

A.-R. Laireiter

Allgemeine und gemeinsame Aspekte kurztherapeutischer Interventionen in der Psychotherapie: Überblick*

Zusammenfassung Kurztherapie stellt einen eigenständigen und für viele menschliche Probleme geeigneten Ansatz der Psychotherapie dar, der in verschiedenen psychotherapeutischen Orientierungen und für verschiedene praxisrelevante Problemstellungen entwickelt worden ist. Die vorliegende Arbeit versucht nach der Erörterung begrifflicher und konzeptueller Aspekte allgemeine und gemeinsame Merkmale kurztherapeutischen Vorgehens in der Psychotherapie herauszuarbeiten. Dabei werden vor allem gemeinsame Grundannahmen und methodische Akzente analysiert, Indikationskriterien für kurztherapeutische Interventionen diskutiert und die wichtigsten allgemeinen Wirkfaktoren psychotherapeutischer Kurztherapien herausgearbeitet. Abschließend finden sich einige Anmerkungen zum Stand der Wirksamkeitsforschung. Den Ergebnissen dieser Forschung entsprechend dürften die Effekte von Kurztherapie relativ orientierungsunabhängig sein. Erstaunlich ist, daß sie sich in ihrem Ausmaß häufig kaum von denen langzeittherapeutischen Vorgehens unterscheiden. Besonders gut geeignet scheint Kurztherapie nach vorliegenden Befunden für die Behandlung mittelschwerer Probleme verschiedenster Art sowie für die Therapie (auch schwerer) Belastungsstörungen, Ängste und Trauerreaktionen zu sein. Weniger indiziert dürfte sie für die Behandlung schwerer psychischer Störungen, insbesondere von Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und stoffgebundenen Abhängigkeiten, sein.

Schlüsselwörter: Kurztherapie, Psychotherapie, Wirkfaktoren, Evaluation.

Common aspects of brief psychotherapy – Overview

Abstract Brief psychotherapy is not an adjunct or a pre- or preparatory phase of long-term psychotherapy. Theoretical as well as empirical work has demonstrated that brief psychotherapy is a psychotherapeutic approach in its own. Many different problems and disorders may be treated with short-term psychotherapeutic methods. Empirical research has demonstrated its effectiveness and its efficacy. This paper gives an overview of common theoretical and technical aspects of brief psychotherapy. Additionally, selection and exclusion criteria and the main working factors of brief therapy are discussed. In the last section some short notes on the state of research of the effectiveness of brief psychotherapy are added. It is concluded that short-term psychotherapy is an important approach to psychotherapy, which is most suitable for patients with less severe problems of various origins (anxiety, depression, grief, stress, interpersonal conflicts etc.) and traumatic and stressful encounters even if they are more severe. It seems that it is less effective for patients with more severe disorders such as those of personality disorders, substance abuse, and psychoses.

Keywords: Brief psychotherapy, psychotherapy, working-factors, evaluation.

Aspects globaux et caractéristiques communes aux interventions de type psychothérapie brève: synthèse

Résumé La thérapie brève constitue une approche spécifique, très efficace dans la gestion de nombreux problèmes humains; elle a été développée dans le

cadre de divers courants de psychothérapie, en tenant compte de différents problèmes pertinents dans la pratique. Cette évolution s'est faite surtout pour tenir compte de besoins directement liés à la pratique, des contraintes économiques imposant une offre de traitements courts, mais aussi d'évolutions théoriques récentes en psychothérapie (thérapie du comportement, thérapie systémique).

D'un point de vue historique la thérapie brève remonte à quatre origines: les thérapies psychanalyti-

* Die vorliegende Arbeit wurde u.a. durch sehr anregende Diskussionen im Rahmen des Seminars „Kurztherapie“, das der Autor im SS 1998 am Institut für Psychologie der Universität Salzburg angeboten hat, mitgetragen. Der Autor möchte daher den Studenten dieses Seminars an dieser Stelle für ihr Engagement und für wichtige Anregungen danken.

ques brèves, la thérapie du comportement, le courant des thérapies familiales de type systémique et les procédures élaborées pour traiter des personnes en crise ou dans une situation d'urgence. C'est donc dans ces domaines que se situent actuellement la plupart des modèles utilisés en thérapie brève. S'y sont ajoutés ces dernières années divers modèles de types humaniste et éclectique.

On peut considérer les thérapies brèves comme des psychothérapies de durée limitée qui, quels que soient les courants dont elles sont dérivées, se caractérisent par toute une série de points communs: hypothèses de base communes (capacité à l'auto-régulation du psychisme, présence d'un potentiel d'adaptation ainsi que de ressources personnelles et sociales, tout cela permettant une évolution dans la vie de l'individu), attention portée en priorité à des problèmes et à des objectifs, procédures visant en premier lieu à faire évoluer des problèmes spécifiques, limite temporelle imposée à l'intervention thérapeutique et prise en compte de critères spécifiques de sélection. L'indication justifiant que l'on choisisse une méthode d'intervention de type thérapie brève dépend beaucoup du modèle de thérapie appliqué et des accents spécifiques placés par ce dernier au niveau du contenu. A un niveau global, on peut dire que pour qu'une thérapie brève soit efficace il faut soigneusement sélectionner les patients traités par sa méthode (leurs problèmes sont clairement limités, ils ne souffrent ni de psychose ni de graves troubles de la personnalité, ils sont spécifiquement motivés à entreprendre une psychothérapie brève, ils disposent d'une bonne capacité relationnelle, sont capables de s'attacher et, finalement, ils sont prêts à attribuer une valeur importante au changement dans le cadre actuel de leur vie).

1. Einführung

Die meisten psychotherapeutischen Behandlungen dauerten zur Zeit ihrer Gründung relativ kurz. So behandelten etwa Freud und die ersten Psychoanalytiker ihre Patienten lediglich über einige Wochen bis Monate. Dies hatte damit zu tun, daß in der Gründerphase der Psychoanalyse die Symptombehandlung im Vordergrund stand. Allerdings kam es mit der weiteren Theorienentwicklung zu einer Verschiebung des Fokus von symptomatischen Behandlungen hin zu Übertragungsanalysen und zur Behandlung sogenannter Übertragungsneurosen. Bei diesen erwies sich der Faktor Zeit (Kordy und Kächele, 1995; Seligman, 1998) von stärkerer Bedeutung für die Veränderung psychischer Strukturen und damit assoziierter Symptome als bei reinen Symptomneurosen, was dazu führte, daß die Analysen immer länger und aufwendiger wurden und sich so das Standardverfahren der Psychoanalyse ab Mitte der 30er Jahre mit drei bis fünf Sitzungen pro Woche über einige Jahre hinzog. Maßgeblich für die Verlängerung der Therapien waren aber nicht nur Veränderungen im Behandlungsfokus, auch weiterführende theoretische Entwicklungen und vor allem die Anwendung der Psychoanalyse auf Störungen außerhalb der ödipalen Bezie-

Les facteurs qui font que les interventions brèves produisent des effets sont en rapport d'une part avec des variables liées au thérapeute (volonté de se concentrer sur problèmes et objectifs, motivation à intervenir activement, capacité à contribuer à l'établissement d'une bonne relation thérapeutique), d'autre part avec des aspects caractérisant les patients (motivation, bon fonctionnement au niveau interpersonnel, ouverture au changement, style actif de gestion des problèmes). Il faut aussi qu'une bonne relation thérapeutique lie thérapeute et client. Il semble en outre que pour que ce type d'intervention apporte des résultats positifs, il faut que le thérapeute ait une formation à ce niveau et qu'il respecte les principes méthodiques et stratégiques considérés comme importants par rapport à la thérapie brève.

La recherche qui a été menée à ce jour au sujet de l'efficacité de ces méthodes montre que cette approche peut être utile par rapport à de nombreux problèmes – ses effets sont à peine moins importants que ceux obtenus par le biais de thérapies de longue durée. Les résultats n'indiquent pas en général qu'un type d'approche donné (toujours dans le contexte des thérapies brèves) est plus efficace qu'un autre. Par contre, la thérapie brève est moins efficace dans le traitement de graves troubles psychiques, des toxicomanies ou de l'alcoolisme, des psychoses, des graves troubles de la personnalité et des troubles comorbides très complexes. Il faut toutefois souligner qu'en particulier les approches développées plus récemment n'ont pas encore fait l'objet de suffisamment de recherches et que les résultats des études menées jusqu'à maintenant sur les thérapies systémiques brèves sont encore mal intégrés dans le savoir concernant l'efficacité des thérapies brèves.

hungssituation, insbesondere auf sogenannte präödi-pale Störungen (hier vor allem durch die ungarische und englische Linie der Psychoanalyse), Charakterneurosen und sogenannte Psychosomatosen, zu deren Heilung längerfristige Therapien notwendig sind, führte zur Verlängerung der Psychoanalyse.

Die allmähliche Verlängerung psychoanalytischer aber auch anderer tiefenpsychologischer Therapien hatte einen entschiedenen Nachteil: Sie konnten nicht mehr sehr flexibel auf die Behandlung spezifischer oder umschriebener Störungen angewandt werden und waren zudem auch relativ unökonomisch, was dazu führte, daß man innerhalb der Psychoanalyse ab den 30er Jahren wieder versuchte, die Therapiedauer zu verkürzen. Einer der ersten war Sandor Ferenczi, der durch eine sehr aktive und direkte Technik versuchte, dieses Ziel zu erreichen. Systematisch begann die Verkürzung psychoanalytischer Interventionen allerdings in den USA ab Anfang der 40er Jahre. Diese war durch mehrere Faktoren bedingt. Zum einen wurde die Psychoanalyse vermehrt in die psychiatrische Versorgung eingebunden, Langzeittherapien erwiesen sich dort als extrem unökonomisch. Zum anderen verlangte die Behandlung traumatisierter amerikanischer Soldaten durch Militärpsychiatern (Grinker und Spiegel, 1944; Koss und Shiang,

1994) ebenfalls eine kurze fokussierte Intervention auf die krisenhafte Verarbeitung der Kampferfahrungen. Von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung eines theoretischen Konzepts psychoanalytischer Kurztherapie waren aber Alexander und French (1946), die mit ihrem Buch „*Psychoanalytic Therapy*“ einen Grundstein für die Entwicklung verschiedener kurztherapeutischer Modelle in der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie legten (vgl. Weghaupt, in diesem Heft). In der Folge wurden vor allem in den USA eine große Anzahl kurztherapeutischer Modelle im Rahmen psychoanalytischer Psychotherapie entwickelt (vgl. Weghaupt, in diesem Heft).

Aus der Tatsache, daß Kurztherapie konzeptuell vor allem im psychoanalytisch-psychodynamischen Kontext entwickelt worden ist, den Schluß ziehen zu wollen, daß Kurztherapie ein primär tiefenpsychologisches Phänomen sei, ist allerdings falsch. Die zeitliche Begrenzung therapeutischer Interventionen ist ein Thema für alle psychotherapeutischen Orientierungen. Für manche ist sie mit wenig konzeptueller und theoretischer Entwicklungsarbeit verbunden, da ihre Therapien ohnedies auf kurze Interventionen angelegt sind – die Verhaltenstherapie und die systemischen Therapien sind Prototypen für diesen Ansatz – für manche ist die Notwendigkeit zur zeitlichen Verkürzung allerdings mit einer Spezifikation und Abänderung ihres therapeutischen Grundrationales und der Entwicklung spezifischer Modelle verbunden. Davon betroffen sind vor allem solche Therapien, bei denen die Behandlungsdosis mit der Therapiedauer sehr eng assoziiert ist (Kordy und Kächele, 1995). Davon sind natürlich die psychodynamisch orientierten Therapien besonders betroffen, dies gilt aber auch für manche humanistische Ansätze. Kurztherapie stellt daher, wie von den Herausgebern im Editorial zu diesem Heft auch hervorgehoben, eine Herausforderung für verschiedene, wenn nicht für alle psychotherapeutischen Richtungen dar und zwar sowohl zur

- ökonomischen Gestaltung ihres therapeutischen Vorgehens wie auch
- zur Verbesserung ihres therapeutischen Angebots in Richtung bedarfs- und indikationsgerechter psychotherapeutischer Versorgung und
- nicht zuletzt, um auch bei (oft notwendigen) sehr kurzen therapeutischen Interventionen effektiv handeln zu können.

Wie die Literatur zeigt (Koss und Shiang, 1994), gibt es neben psychodynamischen Modellen mittlerweile eine sehr große Anzahl an kurztherapeutischen Modellen in der Psychotherapie. Diese zeichnen sich zwar durch sehr unterschiedliche theoretische Grundlagen und methodischen Perspektiven aus, es finden sich aber auch eine Reihe gemeinsamer Grundannahmen und methodischer und technischer Prinzipien, die die Überlegung als interessant erscheinen lassen, ob sich nicht einige allgemeine Kernmerkmale kurztherapeutischen Herangehens in der Psychotherapie formulieren lassen. Die folgende Arbeit versucht nach einer kurzen Einführung in die Begrifflichkeit, einige solcher allgemeinen und orientierungsübergreifenden Aspekte herauszuar-

beiten. Darüber hinaus werden auch allgemeine Indikationen und Wirkfaktoren kurztherapeutischer Interventionen erörtert, abschließend wird kurz auf die Frage der Evaluation dieser Ansätze eingegangen.

2. Zum Begriff der Kurztherapie

Der Begriff Kurztherapie, im englischen „brief psychotherapy“ ist eigentlich etwas unglücklich, da er impliziert, daß es eine Polarisierung Kurz- vs. Langzeittherapie gibt. Diese Polarisierung ist nur für die Psychoanalyse sinnvoll, da er hier tatsächlich alternative Konzepte zur Standard-Langzeittherapie beschreibt, die sich einheitlich durch eine Verkürzung der Behandlungsdauer auf einen maximalen Zeitraum von bis zu 20 bis 30 Sitzungen auszeichnen. Für viele andere therapeutische Orientierungen ist der Begriff aber verwirrend bzw. nicht unbedingt sinnvoll, da ihr Standardvorgehen in der Regel den genannten Zeitraum ohnedies nicht oder nur knapp überschreiten (z.B. die Verhaltenstherapie, die Hypnose und Hypnotherapie, systemische Therapien, Krisentherapien etc.). Hier gilt generell, daß die Therapie so lange dauern soll, wie es für die Bewältigung eines bestimmten Problems oder die Erreichung eines bestimmten Ziels notwendig ist. Trotz dieser Tatsache hat sich der Begriff Kurztherapie auch bei diesen Orientierungen eingebürgert. Er beschreibt dort konzeptuell fundierte Interventionen kürzester Dauer (vgl. z.B. Fiedler, in diesem Heft). Insgesamt erscheint der Begriff „Kurztherapie“ daher zur Umschreibung spezifischer therapeutischer Modelle und Vorgehensweisen unter limitierter zeitlicher Dauer durchaus gerechtfertigt und sinnvoll, aus diesem Grund wird auch nicht für seine Aufgabe votiert.

Neben dieser allgemeinen Problematik ist der Begriff Kurztherapie jedoch auch wegen seiner heterogenen Bedeutung konzeptuell schwer zu fassen. Insgesamt lassen sich vier Bedeutungsaspekte herausarbeiten: 1. praxisnotwendige/pragmatische Verkürzungen, 2. problem- und indikationsorientierte Kurztherapien, 3. orientierungsspezifische Kurztherapien und 4. paradigmatische Kurztherapien.

1. *Kurztherapie als eine pragmatische zeitliche Verkürzung herkömmlichen therapeutischen Vorgehens bedingt durch Praxisanforderungen.* In dieser Bedeutung repräsentiert der Begriff therapeutische Herangehensweisen, in denen die zeitliche Verkürzung durch den Wunsch des Patienten nach einer kurzen Intervention, versorgungstechnische Notwendigkeiten (z.B. in einer psychotherapeutischen Ambulanz) oder spezifische Settingbedingungen (Konsultations-Liaison-Dienste) bedingt ist. Solche oder ähnliche praxisbedingte Rahmenbedingungen verlangen in der Regel eine Verkürzung des therapeutischen Vorgehens unter Beibehaltung allgemeiner und orientierungsspezifischer theoretischer und methodischer Prinzipien. Beispiele für derartige Vorgehensweisen finden sich häufig in der alltäglichen psychotherapeutischen Praxis und der entsprechenden Literatur (vgl. dazu auch die Arbeit von Geissler im zweiten Teil dieses Heftes, Psychotherapie Forum, Bd. 7,

Heft 1). In der Regel kommt es hier zu einer Spezifizierung des therapeutischen Vorgehens auf die Bearbeitung spezifischer Probleme und Ziele, ohne dabei die allgemeinen theoretischen und methodischen Grundlagen der jeweiligen therapeutischen Richtung aufzugeben oder ein spezifisches therapeutisches Modell zu entwickeln.

2. *Indikations- und praxisorientierte Kurztherapiemodelle*: Diese Modelle stellen eine Weiterentwicklung und mit unterschiedlichen theoretischen Konzepten fundierte Variante der unter Punkt 1 genannten praxisbezogenen Verkürzungen dar. Modelle dieser Art wurden zur Behandlung spezieller Probleme entwickelt und beziehen sich in der Regel auf sehr spezifische Indikationsbereiche, wie z.B. die Bewältigung schwerer Belastungen und Krisen (Krisenintervention, Belastungsunterstützung, supportive Ansätze etc.) oder die fokussierte Bearbeitung spezifischer emotionaler, existentieller, interpersonaler oder Entwicklungsprobleme (z.B. Angstbewältigung, Partnerschafts- und sexuelle Probleme, auffällige Pubertätsentwicklungen etc.). Beispiele für Konzepte dieser Art sind in der Literatur vielfach dokumentiert (Überblicke bei Austad und Berman, 1991; Budman und Gurman, 1988).
3. *Kurztherapie als eine ökonomisch notwendige, konzeptuell getragene und theoretisch und methodisch fundierte Spezialvariante herkömmlicher Therapiemodelle*: Im Vergleich zu den zuvor genannten Begriffen repräsentieren Kurztherapien dieser Bedeutung spezifische Konzepte und Modell auf der Basis etablierter psychotherapeutischer Methoden und Richtungen, deren klassisches Modell normalerweise längere Therapien impliziert. Prototypisch für diesen Begriff sind alle psychoanalytische Kurz- und Fokaltherapien (Überblick bei Weghaupt, in diesem Heft). Allerdings besitzen auch andere psychotherapeutische Orientierungen spezifische Kurztherapiemodelle (Überblick bei Budman und Gurman, 1988; Koss und Shiang, 1994). Die Arbeiten von Weghaupt, Fiedler und Linster in diesem Heft beschäftigen sich mit dieser Art von Kurztherapie.
4. Zusätzlich zu den bisher genannten besitzt der Begriff jedoch noch eine vierte Bedeutung („*paradigmatische Kurztherapie*“). In diesem Sinn verkörpert er eine neue und alternative Sichtweise menschlichen Erlebens und Verhaltens und der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer, sozial-interpersonaler und somatischer Probleme und Störungen. Damit verbunden sind differenzierte therapeutische Modelle, Methoden und Techniken zur Behandlung derartiger Probleme. Das Beiwort „paradigmatisch“ ist hier insofern gerechtfertigt, als die zeitlich limitierte Intervention nicht primär aus praxisbezogenen oder ökonomischen Notwendigkeiten heraus entwickelt wurde, sondern aus einer völlig neuen und zu den herkömmlichen theoretischen Orientierungen alternativen theoretischen Konzeption. Paradigmatische Kurztherapie wird heute primär im Rahmen systemisch und kommunikationstheoretisch fundierter Psychotherapiemodelle betrieben und ist in diesem Themenheft durch zwei Arbeiten (Eberling et al.,

Kaimer) vertreten. Vor allem Kaimer fokussiert in seinem Beitrag die erkenntnistheoretischen und fachlich-theoretischen Hintergründe, beide Arbeiten beschreiben auch einige der wichtigsten Methoden und Strategien dieser Art von Kurztherapie.

Neben der eben erörterten konzeptuellen Heterogenität gibt es noch einige praktische Probleme bei der Verwendung des Begriffes Kurztherapie. Üblicherweise bezieht sich der Begriff auf ein therapeutisches Vorgehen kurzer zeitlicher Dauer (zwischen einer und 20 bis 30 Therapiesitzungen, d.i. eine Therapiedauer zwischen einer Woche und sechs bis acht Monaten). Der Begriff wird häufig aber auch für massierte Interventionen (z.B. Konfrontationstherapien, Intensivencounter etc.), deren Gesamtdauer die genannte Stundenanzahl übersteigt, jedoch in sehr kurzer Zeit durchgeführt wird (z.B. in einer oder zwei bis drei Wochen), wie auch für solche Therapien verwendet, die zwar eine sehr geringe Sitzungsfrequenz besitzen, sich zeitlich jedoch über Jahre erstrecken (z.B. 10 Sitzungen in zwei Jahren). Weiters werden damit auch mehrstündige „single-session“-Therapien beschrieben, die nur aus einem einzigen therapeutischen Kontakt bestehen, der aber zwischen zwei und vier Stunden (mit einer kurzen Pause) dauern kann. Wie Koss und Shiang (1994) ausführen, gibt es bislang noch keine wirkliche Einigung über formale Charakteristika des Begriffes „Kurztherapie“.

Die genannten begrifflichen und praktischen Heterogenitäten machen es schwer, den Begriff „Kurztherapie“ eindeutig zu charakterisieren. Anstattdessen erscheint es sinnvoll, den Begriff auf zwei Ebenen zu verwenden, einer praxisbezogenen und einer theoretischen. In seiner ersten Bedeutung ist die unter Punkt 1 genannte Bedeutung gemeint (pragmatische Verkürzung aufgrund von Praxisanforderungen), die zweite bezieht sich auf die theoretischen Modelle. Auf diese Ebene soll in der weiteren Arbeit eingegangen werden. Wie gezeigt sind auch diese sehr heterogen, weshalb es sinnvoll erscheint, den Begriff Kurztherapie in dieser Bedeutung im Sinne des Familienähnlichkeitskonzepts von Wittgenstein zu verwenden. In dieser Konzeption beschreibt er spezifische psychotherapeutische Herangehensweisen, Methoden und Modelle, die sich durch eine Reihe gemeinsamer Charakteristika auszeichnen, die jedoch ihrerseits nicht auf alle Einzelmodelle zutreffen müssen. Auf die wichtigsten gemeinsamen Merkmale kurztherapeutischer Modelle ist im folgenden einzugehen.

3. Gemeinsame Aspekte kurztherapeutischer Ansätze in der Psychotherapie

Gemeinsame Charakteristika kurztherapeutischer Modelle finden sich in verschiedenen Basisannahmen und Grundüberzeugungen aber auch in therapietheoretischen und praxeologischen Aspekten.

Die Grundvoraussetzung aller kurztherapeutischen Ansätze ist die *Basisannahme*, daß Kurztherapie, wie einleitend bereits gesagt, keine verkürzte oder oberflächliche Variante bestehender Modelle oder Techniken ist, sondern einen vollwertigen, eigenständigen und effektiven Therapieansatz repräsentiert, der entweder

im Rahmen einer bereits bestehenden psychotherapeutischen Richtung oder auf der Basis eines neuen Modells (Paradigma) (Segal, 1987) entwickelt worden ist. Damit assoziiert ist als zweite Grundannahme die Überzeugung, daß Kurztherapie keine Vorstufe oder präparatorische Phase zur Einleitung einer Langzeittherapie darstellt und damit nur ein nützliches Partialkonzept einer allgemeinen psychotherapeutischen Orientierung darstellt, sondern der Begriff ist viel mehr verbunden mit der mittlerweile auch empirisch getragenen Erkenntnis, daß Kurztherapien eigenständige Konzepte und einen sehr breiten Indikationsbereich besitzen und damit als breit anwendbare Systeme zur Behandlung menschlicher Probleme zu verstehen sind (Koss und Shiang, 1994). Damit Kurztherapie jedoch innerhalb vorgegebener zeitlicher Limitationen zu einem Erfolg führen kann, basieren ihre theoretischen Konzepte auf einer Reihe sehr spezifischer expliziter, manchmal auch impliziter Grundannahmen:

- *Selbstregulation und Selbstregulationsfähigkeit des Menschen*: Damit wird angenommen, daß der Mensch über die basale Fähigkeit, sich selbst, sein Verhalten aber auch seine Werte, Ziele und Standards zu regulieren, verfügt. Diese Fähigkeit ist assoziiert mit einem basalen adaptiven Potential, das es ihm erlaubt, sich an Belastungen des Lebens anzupassen bzw. diese zu bewältigen und so sein Leben mit Kontrolle, Sinn und existentieller Bedeutung zu füllen. Diese Fähigkeiten können vorübergehend außer Kraft gesetzt oder überfordert sein, kurztherapeutische Interventionen können sie jedoch wieder aktivieren (Kanfer et al., 1996).
- *Potential- und Ressourcenorientierung*: Menschen besitzen nicht nur Probleme, sie sind mit vielen Ressourcen und Potentialen ausgestattet, derer sie sich oft nicht (mehr) bewußt sind. Kurztherapie sollte insbesondere an einer Aktivierung und Restrukturierung dieser (persönlichen, interpersonalen und sozialen) Potentiale arbeiten (Eberling et al., in diesem Heft; Fiedler, in diesem Heft).
- *Entwicklungsperspektive*: Damit assoziiert ist die Annahme, daß der Mensch über ein basales Entwicklungspotential verfügt, das dazu beiträgt, daß er sich über seinen gesamten Lebenslauf hin entwickelt und daher ein ständiges Wachstum und eine ständige Weiterentwicklung zeigt. Sorgfältig gesetzte Interventionen, die dieses Potential aber auch seine Blockaden berücksichtigen und integrieren, können in kurzer Zeit zu persönlichem Wachstum und Reifung sowie zu einer Verbesserung der adaptiven und Selbstregulationskompetenzen beitragen (Koss und Shiang, 1994).
- *Soziale Perspektive*: Der Mensch ist ein soziales Wesen, das von seiner Geburt bis zu seinem Tod eingebunden ist in eine „primäre Gruppe“ bzw. einen „sozialen Convoy“ (Kahn und Antonucci, 1980), der seine primäre soziale Ressource darstellt und ihn vor negativen Konsequenzen belastender Ereignisse und Erfahrungen und Lebensveränderungen schützt. Sorgfältig geplante Interventionen in diesen Convoy bzw. die Aktivierung desselben können relativ rasch zu einer Verbesserung dieser Ressource und seines Befindens beitragen (Röhrle und Sommer, 1998).
- *Problem- oder Symptomfokussierung*: Der Fokus kurztherapeutischer Interventionen liegt nicht auf einer grundlegenden Veränderung charakterologischer oder struktureller Merkmale der Person des Patienten, Kurztherapie geht von den vorhandenen oder vom Patienten eingebrachten Problemen aus und versucht diese einer Lösung zuzuführen
- *Zielorientiertheit im therapeutischen Vorgehen*: Kurztherapie arbeitet mit spezifischen, meist eng umschriebenen und vor allem erreichbaren therapeutischen Zielen. Allgemeine therapeutische Ziele sind die Reduktion oder Erleichterung der wichtigsten Beschwerden des Patienten, der allgemeinen Hilf- und Hoffnungslosigkeit und „Demoralisation“ (Frank, 1991), die Verbesserung der Stimmung, die Wiederherstellung der Selbstregulations- und Bewältigungsfähigkeit, die Vermittlung wichtiger Informationen und Einsichten in die Problemdynamik, die Aktivierung des sozialen Convoys etc. (vgl. Eberling et al., in diesem Heft; Fiedler, in diesem Heft).
- *Problemlöse- oder Lösungsorientiertheit*: Kurztherapie ist damit in der Regel auf die Lösung anstehender Probleme bzw. die Konstruktion therapeutischer Lösungen konzentriert. Die Problem-/Lösungen werden durch die therapeutischen Ziele repräsentiert.
- *Zukunftsorientiertheit*: In diesem Sinn sind die meisten kurztherapeutischen Ansätze zukunftsorientiert, d.h. auf die Veränderung des Erlebens für zukünftige Situationen oder Ereignisse hin ausgerichtet.
- *Begrenzung der Zeit und der Anzahl der therapeutischen Kontakte*: Das wohl zentralste Merkmal aller kurztherapeutischen Ansätze ist jedoch die Limitierung des Faktors Zeit zur Erreichung der vereinbarten Ziele. Empirische Studien haben gezeigt, daß bereits die Vereinbarung einer zeitlichen Limitierung zu einer Veränderung der therapeutischen Arbeitshaltung des Patienten und zu einer Reduktion seiner Regressionsbereitschaft führt (Koss und Shiang, 1994). Das Wissen um die zeitliche Begrenztheit einer Therapie scheint also die Ich-Funktionen des Patienten (vermutlich auch des Therapeuten) zu stärken. Zusätzlich werden dadurch nach Koss und Shiang (1994, S. 669) aber vier weitere wichtige therapeutische Ziele verfolgt: 1. die Vermittlung einer Arbeitshaltung für die gemeinsame therapeutische Arbeit und die Begründung einer spezifischen therapeutischen Allianz, 2. die Entwicklung einer problem-/lösungsorientierten Perspektive durch die Vermittlung der expliziten oder impliziten Überzeugung, daß eine Veränderung der Probleme in relativ kurzer Zeit möglich ist (= zusätzliche Motivationsförderung). 3. Durch die gemeinsam vereinbarten Ziele sind die Möglichkeiten und Grenzen der Therapie klar bestimmbar und unmittelbar einsichtig. 4. Der therapeutische Prozeß wird klarer, strukturierter und überschaubarer und die Veränderungen für den Patienten evaluierbar.

Unter *technischen Aspekten* betrachtet ist kurztherapeutisches Vorgehen vor allem durch folgende Aspekte gekennzeichnet:

- *Aufbau einer spezifischen therapeutischen Arbeitsbeziehung*: Kurztherapie ist an die Realisation einer spezifischen therapeutischen Arbeitsbeziehung gebunden, die sich durch verschiedene Charakteristika auszeichnet, insbesondere der Kooperation zur Erreichung der therapeutischen Ziele, der Einnahme einer spezifischen Rollenstruktur von Therapeut und Patient, der Übernahme von Eigenverantwortung durch den Patienten und die Verhinderung seiner Regression.
- *Die Berücksichtigung spezifischer Ein- und Auschlusskriterien* (s. unten, Indikation) und eine sehr strukturierte und indikationsorientierte Gestaltung des Erstkontaktes (Klärung der Probleme, Vermittlung von Information, Erörterung der Therapiemöglichkeiten, Aussprechen eines klaren Therapieangebots und einer möglichst präzisen Beschreibung des therapeutischen Vorgehens, Überprüfung der Anwendbarkeit kurztherapeutischen Vorgehens). In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß verschiedene Autoren Kriterien zur Entscheidung für oder gegen eine kurztherapeutische Intervention entwickelt haben (vgl. z.B. Budman und Gurman, 1988; Kaimer, 1995; Mahoney, 1991).
- Die Realisation eines spezifischen, theoretisch und methodisch fundierten therapeutischen Vorgehens, das folgende allgemeine Merkmale umfaßt (Koss und Shiang, 1994): die Möglichkeit zu baldigem Therapiebeginn, die Strukturierung des Therapieprozesses und der einzelnen Therapiesitzungen, die Fokussierung der therapeutischen Tätigkeit auf die vereinbarten Ziele und die zu bearbeitenden Probleme im Hier und Jetzt, eine hohe Aktivität des Therapeuten, die Bereitschaft zur Flexibilität im Einsatz therapeutischer Methoden und die Limitierung der Therapie auf die vereinbarte Zeit und die Vorbereitung auf das Ende der Therapie.
- Die meisten Vertreter von Kurztherapien sind der Ansicht, daß eine effektive therapeutische Arbeit in einem kurztherapeutischen Setting eines spezifischen Trainings in den basalen Prinzipien und Strategien kurztherapeutischen Vorgehens bedarf (Budman, 1981). Empirische Ergebnisse scheinen diese Ansicht zu stützen (vgl. unten).

Formal gesehen läßt sich kurztherapeutisches Vorgehen durch folgende Charakteristika beschreiben (Budman, 1981):

- Begrenzung der Zeit der therapeutischen Behandlung auf eine Sitzungszahl von 20 bis maximal 30. Hinsichtlich der Anzahl der zu absolvierenden Sitzungen existieren große Unterschiede zwischen den verschiedenen Konzepten. Sehr viele kurztherapeutische Ansätze sehen eine Begrenzung auf einen bis sechs Kontakte vor.
- Problem- und indikationsorientierte Kurztherapien passen sich in ihrem Vorgehen dem spezifischen Verlauf der zu behandelnden Probleme an (z.B. Krisen, Lebensbelastungen, Angst, Zwangsstörungen etc.)
- Die Sitzungsdauer liegt in der Regel zwischen 45 und 60 Minuten, bei problem- und indikationsorientierten Modellen kann diese auch in Abhängigkeit von

dem zu behandelnden Problem variieren (z.B. Angst- und Zwangstherapien: Konfrontationen in vivo bis zu vier Stunden Dauer)

- Der zeitliche Abstand zwischen den Sitzungen kann über den Therapieverlauf variieren (z.B. höhere Frequenz zu Beginn und während der Intervention, langsames Ausschleichen mit Auffrischungs- und Kontrollsitzen einmal pro drei Monate an ihrem Ende; vgl. z.B. Budman und Gurman, 1988; Kanfer et al., 1996). In einigen Modellen ist der Abstand generell größer als eine Woche (z.B. Familientherapien, systemische Therapien; vgl. Eberling et al., in diesem Heft).
- Trotz geringer Sitzungsfrequenz kann die zeitliche Erstreckung einer Kurztherapie über einen langen Zeitraum gehen (z.B. sechs Sitzungen über acht Monate).
- Manche Konzepte sehen auch einen sogenannten „intermittierenden Therapieverlauf“ vor, d.h. Phasen intensiverer Behandlung werden durch Therapiepausen, wenn sich das Problem reduziert hat, abgelöst; die Therapie wird erst wieder aufgenommen, wenn sich die Problematik wieder intensiviert. Auf diese Weise kann eine Kurztherapie über einige Jahre dauern (vgl. z.B. die „*brief intermittent therapy throughout the life-cycle*“ von Cummings; s. ausführlicher Austad und Berman, 1991; Budman und Gurman, 1988).

Insgesamt und zusammenfassend kann festgehalten werden, daß sich kurztherapeutische Modelle durch eine Reihe von Gemeinsamkeiten auszeichnen, wobei das wohl charakteristischste Merkmal dieses Ansatzes die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit einem sehr begrenzten und rationierten Zeitpotential ist, sei diese Rationierung nun in Form einer begrenzten Sitzungszahl, zeitlicher Dauer oder beidem gegeben.

4. Modelle zeit-limitierter Interventionen in der Psychotherapie

Die Entwicklung der Idee zeitbegrenzter psychotherapeutischer Intervention hat problemgeschichtlich vier Wurzeln, 1. die einleitend bereits angesprochene tiefenpsychologische Wurzel (vgl. ausführlicher Weghaupt, in diesem Heft), 2. die verhaltenstherapeutische Tradition, 3. die Wurzel psychologischer Notfallsinterventionen und 4. die systemisch-familientherapeutische Orientierung. Will man diese Wurzeln gewichten, so waren es vor allem die Verhaltenstherapie und die systemisch-familientherapeutischen Ansätze, die eine sehr starke Herausforderung für das traditionelle Konzept psychoanalytischer Langzeittherapien darstellten, konnte doch gerade die Verhaltenstherapie zeigen, daß Psychotherapie sehr viel kürzer und damit sehr viel effizienter zu psychotherapeutischen Erfolgen führen kann als traditionelle Langzeittherapien (Lambert und Bergin, 1994). Die Entwicklung der notfallsorientierten Interventionen war durch die Erfahrung schwerer Traumatisierung von Soldaten in den Kriegen der letzten 50 Jahre getragen. So wurden etwa bereits während des zweiten Weltkrieges, als die Inzidenz schwerer Kriegs-

traumata in steile Höhen stieg, verschiedene Konzepte der Krisenintervention und Traumatherapie entwickelt (vgl. z.B. Grinker und Spiegel, 1944). Notfallsorientierte Therapien wurden bald aber auch zur Prävention von Suizid, zur Bewältigung akuter und normativer Lebensveränderungen sowie neuerdings von schweren und akuten Belastungen, sogenannten Traumata, entwickelt (Maercker, 1997).

Entsprechend den historischen Wurzeln lassen sich auch heute nach einer Übersicht von Koss und Shiang (1994) vier hauptsächliche Modelle psychotherapeutischer Kurztherapien unterscheiden: psychoanalytisch-psychodynamisch orientierte, kognitive und kognitiv-behaviorale, systemische und familientherapeutische und krisenorientierte. In den USA und Großbritannien haben sich in den letzten Jahren bedingt durch das sogenannte „eclectic movement“, d.h. die Zunahme eklektischer und integrativer Therapieansätze (Norcross und Goldfried, 1992), auch eine Reihe sogenannter integrativer und eklektischer Kurztherapien entwickelt. Die bekanntesten sind wohl die von Beutler mitentwickelte „systematic eclectic psychotherapy“ (Beutler und Consoli, 1992) und die eher dem behavioralen Spektrum zuzuordnende „multimodale Therapie“ nach Lazarus (vgl. Lazarus, 1995). Wie Greenberg et al. (1994) zeigen, gibt es auch im Bereich humanistisch-experientieell orientierter Psychotherapien eine Reihe interessanter kurztherapeutischer Ansätze, die zudem auch eine hohe Effektivität besitzen. Im vorliegenden Heft werden die wichtigsten Ansätze der Kurztherapie aus verschiedenen theoretischen Orientierungen der Psychotherapie ausführlicher dargestellt.

Neben den eher theoretisch fundierten Modellen der Kurztherapie haben sich in den USA seit ungefähr 10 bis 15 Jahren eine Reihe sehr problem- und anwendungsorientierter Kurztherapieansätze entwickelt, die vor allem in Gruppen angeboten werden und in der öffentlichen Gesundheitsversorgung Einsatz finden (vgl. für Überblicke Austad und Berman, 1991; Budman, 1981; Budman und Gurman, 1988).

5. Indikation von Kurztherapie

Bei der Diskussion der Frage der Indikation von Kurztherapie ist zu unterscheiden zwischen den theoretisch fundierten und den indikations- und problemorientierten Konzepten. Letztere beziehen sich, wie ihr Name schon sagt, primär auf die Behandlung eines bestimmten Problems, ihre Indikation ist daher spezifisch und ihr Einsatz an das Vorhandensein des speziellen Problems gebunden (z.B. eine Lebenskrise, eine Angststörung, ein akuter Partnerschaftskonflikt etc.). Anders ist die Indikation bei den orientierungsbezogenen Modellen zu diskutieren. Diese besitzen sowohl von ihren theoretischen Konzeptionen wie auch ihrer Wirksamkeit her betrachtet (Budman und Gurman, 1988) einen relativ breiten Indikationsbereich. Empirische Studien zeigen, daß ca. 30% bis 70% der Patienten nach kurztherapeutischen Modellen und Methoden behandelt werden (Koss und Shiang, 1994). Aus diesem Grund ist es auch nicht sinnvoll, spezifische Indikationskriterien für kurztherapeutische Interventionen, vor allem was

ihren Einsatz bei bestimmten Störungen betrifft, festzulegen. Sinnvoller erscheint hingegen eine Erörterung der Frage, ob die bisherige Forschung und Praxis der Kurztherapie wichtige Selektionskriterien für die Zuweisung eines Patienten zu einer Kurz- oder zu einer Langzeittherapie, unabhängig von ihrer Orientierung, nahelegt. Wie Koss und Shiang (1994) ausführlicher diskutieren, scheint es solche Kriterien tatsächlich zu geben:

1. Verfügen über basale adaptive und intellektuelle Kompetenzen und mittlere soziale Anpassung/mittleres soziales Funktionsniveau;
2. Vorhandensein von umschriebenen, prinzipiell lösbareren Problemen, am besten mit einem akuten Beginn;
3. Fähigkeit und Bereitschaft, sich auf das Anstreben spezifischer Ziele einzulassen;
4. Vorhandensein einer hohen Therapiemotivation und des Wunsches, konkrete Probleme zu lösen oder Lösungen zu verwirklichen;
5. Vorhandensein einer guten Bindungs- und Beziehungsfähigkeit, um die für Kurztherapien nötige Arbeitsallianz aufbauen zu können;
6. Fehlen tiefgreifender charakterologischer oder Persönlichkeitsprobleme und -störungen, insbesondere aus dem Formenkreis narzißtischer, Borderline-, schizoider, passiv-aggressiver und depressiver Störungen;
7. Ausschluß hirnorganischer und psychotischer Störungen;
8. Fehlen tiefgreifender interpersonaler Abhängigkeit, ständigem Ausagieren und massiven Ängsten.

Es versteht sich von selbst, daß nicht alle genannten Kriterien empirisch gestützt sind, zum Teil stützen sie sich auf klinische Erfahrungen. Es muß auch betont werden, daß nicht alle Kurztherapeuten der Meinung sind, daß alle Patienten alle Kriterien erfüllen müssen. Insbesondere die Vertreter des sogenannten „lösungs-fokussierten Ansatzes“ (vgl. Kaimer im zweiten Teil dieses Heftes, Psychotherapie Forum, Bd. 7, Heft 1; Eberling et al., in diesem Heft) wenden sich gegen eine selektive Indikation der Kurztherapie und eine Eingrenzung ihres Anwendungsbereiches in der genannten Art. Wie der Fallbericht von Eberling et al. (in diesem Heft) zeigt, kann lösungsorientierte Kurztherapie auch bei Drogen- und Substanzabhängigkeitsproblemen eingesetzt werden. Sowohl nach verhaltenstherapeutischer wie auch lösungsorientierter Sichtweise sind Probleme bei Menschen mit unterschiedlichen Störungen mit ähnlichen Methoden zu behandeln. Lediglich zur Behandlung der Störung selbst bedarf es oft eines sehr spezifischen Vorgehens (Fiedler, 1997), das nicht immer mit einer begrenzten Zeit auskommt. Es ist zu berücksichtigen, daß ein Teil der oben genannten Kriterien vor diesem Hintergrund entwickelt worden ist. Zusammenfassend muß man daher wohl schließen, daß die Frage der Indikation von Kurztherapie und deren Selektionskriterien noch ein offener und zum Teil strittiger Punkt ist.

6. Wirkfaktoren von Kurztherapie

Ähnliches gilt vermutlich auch für die Frage der Wirkfaktoren der Kurztherapie, wobei hier, stärker noch als

bei der Indikation, zu berücksichtigen ist, daß die Frage, was wirkt, sehr stark abhängig ist von dem Modell, innerhalb dessen eine Therapie durchgeführt wird und innerhalb dessen diese Frage gestellt wird. Psychoanalytisch orientierte Therapeuten werden auf diese Frage ganz andere Aspekte hervorkehren als systemische oder Verhaltenstherapeuten. Die empirische Psychotherapieforschung hat bisher drei allgemeine Faktorengruppen konzipiert, Methoden-, Beziehungs- und Prozeß- und Personfaktoren (den Therapeuten und den Patienten betreffend; vgl. Beutler et al., 1994; Garfield, 1994), die für das Zustandekommen eines therapeutischen Erfolges verantwortlich sind. Es gibt keinen Grund anzunehmen, daß diese Faktoren nicht auch wesentlich den Erfolg einer Kurztherapie beeinflussen. Die vorhandene empirische Evidenz stützt diese These (Koss und Shiang, 1994, S. 682 ff.), zeigt aber, daß bei der Kurztherapie darüber hinaus noch einige weitere Aspekte eine wesentliche Rolle spielen dürften, insbesondere die Ausbildung eines Therapeuten in Konzepten und Methoden der Kurztherapie. So berichten Koss und Shiang (1994) über eine Reihe von empirischen Arbeiten, die zeigen, daß in Methoden der Kurztherapie systematisch ausgebildete Therapeuten eine geringere Abbruchquote, eine geringere Rückfallrate und positivere Veränderungen bei ihren Patienten, die sie kurztherapeutisch behandelt haben, bewirken, als solche Therapeuten, die zwar kurztherapeutisch arbeiten, jedoch keine qualifizierte Ausbildung dafür besitzen. Als eng im Zusammenhang mit der qualifizierten Ausbildung stehend hat sich in verschiedenen Studien auch das Befolgen kurztherapeutischer Regeln und Strategien als ein sehr wichtiger Wirkfaktor erwiesen (insbesondere die Fokussierung auf die zu behandelnden Probleme, die Aktivität und Strukturierung des Therapeuten und das methodische Vorgehen nach dem jeweiligen therapeutischen Rationale; vgl. ausführlicher Koss und Shiang, 1994).

Betrachtet man den *Patienten*, so scheinen folgende Variablen einen besonders positiven Effekt auf den Ausgang einer Kurztherapie zu haben: seine Motivation und seine Erwartungen an die Psychotherapie (positive Einstellung, Hoffnung, daß ihm geholfen wird, etc.), seine Bereitschaft, sich zu verändern, sein Wunsch nach kurzer Intervention, die Stabilität seines Selbstkonzeptes, seine Bereitschaft, sich auf den therapeutischen Prozeß einzulassen, und das Ausmaß seiner Mitarbeit, sowie die Qualität seiner außertherapeutischen sozialen Beziehungen und die Offenheit des Patienten für neue Erfahrungen. Ebenso scheinen Patienten, die einen aktiven Bewältigungsstil besitzen, von Kurztherapie stärker zu profitieren als solche, die eher innengerichtet sind (Koss und Shiang, 1994).

Auf *Therapeutenseite* konnte empirisch festgestellt werden, daß vor allem die Aktivität des Therapeuten, seine Fähigkeit, auf das subjektive Erleben des Patienten einzugehen, die Fokussierung der therapeutischen Interventionen auf die vereinbarten Probleme und Ziele, seine Fähigkeit eine intensive und arbeitsorientierte therapeutische Allianz zum Patienten aufzubauen (s. unten) und seine Bereitschaft, sich an den zentralen Standards des jeweiligen therapeutischen Modells zu

orientieren (s. auch oben), einen positiven Einfluß auf den Therapieerfolg einer Kurztherapie zu haben scheinen (vgl. ausführlicher Koss und Shiang, 1994). Darüber hinaus finden sich in der Literatur auch einige Hinweise, daß Kurztherapie für negative und die Beziehung belastende Interventionen des Therapeuten sehr anfällig ist. So konnte ein enger Zusammenhang zwischen Fehlern in der Anwendung therapeutischer Techniken und einem schlechten Therapieergebnis gefunden werden, ebenso korrelierten Probleme im Interaktionsverhalten des Therapeuten positiv mit einem schlechten Therapieergebnis (Koss und Shiang, 1994).

Empirisch relativ gut belegt ist ein enger Zusammenhang zwischen der *Qualität der therapeutischen Beziehung* und dem Therapieergebnis. Dieser Zusammenhang, so Koss und Shiang (1994) in ihrem Review, scheint für Kurztherapien noch stärker zu sein als bei zeitlich längeren Therapien. Verschiedene Studien weisen jedoch auch darauf hin, daß die Qualität der Therapiebeziehung von den interaktionellen Kompetenzen des Therapeuten wie auch des Patienten abhängen, sodaß anzunehmen ist, daß die Therapiebeziehung nicht apriori gegeben ist, sondern erst im Laufe der Therapie entwickelt werden muß. Die Entwicklung einer positiven und intensiven Arbeitsbeziehung, wie es kurztherapeutisches Vorgehen besonders verlangt, stellt damit eine wesentliche Anforderung an die Kompetenz des Therapeuten dar. Besonders wichtig dürfte dabei seine Fähigkeit sein, komplementär auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen und dessen Beziehungsangebote selektiv und zielorientiert zu verstärken. Als weiterer wichtiger Wirkfaktor hat sich die Bereitschaft des Therapeuten erwiesen, den Patienten in seinen Problemlösungsversuchen zu unterstützen und ihn gegenüber unrealistischen Zielen zu „schützen“.

Insgesamt betrachtet ist die Frage der Wirkung von Kurztherapien offensichtlich eine sehr komplexe. Die Effekte von Kurztherapien sind von vielen Faktoren bestimmt. Daher ist es auch verständlich, warum Koss und Shiang (1994) immer wieder auf die Bedeutung einer „careful selection and exclusion of patients“ (1994, S. 668) für diese Art der Therapie sprechen.

7. Zur Wirksamkeit kurztherapeutischer Interventionen

Wie eben gesagt, ist die Frage der Wirksamkeit von Kurztherapie sehr komplex und somit nicht einfach zu beantworten. Es kann daher an dieser Stelle nicht sehr ausführlich auf diese Frage eingegangen werden. Wie im vorangegangenen Abschnitt gezeigt, hängt die Wirkung kurztherapeutischer Interventionen von verschiedenen Variablen ab (Therapeuten-, Patienten-, Methoden- und Technik- sowie Beziehungsvariablen). Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang natürlich die Frage, ob sich differentielle Effekte unterschiedlicher therapeutischer Methoden und Richtungen finden lassen, und bei welchen Problembereichen Kurztherapie besonders wirksam ist. Leider sind beide Fragen auch heute noch nicht eindeutig zu beantworten. So kommen etwa verschiedene Autoren auf der Basis ähnlicher

Primärarbeiten in Metaanalysen zu deutlich unterschiedlichen Ergebnissen (z.B. Crits-Christoph, 1992, Grawe et al., 1994; Koss und Shiang, 1994 zur psychoanalytischen Kurztherapie). Zum anderen ist festzuhalten, daß in vielen Studien, vor allem in älteren, der Faktor „Kurztherapie“ unzulänglich definiert und operationalisiert worden ist, was die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Methoden reduziert. Neuere Arbeiten, so betonen Koss und Shiang (1994), konnten insgesamt wenig Evidenz für eine deutliche Überlegenheit einer Methode gegenüber einer anderen feststellen, ebenso wenig von Langzeittherapien gegenüber Kurztherapien, sodaß Koss und Shiang (1994, S. 681) ihr diesbezügliches Review mit folgendem Satz schließen: „Contemporary comparative studies of brief psychotherapy offer little empirical evidence of differences in overall effectiveness between time-limited and time-unlimited therapy or between alternate approaches to brief therapy.“ Dieses Ergebnis belegt die eingangs aufgestellte These, daß es sich bei Kurztherapien um sehr effektive und effiziente Alternativen zu Langzeittherapien handelt.

Was nun die Indikationsbereiche von Kurztherapie betrifft, so konnte die Forschung nach Koss und Shiang (1994) bis jetzt herausarbeiten, daß Kurztherapie bei folgenden Problembereichen besonders effektiv zu sein scheint:

- Patienten mit spezifischen, jedoch nicht allzu schweren Problemen (Belastungsstörungen, Angststörungen, Trauerreaktionen, Depressionen, Zwänge und typische „neurotische“ Probleme) und
- Patienten mit schweren traumatischen Belastungen, die an sogenannten posttraumatischen Belastungsstörungen, traumatischen Stressreaktionen und schweren Anpassungsstörungen leiden.

Weniger effektiv sollen Kurztherapien bei Patienten mit schwereren und komplexeren Störungen sein, insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Störungen, Substanzabhängigkeiten und Psychosen. Diese Ergebnisse könnten als Kriterium für eine differentielle Indikation von Kurztherapien angesehen werden.

Es ist jedoch festzuhalten, daß man gegenwärtig noch keineswegs davon ausgehen kann, daß die Frage der Effektivität von Kurztherapien umfassend genug beforscht ist. Vor allem sind in den meisten bisherigen Reviews die Ergebnisse der systemisch-orientierten Kurztherapien noch nicht ausreichend genug berücksichtigt worden (vgl. auch Eberling et al., in diesem Band). Zum anderen muß festgehalten werden, daß die Effektivität unterschiedlicher kurztherapeutischer Konzepte und Modelle bei verschiedenen Störungen und Problembereichen ebenfalls noch nicht breit genug beforscht worden ist.

8. Ausblick und Perspektiven

Kurztherapie repräsentiert, wie versucht wurde zu zeigen, eine sehr heterogene und differenzierte psychotherapeutische Methodik, die in unterschiedlichen theoretischen Orientierungen und praxisbezogenen Zusammenhängen anzutreffen ist. Ihr Indikationsbereich ist, unabhängig von der theoretischen Orientierung,

relativ breit, wengleich die bisherige empirische Wirksamkeitsforschung einen Schwerpunkt bei weniger schweren Problemen und verschiedenen (auch schweren) Angst- und Belastungsstörungen nahelegt. Diesbezüglich muß man allerdings in Rechnung stellen, daß das Gesamtspektrum psychotherapeutischer Kurzinterventionen bei weitem noch nicht erschöpfend beforscht worden ist, sodaß noch viele Fragen offen sind. Dennoch, so ist zu hoffen, wurde deutlich, daß Kurztherapie kein Anhängsel einer Langzeittherapie ist, sondern eine eigenständige und vollwertige psychotherapeutische Herangehensweise an viele Probleme des menschlichen Lebens darstellt.

Die Anwendung kurztherapeutischer Methoden ist, auch das spricht für die These ihrer Eigenständigkeit, relativ anspruchsvoll und an ein spezifisches Training gebunden. Es ist zu hoffen, daß die zukünftige Entwicklung in den verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen diesem wichtigen und effizienten Ansatz der Psychotherapie die ihm gebührende Aufmerksamkeit schenkt.

Literatur

- Alexander F, French TM (1946) *Psychoanalytic therapy: principles and applications*. Ronald Press, New York
- Austad CS, Berman WH (eds) (1991) *Psychotherapy in managed health care*. American Psychological Association, Washington DC
- Beutler LE, Consoli AJ (1992) Systematic eclectic psychotherapy. In: Norcross JC, Goldfried MR (eds) *Handbook of psychotherapy integration*. Basic Books, New York, pp 264–299
- Beutler LE, Machado PPP, Allstetter Neufeld S (1994) Therapist variables. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley, New York, pp 229–269
- Budman SH (ed) (1981) *Forms of brief therapy*. Guilford, New York
- Budman SH, Gurman AS (1988) *Theory and practice of brief therapy*. Guilford, New York
- Crits-Christoph P (1992) The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 149: 151–158
- Fiedler P (1997) Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Von der allgemeinen zur störungs- und phänomenspezifischen Behandlung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 18: 7–40
- Frank JD (1991) Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Garfield S (1994) Research on client variables in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley, New York, pp 190–228
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen
- Greenberg LS, Elliott RK, Lietaer G (1994) Research on experiential psychotherapies. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley, New York, pp 509–539
- Grinker RR, Spiegel JP (1944) *Management of neuropsychiatric casualties in the zone of combat*. Manual of military neuropsychiatry. Saunders, Philadelphia
- Kahn RL, Antonucci TC (1980) Convoys over the life course: attachment, roles, and social support. In: Baltes PB, Brim OG (eds) *Life-span development and behavior*. Academic Press, New York, pp 253–286

- Kaimer P (1995) Lösungsorientiert zuerst. Ein Vorschlag. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 27: 389–404
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) *Selbstmanagement Therapie. Ein Handbuch für die klinische Praxis.* Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Kordy H, Kächele H (1995) Der Einsatz von Zeit in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 195–209
- Koss MP, Shiang J (1994) Research on brief psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley, New York, pp 664–700
- Lambert MJ, Bergin AE (1994) The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley, New York, pp 143–189
- Lazarus AA (1995) *Praxis der Multimodalen Therapie.* dgvt-Verlag, Tübingen
- Maerker A (Hrsg) (1997) *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen.* Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Mahoney M (1991) *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy.* Basic Books, New York
- Norcross JC, Goldfried MR (eds) (1992) *Handbook of psychotherapy integration.* Basic Books, New York
- Röhrle B, Sommer G (1998) Zur Effektivität netzwerkorientierter Interventionen. In: Röhrle B, Sommer G, Nestmann F (Hrsg) *Netzwerkintervention.* dgvt-Verlag, Tübingen, S 13–50
- Segal L (1987) Kurztherapie. In: Corsini RJ (Hrsg) *Handbuch der Psychotherapie*, Bd 1. Psychologie Verlags Union, Weinheim, S 620–637
- Seligman MEP (1998) President's column: the effectiveness of therapy. *APA-Monitor* 29/5: 2

Korrespondenz: Dr. Anton-Rupert Laireiter, Institut für Psychologie, Universität Salzburg, Hellbrunnerstraße 34, A-5020 Salzburg, Österreich, Fax 0043 662-8044-5126, E-mail: Anton.Laireiter@sbg.ac.at.

Dr. Anton-Rupert Laireiter, Univ.-Ass. für Psychologie, Institut für Psychologie, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie; Universität Salzburg. Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Arbeits- und Interessenschwerpunkte: Psychotherapie, Supervision, Psychotherapieforschung (Dokumentation, Qualitätssicherung, Ausbildungsforschung insbesondere Selbsterfahrung und Eigen-therapie; Gerontopsychotherapie), Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung.