

**Vortrag anlässlich des 25jährigen Bestehens des
Nürnberger psychotherapeutischen Arbeitskreises
am 21. November 2008**

Helmut Thomä:

Psychoanalyse als Fokaltherapie

Der Titel meines Vortrags „Psychoanalyse als Fokaltherapie“ wird Sie überraschen, weil die klassische Technik der „strikten“ psychoanalytischen Methode gewöhnlich als „ziel- und zeitlos“ verstanden wird. Ich bin der Meinung, dass es kein zielloses Analysieren geben kann und betrachte diese illusionäre Vorstellung mit Sandler als eine therapeutisch fatale Selbsttäuschung.

Das Ulmer Lehrbuch, das nun als Trilogie in der dritten Auflage erschienen ist, hat wegen meiner beruflichen Lebenserfahrung den Titel "Psychoanalytische Therapie". Die Bedeutung dieser Wortwahl wird häufig ebenso übersehen, wie die Tatsache, dass Horst Kächele und ich im zweiten Band viele klinische Beispiele in dem Versuch gegeben haben, psychoanalytische Konzepte und Theorien klinisch zu demonstrieren. Wir hatten also ähnliche Probleme zu lösen wie seinerzeit Joseph Sandler, als er Kandidaten der Hampstead-Klinik dabei beraten musste, unter welchem Stichwort sie im Hampstead-Index ihre klinischen Beschreibungen unterbringen. Unter einem anderen Gesichtspunkt sind die Beispiele durchaus als Foci innerhalb eines psychoanalytischen Prozesses zu betrachten.

Im ersten Band des Ulmer Lehrbuches (Thomä u. Kächele 1985/2006a, Abschnitt 9.3) haben wir einige übergeordnete Prozess-Modelle

dargestellt und auch unser eigenes Prozess-Modell skizziert, welches auf dem „Fokus-Konzept“ basiert (Thomä und Kächele 1985, Abschnitt 9.4) Unter einem Fokus verstehen wir das jeweils zentrale, interaktionell geschaffene Thema der therapeutischen Arbeit, welches aus dem Material des Patienten und dem Verständnis des Analytiker resultiert (Abb. 1).

Da die einzelnen Brennpunkte durch zentrale Konflikte miteinander verbunden bleiben, kann dieses Prozessmodell sowohl für kürzere als auch längere Behandlungen verwendet werden. Darüber hinaus ist es kompatibel mit verschiedenen theoretischen Konzeptionen. Deshalb zogen wir folgendes Fazit: „Wir konzeptualisieren von daher die psychoanalytische Therapie als eine *fortgesetzte, zeitlich nicht befristete Fokalthherapie mit wechselndem Fokus* (1985, S. 359).

Diese Konzept des Ulmer Prozess Modells über den Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung war das Ergebnis unserer eingehenden Konfrontation mit dem sich entwickelnden Feld systematischer Therapieforschung (Luborsky u. Spence 1971; 1978) M.E. muss sich psychoanalytische Prozessforschung über subjektivistische Positionen, die vom Verständnis des einzelnen Analytikers ausgehen, hinwegsetzen. Die klinische Psychoanalyse muss sich von einem narrativen Selbst-Missverständnis – um das Habermas-Verdikt von Freuds szientistischem Selbstmissverständnis zeitgemäß zu paraphrasieren – befreien, um zu einer Wissenschaft zu werden, die den therapeutischen Mutterboden mit angemessenen, empirischen Methoden bearbeitet (Meyer 1990).

Was sie braucht, sind deskriptive Untersuchungen der therapeutischen Interaktion. Die Notwendigkeit gründlicher und verlässlicher Beschreibung ist als Basis für theoretische Generalisierung anzusehen. Weiterhin notwendig sind dazu Studien, wie unbewusste Phantasien non-verbal und verbal ausgedrückt werden (Krause et al. 1992). Desgleichen sind auch Untersuchungen der inneren Vorgänge im Analytiker gefragt und es gilt den interseelischen Vorgängen im

Patienten, die sich auch außerhalb des klinischen Settings abspielen, auf die Spur zu kommen; dies richtet sich speziell auf die Internalisierung der therapeutischen Erfahrung.

Paradigmatisch für die psychoanalytische Therapie ist nach wie vor, dass innerseelische Konflikte des Patienten zumindest teilweise in der Interaktion ausgetragen werden; dies wird als ‚Übertragungsneurose‘ bezeichnet; die Art und Weise wie diese sich entwickelt, ist eine Funktion des dyadischen analytischen Prozesses. Ihre Form ist einzigartig für jede therapeutische Dyade, was jeder psychoanalytischen Behandlung den Status einer singulären Geschichte verleiht. Deshalb bezeichne ich mich als idiographischen Nomothetiker. Die Theorien der Psychoanalyse beziehen sich auf gesetzmäßige Wahrscheinlichkeiten, nicht aber auf naturwissenschaftliche Gesetze, von denen deduziert werden kann. Freuds Auffassung der Determiniertheit seelischer Abläufe lässt entsprechenden Spielraum für eine relative Freiheit. Ohne die Annahme von wahrscheinlichen, determinierten, Zusammenhängen wäre kein soziales Zusammenleben möglich. In der gegenwärtigen Diskussion um die Willensfreiheit wurde nirgendwo erwähnt, dass die psychoanalytische Methode überzeugend beweist, dass Menschen, die unter Zwängen leiden, zu einer relativen Willensfreiheit gelangen können. Richard von Mises – ein Gelehrter alter Schule –, der als österreichischer Jude bis zum Jahre 1933 Direktor des Instituts für angewandte Mathematik an der Berliner Universität und ein eminenter Rilke-Forscher war, sagte über die Psychoanalyse: „Sie bringt aufgrund unbestrittener Beobachtungen gewisse Symptome in kausalen Zusammenhang mit den latent vorhandenen Resten früherer Erlebnisse. Fast alle bisher erhobenen Einwände gegen sie sind außerlogischer Natur. Dagegen scheint es berechtigt, darauf hinzuweisen, dass der Gesamtheit der bisherigen Beobachtungen auf diesem Gebiete eher die Annahme eines statistischen als eines streng kausalen Zusammenhanges entspricht.“ Zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit gehört ebenso wie zur Rêverie Bions nicht nur die Offenheit, sondern auch die Fähigkeit, Zusammenhänge zu entdecken. (Thomä 2...., S. 292)

Die Majorität heutiger Analytiker wendet das praktisch besonders Nützliche der verschiedenen Schulen an. Der wichtigste Unterschied zwischen verschiedenen, mit den Namen der Gründer belegten, Fokalthérapien besteht in der zeitlichen Offenheit oder Begrenzung der Therapiedauer. Hierbei werden rein äußere, versicherungsrechtliche Einwirkungen wirksam, durch die die Dauer ohne Rücksicht auf das Befinden des Patienten, also unethisch und unärztlich, festgelegt wird. So scheint es bei der Festlegung auf 15 Sitzungen in der nach Mann benannten Kurztherapie zu sein. Die so genannte „Richtlinien-Psychotherapie“ in unserem Lande kennt zwar auch eine Begrenzung, lässt aber m. E. sehr viel Spielraum von 25 bis 300 Sitzungen, die übrigens keine absolute Begrenzung bilden, wenn die Voraussetzungen nach der geforderten Trias von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit noch bestehen (Rüger 2007). Entsprechende Urteile des Bundessozialgerichts bestätigen, dass eine begründete Fortsetzung um hunderte von Sitzungen nach dem Sozialgesetzbuch durchaus erstattungsfähig sein kann (Kächele und Pfäfflin).

Ich nenne nun einige Namen, die sich um die Entwicklung der dynamischen Psychotherapie und ihre wissenschaftliche Begründung besonders verdient gemacht haben: Hans Strupp und Lester Luborsky. Bei uns in Deutschland sind Joseph Weiss und H. Sampson als geistige Väter der Control Mastery Theory noch weithin unbekannt. Diese gut validierte Theorie fördert m. E. eine therapeutisch hilfreiche Haltung ähnlich wie die Methode des zentralen Beziehungskonflikts von Lester Luborsky. Weiss stellt im Gegensatz zu Freud beim Wiederholungszwang die Hoffnung in den Mittelpunkt, dass die unbewussten pathogenen beliefs durch neue Erfahrungen emotional und kognitiv widerlegt werden. Der Wiederholungszwang wird auf diese Weise von der angenommenen Wirkung des Todestribs losgelöst. Auf jeden Fall ist es therapeutisch entscheidend, dass sich mit der Control Mastery Theory Hoffnung auf Änderung verbindet.

Balints und Malans Fokalterapie

Ich will mich nun eingehender mit Balints und Malans Fokalterapie befassen – auch aus biografischen Gründen. Michael Balints psychoanalytisches Danken und Handeln hat mich motiviert, seine Idee über den Einfluss des Analytikers auf den therapeutischen Prozess in den Mittelpunkt zu stellen.¹ Mich beeindruckte Balints Seminargestaltung nachhaltig. Er ließ Kandidaten bis zum Augenblick kurz vor der ersten Deutung berichten, unterbrach und ließ dann jeden einzelnen Seminarteilnehmer seine potentielle Deutung mitteilen.² Sie können sich die Vielfalt vorstellen. Um die Frage beantworten zu können, welche der Deutungen therapeutisch besonders wirksam ist, muss die Reaktion des Patienten und damit das prozessuale Geschehen erfasst werden. Die Kleinianische Analytikerin Susan Isaacs hat Kriterien der Prozessforschung in vorbildlicher Weise dargestellt. Im Heidelberg-Frankfurter Deutungsprojekt, wurden die in London entstandenen Anregungen umgesetzt. Schließlich wurde daraus die Ulmer Verlaufs- und Ergebnisforschung.

Rolf Klüwers „Fokalkonferenz“ hingegen und seine Betonung des szenischen Verstehens geht auf eine andere Erfahrung mit Balint zurück: Klüwer hatte in einem Seminar ein Stundenprotokoll um die 100. Stunde vorgestellt und über die Biographie mitgeteilt, dass der Vater des Patienten blind war. Balint unterbrach ihn nach wenigen Sätzen und stellte fest „Der Analytiker ist blind“, was wie ein Donnerschlag wirkte (Klüwer 2004). Klüwer schreibt: „Nachdem Balint die Deutung der Blindheit gegeben hatte, fiel es mir wie Schuppen von den Augen und ich verstand sofort, was er gesagt hatte. (...) Alles, was ich gesagt hatte,

¹ Ich glaube nicht, dass meine hochfrequente Analyse bei Balint von etwa 230 Sitzungen im Jahre 1962, die ich als Therapie erlebte, mein späteres Interesse wesentlich beeinflusst hat. Ich fühlte mich danach beträchtlich wohler in meiner Haut und fühlte mich sicher genug, um nun auch Lehranalysen zu übernehmen.

² In der zu seinen Lebzeiten jährlich stattfindenden Achalm-Konferenz hat Wolfgang Loch Balints Seminargestaltung übernommen, die geeignet ist, einen Lernprozess in Gang zu setzen, der m. E. zu Fragen der validierenden Bewertung der jeweiligen Deutung führen muss.

war fruchtlos, weil ich das Entscheidende nicht verstand, wie nämlich die Beziehungssituation wirklich war.“

In der weiteren Geschichte der Balint–Malanschen Fokalthherapie gibt es ganz unterschiedliche Richtungen. Klüwer erwähnt, dass es in den Malanschen Fällen „keinen einzigen formulierten Fokussatz gibt, sondern nur psychodynamische Zusammenhänge“. Als Beispiel für eine Fokusformulierung nennt Klüwer: „Sie umarmen und lassen sich umarmen, damit das Schlechte nicht in die Beziehung kommt; denn Sie bekommen katastrophische Angst, dass bei Trennung das Gute verloren geht “ (S.26f.). Ich kann mir bei dieser Formulierung wegen ihrer Komplexität vieles vorstellen. Es ist eine Szene beschrieben, die jeder Mensch kennt. Ich ziehe aber abstrakte psychodynamische Formulierungen vor, die ganz unterschiedliche, individuelle Szenen enthalten, die also idiographischer Natur sind.

Balants und Malans Fokalthherapie war zeitlich befristet. In der Rezeption durch Davanloo vollzogen sich wesentliche Änderungen. Der Bezug auf einen Fokus wurde ebenso aufgegeben, wie die zeitliche Begrenzung. Davanloo hat das psychoanalytische Wissen um die Bedeutung des Widerstands gegen die Übertragung in den technischen Mittelpunkt gestellt. Mit Hilfe von Videoaufnahmen konnte er zeigen, wie sich unbewusste Intentionen durch den Reichschen „Charakterpanzer“ in der Übertragung durchsetzen. Ich bin kein Freund von Wilhelm Reich und Georg Groddeck, der den Patienten mit seinen „Sie meinen jetzt mich“ – Deutungen konfrontierte. Doch macht der Ton die Musik. Wahrscheinlich gehen die Erfolge von Davanloo und seinen Schülern darauf zurück, dass solche panzerknackenden Deutungen durch den Aufbau einer hilfreichen Beziehung toleriert und verstanden werden können. Nur so ist m. E. auch zu begreifen, wie die radikale verhaltenstherapeutische Expositionstherapie bei Phobien therapeutisch funktionieren kann. Grawe gibt in seinem großen Lehrbuch der allgemeinen Psychotherapie ein einziges Beispiel eines von Ambühl behandelten Patienten: Ein zwangsneurotischer Student mit schweren

Waschzwängen, der seine Eltern entsprechend tyrannisierte. Das Abstellen der Hauswasserversorgung brachte seine immense Wut und Angst zum Vorschein. Ein wesentlicher erster therapeutischer Schritt! Hierbei wird die Forderung Freuds umgesetzt, Phobiker und Zwangsneurotiker müssten sich ihrer Angst stellen. In der analytischen Technik wurde dies nicht umgesetzt. Ein Beispiel: Mein Patient Arthur, der wegen einer schweren Zwangsneurose x Therapien gemacht hatte, fragte einen seiner früheren Therapeuten, wie sich seine Angst auflöse und erhielt die Antwort, das ginge unmerklich in den Sitzungen von selbst vor sich. Ich hatte die Auswirkungen dieser Zusicherung übersehen. Arthur glaubte, sich außerhalb der Sitzungen nicht mit der Bewältigung seiner Ängste befassen zu müssen.

Danvanloos „Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy“ ist also keine spezielle Fokalthherapie, sondern eine am Übertragungswiderstand und seiner Auflösung orientierte analytische Therapie. Damit taucht wieder einmal die Frage auf, was Psychoanalyse ist. Beispielsweise wurde bei Einführung der "Richtlinien Psychotherapie" vermieden, von Psychoanalyse zu sprechen. Einflussreiche Kollegen hatten nämlich die illusionäre Vorstellung dadurch die strikte Psychoanalyse unkontaminiert zu bewahren. Man glaubte auch die mit der Medizinalisierung verbundenen therapeutischen Validierungen vermeiden zu können. Die hundertjährige Geschichte ist durch einen fundamentalen Irrtum gekennzeichnet. Die Notwendigkeit der Validierung liegt in der Natur der psychoanalytischen Methode als Therapie. So verstehe ich jedenfalls Freuds These über da Junktin von Heilen und Forschen.

Niederfrequente Psychoanalyse

Bei der Gegenüberstellung der eigentlichen Psychoanalyse mit ihren niederfrequenten Anwendungen kommt fast unvermeidlich eine Bewertung ins Spiel, bei der vor allem eine Quantität, nämlich die Frequenz zum Maßstab der Qualität wird.

Wegen der Unmöglichkeit aus der Frequenz ein Qualitätskriterium zu machen, sprechen Kächele und ich schlicht von "psychoanalytischer Therapie". Die Auffassung des therapeutischen Verlaufs als fortgesetzte Fokalthherapie mit sich änderndem Fokus entsprach unserer Erfahrung. Es ist ganz und gar unmöglich, ziellos zu denken und zu handeln. Hypothetisch ist also nur die Annahme spezieller Foci, die in Versuch und Irrtum ausprobiert werden müssen.

Mit der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ plädierte Freud m. E. für Flexibilität und gegen dogmatisches Festhalten. Die Überdeterminierung von Symptomen macht es vornherein unwahrscheinlich, dass ein zunächst hypothetischer Fokus und dessen Veränderung bei allen komplizierten Neurosen therapeutisch ausreichend ist. Im Dialog mit dem Patienten von Versuch und Irrtum zu wahrscheinlich zutreffenden Einsichten zu gelangen, ist an die Beobachtung von Veränderungen im Sinne von Freuds „wohltätigen Wirkungen“ gebunden, wie er von mir hoch geschätzten Junktim-These postuliert. Die Einheit von Heilen und Forschen muss bewiesen werden. Am Anfang stehen selbstkritische Darstellungen von Behandlungsberichten. Die psychoanalytische Verlaufs- und Ergebnisforschung im engeren Sinn ist an personell aufwendige Teams gebunden.

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" und es gleichzeitig kein zielloses Wandern gibt. Ich liebe die Verse Christian Morgensterns: „Wer vom Ziel nicht weiß, kann den Weg nicht haben, wird im selben Kreis all sein Leben traben, kommt am Ende hin, wo er hergerückt, hat der Menge

Sinn nur noch mehr zerstückt.“ Um nicht missverstanden zu werden: Ich bilde mir nie ein, das Ziel des Patienten über die Behebung der erlebten Einschränkungen hinaus zu kennen. Dementsprechend frage ich mich, was ich dazu beitragen kann, seine Denk- und Handlungsfreiheit zu erhöhen.

Die Konzeption des Prozesses als fortgesetzte, zeitlich nicht befristete Fokalthherapie mit sich qualitativ veränderndem Fokus möchten wir der Fiktion eines ziellosen, nicht an therapeutischen Veränderungen orientierten Prozessverständnisses gegenüberstellen. Ich plädiere für ein flexibles Prozessmodell, das eine am Suchen, Finden und Entdecken sowie an der Herstellung der bestmöglichen Veränderungsbedingungen für den Patienten ausgerichtete Technik impliziert. Die tradierten Regeln des psychoanalytischen Verfahrens enthalten Brauchbares, das sich aber in sein Gegenteil verkehrt, wenn die Methode um ihrer selbst willen gepflegt wird. Entsprechendes gilt auch für die Prozesskonzeptionen. 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. (Band 1, Kap. 9.4. Das Ulmer Prozessmodell, S. 367–368)

Im Rückblick ist uns deutlich geworden, dass beispielsweise das zielgerichtete Durcharbeiten von Mikro-Foci in einer Langzeitanalyse (Schneider 2003) im Widerspruch zum ideologischen Festhalten an der Selbsttäuschung der "ziellosen" Analyse (Sandler und Dreyer) steht. Die meisten Beispiele, die wir im Band 2 veröffentlichten, sind Langzeitanalysen unterschiedlicher Frequenz und Dauer entnommen, ohne dass sie jeweils als Fokus bezeichnet wurden. Denn es ging uns um die Demonstration klinischer Konzepte, weil wir davon überzeugt sind, dass die klinische Empirie sich im Kontext theoretischer Annahmen vollzieht. Insofern enthalten die klinischen Beispiele Mikro-Foci innerhalb mehr oder weniger umfassender klinischer Konzepte. Als

Senior Autor bin ich immer davon ausgegangen, dass ein therapeutisch günstiger Prozess notwendigerweise auch zu einer katamnestisch gesicherten Heilung oder zumindest wesentlichen Besserung führen muss, was von in vielen Einzelfällen auch nachgewiesen wurde.

Bei der Frequenzwahl ergab sich in meiner Praxis die gleiche Flexibilität, wie sie von Döll-Hentschker et al. bei ihrer Untersuchung zur Settingwahl bei 155 Patienten festgestellt wurde. Die vier Autoren waren nach der Sichtung ihres Materials allerdings enttäuscht: "von den 155 Patienten wurden 29 vierstündig behandelt, 20 dreistündig, 40 zweistündig, 48 einstündig (davon fünf Kurzzeittherapien), 4 in noch niedrigeren Frequenzen..." (S.150). Ihre Enttäuschung besteht darin, dass sie keine diagnostischen Kriterien ausmachen konnten, "die zwingend zur Behandlung mit einer bestimmten Frequenz geführt hätten" (a.a.O.). Worin könnte diese Enttäuschung liegen, ist die Frage. Ich glaube, dass wir oft – besonders am Anfang einer Therapie – bei der Indikationsstellung, die ja mit prognostischen Erwägungen verknüpft ist, überfordert sind. Dieser Überforderung steht eine Idealisierung gegenüber, die in der Praxis nicht aufrechtzuerhalten ist. Die Enttäuschung kann also zur realitätsgerechteren Einschätzung und damit zur Entideologisierung beitragen.

Nach wie vor gilt für alle psychotherapeutischen Richtungen innerhalb und außerhalb der Psychoanalyse Freuds allgemeinste Definition, dass die Angst das Kernproblem von Neurosen sein. Die Angst ist zwar ein zentraler, biologisch begründeter Affektzustand. Die phänomenologische Differenzierung führt aber dazu, die Eigenständigkeit anderer Affekte ernst zu nehmen. Krause hat in der Nachfolge von Ekman mehrere eigenständige Affekte wie Ekel, Ärger, Scham, Trauer, Freude und Überraschung benannt. Aus Freuds Definition, was der Kern der Gefahrensituation sei, ergeben sich verschiedene therapeutische Wege. „Was ist der Kern, die Bedeutung der Gefahrensituation? Offenbar die Einschätzung unserer Stärke im

Vergleich zu ihrer Größe, das Zugeständnis unsere Hilflosigkeit gegen sie, der materiellen Hilflosigkeit im Falle der Realgefahr, der psychischen Hilflosigkeit im Falle der Triebgefahr.“ (Freud 1926 d, S. 199) Wesentlich ist, dass die Triebgefahr aus inneren Quellen kommt. Deshalb ist die Triebtheorie trotz aller Kritik sozusagen unsterblich. Wenn Patienten Ängste haben – seien diese Körper bezogen oder auf soziale Situation gerichtet –, dass etwas kaputtgehen könnte, dann kann man mit Sicherheit davon ausgehen, dass unbewusst die eigene Aggressivität und Destruktivität befürchtet wird.

Kasuistische Beispiele

1. Fall: Daniel Y

Herr Daniel Y litt seit Jahren an zahlreichen neurotischen Ängsten mit hypochondrischen Befürchtungen. Die Angst, verrückt werden zu können, quälte ihn besonders stark. Aus verschiedenen Gründen fiel es Herrn Daniel Y sehr schwer, sich zu einer Analyse zu entschließen. Auch über die Verhaltenstherapie hatte er sich informiert. Da er jedoch nicht nur unter Symptomen litt, sondern sich von seiner Lebensgeschichte wie abgeschnitten fühlte und sich kaum an etwas erinnerte, was vor der Pubertät lag, glaubte er, psychoanalytische Hilfe zu benötigen. Unter der Angstsymptomatik und unter dem Gefühl, von seinen lebensgeschichtlichen Wurzeln abgetrennt zu sein, litt Herr Daniel Y so sehr, dass er alle Bedenken gegen die Psychoanalyse zurückstellte.

Seine Überraschung über den bisherigen Verlauf der Behandlung war groß. Weder fand er einen schweigsamen Psychoanalytiker vor, noch war bisher eingetreten, was der Patient am meisten befürchtet hatte: eine Symptomverschlechterung. Zunächst komme es nämlich in Psychoanalysen zu negativen Schwankungen, und erst nach vielen Durchgangsphasen und nach Auflösung von Konflikten trete gelegentlich auch eine Besserung ein, so hatte er gehört und im

Bekanntenkreis auch selbst beobachtet. Dass ich Herrn Daniel Y nicht dem Monologisieren überließ, sondern ihn interpretativ unterstützte, bildete einen befreienden Kontrast zu seiner Vorerwartung. Hierbei folgte ich dem therapeutischen Prinzip, für die *Meisterung* früher passiv erlittener Traumatisierungen die bestmöglichen Bedingungen zu schaffen. Diese therapeutische Einstellung erleichterte es dem Patienten, seine verzweifelte Hilflosigkeit angesichts überwältigender Eindrücke aus Gegenwart und Vergangenheit erstmals in Worte zu fassen und gewissermaßen in die Hand zu nehmen. Wie der Patient, so war auch ich selbst über die Intensität seiner Affekte, insbesondere seines Weinens, betroffen. Meine unveränderte Gelassenheit trug dazu bei, dass sich seine Beschämung über sein kindliches Erleben, das zu seiner erfolgreichen Karriere in so starkem Gegensatz stand, in Grenzen hielt.

Insgesamt hatte sich in der bisherigen Therapie ein ausgewogenes Verhältnis von regressivem Eintauchen in das affektive Erleben und reflektierender Zwiesprache ergeben.

Panikartige Angstzustände, die besonders in engen Räumen auftraten, hatten seit Jahren häufige, zu seiner beruflichen Routine gehörende Geschäftsreisen in Auto, Bahn oder Flugzeug zur Qual werden lassen. Herr Daniel Y war überrascht, dass er sich schon nach wenigen Wochen beträchtlich wohler fühlte und bereits mehrere längere Autofahrten ohne Angstanfall hatte zurücklegen können. Ich führte diese Symptombesserung zum einen darauf zurück, dass der Patient Vertrauen und damit auch Hoffnung gefasst hatte. Insoweit kann die Symptombesserung als Übertragungsheilung im weiteren Sinne des Wortes betrachtet werden. Zum anderen hatte der Patient in der Analyse schon häufig die Erfahrung machen können, dass sich zwar seine Hilflosigkeit und Ohnmacht wiederholten, dass er aber keineswegs mehr allen Belastungen passiv und hilflos ausgesetzt, sondern durchaus in der Lage war, sich mit den alten, konservierten Traumatisierungen und ihrer Auslösung in der Gegenwart aktiv auseinanderzusetzen. Die Besserung

konnte also durchaus der analytischen Konfliktbearbeitung zugeschrieben werden.

Bisher gab es keinen Anlass, den Patienten an meinen Vermutungen über diese beiden Aspekte der Therapie teilnehmen zu lassen. Nun stand eine 8tägige Überseereise bevor, die Herrn Daniel Y bedenklich stimmte, hatte es doch in den letzten Jahren keinen Flug ohne Angstanfall gegeben. Im Hinblick auf den bevorstehenden Flug entschloss ich mich zu einer aufklärenden Bemerkung, von der ich eine beruhigende Wirkung erwartete. Ich erinnerte den Patienten daran, dass mehrere Fahrten in Auto und Zug bereits gut gegangen sind, weil er sich im Gegensatz zu früher nicht mehr ausgeliefert fühlt und seine Fähigkeit zur Selbstbehauptung offenbar zugenommen hat. Die Absicht war, den Patienten auf die Vergrößerung seines Handlungsspielraums aufmerksam zu machen und sein eigenes Wissen zu festigen. Der Patient war von dieser Feststellung berührt. Über sein plötzlich auftretendes Schluchzen und heftiges Weinen konnte kaum mehr gesprochen werden. Eingedenk der Erfahrung, dass es eher ungünstig ist, wenn eine Sitzung mit einem starken und unbesprochenen Affekt endet, war es mir beim Abschied nicht ganz wohl. Zugleich hatte ich aber den Eindruck, dass Herr Daniel Y an Sicherheit gewonnen hatte und sich deshalb auch seinen Gefühlen überlassen konnte.

Herr Daniel Y kam in bester Stimmung zurück. Beide Flüge waren vollkommen angstfrei verlaufen – entgegen seiner Erwartung. Vom Hörensagen mit psychoanalytischen Regeln vertraut, hatte er sich inzwischen überlegt, ob meine Hilfestellung erlaubt gewesen wäre. Zugleich bewunderte der Patient, dass ich mich so weit vorgewagt und das Risiko einer Art Vorhersage auf mich genommen hatte. Aber hätte sein Vertrauen in mein Können bei einem Rückfall nicht einen argen Schaden genommen?, überlegte der Patient so vor sich hin. Nun versuchte ich dem Patienten zu erklären, dass ich ein kalkulierbares Risiko eingegangen und insofern nicht leichtfertig und aufs Geratewohl etwas suggeriert hätte. Tatsächlich hatte Herr Daniel Y vergessen, dass

ich meine Vermutung, *möglicherweise* könne er angstfrei reisen, mit seinem Zugewinn an Sicherheit begründet hatte.

Den naturwissenschaftlich ausgebildeten Patienten interessierte es zunehmend, mehr über die therapeutischen Wirkungsmechanismen zu erfahren. In einer späteren Stunde kam es zu einem Gedankenaustausch, der in einem heftigen Affektausbruch endete, den ich im folgenden zusammenfasse.

Es beunruhigte Herrn Daniel Y, dass seinem Wissen die Gründe der eingetretenen Freiheit von Ängsten nicht zugänglich waren. Es sei sein nahe liegender Wunsch, etwas über die Bedingungen der Besserung zu erfahren. Schließlich sei er ja auch von seinem Beruf her darauf eingestellt, sich durch die Erkenntnis von Ursachen einer Sache zu versichern bzw. Fehler zu korrigieren. Der Patient schien erleichtert darüber, dass ich seine Neugierde für die therapeutisch wirksamen Faktoren als natürlich betrachtete und als sein gutes Recht bezeichnete. Er hatte damit gerechnet, dass ich die implizierte Frage übergehen oder ihm eine Abfuhr erteilen würde. Zugleich geriet er in Erregung und in eine ängstliche Verfassung. Nun konnte ich ihm die momentane Angstentstehung erläutern. Er wollte mehr von mir wissen, fürchtete aber, mir näher zutreten. Eine starke Ambivalenz kam ins Spiel. Er hoffte, dass ich nicht im dunkeln tappe, zugleich beneidete er mich aber um mein Wissen und um die gelassene Art, wie ich seine Befürchtung hinnahm, vielleicht doch nur mit der Stange im Nebel herumzustochern.

Die Ungleichheit zwischen uns und die Tatsache, dass ich so viel über ihn weiß, erinnerte ihn an kindliche Erlebnisse der Ohnmacht und des Ausgeschlossenenseins. Es ermutigte den Patienten, dass ich einige Bemerkungen zur Angstentstehung machte und die Intensität seiner Gefühle beim Namen nannte. Plötzlich wurde der Patient von einem Ausbruch des Hasses gegen seinen "Onkel" überfallen, der an die Stelle des Vaters getreten war und dem er sich auf Geheiß der Mutter hatte unterwerfen müssen. Die Intensität seines Hasses und die damit

zusammenhängende Angst erschütterten ihn. Meine Hinweise zu den Zusammenhängen seines Erlebens während der Sitzung überzeugten ihn. Aus der verhaltenen Kritik an mir und meiner Reaktion darauf gewann der Patient ausreichend Sicherheit, um sich seinen starken Affekten überlassen zu können.

Das ödipale Spannungsfeld hatte sich nun so aktualisiert, dass er unter günstigen Bedingungen an dessen Neuauflage herantreten konnte. Bemerkenswert ist, dass er zwar seinerzeit gegen den "Onkel" gesiegt hatte und dennoch ein tiefes Gefühl des Unvermögens, ja des körperlichen Defekts, mit hypochondrischen Ängsten, bei denen das Herz im Mittelpunkt stand, zurückbehalten hatte. Einige Zeit später konnte er seine Beschämung überwinden und mitteilen, dass es ihn bis zum späten Durchbruch seiner Sexualität schwer bedrückt hatte, bei der Masturbation nicht zum Samenerguss gelangt zu sein. Die Angst vor seinen lustvollen ödipalen Aggressionen hatte zu einer Hemmung und der sie begleitenden Funktionsstörung geführt. Diese wiederum verstärkte trotz aller äußeren Erfolge das tief verankerte Minderwertigkeitsgefühl. (Bd.2 Kap.2 S. 40f.)

2. Fall: Henriette X – Niederfrequente Kurztherapie nach Analyse einer Anorexia nervosa

Das Problem des Symptomwandels

Mehr als 40 Jahre sind seit dem Abschluss der Behandlung vergangen. Durch die Psychoanalyse der Patientin Henriette X konnten wesentliche Einblicke in die Pathogenese der Anorexia nervosa gewonnen werden. Aus der Kenntnis der interaktionellen und innerseelischen Bedingungen der Krankheitsgeschichte und ihres Verlaufs lassen sich behandlungstechnische Strategien ableiten, die verallgemeinert werden können (Thomä 1972).

Die Therapie führte zu nachhaltigen, bleibenden Veränderungen. Von einer Heilung kann mit Fug und Recht gesprochen werden, weil Henriette X nach Abschluss der Behandlung ein persönlich und beruflich erfolgreiches, ausgefülltes Leben führte, ohne dass noch Restsymptome der Anorexia nervosa bestanden. Nach Beendigung eines Studiums und einer Berufswahl, die sie ins Ausland führte, heiratete Henriette X ihren langjährigen Freund.

Vor etwa 30 Jahren stellte sich ein beunruhigendes Symptom ein, weshalb die Patientin mich erneut konsultierte: Bei beiderseitigem intensiven Kinderwunsch lehnte die Patientin eine Schwangerschaft wegen ihrer neurotischen Angst ab, ihren hilflosen Kindern würde etwas passieren können, ja, sie könnte ihnen selbst etwas antun. Henriette X, die sich eine lebhafte Erinnerung an mich bewahrt hatte, führte dieses Symptom darauf zurück, dass sie durch die Psychoanalyse zu rasch von ihrer Mutter weggeführt worden sei. Obwohl sie mit ihrem Freund bzw. Mann in jeder Hinsicht glücklich sei, und sie ihre Möglichkeit, überhaupt eine heterosexuelle Beziehung aufzunehmen, wie vieles andere der Psychoanalyse verdanke, kritisiert Henriette X die aus ihrer Sicht "existentielle" Intensität der Behandlung und die tief greifenden Veränderungen am Beispiel der zu raschen Lösung ihrer engen Beziehung zur Mutter. Die Patientin klagte nun noch über eine weitere Einschränkung ihres sonst freizügigen Lebens, die sie den Veränderungen durch die Therapie anlastete: Sie konnte nur mit Überwindung einer gewissen Angst allein fliegen. Diese Einschränkung lastete Henriette X mir an, weil ich dazu beigetragen hätte, dass sie ihre Abhängigkeit erkannt und somit die absolute Selbstsicherheit, die sie in der Phase ihrer Erkrankung gehabt hätte, verloren habe.

Indem ich ihren Vorwurf anerkannte und sowohl auf der Ebene der Beziehung wie auf der Ebene der Übertragung thematisierte, ergab sich eine intensive Fokaltherapie, die aus äußeren Gründen in hoher Frequenz während eines kurzen Zeitraums durchgeführt wurde. Die

phantasievolle Patientin konnte in der Übertragungsanalyse sehr aggressive Gefühle ihrer Mutter gegenüber erleben und kritisch reflektieren. Da diese aggressiven Gefühle innerhalb einer unbewusst als ausgesprochen symbiotisch erlebten Beziehung auftraten, konnte sich die Patientin nicht sicher sein, ob sie in der Mutter und in ihren noch ungeborenen Kindern nicht sich selbst treffen würde. Um ihre noch ungeborenen Kinder hatte sie Angst, weil sich mit ihnen die Probleme der symbiotischen Beziehung wiederholen könnten. Die Angst vor dem Fliegen ohne Begleitung ließ sich unschwer in den Fokus einbeziehen, zumal hierbei der Übertragungsaspekt ganz deutlich war: Sie konnte sich dem "leeren Raum" deshalb nicht angstfrei überlassen, weil eine alte Rechnung mit mir noch nicht ganz beglichen war; großes Vertrauen zu haben, bringt auch ein hohes Maß an Abhängigkeit und entsprechende Enttäuschungen mit sich. Die weiten Räume repräsentierten ein "Übertragungsobjekt", dessen Zuverlässigkeit durch ihre eigenen unbewussten Aggressionen in Frage gestellt wurde.

Die Sehnsucht nach einer allwissenden und allmächtigen Mutter führt unvermeidlich zu Enttäuschungen und damit zu Aggressionen, die dann die gesuchte Sicherheit untergraben. So ist es schlussendlich der unbewusste Prozess, durch den das Symptom – wie man dies regelmäßig bei solchen Symptomen beobachten kann – die Angst motiviert und durch "äußere" Bestätigung, die als Verstärkung wirkt, perpetuiert wird. Durch die Intensität des Erlebens in der Übertragung und durch die Einsicht besserten sich die Symptome in kurzer Zeit.

Frau Henriette X ist nun Mutter einer Familie mit mehreren Kindern. Sie hat mich brieflich mehrmals über das Ergehen der Familie unterrichtet.

(Bd. 2 Kap. 9.5. Anorexia Nervosa S. 411f.)

3. Fall: Dorothea X – Der Psychoanalytiker als Übertragungsobjekt

Die heute 80jährige, damals 50jährige, Patientin Dorothea X litt an einer Depression, die mit Angstzuständen einherging und zu jahrelanger erfolgloser Pharmakotherapie geführt hatte. Die Symptomatik war aus einer Trauerreaktion um den nach kurzer Krankheit verstorbenen Ehemann hervorgegangen. Frau Dorothea X entwickelte hypochondrische Ängste, wie ihr Ehemann an einem zu spät entdeckten Karzinom zu leiden. Die unbewusste identifikatorische Vereinigung mit dem idealisierten Verstorbenen und die Fortführung der verinnerlichten ambivalenten Beziehung zu ihm in Form von Selbstanklagen folgten dem typischen Muster depressiver Reaktionen. Frau Dorothea X lebte zurückgezogen und hielt sich im wörtlichen Sinne verborgen: Sie schützte eine Überempfindlichkeit der Augen vor, um das Tragen einer Sonnenbrille zu begründen, hinter der sie sich versteckte. Wegen der chronischen Erkrankung einer Schwiegertochter glaubte sie, eines Tages zwei Enkelkinder betreuen zu müssen, fürchtete aber, dazu wegen ihrer Erkrankung unfähig zu sein. Diese Sorge verstärkte ihr Leiden und verpflichtete sie zugleich, am Leben zu bleiben und ihren Selbstmordgedanken nicht nachzugeben.

Die analytische Bearbeitung der depressiven Identifikation mit dem verstorbenen Ehemann hatte zu einer gewissen Besserung der Beschwerden und zur Wiederkehr ihrer Beziehungsfähigkeit zunächst zum Psychoanalytiker, am "Übertragungsobjekt" also, geführt.

In der Übertragung tendierte Frau Dorothea X dazu, mich freundlich zu bemuttern. Zugleich konnte sie mich wegen meiner Ruhe und Gelassenheit³ idealisieren: "So wollte ich selbst immer sein." Der

³ Der gegenwärtige Präsident der IPA versteht die Gegenübertragung als „Aequoanimitas“ und rückt diese damit in die Nähe von Thomas von Aquin. Die Elastizität psychoanalytischer Begriffe ist weit größer als Sandler annahm. Ich halte es für wesentlich, Patienten an unserer Gegenübertragung teilhaben zu lassen und habe hierfür die Regel gefunden „Soweit sie zum Funktionskreis des Patienten gehört“. Dessen Bestimmung liegt im Ermessen des Analytikers. Alle Patienten dürfen wissen, dass unser Nachdenken eine relative Distanz mit sich bringt, die Gelassenheit erleichtert.)

Wendepunkt, der die bisherige milde positive Übertragung schlagartig veränderte, ereignete sich zufällig: Bei einer ausnahmsweise am Spätnachmittag stattfindenden Sitzung fand Frau Dorothea X einen müden, abgespannten Analytiker vor. Ihre von mir bestätigte Beobachtung von Müdigkeit löste eine von irrationaler Sorge motivierte Unruhe aus: Hinter meiner Abgespanntheit wurde eine ernste Krankheit vermutet, so dass mir weitere Belastungen nicht mehr zugemutet werden könnten. Die bis dahin freundlichen Bemutterungstendenzen nahmen übertriebene Formen an. Zwar trat eine fast vollständige Symptomheilung ein, die jedoch mit der Selbstanklage verbunden war, die Behandlung nie mehr aufgeben zu können, weil sie dann keine Möglichkeit mehr hätte, sich fortlaufend davon zu überzeugen, dass mir nichts Böses widerfahren sei. Zumindest müsse sie stets zur Wiedergutmachung bereit sein. Zugleich warf sie sich vor, mir durch die Fortsetzung der Therapie zur Last zu werden, so dass sie sich während der Aufdeckung alter Schuldgefühle erneut und erst recht schuldig mache.

Die irrationale Sorge um mich als Übertragungsobjekt erleichterte die therapeutische Bearbeitung ihrer unbewusst ambivalenten Beziehungen, die lebensgeschichtlich darauf zurückgingen, die schwere Hypochondrie der Mutter verursacht zu haben: Beinahe tödlich sei der Blutverlust bei ihrer Entbindung gewesen, und hierauf wurden jahrelang alle Beschwerden der Mutter zurückgeführt. Als Leitidee ihrer Kindheit sind auf diesem familiären Hintergrund Todes- und Rettungsphantasien zu verstehen. Im Schutz der positiven Übertragung gelang uns die Klärung der negativen aggressiven Aspekte ihres Denkens und Verhaltens. Mehr und mehr trat dabei der Abwehrcharakter der Idealisierungen zutage. So zeichnete sich ab, dass die Übernahme der Mutterrolle, die sie auch ihrem verstorbenen, von ihr abhängigen Mann gegenüber eingenommen hatte, sich vorzüglich dafür eignete, ihre sexuellen Bedürfnisse zu verdecken und regressiv zu befriedigen. In der Bemutterung ihres Mannes hatte sie übrigens gleichzeitig und gleichsam unter dem Rock

"die Hosen angehabt" und daraus zusätzliche Befriedigungen gezogen; sie hatte nicht unbeträchtlich zu seinem beruflichen Erfolg beigetragen.

In meinen Deutungen suchte ich bei passender Gelegenheit die "menschlich-allzumenschliche" Seite des Analytikers in den Blickpunkt zu rücken – ohne Erfolg: Zwar konnte die Patientin rein intellektuell einsehen, dass es wohl auch bei mir schwache Stellen geben müsse, aber sie wollte dieses Wissen nicht wirklich zur Kenntnis nehmen.

Idealisierung und Entwertung standen auch hier in typischer Wechselwirkung. Ein Hinweis, dass ich mein Wissen zu ihrem Besten anwende, wurde einerseits von ihr anerkannt, andererseits entwertete Frau Dorothea X meine Bemerkungen als eigensüchtige Selbstbestätigung. Diesen Gedankengang musste die Patientin durch eine mich entschuldigende Entlastung abschließen, die darin bestand, dass sie den mir zugeschriebenen Mangel an Zuwendung auf angenommene schlimme Lebenserfahrungen zurückführte. Die latenten Entwertungsgedanken blieben über lange Zeit therapeutisch so wenig einer Deutung zugänglich wie die Idealisierungen. (Bd. 2 Kap. 9.4. Depression S. 403f.)

Wirksamkeit und Katamnesen

Die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie ist heutzutage auch durch Metaanalysen bewiesen (Leichsenring, Sandell). Ich habe in Einzelfällen sehr günstige Katamnesen, die sich über reinen Zeitraum von 50 Jahren erstrecken. Mit mir sind nicht wenige Patienten alt geworden und einige schreiben mir manchmal zu Festtagen, einige auch dann, wenn sie in der Presse meinen Namen finden. Autonomie, ja Autarkie, schließen Dankbarkeit, eine hilfreiche therapeutische Beziehung gefunden zu haben, m. E. nicht aus. Es gibt gewiss auch das Problem unaufgelöster Übertragungen, das ich aber hier im Kontext mit Katamnesen der beschriebenen Art auf sich beruhen lassen möchte.