

Rudolf Lachauer – Der Fokus in der Psychothreapie

Seminar: Psychodynamisches Fallvestehen (WS 18/19)

Priv. Doz. Dr. Wolfgang Schrödter

24.01.19

Referent_innen: Hannah Schroeder, Matti-Léon Klieme, Alexia Mavridou, Valentina Wehmann-F., Alessa Klumpp, Charlotte Beilstein



Einführung

- Häufige Gefühle des Therapeuten, wenn Patient sich nicht auf Psychotherapie einlässt: Ohnmacht/Hilflosigkeit, aber auch Wille helfen zu wollen
- Deswegen neuer Ansatz nötig, welcher **Symptome/Hauptproblem** (z.B. fehlende Motivation für Therapie) **und Hintergründe** beleuchtet
→ **Fokus**
- Rolle des Therapeuten: „Der muß seinen Patienten suchen, den inneren Ort aufsuchen, an dem dieser auf seinem Lebensweg angelangt ist, ihn dann therapeutisch begleiten durch „das Abenteuer, das ansteht“.
→ Stufe der Verarbeitung und Möglichkeit der Verbalisierung ausfindig machen

Begriffserklärung

Vom lat. „focus“:

1. „Heim, Familie“: Geborgenheit, welche häufig in Therapie gesucht wird
2. „Feuer, Glut“: chaotische, mächtige Kräfte, welche in Therapie zu bezwingen sind
3. „Herd, Brandstätte“ → führt ersten beiden Bedeutungsaspekte zusammen:

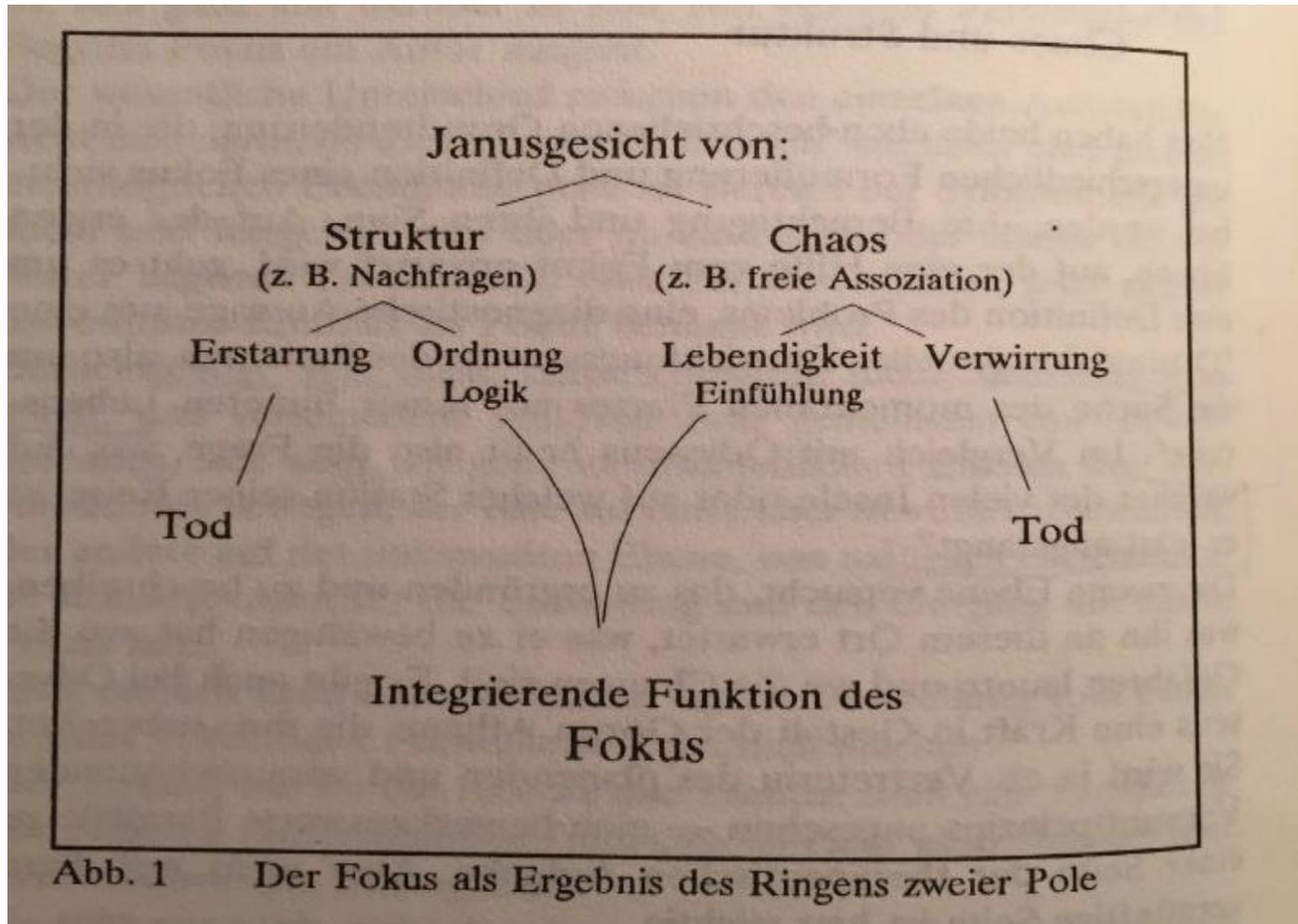
„Es geht um die Bändigung chaotisch-zerstörerischer Kräfte in einer verlässlichen Struktur, damit wärmende Geborgenheit entsteht.“ → damit einher geht: „Die Möglichkeit zur Vorausschau - wesentliches Ziel des Fokus.“

Definitionen

1. Wissenschaftliche Definition: Brennpunkt einer Linse durch Vereinigung von Strahlen in einem Punkt → Konzentrierung auf einen Punkt
2. Medizinische Definition: Krankheitsherd, welcher Erreger einer Krankheit aussendet
3. Psychologische/Psychotherapeutische Definition: Arbeit, die sich auf einen zentralen Bereich konzentriert, auf „psychischen Eiterherd“ (vgl. zu Medizin), welcher für Krankheitsbild verantwortlich ist

Uneinigkeit der Psychotherapie über Begriffsbestimmung: **bewusste Symptomatik/phänomenologische Ebene** versus **unbewusste Dynamik/Problematik** → Lachauer: Fokus ist Verbindung von beidem

Fokus zwischen Chaos und Struktur



- chaotische Kräfte z.B.: freie Assoziation, szenische Darstellung des Patienten, offene Fragen
- strukturierende Kräfte z.B.: Nachfragen, Ausfüllen von Formularen, Suchen eines gemeinsamen Nenners von Konfliktthemen
- Fokus wird aus beiden Polen erarbeitet → **chaotische** Informationen über/von Patienten **strukturieren**
- Integration der Kräfte auf mehreren Ebenen: 1. Erstgespräch, 2. konkrete Formulierung des Fokus, 3. Umsetzung des Fokus in therapeutisches Geschehen

Funktionen des Fokus

- Fokus als **Hypothese** über unterbewussten Hintergründe der Problematik ist **Orientierungshilfe und Ansatzpunkt für Therapeut** → Fokus als **Leitfaden** für Therapeuten bietet **Entscheidungs- und Orientierungsfunktion**

Überlegungen dazu:

- Willkür durch Fokus? Nein, denn Therapeut kann nur begrenzt Informationen aufnehmen und es handelt sich ausschließlich um Hypothese
- Zu schnelle Reduktion des Patienten auf einen Satz? Nein, nur Problem wird formuliert und andere in der Therapie aufkommende Elemente werden einbezogen
- Fokus nur nützlich, um gewisse Aspekte zu besprechen? Nein, Patient wird unterbewusst Notwendiges berichten
- Arbeitsweisen/Überzeugungen der Therapeuten können verglichen werden

Weitere Funktionen des Fokus

5.1.1. Ausbildungsfunktion: Zusammenhänge zwischen bewusster Problematik des Patienten und unbewusster Motivation zu erkennen lernen und zentripentales Denken fördern

5.1.2. Integrative, strukturierende Funktion: für Kooperation mit anderen Therapieformen

5.1.3. Hilfs-Ich-Funktion: strukturbildende Identifikation mit Therapeuten durch Fokuserarbeitung

5.1.4. Inhaltlich begrenzende Funktion: Fokusbearbeitung als zeitlicher Rahmen

5.1.5. Orientierungsfunktion für Nachbetreuung: Orientierungshilfe für Therapeuten, welcher nachbetreut

Der „Fokalsatz“ als technisches Hilfsmittel

- Schematischer Aufbau:

Ich...(Symptomatik: 1. Zentrierung), weil...(Hypothese über unterbewusste Hintergründe: 2. Zentrierung).

- „weil“ verbindet verschiedenen Ebenen (zeitlich oder in Bezug auf das Bewusstsein)
- Mögliche Schwierigkeit der Fokalisierbarkeit
- Selektionsprozess des Therapeuten findet statt

Definition des Fokus von Lachauer: „Der Fokus im Rahmen einer psychoanalytischen Kurztherapie ist ein Satz, der in **zwei Zentrierungsschritten** erarbeitet wird und der ein **aktuelles Hauptproblem** mit einer Hypothese über dessen zentralen **unbewußten Hintergrund** verbindet.“

Die Fokussuche in der Fokalgruppe

Die Fokalgruppe

- 8 Therapeuten
- 90 Minuten
- Vorgestellte Fälle z.B.:
 - Krisen in der kurz- oder langfristigen Therapie
 - Einmalige Kontakte die unbefriedigend verliefen
- Gewinn in therapeutischer und wissenschaftlicher Hinsicht

Aufbau nach Rudolf Lachauer

1. Freie Darstellung eines Falles und des Problems
2. Klärende Nachfragen
3. Freie assoziative Diskussion in der Gruppe
4. Erarbeitung eines Hauptproblems – „Erste Zentrierung“
5. Erarbeitung der unbewussten Hintergründe – „Zweite Zentrierung“
6. Zusammenfügen der beiden Bereiche zu einer „Gestalt“
7. Reaktion des Therapeuten beachten und einbeziehen

Freie Darstellung eines Falles und des Problems

- Ohne Vorbereitung – Spontan
- Zuhörer füllen Formular aus
 1. Symptomatik, auslösende Situation
 2. Genese (Biographie)
 3. Szene, Übertragung/ Gegenübertragung
 4. Vermutete „gemeinsame Nenner“
 5. Fokalsatz: „Ich..., weil ...“

Klärende Nachfragen

- Schwerpunkte und Lücken herausstellen
- Verständnis sichern
- Der vorstellende Therapeut und das Publikum stehen in einem kurzen Verständnisaustausch

Freie assoziative Diskussion der Gruppe

- Gefühle und Assoziationen sollen frei vorgetragen werden
- Produktives Chaos
- Der vortragende Therapeut hält sich jetzt zurück
- Probedeutungen
- Ziel: das Innere Abbild des Patienten soll entstehen
- Möglichst „breite“ Diskussion

Erarbeitung eines Hauptproblems „Erste Zentrierung“

- Ordnen und Strukturieren
- Herausarbeitung des Fokalkonfliktes
- 3 Bereiche:
 1. Symptom
 2. Problem mit der Motivation oder der therapeutischen Beziehung
 3. Als Neudefinition des Problems
- In der Sprache des Patienten
- Beispiel: „Ich muss immer Retter sein, weil...“

Schema für das Hauptproblem

- Frage 1: Liegt ein Problem in der therapeutischen Beziehung vor?
 - Wenn ja, dieses Problem ist das Hauptproblem.
 - Wenn nein – Frage 2.
- Frage 2: Lässt sich die Symptomatik direkt verstehen und aus einer bewußten Dynamik ableiten?
 - Wenn ja, Symptomatik ist das Hauptproblem.
 - Wenn nein, Neuformulierung des Problems.

Erarbeitung der unbewussten Hintergründe „Zweite Zentrierung“

- Aus der Szene zwischen Patient und Therapeut – aus Übertragung und Gegenübertragung
- Aus den biographischen Hintergründen
- In der Sprache des Patienten
- Beispiel: „Ich..., weil ich sonst Opfer oder Täter bin“.
- „fiktives inneres Zwiegespräch des Patienten“
- Zusatz in Richtung Problemlösung möglich: z.B. „und merke nicht, dass ...“

Zusammenfassung zu einer „Gestalt“

- Es gibt nicht den richtigen und einzig wahren Fokalsatz:

„[...] jeder Fokus ist personenbezogen – auf der Seite des Therapeuten beobachterabhängig und von der Seite des Patienten her zwar mit einer „Kernidentität“, die sich allerdings von verschiedenen Standpunkten her erfassen und beschreiben lässt.“

- Die Bearbeitung jedes Fokus führt auch zu Veränderungen in anderen Bereichen
- *„Entscheidend ist also nur, daß der Therapeut einen Bereich, den er im Kontakt mit seinem Patienten erlebt und spürt, herausarbeitet und als Fokus aufgreift.“*

Zusammenfassung zu einer „Gestalt“

- Diese Kernidentität des Fokus ist subjektiv für den individuellen Beobachter erlebbar
- Sie kann nur subjektiv formuliert werden, von dem Beobachter ausgehend und nicht von einem dritten Therapeuten
- Die in der konkreten therapeutischen Dyade mobilisierten Ausgestaltungen dieser Problematik können nur im Verhältnis Therapeut – Patient erfasst werden
- Reaktion, Selektion und Wahrnehmung:
 - Kernidentität existiert ohne die Intervention des Therapeuten
 - Therapeut steuert kognitive Prozesse
 - Verarbeitung dieser Prozesse geschieht mithilfe des Therapeuten
 - Patient erlangt nur mit seiner Hilfe Zugang zu seinen Prozessen

Zusammenfassung zu einer „Gestalt“

- Sichtweise des Therapeuten trägt den Fokalsatz, während sich die anderen Fokalsätze unterordnen
- Gestalt: Fokalsätze sollen Zusammenhang zwischen innerer und äußerer Welt des Patienten versuchen herzustellen, um daraus ein verständliches Bild, eine Gestalt zu formen.

Zusammenfassung zu einer „Gestalt“: Menningers „Dreieck der Einsicht“

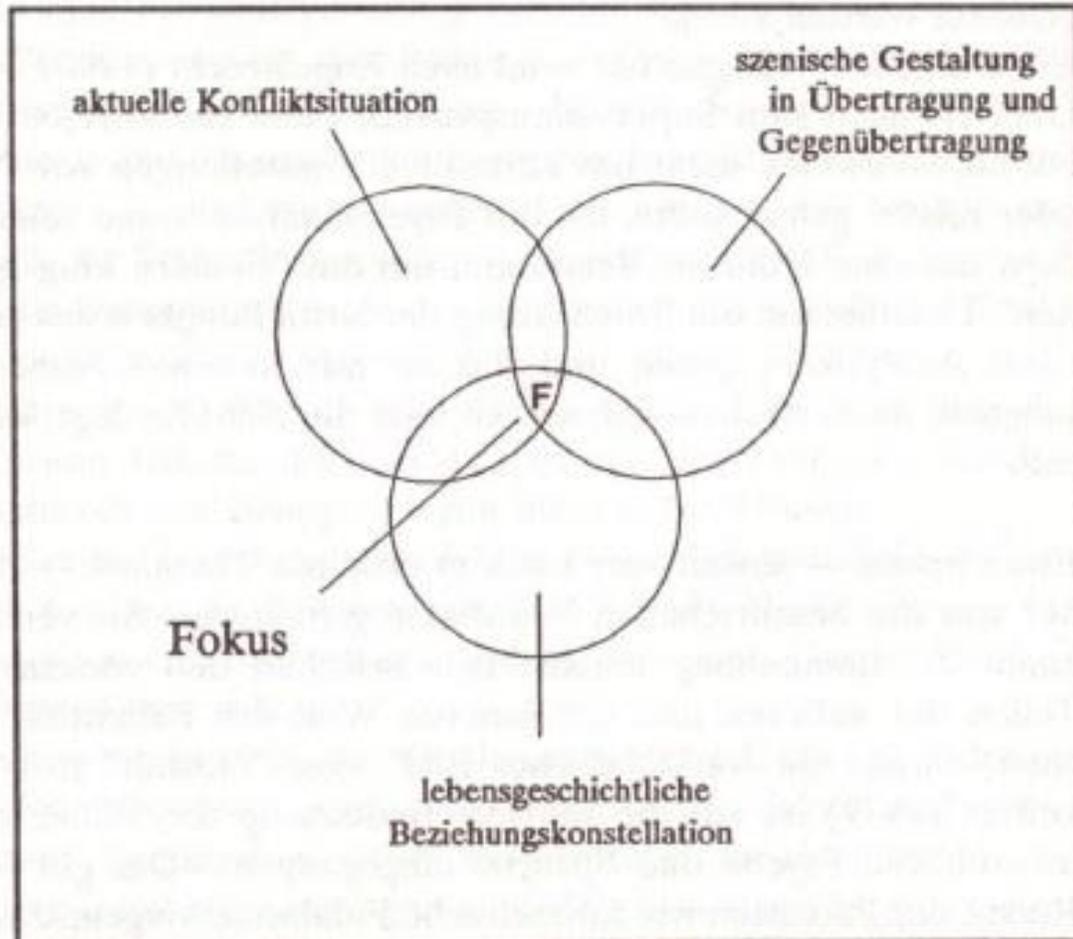


Abb. 4 Vereinfachtes "Dreieck der Einsicht"

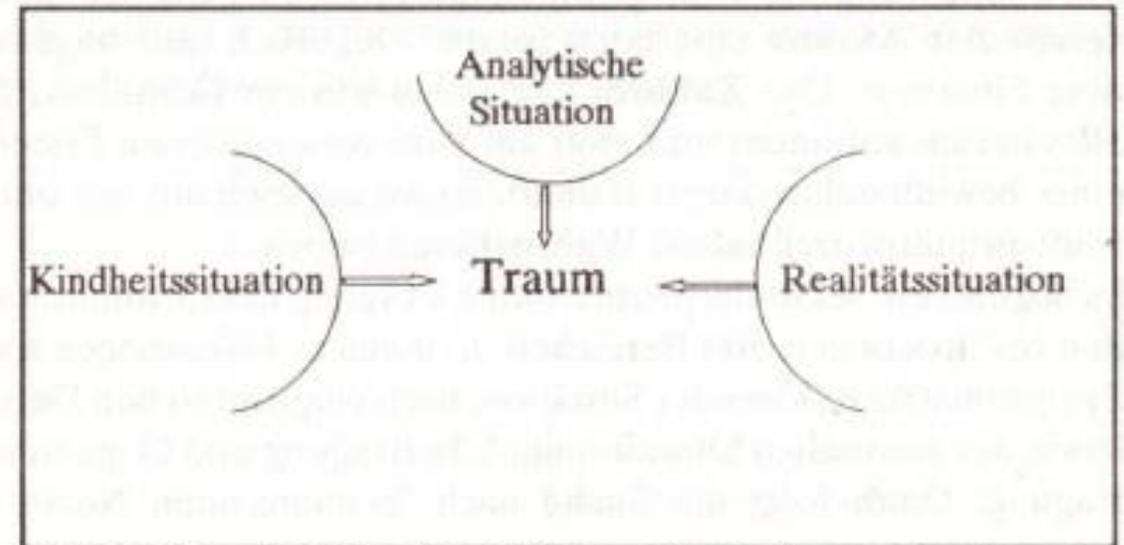


Abb.5 Ursprüngliches "Dreieck der Einsicht" nach Menninger

Zusammenfassung zu einer „Gestalt“: Lachauers Ansatz

- 4 Schritte von Lachauer zur Entwicklung des Fokalsatzes, somit der Gestalt:
 - 1) Schilderungen des Therapeuten in Form eines zerstreuten Mosaiks. Zuhörer ist wie ein Container und nimmt Information auf der a) bewusst-sekundärprozesshaften und b) unbewusst-primärprozesshaften Wahrnehmungsebene auf.

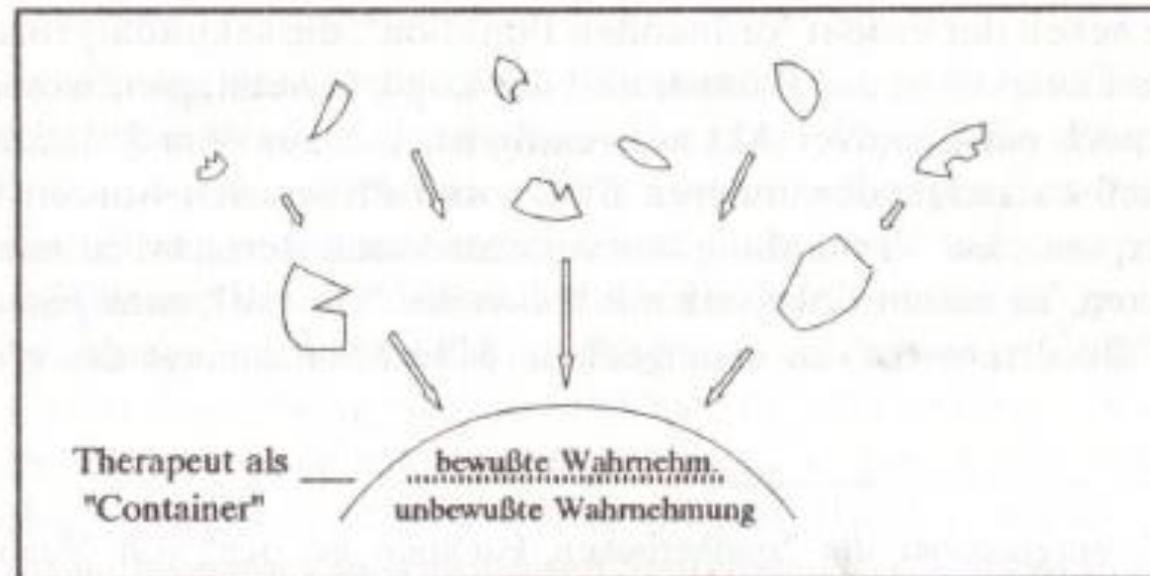


Abb. 6 Zunächst werden nur "Mosaiksteine" wahrgenommen

Zusammenfassung zu einer „Gestalt“: Lachauers Ansatz

- 2) - Therapeut hat ordnende Funktion hat.
- sekundärprozesshafter Vorgang des Ordnen nach den beschriebenen drei Bereichen (K1 bis K3) mit Übertragung und Gegenübertragung.
- Suche nach dem kleinsten gemeinsamen Nenner , bestehend aus dem Vergleich und der Verbindung der Bereiche „therapeutische Funktion“ und „aktuelle Konflikte“ → Formulierung „aktuelles Hauptproblem“

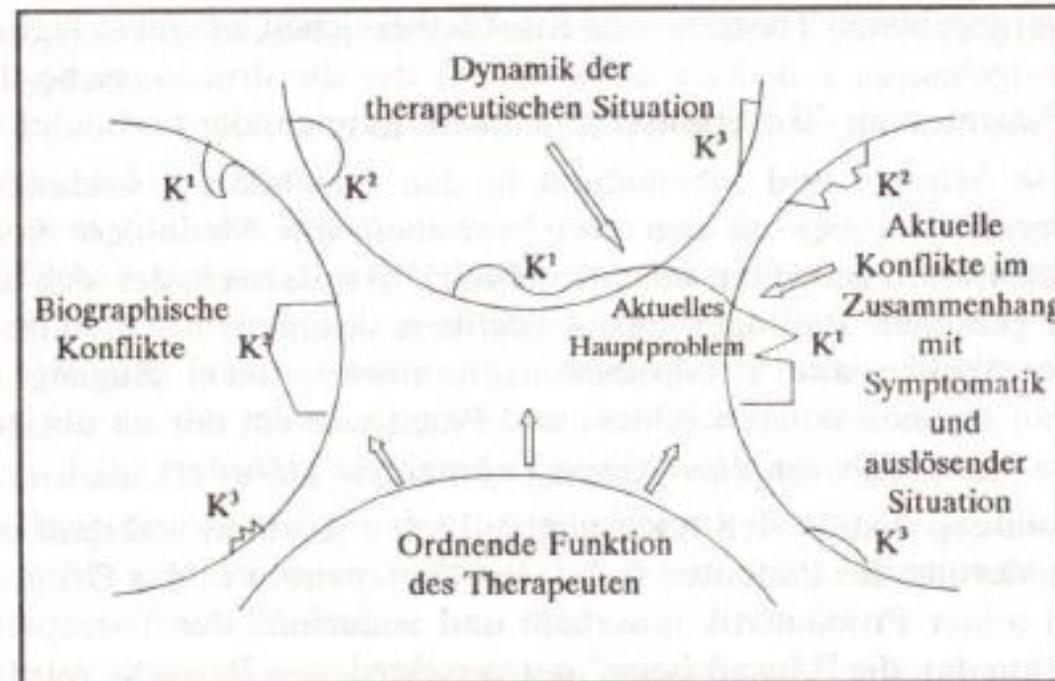


Abb. 7 Ordnen und Bestimmen des "aktuellen Hauptproblems"

Zusammenfassung zu einer „Gestalt“: Lachauers Ansatz

- 3) Nach theoretisch-reflektiven Auseinandersetzung: inneres Zulassen der eigenen primärprozesshaften Phantasietätigkeit wie innere Bilder, Szenen, Märchenmotive, welche aus dem Sekundärprozess (Punkt 2) aufsteigen.
- 4) Verbindung aller Ergebnisse der vorherigen Punkte mit den vorgegebenen 3 Themen- und Konfliktbereichen (vor allem „biografische Entwicklung“) zu logisch aufgebauten Fokalsatz als Gestalt

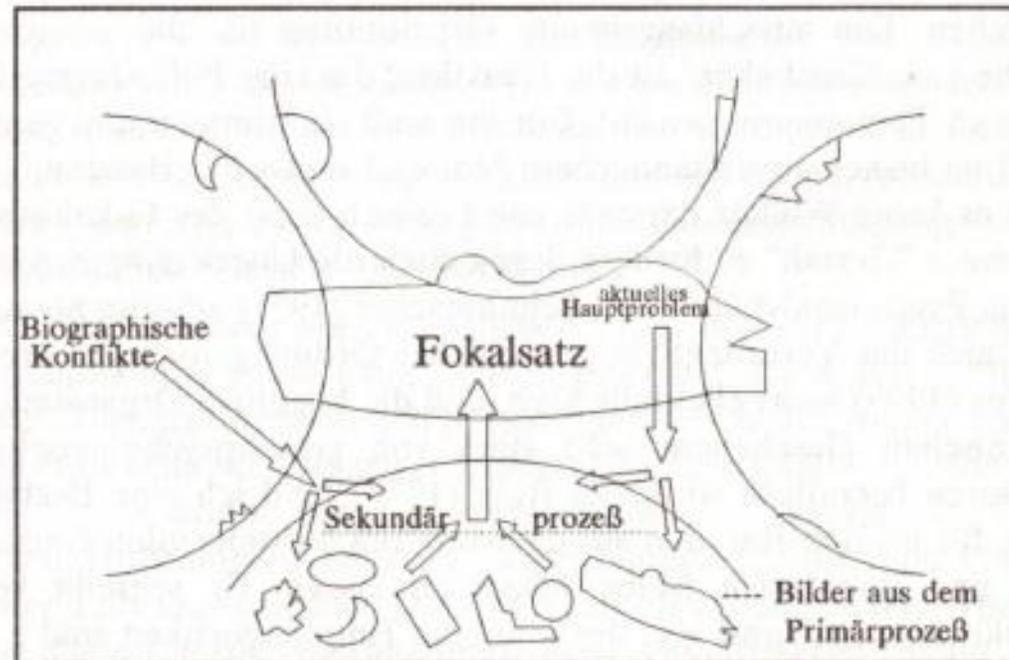


Abb. 8 Zusammenfügen zu einer verbindenden Gestalt

Zusammenfassung zu einer „Gestalt“

- Kombination von:
 - sekundärprozesshafter Ordnung durch Wissen (Abwehrmechanismen)
 - die wechselnde Dynamik von Konflikten in Lebensläufen
 - Benutzung der aufsteigenden primärprozesshaften Bilder und Phantasien
 - Zusammenfügung zu der gewünschten „Gestalt“ des Fokalsatzes
- Kunst in der Formulierung des Fokalsatzes:
 - auf das innere Erleben des Patienten einstellen
 - seine Sprache wählen
 - evtl. Zusammenhänge der Formulierungen zu Kategorien wie Diagnose und metapsychologische Begriffe (ES-ICH-ÜBERICH) formulieren

Zusammenfassung zu einer „Gestalt“

- Diagnose ist nur der Titel eines Bildes
- Fokus ist die Beschreibung des dargestellten Grundmotivs
- In der Therapie wird dieses Motiv dann zum Bild ausgestaltet

Einbeziehen des Therapeuten:

- Bei zu verschiedenen Variationen der Fokalsätze muss behandelnder Therapeut seine Einschätzung geben
- Seine Wahrnehmung trägt den Fokalsatz, andere Fokalsätze ordnen sich unter → alle Fokalsätze bilden Karte zu anderen Nachbarbereichen des Fokalthemas
- Therapeut soll Raum haben, eigenes Verhalten zu verbessern

Lernprozess in der Gruppe

Voraussetzungen für ein Erlernen der Fokalsatzerarbeitung:

1. Äußere und innere Voraussetzungen
2. Lernziel

Unterstützendes Vorgehen in Lachauers Gruppenarbeit:

1. Gruppenleiter formuliert Fokalsatz -> gemeinsame Diskussion
2. Jeder Gruppenteilnehmer formuliert eigenen Fokalsatz -> Vergleich
3. Ohne Gruppe, allein Formulierung des Fokalsatzes erarbeiten -> Phantasiearbeit
4. Nach längerer Zeitspanne erneut Formulierung bilden
5. Regelmäßige Supervision des Fokalfalles

Formale Auswertung des Fokalsatzes

Ein Fokalsatz ist nur dann praktikabel und zeigt somit eine „gute Gestalt“, wenn der Satz:

- eine mittlere Länge von 28 Worten hat
- eine Schwankungsbreite zwischen 11 und 45 Worten hat
- kurz und fokussiert formuliert ist
- eine kurze und klare Gestalt als Orientierung für eine Kurztherapie zur Verfügung stellt

Der Fokus in der therapeutischen Situation

- (psychoanalytische) Fokaltherapie im Spannungsfeld von „*fokalem Thema*“ ↔ „*Begrenzung*“
- 3 Ebenen der Begrenzung:
 - zeitliche Dauer der Therapie,
 - zentrales, inneres Thema,
 - persönliche Beziehung

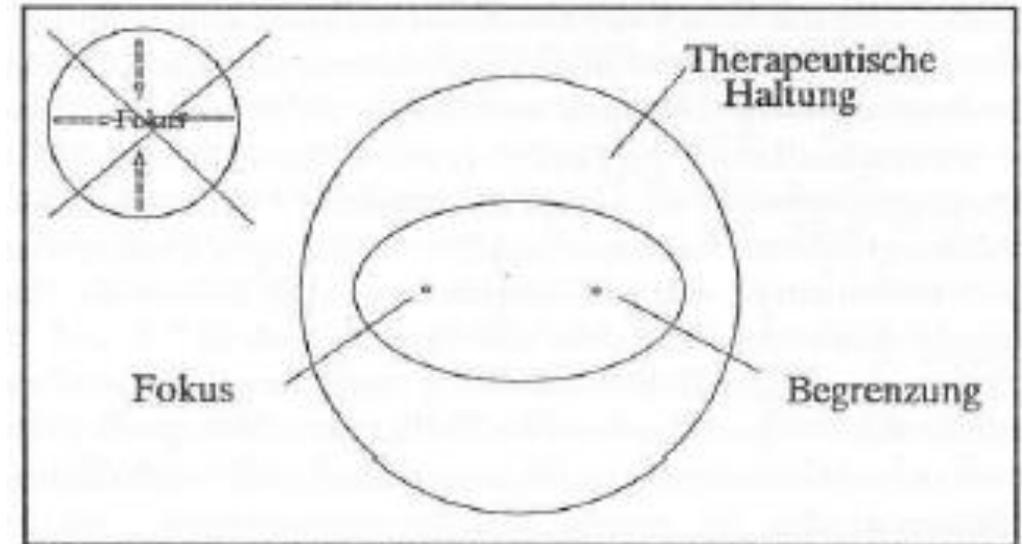


Abb. 9 Der Fokus im therapeutischen Rahmen

- Unterschiedliche Gewichtung zu Beginn/Ende der therapeutischen Beziehung
- Einbettung in die „*therapeutische Haltung*“

Therapeutische Haltung

- Reflexion der therapeutischen *Haltung* sehr wichtig
 - bestimmt maßgeblich die therapeutische *Technik*
 - Unterscheidungskriterium verschiedener *Kurzzeittherapie-Konzepte*
- Frage nach dem Verhältnis bzw. den Unterschieden von *Langzeit- und Kurzzeittherapie*: „Es braucht eben Zeit.“ ↔ „Machbarkeit/Veränderbarkeit in kurzer Zeit.“
- Das Wesentliche sei „die Haltung“, „die Einfühlung in den Patienten“ (Bandler und Grinder 1983)

Voraussetzungen therapeutischer Haltung

- Geteilte Bedeutung (über versch. psychoth. Einrichtungen hinweg)
- Wichtige Aspekte bei Rogers (Gesprächstherapie):
 - „Echtheit und Kongruenz der Therapeut*in“, „vollständige und bedingungsfreies Akzeptieren der Klient*innen“ und „sensibles und präzises einführendes Verstehen der Klient*innen“
 - → entspricht Voraussetzungen für „Herstellung günstiger Übertragungs- und Arbeitsbedingungen“ für die Psychoanalyse
- Spezifische Voraussetzungen einer **psychoanalytischen** Haltung:
 - „Verlässlichkeit“ und „Warten können, Verantwortlichkeit und die Reflexion der Eingebundenheit in einen sozialen Kontext“ (Ekstein 1988)
 - Loch (1972) stellt 2 Definitionen auf:
 - **Minimaldefinition:** Anerkennung von Übertragung & Widerstand (Freud)
 - **Maximaldefinition:** einziger Unterschied = Betonung der Entwicklung einer „Übertragungsneurose“

Bedeutung des Widerstands

- Mehr als nur „äußerliche Anerkennung“ → „**konkrete Umgang**“ als „*Kriterium analytischer Haltung*“ (Lachauer 2004: 113)
- Negativ-Beispiel von Habib Davanloos „*Intensive Psychodynamische Kurzzeittherapie*“ (IS-TDP), die den Widerstand zum Feind erklärt brechen will
- Gefahr:
 - „manipulativen Missbrauch psychoanalytischer Erkenntnis im Dienste einer sogenannten Heilung“ (Migone 1985),
 - einer „Verführung, der nicht nur Patient*innen, sondern auch Therapeut*innen erliegen können.“ (Klüwer 1995)

Bedeutung des Widerstands

- Wichtig im Umgang mit Widerständen:
 - „Konsequentes Deuten“ und „Dagegenhalten“
 - das Erkennen von „Entwicklungswiderständen“, von „sekundärem Krankheitsgewinn“, von „Es-Widerständen“ (Köhler-Weiser 1986)
- Zusätzliches Kriterium für eine psychoanalytische Haltung (Lachauer 2004: 135):

*„Die Achtung vor den **autonomen psychischen Leistungen eines Patienten** als **Richtschnur** im Umgang mit den Phänomenen von Übertragung und Widerstand sollte als **zentraler Wert** einer psychoanalytischen Behandlung mitgedacht werden – auch wenn die Auswirkungen dieser Leistung, etwa in Form von Widerstand in der therapeutischen Situation, zunächst oft als **hinderlich** erscheinen.“*

Indikationen für eine analytische Kurzzeittherapie

Nach Lachauer (2000: 17f | 2004: 153f)

- 1) Einmalig** fokale psychoanalytisch orientierte Kurzzeittherapie
- 2) Psychoanalytisch orientierte Fokalthherapie als **Intervallbehandlung**
- 3) Längerfristige** analytische Behandlung
- 4) Fokale Kurzzeittherapie als **Vorbereitung** auf eine längerfristige analytische Behandlung

Die Umsetzung des Fokus in die Therapie

- Therapeut*in muss: *„Einen Fokus erarbeiten und dann zunächst einmal den Mund halten!“* (Lachauer 2004: 156)
- „Orientierungsfunktion des Fokus“ (Klüwer 1978)
- Besonderer Wert auf „selbstständige Entdeckung des Patienten“ (Balint)
- Wichtig: kein Druck / Zwang auf Patient*innen ausüben → „flexibles Ringen um den Fokus und seinen Stellenwert“ (Lachauer 2004: 158)
- Faustregel: *„Man sollte einen Fokus nicht aufgeben, nur weil einem eine andere attraktive Idee kommt; es sei denn, es sind positive Beweise vorhanden, dass der ursprüngliche Fokus schlecht gewählt war und nichts hergab.“* (Lachauer 2004: 158)

Die Umsetzung des Fokus in die Therapie

- „Alles, was er* sie besprechen möchte, ist Thema“ (Lachauer 2004: 161)
- Fokus als „Plan, als grobe Landkarte, in der nur Hauptverbindungen und keine Einzelheiten eingezeichnet sind.“ (Lachauer 2004: 162)
- „Wir haben eine Hypothese, die versucht, den Patienten zu verstehen, und der Patient muss sich verstanden fühlen.“ (Lachauer 2004: 162)
→ Fokus dient nur als hilfreiche Hypothese
- „Qualität und Intensität ist entscheidend“ > Quantität des bearbeiteten Materials

Doppelfunktion des Fokus

- Kombination von „Diagnose und Handlungsanweisung“ (Thomä 1980)
- „Spezifisches Fragenkönnen und Selektivität der Aufmerksamkeit muss in abgewogener Verbindung sein mit Offenheit, Schweigenkönnen und gleichschwebender Aufmerksamkeit.“ (Leuzinger-Bohleben 1985)
- Wichtigkeit des „Nichtwissens“ (Klüwer 2002)

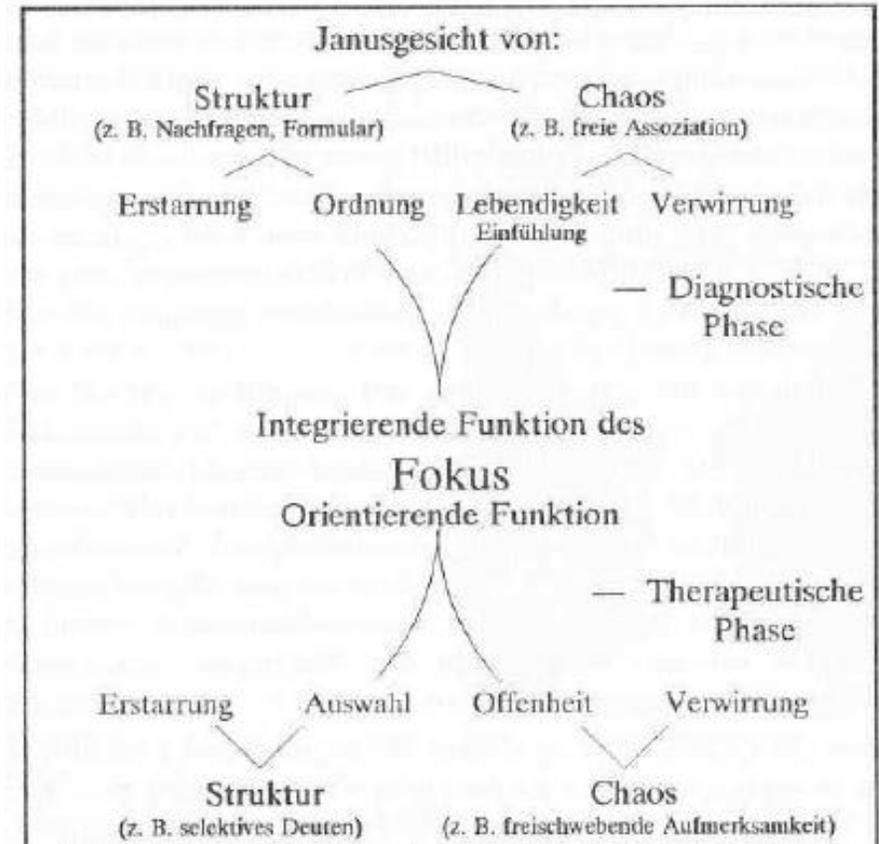


Abb. 11 Diagnostische und therapeutische Funktion des Fokus

Suche nach dem Fokus: „Gestalt-Erkennung“ & „Wieder-Erkennung“

- Benötigt neben Grunderbegabung auch viel Erfahrung und vor allem Übung in der „Suche nach dem Fokus“
- „Organisation des Wahrgenommenen“ (Büntig 1982) = Eigenschaften des Objekts + subjektive Faktoren
- „Es ist vielmehr die **Fähigkeit des Fokussierens** notwendig und die Fähigkeit, latente und unbewusste Verbindung zwischen Fokus und manifestem Material des Patienten herzustellen.“ (Lachauer 2004: 164)



Motivation & therapeutische Beziehung

- Testen des Therapeuten
 - Unterwerfung
 - Autonome Person
- **„Das gemeinsame, die Autonomie des Patienten achtende und fördernde Ringen um Verständnis innere Zusammenhänge, welches zu Beginn auch Zurückhaltung auf Seiten des Patienten akzeptiert, sollte die Basis der Arbeitsbeziehung sein.“** (Lachauer 2004, S. 172)
- Gefahr der „therapeutischen Eingrenzung“

Therapeut als Objekt (Komplementäre Übertragung)

- P. ist in Rolle des Kindes, T. in der Rolle der früher wichtigen Person
- Wesentlicher Inhalt
 - deutende Bearbeitung dieses langsam sichtbar werdenden Beziehungsmusters
 - Zusammen mit der Bearbeitung des Widerstandes gegen eine „Wiederbelebung der alten Gefühle“
- Fokalsatz → Leitlinie für Deutung der Zusammenhänge
 - Eingrenzung möglicher Übertragungsdeutungen

Übertragung der Erfahrung mit früheren Objekten

- Wann ist eine Übertragungsdeutung angemessen?
 - Übertragungsgefühle sind dringlich bzw. **zum Widerstand geworden**
 - Übertragungsverzerrungen haben Arbeitsbündnis unterbrochen
 - Konflikte in der Übertragung **widerspiegeln direkt aktuelles Verhaltensproblem**
 - Dauer der Therapie lässt **genügend Zeit** geeignetes Material herauszuarbeiten
- Wann ist sie unangemessen?
 - **Keine** deutlichen oder starken Übertragungsverzerrungen
 - Dringlichster Punkt ist fixiert auf aktuelles Ereignis **außerhalb** der Behandlungssituation
 - **Arbeitsverhältnis gefährdet** durch überfordernde/inakzeptable Übertragungsdeutung
 - Übertragungsdeutung ist nicht mit **gegenwärtigen Problemen** klar in Beziehung zu setzen

Der Therapeut als Modell (konkordante Übertragung)

➔ „die Übertragung der eigenen Konfliktdynamik“

- Thematik aus Fokalsatz wird mit vertauschten Rollen wiederbelebt
 - Negatives Introjekt
- Patient bringt Therapeut in die Rolle, die er nie selbst bewältigt hat
 - Verhält sich so, wie er es selbst früher erlebt hat
- Therapeut muss den gleichen Konflikt spüren, den der Patient nicht bewältigen konnte
 - Kern der konkordanten Übertragung
- *Wie geht der Therapeut damit um?*
 - Konflikt: Zwischen „verstehender Toleranz“ und „eigener Echtheit“

„Die Reise in die Unterwelt“

- Therapeut ist Begleiter für den Patienten durch bisher unbekanntes, ängstigendes und neu zu entdeckendes Land
- Auf „Reise“ tauchen Gestalten aus Vergangenheit des Patienten auf
 - Patient verwandelt Therapeut in die Gestalten
 - Patient nimmt Form von Gestalten an → wandelt Therapeut zu früherem Ich
 - Patient erinnert sich selbst an Gestalten → setzt sich nachträglich damit auseinander
 - Patient spürt, dass Gestalten auch in ihm selbst wohnen
- Therapeut als Beobachter
 - Innere Vorbereitung durch Fokus ist die wesentliche Hilfe

Zeit und Begrenzung

- Probleme und Themen, die bei Beendigung auftauchen, werden am Anfang bereits mitbestimmt
- Literatur gibt unterschiedliche Empfehlungen
 - *Klüwer (1985)* → Rahmen muss zwischen P. und T. vereinbart werden
 - „*Psychotherapierichtlinien*“ in D. → 10 bis 30 Stunden, je nach Struktur des P.
 - *Leuzinger-Bohleber (1985)* → 10-30 Std., Ende muss für Beide bekannt sein
 - *Strupp&Binder (1984)* → Festlegung des Endes nach der Fokuserarbeitung
- Es geht um das Ringen um den Richtigen Weg → **es gibt kein richtiges Verhalten**

Leitfaden bei Bearbeitung der Probleme bei Beendigung

- Durchlaufen von Symbiose, Trennung und Individuation
 - Heilungswünsche und Unabhängigkeitswünsche müssen angesprochen werden
 - Übungsphase: Schrittweises „Sich-Lösen“, bei Möglichkeit der Kontaktaufnahme
 - Aufgreifen von Trennungs- und Verlusterlebnissen in der Vergangenheit
- Innere Leitlinie für Patienten erstellen
- ***„Modell einer Trennung, die im Unbewussten immer an den Tod mahnt und entsprechend zu bearbeiten ist, aber in der Realität nicht immer so absolut wie der Tod sein muss.“*** (Lachauer 2004, S. 202)

Erreichbare Ziele in der Kurzzeittherapie (Patientensicht)

1. Modifizierung und Beseitigung von Symptomen und eine Erleichterung des Leidens
2. Wiederbeleben des Funktionsniveaus vor Ausbruch der Krankheit
3. Förderung des Verständnisses, dass Verhaltensmuster verfolgt werden, diese Symptome fördern und Funktionen sabotieren
 - Stören das Genießen des Lebens
4. Finden nützlicher Wege mit Verhaltensmustern und deren Wirkung umzugehen, sie zu berichtigen und durch konstruktive Bewältigungsmaßnahmen zu ersetzen

Andere Modelle des therapeutischen Prozesses

- **Mann (1978): *Psychotherapie in 12 Stunden***
 - Anfangsphase
 - Mischung zwischen interessierter Zuwendung und eindeutiger Zeitbegrenzung
 - Aufmerksamkeit ist auf bestimmten Lebensabschnitt oder Konflikt gelenkt
 - Mittlere Phase
 - Verstärkung der Symptome als Ausdruck wachsender Angst
 - Negative Übertragungen → Bezug auf latente Enttäuschung
 - Verbindung des Fokalthemas mit enttäuschenden Aspekten früherer wichtiger aber konflikthafter Beziehungen
 - Endphase
 - Verdrängung des Endes; Reaktion des Patienten auf Beendigung → Deutungsmittelpunkt
- **Leuzinger-Bohleber (1985): *verschiedene Phasen der Fokaltherapie***
 - Eröffnungsphase → erste Deutungsphase → erste Durcharbeitungsphase → zweite Deutungsphase → zweite Durcharbeitungsphase → Durcharbeitung des Trennung

Konzept des Fokus in der stationären Therapie

- Klinische Therapie → zeitlich eingeschränkte Fokalthherapie
- Festlegung des Fokus in der ersten Untersuchungsphase
- Arbeit in einem Therapeuten-Team
- 2 Foci → „aktuelles Hauptproblem“ & Deutung des Therapierenden
- Problematik einer großen Klinik → Gruppenarbeit nimmt viel Zeit in Anspruch

→ Fokus als Form der kurzen Therapie

→ ergänzt die Diagnose durch den Mittelpunkt des Therapeutischen Geschehens

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

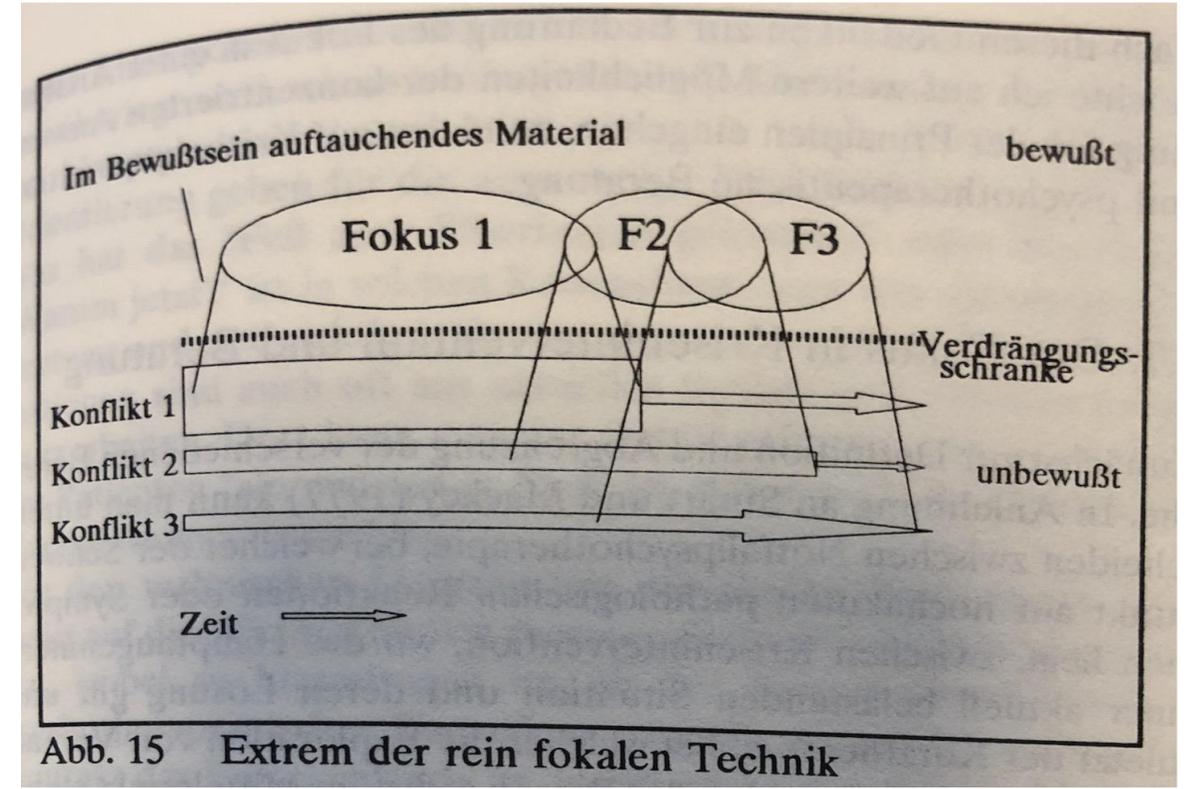
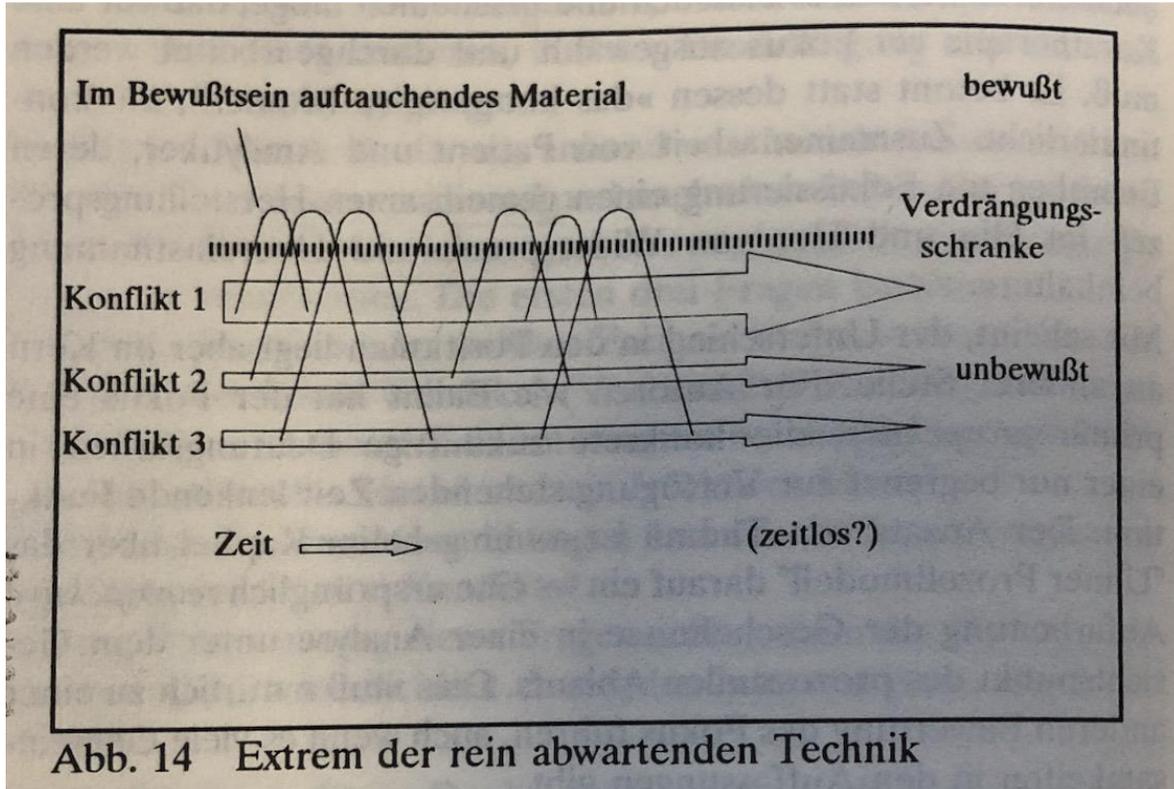
- Ansatz des fokalen Prinzips grundsätzlich Vorhanden \neq Benennung des Fokus
 - *Dührssen (1972)* \rightarrow „innere Formel“; keine Erarbeitung eines hypot. Konzepts
 - *Weigelt & Paal (1990)* \rightarrow 6 Lernziele für tiefenpsychologische Therapie
 - *Balint (1973)* \rightarrow Konzentration auf bestimmten Konflikt; geht über Kurztherapie hinaus
 - *Luborsky* \rightarrow „zentrales Beziehungskonfliktthema“
 - *Kutter (1977)* \rightarrow verkürzte, beschränkte Deutungsarbeit auf 1 Konflikt

\rightarrow Vom Begriff her kein konkreter Fokus angewendet, „nur“ dem ähnelnde Therapieformen

Fokus & Analyse

- „Analyse ist Fokaltherapi mit wechselndem Fokus“(S.218)
- Mehrere Foci; kein konkreter Fokalsatz
- Keine zeitliche Eingrenzung der Therapie
- Herausarbeitung der Verknüpfungen zw. Einzelnen Foci mit Hilfe des Patienten

Fokus & Analyse



Fokus & Analyse

- „Analyse ist Fokaltherapi mit wechselndem Fokus“(S.218)
- Mehrere Foci; kein konkreter Fokalsatz
- Keine zeitliche Eingrenzung der Therapie
- Herausarbeitung der Verknüpfungen zw. Einzelnen Foci mit Hilfe des Patienten

→ „sektionelles Erarbeiten der Persönlichkeit ermöglicht schnelleres Erreichen tieferer Schichten

→ wirkt sich systematisch auf benachbarte Konfliktbereiche aus

Fokus in der Krisenintervention & Beratung

- Ziel: möglichst schnelle Erleichterung für den Patienten
- Orientierung an einem Hauptproblem
- Therapeutische Flexibilität
- Nicht zwangsläufig schnelle Heilung
 - zur Bestimmung und Teilbewältigung des Problems wird der Fokalsatz angewendet

Fokus in der Krisenintervention & Beratung

- In der Beratung → Stärkung der Ich-Funktion
 - *Lüders (1984)* → abstrakte Fokusformel, nicht konkretisiert & nicht personalisiert
 - *Argelander (1985)* → Konzentration auf die aktuelle schwierige Situation

→ Psychotherapeut dient als stabile Vertrauensbasis, die dem Patienten beim eigenen lösen seiner Probleme unterstützt

Weitere Therapieformen & Fokus

- *Paartherapie*
 - Fokus als Beschreibung innerer Gemeinsamkeiten
- *Kinder & Jugendliche*
 - Kinder → Formulierung des Fokalsatzes aus Sicht der Mutter
 - Jugendliche → Fokus dient zur schnellen Therapie
- *Familientherapie*
 - Gemeinsames Fokalziel von mehreren Therapeuten erstellt
- *Gruppentherapie*
 - Jedes Mitglied besitzt einen eigenen Fokus, aus dem ein Gruppenfokus formuliert wird

Der Fokus in der Supervision

- Gewinnt an Relevanz , denn jeh kürzer die Therapie, desto prägnanter der Fokus
- Dient zu wiederholten Anschauung nützlich bei:
 - regelmäßiger
 - anfänglicher
 - Zwischenzeitlicher Supervision
- Wichtig für den Lernprozess zur schnellen Erkennung zw. Bewußter und unbewußter Thematik
- Bei langfristiger Behandlung Fokus als Ergebnis der Supervision

Fallbeispiel der Patientin P.(55)

Symptome:

- seit mehreren Jahren schmerzhaftes Hüft- und Schultergelenksbeschwerden, sowie depressiven Verstimmungen
- Unruhig & innerlich getrieben, ängstlich & schlaflos, doch nicht in der Verfassung selbst etwas Konkretes zu tun

Behandlung:

- Mehrmals ambulant, doch ohne Erfolg → keine physischen Probleme

Sonstiges:

- arbeitsunfähig & verfrühte Beantragung der Rente