

Edgar Heim, Christoph Ringer

PROBLEMORIENTIERTE THERAPIE (POT) ALS BEISPIEL EINER INTEGRATIVEN AUSBILDUNG

Historischer und lokaler Kontext der problemorientierten Psychotherapie

Das Ausbildungsmodell problemorientierte Therapie (POT) wurde Mitte der 80er Jahre an der Berner Psychiatrischen Universitätspoliklinik entwickelt, der einer der Autoren von 1977 bis 1994 vorstand.

Nach 1994 erfolgte eine Neuausrichtung der Klinik in Richtung biologischer Psychiatrie, so daß sich die Psychotherapieforschungsgruppe und damit auch der Unterricht in POT an der Berner Poliklinik auflöste. Das Modell wird aber seither an verschiedenen schweizerischen, aber auch deutschen Kliniken didaktisch weiter praktiziert, wobei die Autoren dieses Beitrages über die jeweilige Anwendung nur bedingt orientiert sind. Die folgenden Ausführungen beziehen sich somit auf die 10jährige Entwicklungsperiode von ca. 1985 bis 1994.

Als das Bedürfnis nach einem integrativen Ausbildungskonzept an unserer Klinik faßbar wurde, waren uns die oben angeführten wissenschaftlichen Erkenntnisse noch nicht zugänglich. Es waren somit vor allem lokale Bedürfnisse der Dienstleistung und der Ausbildung, die uns ab Mitte der 80er Jahre bewogen, POT zu entwickeln. Die Psychiatrische Universitätspoliklinik Bern hat ein Einzugsgebiet von ca. 400000 Einwohnern zu versorgen, wobei die ca. 25 akademischen Mitarbeiter damals mehrere Tausend Konsultationen pro Jahr leisteten. Die psychotherapeutische Ausbildung ist vor allem auf künftige Fachärzte ausgerichtet. Das Angebot umfaßte neben dem regional organisierten theoretischen Unterricht (ein Halbtage pro Woche) Schulung und Praxis in Autogenem Training, Familien und Gruppentherapie, Krisenintervention, interne und externe Supervision in psychoanalytischen Verfahren, Katathymen Bilderleben, vereinzelt in behavioral-kognitiven Methoden u.a.m.

Trotz dieses Therapiekanons bestand ein Bedürfnis nach einer kurzen, strukturierten Therapieform sowohl von Seiten der Patienten wie der Ausbildungskandidaten. Die Klientel einer staatlichen Poliklinik umfaßt nur ausnahmsweise die bevorzugten YAVIS-Patienten (young, attractive, verbal, intelligent, successful oder sexy) der Privatpraxis. Neben den üblichen fachärztlichen Abklärungen sind es in der Mehrzahl Patienten in Notfall- und Krisensituationen oder Patienten diagnostischer, sozialer oder kultureller Randgruppen, die meist kaum zu motivieren sind, längerdauernde und für sie schwer durchschaubare Psychotherapien einzugehen. So war die Beobachtung an sich nicht überraschend, daß bei den psychotherapeutischen Anfängern eine gewisse Hilflosigkeit die Regel war und die mangelnde Kompetenz und Struktur der Behandlung zu vielen Abbrüchen führten:

Die Therapeuten orientierten sich zu sehr an den klassischen Langzeitmodellen, die sie theoretisch vorgestellt erhielten, die Patienten ihrerseits vermißten umschriebene Ziele, die ihnen in der schwierigen Anpassung an widrige Lebensumstände geholfen hätten.

Unsere Suche nach einer strukturierten und integrieren Behandlungsform kam entgegen, daß die vier Kaderleute¹, die die kleine Arbeitsgruppe zur Entwicklung des didaktischen Konzeptes bildeten, je eine unterschiedliche, aber überlappende eigene Ausbildung genossen hatten, mit Schwergewicht auf Psychoanalyse, aber auch in behavioralen und kognitiven Therapien, Gestalttherapie, Katathymem Bilderleben, Körpertherapien, Kurz- und Krisen-therapien sowie in Familien- und Gruppentherapien unterschiedlicher Ausrichtung.

Es lag nahe, aus der Literatur wie aus der eigenen Erfahrung jene Hauptmerkmale zu verbinden, die ein überschaubares didaktisches Konzept ermöglichen: **Problemorientierung, Patientenorientierung, Methodenpluralismus und Strukturierung.**

Hauptmerkmale von POT und ihre didaktische Umsetzung

Eine ausführliche Darstellung des integrativen Konzeptes POT erfolgte in einem Buch, das als didaktisches Manual konzipiert wurde (Blaser u. Mitarb. 1992). Im folgenden werden hier nur jene Elemente zusammengefaßt, die zum didaktischen Verständnis notwendig sind.

Problemorientierung

Unter Problemen verstehen wir eine Überforderung der gegebenen Anpassungsfähigkeit aufgrund von lebensgeschichtlich bedingten, unzureichenden innerpsychischen Ressourcen oder besonders belastenden aktuellen Lebensumständen, Solche Probleme können zu dysfunktionalem Wahrnehmen, Denken, Fühlen und/oder Handeln führen. Das Jeweilige Problem bewirkt, daß eine angemessene Anpassung an die realen Lebensumstände behindert wird und die eigenen Möglichkeiten der Problemlösung nicht erkannt werden.

In der sog. „Problemanalyse“ wird deshalb gemeinsam mit dem Patienten in einem oder mehreren Bereichen untersucht, wie sich die Schwierigkeiten manifestieren, welche Zusammenhänge sie haben und wie sie entstanden sind:

1. Aktuelle Bedingungen: Wie äußert sich das Problem im Hier und Jetzt? Welche inneren und äußeren auslösenden Situationen, welche Wahrnehmungen, welche kognitive Verarbeitung, welche emotionale Reaktion, welches Verhalten, welche Auswirkungen und Folgen, welche Rückwirkungen bestimmen das Problem?
2. Lebensgeschichtliche Bedingungen: Woher kommt das Problem? Gibt es prädisponierende frühere Erlebnisse? Wann, wo und wie ist das Problem entstanden? Wie hat es sich im Laufe der Zeit verändert?
3. Funktionale Bedeutung: Wozu ist das Problem da? Wie regelt es die aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen? Welchen Zweck erfüllt das Problem in der gegenwärtigen Lebenssituation? Wozu ist es nötig? Wozu ist es vielleicht sogar gut?

Fallbeispiel „Die Verkäuferin“: Eine 22jährige Patientin meldet sich auf Empfehlung des

¹ Neben den Autoren dieses Kapitels gehörten der Arbeitsgruppe Prof. Dr. phil. A. Blaser und Dr. phil. M. Thommen an. Gemeinsam haben die vier das einschlägige Buch „Problemorientierte Psychotherapie – ein integratives Konzept“, Bern, Huer 1992 verfaßt.

Hausarzt zur Behandlung. Sie leidet unter depressiven Verstimmungen und Minderwertigkeitsgefühlen, vor allem im Vergleich zu der 3 Jahre älteren, verheirateten Schwester. Durch Wohlverhalten und Entgegenkommen auch bei Bekannten und Freunden ringt sie immer wieder um Akzeptanz. Bei geringster Kritik macht sie sich Vorwürfe, nicht zu genügen, obwohl sie als Verkäuferin im Textilhandel sowohl bei der Geschäftsleitung wie auch bei den Kunden geschätzt ist. Wann immer Schwierigkeiten des Alltags auftreten, glaubt sie darin die Bestätigung zu sehen, daß sie immer noch das „Problemkind“ der Familie sei, das den Eltern zur Last falle, vor allem der Mutter, der sie sich sehr verbunden fühlt. Die Vorstellung des „Problemkindes“ begleitet sie seit der Kindheit, wo sie sich schulisch und sportlich immer wieder mit der älteren, erfolgreicheren Schwester verglich, von der sie glaubte, sie würde bei Eltern und Bekannten viel besser angenommen. Wann immer sie das Gespräch mit der Mutter sucht, bekräftigt diese ihr, sie sei eine liebenswerte Tochter und stehe der Schwester keineswegs nach. Auch der ruhige, umgängliche Vater mag seine jüngste Tochter offensichtlich gut leiden und macht sich Sorgen, daß sie immer wieder dazu neigt, sich grüblerisch in ihr Zimmer zurückzuziehen, wo er sie dann zum Gespräch aufsucht.

Wir haben den Begriff „Problem“ gewählt, damit er nicht mit dem vor allem von der psychoanalytischen Therapie her bekannten Begriff „Fokus“ verwechselt wird. „Problem“ ist eher deskriptiv zu verstehen. Der Terminus kann, muß aber nicht dynamische Hypothesen einschließen. Ferner ermöglicht der Begriff „Problem“, die Sichtweise des Patienten einzubringen, wobei der Patient ständig aufgefordert wird, seine eigenen Überlegungen zur Problemlage anzustellen und zu formulieren. Das Vorgehen ist dabei fragend-klärend und nicht deutend-suggestiv, im Sinne der unten beschriebenen Patientenorientierung. Gemeinsam mit der fachlich begründeten Konzeption des Therapeuten wird dann eine Formulierung gesucht, die den oben geforderten Charakteristika gerecht wird. Die Formulierung kann vorläufig vom Patienten allein, in der Regel aber gemeinsam mit dem Therapeuten festgelegt werden. Wenn einmal eine für beide Teile befriedigende Formulierung gefunden wurde, bewährt es sich, daß der Therapeut diese auch schriftlich abfaßt und sie so zu einem Teil des „Therapievertrages“ macht.

Die formulierte „Problemdefinition“ gliedert sich in die zitierten drei Teile und leitet zu einer Kurzbeschreibung des Therapiezieles über. Sie wird in der Ich-Form abgefaßt, was es dem Patienten erleichtert, sich mit der Umschreibung zu identifizieren.

Im oben erwähnten Beispiel wurde folgende Formulierung gewählt: — Ich bin immer wieder mal entmutigt, bedrückt und ziehe mich zurück. Im Grunde erwarte ich eigentlich Zuwendung und Zärtlichkeit und bin bereit dafür auch einen Preis zu bezahlen — durch Wohlverhalten und Anpassen. (Aktueller Aspekt.) — Ich habe immer schon versucht, aus der Rolle des „Problemkindes“ herauszufinden, da dies u. a. meine Mutter sehr bedrückt. Meine ältere Schwester war immer erfolgreicher als ich und wurde von den Eltern entsprechend mehr geschätzt. (Lebensgeschichtlicher Aspekt.) — Erst als sie wegging, konnte ich die Rolle der „Prinzessin“ auch etwas genießen. Ich fühlte mich deshalb lange Zeit wohl zu Hause und dachte nicht ans Fortgehen. (Funktionaler Aspekt.) — Mein Ziel muß es sein, mich von der Rolle des abhängigen Mädchens zu befreien und auf meine eigenen Stärken zu bauen. Nur so bin ich fähig, mich von meinem Elternhaus im guten Sinne abzulösen und eine eigene Wohnung zu nehmen. Anstatt „Trotzkopf“ zu spielen, will ich mich als erwachsene Frau durchsetzen lernen. Auch will ich mich gegenüber den Ansprüchen von

Freunden und Bekannten besser abgrenzen.

Gerade die schriftliche Abfassung wird meist von den Patienten als wertvoll erlebt, fühlen sie sich doch in ihrer Problematik nicht nur akzeptiert, sondern durch die Klarheit der Formulierung finden sie oft einen neuen Zugang zu sich selbst. Im weiteren Prozeß (Durcharbeitung, vgl. unten) kann wo nötig immer wieder auf die „Problemdefinition“ nicht nur inhaltlich, sondern auch explizit zurückgegriffen werden. Je nach neuen Erkenntnissen kann die „Problemdefinition“ zudem in späteren Therapiephasen abgeändert oder neu formuliert werden. Entsprechend kann dies auch das therapeutische Prozedere beeinflussen.

Die **didaktischen Ziele**, die sich aus der Problemorientierung ergeben, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Der Therapeut lernt, von Anfang an sich auf eine inhaltliche wie zeitliche Begrenzung der Therapie auszurichten.
- Der Therapeut lernt, die Probleme des Patienten zu konkretisieren, sie nach ihrer Erscheinung, nach Herkunft sowie nach Funktionalität zu differenzieren.
- Der Therapeut lernt, in der Problemdefinition eine für Patienten wie für ihn selbst gleichermaßen konzise Umschreibung vorzunehmen, die folgerichtig zu einem Ziel überführt.
- Der Therapeut erkennt, welche Veränderungen anzustreben sind, was die Frage nach den geeigneten Mitteln aufwirft. Er muß sich zudem flexibel auf neue Erkenntnisse im Therapieprozeß einstellen, die andere oder zusätzliche Problemdefinitionen verlangen.

Es ist didaktisch höchst eindrücklich festzustellen, wie gerade das Erarbeiten eines bestimmten Problembereiches sowie das verpflichtende Formulieren als „Definition“, gewiß dem Anfänger, aber auch dem fortgeschrittenen Therapeuten immer wieder große Mühe bereiten. Ist dieser Schritt einmal verwirklicht, so ist didaktisch eine wesentliche Voraussetzung für eine strukturierte Kurztherapie erfüllt. Für den Novizen der Psychotherapie bringt die klare Umschreibung des jeweils im Zentrum stehenden Problembereiches auch in Langzeittherapien einen wesentlichen Gewinn.

Patientenorientierung

Die therapeutische Arbeit soll ebenso vom Problemverständnis des Patienten und seinen Zielvorstellungen wie von den Überlegungen des Therapeuten bestimmt sein. Theorien und Wertvorstellungen des Therapeuten haben sich der gemeinsam erarbeiteten Zielvorstellung unterzuordnen.

Wie schon angedeutet bedeutet dies vor allem, daß der Patient mit seinen Schwierigkeiten und nicht das theoretische Verständnis des Therapeuten im Zentrum steht. Kommunikation über Vorgehen und Ziele der Therapie müssen transparent bleiben. Von Beginn an muß sich der Therapeut auf das Denken und Fühlen des Patienten einstellen, seine Überlegungen und Erklärungsmodelle verstehen und allen falls durch Umformulieren zurückspiegeln. Die subjektive Krankheitstheorie des Patienten reflektiert seine Vorstellungen über Ursache und Funktion der Beschwerden, gleichzeitig sind sie auch der Schlüssel zu den anzustrebenden Veränderungen. Jene Patienten, die sich gerade dadurch auszeichnen,

daß sie der Problemsituation hilflos ausgesetzt sind, erlernen so das eigene Verhalten in ein Erklärungsschema einzubauen. In der Formulierung muß der Therapeut um so mehr auf Klarheit der „Problemdefinition“ hinarbeiten, als dies ein wichtiger Schritt zum Selbstverständnis werden kann.

Die oben erwähnte Verkäuferin war sich erst durch die ständige Aufforderung, eigene Gedanken vorzubringen, ihrer Mündigkeit bewußt geworden. Ihre anfängliche Erwartung war die des unbeholfenen Mädchens, das abzuwarten hatte, was die Erwachsenen von ihr verlangen würden, um erst dann ihre eigene Leistungsmeßlatte anzusetzen. Erst dadurch, daß sie sich in der Therapie ernst genommen fühlte, konnte sie formulieren, daß sie selbst auch schon erwogen hatte, ihr Selbstverständnis des „Problemkindes“ sei nicht mehr ihrem Alter gemäß: Sie wußte nur nicht wie auf Distanz zu den Eltern zu gehen, da sie diese weder verletzen noch den eigenen Schwierigkeiten allein überlassen wollte. Ihre funktionale Erklärung hat somit auch die Rolle des familiären Stabilisators eingeschlossen. Im Bemühen um bessere Abgrenzung war es für sie naheliegender, diese vorerst im Umgang mit Freundinnen und Bekannten einzuüben, bevor sie daran denken konnte, von zu Hause auszuziehen.

Die **didaktischen Ziele** der Patientenorientierung ergeben sich folgerichtig:

- Der Therapeut lernt, das subjektive Problemverständnis des Patienten zu begreifen und zu gewichten.
- Der Therapeut lernt, den Patienten zur Therapieakzeptanz zu motivieren.
- Der Therapeut lernt, eine aktive Grundhaltung einzunehmen.
- Der Therapeut erwirbt eine Einstellung, welche eine partnerschaftliche Mitgestaltung des therapeutischen Prozesses ermöglicht, insbesondere diesen transparent zu machen und den Patienten an wichtigen Entscheidungen teilnehmen zu lassen.

Methodenpluralismus

In einem praxisgeleiteten eklektischen Zugang zu den Problemen des Patienten werden im Sinne der differentiellen Indikation Elemente jener Methoden eingesetzt, die der Problemlösung in überschaubarer Zeit dienlich sind. Innerhalb von POT unterscheiden wir die folgenden Methoden, die entsprechend operationalisiert sind:

1. Methoden der Bewußtmachung.
2. Methoden zu Veränderungen von Denkgewohnheiten und Einstellungen.
3. Methoden zur Lösung von Problemen.
4. Methoden zur Veränderung von Verhalten.
5. Methoden zur Förderung von Gefühlen.
6. Methoden zur Entspannung und Körperwahrnehmung.
7. Methoden zur Stützung.
8. Methoden zu systembezogenen Veränderungen.

Die allgemeine Begründung des Methodenpluralismus wurde in den Kapiteln 24 und 27 dargestellt. Neben der Tatsache, daß nicht alle Methoden den jeweiligen Patientenbedürfnissen gerecht werden können, gilt es natürlich auch, die jeweilige Kompetenz des Therapeuten zu beachten, je nach Ausbildung ist er in der Lage, einen breiteren oder engeren Methodenkanon einzusetzen.

Die geeignete Wahl des Vorgehens ergibt sich aus dem Indikationsprozeß, der auf der Problemdefinition beruht. So wie sich diese im Laufe der Therapie verändern kann, wird es angemessen sein, die gewählte therapeutische Methode zu überprüfen. Es ist beispielsweise zu Beginn der Therapie einer phobischen Patientin naheliegend, diese einem anti-phobischen Training zu unterziehen, das sowohl Veränderungen von Denkgewohnheiten, von Verhalten wie Körperentspannungstechniken einschließen kann. Sobald die Ängste schwächer werden, wird die Hintergrundproblematik an Bedeutung gewinnen und mehr systembezogene und bewußtmachende Methoden angezeigt sein.

Der erwähnten Verkäuferin konnte am ehesten mit einer Kombination von methodischen Schritten geholfen werden. Vorerst standen Schritte der Problemlösung an. Je klarer ihr die Umstände wurden, desto einfacher war es, ihre Denkgewohnheiten kognitionspsychologisch zu beeinflussen. Wenn sich konkrete Konfliktsituationen ergaben, z.B. gegenüber sie bedrängenden Bekannten oder am Arbeitsplatz, wurden diese im Rollenspiel aufgegriffen. Je mehr sich die Patientin auf ihre Ablösung von den Eltern einstellte (u.a. durch das Mieten einer eigenen Wohnung, trotz Protest der Mutter), desto zugänglicher war sie auch für psychodynamische Interpretationen.

Die **didaktischen Ziele**, die sich auf den Methodenpluralismus stützen, sind:

- Der Therapeut erkennt, daß eine bestimmte Methode nicht für alle Problemsituationen geeignet ist.
- Der Therapeut lernt, Überlegungen zur Differentialindikation des Vorgehens anzustellen. Er wird sich bewußt, daß unter Umständen verschiedene methodische Wege zum gleichen Ziel führen können.
- Der Therapeut lernt, mit mehreren therapeutischen Methoden gleichzeitig und integrativ umzugehen.
- Der Therapeut entwickelt Verständnis für phasengerechtes, unterschiedliches methodisches Vorgehen beim gleichen Patienten, je nach Veränderung der Problemsituation.
- Der Therapeut lernt, wie anspruchsvoll es ist, über Kenntnisse und Fertigkeiten in mehreren Methoden zu verfügen.

Von allen Hauptmerkmalen der POT, aber auch anderer integrativer Konzepte, ist das Praktizieren des Methodenpluralismus am schwierigsten. So ist es nicht erstaunlich, daß gerade der Anfänger von diesem Anspruch objektiv oder zumindest subjektiv oft überfordert ist. Wie soll er, der soeben mit der ganzen Komplexität des psychotherapeutischen Prozesses konfrontiert wurde, fähig sein, gleichzeitig oder gestaffelt, unterschiedliche Verfahren einzusetzen? Nun, das didaktische Dilemma, ob vorerst schulbezogen oder von Anfang an integrativ zu unterrichten sei, ist wohl kaum je lösbar. Beide didaktischen Vorgehensweisen haben Vor- und Nachteile. Wenn der strikten schulbezogenen Ausbildung der Vorzug gegeben wird, besteht die Gefahr, daß der Anfänger sich einseitig festlegt, da er sich so sicherer fühlt. Der Schritt zu methodenpluralistischem Behandeln ist dann entweder schwieriger oder gar verbaut. Geht man umgekehrt vor, wird sich der Anfänger wie ein angehender Alpinist, der bisher erste Klettergriffe nur im trockenen Fels erlernt hat, in einer Eiswand mit Steigeisen verloren fühlen. Er benötigt somit der kundigen Führung durch einen Tutor, der ihm gewissermaßen Schritt um Schritt vermittelt, was es heißt, Probleme zu lösen oder Rollenspiele durchzuführen oder Körperentspannung

einzuüben usw. Nach unserer Erfahrung bewährt sich dieses zweite Vorgehen für die meisten der auszubildenden Kandidaten. Sie sind dankbar, in einer frühen Phase ihrer Ausbildung Einblick in unterschiedliche Methoden zu erhalten. Zudem sind sie durch die parallel angesetzte Ausbildung in unterschiedlichen Methoden schon relativ rasch in der Lage, das eine oder andere Vorgehen in den eigenen integrativen Therapien einzusetzen. Sie erlernen somit einen heuristischen Vorgang, wie er später die Arbeitsweise des erfahrenen Therapeuten auszeichnet.

Strukturierung

Um in beschränkter Zeit (ca. 15-25 Sitzungen) ein sinnvolles Therapieziel zu erreichen, muß der Therapieprozeß strukturiert und gegliedert werden. Wir unterscheiden die folgenden Therapiestufen:

1. Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.
2. Problemdarstellung aus Sicht des Patienten unter Einbezug seiner „subjektiven Krankheitstheorie“.
3. Problemanalyse anhand aktueller Bedingungen, lebensgeschichtlichem Hintergrund und funktionaler Bedeutung.
4. Problemdefinition, Zielsetzung und Therapieplanung.
5. Problemdurcharbeitung und Umsetzung in die Realität.
6. Ablösung und Termination.

Die meisten Anfänger haben große Schwierigkeiten, den therapeutischen Prozeß zu strukturieren sowie Ziele inhaltlich und zeitlich zu limitieren. Ein Ausbildungsmodell, das eine klare Struktur des Vorgehens anbietet, d.h. das in bestimmten Schritten verläuft, ist nicht nur für den Anfänger, sondern auch für den erfahreneren Therapeuten hilfreich, um mit Kurztherapie zu arbeiten. Die Argumente für Kurztherapie wurden oben bereits angeführt. Die oben dargestellten Therapiestufen sind insofern nur bedingt mit Therapiephasen identisch, als die Sequenz durchaus variieren kann. Vor allem ist es möglich, daß immer wieder auf eine zurückliegende Therapiestufe gewechselt wird, z.B. beim Erarbeiten einer neuen Problemdefinition. So soll sich der Therapeut trotz zeitlicher Beschränkung frei fühlen, den Therapieprozeß so zu lenken, wie es die jeweilige Problemsituation verlangt. In der Regel wird das Durcharbeiten im Sinne von Stufe 5 am meisten Zeit beanspruchen. Hier muß auch die meiste Umsetzungsarbeit in das Alltagsleben des Patienten geleistet werden.

In der Behandlung der oben erwähnten Verkäuferin war es mehr oder weniger problemlos möglich, die einzelnen Therapiestufen durchzuführen, mit Ausnahme der Termination. Die Patientin war zunehmend motiviert, die Ablösung von ihren Eltern zu vollziehen und hat dabei auch heftige Auseinandersetzungen mit ihrer Mutter in Kauf genommen, die plötzlich als die viel abhängigere der beiden erschien. Sie ließ sich den Schritt in die eigene Wohnung nicht vermiesen und genoß es, auf diese Weise ihre errungene Unabhängigkeit zu demonstrieren. Die Termination der Therapie war schon länger auf einen Zeitpunkt nach dem Umzug vorgeplant. Kurz zuvor unternahm die Patientin noch mit einer Freundin eine Ferienreise. Als sie zurückkehrte, zeigten sich neu Ängste, ob sie in der neuen Situation wirklich bestehen könne. Direkt und indirekt feilschte sie um eine Verlängerung der The-

rapie, die ihr jedoch nicht zugestanden wurde. Vielmehr wurden ihr die Ablösungsängste gegenüber dem Therapeuten als äquivalent zur Ablösung von den Eltern erklärt, was der Patientin schließlich auch einleuchtete. Sie stellte sich der Trennung, auch wenn eine gewisse Unsicherheit anhielt. In der eingeplanten Nachkontrolle nach einigen Monaten ließ sich dann auch feststellen, daß die Patientin in der neu gewonnenen Selbständigkeit gut zurecht kam.

Die **didaktischen Ziele** der Strukturierung sind offensichtlich:

- Der Therapeut lernt die Gesetzmäßigkeit des therapeutischen Prozesses kennen, etwa im Sinn des generischen Modells von Orlinsky und Howard. Diese Struktur ist ihm nicht nur in der Kurztherapie, sondern grundsätzlich eine große Hilfe.
- Der Therapeut lernt, daß die zeitliche und inhaltliche Begrenzung von ihm eine aktive Auseinandersetzung verlangt. Er erkennt, daß Zeit allein keine Lösungen bringt.
- Der Therapeut lernt, seine Zielsetzungen zu beschränken.
- Der Therapeut lernt, mit dem Terminationsprozeß umzugehen, der in sich eine große therapeutische Chance bietet. Oft erfährt er erst so, daß die Ablösung sowohl vom Patienten wie von ihm als Therapeuten eine beträchtliche Ich-Leistung verlangt.

Didaktisches Setting

Das didaktische Setting orientiert sich an den beschriebenen Hauptmerkmalen. Es muß sowohl den Zielsetzungen von POT, den Fähigkeiten der auszubildenden Therapeuten wie den Bedürfnissen der Patienten gerecht werden.

Auswahl der Ausbildungskandidaten

Es sind wohl jeweils die örtlichen Kriterien, die darüber entscheiden, welche Kandidaten in welchen Ausbildungsgang einbezogen werden können. An unserer Klinik wurde allen therapeutischen Mitarbeitern, d.h. Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern ermöglicht, die Ausbildung mitzumachen.

Ärzte in Ausbildung schließen ebenso künftige Fachärzte wie Hausärzte ein. Da die poliklinische Ausbildung im Gesamtcurriculum einen „Flaschenhals“ bildet, muß die Tätigkeit limitiert werden, für künftige Psychiater auf zwei, für Allgemeinpraktiker auf ein Jahr. Für beide Gruppen ist die POT-Ausbildung verpflichtend, zum Teil alternierend mit anderen parallel angebotenen Ausbildungsgängen. Von Vorteil ist das umschriebene Rahmenkonzept auch im stationären Setting. An verschiedenen Kliniken wird mit dem gesamten Abteilungsteam nach den Konzepten der POT gearbeitet, was einen Konsens in der Beurteilung der Problemlage wie des Vorgehens voraussetzt. Diesen zu erreichen, hat sich immer wieder als Vorteil für den gesamten Behandlungsplan erwiesen.

Psychologen in Ausbildung nehmen in vielen Kliniken ähnlich den Ärzten an der Dienstleistung teil. Für sie ist somit der Ausbildungsgang in der Kurztherapie POT ebenfalls sinnvoll.

Sozialarbeiter, die schon längere Berufserfahrung hatten, wurden an unserer Klinik ebenfalls in den allgemeinen Sprechstundenbetrieb einbezogen und erhielten deshalb Zugang zu der therapeutischen Ausbildung.

Weitere therapeutische Mitarbeiter: Da die Strukturiertheit des Vorgehens für die meisten therapeutischen Disziplinen wichtig ist, ist es denkbar, daß auch andere therapeutisch engagierte Mitarbeiter wie Ergotherapeuten oder Pflegepersonen vom Ausbildungsgang profitieren können. Das Curriculum muß entsprechend angepaßt werden.

Eine breite Zusammenfassung der Kandidatengruppe, die sich in Erfahrung wie Tiefe der theoretischen Vorbildung unterscheiden, hat Vor- und Nachteile. Zum einen wird die Gruppe sehr vielfältig und damit auch anregend, was die Gesichtspunkte der Problemstellung angeht. Erfahrungsgemäß erkennen z.B. Sozialarbeiter rascher die sozialen Kriterien des Umfeldes als somatisch vorgebildete Ärzte. Umgekehrt ist deren Wissen in Psychopathologie kompetenter. Die Diskussion in der Kleingruppe kann somit ergänzend, aber auch beschränkend verlaufen. Wenn bewußt eine allgemein verständliche Sprache gebraucht wird, die sich von einem bestimmten Schuljargon abhebt, muß es zumindest terminologisch kaum je Probleme geben.

Die Teilnehmer vermögen sehr ungleich vom Ausbildungsgang zu profitieren. Für die einen bietet sich die Möglichkeit, Teilkenntnisse und Teilerfahrungen in Psychotherapie konzeptuell zu einem Ganzen zu integrieren und damit therapeutisch erfolgreich zu arbeiten. Für die anderen, insbesondere Kolleginnen und Kollegen mit Erfahrung in Langzeittherapie, bietet das POT-Konzept die Möglichkeit, in umschriebener, zeitlich beschränkter Form bisherige Kenntnisse und Fertigkeiten neu umzusetzen. Ausbildungskandidaten ohne spezifische Vorerfahrung können schließlich im POT-Kurs Grundkenntnisse in Psychotherapie erwerben.

Es sei daran erinnert, daß POT ein Ausbildungsmodell ist, das vor allem einer frühen Phase der Formation zum Psychotherapeuten gerecht wird. Im Rahmen der Facharztausbildung der Schweiz können die Assistenten, die vorwiegend an dieser Ausbildung teilnehmen, in der Regel nur 2 Jahre im poliklinischen Setting tätig sein. Es wird somit vorausgesetzt, daß gleichzeitig oder nachfolgend eine vertiefte Ausbildung in einer Haupt- und evtl. einigen Nebenmethoden erfolgt. Diese findet meist an den von privaten Trägerschaften organisierten schulspezifischen Ausbildungsinstituten statt. Die letzte - und vermutlich entscheidende - Phase zum bzw. zur integrativen TherapeutenIn erfolgt in der eigenständigen praktischen Tätigkeit, bei der der Methodenkanon den eigenen Fähigkeiten und Neigungen gemäß erst so richtig differenziert zur Anwendung kommt. Für die große Mehrheit der TherapeutenInnen bedeutet dies, daß sie dann im Sinne eines technischen Eklektizismus die heute meist praktizierte Form der Integration erreicht haben.

Vorgehen

Es hat sich bewährt, kleine Ausbildungsgruppen von bis zu vier Kandidatinnen und Kandidaten zu bilden. So kann am ehesten eine vertrauensvolle und unterstützende Arbeitsatmosphäre erreicht werden. Der jeweilige Tutor, ein erfahrener POT-Therapeut, begleitet die geschlossene Gruppe während eines vollen Jahres. In wöchentlichen Sitzungen wird jeweils eine bestimmte, von einem Kandidaten geführte POT-Behandlung hinter dem Einwegspiegel beobachtet und begleitet. Unmittelbar vor der Therapiesitzung findet eine Vorbesprechung und gleich anschließend eine Nachbesprechung in der Gruppe statt. So ist die kontinuierliche Supervision auf der Grundlage der Beobachtung gewährleistet. Während des Ausbildungsjahres erhalten die Kandidaten reihum Gelegenheit, eigene Patienten zu behandeln. Somit wird nicht nur die Behandlung durch den Kandidaten hautnah

supervidiert, sondern es ergibt sich die wertvolle Möglichkeit, auf einer vergleichbaren Ausbildungsstufe stehende Kolleginnen und Kollegen zu beobachten. Das didaktische Grundprinzip besteht sowohl aus Lernen am Modell wie aus teilnehmender Beobachtung, was das eigene therapeutische Handeln unterstützt.

Die **Auswahl der Patienten** muß sich wohl nach der jeweiligen Dienstleistung richten. Es ist unsere Erfahrung, daß Patienten relativ leicht zu motivieren sind, sich am Ausbildungsgang zu beteiligen. Ohne daß hier der wichtige Indikationsprozeß dargestellt werden kann, ergeben sich einige Grundannahmen:

- Patienten, die mit einem aktuellen, umgrenzten Problem in einem Teilbereich ihres Lebens kommen, sind für POT gut geeignet. Das oben zitierte Beispiel entspricht dieser Anforderung.
- Bei Patienten mit vielen Problemen gilt es abzuklären, ob sie bereit sind, sich in der Therapie auf das Hauptproblem zu beschränken und Teillösungen zu akzeptieren.
- Längerfristig bestehende oder chronifizierte Probleme, wie sie gerade bei Non-YAVIS-Patienten oft bestehen, sind daraufhin zu prüfen, ob beschränkte Ziele erreichbar sind und ob die Methoden des Anfängers zur Behandlung geeignet sind.

Didaktisch steht nicht der spektakuläre Erfolg der Therapie im Vordergrund. Wichtiger ist es, dem künftigen Therapeuten zu vermitteln, wie er auch bei schwierigen Patienten mit beschränkten Mitteln eine sinnvolle Veränderung bewirken kann.

Zusammenfassung

Wir können somit schließen, daß POT ein pragmatisches Ausbildungsmodell für integrative Psychotherapie ist. Es ist nicht auf eine bestimmte Methode beschränkt, sondern stützt sich auf eine Vielzahl psychologischer Theorien. Im Sinne des technischen Eklektizismus werden unterschiedliche Methoden eingesetzt, die helfen, die Defizite der Patienten zu überwinden. Sie können ebenso Elemente der Psychoanalyse wie der behavioral-kognitiven, der humanistischen oder systemischen Ansätze einschließen. Immer bleibt aber die Patientenorientierung im Zentrum. Die Erklärung des Patienten im Sinne der subjektiven Krankheitstheorie wird ebenso beachtet wie die theoretische Ausrichtung des Therapeuten.