Thom Barth
»Weitsicht-weit«,
1992,
Installation

Die Analytische Intensivbehandlung in der therapeutischen Praxis

Hans Jürgen Freichels

Eine quantifizierende Untersuchung zum Profil einer tiefenpsychologisch fundierten Kurztherapie

Im Jahre 1994 wurde eine retrospektive Studie über »Analytische Intensivbehandlung« begonnen. Diese Untersuchung verfolgt in ihrem Konzept eine aufwendige qualitative Auswertung, die sowohl die einzelnen Behandlungsverläufe als auch eine Aufschlüsselung in Märchenbilder berücksichtigen will. Die Studie wird noch einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen. In einem ersten Überblick wurde zunächst eine quantitative Auswertung vorgenommen, auf die sich die folgende Darstellung bezieht.

1. Zum Problem von ›Wirkungsnachweisen‹ in der Psychotherapie-Forschung

Ein sogenannter quantifizierender ›Wirkungsnachweis‹ wirft methodische Probleme auf. Zur Zeit trifft er zudem – angeheizt durch die Querelen um das erwartete Psychotherapeuten-Gesetz – auf eine Diskussion um die Wirksamkeit von Psychotherapie überhaupt, in der vor allem der Name GRAWE immer wieder ins Spiel gebracht wird. Dieser Autor hat eine sogenannte »Meta-Analyse« (GRAWE et al. 1994) vorgelegt, die eine große Anzahl verschiedener Studien zum Wirkungsnachweis einzelner Therapieformen einer Analyse und Bewertung unterzieht.

Im Vergleich der einzelnen Therapierichtungen kommen u.a. alle analytischen Therapieformen sehr schlecht weg. Diese Beurteilung hat auch entsprechende Antworten provoziert. So kritisiert MERTENS (1994) in seiner »Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe« die Voreingenommenheit, mit der hier an die Wirkungsanalyse herangegangen wird. Es handele sich hier keineswegs um eine Beurteilung durch eine

neutrale Instanz, wie dies vorgegeben werde, sondern vielmehr um eine Beurteilung von einem lerntheoretischen Ansatz her. Mertens spitzt seine Kritik polemisch zu: Er wünscht sich eine andere Psychotherapieforschung, die »Ergebnisse der quantitativ-empirischen Psychotherapieforschung bzw. Interpretation derselben nicht dazu mißbraucht, empirisch verkleidete Berufspolitik zu machen«.

Damit gerät die Diskussion jedoch in eine eher unfruchtbare Richtung, wie nicht zuletzt auch das vom SPIEGEL (17/1995) initiierte Streitgespräch zwischen GRAWE und MERTENS anschaulich vor Augen führt. Wichtiger erscheint eher eine wissenschaftliche Auseinandersetzung über das Problem von ›Wirkungsnachweisen‹ in der Psychotherapieforschung, die an dieser Stelle auch nicht in der notwendigen Ausführlichkeit geführt werden kann. Eine kurze Skizze erscheint jedoch wichtig, um das weitere Vorgehen in diese Diskussion einordnen zu können.

GRAWE spricht vom Entwurf einer »allgemeinen Psychotherapie« als notwendigem Bezugspunkt für die Beurteilung der einzelnen Verfahren. Ein derartiger Bezugspunkt ist zwar wünschenswert, jedoch nicht ohne einen konsequenten Bezug auf eine allgemeine Psychologie denkbar. Danach sucht man allerdings bei GRAWE vergeblich. Er deutet zwar in seiner Skizze einer »Schematheorie« eine Bezugnahme auf »konstruktivistische« Positionen an, ohne daß jedoch eine Ableitung deutlich wird. An keiner Stelle werden die Ausführungen FREUDS zur allgemeinen Psychologie diskutiert, obwohl er an anderer Stelle seine harte Kritik der Psychoanalyse als Behandlungsmethode sehr ausführlich und engagiert vorträgt.

Damit bleibt dann eine weitere notwendige Überlegung völlig offen: Die Reflexion seiner Methode, die klassisch ›positivistisch‹ vorgeht und die ›Wirkungsstärke‹ der Therapieformen bis auf zwei Stellen hinter dem Komma genau berechnet und miteinander vergleicht. Therapieerfolg wird als ›objektiv‹ feststellbare ›Tatsache‹ verhandelt, ohne sich ernsthaft mit dem methodischen Problem auseinanderzusetzen, daß sich die verschiedenen Therapieformen unterschiedlichen »Gegenstandsbildungen« (SALBER) und damit auch unterschiedlichen Menschenbildern verpflichtet fühlen. Alle diese Überlegungen werden mit dem durchaus öffentlichkeitswirksamen Argument der ›Patientenorientierung‹ weggewischt. Systematisches Denken wird sofort verdächtigt, ›politische‹ Interessen in Richtung der Verteidigung einer bestimmten Therapieschule zu verfolgen.

Mit dem GRAWE-Kritiker MERTENS muß hier noch einmal betont werden, daß auch die in der Grawe-Studie angewendete Methode einer bestimmten Gegenstandsbildung verpflichtet ist, ohne daß diese allerdings explizit gemacht wird. Die Gegenstandsbildung des Behaviorismus und die positivistische Wissenschaftsauffassung des kritischen Rationalismus bauen aufeinander auf und stabilisieren sich gegenseitig. Das ist in der Tat keine neue Einsicht, sondern eine vor allem in jüngerer Vergangenheit eingehend diskutierte Streitfrage. Die Ausführungen GRAWES verhalten sich zu diesem Problem demonstrativ naiv – so als habe es so etwas wie einen ›Positivismusstreit‹ in jüngerer Vergangenheit überhaupt nicht gegeben.[1]

Diese grundlegenden Überlegungen sind angesichts der Frage nach der Einschätzung von ›Therapiewirkungen‹ keineswegs rein ›akademisch‹, sondern vielmehr sehr konkret: Auch eine Katamnese funktioniert nur nach Maßgabe einer Gegenstandsbildung von einem bestimmten psychologischen Standpunkt her. ›Erfolg‹ oder ›Mißerfolg‹ läßt sich nicht einfach ›naiv empiristisch‹ unter Berufung auf den »gesunden Menschenverstand« (GRAWE) als ›Tatsache‹ verhandeln. Jede psychotherapeutische Aus-

richtung trägt – explizit oder implizit – eine bestimmte Psychologie mit sich, die sehr unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich Theorie *und* Methode installiert. Therapiewirkung ist kein ›Ding an sich‹, das sich isolieren läßt. Vielmehr existiert sie nur im *Zusammenhang* einer bestimmten Gegenstandsbildung.

So spricht MERTENS von einer »tiefenhermeneutischen« Auffassung, die er GRAWE entgegenhält. Er skizziert damit eine Gegenposition zur kritisch rationalistischen Ausrichtung der GRAWE-Studie. Damit sind bekannte polarisierende Grundpositionen der wissenschaftlichen Psychologie markiert. Sie finden in der Diskussion um die ›Wirkungsnachweise‹ einen aktuellen Nährboden.

Im Stammbaum der wissenschaftlichen Psychologie ist die Aufteilung in eine »verstehende« und eine »erklärende« Psychologie (DILTHEY) eine sehr frühe und entscheidende Verzweigung. Der Behaviorismus ist hier eindeutig der ›erklärenden‹ Psychologie und die Psychoanalyse als Theorie und Methode den verstehenden Ansätzen zuzuordnen. Diese bringt durch die Einführung des Begriffes ›unbewußt‹ einen neuen Aspekt ins Spiel. ›Verstehen‹ erscheint als Ergebnis einer komplizierten und aufwendigen methodischen Prozedur, die von FREUD selbst als »Rekonstruktion« bezeichnet wurde.[2] Nur so können psychologische ›Tatsachen‹ von einem »tiefenhermeneutischen« (MERTENS) Standpunkt aus entstehen.

Vom gleichen Standpunkt aus gesehen kann eine katamnestische Überprüfung des Therapieerfolges nur als komplette Behandlungsstunde funktionieren, die entsprechend die komplette methodische Prozedur der Analyse als Forschungsmethode beinhaltet. Einfaches und isolierendes ›Abfragen‹ oder ›Abtesten‹ ist nicht akzeptabel. Fremdbeurteilungen des Patienten sind äußerst schwierig, da sich auch hier wiederum andere Übertragungsverhältnisse einstellen (vgl. MERTENS). Schon FREUD formulierte, »die analytische Situation vertrage keinen Dritten«. Von daher ist die eingehende Supervision die Hauptmethode der Überprüfung, wenn man von einer ›tiefenhermeneutischen‹ Gegenstandsbildung ausgeht.

Diese Festlegung gilt auch für die vorliegende Auswertung. Die Morphologische Psychologie sieht sich einem ›tiefenhermeneutischen‹ Ansatz verpflichtet und kann von daher nicht alle der von GRAWE gesetzten Kriterien respektieren, wenn sie nicht tragende Grundpositionen aufgeben will. Dafür muß sie andere Aspekte wiederum ernster nehmen.

So begründet sich die von GRAWE zum Ausschlußkriterium erhobene Forderung nach einer Kontroll- oder Vergleichsgruppe in besagter Auffassung, die sowohl eine Isolierbarkeit von Bedingungen annimmt als auch von der Möglichkeit ausgeht, einen Zustand herzustellen, indem sich alle Bedingungen ›zufällig‹ verteilen. Ganz abgesehen von der Tatsache, daß diese Konstruktion grundsätzlich als psychologisch fragwürdig angesehen werden kann (vgl. METZGER 1952), führt sie zu Forderungen, die nur auf Kosten eines psychologischen Gegenstandsbezuges zumindest annäherungsweise eingelöst werden können. Sie schafft ›Laborartefakte‹, deren Ergebnisse mit der konkreten alltäglichen Wirklichkeit nichts mehr zu tun haben. Sie verlieren ihre »ökologische Validität« (BRONFENBRENNER).

Für die Untersuchung der Behandlungswirklichkeit beinhaltet die Forderung nach einer statistisch korrekten Kontroll- oder Vergleichsgruppe, daß sich die Ratsuchenden auch ›zufällig‹ auf verschiedene Therapieformen verteilen lassen oder sich es sogar bieten lassen, in einem randomisiert prospektiven Untersuchungsdesign ›zufällig‹ nicht behandelt zu werden. Eine derartige Forderung ›braucht‹ also eine bestimmte Art von Patienten, die bezogen auf die

›Grundgesamtheit‹ der Ratsuchenden alles andere als ›repräsentativ‹ ist. Ein großer Anteil aller Fälle aus der konkreten psychologisch psychotherapeutischen Praxis sucht bestimmte Therapeuten – und damit auch bestimmte Konzepte – gezielt auf.

Gerade bei der Untersuchung von Therapieformen, die – wie die Analytische Intensivbehandlung – eine relativ hohe Motivation bei den Patienten voraussetzt, ist das verlangte Kontrollgruppen-Design unmöglich. So stammt der größte Teil (150 Fälle) der untersuchten Behandlungen aus freien Praxen, die gezielt von den Patienten aufgesucht werden oder von Dritten empfohlen werden, u.a. weil hier Analytische Intensivbehandlung angeboten wird. Ähnlich verhält es sich mit den 50 Fällen aus der Beratungsstelle des Psychologischen Institutes. Auch hier war das Konzept meistens vorher zumindest über vermittelnde Personen in seiner Grundstruktur bekannt. Schließlich muß noch betont werden, daß eine ›Zufallsauswahl‹ auch dem Konzept selbst widerspricht: Die aufwendige Diagnostik und die anschließende Einschätzung nach normierten Kriterien (s.u.) ist unverzichtbarer Bestandteil des Konzeptes.

Es legt sich der Verdacht nahe, daß die Gründe für das angebliche Scheitern der tiefenpsychologisch fundierten Therapien im Vergleich mit den Verhaltenstherapien – neben der behavioristischen Therpapieziel-Definition – auch im von GRAWE geforderten Forschungsdesign selbst liegen: Analytische Behandlungsmethoden werden in den Vergleichsuntersuchungen meistens in äußere Umstände gebracht, in denen sie gar nicht funktionieren können.

Wir sehen mit Blick auf die vorliegende Studie keine Veranlassung, uns einem Wissenschaftsbild anzuschließen, dessen Rahmenbedingungen – nicht nur in der Psychotherapieforschung – bestimmte psychologische Ansätze von vorneherein als unwissenschaftlich abqualifizieren. Damit soll allerdings keineswegs eine Diskussion über Erfolgskontrolle und Vergleichbarkeit verhindert werden. Im Gegenteil: Diese Studie soll die Diskussion über Chancen und Begrenzungen von tiefenpsychologisch fundierten Kurztherapien anregen, indem sie versucht, ein Profil zu erstellen, daß sich weitgehend an den offiziellen Kategorien des ICD 10 orientiert. Damit soll ein Schritt in Richtung ›Vergleichbarkeit‹ getan werden. Die Beantwortung dieser Frage wird schwierig und kompliziert bleiben. Das Problem ist aber nicht zu lösen, indem man gegenüber der Frage nach der psychologischen Gegenstandsbildung eine naiv empiristische Grundhaltung einnimmt, die dann notdürftig hinter aufwendigen statistischen Verfahren versteckt wird.

2. Die Analytische Intensivbehandlung – eine Kurzdarstellung

Die Analytische Intensivbehandlung (im weiteren IB) wurde am Psychologischen Institut der Universität zu Köln konzipiert und in einem Zeitraum von nunmehr 20 Jahren beständig weiterentwickelt. Diese Entwicklung kann an den entsprechenden Veröffentlichungen nachvollzogen werden.[3]

Die IB versteht sich als tiefenpsychologisch fundierte Therapie, die sowohl als Kurzzeittherapie (ein Block von ca. 25 Stunden inklusive Diagnostik bei einer Behandlungsstunde pro Woche) als auch bei längeren Therapien (bis ca. 80 Stunden) als fraktionierte Behandlung eingesetzt werden kann. Sie eignet sich von ihrem Grundkonzept sowohl als Einzel- als auch als Gruppen oder Familientherapie. Der Behandlungsgang wird in Blöcken von ca. 20 Stunden durchgeführt. Zwischen den einzelnen Blöcken werden die regelmäßigen wöchentlichen Sitzungen für sechs Monate unterbrochen. Die Therapie endet mit einer obligatorischen Katamnese, die wiederum sechs

Monate nach der letzten Sitzung stattfindet. Damit ist die ›Evaluation‹ direkter Bestandteil des Behandlungskonzeptes.

Die IB muß – wie alle Modifikationen des analytischen Konzeptes – ihre spezifische Variation der klassischen langen Analyse begründen. Diese Begründung fußt auf der Morphologischen Psychologie als Möglichkeit einer im weiteren Sinne ›gestaltpsychologischen‹ Übersetzung und Interpretation der psychoanalytischen Theorie. Alle Behandlungsprobleme werden systematisch in eine morpho-logische Sichtweise gebracht, um konsequente Behandlungsstrategien zu ermöglichen: Was bewegt sich (wie und warum) auf bestimmte Gestalten in Entwicklung zu? In dieses ›inhaltliche‹ System von Gestalten in Verwandlung werden auch die Beobachtungen von S. FREUD, O. RANK oder C.G. JUNG eingeordnet.[4]

Das konkrete Behandlungskonzept der IB will den analytischen Prozeß verkürzen. Dies geschieht nicht etwa durch einen ›kleinen Ausschnitt‹ aus der großen Analyse (vgl. AHREN 1996), sondern durch eine Intensivierung des Strukturierungsprozesses im Behandlungsverlauf.[5] Diese Intensivierung läßt sich in einem ersten Überblick an vier Kennzeichen der IB verdeutlichen.

Ein *erstes Kennzeichen* des IB-Konzeptes sieht die Analyse bezogen auf den aktuellen Lebenskontext als einer Wirkungsganzheit, die um spezifische Verwandlungs- und Entwicklungsprobleme zentriert ist. Diese Entwicklungsprobleme haben mit Verkehrungserfahrungen und Leidensprozessen zu tun, deren Ursprünge in der Kindheit liegen. Ziel der Analyse ist jedoch nicht eine komplette Rekonstruktion der frühen Erfahrung wie z.B. in der klassischen Analyse. Der Ausgangspunkt ist immer die aktuelle Problematik. Von da aus werden Bezüge zu bedeutsamen Erfahrungen gesucht.

Dieses sehr stark auf Entwicklung bezogene Konzept korrespondiert mit psychoanalytischen Auffassungen, die wie z.B. bei ERIKSON von einer lebenslangen Entwicklung von Lebensverhältnissen und entsprechenden Polaritäten ausgehen und nicht von einem statischen Weiterwirken von ›Kindheitstraumen‹. Damit erscheint auch eine Neurose als Entwicklungsgestalt, die zwar als Konstruktion an bestimmten Erfahrungen festhält, sich aber durchaus auch verwandelt und die dabei ›lernt‹. Eine umfassende Darstellung dieser morphologischen Auffassung von Neurose als »Entwicklungswerk« findet sich in dem Buch »Konstruktion psychologischer Behandlung« (SALBER 1980).

Die Auswahl des richtigen Zeitpunktes für den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung innerhalb eines Lebenslaufes fördert die Intensivierung und Verkürzung der analytischen Behandlung. Vor einer Intensivbehandlung wird deshalb über die Anamnese und entsprechende Testdiagnostik eine Einschätzung der aktuellen Dynamik einer neurotischen Entwicklung erarbeitet. Aus einer ersten Untersuchung von Erfolgen und Mißerfolgen von Intensivbehandlung entwickelte Einschätzungskriterien wie »Leidensdruck« oder »Krisenerfahrung« sind entsprechende Anhaltspunkte, die vor Beginn einer Behandlung Berücksichtigung finden (vgl. RASCHER 1990).

Ein *zweites Kennzeichen* der IB charakterisiert psychologische Behandlung als ein in sich funktionierendes Behandlungswerk und nicht als Kombinieren von einzelnen Eingriffstechniken. Über die zeitlich begrenzte Einrichtung dieses Werkes im Leben der Behandlungsfälle werden die bewußten und unbewußten Mechanismen des Seelenbetriebes neu in Umsatz gebracht.

Diese Auffassung knüpft an die klassische analytische Behandlungskategorie der Übertragung an. Die Einführung des Begriffes ›Werk‹ verweist jedoch auch auf eine etwas andere Auffassung. Im Zentrum einer IB steht nicht so sehr die Person des

Analytikers, sondern mehr die Zentrierung auf das gemeinsame Werk und dessen besondere Bedingungen.[6]

Auch in der klassischen Analyse wird die Übertragung unter bestimmte Werkbedingungen gestellt. Hierzu gehört u.a. das Setting, die Abstinenzregeln, der ›freie Einfall‹ und die Deutungsregeln. In der Entwicklung der Intensivbehandlung wurde direkt zu Anfang mit diesen Regeln experimentiert, um etwas über Chancen und Begrenzungen möglicher Variationen zu erfahren. Die entsprechenden Erfahrungen wurden veröffentlicht.[7]

In der IB soll über das Behandlungswerk eine Zuspitzung der Bilderwirklichkeit in Gang gebracht werden. Dies rückt einen *drittes Kennzeichen* dieser Behandlung heraus: In der Behandlung werden Bilder und ihre eigentümlichen Wirkungsgesetze aufgegriffen. Dabei wird von der Annahme ausgegangen, daß es derartige Bilder sind, die das Funktionieren seelischer Werke unbewußt steuern. Die IB geht in der dritten Phase ihres Verlaufsschemas (s.u.) ausdrücklich auf ein Herausrücken eines derartigen Bildes zu.

Diese Auffassung geht u.a. zurück auf C.G. Jung, der in seiner Lehre von den »Archetypen« auch den Bildcharakter des Unbewußten betonte. Die Morphologische Psychologie und die IB hat diese grundlegenden Gedanken in einem System weitergeführt. Dabei wird davon ausgegangen, daß auch die Bilder einem System folgen und jedes Bild für sich wiederum ein Muster oder System von Verhalten und Erleben mit seinen entsprechenden Konsequenzen typisierend darstellt, so wie es sich in der jeweiligen Behandlung als für die Problematik des Patienten zutreffend erweist. Das Herausarbeiten der spezifischen Chancen und Begrenzungen dieses Bildes ist ein Ziel der Behandlung.

Die Entwicklung einer Übersicht von bisher 30 Märchenbildern war Ergebnis einer ersten retrospektiven Studie von 100 IB-Fällen, die am psychologischen Institut der Universität Köln behandelt und ausgewertet wurden. Sie sind zum größten Teil in »Psychologische Märchenanalyse« (Salber 1987) zu finden. Zusätzlich wurde bisher eine größere Anzahl von Einzelfallstudien veröffentlicht, die um unterschiedliche Märchen zentriert sind.[8]

Ein *viertes Kennzeichen* der IB bezieht sich auf die Struktur der Behandlung, die in mehreren in sich zusammenhängenden Stufen verläuft. Diese sogenannten vier ›Versionen‹ der Behandlung – »Leiden- Können, Methodisch-Werden, Ins-Bild-Rücken, Bewerkstelligen« – sind genau umrissen und ermöglichen Einschätzung und Kontrolle der Behandlungsentwicklung. Sie sollen zu einem Ruck führen, der die festgefahrenen Störungsformen wieder neu in Entwicklung bringt.

Diese Schritte dienen in der vorliegenden Untersuchung sowohl als »Prozeßmerkmale« wie auch als »Zielmaße« (Grawe). Sie organisieren die Behandlung ›Schritt für Schritt‹, indem sie systematisch aufeinander aufbauende Behandlungsziele auch nacheinander in den Vordergrund rücken. Am Ende einer Behandlung können die vier Schritte als aufeinander aufbauende Kriterien einer Einschätzung der Behandlung dienen. Eine Intensivbehandlung, die nicht alle Ziele erfüllt, muß dabei nicht zwangsläufig als Mißerfolg insgesamt gesehen werden.

Die erste Phase einer Analytischen Intensivbehandlung nimmt *Leiden-* und *Nichtleiden-Können* als Formel für die Brechung der Geschichten, die sich ein Fall als sein ›Schicksal‹ zurechtmacht. Dazu zählen auch die vorgetragenen Klagen, die sich häufig schon medizinischen Kategorien wie ›Depression‹, ›Phobie‹ oder ›Ängste‹ anlehnen. Diese Klagen werden zwar ernst genommen, aber auch immer als eine Art »Deckgeschichte« im Sinne Freuds aufgegriffen.

Sie dienen dem Verkehrthalten zur Vermeidung und Unkenntlichmachung eines anderen Leides, das aus der Welt geschafft werden soll. Ziel der ersten Phase der Behandlung ist ein Bewußtmachen dieser Vermeidung und damit auch zugleich eine Umzentrierung der Auseinandersetzung.

Die zweite Phase des Behandlungsganges thematisiert die *Methoden*, die diese ›Vermeidung‹ stabilisieren. Sie werden als Methoden der ›Selbstbehandlung‹ einer Lebensführung verstanden. Diese Methoden der Selbstbehandlung beziehen sich auf die Dynamik eines Bildmusters, das sich in der Wirklichkeit über bestimmte Formenbildungen behandelt.

Eine bestimmte Methode beinhaltet auch immer eine Einschränkung von Möglichkeiten. Das tritt in neurotischen Systemen besonders heraus. Ziel dieser zweiten Phase ist ein Herausarbeiten dieser Methode als Methode der Selbstbehandlung und damit zugleich auch der Selbst-Einschränkungen, welche diese mit sich bringt. Mit einer solchen Zentrierung soll dann anderen Möglichkeiten wieder eine Chance gegeben werden.

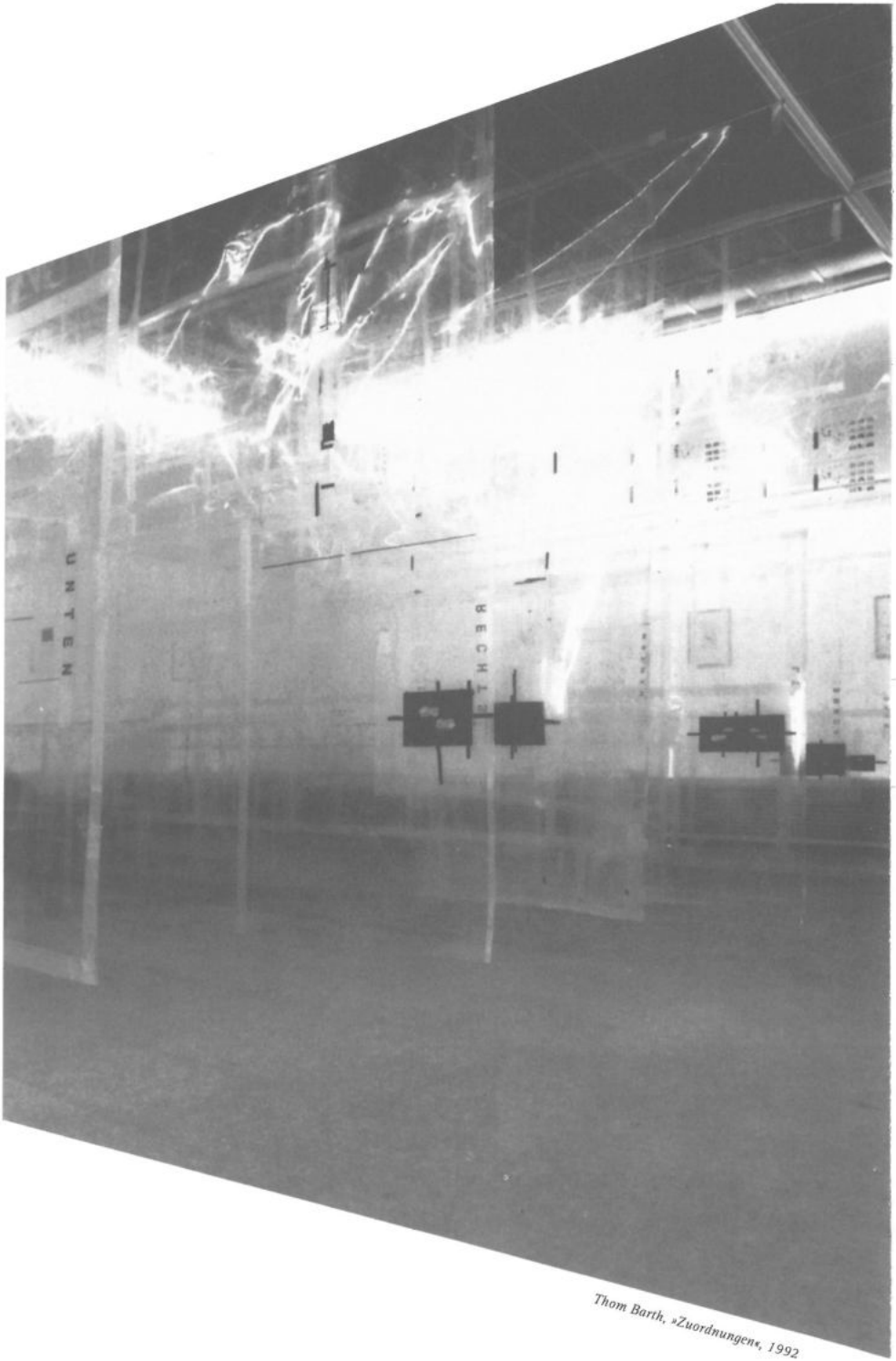
In der dritten Phase *(Ins-Bild-Rücken)* geht es um das Bild und die Konstruktion dieser Wirklichkeitsbehandlung. Hier wird das Märchen als anschauliche Typisierung (s.o.) ins Spiel gebracht. Dabei gerät in den Blick, daß diese Konstruktion ein sich selbst stabilisierendes und auf Wiederholung gerichtetes System ist, das in seiner neurotischen Zuspitzung eine Art ›Endlosschleife‹ und damit auch einen spezifischen ›Nihilismus‹ produziert. Die Einsicht in die Aufwandsübersteigerung dieses Bildungsprinzipes soll den ›Ruck‹ in der Formenbildung bewirken. Die Grenze zwischen dem mit Macht aufrecht erhaltenen Hauptbild und den abgewehrten Möglichkeiten (Nebenbild) soll dadurch beweglicher werden.

Die vierte Phase *(Bewerkstelligen)* umgreift auch die Zeit zwischen dem Ende des Behandlungsblockes und der Katamnese und hat die Entwicklung einer ›selbständigen‹ Umsetzung der Bild- und Konstruktionserfahrung zum Ziel: Kann die Erweiterung, die sich in der therapeutischen Situation eröffnet hat, eine Veränderung auch in der ›Enge‹ und Lebensnot des Alltags bewirken? Kann sich hier eine neue Entschiedenheit halten? Mit dieser letzten Phase wird auch die ›Abnabelung‹ vom therapeutischen Verhältnis ein Ziel der Behandlung.

3. Das Konzept der vorliegenden Auswertung

Das Material für diese quantitative Auswertung soll Fälle umfassen, die sowohl am Psychologischen Institut als auch in den privaten IB-Praxen behandelt wurden. In die Untersuchung wurden nur supervidierte Behandlungen aufgenommen. Die Supervision findet bei den Institutsfällen im Rahmen der regelmäßigen Mitarbeiterbesprechungen und in Fallseminaren statt. Die privaten IB-Praxen sind alle im Rahmen der BDP-Regelung zum »Klinischen Psychologen« in der »Technikerregelung« in sogenannten »kollegialen Supervisionsgruppen« organisiert und im sogenannten »Praxenverbund Analytische Intensivbehandlung« organisatorisch verbunden. Im Rahmen der Auswertung wurden mehrere Workshops durchgeführt, in denen die untersuchten Behandlungen gemeinsam mit den einzelnen Behandlern ein weiteres Mal überprüft wurden.

Die behandelten Fälle sollen zunächst nach Krankheitskategorien aufgeschlüsselt werden, die im neuen ICD 10 (international classification of desease[9]) festgelegt sind. In der Statistik wird darüber Auskunft gegeben, wie viele Fälle mit der entsprechenden ›Krankheit‹ mit welcher Wirkung behandelt wurden und wie viele IB-Blöcke dabei benötigt wurden.



Thom Barth, »Zuordnungen«, 1992

Dieses Vorgehen wirft Fragen auf, die sich in zwei Hauptrichtungen zusammenfassen lassen:

1. Auf welche Weise nimmt die IB zu den Kategorisierungen des ICD 10 Stellung?
2. Wie definiert die IB ihren ›Therapieerfolg‹?

Mit der *zweiten Frage* werden die Therapieziele der IB angesprochen, die ja schon in verschiedener Hinsicht formuliert worden sind: ›Ruck‹ in der Formenbildung, mehr Beweglichkeit, mehr Durchlässigkeit zwischen Haupt- und Nebenbild, Drehungen von festgelegten Verhältnissen usw. Ebenfalls definiert sind Ziele, die in der IB *nicht* verfolgt werden: schlichte ›Symptomreparatur‹, ›Angstfreiheit‹, ›Selbstverwirklichung‹, Finden des ›wahren Selbst‹, ›moralische‹ Verbesserungen, psychoanalytische Komplettheitsansprüche im Sinne der langen ›Forschungsanalyse‹ usw.

An dieser Stelle wird der Therapieerfolg an Hand der vier aufeinander aufbauenden formalisierten Zielkriterien (s.o.) eingeschätzt:

1. *Leiden-Können*: Ist es gelungen, eine bestimmte Klage zu wenden und die damit verbundene aufwendige Vermeidung zu lockern?
2. *Methodisch-Werden*: Ist die Methode der Selbstbehandlung als Methode bewußt gemacht worden und hat sich daraus eine Öffnung gegenüber anderen Möglichkeiten ergeben?
3. *Ins-Bild-Rücken*: Konnte ein Märchenbild im Austausch mit dem Patienten in Umsatz gebracht werden? Hat sich eine größere Durchlässigkeit zwischen ›Haupt‹- und ›Nebenbild‹ entwickelt?
4. *Bewerkstelligen*: Haben sich neue Lebensformen entwickelt, die auch ohne die therapeutische Begleitung im Alltag des Patienten entschieden und stabil bleiben?

Das Problem, das sich im Rahmen dieser Untersuchung stellt, ist das Nadelöhr einer ja/nein Einschätzung angesichts der vorliegenden vier Zielkriterien, an dem eine Quantifizierung nicht vorbeikommen kann. Eine derartige Einschätzung ist jedoch ein Problem jeder Therapieform, die ihre Ziele über eine Symptombehandlung hinaus definiert. Sämtliche vier Zielkriterien wurden bei der Einschätzung auf die Frage nach einem ›Erfolg‹ für die Gestaltung des Alltags bezogen, denn nicht nur im ›Bewerkstelligen‹ ist die konkrete Veränderung ein ausdrückliches Ziel der IB. ›Verkehrthalten‹ steht in allen Versionen der Behandlung im Zusammenhang mit konkreten Selbstbehandlungsformen.

Der Unterschied zu lerntheoretischen Definitionen des Therapieerfolges sollte nicht auf die Polarität ›innen/außen‹ oder ›subjektiv/objektiv‹ gebracht werden. Dieser Unterschied bewegt vielmehr das alte und viel diskutierte Verhältnis »Ganzheit und Element« (Bassler). Die IB würde ein ›Verhalten‹ nie isoliert einschätzen, sondern immer als Gliedzug eines »Verhältnisses« (Buytendijk). Hier liegt der Unterschied zwischen den verschiedenen Gegenstandsbildungen und nicht auf der Linie zwischen ›außen‹ (›Verhalten‹) und ›innen‹ (›Erleben‹).

Die *erste Frage* nach unserer Stellungnahme zu den ICD 10 Kategorien bewegt die Frage nach der psychologischen ›Gegenstandsbildung‹, die die Kategorien trägt, nach denen die Fälle eingeschätzt werden. Hier ergibt sich folgendes Problem: Der ICD 10 ist keine Gegenstandsbildung im engeren Sinne, sondern ein Kompromiß aus verschiedenen Gegenstandsbildungen. Das läßt sich durchaus kritisieren, aber dieser Kompromiß ist sehr wahrscheinlich die einzige Möglichkeit, eine ›internationale‹ Einigung überhaupt auf den Weg zu bringen.

Bei näherem Hinschauen zeigt sich ein bestimmter altbekannter ›Kunstgriff‹, mit dem auch der ICD 10 arbeitet: Er projiziert alle psychologischen Systembegriffe auf eine Ebene und unterscheidet weder zwischen Beschreibungs- und Rekonstruktionskate-

gorien noch zwischen einzelnen und umfassenden Kategorien. Alles wird in ein gleichwertiges ›Schubladensystem‹ gebracht. Dadurch schafft es diese Klassifikation, drei große Hauptlinien zusammenzubringen: klassische Psychiatrie, Psychoanalyse und Lerntheorien – allerdings auf Kosten der Stringenz der einzelnen Ansätze.

Damit wird den verschiedenen Schulen die Möglichkeit gegeben, an die Kategorien Anschluß zu finden, und eine gewisse – wenn auch beschränkte – Vergleichbarkeit zu realisieren. Diese Möglichkeit soll in der vorliegenden Untersuchung auch wahrgenommen werden. Dabei sollte nicht vergessen werden, daß die IB eigene Einschätzungskriterien (s.o.) hat, die ›schräg‹ zu den im ICD 10 formulierten Kategorien liegen.[10]

Im Falle jeder einzelnen Kategorie wird im weiteren versucht, diesen Anschluß auch im Sinne der Explikation einer Konstruktion zu leisten, die – so weit wie möglich – eine Übersetzung bietet. In diesem Zusammenhang werden auch Therapieziele und Erfolgskriterien an Hand jedes einzelnen Symptombereiches formuliert.

Weiterhin ist es weitgehend gelungen, die untersuchten Behandlungsfälle jeweils einer Kategorie des ICD 10 nach Maßgabe der zentralen Symptomatik zu Beginn der Behandlung eindeutig zuzuordnen. Eine Ausnahme bildet hier die Kategorie »Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren«. Diese verhaltenstheoretisch geprägte Bestimmung konnte nicht alleine zu einem strukturellen Bezug ausgebaut werden und erscheint von daher immer gemeinsam mit anderen Kategorien als »Sekundärsymptomatik«.

4. Auswertung des Fall-Materials nach den ICD Kategorien

Die vorliegende Untersuchung bezieht sich auf 150 IB-Fälle aus den Jahren 1980-1996, die in psychotherapeutischen Praxen des »Praxenverbundes Analytische Intensivbehandlung«[11] behandelt wurden. Hinzu kommen 50 IB-Fälle aus der Beratungsstelle des Psychologischen Instituts der Universität Köln.

4.1 Gesamtüberblick

Die Gesamtheit der untersuchten Fälle teilte sich auf wie in Tabelle 1 ersichtlich.

Schon diese Übersicht zeigt, daß die Intensivbehandlung grundsätzlich das gesamte Spektrum der Störungen abdeckt, die mit ambulanter Psychotherapie behandelt werden können. Im einzelnen sind sicherlich auch Einschränkungen zu machen. Diese werden bei der Diskussion der Ergebnisse angesprochen (s.u.).

Diagnose nach ICD 10	Anzahl der Fälle in der Studie
Affektive Störungen (F3)	47 (24 %)
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	126 (63 %)
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F5)	51[12] (26 %)
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	27 (14 %)

Tabelle 1

Die Hauptkategorien F0 (»Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen«) und F1 (»Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen«) erscheinen von vornherein ausgeschlossen. Bei einer dezidiert somatoge-

nen Ätiologie erscheint ein ausschließlich psychologisches Vorgehen, wie es die IB konzipiert, nicht sinnvoll. Auch hier unterscheidet sich die Intensivbehandlung nicht von den meisten anderen Konzepten, die in der ambulanten Psychotherapie Anwendung finden.

Gleiches gilt für die Kategorie F3 (»Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen«) allerdings mit einer Einschränkung bezüglich der Unterkategorie F23 (»Akute vorübergehende psychotische Störung«). Hier kann eine Intensivbehandlung – je nach individueller Sachlage – durchaus nach Abklingen einer derartigen Episode Anwendung finden.

Die entsprechenden Fälle werden dann allerdings nach Maßgabe der Symptomatik eingeordnet, die die psychotische Störung ablöst.

Die Kategorie F7 (»Intelligenzminderung«) ist eine ausschließlich leistungsdiagnostische Kategorie, die u.E. keinen sinnvollen Bezug zu einer psychologischen Störungslehre hat. Sie kann höchstens als Ergänzungsdiagnose eines isolierten Symptoms Anwendung finden und taucht von daher in unserer Untersuchung nicht auf.

Die Kategorien F8 (»Entwicklungsstörungen«) und F9 (»Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend«) finden ausschließlich in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Anwendung und sind von daher in dieser Studie, die sich nur mit der Erwachsenen-Psychotherapie beschäftigt, nicht vertreten.

Es sei allerdings darauf hingewiesen, daß sich eine entsprechende Untersuchung über ein abgewandeltes Konzept der Intensivbehandlung als Familien bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie bereits in Arbeit befindet.

Schließlich ist auch die Kategorie F99 (»Nicht näher bezeichnete psychische Störungen«) nicht in unserer Untersuchung vertreten. Alle vorliegenden Fälle konnten in die obigen ICD 10 Kategorien eingeordnet werden.

4.2 Affektive Störungen (F3)

Im Unterschied zum ICD 9 ist im ICD 10 die Kategorie der »neurotischen Depression« und damit die alte psychiatrische Unterscheidung zwischen Psychose und Neurose aufgegeben worden. Statt dessen wird unterschieden zwischen »bipolar« (alte »Schizothymie«), »manisch« und »depressiv« einerseits und graduellen sowie zeitlichen Ausprägungen andererseits. Dadurch entstehen größere Möglichkeiten der Differenzierung.

Allerdings kann über die Aufgabe der Grundunterscheidung zwischen Neurose und Psychose keineswegs die Frage nach der Behandelbarkeit mit psychotherapeutischen Methoden ausgeklammert werden. In der neuen Klassifikation betrifft diese Frage hauptsächlich die »manischen Episoden« (F30) und die »bipolaren affektiven Störungen« (F31), die nach der klassischen psychiatrischen Klassifikation den Psychosen zugeordnet sind.

Für die IB sind ›manische‹ Symptombildungen, auch wenn sie als ›bipolare Störung‹ im Wechsel mit depressiven Phasen auftreten, ausgeschlossen, weil sie durch ein Fehlen von »Leidensdruck« und »Krisenerfahrung« gekennzeichnet sind. Es erscheint hier unmöglich, die Dramatik einer Intensivierung in Gang zu bringen, weil jede Gestaltbrechung und Auseinandersetzung an den Bedingungen der Wirklichkeit im Zustand der Manie ausgeschlossen erscheint.[13]

Demgegenüber erscheinen die im ICD 10 als »Depression« umrissenen Zustände durchaus als behandelbar im Rahmen einer IB. Morphologisch gesehen zeigt sich ›Depression‹ als eine spezifische Art der Umsatzstörung, die die Kriterien »Leidensdruck«

und »Krisenerfahrung« durchaus erfüllen kann: Die Selbstbehandlung gerät in eine ›Sackgasse‹ und ihr Anspruch kann schließlich nur noch in Scheitern und Lähmung aufrecht erhalten werden.

An verschiedenen Märchenkonstruktionen[14] läßt sich die Funktion einer ›Depression‹ aufzeigen: So zeigt sie sich im Märchen vom ›Tischlein deck Dich‹ im Zusammenhang mit der Ausbildung eines ›Ressentiments‹ gegen Auseinandersetzungen und Verteilungskämpfe. Im Scheitern wird dabei der Wunsch nach einer konfliktlosen und versorgenden Einheit aufrecht erhalten. Die ›Depression‹ kann die Funktion des Scheiternlassens bekommen. Sie berechtigt den Rückzug und erhält den Zustand des Verprellt- und Gekränkt-Seins.

Der ›gestiefelte Kater‹ veranschaulicht das Bild einer Spaltung, bei dem alle erfolgreichen Überlebenskünste an ein mißachtetes Tier abgetreten werden. Sie werden ›geheim‹ betrieben, während das Scheitern und der Vorwurf einen ›eigentlichen‹ Anspruch aufrechterhalten, um den man sich geprellt fühlt. Eine ›Depression‹ kann im Zusammenhang dieses Bildes diese eine Seite betonen und zugleich Betriebsamkeit als banale Nebentätigkeit mißachten.

Diese Beispiele zeigen auf, daß aus der Sicht der IB ›Depressionen‹ nicht als pathologische ›Stimmungen‹, sondern als untrennbar eingebunden in komplette Handlungssysteme angesehen werden. Es wird durchaus auch eine Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit betrieben, die allerdings die Entwicklungsmöglichkeiten einer Beweisführung opfern. Hinter einem angeblichen Stillstand versteckt sich das Gegenteil: eine Umsatzstörung, die eine verschleißende Dramatik aufrechterhält.

Ziel der Behandlung ist entsprechend auch nicht eine schlichte ›Aufhellung‹ der ›depressiven‹ Stimmungslage. Vielmehr geht es um die Einsicht in eine Methode, die den Aufwand der Auseinandersetzung von der Produktion auf eine Beweisführung verlagert.

In der Auswertung der depressiven Symptombildungen ergibt sich folgendes Gesamtbild:

Anzahl	47 (24 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	40 (85 %)
Methodisch-Werden	36 (77 %)
Ins-Bild-Rücken	34 (72 %)
Bewerkstelligen	31 (66 %)

Tabelle 2

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 1,7

Folgende Unterkategorien wurden in der Studie gesondert ausgewertet:

Depressive Episoden F32

Anzahl	20 (10 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	18 (90 %)
Methodisch-Werden	17 (85 %)
Ins-Bild-Rücken	16 (80 %)
Bewerkstelligen	16 (80 %)

Tabelle 3

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 1,7

Rezidivierende depressive Störungen F33

Anzahl	17 (8,5 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	15 (88 %)
Methodisch-Werden	13 (76 %)
Ins-Bild-Rücken	13 (76 %)
Bewerkstelligen	10 (59 %)

Tabelle 4

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 1,7

Anhaltende affektive Störungen F34

Anzahl	10 (5 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	7 (70 %)
Methodisch-Werden	6 (60 %)
Ins-Bild-Rücken	5 (50 %)
Bewerkstelligen	5 (50 %)

Tabelle 5

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 2,1

In der quantitativen Auswertung zeigt sich im Vergleich zu anderen Störungsformen (s.u.) eine durchschnittliche Erfolgsbilanz. Bei »depressiven Episoden« und »rezidivierenden depressiven Störungen« erweist sich die IB erfolgreicher als bei »anhaltenden affektiven Störungen«.

Das vorliegende Profil der Auswertung depressiver Störungen bildet die Chancen und Begrenzungen der Intensivbehandlung ab: Die angestrebte ›Intensivierung‹ setzt auf Zuspitzungen, die nur gelingen können, wenn die Ausgangslage ein bestimmtes Maß an Dynamik – gekennzeichnet durch »Leidensdruck« und »Krisenerfahrung« – aufweist.

Je mehr eine Störung ›habituell‹ und fest im Methodenrepertoire eines Falles verankert erscheint, desto schwerer hat es die IB als analytische Kurztherapie. In der Einschätzung muß bei einer derartigen Sachlage eine lange Analyse als Alternative angeraten werden.

4.3 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)

Wie schon der umfangreiche Titel andeutet, handelt es sich hier um eine umfassende und breit angelegte Kategorie. Die Autoren betonen in ihrer Einführung, daß sie »wegen des historischen Zusammenhanges mit dem Neurosenkonzept und wegen des beträchtlichen, wenn auch unklaren Anteiles psychischer Verursachung« eine derartige Zusammenfassung von verschiedensten Symptomkomplexen im ICD 10 eingeführt haben.

Es wundert nicht, daß hier der größte Anteil aller Fälle aus der IB-Praxis eingeordnet werden kann.

Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen

Anzahl	106 (53 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	79 (75 %)
Methodisch-Werden	72 (68 %)
Ins-Bild-Rücken	61 (58 %)
Bewerkstelligen	57 (54 %)

Tabelle 6

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 1,6

4.3.1 »Phobische Störungen« (F40)

Gerade wegen der Heterogenität dieser Hauptkategorie ist die Auswertung nach Unterkategorien wichtig. Als erste Unterkategorie erscheinen die »Phobien« (F40). Der ICD 10 ordnet hier »alle Formen von Angst« ein, die »durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen hervorgerufen werden«. Weiterhin wird betont, daß die Angst »subjektiv«, »physiologisch« und auf »äußere Objekte« gerichtet sein muß.

Die phobische Symptombildung ist schon seit WATSON eine Domäne der Verhaltenstherapie. An ihr läßt sich die lerntheoretische Gegenstandsbildung und hier vor allem das »klassische Konditionieren« deutlich machen.

Die Isolierung liegt hier scheinbar auf der Hand und bietet die molekulare Betrach-

tungsweise in einer entsprechenden Gegenstandsbildung geradezu an. Daran knüpft sich dann auch das passende, eindeutig erscheinende Zielkriterium der Verhaltensänderung an: Eine Therapie wird als ›erfolgreich‹ bewertet, wenn die entsprechende phobische Verhaltensstörung verschwindet. Auch Sigmund FREUD beschäftigte sich schon sehr früh mit den Phobien, betonte hier allerdings eine diametral entgegengesetzte Position:

Für ihn ist die phobische Symptombildung u.a. durch eine ›Verschiebung‹ gekennzeichnet, mit der ein anderer Konflikt abgewehrt wird. An diese Grundüberlegung knüpft auch die IB an.

In der Intensivbehandlung geht es ebenfalls nicht um eine einfache Auflösung der Symptombildung, sondern um eine Behandlung, die dieses Symptom in einen Zusammenhang rückt, der seinen Sinn und seine Funktion entschlüsselt. Dieser Vorgang des ›Bewußtwerdens‹ nimmt der ›Phobie‹ ihre ursprüngliche Funktion und damit die entsprechende Fixierung dieses ›Verhaltens‹.

So sind ›Phobien‹ z.B. im Zusammenhang mit einer Strukturbildung zu beobachten, die dem Märchen vom »Marienkind« folgt. Hier stehen sich ein ungeheuerlicher Anspruch (»Dreifaltigkeit«) und die Einschränkungen der Wirklichkeit gegenüber. U.a. in einer ›Phobie‹ läßt sich dieser Anspruch erhalten und zugleich eine Art ›Verbot‹ installieren, an dem sich der Fall die Bedrohung durch seinen ungeheuren Anspruch klar macht.

Diese Verhältnisse können im phobischen ›Mikrokosmos‹ versteckt, isoliert und im kleinen behandelt werden. Das Ziel einer Intensivbehandlung läßt sich hier als ›Ins-Ganze-Bringen‹ formulieren. Damit verliert das Symptom seinen Wert für die Selbstbehandlung und kann aufgegeben werden (vgl. SALBER 1980, 126ff).

Phobische Störungen F40

Ges.Anzahl	23 (11,5 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	21 (91 %)
Methodisch-Werden	20 (87 %)
Ins-Bild-Rücken	16 (70 %)
Bewerkstelligen	15 (65 %)

Tabelle 7

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 1,4

Die Phobien gehören zu den Störungsformen, die mit einer IB erfolgreich behandelt werden können. Die Ergebnisse sind im Vergleich mit anderen Störungsformen überdurchschnittlich. Damit ergibt sich eine bemerkenswerte Überschneidung zwischen einer traditionell verhaltenstherapeutischen Domäne und einer analytisch ausgerichteten Kurztherapie.

Die Grenzen der Intensivbehandlung bei der Behandlung von ›phobischen Störungen‹ hängen meistens mit einer zu festen Isolierung zusammen.

Der Leidensdruck läßt sich in diesen Fällen nicht vom Symptom auf andere Verhältnisse verrücken. Es bleibt bei der Fixierung und Isolierung auf das phobische Schema. In diesen Fällen ist der übende und trainierende Zugang direkt an der Symptombildung, wie ihn verhaltenstherapeutische Methoden anbieten, eine mögliche Alternative.

4.3.2 Sonstige Angststörungen (F41)

Der ICD 10 bezieht sich hier auf »nicht auf bestimmte Umgebungssituationen begrenzte Angst«. Diese eher lerntheoretische Definition entspricht der von psychoanalytischer Seite bestimmte Begriff der »frei flottierenden Angst«. Die weitere Aufgliederung der Angststörungen unterscheidet

zwischen »Panik« (»schubweise«) und »generalisierter Angst« (»Grundstimmung«). Weiterhin ergibt sich die Möglichkeit, »Angst« »gemischt« mit »Depression« zu diagnostizieren. Nicht fehlen darf auch »Sonstige« und »Nicht näher bezeichnete«. Sehr viel Wert legt der ICD auch auf körperliche Manifestationen, die bei der Diagnose »Angststörungen« notwendig vorliegen müssen.

Ergänzend zu den Definitionen des ICD 10 muß an dieser Stelle auf die Unterscheidung zwischen der ›Angst‹ als Grundverhältnis und ihrem Auftreten als Störungsform verwiesen werden. Eine derartige Unterscheidung trifft auch FREUD. Für ihn erscheint ›Angst‹ als Störungsform verbunden mit ihrer Funktion der Abwehr, die für das Ich unkontrollierbar wird. Sie bezieht sich dann nicht mehr auf eine reale und aktuelle Bedrohung, sondern auf eine alte Situation, in der das schwächere kindliche Ich einer bestimmten Auseinandersetzung nicht gewachsen war.

Ähnlich wird der Begriff ›Angst‹ in der Intensivbehandlung aufgefaßt: Die Wiedereinordnung dieser Angst in ihren Zusammenhang wird als Therapieziel und entsprechende Erfolgsdefinition gesehen. Auf keinen Fall wird dem häufiger formulierten Versprechen gefolgt, Psychotherapie könnte die Menschen ›angstfrei‹ machen.

Vielmehr geht es darum, Angst wieder als ein ›Signal‹ verstehen zu lernen, das in einem bestimmten Zusammenhang steht und auf ambivalente Verhältnisse im Zusammenhang mit Gelüsten und Bedrohungen der Wirklichkeit aufmerksam macht.

Angst hat aus Sicht der Morphologie immer etwas mit Verwandlungsmöglichkeiten zu tun. Sie markiert die Drehgrenzen einer bestimmten Konstruktion und die Gefährdungsstellen eines (Haupt)-Bildes. Es kann in einer Intensivbehandlung nicht darum gehen, Angst ›wegzumachen‹. Vielmehr kann es durchaus auch im Verlauf einer Behandlung als ›Erfolg‹ angesehen werden, wenn zwischenzeitlich ›Angst‹ entsteht.

Der abschließende ›Erfolg‹ einer Intensivbehandlung läßt sich – wie schon ausgeführt – als Lockerung der Grenze zwischen ›Haupt‹- und ›Nebenbild‹, also als Zurückgewinnen von mehr Beweglichkeit definieren. Damit ist dann schließlich auch ein Abklingen von Angst verbunden, soweit sie der Abwehr und dem Schutz einer starren Ausrichtung (›Verkehrthalten‹) diente. Als »Realangst« (FREUD) kann sie allerdings an anderer Stelle nach einer Behandlung erst auftreten, wenn der Fall beispielsweise realisiert, wie risikoreich seine alten Methoden arbeiten.

Auch die Einordnung von Angststörungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten läßt sich für die Intensivbehandlung beispielhaft an den folgenden Märchenkonstruktionen durchführen:

Im Märchen »Von einem, der auszog, das Fürchten zu lernen« zeigt sich Angst im Zusammenhang mit einer Demonstration von Furchtlosigkeit, mit Roheit und »Kaltgestelltem« (vgl. DOMKE 1989), die der Abwehr von Nähe (»Fischiges«) dient. Erst indem die Angst wieder zum Zuge kommt, kann auch Nähe und Bindung wieder gelebt werden. Dies ›sagt‹ die abschließende Wendung des Märchens.

»Der Geist im Glase« bringt die Angst mit einer zerstörerischen Wut zusammen, die sich in der Auflehnung gegen vorgegebene Formen und in der Auseinandersetzung um ›eigene‹ Formen entwickeln kann. In phantasierten ›Entscheidungsschlachten‹ wird eine bedrohliche Konsequenz mit Angst besetzt und damit eine weitere Entwicklung blockiert. Eine Wendung und die entsprechende ›Rettung‹ formuliert das Märchen demgegenüber durch einen beweglicheren Umgang und den Einsatz neuer ›Methoden‹: Tricks, Verlagerungen, Ironisierungen (vgl. SALBER 1987).

Die Auswertung der Behandlungsfälle mit ›Angststörungen‹ ergibt folgendes Gesamtbild:

Anzahl	29 (14,5 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	27 (93 %)
Methodisch-Werden	24 (83 %)
Ins-Bild-Rücken	17 (59 %)
Bewerkstelligen	15 (52 %)

Tabelle 8

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 1,5

Ebenso wie die Phobien gehören die ›Angststörungen‹ zu den Symptombildern, bei denen die Intensivbehandlung ein – gemessen am Gesamtbild der Untersuchung – überdurchschnittliches Ergebnis zeigt. Die Behandlung von ›Angststörungen‹ erscheint in einem relativ kurzen Zeitraum erfolgversprechend.

Die Analyse der gescheiterten Behandlungen zeigt Schwierigkeiten bei einer zu weitgehenden ›Somatisierung‹ der Angststörungen. Der hier entstehende Druck kann zu stark sein, um die Belastung einer Intensivbehandlung aushalten zu können. Im Hinblick auf das Einschätzungskriterium »Krisenerfahrung« muß hier darauf geachtet werden, daß die Virulenz einer vorliegenden Krise nicht zu bedrängend ist. In derartigen Fällen ist – ähnlich wie beim Umgang mit Belastungs- und Anpassungsstörungen (s.u.) – zunächst eine Behandlung über stützende Verfahren angezeigt.

Weiterhin kann eine Somatisierung im Verlauf der Behandlung zu einem unüberwindlichen Widerstand werden, wenn sich die ›Angst‹ im subjektiven Erleben des Patienten als rein ›körperliches‹ Gefühl abspaltet und keine Zusammenhangsbildung über die Rekonstruktion ihrer Genese zuläßt. In derartigen Fällen ist je nach Sachlage eine lange Analyse oder eine ›körperbezogene‹ und nicht auf Verbalisierung setzende Psychotherapie sowohl als Alternative wie auch als eine der IB vorangehende ›Kriseninterventi on‹ anzuraten.

4.3.3 Zwangsstörungen (F42)

In diese Rubrik ordnet der ICD 10 »ständig wiederholte Stereotypien« ein, die »weder als angenehm empfunden werden noch dazu dienen, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen«. Es wird aufgeteilt zwischen »Zwangsgedanken« (u.a. auch »Grübelzwang«) und »Zwangshandlungen«. Zugleich wird aber auch – neben »Sonstige« und »Nicht näher bezeichnete« – wieder eine Mischkategorie eingeführt. Damit sind den Diagnosen eine Reihe von Möglichkeiten gegeben.

Die sogenannte »Zwangsneurose« gehört neben der »Hysterie« zu den klassischen Krankheitsbildern im Rahmen der Entwicklung der Psychoanalyse. Auf diese Grundlegung bezieht sich auch die Intensivbehandlung. FREUD bringt in seiner Gegenstandsbildung bekanntlich den Zwang mit der Abwehr und der Behandlung von Triebansprüchen zusammen. Der Zwang bewacht eine Ordnung, in der diese Ansprüche nur in entstellter Form zum Zuge kommen können. Die Dynamik des grundlegenden Konfliktes wird auf einen eingegrenzten Schauplatz verschoben. Die peinlich genaue Einhaltung von Regeln soll vor der Bedrohung schützen.

FREUD entwickelt aus der Beschäftigung mit der Zwangsneurose grundlegende Gedanken zu seiner Kulturpsychologie und sieht sie damit nicht mehr nur im eingegrenzten Zusammenhang als ›Störungsform‹. In seiner provozierenden These, bei der Religion handele es sich um eine »kollektive Zwangsneurose«, kommt zum Ausdruck, daß er den Zwang nicht als klinische Sonderform, sondern als Grundmechanismus ansieht.

Dieser Überlegung folgt auch die Sicht der Psychologischen Morphologie: Zwänge sind grundlegend mit Gestaltbildungen verbunden. Sie stehen für Berechenbarkeit und Halt. Man findet Zwänge in banalen Ritualen des Alltages wieder – in Begrüßungen oder bei Tisch. Nicht der Zwang ›an sich‹ ist jedoch als Störungsform zu klassifizieren, sondern sein Auftreten unter bestimmten Bedingungen.

Der Zwang als Störungsform läßt sich mit FREUD als Entwicklung einer »Privatreligion« (vgl. SALBER 1973) kennzeichnen. Ein bestimmtes Zwangssystem isoliert sich vom sozialen Austausch und ist schließlich dem Fall nicht mehr verfügbar. Es hat die Gestalt eines geheimen Vertrages oder ›Paktes‹, der eine Form absichert. Die Überschreitung der Regeln ist mit Angst besetzt, deren Herkunft unbewußt bleibt.

Der Zusammenhang zwischen einem Pakt und einem ›Zwang‹ wird u.a. im Märchen vom »Bärenhäuter« dargestellt. Das Märchen zentriert sich um einen Teufelspakt, der eine Art ›umgekehrten Waschzwang‹ generiert. In Kauf genommen wird das Bild eines ›stinkenden Bärenhäuters‹ zu Gunsten von Absicherung und Versorgung. Erst Bindung und Liebe führen den Bärenhäuter zurück in die ›menschliche Gemeinschaft‹.

Das Märchen erläutert in bildhafter Form, was im Falle von Zwangsstörungen als ›Therapieziel‹ formuliert werden kann: Ähnlich wie in der Phobie geht es um die Lockerung von Verschiebung und Isolierung. Die Abschaffung von Zwängen kann kein Ziel sein. Der Zwang ist auch aus morphologischer Sicht eine ›gesunde‹ seelische Grundeinrichtung. ›Pathologisch‹ ist seine Verselbständigung und der Verlust der Verfügbarkeit, denn hier verkehrt sich seine ursprüngliche Funktion: Die Behandlung von Verfügbarkeit produziert Unverfügbarkeiten.

Zwangsstörungen F42

Anzahl	20 (10 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	15 (75 %)
Methodisch-Werden	13 (65 %)
Ins-Bild-Rücken	12 (60 %)
Bewerkstelligen	12 (60 %)

Tabelle 10

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 1,9

Die Erfolgsquote entspricht etwa dem Durchschnitt aller in der Studie untersuchten Intensivbehandlungen.

Damit können auch die Zwangsstörungen in die Liste der möglichen Indikationen für die Analytische Intensivbehandlung aufgenommen werden.

Einschränkungen ergeben sich über die Analyse der nicht erfolgreichen Behandlungen hauptsächlich im Hinblick auf die Einschätzungskriterien »Formenbildung« und »Leidensdruck«. »Formenbildung« fordert ein Mindestmaß an Beweglichkeit, das bei Fällen mit Zwangsstörungen bisweilen nicht vorliegt. Im Extremfall erscheint die Struktur so stillgelegt, daß keine Anknüpfungspunkte in der alltäglichen Dramatik zu finden sind. Das macht Intensivierung und damit die Bearbeitung in dem entsprechend begrenzten Zeitraum unmöglich. Entsprechend ist bei diesen Fällen der größere Spielraum einer langen Analyse notwendig.

Mit der Problematik der Stillegung hängt auch die Nichterfüllung der Kriterien »Leidensdruck« und »Krisenerfahrung« zusammen. Häufig wird auch eine Zwangsstörung von den Betroffenen selbst nicht als Leiden realisiert. Ihre Selbstwahrnehmung sieht die Störung eher als eine Art ›unangenehme Angewohnheit‹, unter der häufiger die Mitmenschen leiden. Entsprechend wollen die Betroffenen diese Isolierung auch in der Art

der Behandlung weiterführen, was einem verhaltenstherapeutischen Angebot viel eher entgegenkommt als einem analytischen.

4.3.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

Unter »Belastungs- und Anpassungsstörungen« versteht der ICD 10 die Reaktion auf eine psychosoziale Belastung »mit außergewöhnlichem oder katastrophalen Ausmaß«, wobei allerdings das konkrete Maß des ›Außergewöhnlichen‹ nicht genauer spezifiziert wird. Es wäre allerdings auch psychologisch nicht sinnvoll, hier ein allzu strenges ›objektives‹ Maß einzuführen, denn die Wirkung einer Belastung hängt im wesentlichen von den Bewältigungstechniken ab, die dem Betroffenen zur Verfügung stehen. Die Unterkategorien sind hier »Akute Belastungsreaktion« (F43.0), »posttraumatische Belastungsstörung« (F43.1) und »Anpassungsstörung« (F43.2).

Die Rubrik F43 ist gegenüber dem ICD 9 wirklich neu und schafft durchaus mehr Bewegungsmöglichkeiten. Für die IB ist diese Kategorie insofern interessant, weil sie dem Zeitpunkt einer Behandlung im Rahmen eines Lebenslaufes eine große Bedeutung zumißt. Das Einschätzungskriterium »Krisenerfahrung« bezieht sich auf diese Frage und stellt u.a. heraus, daß eine Intensivbehandlung in einem kürzeren Zeitraum um so erfolgreicher sein kann, je konkreter und lebensbezogener sie an einer Krise arbeiten kann.

Im Rahmen der Definitionen des ICD 10 werden die »Reaktionen auf schwere Belastungen« auch mit dem Traumabegriff zusammengebracht. Dabei zeigt sich die Problematik verschiedener Auffassungen: Einmal wird ›Trauma‹ in der Psychologie häufiger als schlichtes Ergebnis einer äußeren Einwirkung verstanden. Diese Auffassung folgt dem Bild einer einfachen körperlichen Verletzung (›Beule‹), die die Funktionsfähigkeit des Psychischen im weiteren beeinflußt.

Sieht man das Psychische als Aktivität, die »intentional« im »hodologischen Raum« (LEWIN) oder – morphologisch kategorisiert – als ›Selbstbehandlung‹ funktioniert, dann ist eine derartige Sichtweise nicht angemessen. Vielmehr zeigt sich die ›Traumatisierung‹ immer auch als Scheitern einer Absicht und einer bestimmten Methode. Zufälle treten im Psychischen immer in einen Zusammenhang ein. Sie werden entsprechend weitergeführt und entwickelt, und diese Bearbeitung kann dann auch in eine Sackgasse geraten, was sich dann als ›posttraumatische Belastungsstörung‹ zeigen kann.

Mit Blick auf FREUD läßt sich dieser Ansatzpunkt weiterführen. Er entwickelt in seiner Neuroseformel das Verhältnis zwischen einer alten Form der Bearbeitung und einer ›neuen‹ Belastung. Spezifisch erscheint dabei der Mechanismus der ›Verdrängung‹, deren Mißlingen angesichts der aktuellen Belastung neu belebt wird. Es kommt zu einem Nachdrängen und zu einem neuen Kampf um die Haltbarkeit der alten Verdrängungslösung. Es ist also nicht die aktuelle ›Traumatisierung‹ allein, die eine Störung mit ›Krankheitswert‹ generiert, sondern ihre Korrespondenz mit einem alten Leiden und seiner Bewältigung durch Verdrängung.

In der morphologischen Störungslehre wird der triebtheoretisch geprägte analytische Begriff der ›Verdrängung‹ übersetzt durch die gestalttheoretisch geprägte Kategorie des »Verkehrthaltens« (vgl. SALBER 1980). Damit wird gegenüber dem Denken, das von einer traumatischen Ursache ausgeht, eher die Drehgrenze eines kompletten Lebenswerkes in den Blick gerückt. Diese Drehgrenze und das Verkehrthalten werden

im Falle einer ›schweren Belastung‹ neu gefährdet, was auch den Kampf um verleugnete Erfahrungen neu ausbrechen läßt.

Die Intensivbehandlung knüpft an der Zuspitzung an, die mit der aktuellen Belastung entsteht, und will diese in Richtung ›Verrücken der Drehgrenze‹ weiterführen. Hier ergibt sich allerdings eine Einschränkung, die sich in den Klassifikationen des ICD 10 abbilden läßt: Die »akute Belastungsreaktion« schließt den sofortigen Beginn einer IB aus. Das Einschätzungskriterium »Krisenerfahrung« betont, daß sich eine Krise als ›Erfahrung‹ zumindest vorläufig gesetzt haben muß, um mit einer Intensivbehandlung beginnen zu können. Dies heißt jedoch nicht, daß eine IB grundsätzlich ausgeschlossen werden muß, wenn der Fall von anderen Kriterien her als geeignet eingeschätzt werden kann. Es hat sich in den IB-Praxen bei diesen Fällen bewährt, eine Behandlung unter dem Einsatz stützender Verfahren vorauszuschicken, um dann zu einem späteren Zeitpunkt – wenn die zusätzliche Belastung verantwortbar erscheint – mit einer Intensivbehandlung zu beginnen.

Auch im Falle der ›Belastungs- und Anpassungstörungen‹ läßt sich am Beispiel eines Märchens erläutern, was für die IB als Therapieziel formuliert werden kann: Das Märchenbild von »Hänsel und Gretel« stellt den Mechanismus der ›Wiederholung‹ mit seinen Möglichkeiten und ›Sackgassen‹ heraus (vgl. SALBER *1987). Gegen eine offene und bedrohliche Wirklichkeit, der die Geschwister ohne Schutz ausgeliefert sind, wird das Bild einer kompletten und phantastischen Bergung und Versorgung (›Knusperhäuschen‹) gehalten. Die Behandlung des Verlustes durch ein Wieder-holen eines bereits verlorenen Zustandes führt in ein Gefängnis mit der ständigen Drohung, alles zu verlieren. Erst die aktive und entschiedene Trennung vom ›Knusperhäuschen‹ und das ›Schwimmenlernen‹ wird vom Märchen als Symbol für Entwicklung herausgehoben.*

Bezogen auf die Formulierung von ›Therapiezielen‹ der IB muß mit diesem Märchen nochmals betont werden, daß es im Falle von ›Belastungs- und Anpassungsstörungen‹ nicht darum gehen kann, nach einer persönlichen Katastrophe wieder ›der gleiche wie vorher‹ zu werden. In jeder Belastung steckt psychologisch gesehen ein Entwicklungsdruck, der eine Umstellung von Verhältnissen einfordert. Die folgende Gesamtdarstellung bezieht sich auf dieses ›Therapieziel‹:

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F43

Anzahl	31 (15,5 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	27 (87 %)
Methodisch-Werden	24 (77 %)
Ins-Bild-Rücken	20 (65 %)
Bewerkstelligen	19 (61 %)

Tabelle 11

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 1,5

Die Behandlungen von Belastungs- und Anpassungsstörungen zeigen ein Gesamtbild, das ungefähr dem Durchschnitt aller Intensivbehandlungen entspricht.

Damit kann auch dieser Bereich von Störungsformen in den Indikationsbereich der Intensivbehandlung aufgenommen werden.

Die Analyse der Mißerfolge rücken die Probleme der Einschätzung in den Vordergrund: Bei ›Belastungs- und Anpassungsstörungen‹ muß immer berücksichtigt werden, daß ein bestimmtes Bild eine starke Belastung erfahren hat und es aktuell in manchen Fällen schwer absehbar ist, wieviel dabei in Bewegung geraten ist. Im Zweifel

sollte erwogen werden, ob die entsprechenden Patienten nicht auch nach Beginn der Behandlung – am besten nach Beendigung des ersten Blockes – in eine lange Analyse überwiesen werden sollten. An diesem Punkt ist absehbar, ob das vorliegende Problem in dem zur Verfügung stehenden Zeitraum zu lösen ist.

4.3.5 Somatoforme Störungen (F45)

Diese Kategorie faßt laut ICD 10 alle Möglichkeit der »Somatisierung« von seelischen Konflikten. Es geht hier eher um dauerhafte Somatisierungen, wobei ausdrücklich nicht nur die rein »psychogenen« Störungen, sondern auch die Übersteigerung und Überbewertungen von zunächst »somatogenen Störungen« aufgegriffen werden. Die Unterkategorien unterscheiden je nach Betroffenheit verschiedener Organsysteme.

Der ICD 10 hebt ausdrücklich den »hartnäckigen« Widerstand der Patienten gegen eine psychologische Bearbeitung hervor. Damit ist eine Schwierigkeit angesprochen, die den psychotherapeutischen Zugang überhaupt betrifft. Für die IB läßt sich diese Schwierigkeit am Einschätzungskriterium »Leidensdruck« erläutern: Erscheint der Leidensdruck aussschließlich auf die körperliche Symptomatik bezogen, dann findet die IB keinen Ansatzpunkt für ihre auf Entwicklung bezogene Methode. Derartige Probleme entstehen häufiger bei Überweisungen aus Arztpraxen, denn hier muß eine Umzentrierung in ein psychotherapeutisches Werk gelingen. Das schlichte Hinnehmen der Diagnose ›psychosomatisch‹ unter Beibehaltung der Erwartungshaltung, mit der der Hausarzt aufgesucht wurde, reicht nicht aus.

Die Möglichkeiten psychotherapeutischer Behandlungen bei somatoformen Störungen sind je nach Art der körperlichen Erkrankungen ein heiß umstrittenes Thema. Die entsprechende Diskussion bewegt sich zwischen Übersteigerungen, die den psychotherapeutischen Zugang als eine Art ›Wunderheilung‹ präsentieren, und dem Generalvorwurf der ›Scharlatanerie‹. Diese Situation erfordert ein genaues Hinschauen bei der Analyse von Therapieerfolgen.

Grundsätzlich ist bei der Einordnung von »somatoformen Störungen« im Zusammenhang mit der IB zu bedenken, daß die Morphologische Psychologie der tradierten Trennung in ›Körper‹ und ›Seele‹ nicht folgt. Jede ›Morphologie‹ ist von ihrer Grundanlage her – im übrigen schon bei GOETHE – eine ›psychosomatische‹ Theorie. Daraus ergibt sich auch, daß eine Unterscheidung zwischen einer medizinischen oder psychologischen Gegenstandsbildung und die Entscheidung zwischen den entsprechenden therapeutischen Zugängen nicht entlang dieser Grenzlinie gefällt werden kann.

Die Begrenzung des psychologischen Zuganges und damit der Möglichkeiten einer psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung muß statt dessen aus den Chancen und Begrenzungen einer bestimmten Methode abgeleitet werden. Die Methode der Intensivbehandlung ist auf »Entwickeln-Können« angewiesen und kann an dieser Stelle auch bei ›somatoformen Störungen‹ ihre Grenze finden. Sie kann körperliche Erkrankungen nicht im medizinischen Sinne direkt behandeln, sondern immer nur versuchen, einen Zusammenhang zu seelischen Konflikten wiederzufinden und ihn im gemeinsamen Werk mit dem Fall wieder in Entwicklung zu bringen. 1:1-Zuordnungen zwischen körperlichen Erkrankungen und psychologischen Sachverhalten sind nicht möglich.

Sie entsprechen einer kosmologischen Allmachtsvorstellung, die nicht die Einschränkungen berücksichtigt, die bestimmte Perspektiven – z.B. die medizinische oder die psychologische – notwendig mit sich bringen.

Die Kriterien eines ›Therapieerfolges‹ müssen also für die IB aus psychologischer Perspektive entwickelt werden: Es geht um den Wiedergewinn von Bewegungsmöglichkeiten auch gegenüber der ›Somatisierung‹ und nicht allein um das Lindern oder Heilen von körperlichen Beschwerden. Nach Maßgabe dieser Kriterien ergibt sich für die Analytische Intensivbehandlung folgendes Gesamtbild.

Somatoforme Störungen F45

Anzahl	23 (11,5 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	16 (70 %)
Methodisch-Werden	13 (57 %)
Ins-Bild-Rücken	12 (52 %)
Bewerkstelligen	12 (52 %)

Tabelle 12

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 2,0

Die Auswertung zeigt die IB bei der Behandlung von somatoformen Störungen als weniger erfolgreich als in anderen Bereichen (s.o.) Die Zahlen geben allerdings nicht Anlaß, ›somatoforme Störungen‹ aus dem Indikationsbereich der Intensivbehandlung auszuklammern.

Die Analyse der gescheiterten Behandlungen zeigt noch einmal, wie wichtig die Einschätzungskriterien sind, weil sich im Erstgespräch und in der Eingangsdiagnostik zeigen muß, inwieweit ›somatoforme‹ Störungen vom Konzept der IB her in einem Behandlungsprozeß psychologisierbar sind.

4.4 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)

Unter dieser Rubrik werden Störungen gesammelt, die nicht nur aus der Sicht der IB Einzelstörungen sind, die einem bestimmten umfassenden Krankheitsbild zugeordnet werden müssen. Nur ein verhaltenstherapeutischer Zugang könnte eine derartige Diagnose als isolierten und auch isoliert behandelbaren Komplex bestehen lassen. Offensichtlich scheint es auch für die Autoren des ICD 10 unmöglich zu sein, der Kategorie F5 eine zusammenfassende Definition vorauszuschicken.

Die Störungen werden nur in der Definition der Unterkategorien als ›Verhaltensweisen‹ umrissen.

Trotzdem erscheint es nicht uninteressant, die verschiedenen Formen der Begleitsymptome miteinander zu vergleichen. In Frage kommen angesichts des vorliegenden Fallmaterials »Eßstörungen« (F50), »nicht organische Schlafstörungen« (F51) und die »nichtorganischen sexuellen Funktionsstörungen« (F52). Von vorneherein ausgeklammert werden können die »psychischen Verhaltensstörungen im Wochenbett« (F53), psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54) und der »Mißbrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen« (F55).

Folgendes Gesamtbild ergibt sich bei der statistischen Erfassung der Fälle mit ›Verhaltensauffälligkeiten‹:

Eßstörungen F50

Anzahl	21 (10,5 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	15 (71 %)
Methodisch-Werden	14 (67 %)
Ins-Bild-Rücken	12 (57 %)
Bewerkstelligen	10 (48 %)

Tabelle 13

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 2,3

Nichtorganische Schlafstörungen F51

Anzahl	17 (8,5 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	15 (88 %)
Methodisch-Werden	15 (88 %)
Ins-Bild-Rücken	13 (76 %)
Bewerkstelligen	13 (76 %)

Tabelle 14

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 1,5

Nicht organische sexuelle Funktionsstörungen F52

Anzahl	13 (6,5 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	11 (85 %)
Methodisch-Werden	11 (85 %)
Ins-Bild-Rücken	10 (77 %)
Bewerkstelligen	9 (69 %)

Tabelle 15

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 1,7

Das Ergebnis ist als Hinweis darauf zu werten, daß bestimmte Begleitsymptome auf unterschiedlich starke Verfestigungen verweisen.

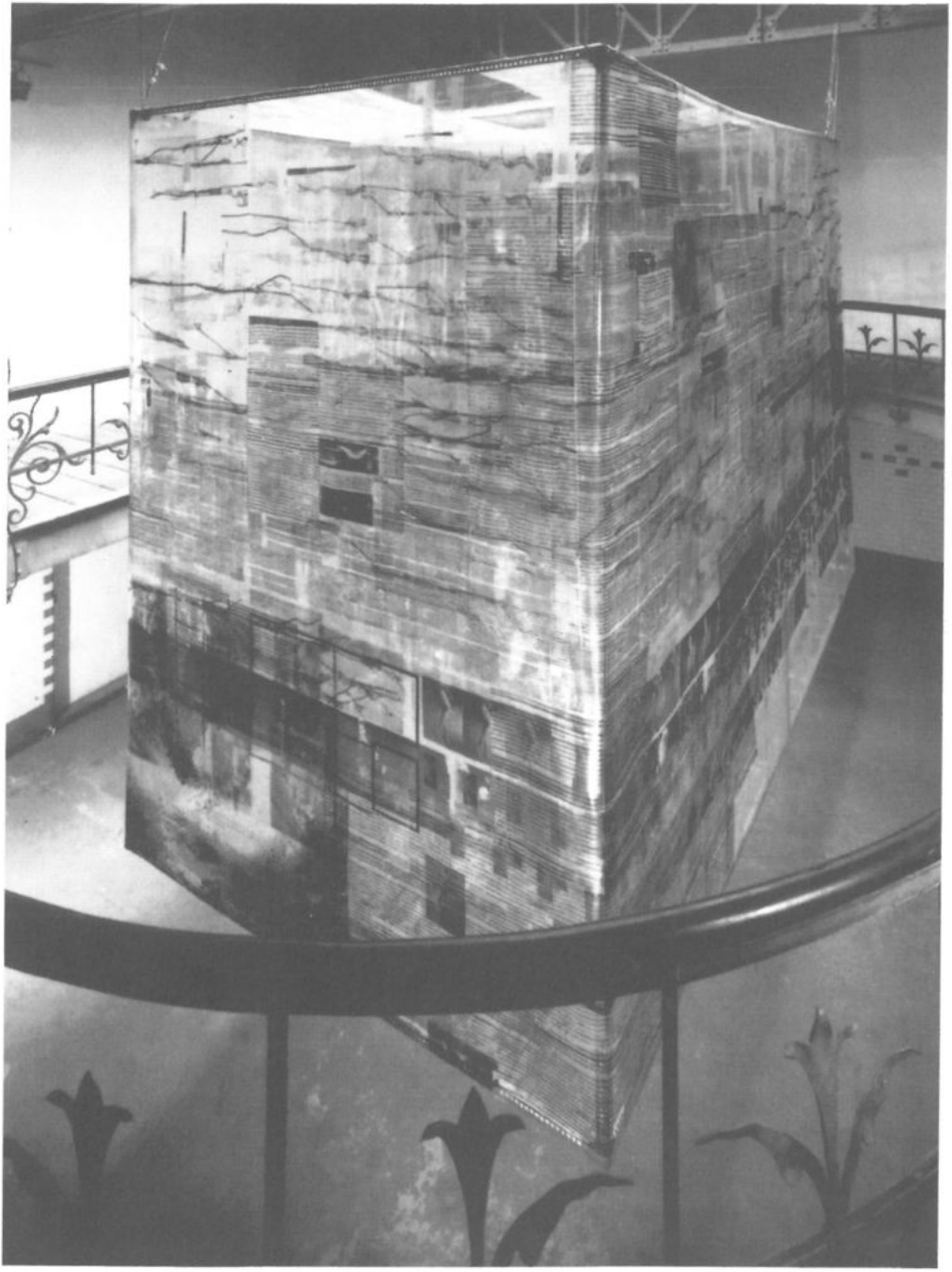
Im Falle der Symptombildungen ›Schlafstörungen‹ und ›sexuelle Funktionsstörungen‹ gelingt es im Durchschnitt häufiger und mit weniger Behandlungsstunden, das zugrunde liegende Problem in Entwicklung zu bringen als bei Eßstörungen. Allerdings muß hier einschränkend bemerkt werden, daß ein derartiges Ergebnis nur als Indiz gewertet werden kann. Es bleibt bei der grundsätzlichen diagnostischen Leitlinie, daß eine Einschätzung für eine psychologische Behandlung nur mit Blick auf die gesamte Struktur vorgenommen werden kann. Je nachdem kann dann auch die Einschätzung von Begleitsymptomen hinsichtlich ihrer Behandelbarkeit sehr unterschiedlich ausfallen.

4.5 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)

Der ICD 10 faßt unter dieser Kategorie »eine Reihe von klinisch wichtigen, meist lang anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern«. Unter dieser Rubrik werden die verschiedensten Symptombilder gefaßt – teilweise in Überschneidung mit anderen Hauptkategorien.

Mit der Begrifflichkeit »Persönlichkeitsstörungen« ist eine Anlehnung an tradierte psychiatrische Kategorien gegeben. Sie wird allerdings durch die sehr allgemein gehaltene zweite Kategorisierung »Verhaltensstörung« erheblich erweitert. So werden unter F60-62 umfassende Persönlichkeitsstörungen zusammengefaßt, während in den weiteren Unterkategorien überwiegend einzelne Symptombildungen herausgehoben werden, zu denen sich kritische Anmerkungen aufdrängen. Unter F65 werden »Störungen der Sexualpräferenz« genannt und dabei ›klassische‹ Perversionen wie »Fetischismus« (F65.0), »Voyeurismus« (F65.3) oder »Sadomasochismus« (F65.5) ausdrücklich angesprochen. U.E. handelt es sich hier um Formen, deren ›Krankheitswert‹ ohnehin fragwürdig und nur im Zusammenhang mit einer umfassenden Konstruktion beurteilbar erscheint. Auf keinen Fall sollte man jedoch unterschiedliche ›Sexualpräferenzen‹ in die Nähe und unter eine Überschrift mit ›Persönlichkeitsstörungen‹ bringen.

Für die vorliegende Untersuchung stellt sich das Problem der Interpretation im Zusammenhang mit der Kategorisierung der IB-Fälle. Die sinnvollste Anknüpfungsmöglichkeit ergibt sich, wenn die Kategorie ›Persönlichkeitsstörungen‹ wieder auf die alte psychiatrische Einteilung in »Zustände« und



Thom Barth »Kubus 16-92 Draußen Rein Horch«, 1992

»Verläufe« (vgl. SCHNEIDER 1967) zurückgeführt wird. Diese aus der medizinischen Gegenstandsbildung entwickelte Aufteilung ist sicherlich auch problematisch, aber immerhin so konsequent, daß sich hier eine Anknüpfung finden läßt.

Diese Anknüpfung ergibt sich über die Einschätzungskriterien »Gestaltbildung« und »Formenbildung«, weil hier auch das Verhältnis ›fest/beweglich‹ thematisiert wird – ohne allerdings die tradierte Schablone ›Persönlichkeit‹ zu bemühen. In der Konsequenz einer morphologischen Gegenstandsbildung beziehen sich diese Kriterien auf Entwicklungsbedingungen, die für die Intensivbehandlung unabdingbar sind. Es muß sowohl ein gewisses Maß an Festlegung (»Gestaltbildung«) als auch an Beweglichkeit (»Formenbildung«) vorausgesetzt werden. Dies wird in der Eingangsdiagnostik sowohl über die Anamnese als auch über qualitative Testdiagnostik eingehend untersucht.

Im Rahmen der Einschätzung sind die Fälle, die in dieser Untersuchung als ›Persönlichkeitsstörungen‹ klassifiziert wurden, als Grenzfälle anzusehen. Sie stammen ausschließlich aus wenigen Praxen erfahrener Kollegen, die sich um eine entsprechende Weiterentwicklung der Analytischen Intensivbehandlung bemühen. Auf keinen Fall ist eine Behandlung derartiger Grenzfälle mit dem Konzept der Intensivbehandlung eine Aufgabe für Psychotherapeuten ohne ausreichende Erfahrung.

Die Übersicht über die als ›Persönlichkeitsstörungen‹ klassifizierten Behandlungsfälle zeigt folgendes Gesamtbild:

Anzahl	27 (13,5 %)
Zielkriterien erfüllt:	
Leiden-Können	19 (70 %)
Methodisch-Werden	14 (52 %)
Ins-Bild-Rücken	14 (52 %)
Bewerkstelligen	13 (48 %)

Tabelle 16

Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsblöcke: 2,9

Die Ergebnisse geben zunächst keinen Anlaß, die ›Persönlichkeitsstörungen‹ von vorneherein aus dem Indikationsbereich der IB auszuklammern. Allerdings müssen auch Einschränkungen berücksichtigt werden: Zum einen stammen die untersuchten Fälle – wie schon erwähnt– aus wenigen Praxen und zeigen damit keinen repräsentativen Gesamtausschnitt aus der Gesamtheit der Intensivbehandlungen.

Zum anderen stellt sich angesichts der vergleichsweise hohen Anzahl von Behandlungsblöcken die Frage, ob und auf welche Weise eine Intensivbehandlung ihren Charakter ändert, wenn sie das zunächst vorausgesetzte Grenzmaß von drei Behandlungsblöcken überschreitet. Hier sind für die IB und ihre Weiterentwicklung noch offene Forschungsfragen zu klären, die nur durch genaue Einzelfallanalysen zu untersuchen sind.

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie zum Anwendungsprofil der Analytischen Intensivbehandlung bezieht sich auf eine erste quantifizierende Auswertung von 170 Behandlungen, die im Rahmen einer umfassenden retrospektiven Untersuchung dokumentiert wurden. Ziel der Untersuchung ist die Einschätzung von Intensivbehandlung in den gelebten Zusammenhängen der Behandlungspraxen und der Beratungsstelle des Psychologischen Institutes der Universität Köln. Die im Rahmen der Diskussion um ›Wirkungsnachweise‹ erhobene Forderung nach Kontroll- oder Vergleichsgruppen konnte unter diesen Bedingungen in der vorliegenden Studie nicht erfüllt werden. Sie wäre allenfalls durch Vergleich mit ähnlichen Einschätzungen anderer Therapieformen möglich.

Allerdings erscheint diese aktuell erhobene Forderung auch kritikwürdig: Wie eine eingehende Betrachtung der sogenannten »Meta-Analyse« von GRAWE et al. zeigt, wird hier der psychologische Gegenstandsbezug zu Gunsten eines experimentalpsychologischen Ideals aufgegeben. Darunter haben vor allem die Behandlungen zu leiden, deren Ansatz sich einer verstehenden Psychologie zuordnen.

Es entspricht der Forschungstradition der Morphologischen Psychologie, daß sie sich nicht auf die Begrenzungen eines traditionell naturwissenschaftlichen Wissenschaftsbildes einläßt, sondern eine »beschreibende« und »zergliedernde« (DILTHEY) sowie von ›Konstruktionen‹ (FREUD) ausgehende Psychologie weiterführt.

Von daher wurde das Problem ›Wirkungskontrolle‹ und ›Vergleichbarkeit‹ zunächst als Übersetzungsproblem zwischen verschiedenen Gegenstandsbildungen aufgegriffen: Die Einschätzungskriterien, Therapieziele und Erfolgskriterien der Analytischen Intensivbehandlung wurden im Austausch mit den Kategorien des ICD 10 erläutert.

Damit soll das Konzept der Intensivbehandlung für die Leser nachvollziehbar gemacht werden. Nur auf dieser Basis sind die in diesem Zusammenhang genannten Zahlen aussagekräftig.

Unter der Voraussetzung einer sorgfältig und psychologisch korrekt durchgeführten Einschätzung nach Maßgabe der eigenen Einschätzungskriterien kann eine Intensivbehandlung bei folgenden Symptombereichen Anwendung finden:

- Episodische, rezidivierende und anhaltende depressive Störungen (F32-34)
- Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)

Letztere Kategorie ist mit den erwähnten Einschränkungen aufzunehmen. Es handelt sich hier häufiger um Grenzfälle, die für die Weiterentwicklung dieser Behandlungsform eine Herausforderung darstellen.

Anmerkungen

[1] An der positivistischen Konsequenz behavioristischer Ansätze ändert auch die von GRAWE propagierte »kognitive« Erweiterung nichts. Seine Bezugnahme auf PIAGET in diesem Zusammenhang erscheint reichlich deplaziert, denn dessen Gegenstandsbildung einer »genetischen Epistemologie« läßt sich vielleicht in die neuerdings firmierenden ›konstruktivistischen‹ Ansätze einordnen, auf keinen Fall jedoch in ›kognitiv behaviorale‹.

[2] Der u.a. von MERTENS verwendete Begriff der »Tiefenhermeneutik« bringt diese Position auf einen Begriff, der unter Beanspruchung des populären ›Schichtenmodelles‹ die Notwendigkeit einer Bearbeitung von ›oberflächlichen‹ Geschichtenbildungen herausstellt.

[3] Die Wortwahl ›Beratung‹ wurde in den Anfängen der Konzeptentwicklung sowohl aus inhaltlichen Gründen wegen der passenderen etymologischen Bedeutungsherleitung des Begriffes ›Beratung‹ als auch unter politischen Aspekten angesichts der damaligen Situation gewählt. Damit sollte keineswegs ein geringerer Anspruch formuliert werden, sondern vielmehr der genuin psycho-logische Anspruch gegenüber der medizinisch geprägten Kategorie »Therapie« verdeutlicht werden. Erst kürzlich wurde der Name »Intensiv*behandlung*« angesichts der veränderten Bedingungen im Rahmen der Diskussion über das Psychotherapeutengesetz eingeführt. Von daher erklärt sich die unterschiedliche Wortwahl in älteren Veröffentlichungen.

[4] Die 3 Bände »Entwicklungen der Psychologie Sigmund Freuds« von W. SALBER 1973/74 bieten diese Übersetzung für den interessierten Leser in einer sehr ausführlichen Form. Die Habilitationsschrift von Y. AHREN bringt die IB in einen Vergleich mit anderen psychoanalytisch fundierten Kurztherapien (vgl. AHREN 1996).

[5] Vgl. SALBER in: AHREN, Y./WAGNER, W. 1984, S. 89ff

[6] Mehr über diese Unterscheidungen und Gemeinsamkeiten wird in folgenden Schriften ausgeführt: »Psychoanalyse und Intensivberatung: Ein Ver-

gleich« (BLOTHNER 1986) und »Übertragung in langer und kurzer Analyse« (BLOTHNER 1992).

[7]Vgl. hierzu: »Verkürzende und intensivierende Faktoren in der Analyse aus klinischer und psychoanalytischer Sicht« von W.E. FREUD (in: AHREN/WAGNER 1984, S. 82-89) oder »Konstruktion psychologischer Behandlung« (SALBER 1980, S. 33f). Eine umfassende Analyse der Bedingungen von psychoanalytischen Behandlungswerken findet sich auch in der letztgenannten Schrift (S. 95-132).

[8]SALBER, W./RASCHER, G. (1986): Märchen im Alltag. Zwischenschritte Sonderheft, Köln

RASCHER, G. (1984): Von Lust und Last an der List.

- (1988): Wenn Bilder zum Psychologen müssen.
- (1989): Schneewittchen – Metamorphosen eines Wunschkindes.
- (1990): Alltag-Psychologie-Märchen.
- (1995): Intensivberatung – Gestaltbildung als Therapie

DAHL, G. (1993): Metamorphosen von Märchenbildern

[9]Bei älteren Behandlungsfällen, die zum Teil noch nach ICD 9 eingeordnet waren, wurde diese Einordnung nachträglich vorgenommen.

[10]Damit ergibt sich für die IB die Chance, das Vorurteil zu beseitigen, die ›Indikationsstellung‹ für diese Therapieform sei zu eng. Angesichts der Aufteilung von Störungen nach den ICD-Kategorien läßt sich aufzeigen, welche Bandbreite an Indikationsstellungen die IB hat. Diese Bandbreite ist nicht kleiner als die anderer tiefenpsychologisch fundierter Kurztherapien (s.u.).

[11]Eine Auflistung der einzelnen Praxen befindet sich im Anhang.

[12]Nur Sekundärdiagnosen

[13]Die hier vertretene Auffassung entspricht den Überlegungen FREUDS, die er u.a. in »Massenpsychologie und Ich-Analyse« formuliert: Die Manie ist wie der Zustand in einer ›Masse‹ durch ein Gleichsetzen von Anspruch und Wirklichkeit und eine Auflösung von Maßverhältnissen gekennzeichnet und damit unbehandelbar. Sie ist das agierende Gegenstück zur ›Depression‹, die den großen Entwurf im Scheitern und in Selbstvorwürfen aufrecht erhalten will.

[14]Durch die Bezugnahme auf Märchenkonstruktionen soll hier und auch im weiteren die morphologische Auffassung, die Symptombildung immer im Zusammenhang eines Bildes aufgreift, veranschaulicht werden. Damit ist keine eineindeutige Zuordnung von bestimmten Märchen zu bestimmten ICD-Kategorien gemeint.

Literatur

AHREN, Y. (1996): Psychoanalytische Behandlungsformen. Geschichte und Konstruktion der analytischen Kurzpsychotherapie. Bonn

- (1984): Intensivberatung. In: AHREN, Y./WAGNER, W. (Hg) (1984): Analytische Intensivberatung. Köln

BASSLER, W. (1988): Ganzheit und Element. Göttingen

BLOTHNER, D. (1986): Psychoanalyse und Intensivberatung: Ein Vergleich. Zwischenschritte (5)1

- (1992): Übertragung in langer und kurzer Analyse. Zwischenschritte (11)1

BRONFENBRENNER, U. (1978): Ansätze zu einer experimentellen Ökologie menschlicher Entwicklung. In: OERTER, R. (Hg) (1978): Entwicklung als lebenslanger Prozeß. Hamburg

BUYTENDIJK, F.J.J. (1958): Mensch und Tier. Hamburg

DAHL, G. (1993): Metamorphosen von Märchenbildern. In: FITZEK, H./SCHULTE, A. (Hg) (1993): Wirklichkeit als Ereignis, Bd.2. Bonn

DILLING, H. et al. (Hg) (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10, Kap. V F) – Klinisch diagnostische Leitlinien. Bern

- (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10 Kap. V F) – Forschungskriterien. Bern

DILTHEY, W. (1924): Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie. In: Gesammelte Werke, Bd.5. Leipzig

DOMKE, W. (1989): Kriminelles Leben – Eine Gestalt zum Fürchten. Zwischenschritte (8)2

ERIKSON, E.H. (1957): Kindheit und Gesellschaft. Zürich

FREICHELS, H.J. (1995): Lebenskrisen und Behandlungsanliegen. Zwischenschritte (14)1

FREYBERGER, H.J. (1993): Fallbuch Psychiatrie – Kasuistiken zum Kapitel V (F) der ICD 10. In: DILLING, H. et al. (Hg) (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10, Kap. V F) – Klinisch diagnostische Leitlinien. Bern

FREUD, W.E. (1984): Verkürzende und intensivierende Faktoren in der Analyse aus klinischer und psychoanalytischer Sicht. In: AHREN, Y./WAGNER, W. (Hg) (1984): Analytische Intensivberatung. Köln

FREUD, S. (1917/18): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Studienausgabe , Bd.1. Frankfurt/M 1969

- (1974): Fragen der Gesellschaft – Ursprünge der Religion. Studienausgabe, Bd. 9. Frankfurt/M

-(1975) : Schriften zur Behandlungstechnik. Studienausgabe, Ergänzungsband. Frankfurt/M
GRAWE, K. et al. (1994): Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Göttingen
JUNG, C.G. (1928): Die Beziehung zwischen dem Ich und dem Unbewußten. München 1990
LEWIN, K. (1926): Vorsatz, Wille und Bedürfnis. Berlin
MERTENS, W. (1994): Psychoanalyse auf dem Prüfstand. Eine Erwiderung auf die Metaanalyse von Klaus Grawe. München
METZGER, W. (1952): Das Experiment in der Psychologie. Studium Generale 3
PIAGET, J. (1976): Psychologie der Intelligenz. München
RANK, O. (1968): Will Therapie and Truth and Reality. New York
RASCHER, G. (1984): Von Lust und Last an der List – Falldarstellung einer Intensivberatung. In: AHREN, Y./WAGNER, W. (Hg) (1984): Analytische Intensivberatung. Köln
- (1988): Wenn Bilder zum Psychologen müssen (Falldarstellung: ›Des Teufels rußiger Bruder‹) Zwischenschritte (7)2
- (1989): Schneewittchen – Metamorphosen eines Wunschkindes. Zwischenschritte (8)2
- (1990): Einschätzungskriterien in der Analytischen Intensivberatung. Zwischenschritte, (9)1
- (1990): Alltag-Psychologie-Märchen (Falldarstellungen ›Schneewittchen‹). Zwischenschritte (9)2
- (1995): ›Umwertungen‹ in der psychologischen Behandlung. Zwischenschritte (14)1
- (1995): Intensivberatung – Gestaltbildung als Therapie. Zwischenschritte (14)2
SALBER, L. (1995): Nietzsches Kinder auf der Couch. Zwischenschritte (14)1
SALBER, W. (1968[3]): Der psychische Gegenstand. Bonn
- (1973f): Entwicklungen der Psychologie Sigmund Freuds, Bd.1-3. Bonn
- (1980): Konstruktion psychologischer Behandlung. Bonn
- (1984): Struktur in Entwicklung – Eine Zusammenfassung. In: AHREN, Y./WAGNER, W. (Hg) (1984): Analytische Intensivberatung. Köln
- (1987): Psychologische Märchenanalyse. Bonn
- (1995): Kulturgeschichte der Psychotherapie. Zwischenschritte (14)2
SALBER, W./RASCHER, G. (1986): Märchen im Alltag – Eine empirische Untersuchung. Köln
SCHNEIDER, G. (1967): Klinische Psychopathologie. Stuttgart
WATSON, J.B. (1930): Der Behaviorismus. Berlin

Verzeichnis der Abbildungen

S. 20: Thom BARTH (1992): Weitsicht - weit. Installation in Brüssel
S. 28: - (1992): Zuordnungen. Installation im Kunstverein Konstanz
S. 43: - (1992): Kubus 16 - 92 Draußen Rein Horch. Installation in Wuppertal

Aus: HENTSCHEL, M. (o.J.): Aus den Netzen. Thom Barth. Arbeiten 1987 - 1992. Edition Cantz

Liste der an der Untersuchung beteiligten IB-Praxen

Arnulf Böhm - Klin.Psych. (BDP)
Prof. Dr. Dirk Blothner - Psychoanalytiker (DGPT/DPG), Ausbilder IB
Edith Buchhalter-Thomas - Klin.Psych (BDP), Ausbilderin IB
Gloria Dahl - Klin.Psych. (BDP), Ausbilderin IB
Annette Desch - Klin.Psych. (BDP)
Dr. Wolfram Domke - Klin.Psych. (BDP), Ausbilder IB
Jürgen Eilers - Klin.Psych (BDP)
Dr. Norbert Endres - Klin.Psych. (BDP), Ausbilder IB
Dr. Hans Jürgen Freichels - Klin.Psych. (BDP), Ausbilder IB
Norbert Häcker - Klin.Psych. (BDP)
Dr. Gisela Rascher - Ausbildungsleiterin IB
Dr. Linde Salber - Ausbilderin IB
Dr. Werner Seifert - Klin.Psych. (BDP), Ausbilder IB
Dr. Axel Thomas - Klin.Psych. (BDP)
Dr. Werner Wagner - Klin.Psych. (BDP)/Verhaltenstherapeut, Ausbilder IB
Ellen Wolf - Klin.Psych. (BDP)

Dr. Hans Jürgen Freichels
Berrenrather Str. 482 a
50937 Köln

Arbeitsschwerpunkte und Veröffentlichungen im Bereich der Markt- und Medienpsychologie (Psychologie von Alltag und Kultur), Pädagogische Psychologie und Analytische Intensivbehandlung.