im ersten Gespräch spricht der Patient zunächst von seinen Kontrollzwängen. Diese äußern sich vor allem darin, daß er sich - wenn er in ein Haus hineingegangen ist, sich umdrehend auf den Boden schauen muß. Er hat dabei das Gefühl, es fehle ihm etwas, als habe er etwas verloren oder vergessen. Dies passiert auch bei anderen Gelegenheiten, doch hauptsächlich in diesem Rahmen. Im Elternhaus ist der Zwang noch stärker.

Die Symptome traten zunächst phasisch auf, mit einem Ansteigen in den kälteren Jahreszeiten. Es gibt auch heute noch Unterschiede in der Intensität, abhängig von psychischen Belastungen. Der Patient kann sich genau an ein Erlebnis im 12. Lebensjahr erinnern, das er als Auslöser betrachtet. Bei einem Spiel im Wald stieg er zwischen zwei Stapel mit Baumstämmen; darauf setzten sich dann andere Kinder, ältere Buben - und drohten ihm an, ihn nicht mehr heraus zu lassen. Dabei bekam er heftige Angst. Am nächsten Tag fuhr er zu der Stelle zurück und hatte dabei das Gefühl, ihm fehle etwas.

Der Patient berichtet weiter, daß er sich beim Lernen selber einen Zwang auferlegt hat, sich eingeengt hat, dieses jedoch durch den Erfolg kompensiert und nicht bemerkte. Er habe auch zunächst in A. Jura studiert, doch dabei auch zuwenig Freiraum gehabt. Er studiere nun Sozialpädagogik in seiner Heimatstadt, was ihm mehr Spielraum lasse und ihm angenehme Fächer biete. Er lebt mit einer Freundin und deren dreijährigen Sohn zusammen, den diese aus einer früheren Beziehung mitgebracht hat. Der Patient empfindet das Dasein dieses Kindes als sehr positiv für sich. Er kann nur schwer allein sein; als er in A. noch studierte, fuhr er jedes Wochenende nach Hause. Der Patient hat jedoch auch Angst vor psychischer Abhängigkeit; dabei kommt er auf Streitsituationen mit seiner Freundin zu sprechen. Dabei geht es auch um seine Zwangssymptome, die Enge und Verkrampftheit von ihm übertragen sich manchmal auf die Freundin.

An dieser Stelle fragt der Patient, ob die Video-Anlage laufe; auf die Bejahung hin meint er, er habe damit gerechnet und es enge ihn nicht ein. Als der Therapeut ihn auf seine Freundlichkeit anspricht, meint der Patient, das werde schon noch anders werden; momentan fühle er sich gefasst und beherrscht. Dann kommt der Patient auf sein sog. Suchtverhalten zu sprechen, nämlich daß er durch Essen, Trinken und Rauchen psychische Belastungen kompensiere. Allerdings habe er dies durch eine Diät im Griff, nur auf das Rauchen könne er nicht verzichten, dabei kann er Spannungen in die Luft pusten. Der Therapeut bekräftigt, um diese Spannungen ginge es und spricht dann die Erfahrungen mit der Therapeutin an der Studentenberatung an: der Patient meint, dies seien nur Vorgespräche gewesen, doch für ihn war es ein Erfolg, daß sich die Notwendigkeit einer Therapie herauskristallisiert habe. Durch die Symptome gehe für ihn nämlich Zeit kaputt und er möchte auch seine Lebensqualität verbessern.

Beim weiteren Bericht übers Studium lacht der Patient, als er über die Schwierigkeiten eine Arbeitsstelle zu kriegen, spricht. Der Therapeut weist ihn auf die unangemessene Reaktion hin, wobei der Patient dann sein Lachen rationalisierend begründet. Finanzielle Enge erlebt der Patient, trotz geringem Einkommen, nicht.

Gegen Ende des zweiten Drittels der Stunde fragt der Therapeut, wie der Patient das Gespräch empfinde. Der Patient meint dazu, vorerst sei es eben an ihm, dem Therapeut, Informationen zu geben. Der Therapeut fragt weiter nach dem Vergleich zwischen ihm und der früheren Therapeutin bzw. dem

Vorinterviewer an der Ulmer Ambulanz. Darauf kann der Patient aber nicht viel Neues sagen.

Der Therapeut meint, im Patient sei etwas, was stärker ist als der Patient zeigen könne; der Patient meint, daß er über beträchtliche Triebpotentiale verfüge.

Der Patient unterstreicht, daß ein Zurückgehen auf die Kindheit sinnvoll wäre. Der Therapeut ergänzt, daß es auch wichtig sei, was heute dazu beitrage, daß der Patient Symptome bilde. Er der Therapeut sieht auch mehr ein Suchen als ein Kontrollieren beim Patient. Gegen Ende der Stunde herrscht Organisatorisches vor: der Patient geht davon aus, daß die Behandlung lange dauern wird, da sich die Symptome schon über einen langen Zeitraum entwickelt haben. Er finde auch sonst keine weiteren Anhaltspunkte für eine Entstehung in der Gegenwart, z. B. im sexuellen Bereich habe er keine Schwierigkeiten.

Der Therapeut meint, es werde nicht lange dauern müssen, er schlägt 30 Behandlungsstunden vor. Auf die Frage des Patienten, was dies für eine Therapie sei, ob Verhaltenstherapie, antwortet der Therapeut, keine Verhaltenstherapie, sondern so etwas wie sie es heute gemacht hätten. Der Patient will nicht nur seine Symptome los werden, sondern insgesamt lockerer werden. Zum Schluß berichtet er noch über psychosomatische Beschwerden, über eine hypertone Blutdruckkrise (RR 180) und einen Hörsturz. Der Therapeut weist auf eine Narbe hin, die auf der Stirn des Patienten sichtbar sei, worauf sich herausstellt, daß der Patient in einen Autounfall verwickelt war, der für einen Freund des Patienten tödlich ausging.

Als der Therapeut meint, die Spannungen hätten etwas mit heftigen, zerstörenden Gefühlen zu tun, will der Patient gleich eine Vorschrift für sich daraus machen. Der Therapeut erwidert, er sei zunächst wichtig, etwas aufzuzeigen.

Aufgrund der Vorinformationen hatte der Interviewer 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 interviewenden Analytiker von großer subjektiver Bedeutung, daß der Patient ihm einen starken Eindruck eines Jugendlichen machte, des Adoleszenten, der in seinen Ablösungsprozess gescheitert war.

Von seinen Eltern war in diesem Erstgespräch noch nicht die Rede; erst in den folgenden Stunden erfuhr der Therapeut folgendes von 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 auch mit der traumatischen Erfahrung.

Bei der Beratung an seinem früheren Studienort wurde der Behandlungswunsch in ihm bestärkt. Die Therapeutin gab dem Patienten die Empfehlung mit, eine langfristig orientierte Therapie aufzugreifen. Mit dem skizzierten biographischen Material 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 zuwenig 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 zuwenig 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 Kindheits-erinnerung 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.

Weitere Themen lassen sich unschwer finden; ebenso lässt sich eine weitere Ausdifferenzierung dieser globalen thematischen Strukturen vorstellen, die in zunehmendem Maße auch die speziellen psychoanalytischen Theoreme heranziehen würde. So berichtet der Patient später, daß er ohne Schuldgefühle zu Hause masturbiert habe, er sei nie erwischt worden und sein Sperma sei die natürlichste Sache der Welt. Die ausgiebig betriebene Selbstbefriedigung bei gleichzeitiger Zurückhaltung Mädchen gegenüber geben Hinweise auf spezielle Verknüpfung seiner ödipalen Sexualität mit präödipalen Wünschen.

Wir belassen es bei diesen Überlegungen: die in X. gestellte Indikation zu einer Psychoanalyse erscheint einleuchtend, wenn nicht die Interviewerin eine Frau gewesen wäre, deren betonte Hervorhebung der "frühen Bedürftigkeit" des Patienten im Erstinterview-Bericht einen interaktionellen Aspekt schon in der Indikationsstellung beleuchtet. Die oft vertretene subjektive Indikation wird anhand solcher Beispiele nachvollziehbar; sie stellt aber oft nicht viel mehr als eine Verwirklichung bereits früh angelaufener Übertragungs-Gegenübertragungs-Verschränkung dar, der wir nicht zu entkommen vermögen, der wir aber kritisch auf der Spur sein sollten, besonders dann, wenn wir unsere Lieblingsindikationen stellen.

Aus ganz anderen 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.

2.2. Die Erhebung des ZBK

Die Auswertungen für den ZBK der initialen Sitzung, die Erhebung der BEs und die Formulierung des ZBK erfolgte durch zwei Beurteiler in gemeinsamer Arbeit (D. Dengler & R. Eckert); Reliabilitäten wurden für die Erfassung noch

nicht gerechnet, da die Beurteiler sich selbst noch in der Schulungsphase befinden. Wir glauben aber festhalten zu können, daß die gemeinsame intensive Arbeit doch für eine inhaltliche Validität der ausgewählten Textstellen bürgt.

Im Folgenden geben wir nur eine zusammenfassende Darstellung der schrittweisen Erhebung des ZBK.

Erhebungsbogen der 1. Stunde

Wunsch

Be*1 Mit älteren Freunden was zusammenmachen.

BE*2 Freiraum bekommen.

BE*3 Erfolg haben.

Be*3 (Anderen gut gefallen.)

BE*4 Alleine und unabhängig leben können.

BE*5 Loskommen von der Symptomatik.

BE*6 Aus sicherer Position Probleme offenbaren.

BE*7 Symptomatik verstehen (und loswerden).

BE*8 Bewältigung von Symptomatik und Engegefühl.

BE*9 Bewältigung der Zwangssymptome.

BE*10 Längerfristige Zuwendung und Hilfestellung von außen.

Be*11 Freiwerden von Symptomen.

BE*11 (Freigemacht werden von Symptomen durch ärztliche Hilfe.)

BE*12 Will Freund von Schuld entlasten.

negative Reaktion des Objektes (RO):

BE*1 Einsperren, sich bemächtigen
BE*5 Freundin fühlt sich eingeengt
BE*6 Deckt Unsicherheit auf
BE*8 Ansprechen nur oberflächlicher Auswirkungen
BE*8 Gibt zu wenig Ratschläge
BE*10 Aufforderung zur Eigenständigkeit (zu wenig Hilfe)
BE*12 Fühlt sich schuldig (am Tod)

positive Reaktion des Objektes (RO):

BE*5 Die Freundin akzeptiert ihn mit Symptomatik
BE*5 Sie tröstet ihn
BE*11 Sie gibt Verständnis und Unterstützung

negative Reaktion des Selbst (RS):

BE*1 Platzangst, Engegefühl
BE*2 Perfektionszwang, Zwanghaftigkeit
BE*3 Einengung
BE*4 Flucht in Familie, Hobbies, Arbeit
BE*7 Gefühl der Leere
BE*8 Unzufriedenheit
BE*9 Überforderung durch Druck und eigene Probleme
BE*9 Verärgerung über sich selbst
BE*10 Enttäuschung
BE*12 Eingeengt durch Schuld des Freundes

positive Reaktion des Selbst (RS):

BE*2 Ausweichen durch Studienfachwechsel
BE*5 Kurzfristige Erleichterung
BE*6 Versucht mit Freundlichkeit die Beherrschung zu bewahren
BE*6 Versucht zu gefallen
BE*7 Hinterfragen des Symptoms
BE*8 Entscheidung für aufdeckende Analyse
BE*11 Stellt Symptome übersteigert dar
BE*12 Er hilft einem Freund

Aus dieser Auflistung werden nun übergeordnete Kategorien gebildet, die im sog. summary scoresheet aufgeführt sind:

Zusammenfassung

W:

Freiwerden von Enge, die die Symptomatik und die Mitmenschen schaffen
BE*2,4,5,6,7,8,9,11

Erfolg haben im Kontakt mit Mitmenschen
BE*1,3,4,12

Hilfe von anderen zur Problembewältigung
BE*10,11

pRO:
Verständnis und Unterstützung
BE*5,11

nRO:

Fordern und Einengen
BE*1,6

Mangelnde Hilfe durch Ärzte
BE*8,10

Freundin durch ihn eingeengt
BE*5

pRS:
Versuche, die Einengung zu bewältigen
BE*2,5,7,8,11

Versuche Mitmenschen zu gefallen
BE*6,12

nRS:
Gefühl der Einengung durch andere und durch eigene Struktur
BE*1,2,3,7,9,12

Unzufriedenheit und Ärger
BE*8,9,10

Ausweichen, Flucht
BE*4

Nach der Logik des ZBK werden nun die häufigsten Komponenten zu den zentralen Strukturkomponenten erklärt und bilden den zentralen Beziehungskonflikt:

Der zentrale Beziehungskonflikt am Anfang der Behandlung

Wunsch

Freiwerden von Enge, die Symptomatik und Mitmenschen für ihn schaffen

negative Reaktion des Objektes:

Mangelnde Hilfe von anderen (Ärzten)

positive Reaktion des Objektes:

Verständnis und Unterstützung

negative Reaktion des Selbst:

Gefühl der Einengung durch Handlungen anderer und eigener Struktur

positive Reaktion des Selbst:

Versuche, die Einengung zu bewältigen

3. Die Stunde 29

3.1 Klinische Darstellung

Der Verlauf dieser Therapie wird im Folgenden nicht weiter erörtert; über ihn ist nichts Ungewöhnliches zu vermelden. Der Patient kam willig, und in vertrauter Weise wurden die verschiedenen thematisch vorstrukturierten

Bereiche, wenn auch in unterschiedlicher Intensität, durchgesprochen und bearbeitet.

Die letzte Stunde dieser Behandlung ist vom Thema des Abschiedes und vom Rückblick auf die Therapie geprägt. Gleich zu Beginn der Stunde wird deutlich, daß der Patient die zu einem Abschied gehörigen Gefühle nicht direkt benennen oder besprechen kann; in seinem non-verbalen Duktus wirkt er aber deutlich bedrückt. Er weicht - quasi als metaphorische Darstellung - auf die Schilderung eines Filmes aus, der sich mit Krebserkrankung und Sterbehilfe beschäftigt. Mit Affekten, die die aktuelle Situation betreffen, geht er rationalisierend um (z. B. "ich weiß ja, daß ich nicht beständig in Therapiephasen leben möchte").

Im Rückblick stellt der Patient zunächst das Gefühl des Zu-kurz-gekommen-Seins in den Vordergrund. Daraus entwickelt der Therapeut interpretativ die Differenzierung in die polaren Themen: Geben und Nehmen, d. h. er bearbeitet sicher nicht zum ersten Mal, daß das negativ sich auswirkende Gefühl eines passiven Zustandes durch aktives Gestalten geändert werden kann. Geben und Nehmen wird an zwei Personen exemplarisch festgemacht, mit denen auch verschiedene Lebensabschnitte verbunden sind: die Beziehung zum Vater in der Kindheit und die Beziehung zur Freundin in der Gegenwart. Auch im beruflichen Bereich ist dieses Thema schon aufgetaucht, allerdings im Zusammenhang mit der Schwierigkeit, Entscheidungen zu treffen .

Nachdenklich kann der Patient ausdrücken, daß er gern gekommen sei. Eine wichtige Erfahrung war für ihn, daß Handlungen und Wünsche vom Therapeuten nicht sanktioniert wurden. Das helfe ihm dabei, sich mehr zu nehmen und sich über Wünsche und Erwartungen klar zu werden. Als Mangel hat er entdeckt, daß es ihm häufig nicht gelingt, seine Gefühle adäquat auszudrücken. Dadurch habe er sich dem Therapeuten gegenüber zu sehr zurückgenommen. Deutlich wird das an einer Passage, in der der Therapeut das Gefühl der Zärtlichkeit zwischen Männern benennt; der Patient kann das weder von sich weisen noch es als für ihn spürbar bejahen.

In seiner Beziehung zur Freundin sieht der Patient nun deutlicher, daß diese doch einiges von ihm verlangt, wo er sich überfordert fühlt. Er verspürt nur noch wenig Neigung, diesen Forderungen nachzukommen. Weiterhin ist deutlich, daß im Vergleich zum Beginn der Behandlung der Patient sich nicht mehr selbstverständlich als "Vater" des Buben sieht, sondern er vermittelt eine spürbare Entschlossenheit, die Beziehung nicht um jeden Preis fortzusetzen.

Betrachtet man die letzte Stunde auf dem Hintergrund der in der Diskussion der ersten Stunde aufgeführten drei Themenbereiche, die sich nach dem Erstinterview als zentral herausgestellt haben, so zeigt sich, daß diese am Therapieende ein nach wie vor aktuell und dynamisch relevant sind. Allerdings läßt sich eine veränderte Einstellung des Patienten zu diesen Themen beobachten.

Das erste Thema, die Vorstellung des Patienten, zu kurz gekommen zu sein, wird differenzierter und konstruktiv nutzbar, wenn man den Zusammenhang zu "Geben und Nehmen" herstellt. Der Patient sieht nun die unglückliche Verbindung zwischen seinem Mangelempfinden und der eigenen Passivität. Dadurch eröffnet er sich die Möglichkeit, in Zukunft andere Strategien auszuprobieren, durch aktives Handeln seine Umwelt zu gestalten und damit den Mangelgefühl entgegenzuwirken.

Interpretiert man die Passivität des Patienten auf der Ebene des negativ-ödipalen Konfliktes (Thema 2), so müsste eine Veränderung in einer Aufgabe und Überwindung der Identifikation mit der (vom Vater verlassenen) Mutter zu erwarten sein und ein verstärktes Rivalisieren mit dem Vater erkennbar werden. Dies lässt sich an der Beziehung zur Freundin belegen, die er wesentlich kritischer sieht und wo er die bisherige Rollenverteilung mehr und mehr in Frage stellt. In seinem Verhalten in der Interaktion mit dem Therapeuten vermittelt der Patient eine diffuse und indifferente Haltung. Er kann seinen Ärger darüber, daß seine geäußerten Erwartungen nicht erfüllt wurden, keinen Ausdruck verleihen. Die Enttäuschung über das Ende der Therapie wird zwar affektiv-nonverbal spürbar, aber kann inhaltlich nicht durchgearbeitet werden.

Thema 3, das sich um Neid und der daran hängenden Rivalität in der Geschwisterbeziehung dreht, spielt in der 29. letzten Stunde nur eine untergeordnete Rolle.

Insgesamt gewinnt man den Eindruck, daß der Patient sich mit dem aggressiv-kämpferischen Affektbereich in wechselnder Ausprägung auseinandersetzen kann; er kann ihn noch nicht offen verbalisieren. Insgesamt wirkt der Patient weniger verzweifelt, offener, weniger freundlich - wenn wir seine Freundlichkeit als Reaktionsbildung verstehen - und nachdenklicher.

3.2 Der zentrale Beziehungskonflikt in der 29. Stunde

Scoresheet der Stunde 29

W:

BE*1 Entscheidung finden über Beziehung zur Freundin.
(Aufrechterhaltung der Beziehung)

BE*2 Ich will Entscheidungen fällen können.

ZBKT einer Kurztherapie

BE*3 (Ich will mich entscheiden können)

Ich will mich noch nicht von meiner Freundin trennen.

BE*4 (Ich wäre gerne frei von Abhängigkeit und aktiver)

Ich möchte ein Rezept für die Lösung meiner Probleme.

Ich will Anerkennung, positive Beurteilung.

BE*5 Ich will ohne Therapeut auskommen können.

BE*6 Ich will nicht eingeplant sein

BE*7 Ich will die auf mir lastende Spannung loswerden.

BE*8 (Ich will durch körperliche Aktivität Spannung loswerden)

BE*9 (Ich will meinen Geschwistern nahe sein)

nRO

BE*1 Kämpft, streitet mit Freundin

BE*3 Wartet ab, kann sich nicht entscheiden

BE*4 Weigert sich 1 Rezept zu geben

BE*6 Plant ihn ein, erwartet etwas

BE*8 Drückt sich

Macht Alleingang fürchtet Konkurrenz

BE*9 Finden ihn lästig, wollen alleine sein

pRO

BE*1 Gestalttherapie, also Bemühung

BE*4 Sanktioniert und wertet nicht

Dient als klärender Partner in Konfliktsituationen

Gibt Geborgenheit und Anerkennung

BE*5 Gibt Hilfestellung

BE*9 Finden ihn interessant

nRS

BE*1 Leidet unter Differenzen und Kampf

BE*2 Wartet auf Entscheidung Anderer

BE*3 Kann sich nicht entscheiden

BE*5 Ist traurig über den Abschied

BE*6 Hat ein schlechtes Gewissen

BE*7 Hat Angst sich zu überfordern, Kontrolle zu verlieren

BE*8 Ärgert sich über Freundin

pRS

BE*1 Gestalttherapie, also Bemühung

BE*4 Erkennt und versteht Konflikte

Kommt gerne zur Stunde

Findet Therapeut schwer zu ertragen

BE*6? Beschäftigt sich pflichtbewußt mit Sohn

BE*7 Ist körperlich aktiv

BE*8 Regt gemeinsame körperliche Aktivität an

Ist bereit auf Freundin Rücksicht zu nehmen

BE*9 Bemüht sich aktiv um Nähe

Zusammenfassung

W:

Ich will Entscheidungen fällen können

BE*1,2,3

Ich will unabhängig sein (auch von Spannung)

BE*4,5,6,7,8

nRO:

Bemühen sich um seine Person und
akzeptieren ihn

BE*1,4,5,9

pRO:

Reagieren nicht adäquat auf seine
Unabhängigkeitsbestrebungen
Weigert sich ein Rezept zu geben

BE*1,3,6,8
BE*4

Finden ihn lästig

BE*9

nRS:

Leidet unter seiner Unfähigkeit unabhängig
von anderen Entscheidungen treffen zu
können

BE*1,2,3,6,7,8

Ärgert sich

BE*8

Ist traurig über den Abschied

BE*5

pRS:

Versucht seine Lebenssituation zu verstehen und zu verbessern

BE*1,4,7,8,9

Der zentrale Beziehungskonflikt am Ende der Behandlung

W:

Ich will fähig sein Entscheidungen treffen zu können, die mir ein unabhängiges ausgeglichenes Leben ermöglichen.

nRO:

Reagieren nicht adäquat auf seine Unabhängigkeitsbestrebungen.

pRO:

Helfen ihm bei seinen Problemen und akzeptieren ihn.

nRS:

Leidet unter seiner Unfähigkeit unabhängig von Anderen Entscheidungen treffen zu können.

pRS:

Versucht seine Lebenssituation zu verstehen und zu verbessern.

4. Das erste katamnestische Interview

Psychoanalytische Behandlungen tendieren dazu, zum Zeitpunkt der Beendigung eher eine Intensivierung der Konflikte dadurch eine klinisch schwächere Position des Patienten sichtbar werden zu lassen, da die Abschiedssituation doch recht oft zu einer Wiederbelebung der kindlichen Ängste führt (s. (Strupp & Binder 1984). Deshalb sind katamnestische Gespräche gut geeignet, nach angemessener Zeit die Verarbeitung der Trennung und die Adaption der Therapieerfahrung aufzuweisen.

Ein Jahr nach der 29 stündigen Behandlung - die einen Behandlungszeitraum von ca 9 Monaten umfasste, meldete sich der Patient spontan, so wie vereinbart worden war.

Zunächst berichtet er über die Veränderungen seit der Beendigung der Behandlung. Er selbst bewertet diese durchaus positiv. Kurz nach Beendigung hat er sich auch von seiner Freundin getrennt und ist zu seinen Eltern gezogen, wo er in einem separaten Stockwerk lebt. Seine Symptomatik habe sich weiter verbessert, so daß er sich dadurch nicht mehr behindert fühle.

Ausführlich schildert er dann seine Erfahrungen bei einem Berufspraktikum. Er scheint durch die Therapie die Fähigkeit erworben zu haben, mit seinem Ärger und seiner Enttäuschung anders umzugehen als früher: er kämpfe mehr für seine Vorstellungen und sei nicht mehr so kompromißbereit wie früher.

Der Therapeut interessiert sich verständlicherweise für die Ausgestaltung der jetzigen Lebenssituation des Patienten unter einem Dach mit den Eltern; gegen diese hatte er zum Beginn der Behandlung sich sehr abgegrenzt, aus einer offenkundigen Angst vor regressiven Wünschen. Der Patient meint, er vertrete offen seine Meinung den Eltern gegenüber, weshalb es gelegentlich zu Auseinandersetzungen - vor allem mit der Mutter - komme. Ihm gelinge es jetzt mehr, sich deren Ansprüchen zu entziehen. Allein um der Geborgenheit willen, würde er sich nicht mehr unterordnen. Diese Beschreibung ist klinisch besonders für den Veränderungsprozess relevant, denn mit der Mutter war er ja besonders identifiziert, wie wir eingangs beschrieben haben.

Als Anlass der Trennung von der Freundin beschreibt der Patient ein Ereignis, durch das ihm klar geworden sei, daß es weniger Liebe als vielmehr der Wunsch nach Geborgenheit gewesen sei, was ihn an die Freundin gebunden habe. Er stimmt der Vermutung des Therapeuten zu, die Trennung vom Therapeuten habe ihm die Trennung von der Freundin erleichtert. Braucht er die Stütze (die Therapie) nicht mehr, so kann er auch auf die Krücke (die Freundin) verzichten.

Der Patient thematisiert auch die Rahmenbedingung der Video-Aufnahme. Dies habe ihn während der ganzen Therapie beschäftigt, er sei aber erst jetzt in der Lage, offen darüber zu sprechen, daß er sich dadurch gehemmt gefühlt habe. Er äußert die Befürchtung, die Therapeut habe sich nur aus Forschungsgründen für ihn interessiert, nicht weil er ihn als Person attraktiv gefunden hätte.

Das Gefühl, zuwenig bekommen zu haben, besteht für ihn noch immer; er führt es nun selbstkritisch auf seine Haltung zurück, sich zu wenig zu nehmen, womit er vielleicht nur eine Identifikation mit der Deutungsstrategie des Therapeuten zeigt oder hat er es für sich akzeptiert ? In diesem Gespräch demonstriert er allerdings ein Beispiel für eine Änderung in dieser Einstellung. Er stellt dem Therapeuten direkte Fragen zu dessen Person und lässt sich auch durch dessen Zurückhaltung nicht von seiner Neugier abbringen. Als sein Hauptproblem, das unverändert bestehe, nennt er den Mangel, seine Gefühle adäquat ausdrücken zu können. Eine mögliche Lösung, mit diesem Mangel umzugehen, liegt für ihn in der Idee, ihn als Bestandteil der eigenen Persönlichkeit zu akzeptieren und sich gelassen auf die eigenen Schwächen einzustellen.

Diese reflektierende Position wäre genau auf die Mikrodynamik zu untersuchen. Wirkt der Patient überzeugend oder drückt er eine defensive Bewegung aus: ist das Mangelgefühl existentiell oder ist es fortgesetztes Ausdruck eines Vorwurfes, ist es ein narzistisches Problem oder ein triebtheoretisch zu fassendes.

Während des Katamnesengesprächs wirkt der Patient ernst und bedacht. Im Vergleich mit früheren Stunden ist er in seinen Äußerungen differenzierter und klarer. Er schneidet wichtige Themen selbst an und stellt auch selbst Zusammenhänge her. Insofern gestaltet er das Gespräch aktiv und vertritt auch seine Position dem Therapeuten gegen über beharrlich.

Die drei zentralen Themenbereiche des Erstgesprächs sind auch die Kernthemen der Katamnese.

Zum Thema 1, dem Gefühl 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. Was im Sinne unbewusster und bewusster Wünsche, steckt in dieser Sehnsucht: Brust und / oder Phallus - das ist hier die Frage. 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 des oral-phallischen Kontaktmodus gehören könnte (dies im Sinne des Eriksonschen Schemas von Modi [Erikson, 1952 #1663]). 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.

Auch in Bezug auf Thema 2 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 Kräfteressen zwischen zwei Männern, zwischen Vater und Sohn.

Einen weiteren Hinweis auf eine Änderung seines negativ-oedipalen Beziehungsschemas stellen auch seine Überlegungen über seine eigene Attraktivität auf Frauen dar. Im Moment will er allerdings keine neue Beziehung eingehen, da er befürchtet, gleich wieder in Besitz genommen zu werden.

Im Gegensatz zur letzten Stunde der Behandlung drückt der Patient in dieser katamnестischen Sitzung einige Male aggressive Affekte aus. Er äußert seinen Ärger über berufliche Arbeitsbedingungen, über seine frühere Freundin und seine Mutter. Auch dem Therapeuten gegenüber macht er Unzufriedenheit und Enttäuschung deutlich.

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.

4.1. Der ZBK der katamnестischen Sitzung

Der zentrale Beziehungskonflikt dieser katamnestischen Sitzung würde uns in die Lage versetzen, die zeitliche Stabilität des ZBK zu diskutieren. Wir planen allerdings noch eine weitere katamnestische Sitzung und werden dann über die ZBK dieser beiden zeitlich über ein Jahr auseinanderliegenden Katamnesestunden berichten.

Für den Leser ist es vielleicht wichtig zu wissen, daß die klinische Beschreibung der 29. Stunde und des Katamnesengesprächs nicht vom behandelnden Therapeuten (HK), sondern von zwei Mitarbeitern (M. Heldmaier & N. Scheytt) auf der Basis der Video-Aufzeichnungen verfertigt wurden; wir denken, daß wir die beschriebenen Veränderungen damit nicht nur "wie die Schönheit im Auge des Betrachters finden" (Parloff, 1962), sondern daß diese auch ein fundamentum in re haben.

Freud S (1912b) Zur Dynamik der Übertragung. S 363-374, GW Bd 8

Luborsky L (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. Basic Books, New York

Luborsky L, Spence DP (1978) Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Garfield SL, Bergin AE (Hrsg) Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis, 2nd edn. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane, S 331-368

Kächele H, Luborsky L, Thomä H (1988) Übertragung als Struktur und Verlaufsmuster - zwei Methoden zur Erfassung dieser Aspekte. In: Luborsky L, Kächele H (Hrsg) Der zentrale Beziehungskonflikt- ein Arbeitsbuch. PSZ-Verlag, Ulm, S 8-21

Parloff MB, Rubinstein EA (1962) Research problems in psychotherapy. In: Rubinstein EAP, M B (Hrsg) Research in psychotherapy. American Psychological Association, Washington DC, S 276-292

Strupp HH, Binder J (1984) Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books, New York