

Kächele H (2007) Psychodynamische Psychotherapie:
Behandlungskonzepte und Techniken. Kurz- oder Langzeittherapie. *In:*
Strauß B, Hohagen F, Caspar F (Hrsg) Lehrbuch Psychotherapie:
Teilband 2, Bd 2. Hogrefe, Göttingen, S 1265-1285

**Psychodynamische) Psychotherapie: Behandlungskonzepte und
Techniken, Kurz- oder Langzeittherapie**

Horst Kächele

0 Eine allgemeine Bemerkung vorweg:

Die Interessenlage zwischen Patienten und Therapeuten ist keineswegs eindeutig; das Dilemma zwischen so viel wie nötig und so viel wie möglich führt zu vier potentiell konflikthaften Feldern:

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

Beide am therapeutischen Prozeß Beteiligte haben im Prozeß der Indikation auszuhandeln, für welche der verschiedenen Optionen sie sich gemeinsam entscheiden (Kächele & Kordy 2003). Ein Großteil der im Felde verfügbaren Behandlungsformen psychodynamischer Therapien stellen Verwirklichungen dieser Entscheidung dar. Dazu kommt - als Komplikation - hinzu, daß aus der Sicht von Therapeuten Unterschiedlichkeiten gerne maximiert werden, wohingegen aus der Erfahrung der Patienten ein Großteils des Angebots unter der laxen Bezeichnung "Gesprächstherapie" hinreichend gekennzeichnet ist.

Gönnen wir uns einen kursorischen Überblick (Aufzählung ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

- # psychodynamische Kurztherapie
(Bellak & Small 1972; Mann 1973; Strupp 1991)
- # angst - provozierende Kurztherapie/Short time Dynamic
Psychotherapy
(Sifneos, 1972,1987)
- # psychoanalytische Fokalthherapie
(Balint, 1973; Beck, 1974; Klüwer, 1978; Klüwer, 1971;
Leuzinger-Bohleber 1985; Mahler 1968; Malan 1965)
- # dynamische Psychotherapie
(Dührssen 1988)
- # tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
(Heigl-Evers & Heigl 1982; Wöller & Kruse 2002)
- # supportiv-expressive Psychotherapie
(Luborsky & Crits-Christoph 1988a)
- # Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie
(Heigl-Evers & Ott 1998)
- # niederfrequente, psychoanalytische Langzeittherapie
(Hoffmann 1983)

Eine wahre Fülle von Bezeichnungen für im Grunde relativ ähnliches; wieweit hier Autoren ihren Narzissmus pflegen oder inwieweit hier sachlich begründbare Unterschiede vorliegen, ist oft schwer zu unterscheiden. Noch liegen keine durchgängig akzeptierten Forderungen vor, Therapieformen durch empirische erfassbare Merkmale operational zu definieren und zu vergleichend charakterisieren. Gemeinsamkeiten überwiegen bei weitem und deshalb stellen wir die Darstellung dieser gemeinsamen Merkmalen in den Mittelpunkt.

I Die therapeutische Allianz oder die hilfreiche Beziehung

Die therapeutische Allianz dürfte das wichtigste technische Prinzip nicht nur der psychodynamischen Therapieformen sein, sondern wie heute allgemein anerkannt wird, in allen Behandlungsmodalitäten (Horvath & Greenberg 1994). Was ist damit gemeint?

Die hilfreiche Beziehung ist eine Bezeichnung für eine Reihe offensichtlich verwandter Phänomene, in denen sich widerspiegelt, in welche Masse der Patient die Beziehung zum Therapeuten als hilfreich bzw. möglicherweise hilfreich für das Erreichen der Behandlungsziele erlebt. Dieses steht im Einklang mit Freuds (1912b) Empfehlung, das die milde positive

Übertragung als "Trägerin des Erfolges" (S.371) betrachtet werden sollte. Man kann davon ausgehen, daß sich eine hilfreiche Beziehung schon durch die Anwesenheit des Psychotherapeuten sich entwickeln kann, aber es dürfte nicht verkehrt sein, fördernde Interventionen nicht zu sparsam zu verwenden. Luborsky (1988) empfiehlt gestützt auf vielfältige empirische Untersuchungen u. a. folgende Interventionen:

- 1) Vermittle dem Patienten durch Sprache und Verhalten die Unterstützung in seinen Bestreben, die Behandlungsziele zu erreichen.
- 2) Vermittle dem Patienten ein Gefühl von Verständnis und Akzeptanz.
- 3) Entwickle Sympathie für den Patienten.
- 4) Hilf dem Patienten dabei, notwendige Abwehrformen und Handlungen beizubehalten, die seine Lebenstüchtigkeit fördern.
- 5) Vermittle dem Patienten die realistisch-zuversichtliche Einstellung, daß die Behandlungsziele wahrscheinlich zu erreichen sind.
- 6) Anerkenne bei geeigneter Gelegenheit, daß der Patient seinen Behandlungszielen schon gekommen ist.
- 7) Rege den Patienten an, seine Gedanken und Gefühle im Zusammenhang mit bestimmten Themen auszudrücken
- 8) Fördere ein "Wir-Bündnis".
- 9) Vermittle dem Patienten deine Achtung und Wertschätzung.
- 10) Weise auf Erfahrungen hin, die Patient und Therapeut in der Therapie gemeinsam gemacht haben

Die solchermassen zu fördernde therapeutische Beziehung ist das best untersuchte Phänomen des Faches. Gemeinsamkeiten mit der in der Gesprächspsychotherapie zum Eckpfeiler erklärten Einstellungen sind nicht nur zufällig. Wer glaubt, ein Ende der empirischen Bemühungen um dieses basale Konzept sei nun alsbald abzusehen, sieht sich getäuscht. Es geht jetzt erst richtig los. Es besteht Übereinstimmung darin, daß das Konzept ein multidimensionales Konstrukt ist, an dem vier Aspekte differenziert werden können:

- a) Die Fähigkeit des Patienten zielgerichtet in der Therapie arbeiten zu können
- b) Die affektive Verbundenheit des Patienten mit dem Therapeuten
- c) Das empathische Verstehen und die Involviertheit des Therapeuten

d) Die Übereinstimmung von Patient und Therapeut hinsichtlich der Behandlungsaufgaben - und ziele

Horvath (2000) verweist in einer Übersichtsarbeit zur Alliance auf Carl Rogers, der davon ausging, daß es viel mehr die Beziehung ist, die der Therapeut anbietet, als die Technik, die zu therapeutischer Veränderung führt und auf Bordin (1975), der den Begriff der "therapeutic or working alliance" einführte - mit den Elementen "bonds", "tasks" und "goals". Alliance ist die "förderliche Umgebung", die es ermöglicht, therapeutische Aufgaben effektiv zu lösen *und* selbst heilendes therapeutisches Agens.

Die Ergebnisse einer Metaanalyse aus 15 Jahren Alliance-Forschung faßt Horvath dort folgendermaßen zusammen:

- Alliance (bereits aus frühen Therapiestunden) ist ein Prädiktor für den Therapieerfolg, unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren, der Diagnose und Patientenmerkmalen (Ein Problem liegt dabei in der Konfusion von Therapieerfolg und Alliance: "Ich fühle mich besser, deshalb kann ich mich mehr auf die therapeutische Beziehung einlassen");
- Therapeut und Patient stimmen in der Einschätzung der Alliance meist nicht überein;

Klinische Schlußfolgerungen:

Die Entwicklung einer positiven Alliance bedarf der Beteiligung beider Interaktionspartner (d.h. bi-personales Modell); wenn keine positive Alliance zustande gekommen ist, steigt die Wahrscheinlichkeit, daß die Therapie nicht erfolgreich verläuft; Störungen in der therapeutischen Beziehung bedürfen der unmittelbaren und sorgfältigen Bearbeitung - Aspekten des "Hier und Jetzt" ist dabei der Vorzug zu geben, statt den Wiederholungsaspektes eines bestimmten Verhaltens hervorzuheben.

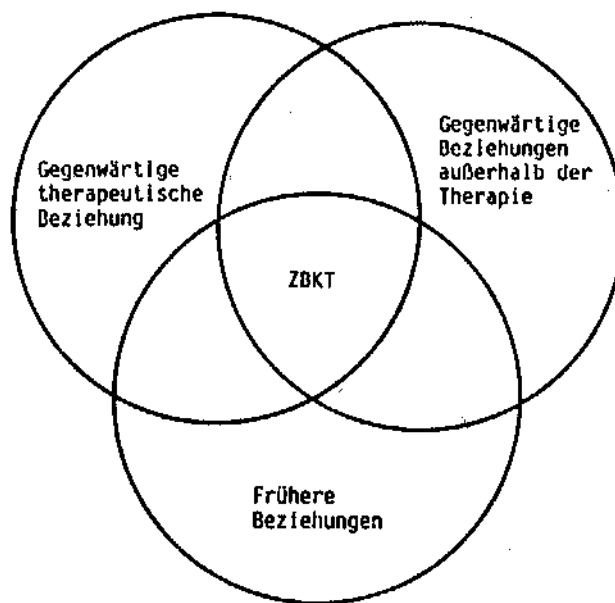
II Die Übertragung oder das zentrale Beziehungsmuster

Psychodynamische Therapeuten erkennen und nutzen auf der interpersonalen Ebene Beziehungsmuster zwischen sich und den Patienten, die sich laut bewährter klinischer Auffassung aus den viele Male ablaufenden

Interaktionsmustern zwischen den Familienmitgliedern in der frühen Erfahrungswelt des Kindes ergeben haben. Diese Analyse der Beziehung zwischen Patient und Therapeut ist das entscheidende psychodynamisch-psychodiagnostische Instrument (Strupp, 1991; Luborsky, 1988; Thomä & Kächele 1985). Sich wiederholende dysfunktionale Beziehungsmuster gelten als Behandlungs- und entsprechend als Forschungsgegenstand. Der expliziten Aus-Formulierung von Beziehungsmustern kommt sowohl in der psychodynamischen und kognitiv orientierten Einzelpsychotherapie als auch in den Familientherapien zentrale Bedeutung zu.

Unter psychodynamischen Gesichtspunkten können diese Beziehungsmuster als konflikthafte Resultate zwischen den persönlichen Bedürfnissen bzw. Wünschen, den Ängsten und Abwehrvorgängen einerseits und den Reaktionen der Interaktionspartner andererseits verstanden werden. Die psychische Symptomatik des Patienten ist in charakteristische dysfunktionale Beziehungsmuster eingebettet - der Wunsch, die Angst bei der Wunscherfüllung und die entsprechende Abwehr des Wunsches bzw. der Angst konfiguriert auch die interpersonalen Beziehungen. Konflikte sind psychodynamisch zu verstehen als sich widersprechende oder sich gar ausschließende Wünsche und andere Motive, die Ängste vor den Konsequenzen bei der Wunscherfüllung und entsprechende Abwehrreaktionen sowohl auf der intrapsychischen als auch auf der interpersonalen Ebene hervorrufen.

Die Übertragung, das zentrale Konstrukt der psychoanalytischen Ätiologie- und der Behandlungstheorie meint solche repetitiven Beziehungsmuster, für die drei Komponenten faßbar sind, wie sie im sog. Menninger Dreieck dargestellt sind:



Wie läßt sich Übertragung in der therapeutischen Beziehung fassen: vor allem in klinischen Schilderungen:

Therapie DER STUDENT Ausschnitte aus dem Erstgespräch

Im ersten Gespräch spricht der Patient zunächst von seinen Kontrollzwängen, wie er sie nennt. Diese äußern sich vor allem darin, daß er sich - wenn er ins 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.

.....

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.

.....

.....

Nach fünf Minuten des Gespräches zieht der Patient seine Jacke aus: man hat das Gefühl, als sei er erst jetzt richtig angekommen. Der Therapeut spricht ihn darauf an, ob er sich hier auch eingeengt gefühlt habe, was

der Patient jedoch verneint.

Der Patient berichtet weiter, daß er sich beim Lernen selber einen Zwang auferlegt hat, sich eingeengt hat, dieses jedoch durch den Erfolg kompensierte und nicht bemerkte. Er habe auch zunächst in * 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.

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.

Der Patient leidet an milden Kontrollzwängen; darüber hinaus zeigt seine Lebenssituation, daß er sich eingeengt fühlt. In zwei Momenten in diesem ersten Interview wird dieses Engegefühl thematisiert; obwohl der Patient beides Mal den Hinweis des Therapeuten nicht aufgreift, erfolgt eine indirekte Bestätigung durch das Thema der Freundlichkeit: man kann unterstellen, daß der Patient zwar den Hinweis auf die Beengtheit abwehrt, aber zugleich darauf hinweist, daß er sich "momentan gefaßt und beherrscht" fühlt.

Gegen Ende des Erstgespräches kommen seine Spannungen nochmals zur Sprache, und der Patient thematisiert die Funktion des Rauches, nämlich Dampf ab zu lassen:

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 heraus - kristallisiert habe. Durch die Symptome gehe für ihn nämlich Zeit kaputt und er möchte auch seine Lebensqualität verbessern.

Solche aktuellen interaktiven Verwicklungen können im weiteren Verlauf mit biographischen Aspekten in Beziehung gesetzt werden. Können, aber müssen nicht - an dieser Nahtstelle differieren die oben aufgeführten Formen der psychodynamischen Therapie.

Methoden zur Erfassung von Beziehungsmustern

Die direkte Erfassung von konfliktiven interpersonellen und / oder intrapsychischen Beziehungsmustern aus dem Material therapeutischer Dialoge hat sich in den letzten zwanzig Jahren als erfolgreiche Forschungsstrategie durchgesetzt.

Es wurden mehrere Meßinstrumente hierfür entwickelt. Zu den bekannteren Instrumenten zählen:

Luborsky	1977	Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT) (Luborsky & Crits-Christoph 1998) dt.: Zentrales Beziehungs-Konflikt Thema (ZBKT) (Albani et al. 2003)
Gill & Hoffmann	1982	Patient's Experience of the Relationship with Therapist (PERT) (Gill 1982) dt.: Beziehungserleben in Psychoanalysen (BIP) (Herold 1995)
Strupp & Binder	1984	Dynamic Focus / Dynamische Fokus (Strupp 1991)
Weiss & Sampson	1986	Plan Diagnosis/ Plan Formulation Method (Weiss & Sampson 1986) dt.: Methode der Plan-Formulierung (Albani et al. 1999)

All diese Meßinstrumente arbeiten motivational hoch besetzte, d.h. relativ als wichtig eingeschätzte Beziehungsmuster heraus und lassen sich sowohl auf kognitive als auch expressive Psychotherapieformen anwenden.

4. Der dynamische Fokus

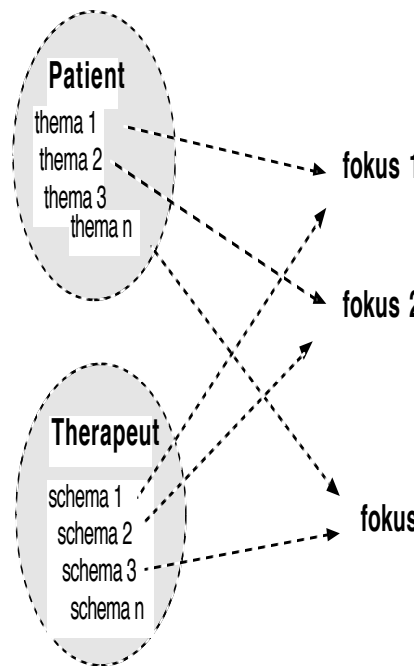
Das Konzept des Fokus zählt zu den Basiskonzepten in der psychodynamischen Psychotherapie und hat im klinischen Gebrauch zwei Bedeutungen: einerseits wird mit "fokussieren" eine heuristische therapeutische Strategie beschrieben, die sich aus der Begrenztheit der Informationsgewinnung und -verarbeitung ergibt und eine Gerichtetheit der Aufnahmebereitschaft erfordert (Thomä & Kächele 1985).

Zum anderen wird damit die Begrenzung auf einen Konfliktherd (lat. focus) bezeichnet, die kennzeichnend sowohl für die psychoanalytische Fokaltherapie wie auch für verschiedene Formen psychodynamischer Kurztherapie ist.

Ein Fokus im bedeutungstechnischen Sinn bildet sich in der Interaktion von Patient und Therapeut. 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 1991).

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.

Zur Illustration greifen wir die klinische Beschreibung des schon erwähnten Patienten "DER STUDENT" auf :

Klinische Beschreibung des Patienten "Der Student" :

Der 23jährige Sozialpädagogik-Student leidet seit der Pubertät an Kontrollzwängen - er muß sich umdrehen, den Boden kontrollieren, hat das Gefühl, etwas verloren zu haben, wenn er in ein Haus hineingegangen ist. Er lebt mit seiner Freundin und deren 3jährigen Sohn zusammen. Er kann nur schwer allein sein, hat aber Angst vor seinen Anhänglichkeitswünschen. Er kritisiert sein von ihm so genanntes Suchtverhalten, indem er durch Essen, Trinken und Rauchen psychische Belastungen kompensiere.

Der Patient ist das jüngste von 3 Geschwistern. Die Mutter sei ständig erschöpft gewesen, und der Vater habe sich mehr mit dem Auto und seiner Stereoanlage beschäftigt als mit der Familie. Er habe als Kind viel allein gespielt, stets in der Nähe der Mutter, mit der er dann in der Pubertät viele Ausflüge unternommen habe, wohl um sie über ihre Einsamkeit hinweg zu trösten. Seine Versuche, sich in der peer group zurechtzufinden, waren stets problematisch.

Der interviewende Therapeut beschreibt den Patienten als einen Adoleszenten, der in seinem Ablösungsprozeß gescheitert ist. Es wurde die Indikation zu einer zeitlich begrenzten Fokaltherapie gestellt, bei der die Überwindung der verfrühten innerseelischen Festlegung in einem eheähnlichen Verhältnis mit einer mütterlichen Partnerin ganz in der Nähe der Eltern ein äußeres Ziel, die Bearbeitung der negativ-ödipalen Sehnsucht und der Erwerb der Fähigkeit zu einer positiv-ödipalen Rivalität ein inneres Ziel darstellte. Das Zwangssymptom wurde als Hinweis auf Einschränkungen in der Handhabung einer auf Trennung und Ablösung zielenden Aggressivität verstanden. Aus klinischer Sicht wurden folgende Foci formuliert:

Das Ziel einer psychodynamischen Therapie wird durch die explizite oder auch nur implizite Festlegung der thematischen Schwerpunkte operational gefaßt:

- 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 bekommen.
- 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 und Tröster der Mutter zugleich.
- Thema 3:* Neid und Rivalität gegenüber dem sechs Jahre älteren Bruder, der ihn nur als kleinen Jungen behandelt hat.

In der 29 stündigen Kurztherapie fokussierte der Therapeut auf das zweite Thema; daß er dies auch tatsächlich durchhielt konnte empirisch belegt werden (Kächele et al. 1990; Albani et al. 1994). Eine denkbare längere und intensivere Behandlung - die der Patient selbst nicht wünschte - hätte sich ausgiebig auch mit den anderen Themen auseinandersetzen müssen

Zu betonen ist, daß das Merkmal des Fokussierens ein unvermeidliches Merkmal therapeutischer Dialoge ist; die Frage stellt sich vielmehr, in welchem Ausmaß ein Therapeut zusammen mit dem Patienten diese Fokalität bei der Arbeit im Auge behält oder ob sie beiden vom zielgerichteten Wege

abkommen.

5. Die Deutung der Übertragung

Was tut ein Therapeut, wenn er nicht aufmerksam zuhört ? Zunächst stellt er anamnestische Fragen, versucht die Verankerung des Patienten in seiner alltäglichen Realität zu klären, er versucht herauszufinden, ob er den Patienten angemessen verstanden hat (Klarifikation), er konfrontiert den Patienten mit seinem Verständnis, er beruhigt, wenn dies angemessen erscheint (support), er wird Fragen beantworten, die sinnvoll sind, und nicht ablenken, und manchmal, sicher eher selten, wird er auch Ratschläge geben. Darüber hinaus wird in allen psychodynamischen Therapien gedeutet. Was heißt das? Mit einem treffenden Bonmot läßt sich eine Deutung folgendermaßen kennzeichnen: Eine Deutung ist die Antwort auf eine Frage, die der Patient nicht stellen konnte.(Ehlich 1990).

Folgende Dimensionen lassen sich bei Deutungen unterscheiden:

1. Objekt(e), auf das sich die Interpretation bezieht
2. Inhalt der Interpretation
3. Treffsicherheit der Interpretation (Korrektheit, Fokus-Kompatibilität)
4. Stützende Aspekte der Interpretation
5. Reaktionen des Patienten auf die Interpretation

ad 1. Objekte der Interpretation meint die wichtigen Beziehungspersonen, jene "significant others", die heutzutage Allgemeingut psychotherapeutischer Theorien sind.

ad 2. Inhalt der Interpretation meint der Vorgang der Beziehungstiftung: "Sie fühlen sich in vielen Ihnen wichtigen Situationen eingeengt, weil Sie davon ausgehen, nicht Herr der Situation sei zu dürfen"; bei weitergehender sog. genetischer Deutung muß dann noch die biographische Begründung eingebracht werden: "Sie gehen davon aus, nicht dominieren zu dürfen, weil Sie die Erfahrung gemacht haben, daß sich ihre Mutter dann von Ihnen zurückgezogen hat". Biographisch fundierte Deutungen zeigen auf, daß es früher einmal sinnvoll und adaptiv war, sich so zu verhalten.

ad 3. Treffsicherheit der Interpretation zielt auf die Frage des Zusammenhangs mit dem verfügbaren Material: ins Blaue hinein zu deuten, ist keine gute Sache. Erstens nützt es nichts und kann dem Patienten schaden. Allerdings trifft manchmal auch zu, daß Patienten des Therapeuten deutenden Aktivität als solche anerkennen, unabhängig davon wie trefflich diese geraten ist.

ad 4. Stützende Aspekte der Interpretation fördern die Integrationsfähigkeit des gedeuteten Zusammenhangs in das aktuelle Beziehungswissen des Patienten: "wenn ich mirs recht überlege, dann war es eine große Leistung von Ihnen, sowohl damals und deshalb auch heute sich so zurückzunehmen - was Sie nun als Enge verspüren; damit haben Sie sicher auch zum Frieden in der Familie beigetragen".

ad 5. Wie der Patienten auf eine Deutung reagiert, ist von größter Bedeutung. Stimmt er immer gleich zu, stimmt es den Therapeuten mißtrauisch; zögert er, oder sagt vielleicht: "so rum habe ich die Sache noch nie betrachtet", dann wird der Therapeut aufhorchen. Das passende Konzept hierzu läßt sich als 'emotionale Einsicht' bezeichnen, bei der kognitive und emotionale Aspekte zusammenklingen (Hohage & Kübler 1987)

Wenn auch die Deutung der Übertragung als hoch geschätztes Markenzeichen des psychoanalytisch-psychodynamisch orientierten Handelns gewertet wird, so ist doch aufgrund neuerer Untersuchungen ein zurückhaltender Umgang mit Deutungen in niederfrequenten Therapien angebracht.

Die einschlägigen Studien legen zum Teil recht kontroverse Interpretationen nahe, aber die Untersuchungen innerhalb jeder Kategorie sind ungewöhnlich konsistent. Deshalb wagen wir doch vorsichtige Schlüsse:

1. Ein "Mehr" an Übertragungsdeutungen ist nicht besser und vielleicht sogar schädlich.
2. Übertragungsdeutungen verbessern schlechte therapeutische Beziehungen nicht notwendigerweise und beschädigen vielleicht gute.
3. Bezüglich affektiver Reaktionen und "Experiencing" scheinen Übertragungsdeutungen anderen Interventionen nicht überlegen zu sein.

4. Interpretationen evozieren eher Abwehr als andere Interventionen.
5. Die durchschnittlich von den Therapeuten erreichte Genauigkeit der Deutungen ist vermutlich deutlich niedriger als erwartet.
6. Wenn die Übertragungsdeutung eine affektive Reaktion auslöst, scheint sie positiv mit dem Therapieerfolg korreliert zu sein.
7. Die Qualität des Therapeuten macht vielleicht doch einen Unterschied.
8. Die Effektivität von Übertragungsdeutungen ist eine Funktion mehrerer interagierender Faktoren. Im Moment sieht es so aus, als wären Übertragungsdeutungen besonders effektiv, wenn sie exakt sind und selten angeboten werden, und das eher bei Patienten mit gut funktionierenden Objektbeziehungen.

Es gibt zu denken, daß die bei uns noch relativ neue Interpersonelle Psychotherapie (IPT) (Schramm 1996) explizit die Bearbeitung konfliktiver interaktiver Beziehungsregulation auszuschließen versucht und entscheidend die Unterstützung bei der Bewältigung sozialer Problemfelder fördert. Da liegen ganz sicher ihre Stärken und dann auch die Limitierung, weshalb die IPT gut beraten ist, als zeitlich begrenztes Verfahren auch die Grenzen der manchmal unvermeidlichen Übertragungskomplikationen nicht zu überschreiten.

6. Widerstand

Es widerspricht dem gesunden Menschenverstand, daß ein Patient, der Hilfe wegen seines seelischen oder psychosomatischen Leidens sucht, zugleich Verhaltensweisen an den Tag legt, die von Freud unter der Bezeichnung "Widerstand" zusammengefaßt wurden. Man muß zu allererst hervorheben, daß Patienten *primär* in der Beziehung zum Psychotherapeuten in besonderer Weise und in erster Linie Hilfe suchen. Widerstandsphänomene treten *sekundär* und als Folgen von Beunruhigungen auf, die allerdings unvermeidlich zum Widerstand in der einen oder anderen Form führen. Die negative Konnotation, die dem Ausdruck Widerstand nur zu leicht anhaftet, läßt übersehen, daß es die *Störung* in der therapeutischen Beziehung ist, die gemeint ist.

Der Patient, der Hilfe sucht, macht wie sein Therapeut die Erfahrung, daß der Prozeß der Veränderung als solcher beunruhigend ist, weil das erreichte Gleichgewicht, selbst wenn es mit schweren Einbußen der inneren und äußeren Bewegungsfreiheit einhergeht, eine gewisse Sicherheit und Stabilität garantiert. Auf der Grundlage des erreichten Gleichgewichts werden unbewußt Ereignisse erwartet und konstellierte, die auch unangenehmer Natur sein könnten. Es bildet sich ein Kreislauf, der sich selbst aufrechterhält und verstärkt ("self-perpetuating circle"), obwohl der Patient bewußt eine Veränderung anstrebt; denn das Gleichgewicht, so pathologisch seine Folgen auch sein mögen, trägt maßgeblich zur Reduzierung von Angst und Unsicherheit bei.

Widerstand kann vielfältige Formen annehmen; sie haben alle die Funktion, das wie auch immer erreichte seelische Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Daraus ergeben sich verschiedene Aspekte des Widerstands:

- 1) Er ist auf die bewußt angestrebte, aber aus unbewußten Gründen befürchtete Veränderung bezogen.
- 2) Die Beobachtung des Widerstands ist an die therapeutische Beziehung gebunden.
- 3) Da die Fortsetzung der Arbeit vielfältig gestört werden kann, gibt es keine Verhaltensweise, die nicht als Widerstand eingesetzt werden könnte, wenn sie eine bestimmte Stärke erreicht hat.
- 4) Bei der Einschätzung des Widerstands werden also *qualitative* und *quantitative* Kriterien benutzt. Positive oder negative Übertragungen werden beispielsweise zum Widerstand, wenn sie eine Intensität erreichen, die ein nachdenkliches Zusammenarbeiten erschweren oder unmöglich machen.

Die groben Widerstände umfassen Verspätung, Versäumen von Stunden, Schweigen, Weitschweifigkeit, automatisches Ablehnen oder Mißverstehen aller Äußerungen des Therapeuten, gespielte Dummheit, ständige Zerstreuung und schließlich auch Abbruch der Behandlung.

Diese groben Störungen, die den Eindruck bewußter und absichtlicher Sabotage erwecken, treffen den Therapeut an einem empfindlichen Punkt. Denn einige der beschriebenen Verhaltensweisen - wie Verspätung und

Versäumen von Stunden - untergraben die Arbeit und verführen zu kritisierenden Interventionen, die bestenfalls als pädagogische Maßnahmen wirken oder - schlimmstenfalls - zu Machtkämpfen führen. Gerade zu Beginn einer Therapie kann es rasch zu solchen Verwicklungen kommen. Deshalb ist es so wesentlich, stets die eingangs erwähnte positive These im Auge zu behalten, daß nämlich der Patient primär eine hilfreiche Beziehung sucht (Thomä & Kächele, 1985, Kap.4).

7. Gegenübertragung

Historisch ist beachtenswert, daß sich die Gegenübertragung, d.h. die emotionalen Reaktion des Therapeuten auf die emotionalen Angebote des Patienten ursprünglich als Hindernis für die Therapie betrachtet wurde. Seit dem Beiträgen von Heimann (1964) zeichnete sich ein Wende ab, weshalb sogar von einer Verwandlung des Aschenputtels in eine strahlende Prinzessin gesprochen wurde (Thomä & Kächele 1985, Kap.3).

Es ist hilfreich, 3 Phasen der Gegenübertragung auseinander zu halten. In der 1. Phase erreicht der Therapeut, daß er in seinem Tun und Reden, ja auch in seinem Fühlen alles *kontrollieren versucht*, was zu Verwicklungen Anlaß geben könnte. Dann verfällt er in der 2. Phase in den Widerstand gegen die Gegenübertragung, und es droht ihm die Gefahr, allzu schroff und ablehnend zu werden, wodurch das Zustandekommen der Übertragung hintangehalten oder gar unmöglich gemacht wird. Nach Überwindung dieses Stadiums erreicht man vielleicht die 3. Phase: die Bewältigung der Gegenübertragung. In diesem Sinne kann man für die optimale Einstellung des Therapeuten eine "fortwährende Oszillation zwischen freiem Spiel der Phantasie und kritischer Prüfung" empfehlen.

Die Gegenübertragung als Antenne für die aktuelle interaktive Situation zu benutzen heißt nun nicht, ihr ohne Prüfung zu vertrauen; man sollte das von ihrer und des Patienten Seite gelieferte Material psychologisch prüfen und darf sich in seinen Handlungen und Mitteilungen ausschließlich vom Erfolg dieser Denkarbeit leiten lassen.

Die zunächst zu erlernende Gefühlskontrolle und ihre Übertreibung im Widerstand gegen die Gegenübertragung können nicht durch die unbestimmte Feststellung, dies sei nicht die richtige Einstellung, korrigiert werden. Führt man nämlich die strenge Gefühlskontrolle als erste Lernerfahrung ein, braucht

man sich nicht zu wundern, daß am Schluß übergroße Ängstlichkeit herauskommt und erhalten bleibt, auch wenn man sie wieder abschaffen möchte.

Die empirische Erkundung von Gegenübertragungsphänomenen ist schwierig. Die wenigen Versuche haben indirekte Wege erkundet.

So identifiziert ein origineller diskurs-analytischer Ansatz linguistische Fehlleistungen (Dahl et al. 1978); ganz andere Wege gehen die Studien, die Merkmals-Typologien von Therapeuten ermitteln. Aufschlußreich finden wir besonders das Ergebnis einer großen, multinationalen Studie (Orlinsky & Ronnestad in press), die vier Cluster von therapeutischen Haltungen identifizieren konnte:

Collaborative Research Network Typologie von Therapeuten		
	entspannt	kämpferisch
gut	Healing Therapists N = 1831: 46% much healing involment (>9.55) little stressful involment (<4.75)	Struggling Therapists N = 836: 21% much healing involment (>9.55) more than a little stressful involment (>4.75)

	Disengaged Therapists	Distressed Therapists
schlecht	N = 800: 20% not much healing involment (<9.55)	N = 524: 13% not much healing involment (<9.55)
	little stressful involment (<4.75)	more than a little stressful involment (>4.75)

Was immer in einer konkreten klinischen Situation sich an Gegenübertragung ereignen mag, mit Sicherheit spielen die oben aufgeführten basalen, quasi chronifizierten Gegenübertragungs-Einstellungen eine große Rolle.

Die Lehrtherapie

Soll man oder soll man nicht ? Ist Selbsterfahrung nun gut, hilfreich, verbessert sie die therapeutische Kompetenz, um die es schließlich gehen soll. Es ist erstaunlich, wie gering unser empirisches Wissen um diese Gretchenfrage ist (von Rad & Kächele 1999). Dies Faktum steht im Gegensatz zu der allgemein geteilten klinischen Überzeugung, die von fast niemand bezweifelt wird, daß diese Einrichtung - die auf Freud's heroische Selbstanalyse und deren offenkundigen Begrenzungen - zurückgeht - zweckmäßig ist.

In den (deutschen) Weiterbildungsordnungen ist sie vorgeschrieben; ob die Zahl von 150 Sitzungen die richtige ist, bleibt offen - und wird offen gehalten. Soll man Einzel- und oder Gruppenselbsterfahrung fördern, oder gar fordern, ist ebenfalls umstritten und wird von jedem Teilnehmer an Weiterbildung individuell entschieden oder durch institutionelle Regelungen gelöst..

Empirisch geht der Trend zu einer Wiederentdeckung der Persönlichkeit des Therapeuten, die in randomisiert-kontrollierten Studien nur selten randomisiert zugewiesen wird. Seit Luborsky's bahnbrechendem Aufsatz aus dem

Jahre 1985 scheint aber festzustehen, daß die Varianz zwischen Therapeuten bezüglich ihrer therapeutischen Kompetenz größer als die Varianz zwischen Therapieverfahren (Luborsky et al. 1985). Die jüngste Ausgabe des Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Lambert 2003) bringt hierzu neue Belege.

8. Meisterung oder Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten

Was in der hochfrequenten langjährigen psychoanalytischen Arbeit als Motto hilft (Freud 1914g), kann in die meist niederfrequente psychodynamische Therapie nicht einfach transformiert werden. Angemessener ist hier das relativ neue Konzept von Grenyer & Luborsky (1996). Meisterung wird hier verstanden als die Fähigkeit zur emotionalen Selbstkontrolle und zum kognitiven Selbstverständnis im Rahmen zwischenmenschlicher Beziehungen. Damit umfaßt das Konzept verschiedene Dimensionen, die zu den wesentlichen veränderungsrelevanten Faktoren in der psychodynamischen Therapie gezählt werden, wie z. B. das Erkennen der eigenen repetitiven Verhaltensmuster, das Erkennen der Zusammenhänge zwischen früheren und gegenwärtigen Beziehungen, die Entwicklung einer Toleranz für Gefühle oder die Fähigkeit zur Nachdenklichkeit.

Die Mastery Scale

Das Konzept der 'Meisterung' ist für das klinische Denken und Handeln äußerst nützlich; auch als Forschungsinstrument ist es inzwischen auf Deutsch verfügbare. Das Instrument (deutsche Fassung Dahlbender et al. 2001) operationalisiert die Meisterung interpersoneller Konflikte auf sechs hierarchisch organisierten Ebenen:

Tabelle 2: Ebenen der Mastery Scale

Mangelnde Impulskontrolle

- 1A Von eigenen Gefühlen überwältigt werden
- 1B Affektives Denken und Handeln
- 1C Abwehrhaltung einnehmen
- 1D Störungen der Ich-Funktionen

Introjektion und Projektion negativer Affekte

- 2E Leiden unter belastenden psychischen Zuständen
- 2F Negative Gefühle gegenüber anderen
- 2G Projektion negativer Gefühle
- 2H Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen
- 2I Zeichen der Hilflosigkeit

Schwierigkeiten des Verstehens und der kognitiven Kontrolle

- 3J Kognitive Konfusion
- 3K Kognitive Ambivalenz
- 3L Konstruktive Bemühungen, sich mit Schwierigkeiten auseinanderzusetzen

Interpersonelles Bewußtsein

- 4M Hinterfragen der Reaktionsweisen anderer
- 4N Sichtweise anderer mitberücksichtigen
- 4O Hinterfragen der eigenen Reaktionsweisen
- 4P Interpersonale Selbstbehauptung

Verstehen des Selbst

- 5Q Eigene, sich wiederholende Verhaltensmuster erkennen
- 5R Zusammenhänge zw. früheren u. gegenwärtigen Beziehungen erkennen
- 5S Zusammenleben können
- 5T Einsicht in das zwischenmenschliche Verhalten anderer

Selbstkontrolle

- 6U Emotionale Selbstkontrolle in Konfliktfällen
- 6V Emotionale Reaktionweise ändern
- 6W Sich selbst analysieren

Ebene 1 und 2 beschreiben eine gescheiterte Meisterung, die durch überwältigende Gefühle, Abwehrhaltungen, gestörte Ich-Funktionen, Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen, Hilflosigkeit u. a. gekennzeichnet ist. Ebene 3 und 4 beinhalten verschiedene Bemühungen die Meisterung zu verbessern, z. B. sich mit den Schwierigkeiten auseinanderzusetzen und die eigenen Reaktionsweisen sowie die der Interaktionspartner zu hinterfragen. Ebene 5 und 6 beschreiben eine gelingende Meisterung von Konflikten, etwa durch Einsichten in eigene und fremde dysfunktionale Beziehungsmuster, die Fähigkeit zur Nähe, zu emotionaler Selbstkontrolle und Selbstanalyse.

Zur Illustration greifen wir auf den Patienten zurück, für den als Fokus-Thema 2 der Wunsch formuliert worden war, er sei mit seiner Mutter identifiziert mit den Vorwürfen gegenüber dem Vater, der sich um sie wie um ihn zu wenig kümmert.

Auswertungsbeispiel

Stunde / BE / Äußerung: 10 / 11 / 291

Objekt: Vater

Zeit: Kindheit / Schule

W-RO-RS-Cluster: 5-5-7

Mastery-Score: 3,3

6V

2I

P: [ha inzwischen ist mir klar] [daß ich, daß ich alles hätte machen können. - äh, (hustet) da hätte ich nicht= dennoch nicht aktivieren können]

3L

. [ich habe damals viel! unternommen] ich hab jetzt zum Beispiel; er hat dann, viel an seinem Auto noch rumgebastelt= und das hab ich; der hat sich erst ein Führerschein gemacht und ein Auto zugelegt, wo ich schon drei vier Jahr alt war glaub, und:

4N

[da hat er dann immer viel daran rumgebastelt so aus Neugier]
4N
[so wie er jetzt seine Bastelwut an der Stereoanlage, rausläßt], äh=
und da bin ich halt immer runter und da hab ich dann immer's
Werkzeug aufräumen dürfen oder ihm bringen und so
5T
. [und das war dann die Form von Gemeinsamkeit die wir, gehabt
haben],
3L 2E
[ja? also ich hab mich da schon bemüht]. - [und das hat mich auch
immer geschmerzt wenn ich irgendetwas falsch gemacht habe oder
so gell]
und immer 'ah' oder so; - 'mach's lieber gleich selber' oder so
2E 3L
[das hat mir dann, hat mich dann geschmerzt] [aber ich hab dann
schon? versucht noch, äh, d-- ja um ein bißchen= so ein Gefühl zu
kriegen von Gemeinsamkeit],
2E
[bin ich halt dann auch um's Auto rumgewetzt obwohl ich
eigentlich viel lieber in den Wald gegangen wäre],
oder, jetzt bloß symbolisch ja mir fällt grad nichts besseres ein. ---

Die mit [] markierten Textausschnitte belegen genau dieses Thema und die fetten Ziffern geben die Bewertung der Konfliktbewältigung auf der Mastery Skala an.

9. Kurz- oder Langzeittherapie

Psychodynamische Psychotherapie - im Kassenjargon noch als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gekennzeichnet - steht m. E. unter dem eingangs aufgeführten Wahlspruch: so viel wie nötig, und so wenig so möglich. Das Zweite deshalb, da noch immer die Wartelisten lang sind, und Therapeuten die Verpflichtung haben, mit dem begrenzten Gut der Behandlungskapazität sorgsam umzugehen (Birnbacher & Kottje-Birnbacher 1996). Das Erste deshalb, da die Patientinnen - um es sind in Zwei-Drittel der Fälle Frauen - das Recht auf eine den Problemen angemessene Hilfestellung haben. Es handelt sich um ein medizinethisches Problem der Ressourcen-Allokation (Allert 1994). Systemimmanent wird in der BRD zwischen Kurzzeit- und Langzeittherapie unterschieden. Solche Unterscheidungen regulieren eine Praxis, die von der Natur der Sache her keine Unterscheidung

kennen kann. Denn was ist kurz und was ist lang. Die sechs probatorischen Sitzungen, die in der BRD auf Überweisungsschein ermöglicht werden, wären in den USA gegenwärtig bereits die mittlere Wert für eine Kurztherapie; die Therapiemanuale für psychodynamische Psychotherapie rechnen mit ca 20-30 Sitzungen. Da in der Regel eine einstündige Frequenz gewählt wird, dauert solche Behandlungen ca ein Jahr; rechnet man die gesellschaftlich akzeptierten Unterbrechungen durch Feier - und Ferientage ab. Zwei Drittel der bei den Kassen beantragten Leistungen werden als Kurzzeittherapie initiiert; ein Drittel unmittelbar als Langzeittherapie. Diese Verhältnisse stellen sich bei den Verhaltenstherapien im übrigen ganz ähnlich dar.

Was wissen wir, ob diese Praxis optimal ist? Herzlich wenig, da diese Praxis ist auch bequem für Therapeuten. Eine bemerkenswerte Studie zum Problem der Optimierung von Therapiedosis und Therapiedauer für bulimische Patientinnen haben Herzog et al. (1996) vorgelegt. Ihr Fazit:

Das vorläufige Ergebnis, daß die Therapiedosis für den Therapieprozeß und -erfolg weitaus bedeutsamer als die Therapiedauer, jedenfalls bei monotoner Verteilung über maximal ein Jahr, ist, legt für die Behandlung der Bulimie nahe, zumindest bis zur Symptomremission eher mittel- bis hochfrequent zu therapieren, mit einer anschließenden niederfrequenten Therapiephase zur langfristigen Stabilisierung der Ergebnisse.

(Herzog 1996), S.25)

Offene Fragen also; es scheint jedenfalls, daß die Regulierung über eine kassenrechtlich abgesicherte Leistung nicht selbstverständlich an die Verteilung dieser Dosis in einem Zeitrahmen geknüpft sein sollte. Initial hoch genug zur Herstellung der therapie-relevanten Arbeitsbeziehung bis zur Symptomremission einsteigen,; dann aber längere Zeiten einen niederschweligen Kontakt halten, könnte für die Praxis andere Organisationsformen nach sich ziehen.

Die Frage "How much is enough" (Kadera et al. 1996) stellt nach wie vor eine wissenschaftliche Herausforderung dar. Nachdem viele Jahrzehnte wenig empirische Evidenz für die höherwertige Leistung der Langzeittherapien verfügbar war - und entsprechende Übersichtsarbeiten eher negativ Kommentare über die nur klinisch vermuteten Erfolge schrieben (Orlinsky et al. 1994), zeigen jüngere Studien ein differenziertes Bild (Stuhr et al. 2001).

Auch die konsumenten-orientierte Markt-Forschung - die per Fragebogen ein Meinungsbild bei Ex-Patienten erheben, destillieren in der Mehrzahl eindeutig ein Votum für längere Behandlungen. Allerdings muß beachtet werden, daß der Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Symptombesserung nicht sehr ausgeprägt sein muß. Es besteht jedoch Einigkeit darüber (Seligman 1995), daß

- 1) Psychotherapie in der Praxis in der Regel nicht von fixierter Dauer sein soll;
- 2) Psychotherapie in der Praxis in der Regel selbst-korrigierend ist;
- 3) Psychotherapie in der Praxis aktives Shopping ist;
- 4) Patienten in der Praxis multiple Probleme haben,
- 5) Psychotherapie in der Praxis in der Regel mehr auf Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus als auf Symptom-Reduktion zielt .

Auf die für viele Patienten brennende Frage: "wie lange wird es dauern", empfehlen wir, nicht Sitzungszahlen anzugeben, sondern von vornherein auf die Beziehung zu den erwünschten erreichbaren Zielen aufmerksam zu machen. Denn die bei der Kasse beantragte Sitzungszahl bedeutet ja keine Verpflichtung diese auch auszuschöpfen. Dann verlieren Angaben über die Dauer von Therapien ihre deprimierende Wirkung, und der Patient kann die Hoffnung schöpfen, daß nicht erst nach ein, zwei oder x Jahren Besserungen oder Heilungen eintreten können. Da Verschlechterungen, Besserungen und Heilungen, also der therapeutische Prozeß insgesamt, auch von der beruflichen Kompetenz des Therapeuten abhängig sind, ist natürlich auch seine Dauer eine dyadisch regulierte Größe, die sich aus vielen Bestandteilen zusammensetzt.

Es ist davon auszugehen, daß es in der Freiheit des Patienten liegt, die Behandlung stets unterbrechen oder beenden zu können. Deshalb ist auf suggestive Untertöne zu achten, die mit Feststellungen über Frequenz und Dauer einhergehen. Auf der anderen Seite wissen die Beteiligten, daß der ideale Freiheitsspielraum des Patienten real eingeengt ist: durch die äußeren Verhältnisse, durch Selbsttäuschungen aufgrund unbewußter Motivationen und durch die Beziehungs- und Übertragungskonflikte des therapeutischen Prozesses. Wie lange eine Behandlung idealiter dauern sollte und wie lange

sie tatsächlich dauert, ist also von sehr vielen Faktoren abhängig.

Literatur

- Albani C, Blaser G, Geyer M, Kächele H (1999) Die "Control Mastery" Theorie - Eine kognitiv orientierte psychoanalytische Behandlungstheorie. Forum der Psychoanalyse 15: 224-236
- Albani C, Kächele H, Pokorny D (2003) Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Psychotherapeut 48: 388-402
- Albani C, Pokorny D, Dahlbender RW, Kächele H (1994) Vom Zentralen Beziehungs-Konflikt-Thema (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern (ZBM). Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des "Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas". Psychother Psych Med 44: 89-98
- Allert G (1994) Ethische und gesundheitspolitische Fragen der Ziel- und Prioritätensetzung in der Medizin. Kurzbericht über zwei internationale Forschungsprojekte. Zeitschrift für Medizinische Ethik 40: 256-257
- Bellak L, Small N (1972) Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Suhrkamp Verlag, Frankfurt
- Birnbacher D, Kottje-Birnbacher L (1996) Ethik in der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung. In: Senf W, Broda M (Hrsg) Lehrbuch der Psychotherapie. Thieme, Stuttgart, S 499-506
- Dahl H, Teller V, Moss D, Trujillo M (1978) Countertransference examples of the syntactic expression of warded-off contents. Psychoanal Quart 47: 339-363
- Dahlbender RW, Erena C, Reichenauer G, Kächele H (2001) Meisterung konflikthafter Beziehungsmuster im Verlaufe einer psychodynamischen Fokalthherapie. Psychother Psych Med 51: 176-185
- Dührssen A (1988) Dynamische Psychotherapie. Springer, Berlin
- Ehlich K (1990) Zur Struktur der psychoanalytischen Deutung. In: Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R (Hrsg) Medizinische und therapeutische Kommunikation. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 210-227
- Freud S (1912b) Zur Dynamik der Übertragung. S 363-374, GW Bd 8
- Freud S (1914g) Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. In: (Hrsg) GW Bd X, S 125 - 136
- Gill MM (1982) Analysis of transference. Vol I: Theory and technique. Int

- Univ Press, New York
- Grenyer BFS, Luborsky L (1996) Dynamic change in psychotherapy. Mastery of interpersonal conflicts. *J con clin psychol* 64: 411 -416
- Heigl-Evers A, Heigl F (1982) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - Eigenart und Interventionsstil. *Z Psychosom Med Psychoanal* 28: 160-175
- Heigl-Evers A, Ott J (Hrsg) (1998) Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Vandenhoeck & Ruprecht 2. Aufl., Göttingen
- Heimann P (1964) Bemerkungen zur Gegenübertragung. 18: 483-493
- Herold G (1995) Übertragung und Widerstand. Ulmer Textbank, Ulm
- Herzog T, Hartmann A, Sandholz A (1996) Psychotherapiedauer und Psychotherapiedosis. Die Freiburger prospektiv kontrollierte Studie zur Kurz-Psychotherapie der Bulimia Nervosa. In: Hennig H, Fikentscher E, Bahrke U, Rosendahl W (Hrsg) Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis. Pabst, Lengerich, S 972-990
- Hoffmann SO (1983) Die niederfrequente psychoanalytische Langzeittherapie. Konzeption, Technik und Versuch einer Abgrenzung gegenüber dem klassischen Verfahren. In: Hoffmann SO (Hrsg) Deutung und Beziehung Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main, S 183-193
- Hohage R, Kübler C (1987) Die Veränderung von emotionaler Einsicht im Verlauf einer Psychoanalyse. *Z Psychosom Med Psychoanal* 33: 145-154
- Horvath A, Greenberg L (Hrsg) (1994) The working alliance: theory, research and practice. Wiley, New York
- Kächele H, Heldmaier H, Scheytt N (1990) Fokusformulierungen als katalamnestische Leitlinien. 35: 205-216
- Kächele H, Kordy H (2003) Indikation als Entscheidungsprozess. In: Uexküll Th, von (Hrsg) Psychosomatische Medizin Modelle ärztlichen Denkens und Handelns 6 Aufl. Urban & Fischer, München, Jena, S. 425-436
- Kadera SW, Lambert MJ, Andrews AA (1996) How much therapy is really enough ? A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 5: 132-151
- Lambert MJ (Hrsg) (2003) Bergin's & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York Chichester Brisbane
- Leuzinger-Bohleber M (Hrsg) (1985) Psychoanalytische Kurztherapien. Westdeutscher Verlag, Opladen

- Luborsky L (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1988a) Measures of psychoanalytic concepts – the last decade of research from the 'The Penn Studies'. *Int J Psycho-Anal* 69: 75-86
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1998) Understanding transference. Basic Books 2nd ed, New York
- Luborsky L, McLellan AT, Woody GB, O'Brien CP, Auerbach A (1985) Therapists' success and its determinants. *Arch Gen Psychiat* 42: 602-611
- Mahler E (1968) Zur Frage der Behandlungstechnik bei psychoanalytischer Kurztherapie. *Psyche - Z Psychoanal* 22: 823-837
- Malan DH (1965) Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung. Huber/Klett, Bern/Stuttgart
- Mann J (1973) Time-limited psychotherapy. Harvard Univ Press, Cambridge, Mass.
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks R (1994) Process and outcome in psychotherapy-noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, S 270-376
- Orlinsky DE, Ronnestad MH (in press) The Psychotherapists' Perspective: Experiences of Work, Development, and Personal Life. Washington, DC: APA Books
- Rad von M, Kächele H (1999) Editorial: Lehrtherapie. *Psychotherap Psych Med* 49: 73-74
- Schramm E (Hrsg) (1996) Interpersonelle Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. *Am Psychologist* 50: 965-974
- Strupp HH (1991) Kurzpsychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hrsg) (2001) Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kohlhammer, Stuttgart
- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 1: Grundlagen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo. 2. Aufl. 1996
- Weiss J, Sampson H, Group TMZPR (Hrsg) (1986) The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical Research. Guilford Press, New York

Kächele H (2007) Psychodynamische Psychotherapie

Wöller W, Kruse J (Hrsg) (2002) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart