

Kapitel 6

„Guided Clinical Judgments: "Angst" und "Übertragung" und „Arbeitsbeziehung“¹

- 6.1 Die Beurteilung der Angst als Therapievariable
- 6.2 Die Beurteilung der Übertragung als Therapievariable
- 6.3 Die Beurteilung der Arbeitsbeziehung als Therapievariable
- 6.4 Zur Methodik der Einstufungsuntersuchung
- 6.5 Die Verlaufsbeschreibung anhand der Prozessfaktoren

Die dritte Beobachtungsebene des hier durchgeführten Modells der klinischen Verlaufsforschung stellt einen weiteren Schritt in der Formalisierung des Vorgehens dar. Aus der Vielfalt der klinischen Konzepte, die anhand jeder Behandlung studiert werden könnten (z. B. Angst, Abwehr, Narzissmus, Masochismus, Ich-Funktionen, Übertragung etc.) wählte die Ulmer Arbeitsgruppe drei Konzepte aus, die klinisch als relevant gelten mussten. Da es sich um die psychoanalytische Behandlung des Patienten Christian X, einen Patienten mit einer schweren Angstneurose, handelt, steht die Entwicklung der Ängste des Patienten in ihrer Beziehung zur Übertragungskonstellation im Mittelpunkt der speziellen neurose-theoretischen Überlegungen, die es hier zu überprüfen galt.

Methodisch lehnt sich das Vorgehen an das von Luborsky (1977) eingeführte Konzept der „guided clinical judgments“ an. Klinische Konzepte werden durch Rating-Skalen erfasst, für die eine Beurteilergruppe anhand von klinischen Material geschult wird.

Ich gebe im Folgenden zunächst eine Begründung des Konzeptes "Angst" als Therapievariable in der klinisch-psychoanalytischen Neurosentheorie und differenzierte dann Formen der Angst und ihre operationalen Definitionen, wie wir sie zur Entwicklung der Beurteilungsskalen verwendet haben (6.1). Im Anschluss daran gehe ich auf die Bedeutung der Übertragung als Therapievariable ein; danach diskutiere ich bestehende Ansätze, die Übertragungsbeziehung operational zu erfassen und lege die eigene Konzeption vor (6.2).

Die Bedeutung der Herstellung und Aufrechterhaltung eines guten Arbeitsbündnisses (Greenson 1967/1981) wird knapp eingeführt, da diese empirisch bestens

¹ Teile dieses Kapitels verwenden Material eines lange zurückliegenden Arbeits-Berichtes an die Deutsche Forschungsgemeinschaft (Th 170), den ich federführend zusammen mit H. Thomä und C. Schaumburg verfasst habe. Der gesamte Text wurde jedoch von mir überarbeitet und aktualisiert.

bestätigt ist (Orlinsky et al. 2004); Ansätze zur hier benutzten Operationalisierung werden vorgelegt (6.3).

Dann folgt die Beschreibung der Methodik im engeren Sinne mit den hier entwickelten Konzepten, wobei zunächst die methodischen Probleme wie Verwendung der Skalen durch die Beurteiler, die Inter-Beurteiler Reliabilität und Stichprobenprobleme im Vordergrund stehen (6.4). Erst dann gehe ich auf die Ergebnisse dieser Einstufungsuntersuchung im Detail ein und beschreibe die Dimensionen der Behandlungsprozesses (6.5).

Das Ziel dieses Kapitels ist die Identifizierung von Phasen der Behandlung, die sich aus den Beurteilungen herauspräparieren lassen.

6.1 Die Beurteilung der Angst als Therapievariable²

Zunächst gebe ich einen Überblick über die psychoanalytische Angsttheorie. "Die Angst ist das Grundproblem aller Neurosen", wie Freud (1926d, S. 175) in einem lapidaren Satz feststellte. Auch wenn diese Verallgemeinerung so wohl nicht mehr zu halten ist, konzedieren Margraf u. Schneider (1996): „Auch im Licht neuer Forschungen hat sich Freuds Beschreibung der Angstanfälle als bemerkenswert beständig erwiesen“ (S. 3).

Die Angstneurose (heute als Panik / Agoraphobie u. Generalisierte Angststörung klassifiziert) ist durch frei flottierende Angstzustände gekennzeichnet, die scheinbar ohne erkennbaren Grund auftreten und dadurch als unvermeidbar, unkontrollierbar und als Todesdrohung erlebt werden. Der Begriff der Angstneurose und die erste vollständige, auch heute noch gültige Beschreibung der Symptomatik stammen von Freud, der das Syndrom Angstneurose von der Neurasthenie diagnostisch unterschieden hat. Auch Strian (1983, S. 120) stützt sich auf diese klinische Deskription Freuds, der den Symptomenkomplex Angstneurose nannte, "weil dessen sämtliche Bestandteile sich um das Hauptsymptom der Angst gruppieren lassen" (Freud 1895b, S. 316). Zur Angstneurose gehören ihr attackenförmiges Auftreten und eine hypochondrische Erwartungshaltung.

Häufig nimmt eine Komponente des Syndroms im Erleben des Patienten eine zentrale Rolle ein, und nicht selten wird die Angst vorwiegend an ein körperliches Symptom, wie zum Beispiel an die Tachykardie, an die nervöse Dyspnoe, an das Schwitzen, an den StuhlDrang usw., gebunden.

6.1.1 Zur Geschichte der Angstneurose

Am Symptomenkomplex der Angstneurose lässt sich demonstrieren, was sich in 100 Jahren verändert hat. Das Wissen über die somatischen Korrelate der Angst, über die Physiologie, die Neuroendokrinologie und Neurophysiologie der Angst hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. So haben die Ergebnisse epidemiologischer, neurochemischer und therapeutischer Studien auf dem Gebiet der Angsterkrankungen dazu geführt, dass in der neuen amerikanischen Klassifikation (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) eine Reihe von psychischen Stö-

² Modifiziert nach Thomä u. Kächele (2006b)

rungen, wie Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, soziale und einfache Phobie, Zwangsstörung und posttraumatische Belastungsreaktion unter der Bezeichnung "Angststörungen" zusammengefasst wurden. In diesem Klassifikationssystem wird den Panikanfällen als gesonderter Untergruppe eine dominierende Rolle auch für das Verständnis anderer Angststörungen eingeräumt. So wird in der neuesten Revision dieses Klassifikationssystems die Agoraphobie nicht mehr als eine Unterform der Phobien, sondern in erster Linie als eine Folge vorausgegangener Panikattacken angesehen, die zu phobischem Vermeidungsverhalten geführt haben. Die für die neue definierte Untergruppe "Panikstörung" erarbeiteten diagnostischen Kriterien decken sich weitgehend mit dem Symptomkomplex, den Freud 1895 für den Angstanfall beschrieben hatte, wobei auch Freud schon in seiner ersten Beschreibung der Angstneurose die Agoraphobie als eine Folge des Angstanfalls angesehen hatte.

Auf der anderen Seite wurde das physiologische Angstkonzept, das Freud (1895b) einst der Angstneurose einschließlich der Panikattacken zugrunde gelegt hatte, in der Psychoanalyse unzureichend revidiert. Die frei flottierende Angst tritt nämlich nur scheinbar ohne (tiefenpsychologischen) Grund auf. Wegen einer lebensgeschichtlich entstandenen erhöhten Angstbereitschaft kann bei der Angstneurose eine Fülle unspezifischer und unbewusst wahrgenommener Gefahrensignale einen Angstanfall auslösen. Diese Entdeckungen führten zur Revision der psychoanalytischen Angsttheorie in Freuds epochalem Werk *Hemmung, Symptom und Angst*. Eine zentrale Aussage lautet:

„Realgefahr ist eine Gefahr, die wir kennen, Realangst die Angst vor einer solchen bekannten Gefahr. Die neurotische Angst ist Angst vor einer Gefahr, die wir nicht kennen. Die neurotische Gefahr muss also erst gesucht werden; die Analyse hat uns gelehrt, sie ist eine Triebgefahr. Indem wir diese dem Ich unbekannte Gefahr zum Bewusstsein bringen, verwischen wir den Unterschied zwischen Realangst und neurotischer Angst, können wir die letztere wie die erstere behandeln. In der Realgefahr entwickeln wir zwei Reaktionen, die affektive, den Angstausschlag, und die Schutzhandlung. Voraussichtlich wird bei der Triebgefahr dasselbe geschehen“ (Freud 1926 d, S. 198).

Der Fortschritt des Freudschen Erklärungsmodells besteht in der Rückführung der Angstreaktion auf eine Situation der Gefahr:

"Was ist der Kern, die Bedeutung der Gefahrensituation? Offenbar die Einschätzung unserer Stärke im Vergleich zu ihrer Größe, das Zugeständnis unserer Hilflosigkeit gegen sie, der *materiellen Hilflosigkeit* im Falle der Realgefahr, der *psychischen Hilflosigkeit* im Falle der Triebgefahr. Heißen wir eine solche erlebte Situation von *Hilflosigkeit* eine *traumatische*; wir haben dann guten Grund, die traumatische Situation von der *Gefahrensituation* zu trennen" (Freud 1926 d, S. 199; Hervorhebungen von mir).

Nun führt Freud in seine Funktionsanalyse einen "teleologischen" Steuerungsmechanismus ein, nämlich eine antizipierende Ich-Funktion:

"Es ist nun ein wichtiger Fortschritt in unserer Selbstwahrung, wenn eine solche traumatische Situation von Hilflosigkeit nicht abgewartet, sondern vorhergesehen, erwartet wird. Die Situation, in der die Bedingung für solche Erwartung enthalten ist, heiße die Gefahrsituation, in ihr wird das Angstsignal gegeben. Dies will besagen: Ich erwarte, dass sich eine Situation von Hilflosigkeit ergeben wird, oder die gegenwärtige Situation erinnert mich an eines der früher erfahrenen traumatischen Erlebnisse. Daher antizipiere ich dieses Trauma, will mich benehmen, als ob es schon da wäre, so lange noch Zeit ist, es abzuwenden. Die Angst ist also einerseits die Erwartung des Traumas, andererseits eine gemilderte Wiederholung desselben. Die beiden Charaktere, die uns an der Angst aufgefallen sind, haben also verschiedenen Ursprung. Ihre Beziehung zur Erwartung gehört zur Gefahrsituation, ihre Unbestimmtheit und Objektlosigkeit zur traumatischen Situation der Hilflosigkeit, die in der Gefahrsituation antizipiert wird " (S. 199).

Beim Angstanfall, oder wie man heute sagt, bei der "Panikattacke" rückt also die traumatische Situation der Hilflosigkeit in den Mittelpunkt der psychodynamischen Betrachtung.

Die Disposition zu Angstreaktionen, die im angloamerikanischen Schrifttum als "trait" bezeichnet wird, kann durch eine Vielzahl von Gefahrensignalen in einen akuten Angstzustand ("state") transformiert werden (s. hierzu Spielberger 1980). In extremen Fällen kann fast jeder Reiz einen Angstanfall auslösen und die frei flottierende Angst, wenn unbehandelt, zum Dauerzustand werden lassen. Am anderen Ende des Spektrums befinden sich die Phobien, bei denen es zur Angstausslösung durch einen umschriebenen Reiz bzw. eine spezifische Situation kommt, die der Patient vermeiden kann. Eine scharfe Trennlinie ist freilich nicht zu ziehen. Am Anfang vieler Phobien treten angstneurotisch anmutende diffuse Angstzustände auf, wobei sekundär eine Verknüpfung durch kausale Zuschreibung zwischen dem aufgetretenen Angstanfall und der damit assoziierten Situation vollzogen wird. Sofern das Vermeiden des phobischen Objekts - der Spinne, der Schlange, der Maus, des freien Platzes, der Brücke, des Flugzeugs usw. - möglich ist, besteht Angstfreiheit.

Bei psychodynamischer Betrachtung verliert die Unterscheidung zwischen der diffusen, gegenstandslosen und ungerichteten Angst und der Furcht, die sich auf eine konkrete Gefahr bezieht, ihren Sinn. Dies impliziert den behandlungstechnisch relevanten Standpunkt,

„... dass man entwicklungspsychologisch von einer Reifungstendenz ausgehen und somit z. B. diffuse, körpernah erlebte und grundlos erscheinende Angstzustände beim Erwachsenen als eine regressive Reaktivierung ontogenetisch früherer Angstmodi begreifen oder zumindest eine Desintegration des späteren, des reiferen Angstmusters vermuten [kann] (Mentzos 1984, S. 15).

So lässt sich in der Fähigkeit zur Kontrolle der Angst einen Indikator für die Ich-Reife sehen und Erkenntnisse über die prototypischen Grundängste des Kindes erleichtern die Diagnostik neurotischer Ängste des Erwachsenen (Hoffmann u. Bassler 2000).

Wie die vor über dreißig Jahren verfassten Übersichten von Compton (1972a, b) zeigten, haben viele namhafte Analytiker versucht, die Unklarheiten der psychoanalytischen Angsttheorie zu beseitigen und ihre Erklärungskraft für die Entstehung und Therapie von Angstsyndromen zu erhöhen. Für die Lösung des Problems hat es sich auch in diesem Fall ungünstig ausgewirkt, dass die meisten Versuche systemimmanent geblieben sind, also sich innerhalb der traditionellen Metapsychologie bewegt haben. Um in dieser zentralen Frage weiterzukommen, müssen falsche metapsychologische Voraussetzungen aufgegeben werden, die bei den meisten Interpretationen der Angsttheorie mitgeschleppt wurden und die Verwirrung aufrechterhalten haben.

Die heutige kritische Auseinandersetzung mit der Angsttheorie kann nicht umhin, die Beziehung zwischen Trieb und Affekt zu entwirren. Damit wird die Bedeutung des Angstaffekts, ebenso wie die Rolle triebbedingter Gefahren ("Triebgefahr"), in der Entstehung von Neurosen erhöht. Interdisziplinäre Untersuchungen haben den Boden dafür geebnet, die Revision der Angsttheorie fortzuführen und in Einklang mit dem heutigen Wissen über die Psychophysiologie und Neurobiologie der Angst und ihre Beziehungen zu anderen Affekten zu bringen (Krause, 1983; Moser & Zeppelin 1996; Bandelow u. Wedekind 2006).

Nur bei sorgfältiger Psychodiagnostik erweist sich auch die scheinbar endogen entstandene Panikattacke und die "frei flottierende Angst" als Psychoneurose (Hoffmann 1987). Dabei steht sog. Panikattacke, der von Freud beschriebene Angstanfall, oft am Anfang psychosomatischer Angstkrankheiten. Die erlebte Todesangst entsteht aufgrund von Verschiebungen und anderen unbewussten Abwehrprozessen.

Dem Angstanfall folgt – wie bei jeder Chronifizierung - ein *circulus vitiosus* als intersubjektiver Prozess: Die Angst um sich selbst und vor sich selbst ist stets auch Angst um den "bedeutungsvollen Anderen" (G. H. Mead) und vor ihm. Die unbewussten Austauschprozesse ermöglichen einen raschen Subjekt-Objekt-Wechsel und eine Verkehrung der Täter-Opfer-Beziehung,.

Erst mit dieser neuen Sichtweise der Angsttheorie kann man nach wie vor sagen: Die Angst als Grundphänomen erweist ihre zentrale Stellung bei der psychodynamischen Erklärung von Symptomen. Diese entstehen, um spezielle Gefahrensituationen und die damit verbundene Hilflosigkeit (Trauma) zu vermeiden, die in der Angstentwicklung enthalten sind.

Die in einer bestimmten Situation erstmals aufgetretene Angst kann später durch andere - ähnliche - Situationen ausgelöst werden. Diese Reizgeneralisierung findet in

dem Maß statt, in dem aufgrund von negativer Verstärkung Vermeidungsverhalten zunimmt. Vermeidung wiederum steigert die Angst vor einer Gefahrensituation, was ein zusätzlicher Grund für die Disproportionalität von beobachtbarem Auslöser und Heftigkeit der Panikattacke sein kann (Alpers et al. 2006, S. 535ff). Hierin ist auch begründet, weshalb so hohe Ko-Morbiditätswerte von Angst und Depression registriert werden.

Disproportionalität heißt, dass der Patient psychosomatisch so reagiert, als befände er sich in der größten Realgefahr. Nimmt man die bewussten und die unbewussten Bedrohungsvorstellungen angstneurotischer Patienten ernst, dann gibt es gute Gründe für das Auftreten von Ängsten, die - nur scheinbar gegenstandslos - "frei flottieren".

Verhaltenstheoretisch ausgedrückt ruft die Gefahr (Bedrohung) eine "Notfallreaktion" (Cannon 1920) hervor. Die Bewertung der Gefahr führt zu den Verhaltenstendenzen "Flucht" oder "Angriff", je nach antizipiertem Kräfteverhältnis von Bedrohung und Bedrohtem. Angst und Wut (Ärger) sind die emotionalen Korrelate von Flucht und Angriff; sie haben ihrerseits über Feedbackschleifen motivierende Funktion. So kann durch ein Gefahrensignal ein Angst- oder ein Aggressionsaffekt ausgelöst werden. Bei den Angstanfällen verwischt sich der Unterschied von *physischer* und *psychischer* Hilflosigkeit. Es kommt zu einer fortgesetzten Traumatisierung mit kumulativer Wirkung. Das gelähmte und blockierte Handlungspotential bleibt sozusagen im Stadium des unbewussten Entwurfs stecken. Hierbei entdifferenziert sich die zielgerichtete Aktion. Die Wiederholung von Niederlagen stimuliert zugleich die blockierte unbewusste Aggressivität, die nun als Triebgefahr im Sinne Freuds die Angst sogar noch erhöht. Es ist also kein Zufall, dass sich Angst und Aggression affektphysiologisch gesehen recht ähnlich sind.

Vom Beginn des Lebens an sind ständig Gefahrensituationen zu bewältigen. Freud hat einmal die Frage aufgeworfen, was der Kern der Gefahrensituation sei, und folgende Antwort gegeben: *"Offenbar die Einschätzung unserer Stärke im Vergleich zu ihrer Größe"* (1926d, S.199), zur Größe der Gefahr nämlich. Es ist fast ein Wunder, dass es im Alltag nicht häufiger zu Fehleinschätzungen mit fatalen Folgen kommt. Vom Ausgang der Vergleiche zwischen Stärke und Schwäche im zwischenmenschlichen Wechselspiel, die weitgehend unbewusst ablaufen, hängt ab, wie gefährliche Situationen bewältigt werden. Die neurotische Angst entsteht in einem kognitiv-affektiven Kontext, der von unbewusst wirksamen "affektlogischen Schemata"

(Ciompi 1986) gesteuert wird. Unbewusste Schemata als affektive und kognitive Organisationszentren bilden sich durch Verinnerlichung typischer Interaktionsmuster anlässlich von Wiederholungen und Verstärkungen. Freud sprach von phylogenetisch mitgebrachten Schemata, "die wie philosophische 'Kategorien' die Unterbringung von Lebenseindrücken besorgen" (Freud 1918b, S. 155). Als "bestgekanntes Beispiel" eines Schemas wird an derselben Stelle der Ödipuskomplex genannt, "der die Beziehung des Kindes zu den Eltern umfasst" - als Niederschlag der menschlichen Kulturgeschichte.

Unbewusste Schemata steuern die Wahrnehmung der Gefahr im oben beschriebenen Vergleich der Machtverhältnisse. Bei negativer Einschätzung kann jene Hilflosigkeit entstehen, die Freud als traumatische Situation gekennzeichnet hat. Es ist unerheblich, ob es sich bei dieser Einschätzung um eine wirkliche oder um eine eingebildete Gefahr handelt. Diese Unterscheidung verliert auch in Freuds Werk ihren Stellenwert, weil es keine neurotische oder psychotische Angst ohne reale Begründung in emotionalen zwischenmenschlichen Erfahrungen gibt.

Um das Ausmaß neurotischer Ängste begreifen zu können, muss man unbewusste Vorgänge ernst nehmen (Roth 2003, S. 143 ff). Die Einbildungskraft, die von unbewussten Schemata gesteuert wird, bestimmt das Erleben und damit die menschliche Wirklichkeit als einer *psychosozialen Realität*. Deshalb kann Thomä (2002) fragen: "Sitzt die Angst in den Mandelkernen?"

Für den im folgenden dargestellten Versuch, die klinisch verwendeten Beschreibungen von z. B. Kastrations- oder Trennungsangst in formalisierte Beurteilungen zu überführen, besteht die Schwierigkeit darin, die Beurteilung der manifesten, im Extremfall frei flottierenden Angst und der durch Abwehrvorgänge abgewandelten Ängste ("unbewusste Ängste") und ihrer bewussten Entsprechungen bzw. Verhaltenskorrelate so herauszuarbeiten, dass Verhalten und Erleben als Manifestation einer gemeinsamen Grundsituation, nämlich Angst vor der jeweiligen Gefahrensituation, angesehen werden können.

Es erscheint unter dem oben ausgeführten Gesichtspunkt der zentralen Bedeutung der Angst in der psychoanalytischen Theorie kaum vertretbar, bei psychoanalytischer Prozessforschung nur einen phänomenologischen bzw. affektphysiologisch konzipierten Angstbegriff zugrunde zu legen. So haben empirische ältere Studien (u.a. Bellak und Smith 1956; Strupp et al. 1966) die speziellen Angstbedingungen,

die der affektpsychologisch immer gleich bleibenden Angst erst ihre psychologische Relevanz verleihen, zu wenig berücksichtigt.

6.1.2 Formen der Angst und ihre operationale Definition

Für die klinisch orientierte psychoanalytische Verlaufsforschung ist es unerlässlich, verschiedene Ängste genetisch und dynamisch systematisch zu erfassen.

Was beschreibt ein Kliniker, wenn er von starker, unbewusster Kastrationsangst spricht? Den Affekt - oder meint er nicht vielmehr jene potentiellen Vorstellungen und Affekte, die dann frei werden würden, wenn die unbewussten Gefahrensituationen nicht mehr abgewehrt werden könnten? In der Tat genau dieses ist gemeint, wenn man von starken unbewussten Kastrations- oder Trennungsängsten spricht. Nimmt man das Angst- bzw. Gefahrensignal mit in den Ablauf hinein, so könnte folgende Beziehung angenommen werden: je stärker z.B. die unbewusste Kastrationsangst ist, desto häufiger kann das Angstsignal auftreten. Der Schwellenwert für affektiv-kognitive Reize wird vermindert, weil die Triebbesetzung der Wahrnehmungsfunktion zu einer Entdifferenzierung der Gestalterfassung führt. So kann jede banale Verletzung, die das Subjekt selbst bewusst nicht einmal körperlich zu berühren braucht, als massive narzisstische und körperbezogene Bedrohung unbewusst erlebt werden und zu einem Angstanfall führen. Dass der Erfassung der Angst eine zentrale Rolle zukommt, wird durch die enge Verbindung, die die Angsttheorie mit der Theorie der Verdrängung bzw. Abwehr hat, noch bestätigt. Denn die unbewussten Prozeduren, deren sich das Ich bedient, um Gefahr, Angst und Unlust zu vermeiden, werden seit A. Freuds Monographie (1936) als Abwehrmechanismen bezeichnet³.

Im Sinne dieser Überlegungen ist es also angebracht, nicht die Intensität eines Angstsignals klinisch beurteilen zu lassen, sondern die Größe der Gefahr, die sich entweder als manifester Angstanfall oder als abgewehrte Angst erfassen lässt.

Deshalb ist es sinnvoll, bei der formalisierten Erfassung mit Beurteilungsskalen zunächst zwischen dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Angstsituation zu unterscheiden. Angst wird hierbei nicht nur als Affekt, sondern in Beziehung zu jenen Grundformen der psychischen Hilflosigkeit, wie sie Freud (1926d) beschrieben hat, verstanden:

Damit wird die Behauptung aufgestellt, dass die zahlreichen phänomenologisch zu beschreibenden neurotischen Angstsituationen psychogenetisch auf eine kleine Zahl prototypischer Gefahrensituationen zurückführbar sind. Diese Ängste sind in ihrer

³ Abwehrmechanismen gehören lt. Kline (2004) zu den robusten Konzepten der psychoanalytischen Theorie, wie der britische experimentell arbeitende Psychologe in seinem jüngsten Vorwort zur 2. Auflage einer diesbezüglichen Monographie ausführt (Hentschel et al. 2004).

Aktualgenese nicht vollständig reduzierbar, aber für das erklärende Verstehen hinreichend zu vereinfachen, nämlich auf die phasenspezifische Unvollkommenheit des menschlichen Individuums im Prozess seiner Entwicklung (s.d. bes. Erikson 1965; auch Klein (1976b) benutzt dieses epigenetische Schema in seiner Analyse der 'vital pleasures').

Unter den typischen Gefahrensituationen bzw. ihren korrespondierenden Angstgehalten und Angstformen figurieren bei Freud Trennungs- und Kastrationsangst an erster Stelle. In der psychoanalytischen Literatur werden, folgt man etwa der Zusammenstellung von Rycroft (1972, S. 8), weitere typische Ängste, z.B. die depressive und die paranoide Angst genannt; auch wird von "psychotischer Angst" gesprochen, wobei als Gefahrensituation hierbei die Bedrohung der Identität (als Selbstverlust) vorgestellt wird.

Die depressiven, paranoiden und psychotischen Ängste wurden in dieser Untersuchung nicht aufgenommen, weil sie sich meines Erachtens unter die Trennungs- bzw. Verlustängste subsumieren lassen. Es handelt sich hier nicht um ergänzende Beschreibungen von Ängsten, sondern um spezielle Erklärungen, nämlich wie "depressive" oder "paranoide" Ängste durch Aggressionen auf das Objekt mit Introjektionen und Projektionen entstehen. Soweit solche Vorgänge im Sinne der Theorie von Melanie Klein (1962) von pathogenetischer Bedeutung sind, wäre zu erwarten, dass sie sich im Bereich von Trennungs- bzw. Verlustängsten auswirken.

Hinsichtlich der Genese der Ängste stellt sich auch außerhalb der Theorie Melanie Klein die Frage, von welcher Entwicklungsphase an man mit Fug und Recht überhaupt von Angst sprechen kann. Nachdem Freud (1926d) das Ich als die eigentliche Angststätte bezeichnet hat, ist eine Ich-Entwicklung für das Angsterleben Voraussetzung, die es ermöglicht, Unlustaffekte voneinander zu diskriminieren. Immer wieder sind Psychoanalytiker dem verfallen, was Hartmann (1955, zit. nach 1972, S. 218) als "genetischen Irrtum" bezeichnete, und zwar sowohl in ihren Erklärungsversuchen als auch in der Terminologie. So glaubte Rank (1929), das Trauma der Geburt als Vorbild aller späteren Ängste gefunden zu haben. Phasengebundene Konflikte auf ein Urbild zurückzuführen, ist deshalb falsch, weil hierbei dem Entwicklungsgedanken nicht Rechnung getragen wird. Es wird übersehen, welche typischen neuen Gefahrensituationen im Laufe der Entwicklung entstehen.

Für den geplanten Untersuchungsansatz ist neben dieser genetischen Hypothese auch noch eine andere Überlegung wichtig. Der Versuch einer empirischen Überprüfung eines psychoanalytischen Behandlungsverlaufs mit der Beobachtung von Ängsten und deren Veränderung muss die Beobachtungsferne bzw. -nähe der zu untersuchenden Konstrukte in Rechnung stellen. Es dürfte wohl kaum zu bestreiten sein, dass die Kastrationsangst als entwicklungsgeschichtlich spätere Angst beobach-

tungsnäher ist als z. B. die depressive Angst M. Kleins, soweit neurotische Patienten ins Auge gefasst werden.

Im Folgenden gebe ich eine Beschreibung der Ängste, die in dem Untersuchungsinstrument einbezogen wurden. Ich habe mich in der Auswahl dabei aus verschiedenen Gründen ziemlich eng an die von Gottschalk et al. (1969) aufgeführten Ängste gehalten. Einerseits scheint mir die von ihm vorgenommene Auswahl den Kern der psychoanalytischen Angsttheorie zu repräsentieren, ohne die theoretische Diskussion festzulegen; andererseits ist seine Auswahl durch das Interesse an sprachlichen Manifestationen bestimmt, welches sich mit unserem Ziel deckt. Deshalb wurden folgende Ängste in das Instrument aufgenommen:

- a. Trennungsangst
- b. Kastrationsangst
- c. Schuldangst
- d. Beschämungsangst
- e. diffuse Angst
- f. Todesangst

a. Trennungsangst

Die angstausslösende Gefahrensituation ist der genetisch frühe Verlust des Objektes, dem die Liebe gilt. In subtiler Weise hat Freud davon eine spätere Verlustangst unterschieden, nämlich die Angst vor Liebesverlust. Die Gefahrensituation des Objektverlustes kann als Paradigma traumatischer Hilflosigkeit bezeichnet werden (Bowlby 1961, 1973).

Die Trennungsangst gehört zur präödiptalen Entwicklungsphase also zur Zweipersonenbeziehung: der Verlust des "Objektes" (d.h. der Mutter) lässt das erlebende Kleinkind in Panik tatsächlich "mutterseelenallein" zurück. Die Nähe zur symbiotischen Einheit bringt es mit sich, dass Objektverlust und Ich- bzw. Selbstverlust als identisch erlebt werden können.

Bei neurotischen Trennungsängsten findet man regelmäßig, dass unbewusste Aggressionen die Furcht, das Objekt verlieren zu können, bedingen oder steigern. Man befürchtet, das Objekt selbst zerstört zu haben, woraus sich viele eigenartige Verhaltensweisen von Phobikern erklären, die sich der Anwesenheit und Integrität des (unbewusst zerstörten) Objektes versichern müssen (Fenichel 1945).

Eine zu Fenichels These passende empirische Untersuchung mittels der Gottschalk-Gleser Methode über den hier thematisierten Zusammenhang von „Separation Anxiety in Panic Disorder“ haben Free et al. (1993) berichtet⁴.

⁴ Ihre Schlussfolgerung war: The hypothesis that separation anxiety is a prevalent affective undercurrent in the dreams and screen memories of panic disorder patients was supported. Significantly higher

Es ist ohne weiteres einzusehen, dass eine Kurzdefinition von "Trennungsangst" nicht in der Lage sein kann, diese eben skizzierten psychogenetischen Zusammenhänge wiederzugeben. Als beobachtungsnahe Operationalisierung dient die Zusammenstellung von Gottschalk:

"Hinweise auf Verlassen, Verlassenheit, Einsamkeit, Verstoßung, Verlust von Unterstützung, von Liebe oder Liebesobjekt oder eine damit verbundene Bedrohung"

b. Kastrationsangst

Die universelle Gültigkeit der Kastrationsangst leitet Freud aus der biologischen Konstitution, nämlich der Geschlechtsdifferenz, ab. Der anatomische Geschlechtsunterschied bedinge, dass der kleine Junge beim Anblick eines weiblichen Körpers die Penislosigkeit entdeckt und erkennt, dass das von ihm so hochgeschätzte Glied nicht notwendig mit zum Körper gehört (Freud 1940a, S. 116). Die Erlebniskategorie "Trennung" (und die damit verbundenen Ängste) erhalten nun einen entwicklungspsychologischen neuen Inhalt, nämlich die Kastrationsangst. Erscheint die Angst als Reaktion auf das Vermissen des Objektes (Objektverlust), sieht Freud die Analogie darin, "dass auch die Kastrationsangst die Trennung von einem hochgeschätzten Objekt zum Inhalt hat" (1926d, S. 167). Aus der Ubiquität dieser Grundlage der Kastrationsangst im anatomischen Geschlechtsunterschied sind die psychologische Bedeutung und die Stärke der Kastrationsangst allerdings nicht festgelegt. Sie ergibt sich erst aus der familiären psychosozialen Situation mit ihren breiten Variationsmöglichkeiten und ihren Auswirkungen auf die speziellen Gefahrensituationen, denen der Junge während der ödipalen Entwicklungsphase ausgesetzt ist. Aus diesem Grunde leitet sich aus der psychoanalytischen Theorie eben nicht die universelle Gültigkeit des Ödipuskomplexes ab, sondern auch seine soziokulturelle Variabilität (Kakar 1988, 1997).

Das Konzept bezieht sich nicht nur auf seine eingeeengte anatomische bzw. chirurgische Bedeutung (Entfernung der Hoden), sondern auf den Verlust des Penis oder des ganzen Geschlechtsteils. Auch Drohungen, die sich nicht im engeren Sinn ihrem Inhalt nach auf das Abschneiden des Genitale richten, können so erlebt werden: irgendwelche Bestrafungen, die sich auf das Spielen am Geschlechtsteil beziehen, werden zur "Kastrationsdrohung". Auch körperliche Verletzungen oder seelische Kränkungen wirken sich als Verstärker der Disposition aus⁵.

covert hostility in the panic disorder patients' dreams may support Bowlby's observation that people with high separation anxiety tend to disavow their anger (Free et al. 1993, S. 595).

⁵ Zum Problem der "Kastrationsangst bei Mädchen" s. Thomä (1967)

Diese Kurzbeschreibung des Begriffes führt zu einer Operationalisierung, die sich eng an die von Gottschalk et al. (1969) gegebene Formulierung anlehnt:

"Hinweise auf Verletzung, physische Beschädigung oder Angst vor Verletzung, weiterhin Hinweise, die eine Bedrohung der Potenz und des Könnens überhaupt repräsentieren."

c. Schuldangst

Die Fähigkeit, die Angst vor dem Über-Ich" zu entwickeln, kennzeichnet den Schritt, der die Überwindung der ödipalen Dreier-Situation einleitet:

"Mit dem Unpersönlich-werden der Elterninstanz, von der man die Kastrationsangst befürchtet, wird die Gefahr unbestimmter. Die Kastrationsangst entwickelt sich zur Gewissensangst, zur sozialen Angst. Es ist jetzt nicht mehr so leicht anzugeben, was die Angst befürchtet Allgemeiner ausgedrückt, ist es der Zorn, die Strafe des Über-Ichs, der Liebesverlust von dessen Seite, den das Ich als Gefahr wertet und mit dem Angstsignal beantwortet" (Freud, 1926d, S.170).

Entwicklungsgeschichtlich stellt sie somit die für die Latenzzeit charakteristische Form der Angst dar. Bezeichnungen wie Über-Ich-Angst, Gewissensangst, soziale Angst und Schuldangst werden weitgehend synonym verwandt. Fenichel (1945) unterscheidet zwischen Gewissensregungen, die Vergangenes meinen, und Schuldgefühlen, die sich auf intendierte Handlungen beziehen.

Die formalisierte Beurteilung stützt sich auf folgende kurze Definition:

"Hinweise auf Kritik, moralische Verurteilung, Verdammung, Verurteilung, auf Schuld oder Bedrohung durch Schuld".

d. Beschämungsangst

Die bisher aufgeführten elementaren Angstsituationen beziehen sich auf Triebe und ihre Schicksale. Bisher wurde gefragt:

1. "Woraus bestehen die Angst, d. h., welche Triebkräfte sind in ihr verborgen?";
2. 2. in Korrelation zu den jeweiligen Entwicklungsstadien: "Wovor besteht die Angst, und welche Abwandlungen erfährt sie im Verlauf der biographischen Entwicklung" (Loch 1972, S. 4).

Die Entwicklung der Ich-Psychologie und der Selbstpsychologie richteten die Aufmerksamkeit auf jene Vorgänge, die sich im Ich als Angststätte abspielen. Die Inhalte der Gefahrensituation und ihre Zuordnung zur Triebentwicklung (Objektverlust, Liebesverlust, Kastration etc.) wurden nunmehr daraufhin betrachtet, welche Konsequenzen im Ich bzw. Selbst entstehen, wenn es sich hilflos fühlt. Schon in dieser Formulierung ist enthalten, dass man entweder innerhalb der Angststätte selbst oder außerhalb derselben sich eine Instanz vorstellen muss, die der Selbstwahrnehmung dient. Dies muss, um die Wahrnehmung ausüben zu können, in einer kritischen Distanz zum Angstaffekt selbst stehen. Eine solche Funktion wird in der Literatur dem Selbst zugeschrieben, insofern es zwischen Realselbst und Idealselbst vergleichen kann (s.d. Sandler und Joffe 1967). Die Hilflosigkeiten erhalten hierdurch weitere Dimensionen,

die z. B. als Ängste vor Kontrollverlust, vor Verlust der Autonomie oder als narzisstische Kränkung bezeichnet werden. Es erscheint sinnvoll, diese Form antizipatorischer Wahrnehmung als eine eigene Angstform anzusetzen, die in ganz besonderer Weise den narzisstischen Aspekt des Angsterlebens abbildet. Streng genommen müsste sie vermutlich für jede Phase der Entwicklung eigens konzipiert werden; in der hier vorgenommenen Verkürzung spiegelt sich die Beziehung von Trieb-Objekt-Theorie und Narzissmustheorie überhaupt. Demgemäß sind die "narzisstischen Ängste" nicht von den "Triebängsten" zu trennen. Es ist aber durchaus denkbar und klinisch gut begründet, dass das Angstsignal deshalb zu frei flottierenden Ängsten führen kann, weil eine Verschiebung innerhalb der Lust-Unlust Reihe u. U. als katastrophale Störung des narzisstischen Äquilibrium sich auswirkt. Erlebt wird diese als massive narzisstische Kränkung, deren Genese mehr auf eine gestörte Entwicklung des narzisstischen Regulierungssystems als auf eine gestörte Reifung zurückzuführen ist (Henseler 1974). Hier berühren sich möglicherweise die narzisstischen Selbstverlustängste mit den genetischen Objektverlustängsten, wobei ohne Zweifel "Verwöhnungen" in der Weise wirksam werden, wie es Freud beschrieben hat:

"Die 'Verwöhnung' des kleinen Kindes hat die unerwünschte Folge, dass die Gefahr des Objektverlustes - das Objekt als Schutz gegen alle Situationen der Hilflosigkeit - gegen alle anderen Gefahren übersteigert wird. Sie begünstigt also die Zurückhaltung in der Kindheit, der die motorische wie die psychische Hilflosigkeit eigen sind" (Freud, 1926d, S. 200).

Für die Verwendung dieses narzisstischen Gesichtspunktes in dieser Untersuchung war allerdings eine Vereinfachung vorzunehmen. Im Mittelpunkt der kränkenden Erfahrung steht die Selbstwertproblematik, die sich phänomenologisch eng an das Schamgefühl anschließen lässt. Deshalb erscheint die von Gottschalk et al. (1969) in Anlehnung an Piers u. Singer (1953) vorgeschlagene Kurzdefinition ein vertretbarer Ansatz:

"Hinweise auf das Gefühl der Lächerlichkeit, der Kränkung, des Ungenügens, der Scham und Erniedrigung."

e. Diffuse Angst

Hierunter fällt die von Freud "frei flottierende Angst" genannte Angstform. Der Angstaffekt hat sich gewissermaßen von der spezifischen Gefahrensituation verselbstständigt, zumindest ist sein Rückbezug auf die Herkunft unklar. Der Zustand kann auch als ein Daniederliegen der Abwehrvorgänge beschrieben werden, deren Ziel, die Angst durch Symptombildung zu binden, nicht erreicht wurde.

So sollen mit dieser Beurteilungsdimension besonders auch jene somatischen Angstäquivalente erfasst werden, die als "objektlose" Ängste nicht sicher einer der

obigen Gefahrensituationen zugeordnet werden können. Für die Beurteiler wurde folgende Kurzdefinition vorgegeben:

"Hiermit ist der objektlose Zustand der Angst gemeint, die Überschwemmung durch Angst mit besonderer Akzentuierung der Somatisierung".

f. Angst vor dem Tod

"Als letzte Wandlung dieser Angst vor dem Über-Ich ist mir die Todes- (Lebens-) Angst vor Projektionen des Über-Ichs in den Schicksalsmächten erschienen" (Freud, 1926d, S. 170).

Entsprechend dem Konzept, die Grundformen der Angst aus phasenspezifischen Situationen der Hilflosigkeit abzuleiten, nimmt die Todesangst den letzten Platz ein. Im Gegensatz aber zu den anderen neurotischen Ängsten geht die Todesangst nicht auf eine vergangene Situation zurück, sondern antizipiert etwas Zukünftiges. Dementsprechend hält Freud daran fest, dass der Todesangst im Unbewussten nichts entspricht, was dem Begriff der Lebensvernichtung Inhalt geben könnte, denn "etwas dem Tod Ähnliches ist nie erlebt worden (Freud 1926d, S. 160). Die erlebte Todesangst sei häufig etwas Sekundäres, das aus dem Schuldbewusstsein hervorgegangen ist. Allerdings weist Stern (1972) darauf hin, dass das zukünftige Trauma des Todes seine ängstigende Macht aber daraus gewinnt,

"dass die Angst vor dem Tod - die schon sehr früh im Kind auftaucht - im wesentlichen die Angst vor der Wiederholung einer von jedem Individuum erlebten traumatischen Situation des Verlustes des mütterlichen Objektes ist, in der unter Todesgrauen etwas wie die Vernichtung des Selbst erlebt wurde; dass - .. - die Angst vor dem Tod die Angst vor der Wiederholung einer solchen Situation ist" (Stern 1972, S. 902).

Damit kommt zum Vorschein, dass auch der Realangst des Todes, die als zukünftiges Ereignis sicher auf jeden zukommt, ein infantiles Muster des Verlassenwerdens oder der Trennung⁶ entgegenkommt bzw. dass jene infantile Hilflosigkeit als immerwährendes drohendes Verhängnis in der Todesangst interpretiert wird. Vermutlich wird es semantisch unlösbar sein, die Erlebnisse des Kleinkindes in Trennung und Tod, in andere Affektzustände als den einer überwältigenden Hilflosigkeit aufzulösen. Soweit die Todesangst als neurotische Angst auftritt, ist sie einerseits als Verarbeitung des Kastrationskomplexes, andererseits als Ausdruck der Trennungsängste der prägenitalen Periode zu verstehen.

Die verwendete Kurzdefinition bleibt aus diesen Gründen sehr am manifesten Gehalt:

⁶ In Mythologien und Religionen wird die Trennung durch das Sterben postmortal - sei es in der Unsterblichkeit der Seele, sei es in Auferstehung und Wiedervereinigung - aufgehoben.

"Hinweise auf Tod, Sterben, Todesdrohung oder Angst vor dem Tod, bezogen auf sich selbst oder andere."

6.2 Übertragung als Therapievariable

Wie für die verschiedenen Ängste zunächst die theoretische und praktische Bedeutung geklärt wurde, so wird auch hier zunächst in 6.2.1 die Bedeutung der Übertragung im therapeutischen Prozess aufgewiesen. In 6.2.2 werden Versuche, die Übertragungsbeziehung über eine Operationalisierung zu erfassen, kritisch diskutiert und die eigene Konzeption skizziert.

6.2.1 Die Bedeutung der Übertragung im psychoanalytischen Prozess

Die Entdeckung von Übertragung und Widerstand kennzeichnet den Beginn der psychoanalytischen Behandlungstechnik. Aus der voranalytischen Suggestions- und Hypnosetherapie hatte Freud ebenso wie aus der allgemeinen ärztlichen Erfahrung die Einsicht gewonnen, dass "eine leistungsfähige Übertragung", ein ordentlicher "Rapport" (1913c, S. 473) auch in der Psychoanalyse Trägerin des Erfolges sei. Mit den verschiedenen Aspekten der Übertragungsvorgänge wurden Phänomene charakterisiert, die erstens in jeder zwischenmenschlichen Beziehung auftreten und deshalb auch in jeder Arzt-Patient-Beziehung und die zweitens spezielle Formen annehmen, sofern psychotherapeutische Gespräche mit dem Ziel, seelische oder psychosomatische Leiden zu verstehen und daraus resultierende Symptome zu heilen, geführt werden. Die Bezeichnung selbst erlaubt es schon, den wesentlichen Kern zu erkennen: Auf den Arzt oder auf einen Mitmenschen werden Erwartungen "übertragen", die ihren Ursprung nicht in der realitätsgerechten Einschätzung der gegenwärtigen Situation haben, sondern in den lebensgeschichtlichen Vorerfahrungen und ihren Auswirkungen auf Verhaltensweisen.

Das Kennzeichnende aller Übertragungsvorgänge ist also die Wiederholung. Wenn Freud von einer "leistungsfähigen" Übertragung oder einer milden positiven Übertragung spricht, so versteht er darunter z. B. die Fähigkeit eines Menschen wenigstens soviel lebensgeschichtlich erworbenes Vertrauen in eine neue Beziehung einzubringen, dass überhaupt von der anderen Seite, hier also vom Arzt oder Psychotherapeuten, Einfluss genommen werden kann. Diese "bewusstseinsfähige und unanständige Komponente (der Übertragung, A.d.V.) bleibt bestehen und ist in der Psychoanalyse genau ebenso die Trägerin des Erfolges wie bei anderen Behandlungsmethoden" (Freud, 1912b, S. 371).

Die Mehrdeutigkeit des Übertragungsbegriffes erschwert die Orientierung zumal deshalb, weil die Übertragung von Vertrauen und die damit gegebene Bereitschaft, sich durch eine andere Person "beeinflussen" zu lassen, als Grundlage der Durcharbeitung neurotischer Konflikte in der Theorie der Technik begrifflich nicht weiter diffe-

renziert wurde (Thomä & Kächele 2006a, Kap. 2). Freud sprach in diesem Zusammenhang auch von der Suggestion, die im Sinne einer Erziehung wirke, und von der psychoanalytischen Behandlung als einer Art Nacherziehung (1917, S. 469). Die Mehrdeutigkeit des Übertragungsbegriffes ergibt sich aus der Entwicklung der psychoanalytischen Technik. Allerdings sind auch gute sachliche Begründungen zu nennen: Ob in eine neue Beziehung mehr Vertrauen als Misstrauen übertragen wird, hängt in hohem Masse davon ab, ob die Beziehungspersonen der Kindheit mehr gute als schlechte Erfahrungen vermittelt haben (Bowlby, 1961). Unter solchen Voraussetzungen besteht primär beim Eintreten in eine neue Beziehung eine vertrauensvolle Übertragung und damit eine günstige Voraussetzung für jenen speziellen Lernprozess, den Freud als eine Art Nacherziehung bezeichnet hat. Der semantischen Klarheit wegen wäre es günstiger, diese Grundlage der psychoanalytischen Durcharbeitung pathologischer Übertragungsformen nicht ebenfalls mit der Bezeichnung Übertragung versehen. Der Vorteil, diesen Bereich begrifflich als Beziehung oder als Arbeitsbeziehung abzugrenzen, ist bei der Diskussion dieses Themas schon lange offenkundig geworden (Stone 1961; Greenson 1967; Deserno 1990). Man könnte diese Übertragung auch die normale nennen, weil sich in ihr die gesunden Ich-Funktionen eines Patienten manifestieren. An dieses "Ich" wenden wir uns, wenn wir die Übertragungsneurose, also die Pathologie, "durcharbeiten" (Freud 1937c).

Aus dieser Zusammenfassung dürfte ersichtlich geworden sein, dass die Übertragung zu den empirischen "Grundpfeilern" der Psychoanalyse gehört. Sie ist janusgesichtig, in ihrer normalen Form mächtigstes Hilfsmittel der Behandlung und zugleich stärkste Motivation der Widerstände. Die Beobachtungen von Übertragung und Widerstand sind die wichtigsten klinisch-empirischen Grundlagen der Theorie der Verdrängung bzw. der Theorie von den Abwehrmechanismen.

Diese Studie beschränkt sich auf die pathologischen Übertragungsformen und lässt die "normalen" Übertragungsbeziehungen außer Betracht. Die nun folgende Definition stammt von Greenson (1967). Seine Definition der Übertragung macht die verschiedenen Aspekte deutlich, denen eine Formalisierung gerecht werden müsste:

"Übertragung bezeichnet die Erfahrung von Gefühlen, Triebwünschen, Haltungen, Phantasien und Abwehrmechanismen im Verhältnis zu einer gegenwärtigen Beziehungsperson, die nicht dieser Person gelten, sondern eine Wiederholung von Verhaltensweisen sind, die aus der Beziehung zu Objekten der frühen Kindheit stammen und unbewusst auf Personen der Gegenwart verschoben werden" (Greenson 1967, S. 171).

Die vollständige Beschreibung einer Übertragungsbeziehung erfordert also eine Erfassung der gegenwärtigen Objektbeziehung unter verschiedenen Gesichtspunkten. In der klinischen Arbeit werden in der Regel folgende Aspekte berücksichtigt. Am häufigsten wird die Unterscheidung in eine positive und negative Form der Übertragung verwendet:

"Man muss sich entschließen, eine positive Übertragung von einer negativen Übertragung zu sondern, die Übertragung zärtlicher Gefühle von der feindseliger, und beide Arten der Übertra-

gung auf den Arzt gesondert zu behandeln. Die positive Übertragung zerlegt sich dann noch in die solcher freundlicher oder zärtlicher Gefühle, welche bewusstseinsfähig sind, und in die ihrer Fortsetzungen ins Unbewusste" (Freud, 1912b, S. 371).

Diese Unterscheidung greift den affektiven Aspekt der Übertragungsbeziehung auf, ohne schon eine psychodynamisch - genetische Sicht zu implizieren. Meist werden darunter zwar Erlebnisinhalte der ödipalen Konflikte verstanden, in einer systematischen Betrachtungsweise aber können damit affektive Aspekte aller phasenspezifischen Konflikte beschreiben werden (Greenson 1967, S. 230). Eine andere Sichtweite und Möglichkeit für das Verständnis der Übertragungsbeziehung eröffnet sich, wenn diese in Begriffen der frühen Objektbeziehungen beschrieben wird. Man spricht von einer Vaterübertragung, wenn die in der aktuellen Situation übertragenen Verhaltensweisen als Wiederholung der Beziehung zum Vater verstanden werden können. Oft findet sich in klinischen Beschreibungen eine Kombination des affektiven und Objektbeziehungsaspektes, z. B. "negative Vaterübertragung".

Im Zusammenhang mit der Umgestaltung der Angsttheorie (Freud 1926d) und der mit ihr verknüpften Abwehr- und Strukturtheorie wurden die Übertragungs- und Widerstandsformen neu klassifiziert. Anna Freud zog z. B. die Nutzenanwendung für die Technik (1936, S. 24), indem sie spezielle "Übertragungen von Abwehr" beschrieb. Hierbei sind die den jeweiligen Phasen der Triebentwicklung zugehörigen Ängste und Abwehrmechanismen nach ihrer Übertragungsmanifestationen hin geordnet.

Diese sehr lückenhaften Explikation dient dazu, die Komplexität des Übertragungsbegriffes sichtbar zu machen und zu zeigen, wie zentral, aber auch wie differenziert die klinische und theoretische Stellung dieses Begriffs ist. Es stellt sich somit die Frage, ob in der gegenwärtigen Phase der klinischen Verlaufsforschung die empirische Klassifikation von "Übertragungen" soweit formalisiert werden kann, wie es erforderlich wäre, um der inzwischen erreichten theoretischen Begriffsdifferenzierung gerecht werden zu können. Von vornherein ist es wahrscheinlicher, dass es leichter gelingen wird, Übertragungen einzustufen, wenn man Freuds Definition, wie sie 1912b gegeben wurde (s. oben) zur Grundlage nimmt, als von der komplexen "Übertragung von Abwehr" auszugehen. Denn bei dieser Definition müssten jeweils Triebwünsche und Abwehrmechanismen am gegebenen Material nachgewiesen werden.

Die bisher gemachten Versuche verfehlen zum Teil tatsächlich häufig ein Verständnis der Übertragung im psychoanalytischen Sinn. Andere Bemühungen sind immerhin so ermutigend, dass eigene Planungen an ihnen orientiert werden konnten.

6.2.2 Die Operationalisierung der Übertragung

Auf dem Hintergrund der schon in Kapitel 3.4 diskutierten Ansätze, den Übertragungs-Prozess durch Ad-hoc-Skalierungen zu erfassen, wurde eine Konzeption entwickelt, die einen Mittelweg zwischen klinischem, oft hoch differenziertem Gebrauch und Ausgestaltung des Übertragungskonzeptes und den Schwierigkeiten

und Ausgestaltung des Übertragungskonzeptes und den Schwierigkeiten der Beurteilung solcher klinischer Konzepte zu gehen versucht.

In einem ersten Schritt begnügt sich die Untersuchung mit der Erfassung der Grundpfeiler in ihrer von Freud gegebenen allgemeinen Definition: "Man muss sich entschließen, eine ‚positive‘ Übertragung von einer ‚negativen‘ Übertragung zu sondern".

6.3 Die Arbeitsbeziehung als Therapievariable

6.3.1 Die Bedeutung der Arbeitsbeziehung im therapeutischen Prozess

In den Ausführungen über die Bedeutung der Übertragung wurde die Unterscheidung zwischen der normalen Übertragung, in der sich die gesunden Ich-Funktionen eines Patienten manifestieren, und den pathologischen Übertragungsformen herausgearbeitet. An die gesunden Ich-Anteile wendet sich der Psychoanalytiker z.B. mit seinen Interpretationen. Die Fähigkeit des Patienten zur erkennenden Einsicht und zur Mitarbeit ist an sie (d. h. an die gesunden Ich-Funktionen) gebunden. Auch wenn ein solches Normal-Ich eine Fiktion ist (Freud, 1937c, S. 80), so ist es doch grundlegend für die Entwicklung der Übertragungsneurose und ihre Durcharbeitung.

In Freuds technischen Schriften und in der Theorie der Technik tritt diese Seite der psychoanalytischen Situation gegenüber den pathologischen Übertragungsformen zurück. Sie ist in dem enthalten, was Freud den "Pakt" (1937c, S. 80) nannte. Es hat sicher viele Gründe, dass Freud mehr von der Übertragungsneurose als von den gesunden Anteilen in der psychoanalytischen Arbeitsbeziehung sprach. Das Menschliche verstand sich für Freud - wie das Moralische für Theodor Vischer - von selbst (Freud 1905a, S. 25). Man kann aber auch davon ausgehen, dass Freud dem naturwissenschaftlichen Ideal seiner Zeit entsprechend, die "persönliche Gleichung" zumindest aus der Theorie der Technik zu eliminieren versuchte. Die Übertragungsneurose war zusammen mit der psychoanalytischen Methode in einer definierten Situation entdeckt worden. Freuds technische Empfehlungen sind deshalb nicht nur als gültige Warnungen gegen ein Ausagieren der Gegenübertragung aufzufassen, sondern als Versuche, die reine, scheinbar blanke psychoanalytische Situation vor persönlichen "Verunreinigungen" zu bewahren. Tatsächlich kann aber Freuds Spiegelgleichnis oder seine Aufforderung, sich technisch am Chirurgen ein Beispiel zu nehmen, nur im Kontrast zu anderen Einstellungen wie Sympathie und Respekt (Freud 1912e, S. 382) verstanden werden. Genauer: die ganze psychoanalytische Situation ist auf diesen Kontrast hin angeordnet und die Schatten der pathologischen Übertragungsformen werden nur und erst im Lichte der Vernunft beider Gesprächspartner sichtbar. So spielt die Abstinenzregel und die auf maßvolle Deprivation angelegte psychoanalytische Situation eine aktive Rolle bei der Schaffung der Übertragungsbeziehung. Aber dies geschieht als Mittel zum Zweck. Würde das im Spiegelgleichnis beschriebene Verhalten des Psychoanalytikers wörtlich genommen, so würde es, wie Stone (1961) betont, in einem unlösbaren Widerspruch hineinführen, der mit dem Wesen einer psychoanalytischen Behandlung unverträglich ist (S. 26). Würde der Psychoanalytiker nämlich nicht sein als ein den Patienten und seine Äußerungen re-

flektierender Spiegel, könnte in diese Beziehung nichts Neues entstehen. Das ewig Gleiche würde sich wiederholend darstellen. Würde der Psychoanalytiker sich nur wie ein Spiegel verhalten und dem Gezeigten nichts hinzufügen, könnte der psychoanalytische Prozess, der Veränderungen anstrebt, nicht in Gang kommen. Dass der Wiederholungszwang unterbrochen wird, ist neuen Erfahrungen zuzuschreiben, die der Patient in der Kommunikation mit dem Psychoanalytiker machen und außerhalb erproben und erweitern kann (Thomä & Kächele 2006a).

In den letzten Jahrzehnten sind die den Kontrast im beschriebenen Sinne erst ermöglichenden Seiten des psychoanalytischen Dialogs in den Mittelpunkt der praktischen und theoretischen Diskussion gerückt. Besonders Greenson (1967) hatte sich früh darum bemüht, die Interdependenz dieser Variablen und ihre Ausprägungen während des Behandlungsverlaufs zu erfassen. Er fasst seine Beobachtungen folgendermaßen zusammen:

"Obwohl Patient und Analytiker Übertragungsreaktionen entwickeln, eine Arbeitsbeziehung und eine wirkliche Beziehung zueinander haben, differieren ihre Proportionen und ihr Ablauf. Im Patienten stehen die Übertragungsreaktionen während der langen mittleren Phase der Analyse im Mittelpunkt. Die realitätsgerechte Beziehung ist besonders am Anfang stark und tritt in der Beendigungsphase wieder in den Vordergrund. Die Arbeitsbeziehung entwickelt sich am Ende der Einleitungsphase und bewegt sich periodisch auf und ab bis der Patient sich der Beendigung der Behandlung nähert" (Greenson 1967, S. 223).

Die zwischenmenschlichen Aspekte der Arbeitsbeziehung klärt noch nicht die Qualität der analytischen Arbeit, die der Patient zu leisten vermag. Die klinische Erfahrung zeigt, dass in dieser Hinsicht sowohl zwischen Patienten Schwankungen und der Qualität seiner Mitarbeit auftreten können. Postuliert man wie Waldron (2004a, b) ein qualitatives Spektrum analytischer Arbeit, so wird der augenblickliche Platz eines Patienten auf diesem Spektrum durch das komplexe Verhältnis der Widerstands- und Übertragungsfaktoren bestimmt. Wirft man die Frage auf, welche näheren Spezifizierungen sich für "gute" und "schlechte" analytische Arbeit finden lassen (Thomä & Kächele 2006b, S. 465ff), so ist dabei die Rolle des Widerstandes näher zu betrachten. Ganz sicher lässt sich zwischen dem Ausmaß des Widerstandes und der Qualität der analytischen Arbeit des Patienten keine einfache reziproke Beziehung annehmen; denn Freuds methodologisch entscheidender Schritt bestand darin, zu zeigen, dass der Widerstand ein essentieller Bestandteil analytischer Arbeit ist. Entscheidend für gute Arbeit wird damit ein Maß von Widerstand, welches eine produktive Deutungsarbeit erlaubt. Wenn nämlich der Widerstand zu stark ist, kann der Patient nicht arbeiten; sollte er hingegen über längere Zeit zu gering ausgeprägt sein, liegt der Gedanke nahe, dass der Patient viel zu wenig in die analytische Arbeit eingestiegen ist, um überhaupt Widerstandsphänomene produzieren zu müssen.

Der Versuch, die Qualität der analytischen Arbeit des Patienten zu erfassen, rückt die erwachsenen Ich-Anteile des Patienten und ihre Funktionsweisen in den Mittel-

punkt: Die frühen Beiträge verschiedener Autoren (Freud 1933a; Sterba 1934; Bibring 1937) zusammenfassend führen Simon et al. (1968) hierzu aus: Das Ich nimmt am psychoanalytischen Prozess durch zwei verschiedene Arten von Ichfunktionen teil, nämlich

"a new observation point of view based upon education from and identification with the analyst, and new (old) conflictual experiences which are aroused by involvement in the regressive transference relationship" (S. 2).

Werden die Ich-Funktionen, entsprechend ihrer Nähe zu Triebverletzungen, als Spektrum organisiert, so finden sich die Fähigkeit, erlebnisnah zu fühlen, und die Fähigkeiten zu reflektierender Mitarbeit an entgegengesetzten Polen (s. d. Hohage & Kächele 2006, S. 202). Die Realisierung beider Fähigkeiten aber trägt entscheidend zur Qualität der analytischen Arbeit bei, wie wir sie vom Patienten erwarten. Dieser Gesichtspunkt wurde z.B. bei der Entwicklung der „Analytic Process Scales“ von Waldron et al. (2004a, b) berücksichtigt.

6.3.2 Die empirische Erfassung der Arbeitsbeziehung

Im Gegensatz zu den beiden Verlaufsparemtern Angst und Übertragung steht die Arbeitsbeziehung, worunter die Fähigkeit von Patient und Therapeut begriffen wird, den therapeutischen Prozess produktiv zu gestalten, schon lange im Mittelpunkt der Forschung aller psychotherapeutischen Orientierungen (Horvath u. Bedi 2002; Lambert u. Barley 2002).

Wie oben erwähnt wurde, bewegt sich der psychoanalytische Prozess der Gewinnung von Einsicht zwischen den Polen der Selbstbeobachtung und der Fähigkeit zu erleben. Dieses Spektrum kann direkt dazu verwendet werden, die therapeutischen Ziele verschiedener Schulen zu kennzeichnen. So basiert Rogers Prozess-Skala (1959) ganz auf der Erfassung der im Verlauf einer Therapie zunehmenden Erlebnisfähigkeit des Patienten (s.d. Eckert et al. 2006). Die schon in Kap. 3 diskutierte Dimension der "Sinnhaftigkeit" (meaningfulness) nimmt auf dem Kontinuum einen mittleren Platz ein, da neben dem affektiven Beteiligtsein des Patienten gleichzeitig die Fähigkeit erfasst werden soll, sinnvolle Zusammenhänge wahrzunehmen (1966). Die von Cartwright (1966) entwickelte Skala "Selbstbeobachtung" tendiert sehr viel deutlicher zum kognitiven Pol des Kontinuums, wenn auch der Skalenpunkt 6 "integration of self-observation" die affektive Verarbeitung kognitiv erkannte Konflikte zwangsläufig mit beinhalten muss, da diese Festlegung dem Ziel der Therapie entspricht.

Die von Simon et al. (1968a) entwickelte Produktivitätsskala versucht die polare Differenzierung in Erleben und -selbstbeobachtung aufzuheben, indem für jeden Skalenpunkt beide Pole berücksichtigt werden:

"On this spectrum the observing and experiencing functions of the ego at polar opposites. Observation depends on the highest synthesizing and integrative function of the ego to produce the "emotional distance" necessarily to useful self-observation. Experiencing, on the other hand, relates to ac-

tion, affect expression and fantasies which are the less distorted, less refined forms of drive derivative. As a function of treatment both of these opposite ego boundaries are extended" (S. 8).

Unser eigener Ansatz, die Arbeit des Patienten im psychoanalytischen Prozess zu erfassen, geht ebenfalls von der Annahme aus, dass zwischen dem Inhalt der Arbeit (z. B. Trennungsangst) und ihrer formal-qualitativen Gestaltung zu unterscheiden ist. Aus dem Beurteilungsinstrument, mit dem Rosenkötter und Thomä (1969) „Veränderungen im psychoanalytischen Prozess – analytische Produktivität“ zu erfassen suchten (s. Kap. 3), wurden vier Schätz-Skalen herangezogen, die zentrale Aspekte der Arbeitsbeziehung deskriptiv erfassen; darüber hinaus konnte mit diesem Schritt eine Verringerung der inhaltlichen Redundanz des Beurteilungsinstrumentes erreicht werden. Eine Voruntersuchung hatte gezeigt, dass alle Dimensionen der Arbeitsbeziehung untereinander eine hohe positive Korrelation aufweisen; um trotzdem eine mögliche Varianz erfassen zu können, erschien es sinnvoll, statt einer globalen Dimension vier verschiedene Aspekte getrennt beurteilen zu lassen.

Zwei der Skalen - "Konflikterleben" und "Affekterleben" - richten sich auf den Erlebnisaspekt des Patienten; theoretisch sind beide nicht notwendigerweise miteinander verknüpft. Erst in der Realisierung der übertragungsbezogenen Konfliktsituation, deren Deutung dann auch mutative Wirkung haben kann, dürften sie zusammenfallen.

Zwei weitere Skalen, "Mitarbeit" und "Einsicht", zielen auf die Identifikation des Patienten mit der analytischen Arbeit und die daraus gewonnenen Fortschritte im Verhältnis der eigenen Situation.