

Kächele H, Heldmaier M, Scheytt N (1990) Fokusformulierungen als katamnestische Leitlinie.  
*Prax Psychother Psychosom* 35: 205-216

**Fokusformulierungen als katamnestische Leitlinien :**  
Zur Beurteilung einer psychodynamischen Kurztherapie.

Horst Kächele, Mattias Heldmaier, Nicola Scheytt (Ulm)

**Zusammenfassung:**

Eine psychodynamische Kurztherapie wird mit Hilfe der vom Therapeuten formulierten Foki anhand der video-aufgezeichneten Gespräche evaluiert. Statt den Verlauf zu beschreiben werden die Anfangs- und Endstunde und zwei katamnestische Gespräche im Hinblick auf Veränderungen ausgewertet. Es kann gezeigt werden, dass der Prozess der inneren Auseinandersetzung auch nach der 29stündigen Therapie sich fortsetzt und weitere Entwicklungen möglich sind.

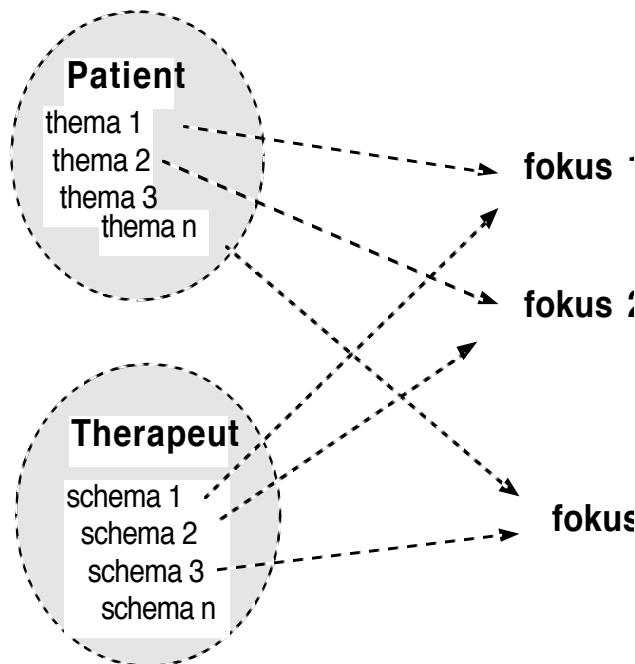
## 1. Einleitung: Das Konzept des Fokus

Das psychoanalytische Konzept des Fokus weist im klinischen Gebrauch zwei Bedeutungen auf. Wir sprechen einerseits vom "fokussieren" - und meinen dabei eine heuristische Strategie des Therapeuten, die sich aus der Begrenztheit der Informationsaufnahme- und -verarbeitung ergeben und die eine Gerichtetheit der Aufnahmebereitschaft sowohl annehmen als auch dem Therapeuten verordnen:

"Im Kopf des Analytikers treten der Funktionszustand maximaler Informationsgewinnung (die gleichschwebende Aufmerksamkeit) und die Organisation der gewonnenen Information unter dem jeweils prägnantesten Gesichtspunkt (Das Fokussieren) wechselweise in den Vordergrund" (Thomä u. Kächele 1985, S.358). Andererseits sprechen wir vom Fokus als einer hypothetischen Eigenschaft des vom Patienten vorgebrachten Materials, die in einer systematischen Beziehung zum Konzept der Übertragung steht. Diese Beziehungstiftung geht auf die frühen Untersuchungen von French (1952) zurück. Dieses Konzept wurde im Rahmen einer kognitiv orientierten Analyse von Träumen entworfen; dieses wurde von Seitz (1966) in einer Untersuchung zur Konsensus-Fähigkeit von Psychoanalytikern, an der auch French selbst beteiligt war, aufgegriffen. Dort wurde ein Verständnis des Fokus im Sinne des kleinsten gemeinsamen Vielfachen entwickelt, welches klinisch mit dem Konzept der "vorherrschenden Übertragung" verstanden wurde. "Der fokale Konflikt besteht im Allgemeinen aus der jeweiligen Übertragung auf den Analytiker (S.212). In der Malan'schen Werkstatt für Fokaltherapie (Malan 1965, S.272) wurde ein interaktives und prozessual orientiertes Verständnis des Fokus entwickelt, der sich aus der klinischen Arbeit herauskristallisiert. Auch wenn die Diskussion noch immer unentschieden ist, ob der Fokus monadisch oder dyadisch zu fassen sei, so dürfen wir festhalten, dass sich ein Fokus im bedeutungstechnischen Sinn in der Interaktion von Patient und Therapeut bildet. Der Patient, bewusst und unbewusst, bietet durch seine Mitteilungen und sein Verhalten Material an und die interpretative Aktivität des Therapeuten selektiert daraus:

"Der dynamische Fokus in der Kurzzeittherapie stellt eine Heuristik dar. Der Fokus hilft dem Therapeuten psychotherapeutisch relevante Information zu generieren, zu erkennen und zu organisieren. Dieser aktive und explizite Schritt zur Entdeckung kontrastiert zu dem passiveren, offen explorativen und offenen Modell, welches in den zeitlich nicht limitierten Therapien empfohlen wird" (Strupp u. Binder 1984, S.65).

Aus diesem aktiven Prozess entsteht der klinisch relevante Fokus, wie wir im folgenden Schaubild verdeutlichen:



Auf das thematische Material des Patienten wirken die konzeptuellen Schemata des Therapeuten selektiv und strukturierend spätestens dann ein, wenn dieser aus der Untersuchung von Übertragung und Gegenübertragung das Pendant zur aktuellen Konfliktsituation und zur lebensgeschichtlich kritischen Beziehungskonstellationen zu eruieren sucht. Dies erläutert Leuzinger-Bohleber (Leuzinger-Bohleber 1985):

"Unsrer Erfahrung nach war es ein zuverlässiges Indikationskriterium für eine erfolgreiche Fokalthherapie, wenn es dem Team zu diesem Zeitpunkt ( dh der Indikationsstellung (a.d. V.) ohne allzugroße Schwierigkeiten gelang eine Konfliktkonstellation zu definieren,, die in allen drei Dimensionen zu finden war" (S.64). Dieses konstruktivistische Vorgehen relativiert Vorstellungen einer objektivierenden Fokusfeststellung. Systematische Untersuchungen zur einer objektivierenden Fokusdiagnostik sind allerdings noch wenig, auch nicht von Malan (1976a, 1976b) vorgelegt worden. Immerhin wurden im Rahmen des Hamburger Kurztherapieprojektes einschlägige Untersuchungen zur Frage der klinischen Brauchbarkeit monadisch orientierter Fokusdiagnostik durchgeführt (Meyer 1981b). Allerdings liegen gegenwärtig eine Reihe von Entwicklungen vor, die den Anspruch erheben, solche Fokusformulierungen systematisch und objektivierend treffen zu können;

insbesondere das von Luborsky (Luborsky 1984; Luborsky et al. 1985) entwickelte Verfahren, das zentrale Beziehungskonfliktthema zu ermitteln, trifft in seinen Ansprüchen einen Gutteil dessen, was in der klinischen Fokusdiagnostik gemeint ist

## **2. Kasuistik**

### **2.1. Methodische Vorbemerkungen**

Der hier mitgeteilte Therapiebericht entstand im Rahmen des Projektes "Psychotherapeutische Einzelfallforschung, kurz PEP genannt, in dem der Verlauf zweier theoretisch unterschiedlich konzipierter Kurztherapien mit einer Vielzahl von empirischen Methoden parallel durch inzwischen ca. 30 Wissenschaftler untersucht wird (Grawe u. Kächele, 1986 ). Der folgende Bericht über die psychodynamische Kurztherapie unterscheidet sich insofern von herkömmlichen Therapieberichten, als die Darstellung auf die erste und letzte Sitzung der Behandlung und zwei katamnestische Gespräche beschränkt ist. Der Verlauf wird explizit nicht berichtet, - wenn auch mancher Leser dies vermissen mag. Diese Gestaltung hängt mit dem in Ulm lokalisierten Interesse für die Probleme der Gestaltung von Krankengeschichten zusammen, an denen wir seit längerer in verschiedener Weise arbeiten (Kächele 1981b; Kächele 1985a; Kächele et al. 1988). Um die Natur des vorliegenden Textes und der durch ihn mitgeteilten Befunde abschätzen zu können, wird die Herstellung kurz skizziert:

Das Rohmaterial des Erstinterviewberichtes stammt von einer studentischen Mitarbeiterin<sup>1</sup>, die sich die Videoaufzeichnung der ersten Stunde mehrmals angeschaut und eine Beschreibung verfertigt hat. Auf der Grundlage dieses Berichtes verfasste der Therapeut unter Verwendung seiner Aufzeichnungen und des verfügbaren Verbatimprotokolls mehrere Fassungen unterschiedlicher Länge , in denen auch Kommentierungen eingearbeitet waren. Die zwei Mitautoren (MH & NS) erarbeiteten auf der Grundlage der Videoaufzeichnung und des Verbatimprotokolles der letzten Stunde die Evaluierung, die sich an den durch die Fokusformulierungen gegebenen Leitlinien orientiert, wie weiter unten noch deutlich werden wird.. Die beiden katamnestischen Interviews wurden vom Therapeuten (H.K.) durchgeführt; deren Auswertung und Darstellung in diesem Bericht erneut nach den Leitlinien der Fokalformulierungen geht jedoch ganz auf das Konto der beiden Mitautoren.

Die Darstellung geht nicht auf den Verlauf im engeren Sinne ein, sondern ist auf die vergleichende Bewertung thematischer Foki gerichtet, die im

---

<sup>1</sup>Wir danken cand.päd. W. Schwendel für diese vorbereitende Mitarbeit.

#### Fokusformulierungen

ersten Interview erarbeitet werden konnten. Veränderungen des Patienten werden deshalb besonders im Hinblick auf diese thematischen Schwerpunktbildungen betrachtet.

## 2.1 Die 1. Stunde

Der 22jährige 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 Vorklärunen mit dem hiesigen Studenten-Berater warfen die Frage auf, ob nicht eine Fokalthherapie 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 dabei 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-ödpale 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 Agressionsproblem 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 prä-ödipalen Wünschen.

Wir belassen es bei dieser 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 in deren uns zur Verfügung gestellten Erstinterview-Bericht einen interaktionellen Aspekt schon in der Indikationsstellung beleuchtet. Die von vielen vertretene subjektive Indikation wird anhand solcher Beispiele nachvollziehbar; sie stellt aber oft eine Verwirklichung bereits früh angelaufener Übertragungs-Gegenübertragungsverschränkung 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 männliche 40jährige Psychoanalytiker für den jungen Mann die Indikation für eine Kurztherapie. Eine adaptive Indikationsstellung erscheint sinnvoll, bei der im Rahmen einer zeitlich begrenzten Fokaltherapie 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 29. Stunde**

Die letzte, 29. Stunde dieser Behandlung ist vom Thema des Abschieds 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 (im Sinne von George Kleins These der Wendung von der Passivität zur Aktivität). Geben und Nehmen wird exemplarisch an den Beziehungen zu zwei Personen 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 (z. B. nehme ich mir dieses oder jenes).

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 als für ihn spürbar bejahen: "muß ich das jetzt zugeben?".

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

Interpretiert man die Passivität des Patienten auf der Ebene des negativ-ödipalen Konfliktes (Thema 2), so müßte eine Veränderung in einer Überwindung der Identifikation mit der (vom Vater verlassenen) Mutter zu erwarten sein und verstärktes Rivalisieren mit dem Vater erkennbar werden. Dies läßt sich an der Beziehung zur Freundin belegen, die er wesentlich kritischer sieht und in der 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 seinem Ärger darüber, dass seine geäußerten Erwartungen nicht erfüllt wurden (z. B. ein Patentrezept), 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. Sein Symptom, das ihn in die Behandlung geführt hat, findet in der letzten Stunde überhaupt keine Erwähnung. Nach Aussage des Therapeuten hat es sich erheblich abgeschwächt und tritt nur noch in besonders belastenden Situationen auf.

### **3.1 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 (Strupp u. 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 29stündigen Behandlung 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.

Den Therapeuten interessiert sich verständlicherweise für die Ausgestaltung der jetzigen Lebenssituation des Patienten im elterlichen Haus. Gegen die Eltern hatte er sich zum Beginn der Behandlung aus offenkundiger Angst vor regressiven Wünschen sehr abgegrenzt. Er vertrete - so sagt der Patient - 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 - wie wir eingangs beschrieben haben - stark identifiziert. Als Anlaß der Trennung von der Freundin beschreibt er 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, der 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 den Patienten 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 läßt bezüglich ihrer psychodynamischen Eigenart für die beiden externen Verfasser dieser katamnestischen Berichtes noch Fragen offen. Wirkt der Patient überzeugend oder drückt er eine defensive Bewegung aus: ist das Mangelgefühl existentiell oder ist es der unveränderte, fortgesetzte Ausdruck eines Vorwurfes an den Therapeuten.

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 Erstgespräches sind auch die Kernthemen der ersten Katamnese-sitzung.

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. 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-ödipalen Beziehungsschemas stellen auch seine Überlegungen über seine eigene

Attraktivität für Frauen dar. Derzeit 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.

### **3.2 Das zweite katamnestische Interview**

Das zweite katamnestische Gespräch wird zwei Jahre nach Behandlungsende auf die Initiative des Therapeuten vereinbart. Wie der Patient im Verlauf des Gesprächs angibt, hatte er nicht damit gerechnet. Von dieser Hintergrundinformation ausgehend, ist es interessant, das Verhalten des Patienten zu beobachten. Verhält er sich abwartend? Welche Erwartungen hat er an das Gespräch? Wie nutzt und gestaltet er die Situation?

Der Patient ergreift gleich mit dem ersten Satz die Initiative. Er beginnt, noch bevor er sitzt: Er sei neugierig auf das Gespräch und freue sich über das Interesse des Therapeuten. Dann schildert er seine gegenwärtige Situation. Seine Symptomatik habe sich gebessert, sei aber nicht ganz behoben. Da er jedoch besser mit ihr umgehen könne, sehe er sich durch sie nicht mehr eingeschränkt. Als hilfreich stellt er eine frühere Deutung des Therapeuten dar, seine Symptome stünden im Zusammenhang mit Spannungen, die er nicht richtig verarbeiten könne. Vor einem halben Jahr hat er seine Ausbildung abgeschlossen und arbeitet in seinem Beruf. An diesem Thema macht er deutlich, dass er sich kritisch mit sich und seiner Umwelt auseinandersetzt.

Es kam zu Spannungen zwischen ihm und Kollegen und der Leitung des Betriebes, bei denen er sich auf eine Auseinandersetzung einließ und sich auch durchsetzen konnte. In diesem Zusammenhang fallen für den Patienten ungewöhnliche Sätze ("Ich stelle mich dem Konflikt"). In ihm ist darüber hinaus der Wunsch entstanden, sich beruflich weiter zu entwickeln. Er überlegt sich, das Jurastudium doch noch abzuschließen, was für ihn einerseits mit einem Zuwachs an Macht und Autonomie verbunden wäre, andererseits aber mit der Befürchtung, seine Zwangssymptomatik könne sich dadurch verstärken. Eine andere Möglichkeit besteht für ihn in einer therapeutischen Zusatzausbildung. Er hat den Wunsch, sich dadurch "persönlich zu entwickeln", hat andererseits aber Bedenken, dabei "sein Helfersyndrom auszuagieren".

Der Patient äußert den Wunsch nach größerer persönlicher Entfaltung auch im privaten Bereich. Bei der Schilderung seiner Kontakte benutzt er die in der Therapie vom Therapeuten eingeführte Metapher von verschiedenen Herdplatten, resp. Beziehungen, die er warm hält. Dazu zählt auch seine frühere Freundin, die er trotz der Trennung regelmäßig trifft. Überlegungen,



in eine Wohngemeinschaft zu ziehen, hat er vorläufig aufgegeben, er hat sich mit seiner Wohnsituation zu Hause arrangiert. Das ist dadurch möglich geworden, dass er sich gegen die Mutter und ihre Versorgungstendenzen besser abgrenzen kann. Er ist sensibler gegenüber Kontrolle von außen, was sich in seinem Arrangement mit der Mutter niederschlägt: Er ißt nicht mit bei den Eltern, zahlt Miete und hilft ihr mit Reparaturen aus. Seine Antwort auf die kritische Frage des Therapeuten, warum er denn nicht ganz ausziehen wolle, zeigt, dass er sich über dies Problem schon Gedanken gemacht hat und nach einer Lösung sucht, die ihm beruflich und privat einen größeren Handlungsspielraum gestattet. Seit neuestem betreibt er regelmäßig Sport. Er möchte sich in seinem Körper wohl fühlen; die Linie der Autonomie setzt sich fort, da der Patient dies auf seine eigene Weise verwirklichen will. Bisher hatte er sich nach den Vorstellungen der Freundin gerichtet, die sein Eßverhalten kontrollieren wollte. Auch den Vorschlag des Therapeuten im Gespräch, Bodybuilding zu betreiben, weist er zurück.

In den Interaktionen im Gespräch hat der Patient die Initiative. Er greift die Themen durchweg selbst auf, die Interventionen des Therapeuten sind begleitend und weniger konfrontierend als in den früheren Gesprächen. Der Patient wirkt nachdenklich und besonnen; er ist nicht mehr nett und freundlich. Sein Lachen, das seltener auftritt, hat eine andere Funktion als ein Zeichen gesunder Selbstironie. Es entsteht der Eindruck, dass er die Probleme und die Spannung, in der er sich befindet, nicht ignoriert. Er reflektiert selbstkritisch, ohne destruktiv zu sein und bezieht sich dabei immer wieder auf die Deutungen des Therapeuten.

Bei dem Thema Körper und Kontrolle verändert sich die Interaktion, eingeleitet durch eine nonverbale Aktion des Patienten: Der Patient dreht seinen Stuhl herum und wendet sich dem Therapeuten frontal zu; der Therapeut weicht sichtlich zurück. Die aktuelle Beziehung zwischen Therapeut und Klient kommt jetzt direkt ins Gespräch. Der Therapeut wirft die Frage auf, was der Patient von ihm wolle. Daraufhin kann der Patient das Anliegen formulieren, mit dem er wohl schon in die Stunde gekommen war: Welches Interesse hat der Therapeut an ihm? Bei der Antwort des Therapeuten spürt man, dass er ins Stocken kommt, der Frage ausweichend antwortet und wissenschaftliche Motive in den Vordergrund stellt. Der Patient kann die Fähigkeit des Therapeuten und seine eigenen Erfolge durch die Therapie anerkennen. Er hat gelernt in der Therapie und sieht zum ersten Mal, welche Rolle die Vaterübertragung dabei spielte. Auf einer direkteren Ebene passieren Themen der Therapie Revue: Mütterliche Enge, Kontakt zu

Frauen und seine männliche Attraktivität, der fehlende Vater, der Wunsch nach Gemeinsamkeit mit Männern (Bergwandern, Gipfelbier). Die Wut auf den Vater wird diesmal deutlich spürbar. Der Patient zieht selbst den Vergleich zum Therapeuten, den er als abstrakte Person erlebt hat. Er hätte sich mehr "Rezepte" von ihm gewünscht. An dieser Sequenz fällt auf, wie beharrlich der Patient sein Anliegen verfolgt und dabei in der direkten Auseinandersetzung mit dem Therapeuten bleibt. Der Therapeut erkennt, dass die Klagen des Patienten über mangelnde Rezepte nicht einen Wunsch nach mütterlicher Versorgung darstellen, sondern dass sich in ihnen seine Sehnsucht ausdrückt nach der Unterstützung eines Vaters, der sich für seine Entwicklung interessiert. Mit dieser Deutung beendet der Therapeut das Gespräch, nicht ohne ein weiteres in jedoch unbestimmter Zukunft in Aussicht zu stellen.

Bezogen auf die drei Kernthemen läßt sich eine Veränderung in der Haltung des Patienten erkennen.

Das Thema des Zu-Kurz-Gekommen-Seins (Fokus 1) taucht selten und in veränderter Weise auf: Beispielsweise im Vergleich mit einem besser verdienenden Kollegen an der Arbeitsstelle. Das Erleben eines Defizits lähmt ihn nicht mehr, sondern ist für ihn Anreiz, selbst aktiv zu werden (z. B. durch berufliche Fortbildung) und sich eine bessere Position zu sichern. Insofern kann man von einer gelungenen Bearbeitung dieses Problem-bereichs sprechen.

Hauptthema des Gesprächs ist Fokus 2. Der Patient ist selbst in der Lage, seine Enttäuschung über die mangelnde Unterstützung des Vaters zu verbalisieren. Er geht in eine direkte Auseinandersetzung mit dem Therapeuten und möchte sein Interesse für sich wecken. Seine Autonomiebestrebungen zeigen, dass er seine kindlich wirkende Abhängigkeit aufgegeben hat, sich von der Versorgung durch Mutter und Freundin abzugrenzen versucht. Er will in verschiedenen Lebensbereichen eine eigene Position beziehen. Unverändert zu Katamnese 1 sind seine Überlegungen zu seiner Attraktivität auf Frauen. In der Haltung des Patienten zum Therapeuten, um dessen Interesse er kämpft, zeigt sich, dass sich sein negativ-ödigales Beziehungsschema gelöst hat. Der Patient sucht die Auseinandersetzung von Mann zu Mann. Seine gewachsene Fähigkeit, sich

konstruktiv auf Rivalität (Fokus 3) einzulassen, macht er an einem Beispiel aus seinem Berufsleben deutlich.

Die beiden Katamnestiker (MH & NS) haben den Eindruck, dass der Patient jetzt sein Leben freier und - durch gesteigerte Eigenaktivität - befriedigender gestalten kann. Ihre Beurteilung erfolgte ohne vorherige Rücksprache mit dem behandelnden Therapeuten (HK). Im Wesentlichen teilt dieser die Bewertungen. Wir denken, dass der Therapeut die Frage des Patienten nach seinem Interesse an ihm, den Patienten, nicht gut beantwortet hat; er wollte wohl jedoch eine direkte Gratifikation seiner noch immer vorhandenen Wünsche nach direkter "väterlicher" Bestätigung vermeiden, die bereits durch seine Aktivität bei der erneuten Einbestellung stimuliert worden sein dürfte. Insgesamt sieht der Therapeut die Bewältigung des Übergangs von der Ausbildung ins Berufsleben sehr positiv, sowie seine Tendenzen sich altersgemäßen Vorstellungen des anders leben zuwenden zu können. Die strittige Frage bei der ersten Katamnese, ob die Rückkehr in die Familie regressiv oder ein unvermeidlicher Umweg zur Progression war, würden wir jetzt eindeutig positiv sehen. Er kann sich innerhalb der Familie doch recht gut abgrenzen

#### **4. Koda**

Wieder sind zwei Jahre vergangen. Ein kurzes Telefongespräch war notwendig, um den Patienten um sein Einverständnis zu bitten, die Videoaufzeichnung der Behandlung für einen bestimmten Zweck verwenden zu dürfen. Neu ist, dass der Patient sich erstmals im Detail nach der bisherigen Auswertung der Therapie erkundigt. Dabei erwähnt der Patient, dass er kürzlich geheiratet hat und Nachwuchs sich ankündigt. Er meint nun, Aufwand und Ertrag der Therapie stünden in einem guten Verhältnis. Damit wollen wir es belassen.

Prof. Dr. Horst Kächele  
Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm  
Am Hochsträß 8  
D - 7900 Ulm

Literatur:

- Grawe K, Kächele H (1986) Psychotherapeutische Einzelfallforschung.  
Unveröffentlichtes Manuskript
- French TM (1952) The integration of behaviour. Vol I: Basic postulates. Univ  
Chicago Press, Chicago
- Kächele H (1981b) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-  
psychoanalytischen Forschung. Jahrb Psychoanal 12:118-178
- Kächele H (1985a) Zwischen Skylla und Charybdis. Erfahrungen mit dem  
Liegungsrückblick. Psychother Med Psychol 35:306-309
- Kächele H, Thomä H, Ruberg W, Grünzig HJ (1988) Audio-recording of the  
psychoanalytic dialogue. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Hrsg)  
Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin Heidelberg New  
York London Paris Tokyo, S 179-194
- Leuzinger-Bohleber M (1985) Psychoanalytische Fokalthherapie. Eine klassische  
psychoanalytische Kurztherapie in Institutionen. In: Leuzinger-Bohleber M  
(Hrsg) Psychoanalytische Kurztherapien. Westdeutscher Verlag, Opladen, S  
54-93
- Luborsky L (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, Mellon J, Cohen KD et al. (1985) A verification of Freud's grandest  
clinical hypotheses. The transference. Clin Psychoanal Rev 5:231-246
- Malan DH (1965) Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung.  
Huber/Klett, Bern/Stuttgart. Engl: (1963) A study of brief psychotherapy.  
Tavistock, London
- Malan DH (1976a) The frontiers of brief psychotherapy: an example of the  
convergence of research and clinical practice. Plenum Press, New York
- Malan DH (1976b) Toward the validation of dynamic psychotherapy. Plenum  
Press, New York
- Meyer AE (ed) (1981b) The Hamburg short psychotherapy comparison experiment.  
Psychother Psychosom 35:77-220
- Seitz P (1966) The consensus problem in psychoanalysis. In: Gottschalk LA,  
Auerbach AH (Hrsg) Methods of research in psychotherapy. Appleton  
Century Crofts, New York, S 209-225
- Strupp HH, Binder J (1984) Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited  
dynamic psychotherapy. Basic Books, New York
- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie -  
Grundlagen. ( vol 1, Bd Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo