

INDIKATION UND ZIELSETZUNG PSYCHOANALYTISCH ORIENTIERTER KURZZEITTHERAPIE

Dr. Rudolf Lachauer

Zusammenfassung

Die Indikation zu einer psychoanalytisch orientierten Kurzzeittherapie sollte schrittweise erfolgen. Nach der Entscheidung, ob überhaupt Psychotherapie und wenn ja, ob psychoanalytisch orientierte Therapie indiziert ist, ist besonders die Frage zu berücksichtigen, ob eine Kurztherapie auch vom Patienten mit „getragen“ wird. Wenn in Bezug auf die Symptomatik eine genügend gute Prognose gegeben sein soll, muß der Patient bereits zu Beginn genügend motiviert sein und er muß mit Deutungen „arbeiten“ können. Außerdem muß es dem Therapeuten relativ leicht fallen, ein zentrales fokales Thema zu formulieren. Dieses Thema stellt eine Verbindung zwischen dem „aktuellen Hauptproblem“ des Patienten und einer dahinterliegenden unbewußten Dynamik her. Daneben ist eine fokale analytisch orientierte Kurzpsychotherapie auch als Klärung der Motivation für eine tiefergehende analytische Behandlung und als Intervallbehandlung im Rahmen einer längerfristigen Persönlichkeitsentwicklung geeignet.

Schlüsselwörter Indikation - psychoanalytisch - fokal - Kurzzeitpsychotherapie

Summary

Indication for psychoanalytic short-term psychotherapy should be set step by step. After the decision, if a psychotherapy is indicated and especially, if a psychoanalytic psychotherapy is indicated, first of all the question has to be answered, if a short-term therapy is accepted by the patient himself. If there is a necessity of a fairly good prognosis for the improvement of the symptoms, the patient has to be motivated and has to be able to „work“ with psychoanalytic interpretations. Furtheron the psychotherapist has to be able to formulate a central focal theme without great problems. This focal theme builds a connection between the „actual main problem“ of the patient and the hidden unconscious dynamics. Besides a focal psychoanalytic short-term psychotherapy is applicable for the clarification of the motivation for a long-term psychoanalysis and for the accompaniment of a longer process of personal development by steps.

Keywords Indication - psychoanalytic- focal - short-term psychotherapy

Es gibt sicher nicht wenige meiner Kollegen, die es für überflüssig halten, einen langen Artikel über die Indikation zur psychoanalytischen Kurztherapie zu schreiben. Sie ist bei allen Patienten als „Einstiegsverfahren“ indiziert, meinen die einen. Sie ist ein so spezielles und hochverdichtetes Verfahren, daß eine abgeschlossene analytische Ausbildung und viel Erfahrung in Langzeitanalysen dafür notwendig ist, argumentieren die anderen. Zwischen diesen Auffassungen liegen natürlich Welten, vor allem besteht kein Konsens darüber, was denn inhaltlich eine Kurztherapie ausmacht. Die Verfechter der hochspezialisierten Kurztherapie meinen damit die konzentrierte Anwendung rein analytisch deutender Technik, während den anderen ein eher buntes Feld verschiedener Techniken, von Deutung bis zu supportiver Stützung und Beratung vorschwebt.

Es würde natürlich an der Praxis vorbeigehen, wenn man außer acht läßt, daß auch die Kollegen, die einmal Analytiker werden und dann zu einem hochspezialisierten Verfahren in der Lage sind, in der Mehrzahl bereits vor oder während ihrer Ausbildung Kurztherapien durchführen. Sie müssen das an ihrem Arbeitsplatz, in psychotherapeutischen Kliniken oder sonstigen Institutionen tun, und dort ist die Frage, ob eine Kurztherapie indiziert sei, meist gar nicht relevant. Die Patienten sind ganz einfach da, sie sind für eine meist begrenzte Zeit von einigen Wochen oder Monaten da, sie müssen also mit psychotherapeutischen Kurzverfahren behandelt werden.

Eine andere Situation ist gegeben, wenn ein Psychotherapeut niedergelassen ist und nur ambulante Patienten betreut. Dort wird die Frage der Indikation zu einer kurzen oder langfristigen Therapie in der Tat zu einer wichtigen Frage. Und diese Frage möchte ich in das Zentrum meiner Ausführungen stellen.

Indikation und Ausbildung des Therapeuten

Wenn ein Patient zum Psychotherapeuten geht, hat er meist ein ganz bestimmtes Ziel, er sucht nämlich vordergründig nur Hilfe bei einem Problem, einem Symptom oder Verhalten, das ihm Schwierigkeiten bereitet. Er hat dabei selten eine Vorstellung darüber, welche Art von Therapie er will. Für den Psychotherapeuten aber geht es sehr rasch um die Entscheidung, welche der verschiedenen Therapieformen ist indiziert, und möglich bei diesem speziellen Menschen mit seinem Problem: eine Einzel- oder Gruppentherapie, eine Langzeit- oder eine Kurztherapie, oder ist vielleicht eine stationäre Behandlung notwendig?

In zwei Richtungen geht dabei die Frage. Welche Behandlung braucht der Patient, welche ist für ihn geeignet? Und zweitens: Zu welcher Therapie ist der Therapeut selbst in der Lage, sowohl von der Ausbildung, und seinen zeitlichen Kapazitäten her als auch von seinen beruflichen Rahmenbedingungen wie Einbindung in eine Institution oder die wirtschaftlichen Bedingungen eines kassenärztlichen Versorgungssystems.

Optimal ist es natürlich, wenn beide Fragen die gleiche Antwort finden: Der Therapeut kann dem Patienten die Therapie anbieten, die für ihn geeignet ist. Aber schon hier stellt sich eine neue Frage. Ist immer so klar, welche Behandlung der Patient braucht? Hängt nicht die Antwort wiederum ab von der therapeutischen Ausrichtung des Behandlers?

Zahlen aus der kassenärztlichen Versorgung sprechen dafür, daß die Indikation zu einer bestimmten Methode sehr stark abhängt von der beruflichen Vorbildung des Therapeuten, ob er z.B. an einem klassisch psychoanalytischen Institut ausgebildet ist, an dem hochfrequente Psychoanalyse gelehrt wird, ob er den Zusatztitel „Psychotherapie“ erworben hat und nun versucht, möglichst vielen, oft schwer gestörten Patienten mit seinen Möglichkeiten gerecht zu werden oder ob er eine verhaltenstherapeutische Ausbildung mit einem primär symptomorientierten Ansatz hinter sich hat.

Ich gehe davon aus, daß jede dieser therapeutischen Ausrichtungen ihre Fähigkeit unter Beweis gestellt hat, vielen Patienten mit zum Teil ähnlichen Anfangssymptomen oder -problemen hilfreich zu sein. Diese Überlegungen stelle ich aber an den Beginn meines Beitrags, um aufzuzeigen, daß es keine klare, für alle Psychotherapeuten verbindliche Indikation gibt, sondern daß diese sehr abhängig ist vom Ausbildungsstand, von der grundsätzlichen Ausrichtung des Psychotherapeuten und natürlich auch von dessen Persönlichkeit. Nicht jedem liegt es, die „Dichte“, aber auch die Begrenzung einer Kurztherapie auf sich zu nehmen.

Das alles heißt nun aber nicht, daß es völlig egal ist, welche Behandlung ein Patient bekommt, unterschiedlich ist nämlich der Weg, auf dem die Symptome behandelt werden, und unterschiedlich sind die direkten und auch die vom Symptom unabhängigen indirekten Ziele, die in einer solchen Behandlung angestrebt und erreicht werden. Und genau diese mit zu berücksichtigen und in der Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapie deutlich zu machen, erscheint mir für die Frage der Indikation ein wichtiges Element zu sein, das oft nicht genügend bedacht wird.

Manche Patienten haben zu einem Aspekt dieser Fragen schon vor Beginn der Behandlung indirekt Stellung bezogen und damit eine Indikationsentscheidung vorweggenommen, indem sie nämlich bewußt einen Verhaltenstherapeuten oder einen analytisch orientierten Psychotherapeuten aufsuchten. Sie drücken damit indirekt aus, wie sie selbst ihre Symptome verstehen, etwa als nicht weiter zu hinterfragendes, sie lediglich störendes und zu beseitigendes Symptom oder als Ausdruck einer inneren Störung, die sie mit ihrer Lebensentwicklung in Zusammenhang bringen. Bei anderen Patienten ist dies nicht so klar. Ich meine aber, diese Frage sollte nicht unberücksichtigt bleiben, wenn der Therapeut nicht riskieren will, daß der Patient mitten in der Behandlung entweder das biographische Verständnis der Hintergründe und des Entstehens seiner Symptome einklagt oder wenn er sich auf der anderen Seite sperrt gegen die Mobilisierung vergangener Erlebnisse, Erfahrungen und die damit verbundenen Gefühle.

Ich muß mich hier natürlich auf den mir aus meiner eigenen Erfahrung bekannten Bereich der psychoanalytisch bzw. tiefenpsychologisch orientierten Behandlung beschränken und das Gebiet der verhaltenstherapeutischen Therapieverfahren

anderen (siehe den Beitrag von Sulz) überlassen.

Indikation und Zielsetzung psychoanalytisch orientierter Kurztherapie ist das Thema und nachdem ich klarzumachen versucht habe, von welch vielfältigen Faktoren die Entscheidung für eine bestimmte Therapie abhängt und wie sehr sich daher die konkrete Indikationsstellung durch Vertreter verschiedener Schulen und Therapierichtungen überschneiden kann, möchte ich doch, Schwerpunkte herausarbeiten, die für die Anwendung von Kurztherapie und hier besonders von psychoanalytisch orientierter Kurztherapie sprechen. Zusätzlich werde ich darauf aufmerksam machen, daß auch im Bereich der psychodynamischen Kurztherapien verschiedene Strömungen existieren, die sich vor allem durch ihre indirekte Zielsetzung und das dahinterstehende Menschenbild unterscheiden.

Indikation im Rahmen der kassenfinanzierten Psychotherapie

Wenn man sich zunächst darauf besinnt, daß sich die in Deutschland häufigste Anwendung von psychoanalytisch orientierter Kurztherapie sich im Rahmen der kassenfinanzierten Psychotherapie abspielt, so ist es ratsam, sich mit den vorgegebenen Rahmenbedingungen auseinanderzusetzen. Nun sind diese natürlich ihrerseits das Ergebnis früherer Überlegungen zur Indikation und stellen somit einen aktuell zwar vorgegebenen, aber auf Dauer doch auch wandelbaren Rahmen dar.

Wurde früher auf den Vordrucken zur Antragstellung unterschieden nach verschiedenen Verfahren wie Fokalthherapie, dynamischer Psychotherapie nach Dührssen etc., so sind jetzt lediglich drei Bereiche für die Anwendung aufgeführt. Kurzzeittherapie (KZT) wird durchgeführt

1. als Behandlungsverfahren mit voraussichtlich ausreichendem Behandlungserfolg
2. zur Überprüfung einer Indikationsstellung für Langzeittherapie
3. als Sofortmaßnahme zur Krisenintervention

Diese drei Punkte erscheinen auf den ersten Blick recht klar voneinander unterschieden zu sein, es gibt jedoch auch deutliche Überschneidungen. Um nur ein Beispiel zu nennen, kann eine Sofortmaßnahme zur Krisenintervention zugleich einen derzeit ausreichenden Behandlungserfolg mit sich bringen. Die Erfahrung in diesem Krisenkontext zeigt aber auch, daß die Indikation für eine längerfristige analytische Behandlung gegeben ist. Keil-Kuri (1993) stellt die drei Punkte des Kassenantrags in den Mittelpunkt ihrer differentialdiagnostischen Überlegungen und führt aus, daß der erste Punkt, Kurztherapie als Behandlungsverfahren mit voraussichtlich ausreichendem Behandlungserfolg, am ehesten auf Patienten zutrifft, bei denen begrenzte Konflikte vorliegen, die ihrerseits durch eine aktuelle Lebenssituation ausgelöst wurden. Die symptomauslösende Verarbeitung von Verlusterlebnissen, von akuten Traumata oder von besonderen Lebens- und Entwicklungssituationen gehören hierher, was verständlich macht, daß gerade Kinder und Jugendliche, aber auch ältere

Patienten von einer analytisch orientierten Kurztherapie oft sehr profitieren.

In ähnlichem Sinne arbeitet Rechenberger medizinische Kriterien für die Anwendung von Kurzpsychotherapie in der Praxis des niedergelassenen Huarztes heraus.

Er schreibt:

Für eine Kurztherapie eignen sich besonders:

1. Patienten, die über Beschwerden klagen, für die sich keine organischen Ursachen finden lassen und die wir als Organneurosen, wie etwa Herzneurosen, bezeichnen
2. Patienten, die immer wieder den Arzt in unregelmäßigen Abständen aufsuchen und unklare Beschwerdebilder zeigen, die früher der vegetativen Dystonie zugeordnet wurden
3. Patienten in akuten emotionalen Krisenzuständen
4. Patienten mit Sexualstörungen und Störungen in der Partnerschaft (z. B. bei Eheschwierigkeiten)
5. Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten
6. Patienten mit Minimalbefund, der keinen ausreichenden Anlaß für die Stärke ihrer Beschwerden darstellt
7. Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne, bei denen das Krankheitsbild noch nicht länger als zwei Jahre besteht

Notwendigkeit, ein zentrales inneres Thema zu erarbeiten

Ein für die erfolgreiche Durchführung analytisch orientierter Kurztherapie sehr wichtiger Punkt muß nun dargelegt werden. Bei der begrenzten Zeit für den therapeutischen Prozeß, ist es wesentlich, sich zunächst in der Innenwelt des Patienten zu orientieren, um den pathogenen Kern für die Symptomatik des Patienten zu finden. Was in ihm selbst wurde durch das auslösende äußere Ereignis mobilisiert, daß er dieses „Trauma“ nicht etwa mit „gesunder Trauer“, sondern nur um den Preis eines Symptoms bewältigen konnte. Ohne einen solchen Fokus besteht die Gefahr, daß der Therapeut an verschiedenen Stellen der psychischen „Oberfläche“ des Patienten ansetzt, ohne am zentralen Punkt in der zur Verfügung stehenden Zeit genügend in die Tiefe gehen zu können. Aus der Erfahrung mit vielen, auch noch nicht lange analytisch ausgebildeten Kollegen, mit denen ein Fokus erarbeitet wurde, hat sich gezeigt, daß eine solche Hypothese, wenn sie eine einleuchtende „Verständnis-Gestalt“ hat, für sich allein bereits die zentrale Hilfe für die weitere therapeutische Arbeit ist. Eine abgeschlossene psychoanalytische Ausbildung erscheint mir daher ein zu hoher Anspruch für die Anwendung psychoanalytisch orientierter Psychotherapie, wenn sie auch durch die vermutlich größere Belastungsfähigkeit des Therapeuten und seine breitere Erfahrung im Umgang mit Übertragungs- und Widerstandsphänomenen eine Unterstützung darstellt.

Ein Fokus kann gezeigt, daß ein Fokus immer erarbeitet werden kann, aber das sagt noch nichts aus über die Indikation zu einer bestimmten Therapieform (Lachauer 1992). Die Indikation für eine bestimmte Therapieart wie Kurztherapie, tiefenpsychologisch fundierte, analytische Psychotherapie oder hochfrequente Analyse. Diese ist festzulegen unabhängig

von der immer vorhandenen Möglichkeit, einen Fokus zu erarbeiten. Danach erst taucht die Frage nach der Verwendung und dem spezifischen Stellenwert eines Fokus in dieser konkret ausgewählten Therapie auf.

Klärung der Ziele

Zunächst stellt sich also die zentrale Frage: Welcher zeitliche Rahmen ist für welches Ziel notwendig? Für wessen Ziel übrigens? Für das Ziel des Patienten, für das des Therapeuten oder gar für ein Ziel, das die Umwelt an den Patienten und den Therapeuten heranträgt?

Eine Klärung der Ziele ist offenbar das noch wichtigere Problem.

Eine kurze, unvollständige Auflistung von teilweise recht problematischen Zielen, die Patienten in einer Therapie erreichen wollen, soll dies deutlich machen.

- Das Symptom soll verschwinden, egal wie.
- Ich hoffe, so stark zu werden, daß ich die Umwelt verändern kann.
- Ich muß mich ändern, sonst verliere ich meine Frau (meine Arbeit).
- Ich will mich besser kennenlernen und zu mir finden.
- Ich will meine Vergangenheit bewältigen lernen.
- Ich habe gar kein bestimmtes Ziel, erwarte mir nur einfach Hilfe.

Es wird deutlich: Je diffuser, weiter oder illusionärer das Ziel eines Patienten ist, um so weniger wird er von einer Kurztherapie profitieren, es sei denn, er kann sich darauf einlassen, genau dieses Problem in den Mittelpunkt der zeitlich begrenzten Therapie zu stellen, weil er erkennt, daß diese Haltung auch sonst sein Leben prägt und ihm Schwierigkeiten bereitet. Aber dazu gehört schon eine gewisse selbstreflektierende Distanz, wie sie zu Beginn der Therapie meist nur bei reiferen Patienten auf einem höheren neurotischen Strukturniveau zu finden ist.

Demgegenüber haben Psychotherapeuten oft anders formulierte Ziele:

- Es sollte unterschieden werden zwischen Therapiezielen und Lebenszielen.
- Der Patient muß sich ändern wollen.
- Es ist zu klären, was der Patient jetzt will.
- Der Patient soll sich auf eine Beziehung einlassen, in der er emotionale Erfahrungen machen kann.
- Der Patient sollte eigene Ziele haben, nicht die Ziele anderer verfolgen.
- Der Patient sollte lernen, manche seiner bisher selbstverständlichen Verhaltensweisen zu problematisieren.

Die Umwelt wiederum bringt andere Ziele ein:

- Die Kassen finanzieren nur die Beseitigung von Krankheit, nicht primär die Bewältigung von Problemen und Konflikten.
- Partner, Angehörige oder Arbeitgeber machen Druck, wenn ein Verhalten des Patienten unsozial oder unbequem ist.
- Gerichte machen Therapie zur Auflage.
- Versicherungsträger fordern: „Therapie vor Rente“.

All diese unterschiedlichen Zielvorstellungen müssen als er-

stes geklärt und hinterfragt werden, damit eine Aussage zu den für jede Psychotherapie gültigen allgemeinen Indikationskriterien möglich wird.

Hohage (1996) hat diese in fünf Punkten zusammengefaßt:

1. Es muß ein *Veränderungswunsch* beim Patienten existieren.
2. Es muß eine *Veränderungsnotwendigkeit* bestehen.
3. Es muß die Wahrscheinlichkeit der *Veränderbarkeit* des Patienten bestehen.
4. Es muß die *Effizienz des gewählten Verfahrens* bedacht werden.
5. Abzuwägen sind auch *Risiken und Nebenwirkungen*.

Mit diesen Überlegungen also zurück zu der vorher gestellten zentralen Frage: Welcher zeitliche Rahmen ist für welches Ziel notwendig? Reicht eine oberflächliche Beratung, bei der sich Patient und Therapeut über das Problem und Ziel im klaren sind und in der nur besprochen wird, wie es weitergehen soll? Oder muß die Beratung doch tiefergehen, den vorbewußten oder gar unbewußten Anlaß des Beratungsgrunds oder seine manchmal widersprüchlichen Motive aufdecken? Liegt eine aktuelle Krise vor, die sofortiges therapeutisches Handeln nötig macht? Ist eine intensivere Durcharbeitung eines umschriebenen Problems möglich und sinnvoll, so daß eine Kurztherapie in Frage kommt, oder ist die Problematik so verwoben und im Charakter fixiert, daß nur eine langfristige analytische Behandlung Hilfe verspricht?

Pragmatische Indikationskriterien

Jeder Psychotherapeut macht wohl die Erfahrung, daß in der Praxis nicht immer theoretische Überlegungen, sondern oft sehr pragmatische Gründe für die Entscheidung zu einer Kurztherapie ausschlaggebend sind. Die Ehrlichkeit, sich die wirklichen Motive klarzumachen und unter Umständen auch mit dem Patienten zu besprechen und nicht so zu tun, als würden alle Entscheidungen zur Indikation nur von fachlich-theoretischen Überlegungen ausgehen, gehört nach meiner Überzeugung zu den wichtigen Grundlagen einer wünschenswerten therapeutischen Haltung.

Man kann diese pragmatischen Gründe nach zwei Gesichtspunkten einteilen:

- 1. Die Indikation geht vom Patienten aus**
 - a. Begrenzte Zeit
 - b. Begrenzt inhaltliches Ziel
 - c. Begrenzt Sich-Einlassen
(Beziehungsangst, „hineinriechen“)
 - d. Nach früherer Analyse.
- 2. Die Indikation geht vom Therapeuten aus**
 - a. Begrenzt Setting (Klinik, Institution)
 - b. Zeitmangel
 - c. Begrenzte Abrechnungsmöglichkeit
 - d. Therapeutische Überzeugung
 - e. Kontraindikation für eine regressionsfördernde Behandlung
 - f. Forschung
 - g. Ausbildungsfall

Die Ehrlichkeit, sich die oft vorhandenen pragmatischen Motive einer Indikation einzugestehen, soll natürlich nicht bewirken, daß damit alles möglich und erlaubt ist. Im Gegenteil, es geht mir darum, die Aufmerksamkeit auf die negativen Folgen einer nicht im primären Interesse des Patienten liegenden Indikationsstellung zu richten.

Es ist sicher eine eher günstige Situation, wenn der Patient selbst das Thema der Begrenzung einführt. Die Aussage von Leuzinger-Bohleber (1985), daß ein vom Patienten ausgehendes „natürliches Therapieende“ die Trennungsarbeit und Ablösung erleichtert, ist in diesem Zusammenhang zu sehen. Der Therapeut ist dann nicht alleine dafür verantwortlich, beide Brennpunkte der kurztherapeutischen Arbeit, „inhaltlichen Fokus und das allgegenwärtige Thema der Begrenzung,“ ständig im Auge zu behalten, weil der Patient selbst die Begrenzung akzeptiert und mit berücksichtigt.

Die vom Patienten eingebrachten zeitlichen oder inhaltlichen Begrenzungen müssen natürlich auch dem Therapeuten genügend realistisch und nicht aus neurotisch-idealisierender Erwartungs- oder gar Anspruchshaltung geboren erscheinen.

Die Indikation zu einer kurzen Behandlung im Rahmen noch ungenügender Motivation oder als Vorstufe zu einer tiefergehenden Behandlung wird in der Tat recht häufig vom Patienten selbst gestellt. Viele haben Angst, sich in eine tiefere Beziehung einzulassen, was bei neurotischen Beziehungsstörungen, aber auch bei Jugendlichen in Ablösungskrisen oft der Fall ist.

Ein begrenztes inhaltliches Ziel auf seiten des Patienten liegt auch vor, wenn er bereits eine längere Analyse hinter sich hat und jetzt eine Problematik, ausgelöst etwa durch neue Lebensumstände, bearbeiten will, außer wenn weite Gebiete einer tiefen, frühen Problematik in der ersten Analyse nicht bearbeitet worden sind, so daß unter Umständen eine zweite Analyse notwendig wird.

Die Punkte, die sich aus der zeitlichen Begrenzung der Möglichkeiten¹ des Therapeuten ableiten, müssen verständliche, dem Patienten deutliche und von ihm bedenkbar äußere „Realfaktoren“ sein. Nur dann besteht eine Chance, innerhalb der zur Verfügung stehenden Zeit einen gewissen Abschluß der therapeutischen Arbeit zu ermöglichen und vor allem die Probleme, die am Ende der Behandlung immer auftauchen, konstruktiv zu lösen. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis von König (1993) wichtig, daß das Ergebnis einer Kurztherapie keine „Bauruine“, sondern ein „kleines Haus“ sein solle.

Nach meiner Überzeugung kann die Willkür des Therapeuten oder eine bei ihm vorhandene Neigung zu Illusionen bei der Indikationsstellung fatale Folgen haben und das gesamte Behandlungsergebnis zerstören. Vor allem bei dem Faktor der „freien Stunden“ und der „begrenzten Abrechnungsmöglichkeit“, etwa von Kollegen mit dem Zusatztitel „Psychotherapie“, ist auf diese Gefahr zu achten. Dabei muß besonders sorgfältig bedacht werden, ob auch eine inhaltliche, auf die Problematik des Patienten bezogene Indikation besteht. Unter dem emotionalen Druck von schwer gestörten Patienten eine „heroische Indikation“ für eine kurze Therapie zu

¹ Das für einen Kurzzeittherapieantrag gar nicht so seltene Motiv „Vermeidung der sofortigen Notwendigkeit, ein Gutachten zu erstellen“, möchte ich ohne Kommentar nur am Rande erwähnen.

stellen, kann gefährlich sein. „Kurz“ ist bei vielen schweren Störungen auch der Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, auch wenn diese in den Kassenrichtlinien als „Langzeittherapie“ ausgewiesen ist. In der Regel muß der Patient das „ausbaden“. Eine therapeutische Haltung von Verantwortlichkeit, die auch längerfristige Konsequenzen bedenkt, scheint mir hier besonders wichtig. Lediglich wenn solche schwerer gestörten Patienten selbst die Begrenzung, sei sie zeitlich oder inhaltlich, „mitbringen“ und überzeugend vertreten oder wenn es um die Erarbeitung einer Motivation für eine tiefergehende, längere Behandlung geht, kann auch bei ihnen die Indikation für eine fokussierende kurze Therapie gestellt werden.

Bei dem Punkt „therapeutische Überzeugung“ beziehe ich mich auf Aussagen wie die von Kächele (1985), der sinngemäß meint, daß angesichts der konkreten therapeutischen Versorgungslage die „Therapie der ersten Wahl“ eigentlich fast immer zunächst eine Kurztherapie sein sollte und daß erst danach, u. a. anhand des Behandlungsergebnisses, die Indikation zu einer längeren Behandlung zu überdenken wäre.

Überlegungen, die zu einer Kontraindikation für eine längere Therapie führen, sind mit dem Patienten vor Beginn der Therapie genau zu besprechen, da sonst ebenfalls die innere Rebellion gegen die Begrenzung einen sehr störenden, wenn nicht verhindernden Einfluß haben wird.

Beim Punkt „Forschung“ ist genau zu überlegen, ob die Indikation zu einer Kurztherapie allein aus solchen, außerhalb der primären Interessen des Patienten liegenden Gründen gestellt werden darf oder ob es nur vertretbar ist, die Indikation unabhängig davon zu stellen und dann die Behandlungen dafür geeigneter Patienten auch mit Forschungsansätzen zu untersuchen.

Ähnliches gilt für den Grund: Ich brauche einen „Kurztherapie-Ausbildungsfall“. Der narzißtische Mißbrauch von Patienten für die primären Bedürfnisse von Ausbildungskandidaten darf nicht überwiegen, der Patient muß zumindest mit einiger Wahrscheinlichkeit genügend von einem Kurzverfahren profitieren können.

Indikation und Prognose

Nun fehlt bei den bisher dargestellten pragmatischen Indikationsmerkmalen das Kriterium, ob auch genügende Wahrscheinlichkeit gegeben ist, die Behandlung zu einem ausreichend guten Ergebnis zu führen, daß also die Effizienz genügend gesichert ist.

Sehr ratsam ist es daher, sich mit der Literatur auseinanderzusetzen, welche sich mit dem Zusammenhang zwischen bestimmten Indikationskriterien und dem Ergebnis einer Kurzzeitpsychotherapie beschäftigt. Hier ist vor allem Malan (1972) zu nennen, der als erster die Ergebnisse der Behandlungen der „Werkstatt“ von Balint sorgfältig untersucht hat. Er war mit der sonst in Veröffentlichungen anzutreffenden reinen Aufzählung von Störungen, bei denen eine Kurztherapie schon durchgeführt wurde, nicht zufrieden, sondern wollte wissen, unter welchen Bedingungen eine solche Behandlung eine gute Prognose hat.

Als erstes ist festzuhalten, daß bei der Vorauswahl Patienten mit chronischen Charakterproblemen nicht für eine Kurzbehandlung in Frage kamen. Bei denen, die dann behandelt wurden, konzentrierte sich die Untersuchung vor allem auf Faktoren, die bereits vor Beginn der Behandlung feststellbar waren und deren Beachtung eine gute Behandlungsprognose wahrscheinlich machte. Malan geht zunächst auf die seitens des Therapeuten notwendigen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Fokaltherapie ein.

Der Therapeut muß zwei Fähigkeiten haben, nämlich:

1. die Fähigkeit, zu fühlen, daß er das Problem des Patienten in dynamischem Sinne versteht, und
2. die Fähigkeit, einen umschriebenen Therapieplan aufzustellen.

Diese Formulierung unterscheidet zwischen dem dynamischen Verständnis, welches im Fokus seine Formulierung finden kann, und einem umschriebenen Therapieplan, der wie ein unabhängig davon zu erarbeitender Schritt erscheint. Dementsprechend sind in den Falldarstellungen von Malan zwei verschiedene Punkte aufgeführt, nämlich „psychodynamische Minimalhypothesen“, die der Erklärung der Symptomatik des Patienten dienen und dann unabhängig davon ein „Therapieplan aufgrund der Erstbeurteilung“. Was ist damit gemeint? Liegt darin die gesuchte Differentialindikation für oder gegen eine bestimmte konkrete Therapieform? Bei genauerer Betrachtung stellt sich aber heraus, daß es bei diesem „Therapieplan“ darum geht, eine Präzisierung der psychodynamischen Hypothese vorzunehmen auf ein Ziel hin, das in dieser Kurztherapie erarbeitet werden könnte. Eine Aussage darüber, wann keine Kurztherapie, sondern eine längere Form der analytischen Therapie gewählt werden sollte, ist daraus nicht abzuleiten.

Malan hat erst im Zusammenhang mit dem Ergebnis der Katamnesen den Zusammenhang zwischen einer guten Behandlungsprognose und verschiedenen, am Anfang der Behandlung sichtbaren Faktoren dargestellt.

Als Voraussetzung für eine gute Prognose, im Zusammenhang mit dem Auswahlverfahren für eine psychoanalytische Kurztherapie, schälten sich bei ihm ganz andere als diagnostische Kriterien heraus, nämlich folgende Punkte:

1. Das Material ist verständlich.
2. Ein Therapieplan kann formuliert werden.
3. Es sind Anzeichen vorhanden, daß der Patient mit Deutungen zu arbeiten beginnt.
4. Es sind Anzeichen einer sich entwickelnden Übertragung vorhanden, jedoch nicht einer übermäßig abhängigen oder fordernden.
5. Die Motivation ist von Anfang an stark oder verstärkt sich während des gesamten Zeitraums sehr rasch.

Wer eine Kurztherapie im üblichen ambulanten Rahmen durchführt, tut sicher sehr gut daran, sich an solche Kriterien zu halten, um mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine erfolgreiche Therapie durchzuführen.

Indikation und „Probedeutung“

„Die Frage, ob ein Patient „mit Deutungen zu arbeiten beginnt“, berührt das Thema der Probedeutung im Rahmen ei-

nes Erstinterviews. Auch Loch (1972) gibt solchen „Probendeutungen“ einen entscheidenden Anteil bei den Überlegungen zur Indikation für eine analytische Fokaltherapie: »Den allergrößten Wert legen wir auf die Reaktion des Patienten, die nach der Deutung (die der Therapeut als Arbeitshypothese an ihn heranträgt) sichtbar wird. Hierbei kommt es weniger auf Bestätigung oder Ablehnung und auch nicht einmal so sehr auf gefühlshafte Reaktionen an als vielmehr auf eine „konstruktive“ Verwendung der Deutung. . . Wenn der Patient nach einer Deutung in den folgenden Assoziationen eine bisher vermiedene, weil angstbesetzte Objektreaktion freigibt oder die Deutung benutzt, um selbst mit ihrer Hilfe eine weitere neue Einsicht in sein Verhaltensmuster zu entwickeln, oder womöglich eine Neuorientierung vornimmt, dann kann man sagen, daß dieser Patient fähig ist, mit Hilfe des psychoanalytischen Behandlungsinstrumentariums, der Deutung, zu lernen, d. h. integrative Ich-Leistungen zu vollziehen.« Der kritische Hinweis von Hohage (1996), Probendeutungen könnten auch Schaden anrichten, indem sie als Verletzung der Intimitätsgrenzen verstanden werden, ist ernst zu nehmen in dem Sinne, daß Probendeutungen nie „tiefe Deutungen“ unbewußter Zusammenhänge sein dürfen. Sie sollten sich an der „Oberfläche des Patientenverständnisses“ orientieren und nur einen vorsichtigen Schritt in die Richtung des Hinterfragens oder Aufzeigens von möglichen inneren Zusammenhängen darstellen, um zu sehen, ob der Patient auf diesem „Weg in die Hintergründe mitgeht“.

Hinweise für eine stufenweise Indikationsstellung

Wenn ich nun meine Überlegungen zusammenfasse, so möchte ich folgende Punkte als Hilfe bei der schrittweisen Annäherung an die Entscheidung für eine psychoanalytisch orientierte Kurzzeittherapie herausarbeiten:

1. Klärung, ob überhaupt psychotherapeutische Behandlung sinnvoll und möglich ist
 - Der Patient hat ein Symptom oder Verhalten, unter dem er leidet und das er verändern möchte
 - Auch der Therapeut ist von der Notwendigkeit einer Psychotherapie bei dieser Problematik überzeugt
 - Der Patient erscheint genügend flexibel für eine psychische Veränderung
2. Klärung, ob eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie angezeigt ist
 - Der Patient vermutet Zusammenhänge zwischen seinen Symptomen und seiner „Psyche“ oder wehrt sich nicht allzu stark dagegen
 - Der Patient will nicht nur sein Symptom verlieren, sondern will die Hintergründe seines Symptom oder Verhaltens verstehen
 - Der Patient akzeptiert, daß auch unangenehme Erinnerungen und Gefühle aus seiner Vergangenheit auftauchen können
3. Klärung, ob eine psychoanalytisch orientierte Kurzzeittherapie zur Symptombehandlung indiziert ist
 - Der Patient leidet unter keiner fixierten Charakterstörung, Sucht oder Psychose

- Es liegt kein ausgeprägter sekundärer Krankheitsgewinn vor
 - Die anfängliche Übertragungsbeziehung ist nicht übermäßig fordernd oder abhängig
 - Der Patient oder der Therapeut bringen ein einleuchtendes und akzeptables Motiv für eine begrenzte therapeutische Arbeit ein
 - Der Therapeut tut sich nicht allzu schwer mit der Formulierung eines fokalen unbewußten Themas, das er im Hintergrund der Symptome des Patienten erkennt
 - Der Patient setzt sich mit ersten vorsichtigen und hypothetischen „Probendeutungen“ auseinander in dem Sinne, daß er damit zu arbeiten beginnt
4. Zusätzliche Indikationen für eine psychoanalytisch orientierte Kurzzeitpsychotherapie
- Der Patient ist bereit, seine Motivation für eine längerfristige Psychotherapie zu klären und erste Erfahrungen mit einer psychoanalytisch orientierten Behandlung zu machen
 - Der Patient hat Einsicht in seine Schwierigkeit, mit Grenzen umzugehen und ist bereit, sich im Rahmen einer zeitlich begrenzten Psychotherapie damit auseinanderzusetzen

Therapeutische Technik und „Menschenbilder“

Nun könnte ich meinen Beitrag mit diesen Hinweisen zur Indikationsstellung beenden, wenn es nicht im Bereich der psychodynamischen Kurztherapie verschiedene, in bezug auf eine Symptombeseitigung teils sehr erfolgreiche Verfahren gäbe, die aber im Verhältnis zur psychoanalytischen Kurztherapie andere Methoden anwenden und die damit andere indirekte Ziele und Folgen bewirken.

Bei jeder Form von Psychotherapie, besonders aber bei einer so intensiven Methode wie einer Kurztherapie ist es wichtig, die zugrundeliegende therapeutische Haltung zu reflektieren. Auffallend ist, daß sehr unterschiedliche kurztherapeutische Techniken in manchen Büchern und Artikeln meist völlig gleichberechtigt nebeneinandergestellt werden, auch wenn sich alles z.B. „psychodynamisch“ oder „psychoanalytisch“ nennt.

Worin besteht der Unterschied, gibt es überhaupt einen?

Ich meine ja, und er liegt primär auf der Ebene der „therapeutischen Haltung“, durch welche die „Technik“ bestimmt wird. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf die frühen, etwa ab den 20er Jahren erfolgten Versuche zur Verkürzung der Analyse verweisen, die allesamt eher manipulativ waren. Diese Entwicklungen waren im Ergebnis natürlich sehr hinderlich für die Integration einer Kurztherapie in die Psychoanalyse. Sehr schnell entstand in der Diskussion unter Analytikern der Verdacht, jede Verkürzung der Therapie könne ein Verrat an Grundüberzeugungen der Psychoanalyse sein.

Hier wird aber ein Paradox deutlich. Die meisten Analytiker meinen, wie z.B. Eugen Mahler (1995) in einem in der *PSYCHE* abgedruckten Vortrag vor der DPV sagte, daß die Psychoanalyse kein Menschenbild und keine Werteskala habe, sondern daß „es ja gerade unsere Aufgabe ist, in gleichschwebender Aufmerksamkeit wertfrei zu analysieren“.

Als ob diese Haltung nicht bereits ein eindeutiges Menschen-

bild beinhalte und auch eindeutig bevorzuge und fördere! Gefördert wird die Entwicklung zu einem Menschen, der offen Zugang zu all seinen Gefühlen, Phantasien und Impulsen hat oder bekommt, der sich nicht primär orientiert an äußeren Normen und Autoritäten, sondern der „mit sich selbst und der Welt ins reine kommen und sich verstehen lernen“ will. Man kann nicht sagen, das Berufsethos „stehe auf einem anderen Blatt“, die Zielrichtung der aufdeckenden Analyse ist darin verwoben, sie prägt und färbt die gesamte Haltung und damit die Technik des Analytikers.

Mir scheint, es kann nicht um die Diskussion „wertfreie Psychoanalyse“ versus wertende und zielorientierte Psychotherapie gehen, sondern nur um einen offenen Vergleich der in der jeweiligen therapeutischen Methode impliziten Werte und Ziele.

Und hier gibt es bei genauerer Betrachtung auch der psychodynamischen Kurztherapieformen gravierende Unterschiede, also nicht nur zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie alter Prägung. So sind in einer Übersicht von Burke et al. (1979) vier Kurztherapiekonzepte u. a. auch im Hinblick auf den „therapeutischen Stil“ und die „Haltung“ verglichen worden.

„Nicht-emotionaler Lehrer“, „nicht-direktiver Lehrer“, „empathischer Helfer“ und „direktiver Manager“ sind die vier dort angeführten Kategorien. Daß diese unterschiedlichen Haltungen einen Einfluß haben auf die Technik und auf die Inhalte der therapeutischen Arbeit, liegt auf der Hand.

In jeder Psychotherapie, auch der Psychoanalyse, sind als „unspezifischer Faktor“ die therapeutische Haltung und das daraus sich ableitende Setting von oft unterschätzter Bedeutung, vermittelt über die „Modellfunktion“ des Therapeuten, mit der sich der Patient identifiziert.

In der Tat ist E. Mahler zuzustimmen, wenn er präzisiert, daß in der Psychoanalyse kein Menschenbild im Sinne eines Vorbildes angeboten wird. Aber auch hier wird es schwierig, wenn man sich von der rein verbalen Interaktion wegbewegt und bedenkt, welch ungeheuer neues und bisher nicht vorstellbares Vorbild der „wertfrei zuhörende“ Analytiker in seinem ganzen therapeutischen Verhalten darstellt.

Aber das ist natürlich nicht zu vermeiden und stellt etwas ganz anderes dar als es sich in vielen psychodynamischen Therapieformen ereignet.

Dort wird oft ganz explizit ein Menschenbild vermittelt und empfohlen, etwa in Form der „Entwicklung einer konstruktiven Lebensphilosophie“ wie Wolberg (1983) das in seinem „handbook of short-term psychotherapy“ nennt. Wenn das offen geschieht und angesprochen bzw. erarbeitet wird, ist das auch wieder etwas anderes, als wenn es nur implizit geschieht, etwa in der Form des Umgangs eines Therapeuten mit dem Patienten.

Was ist aber nun, im Gegensatz zu einer allgemeinen therapeutischen Grundhaltung, das zusätzlich Besondere einer „analytischen Haltung“ und kann diese auch in einer Kurztherapie wirksam bleiben?

Hier möchte ich zunächst Loch (1972) zitieren, der eine „Minimaldefinition“ für die analytische Therapie aufstellt. Sie ist durch Freuds bekannten Satz ausgedrückt, wonach „jede For-

schungsrichtung, welche die beiden Tatsachen von Übertragung und Widerstand anerkennt und sie zum Ausgangspunkt ihrer Arbeit nimmt, sich Psychoanalyse heißen“ darf. Eine „Maximaldefinition“ unterscheidet sich von dieser „Minimaldefinition“ lediglich in bezug auf die Betonung der Entwicklung einer „Übertragungsneurose“.

Nun ist jede Definition nur so lange gültig, bis neue Erfahrungen zeigen, daß auch innerhalb ihres Spektrums „Mißbrauch“ getrieben werden kann, daß sich also ihre Begrenztheit, was inzwischen der Fall ist, wie ich meine.

Alles, was die „Anerkennung von Übertragung und Widerstand zum Ausgangspunkt der Arbeit nehme“, könne sich Psychoanalyse nennen. Dann müßte auch eine Technik wie die von Davanloos „Short-Term-Dynamic-Psychotherapy“ ohne Bedenken als analytisch akzeptiert werden. So argumentieren in der Tat auch seine Anhänger (Gottwick 1996).

Mit „eiserner Hand“ wird dort zunächst der störende Widerstand bekämpft, nicht „wiedergekaut“ wie bei den Analytikern, und dann, nach dem Zusammenbruch und der Vernichtung des Widerstands, wird dem Patienten mit „Samthandschuhen“ der Segen einer emotionalen Offenheit für eigene Gefühle, auch für die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit vermittelt, mit großem therapeutischen Erfolg.

Das „Böse“ muß vernichtet werden, das „Gute“ siegt, so ist die indirekt vermittelte Maxime, eine sehr deutliche politisch-ideologische Botschaft. Was jeweils das „Böse“ und was das „Gute“ ist, bestimmt aber nicht der Patient, sondern die therapeutische Autorität. Und so bleibt im Kern alles beim alten. Der Patient ist zwar „äußerlich gesehen, wieder gesund, er funktioniert, aber die Autorität hatte das letzte Wort, die Abhängigkeit und Unterwerfung unter die Normen und Ziele anderer bleibt bestehen.

Auch Klüwer (1995) hebt die „verfolgende Qualität“ der von Davanloo unternommenen Angriffe auf die Abwehr hervor, betont den Preis der Fremdbestimmung des Patienten und spricht von einem „manipulativen Mißbrauch psychoanalytischer Erkenntnis im Dienste einer sogenannten Heilung.“

Ich meine, an diesem Beispiel wird deutlich, daß nicht nur die äußerliche Anerkennung der beiden analytischen Konzepte von Übertragung und Widerstand, ihr verbaler Gebrauch oder Mißbrauch, sondern auch der konkrete Umgang damit ein Kriterium analytischer Haltung ist.

Ich kann die sorglose Einreihung der Davanlooschen Technik unter die Rubrik „analytisch“ in manchen Arbeiten nur verstehen, wenn ich davon ausgehe, daß viele Autoren nur die schriftlichen Äußerungen von Davanloo kennen. Wer seine Videobänder „live“ gesehen hat und die dazugehörige Interpretation der Überlegungen zum Umgang mit dem Widerstand und der sich manifestierenden Übertragung, der tut sich schwer, die Identität der Davanlooschen Haltung mit einer analytischen Haltung gleichzusetzen. Davanloo selbst wäre wohl gar nicht begeistert, würde seine therapeutische Haltung gleichgesetzt mit der „wiederkäuender Analytiker“, wie er es ausdrückt.

Der zentrale Kritikpunkt von Davanloo an der von ihm als typisch analytisch angesehenen Technik ist die Tendenz zum „Wiederkäuen“ seitens der Analytiker, anstatt den Widerstand aktiv anzugehen. Und damit hat er recht, wenn man von dem

Zerrbild eines völlig passiven, meist schweigenden Therapeuten ausgeht, dessen „impotentes Gefasel“ keinerlei Konsequenz hat. Aber ich meine, es gibt dagegen nicht nur das Mittel der „eisernen Hand“ Davanloos.“

Konsequentes Deuten“ und „Dagegenhalten“ gehören sehr wohl zu einer analytischen Haltung, wie dies vor allem Köhler-Weisker (1986) eindrucksvoll herausgearbeitet hat. Auch das Erkennen von „Entwicklungswiderständen“, von „sekundärem Krankheitsgewinn“ oder von „Es-Widerständen“ gehört hierher. Aber hat nicht mancher Widerstand auch seinen tiefen Sinn als letzter Schutz vor völligem Zusammenbruch, sei er depressiv oder psychotisch?

Ist nicht die Achtung vor der Leistung einer Abwehr, die zunächst eine Bewältigungsleistung war, auch wenn sie sich jetzt in Form eines Widerstandes zeigt, im Hinblick auf das Selbstwertgefühl eines Patienten dringend notwendig? Bedingungen herzustellen, unter denen der Patient seinen Widerstand nicht mehr nötig hat, ist eine Sache, diesen Widerstand einfach zum Feind zu erklären und ihn niederzumachen, wie es bei Davanloo geschieht, ist eine andere. Die inneren Konsequenzen dieser aggressiven „Unterwerfungstherapie“ sind bei ihm nicht annähernd reflektiert.

Was also sind mögliche zusätzliche Kriterien für eine „analytische Haltung“ und damit auch für eine psychoanalytisch orientierte Kurzpsychotherapie?

Meine Meinung dazu läßt sich in folgendem Satz zusammenfassen:

Die Achtung vor den autonomen psychischen Leistungen eines Patienten als Richtschnur im Umgang mit den Phänomenen von Übertragung und Widerstand sollte als zentraler Wert einer psychoanalytischen Behandlung mit bedacht werden auch wenn die Auswirkungen dieser Leistungen, etwa in Form von Widerstand, in der therapeutischen Situation zunächst oft als hinderlich erscheinen.

Was bedeutet das nun in Hinblick auf unser Thema?

Beim Vergleich verschiedener Therapieformen geht es in den meisten Fällen um den Vergleich der Wirksamkeit. Dabei sind vordergründig natürlich allgemein akzeptierte Werte und Ziele wie „Symptombeseitigung“ entscheidend aber zwei Fragen dürfen nicht untergehen.

1. Wer bestimmt, was ein Symptom ist?

Machtfragen und das „Verhältnis des Individuums zum System“ bestimmen oft, was ein Symptom ist. Ein klassisches Beispiel dafür ist die Lern- oder Leistungsstörung eines Kindes, das von ehrgeizigen Eltern angetrieben wird. Was von den Eltern als Symptom bezeichnet wird, ist mit anderen Augen betrachtet eine „gesunde“, aber nicht verstandene Rebellion. Der Vergleich mit politisch motivierten Symptomdefinitionen in totalitären Staaten und Diktaturen drängt sich an dieser Stelle ebenfalls auf.

2. Mit welchen Methoden wird das Symptom beseitigt?

Steckt in der Methode primär die eher manipulierende oder Druck ausübende Unterordnung des einzelnen und seine Anpassung an die Erwartungen einer wie auch immer gearteten Gemeinschaft oder geht es um die Hinführung zu mehr innerer und äußerer individueller Freiheit, wenn auch im Rahmen einer freiwillig akzeptierten Gemeinschaft?

Was ist zu fördern, die Funktionsfähigkeit des einzelnen

Individuums in einem gegebenen System oder die Entwicklung zu einem autonomen Mitglied dieses Systems, das aber seine kritische Potenz in bezug auf das System selbst bewahrt oder erst durch die Therapie wiedergefunden hat?

Es ist deutlich, daß die Grundziele der in den verschiedenen Ideologien, Philosophien und auch Religionen vertretenen Werte unverkennbar in diesen beiden Polen enthalten sind.

Diese Gegenüberstellung macht verständlich, daß es immer verschiedene therapeutische Ansätze geben wird, auch in der Kurzpsychotherapie. Die Unterschiede bestehen nicht nur zwischen den einzelnen Schulen, sondern auch innerhalb der Therapierichtungen, die sich alle psychodynamisch nennen. Es gibt natürlich nicht *die* richtige Therapieform, es ist aber wichtig, die Unterschiede in der Zielrichtung wahrzunehmen. Dies auch in Hinblick auf das Menschenbild und die implizite Ideologie, die zugrunde liegen.

Viele Patienten suchen sich „ihren“ Therapeuten, wohl auch jeder Therapeut „seine“ Therapieform. Die wesentlichen Unterschiede bestehen meiner Meinung nach nicht primär in der Technik und Theorie, sondern im Menschenbild, und den dadurch bestimmten Therapiezielen und der sich daraus ableitenden therapeutischen Technik.

Die kritische Betrachtung sollte also immer dem in der Therapie enthaltenen Menschenbild gelten.

Konzept der kurztherapeutischen Entwicklungsbegleitung

Nun habe ich nicht nur vor, das kritische Augenmerk auf die Werte und Haltungen zu richten, die in den verschiedenen Kurztherapieformen enthalten sind. Ich möchte abschließend auch meinen eigenen Standpunkt und mein Konzept von Kurztherapie in wenigen Worten deutlich machen.

Eine Antwort auf die Gefahren von Anpassung und Fremdbestimmung kann das Konzept einer psychoanalytisch orientierten „kurztherapeutischen Entwicklungsbegleitung“ sein, deren Grundzüge und technische Voraussetzungen ich in einem Buch mit dem Titel „Der Fokus in der Psychotherapie“ (Lachauer 1992) beschrieben habe.

Dabei werden die aktuellen Symptome und Probleme des Patienten als Entwicklungskrisen angesehen, die es „fokal“ zu verstehen, zu benennen und im Rahmen einer zeitlich begrenzten Therapie zu bearbeiten gilt.

Eine so verstandene Kurztherapie steht in einem Kontinuum mit einer längerfristigen therapeutischen Arbeit und kann oft auch in Intervallen stattfinden.

Das Symptom hat in diesem Kontext den Stellenwert eines Indikators für eine Entwicklungsstörung, individuell oder im Rahmen eines Systems. Die Klärung und Behandlung dieser Entwicklungsstörung sind dann das primäre Ziel, nicht die blinde Symptombeseitigung.

Entwicklung bedeutet dabei eine schrittweisen Entfaltung individueller Möglichkeiten und Fähigkeiten, unter Berücksichtigung (nicht Unterwerfung) von biologischen und sozialen Gegebenheiten.

Dieses Konzept stimmt auch überein mit Erfahrungen der Säuglingsforschung, die deutlich machen, daß in jedem Men-

schen von Anfang an eine deutliche „Entwicklungsbereitschaft“ vorhanden ist, die in Gang gesetzt und unterstützt wird, wenn der einzelne in seinen Gefühlen und Erfahrungen wahrgenommen wird.

Mein Ansatz ist in den Grundzügen vergleichbar mit den Inhalten einer alten Sage der Menschheitsgeschichte, den „Irrfahrten des Odysseus“ und seiner Suche nach der Heimat. Man kann diese homerische Erzählung verstehen als Sinnbild der Suche eines Menschen nach seiner inneren Heimat, nach den Möglichkeiten seiner Entwicklung, nach einem Gefühl, mit dem er sich „bei sich zu Hause“ fühlt. Odysseus mußte auf dieser Reise viele Abenteuer bestehen, er erlitt mehrmals Schiffbruch, doch all dies brachte ihn Schritt für Schritt seinem Ziel, seiner Heimat näher, auch wenn er zwischendurch nahe am Verzweifeln war.

Odysseus hatte anfangs auch Gefährten, die aber auf der Strecke blieben. Nun könnte man argwöhnen, daß das mit seiner hervorgehobenen Stellung, also mit Herrschaft und Macht zu tun hatte, aber das wäre zu oberflächlich gesehen.

Es geht bei diesen beiden Modellen, Odysseus auf der einen und die Gefährten auf der anderen Seite, um die Auswirkung unterschiedlicher innerer Haltungen auf die Lebensgestaltung und -entwicklung. Zunächst tauchen diese unterschiedlichen Haltungen in Erziehung und gesellschaftlich vorgegebenen Erwartungen auf, dann aber geraten sie allmählich auch in den Bereich individueller Entscheidungen.

„Odysseus“ verkörpert dabei die Haltung eines auch gegen äußere und innere Widerstände selbstbestimmten, sich suchenden und zu sich findenden Lebens. Die „Gefährten“ kann man als Modell der Haltung autoritätshöriger und fremd- bzw. triebbestimmter Menschen ansehen, deren innere Ziele und Entwicklungsmöglichkeiten auf der Strecke bleiben.

Das psychotherapeutische Angebot dieses Ziels individueller „emotionaler Reifung“, sollte allen zugänglich sein, es ist aber wie bei Odysseus nur über „Krisen“ und „Schiffbrüche“ erreichbar. Einzelne „Abenteuer“ sind zu bestehen, bei denen der Therapeut die Möglichkeit hat, den Patienten mit den Möglichkeiten einer fokalen Kurztherapie eine begrenzte Zeit hilfreich zu begleiten, damit dieser dann auf seinem Weg weitergehen kann. Voraussetzung beim Therapeuten ist dabei allerdings die Akzeptanz, daß der Weg der Entwicklung sehr selten gradlinig verläuft - Umwege macht jeder! Manche der „Gefährten“ werden vorzeitig abbrechen, auch scheitern. Es besteht dann die Gefahr, einen Menschen „zu seinem Glück zwingen“ zu wollen, nicht annehmen zu können, daß der Patient jetzt nicht weitergehen will oder kann in der inneren Auseinandersetzung mit seinen Gefühlen.

Nicht jeder Patient muß diesen Prozeß immer langfristig mit einem Therapeuten zusammen machen. Viele brauchen die Erfahrung, daß die Bedingungen des Lebens selbst es sind, die sie an die Grenzen ihrer bisherigen Möglichkeiten bringen. Erst dann reift „Selbsterkenntnis“.

In diesem Sinne bietet sich häufig eine fokale Intervalltherapie an, die auf den Erfahrungen einer ersten Kurztherapie aufbaut - nach einem Schiffbruch ist die nächste Insel, das nächste Abenteuer an der Reihe auf dem Weg in die innere Heimat.

An diesem Modell einer kurztherapeutischen Entwicklungsbegleitung lassen sich die verschiedenen Indikationen für eine psychoanalytisch orientierte Kurztherapie in ein Kontinuum hin zur Psychoanalyse darstellen.

1. Einmalige fokale psychoanalytisch orientierte Kurztherapie

Die Indikation für eine einmalige psychoanalytisch orientierte Kurztherapie stellt sich in diesem Kontext z.B. dar als Hilfe bei der Bewältigung aktueller Krisen durch traumatisch wirkende äußere Lebensumstände oder Entwicklungskrisen. Der Patient hat die psychische Fähigkeit und Reife, nach dieser Therapie „alleine weiterzumachen“.

2. Psychoanalytisch orientierte Fokalthherapie als Intervallbehandlung

Bei manchen Patienten ist es notwendig und sinnvoll, nach einiger Zeit eine erneute Kurztherapie durchzuführen, um Entwicklungsstörungen, die regelmäßig in belastenden Situationen auftreten, zu bearbeiten. Dies ist der Fall bei Patienten, deren Verhaltens- und Bewältigungsmuster nicht flexibel genug sind, um mit verschiedenen neuen Situationen und Belastungen fertig zu werden. Im Verlauf der Intervallbehandlung kommt es zu einer Ausdifferenzierung der Bewältigungsstrategien und damit zu einer zunehmenden „Nachreifung“. Es gibt aber auch die Situation, daß ein Intervall nach einer ersten Kurztherapie sehr wichtig ist, um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, alleine neue Erfahrungen zu machen. Dies trifft vor allem bei Verhaltensweisen zu, die zwar wesentliche Grundlage seiner Problematik sind, die für den Patienten aber bisher noch kein eigenes Problem darstellten, weil sie zu seinen Persönlichkeitsmerkmalen gehörten, die er nicht gerne in Frage stellen möchte.

3. Längerfristige analytische Behandlung

Eine längerfristige psychoanalytische Behandlung ist in diesem Kontext eine „Fokalthherapie mit wechselndem Fokus“. Sie ist indiziert bei Persönlichkeitsstörungen und bei Symptomneurosen, die fest in der Charakterstruktur verankert sind.

4. Fokalthherapie als Vorbereitung auf eine längerfristige analytische Behandlung

Bei manchen Patienten ist es notwendig, eine der analytischen Psychotherapie vorgeschaltete Kurztherapie durchzuführen. Dies kann zur genaueren Abklärung der Indikationsvoraussetzungen dienen, sowohl für den Therapeuten, als auch für den Patienten, der in dieser Zeit einen Einblick in die Arbeitsweise einer analytisch orientierten Behandlung bekommt. Auch Ängste, sich in eine solche therapeutische Beziehung einzulassen, meist die Befürchtung von Abhängigkeit, können so bearbeitet werden.

Ich hoffe, meine Ausführungen konnten zeigen, daß es sehr wohl einige Kriterien für die erfolgreiche Anwendung einer psychoanalytisch orientierten Kurzzeitpsychotherapie gibt und daß diese schrittweise erarbeitet werden können. Das wesentliche scheint mir aber eine Grundhaltung des Therapeuten zu

sein, mit der er ein Verständnis dafür erarbeitet, an welchem Punkt seiner Entwicklung der Patient jetzt steht, wohin er sich selbst bewegen kann und möchte und wie und unter welchen Bedingungen der Therapeut ihn dabei einführend und deutend begleiten kann.

Literatur

- Burke, Jr.J.D., White, H.S., Havens, L.L.: Which Short-term psychotherapy? Archives of General psychiatry 1979; 36:177-186
- Gottwick G.: Intensive Psychodynamische Kurztherapie nach Davanloo. In: Hennig H. (Hrsg): Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis. Lengerich, Pabst, 1996,206-225
- Hohage R.: Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. Stuttgart, Schattauer, 1996
- Kächele H.: Was ist psychodynamische Kurztherapie? Prax. Psychother.Psychosom. 1985; 30:119-127
- Keil-Kuri E.: Vom Erstinterview zum Kassenantrag. Neckarsulm, Jungjohann, 1993
- Klüwer R.: Einige Betrachtungen zur psychoanalytischen Kurztherapie. In: Klüwer R.: Studien zur Fokal- therapie. Frankfurt, Suhrkamp, 1995:178-193
- Köhler-Weisker A.: Zum Begriff der Haltung des Psychoanalytikers am Beispiel einer Fokaltherapie. In.: Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 18, Bern, Huber, 1986:143-173
- König K.: Einzeltherapie außerhalb des klassischen Settings. Göttingen, Vandenhoeck&Ruprecht, 1993
- Lachauer R.: Der Fokus in der Psychotherapie. München, Pfeiffer, 1992
- Leuzinger-Bohleber M.: Psychoanalytische Kurztherapien - Zur Psychoanalyse in Institutionen. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1985
- Loch W.: Über theoretische Voraussetzungen einer psychoanalytischen Kurztherapie. In: Loch W.: Zur Theorie, Technik und Therapie der Psychoanalyse. Frankfurt, Fischer, 1972
- Lohmer M. (Hrsg.): Kurzzeittherapie - ein Überblick, CIP-Medien, 1997
- Mahler E.: Krise und Chance der DPV. Psyche 1995;49:373-391
- Malan D.H.: Psychoanalytische Kurztherapie. Hamburg, rororo, 1972
- Rechenberger H.: Kurzpsychotherapie in der ärztlichen Praxis. Berlin, Springer, 1987
- Sulz S.: Strategische Kurzzeittherapie, CIP-Medien, 1994
- Wolberg L.: Kurzzeitpsychotherapie. Stuttgart, Thieme, 1983

Dr. Rudolf Lachauer

Facharzt für psychoanalytische Medizin, Psychiatrie,
Psychotherapie - Psychoanalyse (DPG)
Ernsdorferstr. 23
83209 Prien
Tel./Fax 08051-2649