

Fokaltherapie

Geschichte der Fokaltherapie

Die Geschichte der psychoanalytischen Kurztherapie reicht bis zu Freud selbst zurück. Schon in den „Studien über Hysterie“ aus dem Jahr 1895 berichtet er bemerkenswert über seine „Krisenintervention“ auf einer Bergwanderung bei der 18-jährigen Wirtshaustochter Katharina, die an einer Angsthysterie litt. Bruno Walter, ein Dirigent, schreibt in seiner Autobiographie von sechs erfolgreichen Sitzungen bei Freud, in denen er von einer hysterischen Lähmung des rechten Armes geheilt wurde. Doch ebenso seine Analysen kommen uns heute fast „kurztherapeutisch“ vor. Die bekannte Behandlung des kleinen Hans, in der er den 5-jährigen Jungen von seiner Pferdephobie aus der Ferne, über die Vermittlung des Vaters, heilte, dauerte nur zweieinhalb Monate. Und die seinerzeit durchgeführten Lehranalysen nahmen in der Regel nur wenige Monate bis zu einem Jahr in Anspruch.

Bedeutsam für die Entwicklung psychodynamischer Kurztherapien ist die Arbeit von **Ferenczi** und **Rank** (1924). Erst ab hier kann von einer Kurztherapiekonzeption im prägnanten Sinne gesprochen werden; erstaunlicherweise sind in ihrer Arbeit die entscheidenden Gesichtspunkte schon enthalten: der konstruktive Umgang mit der Zeitbegrenzung, eine aktivere Technik als in der klassischen Analyse sowie eine Fokuszentrierung. In ihrem Buch wendeten sie sich gegen die Überbetonung der Lebensgeschichte in der Analyse und räumten der emotionalen Erfahrung des Analysanden in der aktuellen analytischen Situation einen wesentlichen Stellenwert ein. Sie waren der Überzeugung, dass diese **Fokussierung auf die Gefühle** des Pat. im Hier und Jetzt es ermöglichen werde, die psychoanalytische Behandlung zu verkürzen.

Otto **Rank** war der Erste (1920), der systematisch den Zeitfaktor in die therapeutische Behandlung einbezog und mit einer Zeitbegrenzung arbeitete. Bedeutsam ist, dass bereits Rank die Bearbeitung von Trennungserlebnissen als wesentliche Chance von zeitbegrenzten Psychotherapien angesehen hat. Bei ihm steht die Bedeutung von Trennungserfahrungen im Zusammenhang mit seiner **Geburtstrauma-Theorie**: Die analytische Behandlung müsse dem Pat. dabei helfen, sein Geburtstrauma noch einmal zu erleben und es in allen Aspekten durchzuarbeiten. So wie die Schwangerschaft solle auch die Analyse nach neun Monaten zu einem Ende kommen. Er ging davon aus, dass es nicht so sehr das Trauma des Angstanfalles sei, das das Kind bei der Geburt erlebt hat und das für Freud zum Prototyp von späteren Angstzuständen wurde, sondern die Trennung des Kindes vom Uterus der Mutter, in dem es ein Höchstmaß an Geborgenheit erlebt hat. In jedem Menschen bleibt aufgrund dessen auch eine tiefe unbewußte Sehnsucht, zu diesen vorgeburtlichen paradiesischen Zuständen zurückzukehren. Dem stehen allerdings die Erinnerung an den Geburtsvorgang und die dadurch erlebte Angst im Wege. Dieser Konflikt zwischen regressiver Sehnsucht und einer Flucht hinein in das Leben stellt für Rank die Grundform aller späteren Konflikte dar.

Kurztherapie-Ansätze bieten sich leichter für empirische Forschung an, daher förderten sie die Bereitschaft, systematische Studien durchzuführen. 1946 veröffentlichten F. **Alexander** und T. **French** ein Buch zum Thema Kurztherapie. Als Motivation ihrer Forschungen beschreiben Alexander und French die große Diskrepanz zwischen Länge und Intensität der „großen“ Psychoanalyse und dem Grad des therapeutischen Erfolges. Kurztherapien sollen manche Fallstricke langer Analysen vermeiden; sie sollen sich nicht der Gefahr der Intellektualisierung aussetzen. Stattdessen sollten sie möglichst erlebnisdicht durchgeführt werden.

Der nächste Meilenstein in dieser Entwicklungslinie ist durch den Namen **Balint** bestimmt. In London entwickelte Balint für die Behandlung von neurotischen Patienten die Technik der Fokalthherapie (Balint 1972). Balint definierte den Fokus als ein psychodynamisch bestimmtes Ziel, welches im Idealfall im Sinne einer Deutung formuliert werden soll und auf welches sich die Behandlung konzentrieren wird. Die begrenzte Zielsetzung, das begrenzte Arbeitsfeld und die begrenzte Zahl der therapeutischen Sitzungen sind die zentralen Merkmale dieser Behandlungsform. Balint verwandte das Bild von in einem Strom abwärts treibenden Holzstämmen. Ein Holzstamm hat sich quergelegt und blockiert nun das gesamte Treibholz. Mit einer gezielten Maßnahme soll auf den blockierten Stamm eingewirkt werden, sodass das Treibholz wieder in Bewegung kommt. Dieses Bild ist in mehrfacher Hinsicht hilfreich; es skizziert, was eine gezielte Intervention an Eigenkräften mobilisieren kann. Es nutzt allerdings auch einen systemischen Gedanken, der wichtig ist, wenn die langfristige Wirkung von Kurztherapien untersucht werden soll: Die Veränderung eines Bausteins des Systems kann zu Veränderungen an allen Elementen desselben Systems führen.

Von 1960 bis 1980 wurde die Arbeit von Alexander wesentlich von folgenden Personen weiterentwickelt: **Malan** (Kontingenz: 30 Std.) und **Mann** (Kontingenz: 12 Std.).

Wie für die meisten Autoren ist es für **Malan** ausschlaggebend, ob die Patienten ein fokussierendes Problem zeigen, wobei Malan den Fokus folgenderweise definiert: „ein verbindendes Thema, das zum Ausgangspunkt der Deutungsarbeit wird“. Malan betont in seinem analytischen Ansatz, dass der Fokus sich um einen zentralen unbewussten Konflikt zentrieren soll. In der ersten Therapiesitzung wird der Patient durch Malan **indirekt** mit dem fokalen Konflikt konfrontiert, indem er die Reaktionen des Patienten auf eine Deutung als Hinweis auf deren Richtigkeit beobachtet. Die analytische Arbeit der darauffolgenden Stunden zentriert sich um das **Einsichtsdreieck** nach K. Menninger (1958). In einer Deutung soll versucht werden, lebensgeschichtliche, aktuelle und Übertragungsmanifestationen des fokalen Konfliktes sukzessiv miteinander zu verbinden und dadurch eine Einsicht in den unbewussten Konflikt zu bewirken.

Graphisch kann der „Fokus“ verstanden werden als der sich überlappende Teil der 3 Themenkreise:

- aktuelle Konfliktsituation,
- szenische Gestaltung in Übertragung und Gegenübertragung,
- lebensgeschichtliche Beziehungskonstellation.

Mann rückt den Zeitfaktor in das Zentrum der kurztherapeutischen Arbeit. Er geht von der generellen Hypothese aus, dass ein Hauptkonflikt bei Patienten in der Individuations-Separationsphase nach Mahler (1968) liegt, mit unverarbeiteten Trennungskonflikten vom Primärobjekt und der zentralen Sehnsucht nach der „zeitlosen“ symbiotischen Verbindung mit der Mutter. Zeit steht in einer ständigen unbewussten Verbindung zur Separationsangst. Im Gegensatz zu Malan wird in seiner KZT nicht ein spezifischer psychodynamischer Konflikt fokussiert, sondern Ziel für alle Patienten ist die Erreichung von mehr Autonomie und Selbstachtung durch die Bewältigung der Trennungs- und Separationskonflikte, welche auch zu einem neuen Verhältnis zu der verstreichenden Lebenszeit führt.

Seine Technik steht im Zusammenhang mit dem Zeitfaktor: Gleich zu Beginn konfrontiert er den Patienten mit der begrenzten Therapiezeit, indem er auf dem Kalender das Ende der 12-stündigen Therapie fixiert.

Mann, der diese Technik vor allem bei Adoleszenten bzw. „jungen Studenten in Ablösungskrisen“, also relativ Ich-starken Patienten anwandte, unterscheidet drei verschiedene Phasen: Anfangs-, Mittel- und Endphase, in denen auf der unbewussten Ebene immer bestimmte Themen – in Bezug auf den von ihm ins Zentrum gerückten und bearbeiteten Trennungs- und Individuationskonflikt – in einer klaren Reihenfolge auftauchen, welche in Verbindung mit der konkreten, für den Patienten spezifischen Problematik gedeutet werden:

1. Anfangsphase – Erstes Drittel der Behandlungszeit

Als Resultat der Suggestionskraft einer Mischung aus „interessierter Zuwendung und eindeutiger Zeitbegrenzung“ wird die magische Erwartung erzeugt, dass endlich lange zurückliegende Enttäuschungen vergolten werden und sich nun alles zum Guten wenden wird. Schnelle Übertragungsheilungen oder -besserungen in den ersten Stunden sind häufig. In dieser Phase ist sehr viel an Material, geheimen Wünschen und Phantasien sowie viele neue anamnestische Angaben zu erwarten, die in Bezug auf den Fokus meist eine erstaunliche Bestätigung und Präzisierung des Themas bedeuten. Für den Therapeuten besteht nun allerdings die Gefahr, sich von der Fülle des Materials auf andere Routen, als die im Fokus vorgegebenen, locken zu lassen (und gerade dadurch der Abwehr des Patienten anheimzufallen, die eine vertiefte, therapeutische Arbeit am Unbewussten verhindern will). Er muss in der Beschränkung seiner Aufmerksamkeit auf das Zentralthema standhaft bleiben und lediglich die Daten nutzen, die sich auf dieses Thema beziehen. Diese Beharrlichkeit bewirkt jedoch, wie auch Balint betont hat, Assoziationen indirekt zu fördern, welche sich direkt auf das Zentralthema beziehen, aber zusätzlich schränkt es auch zunehmend den Strom der positiven Übertragung ein.

Dadurch wird die Tendenz zur Regression begrenzt und die Aufmerksamkeit und der Affekt auf einen bestimmten Lebensabschnitt und Konfliktbereich gelenkt, was eine Intensivierung der Bearbeitung dieses Themas fördert.

Auf diese Weise beginnt allerdings auch die anfängliche Begeisterung zu schwinden, erste Enttäuschungen zeichnen sich ab und die Ambivalenz der ursprünglichen Beziehungskonstellationen wird mobilisiert. Dies leitet die nächste Phase ein.

2. Mittlere Phase – Mittleres Drittel der Behandlungszeit

Eine Verstärkung von Symptomen als Ausdruck anwachsender Angst, angesichts der kürzer werdenden verbleibenden Zeit, setzt ein, die Konfrontation mit dem durch die Zeitbegrenzung aktivierten zentralen Trauma der „Trennung ohne Ablösung von einer bedeutenden, ambivalent erlebten Person“ ist unvermeidbar. In dieser Phase tauchen neben der Verstärkung von Symptomen und neurotischen Charakterzügen im Weiteren verschiedene Widerstände wie Zuspätkommen und Anzeichen negativer Übertragung auf, die in Bezug auf die **latente Enttäuschung** gedeutet werden sollten. Auch die Verbindung des fokalen Themas zu den eher **enttäuschenden Aspekten** der früher wichtigen, jedoch konflikthafter Beziehungen wird sichtbar und kann aufgezeigt werden.

3. Endphase – letztes Drittel der Behandlungszeit

Die Verdrängung des nahen Endes kommt oft vor und soll die emotionale Erinnerung an ähnliche enttäuschende Trennungserfahrungen verhindern. Im Zentrum der Deutungsarbeit muss nun die Reaktion des Patienten auf die Beendigung stehen. Trauer, Kummer, Wut, Schuld in ihren Bezügen zu lebensgeschichtlichen Ereignissen und zum fokalen Thema gilt es nun zu bearbeiten bzw. in ihrer Abwehr zu deuten.

Diese Phase ist für den Patienten wie auch für den Therapeuten gleich schwierig. Beim Therapeuten werden regelmäßig eigene Zweifel geweckt, wieweit er dem Patienten überhaupt helfen kann angesichts der gegebenen Begrenzung der Zeit. Die in dieser Situation als **illusionäre Abwehr** zu verstehende Vorstellung, dass Hilfe immer nur durch „mehr Zeit“ möglich sei, erhält auch beim Therapeuten Nahrung. Die Tatsache der, anders als früher, nun möglichen offenen Auseinandersetzung mit den verschiedenen ambivalenten Gefühlen in Bezug auf die Trennung wird es dem Patienten ermöglichen, den Therapeuten und die Beziehung zu ihm als Ersatz, Ergänzung oder Stellvertreterschaft für das früher ambivalente Objekt zu internalisieren.

Dieses Mal wird die Internalisierung positiver sein (niemals ganz positiv), jedoch weniger wutgeladen und weniger schuldbeladen und sie macht dadurch die Trennung zu einem echten Reifungsmoment.

Ab Mitte der 1980 Jahre wurden zeitbegrenzte dynamische Psychotherapien entwickelt, welche die Objektbeziehungen ins Zentrum des Therapiekonzeptes rücken und beziehungsorientierte Therapiekonzepte beisteuerten.

Herausforderungen psychodynamischer Prinzipien durch Fokalthérapien

Grundregel

Die Grundregel der freien Assoziation ist für Therapien, die zeitbefristet stattfinden, dann nicht mehr sinnvoll, wenn lediglich sehr wenig Zeit zur Verfügung steht. Denn diese Regel setzt frei gestaltbare und offene Zeit voraus. In den Therapien, welche einen Therapiefokus benutzen, steht die thematische Zentrierung auf den Fokus der freien Assoziation der Gedanken entgegen; sie muss die Grundregel jedoch nicht völlig aufheben; vielmehr kann der Patient ermuntert werden, das Material zu bringen, das ihm in jeder Stunde bedeutsam erscheint, ohne Rücksichtnahme darauf, ob es zum übergeordneten Thema passt; aber trotzdem wird die – wenn auch nur implizit deutliche – Fokalität der bearbeiteten Themen die Abfolge der Einfälle beim Patienten beeinflussen. Bedeutet aber der Verlust an freier Assoziation eine wesentliche Einschränkung der psychodynamischen Arbeitsweise? Nicht unbedingt – wichtig ist die angemessene Technik im Umgang mit der Reduktion. Wenn der Fokus ein Brennpunkt ist, welcher zugleich als Anziehungspunkt der ihn umgebenden vielfältigen Einfälle und Gedanken verstanden wird, die in möglichst offener Form zur Sprache kommen dürfen, dann mag das Gebiet psychoanalytischen Vorgehens verkleinert sein, jedoch innerhalb dieses Gebiets bleiben die psychoanalytischen Regeln gültig.

Die Aktivität des Psychoanalytikers

Die Zeitbegrenzung bringt es mit sich, dass vom Psychoanalytiker in der analytischen KZT ein größeres Maß an Aktivität verlangt wird: es bleibt sehr wenig Raum für eine abwartende Haltung wie im Standardverfahren. Der Analytiker wird gezwungen, schon aufgrund relativ weniger Informationen seine Hypothesen zu bilden, abzustützen und in seiner Deutungsstrategie zu verwenden. An dieser Stelle wird eines der schwierigsten technischen Probleme dieses Verfahrens deutlich: spezifisches Fragenkönnen und Selektivität der Aufmerksamkeit in Bezug auf das gewählte (KZT-)Ziel muss in abgewogener Verbindung sein mit Offenheit, Schweigenkönnen und gleichschwebender Aufmerksamkeit; ohne letztere wird die Wahrnehmung von unbewussten Prozessen im szenischen Geschehen unmöglich.

Technische Neutralität und supportive Techniken

Die Neutralität des Analytikers besteht in einer gleichmäßigen Distanz seiner inneren Haltung dem Es, Ich und dem Überich dem Patienten gegenüber. Diese Haltung ist in der analytischen KZT deutlich schwieriger einzunehmen als im Standardverfahren. Wenn ich im Folgenden von stützenden Maßnahmen spreche, meine ich nicht die vom Therapeuten bereitgestellten Haltungen, welche mit Empathie, holding environment oder containing umschrieben werden können. Eine große Verführung in zeitbefristeten Settings mag in der Anwendung supportiver Technik durch ein Verhalten des Ratgebens, guten Zuredens, Ermutigens, Überredens und

Drängens liegen.

Sie sind ein Risiko für den psychoanalytischen Prozess, da an die Stelle der *Selbstreflexion* die Hilfe (des Analytikers) und an die Stelle vom *Erleben der Selbstwirksamkeit* die Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit (des Analysanden) treten. Wenn der Analytiker hilft, tritt er mit Rat und Tat dem Analysanden zur Seite, er dient dabei allerdings nicht mehr als Übertragungsfläche.

Die Übertragung, Gegenübertragung und Beziehungsinszenierung

Nicht die **Prinzipien** der therapeutischen Arbeit mit und an Inszenierungen und Übertragungen sind hervorzuheben; sie sind in den Kurztherapien nicht anders als in den langfristigen Therapien. Die Therapeuten sind jedoch genötigt, rasch zu verstehen. Sie können nicht warten, bis sich die Übertragungskonturen deutlicher zeigen. Allerdings provoziert das Setting, die Begrenzung in Zeit und Themenstellung, die Übertragungsbereitschaften und die Gegenübertragungseinstellungen. Mit der Aussage, dass andere Rahmenvoraussetzungen andere Muster von Übertragung und Gegenübertragung stimulieren, ist jedoch keine Wertung verbunden. Auch das klassische Setting ist ein spezifischer Rahmen, der bestimmte Erwartungen hervorruft. Er ist weder besser noch schlechter als der kurzzeittherapeutische, nur anders.

Es ist hilfreich, in diesem Fall die Darstellung nicht mit der Übertragung zu beginnen, sondern mit der Gegenübertragung. Der Begriff wird hier von mir in einem sehr weiten Sinne verwendet. Er umfasst auch das Begehren des Therapeuten oder, vorsichtiger formuliert, seine unbewussten Vorannahmen. Wenn ich Langzeitanalysen als eigentliche analytische Therapien auffasse, zeitbegrenzte Psychotherapien nur als Notlösung, weil die Umstände oder die Krankenversicherer es nicht anders zulassen, kann eine spezifische unbewusste Gegenübertragungsdynamik entstehen.

Es könnte als Beziehungsmuster der unerledigten Ödipalität bezeichnet werden und ließe sich verdichtet so beschreiben: „Wenn wir nur könnten, wie wir wollten, wenn nicht die bösen Dritten oder Vierten im Bunde wären, wir wären in einem langen, endlosen Prozess vereint. So aber müssen wir uns zufrieden zu geben mit den Umständen, die nicht erlauben, dass wir so zueinander kommen, wie wir es uns wünschen und wie es uns entspricht“.

Anders die Gegenübertragung, welche eine negative Einstellung zum Patienten hinter der Wahl eines Kurzzeitverfahrens verbirgt. Diese Haltung kann entstehen, wenn ich einen freien Platz habe oder Mitgefühl mit dem Patienten, jedoch eigentlich nicht gern mit dem Patienten zusammen bin. Nun entsteht ein gegenübertragungsbestimmtes Beziehungsmuster, das als das **Muster der abgewehrten Entwertung** verstanden werden kann. Sachzwänge dienen der Rechtfertigung von nicht ausgesprochenen, nicht bewusst gemachten negativen Gegenübertragungen.

Die analytischen Fokalthérapien gehen nicht pädagogisch vor, sie sind nicht stützend, sondern arbeiten vornehmlich mit der therapeutischen Beziehung. Sie greifen sehr rasch die Übertragungslinien auf. Wenn wir Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen behandeln, empfiehlt es sich, der Anweisung Kernbergs (1993) zu folgen, negative Übertragungen rasch zu bearbeiten, um den Rahmen zu erhalten. Grundsätzlich: Wir arbeiten nicht in einem abstrakten Raum, sondern mit der Beziehungsgestaltung, mit den persönlichen Anteilen, die jeder in die Beziehung einbringt und die wir aufseiten des Patienten analysieren. Je weniger wir den Patienten kennen und er uns, umso mehr werden die Rahmenvereinbarungen als Teil dieser persönlichen Voraussetzungen angesehen und gilt es den Umgang des Patienten mit dem Rahmen herauszuarbeiten.

Durcharbeiten

O. Fenichel (2000) hat das Durcharbeiten von Wiederholungszwängen oder anderen Widerständen in der analytischen Therapie mit der Trauerarbeit verglichen. Das bedeutet, dass die Besetzungen der Repräsentanzen nach und nach gelöst werden müssen. Wichtig dabei ist, dass dieser Ablösungsprozess Zeit braucht. Sandler schreibt 1996: „Das Wesentliche des Durcharbeitens ist das (manchmal mühselige) Aufspüren der Verzweigungen eines Konfliktes in den verschiedenen Lebensbereichen des Patienten.“ Die zur Verfügung stehende Zeit ist in der Fokaltherapie begrenzt, sodass das Durcharbeiten „limitiert“ werden muss. Es ist einerseits eingeschränkt, wird sich somit im Wesentlichen auf ein durch den Therapiefokus charakterisiertes Arbeitsfeld beschränken; es ist **andererseits aber** exemplarisch.

Zeit

Zu diesem Aspekt lassen sich viele Kontroversen beobachten. Für manche Psychoanalytiker ist das Moment der Zeitlosigkeit ein sehr wichtiges Merkmal der „großen Psychoanalyse“. Eine von vornherein limitierte psychoanalytische Therapie, wie z.B. eine psychoanalytische Fokaltherapie, ist für sie wie „ein eingeleiteter psychoanalytischer Prozess, der dann willkürlich unterbrochen wird“ (Parin). Andere Autoren, wie Thomä (1981) vertreten die Ansicht, dass auch eine „große Psychoanalyse“ aus einer Folge von Fokaltherapien bestehe, daher kein grundlegend qualitativer Unterschied zwischen den beiden Verfahren existiere, sondern jedem Verfahren seine spezifisch analytische Besonderheit zukomme, welche etwa bei der Indikationsstellung berücksichtigt werden müsse.

Wie schon Rank betont hat, dient die Zeitbegrenzung der Kurztherapie dazu, Trennungserfahrungen durchzuarbeiten und Trennungskonflikte zu bearbeiten (Lieberman 1993). Die Trennung vom Therapeuten ist bereits von Anfang an in das Setting eingebunden und muss von der ersten Stunde an berücksichtigt werden. Welche Affekte werden durch diese Gegenwärtigkeit der Trennung hervorgerufen? Sind es Ängste vor dem Objektverlust? Sind es Gefühle des Hasses gegenüber einem Objekt, welches als wenig liebevoll und ablehnend imaginiert wird? Sind es Gefühle der Rivalität und der Eifersucht, in dem Sinne, dass der Patient das Gefühl hat, dass gerade er kurz behandelt, somit kurzgehalten wird, während andere deutlich mehr erhalten und bevorzugt werden? Das Objekt wird als narzisstisch nicht vollkommen und omnipotent erlebt, es kann nicht alles gewähren – in der zeitbegrenzten Psychotherapie muss der Patient den Umgang mit Begrenzungen der eigenen Wünsche, der eigenen Möglichkeiten und der Möglichkeiten des Objektes lernen.

Das ist aber lediglich die eine Seite, die sich auf die Inhalte der durch die Trennungsgegenwärtigkeit stimulierten Affekte bezieht. Genauso wichtig ist die andere Seite, nämlich das **Wie** der Enttäuschung, die Qualität und Vollständigkeit der Trennungsarbeit in der therapeutischen Beziehung. Das KZT-Setting hat seine Chance darin, eine konzentrierte Entwöhnung anzubieten, also eine Integration des Mangels zu erwirken und eine Repräsentation von Versagung und Frustration zu ermöglichen. Es kann dies jedoch nur leisten, wenn die Beziehung gut genug ist, um Trennung fruchtbar werden zu lassen. Gut genug bedeutet auch tragfähig genug, um die negativen Affekte zu benennen und durchzuarbeiten.

Die langfristige Psychoanalyse hat eine komplementäre Schwierigkeit zu bewältigen, nämlich dass sie im Erleben von Therapeut und Patient endlos zu werden scheint, grenzenlos, damit ohne die Notwendigkeit, Abschied und Enttäuschung als dominante therapeutische Aufgaben anzusehen; gerade deshalb bekommen – urlaubs- oder krankheitsbedingte – Unterbrechungen in den Analysen so ein hohes Gewicht.

Aber nicht für alle Patienten ist die Begrenzung eine Last: Sie kann nicht nur für das Bewusstsein, sondern auch im unbewussten Erleben erst einmal eine Erleichterung für die Aufnahme einer Therapie sein. Patienten mit hohen Bindungsängsten werden es als hilfreich ansehen, wenn sie sich nicht zu eng binden und involvieren müssen. Das Setting wird so erlebt, dass es ausreichend Fluchtmöglichkeiten lässt und die Wünsche nach Autonomie und Autarkie in therapeutischen Beziehungen nicht gefährdet. Je mehr Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen mit zeitbegrenzten therapeutischen Settings erreicht werden, umso mehr wiegt dieser Vorteil. Hier könnte ein zeitbegrenztes Angebot eine vorläufige Balance in das Schwanken bringen und erste positive therapeutische Erfahrungen ermöglichen, die – im Sinne einer Intervalltherapie – zu einem späteren Zeitpunkt vertieft werden können.

Therapeutische Haltung, wenn das Thema „Bearbeitung der Trennung“ ansteht:

Welche eigene Haltung nimmt der Analytiker zu Trennung und Beendigung ein? Bevorzugt er „schnelle totale Trennung“; vielleicht als Abwehr von Ohnmacht oder aus Angst vor aggressiven Vorwürfen oder Anklammerung durch den Patienten? Oder: Ist er zu Konsequenz unfähig im Angesicht des Schmerzes von Trennung; gibt es dann einen entweder „quälenden Abschied“ oder die rationalisierend begründete Zurücknahme des Beendigungstermins mit der Konsequenz des dadurch vom Therapeuten indirekt vermittelten Vorbild: „Man kann die Gefühle von Trennung nicht ertragen“ oder „Ich habe auch Vorsätze, die ich nicht einhalten kann.“

Auch ist von großer Bedeutung, welche „Vorgaben“ am Anfang der Behandlung für die Beendigung der Therapie eingeführt wurden. Gab es eindeutige Vereinbarungen; von wem gingen diese aus, „steht der Patient hinter der Notwendigkeit der Trennung“ oder erlebt er sie als von außen kommend und aufgezwungen? Man kann meist von einer Akzeptanz des „Natürlichen und Realen“ ausgehen, muss jedoch mit im Kern berechtigten Widerstand gegen das „Willkürliche“ rechnen. Diesen „nur zu deuten“, ist problematisch.

Eine vom Patienten nicht gewollte, auch nach Klärung der äußeren Bedingungen nicht wirklich akzeptierte und dadurch nicht genügend bearbeitbare Trennung bewirkt als Abwehr der eigenen Ohnmacht beim Verlassenwerden die Mobilisierung aggressiver Impulse, die zur „Ermordung des Objekts“ führen können mit der Konsequenz, dass das gemeinsam Erarbeitete wieder zerstört wird und nicht mehr zur Verfügung steht. Langfristig kann das die Tendenz, „gute Erfahrungen“ beständig zerstören zu müssen, da sie begrenzt sind, eher noch zementieren.

Fokaltherapie spielt sich wesentlich im Spannungsfeld zwischen fokalem Thema einerseits und Begrenzung andererseits ab; diese Vorstellung kann somit als eine „bifokale Therapie“ aufgefasst werden. In diesem Kontext sind auch die Aussagen von Leuzinger-Bohleber zu verstehen, die betont, dass ein vom Patienten ausgehendes „natürliches Therapieende“ die Trennungsarbeit und Ablösung erleichtert. Der Therapeut ist dann nicht alleine dafür verantwortlich, beide Brennpunkte der therapeutischen Arbeit ständig im Auge zu behalten, da der Patient selbst die Begrenzung akzeptiert und mitberücksichtigt. Nur die auftauchende Trauer wird am Ende eine Rolle spielen. Auf der anderen Seite der Skala steht der Psychoanalytiker Mann mit seiner für den Patienten eher willkürlichen Begrenzung der Therapiezeit auf zwölf Stunden. Er muss aufgrund dessen den zweiten Brennpunkt der Begrenzung von sich aus schon sehr früh und intensiv in den Vordergrund der Deutungsarbeit stellen, damit die in dieser Zeit erreichten Ergebnisse nicht der „Wut über die

Begrenzung“ zum Opfer fallen.

In der Literatur über analytische Kurztherapien gibt es zu diesem Thema unterschiedliche Empfehlungen, aus welcher ich zwei herausgreifen möchte:

Leuzinger-Bohleber (1985) hält für hilfreich, für jeden Patienten eine individuelle Therapiezeit zwischen 12 und 30 Stunden zu bestimmen, wobei weniger die Anzahl der Stunden entscheidend sei als das für beide Partner bekannte Ende der Therapie. „Durch die zwar individuell variierende, aber von Anfang an fest terminierte Stundenzahl, rückt das Ende für Patient und Analytiker von Anfang an ins Blickfeld.“

Strupp und Binder (1984) halten es für sinnvoll, die Zeitbegrenzung erst nach der Erarbeitung eines Fokus festzulegen, weil erst dann der Patient daran glauben könne, dass in der begrenzten Zeit auch etwas zu erreichen sei.

Indikationskriterien (Teil 1)

Da in der Praxis weniger theoretische Überlegungen, sondern oft sehr pragmatische Gründe bei der Frage der Entscheidung zu einer Kurztherapie ausschlaggebend sind, ist es bedeutsam, folgende Motive immer wieder bewusst mitlaufen zu lassen:

Indikation geht vom Patienten aus: wie begrenzte Zeit, begrenztes inhaltliches Ziel, begrenztes Sich-Einlassen (Beziehungsangst, „hineinriechen wollen“), nach früherer Analyse

Indikation geht vom Therapeuten aus (ist mit dem Pat. zu besprechen!): begrenztes Setting (Klinik, Institution), Zeitmangel, begrenzte Abrechnungsmöglichkeit, therapeutische Überzeugung; Kontraindikation für eine regressionsfördernde Behandlung (diese sind mit dem Patienten vor Beginn der Therapie genau zu besprechen, weil sonst die innere Rebellion gegen die Begrenzung einen sehr störenden, wenn nicht verhindernden Einfluss haben kann)

Bei welchen Patienten bestehen gute bzw. „schlechte“ Aussichten auf einen therapeutischen Erfolg durch eine Kurzzeittherapie?

Gute Aussichten liegen am ehesten bei Patienten vor, bei denen begrenzte Konflikte vorliegen, welche ihrerseits durch eine aktuelle Lebenssituation ausgelöst wurden. Die symptomauslösende Verarbeitung von Verlusterlebnissen, von akuten Traumata oder von besonderen Lebens-, Entwicklungs- und Schwellensituationen gehören hierher, was verständlich macht, dass gerade Jugendliche, aber auch ältere Patienten von einer analytisch orientierten KZT häufig sehr profitieren. Vor allem zu diffuse und in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten verankerte Symptome führen auf der anderen Seite dazu, dass es oft schwerer ist, einen Fokus zu formulieren. Daraus lässt sich indirekt die Indikation für die Notwendigkeit einer längerfristigen Therapie ableiten.

Minimale Kriterien bei der Indikationsstellung zur Fokaltherapie

Motivation: Der Klient muss motiviert sein, in der Behandlung mitzuarbeiten. Motivationsfördernd sind Leidensdruck und ein konkretes Ziel (z.B. ein Termin, bis zu dem das Symptom „verschwunden“ sein sollte; ein Zeitpunkt, der sich mit dem Behandlungsende überlappt).

Intakte Ichfunktionen: Der Patient muss die Fähigkeit mit sich bringen, das therapeutische „splitting“ zu vollziehen. Fehlt ein gesunder Ichanteil, der sich mit dem Therapeuten gegen den neurotischen Anteil verbünden kann, so ist eine Fokalbehandlung klar kontraindiziert. Konkret heißt das, dass der Patient bereits in den ersten 2-3 Probesitzungen fähig sein muss, eine Probedeutung produktiv aufzunehmen. Eine starre Abwehrstruktur mit vorherrschenden primitiven Abwehrmechanismen (Projektion, Verleugnung etc.) kontraindiziert ebenso eine fokussierende Behandlung.

Fokalisierbarkeit: Bereits im Erstgespräch müssen mindestens Hinweise auf eine „hauptsächliche Tendenz der Konfliktneigung“ erkennbar sein, d.h. der Konflikt muss a) in der aktuellen

Problemsituation, b) genetisch und c) im szenischen Arrangement in der Interaktion zwischen Patient und Analytiker deutlich werden. Eine diffuse und schwer abgrenzbare Symptomatik kontraindiziert, unabhängig vom Ausmaß der Störung, eine Fokalbehandlung.

Gegenübertragung: Dem Analytiker muss es spontan leichtfallen, in der Interaktion mit dem Patienten auf seine eigene Gegenübertragung zu achten.

Was „will“ die Fokaltherapie?

Die Fokaltherapie will „fokussiert“ auf den zentralen aktuellen Konfliktbereich, wie mit einem Scheinwerfer, in die Tiefe dringen und auch vorbereusste und unbewusste Dimensionen dieser Konflikte mit psychoanalytischen Mitteln beleuchten. Die zeitliche Begrenzung erfordert zwar eine „horizontale Einschränkung“ der Breite möglicher Konflikte des Patienten auf einen ausgewählten, „fokussierten“ Bereich, jedoch im vertikalen Bereich liegt keine Einschränkung vor: hier soll nicht an der Oberfläche, an der Eisbergspitze der Probleme verharrt werden. Die Hypothese hierbei ist, dass solch eine „tiefe, fokale“ psychoanalytische Bearbeitung eines Konfliktbereiches eine weitgehende Veränderung der psychischen Strukturen der Patienten bewirken kann – die vermehrte Tiefeneinsicht des Klienten kann auch in andere Konfliktbereiche „diffundieren“.

Der Begriff „Fokus“

Der wesentliche Unterschied zwischen den einzelnen Autoren, die diesen Begriff nutzen, besteht darin, ob dieser „zentrale Bereich“ auf einer eher phänomenologischen Ebene, also im Bereich der Symptomatik gesucht und festgelegt wird (z.B. die Hauptschwierigkeit des Patienten scheint im Umgang mit Geld zu liegen) oder ob zusätzlich oder alleine die dahinter liegende Problematik, etwa ein wesentlicher, jetzt aktiver unbewusster Konflikt als Fokus benannt wird.

In der Literatur gibt es sehr unterschiedliche Arten, einen Fokus zu formulieren; an dieser Stelle werden nun 2 zentrale Ansätze dargelegt:

Für **Leuzinger** und **Lachauer** ist die zu beschreibende „gemeinsame Konfliktgestalt“ innerhalb des therapeutischen Settings der Fokus der kurztherapeutischen Arbeit. Es gehe hierbei nicht primär um einen bestimmten Probleminhalt, sondern um die zurzeit hauptsächlichste Konfliktneigung des Patienten. „Deshalb begnügen wir uns mit möglichst präzisen Hypothesen zur fokussierten Konfliktneigung des Patienten“.

Der **Nachteil bei Leuzinger**: die dynamische Beschreibung des Fokus in den drei Problembereichen „aktuelle Problemsituation, Übertragungsmanifestation und frühinfantile Konfliktsituation“ umfasst bei ihr ungefähr eine halbe bis ganze Din A4 Seite.

Mir fällt hierbei der Vergleich mit einem Autofahrer ein, der sich während des Fahrens an einen Wegweiser orientieren will. Er wäre sicher überfordert, wenn er mehr als den Namen des Ortes auf dem Schild lesen müsste, etwa auch eine Beschreibung seiner Sehenswürdigkeiten.

Aus diesem Grund folge ich eher **Lachauers** Ansatz, welcher mit einer kurzen und prägnanten Form in der Art eines Fokalsatzes eine dringend notwendige Orientierung anbietet im Rahmen eines so intensiv und rasch verlaufenden therapeutischen Prozesses wie der Fokaltherapie. Im Folgenden möchte ich auf **Lachauers** Ansatz ausführlicher eingehen:

Es geht nicht um Reduktion

Ein Fokus erscheint manchem als zu rasche Reduktion eines Menschen auf einen Satz, die bereits zu Beginn einer therapeutischen Begegnung erfolge. So ist das selbstverständlich nicht.

Erstens wird nicht ein Mensch „reduziert“, sondern das in seinem Verhalten oder in der Beziehung auftauchende aktuelle Hauptproblem wird formuliert, verbunden mit den im Unbewussten noch

verborgenen, aber virulent gewordenen zentralen Konflikthintergründen.

Zweitens werden die als Hypothese zu verstehenden Zusammenhänge dem Patienten nicht übergestülpt, sondern nach und nach mit ihm aus dem von ihm angebotenen Material erarbeitet und oft genug auch erweitert oder modifiziert.

Und **drittens** tauchen in der Bearbeitungsphase natürlich auch andere Elemente auf, die sehr wohl gesehen werden müssen, deren Bedeutung für die momentan pathogene Konflikthematik allerdings nicht immer von aktueller Relevanz ist.

Der Patient hat selbstverständlich die Freiheit, über alles zu sprechen, was ihm wichtig ist. Er braucht sich nicht bewusst an den Fokus zu halten. Das kann er auch nicht, da der Fokus in Form einer Hypothese über unbewusste Zusammenhänge zunächst ja nur „im Hinterkopf“ des Therapeuten existiert. Im Inneren des Patienten liegt jedoch die unbewusste Thematik bereit, und er wird sie so zeigen, wie „sein Unbewusstes das will“, etwa in Form seines Wiederholungszwangs, seines agierenden Verhaltens oder der Übertragungstendenz.

Der vom Therapeuten erarbeitete Fokus schränkt die Themen, über die in der Behandlung gesprochen wird, **auf keinen Fall ein**, er gibt lediglich dem Therapeuten einen „inneren Leitfaden“ dafür, welche der vom Patienten „hinter der psychischen Oberfläche“ sichtbar werdenden unbewussten Zusammenhänge aufzugreifen und zu deuten sind. Er zielt somit auf eine andere Ebene, auf die Verbindung zu dem hinter den äußeren Themen vorhandenen „roten Faden“.

Es geht vor allem nicht darum, das Material mit dem Fokus zu erklären – das wäre ein strukturierender Denkvorgang, der dem Geschehen Gewalt antut; der Analytiker sollte den Fokus in möglicherweise ganz anderer Gestalt in jeder neuen Sitzung sehen, hören und spüren können.

Erarbeitung eines Fokus

Konkret erarbeitet wird ein solcher Satz, indem man sich mit den Informationen aus den drei Ebenen des von Menninger und Holzman (1977) sogenannten „Dreiecks der Einsicht“ wie bereits erwähnt auseinandersetzt. Es sind dies Informationen zur Symptomatik evtl. mit auslösender Situation (aktuelle Konfliktsituation), dann zu der zwischen Patient und Therapeut sichtbar gewordenen Beziehungskonstellation wie „Szene“, Übertragung und Gegenübertragung und drittens zu den biographisch bekannten Details.

Es geht zunächst darum, die Fülle der vorhandenen Informationen auf intellektueller und emotionaler Ebene aufzunehmen und fantasierend sich mögliche Zusammenhänge auszumalen – ohne zu schnell eine Reduktion vorzunehmen. Danach ist es bedeutsam, nach gemeinsamen Nennern zu suchen, also nach Konflikt- oder Verhaltensmustern, welche auf all diesen drei Ebenen des Dreiecks der Einsicht sichtbar werden.

Der Konflikt, der nicht lediglich in der biographischen Vergangenheit des Patienten, sondern auch ganz aktuell die Symptomatik und vor allem auch das Beziehungsgeschehen mit dem Therapeuten bestimmt, kann mit großer Wahrscheinlichkeit als der **aktuell virulent gewordene innere Konflikt** aufgefasst werden.

Der so gewählte Fokus entspricht einem abgrenzbaren oberflächennahen Konflikt, der sich nach Balint/Ornstein für Patient und Therapeut als ein auch emotional erlebbarer aufleuchtender „Verständigungsblitz“ – dem so genannten Flash – im Erstkontakt heraushebt oder – im Sinne von Malan – sich erst nach und nach im Erstinterview herauskristallisiert.

Aktualisierung von Kernkonflikten

Wie geschieht das Herausarbeiten der virulent gewordenen inneren Psychodynamik eines Patienten? Ein wesentliches Stichwort hierfür ist der Begriff der Aktualisierung.

French (1958) hat unterschieden zwischen Kernkonflikten und davon abgeleiteten Fokalkonflikten. Kernkonflikte sind in der frühen Kindheit des Patienten entstanden, liegen jedoch zu tief unter der psychischen Oberfläche, als dass sie therapeutisch direkt angebar wären. Fokalkonflikte sind Abkömmlinge dieser Kernkonflikte; sie sind **der** Anteil des Kernkonflikts, welcher aktualisiert und im jetzigen Verhalten des Patienten wirksam wurde. Schnelle Deutungen der Kernkonflikte sind in einer Fokaltherapie zu tief. Diese Impulse und Affekte sind in diesem Rahmen nicht so schnell und tief erarbeitbar, als dass mehr als ein intellektuelles Zustimmung möglich wäre. Diese Themen bilden allerdings den Ausgangspunkt für die Formulierung des unbewussten Anteils des Fokalsatzes.

Fokalsatz – Beispiele aus der Praxis

Lachauer formuliert einen Fokalsatz, der aus zwei Teilen zusammengesetzt ist, welche mit dem sinnstiftenden Wort „weil“ verbunden werden. Im ersten Teil des Satzes wird das aktuelle Hauptproblem beschrieben und im zweiten Teil wird eine psychodynamische Hypothese über die unbewussten Hintergründe, das Motiv oder den Sinn des Symptoms oder Verhaltens formuliert. Im „aktuellen Hauptproblem“ wird ein bewusster oder zumindest bewusstseinsnaher, für die Erkrankung oder ein Problem in der therapeutischen Beziehung verantwortlicher Fokalkonflikt beschrieben.

Wenn ein Problem mit der **Motivation**, dem **Arbeitsbündnis** oder der **allgemeinen therapeutischen Beziehung** besteht, sollte im Fokalsatz dieses Problem immer als „aktuelles Hauptproblem“ auftauchen, weil sonst die ganze weitere Therapie gefährdet ist oder auf einem hohlen Fundament stehen könnte.

Dann wäre es fatal, so zu tun, als könne man mit dem Patienten einfach die Hintergründe etwa seiner psychogenen Herzanfälle erarbeiten, wenn dieser selbst noch fest daran glaubt, körperlich krank zu sein.

Eine hilfreiche Formulierung des aktuellen Hauptproblems wäre dann z.B. bei einem Patienten mit funktionellen körperlichen Beschwerden, deren Zusammenhänge mit psychischen Problemen er zunächst nicht sehen wollte: *„ich muss daran festhalten, körperlich krank zu sein, weil...“*.

Auch bei „Mangel an Material“ kann man auf diese Art und Weise vorgehen. *„Ich muss wesentliche Teile meines Lebens ausklammern, weil...“* könnte dann das aktuelle Hauptproblem lauten.

Sehr wichtig ist es auch, als „aktuelles Hauptproblem“ in den Mittelpunkt zu stellen, wenn es irgendetwas im Verhalten oder der Problematik des Patienten gibt, das verhindert, dass die Behandlung „zu etwas Fruchtbarem“ wird, wie es bei „negativ therapeutischen Reaktionen“ der Fall ist. Eine Formulierung des aktuellen Hauptproblems in solch einer Situation könnte dann lauten: *„Ich habe Angst, dass ich alles Gute wieder zerstören muss, weil...“*.

In einer Fokaltherapie wird das aktuelle Hauptproblem häufig auf einer **Symptomebene** liegen. Beispiel aus dem Bereich der **Symptomatik**:

Patient mit Kontaktstörungen:

Ich kann keinen richtigen Kontakt zu anderen finden, da ich mich einerseits lediglich durch Verweigerung schützen kann vor Vereinnahmung, andererseits bei zu großer Distanz ängstlich und hilflos werde.

Dieser Fokus beschreibt den Hintergrund des Symptoms der Kontaktstörung, welche ein Patient als sein wesentliches Problem ansah. In der therapeutischen Situation ist auch seine

„Schüchternheit“ spürbar, auch seine indirekte Verweigerung, er „liefert wenig“, dazu wird sein Wunsch spürbar, in der Therapie aktiv geführt zu werden. Der Zusammenhang zur Biographie lag bei diesem Patienten in seiner Ambivalenz der Mutter gegenüber. Er war zwar einerseits auf ihren Schutz in Gefahr (Kriegsflüchtling) angewiesen, jedoch sonst emotional von ihr vereinnahmt worden, wogegen nur passiver Widerstand half, in dem er jetzt gefangen ist.

Wenn ein **Symptom**, sei es psychisch oder körperlich, **nicht** in einer **direkten** Hypothese verstehbar ist, dann muss man sich auf die Suche nach einem dahinter liegenden „roten Faden“ **im Verhalten**, einem Fokalkonflikt des Patienten machen, der für die Entstehung des Symptoms verantwortlich ist und in einer **Neudefinition des Problems** dieses Verhalten des Patienten als Hauptproblem definieren.

Gerade bei psychosomatischen oder psychovegetativen Symptomen, die meist diffus und vielfältig sind oder bei Verhaltensweisen, die in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten verankert sind, muss zuerst ein **zentrales Beziehungs- oder Verhaltensmuster** herausgearbeitet werden.

Praktisch formuliert: Wenn das Symptom als Hauptproblem definiert wird, ist klar, dass dies dem Patienten schon bewusst ist. Wenn jedoch eine „Neudefinition des Problems“ vorgenommen wird, dann ist es so, dass man nicht immer davon ausgehen kann, dass dieser Aspekt dem Patienten auch bereits bewusst ist, sondern er muss in der ersten Deutungsphase als zentraler Aspekt des Verhaltens erarbeitet werden. Es muss somit in der therapeutischen Arbeit etwas, was vorher „Ich-synton“ war, erst zum Problem, „Ich-dyston“ werden. **Beispiel:**

Pat. mit Anorexie und schwerer Schmerzsymptomatik:

Ich muss zurückkehren in die Rolle als Kind, da ich fürchte, dass die Entwicklung meiner erwachsenen Weiblichkeit zerstörerische Konsequenzen hat.

Dieser Fokalsatz, der im ersten Teil das aktuelle Verhalten, im zweiten Teil die innere Situation einer 24jährigen Frau mit Anorexie und einer schweren Schmerzsymptomatik beschreibt, lässt deutlich werden, dass es bei den Inhalten der „ersten Zentrierung“, also beim „aktuellen Hauptproblem“, mehr um die individuelle Form der Abwehr eines Pat. geht und dass bei der „zweiten Zentrierung“ dann eher das „Abgewehrte“ und die Gründe für diese Abwehr enthalten sind. Spezifisch für den fokussierenden Ansatz ist es nun jedoch, nicht mit solchen Begriffen wie „Abwehr“ und „Abgewehrtes“ zu arbeiten, sondern die Inhalte zu beschreiben, wie sie sich in der Sprache des Pat. ausdrücken würden, wenn sie ihm jetzt bereits bewusst wären.

Es gibt für einen fokussierenden Zugang spezifisch schwierige Patientengruppen, bei denen „etwas Begrenzt“ nicht gut sein kann, also bei allen Patienten mit narzisstischer Problematik, bei denen es lediglich „Alles oder Nichts“ gibt. Allerdings auch hier ist es eine Hilfe, genau dieses Problem als „aktuelles Hauptproblem“ in den Mittelpunkt zu stellen etwa in folgender Form: „*Ich will mich nicht auf etwas Begrenzt einlassen, weil...*“.

Bei manchen Patienten stieß man bei der Fokussierung bislang an eine Grenze, so etwa wenn Beck schreibt, „*bei Patienten, bei denen alles vage und vieldeutig bleibt*“. Dieses Problem als „aktuelles Hauptproblem“ definiert könnte folgendermaßen weiterhelfen: „*Ich muss alles vage und vieldeutig belassen, weil...*“

In den angeführten Beispielen wird deutlich, dass der fokussierende Zugang einen Vorläufer im „Trieb-Abwehrkonzept“ der Psychoanalyse hat. Jedes Verhalten, das ein Patient in der therapeutischen Situation zeigt, wird auf sein Motiv hinterfragt. Es wird somit unterstellt, dass alles ein Motiv hat, dass immer gefürchtete Impulse oder Gefühle abgewehrt werden müssen.

Einschränkung / spezielle Indikationsklärung (Teil 2):

Wenn ein **Symptom**, sei es psychisch oder körperlich, nicht in einer **direkten** Hypothese verstehbar ist, dann sollten noch folgende für eine Fokaltherapie hilfreiche Bedingungen **zusätzlich** erfüllt sein, ansonsten sollte eher eine analytische Psychotherapie in Betracht gezogen werden:

Weitere intakte Ichfunktionen (differenzierte Beobachtungsfähigkeit für emotionale Prozesse, Kreativität, Flexibilität, Integrationsfähigkeit neuer Einsichten, gute Frustrationstoleranz): Kreative und flexible Patienten erleichtern die analytische Arbeit z.B. durch produktive Einfälle zu Aktuellem und selbständige Weiterarbeit an Teilansichten außerhalb der Therapie.

Vorbewusste Konflikte: Je vorbereiteter die aktualisierten Fokalkonflikte dem Patienten schon sind, desto größer die Wahrscheinlichkeit eines fruchtbaren Durcharbeitens im Rahmen dieser Kurzzeittherapie.

Positive Übertragung: Eine spontane, positiv getönte Übertragung des Patienten auf den Psychoanalytiker erleichtert die therapeutische Arbeit.

Arbeitsbündnis: Ein sehr rasch sich einstellendes und gutes Arbeitsbündnis.

Literatur:

- Balint, Michael; Ornstein, Paul; Enid Balint (1973): Fokaltherapie; Verlag: Suhrkamp
- Beck, Dieter (1974): Die Kurzpsychotherapie; Verlag: Hans Huber
- Klüwer, Rolf; Lachauer, Rudolf (Hg.), (2004): Der Fokus; Verlag Vandenhoeck & Ruprecht
- Kutter, Peter (1981): Psychoanalytische Kurztherapie, Indikationen und Interventionstechnik; in: Jahrbuch der Psychoanalyse, Band XII; Verlag: Hans Huber
- Küchenhoff, Joachim (2005): Psychodynamische Kurz- und Fokaltherapie; Verlag: Schattauer
- Lachauer, Rudolf (2012): Psychoanalytisch fundierte Fokaltherapie als Kurztherapie; in Zeitschrift: Psychotherapie im Dialog, Nr. 3, 13. Jhg.: Kurzzeittherapie; Verlag: Thieme
- Leuzinger-Bohleber, Marianne und Michaela Grüntzig-Seebrunner (1997): Fokaltherapie – Krisenintervention – psychoanalytische Beratung; in: Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse (Hg.: Prof. Wolfgang Mertens); Verlag: Internationale Psychoanalyse
- Leuzinger-Bohleber, Marianne (Hg.), (1985): Psychoanalytische Kurztherapien; Westdeutscher Verlag
- Levenson, Hanna (2011): Psychodynamische Kurzzeittherapie; Verlag: Ernst Reinhardt
- Malan, David (1972): Psychoanalytische Kurztherapie; Verlag: Rowohlt