

Die „Control Mastery“-Theorie

**Eine kognitiv orientierte psychoanalytische Behandlungstheorie
von Joseph Weiss**

Cornelia Albani, Gerd Blaser, Michael Geyer und Horst Kächele

**The Control Mastery Theory. A cognitive oriented analytical theory
of therapy by Joseph Weiss**

Summary. The article explains the cognitive psychoanalytic theory of psychotherapy developed by Weiss and discusses the theory in the field between psychoanalytic and cognitive-behavioristic theories and therapeutic techniques. The basic assumption is: pathogenic beliefs that are based on traumatic childhood experiences prevent normal desirable goals. Patients are unconsciously motivated to overcome pathogenic beliefs. In psychotherapy, the patient works to disprove pathogenic beliefs by testing them in the relationship with the therapist. In this way patients achieve corrective emotional experiences. The theory is supported by numerous empirical studies.

Zusammenfassung. Im nachfolgenden Artikel wird die von Weiss entwickelte kognitiv orientierte psychoanalytische Therapietheorie zusammenfassend erläutert und im Spannungsfeld von psychoanalytischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Theoriebildung und Therapietechnik diskutiert. Weiss geht von der Annahme aus, daß pathogene Überzeugungen, die sich aus traumatischen Erfahrungen mit Bezugspersonen in der Kindheit entwickeln, normale, wünschenswerte Ziele verhindern. Er postuliert, daß Patienten eine unbewußte Motivation haben, diese Überzeugungen in der Beziehung zum Therapeuten zu widerlegen, indem sie den Therapeuten testen und somit korrektive emotionale Erfahrungen möglich werden. Die Theorie wird durch umfangreiche empirische Forschung gestützt.

Dr. Cornelia Albani, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Leipzig, K.-Tauchnitz-Straße 25, D-04107 Leipzig

Die Arbeit wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft unterstützt

Basierend auf langjähriger klinischer Erfahrung und sorgfältigem Studium von Therapieverläufen entwickelte Weiss (Weiss 1993; Weiss et al. 1986) eine Theorie einer kognitiv orientierten psychoanalytischen Therapie, die als „*Control Mastery Theory*“ bekannt wurde. Weiss liefert mit seinem Theorieentwurf einen wichtigen Beitrag zu den neueren Entwicklungen in der psychoanalytischen Behandlungstheorie und der von ihr angeregten Forschung (z.B. Dahl et al. 1988). Einzelne technische und theoretische Begriffe werden in zunehmendem Maß Gegenstand empirischer Forschung. Spätestens bei der 1985 in Ulm stattgefundenen internationalen Konferenz „*Psychoanalytic Process Research Strategies*“ (Dahl et al. 1988) wurde deutlich, daß die systematische Therapieforschung auch die psychoanalytische Behandlungstechnik einschließt. Aus diesem Feld sind im deutschen Sprachraum bisher vorwiegend die Arbeiten von Lester Luborsky bekannt. Weniger bekannt sind die Arbeiten von Joseph Weiss und der San Francisco Psychotherapy Research Group, ehemals Mount Zion Psychotherapy Research Group.

Grundlage der von Weiss entwickelten Behandlungstheorie ist die späte Ich-Psychologie Freuds. Sein langjähriger Mitarbeiter Sampson betont im Vorwort von Weiss' Monografie (Weiss 1993) die Eigenständigkeit des Ansatzes, verweist aber auf Übereinstimmungen mit Konzepten aus der Objektbeziehungspsychologie, der interpersonellen Theorie von Sullivan und Bowlbys Bindungstheorie. Der folgende Artikel soll einen Überblick über diese Behandlungstheorie geben.

Ausgangspunkt: Freuds Ich-Psychologie

Weiss bezeichnet die theoretischen Annahmen Freuds in seinen frühen Schriften (1911–1915) als „*automatic-functioning hypothesis*“. Danach wird das Unbewußte von Trieben und Abwehr bestimmt und funktioniert „automatisch“ nach dem Lustprinzip, außerhalb der Kontrolle des Patienten¹ und unabhängig von der Realität (Weiss 1993). Freud nimmt in seinen frühen Schriften an, daß die unbewußte Wiederholung kindlicher Beziehungserfahrungen in der Übertragung durch das Lustprinzip und den Wiederholungszwang bestimmt werden und der Wunscherfüllung in der Beziehung zum Therapeuten oder als Übertragungswiderstand dem Schutz der unbewußten Befriedigung, die der Patient aus seiner Psychopathologie erfährt, dient.

Ausgangspunkt von Weiss' Theorie sind die späten Schriften Freuds (1920–1940). Seine Annahmen basieren auf der „*higher mental functioning hypothesis*“, nach der die unbewußte Regulation von Abwehr nach den Prinzipien von Sicherheit und Gefahr erfolgt und der Anpassung an die Realität dient. Nach dieser Hypothese kann eine Person unbewußt entscheiden, ob genügend Sicherheit besteht, bis dahin verdrängte Inhalte bewußt werden zu lassen. Freud erklärte mit diesem Modell den Ausdruck von bestimmten Wünschen in Träumen, die im Wachzustand verdrängt sind. Der Zensor (später das Ich) kann das Auftauchen solcher Wünsche zulassen, weil der Träumer sie (schlafend) nicht ausagieren kann, und es deshalb sicher genug ist, sie bewußt werden zu lassen. Freud entwickelte dieses Konzept weiter, indem er dem Patienten einen starken

¹ Um den Text kürzer und leichter lesbar zu gestalten, wird im folgenden sowohl für Patient/Patientin wie auch Therapeut/Therapeutin nur die maskuline Form verwendet

unbewußten Wunsch zuschreibt, gemeinsam mit dem Therapeuten an der Lösung seiner Probleme zu arbeiten und von einem unbewußten Wunsch nach einer Anpassung an die Realität ausgeht:

„Der analytische Arzt und das geschwächte Ich des Kranken sollen, an die reale Außenwelt angelehnt, eine Partei bilden gegen die Feinde, die Triebansprüche des Es und die Gewissensansprüche des Über-Ichs. Wir schließen einen Vertrag miteinander. Das kranke Ich verspricht uns vollste Aufrichtigkeit, d.h. die Verfügung über allen Stoff, den ihm seine Selbstwahrnehmung liefert, wir sichern ihm strengste Diskretion zu und stellen unsere Erfahrung in der Deutung des vom Unbewußten beeinflussten Materials in seinen Dienst“ (Freud 1940, S. 98).

Weiss (1993) verweist diesbezüglich auf Hartmanns Ich-Psychologie, der dieses Konzept von Freud weiterentwickelte und die Beziehung zur Realität durch die synthetische Funktion des Ich als eine der wesentlichsten Ich-Funktionen betont.

Weiss bezieht sich auf Freuds Beobachtungen seines Enkels, der im Spiel das „Fortsein“ der Mutter zu bewältigen versuchte, indem er Gegenstände verschwinden ließ und sie dann wiederfand. Dabei bringt sich das Kind, das passiv von dem Erlebnis betroffen war, in eine aktive Rolle, um die Situation bewältigen zu können. (Allerdings dient Freud das Lustprinzip als Erklärungsmodell: der Lustgewinn liegt im Gefühl der befriedigten Rache.) Weiss geht davon aus, daß die Reinszenierungen lebensgeschichtlich erworbener, konfliktnaher Beziehungskonstellationen in der Übertragungsbeziehung dazu dienen, deren Gültigkeit zu prüfen und alternative Bewältigungsmöglichkeiten zu finden, d.h. sie zu „meistern“.

Weiss vergleicht die frühen theoretischen Annahmen Freuds mit seiner Position in folgenden Punkten (Weiss 1993, S. 16). Nach Freud gilt folgendes:

1. Der Patient ist unbewußt auf die Befriedigung infantiler Wünsche fixiert. Daraus resultieren Symptome und Charakterstörungen.
2. Der Patient hat eine starke unbewußte Motivation, diese Befriedigung aufrechtzuerhalten und somit auch seine Psychopathologie. Der Behandlung wird heftiger Widerstand entgegengebracht, um die infantilen Wünsche nicht aufgeben zu müssen.
3. Die unbewußte Wiederholung kindlicher Beziehungserfahrungen in der Übertragung wird vom Lustprinzip und Wiederholungszwang bestimmt und dient der Wunscherfüllung in der Beziehung zum Therapeuten oder (als Übertragungswiderstand) dem Schutz der unbewußten Befriedigung, die der Patient aus seiner Psychopathologie erfährt. Weiss hingegen vertritt folgende Position:

1. Symptome und Charakterstörungen werden durch pathogene Überzeugungen aufrechterhalten, die in der Kindheit erworben werden und damals der Adaption dienten.
2. Der Patient hat eine starke unbewußte Motivation zur Veränderung, wird jedoch von seinen pathogenen Überzeugungen zurückgehalten. Diese Überzeugungen sagen Gefahr für den Patienten selbst oder wichtige Bezugspersonen voraus, falls die Psychopathologie aufgegeben wird.
3. Die Aktualisierung lebensgeschichtlich bedeutsamer Beziehungskonstellationen in der Übertragungsbeziehung sind (unbewußt gesteuert) sinnvoll und dienen der Überprüfung dieser Überzeugungen.

Ein Therapeut, der nach den Theorien der frühen Schriften Freuds arbeitet, fragt sich: Was wehrt der Patient ab, und wo liegen Widerstände? Welche unbewußten Impulse und Triebe suchen Befriedigung? Wie müssen in der Übertragungsbeziehung diese Impulse frustriert werden, um sie bewußt machen zu können? Welche Widerstände und welche Triebe sollten interpretiert werden?

Weiss hingegen, dem späten Freud folgend, stellt sich folgende Fragen: Welche pathogenen Überzeugungen hat der Patient? Wie arbeitet er, um sie zu verändern? Welche aktuellen Ziele und Pläne hat er dazu? Wie prüft er mich? Wie muß ich mich verhalten, um die Bewährungsproben zu bestehen? Wie kann ich die Beziehung sicherer machen, damit der Patient seine Ziele erreichen kann? Welche Deutungen können dem Patienten helfen, seine Ziele zu erreichen?

In seiner Betonung des „*higher mental functioning*“ grenzt sich Weiss nicht nur von der klassischen psychoanalytischen Sichtweise ab, sondern deutet Verbindungen zu kognitionspsychologischen Ansätzen an, die die Entwicklung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapien und Methoden bestimmen. Deshalb soll in der vorliegenden Arbeit die Weiss'sche Therapietheorie im Spannungsfeld zwischen psychoanalytischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Theoriebildung und Therapietechnik diskutiert werden.

Die „Control Mastery“-Theorie

Pathogene Überzeugungen

Es wird davon ausgegangen, daß erlebte Traumata (in Form traumatischer Ereignisse oder pathogener, andauernder Beziehungskonstellationen) zu pathogenen Überzeugungen über die Ursachen und Folgen dieser Traumata führen können (Weiss et al. 1986; Weiss 1993), d.h. pathogene Überzeugungen werden als kausale Verknüpfungen zwischen der Verfolgung wichtiger infantiler Ziele durch den Patienten und koinzidierenden negativen Ereignissen verstanden. Pathogene Überzeugungen stehen normalen Entwicklungszielen und Wünschen entgegen und verhindern diese. Psychopathologie resultiert demzufolge aus dem Widerspruch zwischen Wünschen und Zielen und pathogenen Überzeugungen. (Weiss klärt jedoch weder die „normalen Entwicklungsziele“ noch die Wunsch-inhalte auf – letztere bleiben ein Gemisch aus Trieb- und Bindungswünschen).

Pathogene Überzeugungen werden in der Kindheit erworben, um eine Anpassung an die Realität (besonders an die Beziehungswelt) zu ermöglichen und das Gefühl einer sicheren Beziehung zu Bezugspersonen aufzubauen und zu erhalten. Da das Kind auf seine Bezugspersonen angewiesen ist und die Bindung an diese braucht, aber noch keinen Vergleich mit anderen Beziehungen hat und die Eltern als allmächtig betrachtet, übernimmt es Urteile und Normen der Eltern und fühlt sich schuldig, wenn es in Konflikte mit den Eltern kommt. Indem die Verantwortung für die negativen Erfahrungen in den pathogenen Überzeugungen der eigenen Person zugeschrieben wird, gewinnt das Kind ein gewisses Maß an Kontrolle über die Ereignisse. Dadurch kann die Phantasie positiver Beziehung und Bindung aufrechterhalten werden, im anderen Fall wäre das Kind hilflos ausgeliefert. Das Kind betrachtet die Art und Weise, wie die Eltern es behandeln, als gerecht und verdient. Es wird angenommen, daß sich Kinder für das, was ihnen oder ihren Bezugspersonen geschieht, in omnipotenter Weise verantwortlich fühlen.

Wenn sie das Geschehen als Strafe betrachten, fühlen sie sich schuldig, wenn sie sich verantwortlich fühlen, entwickeln sie ein Omnipotenzgefühl bezüglich ihrer Verantwortlichkeit. Auch Fairbairn (1952) geht von der Annahme aus, daß das Kind das Gefühl hat, Ablehnung und Deprivation zu verdienen.

Fairbairn beschreibt (in klassisch psychoanalytischer Terminologie) die Ursachen hierfür in der Verinnerlichung des abstoßenden Objekts als Abwehrvorgang, indem das Kind „die Last der Schlechtigkeit auf sich nimmt, die seinem Objekt innezuwohnen scheint“ (1952, S. 65) und sie dadurch von ihrer Schlechtigkeit befreit. Trotz deutlicher Unterschiede in der Terminologie (und schwer zu bestimmender konzeptueller Differenzen) zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung zwischen Weiss und Fairbairn bezüglich des zugrunde liegenden Geschehens. Darüber hinaus werden Parallelen zur attributionstheoretisch reformulierten Theorie der gelernten Hilflosigkeit (Abramson et al. 1978) deutlich, die ebenfalls ein Modell dafür liefert, wie bestimmte Formen der internen Verarbeitung von Erfahrungen von Hilflosigkeit zu verschiedensten Formen psychischer Störung führen kann. Verwandte Konzeptionen gestörter bzw. verzerrter kognitiver Prozesse finden sich auch bei anderen kognitionspsychologisch orientierten Therapieschulen wie z.B. Beck et al. (1979). Interessante neuere Ansätze zur Erklärung von Entstehung und Aufrechterhaltung vor allem depressiver Störungen im Wechselspiel zwischen kognitiven Prozessen und emotionalem Geschehen sind konstruktivistische, kognitionspsychologische Modelle wie z.B. von Teasdale und Barnard (1993).

Schuldgefühl

Der Rolle von Schuld wird besondere Bedeutung zugeschrieben. Das Schuldgefühl, andere durch die eigene Abgrenzung oder Ablösung und das Streben nach eigenen, unabhängigen Zielen verletzt zu haben, wird als „*separation guilt*“ (Ablöse-Schuld) bezeichnet (nach Modell 1965). Schuldgefühle über den eigenen Erfolg oder eigenes Glück, das als auf Kosten anderer Familienmitglieder gehend erlebt wird, wird „*survivor guilt*“ (Überlebens-Schuld) genannt.

Dieses Thema findet sich schon bei Freud, der in einem Brief an Wilhelm Fliess 1896 im Zusammenhang mit dem Tod seines Vaters von „... jener Neigung zum Selbstvorwurf, die sich regelmäßig bei den Überlebenden einstellt ...“ sprach (zit. n. E.L. Freud 1960, S. 227). Später wurde „*survivor guilt*“ von Niederland (z.B. 1981) bei Überlebenden von Konzentrationslagern beschrieben. Modell (z.B. 1965) wandte das Konzept auf Traumata in gestörten Familien an. Er beschrieb Patienten, die sich selbst daran hindern, erfolgreich zu sein, weil sie sich Familienmitgliedern gegenüber, denen es schlechter geht als ihnen selbst, schuldig fühlen. Auch bei Fairbairn (z.B. 1952) findet sich das von Weiss postulierte Schuldgefühl in dessen Konzept der moralischen Abwehr.

Angesichts der zunehmenden sozialen Durchlässigkeit der Gesellschaften des westlichen Kulturkreises, die zum verstärkten Auftreten von Schuldgefühlen führen muß, verwundert es nicht, daß eine Therapietheorie entsteht, die speziell dieses Thema in den Mittelpunkt stellt.

Sicherheit als grundlegendes Prinzip

Die Gruppe um Weiss geht davon aus, daß in der Regulierung des unbewußten mentalen Lebens Sicherheit und Vermeidung von Gefahr die grundlegenden Prinzipien sind. Die Theorie erscheint hierbei deutlich von Slanders Sicherheitsprinzip beeinflusst. In neueren Ansätzen wird von Vertretern der evolutionären

Psychologie (z.B. Buss 1995) ein Bedürfnis nach Sicherheit in einer gemeinschaftlich orientierten Gruppe als adaptive Strategie, die das Überleben ermöglicht, als Selektionsvorteil betont.

Verdrängung und Hemmungen werden nach Weiss so reguliert, daß ein Gefühl von Sicherheit möglich wird: die Verdrängung eines Gedankeninhalts wird so lange aufrechterhalten, wie es unbewußt die Annahme gibt, daß die Wahrnehmung und Erfahrung dieser Inhalte gefährlich wäre, weil z.B. starke Affekte überwältigend und nicht zu tolerieren wären („Crying at the happy end“, Weiss 1952). Weiss versteht Abwehr in diesem Sinn als eine adaptive Leistung, die dem Patienten Sicherheit gibt – allerdings für den Preis von Einschränkungen und Hemmungen. Ziel der Therapie ist es, ein höheres Maß an Kontrolle über diese unbewußten Abwehrstrategien zu erwerben und sie in einer Kontrollfunktion immer stärker in den Dienst des Ichs zu stellen („control mastery“). Erste und wichtigste Aufgabe des Therapeuten ist es demnach, eine von Sicherheit geprägte Atmosphäre in der therapeutischen Beziehung zu schaffen.

Unbewußter Plan

Nach Weiss suchen Patienten eine Therapie mit dem Anliegen auf, gemeinsam mit dem Therapeuten ihre pathogenen Überzeugungen zu widerlegen. Diese Vorstellung weist deutliche Parallelen zu den konzeptuellen Grundlagen humanistischer Therapieformen auf. In diesem Sinn stellen Reinszenierungen problematischer Beziehungskonstellationen keinen Wiederholungszwang, sondern zum Scheitern verurteilte Bewältigungsversuche dar, da die pathogenen Überzeugungen des Patienten die Entwicklung der benötigten Kompetenzen zur Veränderung der pathogenen Überzeugungen verhindern.

Der Patient hat einen Plan (der in unterschiedlichem Ausmaß unbewußt sein kann), wie seine pathogenen Überzeugungen zu überwinden sind, d.h. er bringt unbewußt die Hoffnung mit, daß seine Überzeugungen vielleicht doch nicht wahr sind. In welcher Reihenfolge verschiedene Probleme in der Therapie bearbeitet werden, hängt nach Weiss davon ab, wie gefährlich sie für den Patienten sind, welche Ressourcen er selbst aktuell hat und wie die Beziehung zum Therapeuten ist. Die Fähigkeit, solche Pläne zu entwickeln und auszuführen, wird als eine unbewußte mentale Funktion verstanden.

Diese kognitive Konzeption von Psychopathologie entspricht weitgehend Caspars Plananalyse-Ansatz (Caspar 1996), der auf Modellen der vertikalen Verhaltensanalyse basiert. Dieser Ansatz liefert ein Modell dafür, wie sich auf der Grundlage traumatisierender Erfahrungen eine Planstruktur entwickelt, die entsprechend Piagets Schema-Konzept Verhalten, Fühlen und Denken steuert und sich selbst weitgehend durch nicht gelingende Akkommodationsprozesse gegen Veränderungen immunisiert. In diesem Modell entspricht der Grad der Bewußtheit der Pläne dem Niveau des jeweiligen Plans in der Hierarchie der Planstruktur.

Verbindungen zeigen sich diesbezüglich auch zu den Arbeiten von Bowlby (z.B. 1980). Die „*attachment-modells*“ (Arbeitsmodelle) Bowlbys beruhen auf unbewußten Annahmen über die eigene Person und Beziehungsobjekte und erklären Erwartungen und Ängste einer Person in Beziehungen. Bowlby (1980) postuliert für jeden Menschen einen Bindungsstil als ein „*dominant model*“, das in gleicher Weise wie pathogene Überzeugungen entsteht und das Kind dazu

bringt, sich der Art und Weise, wie die Eltern es behandeln, zu fügen. Neben diesem vorherrschenden Modell existiert nach Bowlby ein weiteres („*subordinate model*“), das völlig verdrängt ist und eine vollkommen andere Bewertung der eigenen Person und Bezugspersonen vornimmt: „coexistent with, but subordinate to, this pair of models will be another pair in which his parents are seen as grudging in their affection and attention and too often unavailable, and he himself as being more justified in his demands on his parents and in his anger when they fail him than his parents allow, and than they ever credit him with (S. 234).“ In dieses Arbeitsmodell von Bowlby fügt sich das theoretische Konzept von Weiss. Das Modell der „*subordinate models*“ könnte die motivierenden Kräfte hinter dem unbewußten Plan des Patienten erklären. Der Patient versucht, seine pathogenen Überzeugungen zu widerlegen, weil er (im Unbewußten) weiß, daß diese Überzeugungen falsch und ihre Konsequenzen ungerecht und unverdient sind.

Bewährungsproben

Um pathogene Überzeugungen zu widerlegen, „testet“² (d.h. prüft) sie der Patient in der Beziehung zum Therapeuten. Das kann verbal oder nonverbal oder „nur im Agieren“ geschehen. In jedem Fall wird die Kindheit und die traumatischen Erfahrungen, die zu den pathogenen Überzeugungen führten, reaktiviert. Es werden dabei zwei Arten solcher Bewährungsproben unterschieden: „*transference test*“ (Übertragungsexperiment) und „*passiv-into-active-test*“ (Rollenumkehr-Experiment).

Ähnlich wie Alexander und French in ihrem Konzept der korrektiven emotionalen Erfahrung betont Weiss die aktive Rolle des Therapeuten, die dem Patienten eine positive Beziehungserfahrung in der aktuellen therapeutischen Beziehung ermöglicht. Weiterhin zeigt sich auch hier eine inhaltliche Parallele zu Fairbairn (z.B. 1952), der die Notwendigkeit betont, daß der Patient den Therapeuten in der realen Beziehung als gutes Objekt erlebt. Auch in der kognitiven Verhaltenstherapie gewann die therapeutische Beziehung zunehmende Bedeutung (Zimmer 1983), die gegenwärtig vor allem unter dem Aspekt der komplementären Beziehungsgestaltung (Grawe 1998) diskutiert wird, deren übergeordnetes Ziel in der realen Erfahrung besteht, daß sich in der therapeutischen Beziehung Befürchtungen des Patienten nicht realisieren.

Übertragungsexperiment

Im Übertragungsexperiment verhält sich der Patient dem Therapeuten gegenüber so, wie er sich seinen Eltern gegenüber verhalten hat, d.h. er prüft, ob sich der Therapeut ebenso angegriffen oder verletzt durch sein Verhalten fühlt, wie die Eltern in der Vergangenheit (genauer: wie der Patient damals wahrnahm, daß die Eltern es aufgrund seines Verhaltens waren). Es ist auch möglich, daß der Patient in dieser Bewährungsprobe seine adaptiven Verhaltensstrategien zeigt

² Wir übersetzen das im Englischen verwendete „test“ mit „Bewährungsproben“ bzw. „Experiment“, um Mißverständnisse und Verwechslungen mit echten „Test-Situationen“ zu vermeiden“

und prüft, ob der Therapeut es so wie die Eltern nötig hat, daß der Patient sich angepaßt verhält. Der Therapeut besteht die Probe, und der Patient kann seine pathogenen Überzeugungen widerlegen, wenn er sich *nicht* so wie die Eltern verhält. Der Patient kann somit lernen, daß es möglich ist, seine Ziele zu verfolgen, ohne den Therapeuten dabei zu verletzen und die Beziehung zu ihm zu gefährden. In dieser Sichtweise ist Übertragung kein pathologisches Phänomen, das als Widerstand gegen die Behandlung imponiert, sondern eine aktive, unbewußte Strategie des Patienten, sich in der geschützten, sicheren therapeutischen Beziehung mit seiner Vergangenheit auseinanderzusetzen.

Rollenumkehr-Experiment

Beim Rollenumkehr-Experiment vertauscht der Patient die historischen Rollen und verhält sich dem Therapeuten gegenüber so, wie seine Eltern sich ihm gegenüber verhalten haben. Dabei hofft der Patient, daß der Therapeut anders reagiert, als der Patient selbst als Kind reagieren konnte. Wenn der Therapeut die Probe auf diese Weise besteht, kann sich der Patient mit dem Verhalten des Therapeuten identifizieren und somit neue Verhaltensstrategien erwerben. Weiss betont, daß die meisten anstrengenden Phasen einer Therapie, in der sich der Therapeut enttäuscht, hoffnungslos oder insuffizient fühlt, solche Rollenumkehr-Experimente sind. Im Unterschied zu dem Abwehrmechanismus Identifikation mit dem Aggressor besteht das Ziel des Patienten beim Rollenumkehr-Test darin, mit einer *aktiven Strategie* seine pathogenen Überzeugungen zu widerlegen. Naheliegender Vergleich mit dem Begriff der projektiven Identifizierung, der beibehalten werden kann, wenn ein funktionales Verständnis vorausgesetzt wird (Thomä u. Kächele 1988, S. 146).

Ähnliches (jedoch beschränkt auf Patienten mit narzißtischer Störung) beschreibt Modell (1980) bei dem Hervorrufen von Enttäuschung und Schmerz in der Gegenübertragung als Versuch des Patienten, in aktiver Weise wiederzubeleben, was passiv erlitten wurde und auf diese Weise die Illusion von Beherrschung und Kontrolle hervorzurufen.

Wenn eine Bewährungsprobe bestanden ist, reagiert der Patient erleichtert, bringt neues Material, arbeitet intensiver oder initiiert eine nächste, für ihn gefährlichere Probe. Mitunter müssen solche Proben mehrfach wiederholt werden, um eine pathogene Überzeugung zu widerlegen. Wenn der Therapeut jedoch eine wichtige Probe nicht bestanden hat, ist es möglich, daß der Patient das Ziel dieser Prüfung aufgibt und seinen (bestätigten) pathogenen Überzeugungen entsprechend selbstdestruktiv handelt.

Prozeßmodell

Nach Weiss ist der Therapieverlauf gekennzeichnet durch die Wiederholung der beschriebenen Sequenzen von Bewährungsproben und Reaktionen des Therapeuten, die zur Widerlegung oder Bestätigung pathogener Überzeugungen führen. Für diese formalen Schritte wird unabhängig von Nosologie und therapeutischer Technik Allgemeingültigkeit beansprucht. Weiss' Konstrukt eines aktiven, zielgerichtet handelnden Patienten betont wesentliche Gesichtspunkte der neueren entwicklungspsychologischen Forschung. Während seiner Entwicklung kon-

struiert das Kind aktiv seine Beziehungswelt, sucht nach Erklärungsmodellen für seine Beziehungserfahrungen und entwickelt dabei (mitunter pathogene) Überzeugungen, die kontinuierlich getestet und revidiert werden. Emde (1989) unterstreicht die Bedeutung von Aktivität als grundlegender Verhaltensmotivation und betont die Zielorientiertheit von Entwicklungsprozessen. Er beschreibt einen Prozeß, den er als „*social referencing*“ bezeichnet, in dem das Kind die Reaktionen der Bezugspersonen genau beobachtet, um Sicherheit oder Gefahr in neuen, potentiell ängstigenden Situationen zu erfassen. Wenn die Bezugsperson unterstützend und ermutigend reagiert, kann das Kind die neue Umgebung erforschen. Gleiches postuliert Weiss für die psychotherapeutische Behandlung. Er sieht den Patienten ebenso als aktiven Gestalter seiner Psychotherapie. Der Patient beobachtet und testet den Therapeuten, um Sicherheit oder Gefahr festzustellen.

Therapeutische Technik

Weiss (1994) gibt klare Hinweise für die therapeutische Interaktion: Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, dem Patienten zu helfen, seine pathogenen Überzeugungen zu widerlegen und seine Ziele zu erreichen (wobei nicht genauer ausgeführt wird, was unter „normalen, wünschenswerten Zielen“ zu verstehen ist; mitunter erscheinen diese Ziele stark an den Normen der amerikanischen Mittelschicht orientiert).

Die gleichen therapeutischen Konzeptionen finden sich in der kognitiven Verhaltenstherapie unter dem Begriff der empirischen Kooperation zwischen Patient und Therapeut schon bei Beck et al. (1979) für die Behandlung depressiver Patienten. Basierend auf den Forschungsarbeiten der Gruppe um Bandura (1977) bildet diese Haltung, wonach Überzeugungen und Einstellungen am effektivsten durch überzeugungsinkongruente reale Erfahrungen verändert werden können, eine der Grundlagen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapie (z.B. als Konfrontationsbehandlung) auch anderer Störungsbilder. In Grawes Konzeption einer allgemeinen Psychotherapie findet diese Entwicklung im Wirkfaktor der Problemaktualisierung bzw. dem Prinzip der realen Erfahrung (Grawe 1998) seinen Ausdruck.

„Plan Formulation Method“

Der Therapeut sollte sich bemühen, am Anfang der Therapie (vorläufige) Hypothesen über die Pathogenese der Erkrankung, die Ziele des Patienten und die pathogenen Überzeugungen und deren Ursachen zu erstellen, deren Gültigkeit im Verlauf der Therapie immer wieder geprüft werden muß. Dazu entwickelten Weiss und Sampson und die Mitglieder der San Francisco Psychotherapy Research Group die „*Plan Formulation Method*“. In einer frühen Version bestimmten 4 Kliniker in einer Konsensbewertung die Therapieziele des Patienten, seine pathogenen Überzeugungen, die Bewährungsproben, die der Patient in der Therapie unternehmen wird und die Einsichten, die hilfreich für den Patienten sein werden. Im Ergebnis der weiteren Methodenentwicklung (z.B. Curtis et al. 1994) liegt eine Version vor, in der von mehreren Klinikern unabhängig folgende fünf Komponenten bestimmt werden:

- Ziele (potentielle Verhaltensweisen, Affekte, Fähigkeiten, die der Patient erreichen möchte),
- Behinderungen (irrationale pathogene Überzeugungen und damit verbundene Befürchtungen, Ängste und Schuldgefühle, die verhindern, daß der Patient seine eigentlichen Ziele verfolgt),
- Bewährungsproben (Versuche des Patienten, seine pathogenen Überzeugungen zu widerlegen, indem er den Therapeuten prüft und dessen Reaktionen beobachtet),
- Einsichten (beziehen sich auf Wissen und Erfahrungen bezüglich der Wurzeln und Manifestationen der pathogenen Überzeugungen, die dem Patienten helfen können, seine Ziele zu erreichen) und
- Traumata (alle traumatischen Erfahrungen und die daraus resultierenden pathogenen Überzeugungen).

Die Methode wurde in zahlreichen empirischen Studien angewandt.

Weiss betont zum einen die Notwendigkeit der gemeinsamen Rekonstruktion der Traumata und der Geschichte des Patienten, zum andern die Bedeutung positiver Beziehungserfahrungen in der therapeutischen Beziehung. In diesem Sinne sollen auch Interpretationen dazu dienen, daß der Patient sich sicher fühlt, sich seiner pathogenen Überzeugungen bewußt wird und seine Entwicklung und Psychopathologie versteht. Dabei wird der adaptive Aspekt vieler Symptome und Verhaltensweisen in der Entwicklung des Patienten besonders betont. Deutungen sollten erst dann gegeben werden, wenn der Patient sich in der therapeutischen Beziehung sicher fühlt. Nach der Weisschen Behandlungstheorie ist eine gute Deutung immer parteiisch auf der Seite des Patienten (!) und nicht bewertend oder kritisierend. Sie gibt dem Patienten etwa, was er braucht, d.h. hilft ihm zu verstehen, was er unbewußt selbst will. Eine gute Deutung vermittelt dem Patienten Sicherheit entgegen seinen Befürchtungen und hilft ihm, sich selbst zu schützen. Die Korrektheit einer Deutung kann der Therapeut an der Reaktion des Patienten prüfen und ggf. korrigieren: wenn der Patient Einsicht zeigt, neues Material berichtet, sich tiefer in den therapeutischen Prozeß einläßt. Problematisch sind diese Kriterien bei besonders abhängigen Patienten, die sich dem Therapeuten unterordnen. Und sie gelten nur eingeschränkt in solchen Therapiephasen, in denen die Interaktion durch Rollenumkehr-Experimente geprägt ist.

Die Theorie wird durch umfangreiche empirische Untersuchungen gestützt (z.B. Silberschatz u. Curtis 1993; Volkart u. Heri 1998).

Die Rolle der Neutralität

Im Gegensatz zur Neutralität eines klassischen Analytikers wird vom Therapeuten gefordert, daß er eindeutig auf der Seite der Ziele des Patienten steht, das bedeutet, daß er mitunter den Patienten beruhigen, ermutigen oder bestätigen muß, in anderen Fällen jedoch seine Autorität gebrauchen und dem Patienten widersprechen muß.

Es wird betont, daß die direkte Deutung von Abwehr und Trieben von Patienten oft als Verurteilung aufgefaßt werden kann, weil z.B. Feindseligkeit, Abhängigkeit, Rückzug usw. negativ besetzt sind. Sie sollten so gedeutet werden, daß deutlich wird, daß sie aus der Kindheit stammen und damals der Anpassung

dienten. Die ursprüngliche Position von Weiss, daß die Neutralität beruhigend wirkt, da sie signalisiert, daß die vom Patienten aufgrund seiner pathogenen Überzeugungen befürchtete Reaktion nicht eintreffen wird, hat Weiss inzwischen zugunsten eines patientenzentrierten Zugangs aufgegeben: der neutrale, unbeeinflußbare Therapeut ist seiner Theorie nach wenig hilfreich für Patienten, die Beruhigung, Sicherheit und Autorität brauchen. Von der Identifikation mit einem zurückhaltenden Therapeuten, der auf Kränkungen und Verführung nicht verletzt reagiert (sondern z.B. abstinenter schweigsam) profitieren solche Patienten, die aufgrund ihrer Erfahrungen meinen, sich selbst nicht schützen zu dürfen.

Umgang mit Träumen – Träume als Botschaften an sich selbst

Nach der hier diskutierten Behandlungstheorie dienen Träume nicht der Wunscherfüllung, sondern sind eine wichtige Botschaft, die sich der Träumer selbst gibt (Weiss 1993). Indem sie Hoffnung vermitteln, sich vorbereitend mit wichtigen Ereignissen im Leben des Träumers beschäftigen oder der Verarbeitung von Erfahrungen dienen, haben sie adaptive Funktion. Ausgangspunkt der Annahmen von Weiss sind die Träume von Gefangenen im Vietnamkrieg (Balson et al. 1975). Die Träume unterschieden sich in verschiedenen Lebenssituationen der Soldaten: vor der Gefangennahme träumten sie, daß sie verfolgt und gefaßt wurden. Diese Träume werden als warnende Träume verstanden, sie sagen Gefahr voraus und signalisieren, vorsichtig zu sein. Während der Zeit ihrer Gefangenschaft und Mißhandlungen hatten die Soldaten Träume, in denen sie frei und glücklich waren und sich wohl fühlten. Weiss und Balson betonen den adaptiven Charakter solcher Träume zu diesem Zeitpunkt. Nach ihrer Befreiung wiederholten die Soldaten in ihren Träumen die traumatischen Erlebnisse im Lager. Nach Weiss fühlen sich diese Soldaten als Überlebende unbewußt schuldig („*survivor guilt*“) und strafen sich selbst mit dieser Art von Träumen. Solche Träume dienen aber auch dazu, die erlebten Traumata zu bewältigen, jedoch erst, wenn die Träumer sich sicher genug fühlen, d.h. erst nach ihrer Befreiung. Während der Gefangenschaft war es adaptiv, die Traumata zu verdrängen (wenigstens im Schlaf), um von deren Intensität nicht überwältigt zu werden.

Auch in Freuds „Vorlesungen zur Einführung der Psychoanalyse“ (1916–1917) finden sich Hinweise auf den Traum als Lösungsversuch:

„Es ist nämlich richtig, daß der Traum all das vertreten und durch das ersetzt werden kann, was wir vorhin aufgezählt haben: einen Vorsatz, eine Warnung, Überlegung, Vorbereitung, einen Lösungsversuch einer Aufgabe usw. Aber wenn Sie richtig zusehen, erkennen Sie, daß dies alles nur von den latenten Traumgedanken gilt, die in den Traum umgewandelt worden sind (S. 228).“

Moderne, empirisch gestützte Traumtheorien beschreiben u.a. ähnliche adaptive Funktionen von Träumen – z.B. weisen von Zeppelin und Moser (z.B. Moser u. Zeppelin 1996) darauf hin, daß Träume auch einer „off-line Bearbeitung“ von Beziehungsaspekten bzw. -konflikten dienen können. Hölzer et al. (1996) betonen, daß „ein wesentlicher Aspekt von Traum und Träumen in der Modellierung affektiv-objektaler Bezüge“ (S. 122) zu liegen scheint.

Klinische Anwendung der „Control Mastery“-Theorie

Neben der Anwendung in der Einzeltherapie (Kurz- oder Langzeittherapien) psychoneurotischer Patienten wurden inzwischen auch auf der „Control Mastery“-Theorie beruhende Modelle für die Behandlung von Familien, Kindern und Paaren und für die Therapie von Abhängigkeitserkrankungen (z.B. O'Connor 1993) entwickelt. Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen kommen oft aus suchtkranken Familien, so daß Abstinenz als Disloyalität der Familie gegenüber empfunden werden kann. Patienten glauben, daß sich andere Familienmitglieder verletzt und unterlegen fühlen würden, wenn der Patient sein Suchtverhalten erfolgreich aufgibt. In der Therapie sollten solche (und andere) pathogene Überzeugungen widerlegt und Scham und Schuldgefühle vermindert werden.

Schlußbemerkungen

Weiss entwickelte eine konsistente Theorie, in der Bekanntes in einen breiteren Zusammenhang mit der therapeutischen Technik gebracht wird (z.B.: die Neutralität des Therapeuten ist nützlich, wenn sie pathogene Überzeugungen widerlegt, aber schadet, wenn sie sie bestätigt). Scheinbare Gegensätze werden überwunden, indem der Rahmen der Betrachtung erweitert wird (z.B.: jede Intervention, ob supportiv oder interpretativ, die eine pathogene Überzeugung widerlegt, verstärkt beim Patienten ein Gefühl von Sicherheit und vermindert die Notwendigkeit der Verdrängung).

Das Konzept der Bewährungsproben ermöglicht einen adäquateren Umgang mit Gegenübertragungsreaktionen. Wenn das Verhalten des Patienten als Probe, d.h. Problemlösungsversuch, verstanden und die vom Patient erhofften Verhaltensweisen des Therapeuten vorhersagbar werden, läßt sich die Gegenübertragung leichter verstehen und beherrschen.

Die in Weiss' Konzept liegende tiefe Achtung vor der unbewußten Kreativität und Intentionalität eines Patienten entspricht einer Haltung, den Patienten im therapeutischen Prozeß als aktiven Mitgestalter ernst zu nehmen.

Die Theorie ist so formuliert, daß sie empirischer Prüfung zugänglich ist, und umfangreiche empirische Befunde stützen die Theorie. Was bisher kaum vorhanden ist, sind Replikationen der Befunde an anderem Material und außerhalb der Gruppe um Weiss und Sampson.

Literatur

- Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD (1978) Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 87:49–74
- Balson P, Horowitz M, Erikson E (1975) Dreams and fantasies as adaptive mechanism in prisoners of war in Vietnam. (Unveröffentlichtes Manuskript) Psychoanalytic Institute, San Francisco
- Bandura A (1977) Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 84:191–215
- Beck AT, Rush JA, Shaw BF, Emery G (1979) Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York
- Bowlby J (1980) Attachment and loss. Loss, sadness and depression, vol 3. Basic Books, New York

- Buss DM (1995) Evolutionary psychology: a new paradigm for psychological science. *Psychol Inq* 6:1–30
- Caspar F (1996) Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Huber, Bern
- Curtis JT, Silberschatz G, Sampson H, Weiss J (1994) The plan formulation method. *Psychother Res* 4:197–207
- Dahl H, Kächele H, Thomä H (1988) Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Emde RN (1989) The infant's relationship experience: developmental and affective aspects. In: Sameroff AJ, Emde RN (eds) *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. Basic Books, New York, pp 35–51
- Fairbairn WRD (1952) *Psychoanalytic studies of personality*. Tavistock, Routledge & Kegan Paul, London
- Freud EL (Hrsg) (1960) Sigmund Freud, Briefe 1873–1939. Fischer, Frankfurt aM
- Freud S (1916–1917) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd 11
- Freud S (1940) Abriß der Psychoanalyse. GW Bd 17
- Grawe K (1998) *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Göttingen
- Hölzer M, Zimmermann V, Pokorny D, Kächele H (1996) Der Traum als Beziehungsparadigma. *Psychother Psychosom Med Psychol* 46:116–123
- Modell A (1965) On having the right to a life: An aspect of the superego's development. *Int J Psychoanal* 46:323–331
- Modell AH (1980) Affects and their non-communication. *Int J Psychoanal* 61:259–267
- Moser U, Zeppelin I v (1996) *Der geträumte Traum*. Kohlhammer, Stuttgart
- Niederland WG (1981) The survivor syndrome: Further observations and dimensions. *J Am Psychoanal Assoc* 29:413–425
- O'Connor L (1993) Control mastery theory and treatment of the addicts. *California Psychologist* 25:24–29
- Silberschatz G, Curtis JT (1993) Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic process. *J Consul Clin Psychol* 61:403–411
- Teasdale JD, Barnard PJ (1993) *Affect, cognition, and change: re-modelling depressive thought*. Erlbaum, Hove
- Thomä H, Kächele H (1988) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 2: Praxis*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Volkart R, Heri I (1998) Kann man „die Spirale aus Scham, Wut und Schuldgefühlen durch Lachen auflösen“? *Psychotherapeut* 43:179–191
- Weiss J (1952) Crying at the happy end. *Psychoanal Rev* 39:338
- Weiss J (1993) *How psychotherapy works. Process and technique*. Guilford, New York
- Weiss J (1994) The analyst's task: To help the patient carry out his plan. *Contemp Psychoanal* 30:236–254
- Weiss J, Sampson H, Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986) *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research*. Guilford, New York
- Zimmer D (Hrsg) *Die therapeutische Beziehung*. Edition Psychologie, Weinheim