

**„VOGLIAMO TUTTO E SUBITO“
Psychoanalytische Kurz- und Fokal-therapie**

G. Lyon, Mai 2005

1. Einleitung
2. Zur Geschichte der pa Kurztherapie 2.1
Freud zum Thema Zeit und Verkürzung der
Therapie und Freuds Praxis
 - 2.2 Pioniere der pa Kurztherapie: Ferenczi + Rank,
Alexander + French, Balint, Ornstein, Malan
3. Widersprüche und Kontroversen, pro und kontra pa Kurztherapie
 - 3.1 A-Fokalität und Fokalität
4. Fokaltherapie (nach Balint, Malan, Klüwer)
 - 4.1 Fokal-konflikt
 - 4.2 Fokus
 - 4.3 Fokusformulierung
 - 4.4 Die Dreiecke – der Abwehr, der Personen, der Zeit
 - 4.5 Fokalkonferenz
 - 4.6 Indikation, Kontraindikation
5. TK-Behandlung als Kurztherapie
 - 5.1 Diagnostik-phase
 - 5.2 TK-Besprechung als „Fokal-konferenz“
 - 5.3 Krisen als Fokus
6. Fall-Beispiel (lasse ich hier aus Diskretionsgründen weg)
7. Abschluß
8. Literatur

1. Einleitung

Den klingenden Titel „vogliamo tutto e subito“ verdanke ich einem Hinweis meiner Kollegin Uli Körbitz. In einem Gespräch habe ich darüber geklagt, daß ich nur diesen trockenen Titel „Möglichkeiten und Grenzen pa Kurztherapie“ habe und Uli hat mich auf dieses Zitat, diese Parole, diesen Sponti-Spruch aufmerksam gemacht.

Er stammt aus der 68-Zeit, aus der Zeit des Aufbruchs, in der gegen die verkrusteten gesellschaftlichen Verhältnisse auch in Italien lustvoll revoltiert wurde. Später, anfang der 80-iger Jahre kommt dann in der Diskussion der Narzissmustheorien, und deren Anwendung auf die Sozialpädagogik – Stichwort: neuer Sozialisationstyp - das „Alles und sofort“ als Wahlspruch des Narzissten vor.

Meine persönliche Assoziation des „tutto e subito“ mit dem Thema der Kurztherapie hat zu tun mit der eigenen Ambivalenz gegenüber Verkürzungsbestrebungen in der Psychotherapie:

- einerseits gibt es gute Gründe für die Bestrebungen Psychotherapie so kurz wie möglich zu gestalten:
 - der Wunsch der Patienten, Leidensdruck rasch los zu werden
 - die Begrenztheit der für die Therapie erforderlichen Mittel, Geld und Zeit
 - Forschungsinteressen, Evaluierung, Qualitätssicherung
 - Ausbildungsaspekte

- andererseits gibt es eine Skepsis in Bezug auf die Folgen der postmodernen, neo-liberalen Beschleunigung gesellschaftlicher Veränderungsprozesse. Der große Ökonomisierungsdruck geht einher mit einer Ausrichtung auf kurzfristige Effizienz im Gesundheitswesen und der Entwertung von allen zeitaufwendigen Behandlungsverfahren und Einstellungen. Dazu gehören, der Dialog, die Begegnung und ein Bild vom Menschen, in dem auch seine Geschichte, seine individuelle Entwicklung, seine Beziehungen, seine unbewussten Motive, Wünsche Phantasien, auch seine abgespaltenen Persönlichkeitsanteile Platz haben.

2. Zur Geschichte der pa Kurztherapie

2.1 Freud zum Thema Zeit und Verkürzung der Therapie

S. Freud, 1905, Über Psychotherapie

114, Sie werden aus gewissen meiner Bemerkungen erraten haben, daß der analytischen Kur manche Eigenschaften anhaften, die sie von dem Ideal einer Therapie fernhalten. *Tuto, cito, iucunde,*

(Aulus Cornelius Celsus, De medicina: Asklepiades sagt, es sei die Pflicht des Arztes, sicher, rasch und angenehm zu heilen.)

das Forschen und Suchen deutet nicht eben auf Raschheit des Erfolges, und die Erwähnung des Widerstandes bereitet sie auf die Erwartung von Unannehmlichkeiten vor. Gewiß, die pa Behandlung stellt an den Kranken wie an den Arzt hohe Ansprüche; von ersterem verlangt sie das Opfer voller Aufrichtigkeit, gestaltet sich zeitraubend und daher auch kostspielig; für den Arzt ist sie gleichfalls zeitraubend und wegen der Technik, die er zu erlernen und auszuüben hat, ziemlich

mühselig. Ich finde es auch selbst ganz berechtigt, daß man bequemere Heilmethoden in Anwendung bringt, solange man eben die Aussicht hat, mit diesen letzteren etwas zu erreichen. Auf diesen Punkt kommt es allein an; erzielt man mit dem mühevolleren und langwierigeren Verfahren erheblich mehr als mit dem kurzen und leichten, so ist das erstere trotz allem gerechtfertigt.“

S. Freud, 1913, Zur Einleitung der Behandlung, Weitere Ratschläge zur Technik der PA

187, „Ich arbeite mit meinen Patienten täglich mit Ausnahme der Sonntage und der großen Feiertage, also für gewöhnlich 6 mal in der Woche. Für leichte Fälle oder Fortsetzungen von weit gediehenen Behandlungen reichen auch drei Stunden wöchentlich aus. Sonst bringen Einschränkungen an Zeit weder dem Arzt noch dem Patienten Vorteil; für den Anfang sind sie ganz zu verwerfen.“

188, 189, 190, zur Frage der Behandlungsdauer, zur „Einsichtslosigkeit der Kranken und Unaufrichtigkeit der Ärzte“ in Bezug auf den Schweregrad neurotischer Erkrankungen, der „Proportionalität zwischen Zeit, Arbeit und Erfolg“, „die tiefe Unwissenheit über die Ätiologie der Neurosen“

190 „Die Abkürzung der analytischen Kur bleibt ein berechtigter Wunsch, dessen Erfüllung, wie wir hören werden, auf verschiedenen Wegen angestrebt wird. Es steht ihm leider ein sehr bedeutendes Moment entgegen, die Langsamkeit, mit der sich tiefgreifende seelische Veränderungen vollziehen, in letzter Linie wohl die „Zeitlosigkeit“ unserer unbewussten Vorgänge.“

S. Freud, 1926, Die Frage der Laienanalyse, Unterredungen mit einem Unparteiischen

315, „Ich muß leider konstatieren, alle Bemühungen, die analytische Kur ausgiebig zu beschleunigen, sind bisher gescheitert. Der beste Weg zu ihrer Abkürzung scheint ihre korrekte Durchführung zu sein.“

S. Freud, 1937, Die endliche und die unendliche Analyse,

357, „Erfahrung hat uns gelehrt, die pa Therapie, die Befreiung eines Menschen von seinen neurotischen Symptomen, Hemmungen und Charakterabnormalitäten ist eine langwierige Arbeit. Daher sind von allem Anfang an Versuche unternommen worden, um die Dauer der Analysen zu verkürzen. Solche Bemühungen bedurften keiner Rechtfertigung, sie konnten sich auf die verständigsten und zweckmäßigsten Beweggründe berufen. Aber es wirkte in ihnen auch noch ein Rest jener ungeduldigen Geringschätzung, mit der eine frühere Periode der Medizin die Neurosen betrachtet hatte, als überflüssige Erfolge unsichtbarer Schädigungen. Wenn man sich jetzt mit ihnen beschäftigen mußte, wollte man nur möglichst bald mit ihnen fertig werden.“ ...

über Ranks „Das Trauma der Geburt“

„Der Versuch Ranks war übrigens in einer Zeit geboren, unter dem Eindruck des Gegensatzes von europäischem Nachkriegselend und amerikanischer „prosperity“ konzipiert und dazu bestimmt, das Tempo der analytischen Therapie der Hast des amerikanischen Lebens anzugleichen.“

Freud hat mit vielen Aussagen mit dazu beigetragen, dass Kurztherapie häufig nur als zweite Wahl und weniger Wert als die klassische, hochfrequente und zeitlich nicht begrenzte PA bewertet wird. Vielleicht am meisten mit der häufig zitierten Aussage

aus: **Wege der pa Therapie, 1919**: „daß irgendeinmal das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen wird, daß Arme ein eben solches Anrecht auf seelische Hilfestellungen haben wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische“ – und mit seiner Prognose „Wir werden wahrscheinlich genötigt sein, das Gold der PA reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren“.

Freuds Praxis

Im Unterschied zu vielen seiner publizierten Äußerungen zur Behandlungstechnik war Freuds Praxis erstaunlich flexibel, den jeweiligen Umständen und Patienten-Interessen angemessen.

Freud hat selbst einige „Kurztherapien“ durchgeführt – mit eindrucksvoll guten Ergebnissen:

- „Katharina“, die 18-jährige Tochter eines Hüttenwirts, sie litt an einer Angststörung. Freud behandelte sie ambulant, während einer Wanderung auf der Rax und beschrieb diese Behandlung in den Studien zur Hysterie (18??).
- Der berühmte Dirigent Bruno Walter schreibt in seiner Autobiographie von 6 erfolgreichen Sitzungen mit Freud, in denen er von einer hysterischen Lähmung des rechten Arms nachhaltig geheilt wurde.
- Gustav Mahler wurde 1910, in einer 4-stündigen Sitzung, in die auch seine Frau einbezogen war, von einer Potenzstörung ebenfalls nachhaltig befreit. Man könnte von einer ultrakurzen pa Paartherapie sprechen.
- Der „kleine Hans“, die „Behandlung“ der Pferdephobie eines kleinen Jungen – in Form von Beratungen des Vaters – dauerte etwa 2,5 Monate
- Und: die damaligen „Lehranalysen“ dauerten in der Regel nur wenige Monate, höchstens ein Jahr.

2.2 Pioniere der pa Kurztherapie

Auffällig ist, daß das Interesse an ökonomischen Behandlungsverfahren wie Gruppen- und Kurztherapie in Zeiten einschneidender gesellschaftlicher Transformationsprozesse, zB jeweils nach den Weltkriegen, stark zunimmt.

Sandor Ferenczi, beginnt ebenfalls gegen Ende des 1. Weltkriegs mit einer „aktiven“ Behandlungstechnik zu experimentieren, mit Modifikationen zur Verkürzung der Behandlungsdauer und um „Stagnationen in Analysen“ zu überwinden.

- Verbote, Gebote, zB zwanghafte Pat. sollen Rituale unterlassen, phobische sich den gefürchteten Situationen aussetzen
- Terminsetzung für die Beendigung der Behandlung (was Freud zB im Fall des Wolfsmann eingeführt hat, 1918)
- Verwendung „forcierter Phantasien“, ein themenbezogenes Assoziieren, um seine Uferlosigkeit einzuschränken, um verborgene Konflikte schneller ins Gespräch zu bekommen.
- Rollenübernahme des Analytikers zur Förderung der Ü.-Neurose

Sandor Ferenczi + Otto Rank, Entwicklungsziele der Psychoanalyse:
Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis, Leipzig, **1923**

Darin wandten sie sich unter anderem gegen eine Überbetonung der Lebensgeschichte in den Analysen, räumten den emotionalen Erfahrungen des Analysanden in der pa Situation einen zentralen Stellenwert ein, nahmen in einigen Aspekten das Konzept der „corrective emotional experience“ von Franz Alexander vorweg, vertraten die Auffassung, daß diese Fokussierung auf die Gefühle des Pat. im hier + jetzt eine Vereinfachung und Verkürzung pa Behandlungen ermöglichen werde.

Franz Alexander, + Thomas French, Psychoanalytic Therapy, Principles and Applications, Ronald Press, New York, 1946

Das erste systematische Buch zur pa Therapie.

Sie greifen Ferenczis und Ranks Ansätze auf;

experimentierten mit Therapie-Unterbrechungen, mit dem setting (liegen oder sitzen) variierten die Häufigkeit der Sitzungen,

üben Kritik an einer allzu intellektualisierten PA,

an der Überbetonung von Inhaltsdeutungen,

an der Methode der biographischen Rekonstruktion,

an der relativen Vernachlässigung emotionaler Erfahrung.

Am bekanntesten ist wohl das Konzept der „corrective emotional experience“, - die sich aus als Folge des Unterschieds zwischen ursprünglichem Verhalten der Eltern und dem Verhalten des Analytikers während der Analyse ergibt.

Das heilende Moment der PA liegt jetzt in der Wiederbelebung und –bearbeitung alter Konflikte in einem neuen Kontext: der Analysand ist in der therapeutischen Beziehung unter günstigeren Bedingungen emotionalen Situationen ausgesetzt, die er in der Vergangenheit nicht bewältigen konnte.

Alexander postuliert 1956 eine „Verbesserung der Standard-technik“ durch die korrigierende emotionale Erfahrung, durch mehr Aufmerksamkeit für das zwischenmenschliche Klima in der Behandlungssituation – und weckt damit heftigen Widerspruch, Kontroversen und Ablehnung der Sicht eines Kontinuums:

Standard-Technik – pa Therapie – Fokaltherapie

Folge ist eine Verschärfung der Demarkation zwischen PA und pa Therapie

Auch dieser, nach Ferenczi, 2. Versuch, ein kürzeres Verfahren in der PA einzuführen, konnte vom main-stream der pa community nicht aufgenommen werden.

French, 1958, 1970, führt den Begriff des Fokal-konflikts ein

- Ein „störendes Motiv“ (Triebimpuls, Wunsch)
- Im Konflikt mit einem „reaktiven Motiv“ (Über-Ich-Reaktion)
- Das führt zur Notwendigkeit einer adaptiven Lösung (Kompromiß oder Abwehr)
- Fokalkonflikte sind vorbewußt
- und Abkömmlinge von „Kernkonflikten“ = frühkindliche, latente, verdrängte, unbewusste Konflikte.

Balint M.,E. und Ornstein P., 1972,

Fokaltherapie, ein Beispiel angewandter Psychoanalyse

Tavistock-Clinic, London, dort wurde in den 60-iger und 70-iger Jahren die berühmt gewordene „Werkstatt“ unter der Leitung von Michael Balint eingerichtet und mit pa Kurztherapien experimentiert.

Anknüpfend an Ferenczi + Rank, sowie Alexander + French wurde die Fokalthherapie entwickelt.

Balints Fokal-therapie: aus der intensiven Interaktion zwischen Patient und Analytiker und der Empathie des Analytikers in den Zustand des Patienten, die er als eine Mischung beschreibt aus

Hoffnung + Verzweiflung

Vertrauen + Misstrauen

Verwirrung + Klarsicht

Daraus entsteht ein Verständnisblitz, ein „flash“, ein Augenblick der Wahrheit, ein Aha-Erlebnis, das der Analytiker für sich in Worte übersetzen muß, um zu einer Fokusformulierung zu kommen; die sollte sein:

- spezifisch
(also nicht zB „homosexuell“ oder „Ödipuskomplex“)
- deutlich umschrieben
(also nicht vage wie zB „die Mutterbeziehung des Pat“)
- unzweideutig
- die Form einer Deutung haben, die dem Pat. im richtigen Moment, gegen Ende der Behandlung, mitgeteilt wird.

Balints Metapher für die Fokalthherapie:

Ein Baumstamm treibt strom-abwärts und verhakt sich. Nachströmendes Holz staut sich an dem verhakten Baum, und das ganze Feld kommt ins Stocken. Gelingt es, gezielt den einen Stamm flott zu machen, kommt das ganze Feld wieder in Bewegung.

Balint ist in seiner Zieldefinition viel bescheidener als etwa Alexander + French. Er erhebt nicht den Anspruch, die pa Standardmethode durch Kurztherapie zu ersetzen und wird dementsprechend gut angenommen.

P. H. Ornstein und **A. Ornstein**, Psychoanalytische fokale Psychotherapie
Psychotherapie Forum, Vol 5, Nr.3, **1997**, 127 – 140

Balint, wollte nicht die Tiefe opfern sondern die Breite:

1. Fokus dient als deutungsdeterminierendes Element, soll nach den ersten 3 Sitzungen formuliert werden, wenn eine Behandlung in einer vernünftig begrenzten Zeit möglich werden soll.
2. Fokusformulierung soll spezifisch genug sein, um diese Formulierung als Deutung verwenden zu können.
3. Fokus oder Teile davon sollen während der ersten Sitzungen als Probedeutungen verwendet werden um herauszufinden, ob der Patient damit arbeiten kann.
4. Nach der Formulierung des Fokus dient dieser als Orientierung für die „selektive Aufmerksamkeit“ und die „selektive Vernachlässigung“ des Therapeuten.

Einigung über Zeitbegrenzung, Stundenfrequenz, Beendigungsdatum.

D. Malan, Psychoanalytische Kurztherapie, Eine Kritische Untersuchung, **1963**, 271 – 275

Der Analytiker verfolgt ein bestimmtes Ziel oder einen „Fokus“, der im Idealfall im Sinn einer Deutung formuliert sein sollte, auf welche sich die Behandlung dann stützt. Er verfolgt diesen Fokus ganz einseitig, lenkt den Patienten durch Partialdeutungen darauf hin, achtet besonders darauf, läßt nicht darauf Bezügliches absichtlich weg; wenn das Material mehr als eine Deutung zuläßt, wählt er immer diejenige, die mit dem Fokus zusammenhängt; er läßt sich durch offenbar nicht auf den Fokus bezüglichen Material, wie verlockend es auch scheinen mag, nicht ablenken.

Unverkennbar beruht diese Technik auf den Grundsätzen von AKTIVITÄT und PLANUNG, zu der viele Autoren sich bekennen, sowie auf der „geschickten Weglassung“,... Es ist ein wohlüberlegter Versuch, gewisse therapie-verlängernde Faktoren zu überwinden:

- die Passivität ((des Analytikers))
- die Bereitschaft, sich vom Patienten führen zu lassen
- die Überdeterminiertheit, - indem man die Behandlung einfach hält.

Das Vorspiel des gegenseitigen Angebots ...

(Material des Pat. und Verstehensleistung und Fokusformulierung des Analytikers)

... führt schließlich zur KRISTALLISATION eines Fokus

... im Hintergrund wirkt die „Werkstatt“, die Erfahrung Balints, unterstützend, korrigierend, reflektierend ... mit.

Ob eine *hochgradig oder relativ „fokale“* Therapie durchgeführt wird, hängt von der „Fokalisierbarkeit“ = gemeinsame Fähigkeit von Patient und Therapeut, rasch einen Fokus zu finden, der Beiden einleuchtet.

3. Widersprüche + Kontroversen, pro + kontra pa Kurztherapie

Seit es paKT gibt, ist sie Gegenstand heftiger Diskussionen und Kontroversen. Um mir Übersicht zu verschaffen, habe ich eine Tabelle der häufigsten pro- und kontra-Argumente angefertigt:

| pro | kontra |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| pa Wissen und Erfahrung soll breiteren, weniger privilegierten Bevölkerungskreisen zugänglich gemacht werden (zB Balints „5 min Pro Patient“) | |
| | pa KT „verrate“ die Substanz der PA, opfere den kritisch-emanzipatorischen Erkenntnisanspruch einem „nur“ therapeutischen Anliegen |
| beschränkte Neutralität, = also temporäre Es- bzw. Über-Ich-Parteinahme kann indiziert sein (Ferenczi) | Neutralität wird geopfert |
| | Verkürzung der Behandlungsdauer wird mit Hilfe von Suggestion und Manipulation erkaufte |
| dieses setting bietet optimale Chance der pa Bearbeitung spezieller Themen wie Zeit, Trennung, Tod (Rank, Benz) | ein von vornherein zeitlich limitierter pa Prozess ist eine Paradoxie |
| technische Fragestellungen wie - Indikation - Fokalisierbarkeit - Zeitfaktoren und „wissenschaftliche Überprüfbarkeit“ im Vordergrund | „furor sanandi“ (Freud) „Medico-zentrismus“ (Parin) |
| | unpopuläre, umstrittene Ziele wie „Selbsterkenntnis“, „subj. Wahrheit“, „Aneignung der eigenen Geschichte“ würden geopfert zugunsten von „Symptombeseitigung“, „Überschaubarkeit“ „Überprüfbarkeit“, „Untersuchbarkeit“ |
| besondere Begabung erforderlich für Balance zwischen „selektiver“ und „gleichschwebender“ Aufmerksamkeit und größeres Maß an Aktivität, Konzentration, Informationsverarbeitungskapazität erforderlich | abwartenden Haltung, Abstinenz und „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ werden geopfert |
| es gibt keinen grundlegenden Unterschied zwischen den pa Verfahren, auch die große, klassische PA ist nichts anderes als eine Folge von Fokalthérapien (Thomä, Kächele) | |
| | ein Angriff auf die pa Identität |
| insofern die Bedeutung des Unbewußten, die Abwehr und die Übertragg./Gegenübertragg.-dynamik beachtet werden, sind klassische PA, pa Therapie, Fokalthérapie, Krisenintervention auf einem Kontinuum zu sehen. | |

Der Versuch, die Behandlungsdauer von Psychotherapie zu verkürzen, ohne die Qualität des Behandlungsziels aufzugeben, ist schon immer ein legitimes Ziel der Therapieforschung gewesen. Andererseits ist die Ideengeschichte der PA gleichsam geprägt von einer jeden Erkenntnisfortschritt begleitenden Verlängerung der Behandlungsdauer. Die Theorieentwicklung von der Trieb-, zur Ich-, zur Selbst- und zur Objektbeziehungspsychologie verlagerte die Aufmerksamkeit immer mehr auf das Hier und Jetzt der Behandlungsstunde, auf das, was der Patient mit dem Therapeuten macht und umgekehrt. Damit einher gehen die Verlagerung des Aufmerksamkeitsschwerpunkts von der freien Assoziation als Informationsquelle zur gleichwertigen zusätzlichen Beachtung des Verhaltens (Beginnend mit W. Reich, Charakteranalyse), zur Gegenübertragung, zum En-actment, zum Handlungsdialog, zum Rollenangebot, zur Inszenierung. Die Aufmerksamkeit des Behandlers verlagerte sich - oder genauer - erweiterte sich, von den Assoziationsinhalten zur Interaktion und führte so zum szenischen Verstehen.

In diesem Kontext bekommt das Konzept des Fokus, der Fokusformulierung und der Fokaltherapie, auf die ich später ausführlicher zurückkommen werde, seine Bedeutung.

3.1 A-Fokalität / Fokalität

Daß die Entwicklung des Konzepts Fokus, Fokalisieren, Fokal-therapie in der PA community mit großer Skepsis aufgenommen wurde, ist verständlich, weil es ein grundlegendes Prinzip psychoanalytischen Denkens + Handelns in Frage zu stellen scheint. Gerhard Schneider nennt dieses Prinzip A-fokalität. Gemeint ist damit die un-ausgerichtete, ziel-unbestimmte Haltung des Analytikers, die Rezeptivität, das Lassen, die Ungerichtetheit. Das Beispiel dafür ist die „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ (S. Freud, 1912), - ein Ergebnis der Entwicklung der Behandlungsmethode von Freud, weg vom Direktiven hin zum Ungerichteten, zur „freien Assoziation“. Dazu gehört die notwendige Akzeptanz des Nicht- oder Noch-nicht-wissens, denn: (Freud, 1912) *„man darf nicht darauf vergessen, dass man ja doch meist Dinge zu hören bekommt, deren Bedeutung erst **nachträglich** erkannt werden“*, was mit einem schon vorhandenen Anspruch zu wissen, nicht zusammenpasst. Ein schon-vorher-Wissen formt unweigerlich Erwartungen. *„Folgt man bei der Auswahl seinen Erwartungen, so ist man in Gefahr, niemals etwas anderes zu finden, als man bereits weiß“* (Freud, 1912). Hierher passt auch die prägnante Formulierung von W. Bion: *„no memory, no desire“* - als Empfehlung für die Einstellung, mit der man als Analytiker in jede Stunde gehen möge, wie auch die von ihm beschriebene Haltung der *„reverie“* – eine Art meditative Haltung des träumerischen Ahnungsvermögens. Erst in dem durch die Anerkennung und das Aushalten des Noch-Nicht-Wissens entstehenden offenem Raum kann das je Eigene des Patienten sich (als Anderes) zeigen und ihm selbst damit zugänglich werden, ohne dass er sich dem Bild anpassen muß, das ihm vom Analytiker vorgestellt wird.

Das Gegenstück dazu wäre die Fokalität – die bestimmend-zielgerichteten Aspekte der pa Technik und Haltung, charakterisiert durch Aktivität, handeln, auswählen, kristallisieren, formulieren, strukturieren, zuordnen, deuten.

A-Fokalität und Fokalität stehen in einem Spannungs- und Kooperationsverhältnis zueinander. Auch schon in Freud's behandlungstechnischen Schriften findet sich als Gegenstück zur „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ und als Beispiel für das Prinzip der Fokalität: das „Durcharbeiten.“

4. FOKALTHERAPIE

In diesem Abschnitt werde ich wesentliche Aspekte der am besten entwickelten Form der pa Kurztherapie, der Fokaltherapie darstellen.

Ausgangspunkt für die Entwicklung der Fokaltherapie in deutschen Sprachraum waren die Ergebnisse der Arbeiten der von Michael und Enid Balint, von Paul und Anna Ornstein, von David Malan und anderen MitarbeiterInnen der „Werkstatt“ an der Tavistock-Clinic in London.

Im folgenden stütze ich mich vor allem auf die Publikationen von Rolf Klüwer, Marianne Leuzinger-Bohleber, Helmut Thomä + Horst Kächele..

Davor noch einen kurzen Überblick auf die:

pa Standardtherapie und pa Kurz- bzw. Fokaltherapie im Vergleich

| pa Standard-Technik | pa Kurz-, und Fokaltherapie |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| zeitlich unbegrenzt | begrenzt auf ca. 8 – 30 Stunden |
| 2,3,4 oder auch 5 mal pro Woche | 1 mal pro Woche oder in unterschiedlich großer Intervallen |
| liegend | sitzend |
| gleich-schwebende Aufmerksamkeit | „selektive Aufmerksamkeit und Vernachlässigung“ |
| freies Assoziieren | Behandlungsplanung (Balint, Malan ..) |
| Übertragung | Dreieck der Einsicht (Menninger, Malan) Fokus (French, Balint, Malan, Klüwer, ..) |
| deuten von W. und Ü./GÜ | Fokus-Fomulierung „flash“ (Balint), „Kristallisation“ (Malan) |
| Prozess aufeinanderfolgender Foci (Thomä, Kächele) | ein Fokus |

4.1 Fokalkonflikt

French, 1952, 1970, führt den Begriff des Fokal-konflikts ein

Fokal-konflikte sind vorbewußte Abkömmlinge von „nuclear konflikts“ = frühkindliche, latente, verdrängte Konfliktkonstellationen, die als unbewusste, psychogenetisch erworbenen Strukturen die Symptomatologie und den Charakter des Patienten bestimmen; sie bestehen aus:

- einem „störenden Motiv“ (Triebimpuls, Wunsch)
- im Konflikt mit einem „reaktiven Motiv“ (Über-Ich-Reaktion),
- das führt zur Notwendigkeit einer adaptiven Lösung (Kompromiß oder Abwehr)

Kriterien zur Beschreibung des fokalen Konflikts:

- Quelle (unbewusste infantile Stimuli)
- Auslösende Ursachen (aktuelle Ereignisse)
- Hauptabwehrformen
- Lösungsversuche

4.2 Fokus

(nach R. Klüwer, 2000)

Klüwer knüpft an die Definition des Fokus von **Th. French**, 1952, an:

- ein Knoten, im Bereich des Vorbewußten, in dem sich tiefere und oberflächliche Probleme treffen
- vorbewußtes Denken tendiert dazu, sich auf ein zentrales, überdeterminiertes Problem zu konzentrieren - und , ganz im Sinn Freuds:
- dass der fokale Konflikt identisch ist mit der Übertragung auf den Analytiker.

Klüwer geht also von der Annahme aus, daß in jedem therapeutischen Interview das Denken dazu tendiert, sich auf ein zentrales Problem zu konzentrieren. Dabei wird eine Vielfalt bewußtseinsfähiger Assoziationen auf einen Brennpunkt verdichtet; und zugleich werden verwandte, unbewußte, genetische Konflikte aktiviert und ihre Besetzung wird in der Regel auf den einzelnen, überbesetzten fokalen Konflikt im Vorbewußten übertragen.

Fokus als eine objektive psychische Gegebenheit.

(Thomä+ Kächele, 1985, Ulmer Prozessmodell)

die in den therapeutischen Prozessen mit aller neurotischen Strukturen vorhanden ist, unabhängig vom setting und davon ob er erkannt, formuliert oder benutzt wird; bedingt durch die Organisation vorbewußter aktualisierter Prozesse

Fokus - da brennt es,

fokussieren = Lichtstrahlen bündeln, auf einen Punkt vereinigen

- F. nicht als starre Festlegung auf ein Thema sondern wegen der unvermeidlichen Begrenztheit menschlicher Informations-aufnahme- und – verarbeitungs-kapazität ist selektive Wahrnehmung unvermeidlich
- F. als Ausdruck der Hypothesenbildung des PA, der dabei entweder eher intuitiv-empathisch und oder eher theoretisch vorgeht
- F. als von der Aktivität des PA unabhängiges Phänomen im Patienten, als Ausdruck der der Symptombildung zugrunde liegenden Dynamik.
- F. als zentrale Drehscheibe des pa Prozesses: hier wird PA Therapie als eine „fortgesetzte, zeitlich nicht begrenzte Fokalthherapie mit wechselndem Fokus“ konzipiert.
- F. als interaktionell hergestellter Schwerpunkt, als Ergebnis des Angebots des Pat und der Verstehensleistung des Analytikers
Betonung des interaktionellen Aspekts

Bei Luborsky wird der Fokus als zentraler Beziehungskonflikt bezeichnet.

Leuzinger, 1988, definiert: „Wir gehen bei der Fokalthherapie von der Hypothese aus, dass sich im aktuellen Konflikt grundlegende, unbewußte Strukturen manifestieren: der Fokus ist nichts anderes als eine idiosynkratische, aber unbewußte Gedächtnisstruktur, die die Wahrnehmung und das Verhalten in

aktuellen Problemsituationen zb Beziehungssituationen ohne Wissen des Pat. steuert.“

Wozu Fokus, wenn das mit Übertragungs-/ Gegenübertragungskonstellation identisch ist?

In der klassischen Analyse manifestiert sich die Ü. in Form der Ü.-neurose, die Zeit braucht, um sich auszubilden.

Die bereits erwähnte Theorie-entwicklung von der Trieb- zur Ich-, zur Selbst- und zur Objekt-beziehungs-theorie geht einher mit Verlagerung der Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt,

von der freien Ass. als Informationsquelle zur Beachtung des Verhaltens (W. Reich), der Gegenübertragung (P. Heimann), des Handlungsdialogs (Klüwer), des En-actments, der Inszenierung,

von den Assoziations-Inhalten hin zur Interaktion, zum szenischen Verstehen.

Die Antwort – obwohl sich Übertragung und Fokus inhaltlich weitgehend decken, sind die Kontexte der beiden Konzepte ganz verschieden.

Fokus als Container

Setting der hochfrequenten PA mit seiner dichten Stundenabfolge hat Container-Funktion für die Ü.-Analyse

Eine Behandlungsstunde pro Woche ist als Container für die Bearbeitung der Ü.-Analyse nicht ausreichend – daher die Notwendigkeit eines Fokus-verständnisses. Fokus als Container der Bearbeitung der Übertragung in der Kurztherapie.

Fokus und gleichschwebende Aufmerksamkeit

sind vor allem dann ein Gegensatz, wenn man Fokus als Schablone missversteht, als die beim Analytiker schon vorhandene Lösung des unbewußten Problems des Pat.

„Gleich-schwebende Aufmerksamkeit“ und Fokussierung stehen nicht im Widerspruch, sondern sind alternieren im Vordergrund bzw. Hintergrund und ergänzen einander.

Die Fokusformulierung benennt ein pa. Objekt, das gefunden und wiedergefunden werden muss und es bedarf der gleichschwebenden Aufmerksamkeit, um die (mitagierende) Beteiligung am Konflikt erkennen zu können.

Die „Konferenz („Werkstatt“, das „Fallseminar“, die „TK-Besprechung“, Supervision, die kollegiale Intervision etc.) sind dazu äußerst hilfreich bis notwendig.

Genau genommen müßte man sagen, daß der Fokus zum Verständnis der aktuellen Ü.-GegenÜ.-Beziehung dann hilfreich wird, wenn er vom Analytiker **zunächst nicht benutzt**, zurückgestellt, vergessen wird, um mit gleichschwebender Aufmerksamkeit zu arbeiten. Die Erinnerung an den Fokus stellt sich meist spontan an bestimmten Stellen der Stunde oder in der Supervision wieder ein.

4.4 Fokusformulierung

Den klinischen Fokus kann man sich als eine Struktur von relativer Dauer vorstellen, die solange bestehen bleibt, bis für das Problem eine neue Lösung gefunden wurde.

Die Fokusformulierung enthält, was und wie wir den Konflikt des Pat., den er im Erstgespräch angeboten hat, verstanden haben.

Vom verstehen des Konflikts bis zur Fokusformulierung - oft ein schwieriger Schritt.

Eine zureichende – von den vielen möglichen – Fokusformulierung sollte immer

- die Form einer Deutung haben,
- die Klage des Pat. beinhalten
- und eine Begründung dafür anbieten, warum es so ist wie es ist, dh wie es vom Analytiker verstanden wird

(nach R. Klüwer, 1995, Die verschenkte Puppe)

Im Unterschied zur klassischen pa Behandlung, aber auch im Unterschied zur unbefristeten analytischen Psychotherapie, versuchen wir bei einer Fokalthherapie, gleich zu Beginn mehr über die Struktur des Patienten in Erfahrung zu bringen. Wir möchten erkunden und belegen, ob der Patient fokalisierbar ist. Das ist schwerer als man denkt und bedarf etlicher spezieller Erfahrung.

Was heißt es, wenn wir sagen, ein Patient sei fokalisierbar?

Es heißt, daß der Analytiker durch das Erstgespräch – das nicht *ein* Gespräch sein muß, sondern aus mehreren Gesprächen bestehen kann - , also durch eine Abklärungsphase in die Lage kommt, die Struktur des Konflikts des Pat. zu verstehen.

Was heißt hier verstehen?

Wann können wir zu Recht sagen, wir verstehen die Struktur eines Konflikts? Wir verstehen, wenn wir in der Lage sind, das *Konfliktmuster* oder *das Thema* des Pat., das jetzt aktualisiert ist, zu formulieren. Ein Konfliktmuster oder ein Thema ist eine sich wiederholende Modalität des Umgangs des Subjekts mit seinen Objekten. Zur Formulierung benutzen wir die beiden Dreiecke der Einsicht nach Menninger und Malan:

- beim Dreieck der Abwehr
müssen wir formulieren können:
warum (Angst)
was (Abgewehrtes)
wie (Abwehr)
behandelt wird.
- mit Hilfe vom Dreieck der Zeit
soll das Muster in den drei Bereichen
aktuelle, äußere Realität (Gegenwart und jüng. Vergangenheit)
Übertragung (hier und jetzt der analyt. Sit.)
Vergangenheit (damals und dort)
identifiziert werden.

Es ist zwingend, daß das Muster in den drei Bereichen erscheint. Wenn es das nicht tut, kann es nicht das aktualisierte, behandelbare fokale Muster sein.

Der Aspekt der Aktualisierung ist in der Kurztherapie von besonderem Interesse, weil wir den Konflikt sofort behandeln wollen, zugleich aber keine schlafenden Hunde wecken.

Wodurch kommt bei einer neurotischen Struktur ein analytischer Prozeß in Gang?

Im Rahmen einer milden positiven Übertragung wird die Abwehr gedeutet, was zu deren Labilisierung, Infragestellung, Bewußtmachung führt. Wenn sich die Abwehr lockert, bildet sich Angst aus, die bis dahin wegen Bestehens einer funktionierenden Abwehr „schlafen“ konnte. Das Abgewehrte beginnt nachzudrängen (der Auftrieb des

Unbew.). Um diesen Prozeß in Gang zu bringen, ist es natürlich erforderlich, das Konfliktmuster in Form des Dreiecks der Abwehr zu erkennen.

Wie kommen wir in die Lage, die beiden Dreiecke zu erkennen?

Vor allem durch szenisches Verstehen, durch analytische Interviewführung, wobei zugleich mit der analytischen Arbeit begonnen wird und der Pat. unmittelbar erlebt und erfährt, was und wie analytische Arbeit ist und so entscheiden kann, ob dieser Weg – via Einsicht – ein für ihn/sie fruchtbarer Weg ist.

von den 3 Datenquellen für die Fokusbildung,

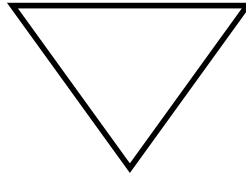
- a) objektive Daten - verführen zu raschen Hypothesenbildungen
 - b) subjektive Daten - sind bereits durch den Filter der Abwehr gegangen
 - c) szenische Daten - besondere Bedeutung für die Fokusbildung
- ist das szenische Verstehen die wichtigste.

4.4 Die Drei-ecke der Einsicht

nach K. Menninger, 1958, und D. Malan, 1979

das **Konflikt-Dreieck**

Abwehr

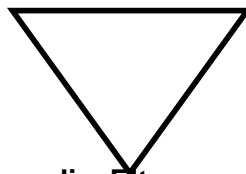


Angst
Schmerz,
Schuld, Scham

Verborgenes Gefühl
was abgewehrt wird,
Trieb-nahe
Komponente

das **Personen-Dreieck**

die Anderen
in der aktuellen
Lebenswelt

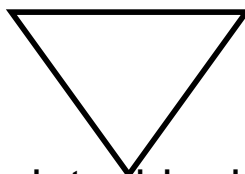


die Übertragung
in der analyt. Situation

die Eltern

das **Zeit-Dreieck**

Gegenwart
und jüngere
Vergangenheit



hier und jetzt
in der analyt. Situation

dort und damals
frühe Kindheit,
Latenz, Pubertät,
Adoleszenz

Möglicher Nutzen der Dreiecke:

- zur Darstellung und Reflexion der therapeutischen Intervention
- zur Orientierung, welche Teile welchen Dreiecks in die Intervention einbezogen werden wurden bzw. sollten.
- Zur Klärung, welche Teile jeweils vom Patienten bevorzugt oder vernachlässigt werden.
- zur Fokusformulierung

Ziel jeder psychoanalytisch orientierten, dynamischen Psychotherapie ist es **Einsicht** (= erleben + verstehen) zu **fördern** in die:

- Zusammenhänge von gegenwärtigen Konflikten mit der Vergangenheit
- und die verborgenen Gefühle.

4.5 Fokalkonferenz (nach R. Klüwer 2000)

Der Ausdruck wurde am SF-Institut in Frankfurt geprägt und hat sich aus der seit 1970 bestehenden Ambulanz-konferenz entwickelt, die von Herman Argelander geleitet wurde. Ursprünglicher Interessenschwerpunkt war das Erstinterview und die Gruppenanalyse.

Vorbild für die aus dieser Ambulanz-konferenz hervorgegangene Fokalkonferenz war die „Werkstatt“ der Tavistok-Clinic in London unter der Leitung von Balint.

Ein wesentliches Element dieser Einrichtung sind die schriftlichen Gedächtnisprotokolle, sowohl die von den Therapeuten/Analytikern nach den Behandlungsstunden angefertigten als auch die von jeweils einem Teilnehmer über die Konferenzen.

Das Protokoll fördert die beobachtende Position des Behandlers und stellt einen triangulierender Faktor dar.

Sowohl für das Anfertigen der Protokolle als auch für die gemeinsame Arbeit damit in der Fokalkonferenz ist Vertrauen erforderlich. Das Vorgehen in der Gruppe könnte man am besten als themenzentriertes Assoziieren beschreiben.

Als Arbeitshypothese werden alle Phänomene, die im mentalen Raum der Gruppe auftauchen, konsequent als Phänomene des Patienten verstanden.

Der Vorteil: so können auch die vermeintlichen Schwächen oder Fehler des Behandlers im Dienst des Verstehens des Patienten verwendet werden und das stärkt zugleich das Vertrauen der Teilnehmer, sich frei äußern zu können.

Man kann zB eine kontra-phobische Tendenz, welche der den Fall bringende Teilnehmer erkennen lässt, als Phänomen des Behandlers, des Patienten oder der Gruppe zu verstehen versuchen, und wahrscheinlich sind alle 3 an der Entstehung des Phänomens beteiligt. Aus der Perspektive der gemeinsamen Inszenierung betrachtet, spielt der Behandler in dem Stück, das der Patient aufführt, die Rolle, die ihm der Patient als Regisseur zuweist (Mitagieren).

Weitere Vorteile der Fokalkonferenz:

- eine Fundgrube für Prozessbeobachtungen,
- vertiefte Fortbildung, die Gruppe bringt pa Denken zur Entfaltung
- jeweils neu entdecken des Fokus in seiner neuen Konkretisierung vs wiederfinden, was man schon kennt
- kreative Prozesse kommen durch ständiges oszillieren zwischen Identifizierung und Distanzierung zustande
- Gleichwertigkeit der Beiträge der jüngeren und älteren der erfahreneren und der weniger erfahrenen TeilnehmerInnen, weil es bei den assoziativen Beiträgen um „Mitteilungen aus dem eigenen Unbewußten“ geht.

4.6 Indikation und Kontraindikation

Ornstein + Ornstein:

Es ist das „Zusammenpassen“ von Therapeut und Patient, das die Behandelbarkeit, die Prognose und das Ergebnis bestimmt. Wie sich Patient und Therapeut „vertragen“ ist für die Auswahl für eine Kurzbehandlung wichtiger als die Natur der Psychopathologie oder (bis zu einem gewissen Grad) deren chronische und ernstliche Ausprägung. Es sind das für uns grundlegende Punkte in jeder Form psychoanalytischer Psychotherapie, die fokale Psychotherapie bildet diesbezüglich keine Ausnahme.

Voraussetzungen von Seiten des Analytikers:

- Interesse, Sympathie, Neugier
- das Gefühl, den Patienten und seinen Konflikt gut genug zu verstehen, um ihm in der begrenzten Zeit helfen zu können
- eine gewisse Riskobereitschaft zB angesichts der ev. erforderlichen Aggressivität, die in einer Kurztherapie eine Rolle spielen kann.

Die beste Indikation für die pa Kurztherapie haben Patienten, die einen Konflikt auf ödipaler Ebene anbieten, also im weitesten Sinn neurotische Störungen.

Neurotische Konflikte sind internalisierte Konflikte. Weil das so ist, können wir bei diesen Pat., mit dem Konzept der Dreiecke der Einsicht arbeiten.
(ev Folie zum KONFLIKT benutzen)

Ungeeignet ist die pa Kurztherapie für alle die Störungen, deren Behandlung darin besteht, Wachstums- und Reifungs-prozesse wieder in Gang zu setzen oder nachzuholen, weil Wachstumsvorgänge andere Zeiträume brauchen als Konfliktlösungen.

Bei den Pathologien, die auf frühe, traumatische Störungen oder Defizite zurückzuführen sind, die zu einer ich-strukturellen Störung zb auf Borderline- oder psychotischem Funktionsniveau führen, wird eine pa Fokalthherapie kaum Aussicht auf Erfolg haben.

Kontra-indiziert ist eine Fokalthherapie

- bei schweren Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen
- bei allen vorwiegend ich-syntonen Störungen zb bei Persönlichkeitsstörungen, deren Abwehr so sehr ich-synton ist, daß diese Patienten erst eingeladen werden müssen, krank zu werden, um behandelbar zu werden, wie das zB Winnicott eindrücklich beschreibt.

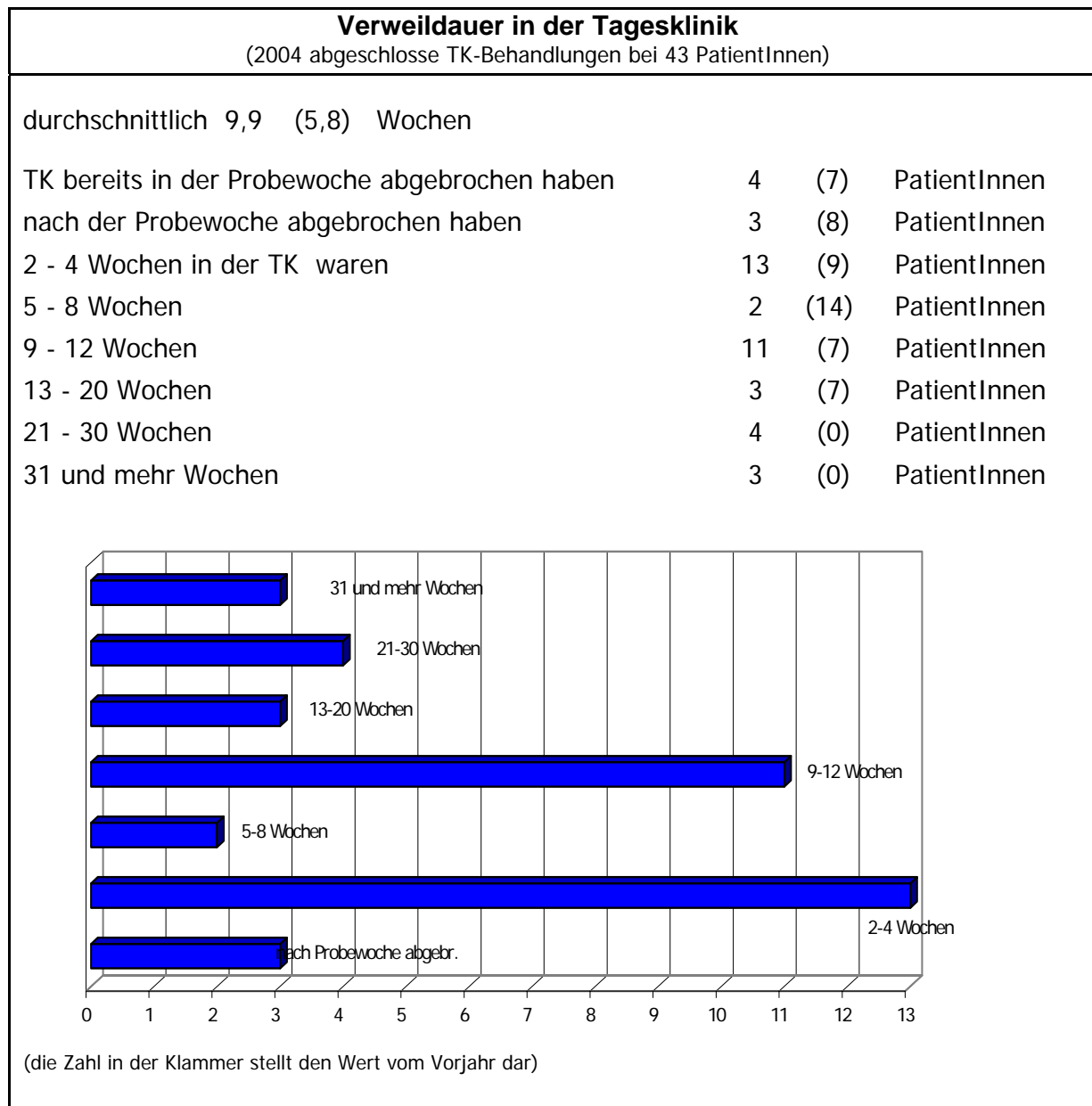
Auf eine spezielle Indikation für das Fokussieren möchte ich jetzt eingehen: wenn mehrere Personen beteiligt sind, **zB** auch **in halb-stationären settings wie in einer TK**, als Hilfe zur Zentrierung der (Psycho-) Therapie.

5. Tagesklinik-Behandlung als „Kurztherapie“

Die Behandlungen in einer TK wie der im BZ sind immer „Kurz“-Therapien insofern sie zeitlich begrenzt sind.

In der TK des BZ beträgt die Dauer der Behandlungen im Durchschnitt etwa 10 Wochen.

Am unteren Ende der Scala –von 2-4 Wochen bis zu 30 und mehr Wochen, (abgesehen von den in bzw. nach der Probewoche abbrechenden 7 %).



5.1 Diagnostik-Phase

In der Praxis kann man die erste Zeit in der TK als diagnostische Phase betrachten.

In dieser Zeit werden alle möglichen Daten aus den Bereichen:

„derzeitige Lebenssituation und aktuelle Beziehungen“

„frühkindliche Entwicklung“

„bisherige Lösungsversuche und Behandlungen“

gesammelt, um so zu einem ersten Bild der im Vordergrund stehenden Probleme zu kommen. Zu den üblichen objektiven und subjektiven Daten stellt auch hier das „szenische Verstehen“ die wichtigste Informationsquelle dar für die Formulierung einer Arbeitshypothese, eines Fokus.

5.2 TK-Besprechung als Fokus-konferenz

An der wöchentlich stattfindenden TK-Besprechung nehmen alle Teammitglieder teil, die in die Behandlung des Pat. einbezogen sind. Hier werden alle Informationen, Beobachtungen und Erfahrungen mit dem und über den Pat. zusammengetragen: Symptomatik, aktuelle Konflikte, szenisches Erleben, biographische Anamnese und Familienkonstellation, Gruppeninteraktionen, Übertragungsreaktionen in den unterschiedlichen settings, Verhalten in der Therapie-Werkstatt, Zeichnungen aus der Gruppentherapie, Beziehungsgestaltung und Konfliktverhalten mit Mitpatienten und mit Team-mitgliedern etc.

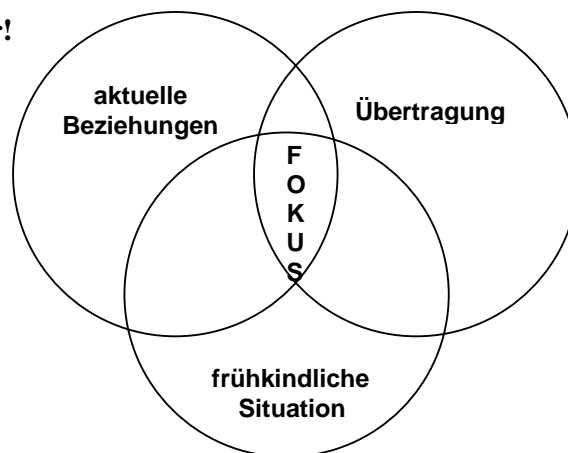
Eine Fülle von Eindrücken und Informationen stehen jetzt zur Verfügung, die es zu strukturieren gilt. Gemeinsam wird das gesammelte Material auf übergreifende Muster hin untersucht.

Oft zeigen sich in der TK-Besprechung recht deutlich wie unterschiedliche Übertragungsreaktionen bei verschiedenen Mitgliedern des Teams deponiert werden. Und wie entsprechend unterschiedlich bis gegensätzlich die Reaktionen der Teammitglieder sein können, wenn es um die Entwicklung einer Arbeitshypothese geht, wenn es um die Klärung dessen geht, was jetzt dran ist, was der Pat. jetzt vorwiegend braucht. Plakativ vereinfacht ausgedrückt stehen nicht selten Vertreter der Richtung „Arbeitslager“ versus „Säuglingsstation“ gegenüber.

Die Mosaiksteinchen der Partial-Übertragungen spiegeln die Zersplitterung der inneren Welt des Patienten. Sie müssen zuerst im Team erkannt und zusammengefügt werden, um anschließend die Fragmentierungen beim Patienten zu lindern.

Auch hier bietet sich als theoretische Grundlage für die Formulierung eines Fokus, das Dreieck der Einsicht an.

Fehler!



Der Fokus als „Schnittmenge der drei Bereich des Dreiecks der Einsicht.
(nach M. Grabe, 2000, Kreative Zugänge zu einem praxis-relevanten Therapiefokus)

5.3 Krisen als Fokus

In der Regel sollte die Therapie in der TK auf einen Fokus ausgerichtet sein. Dieser Fokus ergibt sich zunächst aus den im Vordergrund stehenden Störungen des Patienten.

Die Verteilung der Diagnosen der TK-Pat. im BZ

vereinfacht kann man eine Drittelteilung erkennen:

1/3 schizophrener Formenkreis, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD 10: F2)

1/3 affektive Störungen (ICD 10: F3)

1/3 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD 10: F4)
und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD 10: F6)

Im Unterschied zu Pat. mit neurotischen Störungen, die in der TK des BZ nur etwa 15 % ausmachen zeigen sich die Konflikte von Patienten mit psychotischen, mit psychose-nahen und mit schweren Persönlichkeitsstörungen häufig in Form von erheblichen Beziehungsstörungen, die nicht selten als ich-synton erlebt werden. Es überwiegen frühe Abwehr- und Schutz-mechanismen wie Spaltung, projektive Identifizierung, Verleugnung. Die Konflikte werden eher inszeniert als besprochen. Diese **Störungen zeigen sich im Rahmen der TK-Behandlung oft in Gestalt von Krisen**, die meist episodisch verlaufen und sich nicht selten dramatisch zuspitzen. Dazu gehören Suzid-drohungen oder –handlungen, selbstbeschädigendes Verhalten, Rückzug + Fernbleiben ohne telephonische Abmeldung, Einschränkung der Kommunikation auf e-mail. Dazu gehören auch indirekte oder auch lautstarke Klagen über einzelne inkompetente Mitarbeiter des Teams oder über unbeliebte Programmpunkte uva. Solche krisenhaften Zuspitzungen sollten aber nicht als regressive Entgleisungen abgetan werden. Sie führen anschaulicher als es „nur“ verbal berichtete Symptombeschreibungen je können das tatsächliche Ausmaß der Beeinträchtigungen der Patienten im Umgang mit sich selbst und mit ihrer Umgebung vor Augen.

Diese krisenhaften Verhaltensweisen kann man als Ausdruck von

Wiederinszenierungen verinnerlichter pathologischer Objektbeziehungen verstehen. Die Beziehungsstörung wird zB in Gestalt von gespaltenen – „nur guten“ und „nur bösen“ Teilobjektbeziehungen zu verschiedenen Mitgliedern des therapeutischen Teams dargestellt.

Bei anderen Patienten mit **Persönlichkeitsstörungen auf prä-psychotischem Niveau**, können die krisenhaften Verhaltensauffälligkeiten besser als Ausdruck einer erheblichen Ich-Schwäche verstanden werden. Insbesondere das Rahmenbedingungen überschreitende Verhalten ist bei diesen Patienten oft **eine Folge von Ich-Defiziten**. Verlässliche und klare Rahmenbedingungen haben hier auch die Funktion, den Pat. vor den äußeren Realitätsbedingungen zu schützen, die er angesichts seiner Ich-Schwäche aktuell nicht bewältigen kann.

Bei einer speziellen Gruppe von Patienten stellt sich die Störung in Form eines zähen Ringens oder auch wütenden **Anrennens gegen die Rahmenbedingungen** der TK-Behandlung dar. Sie können die begrenzenden Bedingungen nicht akzeptieren, nicht als notwendig für die Konstituierung eines Spielraums erkennen, sondern rennen dagegen an. Sie scheinen den Rahmen zerstören zu wollen, - unbewusst wohl in der Hoffnung, dass Ihnen das nicht wirklich gelingt. Sie provozieren die Therapeuten zu grenzziehenden Maßnahmen und drücken in den Attacken auf den Rahmen ihre Angst vor Abhängigkeit und ihren Kampf um Autonomie aus.

Die manchmal fast unmöglich Aufgabe des therapeutischen Teams ist es, die **Rahmenbedingungen glaubhaft zu vertreten**, ohne auf den Patienten Zwang auszuüben, ohne Unterwerfung zu verlangen, ohne sadistisch-gegenaggressiv auf die Attacken des Pat. zu reagieren. Wenn das nicht gelingt scheidet der

Behandlungsversuch und führt meist zum Abbruch. Manchmal neigen wir als therapeutische Mitarbeiter im Team dazu, das destruktive Verhalten von Patienten verstehend auszuhalten - im Sinn eines missverstandenen Konzept des „containing“. Das führt oft zu einem **Teufelskreis**: Der Patient greift zu immer drastischeren Verhaltensweisen, die Therapeuten bemühen sich, die in ihnen ausgelösten schwer erträglichen Gefühle noch länger auszuhalten und noch besser zu verstehen, was wiederum das destruktive Agieren des Patienten verstärkt - mit der Folge, dass der Patient zu noch dramatischeren Mitteln greifen muss, um die Therapeuten zu eben der Grenzziehung zu bewegen, zu der er angesichts seiner labilen Struktur nicht fähig ist.

Im günstigen Fall geht das destruktive Anrennen des Pat. gegen die einschränkenden, begrenzenden Rahmenbedingungen allmählich in ein gemeinsames Ringen um Rahmenbedingungen über.

Entscheidend für das Gelingen ist die **therapeutische Haltung**, mit der das Team für den Rahmen einsteht. Die Qualität dessen, was Klüwer (1983) den Handlungsdialog nennt, der unvermeidlich mit dem Patienten geführt wird, **ist** dann weit **wichtiger als** alle verstehenden und **deutenden Interventionen**. Es sind vielmehr die Haltungen, die Patienten auf Verlässlichkeit und Glaubwürdigkeit hin überprüfen, als das, was inhaltlich gesagt wird.

Die Patienten halten uns, die Mitpatienten und ihre Angehörigen mitunter oft auf Trab. Und in vielen Fällen ist es nicht zu verhindern, dass sie auch zur stationären Behandlung überredet oder eingewiesen werden müssen. Das setzt eine ausreichend gute **Zusammenarbeit** zwischen dem BZ und der stationären Abteilung voraus, was in vielen Fällen auch eine grenzziehende Funktion hat. Es kann dann sein, dass der Pat. sich kurz nach einer solchen „Verlegung“ wieder sicherer fühlt, weil jetzt endlich die Grenzziehung erfolgt ist, die er zu seiner Sicherheit und Selbststabilisierung gebraucht hat.

5. Fall-beispiel

lasse ich hier aus Gründern der Diskretion zum Schutz des Pat. weg.

7. Abschluß

Bei der Vorbereitung auf dieses Referat habe ich wertvolle Erfahrungen gemacht zB bei der Beschäftigung mit meinen Widerständen etwas Brauchbares zu formulieren, beim Nachdenken über die eigene Praxis und beim Suchen nach geeigneten Fall-Beispielen.

Gelernt habe ich dabei:

+ daß die anfangs erwähnte Kontroverse über die Verkürzungsbestrebungen von pa Therapien fast ebenso alt ist, wie die pa Bewegung selbst

+ daß es nicht sinnvoll ist, die PA als Therapie über das setting oder die Therapiedauer und die Stundenfrequenz zu definieren.

Aus meiner Sicht macht es viel mehr Sinn, die Qualitäten zu benennen, die für die pa. Situation charakteristisch sind:

+ die Herrschaftsfreiheit

+ den Dialog, der dem miteinander erkunden dient

+ den Raum, das Spielfeld, in dem sich die Dynamik von Abwehr

und Übertragung/Gegenübertragung entfalten kann und gemeinsam reflektiert wird.

Insofern diese Merkmale in einer Kurztherapie gegeben sind, ist sie aus meiner Sicht eine wertvolle und vollwertige Form von psychoanalytischer Behandlung.

Andererseits sind einige der kritischen Einwände gegen die pa Kurztherapie durchaus ernst zu nehmen.

- dass bei der Kurztherapie kaum Zeit bleibt für die Thematisierung + Reflexion der komplexen Zusammenhänge von Individuum und Gesellschaft, von individueller Psychopathologie und sozialen Verhältnissen, was eher zur Anpassung als zu emazipatorischen Ergebnissen führt.
- daß die Gefahr der Vereinnahmung von Kurztherapie-Konzepten für fragwürdige Zwecke nicht gering ist.

Ich habe schon erwähnt, dass das Interesse an ökonomischeren, effizienteren Behandlungs-Methoden in Krisen- und Kriegszeiten deutlich ansteigt.

So wurde zB in der Nazi-Zeit im dem von Göring geleiteten Deutschen „Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie“, nach Eliminierung der jüdischen Analytiker, die Kurztherapie sehr gefördert.

Und es gibt eine erstaunlich wenig bekannte Geschichte der Konkurrenz zwischen PA und Schulpsychiatrie um die bessere, schnellere Therapie der im ersten WK von der Front zurückkommenden sogen. „Kriegszitterer“, wobei die Schulpsychiatrie nicht wählerisch war und zu folterähnlichen Behandlungsmethoden gegriffen hat. Freud war 1920 in einem Prozess als Gutachter bestellt. Wagner-Jauregg wurden die grausamen Behandlungsmethoden wie Einzelhaft-artige Unterbringung von Pat., Elektro-schock an Extremitäten, Verabreichung von asa foetida und anderen Ekel-erregenden und Brechreiz verursachenden Substanzen vorgeworfen (siehe Eissler, Theo Meissl ua.).

Und

Schließen möchte ich mit einem Hinweis Balints. In seinem Bericht über die Fokaltherapie formuliert er folgende „günstige Voraussetzungen für die Fokus-formulierung“ :

- ein hoher Grad an geschärfter Beobachtung
- gute Kenntnis der pa Theorie
- Freiheit von Zwangsdanken über Psychopathologie

Diese Empfehlungen scheinen mir auch für jede andere Form der therapeutischen Praxis recht hilfreich zu sein.

8. Verwendete Literatur

Balint M.,E. und Ornstein P.,

Fokalthherapie, ein Beispiel angewandter Psychoanalyse,
Suhrkamp, Frankfurt, 1972,

Bellak L., Small L.

Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie

deutsch: Frankfurt, Suhrkamp, 1972

Original: „Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy“, New York, 1965

Benz A., Ausländer J.:

Analytisch orientierte Kurz-Psychotherapie der Impotenz und Ejaculation präcox
Psyche Jahrgang 29, S 395-406, Mai 1979

Davanloo H.

Der Schlüssel zum Unbewußten. Die intensive psychodynamische Kurztherapie

deutsch: München, Pfeiffer, 1995

Original: „unlocking the Unconscious“, 1990

Freud, S., Schriften zur Behandlungstechnik

S. Fischer, 1975, Studienausgabe, Ergänzungsband

Grabe M.

Kreative Zugänge zu einem praxisrelevanten Therapiefokus.

Psychotherapie, 5. Jahrg, 2000, Band 5, Heft 2, pp168 – 176

Klüwer R.

Studien zur Fokalthherapie

Suhrkamp, Frankfurt

Klüwer R.

Fokus – Fokalthherapie – Fokalkonferenz,

Psyche 54. Jahrgg., S299-321, April 2000

Klüwer R.

Die verschenkte Puppe, Darstellung und Kommentierung einer pa Fokalthherapie

Suhrkamp, Frankfurt, 1995

Leuzinger-Bohleber M. (Hrsg.)

Psychoanalytische Kurztherapien, Zur Psychoanalyse in Institutionen,

Westdeutscher Verlag, Darmstadt, 1985

Luborsky L.

Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch

Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen, 1995

Original: Principles of Psychoanalytic Psychotherapy.

Malan D.

Psychoanalytische Kurztherapie, Eine Kritische Untersuchung,
Rowohlt, 1972,
Original: „A Study of Brief Psychotherapy“, 1962

Malan D.

Individual Psychotherapy,
London, 1979

Menninger K.,

Theory of Psychoanalytic Technique,
Basic Books, New York, 1958

Ornstein P.H, Ornstein A.:

Psychoanalytische Fokalthherapie,
Psychotherapie Forum, Vol.5, Nr.3, S127-140, 1997

Schneider G.,

Fokalität und Afokalität in der (psychoanalytischen) tiefenpsychologisch fundierten
Psychotherapie und Psychoanalyse,
in: Gerlach A., Schlösser A-M., et al. (Hg), Psychoanalyse mit und ohne Couch,
Psycho-sozial Verlag, 2003

Streeck U.,

Stationäre Kurztherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen
in: Hennig H., Fikentscher E. et al. (Hg), Kurzzeitpsychotherapie in Theorie und
Praxis, 196-208, 2. Auflage, 1999, Pabst Science Publishers,.

Strupp Hans H., Binder Jeffrey L.

Kurzpsychotherapie,
Stuttgart, Klett-Cotta, 1993
Original: „Psychotherapy in a New Key. A Guide to Time-Limited Dynamic
Psychotherapy“, New York, 1984

Thomä H.,

Vom Spiegelnden zum Aktiven Psychoanalytiker,
Suhrkamp, Frankfurt, 1981

Thomä H., Kächele H.,

Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie
Band1, Grundlagen, 1985, Springer, 385 ff

Weghaupt, A.:

Psychoanalytische Kurztherapie: Ein Überblick,
Psychotherapie Forum, Vol.6, Nr.4, pp195-205, 1998

Zwiebel R.:

Psychische Grenzen und die innere Arbeitsweise des Analytikers,
Psyche, 57.Jahrgang, S1131 – 1157, Dez. 2003