

DIFFERENTIALINDIKATION VON KURZ- UND LANGZEITTHERAPIE IN DER VERHALTENSTHERAPIE

Serge Sulz

Zusammenfassung

Mangels empirisch-wissenschaftlicher Fundierung ist die Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie auf klinische und theoriegeleitete Kriterien angewiesen. Diese werden in dieser Arbeit diskutiert. Es wird versucht, zu praxisorientierten Leitlinien zu finden, die wiederum der wissenschaftlichen Prüfung unterzogen werden müssen. Klinisch spricht für eine Kurzzeittherapie das Fehlen einer Persönlichkeitsstörung, eher massive situative Auslöser der Erkrankung und Einfachdiagnosen. Hilfreich scheint einerseits die Unterscheidung zwischen gelerntem und regelgeleitetem Verhalten und andererseits zwischen erforderlicher Entwicklung und erforderlichem Lernen zu sein.

Schlüsselwörter Langzeittherapie, Kurzzeittherapie, Differentialindikation, Verhaltenstherapie

Seit drei Jahrzehnten experimentieren psychoanalytische Therapieforscher mit Kurzzeittherapie als Alternative bzw. zur Ergänzung der psychoanalytischen Langzeitbehandlung (Davanloo 1995 - siehe auch Gottwik 1998, Luborsky 1988, Malan 1972, Strupp und Binder 1991). Lohmer (1998) gibt einen Überblick über diese Kurzzeittherapieansätze. Fürstenau (1998) versucht Psychoanalyse und systemische Therapie zu einer lösungsorientierten psychoanalytischen Kurz-Psychotherapie zu verbinden.

Diese Kurzzeittherapien haben allerdings bis heute noch keinen allgemeinen Eingang in die Ausbildung der tiefenpsychologischen Psychotherapie gefunden. Das Repertoire des psychoanalytischen Therapeuten ist nicht gleichbedeutend mit der Kompetenz zu einer dieser wissenschaftlich untersuchten Kurzzeittherapien (Lachauer, 1998). In der Kassenversorgung ist also die tiefenpsychologische Kurzzeittherapie nur durch ihre Begrenzung auf 25 Sitzungen definiert.

In der Verhaltenstherapie ist es gerade umgekehrt. Wissenschaftlich untersucht sind lediglich Kurzzeittherapien, während die Hälfte der in der Kassenversorgung durchgeführten Therapien Langzeitbehandlungen zwischen 45 und 80 Sitzungen sind.

Auf der Suche nach Kriterien für eine Differentialindikation lassen sich keine empirischen wissenschaftlichen Untersuchungen finden. Die zeitliche Kürze einer Therapie war noch kaum von primärem Interesse für die verhaltenstherapeutische Forschung. Der Grund ist simpel: In diesen Forschungstherapien wurde nicht behandelt, bis ein Therapieziel erreicht war, um dann den notwendigen Therapieaufwand zu messen (klinische Perspektive), sondern man wandte ein Interventionspaket an und hielt fest, wie wirksam es im Durch-

Summary

We have no empirical basis for decision making in the question of short versus long time therapy in a behavioral setting. Clinical considerations lead to short time therapy when there is no personality disorder, but situational problems, and only one diagnosis. Conditioned behavior rather than rigidly rule-governed behavior and the need for learning rather than need for development would be an indication for short time therapy.

Keywords

Long term therapy, short term therapy, decision making, behavior therapy

schnitt war. D.h., es wurde nach der im Forschungsdesign festgelegten Zeit mit der Therapie aufgehört, um dann die Effektivität dieser Therapie (wissenschaftliche Perspektive) zu testen. Gerade hierin unterscheiden sich Blickwinkel und Intention des Wissenschaftlers von denen des Kliniklers und Praktikers.

Wir sind also bei der Frage nach der Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie auf klinische Kriterien angewiesen. Wenn von vornherein eine Langzeittherapie durchgeführt wurde und diese erfolgreich war, so können wir nicht ausschließen, daß eine Kurzzeittherapie auch gereicht hätte. Eine erfolglose Langzeittherapie verleitet aus Gründen der Plausibilität zu der Aussage, eine Kurzzeittherapie sei noch weniger in der Lage, einen Erfolg zu erzielen. Es läßt sich jedoch dagegen halten, daß eine Intensivstrategie im Kurzzeitsetting vielleicht wirksamer das Veränderungspotential des Patienten hätte mobilisieren können.

Am meisten hilft uns die Betrachtung

- a) erfolgreicher Kurzzeittherapie im Kontrast zu
- b) erfolgloser Kurzzeittherapie, der eine erfolgreiche Langzeittherapie nachfolgte.

Natürlich ist es auf diese Weise nicht möglich, zu empirischen wissenschaftlichen Ergebnissen kommen. Aber vorliegenden klinischen Ergebnisse sind so am hilfreichsten auszuwerten.

Vom inneren Aufbau her können wir zwei Arten von Kurzzeittherapie unterscheiden:

- a) Tapetenmuster; fängt willkürlich irgendwann an und hört irgendwann auf, d.h., es wird so lange weitergemacht, bis das definierte Therapieziel erreicht ist, z.B. Angstexposition (Margraf und Schneider 1990) und kognitive Therapie nach Beck (1986);

- b) Bild mit Rahmen; in sich dramaturgisch aufgebaut, mit definierter Anfangsphase, Mittel- und Abschlußphase wie Selbstkontrolltherapie der Depression nach Roth und Rehm (1986), interpersonelle Psychotherapie der Depression nach Klerman et al (1984 - siehe auch Schramm 1998), Sulz (1994, 1995, 1998a, 1998b)

Erstere hat den Vorteil größerer zeitlicher Flexibilität, vor allem auch in Richtung weiterer Verkürzung z.B. auf nur zehn Sitzungen, letztere den Vorteil der Einbeziehung des Zeitfaktors in die Therapiekonzeption.

Gemeinsam ist ihnen, daß sie nicht auf längere Therapien von 40-80 Sitzungen angelegt sind.

Sucht man im Langzeitbereich nach Therapiekonzepten, so bleibt fast nur Typ (a) übrig. Es gibt kaum Konzepte, die 40-80 Stunden veranschlagen und die den Aufbau der Therapie über so viele Stunden verteilen. Ausnahmen sind das Assertiveness-Training-Programm von Ullrich und Ullrich de Muynck (1978) und die dialektisch-behaviorale Therapie von M. Linehan (1996). Dies bedeutet, daß gerade in dem Bereich der Langzeittherapie mit Ausnahme der beiden genannten Beispiele sich Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nicht unterscheiden. Zwar wird in der Verhaltenstherapie das Problem und das Ziel definiert, der Weg jedoch nicht konzeptionell geplant. Auf eine sehr interaktionsbezogene Art wird der sequentielle Ablauf von Therapiesitzung zu Therapiesitzung der Wechselwirkung von Patient und Therapeut überlassen. Es handelt sich also um eine Verhaltensstrategie, die durch gegenseitige Verstärkung gesteuert wird und deshalb auch längere Zeit beansprucht als eine strategische Therapiekonzeption.

Umwandlungen von Kurz- in Langzeittherapie

Häufige Begründung für die Umwandlung Kurz- in Langzeittherapie im Gutachterverfahren (aus der beispielhaften Durchsicht von 100 Umwandlungsanträgen) sind:

- die klinische Störung ist komplexer als anfänglich vermutet
- die Primärpersönlichkeit ist gestörter als anfänglich vermutet
- es wird ein vorher nicht bekanntes schweres Trauma offenbart (z.B. Mißbrauch)
- zusätzlich zur Symptombehandlung wird die Therapie des Sozial- und Beziehungsverhaltens notwendig
- zwischenzeitlich trat ein belastendes Lebensereignis auf, dem der Patient in seinem Zustand noch nicht gewachsen war
- es kam zu einer Intensivierung der Symptomatik
- der Patient hat gerade einen sehr großen, sehr wichtigen Entwicklungsschritt gemacht, der durch Abbruch des therapeutischen Kontakts gefährdet wäre
- das Tempo der Veränderungsschritte vollzog sich erheblich langsamer, als angenommen werden konnte
- kurz vor Therapieende kam es zu einem schweren Rückfall, der vom Patienten allein nicht aufgefangen werden konnte.

Diese Formulierungen legen nahe, daß ein Langzeitfall als Kurzzeitfall verkannt wurde, abgesehen von eventuellen Therapiefehlern, die ein Nachbessern erforderlich machten.

Kurzzeittherapien ohne Verlängerung bzw. Umwandlung

Dagegen wurden bei Kurzzeittherapien, die nicht in Langzeittherapien übergeführt wurden, folgende Gründe genannt (Durchsicht von 50 Kurzzeitanträgen einer Delegationspraxis):

- einfache umschriebene Störungen (keine Mehrfachdiagnosen) oder leichte Störungen (Anpassungsstörung)
- eher kurze Dauer der Störung
- eher stabile Primärpersönlichkeit
- eher erhebliche situative Auslöser.

Dies ist analog den Indikationskriterien, die z.B. für die interpersonelle Psychotherapie der Depression (IPT) genannt wurden (Klerman et al 1984, Schramm 1998).

Kriterien der Differentialindikation

Die therapeutische Arbeit ist mit Erreichen des Therapieziels beendet. Das ist der Fall, wenn die angestrebten Verhaltensänderungen vollzogen sind oder wenn der Patient die restlichen Veränderungen ohne therapeutische Hilfe vollziehen kann.

Um eine bestimmte Störung zu beheben, sind definierte Interventionen in abzuschätzendem Ausmaß erforderlich (Sulz, 1992, 1994). Dabei sind zu berücksichtigen die Art der Erkrankung (Rabinowitz, und Lukoff, 1995), deren Schweregrad, Komplexität und Chronizität (Tillett, 1996), bisherige erfolglose Anwendungen von prinzipiell wirksamen Maßnahmen, die Wechselwirkung mit einer eventuell gestörten Persönlichkeit des Patienten und die Wechselwirkung mit einer eventuell änderungsfeindlichen sozialen Umgebung (Sulz, 1992a, 1992b, 1994). Diese eventuellen ungünstigen Bedingungen können den zeitlichen Aufwand für eine geplante Therapie verdoppeln, verdreifachen oder gar therapeutische Veränderungen unmöglich machen. Insbesondere wirken sie zeitraubend, wenn sie zum Zeitpunkt der Diagnose und Therapieplanung unzureichend analysiert sind. Sie müssen also auch zu Beginn einer Kurzzeittherapie in Art und Ausmaß eingeschätzt werden. Trotz Vorliegens mehrerer dieser ungünstigen Prädiktoren kann die Entscheidung zugunsten einer Kurzzeittherapie fallen, solange nicht empirische Belege für deren grundsätzliche Unwirksamkeit vorliegen. Der Therapieplan muß in diesem Falle diese ungünstigen Faktoren einbeziehen.

Unter diesem Vorzeichen heißt die Indikationsregel für Kurzzeittherapie zunächst: bei jedem Patienten mit jeder Störung. Umgekehrt heißt die Indikationsregel für Langzeittherapie: bei jedem Patienten, bei dem eine Kurzzeittherapie nicht ausreichte oder der Therapieplan eine notwendige Stundenzahl nachvollziehbar begründet, die in den Bereich der Langzeittherapie fällt.

Diese Formulierungen scheinen den Entscheidungsspielraum des Therapeuten auf eine unbefriedigend beliebige Weise auszuweiten. Dies ist dann gerechtfertigt, wenn bei Kurzzeittherapien eine mindestens so aufwendige Diagnostik und

Therapieplanung betrieben wird wie bei Langzeittherapien. Wer diese unterläßt, muß sich dem Vorwurf stellen, er sei konzeptionslos in eine Kurzzeittherapie hineingestolpert und habe deshalb die bisherigen Therapiestunden unökonomisch und ziellos vertan. Wer in der zwanzigsten Stunde bei einer Agoraphobie mit Panikattacken mit einer systematischen Desensibilisierung beginnt, und als bisherige therapeutische Arbeit Entspannungstraining, Vorstellungstraining und Erarbeiten einer Zielhierarchie angibt, muß sich z.B. fragen lassen, weshalb er nicht bereits in der sechsten Stunde (nach fünf diagnostischen Sitzungen) mit einer Angsttherapie in vivo begonnen hat - neben der Frage nach der wesentlich ökonomischeren Vorgehensweise der Angstexposition.

Bei der Umwandlung müssen anfänglich definierte Ziele und zielbezogene Interventionen mit Teilzielerreichungen aufzeigbar sein. So kann eine Depressionsbehandlung eine Reduktion des sozialen Rückzugsverhaltens und den Aufbau sozial kompetenten Verhaltens im Kollegenkreis zum Ziel haben. Zum Zeitpunkt der Umwandlung kann sich durch den Einsatz von Tagesplänen das Aktivitätsniveau im angestrebten Ausmaß erhöht haben. Dagegen hatten bisher erst wenige Sitzungen Sozialverhalten wie Nein-sagen-Können und Fordern-Können zum Thema.

Selbst bei bescheidener Formulierung der Ziele sollten sie sich doch in das insgesamt komplexe Bild des klinischen Falles einfügen.

Die zeitliche Priorität der bisher verfolgten Ziele muß nachvollziehbar sein und diese müssen auch (außer bei Krisenintervention) die natürlichen ersten Schritte der Veränderung sein (Kanfer et al. 1991, Schmelzer 1994, Schulte 1996). So kann z.B. der Einsatz von kognitiven Interventionen bei einer Depression zurückgestellt werden zugunsten von prompt auf die Stimmung einwirkenden verstärkerorientierten Interventionen wie bei Roth und Rehm (1986).

Es bleiben als primäre Langzeitfälle komplexe Störungen wie z.B. Persönlichkeitsstörungen, Zwang, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, bei denen kontrovers diskutiert wird, ob eher eine Indikation zur stationären Therapie besteht (Sulz 1993c). Verhaltenstheoretisch lassen sich Persönlichkeitsstörungen als extrem verfestigte, d.h. nur schwer löschbare emotionale, kognitive und Handlungs-Reaktionsstereotypien betrachten, bei denen es nicht ausreicht, nur einen Verhaltensbestandteil zu modifizieren, z.B. einfache kognitive Umstrukturierungen durchzuführen. Man kann z.B. den Therapieansatz von Ullrich und Ullrich de Muynck (1994a, b) als Behandlung der selbstunsicheren bzw. sozial ängstlichen Persönlichkeitsstörung betrachten. Ihr Assertiveness-Training-Programm ist eines der bisher empirisch am besten abgesicherten und zugleich klinisch umfassendsten eingesetzten und bewährten Therapieverfahren. Die Behandlung wird in Gruppen durchgeführt mit einer doppelstündigen Sitzung pro Woche. Insgesamt sind fünfzig bis sechzig Gruppensitzungen erforderlich. Inhaltlich folgt die Therapie einer mehrdimensionalen Angsthierarchie mit insgesamt 110 Übungsstufen.

Noch aufwendiger angelegt ist Marsha Linehans (1996a, 1996b) Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-

Persönlichkeitsstörung. Einzel- und Gruppentherapie laufen mindestens ein Jahr lang parallel. Die Einzeltherapie wird anschließend noch zwei Jahre lang fortgeführt. In sehr schwierigen Fällen dauert die therapeutische Betreuung auch fünf Jahre.

Theoriegeleitete Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie

Eine erste grundsätzliche Unterscheidung bezieht sich auf die Art der Aufrechterhaltung von Symptomen und zu verändernden Verhaltensweisen. Wir unterscheiden **gelerntes Verhalten** von **regelgeleitetem Verhalten**.

Eine einfache lernpsychologisch fundierte Verhaltensanalyse und -therapie reichen bei dem Verhalten aus, das durch einfache respondente oder operante Weise konditioniert wurde und im wesentlichen durch Vermeidung aufrechterhalten wird. Dies ist die klassische Indikation für Kurzzeittherapie. Von lediglich konditionierungsbedingtem Verhalten ist Verhalten zu unterscheiden, das „rule-governed“ - regelgeleitet ist (Hayes et al. 1986, 1989). D.h., das Verhalten muß, einer in der Lerngeschichte entwickelten Überlebensregel folgend, in bestimmten Situationen ausgeführt werden. Diese Regel kann sehr starr oder sehr generalisiert ein Verhalten vorschreiben, das nicht ausreichend situationsadäquat ist und dem Betroffenen zum Nachteil gereicht. Die diagnostischen Betrachtungen müssen in diesem Falle auf motivations-, emotions-, kognitions-, persönlichkeits- und sozialpsychologischen Erwägungen beruhen. Gegenstand der Diagnostik ist es dann, diese Regel zu finden, ihre Änderungsresistenz einzuschätzen und gezielte verhaltensorientierte Interventionen zu planen, die ihre Änderung zur Folge haben. Ergebnis dieser Diagnostik kann sowohl die Indikation zu einer Kurz- als auch zu einer Langzeittherapie mit entsprechender Zielformulierung sein (Sulz 1994).

Als **Therapieziel bei Kurzzeittherapie** kann man sehen (Sulz 1986)

- a) die Optimierung der psychischen Homöostase auf dem bestehenden emotionalen Entwicklungsniveau oder
- b) die Überwindung eines Entwicklungskonflikts und Hilfestellung beim Entwicklungsschritt zur nächst höheren Entwicklungsstufe (Kegan 1986).

Diese Zielbestimmung ergibt sich aus einem Störungsmodell, das die Symptombildung als Notfallmaßnahme zur Stabilisierung der gegenwärtigen homöostatischen Selbstregulation betrachtet (Sulz 1996).

Im Kontrast dazu ergibt sich als **Therapieziel bei Langzeittherapie** die Herstellung der Entwicklungsfähigkeit

- a) bei einem defizientem Entwicklungsstand im emotionalen, kognitiven und interaktiven Bereich hat oder
- b) bei umfassendem Entwicklungsrückstand aller wichtigen psychischen Bereiche (Denken, Fühlen, Handeln) auf einer sehr frühen Entwicklungsstufe. D.h., der Mensch muß auf dieser Stufe nachreifen und kann erst dann den nächsten Entwicklungsschritt gehen.

Ausgehend von einer affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie psychischer Störungen (Sulz 1994), läßt sich hypothetisch ein Modell der Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie formulieren (Tabelle 1):

Die **Lebensgestaltung vor Symptombildung**, d.h., wie das Leben des Patienten ablief, bevor das Symptom ausbrach, kann einerseits auf die Funktion des Symptoms hinweisen. Andererseits zeigt sie auch im Sinne des Konstruktivismus der Palo-Alto-Schule (Watzlawik et al. 1979), inwiefern in die Gestaltung der verschiedenen Lebensbereiche eine Sollbruchstelle eingebaut wurde, die zwangsläufig zum Symptom führen mußte, sobald die persönlichen Ressourcen überlastet waren. So wie wir den Bäcker oder einen anderen Handwerker betrachten können (Persönlichkeitsdiagnostik), können wir auch seine handwerklichen Produkte, sein Werk betrachten (Konstruktion des aktuellen Lebens als eventuell pathogene Lebensgestaltung). Beides zusammen ergibt eine aufschlußreichere Diagnostik.

Es gibt Patienten, bei denen die Lebensgestaltung ungestört erscheint oder durch schwer beeinflussbare Faktoren beeinträchtigt ist (z.B. den Entscheidungen des einzigen Arbeitgebers in der Region ausgesetzt). Bei ihnen liegt keine **pathogene** Konstruktion des Lebens vor, wie dies bei einem Menschen der Fall wäre, der sämtliche Arbeitgeber der Region im Halbjahresrhythmus „aufgearbeitet“ hat.

Die **Beziehungsgestaltung vor Symptombildung**, d.h., welche zwischenmenschlichen Beziehungen im letzten Jahr vorher existierten, wie sie gepflegt wurden, auf welche Weise sie stützend waren oder **pathogen** wurden, kann ebenfalls als konstruiertes Werk des Patienten betrachtet werden.

Eine Patientin, die das Gedeihen ihrer Kinder zum alleinigen Inhalt ihres Lebens machte, keinerlei eigene Freundschaften pflegte und die Ehe verkümmern ließ, steuerte unweigerlich auf einen Zusammenbruch hin, den der Auszug der erwachsen gewordenen Kinder hervorrief. Eine andere Patientin dagegen pflegte neben ihren Beziehungen zu ihren Kindern und dem allmählichen Loslassen dieser Kinder eine tragfähige eheliche Partnerschaft sowie einige gute Frauenfreundschaften. Der plötzliche Unfalltod ihrer zweiten Tochter löste bei ihr eine Depression aus.

Der **symptomauslösende Aspekt der Lebenssituation** ist zwar manchmal nicht leicht erkennbar, aber bei einigen Patienten ist das situative Ereignis so überwältigend, daß wir von einem situativen oder reaktiven Geschehen sprechen können. Wir erkennen das Ereignis sofort als **massiven belastenden** Auslöser, wie z.B. Tod eines Angehörigen, Trennung und Scheidung, Entlassung als Endpunkt einer Karriere. Andere Patienten werden schon krank, wenn sie nur an die Trennung vom Partner denken. Oder wenn sie den Eindruck gewinnen, ihre zentralen Anliegen niemals in der bestehenden Partnerschaft durchsetzen zu können.

Die **Lerngeschichte der familiären Sozialisation** läßt nach ausgiebiger Anamnese und Exploration nachempfinden, welche Fülle von Frustrationen oder Traumatisierungen zur

Vulnerabilität eines Patienten beigetragen haben können. Während wir in einem Fall keine auffälligen **belastenden Lebensereignisse oder -umstände** in der Kindheit finden, auch keine pathologischen Persönlichkeiten der Eltern und zudem keine chronisch belastenden Interaktions- und Beziehungsmuster zwischen Eltern und Kind, mag in einem anderen Fall die Mutter das Kind wochenweise bei wechselnden Bekannten abgegeben, es mit Wutausbrüchen malträtiert und ansonsten Körperkontakt panisch vermieden haben.

Das **Selbstbild** als Quelle der Überzeugung und des Vertrauens, Eigenschaften und Fähigkeiten bleibend in sich zu tragen und im rechten Moment einsetzen zu können, um das Leben zu meistern und sich die benötigten sozialen Beziehungen aufzubauen, kann bei einem Menschen gut durch die realen Erfahrungen des Erwachsenenlebens evaluiert sein. Ein anderer Patient verharrt, ungeachtet der ständig das Gegenteil erweisenden Erlebnisse, in einem **kindlichen** Selbstbild, das aus den lange zurückliegenden Eltern-Kind-Interaktionen hervorging und z.B. immer noch seine Kreativität als nichtsnutzige Leistungsverweigerung empfindet.

Das **Weltbild** als Summe der Erfahrungen im Austausch mit der sozialen Umwelt ist bei einigen Patienten das unveränderte Residuum **aus der Kindheit**. Obgleich die Kindheitsbedingungen längst nicht mehr gelten, tun sie so, als ob diese immer noch wirksam seien. So kann ein Patient fest damit rechnen, von allen Menschen streng strafend zurückgewiesen zu werden, wenn er eine gegenteilige Meinung äußert. Er hat mit dem Ende der Kindheit aufgehört, die Gültigkeit dieses Bildes an der täglichen Realität zu prüfen. Ein anderer Patient dagegen mag eine weitgehend adäquate Einschätzung der anderen Menschen, deren Motive und voraussichtlichen Reaktionen haben und auch bereit und fähig sein, dieses Bild neuen Erfahrungen anzupassen.

Die **Überlebensregel** als verdichtete Verhaltensanweisung im Umgang mit wichtigen Beziehungen kann flexibel und hilfreich sein, um zur bestmöglichen Beziehungsgestaltung zu kommen. Sie leitet aus der logischen Verknüpfung von Selbst- und Weltbild Gebote und Verbote ab, die gewährleisten sollen, zentrale Bedürfnisse zu befriedigen und zentrale Bedrohungen zu verhindern. Bei manchen Patienten ist diese Regel so **unumstößlich** wie die zehn Gebote und zugleich im Erwachsenenleben so **dysfunktional**, daß sie die Meisterung von Lebenskrisen nur mit Hilfe von Symptombildung erlauben.

Der **zentrale Verstärker** bzw. das zentrale Bedürfnis ist bei einigen Patienten das völlig im Vordergrund bleibende Motiv geblieben. Sie haben das Gefühl, davon sehr viel zu brauchen, und entwickeln **chronische instrumentelle Verhaltensmuster**, um diese Verstärkung so umfassend wie möglich zu erhalten bzw. zu bewahren. Umgekehrt dürfen sie kaum anderes Verhalten zeigen, denn dieses würde zum Verlust dieses zentralen Verstärkers führen. Wenn z.B. Geborgenheit oder Schutz und Sicherheit ein so hochwertiges Gut im Leben eines Menschen sind, so kann er jegliche Selbständigkeit, jeg-

Tabelle 1: defizitorientierte Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie		
	Kurzzeittherapie	Langzeittherapie
Lebensgestaltung vor Symptombildung (pathogen?)	ungestört oder durch schwer beeinflussbare externe Faktoren beeinträchtigt	pathogene Konstruktion ungünstiger Lebensbedingungen
Beziehungsgestaltung vor Symptombildung (pathogen?)	ungestört	deutlich chronisch gestört
Symptomauslösender Aspekt der Lebenssituation (massive belastende Auslöser?)	massive situative Belastung im Sinne eines belastenden Life event	Der Auslöser ist lediglich der Tropfen, der das Faß zum Überlaufen bringt
Lerngeschichte der familiären Sozialisation (auffällig belastende Lebensereignisse oder -umstände in der Kindheit?)	geringe Frustrationen und/oder Traumatisierungen in der kindlichen Lerngeschichte	erhebliche Frustrationen bzw. Traumatisierungen in der kindlichen Lerngeschichte
Selbstbild (Einschätzung, das Leben zu meistern und sich die nötigen Beziehungen aufzubauen, ist kindlich bedürftig und ineffizient?)	ausreichend realistisches Selbstbild, das durch neue Erfahrungen modifizierbar ist	trotz laufender gegenteiliger Erfahrungen wird am alten Selbstbild festgehalten
Weltbild (Einschätzung der anderen Menschen, deren Motive und voraussichtliche Reaktionen als unverändertes Residuum aus der Kindheit übernommen?)	ausreichend realistische Sicht der gegenwärtigen Umwelt, die durch neue Ereignisse erweitert werden kann	unrealistische Erwartungen bzw. Vorhersagen bezüglich der Reaktion der Umwelt
Überlebensregel (zur Optimierung der Beziehungsgestaltung ist dysfunktional und rigide?)	mäßig dysfunktionale Überlebensregel, die nur in sehr schwierigen Situationen das Verhalten beherrscht	sehr dysfunktionale, rigide Überlebensregel, die das psychosoziale Verhaltensrepertoire stark einschränkt
Zentraler Verstärker (zentrales Bedürfnis als völlig im Vordergrund bleibendes Motiv, chronische instrumentelle Verhaltensmuster, um diese Verstärkung zu erhalten bzw. zu bewahren?)	partieller Verzicht auf nicht erreichbare Verstärker bzw. Umstieg auf andere Verstärker ist möglich, z.B. von Geborgenheit auf Anerkennung	große Bedürftigkeit, die nicht durch bewußten Verzicht (Selbstkontrolle) abgebaut werden kann
Zentrale Vermeidungstendenz (zentrale Angst, Bemühen, durch ständiges Vermeidungsverhalten die Gefahr zu bannen?)	punktueller, situationspezifischer Hintergrundangst, die der bewußten Exposition zugänglich ist	durchgängige, intensive, stark generalisierte Vermeidungshaltungen, die in fast allen Lebensbereichen Erleben und Verhalten bestimmen
Aggressionshemmung, Aggressionspotential (keine intentionale Wehrhaftigkeit, wachsendes Aggressionspotential?)	wenig aufgestaute Aggressivität bzw. Impulsivität	starke Hemmung der spontanen Impulsivität, großes aufgestautes Aggressionspotential (aufgrund der Menge der nicht erwiderten Frustrationen und Verletzungen)
Defizienz der Impulskontrolle (entweder emotionslos kühl oder kalt oder eine nicht mehr steuerbare Wut?)	nur in spezifischen Situationen, bestimmten Personen gegenüber besteht a.) eine dysfunktionale Aggressions- bzw. Impulshemmung bzw. b.) eine dysfunktionale gesteigerte Impulsivität	Unterdrückung der Wut nach dem Alles-oder-nichts-Prinzip. Kein dosierter Umgang z.B. mit Ärger
Einschränkung des Gefühlsrepertoires (kaum Gefühle oder dysfunktionale Stereotypen, immer wieder die gleichen wenigen Gefühle?)	nur in schwierigen Situationen werden Gefühle a.) unterdrückt oder b.) in stereotyp inadäquater Intensität produziert	nur kleines aktives Gefühlsrepertoire (generalisiert) bzw. nur stereotype situationsinadäquate emotionale Reaktionsmuster
Persönlichkeitsstörung (Dysfunktionalität von persönlichen Verhaltens- und Erlebensstereotypen bezüglich Ausprägung, Rigidität, Situationsinadäquatheit?)	wenige und wenig intensive dysfunktionale Verhaltensstereotypen	dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensstereotypen nähern sich in Rigidität und Intensität einer Persönlichkeitsstörung
Konfliktverhalten (Verharren in der Konfliktzone, Dichotomie der Lösungsmöglichkeiten?)	ängstliches oder schuldbewußtes Zögern vor einem prinzipiell machbaren Schritt zur Lösung. Der dritte Lösungsweg ist vorstellbar	starres/paralysiertes Verharren in der Konfliktzone, ohne sich probatorisch zu einer der Lösungsmöglichkeiten hinbegeben zu können. Nur dichotome Lösung vorstellbar

liches Verlassen seines sicheren Nestes meiden. Erfordert eine Lebenssituation dies trotzdem, so weicht er auf eine Symptombildung aus. Ein anderer Patient hat dagegen ein größeres Reservoir an potentiell wirksamen Verstärkern. Er sieht sich nicht gezwungen, unentwegt instrumentelle Bemühungen aufzubringen, da er in der Zuversicht lebt, daß das Leben sie ausreichend bieten wird.

Die **zentrale Vermeidungstendenz** bzw. die zentrale Angst soll eine bestimmte Bedrohung fernhalten wie z.B. Vernichtung, Verlassenwerden, Kontrollverlust oder Ablehnung. Einige Patienten starren in nahezu jeder sozialen Situation auf ihr imaginäres Damoklesschwert und **bemühen sich durch ständiges Vermeidungsverhalten** die Gefahr zu bannen. Sie sind nur schwer von diesem Überlebenskampf abzubringen und wollen die Ungefährlichkeit ihrer Umwelt einfach nicht glauben. Andere Patienten fühlen sich prinzipiell nicht bedroht in ihrem Leben und in ihren Beziehungen. Und es sind auch keine umfangreichen Vermeidungsstrategien bei ihnen zu explorieren oder zu beobachten.

Die **Aggressionshemmung** und das **Aggressionspotential** erklären eine wichtige Kraft, die dem therapeutischen Fortschritt entgegenwirkt. Es gibt einige Menschen, die in ihrer Kindheit gelernt haben, keinerlei aggressive Impulse in die Außenwelt gelangen zu lassen, weshalb ihr Verhalten **keine intentionale Wehrhaftigkeit** beherbergt. Andererseits dürfen wir wohl von einem Satz von der Erhaltung der Aggression ausgehen. Und dies bedeutet, daß jedes Kind, das keine Chance hatte, eine Aggression angemessen zu erwidern, sich wie ein Akkumulator mit Aggression auflädt. Es hat somit die Bürde, diese größer werdende Ladung, d.h. das **wachsende Aggressionspotential** so zu verwalten, daß keine Komplikationen im Umgang mit der sozialen Umwelt auftreten. Beide Aspekte sollten erfaßt werden. Während wir das Ausmaß der Wehrhaftigkeit am Vorhandensein von selbstbehauptendem Verhalten erkennen, läßt sich das so definierte Aggressionspotential nur an der Summe der explorierten Frustrationen und Aggressionen abschätzen, die dem aggressionsgehemmten, wehrlosen Menschen als Kind, Jugendlichen und Erwachsenen zugefügt wurden.

Eine **Defizienz der Impulskontrolle** kann sowohl im Sinne einer unzureichenden Kontrolle mit Impulsdurchbrüchen als auch im Sinne eines völligen Ausfalls jeglicher Impulsivität bestehen. Während einige Patienten situationsadäquat emotionales Verhalten zeigen können, ohne zu impulsiv zu reagieren bzw. ohne unnötige Impulshemmung, begegnen wir anderen Patienten, die Wut und Impulsivität nur nach dem Prinzip des Alles oder Nichts handhaben können. **Entweder emotionslos kühl oder kalt reagieren oder einer nicht mehr steuerbaren Wut verfallen.**

Eine **Einschränkung des Gefühlsrepertoires** beeinträchtigt die Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten eines Menschen. Bei einigen Patienten ist diese Einschränkung in nahezu allen zwischenmenschlichen Situationen wirksam und es bleiben ihnen auch nur wenige Gefühle. Manche sind seit der

Kindheit nicht mehr aufgetreten. Die Therapie erfordert eventuell umfangreiche „Ausgrabungsarbeiten“, um Emotionen und emotionales Verhalten wieder im aktiven Verhaltensrepertoire zu etablieren. Bei anderen Patienten finden wir keine Einschränkungen der Wahrnehmung und des Ausdrucks von Gefühlen und auch keine **dysfunktionalen Stereotypen** mit situationsinadäquaten oder sie haben übermäßig intensive Emotionsmuster von immer wieder gleichen Gefühlen wie Ärger.

Eine **Persönlichkeitsstörung** neben einem klinischen Syndrom erschwert die Therapie bzw. erfordert eine klare Eingrenzung bei der Zielformulierung. Nähert sich die Dysfunktionalität von persönlichen Verhaltens- und Erlebensstereotypen sowohl bezüglich ihrer Ausprägung und Rigidität als auch ihrer Situationsinadäquatheit einer Persönlichkeitsstörung, so müssen wir mit einer fehlenden Fähigkeit bzw. Bereitschaft zu schnellen Verhaltensänderungen rechnen.

Das **Konfliktverhalten** kann einerseits durch ängstliches Zögern vor einem prinzipiell machbaren oder erlaubten Schritt geprägt sein. Und es kann auch eine Offenheit gegenüber einer dritten Lösungsvariante bestehen. Andererseits finden wir Patienten, die ein starres oder paralysiertes **Verharren in der Konfliktzone** aufweisen, ohne sich probatorisch zu einer Lösungsmöglichkeit hinbegeben zu können, nicht einmal im Gespräch. Für sie existiert nur eine **Dichotomie** der Lösungsmöglichkeiten. Eine dritte Möglichkeit ist nicht denkbar.

Defizite bei einigen dieser Faktoren machen eine Kurzzeittherapie schwierig, weshalb mit einer Verlängerung der Therapiezeit zu rechnen ist. Werden in der Diagnostikphase und in der Planungsphase diese Faktoren nicht berücksichtigt, so bleibt eine Kurzzeittherapie ganz einfach stecken, und Patient und Therapeut wundern sich gemeinsam. Beide sind sich meist einig, daß der Patient etwas falsch gemacht haben muß. Die evtl. falsch angelegte Therapie durch mangelnde Eingangsdiagnostik und unzureichende Klärung der differentiellen Indikation bleibt beiden verborgen.

Während obige Betrachtungen der Frage nachgingen, welche wenig veränderbaren Bürden der Patient in die Behandlung mitbringt, was er nicht kann, was er noch braucht, was er noch tun muß, obwohl es sich als dysfunktional in Erwachsenenbeziehungen erwiesen hat, können wir nun unser Augenmerk darauf richten, welche Fertigkeiten und Ressourcen er in die Therapie mitbringt. Je umfassender und stabiler diese sind, um so eher ist eine Kurzzeittherapie indiziert.

Ressourcenorientierte Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie

Dem Selbstregulationsmodell Kanfers (1990, 1998) folgend, können die Verhaltensweisen des Menschen in (Selbst-) Beobachtung, (Selbst-) Bewertung und (Selbst-) Verstärkung eingeteilt werden:

Tabelle 2: Ressourcenorientierte Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie		
Selbst- und Fremdbeobachtung (realistische Wahrnehmung d. Situation u. d. eigenen Person):	Indikation zur Kurzzeittherapie	Indikation zur Langzeittherapie
Meines zentralen Verstärkers (Bedürfnisses) bewußt sein, mein Bedürfnis wahrnehmen können	Ist durch Verhaltens- und Bedingungsanalyse befähigt, sein durchgängiges Bemühen zum Bewahren bzw. Erreichen seines zentralen Verstärkers zu beobachten. Kann in konkreten Situationen das entsprechende Bedürfnis wahrnehmen	Ist trotz gemeinsamer Verhaltens- und Bedingungsanalyse nicht in der Lage, die operanten Bedingungen seines angestregten Bemühens zum Erhalt bzw. Erwerb seiner zentralen Verstärkung zu beobachten (z.B. immer jemand um sich haben)
Meiner zentralen Vermeidungstendenz bewußt sein, meine zentrale Angst wahrnehmen können	Kann durch die Verhaltensanalyse beobachten, wie zahlreiche Verhaltensweisen dazu dienen, seine zentrale Bedrohung zu vermeiden. Kann seine entsprechende Angst in konkreten Situationen wahrnehmen	Ist trotz gemeinsamer Verhaltens- und Bedingungsanalyse nicht in der Lage, die Vermeidungsfunktion seines angestregten Bemühens zu beobachten, das seine zentrale Bedrohung/Angst verhindern soll (z.B. allein sein).
Meine Gefühle wahrnehmen können	Kann bereits während der verhaltensdiagnostischen Sitzungen bzw. während der dazugehörigen Verhaltensbeobachtung seine bisher nicht gespürten Gefühle wahrnehmen	Kann trotz offensichtlich stark emotionsgeladenen Handlungen und Gesten, die entsprechenden Gefühle nicht wahrnehmen (greift z.B. ärgerlich aggressiv an, fühlt aber nichts).
Wahrnehmen können, was mein Gegenüber braucht, fürchtet, fühlt, wirklich tut	Ist durch Beobachtungsübungen dazu anzuweisen, seine Aufmerksamkeit auf Bedürfnisse, Gefühle und Handlungsintentionen des Gegenübers zu lenken und diese wahrzunehmen	Ist trotz Beobachtungsübungen nicht in der Lage, seine Aufmerksamkeit auf Bedürfnisse, Gefühle und Handlungsintentionen des Gegenübers zu lenken, bleibt konsequent bei der Selbstwahrnehmung
Selbst- und Fremdbewertung (kognitive und soziale Einschätzung des Interaktionsprozesses):		
Die Situationsadäquatheit meines Bedürfnisses, meiner Angst, meines Gefühls und meines Handelns prüfen und beurteilen können	Kann zumindest im Rückblick feststellen, daß sein Bedürfnis, seine Angst, sein Gefühl oder sein Verhalten der Situation nicht gerecht wurden	Kann sich selbst im nachträglichen Besprechen mit dem Therapeuten nicht aus der situationsinadäquaten Perspektive befreien
Die Situationsadäquatheit meines Bedürfnisses, meiner Angst, meiner Gefühle und meines Handelns des Gegenübers prüfen und beurteilen können	Kann zumindest im Rückblick beurteilen, ob Bedürfnis, Angst, Gefühl oder Verhalten des Gegenübers der Situation gerecht wurden	Kann sich selbst im nachträglichen Besprechen mit dem Therapeuten nicht aus der eingegengten Perspektive befreien, die nicht zuläßt, die situative Adäquatheit der Reaktionen des Gegenübers zu prüfen
Selbst- und Fremdverstärkung (Wirksamkeit eigenen Verhaltens):		
Gefühle direkt ausdrücken können	Kann zumindest in „leichten“ Situationen sein Gefühl direkt aussprechen	Kann selbst in „leichten“ Situationen kein Gefühl direkt aussprechen
Aus meinem Gefühl heraus handeln können	Kann im Rahmen von Verhaltensübungen die verhaltenssteuernde Funktion seiner Gefühle nutzen und ihnen gemäßes Verhalten zeigen	Kann bei Verhaltensübungen die verhaltenssteuernde Funktion seiner Gefühle nicht nutzen und ihnen gemäßes Verhalten zeigen
Meinem Gegenüber klar zeigen können, was ich will und was ich nicht will	Kann zumindest in „leichten“ Situationen seinem Gegenüber Forderungen aussprechen bzw. dessen Wunsch ablehnen	Kann selbst in „leichten“ Situationen keine Forderung aussprechen und auch keine Forderung des Gegenübers ablehnen
Mich so verhalten können, daß mein Gegenüber tut, was ich brauche, und nicht tut, was ich fürchte	Kann in „leichten“ Situationen wirksam das Verhalten seines Gegenübers steuern	Kann selbst in „leichten“ Situationen keinen intendierten Einfluß auf das Verhalten des Gegenübers nehmen, bleibt der Reagierende

In meinem Verhalten berücksichtigen können, was mein Gegenüber braucht, fürchtet, fühlt	Kann erfolgreiches selbstbehauptendes Verhalten so dosieren, daß Bedürfnisse und Gefühle des Gegenübers berücksichtigt bleiben	Gelingt einmal selbstbehauptendes Verhalten, so nur auf Kosten der Wahrnehmung der Belange des Gegenübers
Streiten können	Kann bei starker Uneinigkeit einen klärenden Streit beginnen oder diesem zumindest standhalten	Kann weder einen notwendigen Streit einleiten noch einen in Gang geratenen Streit wehrhaft durchstehen
Verlieren können	Fürchtet zwar Niederlagen, riskiert diese aber trotzdem. Kann es aushalten, wenn das Gegenüber bzw. der Konkurrent besser war oder im Recht war	Hat unüberwindbare Angst vor einer Niederlage und meidet deshalb entsprechende Situationen und Begegnungen bzw. kann diese emotional nicht verarbeiten
Balance zwischen meinen Selbstinteressen und meiner Beziehung herstellen können	Kann sowohl eigene Interessen zugunsten der Beziehung als auch deren Belange zugunsten wichtiger Selbstinteressen zurückstellen	Erlebt Selbst und Beziehung als unvereinbare Pole und schlägt sich ganz auf eine Seite, opfert die andere dafür
Meine Beziehungen vorausblickend pflegen können	Kann auf kurzfristige Vorteile verzichten, um dadurch eine langfristig befriedigende Beziehung zu bewahren	Kann keinen langfristig angelegten Einfluß auf den Verlauf der Beziehung nehmen

Selbst- und Fremdbeobachtung (realistische Wahrnehmung der Situation und der eigenen Person):

- Meines zentralen Verstärkers (Bedürfnisses) bewußt sein, mein Bedürfnis wahrnehmen können
- Meiner zentralen Vermeidungstendenz bewußt sein, meine zentrale Angst wahrnehmen können
- Meine Gefühle wahrnehmen können
- Wahrnehmen können, was mein Gegenüber braucht, fürchtet, fühlt, wirklich tut

Selbst- und Fremdbewertung (kognitive und soziale Einschätzung des Interaktionsprozesses):

- Die Situationsadäquatheit meines Bedürfnisses, meiner Angst, meines Gefühls und meines Handelns prüfen und beurteilen können
- Die Situationsadäquatheit des Bedürfnisses, der Angst, der Gefühle und des Handelns des Gegenübers prüfen und beurteilen können

Selbst- und Fremdverstärkung (Wirksamkeit eigenen Verhaltens):

- Gefühle direkt ausdrücken können
- Aus meinem Gefühl heraus handeln können
- Meinem Gegenüber klar zeigen können, was ich will und was ich nicht will
- Mich so verhalten können, daß mein Gegenüber tut, was ich brauche, und nicht tut, was ich fürchte
- In meinem Verhalten berücksichtigen können, was mein Gegenüber braucht, fürchtet, fühlt
- Streiten können
- Verlieren können
- Balance zwischen meinen Selbstinteressen und meiner Beziehung herstellen können
- Meine Beziehungen vorausblickend pflegen können

Sind diese Ressourcen und Fähigkeiten nicht vorhanden, so wird ihr Erwerb oft zum Therapieziel. Die resultierende therapeutische Arbeit bedingt über die Symptomtherapie hinaus einen langzeittherapeutischen Rahmen (Tabelle 2). Allerdings

erweist sich wegen des interaktionellen Schwerpunkts der Modus der Paar-, Familien- oder Gruppentherapie als vorteilhaft. Da sich diese Defizite am deutlichsten in der ehelichen Beziehung bemerkbar machen, kann nicht selten im paartherapeutischen Modus die gezielteste Intervention erfolgen.

Befähigung zum Umgang mit Belastungen und Krisen als Kriterium der Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie

Neben allgemeinen Defiziten und Ressourcen ist die Befähigung zum Umgang mit Krisen und Belastungen ein wichtiger Prädiktor der dauerhaften Befreiung von Symptomen.

Hilfreich ist eine Analyse

- der Art und bisherigen Wirksamkeit von Streß- und Krisenbewältigungsstrategien
- der Fähigkeit, neue Streßreduktionsmöglichkeiten zu (er-)finden,
- der Befähigung, neue Wege aus einer Krise zu finden und zu begehen
- der Leidenskapazität, um unvermeidbaren psychischen Schmerz zu tolerieren
- der Bereitschaft, ein zunächst unerträglich erscheinendes Schicksal anzunehmen, und
- des Könnens, das übriggebliebene Leben sinnvoll zu gestalten

In Tabelle 3 wird wiederum versucht, klinisch häufig auftretende Varianten des Umgangs mit Streß und Krisen als Kriterien einer Differentialindikation zu Kurz- versus Langzeittherapie zu formulieren. Diese Betrachtungen führen zu einer weiteren Einschränkung der Indikation zur Kurzzeittherapie. Zwei Indikationen sind demnach:

1. Ein Mensch mit ausreichender psychischer Stabilität hat ausnahmsweise beim Versuch versagt, eine sehr starke Lebensbelastung mit seinem aktiven Repertoire an psychischen und handelnden Bewältigungsstrategien zu mei-

Tabelle 3: Befähigung zum Umgang mit Belastungen und Krisen als Kriterium der Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie

Befähigung zum Umgang mit Belastungen und Krisen	Indikation zur Kurzzeittherapie	Indikation zur Langzeittherapie
Art und bisherige Wirksamkeit von Streß- und Krisenbewältigungsstrategien	Wirksame Bewältigungsstrategien im affektiven, kognitiven und Handlungsbereich liegen vor	Es sind nur wenige oder wenig wirksame Bewältigungsstrategien vorhanden
Fähigkeit, neue Streßreduktionsmöglichkeiten zu (er-) finden	Die Exploration früherer Belastungssituationen ergab Bewältigung mittels zuvor nicht eingesetzter Streßbewältigungsstrategien	Es bleibt beim rigiden Beibehalten des zu kleinen und zu wenig wirksamen Streßbewältigungsrepertoires
Befähigung, neue Wege aus einer Krise zu finden und zu begehen	Bisherige Krisen konnten durch Einschlagen eines neuen Weges verlassen werden	Frühere Krisen mündeten stets in Symptombildung
Leidenskapazität, um unvermeidbaren psychischen Schmerz zu tolerieren	Es liegen Hinweise vor, daß unvermeidbarer psychischer Schmerz wie Trauer nicht durch Agieren oder Symptombildung kuptiert werden muß	Obwohl offensichtlich ist, daß es keine wirksame Maßnahme zum Beenden des psychischen Schmerzes gibt, erfolgt ein nicht endendes verzweifeltes Bemühen zu seiner Reduktion
Bereitschaft, ein zunächst unerträglich erscheinendes Schicksal anzunehmen	Innere und äußere Welt erscheinen zwar extrem ärmer, es besteht aber die prinzipielle Bereitschaft, das Unabänderliche anzunehmen	Es ist unvorstellbar, z.B. einen erlittenen Verlust hinzunehmen und ohne das Verlorene existieren zu können
Können, das übriggebliebene Leben sinnvoll zu gestalten	Das für das Leben noch Verfügbare wird wahrgenommen und kann genutzt werden	Kann mit den verbliebenen emotionalen, sozialen und materiellen Gütern nichts anfangen, kann sich diesen nicht zuwenden

stern und deshalb eine Symptombildung nicht verhindern können (Sulz 1992, 1995).

- Ein Mensch, dessen umfassende Behandlung eine Langzeittherapie erfordern würde, soll mit sehr begrenzter Zielvorgabe lediglich eine therapeutische Hilfe zur Symptomreduktion bzw. zur Modifikation eines sehr begrenzten Bereiches seiner habituellen dysfunktionalen Verhaltensmuster erhalten.

Natürlich stellt sich spätestens hier die Frage, ob die Indikationen zur Langzeittherapie nicht in Wirklichkeit Kriterien für fehlende Therapierbarkeit sind. Das Zusammentreffen einer größeren Zahl der bisher genannten Langzeit-Indikatoren entspricht einer prinzipiellen Lebensuntüchtigkeit unter den dem Patienten zugänglichen Lebensbedingungen. Es bleibt die Frage, ab welcher Ausprägung diese Langzeittherapie-Indikationskriterien zu Ausschlußkriterien werden, da sie anzeigen, daß eine Therapie nur mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zum Erfolg führen wird. Eine andere Gefahr liegt darin, daß die Klassifizierung eines Patienten als Langzeitfall eine rasche Veränderung hemmt. Andererseits gehen untaugliche Schnellversuche auf Kosten des Patienten. Da Psychotherapien bezüglich ihres invasiven Charakters durchaus mit großen Operationen zu vergleichen sind, dürfen wir nicht sagen, der Versuch einer Kurzzeittherapie könne ja nichts schaden, bei seinem Mißlingen sei immer noch eine Langzeittherapie möglich. Unserer Verantwortung als Psychotherapeuten werden wir nur durch eine gründliche Indikationstellung gerecht.

Entwicklung als Kriterium der Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie

Bislang haben wir den Aspekt der **Entwicklung** nicht bei unseren Überlegungen berücksichtigt. Wie die therapeutische Entwicklungsförderung in die kognitive Verhaltenstherapie einbezogen werden kann, wurde an anderer Stelle beschrieben (Sulz 1994, 1996). Eine einfache Formel der Differentialindikation könnte sein, Veränderungen ohne Entwicklung der Kurzzeittherapie zuzuschlagen und die psychische Entwicklung des Menschen der Langzeittherapie zuzuordnen. Da aber Kurzzeittherapie dazu dienen kann, den entscheidenden Entwicklungsanstoß zu geben, gehört sie durchaus in den Kreis der entwicklungsbezogenen Maßnahmen. Es kann im Gegenteil sogar argumentiert werden, daß Therapie Schonklima- oder gar Treibhausbedingungen schafft, also auf keinen Fall zu lange auf den Menschen einwirken sollte, da sie Entwicklung als Wechselwirkung des Menschen mit den realen Bedingungen seiner Umwelt zwangsläufig in unnatürliche Bahnen lenken muß. Gerade bei der Verfolgung von Entwicklungszielen ist das rechte Zeitmaß therapeutischer Intervention von größter Bedeutung. Die über Jahre gehende, regelmäßige, dichte Sitzungsfrequenz muß nicht der zweckmäßigste Modus sein. Eine Sitzung im Abstand von zwei oder gar vier Wochen im Rahmen einer mehrjährigen Betreuung, wie sie bei manchen Persönlichkeitsstörungen erforderlich ist, eventuell mehr Raum zur Entfaltung eröffnen. Das ständige „Dranbleiben“ des Therapeuten hat für manche Menschen in bestimmten Phasen eine hemmende Wirkung,

kann aber bei einem anderen Menschen die entwicklungs-fördernde „Umwelt“ schaffen, die es diesem erlaubt, Entwicklung überhaupt erst zu beginnen. Es ist jedenfalls nicht plausibel, daß Entwicklung einer dichten Langzeitbegleitung be-darf. Auch die Vorstellung, daß der Patient sich in der Therapiesitzung entwickelt und deshalb viele Therapie-

sitzungen stattfinden müssen, ist nicht ohne weiteres nach-vollziehbar. Auch wenn Entwicklung als Kriterium der Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie äußerst schwierig zu fassen ist, soll der Versuch unternommen wer-den, einige Aussagen zu machen (Tabelle 4).
Gehen wir von der kognitiven Entwicklungspsychologie

Tabelle 4: Entwicklungsstufenspezifische Kriterien der Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie

Entwicklungsstufe	Stufenspezifisches Verhalten	Kurzzeittherapie-Aufgabe
einverleibend (aufnehmend)	Ich brauche , daß <u>mir gegeben wird</u> , was ich brauche. Ich fürchte , <u>nicht zu erhalten</u> , was ich brauche, - daß zu viel Schädliches an mich herankommt, - daß ich zu gierig von dem anderen in mich aufnehme. Ich kann annehmen, <u>mich öffnen, mich verschließen</u> . Ich kann nicht : mir von anderen holen, was ich brauche.	Wieder befriedigend (erhalten, was ich brauche) und ohne zentrale Be-drohungen (eindringende Noxen) auf dieser Stufe leben können. Oder: zur nächsten Stufe schreiten können
impulsiv (spontan)	Ich brauche einen Menschen, der dann, <u>wenn ich es mir holen will, mir das abgeben will</u> , was ich brauche. Ich brauche nicht zu warten, bis mir etwas angeboten wird. Ich fürchte , daß ich mich von meiner Bezugsperson <u>so weit entferne, daß ich sie verliere</u> . Ich kann genau das tun, was mein momentanes Bedürfnis befriedigt, <u>mir das holen, was ich brauche</u> . Ich kann nicht : andere dazu bringen, in meinem Sinne zu handeln.	Wieder befriedigend (von einer ver-fügbaren Person holen und zurück-weisen können) und ohne zentrale Bedrohungen (Trennung, Alleinsein) auf dieser Stufe leben können. Oder: zur nächsten Stufe schreiten können
souverän	Ich brauche eine Umwelt, die sich durch mich <u>beeinflussen läßt</u> . Ich brauche nicht einen Menschen, der von sich aus immer gleich denkt und fühlt wie ich. Ich fürchte , die <u>Kontrolle über meine Umwelt zu verlieren</u> . Ich kann auf <u>andere</u> Menschen <u>so einwirken</u> , daß sie in meinem Sinne handeln. Ich kann nicht : Kontrolle abgeben, um durch Verzicht auf eigene Interessen mich der Beziehung zu überlassen.	Wieder befriedigend (den anderen steuern können) und ohne zentrale Bedrohungen (Kontrollverlust) auf dieser Stufe leben können. Oder: zur nächsten Stufe schreiten können
zwischen-menschlich	Ich brauche eine gefühlvoll liebende <u>Beziehung und Harmonie</u> in der Beziehung. Ich brauche nicht den anderen zu beeinflussen oder <u>kontrollieren</u> , damit er sich verhält, wie ich es brauche. Ich fürchte , gegen die Wünsche des anderen etwas <u>zu tun, was mich seine Liebe kostet</u> . Ich kann andere Menschen sehr gut verstehen und die <u>Beziehung ganz vor meine Eigeninteressen stellen</u> . Ich kann nicht : mir vorstellen, <u>ohne die Zuneigung meiner Bezugsperson sein</u> zu können.	Wieder befriedigend (in hingebungs-voller Beziehung) und ohne zentrale Bedrohungen (Liebesverlust, Ableh-nung) auf dieser Stufe leben können. Oder: zur nächsten Stufe schreiten können
institutionell (fair)	Ich brauche klare Umgangsregeln, damit ich mich darauf verlassen kann, daß andere sich an diese Regeln halten. Ich brauche nicht die unerschütterliche Zuneigung des anderen, das Eingebettetsein in eine Beziehung. Ich fürchte , die Übersicht über die vernünftige Regelung von Beziehungen zu verlieren. Ich kann gefühlsmäßig Abstand von einer Beziehung nehmen. Ich kann nicht : mich über Regeln hinwegsetzen, wenn ich sie im Einzelfall für ungerecht halte.	Wieder befriedigend (geregelter Ge-meinschaft) und ohne zentrale Be-drohungen (Selbstverlust, Gegen-aggression) auf dieser Stufe leben können. Oder: zur nächsten Stufe schreiten können
über-individuell	Ich hoffe nicht, ich fürchte nicht, ich bin frei. Ich brauche nicht eine äußere Regelung zur Pflege des zwischenmenschlichen Umgangs. Ich kann Umgangsregeln kritisch handhaben. Ich kann nicht : auf Dauer ohne andere Menschen sein, ohne eine gesunde Na-tur und Ökologie leben.	Da keine persönliche Disposition und Vulnerabilität vorliegt, ist eine psy-chische bzw. psychosomatische Stö-rung nur unter extrem traumatisierenden situativen auslö-senden Stimuli zu erwarten, so daß eine Krisenintervention durchzuführen oder eine posttraumatische Belastungsstörung (PSTD) zu behan-deln ist

Piagets aus (Piaget und Inhelder 1981) und beschreiben die Phasen der emotionalen und Beziehungsentwicklung des Menschen mit den Formulierungen Kegans (1986), so begegnen wir in unseren Therapien Menschen, die auf einer frühen einverleibenden Stufe (Kleinkindalter) oder einer impulsiven Stufe (Vorschulalter) bzw. der souveränen Stufe (Grundschulalter) bzw. der zwischenmenschlichen Stufe (ab 11 Jahren) stehen. Im Rahmen von Kurzzeittherapien treffen wir auch Menschen, die auf der institutionellen Stufe (ab 18 Jahren) stehen. Die höchste Stufe, die überindividuelle, schützt wohl weitgehend vor Therapiebedürftigkeit. Diese kognitiv-affektiven Entwicklungsstufen wurden von Sulz (1994, 1996) ausführlich dargestellt.

Kegan (1986) setzt den Therapiefokus auf die Stufenübergänge, die inhärente psychische Destabilisierung bedeuten und zu psychischen Krisen mit Symptombildung ausarten können. Kurzzeittherapie kann sich zur Aufgabe machen, Hilfestellung bei der Bewältigung dieser Übergangskrisen zu geben und dem Patienten zu helfen, diesen einen notwendigen Schritt zu leisten, um - auf der nächsten Entwicklungsstufe angekommen - von selbst wieder eine Stabilisierung zu erreichen (z.B. Sulz 1994, 1995, 1998a und b).

Aus der Perspektive der Entwicklungspsychologie ist es nicht sinnvoll, durch kontinuierliche Therapie einen Menschen über mehrere Entwicklungsstufen hinweg begleiten zu wollen. Er benötigt eine geraume Zeit, um die Stufentableaus zu durchlaufen und ist erst nach Abschluß dieser Tableauphase wieder auf natürliche Weise zu einem nächsten Entwicklungsschritt bereit.

Eine Indikation zur Langzeittherapie stellt weder das Verhalten eines Patienten auf einer sehr frühen Stufe dar, noch ein eventuelles Vorhaben, den Patienten um einige Stufen weiterbringen zu müssen. Vielmehr können wir unterscheiden zwischen

- a) Symptombildungen, die aus einer Übergangskrise resultieren, d.h. dem gescheiterten Versuch, einen natürlicherweise anstehenden Entwicklungsschritt zu leisten und
- b) Symptombildungen, die aus einer Blockade des Durchlebens des gegenwärtigen Entwicklungsniveaus resultieren. Dies sind entweder Blockaden oder Exzesse der entwicklungsentsprechenden Erlebens- und Reaktionsweisen (zu viel oder zu wenig einverleibend, zu viel oder zu wenig impulsiv, zu viel oder zu wenig souverän, zu viel oder zu wenig zwischenmenschlich, zu viel oder zu wenig institutionell).

Für die Therapie der Übergangskrise reicht eine Kurzzeittherapie. Hilfestellung zum regulären Durchlaufen des gegenwärtigen Entwicklungsniveaus kann oft nicht im kurzzeittherapeutischen Rahmen geleistet werden. Hier haben sich z.B. rein kognitive Strategien mit dem Ziel der Reattribuierung von Selbst- und Weltbild zumindest in der klinischen Praxis als unzureichend für eine dauerhafte Veränderung erwiesen. Nicht neue Einsicht, sondern neue affektive Erfahrungen, die durch Verhaltensänderungen zugänglich wurden, brachten stabile Modifikationen der Selbst- und Weltsicht.

Kurzzeittherapie dient dem Wiederherstellen eines symptomfreien Lebens und manchmal dem Wiederherstellen gesunderhaltender Lebensbedingungen. Entwicklungspsychologisch kann dies das weitere Verweilen auf der momentanen Entwicklungsstufe sein, als Tableaustadium, das benötigt wird, um Entwicklungsergebnisse stabil zu etablieren. Dies geschieht durch die Interaktion mit der Umwelt, ausreichend lange und ausreichend oft. Und deshalb kann ein Entwicklungstableau nicht im Eilschritt durchlaufen werden, Kurzzeittherapie kann somit auch nicht das Erreichen der übernächsten Entwicklungsstufe zum Ziel zu haben. Sie kann

Tabelle 5: Entwicklung als Kriterium der Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie

Entwicklungsstand bzw. -problem	Indikation zur Kurzzeittherapie	Indikation zur Langzeittherapie
<p>fühlt sich prinzipiell auf seiner Entwicklungsstufe wohl</p>	<p>befindet sich zwar auf einer frühen Entwicklungsstufe, <u>hat</u> aber eine stützende Beziehung und kann in dieser die stufenspezifischen Bedürfnisse befriedigen. <u>Hat keinen</u> drängenden Bedarf nach Erfüllung von Wünschen und Werten, die einer noch nicht erreichbaren Entwicklungsstufe angehören. <u>Kann</u> die in seinem Leben auftretenden Probleme und Konflikte mit den stufenspezifischen affektiven, kognitiven und interaktiven Fähigkeiten bewältigen</p>	<p>befindet sich auf einer frühen Entwicklungsstufe, kann sich die hierzu erforderliche stützende Beziehung <u>nicht</u> bewahren und in dieser die stufenspezifischen Bedürfnisse nicht befriedigen. Hat drängenden Bedarf nach Erfüllung von Wünschen und Werten, die einer noch nicht erreichbaren Entwicklungsstufe angehören. <u>Kann nicht</u> die in seinem Leben auftretenden Probleme und Konflikte mit den stufenspezifischen affektiven, kognitiven und interaktiven Fähigkeiten bewältigen</p>
<p>hält es prinzipiell auf seiner Entwicklungsstufe nicht mehr aus</p>	<p>hat alle Fähigkeiten erworben, die auf der bestehenden Stufe erworben werden müssen, scheitert lediglich am anstehenden Schritt auf die nächsthöhere Stufe</p>	<p>muß zuerst noch die affektive, kognitive und interpersonelle Ausstattung der bestehenden und eventuell auch noch der vorausgegangenen Entwicklungsstufe erwerben, bevor der nächste Entwicklungsschritt getan werden kann</p>

nur helfen, seine Entwicklungsaufgaben auf seiner momentanen Entwicklungsstufe zu erledigen (z.B. auf der souveränen Stufe die Steuerung des Verhaltens anderer Menschen zu erproben und eigene Impulse aufzuschieben). Oder sie kann nach Ablauf des Tableaustadiums dazu dienen, den Schritt auf die nächste Stufe zu tun.

Das gleiche ist auch in einer Langzeittherapie möglich, wenn die oben beschriebenen sehr ungünstigen Bedingungen herrschen. Es kann ihre Aufgabe sein, die Entwicklung um mehr als eine Stufe voranzubringen - so weit, bis der Patient seiner sozialen Umwelt gewachsen ist. Hierzu ist allerdings eine z.B. zweijährige Begleitung erforderlich, während der z.B. vierzehntägige Termine sinnvoll sein können. Im zweiten Jahr sind wohl eher Treffen alle drei bis vier Wochen ein guter Arbeitstakt. Die Therapiesitzungen werden so zu Arbeitssitzungen oder Supervisionsstunden, in denen der Gang des Selbstmanagements oder der Selbstentwicklung besprochen wird.

Insgesamt haben wir

- die gegenwärtige Lebenstüchtigkeit des Patienten einerseits und
- die Lebensmöglichkeiten und Überlebenschancen, die ihm seine Umwelt anbieten kann und will, zu berücksichtigen, wenn wir entscheiden wollen, welcher therapeutische Aufwand erforderlich ist, um
- ausreichende Bedingungen für seine Gesundheit zu schaffen, d.h. für ein symptomfreies Erleben und Verhalten
- in einer nicht bzw. nicht mehr symptomatischen oder pathogenen sozialen Umgebung.

Umgekehrt stellt sich seit der Erweiterung des Facharztes für Psychiatrie auf die Psychotherapie immer öfter die Frage, warum bei chronisch kranken Patienten, die leidlich psychiatrisch versorgt werden, nicht Langzeittherapie praktiziert wird, die mit großer Wahrscheinlichkeit die Arbeitsfähigkeit aufrechterhalten und so manchen stationären Aufenthalt verhindern könnte. Zudem würden Anzahl und Ausmaß der beanspruchten medizinischen Leistungen reduziert. Aus humanitären Gründen müßte die Beweislast der eventuellen Mehrkosten dieser psychotherapeutischen Versorgung nicht beim Psychotherapeuten, sondern beim Kostenträger liegen, der bis heute diese Therapie verweigert, soweit sie über die Grenzen der Richtlinientherapie hinausgeht. Diese Langzeittherapie würde zum einen das Mindestmaß an zwischenmenschlicher Beziehung herstellen, die für therapeutische Veränderung erforderlich ist, zum andern - auf dieser aufbauend - weitere Chronifizierung aufhalten, zumindest verlangsamen. Therapeutische Aufgaben, denen wir uns zu stellen haben.

Literatur

- Butollo, W.: Therapiemanual zur Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. München: CIP-Medien, 1997
- Davanloo, H.: Der Schlüssel zum Unbewußten. Die intensive psychodynamische Kurztherapie. München, Pfeiffer, 1995
- Fürstenau, P.: Lösungsorientierte psychoanalytische Kurz-Psychotherapie. In Sulz S. (Hrsg.): Neue Kurz-Psychotherapien. München: CIP-Medien 1998
- Gottwik, G.: Die Intensive Psychodynamische Kurztherapie. In Sulz, S. (Hrsg.): Neue Kurz-Psychotherapien. München: CIP-Medien 1998
- Hayes S.C.: ACT Therapie: Akzeptanz und Veränderung - ein funktionaler Ansatz behavioraler Kurzzeittherapie. In Sulz S. (Hrsg.): Neue Kurz-Psychotherapien. München: CIP Medien 1998
- Hayes, S.C., Brownstein, A.J., Haas, J.R., & Greenway, D.E. (1996). Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rule-governed from schedule controlled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 46, 137-147.
- Hayes, S.C. & Hayes, L.J. (1989). The verbal action of the listener as a basis for rule-governance. In S. C. Haxes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies and instructional control*. (pp.153-190). New York: Plenum.
- Kanfer, F., Reinecker, H. Schmelzer, D.: Selbstmanagementtherapie. Berlin, Springer, 1991
- Kanfer, F.: Die Rolle der Emotionen in der Selbstmanagementtherapie. In Sulz S. (Hrsg.): Neue Kurz-Psychotherapien. München: CIP-Medien 1998
- Kegan, R.: Die Entwicklungsstufen des Selbst - Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben. München: Kindt 1986
- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B., Chevron, E.: *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books, 1984
- Lachauer R.: Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie aus tiefenpsychologischer Sicht. In Sulz S. (Hrsg.): Neue Kurz-Psychotherapien. München: CIP-Medien 1998
- Linehan, M.M.: Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München, CIP-Medien, 1996a
- Linehan, M.M.: Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München, CIP-Medien, 1996b
- Linden, M.: Die Rolle der Verhaltenstherapie im ambulanten kasernenärztlichen Bereich. In: Hennig, H., Fikentscher, E., Bahrke, U., Rosendahl, W. (Hrsg.): *Kurzzeittherapie in Theorie und Praxis*. Lengerich, Pabst, 1996
- Lohmer, M.: Die Kurzzeittherapien - ein Überblick. In Sulz, S. (Hrsg.): Neue Kurz-Psychotherapien. München: CIP-Medien 1998
- Luborsky, L.: Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch. Berlin, Springer, 1988
- Malan, D.H.: Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung. Hamburg, Rowohlt, 1972
- Piaget, J., Inhelder, B.: *Die Psychologie des Kindes*. Frankfurt: Fischer, 1981
- Rabinowitz, J., Lukoff, I.: Clinical decision making of short- versus long-term treatment. *Research on Social Work Practice* 1995; 5: 62-79
- Roth, D., Rehm, L., Therapiemanual zur Selbstkontrolltherapie der Depression in Gruppen. In: Sulz, S. (Hrsg.): *Verständnis und Therapie der Depression*. München, Reinhardt, 1986
- Schramm E.: Interpersonelle Psychotherapie der Depression IPT. In Sulz S. (Hrsg.): Neue Kurz-Psychotherapien. München: CIP-Medien 1998
- Schulte, D.: Therapieplanung. Göttingen: Hogrefe, 1996
- Sifneos, P.: Short-term Dynamic Psychotherapy: Evaluation and Technique. New York, Plenum Press, 1979
- Strupp H.H., Binder J.L.: *Kurzzeittherapie*. Stuttgart, Klett-Cotta, 1991
- Sulz, S. (1990). Probleme der Antragsbegutachtung. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 12, 258-261
- Sulz, S.: Das Verrhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan. München: CIP-Medien 1992
- Sulz, S.: Verhaltenstherapie. In H.-J. Möller (Ed.), *Therapie in der Psychiatrie* Stuttgart: Enke 1993a, S. 63-72.
- Sulz, S.: Verhaltenstherapie bei endogener Depression. In H.-J. Möller (Ed.), *Therapie in der Psychiatrie* Stuttgart: Enke 1993b, S. 339-350.

- Sulz, S.: Differentialindikation zwischen ambulanter und stationärer Psychotherapie neurotischer/psychosomatischer Störungen aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In H.-J. Möller (Ed.), Therapie in der Psychiatrie Stuttgart: Enke 1993c, S. 580-590.
- Sulz, S.: Strategische Kurzzeittherapie. Wege zur effizienten Psychotherapie. München, CIP-Medien, 1994
- Sulz, S.: Praxismanual zur Strategischen Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien 1995
- Sulz, S.: Als Sisyphus seinen Stein losließ. Oder: Verlieben ist verrückt. München: CIP-Medien, 1996
- Sulz, S.: Strategische Kurz-Psychotherapie - ein kognitiv-behavioraler Ansatz. In Sulz S. (Hrsg.): Neue Kurz-Psychotherapien. München: CIP-Medien 1998
- Sulz, S.: Praxis der Strategischen Kurz-Psychotherapie - wirksame Schritte zur Symptomreduktion, Persönlichkeitsentwicklung und zur funktionalen Beziehungsgestaltung. In Sulz, S. (Hrsg.): Neue Kurz-Psychotherapien. München: CIP-Medien 1998
- Tillett, R. Psychotherapy assessment and treatment selection. Brit. J. Psychiat. 1996;168:10-15
- Ullrich, R., Ullrich de Muynck, R.: Selbstsicherheitstherapien, Training sozialer Kompetenz: Das Assertiveness-Training-Programm ATP als bedingungsanalytische Gruppentherapie. In: Sulz, S. (Hrsg.): Das Therapiebuch. München, CIP-Medien, 1994, 177-186.
- Ullrich, R., Ullrich de Muynck, R.: Therapie sozialer Ängste durch kommunikative Problemlösegruppen: Kommunikationstraining, Bedingungsanalytische Decodierung. In: Sulz, S. (Hrsg.): Das Therapiebuch. München, CIP-Medien, 1994, S. 341-355
- Watzlawik P., Weakland J., Fisch R.: Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. 2. Auflage. Bern: Huber 1979

Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz
80634 München, Nymphenburger Str. 185,
Fax 089/132133, e-mail: cipmedien@compuserve.com