

H. W. Linster und D. Rückert

# Gesprächspsychotherapie als Kurztherapie oder Klientenzentrierte/Personzentrierte Kurztherapie

**Zusammenfassung** Klientenzentrierte (personenzentrierte) Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) und Kurztherapie weisen Ähnlichkeiten auf. Diese Ähnlichkeiten werfen die Frage auf, ob sich Gesprächspsychotherapie als Kurztherapie oder „kurze“ Psychotherapie versteht. Rogers und viele Vertreter der Gesprächspsychotherapie haben sie als „kurze“ Psychotherapieform dargestellt. Der Begriff Kurztherapie entstammt der psychoanalytischen Tradition und wird dort als thematisch und zeitlich verkürzte Psychotherapieform im Verhältnis zur (langen) Standardform definiert. Ein ausgearbeitetes Konzept für „Klientenzentrierte Kurztherapie“ liegt nicht vor. In der vorliegenden Arbeit wird anhand bestimmter Aufgabenstellungen die Praxis „gesprächspsychotherapeutischer Kurztherapie“ vorgestellt. Es wird vorgeschlagen, die „Klientenzentrierte (Personzentrierte) Kurztherapie“ als Anwendungsform der Klientenzentrierten Psychotherapie systematisch auszuarbeiten.

**Schlüsselwörter:** Klientenzentrierte (personenzentrierte) Kurztherapie, Klientenzentrierte (Personzentrierte) Psychotherapie, Indikation, Fokusformulierung, therapeutische Beziehung, Therapieziele, Zeit und Zeitbegrenzung.

## **Client-centered psychotherapy as brief psychotherapy or client-centered/person-centered brief psychotherapy**

**Abstract** Client-centered or person-centered therapy and brief therapy share some common features. The question is, therefore, whether client-centered therapy is one approach to brief or short-time therapy. Carl Rogers and German client-centered therapists described this kind of therapy as a type of brief psychotherapy. The term “brief psychotherapy” is often associated with the psychodynamic approach to psychotherapy and contrasted to the long-term standard form. Thus identifying client-centered psychotherapy with brief psychotherapy can be misleading. Therefore client-centered therapy must develop its own conceptions of brief therapy. An elaborated conception of brief psychotherapy, however, has not yet been formulated in this tradition of psychotherapy. The main part of the paper is thus concerned with this aim: Firstly, characteristic features of the practice of brief client-centered therapy are discussed. Then some systematic aspects of a conception of brief client-centered or person-centered psychotherapy are presented. These aspects are in accordance with the actual directions and developments of client-centered or person-centered therapy.

**Keywords:** Client-centered (person-centered) brief psychotherapy, client-centered (person-centered) psychotherapy, indication, formulating the therapeutic focus, therapeutic relationship, therapeutic goals, time-limitation.

## **La psychothérapie par entretiens en tant que thérapie brève ou thérapie brève centrée sur le client/la personne**

**Résumé** Au cours de son histoire, la ‘psychothérapie centrée sur le client ou la personne’ (que l’on appelle en général psychothérapie par entretiens, que ce soit dans le pays de langue allemande ou de langue française) a souvent été rapprochée de la “thérapie brève”, ceci par ses praticiens comme par ceux qui la considéraient de l’extérieur. Cette apparente proximité est surtout en rapport avec la durée du traitement (et en particulier avec le nombre de séan-

ces). Rogers et plus tard de nombreux représentants de cette école (en Allemagne plus spécialement, voir entre autres Bommert, Tausch et Tausch) se sont perçus comme pratiquant une forme de thérapie “brève”. Mais cet aspect a souvent été mal compris, du moins lorsqu’on a pensé que la thérapie par entretiens est une sorte de thérapie brève indiquée pour traiter les cas légers ou peu clairs d’un point de vue diagnostique. Nous pensons que pour saisir adéqua-

tement l'affinité entre l'approche dont nous parlons et les thérapies brèves, il faut tenir compte du fait que celles-ci sont en général définies dans le cadre de la tradition psychanalytique, dans le sens où on les considère comme des formes abrégées de psychothérapie (du point de vue des thèmes traités comme de leur durée), les comparant donc à la (longue) psychanalyse standard et soulignant les aspects techniques ou autres qui les en distinguent (Leuzinger-Bohleber, 1985). Pour bien comprendre ce qui rapproche la psychothérapie par entretiens des thérapies brèves, ainsi que la manière dont elle peut permettre d'élaborer des traitements brefs, centrés sur la personne, il faut comprendre comment elle conçoit la psychothérapie.

Se fondant sur leur propre pratique thérapeutique, ainsi que sur l'expérience qu'ils ont acquise dans le domaine de la formation (permanente) et de la supervision, les auteurs du présent article considèrent que s'il est exact qu'on trouve dans la pratique une forme de "thérapie brève fondée sur la thérapie par entretiens", y compris les concepts théoriques et techniques élaborés par cette dernière, en Allemagne elle est influencée par les conditions-cadres fixées par le système de l'offre psychothérapeutique et par les lignes directrices en matière de psychothérapie (Faber et Haarstrick, 1994).

Avant de pouvoir présenter et débattre de la "psychothérapie brève par entretiens", il s'agit d'abord de reconstruire cette dernière. A notre avis, il faut définir systématiquement en quoi elle consiste, en tant que forme brève de la méthode plus globale de la psychothérapie par entretiens.

Les auteurs présentent donc brièvement la thérapie psychanalytique brève, ainsi que les données en rapport avec les lignes directrices (voir ci-dessus), pour cerner des ressemblances et points communs. Ils traitent ensuite de l'évolution de la psychothérapie par entretiens et de son identité, ceci du point de vue de la question de savoir s'il s'agit d'une thérapie brève ou pas. Dans ses premiers travaux, Rogers énumère des caractéristiques qui font que sa méthode ressemble à une "thérapie brève", que ce soit du point de vue du

cadre extérieur (durée du traitement) ou de celui des processus et des procédures appliquées. Les premières enquêtes qui ont été menées aux Etats-Unis et en Allemagne au sujet de la "thérapie brève" (il serait plus correct de parler de thérapie de durée limitée) mettent en évidence d'autres points et principes importants: les implications de la durée limitée (Shlien, 1977) et la concentration thématique "découverte" par Adolf-Ernst Meyer dans les psychothérapies par entretiens qu'il a examinées (cf. Meyer et Wirth, 1988; Meyer et al., 1989).

Dans les années 1970, la psychothérapie par entretiens a été présentée comme une forme brève de psychothérapie (30 séances), que ce soit dans les ouvrages spécialisés ou dans un contexte politique (loi en matière de psychothérapie) – ce que ses praticien/nes n'ont pas manqué de critiquer. A cette époque déjà et concernant en particulier le travail avec des enfants et adolescents, la durée du traitement était considérablement plus longue; de plus, on enregistrait d'importantes variations au niveau des troubles traités, du setting et d'autres aspects, un fait que des études empiriques plus récentes confirment (Eckert et Wuchner, 1994; Wuchner et Eckert, 1995).

La dernière partie de l'article est consacrée à une description détaillée de la "psychothérapie brève par entretiens", telle que les auteurs l'ont 'reconstruite' sur la base de leur propre expérience. Elle doit également encourager d'autres à élaborer un concept d'application de cette méthode. Le texte est structuré en fonction d'une liste de "problèmes techniques généraux" préparée par Reimer (1996) en vue de décrire la thérapie psychanalytique brève; cette liste a été complétée et modifiée. Elle contient les points suivants: indication, recherche et formulation d'un axe focal, formulation et accord concernant les objectifs du traitement, accord concernant sa durée limitée, ainsi que quatre aspects supplémentaires – importance du moment présent, activité du thérapeute, attitude du thérapeute ("neutralité") et gestion du transfert – qui sont présentés ensemble, sous le concept plus général de "offre en relation thérapeutique et procédure".

## 1. Einleitung/Einführung

Kurztherapie wird üblicherweise nicht als eine eigenständige und kurze Psychotherapieform behandelt, sondern – entsprechend der psychoanalytischen Tradition – als zeitlich und vor allem „thematisch“ (Fokus) verkürzte oder gekürzte Variante einer langen Standardform (Leuzinger-Bohleber, 1985). Auch die Unterscheidung zwischen zeitlich kurzen bzw. zeitlich begrenzten Formen von Psychotherapie (short term bzw. time-limited psychotherapy) und Kurztherapie (Brief Therapy) erfolgt mit Bezug zu einer Lang- oder Standardform einschließlich einer Höherbewertung der Langform und einer geringeren Bewertung der kurzen Formen, unabhängig von ihrem zugestandenem Nutzen für die Praxis und Ausbildung (Leuzinger-Bohleber, 1985).

Klientenzentrierte/Personzentrierte Psychotherapie oder Gesprächspsychotherapie – um den in Deutschland bekannteren und gebräuchlicheren Namen zu verwenden – hat im Laufe ihrer Geschichte sowohl in der Selbst- als auch in der Außenwahrnehmung eine nicht zu übersehende Affinität zur „Kurztherapie“. Diese Nähe wird in erster Linie an Angaben zur Behandlungsdauer festgemacht bzw. speziell an der (geringen) Anzahl von Behandlungsstunden und darauf beschränkt. Rogers selbst hat sich bereits in seinen ersten Schriften zur Frage der für den psychotherapeutischen Prozeß erforderlichen Anzahl von Einzelkontakten und zur Behandlungslänge geäußert. Seine Angaben identifizieren die von ihm vorgestellte „neue“ Psychotherapieform als eine „kurze Therapie“ (Rogers, 1942/dt. 1972; 1951/1972).

Diese partielle „Selbstdefinition“ birgt die Gefahr, sie gleichsam im Bezugsrahmen von Kurzzeit- oder Kurztherapie zu behandeln und Gesprächspsychotherapie mit Kurztherapie gleichzusetzen, was z.B. Eckert (1991) in seinem Beitrag „Gesprächspsychotherapie gleich erfolgreiche Fokalthherapie?“ anspricht. Eckert wendet sich darin gegen die von A.-E. Meyer in Publikationen aus dem Hamburger Kurzpsychotherapie-Projekt (Meyer und Wirth, 1988; Meyer et al., 1989) verwendete Deutung der Gesprächspsychotherapie als „Fokalthherapie mit univariatem Fokus“.

Sofern diese Affinität von Personen wahrgenommen wird, die das vielfach beklagte geringe Wissen über Kurztherapie (Reimer, 1996) aufweisen, kann es schnell zu Verkürzungen und Mißverständnissen kommen, auf deren Hintergrund Indikationsbereich und Effektivität der Gesprächspsychotherapie insgesamt unzulässig eingeschränkt werden. Ihre Reduzierung als „Verfahren für leichte Fälle“, für „aktuelle Konflikte“ oder bestenfalls für „schwer klassifizierbare Misch-Fälle“, entspricht weder der Realität (vgl. z.B. Biermann-Ratjen et al., 1997) noch wird diese ihrem Psychotherapieverständnis gerecht.

Nun ist nicht zu übersehen, daß psychoanalytische Kurztherapie und Gesprächspsychotherapie u.a. in ihrem Vorgehen Ähnlichkeiten und vielleicht auch Gemeinsamkeiten aufweisen, die diese Nähe oder Gleichsetzung verständlich machen. Ein angemessenes Verständnis für die Nähe der Gesprächspsychotherapie zur Kurztherapie und besonders auch für das Potential einer klientenzentrierten/personenzentrierten Kurztherapie ergibt sich aus unserer Sicht jedoch erst, wenn das Psychotherapieverständnis des Personenzentrierten Ansatzes berücksichtigt wird.

Die Fragen, ob Gesprächspsychotherapie (nur) eine spezielle Form von Kurztherapie ist oder ob neben der „üblichen“ Gesprächspsychotherapie, die in den modernen Lehrbüchern als Normalform und im Vergleich zu früher auch als „Langform“ beschrieben wird (z.B. Biermann-Ratjen et al., 1997; Eckert, 1995, 1996; Finke, 1994), auch eine „gesprächspsychotherapeutische Kurztherapie“ existiert und zumindest in der Praxis anzutreffen ist, sollen uns hier leiten. Diese „gesprächspsychotherapeutische Kurztherapie“ liegt nicht als ausgearbeitete Anwendungsform der Gesprächspsychotherapie oder des Personenzentrierten Ansatzes vor, sie existiert gewissermaßen nur in der Praxis und ist zum Zweck ihrer Darstellung aus der Praxis von Gesprächspsychotherapie als Kurztherapie zu rekonstruieren. Wir verwenden dafür den Begriff „gesprächspsychotherapeutische Kurztherapie“ und den Begriff „klientenzentrierte oder personenzentrierte Kurztherapie“, wenn wir die auf der Grundlage der Weiterentwicklung des Klientenzentrierten Psychotherapiekonzeptes auszuarbeitende Anwendungsform meinen.

„Gesprächspsychotherapeutische Kurztherapie“ – wie wir sie selbst praktizieren und durch unsere Tätigkeit im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung und Supervision kennen – wurzelt einerseits in der Tradition der Gesprächspsychotherapie, sie wird andererseits durch die Rahmenbedingungen und Richtlinien des psychotherapeutischen Versorgungssystems (Faber und

Haarstrick, 1994) in ihrer konkreten Ausgestaltung bestimmt. Der darin enthaltene „realistische oder pragmatische Kompromiß“ erschwert, ihre Eigenständigkeit aufzuzeigen, er fordert jedoch auch dazu heraus, ihren eigenständigen Beitrag zu verdeutlichen, wozu aus unserer Sicht die weitere Ausarbeitung eines Anwendungskonzeptes „klienten- oder personenzentrierte Kurztherapie“ entscheidend beitragen dürfte. Unser Beitrag will dazu anregen.

## 2. Psychoanalytische Kurztherapie als theoretischer Orientierungspunkt und als bestimmender und regulierender Bezugspunkt?

Die psychoanalytische Tradition ist in den sog. Psychotherapie-Richtlinien (Faber und Haarstrick, 1994) erkennbar, welche Psychotherapie als heilkundliche Tätigkeit in Deutschland regeln. Sie gibt dort das Verständnis für Kurztherapie weitgehend vor (das verhaltenstherapeutische ist dort nicht ausgearbeitet) und hat Definitionsmacht für Lehrbücher von Psychotherapie. Kurztherapien werden als Anwendungsformen des jeweiligen Richtlinien-Verfahrens definiert.

Reimer (1996, S. 503) zitiert in seiner Darstellung der Kurztherapie daher auch ausdrücklich die Psychotherapie-Richtlinien, wenn er den Gegenstand der analytischen Kurztherapie darlegt: „ein abgrenzbarer aktueller neurotischer Konflikt mit einer definierbaren Psychodynamik“. Eine verbreitete Form psychoanalytischer Kurztherapie stellt die Fokalthherapie dar. „Voraussetzung der Anwendung einer Fokalthherapie ist die vom Patienten und Therapeuten zu erarbeitende und gemeinsam zu findende Definition des bewußtseinsfähigen „Fokus“, eines neurotischen Konfliktkerns, der erkannt und gedeutet werden muß“ (Faber und Haarstrick, 1994, S. 47).

„Das behandlungstechnische Konzept erfordert eine Vereinbarung mit dem Patienten über ein begrenztes Therapieziel und einen begrenzten Therapieumfang, die sowohl vom Patienten wie vom Therapeuten als verbindlich angesehen wird. Der Patient entwickelt auf diese Weise eine den kurztherapeutischen Therapieansatz fördernde Mitverantwortung für den gewählten Rahmen“ (Faber und Haarstrick, 1994, S. 46).

Psychodynamische Kurztherapien sind nach Reimer (1996) Verfahren, die „in irgendeiner Art und Weise die psychoanalytische Theorie anwenden“. Phänomene wie Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand werden „in die Arbeit einbezogen“. „Wichtig ist aber, daß der Psychotherapeut sich auf die gegenwärtigen Probleme des Patienten und sein aktuelles Erleben konzentriert und lebensgeschichtliche Zusammenhänge nur da aufgreift, wo ein sinnvoller Bezug zum momentanen Erleben, der aktuellen Thematik hergestellt werden kann“ (Reimer, 1996, S. 504). Ähnlichkeiten mit Auffassungen der Gesprächspsychotherapie sind unübersehbar, ohne daß wir damit Gesprächspsychotherapie mit psychodynamischer Kurztherapie gleichsetzen. Ebenso ist unübersehbar, daß sich Kurztherapie und die sog. psychoanalytische Standardtherapie in wichtigen Punkten unterscheiden (Leuzinger-Bohleber, 1985).

Reimer (1996) nennt daher auch eine Reihe von „generellen technischen Problemen“, deren Problematik oftmals aus der Andersartigkeit der kurztherapeutischen Arbeit gegenüber der gewohnten und erlernten Vorgehensweise der tiefenpsychologisch arbeitenden Psychotherapeuten resultiere. Diese generellen technischen Probleme verweisen aus unserer Sicht auf „Prinzipien der Kurztherapie“. Die Realisierung dieser Prinzipien erfordert zweifellos eine hohe Fachkompetenz, während das Fehlen entsprechender Kompetenz leicht zu Behandlungsproblemen oder Behandlungsfehlern führt.

### 3. Entwicklung und Selbstverständnis der Klientenzentrierten Psychotherapie und die Frage nach der „guten Gestalt“: Kurztherapie? Lang(zeit)therapie?

#### 3.1 Der therapeutische Prozeß und die Behandlungsdauer: Rogers

Rogers setzt sich bereits in seinen ersten Publikationen mit Fragen der Behandlungsdauer auseinander. Er tut dies auch aus einem praktischen Zweck und im Sinne der Aufklärung potentieller Klienten. Die Behandlung praktischer Fragen zur Durchführung der Behandlung, speziell zum Behandlungsabschluß und zur Behandlungsdauer, werfen erneut die Frage nach den Therapiezielen, dem Behandlungserfolg und der „richtigen, auch zeitgemäßen Beendigung der Behandlung auf, und erfordern eine „konzepttreue (kongruente)“ Position. Rogers Antworten dazu verdeutlichen sein Psychotherapieverständnis und enthalten auch Aussagen bezüglich der Frage nach der gesprächspsychotherapeutischen Kurztherapie. Wir skizzieren zunächst das „klassische Psychotherapiekonzept“, weil es in wichtigen „Kennzeichen“ auch heute noch gilt und – aus unserer Sicht – auch für die hier anstehenden Fragen Antworten oder zumindest Diskussionspunkte liefert.

Die „Kennzeichen“ des neuen Ansatzes skizzieren eine Therapieform, in welcher „das Individuum im Mittelpunkt der Betrachtung steht und nicht das Problem. ... Ziel ist es nicht, ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern dem Individuum zu helfen, sich zu entwickeln, so daß es mit dem gegenwärtigen Problem und mit späteren Problemen auf besser integrierte Weise fertig wird“ mit der Annahme, daß die gewonnene „Integration“ (als Fähigkeit und Leistung) auch auf die Bewältigung zukünftiger Probleme angewandt wird (Rogers, 1942/1972, S. 36 f).

Rogers (1942/1972, S. 36 f) nennt vier weitere Merkmale, durch welche sich der damals neue Ansatz von anderen unterscheidet: (a) die Betonung des individuellen „Drangs zum Wachsen, zur Gesundheit und zur Anpassung“. Therapie mache frei für normales Wachsen, (b) die stärkere Betonung der Gefühlsaspekte gegenüber den intellektuellen, (c) die Betonung der „derzeitigen Situation“ im Vergleich zur Vergangenheit, einschließlich des Hier und Jetzt in der Therapiesituation und (d) die Betonung der Bedeutung der therapeutischen Beziehung als Erfahrung des Wachstums. Das Hier und Jetzt der Therapiesituation und die therapeutische Be-

ziehung stellen das wesentliche Therapeutikum dar: der „therapeutische Kontakt selbst ist eine Entwicklungserfahrung. In ihr lernt das Individuum, sich selbst zu verstehen, unabhängig zu entscheiden und sich erfolgreich und auf erwachsenere Weise in Beziehung zu einer anderen Person zu bringen“.

Rogers skizziert die „charakteristischen Schritte im therapeutischen Prozeß“. Der „Prozeß der Beratung“ erhält in dieser Formulierung nicht nur eine charakteristische Gestalt, ihm und den einzelnen Phasen wird in einem gewissen Ausmaß auch eine Eigendynamik und Eigengesetzlichkeit zugeschrieben: der Prozeß führt „zwangsläufig“ zu „Erhöhung der Unabhängigkeit“ und zu einem „nachlassenden Hilfebedürfnis“. Jeder Klient braucht und findet sein eigenes Tempo und seine eigene Zeit für diesen Prozeß.

Verantwortlich für die Ermöglichung und für die Qualität dieses Prozesses ist der Berater oder Therapeut, der dafür auch eine entsprechende Qualifikation braucht und erhält. Rogers macht daher für die Behandlungsdauer bzw. für die „Länge des Beratungsprozesses“ neben dem Grad der Fehlanpassung des Klienten und seiner Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, vor allem die Fähigkeit des Beraters verantwortlich, diesen Prozeß bzw. die einzelnen Phasen angemessen zu gestalten.

Die Behandlungsdauer steht – so Rogers – „in direkter Beziehung zur Genauigkeit und Findigkeit der Handhabung (des Beratungsprozesses, die Autoren) durch den Berater“. Er zählt weitere Aspekte der Leistung des Beraters auf, welche diesen Prozeß fördern und die dazu führen, daß der Klient davon profitiert und „wahrscheinlich imstande ist, seine Angelegenheiten nach sechs bis 15, und nicht erst nach 50 Kontakten selbst in die Hand zu nehmen“ (Rogers, 1942/1972, S. 209). Der therapeutische Prozeß scheine nach einem (eigenen) „Rhythmus zu laufen, welcher bei wöchentlichem Kontakt eher in drei Monaten als in einem Jahr abgeschlossen ist“ (Rogers, 1942/1972, S. 210). Der konstruktive bzw. gelingende (!) therapeutische Prozeß besitzt somit in sich (in seinem Rhythmus) eine gute Gestalt, welche die Länge bzw. Dauer der Therapie deutlich bestimmt.

Wenn der Klient diesen Prozeß im Hier und Jetzt erlebt und erfährt, lebt und handelt er zugleich aus diesem Prozeß heraus und bestimmt aus diesem heraus auch ein „vorzeitiges“ Ende. Wir verwenden den Begriff „vorzeitig“ um das Spannungsverhältnis aufzugreifen, welches Rogers als charakteristisch für die abschließenden Phasen schildert und die mit der Art der Ziele, welche angestrebt werden, zusammenhängt. Die ersten positiven Erfahrungen werden in der abschließenden Phase im Prozeß der sogenannten „Reedukation“ außerhalb der Therapie auf Bewährungsproben gestellt. Der Klient löst nicht seine Probleme, sondern er gewinnt in erster Linie die Fähigkeit, „sich unabhängig zu bewegen“ und seinen Problemen konstruktiv zu begegnen. Er gewinnt Selbstvertrauen und Zuversicht, in gesunder Weise und ohne Unterstützung weiterzuleben.

Diese Erfahrungen wecken den Wunsch nach Abschluß, Unabhängigkeit und Selbständigkeit, der je-

doch seinerseits vielfältige ambivalente Einstellungen auslöst, welche jede Wachstumserfahrung begleiten, und deshalb in der Abschlußphase angemessen behandelt werden sollen. Diese „grundlegende Ambivalenz“, trotz Einsicht zwischen dem Bedürfnis nach Unterstützung und Hilfe, Schutz und Zuwendung einerseits und Unabhängigkeit und Selbständigkeit andererseits, zwischen Verlust von Gewohntem und Aussicht auf Neues hin und her gerissen zu sein, stelle „ein therapeutisches Element dar, welches weiteres Wachstum fördern kann“ (Rogers 1942/1972, S. 199 f).

In dieser Beschreibung wird die Dynamik erkennbar, welche diesen „vorzeitigen“ Abschluß charakterisiert. Die Behandlungsziele sind erreicht, wenn der Klient „personale Kompetenz“ erworben hat, Fähigkeiten, sich seinen Problemen zu stellen und Ansätze zu ihrer persönlichen Lösung sieht und diese erprobt. Die mit der gemeinsamen Arbeit einhergehenden bzw. durch sie und den anstehenden Abschluß ausgelösten Gefühle gilt es wahrzunehmen und anzunehmen; sie gehören zum Prozeß (und zum Leben) und müssen nicht „aufgearbeitet“ werden.

### 3.2 Die Studien von Shlien und die Frage nach der Bedeutung der Zeit

Die in den 50er Jahren durchgeführten Studien von Shlien (vgl. dt. 1977) zu „zeitlich limitierter Psychotherapie“ sind aus unserer Sicht nicht nur deshalb interessant, weil sie in der deutschen Publikation von 1977 mit einem Kommentar von Rogers als „Klientenzentrierte Kurztherapie“ vorgestellt wurden und zu den wenigen Publikationen zählen, die ausdrücklich diese Begrifflichkeit wählen, sondern weil Shlien sich ausführlich mit der Frage der zeitlichen Begrenzung bzw. der Bedeutung von Zeit und ihrer Begrenzung befaßt. Shlien bezieht sich dabei auf Jessie Taft, eine Schülerin von Otto Rank.

Shlien zitiert zunächst Rogers (1942/1972), der sich für eine zeitliche Begrenzung des Einzelkontaktes, nicht jedoch für eine Begrenzung der Therapie insgesamt aussprach und dem Klienten überlassen wollte, wann die Therapie beendet wird. Die Begründung, die lt. Shlien Rogers für die zeitliche Begrenzung der Einzelsitzung gab, ist aus unserer Sicht bedeutsam für die Praxis und Ausarbeitung der Kurztherapie: (1) die zeitliche Begrenzung stellt einen Aspekt der Realität dar, an welche sich der Klient anpassen müsse und (2) sie gibt dem Berater/Therapeuten die Möglichkeit, sich in den Sitzungen offener und zugänglicher zu zeigen, was er nicht könnte, wenn die Dauer der einzelnen Sitzungen unbegrenzt wäre“ (Shlien, 1977, S. 57).

Shlien greift dann auf Jessie Taft zurück, die die theoretische Bedeutung der zeitlichen Begrenzung für Therapie herausgearbeitet hat. Die Zeit ist nach Taft repräsentativ für sämtliche Begrenzungen im Leben. Für die Therapie sei Qualität wichtig, daher bleiben auch „die ausgedehntesten therapeutischen Kontakte nutzlos ..., wenn die therapeutische Qualität nicht vorhanden ist; es ist nicht die Zeit, die heilt, sondern ein Prozeß, der sich in der Zeit abspielt“ (Taft, zitiert nach Shlien, 1977, S. 58). Der Prozeß ist jedoch mehr als nur

ein Mittel zum Zweck. Der Prozeß selbst ist ein Kriterium. Seine Qualität wird dadurch erzielt, daß sich in ihm alles „verdichtet“ bzw. dadurch, daß die Zeit ausgeschaltet wird.

Der Therapiekontakt wird zu einem „einzigem Kontakt“ („*single contact*“) und in diesem Kontakt vollzieht (ereignet) sich alles. Klient und Therapeut erleben und „nutzen“ ihn so, als gäbe es diesen und nur diesen und keinen anderen mehr. „In dem Maße, wie der einzelne imstande ist, die festgesetzte Stunde von Anfang bis zum Ende voll zu nutzen, im Bewußtsein, daß sie nicht ewig dauern kann, aber alles das bedeutet, was er ihr an Bedeutung beimißt, in dem Maß hat er gelernt, zu leben, dieses Zeitfragment als solches zu akzeptieren, und ... wenn er diese Stunde zu leben vermag, hat er das Geheimnis aller Stunden erfaßt, hat Leben und Zeit für den Augenblick und im Grund bleibend in Besitz genommen“ (Taft, zit. nach Shlien, 1977, S. 58).

Diese „zeitlose“ und zugleich „zeitbegrenzte“ Erfahrung des Hier und Jetzt ist nur möglich, wenn beide, Klient und Therapeut, sich auf diesen „single contact“ einlassen. Ihre therapeutische Relevanz ist für die klientenzentrierte Psychotherapie und speziell für die Kurztherapie unbestritten. Sie wirft jedoch auch die Frage auf, welche Haltung der Therapeut einnehmen und welche Beziehungskompetenz(en) er haben muß, um diese Erfahrung zu ermöglichen und zuzulassen.

### 3.3 Die Selbstdefinition der Gesprächspsychotherapie über die Behandlungsdauer: Gesprächspsychotherapie als originäre Form einer Kurztherapie?

Mit der Rezeption der Klientenzentrierter Psychotherapie in den frühen 70er Jahren in den europäischen Ländern haben viele Autor/innen die kurze Behandlungsdauer bzw. die geringe Anzahl an notwendigen Gesprächen als ein Charakteristikum in ihren Lehrbüchern herausgestellt (vgl. z.B. Bommert, 1987; Tausch und Tausch, 1990). Tausch vertritt auch heute noch die Position, daß Klienten nur wenige Einzelgespräche (ca. 8–20) brauchen und nach einem gewissen Umfang an Einzelgesprächen in anschließenden Gruppengesprächen weitaus „förderlichere Erfahrungen“ machen als wenn Anzahl und Dauer der Einzelgespräche verlängert würden (Tausch und Tausch, 1990, S. 13 f).

Gesprächspsychotherapie bzw. klientenzentrierte Psychotherapie wurde jedoch nicht nur in Lehrbüchern, sondern auch in der (politischen) Öffentlichkeit – z.B. vom damaligen Vorstand der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) – als Psychotherapieform mit „kurzer Behandlungsdauer“ bzw. vergleichsweise wenigen Behandlungsstunden vorgestellt. „Kritik an der Bestimmung der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie durch das formale Kriterium Psychotherapiedauer“ (Binder et al., 1976) wurde zwar formuliert, eine klärende Auseinandersetzung blieb leider nur marginal (Binder et al. 1979). Die Praxis sowohl in Deutschland wie auch in anderen Ländern zeigte demgegenüber ein durchaus vielfältiges Bild mit

deutlich längeren und unterschiedlichen Behandlungszeiten, je nach behandelten Störungsbildern, Klientenmerkmalen und Setting.

Die heutige Praxis der Klientenzentrierten Psychotherapie sowie der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen bestätigt dieses differenzierte Bild (vgl. z.B. Eckert und Wuchner, 1994; Wuchner und Eckert, 1995). Klientenzentrierte und Personzentrierte Psychotherapeuten/innen behandeln länger als die Angaben aus den Lehrbüchern erwarten lassen (im Durchschnitt 69 Stunden im Rahmen der Einzeltherapie mit Erwachsenen). Die Behandlungsdauer ist nicht generell und uniform gestiegen, sondern variiert deutlich mit Art und Schwere der Störung. Die „äußere“ Gleichsetzung mit einer Kurztherapie ist durch die angegebenen Behandlungskontingente nicht mehr angemessen.

### 3.4 Gesprächspsychotherapie als Fokalthherapie mit univariatem Fokus?

Gesprächspsychotherapie als zeitlich begrenzte Psychotherapieform war Gegenstand mehrerer empirischer Untersuchungen. Zeitliche Rahmen bzw. genaue zeitliche Begrenzungen ergeben sich zwangsläufig in empirischen Studien durch das Design, sofern es sich nicht um „naturalistische Studien“ handelt. Zeitbegrenzungen können andererseits aber auch eine gewollte Variante darstellen, die ihrerseits untersucht wird. Die sog. „Hamburger Kurzzeit-Psychotherapie-Studie“, die von A.-E. Meyer Anfang der 70er Jahre durchgeführt und durch Katamnesen ergänzt wurde, vergleicht psychodynamische Kurztherapie mit zeitlich begrenzter Gesprächspsychotherapie.

In verschiedenen Auswertungen (u.a. Meyer und Wirth, 1988; Meyer et al., 1989) wurden nicht nur die therapeutischen Prozesse und Effekte beider Verfahren untersucht, sondern auch versucht, Ähnlichkeiten und Unterschiede im Vorgehen beider Psychotherapieformen herauszuarbeiten. Dazu zählen z.B. der Umgang mit der Beendigung (Thematisierung, Bearbeitung und Bewertung etc.: Meyer et al., 1989, S. 59) und – auf einem übergeordneteren Niveau – der Versuch, das Psychotherapieverständnis der beiden Behandlungsangebote zu identifizieren.

A.-E. Meyer schreibt dazu in der Publikation von 1989: „Im Nachhinein ist mir (!) klar geworden, daß die PZ (Personzentrierte Psychotherapie) ebenfalls eine Fokustherapie darstellt, aber mit einem invarianten Fokus, d.h. für jeden Patienten derselbe: ‚Lerne Deine Gefühle wahrnehmen und ausdrücken, und Dich selbst zu akzeptieren, und Du kannst leben‘ (Meyer et al., 1989, S. 59). Die weiteren Ausführungen von A.-E. Meyer und seiner Coautoren stellen den Versuch dar, diese als Fokalthherapie ‚identifizierte‘ Gesprächspsychotherapie in der Begrifflichkeit psychoanalytischer Fokalthherapie zu beschreiben. Auch wenn dieses Vorgehen der Gesprächspsychotherapie nicht annähernd gerecht wird (Eckert, 1991), enthält es diskussionswürdige Argumente, die für die Ausarbeitung eines Anwendungskonzeptes „klientenzentrierte/personzentrierte Kurztherapie“ genutzt werden können.

### 3.5 Neues Selbstverständnis, Weiterentwicklung und Orientierung an „äußeren Anforderungen“

Die speziell in den 90er Jahren erfolgte Weiterentwicklung der klientenzentrierten bzw. personzentrierten Psychotherapie mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen führte zu einem neuen Selbstverständnis. Beide Psychotherapieformen zeigen einerseits deutlicher ihre „eigenen Züge“, andererseits ist die Orientierung am Versorgungssystem heilkundliche Psychotherapie und den dort formulierten Vorgaben unübersehbar.

Die Therapieform kann nun nicht (mehr) als Kurztherapieverfahren auftreten noch als solches von außen identifiziert werden. Die breite und vielfältige Anwendung wirft die Frage auf, wo und bei welchen Patienten oder Klienten „kurze Formen“ klientenzentrierter/personzentrierter Psychotherapie praktiziert werden bzw. ob es explizite gesprächspsychotherapeutische Kurztherapieleistungen sind oder ob diese z.B. erst in der Supervision identifiziert und das praktizierte „klientenzentrierte Kurztherapie-Konzept“ zumindest partiell erst durch die Supervision rekonstruiert werden kann – eine den Autoren sehr vertraute Tätigkeit.

Die Weiterentwicklung der „klientenzentrierten Störungstheorie“ stellt für die Reformulierung und Ausarbeitung eines Anwendungskonzeptes „Klientenzentrierte Kurztherapie“ eine wichtige Grundlage zur Verfügung. Sie liefert beispielsweise durch die Ausdifferenzierung des Inkongruenzbegriffes im Sinne der primären und sekundären Inkongruenz durch Swildens und Biermann-Ratjen (Biermann-Ratjen und Swildens, 1993; Biermann-Ratjen et al., 1997; Eckert, 1996) eine wichtige Unterscheidung für die „klientenzentrierte Diagnose“ und aus unserer Sicht auch für die differentielle Indikation zwischen der „Normalform“ und der „Kurztherapie“.

Entwicklungsgeschichtlich frühe, „primäre“ Kongruenz-erfahrung sorgt dafür daß Übereinstimmung (Kongruenz) zwischen Erleben, Erfahrung und dem Selbst entsteht. Das Individuum entwickelt ein realistisches und stimmiges (durch den eigenen, organismischen Bewertungsprozeß getragenes) Selbstkonzept und eine relativ stabile und kongruente Struktur des Selbst, welche Grundlage für die weitere Entwicklung, „Offenheit für Erfahrung“ garantiert. Gelingt dieser Entwicklungsschritt nicht, entsteht primäre Inkongruenz als struktureller Zustand. Das Individuum entwickelt dann ein diffuses, unentwickeltes und/oder labiles/instabiles oder aber ein rigides und defensives Selbstkonzept. Es „kompensiert“ möglicherweise fehlende Entwicklungserfahrung im Selbstkonzept, ist aber vulnerabel und fehlangepaßt. Für neue Erfahrung ist es unzureichend vorbereitet, so daß tendenziell aktuelle Inkongruenz-erfahrungen vermittelt werden, die nur unzureichend „verarbeitet“ werden können und zu einem akuten, sekundären Zustand von Inkongruenz mit entsprechenden „Symptomen“ führen. Ein Zustand sekundärer Inkongruenz, welcher aufgrund der Symptomatik und Belastung die psychische Funktionstüchtigkeit des Individuums krankheitswertig beeinträchtigt, kann nicht nur bei Personen auftreten, welche aufgrund einer mehr oder weniger kompensierten primären Inkongruenz dafür „disponiert“ sind, sondern auch bei Personen mit gut entwickeltem Selbstkonzept, sofern die auslösenden Erfahrungen eine Stärke und „persönliche Bedeutsamkeit“ für das Individuum aufweisen, welchen es sich nicht „entziehen“ kann und die seine Fähigkeiten, Erfahrung kongruent zu symbolisieren, überschreiten.

Die neue(re)n Entwicklungen zur „Therapietheorie“ differenzierten das Verständnis des therapeutischen Prozesses weiter aus und erweiterten die Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung und des Einsatzes von therapeutischen Handlungen und Techniken beispielsweise im Sinne der „Prozeßdirektivität“ oder der Optimierung der Bearbeitungsangebote durch die Therapeuten. Insbesondere das Focusing-Konzept von Gendlin (1998) erweitert das „klassische Repertoire“ klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Psychotherapeut/innen. Bei einem Teil dieser Beiträge stellt sich jedoch auch die Frage, inwieweit es sich um „theoriegeleitete“ bzw. „konzepttreue“ Ausarbeitungen handelt oder ob nicht Grundannahmen der klientenzentrierten Theorie bereits verlassen werden (Becker und Sachse, 1998; Finke, 1994; Frenzel, 1992; Sachse, 1996; Swildens, 1991; Tscheulin, 1992). Aus unserer Sicht und aus unserer Erfahrung liefern die Beiträge speziell für die weitere Ausarbeitung einer klientenzentrierten Kurztherapie wertvolle Anregungen.

#### 4. Zur Praxis „gesprächspsychotherapeutischer Kurztherapie“ – Anregungen für die Ausarbeitung eines Anwendungskonzeptes „klientenzentrierte/ personenzentrierte Kurztherapie“

Als Gliederungspunkte für unsere Darstellung greifen wir auf die von Reimer (1996, S. 504) zusammengestellte Liste der generellen technischen Probleme zurück, da die generellen Probleme aus unserer Sicht auf spezifische Aufgabenstellungen und Prinzipien der Praxis der Kurztherapie verweisen. Die etwas modifizierte und ergänzte Liste spiegelt weitgehend auch die einzelnen Schritte im Vorgehen wider: (1) *Indikation*, (2) *Fokus-suche/Fokusformulierung*, (3) *Formulierung und Vereinbarung der Ziele*, (4) *Vereinbarung der Zeitbegrenzung*, (5) *Bedeutung des Hier und Jetzt*, (6) *Aktivität des Therapeuten*, (7) *Haltung des Therapeuten* („Neutralität“) und (8) *Handhabung der Übertragung*. Wir fassen die Punkte 5 bis 8 unter dem Oberbegriff „*therapeutisches Beziehungsangebot und therapeutisches Vorgehen*“ zusammen.

Wir verstehen Klienten- oder Personenzentrierte Kurztherapie als eine Anwendungsform der Klienten- oder Personenzentrierten Psychotherapie. Durch diese Formulierung und durch unseren Beitrag wollen wir darauf hinarbeiten, daß die „automatische“ und uniforme Anwendung „der“ Gesprächspsychotherapie als Kurztherapie abgelöst wird durch eine „neue“ Klientenzentrierte oder Personenzentrierte Kurztherapie, welche unter Einbeziehung der neueren Entwicklungen der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie und mit Bezug zu den Anforderungen des jeweiligen Tätigkeitsfeldes (speziell psychotherapeutisches Versorgungssystem und Einrichtungen, in welchen Kurztherapie zum Leistungsprofil gehört) systematisch und konsequent ausgearbeitet werden sollte.

##### 4.1 Indikation

Die Anwendungsform ist in erster Linie bei Personen indiziert, welche psychische Störungen aufweisen, die

auf „sekundäre Inkongruenz“ zurückgeführt werden können. Dazu zählen Störungsbilder der ICD-10-Kategorien F 3 und F 4 (u.a. depressive Episoden, Anpassungs- und Belastungsstörungen, Angststörungen [F 41.2]).

Personen mit akuter sekundärer Inkongruenz, die aufgrund primärer Kongruenz erfahrung ein stabiles und flexibles Selbstkonzept entwickelt haben, bringen „günstigere Voraussetzungen“ für die Kurztherapie mit als Personen mit akuter sekundärer Inkongruenz, welche begrenzte primäre Kongruenz erfahrung oder in erster Linie primäre Inkongruenz erfahrung erlebt haben und deren instabiles und vulnerables Selbstkonzept durch die akute Inkongruenz erfahrung massiv gestört („desorganisiert“) sein kann. Personen der ersten Gruppe weisen dagegen in der Regel eine geringere Vulnerabilität und Fehlanpassung im Sinne von Rogers auf; sie erleben (spüren) die akute Inkongruenz deutlicher und als „fremd“ und sind daher stärker „motiviert“, die erlebte Inkongruenz aufzulösen. Sie sind sowohl besser imstande, eine Arbeitsbeziehung einzugehen, als auch die erforderlichen Vereinbarungen bezüglich der zeitlichen Begrenzung und der „thematischen Begrenzung“ einzugehen und einzuhalten.

Kurztherapie ist nicht indiziert bei Personen mit akuter bzw. dekompensierter primärer Inkongruenz, insbesondere dann, wenn diese bisher nicht ausreichend durch das Individuum selbst kompensiert werden konnte, da dann kein ausreichend kompensiertes stabiles Selbstkonzept entwickelt und keine Erfahrung auf dieser „kompensierten Grundlage“ erworben werden konnte.

Personen mit kompensierter primärer Inkongruenz weisen oftmals rigide Formen von Kompensation im Sinne der Betonung der „Selbsterhaltung“ und des „Selbstschutzes“ auf. Sofern eine sekundäre Inkongruenz erfahrung die kompensierte primäre Kongruenz nicht zu sehr destabilisiert bzw. die Kompensation nicht „grundsätzlich“ in Frage stellt, können auch diese Personen von einer Kurztherapie profitieren.

Im Sinne einer „klientenzentrierten Diagnostik“ interessiert nicht nur das Selbstkonzept und das darin mehr oder weniger ausformulierte Selbstbild, sondern speziell auch das im Selbstkonzept verankerte und mehr oder weniger deutlich symbolisierte und formulierbare „Beziehungskonzept“. Es aktualisiert sich in der therapeutischen Interaktion und ist gerade für die initiale Diagnostik von Bedeutung, gibt es doch „ansprechbare“ Hinweise, inwieweit das Beziehungsangebot der/des Therapeut/in angenommen wird oder nicht. Sowohl der Bericht des Patienten über seine Problematik und die Art und Weise des Berichts als auch die Art, wie er dies in die Beziehung zum Therapeuten bzw. zur Therapeutin einbringt, enthalten für die Indikationsstellung relevantes diagnostisches Material usw. insbesondere zu der Frage, ob der Patient imstande ist, das therapeutische Beziehungsangebot aufzunehmen und zu nutzen.

Für die kurztherapeutische Arbeit ist es auch entscheidend, möglichst frühzeitig eine gemeinsam erarbeitete Erfahrung bezüglich der notwendigen „Fähigkeit und Bereitschaft“ zur Selbstexploration zu gewinnen. Der Versuch, das Ansprechen des Patienten auf das

empathische Beziehungsangebot im Erstgespräch „zu testen“, umfaßt auch einen aktiven und expliziten Verständigungsprozeß. Wir machen in der Regel gute Erfahrung damit, dem Patienten die Art der geschäftspsychotherapeutischen Kommunikation aktiv zu verdeutlichen und damit erfahrbar und nicht nur erlebbar zu machen. Dazu gehört auch eine aktive Gestaltung einer solchen Selbst-Explorations-Sequenz. Sie ermöglicht, die spezifische Art der Kommunikation und Kooperation zu verdeutlichen. Zugleich erfordert sie auch, daß Patient und Therapeut sich im Kontakt auf eine umgrenzte gemeinsame Aufgabe konzentrieren – gewissermaßen auch ein „Test“ dafür, inwieweit diese „thematische Konzentration“ auch gemeinsam herstellbar ist.

Nützlich erwies sich dafür die „gemeinsame Exploration“ darüber, welche Beziehungserfahrungen und welche Beziehungserwartungen der Patient mitbringt und welche er hier und jetzt macht, und ob diese für die Zusammenarbeit genutzt werden können und welche „Grenzen“ oder „Verletzbarkeiten“ zu beachten wären. Wir verwenden den Begriff „gemeinsam“ um den aktiven Part des Therapeuten bezüglich der Einleitung und Gestaltung des Selbstexplorationsprozesses zu unterstreichen und um darauf hinzuweisen, daß auch er in der Beziehung einen aktiven Part übernimmt, indem er – sensibel und ohne sich aufzudrängen – nicht nur als aktiver Helfer, sondern auch als Person und Gegenüber „präsent/gegenwärtig“ ist z.B. im Einbringen seiner Sichtweise und seines Erlebens von der Situation oder seines Gegenübers (Van Balen, 1994).

Diese Teilschritte und Aufgaben stellen wichtige prognostische Faktoren für die generelle Indikation für Klientenzentrierte Psychotherapie und für die differentielle Indikation für eine klientenzentrierte Kurztherapie dar.

#### 4.2 Formulierung des Gegenstandes: Fokus-Suche und Fokusformulierung

Die vom Patienten präsentierte Problematik enthält in der Regel weitgehend auch die von ihm erlebte Inkongruenzerfahrung. Sofern die Problempäsentation in einer „externalen Beschreibung“ erfolgt, besteht die Aufgabe darin, diese um Inkongruenzerleben anzureichern. Hilfreich dabei ist, die „Teile“ oder Aspekte der geschilderten Problematik zu thematisieren, die spürbares Inkongruenzerleben ermöglichen.

Damit werden ansatzweise die Aspekte der Problematik deutlich, in welchen Inkongruenzerfahrung enthalten ist. Wenn es möglich ist, Aspekte der Problematik als persönlich relevante Themen „einzugrenzen“, gelingt es bereits, das darin enthaltene Anliegen dem Patienten zugänglich zu machen. Was bedrückt, überfordert, ist unvereinbar, was stellt sich ihm als sein Selbstkonzept überfordernde, desorganisierende Aufgabe? Und: Wie erlebt er sich in dieser Situation? Welche Lösungsversuche spürt und (er)kennt er? Mit welcher Intention spricht er die Problematik an? In welche Richtung „bewegt er sich“? Die Thematik „persönlich(er)“, d.h. als „persönliches Anliegen“ zu formulieren, führt in der Regel in Richtung des „persönlichen Fokus“ und damit zum Behandlungsgegenstand.

Die Formulierung des Fokus sollte einer Struktur folgen, welche auch in theoretische Begriffe der Störungs- und Therapietheorie übersetzbar ist bzw. diese umgangssprachlich verwendet, weil erst dadurch eine fundierte therapeutische Arbeit möglich wird, indem der Fokus verstehbar, erklärbar und therapeutisch veränderbar wird.

Solche „theoretischen Begriffe“ sind z.B. die beiden Teilaspekte der Aktualisierungs- und Selbstaktualisierungstendenz: „selbsterhaltend“ und „selbstentfaltend“, die Bedürfnisse nach Verstanden-Werden und Sich-Selbst-Verstehen, nach Annahme und Selbst-Annahme, Beachtung und Selbstachtung, danach „psychisch funktionstüchtig (fully functioning)“ und Person zu sein. Die Fokus-Formulierung erfaßt die „persönliche Problematik“ des Patienten in dieser Begrifflichkeit oder in Form einer metaphorischen Beschreibung.

Im Sinne der erlebten Inkongruenz ist es wichtig, auch das Spannungsverhältnis in die Formulierung des Fokus einzubringen, welches die bereits symbolisierte oder symbolisierbare Erfahrung mit dem nicht oder noch nicht angemessen symbolisierten Erleben in Verbindung bringt. Dabei ist es u.U. hilfreich, dieses Spannungsverhältnis auch als Diskrepanz zwischen dem „Realen Selbst(bild)“ und dem „Soll- und/oder „Wunschbild“ zu formulieren, zumal darin oftmals auch die „befürchte“ und/oder „erwünschte“ Veränderungsrichtung deutlich wird.

Das von Gendlin entwickelte Focusing stellt speziell für die Suche und Formulierung des Behandlungsfokus eine potente und zugleich sanfte klientenzentrierte Methode dar. Heuristiken, wie sie vor allem von R. Sachse für die therapeutische Arbeit vorgestellt und ausgearbeitet werden – z.B. die Verstehens-Heuristiken im kürzlich erschienen Buch von Becker und Sachse (1998) – helfen, den geforderten aktiven Part bei der Fokussuche und -formulierung zu übernehmen (vgl. auch Sachse, 1996). Die therapeutische Arbeit mit Metaphern stellt aus unserer Erfahrung eine weitere wertvolle und konzeptverträgliche Methode speziell für die Fokussuche und Fokusformulierung dar.

#### 4.3 Formulierung und Vereinbarung der Ziele

Nachdem die Problematik „persönlich(er) formuliert“ und als Behandlungsgegenstand identifiziert und ein Fokus formuliert wurde, so daß mit dem Fokus auch der Kern oder Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit von Patient und Therapeut „überschaubar“ wird, lassen sich die darin enthaltenen Behandlungsziele und die dazu notwendigen Arbeitsziele formulieren. Die Zielformulierung und -vereinbarung liefert ihrerseits dann oftmals bereits die Möglichkeit, eine realistische Zeitbegrenzung auszuhandeln.

Formales Ziel ist die Reorganisation des Selbstkonzeptes und (Wieder-)Herstellung „personaler Kompetenz“. Arbeitsziele sind zunächst die Herstellung und Stabilisierung der therapeutischen Beziehung mit der spezifisch klientenzentrierten Kommunikations- und Kooperationsform einschließlich des Umganges mit der Zeitbegrenzung (für die Einzelstunden und für die Gesamtzeit). Inhaltlich formulierbare Ziele sind das Her-



ausarbeiten der auslösenden und der ursächlichen Faktoren, welche für das spezifische Inkongruenzerleben der eingebrachten Problematik verantwortlich sind, das Erfahrbarmachen des Inkongruenzerlebens in Verbindung mit der thematischen Fokussierung – z.B. mit Hilfe von dafür typischen Episoden oder Situationen – durch schrittweise Symbolisierung und die Integration dieser symbolisierten „neuen Erfahrung“ als Selbsterfahrung im Selbstkonzept.

Die Formulierung der Ziele versuchen wir in einer „persönlichen, erlebensnahen und aktionalen Sprache“, einer Sprache, welche der Person entspricht, sie „anspricht“ und zugleich „herausfordert“, nicht jedoch festlegt. Der Patient „entdeckt“ die Ziele als eigene Ziele (Intentionen), die seinen Bedürfnissen und seinen Möglichkeiten entsprechen, nicht als von außen gesetzte Anforderungen, denen es durch Praktizieren eingeübter Verhaltensweisen zu entsprechen gilt.

Entsprechend dem Verständnis der klientenzentrierten Psychotherapie als Prozeß gilt es, die Zielformulierung und -vereinbarung nur soweit konkret inhaltlich festzulegen, daß die Arbeit mit dem Fokus möglich und sinnvoll ist. Unsere Erfahrung ist, daß ein Fokus sowohl als sehr konkrete „Arbeits-Formel“, die einen schmerzhaften Erfahrungsraum des Patienten symbolisiert („Ich stehe [jetzt] in der Ecke und keiner beachtet mich [mehr] – ich möchte gern raus, traue mich aber nicht“) nützlich sein kann oder aber als Katalysator, welcher einem anderen relevanteren Fokus „zur Geburt“ verhilft. Die entscheidende Vorgabe der klientenzentrierten Theorie und Erfahrung ist, daß der Prozeß in seiner Eigendynamik und Eigengesetzlichkeit die Arbeit und den Fortschritt trägt. Dies setzt voraus, daß Patient und Therapeut sich auf den Prozeß einlassen und konstruktiv zusammenarbeiten.

#### 4.4 Zeitbegrenzung

Die Vereinbarung der Zeitbegrenzung erfolgt häufig in zwei Schritten: die erste Vereinbarung enthält die generelle Vorgabe, daß eine begrenzte Zeit vorgesehen wird. Sie erfolgt bereits nach den ersten beiden Kontakten, wenn absehbar ist, daß eine Kurztherapie indiziert, d.h. eine thematische und eine zeitliche Begrenzung möglich und wünschenswert ist, jedoch mit noch offener zeitlicher Begrenzung. Die zweite, konkrete und definitive Zeitbegrenzung erfolgt nach zwei bis fünf Sitzungen, wenn nach erfolgter Fokussuche und Fokusformulierung die Zielvereinbarungen erfolgt sind und absehbar wird, „wieviel Zeit“ dafür in Anspruch genommen werden soll. Um die Zeitbegrenzung gut einschätzen und entscheiden zu können, ist es aus unserer Sicht wichtig, sie sowohl als Zeitraum als auch als Anzahl der Kontakte (Sitzungen) „durchzusprechen“. Ebenso ist es wichtig anzusprechen und „antizipierbar“ zu machen, daß mit der Zeitbegrenzung bereits zu Beginn ein Ende zu vereinbaren ist und daß diese Beendigung möglicherweise als „zu früh“ erlebt werden kann, wodurch das Gefühl entstehen könnte, auf etwas, was „einem zusteht“ oder „erreichbar wird“ verzichten zu müssen. Mit der Vereinbarung der Zeitbegrenzung gehen wir auch die Vereinbarung ein, „mit der Zeit(begrenzung)“ zu arbeiten.

#### 4.5 Therapeutisches Beziehungsangebot und therapeutisches Vorgehen

Die vier hier zusammengefaßten Aufgaben stehen in einem sehr engen Zusammenhang. Die Arbeit im Hier und Jetzt erfordert vom personenzentrierten Psychotherapeuten – wie es bereits im Rogers-Zitat und im Verständnis des Therapiekontaktes als „single contact“ erkennbar wird – hohe Präsenz und hohe Aktivität, und zwar sowohl bezüglich der Beziehung zum Patienten als auch bezüglich der Bearbeitung des Fokus und der dafür notwendigen Strukturierung des Rahmens und des Arbeitsgegenstandes.

Die hohe Aktivität zeigt sich in einer hohen Aufmerksamkeit und in der Bereitschaft, den direkten und persönlichen Kontakt zum Patienten/Klienten aufzunehmen, so es die Arbeit am Fokus erfordert. Die Aktivität stellt in erster Linie eine Unterstützung der Arbeit des Klienten dar. Sie kann auch „Techniken“ wie Konfrontation (Tscheulin, 1992) und Selbsteinbringung enthalten.

Es handelt sich dabei zum Großteil um Kompetenzen, die zum üblichen Repertoire klientenzentrierter Psychotherapeuten gehören und die durch Ausbildung, Supervision und Selbsterfahrung auch kontinuierlich weiterentwickelt und in die Person integriert werden. Allerdings müssen sie – unserer Erfahrung nach – für die besondere Aufgabenstellung Kurztherapie „kalibriert“ und „justiert“ werden.

Die Haltung als Therapeut ist durch die Orientierung am Fokus stärker „arbeits-“ als „beziehungsorientiert“, die „Beziehungsarbeit“ ist „kooperationsbezogen“, der emotionale Kontakt „steht“ und ist (weitgehend) stabil. Der Therapeut zeigt sich als „Therapeuten-Person“, sein Beziehungsangebot ist „direkt(er)“, „persönlicher“; es richtet sich auf die „Zusammenarbeit an der gemeinsamen Arbeit am Fokus“. Während in der Arbeit mit Kindern oder mit Patienten mit frühen Störungen die Herstellung eines geschützten Rahmens, einer konkret spürbaren emotionalen Beziehung bzw. Bindung und dafür „konkret erfahrbare“ Kontakt bzw. „verfügbare Präsenz“ sinnvoll und notwendig ist, die Beziehungsgestaltung also „beziehungsorientiert“ ist, wird sie hier stärker „kooperationsorientiert“. Das schließt nicht aus, daß ein tiefes emotionales Erleben im Hier und Jetzt geschieht, es dient der vereinbarten therapeutischen Arbeit und wird durch den „Diskurs“ der gemeinsamen Erfahrung reflektiert und integriert. Gelebte und erlebte Zeit wechseln in einem eher kurzen Rhythmus und bringen den Prozeß dadurch voran.

Die Haltung des Therapeuten ist in dem Sinne „neutral“ als er dem Patienten alles zur Verfügung stellt, was nach seiner fachlich begründeten Erfahrung für die Erarbeitung der Ziele bzw. die Bearbeitung des vereinbarten Fokus sinnvoll und notwendig ist und ihm – bei aller Begrenztheit – persönlich verfügbar ist. Der Therapeut ist bezüglich der Schritte, des Tempos und der inhaltlichen Füllung und Ausgestaltung der Ziele „neutral“ – der Patient selbst darf und soll das für ihn Richtige und Angemessene (heraus-)finden, allerdings in der gemeinsamen Arbeit mit dem Therapeuten.

Die gemeinsame Arbeit schließt jedoch ein, daß der Patient nicht nur nach „innen“ (im Sinne der Aufarbei-

tung seiner inkongruenten Selbsterfahrung) offen wird, sondern auch nach außen, insbesondere zum Anderen. Beziehungserfahrung schließt ein, daß ein wechselseitiger Austausch erfolgt. Der Therapeut hat die Aufgabe, den Patienten zu einem „Austausch zwischen zwei oder mehreren Sicht- und Erfahrungsweisen einzuladen, welcher erst die Möglichkeit schafft, Bereiche der inneren Welt hinsichtlich Irrtum oder Täuschung zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren bzw. mit dem Anderen ein gemeinsames und u.U. neues Bild zu erlangen“ (Linster und Panagiotopoulos, 1990, S. 75).

Diese „Arbeitsorientierung“ schließt nicht aus, daß auch Beziehungswünsche auftreten, die der Situation, Beziehung und Vereinbarung nicht entsprechen. Es kann sich auch um Beziehungswünsche oder Umgangsweisen handeln, welche als Übertragungsphänomene verstanden werden können. Die besondere Beziehungsgestaltung als „Realbeziehung“ schließt ein, daß die konkrete Beziehungserfahrung erfahrbar und damit auch für den Patienten bewußt gestaltbar und lebbar wird. Diese oftmals „neue“ Beziehungserfahrung konsolidiert die Beziehungskompetenzen des Patienten und sie macht ihn fähig(er), auftretende Beziehungsstörungen oder Phänomene, die als „Übertragung“ interpretiert werden können, der gemeinsamen Klärung und Bearbeitung zugänglich und verfügbar zu machen.

Unserer Erfahrung nach sind jedoch massive und persistierende Übertragungsphänomene – bei entsprechender sorgfältiger Indikationsstellung – selten. Wenn Übertragungsphänomene auftreten, sind diese für die Bearbeitung zugänglich. Das „technische Problem“, die Übertragung zu berücksichtigen, nicht jedoch sie zu bearbeiten, ist für (erfahrene) klientenzentrierte Psychotherapeuten insofern „leichter“ zu handhaben, als sie in der Regel durch ihre Haltung oder durch ihr Vorgehen „Übertragungsphänomene“ selten(er) auslösen und durch ihre Haltung und ihr Vorgehen diese Phänomene in diesem Setting auch konstruktiv bearbeiten können.

Der Abschluß erfolgt für einzelne Patienten durchaus „vorzeitig“, selbst wenn die vereinbarte Zeit ihn verlangt und Einsicht in die Notwendigkeit desselben vorliegt. Auch die Phänomene, die Rogers (1942/1972) für die abschließenden Phasen beschrieben hat, treten oftmals auf. Wenn die gemeinsame Arbeit gut gelungen ist, stellt sie für viele auch eine „Ausnahmeerfahrung“ dar und weckt Wünsche, sich diese Möglichkeit zu erhalten oder zumindest sie gegebenenfalls erneut in Anspruch zu nehmen.

##### 5. *Résumé/Schlußwort*

Gesprächspsychotherapeutische oder (besser) klientenzentrierte Kurztherapie ist unserer Auffassung nach nicht nur im Therapiekonzept und der Theorie angelegt, die Grundidee der Kurztherapie entspricht von ihren Grundgedanken auch dem Psychotherapieverständnis der Klientenzentrierten Psychotherapie. Daher ist die Affinität aus unserer Sicht nachvollziehbar.

Gesprächspsychotherapeutische Kurztherapie, wie wir sie speziell auch aus unserer praktischen Arbeit kennen, geschieht im Prozeß ihrer Realisierung. Wenn wir sie heute konsequenter und systematischer prakti-

zieren, dann teils aus unserer größeren Erfahrung, teils als Ergebnis unserer (zusätzlichen) Erfahrung und Reflexion im Rahmen der Ausbildungs- und Supervisionstätigkeit und der u.a. dort auch reklamierten Orientierung und Auseinandersetzung mit Kurztherapieformen anderer therapeutischer Richtungen. Die weitere Ausarbeitung einer Anwendungsform klientenzentrierte Kurztherapie erscheint uns ein lohnenswertes und notwendiges Unterfangen, da sie zugleich zwingt, sich mit Selbstverständlichkeiten klientenzentrierter therapeutischer Theorie und Praxis auseinanderzusetzen und damit „offen für neue Erfahrung“ zu bleiben und zu sein.

##### Literatur

- Becker K, Sachse R (1998) *Therapeutisches Verstehen*. Hogrefe, Göttingen
- Biermann-Ratjen E-M, Eckert J, Schwartz HJ (1997) *Gesprächspsychotherapie*, 8. überarb. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Biermann-Ratjen E-M, Swildens H (1993) Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hrsg) *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Bd 1. GwG Verlag, Köln, S 57–142
- Binder HJ, Binder K, Kratzsch S, Schmalzriedt L (1976) Kritik an der Bestimmung der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie durch das formale Kriterium Psychotherapiedauer. *GwG-Info* 27: 23–30
- Binder HJ, Binder U, Kratzsch S, Schmalzriedt L (1979) Behandlungsdauer bei klientenzentrierter Psychotherapie: Eine kritische Analyse. *GwG-Info* 36: 1–21
- Bommert H (1987) *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*, 4. erg. und erw. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Eckert J (1991) Gesprächspsychotherapie gleich erfolgreiche Fokaltherapie? *GwG-Zeitschrift* 81: 41–42
- Eckert J (1995) Wie effektiv ist Gesprächspsychotherapie wirklich? Über die Bedeutung des Faktors Zeit in der Gesprächspsychotherapie. In: Eckert J (Hrsg) *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie*. GwG Verlag, Köln, S 185–192
- Eckert J (1996) Gesprächspsychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg) *Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 124–192
- Ecker, J, Wuchner M (1994) Frequenz – Dauer – Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil 1: Einzeltherapie bei Erwachsenen. *GwG-Zeitschrift* 95: 17–20
- Faber FR, Haarstrick R (1994) *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*, 3., neu bearb. Aufl. Jungjohann, Neckarsulm
- Finke J (1994) *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Thieme, Stuttgart
- Frenzel P (1992) Das Rad neu erfinden. Leitfäden zur Entwicklung Personzentrierter Technik in der Psychotherapie. In: Frenzel P, Schmid PF, Winkler M (Hrsg) *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie*. Edition Humanistische Psychologie, Köln, S 207–240
- Gendlin ET (1998) *Focusing-orientierte Psychotherapie*. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. Pfeiffer, München
- Leuzinger-Bohleber M (Hrsg) (1985) *Psychoanalytische Kurztherapien*. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Linster HW, Panagiotopoulos P (1990) Zum Wechselverhältnis von Klientenzentrierter Psychotherapie und Klientenzentriertem Konzept. In: Meyer-Cording G, Speierer WG (Hrsg) *Gesundheit und Krankheit*. GwG Verlag, Köln, S 54–85
- Meyer A-E, Stuhr U, Deneke FW (1989) Psychoanalytische Kurztherapie. Möglichkeiten und Grenzen anhand eigener empirischer Untersuchungen. In: Janssen PL, Paar GH (Hrsg) *Reichweite der psychoanalytischen Therapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 55–74

- Meyer A-E, Wirth U (1988) Die Beeinflussung affektiver Störungen durch psychodynamische und durch Gesprächspsychotherapie. Ergebnisse einer empirischen Vergleichsstudie. In: Von Zerssen D, Möller H-J (Hrsg) Affektive Störungen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 243–258
- Reimer C (1996) Krisen und Krisenintervention, Kurzpsychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg) Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 497–508
- Rogers C (1972) Die nicht-direktive Beratung. Kindler, München (Orig.: Counseling and Psychotherapy. Houghton Mifflin, Boston 1942)
- Rogers C (1972) Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Kindler, München (Orig.: Client-centered therapy. Houghton Mifflin, Boston 1951)
- Rogers C (1977) Therapeut und Klient. Kindler, München
- Sachse R (1996) Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- Shlien J (1977) Klientenzentrierte Kurztherapie: Zwei Fallberichte. In: Rogers C (Hrsg) Therapeut und Klient. Kindler, München, S 53–112
- Swildens H (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. GwG Verlag, Köln
- Tausch R, Tausch A (1990) Gesprächspsychotherapie, 9. erg. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Tscheulin D (1992) Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention. Hogrefe, Göttingen
- Van Balen R (1992) Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers: Nur ein Klima, ein Dialog oder beides? In: Behr M, Esser U, Petermann F, Pfeiffer WM, Tausch R (Hrsg) Jahrbuch 1992 für Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd III. GwG Verlag, Köln, S 162–183
- Wuchner M, Eckert J (1995) Frequenz – Dauer – Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil 2: Klientenzentrierte Einzelpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. GwG-Zeitschrift 97: 17–20

**Korrespondenz:** Dr. Hans Wolfgang Linster, Psychologisches Institut, Klinische und Entwicklungspsychologie, Universität Freiburg/Breisgau, Belfortstraße 18, D-79085 Freiburg, Bundesrepublik Deutschland, Fax ++49-761-203-3022, E-mail: Linster@psychologie.uni-freiburg.de.

*Dr. Hans Wolfgang Linster, Dipl.-Psych., Wissenschaftlicher Angestellter am Psychologischen Institut der Universität Freiburg, langjährige psychotherapeutische Praxis und Tätigkeit im Rahmen der Aus-, Fort und Weiterbildung sowie Supervision in Gesprächspsychotherapie; Veröffentlichungen u. a. zu verschiedenen Themen der Gesprächspsychotherapie, Beratung, Supervision, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Rahmen von Psychotherapie.*

*Dorothee Rückert, Dipl.-Psych., Frauenbeauftragte der Universität GHS Siegen, D-57068 Siegen; E-mail: Frauenbeauftragte@uni-siegen.de. Langjährige psychotherapeutische Praxis und Tätigkeit im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Supervision in Psychotherapie, speziell der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen; Veröffentlichungen u. a. zu Themen der Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement von Psychotherapie.*