

Originalien

Psychotherapeut 2013 · 58:56–62
 DOI 10.1007/s00278-012-0953-5
 Online publiziert: 7. Dezember 2012
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Redaktion

M. Cierpka, Heidelberg

Marie-Luise Hermann¹ · Nicole Dürler² · Gila Rohrer³ · Brigitte Boothe¹

¹ Klinische Psychologie, Psychotherapie & Psychoanalyse, Universität Zürich, Schweiz

² Klinik im Hasel, Gontenschwil, Schweiz

³ Psychotherapeutische Tagesklinik, Universitäre Psychiatrische Klinik, Basel, Schweiz

Beziehungs- und Kommunikationskonzept der Kreditierung

Ein Patient erhofft sich vom psychotherapeutischen Helfer „Kredit“ für Veränderungen und inneres Wachstum, indem dieser ihm zu Beginn Zutrauen in seine Fähigkeiten und sein Entwicklungspotenzial zuschreibt. Für ein tragfähiges Arbeitsbündnis muss jedoch auch der Patient den Therapeuten als kompetenten Begleiter besetzen können. Das initiale Aushandeln des therapeutischen Kredits entscheidet so über das Zustandekommen eines gegenseitigen Vertrauensvorschlusses als Grundlage des Arbeitsbündnisses. Kann die Analyse dieser Kreditierungen einen Beitrag zur Beschreibung/Vorhersage der Arbeitsbeziehung oder der therapeutischen Allianz leisten?

Hintergrund

Als zentraler Wirkfaktor und Prädiktor für den Therapieerfolg gilt unumstritten die Qualität der therapeutischen Beziehung. Nach zahlreichen Outcome-Untersuchungen zur therapeutischen Allianz steht nun deren Bildung und Veränderung im Therapieprozess im Vordergrund (Horvath 2005; Safran u. Muran 2000). Noch relativ wenige Studien untersuchen, wie die Allianz hergestellt wird und wirkt. Dazu bieten sich qualitative Methoden an (Hill u. Knox 2009). Im Fokus des Interesses steht die Frage, wie Patient und Therapeut den „Kredit“ für eine Psychotherapie aushandeln und einen „Pakt“ schließen.

Wirkfaktoren der therapeutischen Beziehung

Dass die allgemeinen, allen Therapierichtungen gemeinsamen Faktoren wie Empathie, Wärme und v. a. die Qualität der therapeutischen Beziehung einen stärkeren Einfluss auf den Therapieerfolg haben als die spezifische Technik, wurde vielfach repliziert (z. B. Lambert u. Barley 2008).

Was Freud als „zärtliche Einstellung zum Analytiker, die positive Übertragung“ umschreibt, und wie sich der Analytiker „mit dem Ich der Objektperson verbünden“ und einen „Pakt schließen“ soll (Freud 1937c, S. 78 ff.), wurde später ausdifferenziert: Zetzel (1956) nimmt die frühe Mutter-Kind-Beziehung zum Vorbild der *therapeutischen Allianz*, während Greenson (2000, S. 59) das *Arbeitsbündnis* („working alliance“) als „die relativ unneurotische, rationale Beziehung“ in der analytischen Situation versteht, um darin „zielstrebig zu arbeiten“. Deserno (2000, S. 75) kritisiert daran die Betonung des Arbeitsaspekts des Patienten als „Bringschuld“, während der Bündnisaspekt auch gemeinsame unbewusste Inszenierungen von Übertragung und Gegenübertragung enthalte.

Häufig verwendete Fragebogeninstrumente wie der Pennsylvania Helping Alliance Questionnaire (HAQ) basieren auf der „hilfreichen Beziehung“ von Alexander u. Luborsky (1986) oder der Working Alliance Inventory (WAI; Horvath u. Greenberg 1989) auf den 3 Allianzkom-

ponenten „goals, tasks and bonds“ von Bordin (1976).

Wenn gilt, dass die therapeutische Beziehung wirkt, bleibt die Frage, wie eine vom Patienten als hilfreich erlebte Beziehung aufgebaut wird und wirkt, von der empirischen Fragebogenforschung schwer erfassbar. Hier eröffnet die detaillierte, textnahe qualitative Forschung mit hohem Praxisbezug vielversprechende Aussichten (Hill u. Knox 2009).

Modell Kreditierung (zutrauen und zumuten)

Das Beziehungs- und Kommunikationskonzept der *Kreditierung* beschreibt zunächst eine elterliche Haltung, dem Kind zukünftige Fähigkeiten und Entwicklungspotenzial zuzuschreiben. Sie vermittelt dem Kind, was die 3-fache Bedeutung des englischen „to credit“ enthält (Boothe u. Heigl-Evers 1996, S. 133):

- jemanden anerkennen,
- ihm etwas zutrauen und
- Glauben schenken.

Diskreditierung bezeichnet negative Zuschreibungen oder das Absprechen von Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten mit entwicklungshemmender und entmutigender Wirkung.

Grimmer (2006) sowie Boothe u. Grimmer (2005) übertrugen das Modell auf die therapeutische Beziehung, basierend auf Bezügen zur Übertragungs- und Arbeitsbeziehung, der Bindungs- und

Tab. 1 Beispiele der Selbst(dis)kreditierungen, Sitzung 1

Segment	Paraphrase	Reformulierung	Kreditierung	Kategorie
2	Ich komme nicht weiter im Leben; immer wieder das Gleiche; dann geht es wieder gut und dann schlecht, es geht immer rauf und runter; ich komme immer wieder an den gleichen Punkt, wo ich anfangen zu überlegen, was will ich überhaupt	P: Lebensmeisterung R: Höhen und Tiefen bewältigen I: Überlegungen Z: Ich komme nicht weiter im Leben	SD	Unfähigkeit
6	Gibt es Tage oder Zeiten, wo ich denke, es ist alles dasselbe oder es lohnt sich nicht, sich schön anzuziehen; habe ich endlose Tage vor mir, wo ich zu nichts Lust habe; dann bin ich halt aufgestanden und habe irgendetwas, habe den Tag einfach so vertan, ohne irgendwas zu machen	P: Etwas unternehmen R: Energie, Lust, Wille I: Sich auffraffen, großer Kraftesinsatz, nichts tun Z: Lustlosigkeit	SD	Unfähigkeit
8	Ist wirklich ganz schlimm gewesen, ich habe mir schon meine Suizidarten vorgestellt; dann habe ich gedacht, so weit ist es jetzt, jetzt musst du was unternehmen	P: Suizidgedanken R: Lebenswille, Kraft I: Erschrecken Z: Etwas unternehmen müssen	SK	Wille
12	Ich hab's Gefühl, in meinem Beruf geht's nicht weiter, wenn ich so meine Mutter anschau, bei der geht's nicht weiter, da ist seit 100 Jahren das Gleiche, und irgendwie hab ich das Gefühl, in meinem Leben sei das genau gleich, und wenn ich sie so sehe, wie die verbittert ist, dann habe ich das Gefühl, ich werde dann auch so wie sie jetzt, und darauf hab ich keine Lust, irgendwas muss ich machen, dass ich aus dem Kreislauf herauskomme	P: Vergleich mit Mutter R: Mut zur Veränderung, Hilfe suchen I: Keine Lust auf das Immergleiche Z: Aus dem Kreislauf herauskommen wollen	SK	Wille

I Investition, P Projekt, R Ressourcen, SD Selbstdiskreditierung, SK Selbstkreditierung, Z Zusprache.

Objektbeziehungstheorie sowie Befunden zur Eltern-Kind-Kommunikation. Gemäß Bowlbys Metapher des Therapeuten als „sichere Basis“ für die Exploration des Patienten (Bowlby 1988), kann Empathie im engeren Sinn – als Einfühlung in das Erleben des Patienten – der dyadischen mütterlich-haltenden und spiegelnden Funktion zugeordnet werden. Weiterentwicklung gelingt jedoch nur, wenn der Therapeut sich auch in abgewehrte, dem Patienten noch verschlossene Anteile einfühlt (Kernberg 1994, S. 310); er soll ihm hierzu Zugang vermitteln und ihm etwas Neues *zutrauen und zumuten*. Diese *kreditierende Haltung* entspricht der triadischen väterlichen Perspektive, die zu Exploration, Expansion und Konfrontation mit noch Unbekanntem ermutigt, Zuversicht weckt und als herausfordernder „Entwicklungsschrittmacher“ wirkt.

Ein Patient sucht therapeutische Hilfe in einer Situation subjektiver Schwäche und mit geringem Vertrauen in eigene Problemlösefähigkeiten. Er erhofft sich vom professionellen Helfer „Kredit“ für Veränderungen und inneres Wachstum. Kann der Therapeut ihm zu Beginn Zutrauen in seine Fähigkeiten und sein Entwicklungspotenzial zuschreiben, trägt dies als Erwartungseffekt zu einem erfolgreichen Verlauf bei (Rudolf 1991, S. 218). Für ein tragfähiges Arbeitsbündnis muss jedoch auch der Patient den Therapie-

ten als hilfreiche, vertrauenswürdige Person und kompetenten Begleiter besetzen können. Das initiale *Aushandeln des therapeutischen Kredits* entscheidet so über das Zustandekommen eines gegenseitigen Vertrauensvorschlusses als Grundlage des Arbeitsbündnisses. Im Laufe der Therapie soll der Patient Mut und Selbstvertrauen in herausfordernde Schritte der Selbstexploration investieren (Bowlby 1988). Mit einem kreditierenden Anderen wird er dabei in seinem Akteur- statt Opferstatus gestärkt (Boothe u. Hermann 2011; Grimmer 2006). Neben der *impliziten kreditierenden Haltung* ermittelte Grimmer (2006) in Therapietranskripten mithilfe der Konversationsanalyse *explizite Formen des Kreditierungshandelns*. Darin wird der Patient in Bezug auf ein bestimmtes Therapieziel als eine entwicklungsfähige und kompetente Person explizit anerkannt.

Studiendesign und Untersuchungsmethode

Datenmaterial und Design

Das präsentierte Datenmaterial stammt aus einer psychoanalytischen Kurztherapie der Patientin Elsa D. (Name geändert) an der Praxisstelle der Universität Zürich. Die 27-jährige Elsa D. litt seit mehreren Jahren unter depressiven und dyspho-

rischen Stimmungsschwankungen. Als erstmals Suizidgedanken auftauchten, war sie alarmiert und suchte Hilfe. Nach 5 Abklärungssitzungen wurde eine 20-stündige Fokalthherapie vereinbart. Die Patientin wurde vorab über eine mögliche Videoaufzeichnung informiert und stimmte dieser sowie deren Verwendung für Lehr- und Forschungszwecke schriftlich zu. Sie kannte ihr nachträgliches Widerrufsrecht.

Boothe (1994, S. 166) beschreibt in einer erzählanalytischen Studie einen „versperrten Einstieg“ in den Dialog zwischen Elsa D. und der Therapeutin, die von Anfang an „nicht das zuversichtliche Gefühl einer grundsätzlichen gemeinsamen Verständigungsebene“ entwickelte und von einer Unzugänglichkeit und einem Unbehagen in der therapeutischen Beziehung sprach. Zur Ergänzung dieser früheren Befunde wurden nun alle Kreditierungsformen in 4 Abklärungsgesprächen (Dürler 2010) sowie der 5. Abklärungssitzung und den Therapiesitzungen 11, 18 und 25 (Rohrer 2010) untersucht.

Kreditierungsanalyse

Die hypothesengeleitete inhaltsanalytische Kreditierungsanalyse wurde zur systematischen Untersuchung von Therapietranskripten und narrativen Interviews entwickelt und über 4 Einschlusskriterien

operationalisiert (Hermann 2009): Kreditierung beinhaltet:

1. ein herausforderndes *Projekt* (z. B. Therapieziel, Entwicklungsschritt),
2. das *Ressourcen* erfordert und
3. ein für die Person wichtiges Anliegen enthält, sodass diese dafür *Investitionen* vornimmt.

4. Dies wird in der eigentlichen Kreditierungs- oder Diskreditierungshandlung in Form einer *Zusprache* von Kompetenz oder Anerkennung bzw. Schwäche oder Absprache von Fähigkeiten bewertet.

Die Kriterien müssen im Text vorhanden sein und in einer Reformulierung nachvollziehbar gemacht werden. Neben der wechselseitigen interaktionellen (Dis-)Kreditierung zwischen Therapeut und Patient werden auch Zuschreibungen des Patienten als Selbst(dis)kreditierungen erfasst, z. B. was er sich in Bezug auf sein Anliegen zutraut, sowie Fremd(dis)kreditierungen dritter Personen, häufig der engsten Bezugspersonen. Sie geben Aufschluss über vorhandene Bewältigungsformen und sich wiederholende Beziehungsmuster. Durch Überprüfung der Codierung durch einen zweiten Rater, Diskussion und Konsens-Rating wird den Gütekriterien der qualitativen Forschung Rechnung getragen.

Fragestellungen

Die Studien zu Elsa D. sollten alle Kreditierungsformen erfassen sowie darin vorherrschende Muster und ihre Einordnung in die Beziehungsdynamik darstellen. Weitere Anwendungen der Methode zeigten individuelle Beziehungs- und Kreditierungsmuster zur biografischen Bilanzierung im Lebensrückblick sowie charakteristische Auslösesituationen für Suizidversuche auf.

Ergebnisse

Elsas Therapiemodell im Erstgespräch

An charakteristischen Beispielen werden im Folgenden Elsas Selbstpräsentation und das Aushandeln des therapeutischen Kredits demonstriert. Die tabellarische Darstellung zeigt jeweils das Transkriptsegment als zusammengefasste Paraphra-

Psychotherapeut 2013 · 58:56–62 DOI 10.1007/s00278-012-0953-5
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Marie-Luise Hermann · Nicole Dürler · Gila Rohrer · Brigitte Boothe

Beziehungs- und Kommunikationskonzept der Kreditierung

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist wesentlich für den Therapieerfolg. Wie eine Allianz entsteht, wird mit dem Konzept der Kreditierung als therapeutische Haltung des Zutrauens und Zumutens von Entwicklungspotenzial beleuchtet.

Material und Methoden. Die qualitative Kreditierungsanalyse untersucht in Therapietranskripten, wie der initiale „Kredit“ für eine Therapie als Grundlage des Arbeitsbündnisses gebildet und im Verlauf verhandelt wird. Dies wird an Beispielen aus der Kurztherapie der Patientin Elsa D. illustriert.

Ergebnisse. Obwohl Therapiemodelle und -ziele zwischen Elsa D. und der Therapeutin offen ausgehandelt werden, kommt keine explizite Einigung im Sinne eines Pakts zustande. Der Kredit der Therapeutin bleibt unbeantwortet.

Schlussfolgerung. Das Forschungsinstrument erfasst deskriptiv wichtige Aspekte der hilfreichen Beziehung und therapeutischen Allianz.

Schlüsselwörter

Professioneller-Patient-Beziehung · Vertrauen · Allianz · Kooperatives Verhalten · Qualitative Forschung

Relationship and communication concept of giving credit

Abstract

Background. The quality of a therapeutic relationship is essential for a successful therapy. How a therapeutic alliance forms is illuminated with the concept of giving credit as a therapeutic attitude of encouraging and challenging the patient's potential for development.

Material and methods. The qualitative crediting analysis examines in therapy transcripts how the initial credit for therapy as a basis for the working alliance is formed and negotiated throughout therapy. This is illustrated by examples from the brief psychotherapy of the patient Elsa D.

Results. Although therapy models and aims are openly negotiated between Elsa D. and the therapist, no explicit agreement in terms of a pact comes about. The therapist's credit remains unanswered.

Conclusion. The research instrument compiles descriptively important aspects of the helpful relationship and therapeutic alliance.

Keywords

Professional-patient relationship · Trust · Alliance · Cooperative behavior · Qualitative research

se, das anhand der Einschlusskriterien reformuliert und mit der Kreditierungsform und einer Oberkategorie versehen wird (■ Tab. 1).

Elsa beginnt das Erstgespräch mit selbstdiskreditierenden Schilderungen ihres stagnierenden Lebensgefühls [Segmente (S)2 und 6]. Als sich dieses bis zu Suizidgedanken zuspitzte, fand sie, nun müsse sie etwas unternehmen (S8). Aus Sicht ihrer noch antriebsloseren Freundin habe sie keinen Grund zur Unzufriedenheit; sie sei jung, gesund, habe einen guten Job und sollte dies genießen können. Die Therapeutin spricht von einem allgemeinen Überdruß und bedeutungslosen Trott. Elsa fürchtet, wie ihre Mutter im Immergleichen steckenzubleiben (S12). In S8 und 12 schreibt sie sich jedoch selbst-

kreditierend Willen zur Veränderung zu, sodass sie in Analogie zum Umgang mit Zahn- oder Ohrenschmerzen eine „Spezialistin“ aufgesucht hat.

Eingebettet in Schilderungen der Suizidgedanken und einer stark aufgetretenen Akne, die sie als „etwas Psychisches“ versteht, beschreibt sie dann in 3 – nun verkürzt dargestellten – Selbstkreditierungen der Kategorie Fähigkeit ihre Therapiemotivation:

- S18: Um nicht auf das depressive Gefühl zu warten, mache sie oft 1000 Dinge, was sie aber eigentlich nicht möchte. „Da muss man nicht nur die Oberfläche behandeln, sondern einfach unten herausputzen, und dann ist es gesund.“

- S20: Wenn sie kleine Probleme habe, putze sie gern, das sauber Geputzte sei

Tab. 2 Weitere Kreditierungsformen, Sitzung 1

Segment	Paraphrase	Reformulierung	Kreditierung	Kategorie
31	T: Dass Sie mehr so ein aktiver Mensch sind, der schon, manchmal freiwillig, manchmal mehr unter Zusammenreißen, Dinge initiiert, im Gegensatz zu Ihrer Freundin	P: Initiative R: Kraft, Wille I: Anerkennung Z: aktiver Mensch, der Dinge initiiert	IK	Anerkennung
32	Ich bin immer nett und freundlich und höflich, und ich habe das Gefühl, ich bin so eine richtig gut geratene Tochter	P: Tochterrolle R: Bemühung I: ich bin nett, freundlich, höflich Z: bin eine gut geratene Tochter	SK	Anerkennung
33	Sie ist unzufrieden wegen mir, ich kann machen, was ich will; sie hat nichts gegen mich, will nicht böse sein gegen mich, es kommt einfach von ihrer inneren Unzufriedenheit, und ich kann doch für die auch nichts dafür	P: Mutterrolle R: Zufriedenheit, Stolz auf die Kinder I: innere Unzufriedenheit Z: nie zufrieden mit mir	FD	Abwertung
38	Ich hab ihn immer als sehr streng und böse empfunden; er hat lang nicht mehr mit mir geredet, weil ich eine Viertelstunde zu spät heimgekommen bin; die Strafe hab ich nicht verdient; unsere Familie ist krankhaft; so erzieht er meine Mami auch noch, wenn sie etwas macht, das ihm nicht passt, dann schweigt er	P: Vaterrolle R: Fürsorge I: Strafe, Schweigen Z: streng und böse erlebt	FD	Abwertung
45	Wobei eben bei meinem Freund habe ich auch wieder einen gewählt, der in 100 Jahren genau so ist, wie er jetzt ist, da verändert sich überhaupt nichts; in 20 Jahren ist es noch genauso, wie's jetzt ist mit ihm	P: Veränderungspotenzial des Freundes R: Wille sich weiterzuentwickeln I: kein Wille Z: er wird immer gleich sein	FD	Abwertung

FD Fremddiskreditierung, I Investition, IK interaktionelle Kreditierung, P Projekt, R Ressourcen, SK Selbstkreditierung, T Therapeutin, Z Zusage.

schön und befriedigend. „Und das möchte ich jetzt eben mit mir auch machen, einfach alles herausputzen und säubern.“

- S24: Als Dentalhygienikerin zeige sie anderen das Putzen. „Ich helfe den Leuten, prophylaktisch denken zu können, damit sie Sachen in Zukunft verhindern können.“

Ihr implizites Therapiemodell bildet metaphorisch ein „topisches“ Modell des Psychischen ab, analog zum Zahn mit Oberfläche und Wurzel: Nur an der Oberfläche behandeln reiche nicht, man müsse auch „unten herausputzen“. Den Umgang mit depressiven Verstimmungen stellt sie sich demnach wie ein „Herausputzen“ und „Säubern“ von Verunreinigung und Ablagerung vor. Dies entspricht ihrem Veränderungsmodell als Dentalhygienikerin: Reinigung und Anleitung zur eigenständigen Prophylaxe. Die Rollenerwartung an die Therapeutenexpertin könnte lauten: „Entferne etwas Störendes und zeige mir aktiv anleitend, wie ich in Zukunft depressive Stimmungen verhindern kann“. Dies entspricht einem verhaltenstherapeutischen Lernmodell.

Weitere Kreditierungsformen treten auf (Tab. 2), als Elsa schildert, wie ihr Beruf ohne Aufstiegschancen zur Belastung wurde. Die Therapeutin erkennt den Erfolg ihrer Arbeit an und kreditiert allgemein ihre initiative Seite (S31). Darauf

präsentiert Elsa sich selbstkreditierend als bemühte, „richtig gut geratene Tochter“ (S32), während sie die Eltern mehrfach diskreditiert: Die unzufriedene Mutter nörgle an ihr herum (S33); der Vater wird als unduldsam und streng beschrieben (S38). Ihr Freund erhält Kredit für seine Initiative, wird jedoch auch als ebenso rigide wie die Mutter diskreditiert (S45). Am Gesprächsende bittet sie um Hausaufgaben, um Veränderungen möglichst rasch einzuleiten; die Therapeutin schlägt vor, Geduld aufzubringen.

Elsa präsentiert sich selbst somit stark schwankend zwischen positiven Zuschreibungen eines Veränderungswillens und negativen der Antriebsschwäche und Freudlosigkeit. Ihre Bezugspersonen stellt sie im Licht von deren Unzufriedenheit, Stagnation und Strenge als mangelnde Quelle von Wertschätzung diskreditierend dar, erkennt jedoch ein Wiederholungsmuster in der eigenen Partnerwahl. Die Anerkennung der Therapeutin für ihre eigene Initiative verwendet sie als Anlass zur Selbstkreditierung als mustergültige Tochter selbstwertstützend und versucht, in dieser Rolle am Ende auch gegenüber der Therapeutin ihre Veränderungsmotivation mit dem Wunsch nach Hausaufgaben zu unterstreichen. Die Hoffnung auf rasche Veränderbarkeit wird jedoch von der Therapeutin enttäuscht.

Therapieangebot der Therapeutin

In der 2. Sitzung wünscht Elsa ein „Rezept“ gegen das Gefühl des „Abstürzens“, worauf die Therapeutin antwortet, das gebe es leider nicht. Sie hinterfragt die Therapiemotivation mit einer interaktionellen Diskreditierung (ID, Sitzung 2, S7; Tab. 3). Elsa geht darauf nicht ein, betont jedoch ihren Willen zur Veränderung. Am Ende der Stunde konstatiert sie, sie sei noch am gleichen Ort und habe immer noch kein Rezept.

In der 4. Sitzung erklärt die Therapeutin Unterschiede von Verhaltenstherapie und psychoanalytischer Therapie; der Verzicht auf explizites Führen der Therapeutin und die Grundregel werden diskutiert. Am Ende einigen sich beide auf eine psychoanalytische Fokalthherapie.

In der 5. Sitzung nimmt die Therapeutin zum Thema „Gefühle“ direkt Bezug auf Elsas Therapiemodell der 1. Stunde und formuliert ein Therapieziel [interaktionelle Kreditierung (IK), Sitzung 5, S21]. Die Patientin stimmt dem zu, bleibt jedoch in der Zuhörerrolle, während die Therapeutin dieses Muster auch in der Beziehung zum Freund diskreditierend-zumutend deutet. Anschließend formuliert sie ein weiteres explizites Therapieangebot (IK, Sitzung 5, S24).

Tab. 3 Interaktionelle (Dis-)Kreditierungen, Sitzungen 2 und 5

Segment	Paraphrase	Reformulierung	Kreditierung	Kategorie
Sitzung 2 S7	T: Ein Rezept ist schwer zu finden; Sie möchten am liebsten auf sich gestellt damit zurechtkommen, eigentlich alleine, ohne sich jetzt auf so eine unsichere Therapie einzulassen	P: Therapie R: Motivation, Hilfe annehmen Z: lieber allein zurechtkommen als unsichere Therapie I: Motivation, Hinterfragen	ID	Zweifel
Sitzung 5 S21	T: Das hat ja die Folge, dass tatsächlich, so wie Sie es am Anfang geschildert haben, andere Menschen Ihnen gar nicht recht glauben können, dass es ausgerechnet Ihnen auch mal so unwohl zumute ist, weil es ist so tief in Ihnen drin als was Hässliches. Am besten weg damit, irgendwie ausputzen. Und dann ist die ganze strahlende Welt in Ihnen. Und dabei übersehen Sie einfach, dass es für Ihre Gefühle auch Gründe gibt und dass das Ihre eigenen echten Gefühle sind. In der Therapie geht es als Ziel darum, dass Sie etwas mehr von diesen Gefühlen und ihren Gründen kennenlernen. (Patientin: Ja, das ist ja das, was ich will, ja.)	P: Therapieziele R: Gefühle wahrnehmen und verstehen lernen I: Zutrauen Z: Gefühle kennenlernen statt ausputzen	IK	Zutrauen
Sitzung 5 S24	T: Ein Programm gibt es hier nicht, die Gefühle, die Sie am liebsten weg hätten, die putzen wir halt nicht aus, sondern mein Vorschlag wäre, dass Sie mit dieser Methode, über die wir das letzte Mal gesprochen haben, besser verstehen können, warum Sie so dieses Wunschdenken so stark haben müssen, und so gegen eigene Gefühle von Abwehr und Abschüttelnwollen und Sich-festgehalten-Fühlen, warum Sie da immer mit sich selber so tadelnd umspringen	P: Therapieziele R: Bereitschaft, sich den Gefühlen zu stellen I: Bereitschaft zur Arbeit mit Patientin Z: Wünsche, Abwehr, Gefühle verstehen lernen	IK	Zutrauen

I Investition, ID interaktionelle Diskreditierung, IK interaktionelle Kreditierung, P Projekt, R Ressourcen, T Therapeutin, Z Zusprache.

Die Beispiele weisen auf psychoanalytische Veränderungsmodelle hin: Ergründen von Gefühlen und Triebhaftem statt Bekämpfung, Analyse von Wunschdenken, Abwehr und Über-Ich-Aspekten.

Da Elsa darauf nicht antwortet, endet die letzte Abklärungsstunde mit einer Zusammenfassung der Therapeutin, zu der Elsa nur vage findet, das könne schon sein. Was sie vom Angebot der Therapeutin hält, bleibt völlig offen. Deren einseitige interaktionelle (Dis-)kreditierungen im Dienste der Bündnisbildung und zumutenden Konfrontation bleiben unbeantwortet. Daher bleibt unklar, ob Elsa D. in die therapeutische Beziehung investieren wird. Sie fasst nicht von Beginn an Vertrauen zur Therapeutin, sondern prüft, äußert Zweifel oder schweigt (Rohrer 2010, S. 162).

Weiterer Verlauf und Ertrag

Elsas „Rezeptwunsch“ kehrt im Verlauf der Therapie mehrfach wieder; in der 18. Stunde entwickelt sich aus ihrem beharrlichen Appell und den hinterfragenden Übertragungsdeutungen der Therapeutin eine Art Machtkampf, der zu längerem Schweigen und selbstdiskreditierendem Zweifeln an sich führt. Offen bleibt, ob Elsa diese Deutungen als zu zumutend erlebt hat.

Die untersuchten 8 Sitzungen zeigen:

- Die Therapeutin kreditiert Elsa 22-mal und konfrontiert sie 12-mal diskreditierend. Elsas Ambivalenz drückt sich darin aus, dass sie die Therapeutin 5-mal kreditiert und 2-mal diskreditiert sowie sich selbst in Bezug auf die Therapie 3-mal kreditiert und 2-mal zweifelnd diskreditiert. Es stehen 27 Selbstkreditierungen und 32 Selbstdiskreditierungen 7 Fremdkreditierungen und 28 Fremddiskreditierungen der Eltern und des Freundes gegenüber. Diese Relation beschreibt ihre dysthym-dysphorische Stimmungslage: Ihr Selbstvertrauen kippt schnell in Unzufriedenheit mit sich und Herumnörgeln an anderen.

- Es besteht eine *therapeutische Beziehungsdynamik der Ambivalenz*: Die Patientin bringt Interesse und Motivation für eine Therapie mit. Zugleich bestehen anfänglich Zweifel, ob sie sich öffnen und einlassen soll. Übertragungsgefühle der Enge, die in Sitzung II zu Gedanken an einen Therapieabbruch führen, können hingegen aufgelöst werden.

- Die Rollenzuschreibung der „ärztlichen Expertin“ wird von der Therapeutin zeitweise angenommen:

Es war, als sei ich ständig ratlos darin gewesen, wie und an welcher Stelle ich in ihr kommunikatives Angebot einsteigen

sollte. Ich erlebte mich als Außenstehende, nicht als Einbezogene ... Und ich griff bald zu einem dem Rollenangebot angepassten Notbehelf, ... dass ich ihr eine Art Verstehensversion anbot, die ich häufig ausführlich erläuterte. Sie pflegte dann ruhig zuzuhören, meist lächelnd, äußerte sich jedoch selten dazu. (Boothe 1994, S. 166)

- Wie in der 18. Stunde bleibt es oft fraglich, ob Elsa D. die Therapeutin als hilfreich wahrnimmt. Trotz allen Differenzen zeichnen sich am Ende Veränderungen im Sinne ihrer Therapieziele ab: In der letzten Sitzung traut sie sich die Trennung vom Freund zu, sie plant jedoch heimlich zu gehen, wie sie auch den Abschied von der Therapeutin nicht bespricht. Eine vereinbarte Abschlussstunde kommt nicht mehr zustande. Mit der Trennungsabsicht vom Freund artikuliert sie dennoch Mut zur Ablösung von der Identifikation mit dem mütterlichen Lebensmuster des Festhaltens am Immergleichen, Frustrierenden.

Diskussion

Kann die Kreditierungsanalyse einen Beitrag zur Beschreibung der Arbeitsbeziehung oder therapeutischen Allianz leisten? Luborskys Konzept der *hilfreichen Beziehung* beinhaltet für die erste Phase (Typ-I-Allianz) den Glauben an den

Therapeuten als hilfreiche Instanz und auf Therapeutenseite die Förderung einer warmen, unterstützenden Beziehung (Luborsky 1988). Elsa etabliert einen erwartungsvollen Glauben an eine idealisierte Expertin, stimmt deren bündnisbildenden zutrauenden und zumutenden Angeboten jedoch nur vage zu. Da sie sich kaum direkt (dis)kreditierend an die Therapeutin wendet, bleibt offen, wie sie die Beziehung zu ihr erlebt, während ihr Wunsch nach anleitend-führender Unterstützung klar frustriert wird. Auch die Allianz in der zweiten Phase (Typ-II-Allianz) bleibt problematisch: Hierzu gehören Investition und Engagement der Patientin im Therapieprozess, eine geteilte Sicht des Prozesses und die Akzeptanz des Therapiekonzepts – Aspekte, die in ihrer Ambivalenz virulent bleiben oder offen ausgehandelt werden (Sitzungen 11 und 18).

Auch die Bestandteile von Bordins *therapeutischer Allianz* werden hier nicht übereinstimmend verhandelt (Bordin 1976): Ein kooperatives Aushandeln über Therapieziele (Goals) findet zwar statt, erreicht aber keine deklarative Zustimmung im Sinne eines Pakts. Noch stärker divergiert die Vorstellung über die Aufgaben (Tasks) zum Erreichen dieser Ziele – Eliminieren vs. Exploration von Gefühlen –, zu der das Entwickeln einer affektiven therapeutischen Bindung (Bond) notwendig wäre. Elsa vermeidet dies durch eine distanzierte Expertenzuschreibung mit passiver Patientenrolle und ausbleibende Reaktionen auf die Beziehungsangebote. So kann kein „Wir-Gefühl“ entstehen; die Therapeutin empfindet sich als Außenstehende.

Desernos Einwand, dass das Arbeitsbündnis auch gemeinsame unbewusste Inszenierungen enthalte, bestätigt sich hier im Ineinandergreifen von inszenierter Rollenerwartung und -übernahme (s. Zitat, Boothe 1994, S. 166) und im offenen Dissens über den Umgang mit dem Rezeptwunsch.

Hätte Elsa ein verhaltenstherapeutisches Angebot eher entsprochen? Im Sinne des „informed consent“ wurden ihr beide Therapieformen ausführlich erklärt; sie hatte die Wahl (Brandestini u. Hermann 2010). Der Vorschlag einer Kurztherapie kann als passendes Kompromissarrangement aufgefasst werden, das dem

Motivationspotenzial der Patientin Kredit gab, um ihre Ambivalenz überwinden sowie die Kompetenz von Therapeutin und Methode testen zu können, ohne sich auf eine längere Beziehung einlassen zu müssen. Elsa hat dem zugestimmt und versucht, sich darin zurechtzufinden.

In der Zusammenschau aller Ergebnisse der untersuchten 8 Therapiestunden sind die Autorinnen des vorliegenden Beitrags der Auffassung, dass die Kreditierungsanalyse am Einzelfall Elsa D. wichtige Aspekte der therapeutischen Beziehungsgestaltung und theoretische Konzepte zur therapeutischen Allianz deskriptiv erfasst und somit als qualitatives Forschungsinstrument zur Erfassung der Qualität der Arbeitsbeziehung herangezogen werden kann.

Die Darstellung fokussierte einen Ausschnitt der interaktionellen Kreditierung. Die vollständige Analyse aller Kreditierungshandlungen ermöglicht zudem, die interaktionelle Ebene zur Selbstpräsentation der Patientin ins Verhältnis zu setzen – im Spannungsfeld von eigenen Ressourcen [Selbst(dis)kreditierungen] und Beziehungserfahrungen [Fremd(dis)kreditierungen]. Damit lässt sich die Kreditierungsanalyse auch an der Schnittstelle der Wünsche an das Objekt, dessen Reaktion und der folgenden Reaktion des Patienten im zentralen Beziehungskonfliktthema (ZBKT; Luborsky u. Crits-Christoph 1990) und in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) ansiedeln. Sie bildet jedoch das gesamthafte Muster der Beziehungsgestaltung, auch auf der Ebene des Arbeitsbündnisses ab.

Kritisch einzuwenden ist die Aufwendigkeit des Verfahrens, die es mit vielen qualitativen Analyseinstrumenten teilt. Um Interpretationsspielraum und Zweifelsfälle zu minimieren, ist das Konsensrating im Forscherteam notwendig. Gegenüber der weitaus detaillierteren Konversationsanalyse erscheint es grobmaschiger, ermöglicht jedoch die Erfassung kompletter Therapietranskripte im Therapieprozess oder im Einzelfallvergleich.

Eine aktuelle Studie untersucht in einem methoden-triangulierenden Ansatz die Klärung der Anliegen von Patienten in Erstgesprächen (Mathys et al. 2013). Aus kreditierungsanalytischer Sicht er-

warten die Autoren aus der Gegenüberstellung von Abklärungen, die zu einer Therapie führten oder nicht, Befunde zur Bestimmung von Parametern eines guten oder schlechten Arbeitsbündnisses, in dem kein „Pakt“ zustande kommt. Für ein tragfähiges Bündnis könnten die explizite Zustimmung oder interaktionelle Kreditierungen der Patientin als Antwort auf das therapeutische Angebot entscheidend sein.

In der Praxis ist die Wahrnehmung eines inneren Maßes für das aktuell Notwendige und Zumutbare der therapeutischen Interventionen ein intuitiver Vorgang der Einfühlung und unbewussten Abstimmung. Unproduktiv sind anhaltende Unterforderung und Schonung der Abwehr bzw. Überforderung und Intensivierung der Abwehr. Dazwischen liegt ein Entwicklungsbereich, in dem das Zumuten und Zutrauen auf eine Bereitschaft trifft, etwas Neues psychisch aufzunehmen und zu wagen. Das Bewusstsein für die Formen des „Kredits“, die Therapeut und Patient einander und sich selbst geben, der gewährt und verspielt werden kann, wird hier als Orientierungshilfe und „Navigationslandkarte“ vorgeschlagen.

Fazit für die Praxis

Mit dem Fokus auf Kreditierungsgeschehen lässt sich der initiale Aushandlungsprozess wie folgt betrachten:

- Welche Defizite und welcher Leidensdruck führen die Patientin zu mir (Selbstdiskreditierung)?
- Mit welchen Ressourcen und Entwicklungspotenzialen präsentiert sie sich (Selbstkreditierung)?
- Was traue ich der Patientin zu? Werde ich ihr etwas zumuten können, oder verlangt sie Schonung? Testet die Patientin auch mein Potenzial, sie verstehen und hilfreich sein zu können? [Interaktionelle (Dis-)Kreditierungen]
- Kann ich den Fremd(dis)kreditierungen dritter Personen Rollen- oder Übertragungsangebote entnehmen?
- Passen die Erwartungen der Patientin an die Therapie zu meinem Angebot (Pakt, „matching“)?

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Marie-Luise Hermann

Klinische Psychologie,
Psychotherapie & Psychoanalyse,
Universität Zürich
Binzmühlestr. 14/16, 8050 Zürich
Schweiz
ml.hermann@psychologie.uzh.ch

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt für sich und ihre Koautorinnen an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Alexander LB, Luborsky L (1986) The Penn helping alliance scales. In: Greenberg LS, Pinsof W (Hrsg) The psychotherapeutic process: a research handbook. Guilford, New York, S 325–366
- Boothe B (1994) Versperrter Einstieg in den Dialog – Eine erzählanalytische Studie. In: Buchholz M, Streeck U (Hrsg) Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 67–166
- Boothe B, Grimmer B (2005) Die therapeutische Beziehung aus psychoanalytischer Sicht. In: Rössler W (Hrsg) Die therapeutische Beziehung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 37–58
- Boothe B, Heigl-Evers A (1996) Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung. Ruprecht, München
- Boothe B, Hermann M-L (2011) Beziehungen, die Mut machen: Kreditierung in der Psychotherapie mit Älteren. Psychotherapie Alter 8:203–216
- Bordin ES (1976) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychother Theory Res Pract Train 16:252–260
- Bowlby J (1988) Attachment, communication, and the therapeutic process. In: Bowlby J (Hrsg) A secure base. Clinical applications of attachment theory. Routledge, London, S 137–157
- Brandestini V, Hermann M-L (2010) Wie erklären Psychoanalytiker Patienten, was psychoanalytische Psychotherapie ist? Psychother Soz Wiss 12:43–77
- Deserno H (2000) Arbeitsbündnis. In: Mertens W, Waldvogel B (Hrsg) Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Kohlhammer, Stuttgart, S 73–78
- Dürler N (2010) Kreditierung in Abklärungsgesprächen der Patientin Elsa D. Unveröffentlichte Lizenziatarbeit, Psychologisches Institut, Universität Zürich, Zürich
- Freud S (1937c) Die endliche und die unendliche Analyse. In: Gesammelte Werke, Bd XVI, Fischer, Frankfurt a. M., S 57–99
- Greenson R (2000) Technik und Praxis der Psychoanalyse, 8. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
- Grimmer B (2006) Psychotherapeutisches Handeln zwischen Mut machen und Zumuten. Das Beziehungs- und Kommunikationskonzept der Kreditierung. Kohlhammer, Stuttgart
- Hermann M-L (2009) Was im Leben zählt: Kreditierung und Selbstkreditierung alter Menschen im lebensgeschichtlichen Interview. Lang, Bern
- Hill C, Knox S (2009) Processing the therapeutic relationship. Psychother Res 19:13–29
- Horvath AO (2005) The therapeutic relationship: research and theory. An introduction to the Special Issue. Psychother Res 15:3–7
- Horvath AO, Greenberg LS (1989) The development and validation of the Working Alliance Inventory. J Couns Psychol 36:223–233
- Kernberg OF (1994) Übereinstimmungen und Unterschiede in der zeitgenössischen psychoanalytischen Technik. Forum Psychoanal 10:296–314
- Lambert M, Barley D (2008) Die therapeutische Beziehung und der Psychotherapieeffekt – eine Übersicht empirischer Forschungsergebnisse. In: Hermer M (Hrsg) Handbuch der therapeutischen Beziehung. DGVT, Tübingen, S 109–139
- Luborsky L (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg) (1990) Understanding transference. The core conflictual relationship theme method. Basic Books, New York
- Mathys H, Arboleda L, Boucsein V et al (2013) Alexandra – eine multiperspektivische, qualitative Einzel-Fall-Studie zu Anliegen von PatientInnen im psychodynamischen Erstinterview. Forum Qual Sozialforsch (eingereicht)
- Rohrer G (2010) Kreditierung in der psychoanalytischen Kurztherapie von Elsa D. Unveröffentlichte Lizenziatarbeit, Psychologisches Institut, Universität Zürich, Zürich
- Rudolf G (1991) Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Safran JD, Muran C (2000) Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide. Guilford, New York
- Zetzel ER (1956) Current concept of transference. Int J Psychoanal 37:369–376

Bundesweite Initiative zur Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs

Um Kinder und Jugendliche besser vor Übergriffen zu schützen, startet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine bundesweite Initiative zur Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs. Die Polizeiliche Kriminalstatistik zeigt 2011 einen Anstieg auf mehr als 12.000 Fälle sexuellen Missbrauchs. Zudem ist von einer sehr hohen Dunkelziffer auszugehen, da es in den meisten Fällen nicht zu einer Strafanzeige kommt. Ziel der Initiative ist es, Mädchen und Jungen im Alter von 8 bis 12 Jahre über ihre Rechte zu informieren, ihr Selbstbewusstsein zu stärken und sie zum Thema Missbrauch aufzuklären. Lehrer und Fachkräfte sollen Schutzkonzepte entwickeln, um so die Möglichkeiten für Übergriffe von Tätern zu verringern. Die bundesweite Initiative zur Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs beinhaltet folgende Angebote: Ab Anfang 2013 wird eine Webseite sowie eine telefonische Beratung bei der bekannten kostenfreien Nummer gegen Kummer zur Verfügung stehen. Die Mitarbeiter werden speziell für diese Initiative geschult. Neu und innovativ ist das interaktive Theaterstück „Sag mal...“ der Künstlergruppe „Kompanie Kopfstand“ zum Thema Kinderrechte und Missbrauch. Es soll Schülerinnen und Schüler informieren und motivieren, sich im Falle eines Missbrauchs an Personen ihres Vertrauens zu wenden. Ergänzend dazu bietet die Initiative Materialien und Fortbildung für alle Erziehungsberechtigten an. Lehrer und Fachkräfte erhalten Fortbildungen auf institutioneller Ebene. Ziel ist die Vernetzung aller Akteure – darunter Beratungsstellen und Jugendamt.

Quelle: <http://www.bzga.de/presse/daten-und-fakten>