

9 Der psychoanalytische Prozess

In den vorangegangenen Kapiteln haben wir verschiedene Aspekte der psychoanalytischen Behandlung diskutiert, ihre Einbettung in den therapeutischen Gesamtprozess aber nicht in den Mittelpunkt unserer Überlegungen gestellt. Wir haben bisher unterschiedlich große Zeitsegmente des Behandlungsverlaufs betrachtet, sind zwischen Mikro- und Makroperspektive der Prozessbetrachtung (Baumann 1984) gewechselt, haben gleichsam mit der Lupe kleine Behandlungsausschnitte wie etwa die Fragen des Patienten ins Auge gefasst und sind dann wieder - mit dem nötigen Abstand zum Detail - übergreifenden Behandlungsstrategien des Analytikers nachgegangen.

Die psychoanalytische Behandlung kann vielfältig charakterisiert werden; mit den verschiedensten Metaphern wird versucht, Eigentümliches und Wesentliches zu umschreiben. Wir haben Freuds Vergleich des Schachspiels mit dem analytischen Prozess und die Analogien besprochen, die er zwischen den Tätigkeiten des Archäologen, des Malers, des Bildhauers und des Analytikers gesehen hat (► Kap. 7 und 8). Obwohl Freud keine Zweifel daran ließ, dass der Analytiker den Verlauf zum Guten oder zum Schlechten maßgeblich beeinflussen kann, betonte er doch stärker die Eigengesetzlichkeit, wenn er sagte:

Er [der Analytiker] leitet einen Prozess ein, den der Auflösung der bestehenden Verdrängungen, er kann ihn überwachen, fördern, Hindernisse aus dem Wege räumen, gewiss auch viel an ihm verderben. Im Ganzen aber geht der einmal eingeleitete **Prozess** seinen eigenen Weg und lässt sich weder seine Richtung noch die Reihenfolge der Punkte, die er angreift, vorschreiben (Freud 1913c, S. 463; Hervorhebung durch die Verfasser).

In den weithin verwendeten Prozess-Metaphern stecken unausgesprochen Theorien und Modelle, denen wir im Folgenden nachspüren wollen. Slanders (1983) Aufforderung, die private Bedeutungsdimension von Konzepten herauszuarbeiten, um so einen wirklichen Fortschritt zu erreichen, richtet sich auch an den praktizierenden Analytiker:

Die Forschung sollte darauf abzielen, die impliziten Konzepte praktizierender Psychoanalytiker explizit zu machen. Ich vertrete die These, dass dieser Prozess zu einer beschleunigten Entwicklung der psychoanalytischen Theorie führen wird. Diese Theorie muss sich im Wesentlichen auf die praktische Arbeit der Psychoanalytiker beziehen, deshalb ist ihr Hauptakzent notwendig klinischer Art (1983, S. 43; Übersetzung der Verfasser).

Als Slanders Mitarbeiterin im Trauma-Projekt am Sigmund-Freud-Institut hat Dreher (1998, 2005) diese Forschungsrichtung als eigenständige bei uns etabliert. Hamilton (1996) zeigt in einer vergleichenden Studie jedoch auf, welches Ausmaß an Divergenz dabei zutage gefördert wird, wenn man das Vorbewusste von Analytikern verschiedener Schulen auf seine konzeptuellen Metaphern analysiert.

Als Hilfestellung für diese Arbeit werden wir eine allgemeine Erörterung der Funktion von Prozessmodellen (► Abschn. 9.1), eine Diskussion wesentlicher Merkmale zu ihrer Beurteilung (► Abschn. 9.2) und eine Darstellung von fremden (► Abschn. 9.3) und eigenen (► Abschn. 9.4) Prozessvorstellungen folgen lassen.

9.1 Zur Funktion von Prozessmodellen

Grundlage für Handlungsanweisungen und Bewertungskriterien

Wenn wir den therapeutischen Prozess, d. h. die gesamte Wegstrecke, die Patient und Analytiker zwischen Erstinterview und Beendigung gemeinsam zurücklegen, ins Auge fassen, so muss die Fülle dessen, was sich unterwegs ereignet, in den Hintergrund treten. Sonst

bestünde die Gefahr, dass wir vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr sähen. Wir müssen uns also auf das Wesentliche beschränken. Und damit kommen wir bereits, was Funktion **und** Problematik von Prozessmodellen angeht, in medias res: wesentlich sind Ereignisse nicht per se. Sie werden es erst durch die **Bedeutung**, die man ihnen gibt. Was ein Psychoanalytiker im Therapieverlauf für wesentlich hält, hängt von dem Bedeutungsraster ab, das er bezüglich Organisation und Ablauf des psychoanalytischen Prozesses im Kopf hat. Wie explizit und differenziert diese Prozessvorstellungen sind oder sein sollten, kann zunächst dahingestellt bleiben. Wir möchten lediglich festhalten, dass kein Therapeut Behandlungen durchführen oder beurteilen kann, wenn er nicht über modellhafte Vorstellungen von Therapieverläufen verfügt, die ihm Handlungsanweisungen und Bewertungskriterien liefern.

Implizierte Vorstellungen und elaborierte Modelle

Prozessvorstellungen des Analytikers übernehmen eine wichtige Steuerungsfunktion bei der Umsetzung seiner Zielvorstellungen in Interventionen. Insofern sind Prozesskonzeptionen keine theoretisch-abstrakte Angelegenheit. Sie sind vielmehr in mehr oder weniger elaborierter Form Bestandteil der täglichen Praxis jedes Therapeuten. Hier beginnen freilich die qualitativen Unterschiede zwischen eher impliziten Prozessvorstellungen und elaborierten Modellen: je weniger ein Modell expliziert oder je allgemeiner es formuliert wird, desto leichter kann es sich kritischer Reflexion entziehen. So erklärt sich auch, dass häufig Modelle von einer Analytikergeneration zur nächsten weitergegeben werden, die so allgemein formuliert sind, dass keine Beobachtung sie widerlegen könnte. Ob Prozessvorstellungen angemessen sind, lässt sich nicht zuletzt danach entscheiden, welchen Platz sie in den beiden Dimensionen „Komplexitätsgrad“ und „Beobachtungsnahe“ einnehmen.

Den Status eines Modells würden wir den Konzeptionen zuerkennen, die in der Nähe der beiden Pole „komplex“ (im Gegensatz zu „undifferenziert“) und „beobachtungsnah“ (im Gegensatz zu „nicht beobachtbar“) angesiedelt sind.

Ein Modell ist nach Klaus u. Buhr (1972, S. 729)

... ein Objekt, das auf der Grundlage einer Struktur-, Funktions- oder Verhaltensanalogie zu einem entsprechenden Original von einem Subjekt eingesetzt und genutzt wird, um eine bestimmte Aufgabe lösen zu können ... Der Einsatz eines Modells ist vor allem notwendig, um in bestimmten Situationen neue Erkenntnisse über das Originalobjekt zu gewinnen ...

Das dieser Definition zugrunde liegende Modellverständnis stammt ursprünglich aus dem naturwissenschaftlich-technischen Bereich. Dies wird aus den weiteren Ausführungen von Klaus u. Buhr (S. 730) deutlich:

Allen Modellen ist gemeinsam, dass sie nicht willkürlich vom Subjekt hervorgebracht (ausgewählt oder hergestellt) werden können, sondern eigenen inneren Gesetzmäßigkeiten unterliegen, die objektiver Gegenstand der Analyse im Modellexperiment, in der Erkenntnis, der Verhaltensanpassung usw. durch das Subjekt sind.

Besonderheit im Fall des Psychoanalytikers

Diese Spezifizierung des Modellbegriffs kann für psychoanalytische Prozessmodelle nicht übernommen werden, da sich die Art der Erkenntnisgewinnung, wie sie der behandelnde Analytiker als teilnehmender Beobachter praktiziert, deutlich vom Vorgehen in den Naturwissenschaften unterscheidet: Dort steht der Forscher seinem Gegenstand gegenüber, seine Beobachtung verändert den Gegenstand nicht. Die Einflussnahme auf den Gegenstand findet in Form kontrollierter Experimente statt. Vor allem aber ist der Forscher selbst als einflussnehmende Person nicht Teil des Erkenntnisgegenstands (► Abschn. 3.1). Auch wenn diese erkenntnistheoretische Position - etwa in der modernen Physik - mehr und mehr in Frage gestellt wird, so bleiben doch qualitative Unterschiede zwischen dem Erkenntnismodus des Naturwissenschaftlers und dem des Psychoanalytikers bestehen.

Der behandelnde Analytiker, der mit einer bestimmten Modellvorstellung an seinen Gegenstand, den analytischen Prozess, herangeht, **beeinflusst durch seine Erwartungen das Eintreten von Ereignissen**, die mit seinem Prozessmodell in Einklang stehen (König 1996). So wird etwa ein Analytiker, der die Therapie als Abfolge inhaltlich vorgegebener Phasen versteht, genau auf Anzeichen achten, die für ihn den Übergang in die nächste Phase markieren. Gleichzeitig wird er Äußerungen des Patienten, die in sein Prozessmodell passen, selektiv aufgreifen und damit möglicherweise dem Prozess erst die Richtung geben, die er, sich im Stande der Unschuld wähnend, bereits beobachtet zu haben glaubte. So setzt er sein Prozessmodell, das er für ein **deskriptives** hält, **präskriptiv** in therapeutisches Handeln um.

Wir betonen dies nicht, weil wir solches Vorgehen für verwerflich halten, im Gegenteil: der Analytiker hat gar keine andere Wahl, als den Therapieprozess vor dem Hintergrund seines Prozessmodells zu verstehen, Hypothesen daraus abzuleiten und im Sinne dieser Hypothesen therapeutisch tätig zu werden. Die kritische Frage ist nicht, ob der Analytiker aus seinem Prozessmodell Handlungsanweisungen ableitet, sondern ob er diese Handlungsanweisungen wie strikte Verschreibungen handhabt.

Heuristisch-kreative Anwendung der Prozessmodelle

Bei unseren Überlegungen zu therapeutischen Regeln und Strategien (► Kap. 7 und 8) haben wir großen Wert auf die Unterscheidung zwischen stereotypen und heuristischen Strategien gelegt. Auch Prozessmodelle können vom Analytiker stereotyp, d. h. im Sinne eines Algorithmus, verwendet werden:

Definition Start

Der Algorithmus ist eine Vorschrift, die die einzelnen Handlungsschritte sowie deren Abfolge präzise festlegt und, wenn man sie nur exakt befolgt, mit absoluter Sicherheit zum präskribierten Ziel führt.

Definition Stop

Diese Rezeptfunktionen können und dürfen Prozessmodelle nicht übernehmen, ihre Anwendung muss immer heuristisch-kreativ erfolgen (Peterfreund 1983). Algorithmisch vorgehen kann nur der, der schon alles weiß - ein Zustand, den wir im Hinblick auf den psychoanalytischen Prozess wohl nie erreichen werden. Prozessmodelle liefern Vorschläge, wie die hochkomplexe, dyadenspezifische Information, die über einen langen Zeitraum hinweg anfällt, organisiert werden kann. Diese einmal gewählte Organisationsform muss freilich immer wieder daraufhin überprüft werden, ob sie neue Information integrieren kann.

Passende und nicht-integrierbare Information

Dabei muss der Analytiker v. a. auf solche Informationen achten, die **nicht** in sein Prozessmodell passen. Bestätigendes wird er in der Fülle des angebotenen Materials immer finden, ohne dass damit schon viel über die Brauchbarkeit seines Prozessverständnisses gesagt wäre. Nichtintegrierbare Information dagegen dient als Anreiz, das eigene Prozessverständnis so zu modifizieren, dass es mit der neuen Information vereinbar ist. Auf diese Art und Weise nähert sich die Abbildung im Kopf des Analytikers ihrem Gegenstand schrittweise an, worauf besonders Edelson (1984) hingewiesen hat.

Der Glaube an das wahre Prozessmodell

Wir wissen wohl, welcher geistigen Anstrengung es bedarf und wie emotional belastend es ist, immer wieder absichtsvoll diese Verunsicherung herbeizuführen, die zwangsläufig entsteht, wenn sich die bisher angelegte Prozesskonzeption als untauglich erweist. Ist es doch eine wesentliche Funktion von Prozessmodellen, Ordnung in der Vielfalt der Informationen zu stiften, Wahrnehmung und Verhalten des Therapeuten zu steuern und damit die Kontinuität

seines therapeutischen Handelns zu gewährleisten. Verständlicherweise beraubt man sich ungern dieser Stütze - und sei es auch nur vorübergehend. Dieser kurzfristige Orientierungsverlust ist leichter zu ertragen, wenn man von der verführerischen Vorstellung Abschied genommen hat, es gäbe - neben falschen anderen - so etwas wie ein wahres Prozessmodell.

Dieses wahre Abbild gibt es - wie wir meinen - ebenso wenig, wie es den wahren, naturgesetzlichen psychoanalytischen Prozess gibt, der sich nach immanenten Gesetzmäßigkeiten entwickelt, wenn nur der Analytiker nicht störend eingreift. Prozessmodelle haben direkte Auswirkungen auf das therapeutische Handeln; es hat also für den Patienten sehr reale Konsequenzen, ob sein Analytiker der Fiktion eines naturwüchsigen Prozesses anhängt oder die Behandlung als dyadenspezifischen, psychosozialen Aushandlungsprozess begreift. Aus dieser letzten Auffassung erwächst für den Analytiker folgerichtig der Anspruch, immer wieder zu überprüfen, ob seine Prozessannahmen noch mit den besonderen beobachtbaren Interaktionsdaten vereinbar sind.

In erster Linie liegt es am einzelnen Analytiker, ob er das von ihm zugrunde gelegte Prozessmodell als Realität missversteht und dementsprechend stereotyp seine Interventionen danach ausrichtet oder ob er es als Hilfsmittel zur Organisation des Prozesses betrachtet, das revidiert werden muss, sobald mittels heuristischer Strategien modellunverträgliche Information zutage gefördert wird. Freilich gibt es bestimmte Modellcharakteristika, die eher einem **stereotypen** Modellverständnis Vorschub leisten und andere, die eher die Anwendung **heuristischer** Strategien fördern. Wir möchten deshalb im Folgenden verschiedene Charakteristika von Prozessmodellen unter dieser Perspektive diskutieren.

9.2 Merkmale von Prozessmodellen

Eignung zur Ableitung der Behandlungstechnik

Wie wir bereits ausgeführt haben, kann es nicht darum gehen, wahre von falschen Prozessmodellen zu unterscheiden. Die Frage ist vielmehr, wie gut verschiedene Prozessmodelle zur Ableitung effektiver therapeutischer Handlungsstrategien geeignet sind. In diesem Zusammenhang scheint uns das zentrale Kriterium zu sein, ob ein Modell von einem quasi naturgegebenen Ablauf des psychoanalytischen Prozesses ausgeht. Derart konzipierte Modelle müssen zwar nicht zwangsläufig zu einer stereotypen Anwendung durch den Therapeuten führen, aber sie unterstützen Tendenzen, sich starr an diesem erwarteten naturgesetzlichen Ablauf zu orientieren. Beobachtungsdaten, die nicht in einen modellkonformen Ablauf passen, werden oft übersehen oder als Manifestation von Widerstand interpretiert.

Dieses zeigt sich auch und besonders am Umgang mit Äußerungen des Patienten, die entweder ein Nichtverstehen oder ein Nichtakzeptieren der Deutungen des Analytikers bekunden. Wird diese Absage des Patienten nun genau auf der Grundlage jener Hypothese interpretiert, die der Patient gerade nicht verstanden oder zurückgewiesen hat, und damit als Widerstand aufgefasst, dann bleibt der Analytiker in seinem Vorverständnis gefangen und der Patient wird um die Möglichkeit gebracht, wesentliche Korrekturen an diesem Vorverständnis anzubringen. Auch wenn das Widerstandskonzept gut begründet ist, wie wir in ► Kap. 4 diskutiert haben, so muss es doch die Möglichkeit geben, dass im kommunikativen Alltag der analytischen Situation eine Zurückweisung der Deutung durch den Patienten als möglicherweise zutreffende Falsifizierung der Deutung angesehen wird (s. auch Thomä u. Houben 1967; Wisdom 1967).

Chronologisch-retrograde Modelle

Unter den Modellen, die einen quasi naturgesetzlichen Ablauf der Behandlung nahe legen, sind v. a. solche Vorstellungen weit verbreitet, die den Therapieprozess als Analogon der frühkindlichen Entwicklung konzipieren. Wir werden unter ► Abschn. 9.3 das Modell von

Fürstenau (1977) paradigmatisch für diesen Typus von Prozessmodellen darstellen und diskutieren. Die häufigste Annahme solcher Modelle ist, dass der Patient im Laufe der Therapie von frühen Stadien der Entwicklung zu späteren voranschreitet.

Dass das nicht zwangsläufig so sein muss, können wir Balints Beschreibung einer „besonderen Phase in der analytischen Krankenbehandlung“ entnehmen:

In manchen Fällen, in denen die Analyse schon fortgeschritten war, d. h. gegen Ende der Kur, begann der Patient, zuerst sehr schüchtern, gewisse einfache Wunscherfüllungen zu wünschen, zu erwarten, ja zu fordern, und zwar vor allem - jedoch nicht ausschließlich - von seinem Analytiker (1966, S. 281).

Die Patienten, von denen Balint hier spricht, sind erst nach der Bearbeitung vorwiegend ödipaler Konflikte und aufgrund des damit verbundenen Zuwachses an Ich-Stärke und Sicherheit in der Lage, auch ihre basalen pathogenen Annahmen im Sinne von Weiss u. Sampson (1986) in der Therapie zu überprüfen. Nach einem Vorschlag von A. E. Meyer (mündliche Mitteilung) können wir diesen Typus als „chronologisch-retrogrades Modell“ bezeichnen.

Der Vergleich mit Architektur

Die Vorstellungen der Patienten über den Therapieprozess, die auch als „Laientheorien“ gekennzeichnet werden können, haben ihren eigenen Stellenwert in dieser Diskussion; in ihrer vielfältigen und oft sehr plastischen Metaphorik spiegeln sie die Erlebnisdimension des Prozesses recht gut wider. So sprechen Patienten oft von der Analyse als Erkundung eines Hauses. Diese Metapher lädt zu Überlegungen ein, die die Binnenarchitektur des Gebäudes betreffen. Wenn auch dem erfahrenen Architekten der sorgfältige Blick von außen mancherlei Vermutungen über die innere Ausgestaltung eines Hauses nahe legt, so führt nur der Weg durchs Innere zur Erkenntnis über die Verteilung und Anordnung der Räume, ihre Nutzung und Einrichtung. Freilich gibt es auch Gemeinsamkeiten zwischen Häusern, die wir, da wir ihre Bauweise und Funktion kennen, erschließen können. So führt auch die seelische Entwicklung des Menschen jeden von uns unvermeidlich durch gewisse Stadien, die viele Autoren (z. B. Erikson 1970b; Lidz 1970) beschrieben haben. Wir erwerben unsere seelische Struktur durch die Auseinandersetzung mit den entwicklungspsychologischen Aufgaben, die sich jedem Menschen stellen: Loslösung aus der Symbiose, Triangulierung, Ödipuskonfiguration, Reifungsprozesse von Latenz und Adoleszenz etc. Hierbei kommt es zu unterschiedlichen Verinnerlichungen mit jeweils entsprechenden inhaltlichen Auswirkungen auf die Ich- und Über-Ich-Bildung. Wie zugänglich diese Strukturen einer therapeutischen Bearbeitung sind, hängt von einer Vielzahl individuell ausgeprägter Faktoren ab, die mit der Behandlungstechnik interagieren und die wir als intrapsychische Abwehr und psychosoziale Anpassungsleistungen begreifen (s. dazu auch Mentzos 1982, S. 109 mit seinem dreidimensionalen Modell der Diagnostik).

Bewertung chronologisch-retrograder Modelle

Die Parallelisierung zwischen Therapieprozess und frühkindlicher Entwicklung ist sicherlich häufig angemessen und kann eine fruchtbare Leitlinie für Interventionen liefern. Problematisch wird sie da, wo sie unflexibel gehandhabt wird, z. B. wenn der Analytiker übersieht, dass sich der Therapieprozess, wie ihn der erwachsene Patient mitgestaltet, in ganz zentralen Punkten, nicht zuletzt in der Erlebnisqualität, von frühkindlichen Erfahrungen unterscheidet. Die frühen Erfahrungen **können** nicht mehr authentisch wiedererlebt werden; es sind immer die schon vielfach überformten Erfahrungen eines Erwachsenen, um die es im therapeutischen Prozess geht. Ihnen muss auch ein entwicklungspsychologisch orientiertes Prozessmodell gerecht werden.

Das Verführerische an diesen Modellen besteht - wie gesagt - darin, dass sie eine zwangsläufige Abfolge der einzelnen Phasen nahe zu legen scheinen. Das kann zur Folge

haben, dass der Therapeut nur noch **die** Information des Patienten verarbeitet und therapeutisch umsetzt, die zu der Phase passt, die gerade „dran“ ist. So wird u. U. eine Phase nach der anderen interaktiv **hergestellt**, ihre Abfolge aber als prozessimmanente Gesetzmäßigkeit interpretiert. Bei Modellen, die von einer Naturwüchsigkeit des psychoanalytischen Prozesses ausgehen, steht modellimmanent folgerichtig die Entwicklung des Patienten ganz im Vordergrund. Betrachtet man die psychoanalytische Behandlung dagegen als dyadenspezifischen, interaktionellen Aushandlungsprozess (► Abschn. 9.4), so wird der Beitrag des Therapeuten eminent wichtig.

Der Beitrag des Therapeuten

Ein weiteres, wesentliches Kriterium zur Beurteilung von Prozessmodellen liefert uns die Beantwortung der Frage: Was sagt ein Modell über die Rolle des Analytikers, welche Funktion wird ihm bei der Gestaltung des Prozesses zugeschrieben? Generell kann man davon ausgehen: je „naturwüchsiger“ der Prozess konzipiert wird, desto weniger gibt es über die Rolle zu sagen, die der Analytiker dabei spielt (und über die Verantwortung, die er dafür übernimmt; Wallwork 2005). Im Extremfall erschöpft sich seine Funktion darin, die vom Modell postulierten Gesetzmäßigkeiten des Prozesses zu kennen und ihren Ablauf nicht zu stören. Die Anwendung heuristischer Strategien durch den Analytiker ist hier weder notwendig noch wünschenswert. Sein Verhalten orientiert sich ohnehin nicht in erster Linie am Patienten, sondern an seiner „naturgesetzlichen“ Sicht des Prozesses, den er in der Regel durch Neutralität und Deutungen zu unterstützen sucht.

Folgerichtig spielt innerhalb solchen Modelldenkens auch die Frage eine wesentliche Rolle, ob der Patient, den der Analytiker eben im Erstinterview gesehen hat, überhaupt geeignet ist für diesen Prozess, der ja vom Analytiker nicht modifiziert werden kann, da sein Ablauf in der „Natur der Sache“ liegt. Eine adaptive Indikation, wie wir sie propagieren (► Kap. 6), ist in diesem Rahmen nicht möglich, da sie eine große Flexibilität seitens des Analytikers erfordert, der sich dabei in wechselnden Rollen als Interaktionspartner anbieten muss.

Wir haben hier ein Extrem beschrieben, um daran eine Gefahr zu verdeutlichen, die umso größer wird, je „naturwüchsiger“ der Analytiker den Prozess konzipiert: die Gefahr nämlich, dass der Analytiker sich seiner Verpflichtung entzieht, für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses verantwortungsbewusst und flexibel Sorge zu tragen, und eine immer größere Anzahl von Patienten – fälschlicherweise, wie wir meinen – als nicht psychoanalysetauglich klassifiziert.

Als Beispiel für ein Prozessverständnis, das die Rolle des Analytikers kaum spezifiziert, möchten wir die Auffassung von Menninger u. Holzman (1958; dt. 1977) herausgreifen. Die beiden Autoren vertreten ein Prozessmodell, nach dem ein geeigneter Patient mit dem Analytiker einen Kontrakt schließt und am Ende eines typischen Prozesses seine Struktur verändert und seine Übertragung aufgelöst hat. Nebenbei bemerkt ist das eine Sicht der Dinge, die durch katamnestiche Untersuchungen von Schlessinger u. Robbins (1983) widerlegt wird: Die Auflösung der Übertragung am Ende einer erfolgreichen Behandlung ist ein Mythos; im Gegenteil: auch erfolgreich analysierte Patienten zeigten im katamnestiche Interview schnell deutliche Übertragungsmanifestationen. Der Analytiker scheint bei Menninger u. Holzman nicht viel mehr zu sein als ein geduldiger, vorwiegend schweigsamer Begleiter, der durch seine Freundlichkeit den Patienten davon überzeugt, dass seine Übertragungen von Hass und Liebe keine Begründung in der Gegenwart haben.

Diskussion verschiedener Prozessmodell-Typen

Die Fiktion eines von der realen Person des Analytikers gereinigten psychoanalytischen Prozesses orientiert sich an einem durchschnittlich zu erwartenden Analytiker und einem geeigneten Patienten. Abgesehen davon, dass es dieses fiktive Paar nicht gibt, verhindert diese Vorstellung auch, dass jene sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse Eingang in die psychoanalytische Situation finden, die dem Wesen der therapeutischen Beziehung

angemessen ist. Die drängenden Probleme psychoanalytischer Behandlungstechnik lassen sich nicht dadurch lösen, dass - in einer Gegenreaktion auf diese Identitätskrise - immer rigidere Behandlungskonzeptionen propagiert werden. Wir schreiben demgegenüber dem Analytiker eine zentrale Rolle als Mitgestalter des therapeutischen Prozesses zu, die er in Abhängigkeit von seiner eigenen Persönlichkeit und vom Patienten dyadenspezifisch wahrnimmt. Diese Sicht der Therapeutenrolle ist mit einem Verständnis des psychoanalytischen Prozesses als Naturereignis unvereinbar.

Validierbarkeit

Hier stehen sich zwei Auffassungen des psychoanalytischen Prozesses gegenüber, aber beide sind zunächst nicht mehr als Glaubensbekenntnisse. Nur die Beobachtung psychoanalytischer Prozesse kann letztlich Aufschluss über die Angemessenheit von Prozessmodellen liefern. Voraussetzung dafür ist eine Formulierung der Prozessmodelle, die deren Überprüfung und ggf. Widerlegung anhand von Beobachtungen zulässt. Diese Frage der Validierbarkeit von Prozessmodellen an der Empirie halten wir für ein wichtiges Kriterium bei der Beurteilung verschiedener Modelle, über deren Brauchbarkeit letztendlich nur auf diesem Wege entschieden werden kann.

Widerlegbarkeit

Voraussetzung dafür ist, dass Modelle so weit wie derzeit möglich expliziert werden. Je beobachtungsnäher Prozessmodelle formuliert sind, desto eindeutiger lassen sich operationale Sätze daraus ableiten, die dann ihrerseits an beobachtbaren Ereignissen in den Sitzungen überprüft werden können. Das Testen von Hypothesen, v. a. das Sammeln modellunverträglicher Informationen, muss möglich sein. Das heißt, Modelle, die post hoc mühelos auch das Gegenteil des zunächst Prognostizierten erklären können, sind unbrauchbar. Gerade in der psychoanalytischen Theoriebildung ist jedoch die Neigung verbreitet, solche unwiderlegbaren Modelle zu konzipieren. Sie resultiert sicherlich nicht zuletzt aus der Hilflosigkeit, die den Analytiker angesichts seines hochkomplexen Gegenstands zunächst zwangsläufig überkommen muss. Wenn menschliches Verhalten überdeterminiert ist, wenn der Kampf zwischen Wunsch und Abwehr unentschieden hin und her geht, dann ist es riskant, Prognosen zu wagen. Dieses Risiko erhöht sich mit der Länge des Zeitraums, für den die Prognose gelten soll. Von daher ist die Formulierung von Prozessmodellen immer ein gewagtes Unternehmen; sollen diese Modelle doch - idealiter - ein Raster für eine große Menge interaktiv voneinander abhängiger Ereignisse liefern, ohne dass die Art der Abhängigkeitsverhältnisse zwischen diesen Ereignissen näher bekannt wäre.

Zwei Wege aus dieser Schwierigkeit sind denkbar. Den einen, der darin besteht, Prozessmodelle so abstrakt zu formulieren, dass sie letztendlich allgemeingültig und damit unwiderlegbar sind, betrachten wir als Sackgasse. Der Blick für Neues wird durch diese Form der Theoriebildung nicht geschärft, sondern verstellt. Die in klinischen Seminaren häufig zu bestaunende Fähigkeit, einen Fall schon nach kurzer Präsentation in einen umfassenden theoretischen Rahmen stellen zu können, ist Ausdruck solch abstrakter Pauschalierungen. Der Fall wird in das Prokrustesbett einer Theorie gezwungen. Information, die nicht hineinpasst, wird übergangen. Fehlende Information wird theoriekonform unterstellt.

Der andere Weg, mit der Komplexität des Gegenstands psychoanalytischer Prozesse zurechtzukommen, besteht darin, dass man den Anspruch verringert, eine umfassende Prozesskonzeption zu liefern. Wir halten es in diesem Zusammenhang für fruchtbar, zunächst für verschiedene, im Therapieverlauf häufiger wiederkehrende Ereignisse Hypothesen in Form von Wenn-dann-Aussagen aufzustellen. Dabei sollte sowohl die Wenn- als auch die Dann-Komponente möglichst eindeutig spezifiziert werden, um die Widerlegbarkeit der Hypothese zu gewährleisten.

9.3 Modelle des psychoanalytischen Prozesses

Mangel an geeigneten Prozessmodellen

Freuds technische Empfehlungen für die Behandlungsführung und damit für den Prozess bleiben im Hinblick auf den Gesamtverlauf von Behandlungen eher kursorisch, bewusst vage und unentschieden; zwar lassen sich eine ganze Reihe von Regeln (► Kap. 7) und Strategien (► Kap. 8) ausmachen, aber eine Prozesskonzeption, die über die Benennung von Anfangs-, Mittel- und Endphase hinauskommt, wie dies Glover (1955) festhält, ist nicht auszumachen. Menningers u. Holzmanns Konzeptualisierung haben wir schon erwähnt; wie auch immer ihre inhaltliche Position zu bewerten ist, so ist doch ihr Versuch, eine Konzeption des ganzen Verlaufs zu entwerfen, Ausdruck eines Problembewusstseins, das im Erscheinungsjahr 1958 sehr begrüßt worden ist. Seit Bibrings Unterscheidung auf dem Marienbader Kongress (1936) steht die Entwicklung einer Theorie der Therapie an, die auf mehr als die lose Sammlung einiger behandlingstechnischer Prinzipien abzielt.

Trotzdem ist die Zahl kohärenter Prozessmodelle, die einzelne Teilbereiche betreffende Aussagen zu einer Gesamtkonzeption zusammenschließen, nach wie vor gering. Dies dürfte sowohl mit der Vorliebe der meisten Analytiker für eine kasuistisch-essayistische Mitteilungsform (Kächele 1981) wie auch mit der bestehenden Komplexität des Gegenstandsbereichs zusammenhängen. Unsere Darstellung einiger Ansätze zur Formulierung von Prozessmodellen reflektiert diesen Stand der Entwicklung.

Phasen und Verlaufsstruktur in den Modellen

Eine Gemeinsamkeit des prozessorientierten Denkens finden wir im Begriff der **Phase**. Die Unterscheidung einzelner Behandlungsabschnitte nach vorherrschenden inhaltlichen Mustern kennzeichnet die Fallbeschreibungen von Ausbildungskandidaten mit oft bilderreichen, mitunter phantasievollen Überschriften. Auch der Ansatz von Meltzer (1967) beschreibt den typischen Prozess von Kinderanalysen Kleinscher Prägung mit entwicklungspsychologisch klingenden Phasenbildern:

- I: The Gathering of Transference,
- II: The Sorting of Geographical Confusions,
- III: The Sorting of Zonal Confusions,
- IV: The Threshold of the Depressive Position
- V: The Weaning Process.

Diese Abfolge von Phasen ist nach Meltzer Ausdruck eines **organischen Prozesses**, der dann entsteht, wenn eine Behandlung nach den Methoden von Klein rite durchgeführt wird - ein wahrhaft naturgeschichtlicher Prozess, wie uns versichert wird (1967, S. 3). Die für eine kinderanalytische Konzeption nahe liegende Abfolge von frühen Stadien der Entwicklung zu späteren wird problematischer, wenn sie für die Prozessauffassung von Erwachsenenanalysen übernommen wird, wie es Fürstenau (1977) mit seinem Modell der „Verlaufsstruktur der nichtfokussierten psychoanalytischen Einzelbehandlung“ vorgelegt hat. Diese Verlaufsstruktur ergibt sich aus dem Zusammenwirken der dynamischen Faktoren der analytischen Situation, wie wir sie in vielfältiger Weise beschrieben haben.

Beispiel Fürstenau-Modell

Am psychoanalytischen Prozess selbst sind zwei Dimensionen zu unterscheiden, die in ihrer Verschränkung die Verlaufsstruktur ausmachen. Die beiden Teilprozesse nennt Fürstenau (1977, S. 858):

- ...den Prozess der allmählichen Strukturierung und Normalisierung des Selbst mit wiederholten Phasen starker, strukturell sich ausprägender Rückfälle in regressive Krisen und einer darauf eingestellten substitutiv-supportiven Weise des Umgangs seitens des Analytikers,

- den Prozess der schichtweisen szenischen Entfaltung und Aufarbeitung der überkommenen Fixierungen in Form der Analyse von Übertragung und Widerstand.

Wir kennzeichnen nunmehr die 7 Phasen des Modells von Fürstenau durch einige wenige Punkte, um dem Leser einen Einblick in das Verlaufsmodell und seine Problematik zu vermitteln. In der Übersicht Fürstenaus wird jede Phase unter dem übergeordneten Gesichtspunkt „Aufarbeitung des überkommenen Beziehungsmusters“ und „Aufbau eines neuen Beziehungsmusters“ beschrieben.

Übersicht Start

Das Modell von Fürstenau

- **Phase 1:** Der Analytiker hat für den Patienten eine mütterliche Rolle, er soll durch seine Haltung Sicherheit vermitteln.
- **Phase 2:** Der Patient entfaltet seine Symptomatik, er ist an einem Verständnis unbewusster Zusammenhänge noch wenig interessiert und macht wichtige Erfahrungen hinsichtlich der Verlässlichkeit und Festigkeit des Analytikers.
- **Phase 3:** Es kommt zur Bearbeitung der negativen Aspekte der frühen Beziehung zur Mutter.
- **Phase 4:** Eine Wendung zu sich selbst vollzieht sich, unter Bearbeitung der verborgenen Kränkungs- und Aggressionsthematik der frühen Mutter-Kind-Beziehung; im Zusammenhang damit bessert sich die diffuse depressive Symptomatik. In der Beziehung zum Analytiker macht der Patient die Erfahrung, dass dieser Interesse für seine geheimen Phantasien hat, ohne aufdringlich zu sein oder ihm wegen des narzisstischen Rückzugs Schuldgefühle zu machen.
- **Phase 5:** Die Geschlechtsidentität konturiert sich mit entsprechend unterschiedlichen Verläufen bei männlichen und weiblichen Patienten.
- **Phase 6:** Das Thema von Phase 5 setzt sich in der 6. Phase, der Phase der ödipalen Triangularität, fort.
- **Phase 7:** Beendigung der Behandlung; sie wird erleichtert durch neu entwickelte Beziehungen, die der Patient sowohl zu sich selbst als auch zu Partnern finden konnte. Die Durcharbeitung der Trauer steht im Mittelpunkt.

Übersicht Stop

Fürstenau bildet zwei Klassen seelischer Störungen, die er die einigermaßen Ich-intakten Neurosen und die strukturellen Ich-Störungen nennt. Zu letzteren gehören psychotische, narzisstisch zurückgezogene, dissoziale, süchtige, perverse und psychosomatische Patienten. Die Therapie verläuft bei den Ich-intakten Patienten über alle Phasen hinweg in der beschriebenen Weise, insbesondere im Bereich des Teilprozesses 1, während es bei der nichtfokussierten psychoanalytischen Behandlung strukturell Ich-gestörter Patienten zu einer starken Verschränkung der beiden oben kurz skizzierten Teilprozesse kommt. Außerdem ändern sich bei Letzteren besonders die 1., 2. und 3. Behandlungsphase. Zum Beispiel hat der Analytiker in der 1. Behandlungsphase vermehrt substitutive Funktionen zu übernehmen. Es kommt auch nicht zu einem klaren Übergang in die 4. Behandlungsphase, und in der zweiten Hälfte des Prozesses herrscht ein Alternieren zwischen der Beschäftigung mit sich selbst und anderen vor.

Dem korrespondiert hinsichtlich der Interventionen des Analytikers ein ständiges **Alternieren** zwischen Übertragungs- und Widerstandsbearbeitung einerseits und Stärkung des Selbst des Patienten andererseits ... (Fürstenau 1977, S. 869; Hervorhebung im Original).

Kritik des Fürstenau-Modells

Gegenüber unserem weiter unten dargestellten Prozessmodell zeichnet sich die von Fürstenau typisierte Verlaufsstruktur durch festgelegte inhaltliche Bestimmungen aus. Solche

Festlegungen haben in sich selbst eine therapeutische Funktion, weil sie dem Psychoanalytiker Sicherheit vermitteln. Fürstenau hat diese Modellstruktur aus seiner klinischen Erfahrung und aus seinen Supervisionserfahrungen heraus entwickelt.

Wir können als Gemeinsamkeit mit unseren eigenen Vorstellungen unterstreichen, dass der Behandlungsprozess durch thematisch gekennzeichnete Phasen beschrieben werden kann. Für weniger zutreffend halten wir die Annahme, dass generell in jedem Prozess die Sequenz der Phasen im Sinne einer linearen Aufarbeitung der ontogenetischen Entwicklung organisiert ist. Sozialwissenschaftliche Gesichtspunkte machen es unwahrscheinlich, dass der Allgemeinheitsanspruch dieses Modells eingelöst werden kann, aber es wäre zweifellos ein großer Fortschritt für die psychoanalytische Verlaufs- und Ergebnisdarstellung, wenn ein Musterbeispiel eines typischen Verlaufs im Sinne des Fürstenauschen Modells vorgelegt würde.

Der **Vorteil** dieses Modells liegt darin, dass die psychoanalytische Methode an die Gegebenheiten von zwei großen Patientengruppen angepasst wird. Damit erübrigt es sich, die Reichweite einer mehr oder weniger eng definierten „klassischen Technik“ immer wieder neu zu bestimmen. Es entfallen damit jene Kontroversen, die weder für die Psychoanalyse förderlich noch für Patienten nützlich sind und die im Allgemeinen darauf hinauslaufen, die sog. klassische Technik auf Patienten mit intrapsychischen Konflikten auf ödipalem Niveau anzuwenden, alle anderen aber der analytischen Psychotherapie, den sog. psychodynamischen Psychotherapien zuzuweisen oder zu ihrer Behandlung eine neue Therapieschule zu gründen.

Die Orientierung am gesamten Potenzial der Methode könnte schließlich doch noch zu jener Differenzierung führen, die Freud (1919a) für verschiedene Erkrankungstypen gefordert hat. Sie impliziert eine gewisse, wenn auch u. E. noch ungenügende Flexibilität im Sinne der Anpassung an die Notwendigkeiten und Bedürfnisse des jeweiligen Patienten. Es ist unschwer zu erkennen, dass Fürstenau in sein Modell des Therapiegeschehens den Bereich der sog. narzisstischen Störungen miteinbezieht, indem er den Teilprozess „der allmählichen Strukturierung und Normalisierung des Selbst“ im Modell vorgesehen hat.

Kohuts Prozessmodell der Heilung

Im Spätwerk Kohuts wird zwischen triebtheoretisch und Ich-psychologisch fundierter Behandlungstechnik und der von ihm geschaffenen Konzeption der Analyse und Wiederherstellung des Selbst grundsätzlich unterschieden (Kohut 1973a, 1979b). Seinem Prozessmodell der Heilung liegen folgende Annahmen über die Entstehung neurotischer Störungen zugrunde:

Übersicht Start

Annahmen über die Entstehung neurotischer Störungen in Kohuts Prozessmodell

1. Das Selbstobjekt sucht sich selbst im anderen.
2. Die empathische Resonanz der Mutter auf dieses Suchen lässt aber mehr oder weniger zu wünschen übrig. Aus dem Missverhältnis zwischen Erwartung und Erfüllung bei der Selbstobjektfindung entstehen Defizite im Selbst. Günstigenfalls weist die empathische Resonanzfähigkeit der Mutter - und in der Wiederholung des Analytikers - mehrere Stufen auf, die jeweils auch die Form der Übertragung bestimmen: die Spiegel-, Zwilling- und idealisierende Selbstübertragung, die als Grundbedürfnisse des Menschen bezeichnet werden.
3. Defizite des Selbst geben für alle Störungen die entscheidende Grundlage ab. In seinen letzten Schriften betrachtet Kohut auch die ödipale Pathologie als Emanation der nichtempathischen Mutter bzw. des nichtempathischen Vaters (Kohut 1984, S. 24). Es gäbe keine Kastrationsangst mit **pathologischen** Folgen, wenn keine primäre Selbstschädigung vorläge.

4. Im therapeutischen Prozess kommt es nach der Überwindung von Widerständen, die sich gegen erneute Selbstobjekttränkungen richten (man ist gekränkt, weil der andere nicht so ist, wie man es selbst möchte), zur Mobilisierung von „Selbstobjektübertragungen“ mit unvermeidlichen Konflikten in der analytischen Beziehung: Der Konflikt besteht zwischen dem ständigen Bedürfnis nach angemessenen Selbstobjektreaktionen einerseits und der Furcht vor einer Verletzung des Selbst andererseits. Wenn sich der Patient verstanden fühlt, kommt es in den Selbstobjektübertragungsformen zur Wiederbelebung archaischer und verleugneter Bedürfnisse an das Selbstobjekt.
5. Die Beziehung zwischen dem Selbst des Analysanden und dem Selbstobjekt, d. h. der Selbstfunktion des Analytikers, ist zwangsläufig unvollkommen. Da die Versuche, eine totale empathische Gleichgestimmtheit mit dem Analysanden herzustellen, zum Scheitern verurteilt sind, kommt es zu Regressionen des Selbst mit Symptombildungen, die als Desintegrationsprodukte verstanden werden.
6. Der Analytiker spürt mittels seiner empathischen Resonanz die legitimen Bedürfnisse an seine Selbstobjektfunktion, die unter den verzerrten Manifestationen begraben sind. Er klärt die Sequenz der Ereignisse und korrigiert seine eigenen Missverständnisse.
7. Das Ziel der therapeutischen Bemühungen besteht darin, „die Selbstobjektfunktion des Selbstobjektanalytikers zu einer Funktion des Selbst des Analysanden“ (Wolf 1982, S. 312) werden zu lassen, was als „umwandelnde Verinnerlichung“ („transmuting internalization“) bezeichnet wird. Wesentlich ist, dass die zunehmende Selbststrukturierung keine Unabhängigkeit von Selbstobjekten bedeutet, sondern eine gesteigerte Fähigkeit beinhaltet, diese zu finden und auch zu benutzen.

Übersicht Stop

Die Anwendung dieser Thesen auf den Prozess einer „klassischen Übertragungsneurose“ - die definitionsgemäß auf ödipale Konflikte beschränkt werden kann - führt zu folgender Phasenstruktur (Kohut 1984, S. 22):

1. eine Phase allgemeiner schwerer Widerstände,
2. eine Phase ödipaler Erfahrungen (im traditionellen Verständnis), bestimmt von erheblichen Kastrationsängsten (Ödipuskomplex),
3. erneut eine Phase schwerer Widerstände,
4. eine Phase der Desintegrationsangst,
5. eine Phase milder Angst, die mit optimistischer Erwartung abwechselt,
6. eine abschließende Phase, für die Kohut die Bezeichnung „ödipales Stadium“ vorschlägt, „um ihre Bedeutung als gesunder frohgemuter (joyful) Entwicklungsschritt hervorzuheben, den Beginn eines geschlechtsdifferenzierten, stabilen und auf eine erfüllte kreativ-produktive Zukunft verweisenden Selbst“ (S. 21; Übersetzung durch die Verfasser).

Für diese Phasengliederung weist Kohut selbst auf eine zugrunde liegende theoretische Annahme hin, dass nämlich der Prozess der Analyse von der Oberfläche zur Tiefe fortschreite, woraus er schließt, dass „Übertragungssequenzen im allgemeinen Entwicklungsschritte in umgekehrter Reihenfolge wiederholen“ (Kohut 1984, S. 23; Übersetzung durch die Verfasser). Ziel und Motor dieses Prozesses ist es, dem Patienten zu vermitteln, dass „ein beständiges Echo empathischer Resonanz wirklich in dieser Welt erhältlich ist“ (Kohut 1984, S. 78; Übersetzung durch die Verfasser).

Die „korrektive emotionale Erfahrung“ - Diskussion und Ausblick

In diesem letzten, posthum veröffentlichten Werk scheut Kohut sich nicht mehr, die berühmt-berüchtigte Vokabel der „korrektiven emotionalen Erfahrung“ als Pendant seiner Formulierung gelten zu lassen. Schließlich galt die damalige Aufregung dem manipulierenden Einsatz des emotionalen Erlebens anstelle des Durcharbeitens. Am Ende seines Lebens sieht

sich Kohut trotz aller Veränderungen insofern fest auf dem Boden der klassischen Technik stehend, als **Neutralität** und **Abstinenz** seine Grundhaltung ausmachen, die durch **dynamische (Übertragungs)interpretationen und genetische Rekonstruktionen** ergänzt wird.

Die kritische Bewertung der Theorie des Selbst muss sich daran orientieren, dass Kohuts durchgängiger Erklärungskunstgriff eine zeitgenössische Version des Sicherheitsprinzips darstellt. An die Stelle des Triebwunsches ist die Regulierung der Beziehung zum signifikanten anderen getreten, der allerdings im Sinne der Narzissmustheorie konzipiert wird.

Hier treffen die frühen Ansätze Balints über die primäre Liebe mit den sozialpsychologischen Thesen von Cooley u. Mead zusammen, obwohl Kohut den symbolischen Interaktionismus auch in der Rezeption durch Erikson zum größten Nachteil seiner Theorie und Praxis ablehnt. Hierher gehört auch die Integration von Piagets Anpassungs- und Akkommodationsprozessen in die psychoanalytische Entwicklungspsychologie (s. Wolff 1960; Greenspan 1979, 1981). Die psychoanalytischen „Objektbeziehungspsychologien“ werden der Fähigkeit zu „sozialer Interaktion“ nicht gerecht. In den ersten sechs Monaten lernt das Baby, „wie es seine Mutter dazu bewegen kann, mit ihm zu spielen und dann eine Interaktion mit ihm einzuleiten“ (Stern 1977).

Wenn wir diese neue Perspektive auf den psychoanalytischen Behandlungsprozess anwenden, dann gerät die Frage der Regulierungskompetenz in den Mittelpunkt aller Überlegungen und führt zu einer Prozesskonzeption, die vielleicht die Einseitigkeiten und unnötigen Verallgemeinerungen des Kohutschen Denkens überwindet und doch erkennen lässt, dass Kohut einen wichtigen Kernpunkt erfasst hat, dass nämlich die Regulierung des Wohlbefindens und der Sicherheit hierarchisch über der Verwirklichung einzelner Wünsche steht

Dieser Hinweis leitet über zu der von Moser u. Zeppelin konzipierten Regulierungstheorie der Traumgenerierung (► Kap. 5), die auch zu einem klinischen Prozessmodell führt. Moser et al. haben 1981 einen Theorieentwurf der Regulierung mentaler Prozesse vorgelegt, in dem Objektbeziehungen, Affekte und Abwehrprozesse mit den sonst für die Entwicklung von Computersimulationsmodellen verwendeten sprachlichen Mitteln konzipiert wurden. In diesem Modell wird die Beziehung Analytiker - Analysand als Wechselwirkung zweier Prozesssysteme betrachtet, die expliziten oder impliziten Beziehungsregeln folgt. Für das Verständnis der nachfolgenden Ausführungen ist es wichtig, sich den Begriff der Prozesssysteme vorstellen zu können. Es dürfte hilfreich sein, wenn wir das vertraute psychoanalytische Strukturmodell als ein solches Prozesssystem kennzeichnen, in dem drei Regulationskontexte, nämlich Ich, Über-Ich und Es, interagieren. Als „Kontext“ wird eine lose Gruppierung kognitiv-affektiver Funktionen verstanden, die untereinander mehr oder minder spannungsvoll verkehren, vergleichbar dem Bild Waelders vom friedlichen Grenzverkehr, der in Kriegszeiten unterbunden wird (1963). Die Koautorin von Zeppelin (1987) unterstreicht in ihrer Darstellung des Modells, dass die Hauptannahme des Prozessmodells darin besteht, dass sich Analytiker und Patient laufend Bilder (Modelle) vom Stand des Regulierungssystems machen - sowohl vom eigenen als auch von dem des anderen und von der vermuteten Wechselwirkung. Ein wichtiges Charakteristikum des Modells besteht darin, dass für die Herstellung und Aufrechterhaltung von Beziehungen ein spezieller Regulierungskontext angesetzt wird, der Wünsche und Regeln für deren Verwirklichung enthält. Die Beziehungsregeln umfassen auch jene Regeln, die zur kommunikativen „hardware“ der Interaktionsregulierung gehören und etwa der Habermasschen Universalpragmatik zugerechnet werden müssen; diese sind im therapeutischen Prozess erst dann von Interesse, wenn sie erheblich gestört sind und als pathologische Phänomene in Erscheinung treten. Generell klinisch bedeutsam sind die sog. **selbstrelevanten Beziehungsregeln**, die für die Aufrechterhaltung der Stabilität des gesamten Regulierungssystems wichtig sind. Ihnen hierarchisch untergeordnet sind die **(objekt)relevanten Beziehungsregeln**, die den sozial vorgegebenen Beziehungsregeln folgen. Aus der Unterscheidung beider Regelsätze folgt ein

erstes Verständnis der Übertragung: Diese findet nur dort statt, wo selbstrelevante Beziehungsregeln ins Spiel gebracht werden.

Der therapeutische Prozess kommt in Gang, weil der Analysand die Regulierungskompetenz des Analytikers zu Hilfe nimmt; er tut dies auf die ihm eigene, entwicklungspsychologisch determinierte Weise. Die Aufgabe des therapeutischen Prozesses ist es, diese unbewusst eingeleiteten Erwartungen an die Hilfestellung des Analytikers deutlich zu machen. Dazu werden in dem Modell vier Hauptfunktionen der therapeutischen Beziehung definiert (v. Zeppelin 1987):

Übersicht Start

Hauptfunktionen der therapeutischen Beziehung

- Die Erweiterung der affektiv-kognitiven Suchprozesse in Bezug auf die Regulierungsaktivität, insbesondere die Erweiterung der selbstreflexiven Fähigkeiten.
- Der Aufbau und die Einübung eines Ad-hoc-Modells der Beziehung zwischen Analytiker und Analysand; im Hier und Jetzt wird eine bessere Interaktionskompetenz erworben, die dann auf die außeranalytische Beziehungsrealität übertragen werden muss.
- Die allmähliche Veränderung der therapeutischen Wechselwirkung im Sinne der Herstellung einer anderen Regulierungsverteilung zwischen Analytiker und Analysand.
- Die Veränderung des Regulierungssystems des Analysanden über die Ausdifferenzierung der selbstreflexiven Funktionen.

Übersicht Stop

Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse entstehen durch die Anwendung dieser vier Hauptfunktionen auf die therapeutische Beziehung. Die dadurch entstehenden Prozesse durchlaufen verschiedene Phasen, in denen unterschiedliche Brennpunkte immer wieder durchgearbeitet werden (► Abschn. 9.4). Einsicht kann als der schrittweise Aufbau von „Annäherungsmodellen“ beschrieben werden, die in einem iterativen Verfahren gesucht werden müssen. In einfacher Weise fasst eine neuere Arbeit diese Modellbildung:

Im klassischen psychoanalytischen Modell der Therapie bildet sich, durch die Regeln des Settings gesteuert, ein interaktives Arbeitsfeld. In diesen Bereich fallen die Prozesse von Übertragung, Gegenübertragung, Interpretation, Erinnern usw. ... Diese „Mikrowelt“ (Moser 2001) wird die ganze Zeit hindurch von der realkonkreten Beziehung zwischen Analytiker und Analysand getragen ... **Der Analytiker bildet zwei Modelle aus, eines geht in diese Mikrowelt ein, das andere versucht die Art der Beziehungsregulierung zwischen ihm und dem Analysanden zu erfassen** (Moser u. Zeppelin 2004, S.634).

Für Borderline-Patienten lassen sich mit diesem Modell vielfältige behandlungstechnisch hoch relevante Konsequenzen herleiten (Moser u. Zeppelin 2004a, b, c).

Bewertung

Ohne hier weiter auf die differenzierten Beschreibungs- und Darstellungsmöglichkeiten dieses formalisierten Modells eingehen zu können, unterstreichen wir die zentrale Bedeutung des Konzepts der „Regulierungskompetenz“, deren strategische und taktische Aufgabe im Mittelpunkt des hypothetischen „Subjektprozessors“ steht. Wenn auch die Sprachbilder fremd scheinen, so treffen sie doch genau jenes Konzept von **Sicherheit**, das wir auch bei dem Prozessmodell der Mount Zion Psychotherapy Research Group von Weiss u. Sampson (s. oben) identifizieren können und das wir nun skizzieren wollen.

Das Prozessmodell der Mount Zion Psychotherapy Research Group

Auf dem Boden einer klinisch und theoretisch ausgearbeiteten Konzeptualisierung der Abwehranalyse haben sie in einer Reihe von Arbeiten seit 1971 auch originelle empirische Ansätze zur Überprüfung vorgelegt. Ohne auf bestimmte, inhaltlich ausgeführte psychodynamische Konfigurationen einzugehen, bestimmen sie den Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung als Auseinandersetzung zwischen dem Bedürfnis des Patienten, seine unbewussten pathogenen Überzeugungen („pathogenic beliefs“) in der Übertragung auszudrücken, und dem Verhalten des Analytikers, diese als „Test“ benannten kritischen Situationen so zu bestehen, dass der Patient keine Bestätigung seiner negativen Erwartungen erfährt. Geht der Test positiv aus, so kann der Patient die Sicherheit erwerben, dass seine aus infantilen Wunsch-Abwehr-Mustern bestehenden Überzeugungssysteme nicht mehr gerechtfertigt sind, und kann ihre steuernde Funktion inaktivieren. Diese Konzeption wurde aus der Auseinandersetzung mit Freuds früherer triebtheoretischer und seiner späteren Ich-psychologischen Abwehrtheorie abgeleitet und findet sich auch bei Loewenstein (1969, S. 587), Kris (1950, S. 554), Loewald (1975, S. 284) und Greenson (1967, S. 178; dt. 1973, S. 189). Das Konzept der Bewährungsprobe ist durch Freuds Hinweis gebahnt, das Ich schalte zwischen Triebanspruch und Befriedigungshandlung die Denktätigkeit ein, „die nach Orientierung in der Gegenwart und Verwertung früherer Erfahrungen durch Probehandlungen den Erfolg der beabsichtigten Unternehmungen zu erraten sucht“ (1940a, S. 129). Es wurde von Weiss (1971), dem Theoretiker der Gruppe, auf die Übertragungssituation angewendet; ähnliche Überlegungen finden sich bei Rangell (1971) und Dewald (1978).

Konkurrenz zur Frustrationsthese

Der Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung wird entsprechend als Abfolge von „Tests“, d. h. Bewährungsproben, angesetzt, bei denen die jeweils für den Patienten spezifischen Themen sukzessiv erprobt und durchgearbeitet werden. Das Verdienst von Weiss u. Sampson besteht besonders darin, diese Prozesshypothese gegen die Auffassung der Frustrationsthese konkurrierend empirisch geprüft zu haben. Obwohl beide Auffassungen die gleichen Abschnitte in Behandlungen als entscheidend betrachten, erweist sich die prognostische Kraft der Weiss-Sampson-These als der Frustrationsthese deutlich überlegen. Der Fortschritt in der Behandlung kann als Folge der erfolgreichen Widerlegung unbewusster pathogener Annahmen aufgefasst werden. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass verdrängte Inhalte auch ohne explizite Deutung angstfrei auftauchen können, wenn das analytische Klima jene Sicherheit gewährt, die dem Patienten notwendig erscheint (Weiss u. Sampson u. MZPG 1986; Weiss u. Sampson 1986).

Aussicht auf ein umfassendes Modell

Obwohl die hier untersuchten prozessualen Vorgänge nur einen Ausschnitt aus dem komplexen Geschehen erfassen, wird ein zentrales Thema konzeptualisiert und empirisch geprüft. Für ein umfassenderes Modell fehlt zurzeit noch die explizite Ausarbeitung über das Ziel des gesamten Prozesses, da hier ja nur einzelne Schritte des Geschehens berücksichtigt sind. Man könnte vermuten, dass ein befriedigendes Ende der Therapie nach diesem Prozessmodell dann erreicht ist, wenn alle pathogenen Annahmen des Patienten widerlegt sind. Dieses utopische Ziel wirft die Frage auf, welche pathogenen Annahmen des Patienten in einem konkreten Prozess so aktualisiert werden, dass sie ins Feuer der Übertragung geraten (Neudert et al. 1990).

Bewertung

Die formalen Schritte, die den Therapieverlauf kennzeichnen, finden nach Ansicht von Sampson u. Weiss in jeder Therapie und zu jedem Zeitpunkt der Therapie statt, und sie sind auch unabhängig davon, ob der Analytiker nach dieser Theorie arbeitet oder nicht. Damit beansprucht das Modell eine Allgemeingültigkeit, die weder durch die jeweilige Nosologie des

Patienten, das Stadium der Therapie, noch durch das technische Vorgehen des Therapeuten modifiziert wird. Auch innerhalb des Therapieverlaufs wird nur ein Ausschnitt betrachtet, nämlich der Versuch des Patienten, den Analytiker zu einem bestimmten Verhalten zu bewegen, und dessen Reaktion darauf. Diese Versuche des Patienten werden als von einem unbewussten Plan gesteuert angenommen (Curtis et al 1994), der den Gesamtprozess bestimmt. Wir haben die Anwendung dieses Plan-Konzepts auf die Behandlung der Patientin Amalie X (► Band „Praxis“) erprobt und finden diese Sicht der Übertragungsprozesse als eine alternative Formulierung zu der von dem behandelnden Analytiker skizzierten Dynamik hilfreich (Albani et al. 2003). In dem oben geforderten Sinne alternativer Erklärungen kann nur auch komparativ diskutiert und empirisch evaluiert werden, was wir im Band „Forschung“ der „Psychoanalytischen Therapie“ ausgiebig getan haben (Kächele u. Thomä 2006c). Es ist weiterhin erfreulich, eine deutliche Nähe dieses Plankonzepts zu den anderen psychoanalytischen Übertragungskonzepten festhalten zu können sowie auch die Rezeption dieses Denken in der nichtpsychoanalytischen, kognitiv-behavioralen Methode der Plananalyse zur Fallkonzeption von Grawe u. Caspar (1984; Caspar 1989) zu notieren.

Damit ist das Modell weiter spezifiziert und mit Zusatzannahmen versehen worden. Dadurch wurde das Modell der Komplexität und Individualität des psychoanalytischen Prozesses mehr gerecht.

9.4 Das Ulmer Prozessmodell

Allgemeingültigkeit und syndromspezifische Variabilität

Die Entwicklung der psychoanalytischen Behandlungstechnik war von Anfang an von einem Antagonismus zwischen einer Tendenz zur Vereinheitlichung der Methode und einer Tendenz zur syndromspezifischen Variation der Technik gekennzeichnet. So erwähnt Freud zum Thema **therapeutische Aktivität** Modifikationen der Technik bei Phobien und Zwangsneurosen. Sie werden uns „durch die allmählich wachsende Einsicht aufgefordert, dass die verschiedenen Krankheitsformen nicht durch die nämliche Technik erledigt werden können“ (Freud 1919a, S. 191). Nun sind in der allgemeinen und speziellen Neurosenlehre empirisch mehr oder weniger gut gesicherte Theorien über Entstehungsbedingungen psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen veröffentlicht. Indem wir diagnostizieren und prognostizieren, bringen wir unser ungefähres Wissen darüber zur Anwendung, was in der Psychoanalyse einer Angstneurose, einer Anorexia nervosa, einer depressiven Reaktion etc. geschehen müsste, damit eine Symptombesserung oder Heilung erzielt werden kann.

Einbeziehung von Erstkontakt und Beendigung

Der therapeutische Prozess beginnt nicht erst in der ersten Behandlungsstunde. Schon die Annäherung eines potenziellen Patienten, die Art und Weise seiner Anmeldung, seiner Terminvereinbarung werfen konturierende Muster auf den Beginn der Behandlung, entscheiden darüber, ob die „Einleitung einer Behandlung“ glückt. Schon hier stellt sich die Frage, mit wie viel Offenheit und Flexibilität der Analytiker die Situation gestalten kann, sodass eine psychoanalytische Situation daraus wird. Auch die Beendigung eines therapeutischen Prozesses legt es nahe, die Themen von Trennung und Abschied so zu gestalten, dass eine für die spezifische Beziehung günstige Abwicklung erreicht werden kann. Was für die Anfangs- und Beendigungssituation - bei aller Gleichartigkeit - an Verschiedenheit gilt, ist deshalb unser zentraler Ausgangspunkt für das Verständnis des Prozesses. Wir verstehen die Übertragungsneurose als **interaktionelle Darstellung** (Thomä u. Kächele 1973) der innerseelischen Konflikte des Patienten in der therapeutischen Beziehung, deren konkrete Ausformung eine Funktion des Prozesses ist. Diese ist für jede Dyade einzigartig - weshalb die Psychoanalyse zu Recht eine historische Wissenschaft genannt werden kann -, erlaubt aber auf einem höheren Abstraktionsniveau die Identifizierung typischer Verlaufsmuster. Die dabei entstehenden Vereinfachungen enthalten freilich die Gefahr, den Beitrag der

persönlichen Gleichung des Therapeuten und seiner theoretische Orientierung zu dieser Entwicklung zu übersehen. Ob sich freilich die syndromspezifisch intendierte Behandlungsstrategie auch realisieren lässt, hängt von zahlreichen Unwägbarkeiten ab, auf die der Analytiker keinen Einfluss hat. So schaffen oft Ereignisse im Leben des Patienten neue Situationen, die eine Modifikation der Strategie erforderlich machen.

Ein brauchbares Prozessmodell muss also eine am individuellen Patienten orientierte Flexibilität mit einer die therapeutische Aufgabe strukturierenden Regelmäßigkeit verbinden. In dem Bemühen, dieser Forderung gerecht zu werden, legen wir unserem Prozessmodell folgende Axiomatik zugrunde:

1. Die freie Assoziation des Patienten führt nicht von selbst zur Entdeckung der unbewussten Konfliktanteile.
2. Der Psychoanalytiker selektiert entsprechend seiner taktischen Nah- und strategischen Fernziele.
3. Psychoanalytische Theorien dienen der Generierung von Hypothesen, die immer wieder in Versuch und Irrtum geprüft werden müssen.
4. Die Brauchbarkeit therapeutischer Mittel erweist sich an der angestrebten Veränderung des Patienten; bleibt diese aus, müssen jene variiert werden.
5. Uniformitätsmythen in Psychoanalyse und Psychotherapie führen zu Selbsttäuschungen.

Freies Assoziieren und gleichschwebende Aufmerksamkeit im strategiegesteuerten Behandlungsprozess

An dieser Aufstellung wird unsere Auffassung von der psychoanalytischen Therapie als einem strategiegesteuerten Behandlungsprozess deutlich. Diese Sichtweise ist sicherlich insofern ungewohnt, als die Aufforderung zur **gleichschwebenden Aufmerksamkeit** einerseits und zur **freien Assoziation** andererseits gerade das Gegenteil eines Behandlungsplans auszudrücken scheinen. Um hier nicht einen sachlich gar nicht notwendigen Widerspruch zu konstruieren, sollte man sich Freuds Begründung seiner Empfehlung zur **gleichschwebenden Aufmerksamkeit** ansehen: Sie sei nämlich ein probates Mittel, mit dem theoretische Voreingenommenheiten korrigiert und der **jeweils individuelle Krankheitsherd** (Fokus) leichter entdeckt werden könnten. Damit erfüllen gleichschwebende Aufmerksamkeit und Fokussierung zwei einander ergänzende Funktionen: Im Kopf des Analytikers treten der Funktionszustand maximaler Informationsgewinnung (die gleichschwebende Aufmerksamkeit) und die Organisation der gewonnenen Information unter dem jeweils prägnantesten Gesichtspunkt (das Fokussieren) wechselweise in den Vordergrund.

Zentralbegriff Fokus

Mit diesen Überlegungen haben wir einen zentralen Begriff des Ulmer Prozessmodells in die Diskussion eingebracht: den Fokus. Bevor wir auf die mehrfache Bedeutung dieses Begriffs in der psychoanalytischen Literatur eingehen, möchten wir uns zunächst auf die Etymologie berufen: Am Fokus brennt es, und Fokussieren heißt, Lichtstrahlen in einem Punkt zu vereinigen. Wenn wir in unserer Prozesskonzeption dem Fokussieren einen wichtigen Platz einräumen, so meinen wir damit nicht eine starre Festlegung auf ein Thema. Wir möchten vielmehr die Begrenztheit der menschlichen Informationsaufnahme- und -verarbeitungskapazität in den Blickpunkt rücken, die gar nichts anderes als selektives Wahrnehmen und - als Folge davon - eine fokussierende Bearbeitung gestattet.

Eingangs erwähnten wir, dass Prozessmodelle regelhafte Aussagen über den Behandlungsverlauf ermöglichen sollen. Eine fokale Prozesskonzeption erfüllt diese Funktion: Obwohl wir letztlich dem psychotherapeutischen Geschehen jedweder Orientierung nur idiographisch gerecht werden können, d. h. durch Betrachtung der einzelnen Dyade, finden wir doch regelhaft wiederkehrende Themen im psychoanalytischen Prozess. Spricht ein

Patient etwa über seine Ängste, so wird dieses Thema dann zum psychodynamischen Fokus, wenn

- der Analytiker ihm sinnvoll erscheinende Hypothesen über unbewusste Motive generieren kann,
- es ihm gelingt, den Patienten mittels geeigneter Interventionen zu diesem Thema hinzuführen,
- der Patient emotionales und kognitives Engagement für dieses Thema entwickeln kann.

Interaktionelle Ausprägung

Die Frage, ob ein Fokus eine von der gestaltenden Intervention des Analytikers unabhängige Existenz im Patienten führt, müssen wir zugleich bejahen - schließlich hat der Patient seine eigene Symptomatik gebildet - und behandlingstechnisch verneinen. Angesichts der hochgradigen Vernetzung unbewusster Motivationsstrukturen kann es kaum eine Fokusdiagnostik geben, die nicht durch die interaktionelle Ausprägung des Fokusgeschehens bestimmt ist (s. die empirischen Befunde bei H. Gabel et al. 1981). Die kognitiven Prozesse des Analytikers, die seine Reaktion und Selektion steuern und die unter den Begriffen Empathie, Probeidentifikation etc. (Heimann 1969) diskutiert werden, laufen vermutlich weitgehend unterhalb der Schwelle bewusster Wahrnehmung ab. Erst durch die Arbeit des Analytikers an seinen affektiven und kognitiven Reaktionen werden sie ihm zugänglich.

Es ist für unsere Konzeption im Grunde unwesentlich, ob der Analytiker eher intuitiv-empathisch zu seiner Fokusformulierung gelangt oder ob er sie stärker aus theoretischen Überlegungen herleitet. Entscheidend scheint uns zu sein, dass das Fokussieren als heuristischer Prozess begriffen wird, der seine Brauchbarkeit am Fortschritt der Arbeit erweisen muss. Als Indiz für eine stimmige Fokusformulierung ist es zu werten, wenn ein übergreifendes fokales Thema, z. B. unbewusste Trennungsangst, in vielfältigen Facetten thematisiert wird. Auf diese verschiedenen Erscheinungsformen im alltäglichen Erleben des Patienten bezieht sich dann die konkrete Deutungsarbeit, die sich nunmehr an idiographischem Wissen, d. h. an der nun detaillierten Kenntnis des individuellen Behandlungsverlaufs, orientieren kann.

Durcharbeiten eines Fokus

Beim Durcharbeiten eines Fokus erwarten wir im günstigen Fall, dass sich auf Seiten des Patienten (vielleicht auch des Analytikers) der Umgang mit diesem Fokalthema in spezifischer Weise ändert. Genauere Aussagen über diesen Veränderungsprozess innerhalb des gegebenen Zeitraums sind nur möglich, wenn man die Übertragungs- und Widerstandskonstellation, die Arbeitsbeziehung und das Einsichtsvermögen differenzierend miteinbezieht. Tritt derselbe Fokus zu einem späteren Zeitpunkt erneut auf, so stellen sich grundsätzlich dieselben Fragen. Man kann jedoch erwarten, dass der früher erzielte Fortschritt wirksam bleibt und die Bearbeitung auf einer höheren Stufe weitergeführt werden kann (Dahlbender et al. 2001).

Unsere Prozessdefinition

Wichtig Start

Wir betrachten den interaktionell gestalteten Fokus als zentrale Drehscheibe des Prozesses und konzeptualisieren von daher die psychoanalytische Therapie als eine **fortgesetzte, zeitlich nicht befristete Fokaltherapie mit wechselndem Fokus**.

Dieses Modell wird u. E. der klinischen Erfahrung gerecht, dass der Verlauf der **Übertragungsneurose** in hohem Maße eine vom Analytiker abhängige Größe ist.

Wichtig Stop

Die Therapieforschung weist eine Fülle von Untersuchungen zum Einfluss verschiedener **Therapeutenvariablen** vor, denen auch im Rahmen einer psychoanalytischen Prozesskonzeption Rechnung getragen werden muss (Beutler et al. 2003). Hinter die Erkenntnis, dass der psychoanalytische Prozess sich interaktiv konstituiert und entwickelt, können wir heute nicht mehr zurück (Compton 1991). Deshalb verstehen wir - im Unterschied zu einigen der oben diskutierten Prozessmodelle - die Abfolge der Fokusse als Ergebnis eines unbewussten Austauschprozesses zwischen den Bedürfnissen des Patienten und den Möglichkeiten seines Analytikers. Ein Wechsel des Analytikers führt in der Regel zu völlig neuen Erfahrungen. Über dieses Phänomen wird zwar mündlich immer wieder berichtet, in der psychoanalytischen Literatur hat es aber nur selten (etwa bei Guntrip 1975 oder Meyer u. Staewen 1961) seinen Niederschlag gefunden. Der Prozess, den ein Patient und sein Analytiker zusammen durchleben, läuft leer, wenn die gemeinsame Produktivität beider erschöpft ist, auch wenn die Behandlungsstunden endlos weitergehen. Mancher Prozess kommt erst gar nicht richtig in Gang, wenn es beiden Beteiligten nicht gelingt, diese interaktionelle Verschränkung in der Durcharbeitung von fokalen Themen herzustellen (s. dazu Huxter et al. 1975).

Einfluss des individuellen Prozessmodells

Nicht nur seine Persönlichkeit, auch das Prozessmodell, das der Analytiker im Kopf hat, übt Einfluss auf den Therapieverlauf aus. Wenn etwa ein Analytiker davon ausgeht, dass die Behandlung gemäß der vermeintlich naturgegebenen Abfolge gewisser entwicklungspsychologischer Phasen erfolgen muss, wird er sie auch entsprechend strukturieren. Auch Intensität und Qualität der Bearbeitung einzelner Themen werden durch den Stellenwert beeinflusst, der ihnen im Rahmen verschiedener Prozesskonzeptionen zukommt.

Unsere Auffassung des Prozessgeschehens schließt nicht aus, dass die Therapie entsprechend entwicklungspsychologischer Gesetzmäßigkeiten abläuft (► Abschn. 9.3).

Vorgeschichte des Fokalkonzepts

Bevor wir nun zu einer detaillierteren Darstellung des Ulmer Prozessmodells übergehen, möchten wir die historischen Vorläufer des Fokalkonzepts diskutieren, die uns selbstverständlich angeregt und beeinflusst haben. French (1952) konzipierte sein Fokalkonzept zunächst im Rahmen seiner systematischen Traumanalysen:

Wir stellen uns die kognitive Struktur eines Traumes als eine Konstellation aufeinander bezogener Probleme vor. In dieser Konstellation gibt es gewöhnlich ein Problem, auf das hin tiefere Probleme konvergieren und von dem aus oberflächlichere Probleme ausstrahlen. **Dies war der fokale Konflikt des Träumers** im Augenblick des Träumens. Jeder fokale Konflikt ist eine Reaktion auf ein Ereignis oder eine gefühlsbetonte Situation des vorangegangenen Tages, die als auslösender Stimulus dienen (French 1970, S. 314; Übersetzung durch die Verfasser).

Dieses paradigmatisch für das Verständnis von Träumen entwickelte Modell wurde in der bekannten Konsensusstudie des Chicago-Instituts (Seitz 1966), an der u. a. auch French teilgenommen hatte, zur Erfassung vorherrschender Konflikte in einzelnen Behandlungsstunden übernommen. In jedem Interview - so die Annahme - tendiert das vorbewusste Denken dazu, sich auf ein zentrales (freilich höchst verdichtetes, überdeterminiertes) Problem zu konzentrieren. Eine Vielfalt bewusstseinsfähiger Assoziationen wird auf einen Brennpunkt verdichtet; gleichermaßen werden verwandte, unbewusste genetische Konflikte aktiviert, und ihre emotionale Besetzung wird in der Regel auf den einzelnen, überbesetzten **fokalen** Konflikt im Vorbewussten übertragen. French schlägt vor - hierin Freud folgend -, von der Annahme auszugehen, dass der fokale Konflikt

... im Allgemeinen aus der jeweiligen Übertragung auf den Analytiker besteht und am besten verstanden wird, wenn man die den Tagesresten innewohnende Dynamik formuliert. Da diese überbesetzten, vorbewussten Konflikte innerhalb der Psyche Konvergenzpunkte dynamischer Kräfte bilden, können sie einen brauchbaren Fokus (im Sinne von am meisten überbesetzt und vorbewusst) für einheitliche und integrierende Interpretationen des komplexen, scheinbar heterogenen, assoziativen Materials einzelner Interviews liefern (aus Seitz 1966, S. 212; Übersetzung durch die Verfasser).

In diesem Verständnis wird der Fokalkonflikt identisch mit der im Interview vorherrschenden Übertragung.

Malans Werkstatt für Fokaltherapie

Die Weiterentwicklung des Fokuskonzepts in der „Werkstatt für Fokaltherapie“, über die Malans Studie von 1963 informiert, führte zur interaktiven „Kristallisation“ eines Fokus (Malan 1965, S. 272). Dieser Begriff sollte zum Ausdruck bringen, dass der Fokus nicht vom Therapeuten gewählt wird, sondern aus der gemeinsamen Arbeit von Patient und Therapeut allmählich hervortritt.

Balints Überlegungen zu diesen Fragen, wie sie sich in dem Bericht über die Fokaltherapie des Patienten B. niederschlagen (Balint et al. 1973), sind durch die „Flash-Erfahrungen“ des Werkstattprojekts bereits geprägt. Balint fordert aber darüber hinaus, dass ohne präzise Formulierung des Fokus, die gleichsam einer Übersetzung des „Flash-Erlebnisses“ in Worte entspricht, kein Fokalplan entworfen werden dürfe. Die Formulierung des Fokus als Behandlungsrichtlinie sollte spezifisch sein (also nicht etwas so Allgemeines wie Homosexualität oder Ödipuskomplex), deutlich umschrieben (nicht vage wie die Mutterbeziehung des Patienten) und unzweideutig (Balint et al. 1973, S. 198). Diese Forderung nach spezifischen Formulierungen erscheint uns auch sonst angebracht. In den üblichen kasuistischen Diskussionen ist es sehr unbefriedigend, wenn die Teilnehmer bei allzu allgemeinen und damit fast schon inhaltsleeren Feststellungen wie „ödipal“ oder „präödipal“ stehen bleiben. Diese sind weder für das Verständnis der singulären Pathogenese aufschlussreich, noch ergeben sich daraus relevante Handlungsanweisungen.

Das Ulmer Fokalverständnis

In der Fokaltherapie scheint uns das Problem des **geeigneten Abstraktionsniveaus** noch am ehesten lösbar, geht es hier doch darum, vom diagnostischen zum therapeutischen Ufer Brücken zu schlagen, die wechselseitig einmal vom einen, dann vom anderen Ufer aus begangen werden müssen. Bei der Forderung, der Fokus solle in Form einer Deutung gefasst werden, scheint ein Ideal vieler Analytiker der Vater des Gedankens gewesen zu sein - ein Ideal, dem sich auch Balint nicht ganz zu entziehen vermochte, wenn er riet, „dass der Fokus die Form einer Deutung haben sollte, die dem Patienten im richtigen Moment gegen Ende der Behandlung gegeben wird“ (Balint et al. 1973, S. 198).

Unser Verständnis des Fokus geht im Sinne von Balints Werkstattformulierung insofern über das Konzept von French hinaus, als wir darunter eine **zeitlich ausgedehntere Struktur** verstehen. Es spricht natürlich nichts dagegen, für einzelne Interviews eine Fokusformulierung zu finden. Unter behandlungsstrategischen Gesichtspunkten ist aber die kontinuierliche Durcharbeitung eines Grundthemas über längere Zeiträume wünschenswert. An welche Zeiträume dabei zu denken ist - ob es dabei um die Angabe einer Zahl von Stunden geht oder eher um am Entwicklungstempo des Patienten orientierte Zeiträume -, ist eine klinische Frage und empirisch zu entscheiden.

Segmentierung des Behandlungsprozesses

Hinweise für eine angemessene Segmentierung des Behandlungsprozesses finden sich in den Abschlussberichten von Ausbildungskandidaten, wo in der Regel 4-5 Phasen, mit

thematischen Überschriften versehen, zur Gliederung des Prozesses benutzt werden. Allerdings wird dort auch überdeutlich, dass die Dauer solcher Phasen nicht unwesentlich vom technischen Vorgehen des Analytikers abhängt. Deshalb grenzen wir unser Verständnis des Fokuskonzepts dort von Balints Festlegung ab, wo dieser den Fokalkonflikt als vom Analytiker formulierten Fokalplan für die Durchführung der Behandlung fixiert. Es mag einleuchtend erscheinen, dass für eine psychoanalytische Kurztherapie **ein** Fokus ausgewählt und dieser (und **nur** dieser) durchgearbeitet werden muss, obwohl Erfahrungen aus dem Hamburger Fokaltherapieprojekt (Meyer 1981b, darin insbesondere H. Gabel et al. 1981) auch Zweifel daran nahe legen. Wir betonen stattdessen stärker das kooperative Moment, die kontinuierliche Zusammenarbeit von Patient und Analytiker, deren Bemühen um Fokussierung einen gemeinsamen Herstellungsprozess im Hin und Her von Widerspruch und Übereinstimmung beinhaltet.

Einfluss des Therapeuten

In der Auseinandersetzung mit Alexander u. French (1946) wurde immer wieder der Vorwurf erhoben, beim fokuszentrierten Vorgehen werde der Patient vom Therapeuten manipuliert. Diesen Einwand halten wir bei unserer Betonung der gemeinsamen Fokussierungsarbeit nicht für angebracht; im Gegenteil: es stellt sich hierbei sogar eine größere Offenheit her als in der Standardtechnik, bei der der Analytiker in verdeckter Weise vorgeht und oft interpretativ manipuliert, ohne darüber ausreichend zu reflektieren. Peterfreund (1983, S. 7-50) hat für dieses Vorgehen einige aufschlussreiche Beispiele aus seiner eigenen Praxis und aus der Literatur gegeben.

Hypothetischer Behandlungsverlauf nach dem Ulmer Modell

Um unsere Überlegungen zum Prozessablauf zu verdeutlichen, beschreiben wir im Folgenden den hypothetischen Verlauf einer Behandlung. Wie inzwischen deutlich sein dürfte, bezeichnen wir als Fokus einen interaktionell hergestellten thematischen Schwerpunkt in der therapeutischen Arbeit, der sich aus dem Angebot des Patienten und der Verstehensleistung des Analytikers ergibt. Wir gehen davon aus, dass der Patient in einem bestimmten Zeitraum verschiedene Angebote machen kann, dass die Fokusbildung aber erst durch die selektive Tätigkeit des Analytikers zustande kommt. Was den Prozess betrifft, erwarten wir, dass die gemeinsame Arbeit an einem Fokus zu weiteren inhaltlichen Schwerpunkten führt, die sich erst als Resultat der bisherigen Arbeit bilden konnten.

Beispiel Start

Wir nehmen als Beispiel an, dass der Patient in der Anfangsphase vier verschiedene thematische Angebote macht. Diese vier Angebote verstehen wir im Sinne der „nuclear conflicts“ (Kernkonflikte) von French (1952, 1970) als infantile Konfliktkonstellationen, die als unbewusste, psychogenetisch erworbene Strukturen Symptomatologie und Charakter des Patienten bestimmen.

Die Festlegung auf eine bestimmte Anzahl initialer Angebote ist insofern willkürlich, als in der psychoanalytischen Theoriebildung eine Vielzahl infantiler Konflikte konzeptualisiert ist. Je nachdem, worauf wir unsere theoriegeleitete Aufmerksamkeit richten, werden wir mehr, weniger oder andere Kernkonflikte identifizieren. Mit zunehmender Spezifität einer Störung dürfte sich die Zahl der zu erwartenden „nuclear conflicts“ verringern, mit zunehmendem Schweregrad einer Störung entsprechend vergrößern.

In der diagnostischen Phase des Erstinterviews (► Kap. 6) versucht der Analytiker eine erste, von seinen therapeutischen Interventionen noch unabhängige Vorstellung von möglichen Konflikten zu gewinnen (Zeitpunkt T_0). Wenn im weiteren Verlauf des Erstinterviews erste therapeutische Schritte erprobt werden (Zeitpunkt T_1), bildet sich eine erste Fokalkonstellation (F_1), deren Brauchbarkeit sich in der ersten Behandlungsphase erweisen muss. Bei der inhaltlichen Kennzeichnung dieser Konstellation orientieren wir uns eng an

Frenchs Kriterien zur Beschreibung des **fokalen Konflikts**, der Angaben über die Quelle (unbewusste, infantile Stimuli), auslösende Ursachen (aktuelle Ereignisse), Hauptabwehrformen und Lösungsversuche fordert.

Abweichend von French möchten wir uns jedoch nicht auf die Angabe eines Zeitraums festlegen, in dem eine bestimmte Fokalthematik vorherrscht. Die Bearbeitung des ersten Fokus eröffnet irgendwann - präziser wagen wir hier kaum zu werden - den Zugang zu einem zweiten Fokus (F_2). Dessen Bearbeitung führt in unserem Beispiel wieder zum ersten Fokus zurück, der dann freilich in qualitativ veränderter Form (schematisch durch F_1 gekennzeichnet) erneut in den Mittelpunkt der Arbeit rücken kann.

In dem von uns gewählten Beispiel repräsentiert der anfänglich sich bildende und diagnostisch begründete Fokus F_1 zugleich eine Hauptlinie des gesamten Prozesses. Dies entspricht der klinisch wohlbegründeten Erfahrung, dass die einzelnen Fokusse miteinander verknüpft sind und über einen leitenden Konflikt in Beziehung stehen.

Als schematisiertes Beispiel führen wir die hysterische Störung auf, bei der im unkomplizierten Fall ein Hauptkonflikt im Bereich der positiv-ödipalen Beziehung liegt. Zugleich kann sie jedoch sowohl den negativ-ödipalen Bereich (F_2) wie anale (F_3) und orale (F_4) Konfliktthemen implizieren, die als Nebenfokus in der Arbeit auftreten können und - je nach Ausgestaltung des analytischen Prozesses - auch auftreten werden.

Beispiel Stop

Wir folgen damit einer Anregung von Luborsky (1984), der diese Gliederung von Konfliktthemen empirisch zeigen konnte und die Hauptübertragungslinie als „Core Conflictual Relationship Theme“ (CCRT) bezeichnet. Diese theoretisch und handlungspraktisch gut begründete Vorstellung einer zentralen, therapieleitenden Konfliktodynamik liefert auch die Begründung für ein fokales Vorgehen (Balint et al. 1973; Klüwer 1985; Malan 1965; Strupp u. Binder 1984), das die Bearbeitung eines solchen Hauptkonflikts, der schon im Erstinterview interaktionell fassbar sein sollte, zum Gegenstand hat (s. auch Leuzinger-Bohleber 1985). Die anderen Fokusse in unserem Beispiel (F_2 , F_3 , F_4) werden - wie man sich vorstellen muss - im Behandlungsverlauf aufgegriffen, bearbeitet und eröffnen jeweils neue Zugänge zur Hauptübertragungslinie F_1 .

Aus didaktischen Gründen haben wir eine relativ grobe Darstellung des Behandlungsverlaufs gewählt. Unser Modell kann, je nach Intention, den Prozess unterschiedlich differenziert abbilden. Empirische Bewährungsproben haben wir am Beispiel sowohl einer Kurztherapie (Dahlbender et al. 1995) als auch am Behandlungsverlauf der Patientin Amalie X (► Band „Forschung“) gegeben (Albani et al. 2002, 2003b; Thomä u. Kächele 2006c).

Diskussion

Um die Metapher von der Psychoanalyse als der Erforschung eines Hauses noch einmal aufzugreifen: Die Erforschung des Hausinneren kreist in diesem Beispiel hauptsächlich um ein Zimmer, das durch seine zentrale Lage den Zugang zu anderen Räumen kontrolliert, aber auch von verschiedenen Nebenräumen aus betreten und erkundet werden kann.

Die Fülle weiterer Annahmen, die in unser Modell eingehen, soll hier nicht weiter ausgeführt werden. Wir wollten lediglich ein Schema zur Konzeptualisierung des psychoanalytischen Prozesses vorstellen, das eine Reihe der uns relevant erscheinenden Kriterien erfüllt. Dabei sollte deutlich werden, dass eine stereotype Prozessauffassung unnötige Rigidität in die psychoanalytische Arbeit hineinträgt.

- Unser Modell liefert einen Rahmen für das Verständnis psychodynamischer Prozesse unter den verschiedensten Settingbedingungen; es ist sowohl auf Kurz- als auch auf Langzeittherapien anwendbar.

- Es ist offen für verschiedene theoretische Ansätze in der Psychoanalyse, die sich um das Verständnis des initialen Patientenangebots bemühen.
- Unsere genuin sozialwissenschaftliche Prozesskonzeption steht in krassem Widerspruch zu Prozesstheorien, die ideologisch von einer vermeintlichen Naturwüchsigkeit ausgehen.

Der so verstandene psychoanalytische Prozess lebt aus einer Vielfalt und Offenheit, die der Kreativität Raum lässt, die sich aber in jedem Augenblick, in dem sie sich konkretisiert, notwendigerweise beschränken muss. Deshalb lässt das Modell auch offen, ob die nächste Sitzung eine Fortsetzung des Themas bringt oder ob aufgrund situativer Anregungen ein anderer Fokus belebt wird. In jeder Stunde entsteht unvermeidlich eine Situation der Entscheidung, wohin der Weg nun weitergehen soll. Der analytische Prozess lebt in der dialektischen Spannung, dass „der Weg das Ziel ist“ (v. Blarer u. Brogle 1983, S. 71) und es gleichzeitig kein zielloses Wandern gibt. Immer wieder wird es Zeiten geben, da beide Wanderer innehalten und sich in ein Thema vertiefen, das beiden bedeutsam erscheint. Die ansprechende Prozessmetapher von v. Blarer u. Brogle, den psychoanalytischen Prozess als Weg zu begreifen, den Analytiker und Analysand „vom ersten Gespräch an unter die Füße genommen haben“ (1983, S. 83), können wir übernehmen, wenn der Weg von Problemstellungen zu Problemlösungen führt.

Die Konzeption des Prozesses als fortgesetzte, zeitlich nicht befristete Fokaltherapie mit sich qualitativ veränderndem Fokus möchten wir der Fiktion des puristischen psychoanalytischen Prozesses entgegenstellen. Wir plädieren für ein flexibles Prozessmodell, das eine heuristisch orientierte und am Suchen, Finden und Entdecken sowie an der Herstellung der bestmöglichen Veränderungsbedingungen für den Patienten ausgerichtete Technik impliziert. Wir sind überzeugt, dass die tradierten Regeln des psychoanalytischen Verfahrens sehr viel Brauchbares enthalten, das sich aber in sein Gegenteil verkehrt, wenn die Methode um ihrer selbst willen gepflegt wird. Entsprechendes gilt auch für die Prozesskonzeptionen, denen eine orientierungsstiftende Funktion zukommt. Sie sind in erster Linie Hilfsmittel zur Ordnung der eigenen Arbeit, und sie erleichtern die notwendige Verständigung zwischen Analytikern. Zur Bedrohung der Therapie werden sie dann, wenn sie für nicht mehr hinterfragbare Realität gehalten und damit dem permanent notwendigen Prozess der Überprüfung entzogen werden.