

M. Titze

## Aktive Steuerung von Übertragung und Gegenübertragung bei tiefenpsychologisch fundierter Kurztherapie

**Zusammenfassung** Es werden die Bestimmungsmerkmale tiefenpsychologisch fundierter Kurztherapien herausgearbeitet, um die Voraussetzung zu schaffen, die Möglichkeit einer (im Sinne des analytischen Standardverfahrens) unkonventionellen bzw. „paradoxen“ Vorgehensweise zu diskutieren. Dabei wird der aktiven Steuerung von Übertragung und Gegenübertragung durch den Therapeuten insofern eine zentrale Bedeutung beigemessen, als diese eine konzentrierte Fokussierung auf den zu bearbeitenden Kernkonflikt aus dem realen Interaktionsgeschehen der therapeutischen Situation heraus unmittelbar möglich macht. In diesem Zusammenhang wird auch die Frage der Integration von bzw. der Abgrenzung gegenüber nicht-analytischen Kurztherapieverfahren erörtert.

**Schlüsselwörter:** Kurz(zeit)therapie, korrigierende emotionale Erfahrung, Fokalthherapie, Thematisierung, Übertragungsmanipulation, Intropathie, projektive Identifikation, „konspirative Allianz“.

### **The active control of transference and countertransference in psychodynamically oriented short-term therapy**

**Abstract** The characteristic features of psychodynamically oriented short-term therapies are described in order to present an unconventional or paradoxical therapeutic method that diverges from standard psychoanalytic procedure. The importance of the therapist's active control over transference and countertransference issues is highlighted in this context since it allows the therapist to focus on the patient's core conflict as illustrated in immediate therapist-patient interactions. The question of integrating as well as differentiating non-analytical forms of psychotherapy is addressed as well.

**Keywords:** Short-term (dynamic) therapy, corrective emotional experience, focal therapy, thematization, transference manipulation, intropathy, projective identification, „conspirative alliance“.

### **Orientation active du transfert et du contre-transfert dans les thérapies psychanalytiques brèves**

**Resumé** Face au changement des conditions réelles de la vie, il faut reconnaître aux thérapies analytiques brèves une importance accrue. D'un côté, il y a un rapport avec le coût financier des thérapies. Mais, d'autre part, l'application avec succès des méthodes de cure brève (surtout de la psychothérapie stratégique et systémique) constitue un défi à la méthode analytique habituelle (= procédure standard).

La tradition des thérapies brèves débute avec des travaux non-systématiques de Freud, Ferenczi, Rank et Stekel. A partir de là, il y eut le développement des systématisations suivantes:

1) F. Alexander („Groupe de Chigaco“) qui a élaboré le concept de l'orientation active ou de la „manipulation“ du transfert. Dans la mesure où le thérapeute prend, de façon conséquente, une attitude empathique à l'égard de la triangulation oedipale, il offre au patient la possibilité de vivre des „vécus émotionnels rectificatifs“.

2) M. Balint („Atelier de Londres“) qui reprend les expériences de son maître S. Ferenczi en développant la „technique focale“. L'accent y est mis sur l'analyse d'un conflit central, qui se cristallise déjà pendant les premières heures de thérapie. De façon active, on y vise des rapports entre les manifestations de ce conflit focalisé dans le passé de la biographie comme dans le présent actuel ainsi que dans l'immédiat du transfert. Parmi les représentants de ce modèle d'une thérapie brève on peut compter D. Malan et P. E. Sifneos.

3) L. Bellak, A. Goldberg et J. Mann s'efforcent de solidifier intentionnellement le sentiment de valeur de soi chez le patient au moment des blessures narcissiques. Dans ce contexte, on se réfère de manière pragmatique aux réflexions de H. Kohut relatives à la „vulnérabilité narcissique“. Le thérapeute est appelé à servir d'„objet de soi“ au patient en remplissant la fonction de réflexion et de protection. Le but consiste dans le rétablissement de l'„équilibre narcissique“ chez

le patient. Ceci exige du thérapeute un engagement empathique très fort ainsi qu'une compréhension sympathisante des problèmes du patient. En même temps, le thérapeute doit veiller activement à une modification des contenus pathogènes du sur-moi.

#### Identification et communauté intropathique

A partir de ces ébauches analytiques de thérapies brèves, nous arrivons à un caractère essentiel de celles-ci: à l'“identification concordante (empathique)” avec le patient (H. Racker). On trouve les données nécessaires pour une conceptualisation correspondante, notamment à partir du concept de l'“identification projective”, dans les travaux des représentants d'une école nommée “anglaise”. En suivant M. Klein et W. E. Bion, on y analyse d'abord ce phénomène interactionnel qui est lié au fait (inconscient au début) de “décharger” ses affects sur quelqu'un ou de les “mettre en lui”. L'analyste y joue alors le rôle d'un “container” pour les parties affectives de soi que le patient a coupé de lui-même en fonction de ses fantasmes omnipotents pour échapper à leur effet toxique. Dans la mesure où l'analyste les admet consciemment, il leur enlève leur “poison”, de manière que le patient puisse en user librement pour une “réinternalisation”. C'est dire que le thérapeute y joue alors le rôle d'un modèle d'auto-acceptation totale.

L'importance de ce concept pour le but de la thérapie analytique brève résulte du fait que l'on puisse analyser, dans ce contexte, l'interaction réelle par l'intégration de la “dynamique” affective. On peut trouver un fondement phénoménologique pour ce concept dans la “phénoménologie de la vie” élaborée par Michel Henry. Ce philosophe analyse l'essence vivante de la “communauté intropathique” comme la base même de l'expérience d'autrui. Cette intropathie signifie alors le lien affectif avec autrui avant toute perception extérieure, ce qui permet au thérapeute de vivre la réalité affective du patient comme un “pathos-avec”, c'est-à-dire comme une vie affective commune.

#### L'alliance conspiratrice

De l'intérieur de la communauté intropathique, le thérapeute peut retrouver l'“irrationnel” du procès primaire chez le patient et l'accepter avec bienveillance. Dans certains domaines, il peut même l'initier et

essayer de le fortifier. Ce procédé possède une certaine affinité avec les techniques “paradoxes” des méthodes non-analytiques. Ainsi est rendue possible la naissance d'“alliances irrationnelles” décrites pour la première fois par D. D. Jackson. En outre, ce procédé correspond de nouveau à une “manipulation du transfert”, puisqu'il s'y établit une “relation jumelle” (J. Grotstein, H. Rosenfeld) à partir de laquelle, en effet, le renvoi (mirroring) authentique de l'affectivité primaire devient possible.

Sur cette base, on peut initier, spécialement dans le cadre d'une thérapie brève, un processus de compréhension mutuelle qui débouche sur un “changement dialogal perspectives”. A cette fin, il faut exercer du côté du thérapeute un contrôle permanent du contre-transfert, afin de soutenir favorablement et continuellement ce processus de compréhension par identification affective. Dans le sens d'une “réduction phénoménologique”, il faut alors mettre entre parenthèses aussi bien la réalité mondaine ou les représentations normatives y correspondant que les schémas aperceptifs personnels spécifiques au thérapeute lui-même, comme également ses tendances de “sécurisation” ou ses dispositions affectives. A cette condition, le thérapeute peut trouver un accès intropathique au système de référence affectif et “inconscient” chez le patient, afin d'intuitionner la signification et le sens qui habitent toutes les expressions de la vie chez ce dernier, même celles qui ont une apparence “pathologique”.

De façon “conspiratrice” (au sens d'un modèle), le thérapeute peut ensuite faire sienne “la chose du patient”, ce qui correspond à une orientation consciente de l'identification projective. Cependant, en notre cas, le thérapeute re-projette les qualités positives du projet primaire de son patient sur celui-ci, après avoir rejoint leur affectivité propre par l'intropathie. Lors de ce procédé, le thérapeute met systématiquement entre parenthèses les représentations normatives (le “il faut”) de l'idéal de moi, avec ses effets destructeurs, chez beaucoup de patients. Cela ne doit pas se réaliser par le seul sérieux. Ici, c'est plutôt l'humour, avec son clin d'oeil ironique, qui s'offre comme méthode de choix pour relativiser les absolutisations rigides émanant de la sphère structurelle du sur-moi.

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

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

Natürlich ist nicht damit zu rechnen, daß die Tage des analytischen Standardverfahrens in Deutschland gezählt sind, denn sie hat ihre besondere Effizienz in

den vergangenen Jahrzehnten hinreichend unter Beweis gestellt. Außerdem steht ohne Zweifel fest, daß analytische Kurztherapien im Hinblick auf die *Indikation\** verschiedenen Einschränkungen unterliegen. Zudem wird die analytische Langzeittherapie auch als „eine fortgesetzte, zeitlich nicht befristete *Fokalthherapie* mit wechselndem Fokus“ verstanden (Thomä und Kächele, 1989, Bd. 1, S. 359). Unter diesen Voraussetzungen dürfte das Interesse an den bewährten Verfahren einer tiefenpsychologisch fundierten Kurztherapie ebenso zunehmen, wie dies in den Vereinigten Staaten seit vielen Jahren schon der Fall ist (vgl. Goleman, 1981). Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil diese eine echte Alternative zu neuentwickelten kognitiven oder strategischen Ansätzen darstellen (vgl. Yapko, 1989).

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

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

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

Einer der frühesten Kurztherapieansätze wurde in Chicago unter der Anleitung von Franz Alexander ab 1938 erprobt, systematisiert und katamnestic abgesichert (vgl. Alexander und French, 1946; Alexander, 1965; French, 1970). Dem Einwand, Kurztherapien würden lediglich einer oberflächlichen kognitiven Erkenntnisvermittlung dienen und die Übertragungsdynamik un-

berücksichtigt lassen, versuchte man durch das Konzept der „Übertragungsmanipulation“ zu begegnen. Dies bedeutet, daß der Therapeut gezielt eine *realitätsbezogene* empathische Beziehung zum Patienten herzustellen sucht, die sich deutlich unterscheidet von der Qualität der ursprünglichen Beziehung zu den „versagenden, strafenden, indifferenten oder überpermissiven Eltern“ (Alexander und French, 1946, S. 53). Es besteht eine Entsprechung zu Ferenczi (1931, 1927/1964) „elastischer psychoanalytischer Technik“. Das Schwergewicht der therapeutischen Arbeit beruht hier also auf einer aktiven Steuerung der Übertragung, die sich sowohl auf die aktuellen Lebensverhältnisse des Patienten bezieht als auch auf die spezifischen Erfahrungen in der Interaktion mit dem Therapeuten: „Die optimale Intensität der Übertragung, also die Wiederholung der Vergangenheit in der analytischen Situation, (soll) durch verschiedenste Aktivitäten (reguliert werden)“ (Klüwer, 1977, S. 1135). Dabei kann und soll sich jene „korrigierende emotionale Erfahrung“ auf Seiten des Patienten ergeben, die zu einer Beendigung von bestimmenden neurotischen Wiederholungszwängen im Zusammenhang mit dem entsprechenden „Kernkonflikt“ führt: Diese Übertragungserfahrungen stellen „Vorbereitungen, ein Training für die wirkliche Schlacht (des Lebens) dar“ (Alexander und French, 1946, S. 38).

### 2. Die Londoner „Werkstatt“: Fokussierung und Thematisierung (der „interpretative Ansatz“)

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

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

Manifestationen des fokussierten Konflikts in der Vergangenheit der Lebensgeschichte, der aktuellen Gegenwart und der Unmittelbarkeit der Übertragung hergestellt werden. Auf Abwehrhaltungen wird wenig Rücksicht genommen, da der Patient mit allen Gefühlen, die mit dem fokussierten Konflikt zusammenhängen (Ärger, Angst, Traurigkeit) konfrontiert werden soll (Sifneos, 1973, S. 115).

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

Leopold Bellaks Kurztherapie zeichnet sich durch die unkonventionelle Grundannahme aus, dem Patienten gezielt und ohne Umschweife eben das zu vermitteln, dessen er in seiner akuten seelischen Notfallsituation am meisten bedarf: die Stärkung seines Selbstwertgefühls (Bellak, 1979; Bellak und Small, 1972). Hierin entspricht Bellaks Anliegen in manchem dem teleoanalytischen Ansatz von Rudolf Dreikurs, der auf eine „Spiegeltechnik“ zurückgreift, „die den Patienten mit seinen Zielen und Absichten konfrontiert“ (Dreikurs, 1980, S. 24), diesen aber gleichzeitig auch ermutigt und in seinem Selbstvertrauen stärkt. Dies setzt voraus, daß der Therapeut „von der Stärke des Patienten und dessen (positiver) Entscheidungskraft überzeugt ist“ (ebd., S. 106). In Entsprechung geht Bellak (1979, S. 565) davon aus, daß schon allein das uneingeschränkte empathische Interesse des Therapeuten an der Lebensgeschichte des Patienten diesem eine „narzißtische Befriedigung“ vermittelt, die zur raschen Herstellung des therapeutischen Bündnisses führt. Der Therapeut soll deshalb konsequent bestrebt sein, ein mitfühlendes Verständnis für die Probleme und Anliegen des Patienten aufzubringen, um dadurch ein „Gefühl von Hoffnung“ (ebd., S. 566) zu schaffen. Dabei soll der Therapeut aktiv vorgehen, insbesondere im Hinblick auf eine „Modifikation von Über-Ich, Ich-Ideal und Introjekt“. Der Therapeut selbst bietet sich dabei insofern als „Modifikator“ an, als er im Rahmen des realen Interaktionsgeschehens konkretes Material unmittelbar einbringt, indem er etwa Anekdoten über sich selbst erzählt oder Sichtweisen anbietet, „die im Gegensatz zu den meisten der üblichen Verfahrensweisen der Psychoanalyse oder Langzeittherapie stehen“ (ebd., S. 569; vgl. auch Becks [1974, S. 40 ff] Ausführungen über „Fremdbeispiele“). Hier ergibt sich eine Affinität zum strategischen Kurztherapieansatz Milton Ericksons (vgl. Rosen, 1990) und zu Salamehs (vgl. 1987) humorbezogener *Integrativer Kurzzeit-Psychotherapie*.

Auch Goldberg (1973) und Mann (1978) sehen in der raschen Herstellung einer empathischen Beziehung mit dem Patienten die wesentliche Voraussetzung für die Bewältigung von frühen Trennungskonflikten. Dies soll, im Sinne einer emotionalen Neuerfahrung, Autonomie und Selbstachtung vermitteln. Goldberg geht im Anschluß an Kohut davon aus, daß der eigentliche Anlaß für das Aufsuchen eines Therapeuten in einer „narzißtischen Verletzbarkeit“ zu sehen ist. Aufgabe des Therapeuten sei deshalb, dem Patienten „als Selbst-Objekt zu dienen, das eine reflektierende und beschützende Funktion erfüllt und dem Patienten hilft, sich

von der erlittenen Verletzung zu erholen und seine organisierenden Phantasien wiederherzustellen“ (Burke et al., 1979, S. 177). Dabei soll der Therapeut nicht zögern, selbst „primitive Idealisierungen“ zu tolerieren, die ihm der Patient im Rahmen der Übertragung entgegenbringen mag, da dies eine pragmatische Voraussetzung zur Wiedererlangung des „narzißtischen Gleichgewichts“ (ebd., S. 180) sei.

### 4. Spezifische Bestimmungsmerkmale von tiefenpsychologisch fundierten Kurztherapien

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

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

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

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

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

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

Ursprünglich hatte Melanie Klein (vgl. 1946) dies als eine unbewußte Abspaltung von affektiven Selbstantei-

len verstanden, die in einen anderen Menschen, z.B. den Analytiker, „hineingesteckt“ bzw. bei ihm „abgeladen“ werden, um diese Affekte besser kontrollieren zu können. Solche Abwehrvorgänge, die im Sinne der ursprünglichen Konzeptualisierung ausdrücklich als psychopathologisch relevant aufgefaßt wurden, können – gerade wegen ihrer interaktionalen Bedeutung – auch therapeutisch genutzt werden. So weist Zwiebel (1988) im Anschluß an Bion (1977) darauf hin, daß es neben dem ursprünglich pathologischen Aspekt der projektiven Identifikation auch eine *normale* Bedeutung gibt, die „an Vorgängen wie Empathie, Intuition (oder) Verliebtheit ... beteiligt (ist)“ (Zwiebel, 1988, S. 260).

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

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

Ogden (1982) geht allerdings noch weiter. Er fordert den Therapeuten nachgerade auf, sich die affektive Problematik des Patienten tatsächlich zueigen zu machen:

„Fühlt sich der Patient hoffnungslos, als nicht lebenswert und als nicht behandelbar, dann muß der Therapeut das Gefühl ertragen, daß er als Therapeut und Therapierender ohne Wert für diesen hoffnungslosen Patienten ist ...“ (ebd., S. 30).

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

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

Eine lebensphänomenologische Begründung für diese Haltung gibt Michel Henry (1992, S. 210, S. 218), der von „intropathischer Gemeinschaftlichkeit“ als Basis

der Fremderfahrung spricht. Der Begriff „Intropathie“ geht dabei über den der „Empathie“ hinaus. Er meint nämlich ein affektives Sich-hinein-Versetzen in das „Dasein des Anderen“ (vgl. auch Kühn, 1994). Intropathische Gemeinschaftlichkeit wird möglich, weil die affektive Befindlichkeit des Patienten im Modus des personalen Mit-Seins vom Therapeuten als „Mit-Pathos“ gelebt wird, als ein gemeinsames affektives Sein:

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

## 6. „Irrationale“ (paradoxe) therapeutische Bündnisse

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

Es ist unbestreitbar, daß das Erleben bzw. Nacherleben von regressiven Wünschen im Rahmen einer Kurztherapie nicht ihrer psychodynamischen Eigengesetzlichkeit entsprechend zur allmählichen Entfaltung kommen kann. Deshalb sollte diese Tendenz zentral im Auge behalten und gezielt in das interaktionale Geschehen integriert werden. Der Therapeut wird sich mithin auf ein intropathisches Bündnis einstellen, in dessen Rahmen er gerade das primärprozeßhaft „Unvernünftige“ im Übertragungsgeschehen wohlwollend akzeptiert und bereichsweise sogar anregt. Dies ermöglicht die unmittelbare und rasche Bewußtmachung „verborgener“ psychodynamischer Zusammenhänge ebenso wie die Auflösung von Widerstandstendenzen (vgl. Davanloo, 1986). Es ist dies sicherlich ein Vorgehen, das aus der Perspektive rationaler Therapieverfahren *paradox* erscheinen mag.

Shulman (1980) führt in seiner Darstellung tiefenpsychologisch fundierter Methoden der Schizophreniebehandlung entsprechende unkonventionelle Techniken an (ebd., S. 113 ff.). Die vielleicht wichtigsten Hinweise für die Herstellung eines „irrationalen Bündnisses“ finden sich aber in einem kurzen Artikel von Jackson (1963) über die Behandlung paranoider Patienten. Jackson legt dabei zunächst großen Wert auf die Herstellung einer von Aufrichtigkeit und Wärme geprägten therapeutischen Beziehung. Der Therapeut bie-

tet sich dem Patienten als Partner an. „Er dient auch als ein Modell, das demonstriert, daß mehr (Erkenntnis) herauszufinden ist; und er hilft dem Patienten, Distanz gegenüber seinen defensiven Selbstzweifeln zu bewahren.“ (Jackson, 1963, S. 307).

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

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

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

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

sich aufgenommen hatte (Furcht vor Verschmelzung / Wunsch nach Verbundenheit; Furcht vor völligem Getrenntsein / Wunsch nach Trennung).

## 7. Die „konspirative Allianz“

Auf der strategischen Linie dieser Vorgehensweise liegt auch die „konspirative Methode“, die vor dem Hintergrund der Persönlichkeitstheorie der Adlerschen Individualpsychologie für kurztherapeutische Zwecke konzipiert wurde (vgl. Titze, 1978, 1979, S. 316 ff, 1985, 1987). Grundanliegen der individualpsychologischen Therapie ist es, jenen „reziproken Verstehensprozeß“ anzuregen, der in einem kognitiv und affektiv so erlebten „dialogischen Perspektivenwandel“ resultiert (Titze, 1989). Hierzu bedarf es auf seiten des Therapeuten einer beständigen Kontrolle der Gegenübertragung, um den sich in der Analyse vollziehenden Prozeß identifikatorischen Verstehens konsequent zu fördern. Der Therapeut soll i.S. der phänomenologischen „Reduktion“ (vgl. Husserl, 1959, 1973) mithin alle aus dem Bereich der („äußeren“) realen Welt abgeleiteten sekundär-normativen Vorstellungen (Titze, 1992) ebenso „ausklammern“ wie seine eigenen persönlichkeitspezifischen Apperzeptionsweisen, Sicherungstendenzen und Affekte. Dies zu dem einen Zweck, daß er sich möglichst weitgehend in das (unbewußte) „primäre Bezugssystem“ (Titze, 1986) seines Patienten einfühlen bzw. sich an den spezifischen, „privatlogischen“ Leitlinien des „Kindes im Patienten“ orientieren kann. In diesem Prozeß von Intropathie wird der Therapeut im Modus reziproker Identifikation zusammen mit dem Patienten die lebendige Sinnhaftigkeit erspüren, die dessen Lebensäußerungen, selbst den vordergründig pathologischen, innewohnt.

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

Als Beispiel sei eine Gesprächssequenz mit einer depressiven Patientin angeführt.

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

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

P (interessiert): „Warum?“

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

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

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

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

T: „Ganz im Vertrauen: *Ich* wäre es! Denn schauen Sie, wir haben heute die zehnte Stunde, und es geht Ihnen immer noch



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

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

### 8. Zusammenfassende Betrachtung

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

In der vorliegenden Arbeit wird die Möglichkeit eines integrativen kurztherapeutischen Vorgehens diskutiert. Als Voraussetzung dafür wird eine aktive Steuerung von Übertragung und Gegenübertragung durch den Therapeuten angesehen, die eine schnelle Auflösung von Widerstandstendenzen gewährleisten soll. Dadurch kann es zur Herstellung einer „konspirativen Allianz“ kommen, in deren Rahmen die fokale Bearbeitung entsprechender Kernkonflikte im Modus reziprok projektiver Identifikation möglich wird. Dieses – im Vergleich zum analytischen Standardverfahren „unkonventionelle“ – Vorgehen ähnelt zwar vordergründig den paradoxen Interventionen und Symptomverschreibungen strategischer Therapieansätze. Methodisch folgt es aber konsequent den Prämissen des interaktionalen Modells tiefenpsychologischer Psychotherapie.

### Literatur

Adler A (1974) Die Technik der Individualpsychologie 2. Die Seele des schwererziehbaren Schulkindes. Fischer, Frankfurt

- Alexander F (1965) Psychoanalytic contributions to short-term psychotherapy. In: Wolberg LR (ed) Short-term psychotherapy. Grune & Stratton, New York, pp 84–126
- Alexander F, French TM (1946) Psychoanalytic therapy. Ronald Press, New York
- Balint M (1972) Focal psychotherapy. Lippincott, Philadelphia
- Balint M, Ornstein P, Balint E (1973) Fokalthherapie. Suhrkamp, Frankfurt
- Beck D (1974) Die Kurzpsychotherapie. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Bellak L (1979) The therapeutic relationship in brief psychotherapy. Am J Psychother 33: 564–571
- Bellak L, Small L (1972) Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Suhrkamp, Frankfurt
- Bion WR (1977) Seven servants. Jason Aronson, London New York
- Burke JD, White HS, Havens LL (1979) Which short-term therapy? Arch Gen Psychiat 36: 177–186
- Davanloo H (1986) Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly resistant patients: 1. Handling resistance. Intern J Short-Term Psychoth 1: 107–133
- De Shazer S (1989) Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- De Shazer S (1992) Das Spiel mit Unterschieden. Auer, Heidelberg
- Dreikurs R (1980) Zur Psychotherapie in der Medizin. Reinhardt, München Basel
- Ferenczi S (1927/1964) Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. In: Bausteine der Psychoanalyse, Bd 3. Huber, Bern, S 380–398
- Fisch R, Weakland JH, Segal L (1989) Strategien der Veränderung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Friedman L (1969) The therapeutic alliance. Int J Psychoanal 50: 139–153
- Goldberg A (1973) Psychotherapy of narcissic injuries. Arch Gen Psychiatry 28: 722–726
- Goleman D (1981) Deadlines for change: therapy in the age of reagonomics. Psychology Today August 1981: 60–69
- Grotstein J (1981) Splitting and projective identification. Jason Aronson, London New York
- Henry M (1992) Radikale Lebensphänomenologie. Alber, Freiburg
- Hinz H (1989) Projektive Identifikation und psychoanalytischer Dialog. Psyche 7: 615–631
- Hoffmann N (Hrsg) (1979) Grundlagen kognitiver Therapie. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Husserl E (1959) Erste Philosophie. Zweiter Teil: Theorie der phänomenologischen Reduktion. Husserliana VIII. Martinus Nijhoff, Den Haag
- Husserl E (1973) Die Idee der Phänomenologie. Husserliana II. Martinus Nijhoff, Den Haag
- Jackson DD (1963) A suggestion for the technical handling of paranoid patients. Psychiatry 26: 306–307
- Klein M (1946) Notes on some schizoid mechanisms. Int J Psychoanal 17: 99–110
- Klüwer R (1977) Psychoanalytische Fokalthherapie. In: Eicke D (Hrsg) Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. III – Freud und die Folgen (2). Kindler, Zürich, S 1134–1143
- Klüwer R (1985) Versuch einer Standortbestimmung der Fokalthherapie als einer psychoanalytischen Kurztherapie. In: Leuzinger-Bohleber M (Hrsg) Psychoanalytische Kurztherapien. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 94–111
- Kühn R (1994) Selbstaffektion und Existenz in Psychotherapie und Phänomenologie. Passagen Verlag, Wien
- Laplanche J, Pontalis JB (1973) Das Vokabular der Psychoanalyse, Bd 1. Suhrkamp, Frankfurt
- Larbig W (1983) Psychoanalytische Konzepte der Therapeuten-Klienten-Beziehung. In: Zimmer D (Hrsg) Die therapeutische Beziehung. Edition Psychologie, Weinheim, S 98–113
- Leuzinger-Bohleber M (1985) Psychoanalytische Fokalthherapie – eine klassische psychoanalytische Kurztherapie in Institu-

- tionen. In: Leuzinger-Bohleber M (Hrsg) Psychoanalytische Kurztherapien. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 54–92
- Leuzinger-Bohleber M, Grüntzig-Seebrunner M (1993) Fokaltherapie – Krisenintervention – psychoanalytische Beratung. In: Mertens W (Hrsg) Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart
- Malan D (1965) Psychoanalytische Kurztherapie. Klett, Stuttgart
- Malan D (1976) The frontier of brief psychotherapy. Plenum Medical Book, New York
- Mann J (1978) Psychotherapie in 12 Stunden. Zeitbegrenzung als therapeutisches Instrument. Walter, Olten
- Ogden TH (1982) Projective identification and therapeutic technique. Jason Aronson, London New York
- Petzold H (1993) Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold H, Sieper J (Hrsg) Integration und Kreation, Bd 1. Junfermann, Paderborn, S 267–339
- Racker H (1993) Übertragung und Gegenübertragung. Reinhardt, München
- Rado S (1965) Relationship of short-term psychotherapy to developmental stages of maturation and stages of treatment behavior. In: Wolberg LR (ed) Short-term psychotherapy. Grune & Stratton, New York London
- Rogers CR (1972) Die nicht-direktive Beratung. Kindler, München
- Rogers CR (1973) Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Kindler, München
- Rosen G (Hrsg) (1990) Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson. Iskopress, Hamburg
- Rosenfeld H (1987) Impasse and interpretation. Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytical treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients. Tavistock, London
- Salameh WA (1987) Humor in integrative short-term psychotherapy (ISTP). In: Fry WF, Salameh WA (eds) Handbook of humor and psychotherapy: advances in the clinical use of humor. Professional Resource Exchange, Sarasota, FL, pp 195–240
- Shulman BH (1980) Individualpsychologische Schizophreniebehandlung. Reinhardt, München
- Sifneos PE (1973) Short-term psychotherapy and emotional crisis. Harvard University Press, Cambridge
- Sifneos PE (1979) Short-term dynamic psychotherapy: evaluation and technique. Plenum, New York
- Thomä H, Kächele H (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 1 und 2. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Titze M (1978) Objekte als Merkmalsträger bei Kindern, Schizophrenen und Angehörigen von Naturvölkern. Z Individualpsychol 3: 157–165
- Titze M (1979) Lebensziel und Lebensstil. Grundzüge der Teleoanalyse nach Alfred Adler. Pfeiffer, München
- Titze M (1985) Heilkraft des Humors. Herder, Freiburg
- Titze M (1986) Affektlogische Bezugssysteme. Z Individualpsychol 11: 103–110
- Titze M (1987) The conspirative method: applying humoristic inversion in psychotherapy. In: Fry WF, Salameh WA (eds) Handbook of humor and psychotherapy: advances in the clinical use of humor. Professional Resource Exchange, Sarasota, FL, pp 287–306
- Titze M (1989) Beziehung und Deutung in der Individualpsychologie – oder: Reziprokes Verstehen und dialogischer Perspektivenwandel. In: Reinelt T, Datler W (Hrsg) Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 39–56
- Titze M (1992) Zur intersubjektiven Bestimmung von Normalität. In: Kühn R, Petzold H (Hrsg) Psychotherapie und Philosophie. Junfermann, Paderborn, S 159–180
- Titze M (1995) Über sich selbst lachen. Frühe Beschämungen durch Therapeutischen Humor heilen. Kösel, München
- Titze M, Salameh WA (1995) Thematisierung. In: Brunner R, Titze M (Hrsg) Wörterbuch der Individualpsychologie. Reinhardt, München
- Titze M, Eschenröder C, Salameh WA (1994) Therapeutischer Humor – ein Überblick. Integrat Therapie 20: 200–234
- Yapko M (1989) Brief therapy approaches to treating anxiety and depression. Brunner & Mazel, New York
- Zwiebel R (1988) Einige Bemerkungen über die Rolle der projektiven Identifizierung in der analytischen Beziehung. In: Kutter P, Páranó-Ortega R, Zagermak P (Hrsg) Die psychoanalytische Haltung. Verlag Internationale Psychoanalyse, München Wien, S 259–277

**Korrespondenz:** Dr. Michael Titze, Hattingerweg 5a, D-78532 Tuttlingen, Bundesrepublik Deutschland.

*Dr. Michael Titze, Jahrgang 1947. Individualpsychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis. Arbeitsschwerpunkte: Kurztherapeutische Interventionen bei Schamangst, Erprobung „therapeutischen Humors“ im Rahmen der Gruppenpsychotherapie.*