

# Was ist Ausbildung und Training in Kurztherapie

Vortrag auf den Lindauer Psychotherapiewochen 1987

**Horst Kächele**

## Zusammenfassung

Viele Ergebnisse der Therapieforschung sprechen dafür, dass wir das Begründungsverhältnis von Kurz- und Langzeittherapien umkehren müssen: die klinisch relevante Frage muß lauten: warum hilft einem Patienten keine Kurztherapie ? Oder liegt es an der speziellen Form von Kurztherapie, die zur Anwendung kam. Ohne dass die Notwendigkeit längerfristiger Therapien bei schweren Neurosen und Persönlichkeitsstörungen in Frage gestellt werden muß, kann die Frage der optimalen Gestaltung von kurztherapeutischen Verfahren für die Fort-Weiterbildung einen generellen Orientierungsrahmen liefern.

Der Einsatz verschiedener Medien zur Verbesserung der Reflexion über therapeutische Prozesse wird anhand verschiedener Strategien diskutiert.

Kollegiale Gruppen-Supervision scheint für Kurztherapie besonders günstig, weil der speziellen Rollenidentifikation förderlich. Die Anwendung von prototypischen Fallberichten und/oder Video-Aufzeichnungen als Lehrmaterial zur ausgiebigen Diskussion wird besonders empfohlen.

In der Ankündigung dieses Vortrages habe ich die These aufgestellt, dass wir das Begründungsverhältnis von Kurz- und Langzeittherapien umkehren müssen: die klinisch relevante Frage muß lauten: warum hilft einem Patienten keine Kurztherapie ? Ich will dies mit einigen Hinweisen belegen, damit Sie mit diesen Ausgangspunkt einverstanden sein können. Ich kann Ihnen eine Statistik anbieten, die wir seit 13 Jahren mittels eines Patientendokumentationssystems erheben, nämlich die Dauer von Behandlungen. Aufgrund dieser Erhebung bei über 1554 Behandlungen können wir sagen, dass zumindest an der Ulmer Ambulanz 55 % der Behandlungen bereits nach 20 Stunden, und nach 40 Stunden schon 75 % beendet werden (Abb. 1). Die Aufschlüsselung dieser Behandlungen nach der zeitlichen Dauer anstelle der Stundenzahl zeigt eine langsam abflachende Kurve, die den 70% Wert nach einem Jahr erreicht (Abb.2). Da wir in dieser Übersicht alle verschiedenen Therapieformen einbezogen haben (Abb.3), können wir über die verschiedenen Therapieformen hinweg den gleichen Effekt feststellen können, dass nämlich der Anstieg der

16.01.2004

Verteilungskurven steil beginnt, um dann bei höheren Stundenzahlen flacher wird. Im Vergleich zwischen der psychodynamischen Kurztherapie und der bei uns ebenfalls durchgeführten Verhaltenstherapie fällt auf, dass die VT-Orientierung einen Behandlungsbereich bis zu knapp hundert Stunden abdeckt, während der Ziffer 861 -Therapien durch das Antragsverfahren sich im Zeitraum bis zu fünfzig Stunden bewegen (Abb.4). Supportive Therapien, die an unsrer Ambulanz fast durchweg von zwei Sozialarbeitern mit psychodynamischer Orientierung mit einer Stundenfrequenz von 1 mal die Woche durchgeführt werden, zeigen ein Verteilungsmuster, welches eine ca einjährige Behandlungszeit mit 40 Stunden bei 77% der Patienten dieser Therapieform erkennen lässt; die weiteren 23% gehen in dann auch langjährige stützende Therapie über (Abb.5). Die analytische Psychotherapie mit dem zwei-stündigen Ansatz erreicht nach einmaliger Verlängerung des Kassenantrags bereits 90 % der Patienten. Auch wenn wir in den Zahlen eine einseitige Abbruchquote von ca 10% vermuten müssen, so kann doch behauptet werden, dass der Mehrzahl der Patienten, die unsre psychoanalytisch orientierte Ambulanz aufsuchen, in einem umschriebenen Zeitraum eine psychotherapeutische Hilfestellung finden können.

Zur Ergänzung benutze ich nun eine Sekundäranalyse aus der Arbeitsgruppe des Therapieforschers Ken Howard von der Northwestern University in Chicago (Howard et al.1986), um zu zeigen, dass die Agglomeration vieler einzelner kontrollierter Studien über insgesamt 2431 Patienten einen eindrucksvollen Verlauf der Dosis- Wirkungs - kurve ergibt ( Bild 2). Ich denke, es ist aufschlußreich zu sehen, dass nach 26 Stunden Applikation des Pharmakons <Psychotherapie> in einer Dosierung von 1 Stunde pro Woche für 75 % der Patienten in einem Zeitraum vom 6 Monaten messbare Effekte nachweisbar sind; dann flacht die Kurve der objektiven Besserungskriterien deutlich ab. Dieser Knick entspricht der klinischen Erfahrung, dass es entweder gelingt, in einem kurztherapeutischen Ansatz wesentliches zu erzielen oder die Behandlungen verlaufen unter einem anderen Veränderungsmodell, indem nur langsam wachsende Gewinnraten beobachtet werden können.

Sozialpolitisch höchst bedeutsam ist natürlich, dass in dem oberen Bereich der Kurve der exponentielle Charakter der aufzubringenden Stundenzahl im Verhältnis zur Besserungsrate immer stärker sich ausprägt.

16.01.2004

Für die alltägliche klinische Praxis können wir heute davon ausgehen, dass für Ulm auch zutrifft was, weltweit in nun über 900 kontrollierten Studien ( Grawe, 1986) für die verschiedensten Psychotherapieformen gezeigt werden konnte: als Ergebnis umfangreicher Auswertungen mit der Methode der Meta-analyse kann behauptet werden, dass 70 % der Patienten mit Behandlung besser daran sind als ohne Behandlung.

Diesen Zahlen machen m.E. hinreichend deutlich, dass zeitlich begrenzte Therapie kein exotisches Verfahren ist, sondern quantitativ gesehen einen beträchtlichen Anteil der psychotherapeutischen Versorgung leistet.

Ich möchte nun die Frage aufwerfen, ob es überhaupt notwendig ist, über spezielle Ausbildungs- und Trainingsprogramme für kurztherapeutische Verfahren zu sprechen. Dies scheint sehr stark eine Frage der Perspektive zu sein. Historisch betrachtet begann selbst die Psychoanalyse als Kurztherapie, wenn wir die Dauer der frühen Analysen betrachten. Die Verlängerungen der Psychoanalysen hat gewiss viele Gründe, die mit einer Verfeinerung der Technik, einer Erweiterung der Zielsetzungen und neben vielen anderen Gründen besonders mit einer Akzentverschiebung von der Symptom-orientierten zur Übertragungsanalyse zusammenhängen mögen.

Eine Gegenbewegung zu dieser Entwicklung setzte an psychiatrischen Institutionen im nordamerikanischen Raum ein, deren Versorgungsauftrag mehr am unerlässlichen Minimum als am therapeutisch wünschenswerten Maximum orientiert sein musste. Was Lindemann 1944 als Krisen-Intervention beschrieb und was als Notfallpsychotherapie begann - so der Titel einer der ersten Monographien, die von dieser Entwicklung im deutschen Sprachraum bekannt wurden - nämlich Bellak und Small (1965,dt1972), entwickelte sich bald als eigenständige Therapieform. Besonders sind hierbei die Bemühungen von Alexander und French zu nennen, die 1946 ihrem Ansatz zu einer psychodynamischen Kurztherapie den im Rückblick betrachtet unglücklichen Titel "Psychoanalytic Therapy" gaben.

Die generelle Entwicklung hat nun gezeigt, dass Kurztherapie zunehmend nicht mehr nur als defizienter Modus verstanden wurde, sondern sich zunehmend eigenständig entwickelte. Heute sind weltweit eine Vielzahl von psychodynamischen Kurztherapie-Formen in Gebrauch, die sich praktisch vermutlich nur wenig unterscheiden dürften, auch wenn sie unter verschie-

16.01.2004

denen Namen gehandelt werden. Die eine oder andere Form hebt bestimmte Elemente hervor,- wie z.B Sifneos (1972) die angst-provozierende Technik bei ausgewählten Harvard Studenten oder Davanloo (1978) die intensive Widerstandsanalyse bei charakterneurotischen Patienten oder die aus der Behandlung von Stress-Response Syndromen entwickelte Technik der Kurztherapie der Gruppe um M. Horowitz am Langley-Porter Institut (Horowitz et al. 1984), die spezielle Persönlichkeitskonfigurationen in die Technik einbezieht; das Kurztherapie-Fokaltraining von Meistermann-Seeger (1986) betont besonders das anspruchsvolle Behandlungsziel der "Rückkehr zum Lieben" im Sinne der Balint schen primären Liebe. Noch immer stehen wir in einer Entwicklung, in der die Verschiedenheiten stärker theoretisch markiert werden, gehen mit Namen und Orten um, Therapieformen zu kennzeichnen. Die Situation dürfte sich von der in der Pharmaindustrie nicht wesentlich unterscheiden, bei der eine Vielzahl von Markennamen die generischen Gemeinsamkeiten verdeckt.

Der Übersichtsartikel im Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change (1986) von Koss und Butcher (1986) nennt 22 Autoren, die psychodynamische Kurztherapie im anglo-amerikanischen Bereich beschrieben haben. Leuzinger-Bohleber hat 1985 eine kritische Übersicht über die gegenwärtige Diskussion zur psychoanalytischen Kurztherapie im deutschsprachigen Raum verfasst, wobei sie besonders auf die spannungsvollen Verschränkungen vielfältiger Art eingeht, die sich aus der Auseinandersetzung von Psychoanalyse und psychoanalytischer Kurztherapie in Institutionen entwickeln lassen.

Für Ausbildung und Trainingsprobleme ist nun besonders ins Auge zu fassen, welche leitenden Ziele bei kurztherapeutischen Interventionen bestimmend sind. Dabei ist an erster Stelle der Verzicht auf therapeutischen Perfektionismus zu nennen (Malan, 1963), was übrigens wie Garfield 1978 gezeigt hat, den Erwartungen der meisten Patienten entgegenkommt. Gemeinsame Ziele der meisten Kurztherapieformen sind die Behebung oder zumindest Besserung des am meisten belastenden Symptomes, die Wiederherstellung des vorherigen seelischen Gleichgewichtes und die Entwicklung eines Verständnisses der Ursachen für die gegenwärtigen Schwierigkeiten und die Erwartung auf bessere Bewältigungsfähigkeiten für die Zukunft. Die Akzeptanz dieses Denkens impliziert für den Therapeuten einen Verzicht auf das kausale Modell seelischer Störungen -

16.01.2004

von Sarvis et al.1958 als infectious disease model konzipiert zugunsten eines general practice model (Cummings & Vandenbos,1979). Das Verständnis des Psychotherapeuten als Allgemeinarzt ist gewiss ungewohnt, aber betrachtet man, dass anstelle einer gründlichen analytischen Psychotherapie von ca 240 Stunden ein Patient ca 8 - 10 mal zu seinem Psychotherapeuten zurückkehren könnte und seine Arbeit um einen weiteren Schritt vorantreiben könnte, so werden auch die sozialpolitischen Implikationen dieses alternativen Denkens sichtbar.

Welche Strategien sind nun bereitzustellen, um diese begrenzten Zielsetzungen zu realisieren:

1. Die Beschränkung auf einen Fokus dürfte wohl die wichtigste konzeptuelle Massnahme sein. Fokus meint in diesem Sinne nicht nur die spezifisch psychoanalytische Fokuskonzeption, sondern bezieht sich zunächst einmal auf ein abgrenzbares Problem im gegenwärtigen Leben des Patienten. Malan, einer die Pioniere psychoanalytischer Fokalthherapie stellt in seinem abschließenden Bericht über seine Replikationsstudie dazu lakonisch fest: Erfolgreich sind diejenigen Fälle, die am Beginn der Therapie dh frühzeitig fokalisierbar sind, bei denen der Therapeut eine thematische Begrenzung durchhalten kann und die Patienten eine hohe Motivation haben, dieses begrenzte Thema durchzuarbeiten. Dies führt tendenziell zu kurzen, erfolgreichen Behandlungen (1976b,S.203). Hieraus lässt sich eine erste didaktische Regel für Kurztherapien ableiten:

**Regel 1:** Man versuche, frühzeitig ein umschriebenes Problem zu identifizieren; es ist wünschenswert, hierfür auch ein psychodynamisches Korrelat zu finden, wie es auch in den Gutachten der Kassenanträge verlangt wird.

Ein Fokus stellt sich in den seltensten Fällen von allein ein. Erfahrungen aus dem Hamburger Psychotherapie-Vergleichsprojekt von Meyer (1981) weisen deutlich darauf hin, dass ein Fokus keine einseitige Angelegenheit des Patient ist, sondern interaktiv konstellierte werden muß (s.d.Thomä & Kächele,1985). Vom Therapeuten wird eine aktive Teilnahme verlangt, die sich bis in die Festlegung des Fokus hinein erstreckt. Gewiss haben Patienten bevor sie einen Therapeuten aufsuchen, ihre eigene, je private Psychodynamik; in einer Kurztherapie gilt es aber herauszufinden, welche Facetten dieser komplexen Dynamik in der angebotenen Beziehung und in der vorgesehenen Zeitspanne günstig zu beeinflussen sind. Aktivität des Therapeuten will insbesondere von jenen erlernt sein, die in zeitlich unbe-

16.01.2004

grenzten Settings arbeiten. Aktivität meint mehr als verstärkte verbale Partizipation; sie bezieht direktive Stellungnahmen mit ein, die keine Ratschläge im herkömmlichen Sinne sein müssen, aber den Patienten beraten dürfen, mit welchen Schritten er das Verständnis seiner Lebenssituation fördern könnte; Aktivität kann selbst in analytischen Kurztherapien "Hausaufgaben" meinen, dh die Richtung der Aufmerksamkeit des Patienten auf Situationen der Symptomverstärkung oder - abschwächung zu lenken. In der sorgfältigen Beobachtung von Symptomausprägungen haben die Verhaltenstherapeuten die Psychoanalytiker an fast verlorengegangene Wissensschätze erinnern müssen, denn auch die psychoanalytische Theorie der Symptomenentstehung lebt von der Interaktion dispositioneller Momente mit gegenwärtigen Randbedingungen ( s.d. Luborsky,1984). Zur Aktivität gehört auch die wenn mögliche Einbeziehung vorhandener sozialer Unterstützungssysteme oder Hinweise zur Schaffung derselben. Mit diesem abstrakten Begriff kann ein Angehöriger gemeint sein, der zu einer Sitzung hinzugezogen wird oder auch Hinweise auf brachliegende soziale Ressourcen des Patienten. Hieraus folgt :

**Regel 2:** Der flexibel eingesetzten Aktivität des Therapeuten, seinem Einfallsreichtum sind nur wenige Grenzen gesetzt; diese bestehen in ethischen Grundpostulaten und in der Anforderung an den Therapeuten, sein Tun als ein reflektiertes ausweisen zu können.

Dieser Hinweis führt zu dem Postulat einer raschen diagnostischen und therapeutischen Fallkonzeption. Es ist dieser Aspekt, der Kurztherapien oft den Ruf einbringt, besonders schwierig zu sein. Um diesen Gesichtspunkt für die hier im Mittelpunkt stehenden Ausbildungsüberlegungen fruchtbar zu machen, sei der Hinweis angebracht, dass es einerseits ein gut bestätigtes Faktum ist, dass die gemeinsamen Wirkfaktoren von Psychotherapie dazu führen, dass die Durchführung einer Psychotherapie, auch und gerade einer Kurztherapie, wenn sie im Sinne dieser Wirkfaktoren engagiert durchgeführt wird, eine generell günstige Prognose für die Mehrzahl der Patienten beinhaltet (Kächele 1987a). Dies wird durch Erfahrungen mit Psychotherapie durch Medizinstudenten, die keine vorherige Schulung erhalten haben - wie es in Heidelberg (Bräutigam et al. 1983) und auch in Ulm (Kächele 1987b) hinreichend belegt wurde. Die Untersuchungen von Strupp im Vanderbilt I Projekt bestätigen dies in sorgfältiger Weise ( Strupp & Hadley 1979). Was als wissenschaftliches Problem sich nur schrittweise aufklären lässt,- wie nämlich diese gemeinsamen Wirkfaktoren auf einer mikrostrukturellen Ebene wirken ( s.d. Orlinsky & Howard 1986)

16.01.2004

- kann für den klinisch Tätigen nur eine Ermutigung sein, einen Patienten eher in Kurztherapie zu nehmen als ihm gar keine längerfristige Psychotherapie anzubieten. Andererseits trifft es zu, dass die Aufgabe eine kompetente, besonders bei Patienten mit chronifizierten oder schweren Störungen sinnvolle Kurztherapie zu verwirklichen, ein technisches Problem darstellt, bei dem eine große therapeutische Erfahrung nur von Nutzen sein dürfte.

Hier werden systematische Massnahmen, wie sie in verschiedenen Arbeitsgruppen realisiert werden notwendig, worauf ich später noch zu sprechen komme. Die klinisch wichtige Frage der Fallkonzeption führt zu der folgenden Regel 3:

**Regel 3:** Je schwerer gestört ein Patient ist, desto notwendiger ist eine sorgfältige diagnostisch- psychodynamische Evaluierung, um dem kurztherapeutischen Ansatz eine Chance zu geben; therapeutische Erfahrung dürfte mit zunehmender Schwere des Falles von wachsender Bedeutung sein ( s.d. Fall Baker von Balint et al.,1972).

Kurze Therapie und krisen-orientierte Beratung sind von der Klientel her nicht scharf zu trennen und sind erfahrungsgemäß oft mit einer größeren Bandbreite von schwierigen Patienten konfrontiert als wir sie in den Langzeit-Therapien finden. Obwohl fast alle Autoren, die etwas auf ihre Methode halten, für eine sorgfältige Selektion plädieren, - seien es spezifische Altersgruppen oder spezifische Diagnosegruppen, ergeben Untersuchungen in real existierenden Settings, dass die Selektionsprozesse tendenziell entweder frei nach Aschenputtel laufen: die Guten ins Kröpfchen der Analyse, die Schlechten ins Töpfchen der Kurztherapie oder es werden prognostisch sehr günstige Fälle, vorwiegend Adoleszenten und junge Erwachsene präferiert.

Immer wieder beschrieben und beschworen wird die Rolle des therapeutischen Enthusiasmus, der typischerweise in der Kurztherapie an die Stelle des therapeutischen Perfektionismus tritt. Ich möchte dafür plädieren, dieses Bild nicht zu glorifizieren: gewiss gehen die ersten Fälle gut, aber an die Stelle großer persönlicher Anteilnahme sollte ein berufliches Interesse für die behandlungstechnischen Fragen treten, z.B. unter welchen Bedingungen Symptombildungen aufgehoben werden können. Die Entwicklung und Pflege der Arbeitsbeziehung stellt hier eine entscheidende Variable dar, der die milde positive Übertragung nur zugute kommen kann. Ihr darf die positive Gegenübertragung entsprechen, weshalb den Patienten mit chronisch-negativen Übertragungen in der Regel in kurztherapeutischen

16.01.2004

Ansätzen nur schwer zu helfen ist. Ob Farrelly mit seiner provokativen Therapie hier uns ein Rezept verraten kann, haben Sie vermutlich hier in Lindau herausfinden können. Zurecht scheint jedenfalls zu sein, dass die affektive Regulation auf einem höheren Niveau stattfinden sollte als in längerfristig angelegten Prozessen (Regel 4):

**Regel 4:** Affektive Prozesse müssen in der Kurztherapie auf beiden Seiten bestimmend sein: die Sorge für das Interesse am Patienten ist ebenso wichtig wie die Förderung der milden positiven Übertragung: beides zusammen darf auch als Arbeitsbeziehung eine befriedigende Objektbeziehung darstellen.

Bis hierher habe ich für viele Bekanntes nochmals zusammengestellt, denn Fragen zu Ausbildung und Training setzen voraus, dass wir eine gemeinsame Vorstellung darüber haben, für welche Tätigkeit diese Schulung erfolgen soll. Was ich im Folgenden nicht tun werde, ist Ihnen irgendein schönes fertiges Programm vorstellen, das im Lande Nirwana praktiziert wird. Ausbildungsverhältnisse sind nicht von dem sozialen Kontext abzulösen, indem diese stattfindet. Ich möchte Elemente von Fort- und Weiterbildung kennzeichnen, die sich zusammensetzen lassen; den Regeln der Therapieführung lassen sich Strategien der Fortbildung zuordnen. Meine Ausführungen beziehen sich, wie auch meine klinische Charakterisierung auf den Bereich psychodynamisch orientierter Kurztherapie.

**1. Supervision:** Wenn ich voraussetze, dass die allgemeinen Prinzipien von Supervision hier nicht zur Diskussion stehen, dann gilt es für Kurztherapien, die besonderen Aspekte ins Auge zu fassen. Ich denke, dass die Supervision für Kurztherapien in besonderer Weise dem Therapeuten unterstützen muß, seine limitierenden Funktionen seelisch und sachlich durchzuhalten. Es ist kein Zufall, dass die Förderung von Kurztherapie deshalb stärker an institutionelle Formen gebunden ist, die eine regelmäßiges Treffen mehrerer Therapeuten leichter ermöglichen: das dürfte sowohl für das Chicago Institute of Psychoanalysis gegolten haben, an dem Alexander und French gewirkt haben, als auch für die Werkstatt von Balint an der Tavistock Clinic. Die Frankfurter Arbeitsgruppe zur Fokalthherapie (Klüwer 1971) benennt als Aufgabe der Fokalkonferenz explizit die Funktion der Gruppe als Arbeitshilfe bei wechselnder Kontrollsituation. Ein Bericht von einer anderen, bislang wohl weniger bekannten im deutschen Sprachraum seit 1972 bestehenden Werkstatt in der Tradition Balints von Meistermann-



16.01.2004

Seeger genannt "Kurztherapie Fokaltraining" (1986) reklamiert sogar, dass "kein Therapeut eine Fokaltherapie machen kann, wenn er auf sich allein gestellt ist", weil das Material in der Arbeitsgruppe zusätzlich zu bearbeiten ist (S.156). Auch wenn diese Position doch etwas überheblich formuliert zu sein scheint - davon abgesehen erscheint sie auch unrealistisch, stellt die Gruppenbildung als Lösungsansatz für die Supervision von Kurztherapie stärker als bei Langzeit-Therapien eine praktisch wichtige Präferenz dar. Schon der Phase der Entscheidung und Indikationsstellung ist eine Verankerung in einer Gruppe entlastend für die mitunter schwierigen Aufgaben der selektiven Strukturierung. Es leuchtet ein, dass eine kontinuierliche Arbeit in einer Fallgruppe der Bildung einer klaren Rollenkonzeption förderlich sein kann, da viele technische Probleme dann nicht person-spezifisch interpretiert werden, sondern als aufgaben- induzierte Probleme gesehen werden können.

Ein Nachtrag noch am Rande: erst kürzlich gelangte eine Broschüre in meine Hände, die über die Aktivität einer ebenfalls in Köln arbeitenden Gruppe berichtet. Sie nennt sich "analytische Intensivberatung" und vermittelt angeblich eine Ausbildung für eine Kurztherapieform, " die in 20 Stunden die strukturelle Problematik eines Falles herausrückt und anhand eines prototypischen Entwicklungs-Bildes veranschaulicht und durcharbeitet" Ahren & Wagner 1984,S.5). "Um den Anspruch der Intensivberatung klar und scharf zu formulieren: Sie glaubt, in 20 Stunden einen Umbruch in den Lebenstechniken der Patienten bewirken zu können, für den andere Therapieformen erheblich mehr Zeit benötigen"(S.10). " Für die Umsetzung des Konzeptes der Intensivberatung ist ein Trainingsprogramm vorgesehen. Es enthält die gemeinsame Durcharbeitung von Intensiv-Beratungsfällen. Im Rahmen dieser Fallarbeit werden die Einschätzungskriterien vertieft und der Umgang mit Behandlungsproblemen vorbereitet...Zur Ausbildung gehört ferner eine Einübung in Übersetzen und Argumentieren. Hierunter fällt die Interpretation von Falldarstellungen in der psychologischen Literatur gemäß den Kriterien der Intensivberatung und die Vorstellung von Konzepten anderer Kurztherapien. Besonderes Gewicht wird auf die Interpretation von Märchen gelegt, die als Bilder für Fallkonstruktionen vorgestellt werden"(S.106).

Welche Meriten die "Gesellschaft für analytische Intensivberatung" sich bereits erworben hat, weiß ich nicht; aber sie versteht sich darauf, ein umschriebenes Ausbildungskonzept anzubieten.

**2. Paradigmatische Fälle:** es ist nicht von ungefähr, dass Balint's Patient Baker in vielfältiger Weise in didaktischen Zusammenhängen als anerkanntes wertvolles Beispiel herangezogen wird. Ausgeprägter als bei

16.01.2004

Langzeittherapien ist wohl das Bedürfnis nach Musterfällen, die in konkret-anschaulicher Weise Verfahren und Wirkung belegen. Beispielfälle von Langzeit- Therapieprozessen, die glücklich verlaufen sind, wie der 1972 von Dewald beschriebene Fall - haben sich kaum eine Öffentlichkeit schaffen können; wenn, dann finden nur spektakuläre Mißerfolge ihren Weg ins Publikum. So ist es konsequent, dass auch die neueren Lehrbücher für psychodynamische Therapie ihre Strategien und Regeln ausführlich an einem Beispiel klarifizieren. Es wäre an der Zeit, analog zu den Freud'schen Fällen, die ja über Jahrzehnte als Beispielfälle für die psychoanalytische Ausbildung gedient haben, sich auf Musterfälle zu einigen, die landauf-landab verfügbar und über die eine differenzierte Bewertung auch zu haben ist. Eine Kollektion solcher Musterfälle erlaubt ein vergleichendes Abwägen und den Aufbau eigener Referenzsysteme: die eigenen Patienten werden im Vergleich mit den im Referenzsystem gespeicherten Fällen bewertet. Das ist nichts Neues, das beschreibt die intuitive Vorgehensweise des Klinikers; allerdings fördert die Einführung öffentlich zugänglicher Beispielfälle eine kritische Diskussion. Man vergleiche zB die Balint'sche Beschreibung seines Falles mit der in Balint's Tradition stehenden Beschreibung des Falles Cuno Sylvestro bei Meistermann-Seeger (1986); dazu nehme man den von Strupp & Binder 1984 dargestellten Fall, um das Spektrum auszuloten, welches schon in der schriftlichen Darstellung sich dem Betrachter darbietet.

Referenzfälle müssen allerdings von hinreichender Präzision der Beschreibung sein, um für didaktische Zwecke verwendet werden können; sie müssen nämlich erlauben, dass der Leser sich gut in den Prozess einfühlen kann, um einerseits die Behandlungsführung nachvollziehen zu können und um alternative Überlegungen anstellen zu können. Hochgradig verdichtete Fallvignetten illustrieren zwar elegant den jeweiligen Lieblings-Gesichtspunkt des Autors, aber sie verdunkeln den Verdichtungsprozess, den kreativen Akt des Berichtserstatters.

Als Beispiel erinnere ich an Freud's Darstellung des Rattenmannes. Im Vergleich des publizierten Berichtes mit den täglichen Aufzeichnungen lässt sich feststellen, dass Freud zwar wahrgenommen hatte, dass der Patient erst seine Mutter in Kenntnis setzen wollte, bevor er sich für die Behandlung entschied; dieser Umstand wurde in der veröffentlichten Fallgeschichte jedoch nicht aufgenommen. Wenn ich also auf Freud zurückgreifen würde, dann läge es nahe, den Fall des Rattenmannes anhand der wiedergefundenen täglichen Aufzeichnungen Freuds dramatisch aufzubereiten und

16.01.2004

Schauspieler damit zu beauftragen, diese ersten Stunden darzustellen. Wie überhaupt das allgemeine Diskretionsproblem bei dem Einsatz solcher Referenzfälle so gelöst werden könnte, dass der gut zu anonymisierende Text von Laien-Schauspielern, die sich anhand des Originalvideos mit dem Patienten vertraut gemacht haben, nochmals gespielt wird; eine Strategie, die Grawe et al.,(1982) bei der Darstellung eines Falles von Vertikaler Verhaltensanalyse gewählt haben:

Aufgrund dieser Video-Aufnahmen wurde das Drehbuch für den Fall erstellt. Einer unserer Mitarbeiter (U.M.) machte sich durch ausgiebiges Verfolgen der Therapie durch die Einwegscheibe und anhand der Video-Aufnahmen für die einschlägigen Szenen genau mit den Eigenarten des Klienten vertraut und schlüpfte dann für den Film in so bemerkenswerter Weise in die Haut des Herrn Adam, dass jeder, der den echten Klienten kannte, ihn in seiner charakteristischen für die Analyse wesentlichen Eigenarten vortrefflich wiedergegeben fand" Casper & Grawe 1982, S.21)

Man kann wohl davon ausgehen, dass diese Einübung in das Denken und Fühlen eines anderen Menschen für den betreffenden Studenten eine sicher wertvolle Übung in empathischer Kompetenz war; in milder Form benutze ich die Technik beim Unterricht für Medizinstudenten, Verbatimprotokolle sich gegenseitig vorzulesen. Der um so vieles reduzierte Text macht den Teilnehmern deutlich, wieviel Information über non-verbale Kanäle in den therapeutischen Dialog eingeht. Die Idee angelangt empathische Kompetenz (s.d.Hardt et al.,1981) in didaktischen Übungen in Rollenübernahme zu schulen, könnte hier hilfreich sein. Ich weiß, dass Rollenspiele im humanistischen Therapiesektor - besonders bei Gestalttherapeuten längst üblich sind; die konventionelle psychoanalytische Supervisionssitzung bemüht gewissermaßen die unfreiwillige Rollenübernahme des Analytikers, da wir davon ausgehen, dass in dessen Bericht Übertragung und Gegenübertragung in schwer aufzulösender Verschränkung enthalten sind.

Wenn ich meine Vorschläge zur Gestaltung von Referenzfällen ausführe, dann würde ich fordern, dass das Material auf verschiedene Weise geordnet und aufbereitet vorliegen müsste:

Die systematische Beschreibung einer Kurztherapie sollte möglichst von einer Video-Aufzeichnung des Falles ausgehen können. Eine Transkription des vollständigen Dialoges sollte die Dokumentation des Falles komplettieren.

Verdichtete Inhaltsangaben der einzelnen Sitzungen, die möglichst theoriearm verfertigt werden sollten, bieten eine Möglichkeit, sich über den

16.01.2004

Gesamtverlauf zu orientieren. Dieser ersten Aufbereitungsphase schließen sich dann spezielle Auswertungen an, die den Verlauf bestimmter thematischer Konfigurationen gezielt angehen.

Der behandelnde Therapeut sollte diese Protokolle dann mit Hinweisen ergänzen, die seine Behandlungsstrategie verdeutlichen; jenen Teil nachtragen, den A.E. Meyer die systematische Lücke objektiver Aufzeichnungsverfahren genannt hat, was P. Heimann als den inneren Kommentar bezeichnet. Denn ein kurztherapeutisches Arbeiten verlangt, wie oben erwähnt, sehr viele Entscheidungen, um die geforderte Selektivität durchzuhalten.

Ein gutes Beispiel für eine solche Präsentation geben Grand et al (1985) vom Down State Medical Center (New York ), die auf siebenzig Seiten eine Darstellung einer 14-stündigen Kurztherapie geben, die sich weitgehend auf ein Verbatimtranskript stützt und die durch eine detaillierte klinische Diskussion der Entfaltung und Durcharbeitung der Übertragungsbeziehung ergänzt wird.

In einem gemeinsamen Projekt mit K.Grawe werden derzeit zwei Videoaufgezeichnete Kurztherapien auf die von mir skizzierte Weise aufbereitet (Kächele & Grawe 1987). Die Vorstellung eines Längsschnittes über den Behandlungsverlauf erwies in dem Seminar für Teilnehmer der Psychotherapeutischen Weiterbildung in Ulm, dass besonders der technische Aspekt, wie und wann der Therapeut intervenierte, die teilnehmenden Kollegen zu einem Vergleich mit der eigenen Zurückhaltung anregen konnte. Dabei zeigte sich die Videopräsentation besonders geeignet, für die Beobachter eine klinische Anlogsituation herzustellen, die beim Lesen von verbatimtranskribierten Texten meist nicht in dem Maße glückt. Dies dürfte schlicht mit Faktoren zu tun haben, die den Unterschied zwischen Lesegeschwindigkeit und Realzeit des therapeutischen Dialoges betreffen. Besonders das Pausenverhalten als starkes interaktives Regulationsprinzip wird beim simulierenden Ablesen von Texten zu sehr verkürzt, obwohl gerade in den Pausen besonders stark die internen Entscheidungsprozesse des Kliniklers gefragt sind. Historisch interessant und an dieser Stelle erwähnenswert sind hier Strupp Untersuchungen zum Interventionsstil einer großen Zahl von Therapeuten verschiedener Grundausbildung, die er mit der Methode der Präsentation kurzer gefilmter Therapiesequenzen bereits in den fünfziger Jahren durchführte (Strupp 1973, S.203). Dieser Bericht leitet zu meinem nächsten Gesichtspunkt über.

**3. off-line Training:** Psychotherapeutische Ausbildung ist noch weitgehend mit dem Modell des Lehrlings verknüpft, der jedoch schon im Felde und nicht in der Lehrwerkstatt lernen muß. Das ist sicher berechtigt und sinnvoll, trotzdem könnte es sich als sinnvoll erweisen, bestimmte Kompetenzen sozusagen off-line zu schulen. Wünschenswert wäre die Verfügbarkeit von Ausschnitten aus Video-aufgezeichneten Therapien, die ein Spektrum von typischen Behandlungssituationen und ihre Handhabung durch erfahrene und unerfahrene Therapeuten wiedergeben. Eigene langjährige Erfahrungen mit der Verwendung von Video-Erstinterviews im Unterricht von Medizin-Studenten und Psychotherapie- Weiterbildungs - teilnehmern zeigen, dass über die verschiedenen Unterrichtsgruppen hinweg bestimmte Aspekte eines Interviewausschnittes fast regelhaft kritische Diskussionen auslösen, die wir antizipieren können. Das Problem solcher Präsentation ist es, eine Ich-Involvierung der zu Unterrichtenden sicherzustellen, das heißt, dass bei der Bearbeitung des Filmmaterials sicher gestellt ist, dass der Zuschauer sich mit einem der beiden Interaktanden hinreichend identifiziert. Lernbedingungen, die diese emotionale Verwicklung nicht sicherstellen, verlieren ihre Wirkung, wie anhand vieler Untersuchungen zum sog. Mikro-Counseling gezeigt worden ist ( Matarazzo & Patterson, 1986).

**5. Weiterbildung von Supervisoren:** Eine "terra incognita" ist die Schulung von Supervisoren, ihre Abstimmung auf gemeinsame Konzepte und didaktische Vorgehensweisen. Die Gründe hierfür sind vielfältig; einen möchte ich benennen: der Expertenstatus, der mit der Funktion des Supervisors verknüpft ist, scheint die offene Auseinandersetzung untereinander zu erschweren. Eine Ausnahme hiervon bildet die oben erwähnte Arbeitsform der Fallkonferenz, in der gleichberechtigte Teilnahme sowohl in der Aufgabe der Fallpräsentation wie in der der Fallkritik gefordert und ermöglicht wird.

Ich möchte mit der Überlegung schließen, dass den verschiedenen Anregungen, die ich genannt habe, wohl am besten gedient wäre, wenn erfahrene Therapeuten sich mit ihrem therapeutischen Tun den jüngeren Kollegen offen und sichtbar als Modell zu Verfügung stellen. Die Identifikation mit ihrem Tun dürfte dann leichter fallen, wenn es nicht als Kritik, sondern als Vorbild erlebt werden kann.

Literatur:

16.01.2004

- Ahren Y & W Wagner (Hrg) (1984) Analytische Intensivberatung: Tagungsbericht der 2.Tagung der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Analytische Intensivberatung e.V. Arbeitskreis für Morphologische Psychologie Köln
- Balint M, P O Ornstein & E Balint (1972) Fokalthherapie. Suhrkamp Frankfurt
- Bellak L & M Small (1972) Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Suhrkamp, Frankfurt
- Bräutigam W, W Knauss & H H Wolff (Hrg) (1983) Erste Schritte in der Psychotherapie. Erfahrungen von Medizinstudenten, Patienten und Ärzten mit Psychotherapie - Michael Balint als Lehrer. Springer Heidelberg
- Caspar F M & K Grawe (1982) Vertikale Verhaltensanalyse (VVA). Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung. Forschungsberichte aus dem Psychologischen Institut der Universität Bern 1982-5
- Cummings N A & G Vandenbos (1979) The general practice of psychology. Professional Psychology 10: 430-440
- Davanloo H (1978) Basic Principles and Technique of Short-Term Dynamic Psychotherapy. Spectrum Publ. New York
- Grand S , J Rechetnick, D Podrug & E Schwaber (1985) Transference in Brief Psychotherapy. The Analytic Press. Hillsdale
- Horowitz M, C Marmar, J Krupnick, N Wilner, N Kaltreider & R Wallerstein (1984) Personality Styles and Brief Psychotherapy. Basic Books New York
- Howard K, S M Kopta, M S Krause & D E Orlinsky (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. American Psychologist 41: 159-164
- Kächele H (1987a) Unspezifische und spezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Vortrag auf den Lindauer Psychotherapiewochen 1987, in Vorb.zur Veröffentlichung in: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik
- Kächele H (1987b) Psychotherapeutisches Praktikum im Medizinstudium - Erfahrungen mit supervidierte KurztherapieManuskript in Vorb.
- Kächele H & K Grawe (1987) Psychotherapeutische Einzelfallprozess - forschung - Ein Vergleich zweier Kurztherapien.Kooperationsprojekt der Sektion Psychoanalytische Methodik, Universität Ulm und des Institutes für Klinische Psychologie der Universität Bern
- Koss M P & J N Butcher (1986) Research in Brief Psychotherapy. in: S L Garfield & A E Bergin (Eds) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley, New York, p.627-670
- Leuzinger-Bohleber M (1985) Psychoanalytische Kurztherapie: Zur angewandten Psychoanalyse in Institutionen. Eine Einführung. in M Leuzinger-Bohleber (Hrg) Psychoanalytische Kurztherapien. Zur Psychoanalyse in Institutionen. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Luborsky L (1984) Psychodynamic Psychotherapy. The Principles of Supportive-Expressive Psychotherapy. Basic Books, New York

16.01.2004

- Malan D (1976) Toward the validation of dynamic psychotherapy. Plenum Press, New York
- Matarazzo R G & D R Patterson (1986) Methods of teaching therapeutic skill in S L Garfield & A E Bergin (Eds) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley, New York, p. 821-843
- Meistermann-Seeger E (1986) Kurztherapie Fokaltraining. Die Rückkehr zum Lieben. Verlag für angewandte Wissenschaften München
- Meyer A E (Ed) (1981) The Hamburg Short Psychotherapy Experiment. Psychotherapy & Psychosomatics 35: 81-85
- Sarvis M A, M S Dewees & R F Johnston (1958) A concept of ego-oriented psychotherapy. Psychiatry 22: 277-287
- Sifneos P E (1972) Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Strupp H H (1973) Psychotherapy: Clinical, Research, and Theoretical Issues, Chap. 9: The therapist's performance Jason Aronson Inc, New York, p. 203-374
- Strupp H H & S W Hadley (1979) Specific versus non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. Arch Gen Psychiatry 36: 1125-1136
- Thomä H & H Kächele (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Springer Heidelberg