

Feldpost

Wann endet eine Therapie?

Schlüsselwörter: Therapieende, Therapiesetting, Kurzzeittherapie

Eine Therapie hat kein natürliches Ende. Das Beenden einer professionellen therapeutischen Beziehung ist das Resultat eines Entscheidungsprozesses zwischen Therapeut und Klient. Dabei muss das Beenden nicht notwendigerweise einvernehmlich geschehen. Gewählte Beziehungen sind einseitig kündbar, sowohl vom Klienten wie vom Therapeuten.

Wovon hängt die Entscheidung über das Therapieende maßgeblich ab? In erster Linie davon, welches *Ziel* die Beteiligten, also Therapeuten und Klienten, mit einer Therapie verfolgen – wenn sie denn ein Ziel verabredet haben, was nicht selbstverständlich ist. Das Therapieziel ist eine interaktive Konstruktion, mit der die Größe der Aufgabe definiert wird, die therapeutisch erreicht werden soll. Therapeut und Klient einigen sich darüber, was sie in eine Therapie einschließen und was sie ausschließen. Je umfassender sie das zu lösende Problem definieren und je mehr sie damit in die Therapie einschließen, desto weiter weg rücken sie das Therapieende.

Metaphern der Therapie – Ausgesprochenes und Unausgesprochenes

In einer Therapie begleitet der Therapeut einen Klienten über eine gewisse Phase seines Lebens, das danach erträglicher werden soll als zuvor. Diesen Prozess beschreiben wir häufig metaphorisch, ohne es zu merken. Therapien werden als Arbeit, als Begleitung, als Reise, als Entwicklung, als Analyse, als Weg oder als Heilung beschrieben und illustriert. Abhängig von der Metapher, wird für den Anfang und das Ende eine bestimmte Bedeutung nahegelegt, weil die jeweiligen Metaphern damit auch Zeit organisieren.

Werfen wir einen kurzen Blick auf die Frage, wie Metaphern Verläufe und damit auch Beendigungskriterien von Therapie nahe legen. Insbesondere Metaphern des Raumes (Größe, Gewichtsverhältnis und Viskosität) organisieren Zeit, Zeitbedarf, Zeitverbrauch und Tempo.

Aus der bereits metaphorsierten Vorstellung, der Gegenstand einer Therapie sei groß, komplex, zäh und fest, ergeben sich »*langsame*« *Metaphern*: Schwere Probleme, die bewältigt werden müssen, frühe Störungen, die durchgearbeitet werden. »Entwicklungen brauchen Zeit« gehört zu den geläufigen therapeutischen on-dits dieser Metaphorik. Entwicklungs- und wachstumsorientierte Konzepte plausibilisieren eine lange Zeitperspektive.

»*Schnelle*« *Metaphern* ergeben sich aus der Idee, der Gegenstand der Therapie sei übersichtlich, niedrigkomplex und flüssig. Therapie ist dann eine Lösung, die man sucht; oder eine Frage, die man beantwortet. Die meisten »lösungsorientierten« Verfahren legen eine kurze Zeitperspektive nahe.

Auch *räumliche Metaphern*, die das Verhältnis von Therapeut, Therapie und Klient beschreiben, erzeugen Zeit- und Tempovorstellungen: Wer »einen Therapieplatz *hat*«, stellt sich auf einen längeren Aufenthalt auf diesem Platz ein. Wer »*in* Therapie ist«, schafft eine passiv-rezeptive Vorstellung, in der er sich mit Therapie umgibt, und hat eine längere Perspektive vor Augen, als wer sich Therapiestunden »nimmt« und sich damit aktiv-gestaltend zu Therapie positioniert.

Schließlich haben therapeutische Haltungen zeitliche Implikationen. Ob sich ein Therapeut als Mediator, Helfer, Vater- oder Mutter-Ersatz, als Modell, Beziehungsdienstleister oder Coach sieht, legt nahe, wie er die Therapiezeit strukturiert.

Problemkonstruktion und Zeit

Die täuschend einfach klingende Regel, wonach schwere Probleme lange Zeit brauchen und leichtere Probleme schneller zu lösen sind, setzt voraus, dass klar sei, was »das Problem« ist. Dafür ist es nützlich, zwischen einer Tatsache und einem Problem zu unterscheiden. Eine Tatsache (z. B. eine Kündigung, eine Außenbeziehung des Ehepartners, eine Lese-Rechtschreib-Schwäche) wird erst dadurch zum Problem, dass der »Besitzer« oder seine relevante Umgebung sie negativ bewertet und ändern möchte.

Einschluss und Ausschluss: Was gehört dazu?

Entsprechend ist auch das »schwere« oder »leichte« Gewicht (noch eine Metapher) von Problemen keine inhärente Eigenschaft, sondern eine Zuschreibung von außen. Mit der Erzeugung von Größe oder

Schwere eines Problems wird entschieden, welche Sachverhalte als zum Problem gehörend (eingeschlossen) und welche als nicht zum Problem gehörend (ausgeschlossen) betrachtet werden.

Nehmen wir das Beispiel einer Klientin, die als an einer Bulimie leidend beschrieben wird. Was gehört zum Problem (was wird eingeschlossen)? Die Beziehung zu ihrer Mutter? Ihre Sexualität? Ihr Körperbild? Ihre Beziehung zu Freundinnen? Ihr Haschischkonsum? Ihre Schwierigkeiten mit ihrem Vorgesetzten? Ihre religiöse Überzeugung? Ihre Berufsplanung? Ihre Depression? Jede dieser Fragen lässt sich begründet als Teil des Problems sehen – oder auch nicht. Es ist eine therapeutische Entscheidung, *wie* das Problem formatiert wird. Die zentrale Operation dieser therapeutischen Entscheidung ist *Einschluss* (gehört dazu) oder *Ausschluss* (hat nichts damit zu tun) bestimmter Sachverhalte.

Wenn Probleme komplexitätserhöhend und hochinklusiv beschrieben werden (viele »gehört dazu«), wird eine lange Dauer nahe gelegt, weil mehr Fragen behandelt und beantwortet werden müssen. Andererseits kann diese Hochinklusivität auch dazu führen, dass ein Problem für unlösbar gehalten wird, so dass damit gelebt werden muss. Das kann auch eine Lösung sein, zum Ende nutzloser Lösungsversuche führen und damit zum Beenden der Therapie.

Ende des Problems oder Beginn der Lösung?

Bisher haben wir das Ende der Therapie vom Problem her überlegt: Therapie ist dann zu Ende, wenn das Problem verschwunden oder deutlich schwächer geworden ist. Eine andere Sichtweise ist, das Ende der Therapie durch den *Beginn der Lösung* zu definieren. Statt *weg* vom Problem *hin* zur Lösung. Problem und Lösung können, müssen aber nicht unbedingt komplementär zueinander sein. Anders ausgedrückt: Die Abwesenheit des Problems bedeutet nicht notwendigerweise die Anwesenheit der Lösung.

So kann am Beispiel der Bulimie-Klientin das Ende des Problems darin bestehen, dass sie keine Ess-Attacken mehr hat. Wenn es ihr damit aber gleich schlecht geht wie zuvor, ist mit dem Ende des Problems noch nicht der Beginn der Lösung eingetreten. Um – im Beispiel – die Abwesenheit von Ess-Attacken festzustellen, muss man verschiedene Zusatzkriterien definieren (Wie lange mindestens keine Attacke? Ist *eine* Attacke bereits ein Rückfall?), die gelten lassen, dass das Problem verschwunden sei.

Die therapeutische Relevanz dieser Unterscheidung wird deutlich, wenn wir den Aspekt der Opfer- und Täterposition hinzunehmen. Klienten können sich als »Problem-Opfer« sehen (»Es ist mir passiert«) oder als »Problem-Täter« (»Ich trage zur Aufrechterhaltung des Problems bei, bin mitbeteiligt«). Entsprechendes gilt für die Lösung. Klienten können passiv hoffend eine »Lösungsopfer«-Perspektive einnehmen, bei der ihnen die Lösung von außen widerfährt (»Es ist jetzt besser geworden«). Oder sie können in der »Lösungstäter«-Sichtweise eigene Handlungen ins Auge fassen, mit denen sie die gewünschte Lösung selbst herstellen oder zumindest begünstigen können (»Ich verhalte mich jetzt anders«).

Nach dieser Unterscheidung kann es vorteilhaft sein, das Ende einer Therapie über den *Beginn der Lösung* statt über das Ende des Problems zu definieren: Die Lösung und damit das Therapieende ist positiv definiert und kann damit direkt wahrgenommen werden. Und eine Lösung, die im Sinne einer Lösungstäterschaft hergestellt wurde, lässt sich vom Klienten eher nachhaltig stabilisieren. Es kann einfacher sein, das Gute zu tun als das Schlechte zu lassen.

Zeit als Rahmen – Zeit als Intervention

Therapiezeit und damit das Ende der Therapie ist nicht nur von inhaltlichen, sondern sehr stark auch vom institutionellen Kontext der Therapie abhängig. Er begrenzt oder eröffnet die Verfügbarkeit von Therapiezeit. Stationäre Therapiekonzepte definieren oft durch bestimmte Behandlungsprogramme (etwa: sechs Wochen) den Zeitrahmen, innerhalb dessen sich Therapie bewegt, weitgehend unabhängig vom Therapieverlauf. Das Therapieende ambulanter kassenfinanzierter Therapien ist durch die bewilligten Stunden definiert, ebenfalls unabhängig vom Verlauf. Bei diesen Restriktionen bestimmt die Form den Inhalt: Dem therapeutischen Gespräch stehen, sagen wir: 40 Stunden zur Verfügung. Dem folgt die Frage: Welcher Inhalt passt in 40 Stunden, und was muss man dementsprechend weglassen oder: Wie formatiert man ein Problem so, dass es sich in 40 Stunden lösen lässt bzw. – wenn man schon die Kassenfinanzierung bewilligt hat – 40 Stunden anhält und nicht zu früh gelöst wird?

Diese Zeitdefinition (gegebene Zeit) vereindeutigt eine offene Frage, die sich – anders herum gestellt – erheblich schwerer beantworten ließe: Wie viel Zeit braucht ein Klient für eine bestimmte Therapie (genommene Zeit)?

Zeit ist zum einen der Rahmen, innerhalb dessen Therapie stattfindet. Zum andern lässt sich Zeit ihrerseits als Intervention verstehen. Das zeitliche Setting beeinflusst – unabhängig vom Inhalt der Therapie – die Problem«größe» und damit die Plausibilisierung dafür, wann eine Therapie beendet werden sollte. In Kombination mit der Zieldefinition lassen sich vier Konstellationen unterscheiden, die spezifische Folgen für die Definition des Therapieendes haben.

1.) *Feste Zeitstruktur, feste Zieldefinition:* Eine feste Zeitstruktur bei gleichzeitig fester Zieldefinition setzt eine hohe Berechenbarkeit der therapeutischen Abläufe und Ergebnisse voraus. Nur bei engem diagnostischem Verständnis und hohem Standardisierungsgrad der Therapie ist diese Kombination plausibel.

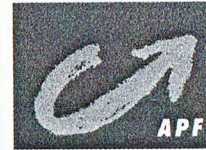
2.) *Feste Zeitstruktur, lose Zieldefinition:* Eine Verabredung fester Intervalle (jede Woche, alle vier Wochen) lässt sich auch ohne klare Zieldefinition treffen. Ordnungsgesichtspunkt ist hier die Zeit, nicht die Veränderung. Diese Verabredung legt Kontinuität und Langsamkeit nahe und schiebt das Ende eher hinaus. Die feste Zeitstruktur erlaubt es, eine weiche Perspektive auf die beabsichtigte Verabredung zu treffen: Mal sehen, wie weit wir kommen.

3.) *Lose Zeitstruktur, feste Zieldefinition:* Umgekehrt lässt sich bei einer klaren Zieldefinition die Zeitstruktur flexibel handhaben. In diesem Fall ist es plausibel, Therapievereinbarungen von Sitzung zu Sitzung zu treffen. Die Therapie beginnt gewissermaßen mit dem Bewusstsein ihres Endes. Die klare Zieldefinition erlaubt dann eine weiche Perspektive auf die Zeit. Wenn die beabsichtigte Veränderung klar ist, wird Zeit flexibel: Mal sehen, wie lange wir brauchen.

4.) *Lose Zeitstruktur, lose Zieldefinition:* In dieser offenen Zeit-Ziel-Kombination ist das Schaun-wir-mal-Prinzip am konsequentesten durchgehalten. Sie wird nicht nur als Langversion in der »unendlichen Analyse« gewollt realisiert, auch unklar gelassene Therapieaufträge von fremdmotivierten »Besucher«-Klienten können diese Struktur – meist ungewollt – haben. Die Entscheidung über das Therapieende ist hier dem Verlauf überlassen: Mal sehen, was passiert

Wann ist es genug?

Therapeuten wie Klienten kennen die Einschätzung, dass es nach einer gewissen Therapiezeit, die bestimmte Phasen durchlaufen hat, »genug« ist. Diese Einschätzung basiert auf zwei Komponenten: zum einem auf dem Eindruck, eine erkennbare Veränderung des eigenen Verhaltens



**Arbeitsgemeinschaft
für psychoanalytisch-
systemische Praxis
und Forschung e.V.**

Bonner Str. 149
50968 Köln
Tel 0221 - 870 58 59
Fax 0221 - 860 85 85
E-Mail info@apf-koeln.de
web www.apf-koeln.de

NEUE WEITERBILDUNGSKURSE 2007

PSYCHOANALYTISCH-SYSTEMISCHE

THERAPIE

Kursbeginn: Febr. 2007 Bewerbungsschluss: 1.11.2006

Zielgruppe: KollegInnen mit einem abgeschlossenen Hochschul- oder Fachhochschulstudium für medizinische und psychosoziale Arbeitsfelder.

PSYCHOANALYTISCH-SYSTEMISCHE

BERATUNG

Kursbeginn: Febr. 2007 Bewerbungsschluss: 1.12.2006

Zielgruppe: InteressentInnen, die in Arbeitsfeldern wie Beratung, Betreuung, Erziehung und Schule, Gesundheit und Pflege, Betrieb und Beruf, Sozialmanagement, Seelsorge u.a. tätig sind.

PSYCHOANALYTISCH-SYSTEMISCHE

SUPERVISION

Kursbeginn: Okt. 2007 Bewerbungsschluss: 31.8.2007

Voraussetzungen: Humanwissenschaftliches Studium, 5 Jahre Berufserfahrung, beraterisch-therapeutische Zusatzausbildung mit systemischer Orientierung, Möglichkeit zur Supervisionspraxis.

Wenn Sie zunächst unsere Weiterbildungskonzepte und die DozentInnen kennenlernen möchten, sind Sie herzlich zu unseren Informationsveranstaltungen eingeladen. Die jeweiligen Termine finden Sie in unserem aktuellen Prospekt und auf der Website der APF.

**Weitere Angebote
im APF-Jahres-
programm 2007 :
Bitte fordern
Sie unseren
Prospekt an !**

APF-TAGUNG Köln, 09. - 10.11. 2007

Anders jung und anders alt

**Lebenszyklische Herausforderungen
an familiäre und professionelle Beziehungsarbeit**

**Ausführliche Informationen erscheinen demnächst unter:
www.apf-koeln.de**

www.ausbildungsinstitut.ch

Ausbildungsinstitut für systemische Therapie und Beratung Meilen

Jahrestagung

„Schnelle Lösung, langer Atem.

Der Faktor Zeit in Beratung und Therapie“

15. und 16. September 2006 in Zürich

Vorträge und Workshops von:

Peter Fraenkel, Peter Heintel, Urban Studer, Rosmarie Welter-Enderlin, Bruno Hildenbrand, Urs Hepp, Ulrike Borst, Melitta Breznik, Bruno Rhiner, Dagmar Pauli, Silvia Dinkel-Sieber, Andrea Lanfranchi, Andrea Schedle

Fortbildung in systemischem Coaching und Supervision

Beginn: 16. – 18. November 2006 / Schluss: Juli 2008

Tagungs- und Studienzentrum Boldern und Ausbildungsinstitut Meilen.

Rosmarie Welter-Enderlin, MSW, Paar- und Familientherapeutin, Organisationsberaterin
Ulrike Borst, Dr. rer. nat., Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Bruno Hildenbrand, Prof. Dr. rer. soc., Soziologe
Robert Wäschle, lic. phil., Fachpsychologe für Psychotherapie FSP und Gastdozenten

Aufnahmebedingung: Systemisch orientierte Kolleg/innen aus Psychologie/Psychotherapie/Medizin/ Sozialarbeit und Organisationsberatung mit Praxismöglichkeiten als Coach bzw. Supervisorin/Supervisor

Zur Kunst der Paartherapie: Resilienz bei Paaren und ihren Therapeutinnen und Therapeuten

21. – 24. August 2006

(zwei weitere Treffen mit der gleichen Gruppe im Jahr 2007 sind vorgesehen)

Tagungs- und Studienzentrum Boldern (Nähe Zürich)

Rosmarie Welter-Enderlin, MSW, Paar- und Familientherapeutin, Organisationsberaterin

Aufnahmebedingung: Erfahrene Praktikerinnen und Praktiker mit systemischem Grundwissen

Programme, Beschreibungen, Auskünfte und Anmeldung:

Ausbildungsinstitut für systemische Therapie und Beratung

Dorfstr. 78, CH-8706 Meilen, Tel. +41 (0)44 923 03 20, Fax +41 (0)44 923 72 55

E-Mail: mail@ausbildungsinstitut.ch

oder der eigenen Sichtweisen geschafft zu haben, und zum anderen in dem Nachlassen der Hoffnung, mehr Therapie bringe nennenswert mehr Lebensqualität bzw. weniger Leidensdruck. Die erste Komponente ist als »Therapieerfolg« leicht plausibel. Sie ist aber für das Therapieende wenig relevant. Besonders dann, wenn vorher keine Vereinbarung getroffen wurde, wann, d. h. bei welchen Merkmalen, die Therapie abgeschlossen werden kann. Therapiezeit und damit das Therapieende kann auch durch die zweite Komponente bestimmt werden, die man als »angemessene Resignation« bezeichnen könnte. Sie resultiert aus der Einsicht, dass man bestimmte Dinge nicht ändern kann, dass man mit gewissen Begrenzungen und Unzulänglichkeiten Leben muss und auch kann. In der Ökonomie ist das mit dem Begriff des »Grenznutzens« rational konzipiert. Er beantwortet die Frage, wie viel zusätzlichen Nutzen eine weitere Einheit der Investition x stiften würde. Dabei gilt als Optimum, dass der Grenznutzen eines Gutes seinen Grenzkosten entspricht, dass also der Aufwand nicht größer sein darf als der erwartbare Nutzen.

Therapiedauer als Lösung – Therapiedauer als Problem

Die Dauer einer Therapie lässt sich als Lösung oder als Problem sehen. Da wir auch hier zur Freiheit der eigenen Einschätzung verurteilt sind, haben wir die Wahl zwischen zwei alternativen Plausibilisierungen.

1.) Dauer als Problemlösung

Anleitung zur Plausibilisierung längerer Therapiedauer:

Therapeuten, die eine höhere berufliche Lebensqualität dadurch erfahren, dass sie eher längere Therapien machen, empfiehlt sich, »das Problem« folgendermaßen zu konzipieren:

- Erzeuge komplexe Fallkonstruktionen.
- Erhöhe horizontale Komplexität und gehe davon aus, dass »alles mit allem zusammenhängt« und dass sehr viele Gesichtspunkte berücksichtigt werden müssen.
- Erhöhe vertikale Komplexität und gehe davon aus, daß »die Ursachen tiefer liegen« und wahrscheinlich nicht leicht zu erkennen, womöglich sogar unbewusst sind.
- Bevorzuge Metaphern der Tiefe und Schwere (die Wahrheit wiegt schwer, sie liegt demzufolge unten).
- Suche die inkompetenten und beeinträchtigten Seiten des Klienten.

- Gehe davon aus, dass die Ursachen des Problems lange zurückliegen und erst die Kenntnis und die Orientierung an den Ursachen eine Lösung möglich machen.
- Misstraue den Kompetenzeinschätzungen des Klienten.
- Misstraue positiven Veränderungen von Verhalten und Sichtweisen des Klienten.
- Beachte Verantwortung und Stellenwert, die du als Therapeut im Leben eines Patienten hast.
- Gehe davon aus, dass bei einem vorzeitigen Therapieende Rückfälle wahrscheinlich sind und einen demotivierenden Effekt haben.
- Bei symptomatischen Besserungen: Suche die Symptomverschiebung.
- Definiere keine Merkmale für eine ausreichende Lösung.
- Gib dich nur mit 100%-Lösungen zufrieden und prüfe kritisch deren Nachhaltigkeit für das weitere Leben des Klienten.
- Organisiere deine therapeutische Praxis so, dass du optimale Einnahmequellen mit wenigen wechselnden Klienten über einen langen Zeitraum sicherstellst.

2.) Dauer als Problem

Anleitung zur Plausibilisierung kürzerer Therapiedauer:

Therapeuten, die kürzere Therapiedauer bevorzugen, empfiehlt sich, »das Problem« wie folgt zu konzipieren:

- Gehe davon aus, dass sich alles Wichtige auch einfach sagen lässt.
- Gehe minimalistisch vor: Nicht alles, was gesagt und getan werden kann, muss gesagt und getan werden.
- Wenn etwas nicht zum definierten Therapieziel beiträgt: Lass es und versuche etwas Neues.
- Reduziere horizontale Komplexität, indem du Wichtiges von Unwichtigem unterscheidest und auf das Wichtigere fokussierst.
- Reduziere vertikale Komplexität und gehe davon aus, dass alles Relevante mitgeteilt werden kann.
- Lösungen an der Oberfläche sind nicht weniger wert als Lösungen in der Tiefe.
- Bevorzuge den Fokus »hier und jetzt« und Zukünftiges, statt »dort und damals« und Vergangenes.
- Stütze dich auf die kompetenten Seiten des Klienten
- Unterstütze positive Veränderungen von Verhalten und Sichtweisen des Klienten.

- Mache dich als Therapeut so bald wie möglich überflüssig und beachte, dass Therapie nur einer von mehreren Wegen nach Rom ist.
- Definiere Merkmale für eine ausreichende (nicht 100 %ige) Lösung
- Gib die Idee auf, erzeugte Lösungen müssten nachhaltig stabil für das weitere Leben des Klienten sein.
- Organisiere deine therapeutische Praxis so, dass du optimale Einnahmequellen mit wechselnden Klienten über einen kurzen Zeitraum sicherstellst.

Ulrich Clement, Hans Rudi Fischer, Arnold Retzer

Keywords: therapy setting, brief therapy, termination of the therapy