

# Aktive Steuerung von Übertragung und Gegenübertragung bei tiefenpsychologisch fundierter Kurztherapie [Psychotherapie Forum (1995) 3: 61-68]

Michael Titze

Nach wie vor ist die Kurzzeittherapie ein wenig geliebtes Kind der Psychoanalyse, nicht selten sogar Gegenstand heftiger Kontroversen (vgl. Leuzinger-Bohleber, 1985, S. 8 ff). Andere Psychotherapierichtungen haben sich indessen auf zeitlich begrenzte Verfahren geradezu spezialisiert. Dies gilt insbesondere für die strategischen und klientenzentrierten Verfahren (vgl. de Shazer, 1989, 1992; Fisch et al., 1987; Hoffmann, 1979; Rogers, 1972, 1973). Zuweilen nehmen die Vertreter der "Humanistischen Psychologie" dabei ausführlich und ausdrücklich Bezug auf analytische Konzepte der Kurztherapie (vgl. Petzold, 1993).

Die realen Gegebenheiten, die das noch zu verabschiedende Psychotherapiegesetz in Deutschland schaffen wird, dürften - allein schon aus ökonomischen Gründen - die "Konkurrenzfähigkeit" kurztherapeutischer Verfahren wahrscheinlich stärken. Denn falls eine Eigenbeteiligung an den Kosten einer Psychotherapie im neuen Gesetz festgeschrieben werden sollte, könnte dies ein gewichtiges Argument *gegen* die Entscheidung für eine Langzeittherapie sein.

Natürlich ist nicht damit zu rechnen, dass die Tage des analytischen Standardverfahrens in Deutschland gezählt sind, denn sie hat ihre besondere Effizienz in den vergangenen Jahrzehnten hinreichend unter Beweis gestellt. Außerdem steht ohne Zweifel fest, dass analytische Kurztherapien im Hinblick auf die *Indikation*<sup>1</sup> verschiedenen Einschränkungen unterliegen. Zudem wird die analytische Langzeittherapie auch als "eine fortgesetzte, zeitlich nicht befristete *Fokaltherapie* mit wechselndem Fokus" verstanden (Thomä und Kächele, 1989, Bd. 1, S. 359). Unter diesen Voraussetzungen dürfte das Interesse an den bewährten Verfahren einer tiefenpsychologisch fundierten Kurztherapie ebenso zunehmen, wie dies in den Vereinigten Staaten seit vielen Jahren schon der Fall ist (vgl. Goleman, 1981). Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil diese eine echte Alternative zu neuentwickelten kognitiven oder strategischen Ansätzen darstellen (vgl. Yapko, 1989).

Analytische Kurztherapien stehen durchaus nicht in einem Widerspruch zur Tradition der Psychoanalyse. So machen z.B. Beck (1974, S. 7 ff), Leuzinger-Bohleber (1985, S. 13) und Malan (1965, S. 19 ff) darauf aufmerksam, dass sowohl Freud als auch Ferenczi, Rank oder Stekel niederfrequente Analysen durchgeführt haben, die insgesamt nur einige Monate Behandlungszeit in Anspruch nahmen. Damals war es offenbar relativ unproblematisch, wenn ein Analytiker seinem Patienten *aktiv* gegenübertrat (vgl. Ferenczi, 1927/1964), wenn er den analytischen Diskurs *thematisch steuerte* sowie dem Patienten absichtlich *vermehrte Versagungen auferlegte* (Malan, 1965, S. 33).

Im folgenden möchte ich gewisse Kernkonzepte analytischer Kurztherapien umreißen. Dies soll mir Gelegenheit geben, die Möglichkeit eines unkonventionellen, bereichsweise auch "paradoxen" Vorgehens zu diskutieren, das bislang nur für nichtanalytische Kurztherapieverfahren in Anspruch genommen wurde. So gesehen versteht sich dieser Beitrag auch als eine Anregung für einen integrativen Ansatz der Kurztherapie.

## 1. Die "Chicago-Gruppe," : Übertragungsmanipulation und "korrigierende emotionale Erfahrung" (der "korrektive Ansatz")

Einer der frühesten Kurztherapieansätze wurde in Chicago unter der Anleitung von Franz Alexander ab 1938 erprobt, systematisiert und katamnestisch abgesichert (vgl. Alexander und French, 1946; Alexander, 1965; French, 1970). Dem Einwand, Kurztherapien würden lediglich einer oberflächlichen kognitiven Erkenntnisvermittlung dienen und die Übertragungsdynamik unberücksichtigt lassen, versuchte man durch das Konzept der "Übertragungsmanipulation" zu begegnen. Dies bedeutet, dass der Therapeut gezielt eine realitätsbezogene empathische Beziehung zum Patienten herzustellen sucht, die sich deutlich unterscheidet von der Qualität der ursprünglichen Beziehung zu den "versagenden, strafenden, indifferenten oder überpermissiven Eltern"

<sup>1</sup> Beck (1974, S. 11) nennt in diesem Zusammenhang vier Kriterien. Es sind dies 1. eine gewisse Ichstärke, 2. ein positives Behandlungsmotiv bzw. „die Bereitschaft des Patienten zur inneren Umstellung“ (ebd., S. 12), 3. ein definierbares Behandlungsziel bzw. die lebensgeschichtliche „Lokalisation eines psychodynamisch umschriebenen Problems“ (ebd., S. 13), 4. ein tragfähiges Arbeitsbündnis. Leuzinger-Bohleber und Grüntzig-Seebrunner (1993) erwähnen die Vertreter eines „radikalen“ Ansatzes, die auch Patienten mit schweren, chronifizierten Störungen kurztherapeutisch behandeln, wenn „der Patient fähig ist, auf eine Fokussierung seiner Konflikte einzugehen, positiv auf Deutungen reagiert und hoch motiviert ist“ (ebd., S. 336).

(Alexander und French, 1946, S. 53). Es besteht eine Entsprechung zu Ferenczis (1931, 1927/ 1964) "elastischer psychoanalytischer Technik". Das Schwergewicht der therapeutischen Arbeit beruht hier also auf einer aktiven Steuerung der Übertragung, die sich sowohl auf die aktuellen Lebensverhältnisse des Patienten bezieht als auch auf die spezifischen Erfahrungen in der Interaktion mit dem Therapeuten: "Die optimale Intensität der Übertragung, also die Wiederholung der Vergangenheit in der analytischen Situation, (soll) durch verschiedenste Aktivitäten (reguliert werden)" (Klüwer, 1977, S. 1135). Dabei kann und soll sich jene "korrigierende emotionale Erfahrung" auf Seiten des Patienten ergeben, die zu einer Beendigung von bestimmenden neurotischen Wiederholungszwängen im Zusammenhang mit dem entsprechenden "Kernkonflikt" führt: Diese Übertragungserfahrungen stellen "Vorbereitungen, ein Training für die wirkliche Schlacht (des Lebens) dar" (Alexander und French, 1946, S.38).

## **2. Die Londoner "Werkstatt": Fokussierung und Thematisierung (der "interpretative Ansatz")**

Ebenfalls in Anknüpfung an Ferenczi entwickelte die Londoner "Werkstatt" in den sechziger Jahren eine eigene Form der Kurztherapie (Balint et al., 1972). Auch in diesem Fall wird die Herstellung einer positiven therapeutischen Beziehung als die unerlässliche Voraussetzung für die Anwendung der sog. Fokal-Technik angesehen. Insgesamt wird hier das Schwergewicht der therapeutischen Aktivität auf eine Deutungsarbeit gelegt, die sich auf einen bestimmten "Fokus" beschränkt (Malan, 1965, S. 271 ff). Dieser entspricht einem unbewussten Konflikt, der vom Therapeuten unter Berücksichtigung anamnestischer Daten, des auslösenden Ereignisses und der Gegenübertragung stochastisch zu ermitteln ist. Dieser Konflikt ist sodann strukturierend in Beziehung zu setzen zu den aktuellen Problemen des Patienten. "Der Konflikt stellt also die Verdichtung eines maßgeblichen Aspekts der Pathologie des Patienten dar, der, möglichst als Deutung formuliert, als Leitlinie für die Richtung der Therapie dient" (Klüwer, 1977, S. 1137). Ein Fokus kann auch als ein "verbindendes Thema" (Malan, 1976, S. 7), das in einer "inneren Formel" (Beck, 1974, S. 24) zum Ausdruck kommt, betrachtet werden, das "die Basis der Deutungsarbeit bildet" (Malan, 1976, S. 68; vgl. Thomä und Kächele, 1989, S. 358 ff; Titze und Salameh, 1995). Malan und auch Sifneos (1973; 1979) bevorzugen dabei die Fokussierung eines ödipalen Konflikts, der sich in den ersten Sitzungen "kristallisieren" (Malan, 1965, S. 272) sollte. Alles Material, das im Hinblick auf den Fokus nicht relevant ist, soll selektiv weggelassen werden. Aktiv und gezielt sollen dabei Verbindungen zwischen den Manifestationen des fokussierten Konflikts in der Vergangenheit der Lebensgeschichte, der aktuellen Gegenwart und der Unmittelbarkeit der Übertragung hergestellt werden. Auf Abwehrhaltungen wird wenig Rücksicht genommen, da der Patient mit allen Gefühlen, die mit dem fokussierten Konflikt zusammenhängen (Ärger, Angst, Traurigkeit) konfrontiert werden soll (Sifneos, 1973, S. 115).

## **3. Stärkung des Selbstwertgefühls, Ermutigung und pragmatische Hilfe bei narzisstischen Verletzungen**

Leopold Bellaks Kurztherapie zeichnet sich durch die unkonventionelle Grundannahme aus, dem Patienten gezielt und ohne Umschweife eben das zu vermitteln, dessen er in seiner akuten seelischen Notfallsituation am meisten bedarf: die Stärkung seines Selbstwertgefühls (Bellak, 1979; Bellak und Small, 1972). Hierin entspricht Bellaks Anliegen in manchem dem teleoanalytischen Ansatz von Rudolf Dreikurs, der auf eine "Spiegeltechnik" zurückgreift, "die den Patienten mit seinen Zielen und Absichten konfrontiert" (Dreikurs, 1980, S. 24), diesen aber gleichzeitig auch ermutigt und in seinem Selbstvertrauen stärkt. Dies setzt voraus, dass der Therapeut "von der Stärke des Patienten und dessen (positiver) Entscheidungskraft überzeugt ist" (ebd., S. 106). In Entsprechung geht Bellak (1979, S. 565) davon aus, dass schon allein das uneingeschränkte empathische Interesse des Therapeuten an der Lebensgeschichte des Patienten diesem eine "narzisstische Befriedigung" vermittelt, die zur raschen Herstellung des therapeutischen Bündnisses führt. Der Therapeut soll deshalb konsequent bestrebt sein, ein mitfühlendes Verständnis für die Probleme und Anliegen des Patienten aufzubringen, um dadurch ein "Gefühl von Hoffnung" (ebd., S. 566) zu schaffen. Dabei soll der Therapeut aktiv vorgehen, insbesondere im Hinblick auf eine "Modifikation von Über-Ich, Ich-Ideal und Introjekt".  
Der

Therapeut selbst bietet sich dabei insofern als "Modifikator" an, als er im Rahmen des realen Interaktionsgeschehens konkretes Material unmittelbar einbringt, indem er etwa Anekdoten über sich selbst erzählt oder Sichtweisen anbietet, "die im Gegensatz zu den meisten der üblichen Verfahrensweisen der Psychoanalyse oder Langzeittherapie stehen" (ebd., S. 569; vgl. auch Becks [1974, S. 40 ff] Ausführungen über "Fremdbeispiele"). Hier ergibt sich eine Affinität zum strategischen Kurztherapieansatz Milton Ericksons (vgl. Rosen, 1990) und zu Salamehs (vgl. 1987) humorbezogener *Integrativer Kurzzeit-Psychotherapie*.

Auch Goldberg (1973) und Mann (1978) sehen in der raschen Herstellung einer empathischen Beziehung mit dem Patienten die wesentliche Voraussetzung für die Bewältigung von frühen Trennungskonflikten. Dies soll, im Sinne einer emotionalen Neuerfahrung, Autonomie und Selbstachtung vermitteln. Goldberg geht im Anschluss an Kohut davon aus, dass der eigentliche Anlass für das Aufsuchen eines Therapeuten in einer narzisstischen Verletzbarkeit zu sehen ist. Aufgabe des Therapeuten sei deshalb, dem Patienten als Selbstobjekt zu dienen, das eine reflektierende und beschützende Funktion erfüllt und dem Patienten hilft, sich von der erlittenen Verletzung zu erholen und seine organisierenden Phantasien wiederherzustellen" (Burke et al., 1979, S. 177). Dabei soll der Therapeut nicht zögern, selbst "primitive Idealisierungen" zu tolerieren, die ihm der Patient im Rahmen der Übertragung entgegenbringen mag, da dies eine pragmatische Voraussetzung zur Wiedererlangung des "narzisstischen Gleichgewichts" (ebd., S. 180) sei.

#### **4. Spezifische Bestimmungsmerkmale von tiefenpsychologisch fundierten Kurztherapien**

Es besteht offenbar im Hinblick auf tiefenpsychologisch fundierte Kurztherapien insofern Übereinstimmung über das Handeln des Therapeuten, als dieser

- *aktiv* und *empathisch* um die Herstellung einer positiven therapeutischen Beziehung ("Übertragungsmanipulation") bemüht sein soll;
- im Rahmen der *realen Interaktion* in einer pragmatischen, d.h. durchaus auch "unkonventionellen" Weise jenes affektiv bedeutsame Material selektiv und fokal veranschaulichen soll, das im Zusammenhang mit dem jeweils thematisierten "Kernkonflikt" bestimmend ist;
- grundsätzlich auf solche therapierelevanten *Teilziele* ausgerichtet sein soll, die mit umschriebenen "korrigierenden emotionalen Erfahrungen" verbunden sind, d.h. die zu einer (zumindest partiellen) Wiederherstellung bzw. Festigung der Selbststruktur führen, was mit einem kontinuierlichen Prozess der Ermutigung zum (Wieder-)Erwerb von Selbstachtung und Selbstvertrauen einhergeht;
- "hemmende" Auswirkungen aus dem Über-Ich-Bereich (auch) in humorvoller Weise zu modifizieren versucht, indem er die entsprechenden idealnormativen Imperative aus seiner persönlichen Perspektive relativiert.

#### **5. (Projektive) Identifikation und intropathische Gemeinschaftlichkeit**

Von zentraler interaktionaler Bedeutung für die entsprechenden Kurztherapieansätze ist die "intuitive empathische Identifikation mit dem Klienten" (Larbig, 1973, S. 108). Der hier gemeinte Begriff der Identifikation entspricht nicht unbedingt der vielschichtigen Bedeutung, die ihm in der psychoanalytischen Literatur zugesprochen wird (vgl. Laplanche und Pontalis, 1973, S. 219 ff). Er bezieht sich eher auf den Vorgang der *Einfühlung*:

"Wie man das erklärt? Das ist kurz zu sagen, dass man es in sich selbst erzeugen muss, sich mit (dem) anderen in Verbindung setzen muss. Man muss mit den Augen des anderen sehen, mit den Ohren des anderen hören und mit dem Herzen des anderen fühlen, man muss sich mit ihm identifizieren" (Adler, 1974, S. 176).

Diese Definition impliziert einen aktiven Zugriff des Therapeuten in die Sphäre affektiven Erlebens beim Patienten. Racker (1993, S. 73, 146) spricht (im Hinblick auf die Gegenübertragung) von "konkordanter Identifizierung". Doch auch der Patient kann, unbewusst, diesen Zugriff nehmen. Dieser Vorgang wird in der Konzeption der "projektiven Identifikation" thematisiert.

Ursprünglich hatte Melanie Klein (vgl. 1946) dies als eine unbewusste Abspaltung von affektiven Selbstanteilen verstanden, die in einen anderen Menschen, z.B. den Analytiker, "hineingesteckt" bzw. bei ihm "abgeladen" werden, um diese Affekte besser kontrollieren zu können. Solche Abwehrvorgänge, die im Sinne der ursprünglichen Konzeptualisierung ausdrücklich als psychopathologisch relevant aufgefasst wurden,

können -gerade wegen ihrer interaktionalen Bedeutung - auch therapeutisch genutzt werden. So weist Zwiebel (1988) im Anschluss an Bion (1977) darauf hin, dass es neben dem ursprünglich pathologischen Aspekt der projektiven Identifikation auch eine *normale* Bedeutung gibt, die "an Vorgängen wie Empathie, Intuition (oder) Verliebtheit [...] beteiligt (ist)" (Zwiebel, 1988, S. 260).

Wenn der Therapeut eine empathisch annehmende Grundhaltung einnimmt, "verhält (er) sich sozusagen wie ein großzügiger Gastgeber, der allen Gästen sein großes Haus zur Verfügung stellt ..." (ebd., S. 263). Er fungiert damit als ein "Behälter" für jene affektiven Selbstanteile, die der Patient mittels einer "omnipotenten Phantasie" abgespalten hat (Bion, 1977, 1, S. 31; 111, S. 8), weil sie partiell "toxisch" wirken (Ogden, 1979). Indem der Therapeut diese Projektion zulässt, d.h. die entsprechenden Selbstanteile aufnimmt, "entgiftet" er sie und gibt sie für eine neuerliche "Reinternalisierung" frei (Hinz, 1989, S. 612). Letztendlich fungiert der Therapeut damit als ein Modell umfassender Selbstakzeptanz:

"Auf dem Umweg über den in die (therapeutische) Interaktion verwickelten Analytiker kann der Patient mit Hilfe von dessen Deutungen seine verlagerten Selbstanteile erkennen [...] Denn solange der Mensch von seinen Selbstanteilen entfremdet ist, können diese auch nicht an- und aufgenommen werden" (Thomä und Kächele, 1989, 2, S. 155).

Ogden, 1982) geht allerdings noch weiter. Er fordert den Therapeuten nachgerade auf, sich die affektive Problematik des Patienten tatsächlich zueigen zu machen: "Fühlt sich der Patient hoffnungslos, als nicht liebenswert und als nicht behandelbar, dann muss der Therapeut das Gefühl ertragen, dass er als Therapeut und Therapierender ohne Wert für diesen hoffnungslosen Patienten ist ..." (ebd., S. 30).

Wenn der Therapeut bereit ist, solche basalen (weil einen "Kernkonflikt" [French, 1970] indizierenden) Gefühle "auf sich zu nehmen" bzw. zeitweilig zu "seinem eigenen Problem zu machen", wird er gewiss "mitagieren, doch "gehört dies zur Lebendigkeit der analytischen Beziehung und kann als aktuelles Material im analytischen Prozess nutzbar gemacht werden" (Zwiebel, 1988, S. 274).

Dass sich gerade das Konzept der projektiven Identifikation für die Anliegen einer tiefenpsychologisch fundierten Kurztherapie anbietet, hängt zu einem Gutteil damit zusammen, dass sich in diesem Zusammenhang eine "Analyse des *realen* Interaktionsgeschehens" (Thomä und Kächele, 1989, 2, S. 159) durchführen lässt, und zwar unter unmittelbarer Einbeziehung der affektiven Dynamik.

Eine lebensphänomenologische Begründung für diese Haltung gibt Michel Henry (1992, S.210,S.218), der von "intropathischer Gemeinschaftlichkeit" als Basis der Fremderfahrung spricht. Der Begriff "Intropathie" geht dabei über den der "Empathie" hinaus. Er meint nämlich ein affektives sich-hinein-Versetzen in das "Dasein des Anderen" (vgl. auch Kühn, 1994). Intropathische Gemeinschaftlichkeit wird möglich, weil die affektive Befindlichkeit des Patienten im Modus des personalen Mit-Seins vom Therapeuten als "Mit-Pathos" gelebt wird, als ein gemeinsames affektives Sein:

"Und zwar insoweit, als es sich immer und zunächst [...] als ein wirklich und konkret gemeinsames Sein (vollzieht): des Seins der Mutter mit dem Kind, des Hypnotiseurs mit dem Hypnotisierten, des Liebenden mit der Geliebten, des Analytikers mit dem Analysanden usw." (Henry, 1992, S. 243).

## **6. "Irrationale" (paradoxe) therapeutische Bündnisse**

Friedman (1969) differenziert zwischen einem "rationalen" und einem "irrationalen" therapeutischen Bündnis. Letzteres liege vor, wenn der Therapeut für den Patienten insgeheim zum Objekt magischer Wunschvorstellungen wird. Solche Phantasien dürften bei einer tiefenpsychologisch fundierten Kurztherapie schon aufgrund des zeitlichen Limits angeregt werden. Denn wer einen Menschen, der oft über einen längeren Zeitraum hinweg vergeblich gegen seine Symptome angekämpft hat, innerhalb weniger Therapiesitzungen kurieren will, dürfte einerseits die Projektion von Omnipotenzphantasien fördern und andererseits, eng damit verbunden, regressiv Tendenzen und Widerstandsphänomene anregen. Denn schon im Erstinterview mag der Patient Enttäuschung erleben, wenn er mit der Begrenzung des Therapieangebots konfrontiert wird (wodurch auch gleich das Thema der Trennung vorgegeben wird; vgl. Mann, 1978).

Es ist unbestreitbar, dass das Erleben bzw. Nacherleben von regressiven Wünschen im Rahmen einer Kurztherapie nicht ihrer psychodynamischen Eigengesetzlichkeit entsprechend zur allmählichen Entfaltung kommen kann. Deshalb sollte diese Tendenz zentral im Auge behalten und gezielt in das interaktionale Geschehen integriert werden. Der Therapeut wird sich mithin auf ein intropathisches Bündnis einstellen, in dessen Rahmen er gerade das primärprozesshaft "Unvernünftige" im Übertragungsgeschehen wohlwollend akzeptiert und bereichsweise sogar anregt. Dies ermöglicht die unmittelbare und rasche Bewusstmachung

"verborgener" psychodynamischer Zusammenhänge ebenso wie die Auflösung von Widerstandstendenzen (vgl. Davanloo, 1986). Es ist dies sicherlich ein Vorgehen, das aus der Perspektive rationaler Therapieverfahren paradox erscheinen mag.

Shulman (1980) führt in seiner Darstellung tiefenpsychologisch fundierter Methoden der Schizophreniebehandlung entsprechende unkonventionelle Techniken an (ebd., S. 113 ff). Die vielleicht wichtigsten Hinweise für die Herstellung eines "irrationalen Bündnisses" finden sich aber in einem kurzen Artikel von Jackson (1963) über die Behandlung paranoider Patienten. Jackson legt dabei zunächst großen Wert auf die Herstellung einer von Aufrichtigkeit und Wärme geprägten therapeutischen Beziehung. Der Therapeut bietet sich dem Patienten als Partner an. "Er dient auch als ein Modell, das demonstriert, dass mehr (Erkenntnis) herauszufinden ist; und er hilft dem Patienten, Distanz gegenüber seinen defensiven Selbstzweifeln zu bewahren." (Jackson, 1963, S. 307).

Jackson beschreibt, wie er auf die Befürchtung eines Patienten reagierte, der den Verdacht geäußert hatte, im Behandlungszimmer befänden sich Abhörgeräte. Er habe sich sofort darauf eingelassen, habe seine Betroffenheit unverkennbar zum Ausdruck gebracht und darauf bestanden, mit dem Patienten zusammen das Behandlungszimmer auf den Kopf zu stellen, um die "Wanzen" zu finden. Während sich diese Prozedur hinzog, habe sich der Patient zunehmend unsicher und verlegen gezeigt, wodurch sich Jackson aber nicht beeindrucken ließ. Nachdem die Suche schließlich erfolglos abgeschlossen werden musste, habe der Patient spontan und ganz sinnvoll über die Beziehung zu seiner Frau zu sprechen begonnen, die in der Tat Anlass zu Misstrauen gegeben habe.

Tiefenpsychologisch gesehen ist dieses Verfahren nicht lediglich als eine "paradoxe Intervention" zu beurteilen, sondern als ein eindrucksvolles Beispiel von Übertragungsmanipulation. Denn das lebensgeschichtlich gewachsene Misstrauen des Patienten, das in seiner Ehe aktualisiert worden war, wurde in die therapeutische Situation "hineingetragen" und auf den Therapeuten projiziert. Indem Jackson diese Projektion nicht nur tolerierte, sondern indem er sich intropathisch mit dem Patienten identifizierte, stellte er im realen Hier und jetzt der therapeutischen Situation eine Verbindung zu der affektiven Phantasiewelt des Patienten her. Er stellte eben jene "Zwillingsbeziehung" (Grotstein, 1981; Rosenfeld, 1987) her, die eine wirklich authentische Spiegelung affektbesetzter Vorstellungen ermöglicht.

Auch hier zeigt sich, wie aufgrund einer authentisch bzw. "lebensnah" unter Beweis gestellten intropathischen Identifikation mit einem Kernproblem des Patienten - in diesem Falle der Thematik "Angst vor dem destruktiven Verhalten anderer" - sehr schnell ein konstruktiver Einsichtsprozess angeregt wurde. Dies wäre im Falle einer "abstinente" deutenden Vorgehensweise gewiss ebenfalls intendiert, dürfte aber sehr viel mehr Widerstand erzeugt und Zeit in Anspruch genommen haben.

Ogden (1982, S. 63 ff) beschreibt eine Therapie, die durch mannigfache Widerstandsäußerungen (extensives Schweigen, demonstratives Desinteresse) des Patienten beeinträchtigt wurde. Nachdem der Therapeut erkannt hatte, dass er "dem Patienten in die Falle gegangen war" (ebd., S. 64), entschied er sich, diesem "etwas anzubieten, das dessen eigenes Markenzeichen trug" (ebd.). So fragte er ihn nach einer längeren Periode des Schweigens: "Sollen wir heute wieder einmal auf stur spielen?" Als der Patient ihn darauf erstaunt anschaute, erklärte der Therapeut, die Antwort auf diese Frage sei ein Geheimnis. Geheimnisse wolle er aber nicht preisgeben, weil er sonst immer mehr von sich selbst verlieren würde, "bis schließlich nichts mehr von mir da ist". Die weitere Interaktion stellte dann eine spielerische Inszenierung all jener brisanter Elemente dar, die der Therapeut im Zuge einer projektiven Identifikation in sich aufgenommen hatte (Furcht vor Verschmelzung/Wunsch nach Verbundenheit; Furcht vor völligem Getrenntsein/Wunsch nach Trennung).

## **7. Die "konspitative Allianz"**

Auf der strategischen Linie dieser Vorgehensweise liegt auch die "konspirative Methode", die vor dem Hintergrund der Persönlichkeitstheorie der Adlerschen Individualpsychologie für kurztherapeutische Zwecke konzipiert wurde (vgl. Titze, 1978, 1979, S. 316 ff, 1985, 1987). Grundanliegen der individualpsychologischen Therapie ist es, jenen "reziproken Verstehensprozess" anzuregen, der in einem kognitiv und affektiv so erlebten "dialogischen Perspektivenwandel" resultiert (Titze, 1989). Hierzu bedarf es auf Seiten des Therapeuten einer beständigen Kontrolle der Gegenübertragung, um den sich in der Analyse vollziehenden Prozess identifikatorischen Verstehens konsequent zu fördern. Der Therapeut soll i.S. der phänomenologischen

"Reduktion" (vgl. Husserl, 1959, 1973) mithin alle aus dem Bereich der ("äußeren") realen Welt abgeleiteten sekundär-normativen Vorstellungen (Titze, 1992) ebenso "ausklammern" wie seine eigenen

persönlichkeitsspezifischen Apperzeptionsweisen, Sicherungstendenzen und Affekte. Dies zu dem einen Zweck, dass er sich möglichst weitgehend in das (unbewusste) "primäre Bezugssystem" (Titze, 1986) seines Patienten einfühlen bzw. sich an den spezifischen, "privatlogischen" Leitlinien des "Kindes im Patienten" orientieren kann. In diesem Prozess von Intropathie wird der Therapeut im Modus reziproker Identifikation zusammen mit dem Patienten die lebendige Sinnhaftigkeit erspüren, die dessen Lebensäußerungen, selbst den vordergründig pathologischen, innewohnt.

Modellhaft kann der Therapeut, indem er sich die "Sache des Patienten" zueigen macht, diesen sodann aus der Unmittelbarkeit der realen therapeutischen Situation heraus zu einer konsequenten *Selbstannahme* anregen. Er projiziert dabei sozusagen die positiven Qualitäten des primären Lebensentwurfes des Patienten, von denen er sich intropathisch affizieren ließ, auf diesen wieder zurück, so dass sich hier - in Entsprechung zum Konzept der Übertragungssteuerung - von einer Steuerung der projektiven Identifikation sprechen ließe.

Als Beispiel sei eine Gesprächssequenz mit einer depressiven Patientin angeführt.

Patientin (P), zu Beginn der Sitzung: "Ich habe heute nacht kaum geschlafen." (Nach längerem Schweigen)  
"Ich weiß gar nicht, was ich jetzt noch sagen soll!"

Therapeut (T): "Wenn ich an Ihrer Stelle wäre, wäre ich ziemlich verärgert."

P (interessiert): "Warum?"

T: "Warum? Wenn es mir schon so lange so schlecht ginge und ich nach so vielen Jahren Ehe, als vorbildliche Hausfrau und Mutter so viel Lieblosigkeit und Undankbarkeit erfahren hätte, wäre ich auf alle Welt sauer, auch auf den Therapeuten! "

P: "Aber dazu habe ich doch keinen Grund. Sie geben sich doch so viel Mühe mit mir."

T: "Mühe. Das ist es doch, was Ihre Mutter auch immer zu Ihnen sagt: ‚Ich habe mir doch so viel Mühe mit dir gemacht.‘ "

P: Ja, schon, aber auf Sie bin ich wirklich nicht böse!"

T: "Ganz im Vertrauen: Ich wäre es! Denn schauen Sie, wir haben heute die zehnte Stunde, und es geht Ihnen immer noch nicht gut! Wenn Sie es in dieser kurzen Zeit eingerichtet hätten, mir zu zeigen, dass es Ihnen gut geht, dass Sie beschwerdefrei sind, dann hätten Sie das Gleiche getan, was Sie bei Ihrer Mutter, Ihrem Mann und den anderen Leuten, über die wir schon sprachen, auch getan haben: jedem zeigen, dass er in Ordnung ist, dass er alles richtig macht, damit sich alle so richtig wohl fühlen können. Ich an Ihrer Stelle würde meinem Therapeuten diese Genugtuung nicht geben. Indem es mir schlecht ginge, würde ich ihm zeigen, dass ich mit gutem Grund verärgert bin: so verärgert, wie ich auch über andere verärgert sein könnte ...

"Konspirativ" vorzugehen, heißt immer auch, sich den (bei vielen Patienten destruktiv wirkenden) Idealnormen der "Erwachsenenwelt", die im Verlauf der Sozialisation Aufnahme in den strukturellen Bereich von Gewissen bzw. Über-Ich fanden, bewusst zu verschließen, von ihnen abzusehen, sie temporär auszuklammern. Dies kann durchaus augenzwinkernd geschehen, ist doch gerade der Humor hervorragend geeignet, rigide Absolutheitssetzungen zu relativieren (vgl. Titze, 1985, S. 90ff; 1995; Titze, Eschenröder, Salameh, 1994).

## **8. Zusammenfassende Betrachtung**

Es kann kaum Zweifel bestehen, dass gerade die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als ein intensiver interaktionaler Prozess zu verstehen ist. Diese Aussage bezieht sich gleichermaßen auf das Standardverfahren analytischer Langzeittherapie wie auf die verschiedenen Formen psychodynamisch orientierter Kurztherapie. Letztere blieben bis heute umstritten, obwohl sie eine lange Tradition besitzen und - insbesondere in den Vereinigten Staaten - große Verbreitung gefunden haben. Überdies wurden in den letzten Jahren verschiedene nichtanalytische Kurztherapieverfahren entwickelt, die die kommunikativen Möglichkeiten einer paradoxen Intervention zentral gewichten, ohne das interaktionale Modell der Tiefenpsychologie bzw. die Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung wesentlich zu berücksichtigen.

In der vorliegenden Arbeit wird die Möglichkeit eines integrativen kurztherapeutischen Vorgehens diskutiert. Als Voraussetzung dafür wird eine aktive Steuerung von Übertragung und Gegenübertragung durch den Therapeuten angesehen, die eine schnelle Auflösung von Widerstandstendenzen gewährleisten soll. Dadurch

kann es zur Herstellung einer "konspirativen Allianz" kommen, in deren Rahmen die fokale Bearbeitung entsprechender Kernkonflikte im Modus reziprok projektiver Identifikation möglich wird. Dieses im Vergleich zum analytischen Standardverfahren "unkonventionelle" Vorgehen ähnelt zwar vordergründig den paradoxen Interventionen und Symptomverschreibungen strategischer Therapieansätze. Methodisch folgt es aber konsequent den Prämissen des interaktionalen Modells tiefenpsychologischer Psychotherapie.

## Literatur

- Adler A (1974) Die Technik der Individualpsychologie 2. Die Seele des schwererziehbaren Schulkindes. Fischer, Frankfurt
- Alexander F (1965) Psychoanalytic contributions to short-term psychotherapy. In: Wolberg LR (ed) Short-term psychotherapy. Grune & Stratton, New York, pp 84-126
- Alexander F, French TM (1946) Psychoanalytic therapy. Ronald Press, New York
- Balint M (1972) Focal psychotherapy. Lippincott, Philadelphia
- Balint M, Ornstein P, Balint E (1973) Fokalthherapie. Suhrkamp, Frankfurt
- Beck D (1974) Die Kurzpsychotherapie. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Bellak L (1979) The therapeutic relationship in brief psychotherapy. Am J Psychother 33: 564-571
- Bellak L, Small L (1972) Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Suhrkamp, Frankfurt
- Bion WR (1977) Seven servants. Jason Aronson, London New York
- Burke ID, White HS, Havens LL (1979) Which short-term therapy? Arch Gen Psychiat 36: 177-186
- Davanloo H (1986) Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly resistant patients: 1. Handling resistance. Intern J Short-Term Psychoth 1: 107-133
- Davanloo H (1995) Der Schlüssel zum Unbewußten. Die intensive psychodynamische Kurztherapie. Pfeiffer, München
- De Shazer S (1989) Wege der erfolgreichen Kurztherapie. KlettCotta, Stuttgart
- De Shazer S (1992) Das Spiel mit Unterschieden. Auer, Heidelberg
- Dreikurs R (1980) Zur Psychotherapie in der Medizin. Reinhardt, München Basel
- Ferenczi S (1927/1964) Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. In: Bausteine der Psychoanalyse, Bd 3. Huber, Bern, S 380-398
- Fisch R, Weakland JH, Segal L (1989) Strategien der Veränderung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Friedman L (1969) The therapeutic alliance. Int J Psychoanal 50: 139-153
- Goldberg A (1973) Psychotherapy of narcissistic injuries. Arch Gen Psychiatry 28: 722-726
- Goleman D (1981) Deadlines for change: therapy in the age of reagonomics. Psychology Today August 1981: 60-69
- Grotstein (1981) Splitting and projective identification. Jason Aronson, London New York
- Henry M (1992) Radikale Lebensphänomenologie. Alber, Freiburg
- Hinz H (1989) Projektive Identifikation und psychoanalytischer Dialog. Psyche 7: 615-631
- Hoffmann N (Hrsg) (1979) Grundlagen kognitiver Therapie. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Husserl E (1959) Erste Philosophie. Zweiter Teil: Theorie der phänomenologischen Reduktion. Husserliana VIII. Martinus Nijhoff, Den Haag
- Husserl E (1973) Die Idee der Phänomenologie. Husserliana II. Martinus Nijhoff, Den Haag
- Jackson DD (1963) A suggestion for the technical handling of paranoid patients. Psychiatry 26: 306-307
- Klein M (1946) Notes on some schizoid mechanisms. Int J Psychoana 117:99-110
- Klüwer R (1977) Psychoanalytische Fokalthherapie. In: Eicke D (Hrsg) Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. III - Freud und die Folgen (2). Kindler, Zürich, S 1134-1143

Klüwer R (1985) Versuch einer Standortbestimmung der Fokalthherapie als einer psychoanalytischen Kurztherapie. In: Leuzinger-Bohleber M (Hrsg) Psychoanalytische Kurztherapien. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 94-111

Kühn R (1994) Selbstaffektion und Existenz in Psychotherapie und Phänomenologie. Passagen Verlag, Wien

- Laplanche J, Pontalis JB (1973) Das Vokabular der Psychoanalyse, Bd 1. Suhrkamp, Frankfurt
- Larbig W (1983) Psychoanalytische Konzepte der Therapeut-Klienten-Beziehung. In: Zimmer D (Hrsg) Die therapeutische Beziehung. Edition Psychologie, Weinheim, S 98-113
- Leuzinger-Bohleber M (1985) Psychoanalytische Fokalthherapie - eine klassische psychoanalytische Kurztherapie in Institutionen. In: Leuzinger-Bohleber M (Hrsg) Psychoanalytische Kurztherapien. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 54-92
- Leuzinger-Bohleber M, Grüntzig-Seebrunner M (1993) Fokalthherapie - Krisenintervention - psychoanalytische Beratung. In: Mertens W (Hrsg) Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart
- Malan D (1965) Psychoanalytische Kurztherapie. Klett, Stuttgart
- Malan D (1976) The frontier of brief psychotherapy. Plenum Medical Book, New York
- Mann J (1978) Psychotherapie in 12 Stunden. Zeitbegrenzung als therapeutisches Instrument. Walter, Olten
- Ogden TH (1982) Projective identification and therapeutic technique. Jason Aronson, London New York
- Petzold H (1993) Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold H, Sieper J (Hrsg) Integration und Kreation, Bd 1. Junfermann, Paderborn, S 267-339
- Racker H (1993) Übertragung und Gegenübertragung. Reinhardt, München
- Rado S (1965) Relationship of short-term psychotherapy to developmental stages of maturation and stages of treatment behavior. In: Wolberg LR (ed) Short-term psychotherapy. Grune & Stratton, New York London
- Rogers CR (1972) Die nicht-direktive Beratung. Kindler, München
- Rogers CR (1973) Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Kindler, München
- Rosen G (Hrsg) (1990) Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson. Iskopress, Hamburg
- Rosenfeld H (1987) Impasse and interpretation. Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytical treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients. Tavistock, London
- Salameh WA (1987) Humor in integrative short-term psychotherapy (ISTP). In: Fry WF, Salameh WA (eds) Handbook of humor and psychotherapy: Advances in the clinical use of humor. Professional Resource Exchange, Sarasota, FL, S 195-240
- Shulman BH (1980) Individualpsychologische Schizophreniebehandlung. Reinhardt, München
- Sifneos PE (1973) Short-term psychotherapy and emotional crisis. Harvard University Press, Cambridge
- Sifneos PE (1979) Short-term dynamic psychotherapy: evaluation and technique. Plenum, New York
- Thomä H, Kächele H (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 1 und 2. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Titze M (1978) Objekte als Merkmalsträger bei Kindern, Schizophrenen und Angehörigen von Naturvölkern. Z Individualpsychol 3: 15 7-165
- Titze M (1979) Lebensziel und Lebensstil. Grundzüge der Teleoanalyse nach Alfred Adler. Pfeiffer, München
- Titze M (1985) Heilkraft des Humors. Herder, Freiburg
- Titze M (1986) Affektlogische Bezugssysteme. Z Individualpsychol 11: 103-110
- Titze M (1987) The conspirative method: applying humoristic inversion in psychotherapy. In: Fry WF, Salameh WA (eds) Handbook of humor and psychotherapy: Advances in the clinical use of humor. Professional Resource Exchange, Sarasota, FL, pp 287-306
- Titze M (1989) Beziehung und Deutung in der Individualpsychologie - oder: Reziprokes Verstehen und dialogischer Perspektivenwandel. In: Reinelt T, Datler W (Hrsg) Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 39-56
- Titze M (1992) Zur intersubjektiven Bestimmung von Normalität. In: Kühn R, Petzold H (Hrsg) Psychotherapie und Philosophie. Junfermann, Paderborn, S 159-180

Titze M (1995) Die heilende Kraft des Lachens. Frühe Beschämungen durch Therapeutischen Humor heilen. Kösel, München

- Titze M, Salameh WA (1995) Thematisierung. In: Brunner R, Titze M (Hrsg) Wörterbuch der Individualpsychologie. Reinhardt, München
- Titze M, Eschenröder C, Salameh WA (1994) Therapeutischer Humor - ein Überblick. Integrat Therapie 20: 200-234
- Yapko M (1989) Brief therapy approaches to treating anxiety and depression. Brunner & Mazel, New York
- Zwiebel R (1988) Einige Bemerkungen über die Rolle der projektiven Identifizierung in der analytischen Beziehung. In: Kutter P, Párano-Ortega R, Zagermak P (Hrsg) Die psychoanalytische Haltung. Verlag Internationale Psychoanalyse, München Wien, S 259-277

---

<sup>1</sup> Beck (1974, S. 11) nennt in diesem Zusammenhang vier Kriterien. Es sind dies 1. eine gewisse Ichstärke, 2. ein positives Behandlungsmotiv bzw. „die Bereitschaft des Patienten zur inneren Umstellung“ (ebd., S. 12), 3. ein definierbares Behandlungsziel bzw. die lebensgeschichtliche „Lokalisation eines psychodynamisch umschriebenen Problemes“ (ebd., S. 13), 4. ein tragfähiges Arbeitsbündnis. Leuzinger-Bohleber und Grüntzig-Seebrunner (1993) erwähnen die Vertreter eines „radikalen“ Ansatzes, die auch Patienten mit schweren, chronifizierten Störungen kurztherapeutisch behandeln, wenn „der Patient fähig ist, auf eine Fokussierung seiner Konflikte einzugehen, positiv auf Deutungen reagiert und hoch motiviert ist“ (ebd., S. 336).