

A. Weghaupt

Psychoanalytische Kurztherapie: Ein Überblick

Zusammenfassung Dieser Artikel gibt einen Überblick über den geschichtlichen Kontext der psychoanalytischen Kurztherapie, über den Stand der gegenwärtigen Forschungsergebnisse und stellt einige Modelle der gegenwärtigen Strömungen in der psychodynamischen Kurztherapie vor. Es werden die wesentlichen Unterschiede zwischen den Ansätzen nach dem Trieb/Struktur-Modell (Malan, Davanloo und Sifneos), den beziehungsorientierten (Luborsky, Strupp und Binder), sowie dem integrativen Ansatz (Mann) und dem selbstpsychologischen Ansatz (Ornstein und Ornstein) vorgestellt. Die empirischen Untersuchungen zeigen, daß die psychoanalytische Kurztherapie ein wirksames Verfahren ist, das in seiner Effektivität der psychoanalytischen Langzeittherapie und anderen Kurztherapieverfahren vergleichbar ist, wobei die Langzeittherapie größere und breitere Veränderungen erzielt und bei schweren Störungsbildern sowie bei „schwierigeren“ Patienten erfolgreicher ist. Wesentliche Charakteristika der psychoanalytischen Kurztherapie, die auch einen wesentlichen Teil ihres Erfolges auszumachen scheinen, sind das rasche Herstellen einer dyadischen Beziehung, das spezielle Umgehen mit der zeitlichen Begrenzung und das Festlegen eines dynamischen Fokus.

Schlüsselwörter: Psychoanalytische Kurztherapie, psychodynamischer Fokus, Zeitlimitierung, psychotherapeutische Beziehung.

La thérapie psychanalytique brève: un aperçu

Résumé L'article fournit un bref aperçu de l'histoire de la thérapie psychanalytique brève, de ses origines à ses formes actuelles. On montre qu'elle se fonde sur une longue tradition, partant de Freud – qui au début avait mené quelques traitements très brefs –, en passant par Ferenczi et Rank – qui s'engagèrent pour que la psychanalyse devienne moins longue et plus efficace, et jusqu'à Alexander et French – qui élaborèrent la première vraie thérapie brève.

Pour mettre en évidence l'efficacité de ce type d'approche on présente les résultats de plusieurs recherches empiriques récentes (par ex., études dose-effet, méta-analyses, études comparatives et follow-up). Ces résultats permettent de conclure en résumé que l'efficacité des thérapies brèves ou longues ne diffère pas beaucoup et que la thérapie psychanalytique brève

Brief psychoanalytic psychotherapy: A review

Abstract This essay presents a concise review of brief psychoanalytic therapy, of the historical context and of the contemporary forms of brief psychodynamic therapy and resumes some of the most important empirical findings. The essay highlights the essential differences between the drive/structure model of brief psychoanalytic therapy (Malan, Davanloo and Sifneos), the relational model (Luborsky, Strupp and Binder), the integrative model (Mann), and the selfpsychological model (Ornstein and Ornstein). The results of numerous empirical studies show that this mode of therapy is an effective treatment for a broad spectrum of outpatient problems and that it is not inferior to alternative treatments and to long-term therapy. Nevertheless the breadth of change is greater for long-term therapy and long-term therapy is more effective with more disturbed patients. Essential characteristics of brief psychoanalytic therapy, which also seem to determine its success, are: a quickly established interpersonal relationship, management of temporal limitation by therapists and centering the therapeutic content around a focus.

Keywords: Brief psychoanalytic therapy, psychodynamic focus, temporal limitation, therapeutic relationship.

ve constitue une approche efficace. Il reste que les thérapies de longue durée s'accompagnent d'une évolution plus importante, touchant à de plus nombreux domaines, et qu'elles obtiennent de meilleurs résultats lorsque les troubles sont sérieux et les patients "difficiles". Il semble pourtant que la thérapie brève apporte des changements durables et que pour de nombreux patients, elle représente un début et une préparation à une thérapie longue.

Il existe maintenant un grand nombre de concepts de traitement en rapport avec la psychanalyse brève; ils sont classés en fonction de leur orientation théorique. Les approches suivantes sont décrites plus en détail:

1. Approches fondées sur le modèle pulsion/structure: Malan, Davanloo et Sifneos

2. *Approches fondées sur l'aspect relationnel: Muborsky et Strupp, Binder*
3. *Approches intégrales: Mann*
4. *Approches fondées sur la psychologie du soi: Ornstein et Ornstein.*

Les approches des première et seconde catégories diffèrent avant tout aux niveaux du choix de priorités et de l'indication. Les praticiens qui basent leur travail sur le modèle pulsion/structure le centrent sur des conflits (pulsionnels) intra-psychiques. Ceux qui utilisent une approche de type relationnel se concentrent sur un problème interpersonnel, le concept de traitement reposant sur la relation dyadique entre thérapeute et patient. Contrairement à ceux qui soulignent l'aspect pulsion/structure – et qui sélectionnent soigneusement les patients auxquels une thérapie brève conviendra –, ils attribuent plus d'importance à la personnalité du thérapeute ainsi qu'au champ interpersonnel et intersubjectif qui se développe dans le contexte de la relation thérapeutique. Ils n'appliquent pas de critères particuliers concernant l'indication du traitement, mis à part le fait que la thérapie brève ne convient pas à des patients psychotiques.

En vue de montrer comment la thérapie psychanalytique brève est appliquée, on décrit plus en détail le modèle intégral de Mann qui associe des notions empruntées à la théorie des pulsions, à la psychologie du moi, à la théorie de la relation à l'objet et à la psychologie du soi. Un exemple de cas est présenté. Le modèle de Mann a ceci de particulier que le nombre de séances est strictement limité (à 12). Ceci lui a permis de saisir plus clairement ce que sont le proces-

sus thérapeutique et son progrès et de décrire l'importante dynamique associée à une limitation temporelle de l'ensemble du processus.

L'approche de Ornstein et Ornstein, fondée sur la psychologie du soi, représente un développement basé sur la psychothérapie focale selon Balint. Elle a ceci de particulier qu'elle procède en fonction de processus, c'est-à-dire que – dans le cadre de la perception réciproque thérapeute/patient – ce sont la perception et le vécu du thérapeute qui déterminent ses réactions, dans le sens d'une véritable technique.

On aborde finalement la question de savoir quelles sont les caractéristiques communes à la plupart des procédures thérapeutiques brèves et quels sont les facteurs d'efficacité à attribuer à la thérapie psychanalytique brève. Les trois aspects suivants sont décrits plus en détail:

1. l'établissement rapide d'une relation thérapeute/patient
2. la manière dont le thérapeute gère la limite temporelle
3. le fait que le contenu de la thérapie se concentre sur un point ou un thème dynamique.

L'article tente de montrer que la thérapie psychanalytique brève ne constitue pas un "expédient" qui serait utilisé pour des raisons d'ordre exclusivement économique et dont on devrait accepter les limites pour être à même d'offrir à un grand nombre de patients la possibilité de faire une thérapie psychanalytique. Elle est une forme spécifique de thérapie, qui produit de bons résultats et qui du fait de la pression croissante exercée par les caisses maladie, devrait jouer un rôle plus important à l'avenir.

1. Einleitung

Die psychoanalytische Kurztherapie kann auf eine lange Tradition und Geschichte innerhalb der Psychoanalyse verweisen, und ebensolange ist sie auch ihr wenig geliebtes Kind, das immer wieder Anlaß zu heftigen Kontroversen gegeben hat. „Von den einen als Möglichkeit gepriesen, endlich psychoanalytisches Wissen und therapeutische Erfahrungen breiteren, weniger privilegierten Bevölkerungskreisen zugänglich zu machen, wird die psychoanalytische Kurztherapie von anderen angeprangert, sie ‚verratte‘ die Substanz der Psychoanalyse und opfere den sie auszeichnenden Erkenntnisanspruch einem ‚nur‘ therapeutischen Anliegen“ (vgl. auch Leuzinger-Bohleber, 1985). Diese Unvereinbarkeiten widersprechen vor allem der beruflichen Realität, die viele junge oder in Ausbildung stehende Psychoanalytiker vorfinden. Häufig in öffentlichen Institutionen, Beratungsstellen oder Krankenhäusern arbeitend, schreiben die Rahmenbedingungen dort zumeist zeitlich begrenzte Therapie vor. Eine Untersuchung einer großen Stichprobe von Behandlungen an einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz zeigt, daß nach zehn Sitzungen 35% der Behandlungen und nach 20 Sitzungen bereits über die Hälfte der eingeleiteten Be-

handlungen beendet sind (Kächele, 1990). In Amerika sprechen Untersuchungen dafür, daß die meisten Patienten, ob in öffentlichen Einrichtungen oder in Privatpraxen, kurze psychotherapeutische Behandlung erhalten (Messer und Warren, 1995). Ich nehme an, daß auch in Österreich viele Psychoanalytiker in ihrer Privatpraxis Patienten zu Kriseninterventionen und kürzeren Therapien sehen bzw. daß nur wenige Psychoanalytiker ausschließlich Psychoanalysen durchführen können. Damit befinden sich viele junge Psychoanalytiker im Spannungsfeld zwischen ihrer beruflichen und ihrer Ausbildungssituation, in der sie meist nur auf langfristige psychoanalytische Therapien und hochfrequente Psychoanalysen vorbereitet werden.

2. Zum Begriff „psychoanalytische Kurztherapie“

Die Beschäftigung mit der Literatur zur psychoanalytischen Kurztherapie zeigt eine sehr unterschiedliche Handhabung des Begriffes „psychoanalytische Kurztherapie“ sowie eine sehr unterschiedliche Verwendung der zeitlichen Limitierung. So werden psychoanalytische Behandlungen, die ca. 10–15 Sitzungen umfassen, genauso wie Behandlungen, die bis zu 50 Sitzungen dauern, einheitlich als Kurztherapie bezeichnet.

Zur Klärung und Definition des Begriffes der psychoanalytischen Kurztherapie möchte ich im folgenden eine Übersicht über die verschiedenen Formen von psychoanalytischen Kurzverfahren, wie Leuzinger-Bohleber (1985) sie unterteilt, geben:

- Psychoanalytische Notfalltherapie (Dauer: 1–3 Sitzungen)
- Krisenintervention (Dauer: 1–5 Sitzungen)
- Psychoanalytische Kurztherapie (Dauer: 5–50 Sitzungen)
- Psychoanalytische Fokaltherapie (Dauer: 10–30 Sitzungen)
- Psychoanalytische Adoleszenztherapie (Dauer: 10–30 Sitzungen)
- Psychoanalytische Beratung (Dauer: 5–50 Sitzungen)

Nach Leuzinger-Bohleber umfaßt die psychoanalytische Kurztherapie¹ als Sammelbegriff eine Reihe von stark verkürzten Formen der traditionellen Psychotherapie; im Unterschied zur psychoanalytischen Fokaltherapie, die eine besondere „Form der Kurztherapie (ist), die mittels einer spezifischen Technik einen fokussierten Konflikt des Patienten bearbeitet, mit der Intention, auch unbewusste Bedeutungen der aktuellen Problematik zu erhellen“ (Leuzinger-Bohleber, 1985, S. 10–11).

In den folgenden Ausführungen beziehe ich mich immer auf jene Klasse der Kurztherapien, die mittels einer ausgearbeiteten Technik einen ausgewählten Fokus in den Mittelpunkt der Behandlung stellt, und versuche weiters einen Überblick über die vielfältigen Formen der *fokussierten* psychoanalytischen Kurzbehandlungen zu geben bzw. die jeweils unterschiedliche theoretische Grundlage der Fokuswahl zu beleuchten.

3. Historischer Kontext der psychoanalytischen Kurztherapie

Schon 1895 berichtet *Freud* in den „Studien zur Hysterie“ über seine Kurzbehandlung der 18jährigen Katharina während einer Bergwanderung. Den Dirigenten Bruno Walter, der unter einer neurotischen Armlähmung litt, behandelte Freud 1906 in nur sechs Sitzungen. Auch Gustav Mahlers Therapie im Jahr 1908 bestand aus nur einer vierstündigen Sitzung (Coren, 1996).

Mit dem Übergang von der „kathartischen Methode“, die Freud mit Breuer entwickelt hatte, zur Methode der freien Assoziation, der Widerstandsanalyse und der Bearbeitung der Übertragungsneurose kam es, daß die Psychoanalysen immer länger dauerten. Aber bereits zu Freuds Zeiten gab es Psychoanalytiker, die prominentesten unter ihnen waren *Otto Rank* und *Sandor Ferenczi*, die mit dem Wechsel zur Methode der freien Assoziation und der damit verbundenen Passivität des Analytikers unzufrieden waren und theoretische wie technische Ideen für eine kürzere und effizientere Psychoanalyse lieferten, die später auch in die verschiede-

nen Modelle der modernen psychoanalytischen Kurztherapie eingingen. Ferenczi galt als Vertreter einer „aktiven Psychoanalyse“ (Ferenczi und Rank, 1925). *Franz Alexander* und *Thomas French* beschäftigten sich in den vierziger Jahren im Rahmen ihrer Forschungsarbeit am Institut für Psychoanalyse in Chicago mit Fragen der Länge und Sitzungsfrequenz von Psychoanalysen und entwickelten den ersten expliziten Kurztherapieansatz. Am besten bekannt von Alexanders Arbeit ist wohl das Konzept der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“, wonach das heilende Moment der Psychoanalyse in der Wiederbelebung und -bearbeitung alter Konflikte in einem neuen Kontext liegt: Der Analysand ist in der therapeutischen Beziehung unter günstigeren Bedingungen emotionalen Situationen ausgesetzt, die er in der Vergangenheit nicht bewältigen konnte. Mit ihrem Konzept der frühen Formulierung des psychodynamischen Verständnisses des Patienten, um darauf gezielt die Behandlung aufbauen zu können, haben sie die Bedeutung des Fokus als tragendes Element der psychoanalytischen Kurztherapie vorweggenommen (Alexander und French, 1946).

Die Vertreter und Verfechter einer kürzeren Behandlung waren zu ihrer Zeit allerdings nicht populär, und Alexanders Ansatz war unter seinen psychoanalytischen Zeitgenossen äußerst umstritten. Obwohl das dazu geführt hatte, daß von 1940 bis 1960 das Thema der Kurztherapie nicht mehr aufgegriffen wurde, haben diese Psychoanalytiker die Entwicklung der psychoanalytischen Kurztherapie in den folgenden Jahren entscheidend beeinflußt.

Ausgehend von Amerika, in einer für Psychotherapie aufgeschlosseneren Gesellschaft, und durch die Entwicklungen auf dem Gebiet der medikamentösen Behandlungsformen, wodurch lange Hospitalisierungen abnahmen, stiegen in den sechziger Jahren das Interesse und die Nachfrage für Psychotherapie an. Somit ergab sich auch für öffentliche Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge die Notwendigkeit, neue Modelle zu entwickeln, um dem wachsenden Bedarf an Psychotherapie gerecht werden zu können. Eine Reihe von Psychoanalytikern in den USA und Europa stellten sich dieser Herausforderung und setzten die Arbeit von Alexander und French fort: Balint und Malan, gemeinsam mit ihren Kollegen an der Tavistock Klinik in London, Wolberg am Postgraduate Center for Mental Health in New York, Mann und Sifneos in Boston und Davanloo und Straker in Montreal, Strupp an der Vanderbilt University in Nashville und Luborsky an der Medical School in Philadelphia. Im deutschsprachigen Raum sind vor allem die Arbeiten von Klüwer (1995) am Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt, von Thomä (1981) in Ulm, von Meyer in Hamburg, von Dührssen in Berlin, Houben in München sowie von Beck in Basel bekannt geworden (vgl. Leuzinger-Bohleber, 1985).

4. Wirksamkeit von psychoanalytischer Kurztherapie

Gesundheitspolitische, soziale und ökonomische Faktoren trugen in den letzten drei Jahrzehnten zum wieder aufkommenden Interesse an der psychoanalytischen Kurztherapie bei und führten zu einer vermehrten Aus-

¹ König (1998) schlägt vor, zur Abgrenzung gegenüber dem Begriff „Fokaltherapie“ den Ausdruck „fokussierte Therapie“ zu verwenden, wenn in einer psychoanalytischen (Kurz)therapie, die ein bis zwei Jahre dauern kann, auch mit der Technik der Fokussierung gearbeitet wird.

einandersetzung mit ihr. Der Trend zur Kurztherapie hat aber nicht nur wirtschaftliche und gesundheitspolitische Aspekte, auch innerhalb der Psychotherapieforschung hat die Kurztherapie einen wichtigen Platz eingenommen, da es aufgrund der überschaubaren Länge dieses Verfahrens leichter möglich ist, Prozesse und Ergebnisse in der Psychotherapie differenziert zu untersuchen und zu beschreiben. Dieses Interesse an der Kurztherapie zeigt sich auch an der großen Literaturmenge und kaum überschaubaren Zahl an empirischen Untersuchungen. Diese hier vollständig darzustellen würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Ich möchte mich daher hauptsächlich auf eine Zusammenfassung der neueren Forschungsergebnisse zur Kurztherapie von Messer und Warren (1995) beziehen, die in ihrem Buch eine ausgezeichnete und umfassende Übersicht zur psychodynamischen Kurzpsychotherapie geben.

4.1 Dosis-Effekt-Studien

Dosis-Effekt-Studien, die der Frage nachgehen: „Wie verhält sich die Dauer einer psychotherapeutischen Behandlung zum Erfolg?“, zeigen, daß die Besserung eine lineare Funktion des Logarithmus der Stundenzahl ist, oder einfacher ausgedrückt, daß die Besserung in den ersten Stunden verhältnismäßig größer ist und mit wachsender Stundenzahl langsamer anwächst. Nach 13 Sitzungen gelten ungefähr 55 bis 60% aller Patienten (nach einer Meta-Analyse von Howard et al., 1986; in Messer und Warren, 1995) als gebessert. Dieses Ergebnis ist auch insofern interessant, weil die Anzahl von 13 Sitzungen ungefähr dem Zeitlimit einiger Kurztherapiemethoden entspricht, wie z.B. der von James Mann, der eine Zeitbegrenzung von zwölf Stunden festgesetzt hat. Die Dosis-Effekt-Studien zusammenfassend kann man sagen, daß Kurztherapie für einen beträchtlichen Prozentsatz von Patienten hilfreich ist, aber auch, daß dieser Prozentsatz sich erhöht, je länger die Therapie dauert, und daß die Bandbreite und Tiefe der Veränderungen bei längeren Therapien größer ist. Man kann sagen, daß Kurztherapie hilfreich ist, aber auch, daß der Therapieerfolg mit der Anzahl der Sitzungen steigt und somit Langzeittherapie insgesamt erfolgreicher ist.

4.2 Meta-Analysen

Der Überblick über die Ergebnisse einiger Meta-Analysen zeigt recht widersprüchliche Ergebnisse. So berichtet Crits-Christoph (1992) in seiner Meta-Analyse über elf Studien von großen Erfolgen der psychoanalytischen Kurztherapie (PAK) gegenüber einer Warteliste; weiters von leichter Überlegenheit der PAK gegenüber nicht-psychiatrischer Behandlung (z.B. Selbsthilfegruppen, Drogenberatung oder Placebobehandlung) und von gleichen Effekten im Vergleich mit anderen Psychotherapieformen und medikamentöser Behandlung.

Die Meta-Analysen von Diguer et al. (1993) über 13 Studien und von Anderson und Lambert (1995) über 26 Studien brachten ähnliche Ergebnisse: Substantielle Überlegenheit der PAK gegenüber einer Warteliste, Vergleichbarkeit in der Effektivität gegenüber anderen Therapieformen; mit dem zusätzlichen Ergebnis, daß in

PAK erfahrene Psychotherapeuten größere Effekte erzielten.

Die Meta-Analysen von Svartberg und Stiles (1991) und Grawe et al. (1994) brachten allerdings eindeutig negativere Ergebnisse: Svartberg und Stiles (1991) fanden anhand von 19 Studien nur geringe Überlegenheit der PAK gegenüber einer Kontrollgruppe, die nach einem halben Jahr gänzlich verschwunden war, und im Vergleich mit anderen Therapieformen war die PAK signifikant unterlegen (insbesondere der kognitiven Verhaltenstherapie bei schweren Depressionen). Ein interessantes Ergebnis der Svartberg-Studie besagt, daß die von vornherein festgelegte Zeitbegrenzung in der psychodynamischen Kurztherapie effektiver ist als eine nicht festgelegte Zeitvereinbarung.

Grawe et al. (1994) fanden im Kontrollgruppenvergleich nur sehr selten signifikante positive Effekte (die weitgehend auf eine Symptomreduktion beschränkt blieben), sogar mitunter signifikante Verschlechterungen bei psychosomatischen Patienten und insgesamt ein deutlich schlechteres Abschneiden der PAK gegenüber Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie.

Da die Ergebnisse der Meta-Analysen im hohen Maße von den Auswahlkriterien der verwendeten Studien und deren Qualität abhängig sind, bringt ein genauere Blick auf die einzelnen Studien der oben zitierten Meta-Analysen eine gewisse Aufklärung über die diskrepanten Ergebnisse:

Grawe et al. (1994) unterscheiden sich deutlich von den anderen Meta-Analysen in der Aktualität ihrer verwendeten Studien. Sie zogen für ihre Meta-Analyse Studien aus den Jahren 1956 bis 1984 heran. Svartberg und Stiles (1991) beziehen sich auf Studien zwischen den Jahren 1978 und 1988, und Crits-Christoph (1992) verwenden ausschließlich Studien ab dem Jahr 1988.

Außerdem werden in der Meta-Analyse von Crits-Christoph (1992) nur Studien herangezogen, die eine spezifische Form von PAK verwenden (die in Form eines Therapiemanuals dargelegt ist), in denen die Behandlungen von in PAK erfahrenen Therapeuten durchgeführt wurden; im Unterschied zu der Meta-Analyse von Svartberg und Stiles (1991), die, relativ vage, Studien über Behandlungen mit psychoanalytischer Therapie, die weniger als 40 Sitzungen umfaßten, einschlossen. Grawe et al. (1994) machen keine Angaben über die Form der Kurztherapie und verwenden zahlreiche Studien mit in PAK unerfahrenen oder wenig erfahrenen Psychoanalytikern. Crits-Christoph (1992) weist darauf hin, daß Psychotherapeuten oder Psychoanalytiker, die ausschließlich in langfristigen und hochfrequenten Settings arbeiten, nur sehr langsam die Philosophie der Kurztherapie akzeptieren können.

Eine weitere Einschränkung ergibt sich daraus, daß sowohl von Svartberg und Stiles (1991) wie auch von Grawe et al. (1994) Studien verwendet wurden, in denen Patienten mit schweren Störungen wie z.B. psychosomatischen Störungen, Drogenabhängigkeit, schweren Depressionen und schweren Eßstörungen mit PAK behandelt wurden; alles Krankheitsbilder, die nach allgemeinem Wissensstand (wie auch noch später gezeigt werden soll), für die Behandlung mit psychoanalytischer Kurztherapie als ungeeignet gelten.

Diese Ergebnisse geben Hinweis darauf, daß es gewisse Einschränkungen in den Durchführungsbedingungen von PAK gibt: So scheint es für gute Behandlungsergebnisse notwendig zu sein, daß Psychoanalytiker in einer spezifischen Form von PAK ausgebildet sind und nicht nur über Erfahrungen in der Durchführung von langjährigen Psychoanalysen, sondern auch von Kurzbehandlungen verfügen (vgl. auch Laireiter, in diesem Heft). Weiters sollte die jeweilige Form der PAK gut vermittelbar sein und nicht nur eine verkürzte Form einer psychoanalytischen Behandlung darstellen. Ebenso zeigen die Ergebnisse der Meta-Analysen deutlich, daß die PAK nicht bei schweren Störungen, wie bei psychosomatischen Störungen, Drogenabhängigkeit, schweren Depressionen oder schweren Eßstörungen, indiziert ist.

4.3 Vergleichsstudien zwischen Kurzzeit- und Langzeittherapie

Koss und Butcher (1986) stellen in ihrem Überblick über die Kurztherapieforschung fest, daß die Unterschiede in der Effektivität zwischen Langzeit- und Kurzzeittherapie wenig ausgeprägt sind. Messer und Warren (1995) zitieren zahlreiche Untersuchungen, die zu dem gleichen Resultat kamen (Luborsky et al., 1975; Orlinsky und Howard, 1986; Koss und Shiang, 1994). Man kann anhand der Effektivitätsuntersuchungen nicht sagen, daß psychoanalytische Langzeittherapie der psychoanalytischen Kurztherapie eindeutig überlegen wäre. Piper et al. (1984) fanden in ihrem Vergleich verschiedener psychoanalytischer Behandlungsformen (Kurzzeit- und Langzeittherapie, jeweils im Einzel- und Gruppen-setting) heraus, daß die Langzeitgruppentherapie und die Kurzzeiteinzeltherapie den beiden anderen Behandlungsformen überlegen waren (in Messer und Warren, 1995).

4.4 Korrelationsstudien über Behandlungsdauer und Ergebnis

Die Frage, wie sich unterschiedliche Diagnosegruppen bei unterschiedlicher Behandlungsdauer verbessern, ergab, daß Patienten, die als depressiv oder ängstlich diagnostiziert wurden, sich schneller verbesserten als jene Patienten mit der Diagnose Borderline-Störung (aus der Meta-Analyse von Howard et al., 1986, in Messer und Warren, 1995). Ähnlich verbessern sich akute und chronische Symptome schneller als jene, die einer Charakterstörung zuzurechnen sind (Kopta et al., 1994, nach: Messer und Warren, 1995). Außerdem geht aus dieser Studie hervor, daß Patienten, wenn sie nicht als allzu feindselig, kalt oder mißtrauisch beschrieben werden, mit einer Kurztherapie besser geholfen werden kann.

Einige Untersuchungen scheinen auch zu zeigen, daß spezifische Verbesserungen in unterschiedlichen Therapiephasen stattfinden. So zeigen Maße wie „Wohlbefinden“ oder „Symptomerleichterung“ frühere Verbesserungen („Wohlbefinden“ verbessert sich deutlich innerhalb der ersten zwei Sitzungen, „symptomatische Verbesserung“ zeigt ebenfalls sehr bald

eine Veränderung, aber nicht ganz so dramatisch) als globale Maße wie „Lebensbewältigung“, „Arbeitsbewältigung“ oder „zwischenmenschliche Beziehungen“. Letztere zeigen spätere Veränderungen, und dies in einem geringeren Ausmaß als „Wohlbefinden“ oder „Symptomverbesserung“, verbessern sich aber auch innerhalb von 17 Sitzungen signifikant (vgl. Howard et al., 1993, zit. nach Messer und Warren, 1995).

4.5 Follow-up-Untersuchungen

Obwohl nur wenige Studien Follow-up-Untersuchungen durchführten, fanden Messer und Warren (1995) einige Studien, die dafür sprechen, daß Kurztherapiepatienten ihre Erfolge über die Zeit hinweg halten können (z.B. Gelso und Johnson, 1983; Landman und Dawes, 1982; Nicholson und Berman, 1983).

Es gibt allerdings auch Studien, die aussagen, daß ein relativ hoher Prozentsatz der Kurztherapiepatienten nach dem Therapieende nach weiterer Therapie verlangt (z.B. Budman et al., 1982; Patterson et al., 1971, in Messer und Warren, 1995). Gelso und Johnson (1983) fanden heraus, daß von den Patienten des Maryland Beratungszentrums nach 1 bis 1½ Jahren 48% der Patienten nach einer Acht-Stunden-Psychotherapie, aber nur 23% nach einer unbefristeten Psychotherapie wieder in das Beratungszentrum zurückkehrten.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die meisten Studien dafür sprechen, daß die psychoanalytische Kurztherapie ein wirksames Verfahren ist, das in seiner Effektivität anderen Kurztherapieverfahren vergleichbar scheint (mit Ausnahme der kognitiven Verhaltenstherapie bei schweren Depressionen). Die Unterschiede in der Effektivität zwischen Langzeit- und Kurzzeittherapie scheinen wenig ausgeprägt zu sein, wobei die Langzeittherapie größere und breitere Veränderungen erzielt und bei schweren Störungsbildern sowie bei „schwierigeren“ Patienten erfolgreicher ist. Kurztherapie scheint anhaltende Veränderungen zu bewirken, wobei ein relativ hoher Prozentsatz von Patienten weitere Therapie benötigt; das heißt, daß die PAK für viele Patienten auch eine Selektion und Vorbereitung für Langzeittherapie darstellt. Eine Einschränkung in der Effektivität der PAK ergibt sich bei zunehmendem Schweregrad der Störung der behandelten Patienten. So ist die PAK nicht indiziert bei schweren Persönlichkeits- und Charakterstörungen sowie bei Patienten mit einer massiven Abhängigkeits- oder Suchtproblematik. Weiters scheint der Erfolg der Kurztherapie auch davon abzuhängen, ob der behandelnde Psychotherapeut oder Psychoanalytiker in einer spezifischen Form von PAK ausgebildet ist und über Erfahrungen in der Durchführung von Kurzbehandlungen verfügt.

5. Heutige Formen psychoanalytischer Kurztherapie

Heute existiert bereits eine Vielzahl von verschiedenen Behandlungskonzepten in der psychoanalytischen Kurztherapie. Koss und Butcher (1986) stellen fest, daß unter den vielen anderen Behandlungsverfahren in der Kurzzeitpsychotherapie die psychodynamischen Ansätze am zahlreichsten sind, sodaß ich mich hier darauf beschrän-

ken werde, einige der bekanntesten Kurztherapiekonzepte, auf denen auch die meisten Weiterentwicklungen im deutschen Sprachraum basieren, vorzustellen.

Ich möchte mich dabei auf die von Messer und Warren (1995) getroffenen Unterscheidungen der verschiedenen Behandlungstechniken nach ihrer jeweiligen theoretischen Ausrichtung beziehen und die selbstpsychologische Weiterentwicklung der Balint'schen Fokaltherapie von Ornstein und Ornstein (1997) als weitere Unterscheidung hinzufügen:

1. Ansätze nach dem Trieb/Struktur-Modell: Malan (1963), Davanloo (1980) und Sifneos (1972),
2. beziehungsorientierte (relationale) Ansätze: Luborsky (1988) und Strupp und Binder (1993),
3. integrativer Ansatz: Mann (1978),
4. selbstpsychologischer Ansatz: Ornstein und Ornstein (1997).

5.1 Ansätze nach dem Trieb/Struktur-Modell

Die neue Ära der psychodynamischen Kurztherapie begann in den sechziger Jahren mit der Arbeit von Habib Davanloo, David Malan und Peter Sifneos. Jeder dieser Psychiater arbeitete in einem anderen Land (Kanada, England und USA) und versuchte die Methode der Psychoanalyse auf die Therapie von Patienten, die für eine kurze Behandlung geeignet erschienen, anzuwenden. Sie trafen sich ab Anfang 1970 regelmäßig zu Tagungen und zeigten und analysierten Videobänder ihrer kurzpsychotherapeutischen Behandlungen.

Allen drei Ansätzen ist gemeinsam, daß sich der Fokus um einen unbewußten (Trieb-)Konflikt zentriert, wie er sich in der Übertragungsbeziehung manifestiert. Ziel ist, daß der Patient Einsicht in den fokalen Konflikt erlangt. Dies erfordert eine große Aktivität des Therapeuten, um auch vage Manifestationen der Übertragung deuten und mit aktuellem oder vergangenem Material verknüpfen zu können. Unter den drei Autoren ist Malan (1963) der psychoanalytischen Standardtechnik am nächsten. Für Patienten, die eher fokussiert erzählen können, meint er, nicht von der Standardtechnik abweichen zu müssen. In den meisten Fällen muß der Therapeut aber den Patienten aktiver, mit den Mitteln der „selektiven Deutung“, „selektiven Aufmerksamkeit“ und „selektiven Vernachlässigung“ durch die Therapie leiten, das heißt, daß alles, was nicht im Fokus enthalten ist, unberührt bleibt und somit die deutende Aktivität auf das Gebiet des gewählten Fokus beschränkt bleibt.

In Davanloos Modell (Davanloo, 1980) steht die sehr frühe Fokussierung auf Widerstand und Abwehrorganisation des Patienten im Mittelpunkt. Seine Technik bei der Arbeit mit Charakterneurosen lehnt sich eng an die Vorstellungen von Wilhelm Reich über die Charakterpanzerung an. Dabei geht Davanloo, anders als Malan (1963), die Widerstände aktiv und konfrontierend an. Der Therapeut verschafft sich von Anfang an eine dominierende Position, die der Patient akzeptieren muß. Dabei werden die heftigen Affekte des Patienten in Kauf genommen und als Übertragungsphänomen verstanden.

Sifneos' Konzept (Sifneos, 1972) baut sich v.a. um die Fokussierung eines ödipalen Konfliktes auf. Übertragung und Widerstände werden im Hinblick auf diesen Fokus rasch und konfrontativ angegangen. Seine Methode gilt auch als suggestiv, da jede Möglichkeit einer Übertragungsdeutung im Rahmen des ödipalen Fokus wahrgenommen wird (Heim et al., 1990).

Die Indikation betreffend, suchen Malan (1963) und Sifneos (1972) relativ gesunde Patienten aus. Sie setzen Intelligenz, Motivation, Fähigkeit zur Introspektion und genügend Ich-Stärke voraus. Davanloo (1980) behandelt mit seiner Methode auch schwerer gestörte Patienten mit einer rigiden Charakter- oder Zwangsstruktur, die primär nicht für eine Kurztherapie geeignet erscheinen. Über Probedeutungen findet er heraus, wie der Patient reagiert: Wenn der Patient mit starker Angst, Verwirrung oder paranoid auf seine Deutungen antwortet, wird Davanloo unterstützender und schließt den Patienten von einer Kurztherapie aus.

Vom zeitlichen Umfang umfassen Malans und Davanloos Ansatz ca. 15–30 Sitzungen, Sifneos' Ansatz umfaßt ca. 12–16 Sitzungen. Alle drei Autoren haben sich in verschiedenen empirischen Untersuchungen bemüht, die Wirksamkeit ihres Modells zu validieren. Vereinfacht zusammengefaßt kann gesagt werden, daß jede der oben beschriebenen Therapieformen gute Erfolge für ausgewählte Kurztherapiepatienten bringt. Messer und Warren (1995) führen jedoch verschiedene methodische Probleme an, die die Aussagekraft der Studien, ihre Effektivität betreffend, bedenklicherweise etwas einschränken.

5.2 Beziehungsorientierte Ansätze

Man kann sagen, daß die Autoren, die Messer und Warren (1995) dem relationalen Ansatz zuordnen, mit unterschiedlicher Gewichtung Freud'sche Konzeptionen mit neueren Entwicklungen in der Objektbeziehungstheorie und der Systemtheorie verbinden. Demnach verstehen die Vertreter dieses Ansatzes – anders als die Vertreter des Trieb/Struktur-Ansatzes, die ausschließlich intrapsychische Konflikte untersuchen – den Fokus als ein interpersonales Problem. Das Behandlungskonzept ist primär auf die dyadische Beziehung zwischen Therapeut und Patient ausgerichtet, in der das Verhalten der beiden Beteiligten immer wieder aufmerksam untersucht wird. Als kurative Faktoren gelten vor allem korrektive Aspekte der therapeutischen Beziehung und des Settings.

Strupp und Binder (1993) gehen von der Hypothese aus, daß durch frühere Schwierigkeiten mit wichtigen Bezugspersonen zwischenmenschliche Beziehungsmuster entstanden sind, die ursprünglich eine Selbstschutzfunktion hatten, später aber anachronistisch und scheiternsfixiert sind und von einer Fehlanpassung zeugen. Sie analysieren „in erster Linie, inwieweit sich subjektive Verhaltensweisen, mit denen der Patient auf frühere Erlebnisse (insbesondere Kindheitserlebnisse) reagiert hat, (sich) immer noch tiefgehend auf seine Beziehungen auswirken“ (zit. nach Strupp und Binder, 1993, S. 51). Luborsky (1988) geht davon aus, daß in jedem Patienten ein die zwischenmenschlichen Bezie-

hungen dominierender unbewußter Wunsch oder Bedürfnis existiert. Diese unbewußte Erwartungshaltung veranlaßt den Patienten einerseits selbst zu bestimmten Reaktionen (response from the self), andererseits ruft er damit bei angesprochenen Beziehungspartnern bestimmte Reaktionen hervor (responses from the object). Luborsky nennt diesen Grundkonflikt das „Zentrale Beziehungskonfliktthema“ (CCRT – core conflictual relations theme), welches den Fokus in der (Kurz-)Psychotherapie darstellt. Ein Beispiel für solch einen Fokus könnte folgendermaßen lauten: *„Ich will mich mitteilen und Gehör finden und mit anderen wetteifern können und besser sein als sie. Ich kann einen solchen Wunsch aber nicht ertragen, weil ich mich dann schuldig fühle (Reaktion des Selbst), und die anderen können ihn wegen ihrer Verletzlichkeit und Depressivität nicht ertragen“* (Reaktion von anderen) (Luborsky, 1988, S. 124).

Anders als die Vertreter des Trieb/Struktur-Ansatzes, die besonderes Augenmerk auf die Selektion passender Patienten für ihre Behandlung richten, legen die Vertreter des relationalen Ansatzes mehr Gewicht auf die Persönlichkeit des Therapeuten sowie auf das interpersonale Feld, wie es sich in der therapeutischen Beziehung zwischen Therapeut und Patient entfaltet. Es werden keine speziellen Indikationskriterien definiert, mit der Einschränkung, daß psychotische Patienten von einer Kurztherapie ausgeschlossen bleiben.

Diese Ansätze zeichnen sich durch intensive Forschungstätigkeit aus, die allerdings nicht speziell dem Entwurf eines Kurztherapieansatzes gewidmet ist, sondern sich generell mit der Entwicklung und Erforschung von (zeitlich begrenzter) psychoanalytischer Psychotherapie beschäftigt, wodurch diesen Ansätzen die Auseinandersetzung mit den speziellen technischen Fragen der zeitlichen Limitierung fehlt. Die zeitliche Begrenzung der Therapie bewegt sich zwischen 20 und 30 Sitzungen bei Strupp und Binder (1993) bzw. zwischen 6 und 25 Sitzungen bei Luborsky (1988).

Die beiden Vertreter dieser Richtung konnten in zahlreichen Untersuchungen die Effektivität ihres Ansatzes unter Beweis stellen und haben darüber hinaus in den letzten zwei Jahrzehnten wesentliche Beiträge zur Erforschung des Zusammenhangs zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg geleistet.

5.3 Integratives psychoanalytisches Modell von James Mann

Zur Veranschaulichung der praktischen Umsetzung von psychoanalytischer Kurztherapie möchte ich das *Mannsche* Konzept (Mann, 1978) der zeitbegrenzten Psychotherapie etwas eingehender beschreiben und abschließend mit einem Fallbeispiel aus meiner Praxis illustrieren. Der Ansatz von James Mann repräsentiert ein integratives Modell, weil es psychoanalytische Konstrukte aus Triebtheorie, Ichpsychologie, Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie in sich vereint.

Mann (1978) entwickelte ein Modell, das dem Phänomen der Zeit und seiner unbewußten Abbildung als Sehnsucht nach Unbegrenztheit und Unendlichkeit besondere Bedeutung zumißt. Seiner Vorstellung nach

entspringen viele emotionale Konflikte des Patienten aus dem inneren Kampf zwischen dem unbewußten Wunsch nach unbegrenzter Zuwendung und Liebe und dem sich entwickelndem Wissen um die Begrenztheit von Zeit und Wunscherfüllung.

Die Besonderheit seines Modells ist die strikte Zeitbegrenzung auf zwölf Stunden. Diese strikte Beschränkung hat dazu geführt, daß er den Therapieprozeß und -fortschritt besser verstehen lernte und die besondere dynamische Bedeutung der zeitlichen Begrenzung für den gesamten Therapieverlauf herausarbeiten konnte. Mann fand heraus, daß auch die Kurztherapie einem typischen Prozeß folgt, der durch bestimmte Themen charakterisiert ist: Es gibt eine Anfangsphase, die gekennzeichnet ist vom (unbewußten) Wunsch des Patienten nach unendlicher Zuwendung und Zeit, meist von positiver Übertragung zum Therapeuten getragen und mit spontaner Symptomverbesserung verbunden. Im Mittelteil stehen dann die Enttäuschung, daß auch ein wohlgesonnener Therapeut seine Grenzen hat, und Zweifel an der begrenzten therapeutischen Arbeit und Beziehung im Vordergrund. In der Endphase der Kurztherapie wird auf die bevorstehende Trennung vom Therapeuten fokussiert, wodurch frühere Trennungsergebnisse des Patienten wiederbelebt werden, mit dem Ziel, eine gesündere Trennungserfahrung zu fördern.

Weiters legt Mann in seinem Kurztherapiekonzept besonders großen Wert auf die genaue Bestimmung und Formulierung des Fokus („central issue“), der sich meist in einem der von ihm definierten vier Grundkonflikten wiederfinden läßt: 1. Abhängigkeit versus Unabhängigkeit, 2. Passivität versus Aktivität, 3. Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls versus vermindertes Selbstwertgefühl und 4. Bewältigung von Trennung und Objektverlust.

In seiner Fokusformulierung versucht Mann die Gefühle des Patienten und auch die Anpassungsleistungen, wie der Patient in seinem bisherigen Leben mit den widrigen Umständen zurechtgekommen ist, in die Formulierung miteinzubeziehen. Um die Ausformulierung eines solchen Fokus zu veranschaulichen, möchte ich hier ein Beispiel für einen Fokus zum Konflikt „Autonomiebestrebung versus Anlehnungsbedürfnis“ (mit dem Affekt der Enttäuschung) aus meiner eigenen Praxis anführen:

„Sie mußten aufgrund Ihrer Geschichte schon früh lernen, mit schwierigen Situationen alleine zurechtzukommen, und haben das sehr gut gemeistert, indem Sie immer aus Ihren eigenen Ressourcen geschöpft haben. Dadurch haben Sie aber auch auf Anlehnung und Unterstützung verzichtet und sind sehr enttäuscht, daß Sie bis jetzt so alleine durchs Leben gehen mußten.“

Bei Mann (1978) wird, wenn der Patient mit ihm in der Fokusformulierung übereinstimmt (bei Nichtübereinstimmung müßte gegebenenfalls der Fokus um- oder neuformuliert werden), das Therapiearrangement erläutert und die zwölf Termine vereinbart. Die Termination ist somit während der ganzen Therapie präsent und wird in jedem Fall ungefähr ab der 9. Sitzung, wenn nicht vom Patienten angesprochen, vom Therapeuten aufgegriffen.

Mann setzt für seinen Kurztherapieansatz eine ausreichende „Ich-Stärke“ voraus, die die Fähigkeit des Patienten, sich rasch emotional zu engagieren und sich anschließend rasch affektiv lösen zu können, umschreiben soll. Borderline-, psychotische und schwer depressive Patienten schließt Mann von seiner Kurztherapie aus. Das Setting sieht die strikte Begrenzung auf zwölf Therapiestunden vor, vier bis fünf Monate nach Therapieende gibt es noch ein Nachgespräch.

Zu Manns (1978) Kurztherapie gibt es von Shefler et al. (1995, zit. nach Messer und Warren, 1995) eine kontrollierte Erfolgsstudie, die beeindruckende Ergebnisse über signifikante Verbesserungen zeigt. Diese Ergebnisse konnten auch in einer Sechs- und Zwölf-Monats-Katamnese nachgewiesen werden. Für diese Untersuchung wurden allerdings Patienten ausgewählt, die über ein besonderes Maß an „Ich-Stärke“ verfügten, ein klar umschriebenes Problem aufwiesen und ihre Gefühle ausdrücken konnten.

Fallbeispiel für eine psychoanalytische Kurztherapie nach dem Ansatz von James Mann

Herr X, ein 23-jähriger Medizinstudent, den ich in meiner Tätigkeit an einer psychologischen Beratungsstelle für Studierende sah, klagte über mannigfaltige, diffuse psychische Beschwerden. Obwohl er mit Auszeichnung maturiert hatte, wäre er jetzt in seinem Studium völlig „abgesackt“, hätte ein Jahr mehr oder weniger depressiv im Bett verbracht, keine Sozialkontakte aufgebaut und wäre von masochistischen Sexualphantasien geplagt und irritiert. Er beschrieb exzessive abgehobene Tagträume, in denen er sich seine Zukunft als angesehenen und reichen Arzt ausmalte, der Häuser in Paris und London besaß. Wollte er lernen, wurde er allerdings von intensiv ausgemalten Phantasien abgelenkt, in denen er in einem Rennauto gekonnt die schwierigsten Manöver lenkte.

Beeindruckt von Herrn Xs Symptomatik, die mich auf eine schwerwiegendere (narzißtische) Störung schließen ließ, führte ich mit ihm drei Erstgespräche durch, um herauszufinden, ob nicht doch eine längere Therapie indiziert wäre. Ich erfuhr viel von seiner schwierigen Beziehung zu seinem Vater, der den jüngeren Bruder immer bevorzugt hatte und Herrn X nie Lob oder Anerkennung zukommen ließ, sondern im Gegenteil sich ihm gegenüber sehr aggressiv und abwertend verhielt.

Ich verstand die Phantasien als Versuch, sein durch den Vater massiv gestörtes narzißtisches Gleichgewicht wiederherzustellen. Da ich einen guten Kontakt zu Herrn X hatte und auch von seinen Ressourcen (gute frühere Anpassung, hervorragende Schulleistungen, anfänglich gutes Zurechtkommen in einer fremden Stadt und im Studium) überzeugt war, schlug ich dem Klienten eine Kurztherapie mit folgendem Fokus vor:

„Seit jeher bemühen Sie sich, die Aufmerksamkeit und Anerkennung Ihres Vaters zu gewinnen, und haben dafür auch große Leistungen erbracht; daß der Vater Ihre Bemühungen nicht sieht und Sie darüber hinaus massiv abwertet, veranlaßt Sie zu einer insgeheimen Mordswut, die Sie allerdings vorwiegend gegen sich selbst richten.“

Der Klient akzeptierte den Fokus und meinen Vorschlag, dieses Thema zwölf Sitzungen lang zu bearbeiten, wobei der Klient wider Erwarten sehr „reif“ mit der zeitlichen Limitierung umging und bei der Vereinbarung der zwölf Termine darauf achtete, daß der letzte Therapietermin nach einem für ihn wichtigen Prüfungstermin festgelegt wurde.

Herr X reagierte sehr erleichtert, daß ich ihm offenbar zutraute, sein Problem innerhalb kurzer Zeit zu lösen; die depressive Symptomatik verlor innerhalb der ersten Sitzungen an Bedeutung, und er beschäftigte sich eingehend damit, wie er sich selbst abwertete und als faul und nichtsnutzig erlebte. Er nahm sein Medizinstudium wieder auf und belegte auch noch

zusätzlich Lehrveranstaltungen in Jus. Wir besprachen den Zusammenhang zu den Erbrechtsstreitigkeiten des Vaters, und der Klient erkannte, daß er sich kundig machen wollte, um den Vater zu beeindrucken. Innerhalb der nächsten Sitzungen sah der Klient, daß sein Vater ihn überhaupt nicht ernst nahm, und er entdeckte seine intensiven Haßgefühle auf den Vater. Herr X erinnerte sich nun an viele Kränkungen von seiten des Vaters, z.B., daß er seine Auszeichnung bei der Matura als selbstverständlich abtat und ihm keinerlei Lob zukommen ließ, und wie sehr er sich sein Leben lang bemüht hatte, für seine Leistungen, schulischer, aber auch handwerklicher Natur, Anerkennung von seinem Vater zu erlangen. Da er Zugang zu seinen aggressiven Gefühlen dem Vater gegenüber fand, gelang es dem Klienten auch bald, sich gegenüber den unangemessenen Forderungen des Vaters besser abzugrenzen und ihn bei seinen Abwertungen in die Schranken zu weisen. Die sexuellen Phantasien, in denen er die Demütigungen des Vaters „verarbeitete“ und sein narzißtisches Gleichgewicht wiederherzustellen versuchte, nahmen ab und wurden für ihn weniger beunruhigend, sobald er mit sich zufriedener war und wieder Leistungen in seinem Studium erbrachte. In den letzten Therapiestunden bearbeitete der Klient über die Beendigung der Therapie und den damit verbundenen Abschied von mir, die abrupte und unerwartete Trennung von seiner Mutter, die nach der Scheidung den Kontakt zu den Kindern vorübergehend völlig abbrach.

Auf seinen Wunsch vereinbarten wir – statt einem – zwei Nachtermine im Abstand von jeweils vier Monaten, bei denen sichtbar und spürbar wurde, wie seine begonnene Entwicklung weiterlief. Er berichtete von seinen Erfolgen im Studium (über eine Famulatur hatte er den gefürchteten Kontakt mit Patienten erfolgreich und zufriedenstellend aufgenommen), daß er Kontakte im Studentenheim aufgebaut hatte und auch mit Mädchen ausging, was ihm bis jetzt aufgrund seiner sexuellen Phantasien zu große Angst bereitete.

5.4 Der Selbstpsychologische Ansatz von Ornstein und Ornstein

Der Ansatz von Ornstein und Ornstein (1997) stellt die selbstpsychologische Weiterentwicklung (nach Heinz Kohut) der Balintschen fokalen Psychotherapie dar. In den fünfziger Jahren arbeitete Balint mit Malan an der Tavistock-Klinik zusammen, bevor er sich von der Gruppe um Malan distanzierte und später seinen eigenen Ansatz der fokalen Psychotherapie entwickelte, in dessen letzte Fassung auch P. Ornstein involviert war (Balint et al., 1972).

Gemeinsam mit seiner Frau Anna hat Paul Ornstein den Prozeß des Fokus-Findens differenzierter herausgearbeitet und den Balintschen Ansatz um zentrale selbstpsychologische Aspekte erweitert. So differenzieren die Autoren, im Unterschied zu Balints Ansatz und zu vielen anderen gängigen Kurztherapieverfahren, zwischen einer technisch orientierten und einer prozeßorientierten Behandlung. Sie weisen darauf hin, daß jedes Zusammentreffen zwischen Therapeut und Patient unvermeidbar eine Reihe von inneren Erfahrungen hervorruft, im Sinne der gegenseitigen Wahrnehmung, und daß vielmehr die Art und Weise der Wahrnehmung und des Erlebens des Therapeuten seine Reaktionen determiniert als eine vorgegebene Technik.

So unterscheiden sich die Autoren auch im Zugang zum Fokus von anderen eher technisch orientierten Kurztherapieverfahren. Der Zugang zur Suche nach dem Fokus liegt in der „komplizierten Führung eines

therapeutischen Dialoges, der den Patienten in einer akzeptierenden, nicht wertenden Atmosphäre in introspektives Reflektieren und Kommunizieren einbindet – die durch ein empathisches Eintauchen in das innere Erleben des Patienten ermöglicht wird“ (Ornstein und Ornstein, 1997, S. 131).

Als konzeptuelle Untermauerung für das Definieren und Finden eines Fokus haben Ornstein und Ornstein (1997) ein Modell von drei Persönlichkeitsschichten entworfen:

- Die innerste Schicht stellt den Kern der Persönlichkeit („Kernselbst“) sowie den Kern der Psychopathologie des Patienten („Defizit des Kernselbst“) dar.
- Die mittlere Schicht stellt das lebenslange Bemühen des Patienten dar, mit seinen Problemen umzugehen (defensive oder adaptiv-beschützende Schicht der Persönlichkeit).
- Die äußerste Schicht stellt die gegenwärtigen Probleme dar; den Zusammenbruch einiger der defensiv beschützenden Bereiche der Persönlichkeit.

Ein erfolgreicher Fokus ist jener, der alle drei Schichten der Persönlichkeit umfaßt, also bis auf den Grund des präsentierten Problems vordringt, Verstehen und Erklären der Gründe für das gegenwärtige Problem beinhaltet und auch lebenslange Probleme berührt (vgl. Ornstein und Ornstein, 1997).

Für Ornstein und Ornstein (1997) liegen Psychoanalyse, psychoanalytische Psychotherapie und fokale Psychotherapie auf einem Kontinuum und stellen keinen Widerspruch dar, solange der Therapeut dieselbe Theorie der Persönlichkeitsentwicklung, Psychopathologie und der Heilung in allen drei Therapieformen verwendet und vorherrschend die Methode des Verstehens und Erklärens benützt.

Die Autoren machen keine Angaben über die zeitliche Begrenzung bzw. Dauer ihres Kurztherapieansatzes. Ein präsentiertes Fallbeispiel zeigt jedoch, daß die durchgeführte Behandlung 14 Sitzungen umfaßte.

6. Wirkfaktoren der psychoanalytischen Kurztherapie

Wie die Wirksamkeitsstudien der vorgestellten psychoanalytischen Kurztherapiemethoden, aber auch die Ergebnisse anderer Kurztherapiemethoden gezeigt haben, sind die einzelnen Methoden, so unterschiedlich sie auch in der zugrundeliegenden Theorie und in ihrer therapeutischen Technik sein mögen, weitgehend erfolgreich. Auf die Frage, was denn wirksam bzw. was das Gemeinsame dieser Methoden sei, verweisen Koss und Butcher (1986) auf folgende Charakteristika, die den meisten kurztherapeutischen Verfahren gemeinsam sind:

- rasches Herstellen einer zwischenmenschlichen Beziehung,
- prompt erfolgende Intervention,
- frühzeitige Erhebung der Problematik,
- das Umgehen des Therapeuten mit zeitlichen Begrenzungen,
- Einschränkung der therapeutischen Ziele,
- ein direktiveres Verhalten des Therapeuten,

- Konzentration des therapeutischen Inhalts auf einen dynamischen Fokus oder ein dynamisches Thema,
- Ventilation oder Katharsis,
- Flexibilität in der Wahl der Technik.

Ich möchte im folgenden einige Charakteristika, von denen ich meine, daß sie für die psychoanalytische Kurztherapie von besonderer Bedeutung sind, herausgreifen und näher betrachten:

6.1 Rasches Herstellen einer zwischenmenschlichen Beziehung

Eine positive Übertragung und die Hoffnung des Patienten, daß der Therapeut ihm bei seinen Problemen helfen wird, ist sicher am Zustandekommen eines positiven Therapieergebnisses in der Kurztherapie von herausragender Bedeutung. Daß sich solch eine Übertragung *rasch* etablieren kann, stellt andere Bedingungen an Patient und Therapeut, als dies in langjährigen oder hochfrequenten Psychoanalysen der Fall ist, wo von beiden Seiten die Gewißheit, (scheinbar) unbegrenzte Zeit zur Verfügung zu haben, vorherrschend ist. Auf Seiten des Patienten setzt das sicher ein relatives Fehlen schwerwiegender Persönlichkeitsprobleme und allzu großer Feindseligkeit voraus. Um rasch eine positive Übertragung herstellen zu können, muß der Patient in seiner Geschichte, wie chaotisch, destruktiv oder schmerzlich sie auch verlaufen sein mag, doch auch auf die Erfahrung zumindest einer positiven Beziehung zurückgreifen können. Sifneos (1972) spricht von mindestens einer „bedeutungsvollen Beziehung“ in der Vergangenheit und Strupp und Binder (1984) setzen „Basisvertrauen“ als Voraussetzung für psychodynamische Kurztherapie voraus. Auf Seiten des Therapeuten erfordert dies die Bereitschaft (und auch Fähigkeit), sich auf kurze intensive therapeutische Beziehungen und häufige Trennungen einzulassen.

Aber es sind nicht nur Patienten- und Therapeutenvariablen, die für Behandelbarkeit, Prognose und Ergebnis ausschlaggebend sind, sondern es ist auch der dyadischen Natur der therapeutischen Unternehmung Rechnung zu tragen. So scheint das „Zusammenpassen“ („personal fit“) von Therapeut und Patient, „wie sich Patient und Therapeut ‚vertragen‘, für die Auswahl und Indikation einer Kurzbehandlung wichtiger zu sein als die Natur der Psychopathologie oder (bis zu einem gewissen Grad) deren chronische und ernstliche Ausprägung“ (Ornstein und Ornstein, 1997, S. 129). Dies scheint sich auch in unterschiedlichen Untersuchungen zu bestätigen: Strupp und Binder (1993) fanden heraus, daß die frühe Etablierung einer positiven therapeutischen Beziehung ein wichtiges Kriterium für die Vorhersage von Therapieerfolg ist. Im speziellen zeigte sich, daß die Therapie eher dann erfolgreich zu sein scheint, wenn sich der Patient bis zur dritten Sitzung vom Therapeuten akzeptiert, verstanden und gemocht fühlt. Luborsky et al. (1975) konnten beobachten, daß der Faktor „helping alliance“, das heißt, ob der Patient den Therapeuten und die therapeutische Beziehung als hilfreich erlebt, ein verlässlicher prognostischer Faktor für den Therapieerfolg ist.

6.2 Das Umgehen des Therapeuten mit zeitlichen Begrenzungen

Entscheidend für den Erfolg der Kurzverfahren scheint die Ankündigung der Zeitbegrenzung des Therapievorhabens innerhalb der ersten Sitzungen zu sein. Das Wissen des Patienten über die begrenzte Zeit indiziert bereits wichtige therapeutische Ziele: Es konfrontiert den Patienten mit der (Arbeits-)Realität; seine Zuversicht in eine Besserung erhöht sich, weil der Therapeut ihm offenbar diese Verbesserung in einer relativ kurzen Zeit zutraut, das Wissen um die begrenzte Zeit sorgt daher für einen angemessenen Rahmen von Zielen, was Therapie leisten und nicht leisten kann (Koss und Butcher, 1986; vgl. auch Laireiter, in diesem Heft).

Durch die anfängliche Zeitbegrenzung zeichnet sich auch eine klare Struktur von Anfang, Mitte und Ende der Behandlung ab, wobei neben dem definierten psychodynamischen Fokus der Faktor Zeit als „Nebenfokus“ immer mitläuft. Einige Untersuchungen sprechen dafür, daß die anfangs festgelegte Zeitbegrenzung effektiver ist als die nicht festgelegte Zeitvereinbarung (Svartberg und Stiles, 1991). Eine Untersuchung der Drop-out-Raten an einer psychiatrischen Klinik (Sledge et al., 1990), wo psychoanalytische Langzeittherapien, Manns zeitlimittierter Kurztherapieansatz und andere Formen nicht klar terminisierter Kurztherapien miteinander verglichen wurden, ergab, daß die Drop-out-Rate bei Manns zeitbegrenzter Psychotherapie nur 32 % betrug, was ungefähr der Hälfte der Drop-out-Raten der anderen Therapieformen entsprach. Dieses Ergebnis scheint dafür zu sprechen, daß das Festsetzen einer Zeitgrenze für Patienten (in ähnlichen klinischen Settings) eher hilfreich ist, die Therapievereinbarung einzuhalten.

Das Umgehen mit der begrenzten Zeit setzt auch gleichzeitig das Umgehen mit begrenzten Zielen voraus, was für manche Psychoanalytiker unzufriedenstellend sein mag. In der Langzeittherapie kann der Therapeut die angestrebten Veränderungen seiner Patienten beobachten und bis zum Ende der Therapie begleiten und durcharbeiten. In der Kurztherapie wird hingegen ein Veränderungsprozeß in Gang gesetzt, der mit dem Ende der Kurztherapie noch nicht abgeschlossen ist. Die Lösung eines bestimmten Konfliktes, Veränderungen in den zwischenmenschlichen Beziehungsmustern, ein besseres Verständnis der eigenen Situation oder ein verbessertes Selbstwertgefühl geben nach dem Therapieende den Anstoß zu weiteren Veränderungen. In einer Studie von Svartberg und Stiles (1993) konnte nachgewiesen werden, daß auch noch 24 Monate nach Therapiebeendigung weitere Veränderungen stattfanden.

6.3 Konzentration des therapeutischen Inhalts auf einen dynamischen Fokus oder ein dynamisches Thema

Das Finden und Beibehalten eines dynamischen Fokus ist der wichtigste und auch anspruchsvollste technische Aspekt in der psychoanalytischen Kurztherapie, wobei je nach unterschiedlicher theoretischer Ausrichtung mehr auf einen intrapsychischen Triebkonflikt oder eher auf ein interpersonales Problem fokussiert wird. Der Fokus sollte schon am Anfang des Therapieverlaufs

festgelegt werden; Interventionen und Deutungen liegen dann immer entlang der Linie des Fokus. Oft bezieht sich der Fokus auf ein gegenwärtiges Problem, er sollte jedoch auch chronische oder lebenslange Probleme berühren, die sich meist wie ein roter Faden durch das Leben des Patienten ziehen. Die verschiedenen Ansätze in der psychoanalytischen Kurztherapie unterscheiden sich nicht nur durch ihre theoretische Ausrichtung, sondern auch durch ihren Umgang mit dem Fokus. In den fokussierten (Kurz)therapien² wird zwar vom Therapeuten ein Fokus definiert, aber dem Patienten nicht mitgeteilt. Klüwer (1995) meint, daß der Patient im Optimalfall am Ende der Therapie den Fokus selbst ausspricht. In den Fokaltherapien² (z.B. bei Malan oder Mann), die ca. zwölf bis 20 Sitzungen umfassen, wird der Fokus im Sinne einer umfassenden Deutung am Beginn der Kurztherapie für den Patienten formuliert und seine Übereinstimmung mit dem Fokus überprüft. In einer Reihe von Untersuchungen wurde herausgefunden, daß es möglich ist, zuverlässige dynamische Foci auf der Basis von Erstinterviews mit hoher Übereinstimmung zwischen den Beurteilern herauszufinden (Crits-Christoph, 1988; Horowitz et al., 1989), und daß die Formulierung des Fokus das Ergebnis einer Kurztherapie wesentlich zu verbessern scheint (Messer und Warren, 1995).

7. Zusammenfassung und Diskussion

Die psychoanalytische Kurztherapie ist eine relativ neue Psychotherapieform, die nicht zuletzt wegen der steigenden Nachfrage nach Psychotherapie in den letzten drei Jahrzehnten (weiter)entwickelt wurde, um psychoanalytische Therapie auch jenen Patienten zugänglich zu machen, die weniger privilegiert sind und sich keine langjährige, kostenintensive psychoanalytische Behandlung leisten können.

Die neuesten Ergebnisse der Psychotherapieforschung zeigen, daß diese Entwicklung erfolgreich war und die psychoanalytische Kurztherapie eine eigenständige, effiziente und hilfreiche Psychotherapieform ist (trotz einiger sehr kritischer Studien, wie z.B. von Grawe et al. (1994), überwiegen dennoch jene Untersuchungen, die der psychoanalytischen Kurztherapie positive Ergebnisse zuschreiben). Die Ergebnisse einiger Studien sprechen aber auch dafür, daß es Einschränkungen in den Durchführungs-Bedingungen der PAK gibt: So scheint es für gute Behandlungsergebnisse notwendig zu sein, daß Psychoanalytiker in einer spezifischen Form von PAK ausgebildet sind und nicht nur über Erfahrungen in der Durchführung von langjährigen Psychoanalysen, sondern auch von Kurzbehandlungen verfügen. Eine weitere Einschränkung ergibt sich auch aus der Frage der Indikation für die PAK: Psychoanalytische Kurztherapie ist nicht indiziert bei schweren Persönlichkeits- und Charakterstörungen, psychosomatischen Störungen, schweren Depressionen und Psychosen oder Borderline-Störungen. Die psychoanalytische Kurztherapie kann auch keine tiefverwurzelten Persönlichkeitsprobleme innerhalb einer kurzen Zeitspanne lösen,

² Definition von Leuzinger-Bohleber (1985) und König (1998) am Anfang des Textes.

sie kann aber über eine positive Behandlungserfahrung die eigene Heilungstendenz des Patienten aktivieren und weitere Veränderungen in Gang setzen.

Sicherlich ist nicht zu unterschätzen, daß durch den wachsenden finanziellen Druck der Krankenkassen, jenen Verfahren, die kurz und auch effizient sind, vermehrt Bedeutung zugesprochen werden wird. Eine Gefahr sehe ich darin, daß in dem Ruf nach „schnelleren, billigeren und effizienteren“ Methoden übersehen wird, daß Zeit auch einen zentralen therapeutischen Faktor darstellt, der für viele Patienten, die „ihre Zeit“ für einen Selbst- und Identitätsfindungsprozeß brauchen, unverzichtbar ist. In einer solchen Auseinandersetzung mag es von großem Vorteil sein, aufgrund ausreichender Kenntnisse und Erfahrungen, die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen dieses Verfahrens einschätzen und argumentieren zu können.

Literatur

- Alexander F, French T (1946) Psychoanalytic therapy. Ronald Press, New York
- Anderson EM, Lambert MJ (1995) Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 15: 503–514
- Balint M, Ornstein PH, Balint E (1972) Fokaltherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Budman SH, Demby A, Randall J (1982) Psychotherapeutic outcome and reduction in medical utilization: a cautionary tale. *Professional Psychology: Research and Practice* 13: 200–207
- Coren A (1996) Brief therapy – base metal or pure gold? *Psychodynamic Counselling* 2: 22–38
- Crits-Christoph P (1992) The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 149: 151–158
- Davanloo H (ed) (1980) Short-term dynamic psychotherapy. Jason Aronson, New York
- Diguer L, Luborsky L, Singer B, Luborsky E, Dickter D, Schmidt KA (1993) The efficacy of dynamic psychotherapy versus other psychotherapies: a meta-analysis. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research. Pittsburgh, PA
- Ferenczi S, Rank O (1925) The development of psychoanalysis. Nervous and Mental Disease Publishing Co, New York
- Gelso CJ, Johnson DH (1983) Explorations in time-limited counseling and psychotherapy. Teachers College Press, New York
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, 3. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Heim E, Blaser A, Ringer D, Thommen M (1990) Kurztherapien im Überblick – Diskussionsgrundlage für eine problemorientierte Psychotherapie (POT). *Psychother Psychosom Med Psychol* 40: 158–164
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Ureno G, Kalebzan M, Halloran P (1989) Psychodynamic formulation, consensual response method, and interpersonal problems. *J Consult Clin Psychol* 57: 599–606
- Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychologist* 41: 159–164
- Howard KI, Lueger RJ, Maling MS, Martinovich, Z (1993) A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *J Consult Clin Psychol* 61: 678–685
- Kächele H (1990) Wie lange dauert Psychotherapie? *Psychother. Psychosom Med Psychol* 40: 148–151
- König K (1998) Mündliche Mitteilung bei der Psychologentagung der Psychologischen Studentenberatungsstellen zum Thema Kurztherapie in Seewalchen/OÖ
- Kopta SM, Howard KI, Lowry JL, Beutler LE (1994) Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 62: 1009–1016
- Koss MP, Butcher JN (1986) Research on brief psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd edn. Wiley, New York, pp 627–670
- Koss MP, Shiang J (1994) Research on psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley, New York, pp 664–700
- Klüwer R (1995) Studien zur Fokaltherapie. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Landman JT, Dawes RM (1982) Psychotherapy outcome: Smith and Glass conclusions stand up under scrutiny. *Am Psychologist* 37: 504–516
- Leuzinger-Bohleber M (Hrsg) (1985) Psychoanalytische Kurztherapien. Zur Psychoanalyse in Institutionen. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975) Comparative studies of psychotherapies. *Arch Gen Psychiatry* 32: 995–1008
- Luborsky L (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Malan DH (1963) A study of brief psychotherapy. Plenum, New York
- Mann J (1978) Psychotherapie in 12 Stunden. Walter, Olten
- Messer SB, Warren CS (1995) Models of brief psychodynamic therapy. A comparative approach. Guilford Press, New York
- Nicholson RA, Berman JS (1983) Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychol Bull* 93: 261–278
- Orlinsky DE, Howard KI (1986) Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd edn. Wiley, New York, pp 311–381
- Ornstein PH, Ornstein A (1997) Psychoanalytische fokale Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 5: 127–140
- Patterson V et al (1971) Treatment and training outcomes with two time-limited therapies. *Arch Gen Psychiatry* 25: 161–167
- Piper WE, Debbane EG, Bienvenu JP, Garant J (1984) A comparative study of four forms of psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 52: 268–279
- Shefler G, Dasberg H, Ben-Shakkar G (1995) A randomized controlled outcome and follow-up study of Mann's time-limited psychotherapy. *J Consult Clin Psychology* 63: 585–594
- Sifneos PE (1972) Short-term psychotherapy and emotional crisis. Harvard University Press, Cambridge, MA
- Sledge WH, Moras K, Hartley D, Levine M (1990) Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *Am J Psychiatry* 147: 1341–1347
- Strupp HH, Binder JL (1993) Kurzpsychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Strupp HH, Binder JL (1984) Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books, New York
- Svartberg M, Stiles TC (1991) Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychology* 59: 704–714
- Svartberg M, Stiles TC (1993) Efficacy of brief dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 150: 684
- Thomä H (1981) Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom Spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. Suhrkamp, Frankfurt/M

Korrespondenz: Mag. Andrea Weghaupt, Hartmannsgasse 17/5, A-1050 Wien, Österreich.

Andrea Weghaupt, Mag. phil., geb. 1961. Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin. In Ausbildung in Psychoanalyse im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie. Als Psychotherapeutin in der Psychologischen Studentenberatung, Wien, und in freier Praxis tätig.