

POP-B (ANX)

A TREATMENT MANUAL FOR PSYCHOANALYTICALLY
ORIENTED PSYCHOTHERAPY ("POP")

SPECIAL ADAPTATION FOR BRIEF ("B") PSYCHOTHERAPY
OF ANXIETY-PRONE ("ANX") PATIENTS

Lester Luborsky, Ph.D.

(C) Copyright by Lester Luborsky, Ph.D., 1978

First Edition 4/5/78
Second Edition 7/22
Third Edition 10/4/7

POP-B (ANX)

A TREATMENT MANUAL FOR PSYCHOANALYTICALLY

ORIENTED PSYCHOTHERAPY ("POP")

SPECIAL ADAPTATION FOR BRIEF ("B") PSYCHOTHERAPY
OF ANXIETY-PRONE ("ANX") PATIENTS

Lester Luborsky, Ph.D.

(C) Copyright by Lester Luborsky, Ph.D., 1978

First Edition 4/5/78

Second Edition 7/22

Third Edition 10/4/7

L. LUBORSKY (1978)

POP-B (ANX) - Ein Manual für psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (POP), spezielle Bearbeitung für Kurzpsychotherapie (B=brief) bei Angst-Patienten (ANX=anxiety)

Übers. G. Scheibe

Kapitel 1: Ziele und Orientierung dieses Manuals

Dieses Manual ist für Psychotherapeuten geschrieben, die psychoanalytisch orientierte Kurzpsychotherapie mit Patienten, deren Hauptsymptom Angst ist, durchführen wollen. Es ist für Psychotherapeuten bestimmt, die noch keine Erfahrung mit psychoanalytisch orientierter Kurzpsychotherapie (POP-B) hatten, obwohl sie umfassende Erfahrung in der Anwendung psychoanalytisch orientierter Psychotherapie ohne zeitliche Begrenzung (POP) haben können.

Das Manual enthält sowohl allgemeine als auch spezifische technische Vorschläge. Sie basieren auf mehreren Quellen: meiner Erfahrung bei der Ausbildung von Psychiatern in dieser Form von Kurzpsychotherapie und bei der Ausbildung von einem Therapeutenteam, das medikamentenabhängige Patienten behandelt (WOODY et al. in Vorber.), wie auch einer Fülle von Literatur über psychoanalytisch orientierte Psychotherapie sowohl mit als auch ohne zeitliche Begrenzung. Einige der wichtigsten Vertreter der Psychotherapie ohne zeitliche Begrenzung sind MENNINGER und HOLZMAN (1973), BERGMANN und HARTMAN (1977), HOLLANDER (1965) und LUBORSKY et al. (1958). WALLERSTEIN et al. (1956) beschrieben die beiden Arten der POP-Techniken: Stützen und Expression. Kombinationen wurden viele Jahre lang von der MENNINGER Stiftung angewandt und wurden mit der Hälfte der Patienten in dem MENNINGER-Stiftungs-Psychotherapieforschungsprojekt (KERNBERG et al. 1972) durchgeführt.

Meine Darstellung zeitlich begrenzter POP für Angst-Patienten unterscheidet sich von früheren Darstellungen mehr oder weniger auf verschiedene Weise:

1. Wie der Therapeut dem Patienten bzgl. des Verstehensprozesses hilft, indem er ihm die Grundzüge dieses Prozesses erklärt und ihm anhand mehrerer Beispiele zeigt, wie diese Grundsätze angewandt werden.

Unter diesen Grundsätzen steht im Mittelpunkt die Notwendigkeit,

die Wünsche des Patienten und deren Konsequenzen von dem Standpunkt des Patienten aus zu verstehen (KLEIN 1970). Diese Wunsch-Konsequenz-Abläufe sind in den Beziehungen des Patienten manifest und können zur Beschreibung mit einer Methode zusammengefaßt werden, die die "Kernkonfliktbeziehungsthema-Methode" genannt wird. Diese Kern-Themen können, obwohl sie meist außerhalb des Bewußtseins des Patienten sind, vom Therapeuten verstanden werden, indem er dem Wortfluß des Patienten Aufmerksamkeit schenkt. Nachdem er mit dem Patienten ein Arbeitsbündnis hergestellt hat, kann ein Stück dieses Verstehens dem Patienten zur Selbsthilfe verhelfen. (Dieser Teil der Darstellung enthält viel Neues.)

2. Im Bestimmen spezifischer Empfehlungen, was der Therapeut bei der Durchführung dieser weitverbreiteten Behandlungsform (HENRY, SIMS und SPRAY 1973) mit einer großen Auswahl an Techniken tun muß. Ich hoffe, daß eine solche Spezifizierung und Konzentration auf das Wesentliche es erleichtern wird, die Aufgaben des Therapeuten zu erlernen. Sie sollte sicherstellen, daß die Behandlungsform einheitlicher durchgeführt wird, als es ohne einen Versuch der Übereinstimmung mit diesem Manual der Fall wäre. (Dieser Aspekt ist teilweise neu - die Spezifität der technischen Empfehlungen ist etwas größer als in anderen Darstellungen psychoanalytisch orientierter Kurzpsychotherapie, z. B. von SIFNEOS (1972), MALAN (1963) und MANN (1973).

3. In der Anpassung der POP an die Bedürfnisse der Patienten, deren Hauptsymptom Angst ist. Der Schwerpunkt des Manuals liegt nicht auf der Darstellung eines Konzepts der Ätiologie der Angst, sondern es geht um eine Methode, die für jeden einzelnen Patienten die Quelle der Angst erklärt. Viele Erklärungen für den einzelnen Patienten werden mit den Haupttheorien übereinstimmen (z. B. FREUD 1926), aber einige werden idiosynkratisch sein. (Dieser Teil der Darstellung ist teilweise neu.)

4. In der Spezifizierung der Auswirkung der zeitlichen Begrenzung auf die POP ohne zeitliche Begrenzung. (Dieser Teil wurde bereits dargestellt; z.B. die Übersicht von BUTCHER und KOSS 1978). Die hier ausgeführte psychoanalytisch orientierte Psychotherapie besitzt eine ungefähr ^{regelmäßige} zeitliche Abfolge, und deshalb werden die Kapitel in dieser Reihenfolge abgehandelt:

- (1) Information des Patienten über die Art der Behandlung und Darstellung der Möglichkeit einer Psychotherapie (Kapitel 2).
- (2) Beginn^{der Therapie} und Aufstellung notwendiger Vereinbarungen (Kapitel 3).
- (3) Förderung einer stützenden Beziehung, wo notwendig (Kapitel 4).
- (4) Konzentration auf das Erreichen größtmöglichen Verstehens (Kap.5).
- (5) Analysieren der Bedeutung des Abschlusses für den Patienten, so daß der Erfolg der Behandlung erhalten bleibt (Kapitel 6).

Kapitel 2: Information des Patienten über die Psychotherapie

In der Kurzpsychotherapie ist die Vorbereitung des Patienten für die Behandlung besonders wichtig. Direkt vor Beginn der Behandlung sollte jemand anderes als der Therapeut dem Patienten einen Überblick über das Wesen der zu beginnenden Behandlung geben und so viel wie möglich positive Erwartungen sowohl bezüglich der Behandlung als auch bezüglich des Therapeuten wecken. Es wird berichtet, daß solche "vorbereitenden Sozialisierungen" positive Auswirkungen auf die Behandlung haben, besonders bei Kurzpsychotherapien und besonders bei unerfahrenen Patienten (ORNE und WENDER 1960, GOLDSTEIN und SIMONSON 1971). GOLDSTEIN und SIMONSON (1971)^{S. 164} fanden, daß der Patient, der von seinem Therapeuten stärker angezogen wird, umgekehrt vom Therapeuten als attraktiver eingeschätzt wird. "Wenn der Patient vom Therapeuten stark angezogen wird, leistet der Patient

- (1) weniger offenen Widerstand,
 - (2) spricht er mehr,
 - (3) ist er in der Selbsteinschätzung kränker und
 - (4) hat er günstigere prognostische Erwartungen an sich selbst."
- Wir geben die Einführung in die Psychotherapie, so wie bei ORNE und WENDER (1968) beschrieben. - Beispiele werden in Anhang II gegeben. Dies sollte für Angst-Patienten, die eine POP-B (ANX)-Behandlung beginnen wollen, angewandt werden. In einem solchen Gespräch wird dem Patienten erklärt, wie Psychotherapie durchgeführt wird, was der Patient und was der Therapeut tun muß. Ein kontrollierter Vergleich zwischen Patienten, die das Gespräch zur vorbereitenden Sozialisierung hatten, versus Patienten, die es nicht hatten, zeigte eine signifikante Überlegenheit der Patienten, die durch dieses Gespräch vorbereitet worden waren (NASH et al. 1965, HOELM-SARIC et al. 19..).

Kapitel 3: Techniken für den Beginn der Behandlung

FREUD (1913) schrieb in seiner berühmten Analogie der Psychotherapie mit einem Schachspiel, daß die eröffnenden und abschließenden Züge eindeutig feststünden, aber die dazwischenliegenden weitgehend von Fähigkeiten und Intuition des Spielers abhingen. Als Teil der eröffnenden Züge sollte der Therapeut, besonders in der ersten Sitzung,

- (1) zuhören, um feststellen zu können, was die Probleme des Patienten sind, und versuchen, diese mit den vorgegebenen Zielen in Übereinstimmung zu bringen,
- (2) dem Patienten erklären, was der Therapeut macht, und
- (3) die Behandlungsvereinbarungen erklären.

Die Zielsetzung findet primär in der ersten Sitzung statt, aber wird gewöhnlich während der Behandlung wieder angesprochen, wenn der Patient seine Ziele in einem neuen Licht sieht. Für alle Patienten, bei denen dieses Manual angewandt werden kann, wird eines der Ziele die Kontrolle der Angst sein. Für die meisten Patienten werden weitere Ziele die Verbesserung beruflicher und interpersonaler Fähigkeiten sein. Aber welches auch immer die Ziele sind, sie sollten unter Berücksichtigung des Erreichbaren aufgestellt werden.

Eine der Funktionen des Zielsetzens in der Kurzpsychotherapie ist es, daß sowohl dem Patienten als auch dem Therapeuten deutlich wird, auf welche Ziele hin die Bemühungen ausgerichtet sein werden. Bei dieser Behandlungsform kann man sich den Luxus einer entspannten Haltung gegenüber der Zeitperspektive nicht leisten. Ziele sind nicht nur zu Beginn und am Ende der Therapie wichtig, sondern auch während des Behandlungsverlaufs. Sie stellen Zeichen des Fortschritts oder des Fehlens eines Fortschritts dar. Wie SCHLESINGER (1977) beobachtete, werden, wenn ein Ziel während der Behandlung erreicht wurde, höchstwahrscheinlich "innere Zeichen" die Veränderung signalisieren, so daß es eine Art von Wiederholungsphasen während der Behandlung gibt. Diese Phasen und Subphasen ermöglichen dem Patienten und dem Therapeuten ein Gefühl des Abschlusses und der Vollendung. Außerdem sind sinnvolle Ziele besonders wichtig für Patienten, die die Behandlung als eine Möglichkeit grenzenloser Abhängigkeit erleben könnten. Das Setzen sinnvoller Ziele fungiert als eine mäßigende Bremse solcher regressiven Entwicklungen.

Außer der Übersicht über die Ziele des Patienten muß der Therapeut wenigstens kurz erklären, was der Patient und der Therapeut tun werden sowie die Vereinbarungen der Behandlung besprechen. Die Erklärung des Behandlungsverlaufs kann zu diesem Zeitpunkt sehr kurz sein, da der Patient den Behandlungsverlauf eher erleben wird, als daß dieser ihm erklärt werden müßte. Im wesentlichen kann der Therapeut sagen, daß er zuhören und von Zeit zu Zeit - wenn er etwas versteht - dem Patienten helfen werde, herauszubekommen, wie er damit umgehen kann und was ihn daran hindert, seine Ziele zu erreichen. Es sollte betont werden, daß das, was der Patient und der Therapeut tun werden, eine aktive Suche nach Problemlösungen ist.

Die wesentlichen Vereinbarungen der Behandlung, die zu Beginn getroffen werden müssen, sind die Länge der Behandlung, die Kosten, und wie mit versäumten Sitzungen umgegangen wird. Der Therapeut wird dem Patienten mitteilen, daß er eine Stunde pro Woche zu einem festen Zeitpunkt freihalten wird; obwohl dieser sich in einigen Fällen innerhalb einer bestimmten Woche ändern kann. Die Länge der Behandlung beträgt 16 Wochen (etwa 4 Monate) mit einer Stunde pro Woche. Der Therapeut sollte sagen, daß er glaubt, daß dies eine sinnvolle Vereinbarung und für den Patienten hilfreich sei. Wenn der Patient besprechen möchte, "was ist, wenn ich weitere Behandlung brauche?", kann der Therapeut sagen, "wir werden dann sehen, wie Sie eine Zeitlang ohne Behandlung zurechtkommen, und dann die Möglichkeit einer Überweisung für eine weitere Behandlung - wenn dies wirklich notwendig ist - anschauen."

Kapitel 4: Techniken für die Förderung einer stützenden Beziehung

Eine stützende Komponente ist besonders bei Patienten mit Charakterstörungen und alloplastischen Symptomen angezeigt, die eine niedrige Angsttoleranz und Schwierigkeiten beim Reflektieren haben. Stützende Psychotherapie soll Abwehrmechanismen stärken im Unterschied zu dem entgegengesetzten Extrem, der Analyse der Abwehrmechanismen (GILL 1951). Ziel ist es, der Regression vorzubeugen, das Individuum zu stabilisieren, so daß die Möglichkeiten des Patienten, von expressiven Aspekten der Behandlung zu profitieren, zunehmen.

Natürlich hat jede Behandlung eine stützende Komponente, sogar Behandlungen, die hauptsächlich expressiv sein

sollen, da Stützen eine Folge des Arbeitsbündnisses und sogar der Zusammenarbeit ist bei dem Versuch, mehr Verstehen zu erreichen. Was variiert, ist das Ausmaß an Stützen, das der Patient benötigt. Bei einigen Patienten wird eine starke stützende Komponente gefördert werden müssen, damit der Patient die expressiven Aspekte tolerieren kann.

1. Entwicklung des Erlebens eines Arbeitsbündnisses seitens des Patienten: Gewöhnlich wird sich das Erleben eines Arbeitsbündnisses seitens des Patienten im Verlauf der Tätigkeit des Therapeuten entwickeln. Der Patient wird bemerken, daß der Therapeut seine Arbeit zu tun versucht, der Patient wird dann fühlen, daß ihm geholfen wird, und eine gutes Arbeitsbündnis wird sich entwickeln. Für die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung ist es ein Erfordernis, daß der Therapeut eine Beziehung spürt und sie dann gefördert wird. Eine gute Einstellung ist das, was Freud (1913) "einführendes Verstehen" nannte, im Unterschied zu Moralisieren oder Vertreten eines bestimmten Standpunktes. Manchmal wird dies in dem Gebrauch des Wortes "wir" seitens Patient und Therapeut wiedergespiegelt.

Eine Art der Beeinträchtigung vonseiten des Therapeuten ist, daß er den Patienten vielleicht nicht mag. Eine Empfehlung von Dr. Jan Frank (persönliche Mitteilung 1951) hilft manchmal sehr, um dies zu verbessern: "Wenn Sie danach suchen, gibt es immer eine Seite des Patienten, die Sie akzeptieren und mögen können; es ist nützlich, jenen Teil zu suchen und zu finden." Nachdem ich durch Jan Franks Beobachtung beeindruckt war, habe ich in den Jahren danach gesehen, daß viele Berichte über das Mögen des Patienten seitens des Therapeuten signifikant mit dem Behandlungserfolg des Patienten zusammenhängen. Dies findet sich z. B. in Sloane et al. (1975); da diese Beurteilung des Mögens natürlich gegen Ende der viermonatigen Behandlung durchgeführt worden war, kann es sein, daß der Therapeut vorwiegend jene Patienten mochte, die sich besserten. Aber das Gegenteil ist ebenso möglich und sogar wahrscheinlich: daß das Mögen des Patienten einigen Einfluß auf die Besserung hatte.

Der Therapeut muß die Entwicklung eines Arbeitsbündnisses durch spezifische Techniken fördern (beschrieben in Luborsky 1976, bes. S. 114-116):

(1) Der Therapeut vermittelt ein Gefühl des Wunsches, daß der Patient seine Ziele erreicht. Beispiel: "Als Sie die Behandlung begannen, wählten Sie als Ihr Ziel die Verminderung Ihrer Angst (und andere Ziele). In den nächsten Wochen werden Sie und ich versuchen, daß Sie Ihr Ziel erreichen."

(2) Der Therapeut ist aufmerksam gegenüber jeder Veränderung, die eintritt, und läßt den Patienten wissen, daß er dies bemerkt. Beispiel: "Sie erwähnten, daß Sie sich weniger depressiv fühlen seit Beginn der Behandlung. Wir machen einen Fortschritt."

(3) Der Therapeut vermittelt eine Beziehung zu dem Patienten, daß der ihn versteht und akzeptiert und respektiert.

(4) Der Therapeut sagt Dinge, die zeigen, daß er ein "Wir"-Gefühl gegenüber dem Patienten erlebt, daß er ein Gefühl der Verbindung mit dem Patienten in dem gemeinsamen Kampf gegen das, was den Patienten beeinträchtigt, fühlt.

(5) Der Therapeut vermittelt (falls angebracht), daß er das wachsende Gefühl des Patienten akzeptiert, tun zu können, was er, der Therapeut tut, indem er die grundlegenden Behandlungsinstrumente anwendet. Der Therapeut zeigt, daß er bereit ist, zu akzeptieren, daß auch der Patient beobachten und reflektieren und zu gültigen Schlußfolgerungen kommen kann. Beispiel: "Ja, Sie sehen, wie ich arbeite, und Sie wenden denselben Ansatz an und arbeiten nach denselben *Grundlinien*."

(6) Der Therapeut bezieht sich (falls angebracht) auf Erfahrungen, die er und der Patient zusammen durchlebt haben, und baut so eine Reserve gemeinsamer Erfahrung auf.

(7) Es kann bei einigen Patienten notwendig sein, sie zu ermutigen, sich selbst mitzuteilen, insbesondere über die Bereiche zu sprechen, wo sie wünschen, daß ihnen geholfen wird.

2. Das Unterstützen von Kompetenzen: Eine zweite wichtige Technik des Stützens besteht darin, die Stärken des Patienten zu finden einschließlich seiner Kompetenzen und seiner funktionierenden Abwehrmechanismen und dann diese zu stützen (Gill 1951). Z. B. wenn der Patient versucht, eine Arbeit zu bekommen oder seine Schule abzuschließen, sollte der Therapeut mit dem Patienten alles untersuchen, was mit diesen Bestrebungen interferieren könnte.

Kapitel 5: Expressive Techniken für das Erreichen von Verstehen

Die expressive Komponente der Behandlung konzentriert sich auf zwei Hauptaspekte:

(1) Verstehen der Bedeutungen der Hauptsymptome, insbesondere der inneren und äußeren Bedingungen, die den Symptomen vorausgehen und sie begleiten.

(2) Wahrnehmung der Kernbeziehungskonflikte, wie sie sowohl innerhalb als auch außerhalb der Behandlung ausgedrückt werden, insbesondere in Bezug zu den Symptomen.

Der zweite Aspekt steht natürlich in engem Bezug zu dem ersten.

Die expressive Komponente ähnelt daher mehr einer "fokalen Psychotherapie" und richtet sich nach vielen der von Sifneos (1972), Malan (1963) und Mann (1973) sowie in der Übersicht über Kurzpsychotherapien von Butcher und Koss (1978) beschriebenen Techniken. Jedem Patienten wird so viel von der expressiven Komponente bereitgestellt, wie er nutzen kann. Diese Komponente wird einen größeren Stellenwert einnehmen bei Patienten mit der erforderlichen Ich-Stärke und Angst-Toleranz sowie mit der Fähigkeit zur Reflexion über ihre interpersonalen Beziehungen.

Die Phasen der Methode des Therapeuten, Verstehen zu erreichen: Einen großen Teil der Zeit, die der Therapeut mit dem Patienten in einer Sitzung beschäftigt ist, sollte seine Aufmerksamkeit primär auf seine Hauptaufgabe gerichtet sein: dem zuzuhören, was der Patient mitteilt, es zu beurteilen und dann zu entscheiden, wie er sein Verstehen mitteilen kann. Der Behandlungsprozeß aus der Sicht des Therapeuten ist ein Wechsel von drei Phasen:

Zuhören, Verstehen und Antworten.

(Abbildung 1 faßt die vier Phasen zusammen.)

Abbildung 1: Die Phasen der expressiven Hauptaufgaben des Therapeuten
- Erreichen und Vermitteln von Verstehen

Phase 1 - Zuhören: Das Motto ist hier Zuhören mit freischwebender Aufmerksamkeit. Wenn Sie sich nicht sicher sind, was geschieht und welches Ihre nächste Antwort sein sollte, hören Sie etwas weiter zu, und es wird Ihnen einfallen.

Phase 2 - Verstehen: Das Motto ist hier Verstehen, und dies wird sich von Zeit zu Zeit ereignen, nur Geduld ist notwendig. Das Verstehen tritt auf in Form von Verstehen der Absichten des Patienten und deren Konsequenzen, besonders wenn sie den Hauptteil seines Leidens verursachen in Form

- (1) seiner Hauptsymptome und
- (2) des Beziehungsthemas einschließlich der Beziehung zum Therapeuten.

Phase 3 - Antworten: Das Motto ist hier, dem Patienten mitzuteilen, was Sie verstehen, auf eine Weise, mit der Sie ihn erreichen werden. Sorgen Sie sich nicht so sehr darum, wie Sie es ihm sagen, als sich vielmehr sicher zu sein, daß Ihre Mitteilung ankommt.

Phase 1' - Rückkehr zum Zuhören: Das Motto ist hier, sich wieder freizumachen, um unvoreingenommen zum Zuhören zurückzukehren (freischwebende Aufmerksamkeit), aber beobachten Sie dabei die Reaktion des Patienten auf Ihre vorangegangene Antwort.

Phase 1: Zuhören

In dieser Phase ist die Aufmerksamkeit nicht-reflexiv oder - wie Freud (1912) es nannte - "freischwebend". Dies ist ein Zuhören ohne Versuch, das Material irgendeinem speziellen theoretischen Modell anzupassen. Bei der Beschreibung des Zuhörens des Therapeuten sagte Freud (1912): "Er sollte einfach zuhören und sich nicht darum sorgen, ob er alles im Gedächtnis behält." "Es darf nicht vergessen werden, daß das, was er hört, größtenteils Dinge sind, deren Bedeutung erst später erkannt wird." (S. 112)

Phase 2: Verstehen

Diese Art von Zuhören der Phase 1 ist die beste Voraussetzung für die nächste Phase, das Verstehen (wie Spence 1973 in einer geschickt angelegten Studie zeigte). Nach dem Zuhören tritt ein Wechsel zu einer eher reflexiven, beurteilenden, verstehenden Haltung ein, Vermutungen und Hypothesen entwickeln sich.

In dieser Phase ist die Hauptaufmerksamkeit des Therapeuten auf das Hauptthema

(1) der wichtigsten Symptome des Patienten (gewöhnlich Angst und damit zusammenhängende Symptome) und insbesondere deren Vorläufer und

(2) deren interpersonalen Kontexts gerichtet.

Besonders in POP-B und anderen Kurzpsychotherapien ist es notwendig, innerhalb der ersten Sitzungen eine klare Entscheidung über das Hauptbeziehungsthema oder einen Aspekt davon zu treffen, denn dies sollte der Fokus der therapeutischen Bemühungen werden. Zu einem Verstehen des Hauptbeziehungsthemas zu gelangen, ist ein intuitiver Prozeß (z.B. Mann 1973).

Aber es gibt einige klare Grundsätze, die diese Intuition zu lenken helfen, wie im folgenden beschrieben wird.

Grundsätze, um Phase 2 zu lenken: Das Erreichen von Verstehen.

Grundsatz des Verstehens a: Erkennen des Beziehungsthemas.

Das Erreichen von Verstehen sowohl des intra- als auch des interpersonalen Kontextes des Symptoms wird hauptsächlich

durch Erkennen des Kernthemas in Beziehungen, insbesondere

in der Beziehung zum Therapeuten, erreicht. Der größte Hinweis

auf das Hauptthema ist die Prävalenz - solche Hauptthemen erscheinen immer wieder überall in den Mitteilungen des Patienten. Das Hauptthema drückt ^{sich} oft im Rahmen eines Beziehungsmusters mit Personen des gegenwärtigen und vergangenen Lebens aus.

Eine forschungsorientierte Methode für das Erkennen des Kernkonfliktbeziehungsthemas wird beschrieben in Luborsky (1977a). Anhang III stellt ein Beispiel eines Patienten dar. Jeder Leser kann ^{sich} nachdem er Ausschnitte aus der Sitzung gelesen hat, in der "Kernkonfliktbeziehungsthema-Methode" versuchen. Die Methode ist identisch mit dem, was klinisch geschieht, wenn Schlüsse gezogen werden, aber basiert auf drei hauptsächlichsten Differenzierungen der klinischen Methode:

(1) Betrachtung der "Beziehungsepisoden" anstatt der vollständigen Sitzungen. Eine Beziehungsepisode ist ein Bericht einer Interaktion mit Personen (einschließlich Therapeut) im Rahmen einer Psychotherapie. Das Konzentrieren auf diese Episoden muß nicht ein notwendiger Schritt sein, aber es ist ein vereinfachender Schritt.

(2) Mitteilen des Kernkonfliktbeziehungsthemas in einer standardisierten Form, d.h. in einem Satz mit zwei Hauptkomponenten:

(a) den Intentionen des Patienten, z. B. "Ich möchte etwas von ... (einer Person)", und

(b) den Konsequenzen des Versuchs, seinen Wunsch zu erfüllen, z. B. "aber ich werde erregt" (innere Konsequenz) oder "aber ich werde abgelehnt" (äußere Konsequenz).

Das Kernbeziehungsthema wäre in Freuds Worten (Freud 1926) die Wahrnehmung einer Gefahrensituation in der Beziehung zu anderen durch den Patienten - diese Gefahrensituationen beinhalten typischerweise erwartete oder erinnerte Hilflosigkeit und werden deshalb oft mit Angst verknüpft.

(3) Der dritte Grund ^{satz} der Kernkonfliktbeziehungsthema-Methode ist die Redundanzregel, d. h. nach dem so oft wie notwendigen Lesen der Beziehungsepisoden greift das klinische Urteil das Thema heraus, das in den Beziehungsepisoden am häufigsten auftaucht. Diese Regel ist wieder eine Formalisierung dessen, was der Kliniker gewöhnlich macht.

Abbildung 2: Das für die Formulierung des Kernkonflikt-
beziehungsthemas vorgeschlagene Formular

Wunsch, Bedürfnis, Absicht	Konsequenz
A. Ich will (allg. Thema) ⁺ von (Objekt),	
aber (a)	1. Negative äußere Reaktion (a)
(b)	(b)
(c)	(c)
	2. Negative innere Reaktion
	(a)
	(b)
	(c)
	3. Positive äußere Reaktion
	(a)
	(b)
	(c)
	4. Positive innere Reaktion
	(a)
	(b)
	(c)

(⁺Rangliste nach der Häufigkeit)

Beispiel: Jeder Leser sollte die Schritte für das folgende Beispiel durchgehen und dann seine Ergebnisse (eingetragen in das Formular der Abbildung 2) mit dem ausgefüllten Formular (Abbildung 3) vergleichen.

Alle Beispiele für Herrn AL sind der dritten Sitzung entnommen. Er beginnt jene Sitzung, indem er erklärt, daß er sich "neuerdings ein wenig lebendiger" fühle, "aber ich spürte in diesem Zusammenhang viel Angst und Nervosität". Dies beinhaltet, daß er sich schließlich auch umso ängstlicher und nervöser fühlt, je "lebendiger" er sich fühlt. Es besteht die Möglichkeit, daß die Basis für seine Angst eine größere Wahrscheinlichkeit, seinen Wunsch anzustreben, ist, d. h. daß die Angst eine Folge seines Sich-lebendiger-Fühlens ist, wobei er mehr mit Menschen involviert ist und das Thema ausdrückt. Die Kernkonfliktbeziehungsthema-Methode sollte uns deshalb helfen, den Ort der Angst zu fokussieren. Wenn der Patient weniger "lebendig" ist, ist es viel weniger wahrscheinlich, daß er in Beziehungen zu Menschen involviert wird und die Komponenten seines Kernkonfliktbeziehungsthemas ausdrückt.

Beispiel: Ein weiteres Beispiel der Methode wird nun vorgestellt: Eine Patientin, die als Hauptsymptome Angst und Depression bezüglich des Fehlens sexueller Gefühle hatte. Dieses zweite Beispiel wird dargestellt, da hier ^{die} Angst genau in dem Kernbeziehungsthema identifiziert werden konnte, in dem sie auftrat, auf der Basis einer Reihe von Beziehungsepisoden. Einige dieser Episoden werden in verdichteter Form wiedergegeben:

1. Als ich aufwuchs, um das 15. bis 18. Lebensjahr, ging ich mit einem Jungen, den meine Eltern - insbesondere meine Mutter - ablehnten. Ich dachte, es sei nichts Schlechtes, mit ihm zu gehen. Ich weiß nicht, warum meine Mutter ihn ablehnte. Sie sagte es nicht. Ich ging weiterhin mit ihm. Er ist der erste, mit dem ich eine sexuelle Beziehung einging. Mutter und ich hatten beide Argumente, und ich sagte, ich hätte ein Recht darauf, mit dem zu gehen, mit wem ich wollte. Sie ging zugrunde. "Ich konnte dies bei meiner Mutter nie tun," sagte sie. Ich bekam deshalb Schuldgefühle. Ich weiß nicht, warum ich Schuldgefühle haben sollte.

2. Wir (Ehemann und Patientin) liebten uns, nachdem wir herumgespielt hatten. Während dieses Spiels fühlte ich mich wohl, aber als wir uns dann liebten, hatte ich das Gefühl, ich konnte nicht, ich konnte es nicht sagen, ich konnte ihn nicht antippen und sagen, "hör auf". Ich wurde sehr erregt und fühlte mich schlecht.

3. Ich erinnere mich jetzt plötzlich an meinen ersten Freund. Das war um das 13. Lebensjahr. Er war kein Jude. Wir mochten uns wirklich. Ich dachte immer daran, ihn zu berühren, aber ich tat es nicht. Die Beziehung war nur spielerisch, also war sie okay. Aber ich wollte nicht nur Händchen halten. Ich wollte viel mehr, aber ich konnte nicht. Er sagte, "du mußt".

4. Ich hatte ein gutes Wochenende, verbrachte viel Zeit mit ... (Ehemann). Seit letzter Woche, als ich sagte, "du weißt, wir könnten viel Zeit zusammen verbringen ohne Sex", ging es leichter. Wir hatten keinen Geschlechtsverkehr. Ich spürte eher, daß dies in Ordnung war.

5. Ich fühle mich jetzt besser (wird ängstlich und weint), aber er (Ehemann) zieht sich zurück.

Im wesentlichen heißt das Thema: Ich will mich frei und spontan fühlen, z. B. "herumspielen"; aber wenn ich aktiv werde (besonders hinsichtlich Sexualität), verliere ich die Kontrolle über die andere Person, da es ein "Muß" wird, aktiv zu werden. Es macht mich dann erregt und deprimiert mich, wenn ich es tue und nicht genieße. So komme ich zu dem Entschluß, alle solche Wünsche oder Aktivitäten zu vermeiden, wo ich mich vielleicht nicht mehr frei und spontan fühle ("die Kontrolle behalte"), aber wenn ich die Kontrolle behalte, ist der andere verletzt, und das regt mich auf.

Angst taucht also in diesem Thema in zwei Verbindungen auf:

(1) wenn die Patientin Spontaneität oder ein Gefühl der Kontrolle verliert und der andere ~~dies~~ zu besitzen scheint, wobei sie einwilligen muß, oder

(2) wenn die Patientin ^{d/c} Kontrolle wiedererlangt angesichts dessen, was der andere will, erlebt sie den anderen als "zugrunde gehend" oder "zurückgezogen" und ohne Kontrolle.

Grundsatz des Verstehens b: Betrachtung der Symptome als Problemlösungs- oder Bewältigungsversuche. Die Symptome können als falsche und kostbare Problemlösungsversuche verstanden werden. Die Betrachtung der Symptome als Problemlösungsversuche und der Gebrauch dieser Formulierung nützt sowohl dem Therapeuten als auch dem Patienten. Eine der Eigenschaften der Formulierung des Kernkonfliktbeziehungsthemas als Wunsch-Konsequenz-Abfolgen ist, daß dies den Patienten und den Therapeuten an falsche Problemlösungen denken läßt. Nach dem Herausgreifen des Wunsch-Konsequenz-Themas und der Vorstellung der Konsequenz als eines Lösungsversuchs wird weiteres Zuhören dann ermöglichen, von anderen, alternativen Lösungen zu hören. Es ist gewöhnlich das Beste für den Patienten, mit diesen alternativen Lösungen herauszurücken, und wenn sie vom Patienten nicht klar als solche bezeichnet werden, sollte es der Therapeut tun. Theoretisch gibt es immer mehrere mögliche Lösungen; praktisch kann es schwierig sein zu sagen, welche Lösungsart der Patient versuchen kann und will.

Beispiel: Herrn FDs Hauptsymptome waren Überessen (Übergewicht), Nägelbeißen und zwanghaftes Masturbieren; sein Kernbeziehungsthema war bzgl. Wunsch: "Ich möchte Aufmerksamkeit/Fürsorge"; bzgl. Konsequenz: "Ich weiß, daß ich dies nicht bekommen werde, warum soll ich es also versuchen".

Tatsächlich hatte er das Gefühl, "also warum versuchen, die Symptome zu überwinden". Nachdem dem Patienten das Thema mitgeteilt worden war, enthielten die folgenden Gedanken des Patienten mehrere Lösungsversuche. Der Therapeut verdeutlichte, daß diese Gedanken Lösungsversuche seien einschließlich

(1) sich zu zwingen, das Symptom durch einen Willensakt zu stoppen, der Patient verwarf dies, sagte, daß er nicht fähig sei, es auf diese Weise zu schaffen, tatsächlich ärgerte er sich darüber,

(2) aufzuhören, etwas von jemand zu wollen, der Patient beschloß, daß er dies nicht mehr wolle, da er es kürzlich von Zeit zu Zeit versucht hatte,

(3) wieder mit dem Versuch zu beginnen, das Nägelbeißen und andere Symptome zu stoppen mit der Einstellung, daß er seinen Teil an Selbstkontrolle leiste und von den anderen Men-

schen bekommen könne, was er brauche. Diese Lösung schien ihm durchführbar zu sein.

Grundsatz des Verstehens c: Herstellen der zeitlichen Triade "gegenwärtig-innen", "gegenwärtig-außen", "vergangen".

Wenn man ein abgerundetes Bild des Hauptthemas bekommen will, ist es nützlich zu verstehen, wie es sich in allen drei zeitlichen Bereichen abbildet:

- (1) gegenwärtige Beziehungen innerhalb der Behandlung,
- (2) gegenwärtige Beziehungen außerhalb der Behandlung und
- (3) vergangene Beziehungen.

Der Therapeut sollte immer versuchen, darauf aufmerksam zu sein, wenn das Beziehungsmuster mit anderen die Beziehung mit dem Therapeuten einschließt (gegenwärtig-innen). Der Therapeut wird nicht immer dem Patienten dieses Verstehen mitteilen, obwohl er es meistens tun wird. Verstehen der Beziehung zu dem Therapeuten, sowohl der Übertragung als auch realer Komponenten, wird ein nützlicher Führer für den Therapeuten sein und besonders bei spezifischer Belastung der Beziehung. In der Tat ist es eine gute Regel für diese Form der Therapie, daß die Gründe für eine ungewöhnliche Erregung^{des Patienten} insbesondere wenn der Beginn der Erregung mit einer der Sitzungen zusammenhängt - in der Beziehung zum Therapeuten gefunden werden können.

Beim Beurteilen und Verstehen wird es helfen, ein Gefühl für den verflochtenen Behandlungsprozeß zu haben. Wie Holzman (1965) so gut herausstellt, neigt der Therapeut dazu, den Prozeß aufgrund von drei Verbindungsarten zu verstehen:

- (1) zwischen Aspekten der gegenwärtigen Sitzung,
- (2) zwischen Aspekten der gegenwärtigen und der unmittelbar vorausgegangenen Sitzung,
- (3) zwischen diesen beiden Verbindungen und dem längeren Verlauf einer Reihe von Sitzungen.

Als ein praktischer Rat ist es oft hilfreich, sein Gedächtnis - wenn notwendig - aufzufrischen, kurz bevor der Patient kommt, indem man die Themen der letzten Sitzung oder einer Reihe von Sitzungen unmittelbar vorher durchsieht (ohne dabei durch eine solche Information eine frische unvoreingenommene Einstellung im Zuhören der kommenden Sitzung beeinflussen

zu lassen). Ein solches Übereinstimmen in dem, was sich gerade zwischen Patient und Therapeut in der unmittelbaren Vergangenheit ereignete, ist oft besonders nützlich. Der Nutzen einer solchen Retrospektive war der springende Punkt in Rudolph Ekstein's Geschichte (persönliche Mitteilung 1951) von einer Krähenart, die man immer rückwärts fliegen sieht: Als einige benachbarte Vögel diese Krähen baten, ihr seltsames Verhalten zu erklären, antworteten sie, "wir sind mehr daran interessiert zu sehen, wo wir gewesen sind als wohin wir uns begeben werden". "Und außerdem", fügte eine Krähe hinzu, "kommen wir wirklich besser vorwärts, wenn wir wissen, wo wir gerade gewesen sind."

Grundsatz des Verstehens d: Aufmerken auf das Auftreten von Symptomen oder von Symptomveränderungen, insbesondere der Hauptsymptome wie Angst oder anderer starker Affekte.

Die Aufmerksamkeit auf das, was dem Symptom oder starken Affekt direkt vorausgegangen ist oder diesem unmittelbar folgt, stellt in der Psychotherapie eine feste psychologische Grundlage für das Kernverhalten oder den Kernaffekt dar. Wie Freud (19..) betonte, ist zeitliche Kontinuität eine gute Grundlage für die Annahme kausaler Verknüpfung. Dies ist das grundl^{ie}gende Prinzip der Symptom-Kontext-Methode, die auf verschiedene Arten wiederholt, auftretender Symptome oder Verhaltensweisen (während einer Psychotherapie) angewandt wurde (flüchtiges Vergessen - Luborsky 1967, 1970; Luborsky et al. 1979; Kopf- und Bauchschmerzen - Auerbach und Luborsky 1969; Petit-mal-Anfälle - Luborsky et al. 19..; Depressionen - Luborsky et al., unveröff. Manuskript). Mit dieser Methode des Aufmerkens auf den Symptom- oder Verhaltenskontext (entweder nur klinisch oder auch mit klinisch-quantitativen Methoden durchgeführt) kann zu dem zugrundeliegenden, mit dem Symptom oder Verhalten verknüpften Thema Zugang gewonnen werden. Es mag spezifisch für den Patienten sein oder mit einer anerkannten Theorie übereinstimmen - was wichtig ist, ist die Übereinstimmung mit dem Patienten. Das Hauptthema für ein wiederholt^{auf tretendes} Symptom oder Verhalten des Patienten ähnelt möglicherweise dem Hauptthema, das von dem Kernbeziehungsmuster des Patienten abgeleitet wurde (Luborsky et al. 1979, Luborsky und Sackeim, in Vorber.).

Beispiel (Frau J):

Th.: Jedesmal wenn ich bemerke und mich dazu äußere, daß Sie versuchen, attraktiv auszusehen oder gut zu arbeiten, weinen Sie.

Pat.: (weinend) Ich habe das Gefühl, daß ich nicht attraktiv bin. Ich habe das Gefühl, daß ich abgelehnt werde. Vater konnte dies nie ausstehen. Ich gewann bei einem Wettkampf einen Orden, und er konnte nur sagen, daß der Wettbewerb ^{wohl} nicht allzu groß gewesen sei. Vater machte mit Mutter dasselbe. Sie mußte ihren Wortschatz für ihn beschränken.

Beispiel (Herr M):

Die ersten 10 Minuten sprach er begeistert über seine Teilnahme an vielen verschiedenen Aktivitäten: Bilder machen für das Jahrbuch, die Aufregung bei der Teilnahme an einer Hypnose-Studie vor vielen Jahren; dann nahm seine Erregung ab, seine Sprache verlangsamte sich.

Th.: Was ist los?

Pat.: Ich wurde deprimiert, als ich spürte, daß Sie das Interesse verloren, und ich war deshalb isoliert und konnte nichts dagegen tun.

Th.: Zunächst spürten Sie mein Interesse.

Pat.: Ja, aber dann verloren Sie das Interesse. Dazu neigen die Menschen. Wie damals, als ich der Klasse von der Forschung von Dr. L erzählte, einer Frau, die ihre Milchallergie 50 Jahre lang mit einer massiven Überdosis von Bienengift behandelt hatte. Jetzt ist L an der "Hopkins" angekommen, da er als erster einen Beitrag dazu leistete und die Wirkung auch bei Tieren nachwies.

Th.: So begannen Sie Ihren Beitrag mit einem guten Gefühl, und dann war nichts anderes da als mein abnehmendes Interesse, und Sie endeten mit einem Gefühl der Depression und des Alleinseins.

Pat.: Ja, ich begann mich zu fühlen, als ob eine Wolke auf meinem Kopf sei. Ich stellte sie mir physisch vor. Ich entdeckte, daß ich mich durch Aktivwerden herausziehen konnte und dies auch funktioniert.

Er begann dann gierig von der Geschichte der Milchallergieheilung zu erzählen.

Phase 3: Antworten

Die Antwort des Therapeuten soll nicht enzyklopädisch sein - sie sollte auf das Wesen des Hauptthemas oder auf einen Aspekt davon hinweisen. (Mehr darüber wird unten bei den 8 Grundsätzen des Antwortens ausgeführt.)

Grundsätze für das Lenken der Phase 3: Antworten des Therapeuten.

Grundsatz des Antwortens a: Begrenzung des Ausmaßes und der Komplexität der Deutungen. Im allgemeinen wird das Lernen des Patienten dadurch erleichtert, daß der Therapeut nicht eine zu lange und zu komplexe Äußerung auf einmal macht. Es kann dem Patienten sonst schwerfallen, alles aufzunehmen, wenn zu viel angeboten wird. Darüberhinaus ist es besser, seine Antwort Stück für Stück zu geben und sich zu jedem Teil durch die Reaktion des Patienten lenken zu lassen. (Dies ist ein relativ unbedeutender, aber zuverlässiger Grundsatz.)

Grundsatz des Antwortens b: Auswählen dessen, auf was man antwortet. Die Auswahl dessen, was hier einbezogen werden soll, basiert auf der Annahme, was wohl am meisten mit dem Wesen des Hauptthemas oder einem seiner Aspekte übereinstimmt.

In der Kurzpsychtherapie sollten die meisten Antworten von der Wahrnehmung des Kernbeziehungsthemas geleitet werden, so wie dies in der gegenwärtigen Sitzung erscheint. Die auf das Kernthema bezogenen Antworten des Therapeuten werden nicht nur einen Fokus für die Behandlung, sondern auch ein Gefühl für den Fortschritt erzeugen: Nach einigen Sitzungen wird das Thema immer klarer werden sowohl für den Therapeuten als auch für den Patienten. Der Therapeut kann dann zu einem geeigneten Zeitpunkt zum Patienten sagen: "Wir beginnen, das Problem, das Sie zu lösen versuchen, in Ihren Beziehungen zu sehen. Es ist" Eine solche Formulierung schafft einen neuen Fokus; sie vermehrt auch durch das "wir sehen jetzt" das Gefühl für den Fortschritt, und durch den Gebrauch des "wir" das Gemeinsamkeitsgefühl. Ein solcher Fokus ist in Kurzpsychotherapien besonders wichtig.

Grundsatz des Antwortens c: Einlassen auf den Prozeß des "Durcharbeitens". Einmal fragte ein Therapeut in Ausbildung, nachdem er die Beschreibung des Grundsatzes b gehört hatte: "Was bleibt noch zu sagen, nachdem dem Patienten das Thema mitgeteilt worden ist?" Die Antwort auf diese grundlegende

Frage beinhaltet 3 Aspekte:

- (1) Nachdem man dem Patienten das Thema dargestellt hat, beobachtet man weiterhin die Reaktion des Patienten auf das, was der Therapeut gerade gesagt hat.
- (2) Dann wird ein Teil des Geheimnisses schrittweise aufgelöst durch die Erfahrung,
 - (a) ob das Thema weiter ausgearbeitet werden kann,
 - (b) warum das Thema auftrat,
 - (c) welche Funktion es hat, so daß es aufrechterhalten wird.
- (3) Das Verändern eines Themas ist eine langwierige und schwierige Arbeit, wird oft der Prozeß des "Durcharbeitens" genannt (aus Freuds Schrift von 1914: "Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten"), so daß der Therapeut nicht befürchten muß, nichts mehr nach der Darstellung des Themas zu sagen zu haben. In Wirklichkeit wird das Thema sogar noch nach einer langen Behandlung, in der sich der Patient gebessert hat, von Bedeutung sein, aber was sich ändert, ist das Gefühl des Umgangs damit. Betrachte z. B. ein Thema wie unter Phase 2 a beschrieben: "Ich will mich frei fühlen, aber wenn ich bezüglich einer anderen Person aktiv werde, insbesondere sexuell, werde ich die Kontrolle über die andere Person verlieren."
 - (1) Dies ist ein komplexes Thema, das im Verlauf der Behandlung besser herausgearbeitet werden muß.
 - (2) Weitere Bedeutungen werden schrittweise auftauchen ebenso wie ein besseres Verstehen, wie es entstand und seine Funktion bekam.
 - (3) Es wird sich nicht grundlegend verändern, selbst wenn verschiedene Lösungen oder neue Arten des Umgangs damit hinzugefügt werden, die dem Patienten ein Gefühl vermitteln, es bewältigen zu können.

Grundsatz des Antwortens d: Entscheiden Sie mit Feingefühl, wie und wann Sie mitteilen, was Sie verstanden haben.

Grundsatz des Antwortens e: Wahl des richtigen Zeitpunkts für die Antworten: Dafür ist es gut, am Anfang der Sitzung 5 oder 10 Minuten lang zuzuhören, bevor man antwortet, um ein Gefühl dafür zu bekommen, wohin der Patient sich bewegt. Die meisten Antworten sollte der Therapeut in den ersten 40 Minuten einer 50-Minuten-Sitzung geben, um dem Patienten den

Rest der Zeit zum Überarbeiten des Mitgeteilten zu überlassen. Gewöhnlich sind die letzten 10 Minuten kein geeigneter Zeitpunkt, um ganz neues Material einzuführen, da dann dem Patienten und dem Therapeuten nicht genügend Zeit bleiben würde, um sich dies anzusehen.

Grundsatz des Antwortens f: Sich-Gedulden, bis sich Verstehen einstellt. Von Zeit zu Zeit sollte sich der Therapeut überlegen, ob er nicht versucht sein sollte zu antworten, bevor er weiß, was er antworten wird. Die beste Möglichkeit, darauf zu achten, ist es, sich daran zu erinnern, daß ein Therapeut natürlicherweise nicht alles durchgängig verstehen wird. Verstehen stellt sich sprunghaft ein, nicht durchgängig und allmählich. Die "Aha"-Erlebnisse sind oft unvorhersagbar. Es gibt dann keinen Grund zu antworten nur um des Antwortens willen oder ^{um} anzudeuten, daß man versteht, bevor man wirklich verstanden hat.

Nachdem man eine Zeitlang zusammengearbeitet hat, wird sich ein paralleler Prozeß im Patienten entwickeln: er wird

Verzögerungen im Verstehensprozeß besser tolerieren, was er auch mitteilt. Man beobachtet im allgemeinen, daß der Patient manchmal entmutigt wird durch Nicht-Verstehen des Mitgeteilten und darum bittet, es zu erklären. Gewöhnlich wird nach einer solchen Bitte innerhalb kurzer Zeit weiteres Zuhören seitens Patient und Therapeut einen Teil der Antwort enthüllen.

Grundsatz des Antwortens g: Der Gegenübertragung entgegen. Man neigt sehr leicht zur Annahme bestimmter Typen von negativen oder antitherapeutischen Reaktionen auf den Patienten. Der erste Typ kann Antworten ohne ausreichendes Reflektieren und Verstehen genannt werden. Dies basiert gewöhnlich darauf, daß man in den Austausch mit dem Patienten allzusehr involviert wird und Schwierigkeiten hat, die notwendige Distanz zu erreichen, die für das Reflektieren und Überprüfen und Verstehen notwendig ist.

Der zweite Typ kann Übernehmen der Stimmung genannt werden - wenn der Patient depressiv ist, wird der Therapeut depressiv; wenn der Patient glücklich ist, wird der Therapeut glücklich usw. Von Redl (1949) wurde der Begriff "Ansteckung" als ein partielles Erklärungskonzept für die Übertragung von Gefühlen angewandt. Butler (1963) stellt ein sehr überzeugendes

des Beispiel dar für das Aufmerken auf dieses Phänomen als einer Möglichkeit, nicht in das Widerspiegeln der Stimmungen des Patienten in der Psychotherapie hineingezogen zu werden. Die Arbeit von Witkin, Lewis und Weil (1968) über feldabhängige und feldunabhängige Therapeuten ist hier von Interesse: Extrem feldabhängige Therapeuten geraten eher in dieses Problem. Andererseits wird ein bestimmter Typ des extrem feldunabhängigen Therapeuten wahrscheinlich^{so} unbeteiligt und reflexiv bleiben, daß er kalt scheinen wird und unfähig, eine warme Beziehung mit dem Patienten herzustellen.

Der dritte Typ antitherapeutischer Reaktion ist vielleicht gewöhnlicher als vermutet: Der Therapeut stimmt mit den negativen Erwartungen und Ängsten des Patienten überein. Z. B. wenn der Patient seine große Angst mitteilt, daß Personen in seinem Leben über ihn dominierten und ihm vorschrieben, was er zu tun habe, kann der Therapeut dies unabsichtlich ebenso machen. (Singer und Luborsky 1977 gaben eine Übersicht über Häufigkeit und Arten der "negativen Übereinstimmung" des Therapeuten mit den Erwartungen und Ängsten des Patienten.) Natürlich ist man mehr davor geschützt, in diese antitherapeutischen Reaktionen zu fallen, wenn man ein sinnvolles Gleichgewicht zwischen zuhörendem Beteiligtsein und reflexivem Unbeteiligtsein beachtet. In der zweiten Phase wird man das Hauptthema der Ängste und Erwartungen des Patienten wahrnehmen und deshalb gegen eine Übereinstimmung geschützt sein. (Mit allen drei Typen antitherapeutischer Reaktionen können wir irgendeine Kombination einer spezifischen Gegenübertragungsbasis und einer situationsabhängigen Basis für das Verhalten des Therapeuten finden.)

Graundsatz des Antwortens h: Prüfung der "Güte" einer Sitzung. Ein Test für die Güte einer Sitzung, der sich in praktischer Anwendung bewährt hat, kann Test des Zusammenpassens von Botschaften genannt werden. Beim Überprüfen einer Sitzung fragt der Therapeut sich, welches die Hauptbotschaft des Patienten ist (die oft dasselbe wie das Hauptthema ist); dies berücksichtigt nicht nur, was der Patient sagte, sondern auch die gesamte Kommunikation des Patienten. Dann sollte der Therapeut die Sitzung erneut überprüfen und^{sich} eine ähnliche Frage stellen: Was war seine Hauptreaktion auf den Patienten?

Eine gute Sitzung ist eine Sitzung, in der es ein sinnvolles Zusammenpassen zwischen den beiden Botschaften gibt - wo der Therapeut den Patienten wissen läßt, daß er die Botschaft des Patienten wahrgenommen hat oder daß seine Antwort auf andere Weise die Botschaft des Patienten berücksichtigte und realisierte. Der Test des Zusammenpassens von Botschaften wurde als erstes in Auerbach und Luborsky (1968) unter dem Titel "Therapeut reagiert wirkungsvoll auf die Hauptmitteilung des Patienten" angewandt. Drei unabhängige Beurteiler konnten diese Variable mit mäßig guter Korrelation (.65, $p < .01$) einschätzen. In dieser Studie wurde der Beurteiler instruiert, zuerst die Hauptmitteilungen des Patienten zu spezifizieren und dann die Antworten des Therapeuten zu spezifizieren, um das Ausmaß zu erkennen, in dem dieser mit der Hauptmitteilung des Patienten sinnvoll und wirkungsvoll umgegangen ist.

Phase 1': Rückkehr zum Zuhören

Nach dem Antworten kehrt der Therapeut wieder zur im wesentlichen nicht-reflexiven oder freiflottierenden, zuhörenden Aufmerksamkeit zurück. Es kann schwierig sein, wieder dazu überzuwechseln, aber nicht nur, weil es einen Wechsel von Reflexivität zu Beteiligung beinhaltet. Manchmal fällt es schwer, das Gleichgewicht zwischen Offenheit bezüglich dem, was der Patient augenblicklich sagt, und reflexiver Wiedergabe der Hauptthemen dessen, wo der Patient zuvor war, aufrechtzuerhalten. Der optimale Zustand erfordert eine Kombination von Wissen über den Behandlungsablauf und Ruhig-genug-Bleiben, um die Aufgabe zu erfüllen. Wissen über den Behandlungsablauf bedeutet Wissen um die zuvor herausgearbeiteten Grundsätze. Und das Wissen darum vermindert die Angst bezüglich der ^{ser}Aufgabe und ermöglicht deshalb, leichter zuzuhören und zu verstehen. (Cf. Spence und Lugo 1972)

Seine Angst in Schach zu halten hängt nicht nur mit der Behandlung vieler Patienten zusammen, sondern auch mit Geduld - man hat die Vorstellung zu akzeptieren, daß sich das Verstehen im Laufe der Zeit einstellen wird. Wenn es im Augenblick nicht da ist, wird es sich in einer Weile einstellen.

Die Bedeutung des Zuhörens wird im Talmud ausführlich dargelegt durch die Frage eines jungen Rabbi und die Antwort des alten Rabbi: "Warum haben wir zwei Ohren, aber nur einen Mund?" "Da wir doppelt soviel hören wie sprechen sollen."

Kapitel 6: Techniken für den Umgang mit dem Abschluß der Behandlung

Es ist für Therapeuten nützlich zu realisieren, daß eine zeitlich begrenzte Behandlung nicht - soweit wir dies wissen - weniger wirkungsvoll ist als eine zeitlich nicht-begrenzte Behandlung (Luborsky, Singer und Luborsky 1975). Wenn die Behandlung außerdem am Anfang als zeitlich begrenzt strukturiert wurde, wird der Patient alle Phasen einer längeren Behandlung in kürzerer Zeit durchlaufen, als wenn die Behandlung als plötzlich abgebrochen erlebt wird. Die Erfahrung mit zeitlich begrenzter Psychotherapie geht dahin, daß vieles, was in einer längeren Behandlung geschehen würde, durch die Zeitintervalle geformt wird, wenn Patient und Therapeut um die Zeitperspektive wissen, so daß es einen deutlich gekennzeichneten Anfang, eine Mitte und ein Ende gibt.

Um die Probleme im Umgang mit dem Abschluß zu vermindern, ist es besonders wichtig, den Patienten von Anfang an klar wissen zu lassen, wie lange die Behandlung dauern soll. Eine solche klare Stellungnahme am Anfang wird dem Patienten am Ende die Trennung erleichtern und das Gefühl der Ablehnung vermindern. Der Patient kann auch daran erinnert werden, daß der durch die Behandlung initiierte Veränderungsprozeß nicht aufhört, sondern sich fortsetzt.

Wenn über Zeichen der Reaktionen des Patienten auf den bevorstehenden Abschluß nicht spontan gesprochen wird, sollte der Therapeut den Patienten an den Abschluß erinnern oder herausfinden, warum der Patient auf den Abschluß reagiert, aber dies nicht mitteilt.

Adäquates Umgehen mit dem Abschluß wird gewöhnlich eine gute Wirkung auf die Festigung der Behandlungserfolge haben. Man findet z. B. gewöhnlich ein Wiederauftauchen der Anfangsprobleme, wenn das Ende naht. Wenn man damit umgeht, indem man es mit dem Patienten als eine Vorwegnahme der Bedeutung des Abschlusses betrachtet, legt sich die Woge meist, und die Möglichkeit des Patienten, die vorher erröchten Erfolge zu erhalten, steigt.

Die ganze Behandlung hindurch sollte der Therapeut auf die Behandlungsphasen in Bezug zu dem Erreichen der ^{gesetzten} Ziele achten,

wie dies Schlesinger (1977) herausstellte. Das Erreichen oder sogar teilweise Erreichen der gesetzten Ziele und Beginnen neuer Ziele ist von besonderem Wert für den Therapeuten und den Patienten. Wie wir zuvor herausarbeiteten (Anfangsphase), verschafft dies dem Patienten ein Gefühl von Vollendung und Fortschritt auf einer verstehbaren Ebene. Und es kann eine zu große Beteiligung in der Übertragung bremsen, die vom Patienten fälschlicherweise für die aktuelle, gegenwärtige Beziehung gehalten wurde, oder - um es anders zu wenden - es wird eine zu starke Regression bremsen. Ein Beispiel aus einer Behandlung wird zeigen, wie nützlich ein Fokus auf die Anfänge und Enden der Phasen in Bezug zu den gesetzten Zielen ist und außerdem als ein schrittweiser Prozeß differenzierter Diagnostik der Probleme des Patienten angesehen werden kann.

Beispiel (aus der Behandlung des Herrn RF für die Supervision vom 11.4.1975, für Dr. DF):

Der Patient befand sich fast im letzten Monat einer einjährigen Behandlung, in der er schrittweise das Hauptthema sehen konnte: Er hatte eine paranoide Sensitivität gegenüber der Zuschreibung von Nicht-Männlichkeit. In der Sitzung vor der Supervision deutete der Patient klar an, daß er eine beträchtliche Identifikation und Kameraderie mit dem Therapeuten erlebe. Er fühlte nun, daß er ein Funktionsniveau erreicht hatte, das dem viel näher war, was er wünschte; z.B.: "Ich bekam das Musikstipendium und das entsprechende Geld." Er gab dann dem Therapeuten ein kleines Geschenk für dessen Sohn, ein Musikalbum. Er berichtete von seiner ersten Erfahrung beim Schlafen mit seiner neuen Freundin und kam dann zu dem Schluß: "Es war gut. Meine Beziehungen werden besser. Das einzige, was ich mir noch wünsche, ist, den Menschen näher zu sein. Ich möchte Ihnen auch näher sein. In Wirklichkeit möchte ich, daß Sie und Ihre Frau mit mir und meiner Freundin in einen Film und ^{keine} Musikveranstaltung gehen." Nach Schlesingers Ansicht kann diese Verbindungsstelle als eine Vollendung einer Phase verstanden werden in dem Sinn einer befriedigenden Lösung im Hinblick auf das Ziel, sich männlicher zu fühlen, folglich weniger verwundbar bezüglich der Unterstellung von Nicht-Männlichkeit zu sein. Er hatte das Gefühl, sowohl mit dem

anderen Geschlecht als auch mit der Arbeit voranzukommen. Der Patient berichtete dann gerade von seinem Gefühl, eine Phase vollendet zu haben, die die Lösung des Hauptbehandlungsziels beinhaltete. Der Therapeut sollte dann auf die Bedeutung des neuen Ziels des Patienten aufmerksam, dem Therapeuten näher zu kommen, was die Veränderung in eine soziale Beziehung impliziert. Wie sollte man damit im Rahmen dieser supportiv-expressiven Psychotherapie umgehen? Der Therapeut, der sich nicht ganz sicher war, was er an diesem Punkt mit dem Patienten, der einen offensichtlich stark emotional erlebten Punkt angesprochen hatte, tun sollte, und den Patienten nicht verletzen wollte, sagte: "Ja." In der Supervision schlug der Supervisor vor, mit dem Patienten die Vollendung seiner Hauptziele in der Behandlung zu überprüfen wie die Tatsache, ob er dann ein letztes Ziel aufstellte. Dann sollte der Therapeut der Reaktion des Patienten zuhören und auf diese Weise versuchen, die Bedeutung der Bitte zu verstehen. Für den größten Teil der Behandlung war das Wesentliche des Hauptthemas des Patienten: "Ich will mich okay fühlen", im Sinne von männlich, "aber ich werde ständig unterschätzt." In dieser Sitzung sagte er: "Jetzt werde ich nicht unterschätzt. Ich glaube, ich kann dies vermeiden, wenn du (der Therapeut) sozialen Kontakt mit mir aufrechterhältst." Das kann eine Bedeutung sein, die zusammen mit dem Patienten überprüft werden muß: daß er einen sozialen Kontakt mit dem Therapeuten spürt, wird seine stabileren Gefühle der Männlichkeit besiegeln. Eine damit zusammenhängende Bedeutung des neuen Ziels, Kontakt mit dem Therapeuten nach der Behandlung aufrechtzuerhalten, sollte den Patienten vielleicht davor bewahren, an den Behandlungserfolgen während einer Trennung festzuhalten. Auf jeden Fall wird es nun der Hauptpunkt der Technik sein, die Bedeutung dessen zu erforschen, daß der Patient im wesentlichen sagte, daß er seine Ziele erreicht habe, und dann die Frage eines möglichen neuen Ziels zu stellen.

Wenn neue Ziele aufgestellt werden oder wenn die alten Ziele in der verbleibenden Zeit nicht erreichbar sind und der Patient die Behandlung fortsetzen will, sollte der Therapeut ihm mit einem Hinweis helfen, daß er fortfahren kann.

Kapitel 7: Zusammenfassung der Haupttechniken

Psychoanalytische Kurzpsychotherapie besitzt zwei therapeutische Hauptkomponenten: Information und Einsicht durch Klärung und Deutung (d.i. die expressive Komponente) und Stützen durch die Beziehung (d.i. die stützende Komponente). Von den beiden Wirkungsklassen kann die Beziehung die bedeutendere sein. Diese Tatsache beabsichtigt nicht, den Nutzen der Information sowohl seitens Therapeut als auch seitens Patient zu vermindern. Solche Information hat in sich einen Nutzen, dient aber wahrscheinlich mehr als Hilfsmittel, um eine gute Beziehung zu erreichen - ^{d.h.} die Suche nach Verstehen schafft ein wichtiges Ziel für die gemeinsame Arbeit in den Sitzungen.

Es sollte dann keine Überraschung sein, daß die Wirkung der Beziehung an erste Stelle gesetzt wird. Quer durch die Jahrhunderte hat man gewußt, daß eine Beziehung mit einer anderen Person, die als potentieller Helfer erlebt wird, den Patienten heilen kann. Der Verlust einer solchen Beziehung ist auch bekannt dafür, psychische und somatische Krankheit auszulösen (z. B. Schmale 1958).

Um das Wesen der Aufgabe des Therapeuten in seiner Arbeit mit dem Patienten zusammenzufassen:

- (1) Versuch, mit freischwebender Aufmerksamkeit dem zuzuhören, was der Patient sagt;
- (2) während dieses Zuhörens Erreichen von Verstehen, was sich in Form der mit der Angst und den Beziehungen des Patienten verknüpften Hauptthemen einstellt;
- (3) Mitteilen dieses Verstehens gegenüber dem Patienten zu sorgfältig ausgewählten Zeitpunkten und in sofort assimilierbarem Ausmaß;
- (4) Rückkehr zum Zuhören bei partiellem Aufmerken auf die Reaktion des Patienten auf das, was der Therapeut gerade sagte;
- (5) bei all diesem Tun Wissen, daß die mitgeteilte Information nur dann von großem Nutzen sein kann, wenn ein gutes Arbeitsbündnis hergestellt worden ist. In der Tat wird die gute Beziehung durch Fokussieren des Verstehens gefördert, obwohl das Verstehen langfristig nicht so wichtig wie die gute Beziehung sein kann.

Literatur:

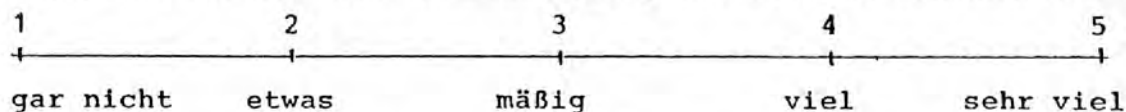
s. Englische Fassung

Anhang I:

Rating-Skalen für supportiv-expressive psychoanalytische Psychotherapie

Spezifische Ratings

- Ausmaß, in dem sich die Behandlung auf Stützen konzentriert:

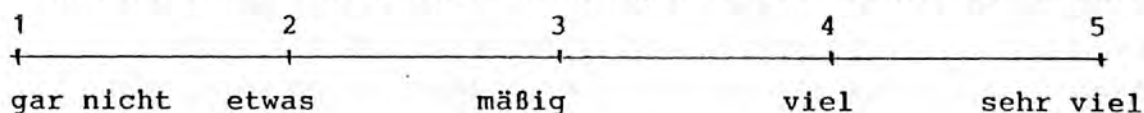


durch (1) Entwicklung eines Arbeitsbündnisses usw.,

(2) Unterstützen von Kompetenzen,

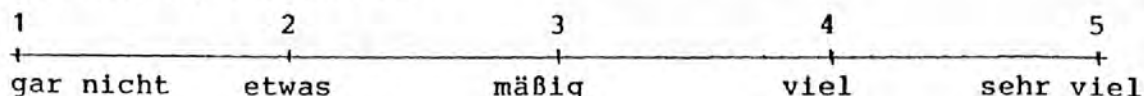
(3) Anerkennung, Ermutigung, Unterstützen gesunder Anteile
und Abwehrmechanismen.

- Ausmaß, in dem sich die Behandlung auf Verstehen konzentriert:



durch Suche des Therapeuten nach Verstehen.

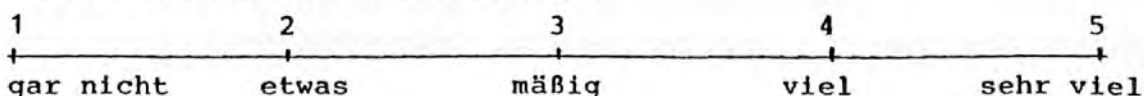
- Ausmaß, in dem sich die Behandlung auf das Verstehen der
Übertragung konzentriert:



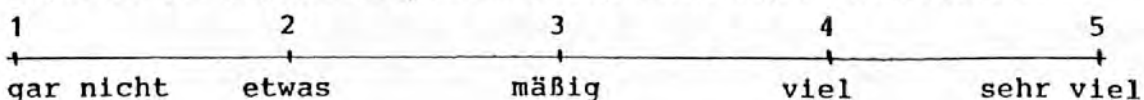
durch Einbeziehen der Deutung der Beziehung zum Therapeuten
durch den Therapeuten.

Allgemeine Ratings

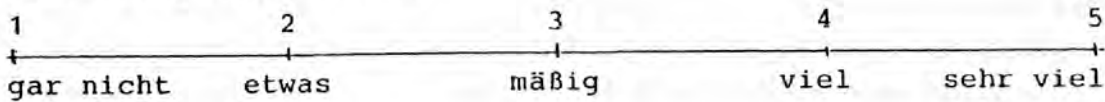
- Ausmaß, in dem die Behandlung mit den Grundsätzen kognitiver
Verhaltenstherapie übereinstimmt:



- Ausmaß, in dem die Behandlung mit den Grundsätzen supportiv-
expressiver psychoanalytischer Psychotherapie übereinstimmt:



- Ausmaß, in dem die Behandlung mit den Grundsätzen der gewöhnlichen Behandlung übereinstimmt:



Anhang II:

Vorbereitende Sozialisierung für Psychotherapie.

Es folgen zwei Auszüge aus einem hypothetischen vorbereitenden Gespräch zur Sozialisierung, wobei die Behandlung ^{jeweils} von anderen Therapeuten durchgeführt wird. Obwohl es ein Monolog des Psychiaters zu sein scheint, wird es in der Praxis durch Fragen unterbrochen, für die Klärung bestimmter Punkte erweitert und für die Anpassung an den bestimmten Fall variiert. Ein Gespräch dieser Art muß auf den Therapeuten, den Patienten und die Situation spezifisch zugeschnitten werden. Die für die Sozialisierung zur Behandlung wesentlichen Hauptpunkte werden aufgegriffen. In einigen Fällen kann es möglich sein, diese in einem einzigen Gespräch zu erfassen, aber gewöhnlich werden zwei oder mehr Sitzungen benötigt. Der erste Auszug stellt dar, wie die Rolle des Patienten und der Behandlungsverlauf beschrieben werden:

"... Nun, worum geht es in der Therapie? Was geschieht da?

Einerseits habe ich jetzt sehr viel geredet; in der Behandlung wird Ihr Arzt nicht sehr viel sprechen. Der Grund für mein vieles Reden jetzt ist, daß ich Ihnen diese Dinge jetzt erklären möchte. Es gibt einen gleichermaßen guten Grund dafür, daß der Arzt in der Behandlung nicht viel spricht. Jeder erwartet, daß er dem Psychiater seine Probleme erzählen kann und er dann einen Rat bekommt, der alles lösen wird. Dies ist nicht wahr; so geht es nicht vor sich. Rat ist billig; es gibt keinen Grund, dafür zu zahlen. Bevor Sie hierher kamen, bekamen Sie von allen möglichen Leuten Ratschläge: Von Ihrer Frau, Ihren Eltern, Ihren Freunden, Ihrem Hausarzt, Ihrem Pfarrer usw. Viele dieser Leute kennen Sie gut; einige kennen Sie sehr gut; und wenn es nur darum ginge, einen Ratschlag zu bekommen, gäbe es keinen Grund anzunehmen, daß Ihr Arzt dies besser als alle anderen Leute könnte, die

Ihnen schon immer gesagt haben, was Sie tun sollen. In Wirklichkeit stellen wir fest, daß die meisten Leute eine sehr gute Vorstellung davon haben, was falsch läuft, und während wir jemand anderem mit einem ähnlichem wie dem eigenem Problem einen guten Ratschlag geben können, hilft dieser Ihnen nicht. Unglücklicherweise schlagen Leute, die einen Rat geben, gewöhnlich Lösungen vor, die bei ihnen selbst funktionieren, aber nicht bei demjenigen, der das Problem hat. Wenn all die Ratschläge, die Sie erhielten, geholfen hätten, wäre es sehr wahrscheinlich, daß Sie nicht hier wären. Ihr Arzt will Ihnen helfen herauszufinden, was Sie wirklich tun wollen - was die beste Lösung für Sie ist. Es ist nicht seine Aufgabe, Ratschläge zu geben, sondern Ihnen dabei zu helfen, für sich selbst herauszufinden, wie Sie Ihre Probleme lösen werden.

Was bedeutet das? Nun, wenn Ihr Arzt sieht, daß Sie durch etwas beunruhigt werden, kann er Sie darauf aufmerksam machen, aber die endgültige Entscheidung darüber, was zu tun ist, wird von Ihnen selbst getroffen werden müssen. Der große Vorteil, den Sie bei Ihrem Arzt haben werden, ist, daß er keine Axt schleifen muß. Er denkt nicht, daß er wüßte, was das Beste für Sie ist, aber er wird Ihnen zu helfen versuchen, dies herauszufinden. Er denkt nicht, daß er die Antworten weiß. Er will nur mit Ihnen verstehen, warum Sie etwas tun.

Nun, was geschieht in der Behandlung selbst? Über was sprechen Sie? Was tun Sie? Wie funktioniert es? Nun, einerseits werden Sie über Ihre Wünsche und Absichten sprechen, sowohl die gegenwärtigen als auch die vergangenen. Warum sollte dies helfen? Warum ist das wichtig? Nun, dafür gibt es viele Gründe. Wir sprechen über vieles nicht, weil es zu persönlich ist oder weil wir die Gefühle anderer verletzen würden oder aus einigen anderen ähnlichen Gründen. Sie werden bemerken, daß Sie mit Ihrem Arzt über alles, was Ihnen in den Sinn kommt, sprechen werden können. Er wird keine Vorurteile bezüglich dessen haben, was für Sie richtig oder falsch ist oder was die beste Lösung wäre. Das Sprechen ist sehr wichtig, da er Ihnen helfen will, an das heranzukommen, was Sie wirklich wollen. Das Problem, das die

meisten beim Entscheiden haben, ist nicht, daß sie nicht genug wüßten, sondern daß sie nie die Gelegenheit hatten, mit jemand über etwas zu sprechen, der nicht versuchte, die Entscheidungen für sie zu treffen. Die Aufgabe des Arztes ist es zu helfen, daß Sie die Entscheidung treffen.

Ein anderer Grund ist, daß die meisten von uns nicht ehrlich mit sich selbst sind. Wir versuchen, uns anzuschwindeln, und es ist Aufgabe Ihres Arztes, Sie darauf aufmerksam zu machen, wenn Sie sich anschwindeln. Er wird Ihnen nicht zu erzählen versuchen, was er denkt, sondern er wird Ihnen verdeutlichen, wie zwei Sachen, die Sie sagten, nicht zusammenpassen. Sie wissen, Gefühle müssen sich zusammenfügen, wie zum Beispiel "zwei und zwei gibt vier", aber wir versuchen manchmal uns vorzumachen, daß dies fünf gibt. Es ist Aufgabe Ihres Arztes, Sie daran zu erinnern, wenn Sie dies tun. Nehmen wir zum Beispiel Ihre Ambivalenz gegenüber Ihrer Frau oder Ihren Eltern. Sie erzählten mir viele Dinge, die Sie an Ihrer Frau nicht mögen - wie gelangweilt Sie mit ihr sind, wie Sie sie manchmal erdrosseln möchten. Aber es gibt auch Gründe, das Zusammenleben mit ihr fortzusetzen. Es muß sie geben, da Sie dies ja gerade tun. Die Aufgabe Ihres Arztes ist es, Ihnen zu helfen, alle wichtigen Tatsachen und Gefühle präsent zu haben, so daß Sie eine Lösung finden können, die alles berücksichtigt. Das ist schwer, da manchmal diese Gefühle konfliktieren; wiederum, wenn es nicht schwer wäre, wären Sie nicht hier, hätten Sie Ihre Probleme nicht.

Sie haben wahrscheinlich gehört, daß Psychiater am Unbewußten interessiert sind. Was ist damit wirklich gemeint? Das Unbewußte ist nichts so Geheimnisvolles, wenn man es sich anschaut. Zum Beispiel sind Ihnen bestimmt schon Menschen begegnet, die Sie auf die Palme zu bringen und Sie richtig aggressiv zu machen scheinen, aber Sie können nichts herausfinden, was sie getan haben, das Ihre Gefühle erklärt. Diese Person kann Sie an jemanden erinnern, aber Sie realisieren das nicht. Die Person, an die Sie erinnert werden, ist jemand, auf den Sie ärgerlich sind, und so stellen Sie fest, daß Sie dies mit der verfügbaren Person austragen. Da Sie sich nicht daran erinnern können, auf wen Sie wirklich ärgerlich sind, ist es sehr schwer, über das Ärgergefühl

hinwegzukommen. In diesem Fall wäre die Wahrnehmung des Unbewußten nicht mehr als das Erinnern und Wiedererkennen des Unterschieds zwischen diesen beiden Personen. Doch manchmal ist dies schrecklich viel Arbeit.

Wenn wir uns nicht der Ursache für ein starkes Gefühl wie dieses bewußt werden, würde ein Psychiater sagen, daß es unbewußt ist. Durch das Bewußtwerden der Ursachen für unseren Ärger auf jemanden, können wir mit diesem realistischer umgehen. Es ist leicht

möglich, daß eine sehr nette Person jemandem zu ähneln scheint, den wir aus gutem Grund nicht mögen, und so enthalten wir uns selbst vor, jemanden kennenzulernen, den wir mögen würden, da wir uns der Ähnlichkeit nicht bewußt werden. Es ist Aufgabe des Psychiaters, Ihnen zu erkennen zu helfen, wann die Gefühle zu jemandem unangemessen zu sein scheinen, und dann die wirklichen Ursachen zu verstehen zu lernen."

Ein besonders wichtiger Aspekt des Gesprächs bezieht sich auf die Diskussion negativer Übertragung, um den Patienten auf deren Folgen aufmerksam zu machen und dabei die Möglichkeit für einen Behandlungsabbruch zu vermindern.

"... Übrigens, wenn Sie in der Behandlung vorankommen, werden Sie bemerken, daß ..., der ganz dafür ist, daß Sie jetzt Hilfe bekommen, das Gefühl bekommen wird, daß Ihnen dies überhaupt nicht hilft. Dies ist oft ein Zeichen für Ihre Veränderung, und gerade diese Veränderungen verwirren und beunruhigen jemanden Ihnen Nahestehenden. Sie sollten wissen, daß fast immer in einer Behandlung einige Personen um den Patienten herum überzeugt sein werden, daß er sich verschlechtert - oft gerade zu dem Zeitpunkt, wenn er sich in Wirklichkeit verbessert. Und der Patient selbst fühlt sich auch manchmal in einigen Phasen der Behandlung schlechter und entmutigt. Sie wissen, Sie werden das Gefühl haben, daß Sie nichts erreichen, daß Ihr Arzt ein Dummkopf ist und daß dies keinen Zweck hat usw. Gerade diese Gefühle sind oft gute Zeichen für Ihre Mitarbeit und dafür, daß diese unangenehm ist. Es ist sehr wichtig, daß Sie diesen vorübergehenden Gefühlen nicht nachgeben, wenn sie auftauchen.

Sie wissen, es ist sehr komisch - was passieren wird, ist, daß Sie Schwierigkeiten haben werden, Ihre Termine einzuhalten, wenn Sie über schwierige Dinge sprechen. Sie werden nicht von

der Arbeit weg können, plötzlich Überstunden machen müssen gerade zum Zeitpunkt Ihres Termins, Ihr Auto wird nicht anspringen oder kaputtgehen, Ihre Frau wird zuhause Ihre Hilfe für etwas brauchen usw. All diese Dinge werden scheinbar keinen Bezug zur Behandlung haben. Das Komische daran ist, daß sie gerade zu dem Zeitpunkt passieren werden, wenn es für Sie in der Behandlung hart wird. Was dies bedeutet, ist natürlich, daß Sie an etwas Schwieriges und Wichtiges herankommen und daß dies die wichtigsten Zeitpunkte sind, die Therapietermine einzuhalten. Dies nennen die Psychiater "Widerstand". Es ereignet sich früher oder später immer. Die einzige Möglichkeit, sich dagegen zu schützen, ist, sich nicht zu erlauben zu beurteilen, wie wichtig ein gegebener Termin ist, sondern im vorhinein zu entscheiden, daß Sie hingehen werden, es möge die Hölle ausbrechen oder Hochwasser kommen. Mit anderen Worten, wenn Sie eine Verabredung treffen, werden Sie regelmäßig die Verabredung einhalten. Dies bedeutet nicht, daß Sie nicht eine Sitzung aus gutem Grund verschieben könnten, wenn Sie dies vorher mit Ihrem Arzt besprechen. Wenn Sie z. B. drei oder vier Wochen vorher von einer Geschäftsreise wissen und wissen, daß Sie diese antreten müssen, wird dies nicht mit der Behandlung interferieren, wenn Sie eine Stunde fehlen. Es sind die plötzlichen Notfälle, die fast immer unbewußt determiniert sind - Dinge, die unerwartet eintreten.

Etwas anderes - in der Behandlung werden Sie sich oft unwohl fühlen. Einerseits wird Ihr Arzt nicht viel sprechen und Sie werden für sich entscheiden müssen, was Sie sagen. Wir machen dies die ganze Zeit. Wenn nicht, würden wir in viele Schwierigkeiten geraten. Wenn Sie denken, Ihr Chef ist ein Idiot und ein S.O.B. und ihm dies sagen würden, würden Sie Ihre Arbeit verlieren. Im allgemeinen müssen wir zwischen dem, was wir denken, und dem, was wir sagen, unterscheiden. In der Behandlung ist dies nicht der Fall. Sie sollen alles sagen, was Ihnen in den Sinn kommt, auch wenn Sie denken, es ist unwichtig oder unbedeutend. Das macht nichts. Es ist dennoch wichtig zu sagen. Und wenn Sie denken, es wird Ihren Arzt beunruhigen, macht es auch nichts; Sie sagen es dennoch. Wenn Sie im Unterschied zu Ihrem Chef denken, Ihr Arzt ist ein Idiot oder ein S.O.B., erzählen Sie ihm dies sehr wohl. Sie werden bemerken, daß dies sehr schwierig

ist, aber es ist eines der wichtigsten Dinge, die Sie in der Behandlung lernen müssen - alles zu sagen, was Ihnen in den Sinn kommt. Oft ist das, was Sie für unwichtig und unbedeutend halten, wirklich der Schlüssel zu etwas sehr Wichtigem.

Z.B. nehmen Sie vielleicht plötzlich wahr, daß das Zimmer heiß ist oder daß die Krawatte des Arztes komisch ist oder daß er zum Friseur gehen sollte oder etwas Ähnliches, was sowohl unwichtig als auch sogar vielleicht etwas unverschämt mitzuteilen erscheint. Trotzdem sagen Sie es in der Behandlung, wenn Sie daran denken. Viele Male habe ich schon festgestellt, daß sich solche Dinge als äußerst wichtig herausstellen. So machen wir es ebenso wie mit den Terminen zu einer absoluten Regel, nicht im vorhinein darüber nachzudenken, was Sie sagen werden, und sich so vor der Konfrontation mit wichtigen Dingen zu schützen. Sagen Sie, was immer Ihnen in den Sinn kommt, egal was es ist. Wenn Sie wirklich über etwas sprechen sollten, was nicht wichtig ist, wird Sie Ihr Arzt dies wissen lassen. Aber denken Sie daran, es ist seine, nicht Ihre Aufgabe, dies zu entscheiden.

M.T.Orne und P.H.Wender, in: Amer. J. Psychiat. 124, 1968.

Anhang III:

Ein Beispiel der Konfliktbeziehungsthema-Methode.

Eine gute Möglichkeit, die Themenformulierung zu üben, ist, eine Reihe von "Beziehungsepisoden" durchzusehen. Eine Beziehungsepisode ist ein Abschnitt einer Sitzung, in dem der Patient ein Beispiel seiner Interaktion mit einer Person gibt. Das Konzentrieren auf Beziehungsepisoden ist ökonomisch (im Vergleich zu ganzen Sitzungen), da die Episoden in verdichteter Form konkrete Beispiele von Interaktionen mit Personen geben. Durch das Durchlesen der Beziehungsepisoden und Aufmerken auf das redundanteste Thema wird ein Kernbeziehungsthema auftauchen. Die Formulierung des Themas hat zwei Komponenten: einen Wunsch und dessen Konsequenz in Beziehung zu Personen. Eine dritte Komponente kann hinzugefügt werden: andere Arten der Problemlösung außer der angeführten Konsequenz.

Das folgende Beispiel sind die ersten 20 Minuten einer Sitzung eines Patienten, Herrn AL, eines 21-jährigen Studenten im letz-

ten Semester. Versuche es. Schau zuerst das leere Formular für die Themenformulierung an, lies dann die sieben Beziehungsepisoden durch, trage dann den redundantesten Wunsch in das Formular ein. (Die Episoden sind durch Striche am rechten Rand gekennzeichnet.) (Andere weniger redundante Wünsche können notiert werden.) Dann schreibe die Konsequenz auf, sowohl die innere als auch die äußere, die am häufigsten auftritt, ev. gefolgt von den weniger häufigen Konsequenzen. Das Beispiel in der gegebenen Themenformulierung basiert auf der Kombination von vier Urteilen.

Transkript:

s. Englische Fassung

References

- Auerbach, A. H. & Luborsky, L. Accuracy of judgments of psychotherapy and the nature of the "good hour." In, J. Shlien, H.F. Hunt, J.P. Matarazzo, & C. Savage (Eds.). Research in Psychotherapy, Vol. III. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1968, pp.155-168.
- Bergmann, M. & Hartman, F. (Eds.) The Evolution of Psychoanalytic Technique. New York: Basic Books Inc., 1977.
- Burstein, A. Psychotherapy for the poor. In, J.L. Claghorn (Ed.) Successful Psychotherapy. New York: Brunner/Mazel, 1976, pp. 189-196.
- Butler, J. M. & Rice, L.N. Adience, self-actualization and drive theory. In J. Wepman & R. Heine (Eds.) Concepts of Personality. Chicago: Aldine, 1963, pp.79-112.
- Chappel, J. Attitudinal barriers to physician involvement with drug abusers. *JAMA*, 1973, 224, 10011-10103.
- Davidson, V. Transference phenomenon in the treatment of addictive illness. Love and hate in methadone maintenance. Research Monograph 12. Psychodynamics of Drug Dependence, 118-125. HEW Publication Health Service. ADAMHA, May, 1977.
- Fejer, D. & Smart, R. Drug use, anxiety, and psychological problems among adolescent. *Ontario Psychologist*, 1972, 4, 10-21.

26

References (continued)

Freud, S. (1912). Recommendations to physicians practicing psycho-analysis. Reprinted in J. Strachey (Ed.) The Standard Edition, v.12. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1958, pp. 111-120.

Freud, S. (1912b) On beginning the treatment (further recommendations on the technique of psychoanalysis). I J. Strachey (Ed.) The Standard Edition, v. 12. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1958, pp.123-144.

Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. Standard Edition v.20. London: Hogarth Press, 1959.

X Gill, M.M. Ego psychology and psychotherapy. Psychoanalytic Quarterly, 1951, 20, 60-71.

Hart, L. Attitudes toward drug use, therapeutic community (concept) resident vs. methadone patients. British J. of Addictions, 1976, 69, 375-379.

Henry, W., Sims, J. and Spray, S. Public and Private Lives of Psychotherapists. San Francisco: Jossey-Bass, 1973, pp.272.

Holzman, P. Process in the supervision of psychotherapy. Bulletin Menninger Clinic, 1965, 29, 125-130.

Kernberg, O., Burstein, E., Coyne, L., Applebaum, A., Horwitz, L., and Voth, H. Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. Bulletin of the Menninger Clinic, 1972, 36, 1-275.

References (continued)

- Klein, G. Perception, Motives and Personality. New York: Alfred H. Knopf, 1970.
- Lorion, R.P. Patient and therapist variables in the treatment of low income patients. Psychological Bulletin, 1974, 81, 344-354.
- Luborsky, L. Momentary forgetting during psychotherapy and psychoanalysis: A theory and research method. In R. R. Holt (Ed.) Motives and Thought: Psychoanalytic Essays in Honor of David Rapaport. New York: International Universities Press, 1967, pp.177-217. (Also in Psychological Issues, v.5, #2-3, Monograph 18/19.)
- Luborsky, L. New directions in research on neurotic and psychosomatic symptoms. American Scientist, 1970, 58, 661-668.
- Luborsky, L. Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. In J. L. Claghorn (Ed.) Successful Psychotherapy. N.Y.: Brunner/Mazel, 1976, pp. 92-116.
- Luborsky, L. Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In N.Freedman (Ed.) Communicative Structures and Psychic Structures. Plenum Press, 1977.
- Luborsky, L.B., Fabian, M., Hall, B.H., Ticho, E. & Ticho, G. Treatment variables. Bulletin of the Menninger Clinic, 22, 126-147, 1958. (Part of Menninger Bulletin issue entitled The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation)

References (continued)

- Luborsky, L., Sackeim, H., and Christoph, P. The state conducive to momentary forgetting. In, J. Kihlstrom & E. Evans (Eds.) Functional Disorders of Memory. Lawrence Erlbaum Assoc., in press, 1977.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everybody has won and all must have prizes"? Archives of General Psychiatry, 1975, 32, 995-1008.
- Malan, D. Towards the Validation of a Dynamic Psychotherapy. New York: Plenum Press, 1976.
- Mann, J. Time Limited Psychotherapy. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1973.
- Menninger, K., & Holzman, P.S. The Theory of Psychoanalytic Technique. 2nd ed. New York: Basic Books, 1973.
- Mintz, J., Beck, A.T., O'Brien, C. A very brief depression scale: Some results comparing narcotic addicts, Viet-Nam veterans, and suicide attempters. Submitted for publication 1977.
- Orne, M. and Wender, P. Anticipatory socialization for psychotherapy: Method and rationale. American Journal of Psychiatry, 1968, 124, 88-98.

References (continued)

Redl

Schlesinger, H. The responsibility of the psychoanalyst for analytic and therapeutic change. In, The Transactions of the Topeka Psychoanalytic Society, Ann Appelbaum, Recorder. Bulletin of the Menninger Clinic, 1977, 41, 202-206.

Schmale, A.H. Relationship of separation and depression to disease. Psychosomatic Medicine, 1958, 20, 259-77

Sifneos, P. W. Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1972.

Singer, B. and Luborsky, L. Countertransference: A comparison of what is known from the clinical vs. quantitative research. In A. Gurman & A. Razin (Eds.) The therapist's contribution to effective psychotherapy: An empirical assessment, New York: Pergamon Pub. Co., 1977.

Spence, D.P. Tracing a thought stream by computer. In, B.B. Rubinstein (Ed.) Psychoanalysis and Contemporary Science, v. II. New York: Macmillan, 1973.

Spence, D.P. & Lugo, M. The role of verbal cues in clinical listening. In R. Holt & E. Peterfreund (Eds.) Psychoanalysis and Contemporary Science, v.1. New York: MacMillan, 1972, pp.109-131.

Strupp, H. and Bloxom, A. Preparing lower-class patients for group psychotherapy: Development and evaluation of a role induction film. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1973, 41, 373-384.

References (cont.)

Valliant, G. A 20-year follow-up of New York narcotic addicts.

Archives of General Psychiatry, 1973, 29, 237-241.

Vaillant, G., Sociopathy as a human process. Archives of

Gen. Psychiatry, 1975, 32, 178-183.

Wallerstein, R., Robbins, L., Sargent, H. and Luborsky, L.

The psychotherapy research project of the Menninger Foundation.

Rationale, method, and sample use. Bulletin of the Menninger

Clinic, 1956, 20, 221-280.

Witkin, H., Lewis, H. & Weil, E. Affective reactions and patient-therapist

interactions among more differentiated and less differentiated

patients early in therapy. J. Nervous and Mental Disease, 1968,

146, 193-208.

August 19, 1968
Session No. 3
Session No. Announced by T.

Page 1
Transcriber: MDF
Checker: MC

P. L. A

P: Hi.

T: How have you been?

P: I've been feeling a little bit, uh, more alive lately, y'know, but I've had- I've had a lot of, uh, anxiety, and nervousness connected with it. I haven't been sleeping too well, like, uh, y'know, with just with talking to people I-I feel better things like that, uh. One thing that, uh, sorta just hit me, and I guess it's one of these delayed action things that-that seems to happen to me quite a bit. There's this guy I was ^{lived with-} lived with us for about a month during July and he's uh, I mean we didn't get along too well, and, uh, whenever he got into a conversation or anything, y'know, he uh - he'd immediately try to dominate it and things like that. He did a lot of things that irritated me and at the time I guess I just, y'know, I repressed everything and just - sunk back. And lately I've been sort of brooding about it, and y'know, I've been getting really worked up, pissed off over it, y'know, and then uh, uh, y'know, it's as I said, I said, it's a delayed action thing, I guess. It's like he was - stepping on my toes a lot when I was there, you

P: (cont.) know, yet I didn't even have the guts to say "Ouch!" And that now, that's- that's what all these fantasies were you know. It comes back and I-I put him down, and things like that.

T: What do you mean - "fantasies?"

P: Uh, just thinking about it, and y'know brooding on it, and, uh, - waking, y'know, day dreams.

T: What are you doing to, uh, daydream?

P: Uh, y'know, it's usually in conversation, like, uh, I remember one time there were - there were four of us and we were talking. And-and I remember there- there was a pause in the thing and he was doing all the talking and, uh, I had said something, and he turns to me and says, "Excuse me for interrupting" and then he, y'know continues like that. It's this type of thing I was getting from him like the whole time he was there. And, uh, in the end of the fantasies I was, uh, the positions were reversed and I was stepping on him like that.

T: Uh huh.

P: (Pause - 10 sec.) It's, uh, I guess I, y'know, I can't really, that's a type of situation where I run into a person like that who, who, y'know, it's, it's one thing that I can't handle too well, I don't know how to cope with, uh, y'know, I usually have one of two types of reactions, either I, y'know, crawl back into a hole or, or I really snap out, y'know,

P: (cont.) bluntly, crudely and, uh, y'know, I think there ought to be a better way to handle it, but I'm not quite sure - y'know, how it's gonna work.

T: By "snap-out" you mean what?

P: Uh, y'know, really, uh, come out with the hostilities things. that he arouses and [^]. He probab' - in uh, disproportionate to uh, what should grip - y'know the reality of the situation, like uh - in-in one of the fantasies uh, y'know, as I was reliving this thing where he, uh- that, that incident I just described when he said, uh, "Excuse me for interrupting" - at the time I was dri- I was drinking a glass of water or something, and in this fantasy, I threw the water in his face, or something like that (pause 10 sec, clears throat). I think I, I tend to get abnormally worked up and you know frightened, and and angry ^{at} people who- who do things like this. (Pause 10 sec.)

T: We were talking quite a bit about that last time.

P: In fact I think, y'know, anybody who comes on as an-as an authority figure, y'know, tends to, uh, y'know when they're steppin' on somebody it tends- it tends to really scare me, when I was - I was out in the - park, Rittenhouse Square the other day and uh, some guy and his wife who, uh, I- who I had

P: just met them, they were- they were sitting together on the bench and I guess the guy's wife had her- leg draped over one of his legs like this, and this cop comes up and he was talking like John Wayne and tells her to sit right. And well they stood up to him and uh, you know, he finally carted them off and charged them with lewd and suggestive conduct or something like that, but while he was over there talking to them, I was just sitting- they were sitting on the bench and I was sitting on the wall behind them, and I- y'know, my heart started really beating fast and I got really anxious about it, y'know I just sort of imagined what, what I would do in a situation like that, and I think what I would do was automatically (snaps fingers)-obey the first thing he said. (Long pause, 35 sec)

T: Could I bum a light off you, too?

P: Oh, excuse me, sure (exhales). Another thing I've, I've been running into lately is like getting involved with people and getting friendly with people whom I- I guess tot- ultimately I really don't want to be friends with. Uh, there's this, uh, wierd, uh, guy that's uh been hanging around campus for some years and now this big colored guy--six-four, three-ten, or something like that, and I just met him and like, uh, he comes around all the time and I really don't want him around and, uh, you know, it comes down to do I have a choice between being mean and being a hypocrite. Y'know, when

I first met him I- he's a- y'know, I guess he's insanely insecure or something but he, uh, uh, goes out, y'know goes out of his way to be outgoing and friendly, and he's- he's witty, sometimes charming, like I can't, I can't, you know, I'm never gonna have any type of really gut relationship with this guy because he doesn't get serious about anything and he's really a- well he's 29 years old and he's just bumming around and smoking pot, and things like that. But like uh, I- I have this girl, uh, I-I know, uh, been cooking dinners for me lately and like, y'know, there's a- I really don't want to get involved with her sexually because I heard some bad rumors about her like she has the clap or something like that which- and, uh, I, y'know I just can't talk to her that well either although, y'know, maybe if I (hesit) saw her once a month I could, y'know, carry on a piece of conversation or something like that but I get too close to these people that I can't really get close to and I keep doing thingslike this not too close but too uh, involved, I guess.

T: Well, what do you think you're seeking when you're-

P: Well, y'know, I guess, uh, I'm just sort of a (pause) uh hungry to have people around that I can talk to, things like that.

T: Why do you need them for?

P: I don't know, it's uh, usually pretty hard, hard for me to just, tojust be alone. And, uh, well this has

P: (continues) been sort of a pattern that developed in the past couple of years, y'know, just to be alone or, or to, uh, to really get into a, something that does interest me, and I apparently haven't found out, uh, y'know, what I can do and what I like to do, really like to do, yet.

T: What happens to you when you're alone?

P: Uh, usually I get, I get really bored, I can't, I can't, I don't know what to do with myself.

T: And then what happens?

P: Usually I sort of, uh, just lay back and accept it, lethargically (pause, 5 sec). I, y'know, I think I probably tend to withdraw, y'know, but uh I, y'know, I don't think I, uh, uh, y'know, y'know, given a specific situation where I'm alone and, I don't necessarily go out and then look for it, y'know, other people or anybody to, to talk to, uh, usually.

T: Well, you, you seem to dislike being alone and I'm just wondering what's bad about it.

P: The same thing uh, that, y'know, that happens to me when I'm, I'm alone, and as when I get into a situation where there's a group, group of people talking and- I'm not really saying that much. I feel very (hesit) uncomfortable and like I'm, y'know, I'm not really sure I exist for, for other people, for some reason. Y'know, maybe it's because I'm not really too aware of uh myself (pause).

T: There is, I gather, a feeling of quite a lot of

T: (continues) anxiety in being alone.

P: Yeah (pause) like, like I used to be able to, uh, to read a lot and do things like that, but like uh, now I find that, y'know, when I'm reading or something like I feel like I should be out doing something else, like, like relating to people. Y'know, I have this, i, y'know, it's it's, uh, not quite, I guess uh, well maybe it is a com-
pulsion to, uh, y'know, go out there and and, uh, y'know, because I seem to think that's where it's really, really at, or something.

T: Yeah, but you seem to have carried it to the point that, you know, that you don't really count for anything unless you do relate to people.

P: Uh, yeah.

T: Or something (pause) and you can't seem to be satisfied just being alone---

P: Yeah---

T: --yourself---

P: Yeah, I feel like I, I have to go and prove myself or something like that. I have to go out and come across to people and, and impress them. (Pause, 35 sec) I think what's, uh, happening to me right now in here is uh typical of a situation when I start feeling better, when I start feeling more, y'know, aware, more alive, more interested in things. And that's at, uh, y'know, I get to a

P: (continues) point where I want to, I want to, I want to go back, I want to close up again.

T: Are you feeling that way now?

P: Yeah, well, y'know, I think, you know, that's why I'm, I'm probably having trouble talking and discussing things.

T: I'm not sure you're having that much trouble talking unless you interpret the silences we've had---

P: Well---

T: ---as voids that need to be filled.

P: Yeah, yeah, I tend to do that a lot.

T: Do you think that's true necessarily?

P: Uh, I guess, I guess it really---

T: Do we have to fill every space with something?

P: No, I guess I should play it cooler, be able to be a little cooler about it. I mean, rather than getting worked up about it, y'know, silence or something like that. (pause 5 sec). I don't know what- what I just said about, y'know, withdrawing, is really true right now. But that's what's, that's what's happened in the past. Whenever I got so I am feeling more alive and more s-stronger. Uh, I-I tend to have, have tendencies to retreat, uh, and, uh, like uh, the sessions that I had with Dr. T there were a couple of them where, you know, when I was feeling pretty good where I didn't, I didn't really, they weren't really that productive, or I didn't really talk about that much, or, or anything

P: (continues) like that. And like, uh, I guess, uh, I didn't see him for about a, about a month towards the end of, uh, of last, last Fall semester, I guess, uh, December and then part of November I didn't see him at all. And uh, I was feeling better then, y'know, stronger and more alive than I had in a long time. (15 sec pause)

T: Dr. T's come up in our conversations a few times. Do you miss him?

P: Um (pause, 5 sec) well not really. Um (10 sec pause), I mean right now I don't really feel that I do.

T: Do you think you have some feelings about his leaving?

P: Uh, I don't know.

T: You had- you had worked with him for a year.

P: I hadn't, you know, I guess I do, but, uh, like like the last sessions was really, was really pretty good, and, y'know, it was sort of a fitting in, I think (pause 5 sec). I didn't- I didn't feel really, y'know, at least immediately I didn't feel that uh anxious about it, or, or up- upset about it at all. You know, right now I really can't see that there's, y'know, there's much, much to that.

T: Well, I was just wondering.

P: (10 sec pause) You know, I think I took the, y'know, the change, y'know, the sanely, eh, sanely as I, as I've taken any, any change. (Very long pause, 35 sec). I've been wondering about uh I guess, uh, the future, a little bit more now. And like uh next semester I'm going to be carrying a heavy load, and a lot of things. I'm going to be taking six courses and, uh, one of the courses I want to take is like uh, a dry course and it's, it's more hours than, than a normal course and it's also a lot of work outside of class, and then I'm gonna have to have a job, and I hope to have a, a cycle, which is gonna take some, some of my time. And it's probably as, as heavy a load as I've, I've ever carried in a semester. It's m- it's heavier. And, and I think like my sophomore year- the second semester of my sophomore year when I was working in this hospital as an orderly, I sort of loaded myself up with a lot of things to do, and I- just towards the end of it, uh, I, y'know, I quit. Y'know, I got, I got into all these things and then all, y'know, I suddenly, suddenly withdraw and, uh, sort of, uh, wondering about, y'know, since some- thing like that is going to happen in the next semester.

T: The question is why are you taking on so many things if you find them hard to carry?