

P. H. Ornstein und A. Ornstein

Psychoanalytische fokale Psychotherapie*

Zusammenfassung Dieser Artikel beschreibt in kurzen Zügen den historischen Background der fokalen Psychotherapie nach Michael Balint, welche er im Tavistock Krankenhaus mit seinen Mitarbeitern entwickelte und erstmals in Buchform mit seinen Co-Autoren Paul H. Ornstein und Enid Balint präsentierte. Ausgehend von Balints Psychotherapie überarbeiten die Autoren die fokale Psychotherapie, basierend auf Kohuts psychoanalytischer Selbstpsychologie, und geben einen Überblick über den Entwicklungsstand der psychoanalytischen Psychotherapie. Es werden die wesentlichen Unterschiede zwischen unserem Ansatz und Balints ursprünglichem Konzept herausgearbeitet sowie in kurzer Form auch die Unterschiede zwischen unserem Ansatz und den zur Zeit gängigsten Kurzpsychotherapien in den USA dargestellt. Drei dieser bestimmenden Faktoren sind unter anderem: (1) Wir begreifen Psychoanalyse, intensive psychoanalytische Psychotherapie und fokale Psychotherapie so lange als Kontinuum, als der Psychotherapeut dieselben für die Behandlung nötigen Grundeinstellungen (Akzeptanz, Verstehen und Erklären) sowie dieselbe Theorie der Psychopathologie und der Heilung anwendet. (2) Wir unterscheiden zwischen einer technisch orientierten und einer prozeßorientierten Behandlung, darauf hinweisend, daß jedes therapeutische Setting eine Reihe von inneren Erfahrungen hervorruft, im Sinne der gegenseitigen Wahrnehmung des Therapeuten und des Patienten, welche als „Prozeß“ bezeichnet wird. (3) Die Art und Weise der Wahrnehmung des Therapeuten determiniert seine Reaktionen, nicht so sehr eine vorgegebene Technik. Nicht das technische Können des Therapeuten, sondern dessen Verantwortlichkeit ist für uns wesentlich. Anhand eines Fallbeispiels wird diese Art der fokalen Psychotherapie illustriert.

Schlüsselwörter: Psychoanalytische Fokalthherapie, Selbstpsychologie.

Psychothérapie psychanalytique focale

Résumé Le présent article esquisse d'abord l'évolution des psychothérapies brèves, de Freud à Malan, en passant par Ferenczi et Rank, Alexander et French, ainsi que Balint et Balint. Il présente ensuite plus en détail la "psychothérapie focale" de Michael Balint,

* Übersetzung aus dem Englischen von Christine und Dr. Gerhard Pawlowsky, Wien.

Psychoanalytic focal therapy

Abstract This essay depicts briefly the historical antecedents of Michael Balint's focal psychotherapy, developed with his co-workers at the Tavistock Clinic and first presented in his book, co-authored with Paul H. Ornstein and Enid Balint. Balintian focal psychotherapy serves here as a background for the authors' presentation of their revision of focal psychotherapy based on Heinz Kohut's psychoanalytic self psychology and the process nature of psychoanalytic psychotherapy. The essay highlights the essential elements that distinguish the Ornsteins' approach from Balint's original conceptions as well as from the best known contemporary brief psychotherapies in the United States, which are sketched in passing. The distinction rests on several factors. Among them are the following: (1) the Ornsteins view psychoanalysis, intensive psychoanalytic psychotherapy and focal psychotherapy on a continuum – as long as the therapist uses the same basic treatment approach (acceptance, understanding and explaining), the same theory of psychopathology and the same theory of cure. (2) The Ornsteins differentiate between a technique-oriented and a process-oriented form of treatment, postulating that each therapeutic encounter will initiate a set of inner experiences (how patient experiences therapist and how therapist experiences patient), which is here called "the process." (3) It is the nature of this process that determines the therapist's responses, rather than a "set technique." In fact, the Ornsteins speak of the therapist's "responsiveness" and not of his "technique." Their approach is illustrated here with a treatment sample, detailing the process of this form of focal psychotherapy.

Keywords: Psychoanalytic focal therapy, self psychology.

telle qu'elle fut développée par ce dernier et ses collaborateurs (dont faisait partie Malan) à la Tavistock Clinic de Londres. Balint introduisit sa conception de cette approche dans un ouvrage intitulé Focal Psychotherapy: An Example of Applied Psychoanalysis (co-auteurs: Paul H. Ornstein et Enid Balint; publié en 1972 et traduit plus tard en allemand et en français). Finalement l'article cerne brièvement les formes les

plus importantes de thérapies brèves pratiquées actuellement aux Etats-Unis.

D'autre part, les auteurs comparent leur propre conception de la psychothérapie focale, basée sur la psychologie du soi de Heinz Kohut et celle de Balint, montrant qu'ils mettent l'accent sur les aspects processus des psychothérapies psychanalytiques – psychanalyse, psychothérapie psychanalytique intensive et psychothérapie focale. Ils soulignent les éléments qui distinguent leur propre approche de la conception originale de Balint comme des traitements de brève durée souvent pratiqués actuellement aux Etats-Unis.

L'approche de Balint se fondait essentiellement sur les notions suivantes: la thérapie doit être focalisée (de préférence dès les deux ou trois premières séances) sur une définition en profondeur des problèmes du patient, expliquant ses symptômes et son comportement et incluant (dans la mesure du possible) ceux des antécédents des problèmes présentés qui sont significatifs du point de vue étiologique et pathogénétique. Ce "focus" doit être formulé explicitement, à un niveau proche du vécu, de telle manière qu'il soit possible de l'utiliser (lui ou certains de ses aspects) en tant qu'interprétation ou en tant que dimension partielle des interprétations en cours. Il doit être présenté au patient qui peut soit être d'accord avec sa définition, soit proposer des modifications. Une fois le focus choisi – il s'agit là de l'aspect le plus difficile du travail et de celui dont la formulation est la moins aisée à articuler –, thérapeute et patient doivent se mettre d'accord sur le nombre approximatif de séances requises pour travailler sur le problème. Une fois cette démarche accomplie, le thérapeute écoute son client en choisissant d'être soit "sélectivement attentif", soit "sélectivement négligent", n'interprétant que ce qui a trait au "focus" choisi et écartant tout le reste. Il peut bien sûr arriver qu'en cours de traitement, un déplacement important apparaissant dans le matériel du patient rende indispensable une redéfinition du niveau de focalisation – de ce point de vue, Balint conseille au thérapeute de demeurer flexible et de suivre le mouvement. On peut aussi choisir une définition plus limitée ou plus large (plus ou moins ambitieuse), chercher à résoudre un problème restreint ou élargir le traitement.

1. Der konzeptuelle Rahmen und die Methode der psychoanalytischen fokalen Psychotherapie

Die fokale Psychotherapie macht aus der kurzen, zeitlich begrenzten Behandlung einen eigenen gut definierten Ansatz, der ursprünglich von Michael Balint und seiner Forschungsgruppe an der Tavistock-Klinik in London entwickelt, später von Michael Balint und mir (Paul Ornstein) weiter ausgeführt wurde. Nach Balints Tod 1971 arbeitete seine Frau Enid mit mir an einer Endfassung unserer Formulierung, die unter dem Titel „Focal Psychotherapy: An Example of Applied Psychoanalysis“¹ als Buch erschien. 1972, kurz nach der Publikation dieses

¹ „Fokale Psychotherapie: ein Beispiel angewandter Psychoanalyse“ (d.Ü.).

Pour Balint (comme pour les auteurs du présent article) le "fit" entre patient et thérapeute (la manière dont leurs personnalités s'accordent) joue un rôle plus important au moment de choisir les patients qui suivront une psychothérapie focale que le fait que ces derniers souffrent de troubles chroniques ou d'une grave psychopathologie.

L'accent mis par la psychologie du soi sur l'écoute des expériences subjectives des patients nous fit renoncer à la "technique" de l'"attention/négligence sélectives". Dans notre approche, il faut que nous entendions toutes les subtilités des expériences subjectives des patients (de la manière dont ils se perçoivent eux-mêmes et autrui dans leurs relations) et que nous interprétions toutes ces expériences sous l'angle choisi. Ici, c'est la psychologie du soi qui guide la définition d'un focus en accordant priorité à l'état du soi (sa cohésion, ses faiblesses ou sa fragmentation, ainsi que les aspects liés à son auto-régulation).

Dans ce sens, la méthode des auteurs se distingue principalement de celles utilisées par d'autres en thérapie brève (y compris de la psychothérapie focale de Balint) 1) par le fait qu'ils considèrent les psychothérapies psychanalytiques comme situées sur un continuum – tant que le thérapeute utilise la même approche de base (accepter, comprendre et expliquer), la même théorie de la psychopathologie et la même théorie de la guérison; 2) qu'ils effectuent une distinction entre deux formes de traitement: axée sur la technique et axée sur un processus, postulant que toute rencontre thérapeutique provoque une série d'expériences intérieures (comment le patient fait l'expérience du thérapeute et vice-versa) qui est désignée ici par le terme de "processus"; 3) que la nature du processus détermine les réactions du thérapeute, plus qu'une technique fixe. En fait, les auteurs parlent de la "responsivité" (responsiveness) du thérapeute et non de sa "technique". Le présent article illustre leur approche en présentant de nombreux échantillons de traitement, mettant en évidence le processus inhérent à la thérapie focale. Ce faisant, les auteurs démontrent que lorsque Balint a élaboré sa psychothérapie focale et tenté de réduire l'étendue du traitement sans lui faire perdre de sa profondeur, il n'a pas créé un mirage.

Buches, schrieben wir (Anna und Paul Ornstein) einen Aufsatz mit dem Titel „Focal Psychotherapy: It's Potential Impact on Psychotherapeutic Practice in Medicine“², in dem wir diese ursprünglichen Ideen weiter ausführten, insbesondere die Art und Weise, wie wir den Fokus definierten und die konsequente Anwendung im Deutungsprozeß illustrierten. Später, beeinflusst durch die Selbstpsychologie habe ich (Paul O.) in einem Buchkapitel mit dem Titel „Multiple Curative Factors in the Psychoanalytic Psychotherapies“³ einen Handlungs-

² „Fokale Psychotherapie: ihre mögliche Auswirkung auf die psychotherapeutische Praxis in der Medizin“ (d.Ü)

³ „Multiple heilende Faktoren in den psychoanalytischen Psychotherapien“ (d.Ü.)

verlauf über 16 Sitzungen beschrieben und eine Abwandlung unseres Ansatzes vorgestellt, die ausschließlich auf psychoanalytischer Selbstpsychologie basiert. Es ist diese letztgenannte Version der psychoanalytischen fokalen Psychotherapie, die hier dargestellt und illustriert werden soll, nachdem wir sie zuerst ganz kurz in ihren historischen Kontext setzen werden.

2. Frühere und heutige Formen der Kurzpsychotherapie, basierend auf der Psychoanalyse

Die früheren und heutigen Formen der Kurztherapie sollen hier nur als Hintergrund dienen. Sie werden daher nur cursorisch dargestellt.

Frühere Formen (siehe Tabelle 1)

Freud und die frühen Psychoanalytiker führten zwar Kurztherapien durch, berichteten jedoch nur selten darüber. Nur sieben solcher publizierten Fallberichte blieben aus der Zeit von 1909 bis 1914 erhalten (Malan, 1963). Vor diesen ist genaugenommen noch die früheste Falldarstellung zu erwähnen, die klassische Arbeit „*Katharina*“ auf der Bergspitze, Freuds früheste Kurzbehandlung, über die in den *Studien über Hysterie* (1895) berichtet wird. 1918 gab Freud einen weiteren Anstoß zur Entwicklung der Kurzbehandlung mit der beachtlichen Prognose eines zunehmenden Bedarfs an Psychotherapie für eine große Anzahl von Menschen. Er drückte diese Voraussicht jedoch unglücklich aus: Er sagte, daß sich in dieser Zukunftspsychotherapie für große Gruppen von Menschen „das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der Suggestion ... legieren“⁴ müsse. Diese Formulierung behinderte weitere Experimente und unterdrückte die Publikation von klinischen Berichten auf einige Zeit. Wer schließlich wollte schon zugeben, Kupfer und nicht reines Gold allein zu verwenden. Nichtsdestotrotz wurde die systematische Suche nach Methoden, die kürzer waren als die immer länger werdenden psychoanalytischen Behandlungen schon bald durch Ferenczi und Rank (1925)⁵ aufgenommen. Ihr Konzept und ihre Empfehlungen für einen kürzeren und aktiveren Ansatz und ihre starke Betonung der emotionalen Erfahrungen des Patienten in der Behandlungssituation im Gegensatz zum Primat der kognitiven Einsicht konnten jedoch nie Fuß fassen. Ganz im Gegenteil, die beiden Autoren wurden für ihre Ideen und ihre Behandlungsempfehlungen heftig kritisiert. Franz Alexander war unter den strengsten Kritikern von Ferenczi und Ranks Buch – interessanterweise jedoch waren es Alexander und French (1946), die viele Jahre später in die Fußstapfen von Ferenczi und Rank traten, als sie nach einer Kurzbehandlung suchten. Alexander ging soweit, sich für eine „korrigierende emotionale

⁴ Sigmund Freud (1919 [1918]) *Wege der psychoanalytischen Therapie*. Studienausgabe. Ergänzungsband, Schriften zur Behandlungstechnik. S. Fischer, Frankfurt 1975, S. 249.

⁵ Sándor Ferenczi und Otto Rank, *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*. Zur Wechselwirkung von Theorie und Praxis. Int. Psychoanal. Verlag, Leipzig Wien Zürich 1924. Engl.: *The Development of Psychoanalysis*, Nervous and Mental Disease Monograph Series, Nr. 40, 1925 (d.Ü.).

Tabelle 1. Historische Wurzeln der fokalen Psychotherapie

Freud: *Katharina* (1895)

Freud (1918)

„Wir werden ... genötigt sein, in der Massen Anwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren, ...“^a

Ferenczi und Rank (1925)^b

Alexander und French (1946)

French (1958, 1970)

Witman und Stock (1958)

Ornstein und Kalthoff (1967)

Balint und Balint (1961)

(*Psychotherapy in Medical Practice*)

Malan

schloß „kranke“ Patienten aus; manipulierte die Übertragung; der Ödipus Komplex ist zentral; fixierte das Beendigungsdatum

^a Sigmund Freud, *Wege der psychoanalytischen Therapie* (1919 [1918]), z.B. Studienausgabe. Ergänzungsband, Schriften zur Behandlungstechnik, S. Fischer, Frankfurt 1975, S. 249.

^b Sándor Ferenczi und Otto Rank, *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*. Zur Wechselwirkung von Theorie und Praxis. Int. Psychoanal. Verlag, Leipzig Wien Zürich 1924. Engl.: *The Development of Psychoanalysis*, Nervous and Mental Disease Monograph Series, Nr. 40, 1925 (d.Ü.).

Erfahrung“ in allen Formen der psychoanalytischen Behandlung auszusprechen. French (1958, 1970) trug (obwohl das nicht sein primäres Ziel war) zur weiteren Entwicklung der Kurzbehandlung mit seinen Konzepten des „fokalen Konflikts“ und des „Kernkonflikts“ bei, während Whitman und Stock (1958) diese Konzepte auf das Verstehen und die Behandlung von Gruppen anwendeten. Ornstein und Kalthoff (1967) verwendeten diese Konzepte in ihrem Ansatz zur „Diagnose zur Psychotherapie“.

Heutige Formen (Tabelle 2)

Ohne zu lange auf diese heutigen Formen der Kurzbehandlung einzugehen, wollen wir sie doch mit ihren bekanntesten Namen und einigen ihrer Schlüsselcharakteristika anführen. Wir möchten allerdings hervorheben, daß in allen heutigen Ansätzen der Kurzpsychotherapie, die uns bekannt sind, einige wichtige Elemente fehlen. Diese sind: (1) Ein Mangel an sichtbarer Beachtung des „therapeutischen Prozesses“ (wie wir ihn kurz definieren werden), der im dyadischen Rahmen spontan ausgelöst wird. (2) Ein Mangel an sichtbarer Erkenntnis, daß es in der dyadischen Natur der therapeutischen Unternehmung keine Kriterien für die Auswahl der Patienten allein auf der Basis der Charakteristika der Patienten geben kann. Es ist das „Zusammenpassen“ von Therapeut und Patient, das die Behandelbarkeit, die Prognose und das Ergebnis bestimmt. Wie sich Patient und Therapeut „vertragen“, ist für die Auswahl für eine Kurzbehandlung wichtiger als die Natur der Psychopathologie oder (bis zu einem gewissen Grad) deren chronische und ernstliche Aus-

Tabelle 2. Heutige „Kurztherapien“

<i>Horowitz:</i>	Verwendet das Modell des „Stress Response Syndroms“ akut und chronisch
<i>Sifneos:</i>	Angst auslösend; konfrontativ Screening: (1) Überdurchschnittliche Intelligenz (2) Mindestens eine bedeutungsvolle Beziehung (3) Umschriebene Hauptklage (4) Motivation für Veränderung
<i>Davenloo:</i>	Konfrontativ; schloß sehr „kranke“ Patienten ein (1) Toleranz für Angst, Schuld, Zorn, Despression (2) Psychologische Gestimmtheit (3) Bereitschaft, das „Aufdecken“ oder „Durcharbeiten“ von Persönlichkeitsproblemen zu tolerieren (4) Positive Antwort auf Versuchsdeutungen
<i>Mann:</i>	Fokussiert auf die Beendigung; das Durcharbeiten von Trennung
<i>Bennett:</i>	Fokale Therapie innerhalb des Rahmens einer dauerhaften helfenden Beziehung. Diskontinuierlich

prägung. Es sind das für uns grundlegende Punkte in jeder Form psychoanalytischer Psychotherapie, die fokale Psychotherapie bildet diesbezüglich keine Ausnahme.

3. Balints fokale Psychotherapie

Balints Arbeit in London begann Mitte der 50er Jahre mit einer Gruppe von Analytikern an der Tavistock-Klinik, die an der Entwicklung einer Form der Psychotherapie arbeitete, die den in die Tiefe gehenden Ansatz der Psychoanalyse beizubehalten suchte. In diesem Forschungsteam war auch David Malan, der die Psychotherapieforschung zum Zentrum seiner Aktivitäten machte. Balint vermied es auf jeden Fall, das reine Gold der Analyse mit dem Kupfer der Suggestion zu vermischen. Es war diese Tatsache (unter anderen) in Balints Ansatz, die Anna und mich ursprünglich an der fokalen Psychotherapie anzog. Balints Gruppe kombinierte ihre klinischen Bemühungen mit ihren Forschungsinteressen, wie der Aufbau ihrer Protokolle beweist, in denen sie jede therapeutische Sitzung festhielten (Tabelle 3).

Irgendwo im Verlauf des Projekts differierten Balints Ideen schließlich von denen der Gruppe, und das war der Zeitpunkt, wo ich in die letzte Fassung von Balints Ansatz involviert wurde, da zahlreiche frühere Gespräche bereits gezeigt hatten, daß wir in vielen wichtigen

Tabelle 3. Balints fokale Psychotherapie

Balint M., Ornstein P. H., Balint E. (1972)

Fokale Psychotherapie:
ein Beispiel angewandter Psychoanalyse

Deutend; nicht-manipulativ; geleitet durch die traditionelle psychoanalytische Theorie; ausgeweitet durch die Objektbeziehungstheorie

Ornstein P. H., Ornstein A. (1972)

Fokale Psychotherapie: ihre mögliche Auswirkung auf die psychotherapeutische Praxis in der Medizin

Punkten im Zusammenhang mit der Psychotherapie generell und der fokalen Psychotherapie im besonderen übereinstimmen. Die Schlüsselemente von Balints Ideen können in vier Punkten zusammengefaßt werden: 1) Der Fokus, der die Natur und das Ausmaß der deutenden Interventionen bestimmt, muß in den ersten zwei bis drei Sitzungen formuliert werden, um eine Behandlung innerhalb einer vernünftigen Zeit zu ermöglichen. 2) Die Formulierung des Fokus muß so spezifisch sein, daß es an einem Punkt möglich wird, diese bestimmte Formulierung als Deutung zu verwenden (oder als mehrere Deutungen, oder als Variationen desselben Themas). Es folgt daraus, daß der Fokus nicht in allgemeinen Begriffen ausgedrückt werden kann, wie z.B. „der Patient hat einen ungelösten Ödipuskomplex“ oder eine „Depression“, ein „Eheproblem“ oder „ein unkontrolliertes Ausagieren“ etc., da dies viel zu weit gefaßte deskriptive oder theoretisch determinierte Ausdrücke sind – und daher bedeutungslos für diese Form der Behandlung. (3) Der Fokus (oder einer seiner Teilaspekte) muß während der ersten Sitzungen in Probeninterventionen benützt werden, um herauszufinden, ob der Patient mit fokus-abgeleiteten Themen arbeiten kann, und dann erst kann das fokale Problem beschrieben und ausgesprochen werden, so daß der Patient die Gültigkeit des versuchsweise gewählten Fokus entweder akzeptieren oder ablehnen kann. (4) Ist der Fokus erst einmal festgelegt, so leitet er die Interventionen des Therapeuten mit „selektiver Aufmerksamkeit“ und „selektiver Vernachlässigung“. Das bedeutet, daß alles, was nicht im Fokus enthalten ist, unberührt bleibt – und so bleibt die deutende Aktivität auf das Gebiet des gewählten Fokus beschränkt. Es bleibt zu hoffen, daß der Fokus nicht drastisch verändert oder großartig erweitert werden muß, so daß die Behandlung innerhalb der gewählten Grenzen, die durch den Fokus definiert sind, geleitet und innerhalb einer vernünftigen Zeitspanne ausgeführt werden kann – eine Zeitspanne, über die sich Patient und Therapeut einigen.

Ich hoffe, daß ich in dieser kurzen Zusammenfassung vermittelt habe, daß eine klare und spezifische therapeutische Aufgabenstellung (der mit „selektiver Aufmerksamkeit“ und „selektiver Vernachlässigung“ nachgegangen wird), kombiniert mit einem versuchsweise genannten Beendigungsdatum, die fokale Psychotherapie charakterisiert. Für Balint lag das Ziel nicht nur darin, den status quo vor der Behandlung wieder zu erreichen – d.h. das verlorene Gleichgewicht wieder herzustellen – sondern auch ein Stück des zugrundeliegenden Problems zu bearbeiten. Er wollte nicht die Tiefe opfern, nur die Breite. Das illustrierte er in seiner paradigmatischen Fallstudie des Herrn Baker in unserem gemeinsamem Buch. Auch das hat uns zur fokalen Psychotherapie hingezogen, weil es mit unserer Ansicht übereinstimmte, daß Psychotherapien auf einem Kontinuum liegen, statt scharf voneinander abgegrenzt zu sein. Dazu später mehr.

4. Erweiterung der Balint'schen fokalen Psychotherapie

Wie bereits erwähnt, haben Anna und ich den Prozeß des Fokus-Findens ausgearbeitet, erweitert und illu-

striert. Wir haben uns für einen „therapeutischen Dialog“ durch „Sprechen im Deutungsmodus“ ausgesprochen, der darin besteht, versuchsweise Verständnis zu vermitteln und Erklärungen im Prozeß anzubieten, indem die verschiedenen scheinbar unvereinbaren Mitteilungen des Patienten zu einer sinnvollen kohärenten Erzählung zusammengefügt werden. Dieses „Sprechen im Deutungsmodus“ organisiert bereits die subjektiven Erlebnisse des Patienten, wie diese sich aus dem Dialog ergeben. Gleichzeitig ist das die beste Art, wie man den Patienten affektiv in seine⁶ Behandlung einbindet. Diese Art der Kommunikation hilft dem Therapeuten, zu vermeiden, des Patienten „Geschichte herauszufinden“ und der Ansatz bietet tatsächlich mehr bedeutungsvolle Erfahrungsdaten. Man kann z.B. zum Patienten sagen, daß „es klingt, als ob die Bemerkung ihres Mannes Sie sehr verletzt hätte, aber daß Sie ihre verletzten Gefühle nicht ausdrücken können. Statt dessen haben Sie sich zurückgezogen – aber so den Kontakt mit ihm verloren und auch das war schmerzhaft. Beginnen so Ihre depressiven Phasen?“ „Ja, jetzt, wo Sie das so sagen, kann ich das auch sehen – so habe ich vorher noch nicht darüber nachgedacht. Jetzt erinnere ich mich ...“ und dann können einige bestätigende Erinnerungen auftauchen, die das Gespräch weiterführen.

Den relevantesten und am besten funktionierenden Fokus zu finden, ist eines der Haupt-themen in der fokalen Psychotherapie. Das setzt ein in die Tiefe gehendes Wissen dessen voraus, was zu „Gesundheit“ und was zu „Krankheit“ führt oder letztere beschleunigt. Die Wahl des Fokus hängt daher vom Hintergrundwissen des Therapeuten ab und von seinen Fähigkeiten, in der komplizierten Führung eines therapeutischen Dialoges, der den Patienten in einer akzeptierenden, nicht wertenden Atmosphäre in introspektives Reflektieren und Kommunizieren einbindet – die durch ein empathisches Eintauchen in das innere Erleben des Patienten ermöglicht wird. Dieser Ansatz ist der Zugang zur Suche nach dem Fokus.

Was ist denn dieser Fokus, der ein *conditio sine qua non* für den erfolgreichen Verlauf einer Behandlung ist? Die nächsten zwei Abbildungen bieten uns eine konzeptuelle Untermauerung für das Definieren und Finden des Fokus. Der innerste konzentrische Kreis (Abb. 1) stellt den Kern der Persönlichkeit dar (das „Kernselbst“) sowie den Kern der Psychopathologie des Patienten (das „Defizit des Kernselbst“). Die nächste Schicht, also die mittlere, stellt das lebenslange Bemühen des Patienten dar, mit seinen Problemen umzugehen und Lösungen für diese Probleme zu finden. Wir könnten diese Schicht auch als defensive oder adaptivbeschützende Schicht der Persönlichkeit bezeichnen. Die äußerste Schicht stellt die gegenwärtigen Probleme dar; den Zusammenbruch einiger der defensiv be-

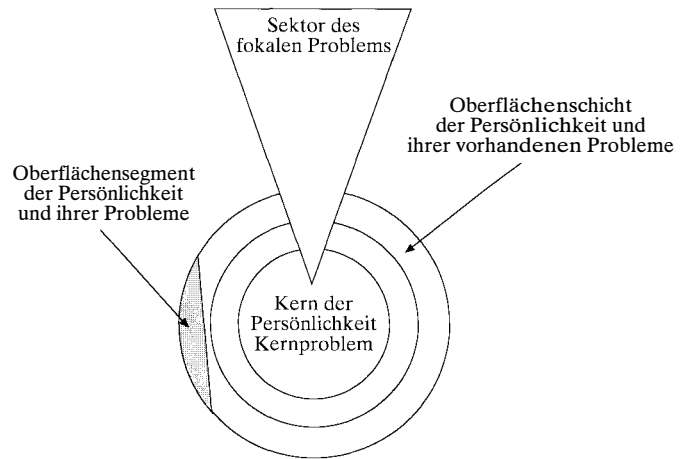


Abb. 1. Die Struktur des Fokus

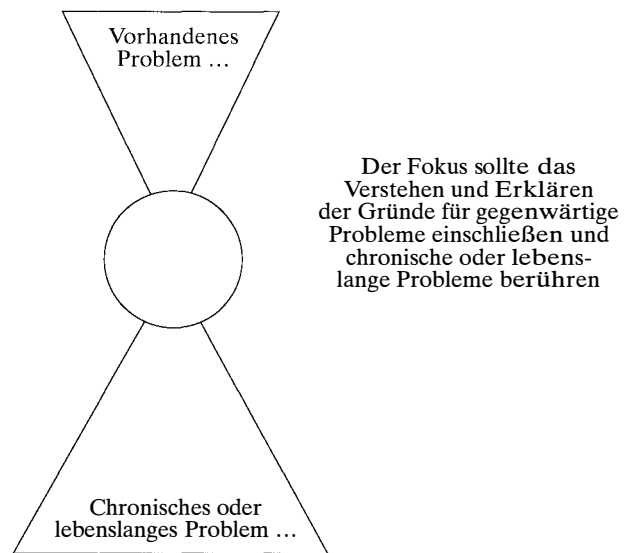


Abb. 2. Den Fokus finden

schützenden Bereiche der Persönlichkeit. Diese Abbildung soll illustrieren, daß der erfolgreichste Fokus jener ist, der über alle drei Schichten zum Kern durchdringt, also einen *Sektor* der Persönlichkeit beschreibt und nicht nur ein *Segment* davon an der Oberfläche. Ein weiterer Aspekt der Struktur des Fokus wird in Abb. 2 dargestellt. Diese Abbildung zeigt, daß der Fokus bis auf den Grund des präsentierten Problems vordringen sollte und dabei sowohl Verstehen und Erklären der Gründe für das gegenwärtige Problem beinhalten als auch lebenslange Probleme berühren sollte. Ein Fokus, auf den diese Kriterien passen, ist gut definiert, er ist erfahrungsnah und elastisch genug, um soviel vom inneren Erleben des Patienten zu beinhalten, wie er auszudrücken vermag, und wie der Therapeut zu verstehen imstande ist.

Zusätzliche Veränderungen, die wir in der Struktur und in der Methode der fokalen Psychotherapie vorgenommen haben, entstanden unter der Wirkung des Einflusses der Selbstpsychologie. Zu diesen Veränderungen werde ich nun kommen.

⁶ Im englischen Original sind hier und im weiteren Text sprachlich männliche und weibliche Formen für Patient und Therapeut mit einem Schrägstrich nebeneinander angeführt. Im Deutschen erfordert dies umfangreichere Parallelausdrücke. Deshalb haben wir auf die Anführung der weiblichen Form im folgenden verzichtet. Anm. d. Ü.

5. Die Auswirkung der Selbstpsychologie auf unseren Ansatz zur fokalen Psychotherapie (Tabelle 4)

Als wir Heinz Kohuts Selbstpsychologie als unsere leitende Theorie annahmen, machte das eine umfassende Neubewertung und Neuformulierung unseres Ansatzes zum gesamten Spektrum der psychoanalytischen Psychotherapien nötig. Es wird das Verständnis für die weiteren Ausführungen verbessern, wenn wir gleich zu Beginn feststellen, daß für uns Psychoanalyse, intensive psychoanalytische Psychotherapie und fokale Psychotherapie auf einem Kontinuum liegen. Unserer Meinung nach ist die Annahme eines Kontinuums gerechtfertigt, solange der Therapeut dieselbe Theorie der Persönlichkeitsentwicklung, dieselbe Theorie der Psychopathologie und dieselbe Theorie der Heilung in allen drei Modalitäten der Behandlung verwendet und vorherrschend die Methoden des Verstehens und des Erklärens benützt – die zwei Schritte im Deutungsprozeß. Ein anderes wichtiges Element, das einen zentralen Stellenwert in unserem Ansatz hat und die Vorstellung eines Kontinuums stützt, ist, daß die Durchführung der Psychotherapie zuallererst „prozeß-orientiert“ und nicht „technik-orientiert“ ist.

Der Prozeß – wie wir ihn definieren – bezieht sich auf das, was all die Vereinbarungen, die Atmosphäre wie

auch das, was von beiden Teilnehmern gesagt und getan wird, in jedem von ihnen hervorruft; und darauf, wie all das dann die Erfahrungen beider bestimmt. Der Wandel dieser inneren Erfahrungen macht den sich abzeichnenden Prozeß aus, und dieser Prozeß spiegelt wider, wie Patient und Therapeut sich gegenseitig beeinflussen und wie dieser Effekt in der Bedeutung ihrer Transaktionen zum Ausdruck kommt.

Ein wichtiger Punkt im Zusammenhang mit dem Prozeß soll noch betont werden. Das Zusammentreffen zwischen Patient und Therapeut ruft automatisch und unvermeidbar in beiden ein gewisses Erleben des anderen hervor – eine sofortige Verbindung; ein Gefühl von großer Distanz und Mißtrauen; ein Gefühl der Akzeptanz und der Bewunderung; einen Wunsch nach Nähe und Intimität (oder das Gegenteil); und eine ganze Reihe anderer Gefühle, die sich beinahe ohne Zusammenhang mit dem, worüber die beiden gerade miteinander sprechen, entfalten. Man könnte diesen Prozeß auch dahingehend beschreiben, als hätte er die latente Bedeutung der Patient-Therapeut-Interaktion, d.h., was beide voneinander wollen, zum Inhalt.

Ein gutes Beispiel dessen, was wir mit dem „therapeutischen Prozeß“ meinen, lieferte kürzlich ein Patient, obgleich ich es eine Weile nicht bemerkte. Der Patient brachte viele Träume ein und arbeitete fleißig daran, ihre tiefere Bedeutung zu suchen. Ich nahm daran teil, so gut ich konnte, um seine eigene kreative, oft verblüffende Fähigkeit, verschiedene Bedeutungen seiner Träume aufzudecken, zu fördern. Und doch endete jede dieser Sitzungen mit seinem Gefühl, daß, wie er es ausdrückte, „der Traum ihm nichts brachte“ – und er verließ mich mit einem gewissen Grad von Apathie, Depression und Hoffnungslosigkeit. Wie wir später erkannten, spielten die Träume und ihre Bedeutungen für ihn kaum eine Rolle, obwohl er darauf bestand, daß sie jedesmal auf vielen verschiedenen Stufen durch und durch verstanden werden mußten, und er in seiner Deutungsarbeit, ohne von mir angespornt zu werden, immer weiter fortfuhr. Was er in der Interaktion über seine Träume vermißte – was aber das zentrale Motiv für all diese Äußerungen war und für ihn am bedeutendsten –, war, meine Bewunderung für seine unüblichen kreativen Fähigkeiten hervorzurufen. Nichts anderes kam dem gleich; keine andere Antwort konnte genügen. Ohne diese Anerkennung in einem bestimmten Ausmaß (im Ton meiner Stimme, in der Gestik oder in der Art, in der ich Fragen stellte) – fühlte sich der Patient nicht verstanden. Ohne das Gefühl zu haben, daß ich seine brillante Leistung schätzte, konnte er nicht von ansonsten „korrekten“ (seine Bezeichnung) Deutungen seiner vielen Träume profitieren. Es war notwendig, daß ich erkannte, was er brauchte und wollte und diese Bedürfnisse und Wünsche in der Übertragung als legitim akzeptierte, um einen therapeutischen Fortschritt zu erzielen.

Verstehen und Erklären: Die Bedeutung dieser Erfahrungen in einem therapeutischen Prozeß, wie ich sie gerade an einem kleinen Beispiel geschildert habe, macht den Kern des therapeutischen Gesprächs aus. Um es anders zu sagen, was der Patient (vorbewußt oder unbewußt) als „innerhalb des Prozesses“ erlebt, muß

Tabelle 4. Erstinterview-Blatt

- A. Überweisung
- B. 1. Erscheinung und Verhalten des Patienten
 - 2. Klagen
 - 3. Was scheint der Patient heute zu bringen?
- C. Faktenmaterial
- D. 1. Die Konzeption des Patienten von ihm selbst
 - 2. Die Konzeption des Patienten von anderen Menschen
- E. Arzt-Patient-Beziehung
 - 1. Wie behandelt der Arzt den Patienten?
 - 2. Wie behandelt der Patient den Arzt?
- F. Herausragende Charakteristika im Interview (oder manchmal „bedeutende Augenblicke im Interview“)
- G. 1. Arten und Weisen, wie sich die Störung im Leben des Patienten zeigt
 - 2. Deutung derselben in dynamischen Begriffen
 - 3. (a) Eignung für fokale Therapie, mit Begründung
 - (a) Gründe, die gegen fokale Psychotherapie sprechen
 - 4. Unmittelbare Ziele

Sitzungsberichte

- A. Anfangserwartungen
- B. Atmosphäre im Interview, mit Veränderungen, soweit vorhanden
 - 1. Beiträge des Patienten
 - 2. Beiträge des Therapeuten
- C. & D. Haupttrends und mitgeteilte therapeutische Deutungen
- E. Therapeutische Interventionen, überlegt, aber nicht mitgeteilt
- F. Fokales Ziel des Therapeuten im Interview
- G. Ergebnis des Interviews
- H. Spätere Gedanken

Aus: Balint, Ornstein und Balint, 1972

auf die Stufe des Bewußtseins gehoben werden und zuletzt von Patient und Therapeut besprochen werden. Quer durch das ganze Spektrum der psychoanalytischen Psychotherapien ist das subjektive Erleben des Patienten (das einschließt, wie der Therapeut empfunden wird) im Zentrum der Aufmerksamkeit. Jedes spezifische Setting bestimmt aber, wieviele dieser Erfahrungen tatsächlich Bewußtheit erlangen und Teil des therapeutischen Gesprächs werden. Obgleich sich die Ziele jeder Form der Behandlung unterscheiden, liegt der primäre Fokus auf dem subjektiven Erleben, und die Methode des Verstehens und Erklärens bleibt dieselbe – abermals stützt sie unsere Annahme des Kontinuums.

Balints zentrale Frage war – im Festhalten an seiner Objektbeziehungstheorie – immer: „Wie behandelte der Arzt den Patienten?“ und „Wie behandelte der Patient den Arzt?“ Diese Fragen fokussierten das, was *zwischen* den beiden ablief; wie sie einander beeinflussten. Balint leitete die inneren Ereignisse von den beobachtbaren Daten ab. Basierend auf dem empathischen Modus der Beobachtung und geleitet von Kohuts Selbstpsychologie, stellten wir diese Fragen mit einem anderen Schwerpunkt: „Wie *erlebte* der Arzt den Patienten?“ und „Wie *erlebte* der Patient den Arzt?“, das brachte uns dem subjektiven Erleben des Patienten näher. Die andere bedeutsame Veränderung steht in Zusammenhang mit Balints technischer Regel der „selektiven Aufmerksamkeit“ und der „selektiven Vernachlässigung“. Zum subjektiven Erleben des Patienten statt (durch Schlußfolgerung) zu einer speziellen Dynamik oder Genetik geleitet, mußten wir es aufgeben, dem Patienten mit „selektiver Aufmerksamkeit“ oder „selektiver Vernachlässigung“ näherzukommen. Wir müssen auf die subjektiven Erfahrungen des Patienten achten, welche immer auch er uns präsentiert – *die Bedeutung der Erfahrung aber innerhalb des gewählten Fokus interpretieren*. Subjektive Erfahrung hat große Tiefe und Breite; was wir in der fokalen Psychotherapie begrenzen, ist das Ausmaß, in dem wir versuchen, *alle* der möglichen Bedeutungen zu erfassen. Geleitet werden wir in unserer Deutungsarbeit so, wieviel davon für die impliziten und expliziten Ziele des Patienten nötig ist. Hier hilft uns unser Konzept der „heilenden Phantasie“ bei unserer Aufgabe. Patienten gehen jede therapeutische Beziehung tatsächlich mit einer Phantasie ein (sei diese bewußt, vorbewußt oder unbewußt) in Bezug auf das, was sie erwarten, und was sie brauchen, um von dieser Erfahrung ihr Ziel zu erreichen. Das Erkennen dieser Phantasie zu einem frühen Zeitpunkt hilft dem Therapeuten in der Wahl des Fokus, da die Betonung in unserem Ansatz – wie Kohut es formulierte – mehr auf den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten liegt, erfolgreich die Selbstkohäsion wiederherzustellen, als auf der Natur und Schwere seiner Psychopathologie – so wichtig diese unzweifelhaft auch ist.

Eine weitere klärende Bemerkung zur „Psychopathologie“ des Patienten ist nötig: Die spezifischen Wünsche und Bedürfnisse des Patienten, bezogen auf die Selbst-Defizite, sind innerlich mit seinen defensiv-beschützenden Einstellungen verbunden. Um das anders zu formulieren, diese defensiv-beschützenden Einstellungen waren zum Hindernis beim Ausdruck legitimer,

Tabelle 5. Balints fokale Psychotherapie, neuformuliert mit der Theorie der Selbstpsychologie

A. Ornstein (1986)

Psychoanalytische Fokale Psychotherapie:
eine selbstpsychologische Perspektive

P.H. Ornstein (1988)

Multiple heilende Faktoren und Prozesse
in den psychoanalytischen Psychotherapien

L. Chernus (1983)

Fokale Psychotherapie und Selbstpathologie:
eine klinische Illustration

Jill R. Gardner (1991)

Die Anwendung der Selbstpsychologie
auf die Kurzpsychotherapie

Mardi J. Horowitz

Michael J. Bennett

aber vereitelter Bedürfnisse des Selbst geworden und störten nun die Entwicklung einer der Selbstobjektübertragungen. Wir binden diese Einstellungen (die „Psychopathologie“) ein, wenn wir versuchen, die Hindernisse auf dem Weg zur Fähigkeit des Patienten zu beseitigen, diese abgewehrten Wünsche und Bedürfnisse in den Therapieprozeß einzubringen. Sind sie erst identifiziert, werden diese defensiv-beschützenden Maßnahmen des Selbst als Abwehr der gefürchteten neuerlichen Traumatisierung in der therapeutischen Beziehung gedeutet.

6. Zusammenfassung

Bevor anhand eines Fallbeispiels die Darstellung der selbstpsychologisch beeinflussten fokalen Psychotherapie illustriert wird, sollen die wesentlichen Elemente des Behandlungsprozesses noch einmal kurz wiederholt werden.

Mit dem empathisch beobachtenden Zugang zum subjektiven Erleben des Patienten sind wir ständig in Verbindung darüber, wie der Patient den Arzt und wie der Arzt (introspektiv) den Patienten erlebt. Dies sind unsere „rohen“ Daten und diese bilden die Basis für alles andere klinische Wissen, das wir brauchen, um die gegenwärtigen Probleme des Patienten zu verstehen und zu erklären. Diese vorhandenen Probleme müssen in einer erfahrungsnahen Sprache formuliert werden, und sowohl die Bedeutung der gegenwärtigen mißlichen Lage des Patienten als auch seiner chronischen Probleme beinhalten. Das nennen wir den Fokus. Dieser Fokus bezeichnet den Bereich dessen, was in das therapeutische Gespräch in der Form des Verstehens und Erklärens einbezogen wird, d.h. im Sprechen im Deutungsmodus. Der Fokus auf das subjektive Erleben des Patienten sichert unsere dauernde Aufmerksamkeit für den Zustand des Selbst, seine Schwäche, Fragmentierung oder Kohäsion, und unsere Deutungsaktivität innerhalb des spezifischen Fokus ist immer darauf ausgerichtet, die Wiederherstellung der Kohäsivkraft des Selbst zu unterstützen.

Während wir die fokale Psychotherapie als eine spezifische Form der Kurztherapie ansehen, sollten wir hier dennoch hinzufügen – und das untermauert unsere Idee des Kontinuums weiter –, daß die Suche nach dem Fokus (auch wenn sie nicht so umfassend ist) in jeder Sitzung einer Psychoanalyse oder einer intensiven psychoanalytischen Psychotherapie dieselbe ist.

Als Balint und ich (Paul O.) das Buch über fokale Psychotherapie schrieben, schlug er vor, einen Untertitel anzufügen: ein Beispiel angewandter Psychoanalyse. Damals stimmte ich zu, ich habe aber seitdem meine Meinung geändert. Der Untertitel zeigte an, daß wir damals die Prozeßnatur der fokalen Psychotherapie noch nicht zur Gänze erkannt hatten, nämlich daß das, was da passiert, aus der Interaktion der beiden Teilnehmer erwächst, und der Inhalt nicht a priori durch theoretische Begründungen vorweg genommen werden kann. Fokale Psychotherapie ist daher nicht eine angewandte Psychoanalyse, sondern eine drastisch verkürzte. Diese Form der Behandlung kann, wenn nötig, leicht auf eine Langzeitpsychotherapie oder auf eine Psychoanalyse ausgedehnt werden, da keine manipulativen Vorgangsweisen oder absichtsvollen Ratschläge angewendet werden, die eine solche Umwandlung schwierig oder unmöglich machen würden.

Fallbeispiel

Wie findet man nun den Fokus? Um diese Frage zu beantworten, sollen kurz einige Worte zur therapeutischen Situation aus der Sicht der Selbstpsychologie gesagt werden.

Es ist die Anerkennung und Würdigung der *Natur* der Selbstobjektübertragungen, die die Selbstpsychologie zu einer gut passenden psychoanalytischen Theorie für die Durchführung einer psychoanalytischen Therapie machen. Indem sie auf der Basis von Entwicklungsstops entstehen, hängen Selbstobjektübertragungen nicht von einer „analytischen Regression“, die sie mobilisieren müßte, ab. Da Patienten mit verschiedenen Schwäcegraden in ihrer Selbst-Organisation ständig auf der Suche nach empathischer Anteilnahme, Akzeptanz und Verständnis sind, „benützen“ sie Menschen in ihrer Umgebung, um ihr fragmentierungsanfälliges Selbst zu konsolidieren oder ihre Kapazitäten in der Regulation ihres Selbstwertgefühls zu erhöhen. In nicht-therapeutischen Beziehungen aber belasten oder zerstören archaische Formen der Selbstobjektübertragungen durch das Erzeugen von Frustrationen und Enttäuschungen die Beziehungen. Psychotherapeuten hingegen, die in das Innenleben ihrer Patienten eintauchen und sich von ihren eigenen Selbstobjektbedürfnissen entfernen, werden die spezielle Art, in der ihre verbalen und nonverbalen Mitteilungen benützt werden, erkennen; ihre empathisch deutenden Antworten erhöhen die Selbstkohäsion der Patienten, die wiederum das Durcharbeiten des symptomatischen Verhaltens erleichtern.

Der anspruchsvollste Aspekt einer kurzen fokalen Psychotherapie steht mit dem deutenden Ansatz des symptomatischen Verhaltens in Zusammenhang. In der psychoanalytischen Selbstpsychologie bedeutet Abwehr (Verleugnung, Verdrängung, Projektion, Nicht-

wahr-haben-Wollen und die Arten, auf welche diese zu verschiedenen Persönlichkeitsstörungen kombiniert werden, und die so zu „Widerständen“ in der klinischen Situation werden können), nicht ein Verdecken einer „unakzeptablen Wahrheit“, sondern das Schützen eines verletzlichen Selbst vor der erneuten Traumatisierung. Hält man sich an diese theoretische Orientierung, so muß symptomatisches Verhalten empathisch gedeutet werden, d.h. aus der Perspektive des Patienten und auf eine Art und Weise, die seine schützende Funktion anerkennt. Das Dilemma, mit dem sich der Therapeut, der die Perspektive des empathischen Zuhörens erhalten möchte, konfrontiert sieht, ist folgendes: Wie soll man Verhalten deuten, das einerseits ein verletzliches Selbst vor weiterer Traumatisierung schützt, das aber zugleich große psychische Schmerzen auslöst und eine psychologische Veränderung so schwierig macht?

Wir behaupten, daß diese klinisch-theoretischen Überlegungen in der Praxis am besten beantwortet werden, wenn Therapeuten vom Beginn der Behandlung an den Deutungsmodus (interpretive mode) anwenden. Wir nennen diese Form des Gesprächs den therapeutischen Dialog. Dieser Dialog unterscheidet sich von der normalen Konversation dadurch, daß der Therapeut den ständigen Versuch macht, die *Quelle* der Symptome zu erhellen, so daß diese in seine⁷ deutenden Kommentare einbezogen werden kann.

Im Deutungsmodus sprechen und sich verstanden fühlen

„Im Deutungsmodus sprechen“ bedeutet, daß der Therapeut nicht wartet, bis sich alle Teile des Puzzles zu einem Ganzen gefügt haben, bevor er vorsichtige Kommentare darüber anbietet, wie er das verstand, was der Patient vermittelt hatte. Das Ziel ist es, die Erfahrungen des Patienten (soweit der Therapeut sie empathisch erfassen konnte) gleich von Beginn der Behandlung an zu artikulieren. Wenn solche Kommentare vorsichtig artikuliert und offen gelassen werden, dienen sie als Einladung an den Patienten, das Verständnis des Therapeuten zu korrigieren, oder näher auf bisher Gesagtes einzugehen. Zuerst können die Kommentare des Therapeuten nur das gegenwärtige Erleben des Patienten umfassen (Stufe des Verstehens), aber mit der Zeit erhalten die momentanen Erfahrungen des Patienten eine Bedeutung, die sich auf seine Vergangenheit bezieht (Stufe der Erklärung). Am Anfang dieses Prozesses, wenn das Verständnis noch eher vage ist, beginnt man eine offene Feststellung am besten folgendermaßen: „So verstehe ich Sie bis jetzt, aber vielleicht können Sie mir helfen, dies oder jenes besser zu verstehen.“ oder „Ich höre Sie folgendes sagen: ist es das, was sie im Sinn hatten?“ Diese Art des Ausdrucks zeigt, daß auch Therapeuten selten „den Nagel auf den Kopf treffen“, aber daß beide Par-

⁷ Im englischen Original sind hier und im weiteren Text sprachlich männliche und weibliche Formen für Patient und Therapeut mit einem Schrägstrich nebeneinander angeführt. Im Deutschen erfordert dies umfangreichere Parallelausdrücke. Deshalb haben wir auf die Anführung der weiblichen Form im folgenden verzichtet. Anm.d.Ü.

teien sich bemühen müssen, ihre Aufmerksamkeit auf die affektiv wichtigsten Probleme, mit denen der Patient sich gerade auseinandersetzt, zu konzentrieren.

Im Deutungsmodus zu sprechen hat gegenüber wiederholten Fragen bedeutende Vorteile. Sogar sehr taktvolle Fragen haben nur *diagnostische* Zwecke. Der therapeutische Dialog im Deutungsmodus hat dagegen mehrere weitreichende Konsequenzen für den Heilungsprozeß. Es wird hilfreich sein, diese aufzulisten, da die Wirkung eines erfolgreich geführten therapeutischen Dialogs einen zentralen Stellenwert in unserer Auffassung hat, weshalb fokale Psychotherapie, wenn sie in Verbindung zum gewählten Fokus geführt wird, häufig ungeahnte Tiefen erreichen kann.

1. Die Antworten des Therapeuten lassen die Patienten genau wissen, wie der Therapeut *die Bedeutung* ihrer Aussagen zusammengesetzt hat.

2. Zu hören, wie ihre Aussagen aufgefaßt wurden, eröffnet Patienten die Möglichkeit, das Verständnis derselben zu korrigieren, und gibt ihnen die Chance, näher auf Gesagtes einzugehen.

3. Im Deutungsmodus zu sprechen – d.h. vorläufiges Verständnis und Erklärungen auszudrücken –, vertieft den therapeutischen Prozeß, da wachsende Dimensionen des psychischen Lebens des Patienten *von beiden Teilnehmern* erfaßt werden können. Ein sich vertiefendes Verständnis beleuchtet die unbewußten und die kaum bewußten Aspekte des psychologischen Lebens des Patienten, die für seine gegenwärtigen Schwierigkeiten verantwortlich sind. Wenn das bereits früh im Therapieverlauf geschieht und mit dem eigenen Verständnis des Patienten verglichen wird, dient dieses vertiefte Verständnis als Leitfaden auf dem Weg zu immer besser fokussierten Interventionen.⁸

4. Das Bemühen um profundes Verständnis demonstriert die ehrliche Beteiligung des Therapeuten und fördert das Erleben des Sich-verstanden-Fühlens, eine Erfahrung, die die Selbstkohäsion fördert – ein wichtiges Element im Heilungsprozeß. Ich glaube, Winnicott bezog sich auf das Vermitteln von Verständnis und Akzeptanz, wenn er sagte: „Dem Patient Halt zu geben, nimmt oft eine Form der Vermittlung an, wo der Analytiker im passenden Moment durch Worte zeigt, daß er die tiefsten Ängste, die vom Patienten erlebt werden, kennt und versteht.“ (Winnicott, 1963, 1965, S. 240).

Die Patientin, die ich zur Demonstration der bisher besprochenen Punkte heranziehen werde, habe ich in einer kurzen Fokalthherapie behandelt. Die relativ detaillierte Beschreibung soll illustrieren, wie das Formulieren der deutenden Kommentare das Finden des Fokus bereits recht früh in der Behandlung erleichtert hat, und wie der Dialog im Deutungsmodus zumindest in beschränktem Grad erlaubte, einige der problematischsten Persönlichkeitsaspekte der Patientin durchzuarbeiten. Spätere Einzelgespräche halfen uns, die Grenzen solch einer kurzen therapeutischen Begegnung zu würdigen.

⁸ Der Fokus bezieht sich auf jenes Problemfeld des Patienten, das seine gegenwärtigen Schwierigkeiten – sowohl die Symptome als auch die Persönlichkeitselemente – am besten erklärt, und zwar auf der Basis, auf der die momentanen Symptome gewachsen waren.

Frau Hoyt ist eine 41 Jahre alte, unverheiratete Frau, die am örtlichen Kunstinstitut studiert. Der überweisende Psychiater hatte sie aufgrund der Beschreibung ihrer eigenen Apathie, ihrer Schwierigkeiten damit, ihre Abschlußarbeit zu vollenden, und aufgrund der häufigen Depressionen in ihrer Familiengeschichte (ihre Mutter hatte Selbstmord verübt, als die Patientin 11 Jahre alt war), auf Antidepressiva gesetzt und ihr aufgetragen, wegen der medikamentösen Behandlung mit ihm in Verbindung zu bleiben. Er hatte aber gleichzeitig betont, daß das, was sie eigentlich brauchte, eine Psychotherapie sei.

Frau Hoyt ist eine gutaussehende junge Frau, die meist konservative Schuhe, Hosen und Pullover trägt. In unserem ersten Gespräch sprach sie rasch, wie jemand, der in kurzer Zeit viel unterbringen will. Sie wirkte auch ängstlich und stellte kaum Blickkontakt her. Nachdem sie mir erzählt hatte, daß sie der Empfehlung, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, ambivalent gegenüberstünde, stürzte sie sich in eine ziemlich detaillierte Beschreibung ihrer gegenwärtigen Probleme und deren vermeintlichen Ursachen. Sie hatte diese „Einsichten“ im Zuge der vielen verschiedenen Gruppentherapieprogramme, die sie über die Jahre besucht hatte, gewonnen: eine anonyme Gruppe für Essgestörte (engl.: Overeaters Anonymous), Transzendente Meditation und erwachsene Kinder von Alkoholikern. Sie fand, daß die Gruppen hilfreich gewesen waren, daß sie aber zu abhängig davon geworden war und es nicht mehr fertigbrachte, eigene Entscheidungen zu treffen. Sie verwendete „die richtigen Worte“ und wußte, wie ihre Schwierigkeiten zu erklären waren, aber all diese Erklärungen waren leere Formeln, wie sie jedermanns Schwierigkeiten erklärten, der in einer gestörten Familie aufgewachsen war.

Die Patientin war geboren und aufgewachsen in einem relativ wohlhabenden Vorort einer Stadt im Osten der Vereinigten Staaten. Seitdem hatte sie an vielen verschiedenen Orten gewohnt und mehrere vorübergehende Jobs ausgeübt. Sie war nach Cincinnati gekommen, um einen Kunstabschluß anzustreben, und lebte von einem Treuhandvermögen, das ihr Vater angelegt hatte, der vor einem Jahr gestorben war. Sie war sehr unglücklich in Cincinnati, was mit der von ihr als „pseudo-intellektuell“ empfundenen Atmosphäre am Kunstinstitut zusammenhing. Sie hatte, sobald sie meinen Akzent am Telefon gehört hatte, angenommen, daß ich dieser pseudo-intellektuellen Szene ebenfalls angehörte. Im folgenden beschrieb sie die Erfahrungen, die sie mit ihren Lehrern und Beratern gemacht hatte, die alle durch große Feindseligkeit charakterisiert waren. Sie hatte den Ruf besessen, eine „scharfe Zunge“ zu haben und intolerant zu sein.

Aus ihrer Tonart und aus der Art des Sprechens hörte ich eine überhebliche Haltung heraus, eine Mischung aus Ärger, Neid und einer Spur defensiver Überlegenheit. Ich hörte aber auch die Verletzlichkeit, wie schnell sie gekränkt war und sich dann entweder impulsiv rächen oder im Zorn zurückziehen würde. Einige der geschilderten Beziehungen, speziell die zu ihren Kolleginnen, kamen einer Paranoia gleich, die soweit ging, daß sie nun kaum noch mit irgend jemandem sprach und viele Stun-

den – manchmal ganze Tage – mit Fernsehen in ihrem Zimmer verbrachte. Die Patientin stand kaum je vor Mittag auf und ließ sich dann vor dem Fernseher nieder, nur um am Ende des Tages von sich selbst angewidert zu sein. Das ging bereits seit etwa einem Jahr so, trotz ihres Wunsches, ihre Abschlußarbeit fertigzustellen und die Stadt zu verlassen. Sie wirkte sehr gequält durch diese Unfähigkeit, sich auf ihre Arbeit zu konzentrieren und das ewige Verzögern zu beenden.

Die folgenden Assoziationen Frau Hoyts bezogen sich auf die Passivität ihres Vaters, auf seine Unfähigkeit, sein Geschäft in Gang zu halten; er hatte als Einsiedler geendet, der völlig in der Philosophie einer obskuren Religion aufging. Nun hatte sie dieses Bild auch von sich selbst: auch sie würde unbemerkt, zurückgezogen und unglücklich enden. In ihren Selbsthilfegruppen wurde ihr wiederholt gesagt, daß sie dazu verurteilt war, ihres Vaters Leben zu wiederholen.

Frau Hoyt war das mittlere von drei Kindern. Sie hat eine schlechte Beziehung zu beiden Geschwistern und hatte sich immer als das schwarze Schaf der Familie betrachtet: sie hatte immer mit ihrer Eifersucht ihrer Schwester gegenüber gekämpft, die Mutters Liebling war, hatte immer die zweite Geige gegenüber ihren beliebteren Geschwistern und Schulkameraden gespielt. Diese Gefühle begleiten sie schon ihr ganzes Leben: sie hatte immer das Gefühl, daß alle anderen mehr geschätzt würden als sie. Sie fühlte sich schlecht von ihren Betreuern und Kollegen behandelt und meinte, daß sie sich nie selbst als „Star“ sehen könnte.

An dieser Stelle ergab sich eine Pause in ihrer Erzählung, und ich meinte, daß es sie vielleicht interessierte, was ich mir gedacht hatte, während ich ihr zugehört hatte. Ich erklärte ihr, daß ich in ihrer Geschichte die Angst gehört hatte, verdammt zu sein, ihres Vaters Leben zu wiederholen. Ich hatte auch ihren Kampf gegen das Gefühl gehört, immer nur die Zweitbeste in allem, was sie tat, sein zu können, ein Gefühl, das sie offensichtlich aus ihrer Kindheit in ihr Erwachsenenleben mitgenommen hatte. Für mich hatte es sich so angehört, als ob dieser Kampf schwieriger geworden wäre, und sie sich in die Einsamkeit zurückgezogen hätte, wo sie sich zwar sicher, aber emotional sehr isoliert fühlte.

Die Patientin schien das, was ich gesagt hatte, zu erwägen, antwortete aber nicht direkt darauf. Statt dessen erzählte sie mir, daß sie sich unklar über die Gründe sei, die sie einen Kunstabschluß anstreben ließen. Sie hielt sich nicht für natürlich begabt und es war ihre Angst gewesen, es als Künstlerin zu nichts zu bringen, die sie bewogen hatte, Kunst zu studieren. Sie zweifelte aber daran, daß sie einen Posten als Lehrerin finden würde, außerdem gefiel ihr das Unterrichten nicht besonders. Sie fühlte sich verpflichtet etwas zu tun, in dem sie nicht viel Zukunft sehe. Sie unterbrach ihre Erzählung des öfteren und seufzte: „Ach, was soll's – es ist ein Chaos!“

Dann sprach sie über ihre Beziehungen zu Männern. Sie hatte viele kurzlebige Beziehungen gehabt. Sie fand es leicht, Männer zu verführen, solche jedenfalls, zu denen sie nicht aufschaute und die sie leicht um den Finger wickeln konnte. Mit Nachdruck kommentierte

sie: „Das ist nur ein weiteres Beispiel dafür, wie ‚mies‘ ich mir selbst vorkomme – ich halte Männer, die ich bewundere, für außerhalb meiner Reichweite.“

Als die Stunde sich dem Ende näherte, hatte ich beschlossen, ihre Ambivalenz einer Psychotherapie gegenüber zu kommentieren, und meinte, daß ich verstehen könne, wenn sie Schwierigkeiten hatte, einen neuen Behandlungsversuch zu erwägen; sie hatte eine Menge Erfahrung mit Gruppentherapien und wußte ziemlich gut über die Natur ihrer Schwierigkeiten Bescheid; es mußte frustrierend für sie sein, trotz alledem ein Schema zu wiederholen, das sie daran hinderte, ihre Arbeit zu tun und befriedigende Beziehungen einzugehen. Abermals schien Frau Hoyt meine Kommentare zu ignorieren und fragte statt dessen – mit irritierter Stimme – nach unserer finanziellen Übereinkunft, die wir am Telefon vor unserer ersten Sitzung besprochen hatten. Ich erinnerte sie daran, daß ich sie mit ihrer Studentenversicherung nicht empfangen konnte, hatte ihr aber einen ermäßigten Tarif angeboten, den sie am Telefon akzeptiert hatte. Mit kühler, abgehobener Stimme meinte sie, sie müsse erst erforschen, was ihre Versicherung übernehmen würde, bevor sie einen weiteren Termin vereinbaren könne.

Ich begriff nicht, wie erfolglos ich in meinen Versuchen, sie einzubeziehen, gewesen war, bis sie mich vier Tage später anrief, um mir zu sagen, daß sie mit dem Psychiater, der sie an mich überwiesen hatte, gesprochen und er sie ermutigt hatte, sie solle mir noch eine Chance geben. Sie hatte ihm erzählt, daß ich die halbe Zeit geistig nicht anwesend gewesen war und sie nur des Geldes wegen aufnahm. Er hatte gemeint, daß gerade darin ihr Problem läge; ihre Schwierigkeiten, anderen zu vertrauen, hätten mit der Art der Behandlung zu tun, die sie erfahren hatte, als sie noch ein Kind war, und gerade deshalb habe sie eine Behandlung nötig. Ich sagte Frau Hoyt, daß ich froh war über ihren Anruf und die Information über ihr Gespräch mit Dr. Neal (dem Arzt, der sie an mich überwiesen hatte). Ich war froh, daß Dr. Neal sie bezüglich meiner Qualifikationen beruhigt hatte, hatte aber ein schlechtes Gewissen, weil sie mich während der Stunde als emotional nicht präsent erlebt hatte. Schließlich hatte sie mir eine ganze Menge über sich selbst erzählt, das alles sehr wichtig war – sie mußte sich schrecklich gefühlt haben, weil ich ihr nicht zuhörte. Die Patientin sagte, sie wolle verstehen, was passiert war, und wir machten einen Termin für den nächsten Tag aus.

[Ich mußte nun herausfinden, was in unserer ersten Sitzung falsch gelaufen war. Zuerst dachte ich, sie hätte mein Ansprechen ihrer Ambivalenz am Ende der Stunde als Infragestellung ihres ernsthaften Behandlungswillens verstanden; eine Zurückweisung vorwegnehmend war sie wütend geworden und hatte sich auf ihren Abgang vorbereitet. Aber bedeutender war vermutlich die Tatsache gewesen, daß der Dialog nicht erfolgreich verlaufen war – eigentlich war es gar kein Dialog gewesen –, die Patientin war nicht auf mein Verständnis ihres Zustands eingegangen, und als sie ihre eigene Erklärung dafür anbot, was für ihre Apathie und ihr ständiges Hinauszögern verantwortlich war (vor allem ihre Unfähigkeit, sich mit ihrer Arbeit zu beschäftigen, weil sie nicht motiviert war, einen Magi-

stertitel zu erlangen), hatte ich ihre Kommentare auch nicht anerkannt und darauf nicht reagiert.]

Als sie zur (zweiten) Stunde kam, begann ich damit, ihre Enttäuschung in der Woche davor anzusprechen. Zu meiner Überraschung nahm Frau Hoyt die Schuld für ihre Wahrnehmung auf sich, mich als kühl und emotional unbeteiligt gesehen zu haben. Sie war müde gewesen, weil sie keinen Kaffee getrunken hatte, bevor sie gekommen war, und konnte mir nicht gut zuhören. Außerdem war sie – wie sie schon früher erwähnt hatte – jedermann gegenüber skeptisch. Ich bemerkte, daß sie die Verantwortung dafür übernahm, daß sie mich als emotional abweisend empfunden hatte, und sagte, daß es für uns wichtig sei, *ihre* Wahrnehmung meiner Person zu schätzen, was auch immer sie bedingt hatte.

Frau Hoyt sprach erneut von ihrer Kindheit, beschrieb sich als „braves Kind“, nicht streitlustig wie andere Mitglieder der Familie. Erst nachdem sie die vielen Selbsthilfegruppen besucht hatte, hatte sie Wut gegenüber ihrer Familie empfunden und keine Hemmungen mehr im Ausdruck derselben verspürt. Mit einem Hauch eines Lächelns meinte sie, sie könne sich gut ausmalen, warum ihre Kollegen sie für „scharfzünftig“ und „intolerant“ hielten. Aber ihre Wut einfach auszuspeien, war keine große Hilfe gewesen – es hatte ihre Beziehungen zögernder und schwieriger gestaltet.

[Ich dachte bei mir, daß das leicht eine Anspielung auf ihren Impuls, die Behandlung nach der ersten Stunde abzubrechen, sein könnte, sprach das aber nicht aus.] Statt dessen meinte ich, daß ich verstand, daß ihr diesmaliger Anlauf zu einer Behandlung damit verbunden war, daß trotz all der Erklärungen ihrer Probleme, die sie erhalten hatte, sich weder ihr privates noch ihr berufliches Leben verbessert hatte. Ich hatte sogar den Eindruck, daß das Ausdrücken ihrer Wut gegen ihre Kollegen und Betreuer ihre emotionale Isolation nur noch verstärkt hatte. Die Patientin antwortete damit, daß sie mir erzählte, daß sie in ihren Gruppen-Treffen die Ermutigung der Gruppe, ihre Wut auszudrücken, als unterstützend empfunden hatte, was aber immer nur für kurze Zeitspannen funktioniert hatte. Die Tatsache, daß sich die Leute immer auf ihre Seite gestellt hatten, hatte sie der Gruppe sehr verbunden, und wenn sie sich schlecht fühlte, rief sie immer noch manchmal den einen oder anderen Teilnehmer zu einer raschen Bestärkung („quick fix“) an. Bevor sie ging, wollte sie einen neuen Termin ausmachen. Obwohl mir klar war, daß die Patientin dieses Mal ein ganz anderes Empfinden als bei unserem ersten Treffen hatte, hörte ich mich ihr vorschlagen, sich Zeit zu lassen und darüber nachzudenken, ob sie mit mir arbeiten wollte; sie würde es später vielleicht bereuen, wenn sie eine Entscheidung aus dem Eindruck dieser erfolgreichen Stunde traf. Wir machten also aus, daß sie mich anrufen würde, egal, zu welcher Entscheidung sie gekommen war. Als sie ging, bemerkte ich, daß sie von meinem Vorschlag enttäuscht war. Sie ging, ohne daß ich ihr einen neuen Termin anbot.

[Über das Wochenende hinweg dachte ich darüber nach, wie wir auseinander gegangen waren. Ich dachte auch an die Verletzlichkeit dieser Frau bezüglich einer Ablehnung, und hatte ein schlechtes Gewissen, weil ich ihr keinen neuen Termin vorgeschlagen hatte. Ich über-

legte, warum ich es ihr überlassen hatte, mich anzurufen, und stellte fest, daß ich mich nach unserer ersten Stunde von ihr abgelehnt gefühlt hatte, und nun von ihr verlangte, daß sie mich *ausdrücklich* um eine Behandlung bat. Ich war erleichtert, als ich, in die Praxis zurückgekehrt, herausfand, daß sie mich am Tag nach unserem Treffen und dann noch einmal in der folgenden Woche zu erreichen versucht hatte.]

In dieser dritten Stunde schien Frau Hoyt gut beisammen zu sein: Ihre Haare waren sorgfältig frisiert, sie war hübsch angezogen und trug Makeup. Sie setzte sich und seufzte: „Wo soll ich anfangen?“ Nachdem sie mich gewarnt hatte, daß sie mir all die Dinge erzählen würde, die sie in den vielen Gruppen, die sie besucht hatte, gelernt hatte, begann sie mir ein Erlebnis zu schildern, das sie vor etwa vier Jahren gehabt hatte und dem sie immer noch sehr emotional gegenüber stand: Sie hatte sich in einen jungen Mann verliebt, der in Kunstkreisen sehr bekannt war. Der Mann hatte ihr keine Aufmerksamkeit geschenkt und in ihrer Verzweiflung war sie ihm auf all seinen Reisen durch das Land gefolgt. Sie glaubte, daß sie damals „wirklich verrückt“ war. Es wußten damals viele Leute über ihr Benehmen Bescheid und sie dachte, daß diese ihr das immer noch vorwerfen würden. Hatte ich eine Idee, was damals mit ihr passiert war, um ein solches Benehmen hervorzurufen? Ich sagte, daß ich mir nicht sicher war, daß es mich aber an ihre Schilderung der Art der Beziehung erinnerte, die sie zu ihrer engsten Kindheitsfreundin gehabt hatte. Das war ein Mädchen gewesen, das immer Auszeichnungen in der Schule erhalten hatte, während die Patientin immer nur zweite gewesen war. Es war die Beziehung zu diesem Mädchen, wo sich Frau Hoyt am stärksten als „zweite Geige“ erlebt hatte. Der Erfolg dieser Freundin erfüllte sie mit Neid, aber sie fühlte sich stark von ihr angezogen, als ob sie an ihr festklebte, und die beiden blieben über viele Jahre hinweg die besten Freundinnen, bis die Patientin die Freundschaft abrupt beendete.

[Obwohl ich den Fokus noch nicht formulieren konnte, begann ich die Quelle ihrer Angst und Wut gegenüber ihren Kollegen und Lehrern zu verstehen: Sie schien zu befürchten, daß sie am Kunstinstitut nur die „zweite Geige“ spielen und wieder nicht als Star gesehen werden würde. Ihre Wut und herabsetzende Haltung ihnen gegenüber schützte sie vor einem betäubenden Minderwertigkeitsgefühl.]

Ich sagte ihr, daß ich aus ihrer Beschreibung ableitete, daß die enge, fast ausschließliche Beziehung zu dieser beliebten und erfolgreichen Schulfreundin sie mit „rückstrahlendem Glanz“ ausgestattet hatte. Wenn das tatsächlich der Fall war, könnte uns das helfen, ihr anhängliches und besitzergreifendes Benehmen der Freundin gegenüber sowie die Besessenheit, mit der sie dem jungen Mann gefolgt war, der unter Künstlern so angesehen war, zu verstehen. Frau Hoyt schien nachdenklich; sie war erleichtert, daß ich ihr Verhalten verstand; sie hatte befürchtet, es bedeute, daß sie damals verrückt gewesen war und jederzeit wieder so verrückt werden konnte. Weitere bestätigende Assoziationen folgten: Sie glaubte, daß viele ihrer Schwierigkeiten am Kunstinstitut mit ihrem Wunsch zusammenhängen, zur führenden Gruppe zu gehören, ein Teil jener Gruppe zu

sein, die erfolgreich war und alle Vorteile genoß, aber solange sie sich nicht aus dem Stoff sah, aus dem Stars gemacht werden, glaubte sie nicht, eine Chance dafür zu haben. „Es ist das gleiche mit den Männern,“ sagte sie, „wenn es tatsächlich zu einer Affäre kommt, werde ich sicher einen Mann finden, der noch erfolgloser ist als ich.“ Die Patientin erinnerte sich daraufhin, wie sie sich nach dem Selbstmord ihrer Mutter an ihre ältere Schwester gewandt hatte, die ihr, selbst noch ein Teenager, keine Mutter sein konnte. Das bestätigte ihr, daß weder ihre Mutter noch ihre Schwester sie liebenswert fanden, ein Gefühl, das ihr in der Beziehung zu anderen Menschen bis heute geblieben war.

Frau Hoyt fühlte sich durch unser Gespräch und die Ebene des Verstehens zwischen uns offensichtlich ermutigt und erwähnte hastig noch ein anderes beunruhigendes Gebiet in ihrem gegenwärtigen Leben, das sie gerne verstehen wollte: Es war die Tatsache, daß sie den ganzen Tag fernsah, während es ihre Absicht war, ihre Abschlußarbeit zu beenden und die Stadt zu verlassen. Ich meinte, daß wir nun, da wir ihren Zustand ein bißchen besser verstanden hatten, vielleicht auch die Bedeutung verstehen könnten, die das zwanghafte Fernsehen für sie hatte.

In der nächsten Stunde (der vierten) fokussierte sie dieses Problem und fragte sich, warum sie so etwas Destruktives, wie ihre Tage vor dem Fernseher zu verbringen, tun konnte, während sie sich Sorgen machte, daß ihr die Zeit davonlaufen und das Geld ausgehen könnte, bevor sie ihre Arbeit abschließen würde. Ich sagte, daß ich zur Zeit nur ein ungefähres Verständnis hatte, daß wir aber zusammen vielleicht ein Muster auftauchen sehen könnten. Ich erinnerte sie daran, daß sie die Leute am Institut als „pseudo-intellektuell“ beschrieben hatte, und meinte, daß deren intellektuell überlegene Haltung drohte, ihr altes Gefühl, die „zweite Geige“ zu spielen und kein Star zu sein, wiederzubeleben. Ihre Wut konnte sie gut vor ihren schmerzhaften Minderwertigkeitsgefühlen schützen, und sie zog sich in die Sicherheit ihrer Wohnung zurück. Tag um Tag alleine war ihr der Fernseher zur Gesellschaft geworden. Das ergab Sinn für sie und sie hoffte, daß allein dieses neue Wissen ihr helfen würde, diese destruktive Gewohnheit abzulegen.

[An diesem Punkt in ihrem Prozeß dem Verhalten „Sinn zu geben“ – wie sie einem Mann nachgelaufen war und ihre Tage zurückgezogen verbrachte, während sie eigentlich ihre Arbeit schreiben wollte – half ihr, ihre Selbstanschuldigungen und die Scham, die sie wegen ihres Verhaltens fühlte, zu überwinden. Als sie mir ein weiteres Beispiel dessen anbot, wie wütend und isoliert sie gewesen war, war ich mir ziemlich sicher, daß der gewählte Fokus eine verlässliche Leitlinie für diese kurze Behandlung bieten würde.]

Ich formulierte den Fokus knapp im Zusammenhang mit ihrem lebenslangen Versuch, ihre „miesigen“ Gefühle sich selbst gegenüber zu überwinden. Sie hatte sich in ihrer Familie als „schwarzes Schaf“ erlebt und versuchte ihre Selbstzweifel zu überwinden, indem sie defensiv die „zweite Geige“ denen gegenüber spielte, die sie als „Stars“ bezeichnete; das waren natürlich entstehende idealisierende Selbstobjektübertragungen, Versuche, sich selbst zu heilen. Diese Übertragungen machten sie

aber in Bezug auf Enttäuschungen sehr verletzlich; sobald sie Enttäuschung oder Ablehnung durch einen idealisierten Anderen erlebte, zog sie sich mit Wut und Verachtung zurück, ein Verhalten, das sie davor schützte, Verletzlichkeit zu erleben, das sie aber isoliert und einsam machte.

In der nächsten Stunde (der fünften) betrat Frau Hoyt das Zimmer mit erwartungsvollem Blick, sie war guter Laune. Sie hatte sich einen Computer und all die Ausstattung gekauft, die sie brauchte, um ihre Arbeit zu beginnen. Außerdem hatte sie eine Gruppe von Frauen versammelt, die bezüglich ihrer Arbeiten in einer ähnlichen Lage waren, und es sah so aus, als würden sie eine Unterstütsungsgruppe gründen. Sie fühlte sich physisch besser und führte das darauf zurück, daß sie die Antidepressiva abgesetzt hatte. Ein großer Teil des Gesprächs in dieser Stunde stand im Zusammenhang mit ihrer umklammernden Zwangsvorstellung, die sie dem berühmten und beliebten Mann gegenüber fühlte, von dem sie mir in den vorangegangenen Stunden erzählt hatte. Als wir die Bedeutung dieser Erfahrung genauer untersuchten, konnte sie mehr schätzen, wie dieses Ereignis viele wichtige Aspekte ihres fokalen Problems zum Ausdruck gebracht hatte: Ihre Ambitionen, bekannt und bewundert zu werden, ihr Gefühl, daß sie diesen Status jedoch nie erreichen würde und deshalb mit jemandem in Beziehung sein wollte, der von anderen bewundert würde. Ihre Situation am Kunstinstitut war ein gutes Beispiel dafür; ihre Beziehung zu ihren Professoren setzte sie Frustrationen und Enttäuschungen aus. Das „Ausspeien“ ihrer Wut hatte ihr aber, wie sie sagte, weitere Schwierigkeiten bereitet, statt daß sie sich deswegen besser gefühlt hatte.

Frau Hoyt sagte, daß sie immer noch den Stachel der Demütigung fühlte, weil der junge Mann ihr keine Aufmerksamkeit geschenkt hatte. „Ist das eine Wunde, die ich mit mir herumtrage?“ fragte sie. Ich meinte, daß das Wort „Wunde“ die Gefühle beinhalte, die sie im Zusammenhang mit diesem Ereignis empfand. Ich beschrieb relativ detailliert, wie ich den intensiven psychischen Schmerz verstand, der im Zusammenhang mit ihrer Ablehnung durch gerade die Person entstand, deren Anerkennung sie sich so sehr wünschte. Durch meine Feststellung konnte Frau Hoyt ihr Ressentiment, die „zweite Geige“ gegenüber erfolgreicherer Menschen spielen zu müssen, deutlich identifizieren: „Und so wurden immer mehr von ihnen (ihren Kollegen) zu meinen Feinden und ich blieb ohne Freunde übrig, keiner unterstützte mich ...“ Ich sagte, daß es für mich Sinn machte, daß sie sich, als sie diese Gefühle hatte, in die Sicherheit ihrer Wohnung zurückgezogen hatte.

[Mit dem ausgesprochenen Fokus vertiefte sich der Prozeß rasch.]

In der nächsten Stunde (der sechsten) fühlte sich Frau Hoyt bezüglich der Fortschritte in ihrem Leben weiterhin gut und erzählte mir in großer Aufregung von den Dingen, die sie nun erreichte. Sie sah energiegeladener aus und hörte sich auch so an: Sie hatte regelmäßig an ihrem Abschluß gearbeitet und sich auf eine relativ stabile Beziehung mit einem jungen Mann eingelassen, mit dem zusammen sie in ein Unternehmen investiert hatte, von dem sie hoffte, daß es erfolgreich sein würde.

[Ich war sowohl erfreut als auch verblüfft über diese raschen Veränderungen. Ich glaubte nicht, daß sie anhalten würden und schon gar nicht, daß sie eine strukturelle Veränderung bedeuteten. Daß sie mich aber als jemanden erlebte, der sich ehrlich bemühte, sie in der Komplexität ihres emotionalen Lebens und in den Einsichten zu verstehen, die sie bezüglich der Ursprünge ihrer gegenwärtigen Schwierigkeiten gewonnen hatte, hatte ihre Scham ausreichend reduziert, um selbst-reflexiver zu werden ohne selbst-anschuldigend zu sein. Diese Veränderungen hatten eine Verminderung ihres symptomatischen Verhaltens bewirkt: Sie zog sich seltener scheinbar hochnäsiger in die Sicherheit ihrer Wohnung zurück, und es kam zu einer Verringerung des unbedingten Bedürfnisses, es anderen für tatsächliche oder nur von ihr wahrgenommene Kränkungen heimzahlen, indem sie sie verbal angriff.]

Die Patientin hielt es für die größte Hilfe zu verstehen, warum sie „so verrückt“ nach diesem einen Mann gewesen war, warum sie unbedingt wollte, daß er ihr Aufmerksamkeit zollte, und warum sie diese Erfahrung über so viele Jahre hinweg beschäftigt hatte. Sie wurde nachdenklich und überlegte, ob ihr diese Erfahrung zuletzt nicht geholfen hatte: Sie hatte sich der Tatsache stellen müssen, daß ihre Entscheidung, zumal ihr ein ernsthaftes Talent in den Bereichen der Kunst fehlte, eine Lehrbefähigung anzustreben, einen Kompromiß darstellte, den sie ablehnte, und das daß der Grund war, warum sie so wenig motiviert war, dafür zu arbeiten. Was sie eigentlich wollte, war selbst eine anerkannte Künstlerin zu werden.

Da ich nun zuversichtlich war, daß Frau Hoyt engagiert war und Fortschritte machte, war ich nicht vorbereitet auf den Sturm der Affekte, der in der nächsten Stunde aufkam, und der diesen kurzen Behandlungsprozeß stören hätte können. Als Frau Hoyt meine Praxis betrat (siebente Stunde), erschien sie weder unglücklich noch ärgerlich, so daß ich überrascht war, als sie mir erzählte, daß sie seit sie mich das letzte Mal gesehen hatte, in New York gewesen war, und der Freund, der ursprünglich darauf bestanden hatte, daß sie psychiatrische Hilfe brauchte, ihr abermals zugesprochen hatte, mich noch einmal aufzusuchen. Sie wiederholte daraufhin mit auffälliger Emotion einige der Dinge, die sie ihrem Freund gesagt hatte: „Ich mag diese Frau nicht ... hierher zu kommen bringt mir überhaupt nichts ... das einzige, was sie tut, ist, mich um mein Geld zu erleichtern ... ich möchte das Geld meines Vaters nicht für Gespräche ausgeben, die nirgendwo hinführen ...“

[Es schien, als ob entweder meine Einschätzung der Fortschritte der Patientin nicht mit der ihren übereinstimmte, oder als ob die Übertragung einen neuen Grad der Tiefe erreicht hätte, und ich der beneidete „Star“ und sie meine „zweite Geige“ geworden wäre.] Zu dieser Einsicht war ich zu jener Zeit allerdings noch nicht gekommen, und es lag daher unterdrückter Ärger in meiner Stimme, als ich meinte, daß sie sich diesem Mann gegenüber einigermaßen verpflichtet fühlen mußte, da sie schließlich doch zurückgekommen war, um mich aufzusuchen. Meine Bemerkung machte sie rasend und sie sagte, daß ich es offensichtlich darauf anlegte, daß sie zur Tür hinaus stürmte und diese hinter sich zuschlug, da

mein Kommentar ihr zeigte, daß ich hoffte, sie würde mich verlassen. „Das wäre genau das, was mir schon mein ganzes Leben lang passiert ist. Wenn ich es wage, Menschen zu sagen, wie ich zu ihnen stehe, ist das nächste, was ich weiß, daß sie mich hinauswerfen.“

[Obgleich ich keine Ahnung hatte, was sie so wütend machte, und warum sie das Gefühl hatte, daß unsere Gespräche nirgendwohin führten, hatte sie sich nun offensichtlich in eine Position begeben, von der aus sie ein altes Muster wiederholen konnte; sie hätte mich provozieren können, sie abzulehnen.] Glücklicherweise erkannte ich die Möglichkeit einer solchen Wiederholung und sagte, daß das Letzte, was ich wollte, war, daß sie ging, da ich wußte, daß genau das der Grund war, warum sie mich aufsuchte, nämlich um zu sehen, ob es einen Weg gab, wie sie diesem Kreis der Wiederholungen entfliehen könnte, in dem sie mit ihren Gefühlen gefangen war und immer wieder Ablehnung provozierte.

Nun, da ihre Kampfeslust verschwunden war, fragte sie mich ein wenig verlegen, was sie denn mit ihrer Wut tun sollte, die bisher die meisten ihrer Beziehungen und Familienkontakte zerstört hatte. Sie fügte hinzu, daß das eine relativ typische Erfahrung für sie war: Die Wut war jenes Gefühl, auf das sie sich zu verlassen gelernt hatte, wann immer sie sich emotional in der Falle fühlte.

[Ich war erleichtert von diesem Umschwung der Ereignisse. Ich fühlte mich durch ihre Assoziationen bestätigt und war nun überzeugt, daß unser ursprünglicher Fokus sein Ziel genau traf, und daß es sich hier um Probleme in der Übertragung handelte, die für die meisten widerspenstigen Eigenheiten in ihrer Persönlichkeit verantwortlich waren. Mehr noch als ihr Ratschläge bezüglich der „Handhabung ihrer Wut“ zu geben, wollte ich sicher sein, daß sie verstand, daß ich ihre Wut in der Übertragung verstehen und akzeptieren konnte. Die Zeit war gekommen, wo Übertragungsdeutungen nicht nur möglich, sondern sogar notwendig wurden.]

Ich erinnerte Frau Hoyt daran, daß sie, als sie das erstmal meinen Akzept über das Telefon gehört hatte, gedacht hatte, daß ich ein Mitglied jener Gruppe von Menschen wäre, die sie nicht richtig behandelten und ihr keine Hilfe waren. Ihren voraus empfundenen Gefühle mir gegenüber wurde durch Dr. Neal widersprochen, dessen Meinung mich in die Kategorie der „Stars“ beförderte; wieder würde sie mit jemandem eine Beziehung eingehen, der von anderen respektiert wurde und wieder würde sie sich minderwertig fühlen und das Risiko eingehen, klammernd und abhängig zu werden, eine Erfahrung, die sie nicht noch einmal machen wollte. Es war dies eine emotional besonders bedeutsame Stunde, da es uns gelang, ihre Wut mir gegenüber mit vielen der Erfahrungen, die sie in ihrer Kindheit gemacht hatte, und deren Konsequenzen in Verbindung zu setzen. Die Erfahrung half ihr außerdem, zu begreifen, wie aus ihrer Wut eine kraftvolle Form des Selbstschutzes geworden war.

Die folgende Stunde (die achte) war eine ruhige, und ich dachte, daß wir eine noch tiefere Stufe des Engagements erreicht hätten. Sowie ihre Energien sich vermehrten, hörte sie auf, fernzusehen und verbrachte viele Stunden mit der Arbeit an ihrem Abschluß. Sie hatte jedoch panische Angst, daß das hieß, daß sie

jegliche Hoffnung aufgab, doch noch eine berühmte Künstlerin zu werden, was immer noch ihr Traum und ihre Ambition war. Sie befürchtete, daß ihre Kunst unwiederbringlich zerstört würde, wenn sie aufhörte, sie zu kultivieren, begann sie mehr und mehr Zeit mit der Ausübung ihrer Kunst zu verbringen.

Weitere sechs Therapiesitzungen folgten, die ich nicht im Detail wiedergeben werde. Der Inhalt blieb generell derselbe, wobei sie immer mehr Zeit damit verbrachte, Kunst auszuüben und auszustellen. Das stimmte sie zu, repräsentierte eine Veränderung in ihrer Selbstwahrnehmung. Sie begann mit der Idee zu spielen, die Kunst noch nachdrücklicher zu verfolgen, selbst wenn das auf Kosten des Abschlusses ging, für den sie ursprünglich nach Cincinnati gekommen war.

Sie hatte das Gefühl, emotional nun an einem „guten Punkt“ angelangt und ausreichend beschäftigt mit ihrer Arbeit zu sein, und so beschlossen wir, die Behandlung zu beenden, machten aber aus, daß sie mich, bevor sie vor dem Sommer die Stadt verließ, anrufen würde. Ich hörte nichts von Frau Hoyt und rief sie nach etwa zwei Monaten an. Sie war offensichtlich erfreut, von mir zu hören. Es hatte keine großen Veränderungen in ihrem Leben gegeben, außer daß sie jetzt mehr reiste, was ihrer künstlerischen Entwicklung guttat, gleichzeitig aber die Fertigstellung ihrer Abschlußarbeit verzögerte. Sie sagte, sie hatte das Gefühl, als hätte sie 20 Jahre ihres Lebens verloren und würde erst jetzt beginnen, diese aufzuholen. Sie fragte, ob ich eine Faxnummer hätte. Sie würde das Land für längere Zeit verlassen und dachte, daß sie mir vielleicht eine Nachricht faxen würde, wie es ihr ging. Ich bekam kein Fax, dafür aber eine Postkarte, während sie sich im Ausland aufhielt, und hatte ein Telefongespräch nach ihrer Rückkehr mit ihr, das ich als Nachfolgespräch betrachtete. Nachdem sie von ihrer Reise zurückgekehrt war, arbeitete Frau Hoyt erneut an ihrer Abschlußarbeit. Sie reduzierte ihre ursprünglichen Pläne für die Arbeit stark und hatte so eine bessere Chance, diese innerhalb eines vernünftigen Zeitraumes zu vollenden. Sie hatte nur mehr wenig Geld übrig. Sie dankte mir sachlich dafür, daß ich mit ihr in Verbindung geblieben war, und wir verabschiedeten uns.

Diskussion

Diese kurze Fokalthherapie, die etwa 14 Stunden dauerte, demonstriert, daß sich eine Selbstobjektübertragung selbst in einem relativ kurzen Behandlungsprozeß ent-

wickeln kann. Die Übertragung brachte die wesentlichen Aspekte der Psychopathologie der Patientin eindringlich in die Behandlungssituation ein. Wir wollen aber festhalten, daß die Symptome in der Übertragung nicht unbedingt manifest werden müssen, um Deutungen sinnvoll zu machen. In den meisten fokalen Psychotherapien sind Übertragungen ungehört präsent, und ihre Bedeutung im Behandlungsprozeß kann erst im Nachhinein gewürdigt werden.

Wir behaupten nicht, daß in einer solch kurzen Zeitspanne tief verwurzelte Persönlichkeitsprobleme auf Dauer gelöst werden können. Es kann jedoch eine erfolgreiche Behandlungserfahrung einen Prozeß in Gang setzen, an dem die eigene Heilungstendenz des Patienten aktiver mitwirken kann. In unserem Fall mußte, wie in allen Kurzzeitbehandlungen, das Durcharbeiten der defensiven Strukturen begrenzt bleiben. Es erlaubte aber dennoch das Auftauchen einer heilenden Phantasie (Ornstein und Ornstein, 1977; Ornstein, 1992): Es war unerwartet, daß die Behandlung, statt Frau Hoyt zu helfen, ihre Abschlußarbeit zu beenden, in einer wachsenden Zuversicht in der Verfolgung ihrer künstlerischen Ambitionen mündete.

Literatur

- Balint M, Ornstein PH, Balint E (1972) Focal psychotherapy: an example of applied psychoanalysis. Tavistock Publications, London Lippincott Philadelphia
- Basch MF (1995) Doing brief psychotherapy. Basic Books, New York
- Messer SB, Warren CS (1995) Models of brief psychodynamic therapy. A comparative approach. The Guilford Press, New York
- Myerson PG. Factors contributing to dissonance between therapist and patient (unpublished manuscript)
- Ornstein PH, Ornstein A (1972) Focal psychotherapy – Its potential impact on the psychotherapeutic practice of medicine. *Psychiatry in Medicine* 3: 311–325
- Ornstein PH (1988) Multiple curative factors in the psychoanalytic psychotherapies. In: Rothstein A (ed) How does treatment help? On the modes of therapeutic action in psychoanalytic psychotherapy. International Universities Press, New York
- Strupp HH (1975) Psychoanalysis, „focal psychotherapy“, and the nature of therapeutic influence. *Arch Gen Psychiatry* 32: 127–135
- Wells CE (1976) A thrice-told tale of therapy. *Arch Gen Psychiatry* 33: 1262–1273

Korrespondenz: Prof. Dr. Paul Ornstein, College of Medicine, 231 Bethesda, Cincinnati, OH 45267, U.S.A.

Paul H. Ornstein, M.D., Professor of Psychiatry (emeritus), Professor of Psychoanalysis (emeritus), Co-Director International Center for the Study of Psychoanalytic Self Psychology, Department of Psychiatry, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio, USA, publizierte zahlreiche Artikel (allein und zusammen mit seiner Frau Anna) über den psychotherapeutischen und psychoanalytischen Prozeß, den Deutungsprozeß in der Psychoanalyse und Psychotherapie, zur Selbstpsychologie und ihren klinischen Anwendungen. Herausgeber von „Research for the Self – Selected writings of Heinz Kohut“, Vol 1–4.

Anna Ornstein, M.D., Professorin für Kinderpsychiatrie, Co-Director International Center for the Study of Psychoanalytic Self Psychology, Department of Psychiatry, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio, USA, Lehr- und Kontrollanalytikerin am Psychoanalytischen Institut von Cincinnati, publizierte zahlreiche Artikel (alleine und zusammen mit ihrem Mann Paul) über verschiedene Aspekte der Psychotherapie und Psychoanalyse, über den Deutungsprozeß sowie über das Überleben und Bewältigen extrem traumatischer Situationen, Kinderpsychotherapie und kinderzentrierte Familientherapie.