

Rudolf Lachauer

Prien am Chiemsee

Fokussieren in der Psychotherapie

Einführung

"Fokussieren" ist ein Konzept, das sich primär aus der analytischen Kurztherapie entwickelt hat, das sich aber auch sehr eignet für die Arbeit in längerfristigen tiefenpsychologisch orientierten oder analytischen Behandlungen und Beratungen. Auch andere psychodynamisch oder beziehungsorientierte Behandlungskonzepte können davon profitieren.

Bei der Erarbeitung eines Fokus in der Psychotherapie handelt es sich nicht um eine "Einengung auf ein isoliertes Thema", sondern um eine für das gesamte therapeutische Denken und auch Handeln wichtige gestaltende Funktion. Es geht um eine Ergänzung der inneren Aufmerksamkeit des Therapeuten oder Beraters, der in seiner Ausbildung vor allem gelernt hat, auf die vielfältigen Bedeutungen und Hintergründe der oft mehrfach determinierten Symptome oder Probleme zu achten. Der Fokus stellt nun die Frage in den Mittelpunkt, was von all dem Denkbaren "jetzt dran" ist.

Von Bedeutung kann ein Fokus zum einen für all diejenigen sein, welche für die therapeutische Arbeit mit ihren Patienten weniger Zeit zur Verfügung haben als in einer hochfrequenten, langjährigen Psychoanalyse, also im Rahmen stationärer Behandlung, in der ambulanten Kurzpsychotherapie, in der Beratung, Krisenintervention, in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie im Sinne der Kassenrichtlinien, aber auch in der Therapie von Kindern und Jugendlichen, bei Familien- Paar- und Gruppentherapie.

Der Fokus hat aber nicht nur in einer Kurztherapie seinen Wert. Der Lernprozess der Erarbeitung eines Fokus ist auch in einer Langzeitpsychotherapie oder Analyse von großer Bedeutung für die Besinnung des Therapeuten auf den aktuellen Stand des inneren Erlebens seines Patienten. Dies kann zu einer wesentlichen Hilfe werden, um aktuelle Krisen im Behandlungsgeschehen zu bewältigen.

Verschiedene Definitionen des Fokus

Dass der Fokus etwas mit einem therapeutischen Schwerpunkt zu tun hat, ist unter Psychotherapeuten in Diskussionen über das Thema meist ohne Zweifel. Wo dieser Schwerpunkt aber liegen soll, darüber gehen die Meinungen auch im Schrifttum weit auseinander. In grober Einteilung kann man zwei Grundrichtungen unterscheiden, deren wesentliche Differenz in der Bewusstseins-ebene liegt, auf der ein Fokus formuliert wird. Um diese verschiedenen Ebenen deutlicher zu machen, möchte ich als erstes zwei Literaturstellen zitieren.

Zunächst ein typisches Beispiel für die Verankerung des Fokus auf einer phänomenologischen Ebene, bei welcher der Fokus mit einem Symptom oder zentralen Problem gleichgesetzt wird: Rechenberger (1987) schreibt: "Den Komplex, in dem sich die Hauptschwierigkeiten des Patienten manifestieren, können wir in bewusster Abhebung von anderen Interpretationen als Fokus ansehen und dem Patienten beispielsweise mitteilen: *Ich glaube, Sie so verstanden zu haben, dass Ihnen der Umgang mit Geld besonderen Kummer bereitet. Könnte diese Annahme stimmen?*"

Es wird bei diesem Beispiel deutlich, dass dieser Begriff des Fokus auf einer phänomenologischen Ebene angesiedelt ist.

Als ebenso typisches Gegenbeispiel für die Definition des Fokus auf einer anderen Ebene möchte ich aus einer Arbeit von Klüwer (1970) zusammenfassend referieren.

Es handelte sich um einen ausländischen Studenten, der eine ausgeprägte Prüfungsunfähigkeit hatte. Daneben bestanden noch andere Probleme in seiner allgemeinen Lebensführung. Als wesentlicher Hintergrund wurde sichtbar, dass der Patient noch identifiziert war mit seiner ihm zunächst zgedachten Rolle als Nachfolger seines Vaters, der in seinem Heimatland die Funktion eines Priesters innehatte. Bewusst hatte er es abgelehnt, diese Funktion zu übernehmen, hatte ein anderes Studium ergriffen, das ihm Gelegenheit geben sollte "die innere Auseinandersetzung mit der Vaterautorität begrifflich zu artikulieren". Unbewusst aber hatte er auf die ursprüngliche Identifikation mit dem Vater und dessen narzißtisch hochbesetztem Berufsbild noch nicht verzichten können.

Im Sinne dieser inneren Zusammenhänge lautete der Fokus:

Sie dürfen keine Prüfung machen, sonst stirbt der Priester in Ihnen.

Hätte Klüwer den Begriff Fokus so verstanden und definiert wie Rechenberger, dann wäre eindeutig das Hauptproblem des Patienten, nämlich keine Prüfung machen zu können, als Fokus definiert und wohl auch im Einverständnis mit dem Patienten zum Zentrum der psychotherapeutischen Arbeit gemacht worden — in Abhebung von anderen Problemen, die er auch noch hatte.

Die Definition und Funktion des Fokus bei Klüwer gehen aber darüber hinaus. Er formuliert im Fokus eine *Hypothese über die zentrale unbewusste Dynamik der Unfähigkeit, eine Prüfung zu machen*. Diese Hypothese ist nach intensiver Diskussion der Untersuchungsergebnisse in einer Gruppe gewonnen worden und soll dem Therapeuten (etwa in einer darauf folgenden Kurztherapie) im Sinne eines vorgreifenden Verständnisses eine innere Orientierungshilfe bei seinen Deutungsaktivitäten geben.

Berücksichtigt man diese Unterscheidung nicht, übersieht man leicht, dass verschiedene Autoren zwar gemeinsam von Fokus sprechen, sich aber auf ganz unterschiedlichen Ebenen des Verständnisses bewegen, der eine auf einer eher bewusst/vorbewussten, der andere auf der unbewussten Ebene, was natürlich entscheidende Konsequenzen für die Bedeutung und den Umgang mit einem Fokus hat. Einen Fokus, der eine Hypothese über eine unbewusste Dynamik enthält, bereits am Anfang der Behandlung dem Patienten mitzuteilen, oder gar zu erwarten, dass der Fokus zusammen mit dem Patienten erarbeitet werden solle, wie es z. B. Kutter (1981) als eine der Schlussfolgerungen aus seinem Literaturvergleich ganz pauschal fordert, hätte eine ganz andere Bedeutung und Wirkung, als dies bei einem Fokus nach dem Muster von Rechenberger der Fall wäre.

Diese erste Gegenüberstellung macht wohl deutlich, wie wichtig es ist, sich klar darüber zu sein, von welchem Verständnis des Begriffs Fokus ein Autor ausgeht. Sehr deutlich wird dies auch, wenn man aktuelle diagnostische Hilfsmittel wie den OPD daraufhin untersucht, welches Verständnis von Fokus darin auftaucht.

Der zuerst herausgearbeitete Unterschied zwischen einzelnen Autoren besteht darin, ob dieser *zentrale Bereich* auf einer eher phänomenologischen Ebene, also etwa im Bereich der Symptomatik gesucht und festgelegt wird oder ob zusätzlich oder alleine die dahinter liegende Problematik, etwa ein wesentlicher, jetzt aktiver unbewusster Konflikt als Fokus benannt wird. Als nächstes taucht die Frage auf, wie der Fokus konkret formuliert wird. Und hier gibt es ebenfalls deutliche Unterschiede.

Klüwer formulierte ursprünglich den Fokus in Form einer Deutung. Ich selbst bevorzuge die "Ich-Form" eines Fokalsatzes, wie ich das weiter unten näher ausführen werde.

Im OPD-2 (Arbeitskreis OPD 2006) dagegen sind als Fokus lediglich pauschale Themenbereiche wie "Individuation versus Abhängigkeit" oder "Schuldkonflikt" auf der Konfliktebene und Themen wie "Selbstwahrnehmung" oder "Emotionale Kommunikation" auf der Strukturebene benannt.

Leuzinger-Bohleber (1985) steht auf der anderen Seite der Skala. Für sie ist nicht eine kurze Formulierung in Form eines Satzes, sondern die ausführlich beschriebene "gemeinsame Konfliktgestalt" der Fokus der kurztherapeutischen Arbeit. Es gehe dabei nicht primär um einen bestimmten Probleminhalt, sondern um die zur Zeit hauptsächlichste Konfliktneigung des Patienten. Daher ist die Beschreibung des Fokus in den drei Problembereichen "aktuelle Problemsituation, Übertragungsmanifestationen und frühinfantile Konfliktsituation" wesentlich länger. Eine relativ kurze Formulierung ist dem Fallbericht in ihrem Buch zu entnehmen:

"Die manifeste Aggressions- und Rivalitätshemmung sowie die depressive Verstimmung steht im Zusammenhang mit der Abwehr eigener, als destruktiv erlebter aggressiver Impulse, die — abgewehrt — ihm nicht zur Verfügung stehen, um sich "männlich-aktiv" in seiner aktuellen Frauenbeziehung befriedigende Bedingungen zu schaffen oder die Beziehung allenfalls zu beenden. Wegen seiner inneren Konflikte mit dem dominierenden Mutterintrojekt sind ihm Trennung vom Liebesobjekt unmöglich (vermutlich ist dies eine der Motivationsquellen für seine geplante Auswanderung). Seine aggressiven (und evtl. auch seine phallischen Impulse konnten nur ungenügend in seine männliche Identität integriert werden. Zudem scheint er gegensätzliche innere geschlechtliche Identifikationen zu haben — einerseits starke mütterliche Introjekte, andererseits relativ schwache väterliche, als mangelhafter Ausgangspunkt für seine männliche Identität. Die Abwehrleistungen des Patienten sind zur Zeit ungenügend, was das zunehmende Versagen seiner intellektuellen Leistungsfähigkeit und sein sozialer Rückzug zeigen. Vorwiegende Abwehrmechanismen sind Verdrängung, Reaktionsbildung und Abspaltung. "

Diese Form des Fokus, so gut die inneren Zusammenhänge darin auch beschrieben sind, erinnert mich an die ausführliche Formulierung der Psychodynamik in einem Gutachtenantrag. Ich kann mir schwer vorstellen, dass sie in ihrem ganzen Gehalt dem Therapeuten während der Therapiesitzungen gegenwärtig sein kann und wenn, dann in einer privaten Kurzfassung — aber dann wären wir doch wieder beim kurzen Fokalsatz. Zwar ist auch für Leuzinger "eine zu generelle Formulierung ... eine ungenügende Orientierung für den Fokalthérapeuten" — aber kann eine solch lange Hypothese noch als Orientierung dienen, noch dazu in einem so intensiven und rasch verlaufenden therapeutischen Prozess wie der psychoanalytischen Kurztherapie?

Mir fällt dabei der Vergleich mit einem Autofahrer ein, der sich während des Fahrens an einem Wegweiser orientieren will. Er wäre wohl überfordert, wenn er mehr als den Namen des Ortes auf dem Schild lesen müsste, etwa auch eine Beschreibung seiner Sehenswürdigkeiten. Unsere Kapazität und Schnelligkeit der Gestaltwahrnehmung ist eben begrenzt. Aus diesem Grund scheint mir als innere Orientierung eine kurze prägnante Form in der Art eines Fokalsatzes geeigneter.

Unterstützt wird diese Auffassung durch Untersuchungen, die Meyer (1981) als Ergebnis einer Vergleichsstudie, in der auch fokale Kurztherapie untersucht wurden, veröffentlicht hat. Beim Vergleich der Fokusformeln mit den Therapieergebnissen zeigte sich, dass Formulierungen mit einfacher Struktur und "guter Gestalt" mit einigen Indikatoren für ein gutes Ergebnis assoziiert waren. Meyer betont in seiner Zusammenfassung und Wertung dieser Ergebnisse: Wir müssen Foci so formulieren, dass sie a. eine einfache Struktur mit "guter Gestalt" haben, b. viele Inhalts-Subkategorien enthalten und die biographische Vergangenheit erwähnen. Es ist so, dass eine brauchbare Akzentuierung für die Fokalthérapie gefunden werden muss.

Bevor ich nun näher eingehe auf den Prozess der Erarbeitung eines Fokus, möchte ich eine grundsätzliche Überlegung einfügen.

Ohne Auswahl ist keine Deutung möglich

Wir wissen alle, dass bei genauerem Studium von Fallvorträgen oder -darstellungen eine Fülle von denkbaren Zusammenhängen und möglichen unbewussten Motiven erarbeitet werden können - Was aber von all dem Denkbaren *ist jetzt dran* ?

Und genau diese Frage versucht die sorgfältige Erarbeitung eines Fokus zu beantworten. *Was jetzt dran ist*, sollte doch der zentrale Schlüssel für die Entscheidung des Analytikers sein, welche Intervention er in einer konkreten Situation wählt. Aber hier taucht sofort die Frage auf, wie denn wirklich in der täglichen analytischen Praxis die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Intervention getroffen wird.

Halten wir uns dafür zunächst einmal vor Augen, was in jeder therapeutischen Sitzung geschieht. Folgendes Beispiel kann das vielleicht verdeutlichen.

Ein Patient schildert einen Konflikt mit seiner Frau, bei dem es um unterschiedliche Auffassungen in der Kinder-Erziehung geht. Was greift der Therapeut nun auf? Die Rolle des Patienten als Vater und Mann vor dem Hintergrund seiner Beziehung zu seinem eigenen Vater - seine innere Position zu seiner Frau, die ihn in ihrer Haltung vielleicht an seine Mutter erinnert - seine innere Identifikation mit den Kindern, die eigene Gefühle und Positionen seiner kindlichen Erfahrungswelt in ihm berühren - oder den Werte- oder Normenkonflikt zwischen dem Ehepaar, vielleicht seinen rigiden oder seinen unklaren Umgang mit Normen?

Es wird deutlich, eine Entscheidung, eine Auswahl muss der Therapeut treffen, sobald er eine Intervention abgibt. Was aber greift er heraus? Wonach richtet er sich in seiner inneren Entscheidung? Er kann sein theoretisches Wissen über eine bestimmte Krankheitsgruppe dafür benutzen, er kann sich an Erfahrungen mit anderen Patienten oder am Thema der letzten Stunde, am aktuellen Übertragungsgeschehen oder an Nebenübertragungen orientieren, er kann eigene Erfahrungen als inneren Vergleich benutzen, er kann sich an seinen Gefühlen und Phantasien orientieren, die bei der Schilderung aufgetaucht sind, er kann schweigen, um abzuwarten, in welche Richtung die weiteren Gedanken des Patienten führen — irgendeine Entscheidung muss er aber fällen. *Ohne Auswahl ist keine Deutung möglich.*

Ich glaube, es besteht Übereinstimmung darüber, dass diese Auswahl selten ganz bewusst getroffen wird, sondern dass meist ein eher intuitiver Entscheidungsprozess dahinter steht. Vermutlich sind es die latent immer vorhandenen, aber meist nicht bewusst reflektierten inneren Bilder, die der Analytiker von seinem Patienten und dessen Innenleben gewonnen hat, welche diese Entscheidung beeinflussen.

Aus den Erfahrungen der Kurzpsychotherapie haben wir gelernt, dass es fatal wäre, sich in der dort zur Verfügung stehenden begrenzten Zeit mit der Auswahl der Deutungen nicht auf ein im Fokus formuliertes zentrales inneres Thema zu konzentrieren. Der Therapeut würde Gefahr laufen, innerhalb dieser Zeit nur eine oberflächliche Sammlung von Themen zu besprechen, ohne die Chance, ein zentrales Thema deutend auch *in die Tiefe* verfolgen zu können. Daher ist die Erarbeitung eines konkreten Fokalsatzes in einer Kurztherapie oder auch einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wichtig und sinnvoll und bietet eine außerordentlich hilfreiche Orientierung für den Verständnis- und Deutungsprozess.

Anders ist das in einer langfristig angelegten Psychoanalyse. Dort geht es natürlich nicht darum, immer einen solchen Fokalsatz zu formulieren. Allerdings kann es auch in einer Analyse von großem Nutzen sein, einen konkreten Fokalsatz zu formulieren, wenn eine Krise der therapeutischen Beziehung die Behandlung bedroht. Ich werde dies noch näher ausführen.

Dass die Auswahl der Deutungen meist in einem eher intuitiven inneren Prozess geschieht, ist natürlich ein Problem, das in einer langen Therapie wie einer Psychoanalyse nicht besonders ins Gewicht fällt und das daher auch nicht so ins Zentrum der Aufmerksamkeit geraten ist, weil sich ja im Laufe der Zeit aus den verschiedenen Aspekten, die man als Therapeut erfährt und erlebt und die man nacheinander oder auch abwechselnd herausgreifen kann, langsam ein Mosaik der Zusammenhänge herausarbeiten lässt - im Endeffekt entsteht allmählich ein *inneres Bild des Patienten*, seiner Problematik und seiner Geschichte - und daran wird sich immer mehr die Deutungsarbeit des Analytikers orientieren. Schottlaender schrieb bereits 1956: "Schon in der ersten Stunde, in der wir einen Patienten kennenlernen, leuchtet ein Bild dieses Menschen und seiner Neurose auf: roh zwar, skizzenhaft, aber doch schon mit einer gewissen Kontur".

Balints Werkstatt und deren Setting

Balint, der ungarische, später in London lebende Ferenczi-Schüler hat mit seiner "Werkstatt", wie er es nannte, die ersten wegweisenden Untersuchungen zur Fokaltherapie als analytischer Kurztherapie durchgeführt (Balint 1973). In der Rezeption dieser Forschungsarbeiten blieben aber zwei Aspekte zunächst eher unbemerkt und wie selbstverständlich am Rande liegen. Zum einen ist dies der damalige riesige Aufwand, der für die Erarbeitung eines Fokus und die supervisorische Begleitung einer Fokaltherapie aufgewandt wurde. Ein bis zwei schriftlich ausführlich dokumentierte Erstinterviews, eine umfangreiche, ebenfalls schriftlich dokumentierte und analytisch ausgewertete Testuntersuchung mit projektiven Tests, die Lektüre dieses Materials durch eine Gruppe von Analytikern, deren anschließende ausführliche Diskussion in der Gruppe und die dann folgende Gruppensupervision im Verhältnis 1 : 1 schraubten den Aufwand so hoch, dass die Fokaltherapie als analytische Kurztherapie zunächst in einen "Elfenbeinturm analytischen Anspruchs" geriet.

Erst wenn man sich klar macht, dass es sich bei Balint um einen Forschungsansatz handelt, wie dies dann z.B. auch bei Klüwer am Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt der Fall war, wird verständlich, dass dieser Aufwand bei diesen Autoren sinnvoll und notwendig, aber auch möglich war. Ein Problem entstand erst, als der Versuch unternommen wurde, dieses Vorgehen genauso, wie in der Literatur beschrieben, in die Versorgungspraxis umzusetzen.

Erste Versuche, die Fokaltherapie in der stationären Psychotherapie einzusetzen, scheiterten, da "die Betten nicht gefüllt werden konnten". Es waren zwar von den damit befassten Therapeuten alle von Balint und Klüwer beschriebenen Vorgaben und Indikationsbedingungen erfüllt worden, aber nun machte sich eine Besonderheit des Ansatzes von Balint bemerkbar. In seinem Konzept waren Patienten mit Charakterneurosen von vornherein ausgeschlossen wurden. Bei den übrigen Patienten kam es auf eine gute Motivation an und auf die Möglichkeit, einen umschriebenen Problembereich (Fokalisierbarkeit) herausarbeiten zu können, ferner dass der Patient "mit Deutungen arbeiten" konnte.

Diesen Anforderungen genügten leider nur wenige Patienten, was zu den erwähnten Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Fokaltherapie in die stationäre Behandlungspraxis führte.

Das Konzept des Fokalsatzes

Mein eigener Versuch, ein fokalthérapeutisches Konzept in einem stationären Setting zu etablieren, begann, als ich die Gelegenheit hatte, eine psychosomatisch- psychotherapeutische Abteilung aufzubauen und zu leiten. Ich ging dabei von dem Ziel aus, allen Patienten, die zur stationären Aufnahme kamen, mit einem fokal orientierten therapeutischen Angebot zu helfen (Lachauer 1985). Das konnte auf der Basis des bisherigen Vorgehens natürlich nicht gelingen. Vor allem die Patienten mit körperlich orientiertem Beschwerdebild, also mit psychosomati-

schen und funktionellen Erkrankungen, und vor allem die primär nicht zu einer psychotherapeutischen Arbeit motivierten Patienten bildeten dabei das schwierigste Problem. Bei den einen ließ sich das Symptom nicht einfach in eine Hypothese über zentrale unbewusste Konflikte übersetzen und bei den anderen schien die fehlende oder zu geringe Motivation das zentrale Hindernis für eine fokale Therapie.

Bei der Überwindung dieser Schwierigkeiten half mir die Besinnung auf den formalen Aufbau des Fokus von Klüwer, den ich oben beschrieben habe: *"Sie dürfen keine Prüfung machen, sonst stirbt der Priester in Ihnen"*.

Bei genauerem Überlegen stellte ich den simplen Sachverhalt fest, dass er nämlich aus zwei zentralen Teilen zusammengesetzt ist, die mit dem sinngebenden Wort "weil" verbunden werden können.

Ein Fokalsatz besteht also aus zwei Teilen

- 1. einer Benennung bzw. Beschreibung des Symptoms und*
- 2. einer psychodynamischen Hypothese über die unbewussten Hintergründe, den "Sinn" des Symptoms.*

Wesentlich für mein Anliegen, allen Patienten, die in stationäre Behandlung kamen, ein fokalthérapeutisches Angebot machen zu können, war nun eine Erweiterung der Definition des ersten Teils in diesem Fokalsatz, indem dieser von mir nun "aktuelles Hauptproblem" benannt wurde. Das Entscheidende dabei ist, und das stellt eine Erweiterung des Ansatzes von Balint dar, dass dieses aktuelle Hauptproblem auf drei verschiedenen Ebenen liegen kann.

Das aktuelle Hauptproblem kann sein:

1. Ein Symptom (das ist aber nur bei neurotischen Symptomen, also den klassischen Fällen von Balint, möglich)
2. Ein zentrales Beziehungs- oder Verhaltensmuster (bei Charakter- oder Persönlichkeitsproblemen und bei psychosomatischen oder psychovegetativen Störungen)
3. Ein Problem mit Motivation, Arbeitsbündnis oder der therapeutischen Beziehung.

Konkret formuliert wird ein Fokus nun in Form eines Satzes, als Fokalsatz, der nach folgendem Schema aufgebaut ist:

"Ich , weil"

Das "Ich" leitet eine Beschreibung des aktuellen Hauptproblems ein. Das Wörtchen "weil" soll aber nicht eine einfache "Ursache-Wirkungs-Gleichung" nahelegen, sondern es geht darum, die Frage des sinngebenden "Wozu" beantworten. Dieser Satz soll eine einführende Hypothese in die Innenwelt des Patienten sein, er stellt den Versuch dar, den Sinn zu eihellen, den die Probleme, die Symptome oder das Verhalten des Patienten haben oder die im Verlauf der Therapie auftauchen. Deshalb ist er auch in "Ich-Form" aufgebaut, was die Identifikation mit dem inneren Erleben des Patienten aktivieren soll.

Es bezieht sich zum einen auf eine Verbindung verschiedener Ebenen des Bewusstseins, kann aber auch implizit in unterschiedliche Zeiten führen. Es kann in die biographische Vergangenheit zurückweisen, "weil damals". Es kann auf Probleme in der Gegenwart, in Symptomatik, Lebens- oder Behandlungssituation, aufmerksam machen, "weil jetzt". Oder es

weist auf die Zukunft hin, auf gefürchtete Folgen oder noch nicht vermutete Möglichkeiten eines Handelns, Denkens oder Fühlens, "weil in Zukunft".

In einem anderen theoretischen Kontext beschreibt der erste Teil des Satzes die "Abwehr" und der zweite Teil das "Abgewehrte".

Ich will nun einige Beispiele einzufügen, wie ein aktuelles Hauptproblem benannt werden könnte.

Bei den neurotischen Symptomen ist das am leichtesten. "*Ich brauche meine Angst, weil . . .*" oder "*Ich darf nicht mehr aktiv sein, weil . . .*" wäre eine solche Formulierung. Weitere Beispiele können meinem Buch "Der Fokus in der Psychotherapie" (Lachauer 2003) entnommen werden.

Schwieriger ist dies allerdings bei den psychosomatischen oder psychovegetativen Symptomen, die oft sehr diffus und auch vielfältig sind oder gar bei Verhaltensweisen, die in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten verankert sind.

Als Beispiel sei ein männlicher Patient genannt, etwa 45 Jahre alt, der in stationäre psychotherapeutische Behandlung kam. Er war erschöpft, litt unter depressiven Verstimmungen ob seines Leistungsabfalls sowie unter diffusen und mannigfachen vegetativ bedingten Körpersymptomen. Diese diffuse Symptomatik ließ sich natürlich nicht so einfach als aktuelles Hauptproblem formulieren.

In den ersten Gesprächen wurde deutlich, dass er in seinem bisherigen Leben sehr aktiv, engagiert und fleißig war, anderen half, sich aber auf Dauer damit überfordert hatte, in seinen eigenen Bedürfnissen eher zu kurz kam. Während der ersten Zeit in der Klinik wurde dann zusätzlich spürbar, dass er sich auch jetzt noch bemühte, anderen Mitpatienten zu helfen, sie zu schützen, seine Bedürfnisse jedoch in den Hintergrund zu stellen.

Diese Beobachtungen führten uns dazu, als zentrales Problem des Patienten den *gemeinsamen Nenner seines Verhaltens* zu formulieren, das sowohl sein aktuelles Verhalten in der Klinik als auch den Hintergrund seiner Symptomatik beschrieb und das der Patient selbst auch als wesentlichen Zug seines Wesens erkannte.

Der erste Teil des gesuchten Fokalsatzes, das aktuelle Hauptproblem, das es dann in seinen unbewussten Wurzeln zu verstehen galt, lautete bei diesem Patienten:

Ich muss immer Retter sein, ...

Damit war der erste Schritt zur Formulierung des Fokus getan.

Zum Verständnis des zweiten Teils, des sinnstiftenden ". . . ,weil . . ." sind natürlich Informationen aus seiner Geschichte notwendig.

Dieser Patient war in seiner Kindheit im Krieg, den er als kleiner Junge miterleben musste, einer Fülle von traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt. Die Familie war in vielen Gefahren gewesen, sein um wenige Jahre jüngerer Bruder war ums Leben gekommen. In den Jahren nach dem Krieg wurde er für die Mutter — der Vater war im Krieg bzw. noch in Gefangenschaft — zu einer wichtigen Stütze beim täglichen Überleben, in seiner kindlichen Phantasie wohl wirklich zum Retter. Dahinter lauerten aber andere Gefühle aus der Zeit davor, die nicht bewältigt waren, sondern massiv abgewehrt werden mussten — Angst und Schuldgefühle. Angst, selbst zu Schaden oder ums Leben zu kommen wie der Bruder, Schuldgefühle dem Bruder gegenüber, der ja in den damaligen Jahren auch sein Rivale um die Gunst der Mutter gewesen war und den er überlebt hatte. Unbewusste Phantasien, seine Eifersucht und seine Geschwisterrivalität könnten mit für den Tod des Bruders verantwortlich gewesen sein, spielten sicher eine Rolle. Auch ist sehr wahrscheinlich, dass der Patient Phantasien über das ungewisse Schicksal des im Kriege weilenden Vaters, des ödipalen Rivalen, hatte und dass diese ebenfalls unverarbeitet blieben. Auf dem Hintergrund dieser Beobachtungen, biographischen Informationen und

theoretischen Überlegungen konnten wir nun eine Formulierung finden, warum der Patient immer Retter sein musste.

Unser Fokalsatz hieß:

"Ich muss immer Retter sein, weil ich sonst Opfer oder Täter bin."

Eine besondere Beachtung sollte die letzte Gruppe von "aktuellen Hauptproblemen" bekommen Allgemein gesprochen ist es außerordentlich wichtig, solche Störungen der Motivation, des Arbeitsbündnisses und der therapeutischen Beziehung als erstes in den Mittelpunkt einer Formulierung des "aktuellen Hauptproblems" zu stellen, da sonst die gesamte therapeutische Arbeit entweder blockiert ist oder zu scheitern droht.

Wenn nämlich noch keine Motivation vorliegt, wäre es fatal, so zu tun, als könne man mit dem Patienten einfach die Hintergründe etwa seiner psychogenen Herzanfälle erarbeiten, wenn er selbst noch fest glaubt, körperlich krank zu sein. *"Ich muss daran festhalten, körperlich krank zu sein, weil . . ."* wäre dann eine hilfreiche Formulierung des aktuellen Hauptproblems. Weitere Beispiele könnten lauten: *"Ich möchte mich nicht auf eine Einzelbeziehung einlassen, weil ..."* bei einer Patientin, die sich schwer tat mit Einzelgesprächen — sie war, von der Mutter meist alleingelassen, in einer Großfamilie aufgewachsen. *"Ich muss berentet werden, weil ..."* bei einer Frau, die im Rahmen eines Heilverfahrens nach dem Motto "Rehabilitation vor Rente" zu einem stationären psychotherapeutischen Aufenthalt "geschickt" worden war und bei der ein großer, aber deutlich neurotisch bedingter sekundärer Krankheitsgewinn im Sinne eines Anspruchs auf Wiedergutmachung vorhanden war. *-Ich habe den Anspruch, dass die anderen sich ändern oder mir die Verantwortung abnehmen, weil ..."* bei einer depressiven Frau, die sich in der Therapie, aber auch sonst in ihrem Leben dagegen sträubte, dass nur sie es sei, die sich ändern könne, dazu veranlasst vor allem aus der Angst heraus, beim Scheitern ihrer eigenen Versuche Schuld auf sich zu laden.

Fokus und therapeutische Krisen

Ein Großteil der Fälle, bei denen wir im Rahmen meiner Seminare "Übungen im Fokussieren" einen Fokus erarbeitet haben, waren keine Kurztherapien. Kollegen stellten wie in einer sonst auch üblichen Supervisionsgruppe einen bereits seit einiger Zeit laufenden Fall, ein beliebiges Problem der Behandlung, eine Krise der therapeutischen Beziehung oder ein Gegenübertragungsproblem vor, mit dem sie nicht zurechtkamen Immer konnten wir einen Fokus erarbeiten, der für den Therapeuten, aber auch für die Gruppe einen deutlichen Zugewinn an Verständnis des Patienten und der aktuellen therapeutischen Situation bedeutete.

Eine außerordentlich hilfreiche Anwendung des Fokussierens ergibt sich aus nämlich der Überlegung, dass neben Problemen mit Motivation und Arbeitsbündnis auch therapeutische Krisen in längerfristigen Behandlungen ebenfalls im Sinne eines "aktuellen Hauptproblems" benannt werden können. Ein Beispiel soll dies erläutern.

Eine Kollegin schilderte ihr verzweifertes Bemühen, in ihren Interventionen bei einer schwer depressiven Patientin ein Gegengewicht zu deren massiv negativem Welt- und Selbstbild, ihrer fehlenden Zukunftsphantasie und zu der Haltung "alles ist unmöglich" zu finden. Gleichzeitig hatte sie ein schlechtes Gewissen und das Gefühl, der Patientin nicht gerecht zu werden.

Das aktuelle Hauptproblem versucht nun, dieses Verhalten der Patientin als latent aktives, ziel- und sinngerichtetes Tun zu begreifen in der Formulierung *"Ich muss betonen, wie hoffnungslos alles ist, . . ."*

Allein diese neue Sichtweise konnte der Therapeutin helfen, aus ihrer Gegenübertragungsfalle zu entkommen. Zusätzlich ist natürlich die Formulierung einer Hypothese notwendig, warum die Patientin sich so verhalten musste. ". . . , weil ich zum

einen nicht riskieren will, wieder falsche Hoffnungen zu entwickeln und mir noch nicht vorstellen kann, dass realistische Hoffnungen entstehen könnten, wenn ich mich dem Schmerz, der Scham und der Wut über die Begrenzung einer Beziehung stellen würde." In dieser Formulierung ist die Hypothese enthalten, dass sich die Patientin als Folge ihrer vielen Erfahrungen des Zusammenbruchs von Illusionen zu schützen versucht, indem sie keinerlei Hoffnungen mehr zulässt, dabei aber übersieht, dass sie in ihrer Entwicklung offenbar nicht gelernt hatte, Hoffnungen von Illusionen zu unterscheiden bzw. dass sie noch an ihrem Wunsch nach einer grenzenlosen und damit illusionären Beziehung festhielt.

Ähnliche Probleme ergeben sich, wenn Patienten den Therapeuten wütend machen, ihn permanent zurückweisen, ihn entwerten, ein Gefühl der Sinnlosigkeit erzeugen oder ähnliche an die Grenze des Erträglichen gehende Gegenübertragungsgefühle und -impulse im Therapeuten induzieren. Wie ich nachträglich von vielen Therapeuten erfahren habe, hat diese fokale Sichtweise des inneren Sinnes z.B. des drohenden Scheiterns der Therapie ermöglicht, mit einer neuen und offeneren Haltung die Behandlung fortzusetzen.

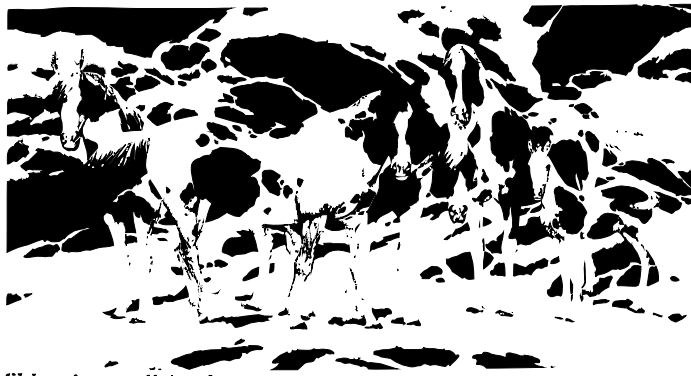
Einen solchen Satz in einer "fokalen Supervision" erarbeitet und im Hinterkopf zu haben, bedeutet ja nicht, diesen nun mit der Patientin auf einer intellektuellen Ebene durchzusprechen oder dass damit eine Garantie auf einen positiven Therapieverlauf gegeben wäre. Es geht vielmehr darum, dass der Therapeut eine neue, innerlich wegweisende Hypothese bekommt, die ihm hilft, das, was im Patienten und in der Interaktion geschieht, neu verstehen und schrittweise deutend anders damit umgehen zu können.

Bei diesem eben dargestellten Beispiel taucht auch ein Prinzip auf, das sich in vielen Fällen, besonders in therapeutischen Krisen, bewährt hat. Nach der Aussage über die in diesem Fall vorbewusste Dynamik kann oft ein Zusatz formuliert werden, der einen Hinweis gibt über die Richtung, in der eine innere Lösung des anstehenden Problems zu erwarten ist. Man kann das die Formulierung einer "inneren Lösungsphantasie" nennen. Die Formulierung einer solchen "inneren Lösungsphantasie" hilft dem Therapeuten nicht nur, die innere Situation des Patienten besser zu verstehen, sie ist auch für ihn selbst in seiner therapeutischen Funktion oft eine große Hilfe. Vor allem, wenn im Patienten abgewehrte Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit ausgeprägt sind, besteht die Gefahr, dass der Therapeut in seiner Gegenübertragung in den Sog dieser Gefühle gerät und keine Hoffnung oder keinen Sinn in der Therapie selbst mehr sieht. Dass es Inhalt der Therapie sein könnte, "sich diesen Gefühlen zu stellen", wird dann oft übersehen. Auch ein sich beim Therapeuten einstellendes Gefühl des Versagens muss nicht das Ende des Verstehens sein. Dieses Gefühl kann benannt und zum aktuellen Hauptproblem gemacht werden.

Der Fokus als "fokale Gestalt"

Der Fokus als sinngebender Fokalsatz stellt eine „*fokale Gestalt*“ dar und ist damit ein integrierendes und in der Kurztherapie gleichzeitig auch orientierendes Prinzip zweier miteinander, konkurrierender, aber auch sich befruchtender Gegensatzpaare, nämlich von Chaos und Struktur. Die "fokale Gestalt" entspricht dem "*im Analytiker entstehenden inneren Bild des Patienten*", von dem Schottländer gesprochen hatte, das aber meist nicht bewusst reflektiert wird.

Anhand einer Abbildungen will ich diese Vorstellung verdeutlichen und dann ein Modell psychoanalytischer Heuristik vorstellen, das die "fokale Gestalt" als wichtigen Dreh- und Angelpunkt benutzt.



A b b i l d u n g 1

Auf diesem Bild entfaltet sich zunächst ein chaotischer schwarz-weißer Tupfen-Teppich. Ähnlich fühlt es sich manchmal für den Therapeuten zu Beginn einer Behandlung an oder nicht so selten auch am Ende einer Supervision, bei der oft nur verschiedene Überlegungen unverbunden nebeneinander bestehen. Ohne die Vorstellung, dass es eine Aussage geben könne in diesem Bild, also mit reiner "gleichschwebender Aufmerksamkeit" bliebe die Deutung auf der Ebene einer Beschreibung eines Chaos stehen. Ein Grund-Wissen, dass da etwas Konkretes zu sehen sein könnte, muss nun dazu kommen als strukturierender Impuls, also die Frage, ob das Chaos nicht doch eine anfangs verborgene Aussage enthalten könne, was zu einer inneren Reflexion des Gesehenen führt. Dann erst kann der Beobachter in einem klärenden Prozess eine aktuelle Szene erkennen, nämlich von drei sich allmählich abzeichnenden schwarz-weiß gemusterten Pferden. Die Deutung "gescheckte Pferde" ist ein erstes Ergebnis, eine erste *fokale Gestalt*. Wer allerdings Mustangs oder gar Pferde nicht kennt, wenn ihm eine solche Gestalt also unbekannt ist, wird er sie wohl auch nicht erkennen.

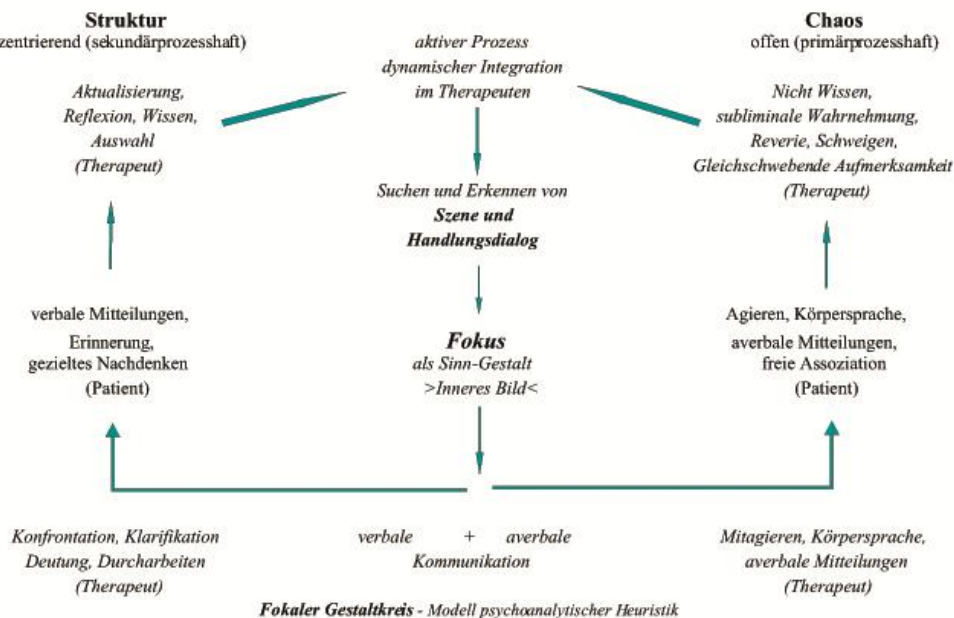
Doch bleiben Fragen offen, manches ist noch unbekannt. Was sind denn "gescheckte Pferde"? Oder, was hat es mit dem "Drum-Herum" auf sich? Erneute Reflexion, Vergleich mit bekannten Szenen, eröffnet eine nächste Deutung. "Indianermustangs auf einem Schneeboden vor einem dunklen Gebüsch oder vor verschneiten Felsen" ist eine wesentlich differenziertere Deutung. Bei längerem Betrachten taucht noch etwas auf, nämlich ein viertes kleineres Pferd, das vor dem rechten Pferd steht und ein fünftes, das zum großen Teil versteckt hinter dem mittleren steht. Man sieht, in einem inneren Kreislauf, der von Unbekanntem und Chaotischem ausgeht, entsteht auf der Basis der im Bild vorgegebenen Strukturen in einem Prozess dynamischer Integration im Beobachter allmählich ein inneres Bild, eben eine *fokale Gestalt*. Diese Gestalt wird sich weiter differenzieren, wenn man sich darauf einlässt, dass man noch nicht alles verstanden hat, wenn man sie mit bekannten Szenen vergleicht und weiter sucht.

Die fokale Gestalt ist also das Ergebnis eines inneren Prozesses, den ich Fokussieren nenne, ein Prozess, der sich sowohl auf Chaotisches und Unbekanntes einlässt, der aber auch strukturierende Aktivitäten beinhaltet.

Die sich entwickelnde und immer weiter differenzierende fokale Gestalt hat eine Struktur, welche das Ergebnis eines dynamischen Prozesses innerer Aneignung ist. Sie gelangt damit zum einen von einer ersten auf eine nächste Erkenntnis-Stufe. Das Bild von den Mustangs liegt auf einer höheren Erkenntnis-Stufe als die anfängliche Anmutung einer reinen Schwarz-weiß-Struktur.

Zum zweiten aber sind in diesem Prozess nicht allein strukturierende Aktivitäten enthalten. Ohne das latente Zulassen von Neuem und noch nicht Bekanntem, ohne "gleichschwebende Aufmerksamkeit" gäbe es keine Weiterentwicklung dieses inneren Bildes, der fokalen Gestalt.

Meine Vorstellung eines "Fokalen Gestaltkreises" (Lachauer 2006) versucht, diesen dynamischen Prozess darzustellen.



Überarbeitete Fassung einer Abbildung aus: Rudolf Lachauer - Du sollst Dir ein Bild machen, Forum Psychoanal 2005 - 21: 14-29

Beide Aspekte "Chaos und Struktur" werden im dynamischen Prozess des Fokussierens integrativ miteinander verbunden zu einer "Fokalen Gestalt", deren therapeutische Nutzung über verbale und averbale Rückmeldungen im Sinne z.B. von auswählender Deutung oder Offenheit für Unbekanntes oder Unverstandenes wiederum die beiden erstgenannten Bereiche aktiviert und beeinflusst. Und genau dieser Vorgang ist es, der natürlich in jedem analytischen Prozess abläuft, der ein immer differenzierteres inneres Bild des Patienten entstehen lässt, ein Ablauf, der aber nun durch die Erfahrungen mit dem Fokussieren genauer verstanden und beschrieben werden kann.

Diesen integrativen Prozess, die Fähigkeit zum Integrieren, zum Fokussieren weiter zu entwickeln und zu schärfen, auf diesem Gebiet liegt eine Chance und große Herausforderung für die analytische Ausbildung. Und soweit ich sehe, ist dieser Aspekt bisher eher stiefmütterlich behandelt. So wichtig die Fähigkeit ist, immer neue mögliche innere Zusammenhänge und Bedeutungen eines Verhaltens oder Symptoms zu erkennen, das was ich zentrifugales Denken nenne, so wichtig ist auch die ergänzende Fähigkeit, nämlich sich klar zu machen, was von all dem Denkbaren "Jetzt dran" ist, also das Zentripetale Denken.

Eine fokale Kurztherapie ist in diesem Kontext nur eine Spezialform der Anwendung dieser Gedanken. Dort wird in einem vorgreifenden Verständnis eine Art Umriss oder Grundgerüst der zu erwartenden "fokalen Gestalt" erarbeitet, die dann als Orientierung für die weitere Ausarbeitung und Differenzierung des wirklichen Bildes genutzt werden kann.

Wer das Buch von Balint gelesen hat, in dem er detailliert eine Fokaltherapie beschrieben hat, weiß, wie sich der Autor vor und nach der Stunde bemüht hat, das in der Stunde Geschehene vor dem Hintergrund der fokalen Hypothese zu verstehen, auch auf die Frage hin, ob der Fokus noch stimmt! Seine Offenheit war also nicht eingeschränkt. Die Offenheit für das

"Nicht Verstehen" oder das "Noch nicht Verstehen" ist also auch in der Arbeit mit einem Fokus unverzichtbar, sonst würde diese Arbeit mit einem Fokus zu einer Art "Procrustes-Bett", in das der Patient hineingezwängt wird.

Jede innere Frage eines Therapeuten "Wie ist das zu verstehen, was ich da höre oder was sich da abspielt", ist dann aber wieder ein Tribut an das strukturierende Element analytischer Technik, ohne die eine Deutung nicht zustande käme.

In einer langfristigen Analyse wird es aber wohl nicht nur *eine* Szene wie in dem Bild mit den Pferden sein, die sich langsam differenzierend als inneres Bild, als "fokale Gestalt" heraus-schälen lässt. Dort wird sich zeigen, dass diese Pferdeszene eingebettet ist in eine größere Landschaft, ein umfassenderes Bild, in eine größere über die Zeit sich erstreckende Geschichte, die in diesem Bild gemalt und dargestellt ist.

Natürlich ist es nicht nötig, in einer Analyse - außer vielleicht in einer Behandlungskrise - einen Fokus in Form eines Fokalsatzes zu formulieren, wie das in einer Kurztherapie sinnvoll ist, aber die "Übungen im Fokussieren" fördern auch für den, der Langzeitanalysen durchführt, diese Fähigkeit, sich genauer auf die aktuelle Szene, die aktuelle "fokale Gestalt" einzustellen, auf das, was für *den Patienten jetzt dran ist*.

Zum Abschluss will ich meinen Ansatz noch vergleichen mit den Inhalten einer alten Sage der Menschheitsgeschichte, den "Irrfahrten des Odysseus" und seiner Suche nach der Heimat. Man kann diese homerische Erzählung verstehen als Sinnbild der Suche eines Menschen nach seiner inneren Heimat, nach den Möglichkeiten seiner Entwicklung, nach einem Gefühl, mit dem er "bei sich zuhause" ankommt. Odysseus musste auf dieser Reise viele verschiedene Abenteuer bestehen, er erlitt mehrmals Schiffbruch, landete also im Chaos, doch all dies brachte ihn Schritt für Schritt seinem Ziel, seiner Heimat näher, auch wenn er zwischendurch nahe am Verzweifeln war. Die einzelnen Stationen seiner Reise waren Inseln im chaotisch-aufgewühlten Meer, sie waren rettende Strukturen.

Auch in diesem Bild ist die notwendige Integration von Chaos und Struktur unverkennbar, um auf einem inneren Reifungsweg voran zu kommen. In einer Kurztherapie wird der Therapeut den Patienten nur auf einer dieser Stationen begleiten, damit die innere Reise weiter gehen kann. In einer Analyse sind es dann mehrere dieser Inseln und mehrere der zwischendurch nötigen Krisen und Schiffbrüche, die gemeinsam und in verschiedenen Rollen erlebt werden. Im Sinne eines Kontinuums zwischen Kurztherapie und langfristiger Analyse bietet sich aber häufig auch das an, was ich eine fokalthérapeutische entwicklungsbegleitende Intervalltherapie nenne (Lachauer 2002). Diese baut auf den Erfahrungen einer ersten Kurztherapie auf. Nach einem "Schiffbruch" ist dann aber die nächste Insel, das nächste Abenteuer, die nächste "fokale Gestalt" an der Reihe auf dem Weg in die „innere Heimat“.

Literatur:

- Arbeitskreis OPD (2006): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2 - Huber Bern
Balint M. et al. (1973): Fokalthérapie. Suhrkamp-Verlag
Klüwer R. (1970): Über die Orientierungsfunktion eines Fokus bei der psychoanalytischen Kurztherapie. *Psyche* 24: 739-755
Kutter P. (1981): Psychoanalytische Kurztherapie, Indikationen und Interventionstechnik. *Jahrbuch der Psychoanalyse* 12— Huber Bern
Lachauer R. (1986): Entstehung und Funktion des Fokus in der stationären Psychotherapie. *Prax. Psychother. Psychosom.* 31: 197-207

Lachauer R. (2002): Psychoanalytische Intervalltherapie. Psychotherapeut 47: 24-31
Lachauer R. (2003): Der Fokus in der Psychotherapie - Klett Cotta, 3. erweiterte Auflage
Lachauer R. (2005): Du sollst Dir ein Bild machen - Fokus-Metapher-psychoanalytische
Heuristik: Forum Psychoanal 21: 14-29
Lachauer R. (2012): Fokussieren als kreative Hilfe bei Behandlungskrisen. PSYCHE (in
Vorbereitung)

Anschrift:

Dr. Rudolf Lachauer
Heubergstr. 2
D – 83209 Prien
Tel: 0049 8051 2649
E-Mail: [rud.rei.la\(at\)t-online.de](mailto:rud.rei.la(at)t-online.de)
HomePage: www.fokalthherapie.de