

8 Mittel, Wege und Ziele

8.1 Zeit und Raum

Die Behandlungsfrequenz

Die Festlegung von Zeit und Raum hat für bestimmte soziale Handlungen eine strukturbildende Funktion. Der regelmäßige Vereinsabend, die Mittwochssitzungen in Freuds Wohnung, der sonntägliche Gottesdienstbesuch, der wiederholte Sommerurlaub am gleichen Ort und viele Beispiele mehr verweisen auf die biologisch und gesellschaftlich verankerte Rhythmisierung des Lebensprozesses; Regelmäßigkeit kann eine identitätsstiftende Funktion haben. Unter diesem Gesichtspunkt der Organisation von Erfahrung wollen wir die Frage der Behandlungsfrequenz aufgreifen.

Wenn auch Freuds „Prinzip der Stundenmiete“ eher aus pragmatischen Gründen eingeführt wurde, so war die tägliche Sitzung doch wichtig, damit „die Kur den Kontakt mit der Gegenwart“ - und er meinte den äußeren Lebensraum - nicht verlor (1913c, S. 460). Bei dieser Festlegung muss man jedoch Sorge ■, dass die Kur selbst zur Gegenwart, zum einzig bestimmenden Moment eines Lebens werden kann. Der durchgängig zu beobachtende Rückzug von der täglichen Sitzung Freuds zu einem Spektrum verschieden intensiv durchgeführter Analysen wird deshalb heute von strategischen Überlegungen bestimmt - von dem Versuch, flexible Lösungen zu finden:

Der fachliche Bewertungsmaßstab für die zeitliche Intensität der Behandlung ist der eines für die Behandlungsdynamik optimalen Verhältnisses von Strukturierung, Konfrontation und Verarbeitung unter Beobachtung und Mitwirkung des präsenten Analytikers bei Berücksichtigung prozessrelevanter Vorgänge, Erfahrungen und Verarbeitungen außerhalb der analytischen Situation (im Intervall) und der Zielsetzung der Behandlung (Fürstenau 1977, S. 877).

Kampf um Termine

Alexander u. French (1946, S. 31f.) hatten den Vorschlag gemacht, die Steuerung der Übertragungsintensität durch eine Variation der Stundenfrequenz zu gestalten - ein Vorschlag, der auf vehementen Widerstand stieß. Was also ist es, das uns veranlasst, an einer anfangs gewählten Stundenfrequenz festzuhalten und eine Veränderung dieses zeitlichen Arrangements nur nach gründlicher Überlegung durchzuführen? Wir stoßen dabei auf ein interessantes Verhältnis: einerseits wird die Stundenfrequenz als abhängige Variable des optimalen Verhältnisses von „Strukturierung, Konfrontation und Verarbeitung“ angesetzt; einmal eingeführt aber, gewinnt die zur Verfügung gestellte Zeit den Charakter der unabhängigen Variablen; sie wird zum Rahmen, an dem sich Beziehungskonflikte kristallisieren können. Die vereinbarte Zeit wird zum Kampfplatz, auf dem die verschiedensten Motive wirksam werden können - auf beiden Seiten.

An der Zeitregelung kann ebenso viel abgehandelt werden wie am Schweigen des Analytikers. Da die Einhaltung des festgelegten Stundenplans in dessen Praxis eine wesentliche Rahmenbedingung darstellt, bietet dieser Zeitrahmen eine für das Unbewusste des Patienten besonders attraktive Angriffsfläche; denn hier kann der Patient den Analytiker empfindlich treffen, weil er dessen Autonomie in der Handhabung von Zeit als Organisationsprinzip bedrohen kann. Je absoluter der Analytiker die einmal festgelegte Frequenz verteidigt, desto intensiver kann der Kampf um Termine werden. Ein Beispiel für eine Entgleisung dieses Kampfes und seine Überwindung gibt Gutwinski-Jeggle (2001).

Verhältnis Frequenz - analytischer Prozess

Die Verabredung der Frequenz ist eine Angelegenheit, die sich aus der Theorie der Technik nur begrenzt ableiten lässt. Die Festsetzung von 6, 5, 4, 3, 2 Stunden oder nur einer in der Woche erlaubt keine Voraussage auf den eröffneten Spielraum, der unter so variablen Bedingungen, wie sie Rangell (1981) im Rückblick auf seine lange Berufserfahrung beschrieben hat, einen therapeutischen Prozess ermöglichen kann. Selbstverständlich erschließt die jeweilige Häufigkeit einen unterschiedlich dimensionierten Raum zur Entfaltung unbewusster Prozesse. Wir nehmen die dabei implizierte Bühnenmetapher ernst, wie dies auch Sharpe (1950, S. 27) und Loewald (1975) getan haben. Die Weitläufigkeit oder Beschränktheit dieses Raumes liefert zwar generelle Orientierungen für die Inszenierungsmöglichkeiten, verlangt aber vom Regisseur mehr, als seine Schauspieler nur auf die Bühne zu stellen; Loewald spricht von der Übertragungsneurose als Drama, das der Patient in Zusammenwirken mit dem Analytiker kreiert und in Szene setzt (1975, S. 278f.). Umgekehrt haben wir ein großes Interesse an der Frage, welche Zeitintensität der einzelne Patient braucht, um seine unbewussten Konflikte in der analytischen Beziehung zu inszenieren.

Es scheint heute ausgemacht, dass standardisierte Festlegungen - nur vier Stunden und mehr etc. erlauben die Entwicklung einer Übertragungsneurose - Rückstände eines ideologisierten Verständnisses von Psychoanalyse darstellen. Überall dort, wo handfeste ökonomische Gründe eine Reduzierung der wöchentlichen Stundenzahl notwendig gemacht haben - wie z. B. in Frankreich, wo Analysen in der Regel mit drei Stunden in der Woche durchgeführt werden - lässt sich zeigen, dass die Substanz des analytischen Tuns nicht an diesem äußeren Moment hängen muss. Es kann einzelne Fälle geben, wo nur die Vereinbarung einer hochfrequenten Behandlung mit fünf oder sechs Sitzungen einen therapeutischen Prozess zu schaffen und aufrechtzuerhalten vermag. Dann ist diese Frequenz auch gerechtfertigt. Allerdings muss diese Notwendigkeit dann auch fallbezogen aufgewiesen werden (Goldacker-Pohlmann 1992). Wir vertreten aber die Ansicht, dass gegenwärtig eine Uniformitätsannahme das psychoanalytische Denken verdunkelt, wodurch eine sachbezogene Diskussion des Einzelfalles - wie viele Sitzungen pro Woche für welche Ziele braucht ein Patient - erst gar nicht aufkommen kann (Thomä 1994).

Das Argument, mit einer bei allen Patienten gleichmäßig festgelegten Frequenz ließen sich die individuellen Unterschiede in der Reaktion auf die standardisierte Situation besser ermitteln, halten wir für den Ausdruck eines falschen und einengenden Regelverständnisses. Bachrach (1983) Vergleich des psychoanalytischen Verfahrens mit der Präparation eines zu mikroskopierenden Untersuchungsgegenstands, bei der im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit denen anderer Untersucher auch exakte Verfahrensvorschriften zu beachten sind, unterliegt dem fundamentalen Irrtum, dass in einer sozialen Situation durch äußere Verfahrensvorschriften identische Daten erzeugt werden könnten. Die Ausblendung des jeweils individuellen Bedeutungsgehalts äußerer Maßnahmen führt zu einer Verblendung, wie wir sie in der Diskussion um die Frage der Analysierbarkeit schon deutlich gemacht haben. Empirische Studien zu dieser Frage sind spärlich; in einem Werkstattbericht resümieren Henze et al. (2002), dass im Umkehrschluss vom Stand des psychoanalytischen Prozesses bzw. dem Stand der Übertragungsdynamik auf die Häufigkeit der Sitzung geschlossen wird (S. 88). Ob die laufenden evaluativen Studien zu dieser Frage Klärung erbringen werden, scheint angesichts der Vielzahl der beteiligten Parameter zweifelhaft. Praktisch und wissenschaftlich weitaus relevanter (als die 3- versus 4-Stunden-Debatte) wäre es jedenfalls, den Sprung von der einstündigen zur mehr als einstündigen Frequenz aufzuklären, da damit laut Richtlinien angeblich ein Konzeptwechsel verbunden sein soll.

Patientenverhalten zwischen den Stunden

Ein hinreichendes Verständnis für die Bedeutung der Behandlungsfrequenz und der damit erstrebten Behandlungsintensität kann allerdings nur erreicht werden, wenn wir in die Diskussion - theoretisch und klinisch - mit einbeziehen, wie sich ein Analysand auch außerhalb

seiner Stunden mit seinen analytischen Erfahrungen auseinandersetzt. Patienten, die für lange Zeit keine Verbindung zwischen den einzelnen Stunden schaffen können, die sich aus Abwehrgründen abkapseln und die Entwicklung des selbstanalytischen Prozesses unterbinden, benötigen verständlicherweise eine höhere Behandlungsfrequenz als Patienten, die frühzeitig diese Fähigkeit aufbauen und zu nutzen verstehen (Orlinsky u. Geller 1993). Der „analytische Raum“ (Viderman 1979) erstreckt sich dann nicht nur auf den konkreten Zeitraum der Behandlungsstunden, sondern beschreibt die intrapsychische Erfahrungswelt, die durch den analytischen Prozess eröffnet wird. In diesem Sinne schrieb Freud (1913c), dass für „leichte Fälle oder Fortsetzungen von weit gediehenen Behandlungen“ auch drei Stunden pro Woche genügen könnten (S. 459). In der Tat sollte es heute zur alltäglichen Gepflogenheit gehören, mit dem Patienten die Verantwortung für eine angemessene Intensität und Regelmäßigkeit zu teilen.

4-Stundenzwang in der Ausbildung

Besondere Belastungen ergeben sich für Ausbildungskandidaten der DPV, die bei ihren Ausbildungsfällen zu einer Behandlungsfrequenz von vier Sitzungen in der Woche verpflichtet sind. Wünscht ein Patient eine Reduzierung der Frequenz auf drei Sitzungen oder gar auf zwei, so ist nach gründlicher analytischer Bearbeitung oft nicht mehr der Frage des Patienten auszuweichen, ob drei bzw. zwei Sitzungen nicht doch ausreichen könnten und welche Gründe dagegen sprechen, zumindest den Versuch der Reduzierung zu machen. In den meisten Fällen und Situationen mangelt es an überzeugenden Argumenten; der formalen Anerkennung wegen muss der Ausbildungskandidat aber auf vier Sitzungen bestehen. Er steht vor einer schwierigen Entscheidung: Stimmt er der Reduzierung zu, geht der analytische Prozess unter veränderten Umständen oft sogar produktiver weiter, weil der Patient an Autonomie gewonnen hat. Der Kandidat muss freilich mit der erheblichen Belastung fertig werden, dass diese Analyse mit drei Sitzungen nicht mehr als Ausbildungsfall anerkannt wird und sich seine Ausbildung somit beträchtlich, d. h. um bis zu drei Jahre oder mehr verlängert. Am schlimmsten ist es, wenn der Kampf um die Frequenz mit dem Abbruch endet. Unterwirft sich der Patient jedoch dem Reglement, ohne überzeugt zu sein, wird der analytische Prozess zumindest vorübergehend schwer belastet, und die therapeutische Wirksamkeit ist gefährdet.

Diese Probleme haben sich verschärft, seitdem die kontinuierliche Frequenz von vier Sitzungen wöchentlich vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen wurde. Da die Kandidaten der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) verpflichtet sind, wenigstens zwei Fälle durchgängig hochfrequent zu behandeln, ist für diese und ihre Patienten ein Dilemma entstanden. Das Lavieren zwischen gegensätzlichen Vorschriften ist für alle Beteiligten unwürdig und für die Therapie abträglich. Tragbare Kompromisse lassen sich jedoch heute deshalb finden, weil auch die Pflichtversicherten eine vierte Sitzung selbst bezahlen dürfen und das Honorar dafür in gegenseitigem Einvernehmen festgesetzt werden darf.

Dauer der einzelnen Sitzung

Die Dauer der einzelnen Sitzung wird fast durchgängig mit 45-50 Minuten veranschlagt.

Gelegentlich trifft man auch auf Kranke, denen man mehr Zeit als das mittlere Maß von einer Stunde widmen muss, weil sie den größeren Teil einer Stunde verbrauchen, um aufzutauen, überhaupt mitteilbar zu werden (Freud 1913c, S. 460).

Offenbar treffen wir heute selten auf solche Patienten, oder wollen wir sie nicht treffen? Es ist eine nicht ganz seltene Klage, dass die Sitzungsdauer von 45-50 Minuten zu kurz sei. Es ist jedoch offenkundig, dass in diesem Bereich, vor allem aus äußeren Gründen viel experimentiert wird. Das geglückte Experiment der sog. Shuttle-Analysen, bei denen osteuropäische Kandidaten mehrmals im Jahr für einige Wochen intensive analytische

Erfahrung sammeln können, hat die Entwicklung der Psychoanalyse in diesen Ländern gefördert.

Therapeutische Erfordernisse und materielles Interesse

Dieses subjektive Zeiterleben wird von dem bestimmt, was in der objektiv zur Verfügung stehenden Zeit an therapeutischer Arbeit geleistet oder nicht geleistet wird - sie ist eine interaktionelle Größe. Auch wenn es aus nahe liegenden Gründen nicht darum gehen kann, den nörgelnden Wünschen einfach nachzugeben, sondern sie zu analysieren, bleibt doch Freuds Hinweis auf das „mittlere Maß von einer Stunde“ bestehen. Wo es einen Mittelwert gibt, da sind Schwankungen um den Mittelwert herum impliziert. Die Abweichung der Stundendauer in der gegenwärtigen Praxis dürfte aber minimal sein, denn Zeit ist auch Geld. Das materielle Interesse des Analytikers an exakt eingehaltenen Stundenplänen hat besonders Greenson kritisiert, indem er die Praxis beleuchtet, die Sitzungen nicht mehr durch eine **angemessene Pause** voneinander zu trennen:

Ich glaube, dass der Rückgang der 50-Minuten-Stunde auf eine materialistische Strömung in der psychoanalytischen Praxis hinweist, die zu Lasten eines humanistischen wissenschaftlichen Gesichtspunktes geht. Es liegt auf der Hand, dass es einen feindseligen Akt darstellt - so subtil und unbewusst er sein mag -, wenn man einen Patienten nach dem anderen wie am Fließband abfertigt (Greenson 1974; dt. 1982, S. 401).

Greenson spricht mit seiner Kritik die Notwendigkeit aus, sich für den jeweiligen Loslösungsschritt aus der inneren Welt des analytischen Prozesses den notwendigen Freiraum zu verschaffen, bevor ein neuer Patient die ungeteilte Aufmerksamkeit des Analytikers finden kann. Wir glauben, dass bei aller Verschiedenheit des Arbeitsstils von Analytikern individuell dosierte Atempausen zu empfehlen sind.

Theoretische Ansätze zum Zeiterleben des Analytikers

Die aus der anaklitisch-diatrophen Entwicklungsphase stammende Zeiterfahrung wird als wesentlich für die geglückte basale Grunderfahrung der psychoanalytischen Situation angesehen. (Stone 1961; dt. 1973). So weist Kafka (1977) darauf hin, dass das besondere Interesse des Psychoanalytikers für das Zeiterleben vielleicht darin begründet sei, dass er fortlaufend beobachte, wie vergangene Erfahrungen in der Gegenwart strukturiert werden (S. 723). Hierzu bedarf es aber einer besonderen Sensibilität für die zeitlichen Aspekte des psychoanalytischen Geschehens; die Frage, wie altes, schematisiert gespeichertes Wissen mit einer inhärenten, verdichteten Zeitstruktur in gegenwärtig fließende Zeit transformiert wird, ist theoretisch schwer zu beantworten (Bonaparte 1940; Ornstein 1969; Schachtel 1947; Loewald 1980). Ebenso stellt die „Psychopathologie der Zeit“ ein für den Analytiker wichtiges Gebiet dar (Hartocollis 1985). Die Arbeit von Schilder (1935a), der die phänomenologischen Untersuchungen Straus', v. Gebssattels und Minkowskis für die Psychoanalyse fruchtbar zu machen versuchte, ist zu Unrecht in Vergessenheit geraten. Loewald hat diese theoretische Diskussion wieder aufgegriffen, deren behandlungspraktische Relevanz größer ist, als oft angenommen wird (Loewald 1980, S. 138ff.).

Time-out

Kafka (1977) weist besonders auf folgende Punkte hin:

Die analytische Stunde ist für den Patienten ein ausgedehntes „time-out“ (von der Arbeit, von gewohnten Aktivitäten, von dem gewöhnlichen Verhaltens- und Kommunikationsstil) (S. 727).

Das Ausmaß dieses Wechsels, des Aussteigens aus der Alltagswelt und -zeit, wird auch von der Handhabung der Stunde durch den Analytiker bestimmt und enthält den stimmigen Teil der Funktion des Schweigens, wie Reik hervorhebt:

... die Welt außerhalb des Zimmers tritt in den Hintergrund. Die Ruhe wirkt wie ein Lampenschirm, der ein zu helles Licht dämpft. Die drückende Nähe der materiellen Wirklichkeit lässt nach. Es ist, als bezeichne dieses Schweigen des Analytikers schon den Beginn, anderen und sich selbst mit mehr Ruhe und Abstand zu begegnen (1976, S. 139).

Das wohldosierte Schweigen kann das „time-out“ des Patienten unterstützen, ihm helfen, sich der inneren, erlebten Zeit zuzuwenden. Die Regelmäßigkeit der Sitzungen, durch die sich frequenzspezifische Rhythmen strukturieren, lässt Patienten ihr eigenes analytisches Zeitgefühl entwickeln, ihr persönliches Verständnis der „time-out“.

Für den Analytiker ist die Sitzung „ein ausgedehntes und relativ gewöhnliches ‚time-in‘“ (Kafka 1977, S. 727), dessen Handhabung sowohl von seiner persönlichen Gleichung als auch von der in der Beziehung sich einspielenden Rhythmik bestimmt wird. Seine persönliche Auffassung von Zeit, von verfügbarer Zeit, seine Auffassungen über die sinnliche Qualität der unbewussten Zeitlosigkeit bestimmen seinen Umgang mit der analytischen Stunde.

Der Analytiker neigt mehr als der Patient dazu anzunehmen, dass die Kontiguität von Kommunikation und Erleben **möglicherweise** auf eine Bedeutung hinweist, die die Kontiguität als solche transzendiert (Kafka 1977, S. 727; Hervorhebung im Original).

Der Analytiker bringt theoriegeleitete, hypothetische Entwürfe über die Zeitstruktur mit, die im Material des Patienten zeitlich-linear enthalten ist. Realzeitlich weit auseinander liegende Mitteilungen verknüpft er mit der Annahme bedeutungsvoller Zusammenhänge. Seine konstruktive Tätigkeit ist dem Patienten zunächst relativ neu, er muss für diese Sicht der Zusammenhänge erst gewonnen werden. Kafka spricht deshalb vom Analytiker als einem „Kondensator“ von Zeit wie auch als einem Erweiterer von Zeit (S. 727).

Der Patient soll diesen kühnen, konstruktivistischen Zugang zur Dimension der Zeit im Sinne der Habermasschen Aneignung der Lebensgeschichte verinnerlichen:

Ich glaube, dass der analytische Prozess des neuen Verbindens von Ereignissen und Gefühlen die Reorganisation und Neuinterpretation des Zeitgefühls erlaubt. Diese Reorganisation kann ein Gefühl von Kontinuität einschließen und die Erweiterung zeitlicher Perspektiven erleichtern (Kafka 1977, S. 728).

Die Frage nach der Behandlungsdauer

Die einzelnen „time-outs“ der analytischen Stunden schließen sich zu einem Zeitraum zusammen, der besonders am Anfang der Behandlung nur schwer abzuschätzen ist.

Eine dem Arzte unliebsame Frage, die der Kranke zu allem Anfange an ihn richtet, lautet: Wie lange Zeit wird die Behandlung dauern? Welche Zeit brauchen Sie, um mich von meinem Leiden zu befreien? (Freud 1913c, S. 460).

Der kluge Ratschlag, mit der Fabel Äsops zu antworten, in der dem Wanderer, der nach der Länge des Weges fragt, mit der Aufforderung geantwortet wird: „Geh, damit ich deinen Schritt kennen lernen kann“, hilft über die ersten Schwierigkeiten hinweg. Aber „die Frage nach der voraussichtlichen Dauer der Behandlung ist in Wahrheit kaum zu beantworten“ (S. 460).

Orientieren wir uns an der gegenwärtigen Praxis, so finden wir z. B. lakonische Bemerkungen zum sog. **Standardverfahren**, „das in 4 bis 5 Sitzungen pro Woche stattfindet, für gewöhnlich 4 bis 5 Jahre dauert, selten 3 Jahre unterschreitet und in bestimmten Fällen auch länger als 6 Jahre dauern kann“ (Nedelmann 1980, S. 57). Wenn auch die größere Zahl psychoanalytischer Therapieformen mit weitaus geringerem Zeitaufwand durchgeführt wird (Kächele 1990), bleibt doch die Frage aktuell, warum die neoklassische Behandlungstechnik zu einer solchen Verlängerung der Kur geführt hat, dass Aufwand und Ertrag in eine prekäre

Balance geraten sind. Hatte Freud von langen Zeiträumen gesprochen, so hatte er halbe oder ganze Jahre gemeint, längere Zeiträume als es der Erwartung des Kranken entsprach (Freud 1913c, S. 462).

Wir werden unter ► Abschn. 8.9 („Beendigung“) näher auf die Gründe eingehen, die zu einer Verlängerung der psychoanalytischen Kur beigetragen haben. Schon jetzt weisen wir darauf hin, dass die Erörterung des Zeitraums, den psychoanalytische Behandlungen in Anspruch nehmen, tendenziell die Gefahr in sich birgt, die erlebte Zeit („le temps vécu“, nach Minkowski 1933) mit der objektiv abgelaufenen Zeitspanne zu vermischen (Kordy u. Kächele 1995). Gerade deshalb haben wir kritisch die Festlegungen hinterfragt, die wir als Ausdruck eines verdinglichten Bewusstseins vom psychoanalytischen Prozess im Sinne von J. Gabel verstehen:

Die Zeit ist eine dialektische Dimension, nicht nur, weil es unmöglich ist, sie im Gegensatz zum Raum im Ruhezustand zu begreifen, sondern auch, weil ihr Fortschreiten eine beständig erneuerte dialektische Synthese ihrer drei Dimensionen, Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft, verwirklicht: eine Ganzheit, die durch Verdinglichung der Vergangenheit oder der Zukunft ausgelöst werden kann ... (J. Gabel 1962; dt. 1967, S. 141).

Das Sprechzimmer

Die Untersuchung des **psychoanalytischen Raumes** muss demgegenüber von der Konkretheit des Raumes ausgehen und seine Bedeutungserweiterung metaphorisch erfassen. Wir betrachten, wie der Patient diesen aufgrund seiner Innenwelt, d. h. seiner individuellen Apperzeptionsschemata ausgestaltet. Der Patient erwartet, in diesem Raum dem Analytiker zu begegnen. Viderman (1979) sagt:

Die Übertragungsneurose kann sich nicht in einem affektleeren Raum entwickeln. Der analytische Prozess kann sich nur in einer spezifischen Umgebung entwickeln, die durch die technischen Regeln geschaffen wird und in der Affekt und Gegenaffekt der beiden den analytischen Raum organisierenden Personen interagieren (S. 282; Übersetzung durch die Verfasser).

Das Sprechzimmer bildet den äußeren Rahmen für die Entfaltung des therapeutischen Prozesses. Abgeschildert und gesichert durch den Hinweis „Bitte nicht stören“, wird für das dyadische Geschehen ein Raum geschaffen, der zeitlich begrenzt ist, der durch seine physischen Merkmale günstige oder störende Auswirkungen haben kann.

Auch wenn hier zu vermerken ist, dass in der Literatur nur wenig über den Behandlungsraum geschrieben wurde, so ist doch das Bild von Freuds Sprechzimmer - für H. Doolittle war es das „Allerheiligste“ - allen Psychoanalytikern als ein Ort vertraut, der in Details der Nachwelt überliefert ist (Engelman 1977). Freud regte als Person und durch sein Sprechzimmer zu Übertragungen an und verstand die Spiegelmetapher nicht im Sinne des „blanc screen“, nicht als leere Fläche. Demgegenüber wird in Anekdoten von Analytikern erzählt, die alle Außenreize zu normieren versuchen, indem sie ein eintöniges Sprechzimmer bereitstellen und jahraus, jahrein vom Schneider den gleichen Anzug machen lassen oder sich auf andere Weise zum vollkommenen Spiegel zu machen versuchen, was schon Fenichel (1941, S. 74) kritisiert hat.

Wenden wir die Maxime an, dass der Analytiker sich in dem Raum wohl fühlen muss, damit auch der Patient dies spüren kann, dann eröffnen sich für die konkrete Raumgestaltung viele Varianten, die daraufhin betrachtet werden können, wieweit sie die Kongruenz von Einstellung und Benehmen des Analytikers zum Ausdruck bringen. Zu diesem Raum gehört in erster Linie der Analytiker, der sich in ihm bewegt oder ruhig verhält und der sich sein Sprechzimmer persönlich eingerichtet hat. Für das Verständnis des Raumes als Rahmen der Behandlung sind die rollentheoretischen Untersuchungen Goffmanns (1961) relevant. In der Handhabung der therapeutischen Beziehung gibt es eine Vielzahl von Kleinigkeiten, die immer wieder Anlass für weit reichende Diskussionen geben; sie sind ein deutlicher Hinweis darauf, dass die Realität

der Beziehung im Rollengefüge eines Expertendienstleistungsmodells (Goffmann 1961; dt. 1972, S. 305ff.) steht. Der Analytiker bestimmt den Ort, an dem die psychoanalytische Beziehung sich entfalten kann, und mit seiner Ausgestaltung stellt er auch sich selbst zur Diskussion. Der Behandlungsraum sollte die Qualität eines „facilitating environment“ haben. Wir schreiben dem Analytiker die Fähigkeit zur Besorgnis („concern“, Winnicott 1965) zu, der selbstverständlich die Zimmertemperatur mitempfindet und auch das Bedürfnis des Patienten nach einer Woldecke zu spüren in der Lage ist.

Belastungen durch das Verständnis des Raumes als Erweiterung der Person des Analytikers ergeben sich weniger bei neurotischen Patienten, deren Neugier in Bezug auf die Gegenstände des Raumes oder auf den Einrichtungsstil im Sinne unserer Empfehlungen zum Umgang mit Fragen (► Kap. 7) beantwortet und bearbeitet werden können; Belastungen ergeben sich dort, wo schwerer gestörte Patienten den Behandlungsraum als Übergangsobjekt erleben, wie Greenson dies an der Erfahrung einer Patientin illustriert hat, die durch das Streicheln der Tapete einen Trost finden konnte, den Greenson durch seine Stimme zu vermitteln nicht in der Lage war:

Selbst das Sprechzimmer des Analytikers kann außerordentliche Bedeutung erlangen, indem es dem Patienten als Zuflucht vor den Gefahren der inneren und äußeren Welt dient (Greenson 1978; dt. 1982, S. 394).

Die explizite Benutzung des Sprechzimmers als „facilitating environment“ impliziert u. E. auch die Aufforderung, den Trennungsprozess stets im Auge zu behalten. Nimmt der Patient nämlich den Raum und die Gegenstände so in Besitz, als gehörten sie ihm, und lässt der Analytiker die Vermischung von „mein“ und „dein“ allzu lange in der Schwebe, wird die zeitlich befristete und prinzipiell nur partielle Teilhabe am Raum des anderen verleugnet. Es entstehen dann Konfusionen, die den therapeutischen Prozess erschweren. Das abstrakte Thema der Ich-Grenzen in der Theorie Federns (1956) wird hier behandlungstechnisch relevant. Es hat selbstverständlich bei allen Grenzfällen eine vorrangige Bedeutung. Die Probleme der sinnvollen Abgrenzung sind in der Praxis des niedergelassenen Analytikers oft schwerer zu lösen, weil die Grenzziehungen jeweils individuell geregelt werden müssen. In Institutionen treten demgegenüber manchmal Schwierigkeiten auf, dem Patienten einen persönlich gestalteten Raum zur Verfügung stellen zu können.

Die Wahrnehmungen im Sprechzimmer des Analytikers sind eine wesentliche Voraussetzung dafür, via Übergangsobjektbildung die eingengten Identifikationen mit humanen Erlebnisqualitäten anzureichern. Zugleich ergeben sich überall Schwellen und Grenzen, an denen der Patient der Eigenständigkeit des Analytikers und seines persönlichen Raumes gewahr wird. Befindet sich die Praxis im Wohnhaus des Analytikers, bleiben dem Patienten die privaten Räume verschlossen, während es in Institutionen zum Zusammentreffen auch in der Toilette kommen kann. So entsteht ein Spannungsfeld zwischen neugierigem Teilhabenwollen an dem Privatleben des Analytikers und der Respektierung des persönlichen Raumes. Indem der Analytiker räumlich und zeitlich Grenzen setzt, gibt er ein Beispiel für Individuation und Autonomie. Am Beispiel von Begrüßungen und Verabschiedungen hat Streeck (2002) auf die Bedeutung dieser Momente hingewiesen,

... denn wenn Patient und Therapeut sich begrüßen und sich voneinander verabschieden, handeln sie ... etwas von ihrer Beziehung aus, unvermeidlich (S. 21).

8.2 Psychoanalytische Heuristik

Heureka („ich hab's gefunden“) - dies soll der griechische Mathematiker Archimedes ausgerufen haben, nachdem er das hydrostatische Grundgesetz des Auftriebs gefunden hatte. Die Heuristik wird als Erfindungskunst, als methodische Anleitung, Neues zu (er)finden, definiert. Die kleinen Aha-Erlebnisse des Patienten summieren sich zu Entdeckungen von großer therapeutischer Tragweite, auch wenn sie sich nur auf die Lebenswelt **eines**

Menschen und seiner nächsten Angehörigen auswirken und nicht in die Geschichte eingehen wie das Heureka des Archimedes. Hat der Patient sich zu einer neuen Einsicht durchgerungen, freut sich der Analytiker darüber, dass eine Idee, zu der er aufgrund seiner beruflich geschulten Empathie gelangt ist und die ihn bei seinen Deutungen gelenkt hat, auf fruchtbaren Boden gefallen ist.

Trotz der Freude darüber, dass das gemeinsame Suchen fündig geworden ist, wird der Analytiker aus verschiedenen Gründen zurückhaltend bleiben: Er wird den Stolz und die Zufriedenheit des Patienten über die kreative Leistung, eine ungewöhnliche und überraschende Lösung gefunden zu haben, nicht unzeitgemäß relativieren wollen. Vielleicht zögert der Analytiker auch etwas zu sehr, seine Übereinstimmung mit dem Patienten zu signalisieren, weil er darin bereits eine unerlaubte zusätzliche suggestive Einwirkung sieht. Es mag ihm im Augenblick auch das Sprichwort von der Schwalbe, die noch keinen Sommer macht, durch den Sinn gehen. Schließlich gibt es bei der Heuristik auch die verzwickte Frage, worauf sich die Überzeugung stützt, etwas Wesentliches gefunden oder gar erfunden zu haben. In jedem Fall geht es darum zu untersuchen, als wie plausibel sich der vermutete Zusammenhang bei kritischer Betrachtung von ganz verschiedenen Standpunkten aus erweist.

... wir geben dem Kranken die bewusste Erwartungsvorstellung, nach deren Ähnlichkeit er die verdrängte unbewusste bei sich auffindet. Das ist die intellektuelle Hilfe, die ihm die Überwindung der Widerstände zwischen Bewusstem und Unbewusstem erleichtert (Freud 1910d, S. 105).

Heuristik und Algorithmus

Definition Start

Wir betrachten mit Boden (1977) Heuristik als eine Methode, „die das Denken am ehesten in die Richtung des gesuchten Ziels führt und weniger Erfolg versprechende Wege unbeschritten lässt“ (S. 347; Übersetzung durch die Verfasser).

Definition Stop

Im Gegensatz hierzu können algorithmische Strategien als Schritt für Schritt definierbare oder vorschreibbare Systeme von Regeln gekennzeichnet werden, bei denen nichts schief gehen kann, solange das Rezept so befolgt wird, wie es der Algorithmus festlegt. Überschreiten Situationen einen gewissen Komplexitätsgrad, führen algorithmische Strategien zu immer umständlicher werdenden Lösungswegen, und die Verwendung von heuristischen Daumenregeln bietet sich an.

Schon Freuds Schachspielmetapher macht deutlich, dass er sich der Komplexität und Unbestimmtheit der psychoanalytischen Situation bewusst war, und wenn er auch die Unterscheidung von Algorithmus und Heuristik nicht gebrauchte, so entsprechen seine technischen Empfehlungen doch weitgehend dem hier vertretenen Konzept der heuristischen Strategien. In dem Maße, wie in der Handhabung dieser Empfehlungen die Flexibilität abhanden kommt, taucht in der psychoanalytischen Technik ein ihr wesensfremdes algorithmisches Moment auf. Die Grundregel als heuristische Strategie zu verstehen, unterstreicht unser Verständnis der psychoanalytischen Situation als eine komplexe, mehrdeutige Situation, deren Verständnis mehr Information verlangt, als zunächst verfügbar ist.

Der vorrangige Zweck heuristischer Strategien ist es, relevante Information hervorzubringen und zu organisieren. Gute heuristische Strategien reduzieren Unsicherheit, Komplexität und Mehrdeutigkeit und vergrößern die Wahrscheinlichkeit, das im jeweiligen Moment Wesentliche zu verstehen. Dabei gehen diese Verfahren von der Annahme aus, dass die durch die Regel erzeugte Information zur Verdichtung des bisherigen Wissens führen kann, dass Ausschluss- und Einschlusskriterien von Material sich durch den Suchprozess selbst ergeben. Im

algorithmischen Verfahren werden Komplexität und Unsicherheit künstlich und viel zu schnell reduziert. Durch verfestigtes Vorwissen werden dem Material Bedeutungen zugewiesen und damit der Suchprozess künstlich und unangemessen beendet. Komplexität wird nicht reduziert, sondern eliminiert.

Verschiedene Regelbereiche

Technische Regeln - die Behandlungsempfehlungen, die das unmittelbare Geschehen leiten sollen - können in großer Zahl aus Freuds Schriften extrahiert werden, wie dies eine Arbeitsgruppe in Frankfurt gezeigt hat (Argelander 1979, S. 101-137). Versteht man unter Technik mit Rapaport (1960) die Mittel und Wege, mit deren Hilfe die Methoden appliziert werden, so können wir entsprechend der Aufgabenstellung im analytischen Prozess verschiedene Regelbereiche unterscheiden.

Hörerstrategien

Strategien, die den Prozess der teilnehmenden Beobachtung fördern, also die psychoanalytische Wahrnehmungseinstellung betreffen, empfehlen dem Analytiker, besonders nah am emotionalen Erleben des Patienten zu bleiben, und sich zeitweilig mit dem Patienten zu identifizieren, um an seiner inneren Welt teilzuhaben. Die Grundregel für den Analytiker, sich bei gleichschwebender Aufmerksamkeit gegenüber allem, was der Patient ihm mitteilt, **seiner eigenen unbewussten Geistestätigkeit zu überlassen**, präzisiert die Art der teilnehmenden Beobachtung, die der Wahrnehmung unbewusster Motivationen förderlich ist. Die Bedeutung der „freien Assoziation“ des Analytikers, die sich innerhalb der gleichschwebenden Aufmerksamkeit vollziehen muss, unterstreicht die Notwendigkeit, dass der Analytiker die angebotenen Fragmente mit seinem Erleben anreichert (Peterfreund 1983, S. 167).

Sprecherstrategien

Neben den Hörerstrategien stehen Sprecherstrategien, mit denen der Analytiker dem Patienten helfen kann, die Bedeutungshaftigkeit seiner Mitteilungen zu unterstreichen. In Ergänzung zu diesen allgemeinen Strategien, die auf die Förderung der Subjektivität in der Rede des Patienten abzielen, richtet der Analytiker seine eigene und dann auch des Patienten Aufmerksamkeit besonders auf ungewöhnliche, seltsame oder einzigartige Phänomene, die nicht in den alltäglichen Fluss der Erfahrung passen. Argelander (1979) verweist hier auf den Fall Dora (Freud 1905e, S. 207), wo nur gewisse „Nebenumstände ihres Ausdrucks“ einen Hinweis ergaben. Die als Interferenzphänomene bezeichneten Erscheinungen treten beim Zusammentreffen von primär-prozesshaft und sekundär-prozesshaft organisierten Aussagen auf. Diese Strategien führen zu einer Unterbrechung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit, dann zu einem Bereitschaftszustand und zu einer Fokussierung der Aufmerksamkeit (► Kap. 9): Aus der analytischen Wahrnehmungsbereitschaft wird die analytische Handlungsbereitschaft. Der heuristischen Suche folgen innere gedankliche Prozesse, bei denen die aufgenommenen Informationen nach verschiedenen Gesichtspunkten durchgespielt werden. Die im Analytiker verfügbaren fallspezifischen, individuellen und verallgemeinerten Arbeitsmodelle werden herangezogen und eine Intervention wird vorbereitet.

Arbeitsmodelle

Die nun folgenden Überlegungen gelten der theoretischen Ausformung der zugrunde liegenden Prozesse. Von einer Diskussion des Empathiekonzepts ausgehend hatte Heimann (1969) ihre Gedanken zum Erkenntnisprozess des Analytikers mit der Vorstellung von drei Funktionszuständen bereichert; dabei bezog sie sich auf Anregungen Greensons (1960), der von einem Arbeitsmodell gesprochen hatte, das der Analytiker sich konzipiert. Es erscheint uns erwähnenswert, dass Heimann sich in ihren Überlegungen von einem Übersichtsartikel Holts (1964) anregen ließ, in dem er den Stand der kognitiven Psychologie zusammengefasst

hatte. Wir können dies als eine der Nahtstellen betrachten, an denen der Einfluss der kognitiven Psychologie auf die Revision der psychoanalytischen Metapsychologie zu erkennen ist. Die Entwicklung der kognitiven Psychologie und der künstlichen Intelligenzforschung (s. dazu Lindsay u. Norman 1977) führte zu einer erheblichen Ausdifferenzierung des Konzepts von Greensons Arbeitsmodell, die wir nun in Anlehnung an Peterfreund (1975, 1983) darstellen wollen.

Greensons Arbeitsmodell. Viele analytische Konzepte beruhen auf Ideen über die Organisation des Gedächtnisses. In der kognitiven Psychologie wird auf dieses dynamisch strukturierte System mit den Begriffen „maps“, „models“, „representations“, „knowledge structures“, „schemata“ oder „scripts“ Bezug genommen. Peterfreund (1983) verwendet den Begriff des „working model“, mit dem auch Bowlby (1969) arbeitet. Die Information, die unterschiedliche Arbeitsmodelle konstituiert, stammt aus all den Informationen, die der Organismus im Laufe seines Lebens selektiert und organisiert hat. Lernen kann als der Aufbau von Arbeitsmodellen begriffen werden. Angeborene genetische Programme bilden die Grundlage dieser Modelle, die sich freilich lebenslang weiterentwickeln. Die Systeme, die Arbeitsmodelle konstituieren, können in Begriffen wie Information, Informationsverarbeitung und gespeicherte Programme konzeptualisiert werden. Wenn ein Arbeitsmodell aktiviert wird, laufen die meisten Prozesse vorbewusst ab.

Es ist plausibel, eine Vielzahl verschiedener Arbeitsmodelle zu konzipieren, die vom „allgemeinen Wissen über die Welt“ zu dem „Wissen über die persönliche Lebensgeschichte“ reichen; ebenso ist es sinnvoll, ein „Wissensmodell über die entwicklungspsychologischen Vorstellungen“ von einem „Arbeitsmodell über den therapeutischen Prozess“ zu differenzieren.

Diese Arbeitsmodelle sind nicht ineinander geschachtelt wie die Bestandteile einer russischen Puppe, sondern müssen als Teile einer Netzwerkstruktur gedacht werden, mit vielfältigen zeitlichen und räumlichen Querverbindungen. Der Analytiker arbeitet mit diesen Modellen meist auf vorbewusster Ebene; sie funktionieren vermutlich als Schemata im Sinne der kognitiven Psychologie (Neisser 1979). Diese sind in den Fluss der Erfahrung eingetaucht und bestimmen zugleich den Abschnitt dessen, was vom Subjekt aufgegriffen wird:

Ein Schema ist jener Teil des ganzen Wahrnehmungszyklus, der im Innern des Wahrnehmenden ist, durch Erfahrung veränderbar und irgendwie spezifisch für das, was wahrgenommen wird. Das Schema nimmt Informationen auf, wenn sie bei den Sinnesorganen verfügbar wird, und es wird durch diese Informationen verändert. Es leitet Bewegungen und Erkundigungsaktivitäten, die weitere Informationen verfügbar machen, und wird durch diese wiederum verändert (Neisser 1979, S. 50).

Auf- und Abbau von Erfahrungsstrukturen vollziehen sich in den unterschiedlichen Arbeitsmodellen mit unterschiedlichem Tempo und unter verschiedenen Bedingungen. Die abstrakten metapsychologischen Konzepte sind stabil, weil sie von der Erfahrung nie ernstlich bedroht werden können. Erfahrungsnähere Arbeitsmodelle werden dagegen von der klinischen Nachprüfung bestimmt (König 1996). Die Entwicklung der Hysterietheorie belegt anschaulich, wie Freud erst durch den Wechsel von Realtrauma zum phantasierten Trauma der Verführung die volle Reichweite seines konzeptuellen Ansatzes schaffen konnte (Krohn 1978).

8.3 Unspezifische und spezifische Mittel

8.3.1 Allgemeine Gesichtspunkte

In der Psychoanalyse sind Unterscheidungen bezüglich der kurativen Mittel von Anfang an getroffen worden. In der Abgrenzung von der **Suggestion** und mit der Betonung von **Einsicht** und **Erinnerung** auf Seiten des Patienten - unterstützt durch die Deutungen des Analytikers - wurde die psychoanalytische Methode aus der Taufe gehoben. Trotz einiger

Bedenken, die sich aus der festgelegten Bedeutung der Begriffe „spezifisch“ und „unspezifisch“ ergeben (s. hierzu Thomä 1980; Cheshire u. Thomä 1986), ist es zweckmäßiger, die kurativen Mittel innerhalb dieses Bezugsrahmens, statt in der Gegenüberstellung von Objektbeziehung und Deutung zu ordnen.

Polarisierung psychoanalytischer Techniken

In der Psychoanalyse ist vor einem halben Jahrhundert eine Polarisierung eingetreten, die noch heute nachwirkt und Cremerius (1979) zu der Frage veranlasst hat: Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? Diese Frage nimmt Bezug auf die klassische **Einsichtstherapie** mit ihrer Betonung der Deutung gegenüber der **Therapie der emotionalen Erfahrung**, die dem Erleben in der Objektbeziehung die wesentliche therapeutische Funktion zuschreibt. Die Polarisierung geht darauf zurück, dass Ferenczi u. Rank (1924) einem bestimmten Deutungsfanatismus das therapeutisch wirksamere Erleben gegenüberstellten und dieses sogar als das „psychoanalytische Erlebnis“ dem rekonstruierenden Erinnern therapeutisch überordneten. Vieles spricht dafür, dass im Gegenzug die Überbetonung des Erlebens die klassische Technik bis hin zu Freuds Spätwerk *Konstruktionen in der Analyse* (1937d) entscheidend geprägt hat.

Anfang der 50er-Jahre geriet das Erleben erneut in Misskredit, diesmal durch die manipulative Vermittlung der korrigierenden emotionalen Erfahrung in der Behandlungstechnik Alexanders, der noch 1937 zu den strengen Kritikern von Ferenczi u. Rank gehört hatte (Thomä 1983a). Nun traten die Pole noch weiter auseinander, als Eissler (1953) die normative Idealtechnik mit dem Leitbegriff des Parameters einführte. Wir geben später (► Abschn. 8.3.3) eine genauere Beschreibung der auf die reine Deutung zentrierten Einsichtstherapie.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass mit diesen Gegenüberstellungen noch andere Probleme verbunden sind. Zur Kontroverse gehört der Anspruch, dass die Therapie der emotionalen Erfahrung einen besonderen Tiefgang bei der Behebung präödipler, in den präverbalen Entwicklungsphasen entstandener Defekte hat. So findet sich bei Balint die Gegenüberstellung von Deutung, Einsicht und Objektbeziehung. Wir diskutieren dieses Thema unter ► Abschn. 8.3.4. Auch in der Selbstpsychologie Kohuts wird am Schema der ödipal oder präödipl entstandenen Störungen, kurz: an der Zwei- oder Dreipersonenpsychopathologie festgehalten. So sehr sich auch die Auffassung Kohuts über die empathische Wiedergutmachung der Defekte im Selbst von Ferenczis Therapie des Mangels unterscheiden mag, so groß sind die praktischen Gemeinsamkeiten. Sie sind dort zu finden, wo die frühere ungenügende Bemutterung in irgendeiner Weise ausgeglichen werden soll. Da in der rein interpretativen Technik die therapeutische Wirksamkeit von Anerkennung und Bestätigung unterschätzt wird und ihre Vermittlung gegen die Abstinenz zu verstoßen scheint, wurde im Gegenzug die Empathie zum Sammelbegriff für tiefes, averbales und bestätigendes Verstehen jenseits, vor oder unabhängig von der Deutung. Empatisches Vorgehen stärkt in dieser Lesart „Selbstkohärenz, Selbstwertgefühl und Wohlbefinden“ (Milch 2001, S. 51).

Wechselspiel zwischen spezifischen Faktoren und stillem Hintergrund

In der Entwicklung der Technik kam es zu wechselseitigen Vernachlässigungen oder Unterschätzungen der jeweils anderen Seite mit entsprechenden Auswirkungen auf die Praxis. Die therapeutische Funktion von Bestätigung und Anerkennung (Heigl u. Triebel 1977) rangiert in der einen Version dann nur als unspezifischer Faktor, der den spezifischen Deutungen gegenübergestellt wird. Im Gegenzug wird der wortlose Blick narzisstischer Bewunderung zum Heilmittel des beschädigten Selbstbildes. Schlichte Vorgänge neuer Wert- und Sinnfindung durch zwischenmenschliche Übereinstimmung anlässlich kritischer Auseinandersetzungen über realistische Wahrnehmungen im Hier und Jetzt werden mystifiziert.

Offensichtlich kann man auch über eine Einteilung nach unspezifischen und spezifischen Faktoren in eine Sackgasse geraten, wenn man diese nicht im Wechselspiel zueinander sieht. Situationsabhängig kann ein unspezifischer Faktor, der im Allgemeinen den stillen Hintergrund bildet, in einem bestimmten Augenblick in der Interaktion so in den Vordergrund treten, dass er zum spezifischen Mittel wird. Es liegt nahe, diesen Wechsel im Sinne der Wahrnehmungspsychologie als Figur-Grund-Umkehrung zu konzeptualisieren.

Dem stillen Hintergrund hat Bibring (1937) eine **stabilisierende Wirkung** unabhängig von der Deutungstechnik zugeschrieben, indem er folgende Auffassung vertrat:

Wenn auch diese Ängste nachher eine analytische Auflösung erfahren, so möchte ich dennoch glauben, dass das Erlebnis der Gewissheit von der Unverlierbarkeit der Zuwendung des Analytikers eine **unmittelbare** Festigung des Gefühls der Sicherheit bewirkt, dessen Erwerbung oder Befestigung in der Kindheit vielleicht aus Mangel an solchem Erlebnis nicht gelang. Allerdings ist eine solche unmittelbare Festigung nur im Zusammenhang des analytischen Verfahrens von dauerndem Wert, wenn sie auch selbst eigentlich außerhalb der analytischen Therapie liegt (Bibring 1937, S. 30 f; Hervorhebung im Original).

An anderer Stelle (Thomä 1981, S. 73) wurde darauf hingewiesen, dass die festigende Beziehung **nicht** außerhalb der Therapie liegt, sondern in einem komplementären Verhältnis zu den speziellen Mitteln steht. Auch Strupp (1973, S. 35) hat betont, dass die spezifischen und die unspezifischen Faktoren sich nicht als feste Größen gegenüber-, sondern in Wechselseitigkeit zueinander stehen.

8.3.2 Erinnern und Rekonstruktion

Wir beginnen mit dem für Freud und seine Theoriebildung zentralen Postulat, der aufklärenden Wirkung des Erinnerns, die jenseits ihrer therapeutischen Funktion liegt:

Streng genommen - und warum sollte man dies nicht so streng als möglich nehmen? - verdient die Anerkennung als korrekte Psychoanalyse nur **die** analytische Bemühung, der es gelungen ist, die Amnesie zu beheben, welche dem Erwachsenen die Kenntnis seines Kinderlebens vom Anfang an (das heißt etwa vom zweiten bis zum fünften Jahr) verhüllt. Man kann das unter Analytikern nicht laut genug sagen und nicht oft genug wiederholen. Die Motive, sich über diese Mahnung hinwegzusetzen, sind ja begreiflich. Man möchte brauchbare Erfolge in kürzerer Zeit und mit geringerer Mühe erzielen. **Aber gegenwärtig ist die theoretische Erkenntnis noch ungleich wichtiger** für jeden von uns als der therapeutische Erfolg, und wer die Kindheitsanalyse vernachlässigt, muss notwendig den folgenschwersten Irrtümern verfallen. Eine Unterschätzung des Einflusses späterer Erlebnisse wird durch diese Betonung der Wichtigkeit der frühesten nicht bedingt; aber die späteren Lebenseindrücke sprechen in der Analyse laut genug durch den Mund des Kranken, für das Anrecht der Kindheit muss erst der Arzt die Stimme erheben (Freud 1919e, S. 202; Hervorhebungen durch die Verfasser).

Bezüglich der aufklärenden Wirkung des Erinnerns müssen wir heute, dem Stand des Wissens entsprechend, große Zweifel hegen. Eine Fülle von neurowissenschaftlichen Studien hat uns belehrt,

... dass die Erfahrungen, die in die Repräsentation von Objektbeziehungen eingehen, zumeist aus einer so frühen Zeit stammen, dass sie gar nicht bewusst erinnert werden. Frühe Erfahrungen sind prägend, werden aber nicht in derselben Gehirnregion aufbewahrt, in den das, was wir herkömmlicherweise unter Erinnerung verstehen (autobiographisches Gedächtnis), kodiert, gespeichert und wieder aktiviert wird (Fonagy et al. 2003, S. 842)

Zum Allgemeinwissen gehört inzwischen die Unterscheidung von deklarativem oder explizitem Gedächtnis, das für bewusste Erinnerungen an die Vergangenheit zuständig ist, und dem prozeduralen oder impliziten Gedächtnis, das für den Erwerb von Handlungsmustern ist

zuständig. Was immer sprachlich erinnert werden kann, und sei es noch so tief „unbewusst im dynamischen Sinne“ gewesen, entstammt dem deklarativen Gedächtnis (Markowitsch u. Welzer 2005).

Kontrovers sind nach wie vor die Auffassungen darüber, welche Teilprozesse des komplexen Geschehens als notwendige, welche als hinreichende Bedingung zu betrachten sind. Es gibt ein affektarmes Erinnern, das in und außerhalb von Therapien zu keiner Veränderung führt. Es gibt aber auch ein emotionales Abreagieren, das im Leeren verpufft. Offensichtlich muss also zu Erinnern und Abreagieren noch etwas Wesentliches hinzukommen, damit eine therapeutische Wirkung zustande kommt. Ist es die Sicherheit, diesmal mit den pathogenen Erlebnissen anders und besser fertig zu werden als in der traumatischen Situation? Wie wird der Patient selbstsicherer, sodass er nun - wie der Träumer, der schließlich nach vielen Wiederholungen Angstträume meistert - seine Hilflosigkeit überwindet? Ist es die Anwesenheit eines verständnisvollen Psychoanalytikers, mit dem sich der Patient identifiziert, die ihm zusätzliche Kräfte gibt, indem er sich des Psychoanalytikers als Hilfs-Ich bedient? Genügt die verständnisvolle wortlose Kommunikation? Hat die Identifikation mit dem Psychoanalytiker und der Aufbau eines Arbeitsbündnisses dem Patienten so viel Sicherheit verliehen, dass nun ein emotionales Erinnern möglich wird, ohne dass diesem selbst noch die eigentliche therapeutische Bedeutung zukommt? Sind die Abreaktion und das Erinnern eher Begleiterscheinungen eines günstigen therapeutischen Verlaufs als seine Bedingung? Wir begegnen dieser Frage bei der Einschätzung des therapeutischen Stellenwerts von Einsicht im therapeutischen Prozess. Fällt sie als reife Frucht vom Baum der Erkenntnis und vollzieht sich die Veränderung von selbst? Das ist offenbar nicht der Fall, wie die Notwendigkeit des Durcharbeitens zeigt.

Geht es um Integration und Synthese, dann ist es wesentlich, dass sich die Regression des Patienten im Bereich des für das Ich Verträglichen bewegt hat. Denn nur dann werden günstige Bedingungen für Integration und Synthese gegeben sein. Freuds Auffassung, dass sich nach der Analyse die Synthese von selbst einstelle, kann u. E. nicht aufrechterhalten werden. Wir sind der Meinung, dass der Psychoanalytiker stets das Ziel im Auge haben sollte, die bestmöglichen Voraussetzungen zu schaffen, um dem Patienten Integration und Synthese zu erleichtern.

Dynamische und genetische Interpretationen

Kris (1956b) hat in seiner Veröffentlichung über die Wiederentdeckung von Kindheitserinnerungen hervorgehoben, dass Rekonstruktionen bestenfalls eine Annäherung an die tatsächlichen Begebenheiten erreichen können. Behandlungstechnisch ist es wesentlich, dass nach Kris Deutungen nicht primär das Ziel haben, Erinnerungen hervorzurufen. Er sieht ihre Aufgabe darin, günstige Bedingungen zu schaffen, die das Erinnern ermöglichen. Erleichternd wirkt es sich aus, wenn interpretativ eine gewisse Ähnlichkeit zwischen der heutigen und der früheren Situation hergestellt werden kann. Kris unterscheidet zwischen dynamischen Interpretationen, die sich auf gegenwärtige Konflikte beziehen, und genetischen Interpretationen, die archaische Impulse oder frühe unbewusste Phantasien betreffen. Ein Ziel der Analyse ist, dass ein Kontinuum entsteht, das dynamische und genetische Interpretationen miteinander verbindet (Fine et al. 1971, S. 13). Dieses Thema ist in der Übertragungsdeutung und in der Kontroverse über das Hier und Jetzt und das Dort und Damals impliziert (► Abschn. 8.4).

Das zentrale Problem der Interdependenz von Technik und Theorie

Wahrscheinlich haben die relevanten Teilkomponenten des Erinnerungsvorgangs eine vom jeweiligen Zustand der synthetischen Funktion des Ich abhängige Bedeutung. Da für die Um- und Neugestaltung die Entfaltung sowohl der affektiven als auch der kognitiven Prozesse unerlässlich ist und sich beides trotz des Vergangenheitsbezugs in der Gegenwart und mit Zukunftsperspektive vollzieht, liegt es auf der Hand, dass in der Psychoanalyse spätestens seit der bedeutenden Schrift von Ferenczi u. Rank (1924) dem Hier und Jetzt der

emotionalen Erfahrung ein großes Gewicht verliehen wurde. Trotzdem wird seine Bedeutung gegenüber der Rekonstruktion noch immer vernachlässigt. Die Kontroversen haben tiefere Ursachen, als dass man sie auf die manipulative Herstellung einer korrektiven emotionalen Erfahrung durch Alexander zurückführen könnte. Die heftige Reaktion auf die Eingriffe Alexanders in den Ablauf der Übertragungsneurose wäre nämlich kaum verständlich, wenn hierdurch nicht ein zentraleres Problem der Psychoanalyse als Technik und Theorie getroffen worden wäre, mit dem wir uns nun befassen werden.

Zuletzt wurde beim Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Helsinki (1981) offenkundig, wie vielgestaltig sich die kindliche Entwicklung im psychoanalytischen Prozess abbilden kann oder wie unterschiedlich psychoanalytische Prozesse je nach der Theorie über die kindliche Entwicklung verlaufen. Von allen vier Hauptrednern - Segal (1982), Solnit (1982), Etchegoyen (1982) und Schafer (1982) - wurde diese Interdependenz erwähnt. Besonders Schafer hat daraus Konsequenzen gezogen, die wir für unsere Argumentation nutzbar machen wollen. Die Rekonstruktion von Erinnerungen wird nicht dadurch wahrer, dass der Psychoanalytiker an der Idee festhält, sie sei unabhängig von seiner Theorie und unbeeinflusst von seinem Verhalten und seinen Interventionen und zeige sich in reiner Form in der Übertragung. Richtig ist, dass seine Theorien und sein Handeln im höchsten Maß den psychoanalytischen Prozess bestimmen, als dessen Merkmale die Rekonstruktion der Psychogenese aufgrund der verbalen und averbalen Kommunikation des Patienten in der Übertragung und die Aufdeckung seiner Erinnerungen gesehen werden. Da bei ideographischen Rekonstruktionen, also bei Falldarstellungen, auf die allgemeinen Neurosentheorien zurückgegriffen wird, hängt die Plausibilität der jeweiligen Rekonstruktion u. a. von dem Grad der Gültigkeit ab, den die allgemeinen Theorien beanspruchen können.

Freuds archäologisches Modell

In der Tradition Freuds war das archäologische Modell für den analytischen Prozess maßgebend. Obwohl der Psychoanalytiker schwierigere methodologische Probleme als der Archäologe zu lösen hat, glaubte Freud, die Psychoanalyse habe es sogar leichter, weil wir mit dem Träger, mit dem Opfer von in der Vergangenheit entstandenen Beschädigungen in der Gegenwart zu kommunizieren vermögen. Vergleiche zu Archäologie und Altertumsforschung hat Freud an mehreren Stellen gezogen. Wir greifen als repräsentatives Beispiel seine Ausführungen aus *Das Unbehagen in der Kultur* (1930a, S. 426) auf. Die Annahme, „dass im Seelenleben nichts, was einmal gebildet wurde, untergehen kann, dass alles irgendwie erhalten bleibt und unter geeigneten Umständen, z. B. durch eine so weit reichende Regression wieder zum Vorschein gebracht werden kann“, bildet den Ausgangspunkt zu einem Vergleich mit der Entwicklung der Ewigen Stadt. Seine höchst anschauliche Beschreibung der Entwicklung Roms und sein Versuch, das historische Nacheinander räumlich darzustellen, lässt ihn zu den Eigentümlichkeiten des seelischen Lebens kommen:

Es bleibt dabei, dass eine solche Erhaltung aller Vorstufen neben der Endgestaltung nur im Seelischen möglich ist und dass wir nicht in der Lage sind, uns dies Vorkommen anschaulich zu machen ... Vielleicht sollten wir uns zu behaupten begnügen, dass das Vergangene im Seelenleben erhalten bleiben **kann**, nicht **notwendigerweise** zerstört werden muss. Es ist immerhin möglich, dass auch im Psychischen manches Alte - in der Norm oder ausnahmsweise - so weit verwischt oder aufgezehrt wird, dass es durch keinen Vorgang mehr wiederhergestellt und wiederbelebt werden kann, oder dass die Erhaltung allgemein an gewisse günstige Bedingungen geknüpft ist. Es ist möglich, aber wir wissen nichts darüber (1930a, S. 429; Hervorhebungen im Original).

Geht es darum, neue Wege zu finden und andere Lösungen zu suchen, rückt alles, was in der Gegenwart des Patienten geschieht, in den Mittelpunkt, und die Rekonstruktion der Vergangenheit wird Mittel zum Zweck.

Freud (1937d) hat an der weitgehenden Übereinstimmung der rekonstruktiven Arbeit von Archäologe und Psychoanalytiker festgehalten, wobei der letztere „über mehr Hilfsmaterial

verfügt, weil er sich um etwas noch Lebendes bemüht, nicht um ein zerstörtes Objekt“ (S. 45). Der Analytiker arbeite auch deshalb unter günstigeren Verhältnissen, weil er sich auf Wiederholungen aus der Frühzeit stammender Reaktionen in der Übertragung stützen könne (S. 46). Freud glaubte davon ausgehen zu können, dass im Unbewussten alles Wesentliche erhalten geblieben und nur unzugänglich geworden sei.

Verlässlichkeit von Rekonstruktionen

Nun hat sich hinsichtlich der Verlässlichkeit von Rekonstruktionen gezeigt, dass gerade die zunächst angenommene Erleichterung, dadurch, dass sich der Analytiker um Lebendes bemühe, eine erhebliche Komplikation mit sich bringt. Es steht außer Zweifel, dass die Idee, wie etwas zusammengehört haben könnte, aufgrund vorhandener Stücke im Kopf des Archäologen entsteht und dass die ergänzte Gestalt einen überzeugenden Beweis für die Gültigkeit der Idee abgibt. Unbelebte Teile reden nicht mit, sie fügen sich der Ergänzung und dem Ausfüllen von Lücken. Doch beim Psychoanalytiker hat der Patient das Sagen, und die Rekonstruktion ist nicht Selbstzweck. „Der Analytiker bringt ein Stück Konstruktion fertig, teilt es dem Analysierten mit, damit es auf ihn wirke ...“ (S. 47).

Es sind also Ideen von zwei Personen aufeinander abzustimmen, wobei die geglückte Wiederherstellung eines unterbrochenen seelischen Bildungsprozesses keine verschüttete alte Gestalt hervorbringt. Zunächst wird ein Sinnzusammenhang entdeckt. Bildeten die Teile, die der Psychoanalytiker aus Assoziationen zusammenfügt und verbindet, überhaupt jemals ein Ganzes in der Vergangenheit? Ist die Idee dieses Ganzen im Unbewussten des Patienten erhalten geblieben oder verwenden wir Erinnerungen, um durch den Vergleich mit der Gegenwart Veränderungen zu ermöglichen? Das archäologische Modell verbindet Rekonstruktion und Wiederherstellung der Vergangenheit mit der Heilung.

Freuds Skulpturmodell

Demgegenüber enthält Freuds (1905a, S. 17) Analogie mit der Skulptur, als Therapiemodell verstanden, ein anderes Prinzip, nämlich das der **kreativen Veränderung**. Zwar bleibt es immer wesentlich, die Gesetzmäßigkeiten zu kennen, unter denen seelische Bildungen petrifizieren. Geht es aber darum, andere Lösungen zu suchen und neue Wege zu finden, rückt alles, was in der Gegenwart eines Patienten geschieht, in den Mittelpunkt. Freud führte das Skulpturmodell ein, um die Psychoanalyse von der suggestiven Technik abzugrenzen. Ein Vergleich zwischen der Arbeit des Malers und des Bildhauers diente der Darstellung des therapeutischen Modells der Psychoanalyse:

Die Malerei, sagt **Leonardo**, arbeitet **per via di porre**; sie setzt nämlich Farbenhäufchen hin, wo sie früher nicht waren, auf die nichtfarbige Leinwand; die Skulptur dagegen geht **per via di levare** vor, sie nimmt nämlich vom Stein so viel weg, als die Oberfläche der in ihm enthaltenen Statue noch bedeckt. Ganz ähnlich, meine Herren, sucht die Suggestivtechnik **per via di porre** zu wirken; sie kümmert sich nicht um Herkunft, Kraft und Bedeutung der Krankheitssymptome, sondern legt etwas auf, die Suggestion nämlich, wovon sie erwartet, dass es stark genug sein wird, die pathogene Idee an der Äußerung zu hindern. Die analytische Therapie dagegen will nicht auflegen, nichts Neues einführen, sondern wegnehmen, herauschaffen, und zu diesem Zwecke kümmert sie sich um die Genese der krankhaften Symptome und den psychischen Zusammenhang der pathogenen Idee, deren Wegschaffung ihr Ziel ist (Freud 1905a, S. 17; Hervorhebungen im Original).

Rezeption des Skulpturmodells

Wir folgen zunächst Loewalds (1960, S. 18) Interpretation dieses Vergleichs, indem wir seine Ausführungen zusammenfassen:

Box Start

In der Analyse bringen wir die echte Form zum Vorschein, indem wir die neurotischen Entstellungen wegnehmen. Wie der Bildhauer, so brauchen auch wir, wenn auch nur in Rudimenten, ein vorgestelltes Bild dessen, was hervorgebracht werden soll. Tatsächlich reflektiere der Analytiker nicht nur die Übertragungsentstellungen. Seine Interpretationen enthalten Aspekte der Wirklichkeit, die der Patient Hand in Hand mit den Übertragungsinterpretationen zu erfassen beginne. Diese Realität werde dem Patienten vermittelt, und zwar dadurch, dass die Übertragungsentstellungen weggemeißelt werden oder, wie Freud es so schön mit einem Ausdruck von Leonardo da Vinci beschrieben habe: „per via di levare“, wie beim Skulptieren, und nicht „per via di porre“, wie beim Malen. Eine Skulptur werde dadurch geschaffen, dass Material weggenommen werde; ein Bild entstehe, indem etwas auf die Leinwand aufgetragen werde.

Box Stop

Dem aufmerksamen Leser wird nicht entgangen sein, dass Loewald Freuds Gleichnis im Kontext der Übertragungsdurcharbeitung verwendet. Von welcher Qualität das Neue ist, das hierbei entsteht, und wo es vorher gewesen ist - das ist die Preisfrage. Denn beim Skulptieren wird im Stein nichts vorgefunden, was vorher schon als Form da gewesen wäre oder auch nur die spätere Gestalt hätte ahnen lassen. Alles war in der Idee des Bildhauers. Anders ist es für Freud und den Psychoanalytiker, der im Unbewussten etwas vorfindet, dort eingreift und damit die bisherige Gestalt, wie sie sich zeigt und gibt (an der „Oberfläche“, nach außen und innen), verändert. Seine „Ideen“ und „Bilder“ und wie er sie vermittelt, führen zu Umgestaltungen.

Vergleich der Modelle

Die beiden Therapiemodelle haben eine gemeinsame Basis in unbewussten Vorgestalten. Ihr Unterschied besteht darin, dass der Psychoanalytiker als Bildhauer einen weit größeren Einfluss auf die Formgebung nimmt, als es dem Archäologen mit seinem Material möglich ist. Da alle Vergleiche hinken, ist festzustellen, dass der Psychoanalytiker in genuiner Weise zu Um- und Neugestaltungen beiträgt. Bildhauer und Archäologe haben ihre Gemeinsamkeit in den Ideen, die sie als vorbewusste Vorgestalten an das Material herantragen. Der Freiheitsspielraum der Ideen ist hierbei recht verschieden: Der Marmorblock ist ungeformt - die in viele Teile zersprungene Vase ist als Gestalt vorgegeben. Der Psychoanalytiker ist ein Künstler sui generis: das Material, das er vorfindet, ist bereits gestaltet, aber es ist nicht petrifiziert.

Meyer (1990) hat unsere Tätigkeit mit der Arbeit von Architekten verglichen, die Skizzen zur Umgestaltung eines bestehenden Hauses entwerfen, um es - je nachdem - bewohnbar oder auch nur wohnlicher zu machen; dies ist eine bescheidene, auf Therapie und Unterstützung ausgerichtete Metapher.

Vorstufen und Endgestaltung seelischer Abläufe

Es ist faszinierend, die „Erhaltung aller Vorstufen neben der Endgestaltung“ in seelischen Abläufen zu entdecken. Die natürliche Regression im Schlaf fördert während des Träumens Erinnerungsbilder an längst vergessene Zeiten, die im Langzeitgedächtnis deponiert sind. Die scheinbar ahistorischen Elemente sind jene, in denen Fixierungen enthalten sind, auf welche in der Regression zurückgegangen wird. Von den fixierten Vorstufen gehen starke Motivationen für Symptombildungen und stereotype Verhaltensweisen aus. Im Wiederholungszwang und in der Rigidität typischer charakterologischer Strukturen haben wir Beschreibungen vor uns, die zu genetischen Erklärungen führen, wenn wir die Beziehung zwischen Vorstufen und Endgestaltung klären können.

Die Psychoanalyse hat sich besonders mit der Rekonstruktion der Bedingungen von seelischen Erkrankungen befasst und ist dabei immer weiter in die Vorgeschichte, in die frühe Kindheit geraten. Aus diesem Grunde gehören das „Zurückphantasieren“ und die

„Nachträglichkeit“ zu den wissenschaftlichen Problemen ersten Ranges der Psychoanalyse (Freud 1918b S. 137; Mahony 1984).

8.3.3 Intervention, Reaktion und Einsicht

Die Wiederherstellung „zerrissener Zusammenhänge“ (A. Freud 1936) ist das wesentliche Ziel der Analyse, und der Analytiker erleichtert durch seine Deutungen die Synthese. Deshalb zeichnet sich die klassische psychoanalytische Technik durch die Interpretation als ihr wesentliches Mittel aus. Ob er etwas tut oder nicht, ob er dem Patienten eine Regel erklärt oder sich in Schweigen hüllt, ob er ein viel- oder nichtssagendes „hm“ äußert oder ob er deutet - die Anwesenheit des Analytikers wirkt sich auch dann aus, wenn er sich vollkommen unaufdringlich verhält. Es ist zweckmäßig, unter Intervention alles zu verstehen, was der Psychoanalytiker zum Verlauf und besonders zur Förderung von Einsicht beiträgt. Seine Interpretationen haben in der gesamten Klasse von Interventionen einen qualitativ hervorragenden und die psychoanalytische Technik auszeichnenden Platz. So teilen wir die Begeisterung eines Patienten, der einmal sagte: „Wenn solche Zusammenhänge hergestellt werden, dann habe ich die Erwartung, sagen zu können, okay, auf Wiedersehen, ich bin gesund.“

Wie setzt sich eine Deutung zusammen? Warum interveniert ein Analytiker gerade in einem bestimmten Augenblick? Wie beurteilen wir die Wirkung unserer Interventionen? Wenn wir darin übereinstimmen, dass eine Intervention wirkungsvoll gewesen ist, was trägt zu ihrer Wirksamkeit bei? Diese Fragen machen klar, dass wir bei der Untersuchung von Interpretationen oder anderen Interventionen nicht weit gelangen, ohne die Reaktion des Patienten zu berücksichtigen, was uns zum Thema der **Einsicht** bringt. Wie können wir zwischen Einsicht und anderen Reaktionen unterscheiden? Können wir Formen von Reaktionen klassifizieren? Was ist Einsicht, und welche Rolle spielt sie im therapeutischen Prozess? (Fine u. Waldhorn 1975, S. 24).

Bei der Untersuchung von Deutungsaktionen können solche Fragen nicht vermieden werden (Thomä u. Houben 1967; Thomä 1967). Zur besseren Orientierung weisen wir zunächst allgemein auf technische Variationen wie Übertragungs- und Widerstandsdeutungen, tiefe Deutungen usw. hin (Loch 1965b). Freud hat zwischen der Interpretation isolierter Teile aus dem Material eines Patienten, z. B. einer Fehlhandlung oder eines Traumes, und der Rekonstruktion wesentlicher Ereignisse in der Vergangenheit des Patienten unterschieden, wofür er die Bezeichnung „Konstruktion“ vorschlug (Freud 1937d).

Nur kurz sei auf die Unterteilung des Deutungsprozesses in „preparation“ (Loewenstein 1951), „confrontation“ (Devereux 1951) und „clarification“ im Sinne Bibrings (1954) hingewiesen. Je vollständiger eine Sitzung protokolliert wird, desto leichter wird es fallen zu erkennen, welche Deutungsformen ein Analytiker in einem bestimmten Fall oder überhaupt bevorzugt.

Da der Übertragungsdeutung zu Recht die größte therapeutische Wirksamkeit zugeschrieben wird und diese andererseits besondere Probleme aufwirft, widmen wir diesem Thema einen umfangreichen Abschnitt (► Abschn. 8.4).

Aspekte der Deutung

In den Deutungen des Analytikers können wir verschiedene Aspekte unterscheiden:

Durch die Deutung (des Analytikers) wird den Einfällen (des Patienten) ein vorbewusster oder unbewusster Kontext hinzugefügt. Es ist zweckmäßig, mehrere Problemkreise zu unterscheiden: Wie entsteht Deutung? Wie wirkt Deutung? Wie erkennt man die Stimmigkeit der Deutung? Aus der Ergänzung von Einfall und Deutung lassen sich Schlüsse über die **Stimmigkeit** der Deutung ziehen, worunter man den Zusammenhang zwischen Überlegung des Analytikers, Formulierung der Deutung, Deutungsziel und Deutungswirkung verstehen kann. Nun befindet man sich auf einer allen zugänglichen Ebene. Von hier aus lassen sich

auch Rückschlüsse auf Unstimmigkeiten ziehen. Über die Entstehung einer Deutung können wir nur indirekt etwas erfahren, wenn der Analytiker über eine Stunde berichtet. Und Deutungen entstehen am ehesten dann, wenn irgendetwas den Strom der gleichschwebenden Aufmerksamkeit unterbricht: sei es ein Bruch in der Darstellung des Patienten, eine plötzliche gedankliche Verbindung zur Symptomatik oder Problematik oder eine Gegenübertragungsreaktion, die etwas anderes enthält bzw. anderen Quellen entspringt als der manifeste Inhalt des Materials.

Isaacs' Deutungskatalog

Da Deutungen das wesentliche Eingriffsmittel des Analytikers sind, ist es entscheidend, wie diese vom Patienten aufgenommen werden. Die Reaktionen des Patienten auf Deutungen als Kriterium für Stimmigkeit und Wirksamkeit hat Isaacs (1939) in einem Katalog zusammengefasst, der eine gute Orientierungshilfe gibt (► Übersicht).

Übersicht Start

Reaktionen des Patienten auf Deutungen des Analytikers (Isaacs 1939)

- Der Patient kann verbal seine Zustimmung geben.
- Der Patient kann seine Vorstellungen oder die Bedeutung seiner Vorstellungen bewusst weiter ausarbeiten und dabei eine bewusste Kooperation und eine angemessene affektive Beteiligung erkennen lassen.
- Der Patient kann Assoziationen vorbringen, die durch ihre spezifische Art die Deutung bestätigen.
- Der Patient kann seine Assoziationen und Einstellungen ändern. Die Deutung kann bewusst verworfen werden, und zwar in solcher Weise, dass darin eine Bestätigung enthalten ist; z. B. wenn Schuldgefühle und Ängste auftauchen, die nur dann entstehen können, wenn die Deutung korrekt war.
- Der Patient kann am folgenden Tag einen Traum bringen, der die unbewusste Phantasie oder Strebung, die interpretiert wurde, noch klarer herausstellt. Der Patient kann aber auch plötzlich auf die Deutung hin einen Traum erzählen, den er bisher noch nicht berichtet hatte.
- Es können auf die Deutung gegenwärtiger unbewusster Wünsche hin Erinnerungen auftauchen, die diese Wünsche mit realen Erfahrungen verbinden und beide verständlich machen.
- Es können reale Lebensschwierigkeiten, die vorübergehend vom Patienten nicht anerkannt wurden, jetzt zugegeben oder spontan berichtet werden.
- Eine der wichtigsten Bestätigungen für die Richtigkeit einer bestimmten Deutung ist die Angstverminderung, die auf verschiedene Weise deutlich werden kann, z. B. dadurch, dass Verkrampfungen nachlassen, stereotype Bewegungen sich beruhigen usw.
- Die Angstverminderung kann sich auch anhand der Assoziationen zeigen. Neue Probleme können auftauchen, mit neuen Ängsten, die in spezifischer Weise mit denen verbunden sind, die interpretiert wurden.
- Dieser Wechsel in der Bedeutung und Richtung wird am deutlichsten in der Übertragungssituation sichtbar. Eine richtige Deutung sollte das Phantasiebild vom Analytiker als einer gefährlichen in das einer hilfreichen Gestalt verwandeln. Nach korrekten Deutungen tauchen Phantasien und Erinnerungen reichlicher und freier auf.

Übersicht Stop

Über die bisher aufgeführten Merkmale hinaus, die Hinweise auf die Stimmigkeit von Deutungsaktionen darstellen - die jedoch nicht als Beweise betrachtet werden dürfen (Thomä u. Houben 1967) -, gelten für Deutungen, die in der Rekonstruktion der

Lebensgeschichte des Patienten frühere Gefühle und Handlungen zum Gegenstand haben, nach Isaacs (1939) folgende Faustregeln:

Übersicht Start

Faustregeln für Deutungen bei der Rekonstruktion der Lebensgeschichte des Patienten

- Es tauchen neue Erinnerungen auf, die entweder noch nicht erzählt oder vergessen worden waren.
- Solche Erinnerungen können die Deutung entweder unmittelbar bestätigen, oder sie können ein neues Beispiel derselben Art darstellen oder lebensgeschichtlich oder psychologisch mit unseren Folgerungen verknüpft sein.
- Neue Assoziationen können auftauchen, die das Vergessen mancher Erinnerungen und Erfahrungen verständlich machen.

Übersicht Stop

Bestätigungen können auch von äußeren Quellen, z. B. von Freunden und Bekannten gewonnen werden. Solche Bestätigungen sind für die analytische Arbeit nicht erforderlich, sie sind jedoch vom wissenschaftlichen Standpunkt aus als ein zusätzlicher und unabhängiger Beweis wertvoll.

Eisslers Deutungspurismus: Kritische Anmerkungen

Unsere einleitenden Bemerkungen über unspezifische und spezifische Mittel enthalten die Begründung dafür, dass wir einerseits der Deutung einen besonderen Rang in der psychoanalytischen Technik zuweisen; andererseits sehen wir diese in Wechselwirkung mit dem unspezifischen Hintergrund, der in bestimmten therapeutischen Augenblicken in den Vordergrund treten kann und dann eine spezielle Wirksamkeit entfaltet. Daraus ergibt sich unsere kritische Distanz zu Eisslers Deutungspurismus. Eissler (1953) führte die normative Idealtechnik, wie wir in Anlehnung an von Blarer u. Brogle (1983) „basic model technique“ übersetzen, bei dem Versuch ein, unter den zahlreichen, den analytischen Prozess und die Kur kennzeichnenden oder bedingenden Variablen **die** entscheidende und originär psychoanalytische Variable herauszustellen. Diese Feststellung machen wir uns zunächst zu Eigen, denn auch wir zählen uns zu den Analytikern, die glauben, „dass Deuten die mächtigste und folgenreichste Intervention ist, die uns zur Verfügung steht“ (Eissler 1958; dt. 1960, S. 609).

Doch Eissler geht weiter: Die klassische psychoanalytische Technik ist eine Therapie, „bei welcher das Deuten das **ausschließliche** bzw. das führende oder vorherrschende Mittel der Wahl darstellt“ (Eissler 1958; dt. 1960, S. 611; Hervorhebung durch die Verfasser).

In reinster Form existiert diese Technik nirgendwo (S. 612). Alle Analytiker bewegen sich immer wieder **neben** (para) dem psychoanalytischen **Urmeter**: der Deutung. Eissler führte hierfür den Begriff des **Parameters** ein, der aus der Mathematik stammt.

Definition Start

Als **Parameter** werden in Gleichungen solche entweder unbestimmt gelassenen oder als konstant gehaltenen Größen bezeichnet, die **neben** den **eigentlichen Variablen** auftreten. Alles, was neben der Deutung als der eigentlichen psychoanalytischen Variable liegt, ist also ein Parameter.

Definition Stop

Die Bedingungen der grundsätzlich richtigen Technik, so führt Eissler (1953, S. 110-113) aus, seien trotzdem noch gegeben, wenn ein Parameter vier Kriterien erfüllt:

1. Er soll nur eingeführt werden, wenn genügt;

2. erwiesen ist, dass die grundsätzlich richtige Technik (das Deuten) nicht darf niemals das unvermeidliche Minimum überschreiten;
3. Er soll nur benützt werden, wenn er schließlich zu seiner eigenen Selbstauflösung führt ...; die Endphase der Behandlung soll immer mit einem Parameter 0 vor sich gehen.
4. Der Einfluss des Parameters auf die Übertragungsbeziehung darf niemals so sein, dass er nicht durch eine Deutung aufgehoben werden kann.

In derselben Arbeit erwähnt Eissler noch zwei weitere Parameter, die in der Therapie Schizophrener oder auch schwerkranker Neurotiker notwendig werden können, nämlich die **Zielkonstruktion** und die **Reduzierung der Symptomatik**. Diese beiden Parameter erfüllen die vier genannten Bedingungen nicht mehr. Bei ihrer Anwendung verlässt der Analytiker die normative Idealtechnik, ohne zu ihr zurückkehren zu können. Streng genommen enthalten auch Deutungen einen finalen Aspekt, also eine Zielkonstruktion; so führt sich die puristische Technik ins Unreine. Eissler zeigt an den Abweichungen, zu denen Freud in Anbetracht der Persönlichkeitsstruktur und Symptomatik des **Wolfsmanns** gelangte, die Aspekte dessen, was er den Parameter nannte. Beispielsweise wird das erste der vier oben genannten Kriterien des Parameters an Freuds aktiven Eingriffen bei der Therapie phobischer Patienten erläutert.

Dass die normative Idealtechnik in der Geschichte der Psychoanalyse mehr Probleme geschaffen hat, als sie zu lösen vermochte, hängt damit zusammen, dass der Kontext aus dem Auge verloren wurde. Die sich daraus ergebende eingeengte Sichtweise bestimmte fortan den Blick auf die Praxis, wie sie sein **sollte**. Da Eissler gleichzeitig einräumen musste, dass eine systematische Darstellung der psychoanalytischen Hermeneutik noch nicht geschrieben wurde (1958; dt. 1960, S. 618), wird dem Analytiker ein Handwerkszeug zum ausschließlichen Gebrauch in die Hand gedrückt, das schmutzig werden muss, wenn es benützt wird, und dessen hermeneutische Technologie erst dann systematisch erarbeitet werden kann, wenn die therapeutische Funktion in den Mittelpunkt gerückt wird. Der Deutungspurismus kann verhindern, dass eine therapeutisch günstige Atmosphäre entsteht. Der Einsicht fehlt dann der affektive Tiefgang oder der therapeutisch oft notwendige supportive Anteil.

Der Einsichtsbegriff

Der Begriff der **Einsicht** ist einerseits zentral für die psychoanalytische Theorie: nimmt diese doch in Anspruch - im Gegensatz zu anderen Therapieformen - Veränderungen durch Einsicht zu erreichen.

Definition Start

Das wesentliche therapeutische Mittel, die Deutung, richtet sich auf die Fähigkeit des Patienten, durch Einsicht eine Veränderung seiner Störungen zu erreichen.

Definition Stop

Andererseits wird in den letzten Jahren der Einsicht zunehmend die heilende Wirkung der therapeutischen Beziehung gegenübergestellt. Die Vorbehalte gegenüber der führenden Rolle der Einsicht kommen aus zwei verschiedenen Lagern: Die Selbstpsychologie verknüpft die Heilung in erster Linie mit der Internalisierung des empathischen Verstehens (Milch u. Hartmann 1996). Der andere Vorbehalt stammt aus der Zuordnung des Einsichtsbegriffs zur Eine-Person-Psychologie. Wenn man diese kritisch betrachtet, dann ist es nicht die Einsicht, die verändert, sondern die therapeutische Beziehung selbst (Appelbaum 1975, 1976; Eagle 1984). Dies geschieht dadurch, dass die heilende Wirkung vom Finden eines „neuen Objekts“, von der Internalisierung der Funktionen des Analytikers oder vom Lernen im Rahmen einer neuen Beziehung abhängig gemacht wird (Loewald 1960; Thomä 1981).

Definitionen der Einsicht

Unter der großen Zahl von Autoren, die unverändert an der Bedeutung des Einsichtskonzepts festhalten, bestehen erhebliche Kontroversen über die inhaltlichen Fragen, die eine einheitliche Definition dieses Begriffs bisher unmöglich gemacht haben. Die Definition des *Glossary of Psychoanalytic Terms* scheint für viele unbefriedigend zu sein: Einsicht bezeichnet dort die subjektive Erfahrung oder ein subjektives Wissen, das während der Psychoanalyse erworben wurde und das früher unbewusste pathogene Inhalte und Konflikte betrifft.

Betrachtet man in der umfangreichen Literatur die verschiedenen impliziten und expliziten Definitionen des Einsichtsbegriffs, so fällt auf, dass diese durch das Ineinandergreifen von mindestens drei unterschiedlichen Betrachtungen beeinflusst sind:

1. Bei Freud wird Einsicht mit der Entdeckung unbewusster Realität verbunden (s. Bush 1978). Einsicht erweist sich hier als die Fähigkeit, gegenwärtiges Verhalten auf der Basis früherer Ereignisse zu erklären, wie S. Fisher u. Greenberg (1977, S. 350) ausführen.
Einsicht bezieht sich auf „unbewusste pathogene Kindheitskonflikte und ihre späteren Ableitungen und Auswirkungen“ (Blum 1979, S. 44; Übersetzung durch die Verfasser). Wo immer in Therapie oder Forschung Einsicht in dieser Weise definiert wird, muss gesondert nachgewiesen werden, dass die Erkenntnis unbewusster Prozesse tatsächlich mit einem heilenden Effekt verbunden ist.
2. In den Beispielen vieler Autoren wird das Bewusstwerden von vorher Unbewusstem in einem anderen Sinn verstanden. Bewusstwerden heißt hier häufig, dass psychische Inhalte eine andere Bedeutung bekommen. Blum (1979) zitiert in diesem Zusammenhang die Definition von Einsicht in *Webster's Dictionary*: das Durchdringen und Verstehen der inneren Natur der Dinge. Noy (1978) hat die Verbindung von Einsicht und Kreativität betont.
3. Die schon von Freud beklagte Tatsache, dass therapeutische Einsicht und erwünschte therapeutische Veränderung häufig weit auseinanderklaffen, hat zu Versuchen geführt, den Einsichtsbegriff dahingehend einzuschränken, dass er mit therapeutischer Veränderung verbunden wurde. Diese aber muss sich jeweils in konkretem Verhalten bzw. im Handeln beweisen. Der Einsichtsbegriff wird in diesem Ansatz sehr eng mit Verhalten und Handeln verknüpft.

Einsichten und Pseudoeinsichten

Die intensive Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Pseudoeinsichten hat die Tendenz verstärkt, jene Augenblicke, in denen ein Aha-Erlebnis beim Patienten wesentliche Probleme löst, nicht mehr als prototypisch für Einsicht anzusehen. Wegweisend in diese Richtung ist die Arbeit von Kris (1956a) geworden, in der er die Einsicht in den Rahmen einer „good hour“ stellt und als Prozess begreift. Kris hat in dieser Arbeit einen Weg korrigiert, der durch Freuds Arbeit *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten* (Freud 1914g) vorgezeichnet worden war: Dass das Durcharbeiten als mühevollle Kleinarbeit der Einsicht als eigentlichem Erkenntnisprozess nachfolge und nicht etwa den therapeutischen Prozess von Anfang an begleite.

Die Arbeit von Kris unterstreicht ferner den Trend, den Einsichtsbegriff nicht allein an Inhalten festzumachen, sondern am Zugang des Patienten zu seinen Gedanken. Während Strachey (1934) dezidiert festlegt, wie der Patient den Analytiker sehen muss, wenn eine Deutung mutativen Charakter haben soll, beschreiben Autoren wie Reid u. Finesinger (1952), Richfield (1954), Kris (1956a) oder Hatcher (1973) minutiös den Zugang, den ihre Patienten in Phasen der Einsicht zu ihren Gedanken haben. Es muss bei der Gegenüberstellung von Inhalt und Zugang des Patienten beachtet werden, dass man von verschiedenen, wenn auch miteinander verwandten Phänomenen spricht.

Das Wort Einsicht legt nahe, dass irgendein gedanklicher Inhalt in veränderter Weise gesehen bzw. verstanden wird. Analytiker können den Augenblick der inneren Änderung bei ihren

Patienten eben **nicht** direkt beobachten, sondern nur indirekt erschließen. Wenn von einem veränderten Zugang die Rede ist, sollte eher von **Einsehen** gesprochen werden als von Einsicht. Diese Unterscheidung könnte möglicherweise die alte Kontroverse beseitigen, ob die Einsicht der Motor oder das Ergebnis des psychotherapeutischen Prozesses sei. Die Veränderung als fiktives punktueller Ereignis bezeichnet ein Ergebnis, während Einsehen und Verändern einen Prozess charakterisieren.

Die Auseinandersetzung mit den „Pseudoeinsichten“ hat schon früh zu einer Korrektur der Vorstellungen geführt, dass auf ausschließlich kognitivem Wege Änderungen zu erreichen seien. Fenichel (1941) hielt sich an die Polarität von Fühlen und Denken. Beinahe bei allen Autoren, die sich zum Einsichtsbegriff äußern, findet sich die Auffassung, dass „echte“ Einsicht bzw. Einsehen zwischen dem emotionalen und dem intellektuellen Pol liege. Unterschiede finden sich in der Beschreibung dieser beiden Pole: Reid u. Finesinger (1952) bezeichnen sie als Emotionen und Kognitionen, Richfield (1954) beschreibt dagegen zwei verschiedene Formen des Wissens. Valenstein (1962) bezieht sich bezüglich der Emotionalität auf das deutsche Wort „Erlebnis“. Hatcher (1973) schließlich unterscheidet die erlebnishaft („experiencing“) Selbstbeobachtung von einer mehr reflektierenden Form. Diese Polarität im Einsichtsbegriff wurde von Hohage (1986) theoretisch und empirisch und von Hohage u. Kübler (1987, 1988) am Ulmer Musterfall Amalie X aufgearbeitet (s. auch Thomä u. Kächele Bd. ► *Forschung*, Kap. 4).

Einsicht und der Begriff der Integration

Der Vorgang der Einsicht wird mit einem Akt der Integration in Verbindung gebracht. Diese Integration birgt die Möglichkeit neuer Lösungen und damit sowohl für Veränderung wie für Kreativität. Unterschiede ergeben sich in der Art, wie diese Integration konzeptuell gefasst wird. Bei Kris (1956a) wie auch bei Reid u. Finesinger (1952) sind es bestimmte psychische **Inhalte**, die integriert werden. Diesen Vorgang beschreibt Kris als integrierende Funktion des Ich und diskutiert deren Beziehung zur synthetisierenden Funktion bei Nunberg (1930). Auch Myerson (1965) betrachtet die Reintegration im Zusammenhang mit der synthetisierenden Ich-Funktion. Bei Autoren wie Pressman (1969) und Valenstein (1962) geht es mehr um einen spezifischen, nämlich integrierten **Zugang** zu den gedanklichen Inhalten. Der Unterschied erscheint auf den ersten Blick unerheblich, markiert aber zwei verschiedene Möglichkeiten, Integration zu konzeptualisieren: Man kann Integration als die Vereinigung von psychischen Entitäten begreifen, aber auch als eine Aktivität, die einen bestimmten, bisher in getrennte Aspekte aufgespalteten psychischen Inhalt wieder in einen übergeordneten gemeinsamen Gesichtspunkt zusammenfasst.

Scharfman (s. Blacker 1981) betont die integrative Funktion: Einsicht im psychoanalytischen Prozess sei „bridging different levels of mind“.

Versteht man Einsicht als integrierende psychische Aktivität, so klären sich die Schnittstellen zwischen dem psychoanalytischen Einsichtsbegriff und den verschiedenen experimentellen Befunden zur Einsichtsgewinnung auf: Wir finden integrierende Aktivitäten, z. B. die Zusammenfassung verschiedener psychischer Entitäten unter übergeordneten Gesichtspunkten, in den verschiedensten Bereichen mentaler Aktivität. Die Besonderheiten der integrierenden Aktivität im psychoanalytischen Einsichtsprozess liegen darin, dass die verschiedenen psychischen Ebenen im Sinne von Scharfman in einem Gegensatz zueinander stehen. Die Integration von gegensätzlichen gedanklichen Ebenen ist eine besondere psychische Leistung, sie setzt die Bewältigung eines Spannungszustands voraus. Die Integration von erlebnishaftem und intellektuellem Zugang zu den eigenen inneren Vorgängen, die ganz im Vordergrund der psychoanalytischen Einsichtsliteratur steht, unterscheidet sich von den kognitiven Einsichtsexperimenten v. a. dadurch, dass erlebnishafter und intellektueller Zugang als gegensätzlich und damit als konflikthaft begriffen werden müssen.

8.3.4 Neubeginn und Regression

Balint (1968; dt. 1970) hat in seinem Buch *Therapeutische Aspekte der Regression* die von ihm vertretene Theorie der Entstehung seelischer und psychosomatischer Erkrankungen mit dem behandlungstechnischen Konzept des Neubeginns in Verbindung gebracht. Neubeginn und Grundstörung sind die zwei Seiten einer Münze: Der Neubeginn ist ein therapeutischer, die Grundstörung ein erklärender Begriff. Balint betrachtet die Grundstörung als notwendige Bedingung jeder schweren seelischen und psychosomatischen Erkrankung. Als Neubeginn hat er schließlich all jene Prozesse zusammengefasst, die bei der therapeutischen Aufhebung, bei der Inaktivierung der krankmachenden Bedingungen, also bei der Auflösung der Grundstörung beobachtet werden können. Grundstörung und Neubeginn umfassen eine Theorie der Entstehung und Behandlung seelischer Erkrankungen (Thomä 1984).

Die Grundstörung gehört in das Gebiet der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Im Kleinkind entstehen noch keine intrapsychischen Konflikte, die an die ödipale Dreipersonenbeziehung gebunden sind. Die Grundstörung wird von Balint als ein Defekt in der psychischen Struktur im Sinne eines Mangels beschrieben (1968; dt. 1970, S. 32). Von der Theorie der Grundstörung ausgehend werden Neurosen und Charakterschwierigkeiten, vielleicht auch Psychosen sowie psychosomatische Erkrankungen als Symptome ein und derselben Ätiologie erklärt. Denn dieser früheste, grundlegende Mangel widerfährt im Grunde jedem Menschen und könnte so als notwendige Bedingung jeder Erkrankung angesehen werden.

Die Mangelhypothese

Wir finden die Mangelhypothese in vielen psychoanalytischen Theorien. Die Gemeinsamkeiten dieser Theorien bestehen darin, dass die Entstehung des Mangels in eine frühe, prädipale Entwicklungsphase verlegt wird. Legt man die psychoanalytische Behandlungstechnik auf die Interpretation intrapsychischer Konflikte fest, so hört ihre Reichweite dort auf, wo diese Konflikte noch nicht vorhanden sein können. Nun wird verständlich, warum bei der Behebung von Mangelzuständen die präverbale Einfühlung und das wortlose Erleben in den Mittelpunkt rücken. Erinnern und Einsicht via Interpretation treten als therapeutisches Mittel gegenüber dem Erleben in den Hintergrund. Das Verhältnis von Einsicht und emotionaler Erfahrung (die beiden hauptsächlichen Komponenten des therapeutischen Prozesses) verschiebt sich zugunsten des Erlebens und der „Wiedergutmachung“.

Verhältnis von Neubeginn und Regression

Der Neubeginn wird nach Balint durch **Regression** in der psychoanalytischen Situation erreicht. Auch die Regression ist kein Vorgang, der sich im Patienten von Natur aus oder von selbst herstellt (Loch 1963) oder von diesem in die Analyse bereits mitgebracht wird wie Etchegoyen (1991) meint. Balint hat uns daran erinnert,

dass Regression nicht nur ein intrapsychisches, sondern auch ein zwischenmenschliches Problem ist; hinsichtlich der therapeutischen Nutzbarmachung sind die zwischenmenschlichen Aspekte sogar ausschlaggebend. Um die volle Bedeutung der Regression zu verstehen und in der analytischen Situation mit ihr umgehen zu können, muss man sich vor Augen halten, dass die Form, in der sie auftritt, nur zum Teil vom Patienten, seiner Persönlichkeit und seiner Krankheit abhängig ist. Zum Teil hängt sie auch vom Objekt ab. Sie muss folglich als eines unter mehreren Symptomen der Interaktion zwischen Patient und Analytiker angesehen werden. Diese Interaktion hat mindestens drei Aspekte: Die Art und Weise, a) wie die Regression vom Objekt anerkannt wird; b) wie sie vom Objekt angenommen wird und c) wie das Objekt darauf reagiert (Balint 1968; dt. 1970, S. 180f.).

Es ist nun zu diskutieren, in welchem Verhältnis der Neubeginn zu jenen regressiven Zuständen steht, die hinter die Traumatisierungen zurückführen und die Balint im Rahmen der Objektbeziehungspsychologie beschrieben hat. Dorthin können Assoziationen und Deutungen nicht gelangen. Nach Balints Meinung besteht das wichtigste der zusätzlichen therapeutischen Mittel darin,

... dem Patienten zu helfen, eine primitive Beziehung in der analytischen Situation einzugehen, die seinem eingeschliffenen Schema entspricht, und sie in ungestörtem Frieden aufrechtzuerhalten, bis er die Möglichkeit neuer Formen der Objektbeziehung entdecken, erleben und mit ihnen experimentieren kann. Da die Grundstörung, solange sie aktiv ist, die Formen der für das Individuum erreichbaren Objektbeziehungen bestimmt, ist es eine unumgängliche Aufgabe der Behandlung, diese Grundstörung inaktiv zu machen, indem Bedingungen hergestellt werden, in welchen sie ausheilen kann. Um das zu erreichen, muss der Patient die Möglichkeit haben, auf die spezielle Form seiner Objektbeziehung zu regredieren, in welcher der ursprüngliche Mangelzustand aufgetreten war, oder sogar auf eine noch darunter liegende Stufe (Balint 1968; dt. 1970, S. 201f.).

Dieser Mangelzustand kann nicht „weganalysiert“ werden, er bleibt als Narbe (S. 218). Es ist offensichtlich, dass die Beschreibung der wünschenswerten Einstellung des Analytikers, die zum Ausgleich des Mangelzustands führen könnte, vom theoretischen Verständnis der Krisen abhängig ist, die mit der Grundstörung einher- oder ihr vorausgehen.

Balints drei Objektbeziehungsarten

Balints eindrucksvolle Bilder von Durchdringung, Verschränkung und fötaler Harmonie lassen ihn die unbewusste Sehnsucht postulieren, dieses Einssein zurückzugewinnen. Für die Stimmigkeit seiner Theorie führt Balint auf:

Falls meine Theorie stimmt, müssen alle drei Arten von Objektbeziehungen - die ursprüngliche harmonische Verschränkung, die oknophile Anklammerung an Objekte und die philobatische Vorliebe für objektlose Weiten - in jeder analytischen Behandlung zu finden sein, in welcher die Regression über einen bestimmten Punkt hinaus zugelassen wird (Balint 1968; dt. 1970, S. 88).

Die Phänomene sind als solche nicht strittig. Es gibt sicher nur wenige Menschen, denen das Gefühl der Verbundenheit mit der Welt, die Lust am Festhalten von Objekten und die Freude an der Tiefe des Raumes fremd sind. Balint (1959, dt. 1960) hat selbst in seinem Buch *Thrills and Regressions* viele eindrucksvolle Beispiele oknophiler und philobatischer Erlebensweisen aus dem Alltag genannt. Philobatie und Oknophilie eignen sich als Pole einer Typologie, bei der die Mischformen überwiegen.

Wir haben es hier ebenso wie beim Neubeginn mit Problemen zu tun, die dadurch entstanden sind, dass Balint versucht hat, bestimmte Phänomene nicht nur zu beschreiben, sondern sie durch seine psychoanalytische Objektbeziehungstheorie zu erklären und sie ihrer Chronologie zuzuordnen. Der allumfassende Begriff der Regression bietet sich schon deshalb an, weil er die Objektbeziehungspsychologie mit der Theorie des Traumes ebenso verbindet wie mit dem Liegen auf der Couch, das zur Regression zumindest einlädt oder zusammen mit dem „freien Assoziieren“ als regressiver Akt bezeichnet werden könnte. Nach Balints Theorie, deren Widersprüchlichkeiten ihm nicht entgangen sind (1968; dt. 1970, S. 158), kann es dann zum Neubeginn kommen, wenn zwischen Analytiker und seinem tief regredierten Patienten eine primitive, präverbale Objektbeziehung entsteht (S. 200).

Chronologisch und phänomenologisch unterscheidet Balint drei primitive Objektbeziehungen:

- a) Die primitivste dieser Formen, die ich primäre **oder Urform der Liebe** oder primäre Objektbeziehung genannt habe, ist eine Art harmonischer Vermengung und gegenseitiger Durchdringung zwischen dem sich entwickelnden Individuum und seinen primären Substanzen oder seinem primären Objekt; ferner b) die **Oknophilie** und c) der **Philobatismus**, einander gewissermaßen entgegengesetzte Verfassungen, die schon die Entdeckung eines einigermaßen stabilen Teilobjektes oder ganzen Objektes voraussetzen. Denn das vorwiegend oknophil erlebende Individuum fühlt sich nur in engster Nähe zu Objekten sicher, und die zeitlichen oder örtlichen Abstände zwischen den Objekten werden als furchtbar und gefährlich erlebt ... Im Gegensatz dazu erlebt der vorwiegend philobatisch eingestellte Mensch die Objekte als unzuverlässig und riskant,

neigt dazu, ohne Objekte auskommen zu wollen, sucht „freundliche Weiten“ auf, welche ihm die verräterischen Objekte in Raum und Zeit vom Leibe halten (Balint 1968; dt. 1970, S. 200).

Rekonstruktion und therapeutische Veränderung

Obwohl sich der Neubeginn im Hier und Jetzt in einer günstigen Objektbeziehung ereignet und er im Grunde auch nicht ableitbar ist, wird er doch als Regression auf eine frühe vortraumatische Entwicklungsphase verstanden. Das ungelöste Problem der Beziehung zwischen Rekonstruktion und therapeutischer Veränderung wird sofort offenkundig, wenn wir uns von den Kriterien, die Balint für den Neubeginn nennt, einen wesentlichen Punkt herausgreifen: ein Neubeginn ereignet sich immer in der Übertragung, d. h. innerhalb einer Objektbeziehung, und führt zu einer gewandelten Beziehung des Patienten zu seinen Liebes- und Hassobjekten und infolgedessen zu einer erheblichen Angstminderung. Die Übertragung wird hier nicht im engeren Sinne als Wiederholung verstanden, sondern im Gegenteil als umfassende Beziehungsform mit wesentlichen neuen Elementen.

Innovative Erfahrungen beim Neubeginn liegen jenseits des Wiederholungszwangs, und sie sind auch nicht durch den theoretischen Rückgriff auf die prätraumatische Harmonie vor Entstehen der Grundstörung zu erklären. Indem Balint der frühesten „Objektbeziehung“ eine spezielle therapeutische Rolle beim Neubeginn regredierter und an einer Grundstörung leidender Patienten zuschrieb, hat er das situative und schöpferische Element in der therapeutischen Situation vernachlässigt. Der Begriff des Neubeginns erhält seine umfassende Bedeutung in der Theorie der Therapie, wenn man ihn als ein Geschehen im Hier und Jetzt begreift, das der Analytiker ermöglicht.

Hierfür sind die beiden behandlungstechnischen Mittel - die Deutung und die Objektbeziehung - wesentlich, vermutlich in unterschiedlicher Dosierung und im Zusammenhang mit weiteren kurativen Faktoren. Die Einteilung der gesamten Psychopathologie in zwei Klassen mit der Grundstörung als Bedingung jeder schweren Erkrankung ist unbefriedigend. An den frühesten Ursprung unseres Lebens können wir freilich alle schöpferischen Möglichkeiten, jeden Neubeginn projizieren und schließlich dort auch in retrospektiver Utopie unser wahres Selbst finden. Da Balint die ursprüngliche schöpferische Phase an den Anfang des Lebens verlegte, unterlag er seiner eigenen theoretischen Voreingenommenheit und lokalisierte dort auch den Neubeginn. Stattdessen möchten wir den Neubeginn als kreativen Prozess konzeptualisieren, der an viele seelische Akte, an Probehandlungen und deren Realisierung gebunden ist, die immer neu versucht werden müssen (Rothenberg 1984).

Mit dieser Auffassung versuchen wir, das Ich-psychologische Verständnis der Regression mit dem objektpsychologischen Ansatz zu verbinden. Sofern Regressionen nämlich **nicht** im Dienste des Ich (Kris 1936) stehen, ist die Gefahr ihrer malignen Entartung sehr groß. Darauf hat Alexander (1956) nachdrücklich hingewiesen. Im Allgemeinen werden allein durch Regression weder Kunstwerke noch Heilungen hervorgebracht. Sonst gäbe es viel mehr Künstler und weit weniger seelisch Kranke.

8.4 Übertragungsdeutung und Realität

Die mutative Deutung Stracheys

Seit Stracheys (1934, 1937) Veröffentlichungen gilt die Übertragungsdeutung als „mutatives“ Instrument par excellence. Da die mutative, also die verändernde Wirkung der Übertragungsdeutung an den Austausch zwischen Patient und Analytiker gebunden ist, wurde Stracheys Innovation zum Muster für therapeutisch wirksame Austauschprozesse oder für Objektbeziehungen und deren Auswirkung auf innerseelische Strukturen.

Bei der „mutativen Deutung“ vollzieht sich nach Strachey ein Austausch von Über-Ich-Inhalten, wobei Einstellungen des Analytikers, die dieser anlässlich bestimmter Deutungen vermittelt, als neue, milde Über-Ich-Anteile verinnerlicht werden. Dieser Austausch läuft darauf hinaus, dass sich der Patient partiell mit dem Psychoanalytiker identifiziert. Der

Identifizierung kommt in der Therapie eine so große Bedeutung zu, dass wir dieses Thema später gründlich besprechen. Strachey hat den Typus einer Übertragungsdeutung beschrieben, der das Erleben und Verhalten des Patienten verändert. Zu den neuen Identifizierungen gelangt der Patient, weil der Analytiker die Funktionen eines Hilfs-Über-Ichs übernimmt.

Durch die mutative Deutung wurde die Aufmerksamkeit auf die Austauschprozesse gelenkt, und sie konnte damit zum Muster eines interaktionellen Therapieverständnisses werden. Diese Einschätzung des wegweisenden Beitrags von Strachey ergibt sich aus den Studien, die Klauber (1972a) und Rosenfeld (1972) unabhängig voneinander vorgelegt haben. Beide Autoren betonen den nachhaltigen Einfluss von Stracheys Innovation auf die psychoanalytische Behandlungstechnik. Die Inhalte mutativer Übertragungsdeutungen haben sich seither wesentlich erweitert. Strachey hatte angenommen, dass v. a. Über-Ich-Anteile auf den Analytiker projiziert werden. In der Theorie der projektiven und introjektiven Identifizierung geht es nicht mehr um Aspekte des Über-Ichs, sondern um gute und böse Anteile des Selbst. Rosenfeld (1972) hat daher die Inhalte der mutativen Deutung Stracheys entsprechend den Deutungsinhalten der Schule Kleins ergänzt.

Weiterentwicklung

Auf der Ebene der Beziehung fungiert der Psychoanalytiker nicht nur als Hilfs-Über-Ich, dessen schrittweise Introjektion in den Augenblicken mutativer Deutungen für Strachey die kurative Bedingung darstellt. In Anlehnung an die Terminologie der psychoanalytischen Strukturtheorie kann der Psychoanalytiker nun als Hilfs-Ich bezeichnet werden. Als Hilfs-Ich vermittelt er v. a. neue Einsichten und trägt so zur Unterbrechung des neurotischen Wiederholungszwangs bei. Obwohl vom Analytiker auch eine unmittelbare Angstberuhigung ausgeht, wäre es verfehlt, die Hilfs-Ich-Funktion mit einer direkten Unterstützung Ich-schwacher Patienten gleichzusetzen. Hatte sich Strachey noch darauf beschränkt, die Introjektion des Psychoanalytikers ins Über-Ich des Patienten zu beschreiben, so bewegen wir uns heute aufgrund der Entwicklung der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien auf eine Zwei- und Mehrpersonenpsychologie zu, die der Identifizierung des Patienten mit dem Psychoanalytiker einen zentralen Platz einräumt. Konnte bei einer neurotischen Über-Ich-Pathologie davon ausgegangen werden, dass sich eine verlässliche Beziehung von selbst herstellen würde, weil die gesunden Persönlichkeitsanteile des Patienten - trotz Widerstand und Verdrängung - eine Verbindung mit den Aufgaben der Analyse eingingen, kann diese Fähigkeit heute bei vielen Patienten nicht mehr erwartet werden. Es spricht für sich selbst, dass Kohut (1977) dem Analytiker eine Funktion als Selbstobjekt zuschreibt. Hierbei geht es um Austauschprozesse im Sinne einer primären Identifizierung, durch die ein Stück Gemeinsamkeit als Grundlage von Wechsel- und Gegenseitigkeit hergestellt wird.

Die Entdeckung der Bereitschaft des Patienten, sich auf eine therapeutische Beziehung mit dem Psychoanalytiker einzulassen, ein Stück weit gemeinsame Sache zu machen und sich insoweit mit ihm zu identifizieren, war wegweisend. Strachey äußerte sein Erstaunen

... über die verhältnismäßig kleine Anzahl von psychoanalytischen Arbeiten, die sich mit der Methode befassen, durch die therapeutische Wirkungen erzielt werden. Eine sehr ansehnliche Zahl von Tatsachen hat sich im Laufe der letzten 30 oder 40 Jahre angehäuft, die die Natur- und Funktionsweise des menschlichen Geistes beleuchten; sichtliche Fortschritte wurden gemacht hinsichtlich der Klassifizierung dieser Tatsachen und ihrer Einordnung in einen Rahmen von verallgemeinerten Hypothesen und wissenschaftlichen Gesetzen. Aber es wurde merkwürdig lange damit gezögert, diese **Entdeckungen** irgendwie auf den **therapeutischen Vorgang selbst** anzuwenden (Strachey 1935, S. 486; Hervorhebungen durch die Verfasser).

Diese Beobachtung möchten wir damit erklären, dass gerade für die kurativen Faktoren, also für jene Vorgänge, die aus der Übertragungsneurose herausführen, kein eigenständiges psychoanalytisches Vokabular zur Verfügung stand. Die Beschreibung musste

dementsprechend vage bleiben. Es kam zu Rückgriffen auf die Terminologie der voranalytischen, hypnotischen Psychotherapie, verbunden mit dem Misskredit, unter dem die herangezogenen suggestiven Einflüsse standen. Im Modell der mutativen Deutung hat Strachey, wenn auch eingeschränkt auf den Austausch von Über-Ich-Inhalten, die Einwirkung des Psychoanalytikers auf eine neue Grundlage gestellt, sodass für einen bestimmten Bereich der Erklärung therapeutischer Veränderungen keine Anleihen bei voranalytischen Theorien oder bei Allgemeinbegriffen gemacht werden mussten.

Wie viel nach wie vor unklar und umstritten ist, zeigt sich an widerspruchsvollen Theorien des therapeutischen Prozesses und nicht zuletzt an der Schwierigkeit, diese in praktische Schritte umzusetzen. Was trägt der Psychoanalytiker dazu bei, dass sich eine Gemeinsamkeit herstellt? Wie erleichtert er es dem Patienten, dass er sich mit der gemeinsamen Aufgabe und mit dem Psychoanalytiker, der Lebensprobleme und Symptome in eine neue Perspektive rückt, identifiziert? Um eine Antwort auf diese Fragen zu finden, kann man sich nicht auf die Arbeitsbeziehung im Allgemeinen stützen, sondern muss darangehen, diese in einzelne technische Schritte umzusetzen. Ähnliches gilt auch für die Theorie der Identifizierung bei ihrer Anwendung auf die therapeutischen Austauschprozesse. Heute gehört die mutative Deutung in eine große Klasse von Interventionen. Um Vergleiche zu erleichtern, geben wir zwei repräsentative Stellen aus Stracheys (1937) Veröffentlichungen wieder:

Es ist nicht schwer zu erraten, dass diese schrittweise Introjektion des Analytikers in den Augenblicken geschieht, in denen die Übertragungsdeutungen gegeben werden. Denn in diesen Augenblicken, die im Erleben des Patienten einzig dastehen, zeigt sich die Person, die das Objekt seiner unbewussten Triebe ist, gleichzeitig vollständig im Klaren über deren Natur und völlig frei von Angst und Ärger. So wird das Objekt, das der Patient in solchen Momenten introjiert, eine einzigartige Qualität besitzen, die auf das wirksamste die undifferenzierte Absorbierung in sein ursprüngliches Über-Ich verhindert und ganz im Gegenteil einen Schritt vorwärts zu einer dauernden Veränderung in seiner seelischen Struktur bedeutet (1937, S. 73f.).

Strachey vergleicht im folgenden Zitat die therapeutischen Einwirkungen des Analytikers mit denen eines suggerierenden Therapeuten:

Es ist richtig, dass der Analytiker sich gleichfalls seinem Patienten als Objekt anbietet und hofft, von ihm als Über-Ich introjiert zu werden. Aber es ist von Anfang an sein einziges Bestreben, sich von den archaischen Objekten des Patienten zu differenzieren und, soweit er irgend kann, dahin zu wirken, dass der Patient ihn nicht mehr als eine archaische Imago introjiere, die dem übrigen primitiven Über-Ich angereicht wird, sondern als den Kern eines gesonderten und neuen Über-Ichs. ... Er hofft, kurz gesagt, dass er selbst von seinem Patienten als Über-Ich introjiert wird - aber nicht **auf einen Bissen** und als ein archaisches Objekt, sei es nun gut oder böse, sondern nach und nach und als eine **reale Person** (1937, S. 73; Hervorhebungen durch die Verfasser).

Es ist unwahrscheinlich, dass Strachey die Hoffnung hatte, als reale Person verspeist zu werden. Im Gegenteil: er hoffte wohl auf eine **symbolische Verinnerlichung**, wie sie übrigens für viele kannibalistische Einverleibungen kennzeichnend sein soll (Thomä 1961, S. 188). Bei solchen Verinnerlichungen verändert sich der Realitätsbezug ebenso wie das Selbstgefühl. Man kann also sagen, dass sich durch die symbolische Interaktion die Realität verändert.

Die Phasen nach Strachey

Die gegenwärtige 4. Phase der psychoanalytischen Technik ist durch die Differenzierung von Übertragung und Nichtübertragungselemente bestimmt und präzisiert die **Realität** der analytischen Situation. Zunächst folgen wir Klaubers (1972a, S. 386f.) Kennzeichnung der Phasen, die nach Stracheys ungemein einflussreichen Arbeiten folgte:

In der **1. Phase** wurde durch die vielleicht originellste aller nachfolgenden Arbeiten, den Beitrag „Übertragung und Gegenübertragung“ von A. und M. Balint (1939), die Aufmerksamkeit auf die Tatsache gelenkt, dass jeder Analytiker ein emotionales Bedürfnis hat, seine Arbeit so zu tun, dass sie seiner Persönlichkeit entspricht, und er deshalb auch eine ganz individuelle, unverwechselbare Atmosphäre schafft. Entsprechend wurde in Frage gestellt, dass eine spiegelähnliche Einstellung des Analytikers, wie sie von Freud empfohlen wurde, überhaupt möglich sei.

Die **2. Phase** begann nach dem 2. Weltkrieg: Die therapeutische Bedeutung der Reaktion des Analytikers wurde besonders durch die Arbeit von Winnicott (1949) über „Hass in der Gegenübertragung“ und durch die Veröffentlichung von Heimann über die Gegenübertragung (1950) betont.

Für die **3. Phase** sind die Beschreibungen des komplexen Engagements zwischen Patient und Analytiker von Searles (1965) und Racker (1968) wegweisend geworden.

Das Problem der Realität in der therapeutischen Situation und die Frage, wie die „reale Person“ des Psychoanalytikers wirksam wird, hatte in der mutativen Deutung und in der These Stracheys, dass der Analytiker in seiner benignen Rolle ins Über-Ich des Patienten introjiziert werde, eine besondere Betonung erfahren. Als Problem ist es so alt wie die Psychoanalyse selbst. Behandlungstechnisch scheint es am Ende der derzeitigen **4. Phase** in der Einteilung Klaubers prinzipiell lösbar zu werden.

Die frühen Ansätze Stracheys

Wir beginnen mit jenen Lösungen, die bereits bei Strachey zu finden sind und durch Klaber hervorgehoben wurden: Er ermahnt uns, den Inhalt und die Spezifität von Deutungen nicht zu überschätzen, weil diese im Kontext einer Beziehung betrachtet werden müssen. Durch die Haltung des Analytikers wird signalisiert: „Ich bleibe trotzdem freundlich und entspreche dem alten Objekt nicht, ich verhalte mich anders, als es die verjährten Angstbedingungen erwarten lassen.“ Er folgt nicht dem Talion-Prinzip „Auge um Auge, Zahn um Zahn“ und ermöglicht so jene Unterbrechung des Circulus vitiosus, den Strachey eindrucksvoll beschrieben hat. Schließlich steht der Begriff des Über-Ichs in der Theorie der Ich-Entwicklung ja für Erlebens- und Verhaltensweisen, die zur Klasse der Gebote, Verbote und Ideale gehören. Ihre Umwertung ist das Ziel der mutativen Deutungen Stracheys. Man wird sich der Argumentation Klaubers nicht entziehen können, wenn er diesen Prozess auf die Verinnerlichung von Teilen des Wertsystems des Psychoanalytikers zurückführt. Diese Auffassung findet sich, wenn auch vorsichtig verklausuliert, schon in einigen Gedankengängen Stracheys.

Die reale Person des Psychoanalytikers als „neues Objekt“ tritt bei Stracheys mutativer Deutung in der 2. Stufe in Erscheinung, in welcher der Realitätssinn des Patienten eine entscheidende Rolle spielt. In der 2. Stufe wird der Analytiker unter Angstentwicklung zum archaischen Übertragungsobjekt. Das Ergebnis der 2. Deutungsphase hängt von der Fähigkeit des Patienten ab,

... im kritischen Augenblick des Bewusstwerdens der freigewordenen Triebregung zwischen dem Phantasieobjekt und der realen Person des Analytikers zu unterscheiden. Welche Hilfe kann der Analytiker dem Patienten beim Einsehen dieses Unterschiedes geben? Einerseits kann er viel tun, indem er ihn in möglichst vielen Einzelheiten darauf aufmerksam macht, wie die infantilen Erfahrungen und Phantasien beschaffen sind, die das Bild seines Phantasieobjekts bestimmen. Andererseits kann man erwarten, dass er versuchen sollte, ihm ein klares Bild seiner selbst zu geben, wie er wirklich ist. Aber da ist die Lage komplizierter. Dieses Problem berührt sich enge ... [mit] dem der äußersten Labilität der Position des Analytikers als Hilfs-Über-Ich. Die „analytische“ Situation droht ständig in eine „reale“ auszuarten. Aber das bedeutet in Wirklichkeit das Gegenteil dessen, was es zu sein scheint. Es bedeutet, dass der Patient ständig auf dem Punkte ist, das reale Objekt (den Analytiker) in das archaische zu verwandeln, d. h. er ist nahe daran, seine primitiven

introjizierten Images auf diesen zu projizieren. Soweit der Patient dies wirklich tut, wird der Analytiker wie jede andere Person, die der Patient im wirklichen Leben trifft, ein Phantasieobjekt. Dann hört der Analytiker auf, die besonderen Vorteile zu besitzen, die aus der analytischen Situation stammen; ... in dieser Schwierigkeit ist der Realitätssinn des Patienten ein wesentlicher, wenn auch schwacher Verbündeter ... Deshalb ist es wichtig, den Patienten einer unnötigen Spannung nicht auszusetzen. Das ist eines der Hauptargumente für die einigermaßen zurückhaltende und abseitige Haltung des Analytikers, die er dem Patienten gegenüber einnimmt, für seine Beschränkung des Kontaktes mit ihm auf die analytische Stunde. Das bedeutet, der Analytiker darf **sein wirkliches Selbst dem Patienten nur in kleinen Dosen präsentieren** (Strachey 1935, S. 503f.; Hervorhebung durch die Verfasser).

Diese Zurückhaltung, weder im Sinne eines guten noch eines bösen Objektes zu reagieren, soll dem Patienten die Möglichkeit schaffen und erhalten, „zwischen dem äußeren Phantasieobjekt und dem realen einen Vergleich zu ziehen“ (S. 505). Durch diesen Vergleich zwischen den auf den Analytiker projizierten verschiedenartigen Images und der realitätsgerechteren Wahrnehmung stärkt sich der Realitätssinn des Patienten. So kommt es nach Strachey zu einer Anpassung an die Außenwelt und zu der Erkenntnis, dass die gegenwärtigen Objekte nicht im archaischen Sinne gut und böse sind. Strachey meint hier offensichtlich, dass die differenzierende Einsicht zu einer Relativierung führt, und er schließt seine Argumentation mit folgender Bemerkung ab:

Es ist eine paradoxe Tatsache, dass der beste Weg, das Ich des Patienten in der Fähigkeit, Phantasie und Realität zu unterscheiden, zu stärken der ist, die Realität soviel als möglich vorzuenthalten. Aber es ist wahr: Sein Ich ist so schwach - so sehr seinem Es und Über-Ich ausgeliefert -, dass es sich mit der Realität nur messen kann, wenn sie in Minimaldosen verabreicht wird. Und diese Dosen sind tatsächlich dasjenige, was der Analytiker ihm in Form von Deutungen gibt (S. 505).

Schwierigkeiten und Widersprüche

Die behandlungstechnischen Probleme der Thesen Stracheys dürften in den Widersprüchen begründet sein, die der Definition der Realität in der analytischen Situation anhaften. Dieses Problem ist freilich nicht nur in den Arbeiten Stracheys und deren Rezeption ungelöst. Die generellen Schwierigkeiten rühren daher, dass Freud dem Begriff der Realitätsprüfung eine wichtige Rolle zuschreibt,

... aber ohne darüber jemals eine zusammenhängende Theorie ausgearbeitet und ohne deren Beziehung zu dem Realitätsprinzip aufgezeigt zu haben. Bei der Verwendung dieses Begriffes erkennt man noch deutlicher, wie er zwei ganz verschiedene Denklinien decken kann: Eine genetische Theorie des Realitätserwerbs, der Triebkonfrontation mit der Realitätsprüfung (als ob das Vorgehen in „Versuchen und Irrtümern“ bestünde), und eine quasi transzendente Theorie, die die Objektbildung unter dem Gesichtspunkt der Gegenüberstellungen Inneres - Äußeres, lustvoll - unlustvoll, Introjektion - Projektion behandelt (Laplanche u. Pontalis 1972, S. 430).

Offensichtlich hatte Strachey bei seiner Darstellung der Veränderung im Sinne der polaren Regulationsprinzipien, also im Rahmen des Lust- bzw. Realitätsprinzips, gedacht. Da das Lustprinzip der Theorie zufolge im Realitätsprinzip nur modifiziert wird, bleibt die Suche nach Befriedigung an einem realen (materiellen) Objekt die alles bestimmende Größe. Auf der anderen Seite wird die **psychische** Realität durch unbewusste Wünsche und Phantasien geprägt. Einen Gegensatz zwischen diesen Realitäten glaubte Freud deshalb annehmen zu müssen, weil das Inzesttabu und andere unvermeidliche Enttäuschungen die materielle Befriedigung einschränken, aber doch zur eigentlich gesuchten Realität machen:

Erst das Ausbleiben der erwarteten Befriedigung, die Enttäuschung, hatte zur Folge, dass dieser Versuch der Befriedigung auf halluzinatorischem Wege aufgegeben wurde. Anstatt seiner musste

sich der psychische Apparat entschließen, die **realen Verhältnisse** der Außenwelt vorzustellen und die **reale Veränderung** anzustreben. **Damit war ein neues Prinzip der seelischen Tätigkeit eingeführt.** Es wurde nicht mehr vorgestellt, was angenehm, sondern was real war, auch wenn es unangenehm sein sollte (Freud 1911b, S. 231f.; Hervorhebungen durch die Verfasser).

Sieht man die Beziehungen zum Objekt durch Lust- und Realitätsprinzip reguliert, dann bestimmt sich die erlebte und erfahrene Wirklichkeit abhängig vom Überwiegen des einen oder anderen Prinzips. Es entspricht der psychoanalytischen Theorie, das Lustprinzip als die primäre und archaische Gegebenheit anzusehen, die unerschöpflich aus dem Unbewussten, dem Es, heraus wirksam bleibt. Nun macht es gewiss einen wesentlichen Unterschied aus, ob ich mir etwas nur einbilde oder ob ich einen Gegenstand handgreiflich erfassen oder sonst wie unmittelbar wahrnehmen kann (s. hierzu Hurvich 1972; Kafka 1977). Aber darin liegt kein Gegensatz verschiedener Realitäten, der sekundär zu überbrücken wäre, was zu dem unlösbaren Problem führen müsste,

... wieso das Kind, wenn es sich nach Belieben halluzinatorisch befriedigen könnte, jemals dazu käme, ein reales Objekt aufzusuchen (Laplanche u. Pontalis 1972, S. 429).

Theorie der psychischen Realität

Da es bei Übertragungsdeutungen auch um den Analytiker als Person geht, müssen wir noch einige weitere Bemerkungen zur psychischen Realität machen. Spricht man nämlich von der **realen** Person des Analytikers, werden Beunruhigungen ausgelöst, so als ob die seelische Ebene aufgegeben und zugunsten der Materialisierung, der Wunschbefriedigung, ersetzt werden sollte.

Es bedarf der Besinnung auf die Theorie der psychischen Realität. Wir glauben, bei der Lösung dieser Fragen weiterzukommen, indem wir mit McLaughlin (1981) die analytische Begegnung unter dem Gesichtspunkt der **psychischen Realität** als ebenso umfassendem wie mehrdeutigem **Schema** betrachten. Natürlich erleben sich Patient und Analytiker ganz konkret, mit ihren subjektiven Wünschen, Affekten, Erwartungen, Hoffnungen und ihren Denkgewohnheiten. Sobald wir über unsere verschiedenen seelischen Zustände nachdenken, entsteht ein Entwurf, der Erlebnisse und Geschehnisse in Raum und Zeit ordnet. Der Mensch folgt seinen subjektiven Denk- und Handlungsschemata, die sein Verhalten regeln, über weite Strecken unreflektiert. Er erlebt, dass sich die seelische Wirklichkeit situativ im zwischenmenschlichen Austausch bildet. Die „psychische Realität“ im Sinne McLaughlins umfasst also sowohl konkrete subjektive Erlebnisse als auch deren unbewusste Wurzeln. Der Analytiker konstruiert die seelische Realität eines Patienten im Rahmen der jeweils bevorzugten psychoanalytischen Theorie. Solche Konstruktionen dienen als Orientierungshilfen. In seiner umfassenden Konzeption lässt McLaughlin auch die Gegenübertragung des Analytikers aufgehen. Die konkreten psychischen Realitäten samt den sie fundierenden hintergründigen Theorien von Patienten und Analytikern werden in ihrer umfassenden Mehrdeutigkeit in Beziehung zueinander gebracht und interaktionell begriffen. Damit geht die Sicherheit verloren, die der Analytiker aus der Spiegelanalogie hatte ziehen können. McLaughlin zeigt, wie ertragreich das Nachdenken über die psychische Realität ist, auch wenn zunächst eine Verunsicherung in Kauf genommen werden muss; denn der Analytiker könne nun nicht mehr von sich selbst als einer realen Person ausgehen, die in eine realistische Beziehung mit dem Patienten eintrete. Alles wird durch die Sicht des Patienten relativiert. Die Realität entsteht in dieser Zweipersonenbeziehung aufgrund eines wechselseitigen Prozesses, wobei durch fortgesetzte Prüfungen die subjektiven Sichtweisen der beiden Beteiligten geklärt und eine gewisse Übereinstimmung erreicht wird. Patient und Analytiker verständigen sich miteinander. Das Ergebnis einer erfolgreichen Analyse ist eine sich entfaltende gegenseitige Bestätigung der psychischen Realitäten und ihrer Veränderungen durch einen Vorgang, den McLaughlin mit dem Wort „authentication“ (Glaubwürdigkeit, Zuverlässigkeit, Echtheit) beschreibt. Hierbei gewinnen die beiden Beteiligten eine **relative** Sicherheit hinsichtlich ihrer Standpunkte.

Bei der kritischen Auseinandersetzung, die im psychoanalytischen Dialog stattfindet, ist der Analytiker als Experte betroffen. Er arbeitet nicht nur mit dem gesunden Menschenverstand, sondern bringt Ansichten zur Sprache, die ihm während seiner Ausbildung zugewachsen sind. Seine Professionalisierung hat sein Denken geprägt. Wie er die „psychische Realität“ seines Patienten sieht (und seine eigene erlebt), ist nicht unabhängig von den Theorien, die er darüber mitbringt. Wenn es also um die Prüfung der Glaubwürdigkeit geht, müssen wir noch über McLaughlin hinausgehen und die Frage aufwerfen, ob nicht gerade Freuds Theorien über die psychische Realität indirekt einige der Probleme geschaffen haben, die nun zu lösen sind.

Psychische und materielle Realität bei Freud

Wir bewegen uns hier in einem spannungsreichen Feld zwischen Polen, die durch folgende Begriffe markiert werden: psychische Realität gegenüber materieller Realität, Realitätsprinzip versus Lustprinzip, Lust-Ich gegenüber Real-Ich. Schließlich treffen wir auf die Realitätsprüfung als jenem Vorgang, der zwischen Innen und Außen, zwischen dem, was lediglich vorgestellt, und dem, was tatsächlich wahrgenommen wird, unterscheidet. Freud stellte die psychische der materiellen Realität gegenüber, als er die Theorie der Verführung und der pathogenen Rolle realer infantiler Traumata aufgeben musste. Phantasien, die nicht auf reale Ereignisse zurückgehen, besitzen für das Subjekt den gleichen pathogenen Wert, wie ihn Freud zunächst den unbewussten Erinnerungen an tatsächliche Ereignisse zuerkannte. Die Gegenüberstellung der beiden Realitäten ist also mit bestimmten Inhalten dessen verbunden, was die jeweilige Realität kennzeichnet:

Wichtig Start

Die psychische Realität ist die Welt der subjektiven, bewussten und unbewussten Wünsche und Phantasien, und die materielle Realität ist charakterisiert durch die tatsächliche Befriedigung oder Versagung der triebhaften Bedürfnisse an Objekten.

Wichtig Stop

Nach Laplanche u. Pontalis (1972, S. 426) bezeichnet „psychische Realität“ den unbewussten Wunsch und die damit verbundene Phantasie. Muss man den unbewussten Wünschen eine Realität zuerkennen? So fragt sich Freud bei der Traumanalyse, und er antwortet:

Hat man die unbewussten Wünsche auf ihren letzten und wahrsten Ausdruck gebracht ..., so muss man wohl sagen, dass die **psychische Realität** eine besondere Existenzform ist, welche mit der **materiellen** Realität nicht verwechselt werden soll (Freud 1900a, S. 625; Hervorhebungen im Original).

Es gibt also psychische Realität und materielle Realität. Der Satz, der für Entstehung und Wesen von Neurosen maßgebend wurde, lautet:

Diese Phantasien besitzen **psychische** Realität im Gegensatz zur **materiellen**, und wir lernen allmählich verstehen, dass **in der Welt der Neurosen die psychische Realität die maßgebende ist** (1916-17, S. 383; Hervorhebungen im Original).

Lust- und Realitätsprinzip

Die psychische Realität wird in Freuds Theorie vom Lustprinzip reguliert, das sekundär in der menschlichen Entwicklung durch die Not des Lebens vom Realitätsprinzip überformt wird. Die Realitätsprüfung steht im Dienste des Realitätsprinzips. Das heranwachsende Kind lernt, die sofortige Triebbefriedigung aufzuschieben, um eine realitätsgerechte Befriedigung seiner Bedürfnisse in Übereinstimmung und in Gegenseitigkeit mit einem Mitmenschen zu finden. Die Spannung zwischen der psychischen und der materiellen Realität liegt also darin, dass ein Überschuss von Wünschen angenommen wird, die an der allgemeinen Lebensnot und speziell

am Inzesttabu scheitern, aber stets nach Befriedigung streben. Will man also günstigere Bedingungen schaffen, muss in der therapeutischen Situation eine gewisse Gewährung erfolgen. Andernfalls wiederholten sich nur die alten Frustrationen. Das Problem von Versagung und Gewährung in der analytischen Situation wird leichter lösbar, wenn man die Theorie der psychischen Realität vertieft und sie nicht einseitig mit der **Frustration** verkoppelt. Es genügt im Sinne unserer Argumentation, dass sich mit dem **Objekt**, mit dem Analytiker, viele lustvolle Übereinstimmungen herstellen und Meinungsverschiedenheiten austragen lassen. Es führt ein weiter Weg bis zum frustrierten unbewussten kindlichen Triebwunsch, der in der Gegenwart nach Befriedigung strebt.

Bewertung

Durch unsere Anmerkungen möchten wir darauf aufmerksam machen, welche Konsequenzen sich ergeben, wenn man die psychische Realität umfassend versteht. Der Patient sucht Hilfe, und er erhofft sich eine Besserung und Heilung seiner Symptome und Lebensschwierigkeiten, kurz: Er kommt in der Hoffnung, eine positive Veränderung durch die Hilfe eines Experten zu erreichen. Im Versuch, alle seine Gefühle und Gedanken mitzuteilen, entfaltet sich ein facettenreiches Bild der Welt, in der der Patient lebt. Er beschreibt verschiedene Ansichten seiner Welt in Abhängigkeit von seiner Stimmungslage und von dem Vorherrschen jeweils verschiedener Wünsche, Erwartungen, Hoffnungen oder Ängste. Obwohl der Patient auch zwischen Wahrnehmungen von Menschen und Dingen und seinen Vorstellungen über sie unterscheidet, hat er die Realität nicht in eine psychische und in eine materielle aufgeteilt, wiewohl ihm durchaus vertraut ist, dass sich Wünsche und Gedanken hart im Raume stoßen können und er bei der Suche nach Lust und Befriedigung auf äußere Objekte angewiesen ist. Beim Zuhören und bei seinem emotionalen und gedanklichen Nachvollziehen laufen im Analytiker recht vielgestaltige Prozesse ab. Greift der Analytiker an irgendeiner Stelle mit einer Bemerkung ein, so bedeutet dies, dass der Patient mit einer Information konfrontiert wird. Auch eine negative Information, nämlich das Schweigen des Analytikers besonders dann, wenn der Patient irgendeine Antwort erwartet, stellt eine Kommunikation dar, weshalb man mit Watzlawick et al. (1969, S. 53) sagen kann, man könne nicht nichtkommunizieren.

Der Psychoanalytiker führt durch seine Bemerkungen Gesichtspunkte ein, mit denen sich der Patient in irgendeiner Weise auseinandersetzen muss. Er kann sie übergehen, er kann sie akzeptieren, er kann sie ablehnen usw. Früher oder später kommt es zum gemeinsamen Nachdenken über die verschiedenen Ansichten, wobei viele Dritte bewusst oder unbewusst anwesend sind: die Mitglieder der Ursprungsfamilie, Angehörige, Menschen, mit denen der Patient in Privatleben und Beruf zusammentrifft, mit denen er zusammenlebt. Ständig werden im Analytiker eigene Lebenserfahrungen, Wünsche, Sehnsüchte, alte Ängste und gegenwärtige Kämpfe berührt. Da er nicht selbst der Leidende ist, kann er zum Besten des Patienten eine Distanz finden, die es ihm ermöglicht, dort einen Wunsch zu vermuten, wo der Patient augenblicklich ängstlich reagiert hat. Die emotionalen und intellektuellen Belastungen des Engagements wären freilich unerträglich, wenn dem Analytiker nicht eine Fülle von Erklärungsskizzen zur Verfügung stände, die typische lebensgeschichtliche Konfliktmuster abbilden. Sie erleichtern die Orientierung in der Therapie.

Legt man die eben zusammengefassten Gesichtspunkte auf das Realitätsverständnis Stracheys an, so findet man folgendes: In der Aussage, die analytische Situation drohe in eine reale auszuarten, bezieht er sich im weiteren Sinne auf das Lustprinzip. Hierbei wird von introjizierten Imagines ausgegangen, die nun auf den Analytiker projiziert werden, ohne dass situative, auslösende Faktoren berücksichtigt werden. Bemerkenswert ist, dass Strachey hier ebenso von festen Größen ausgeht, als wenn er vom realen, äußeren Objekt, nämlich vom Psychoanalytiker spricht. Das oben wiedergegebene Zitat belegt, dass Strachey (1935, S. 505) glaubte, durch **Realitätsentzug** die Unterscheidungsfähigkeit des Patienten bei der **Realitätsprüfung** im Augenblick mutativer Übertragungsdeutungen stärken zu können.

Neutrale Rolle und reale Person

Durch die Spiegelanalogie kann der Analytiker in einen Rollenkonflikt gebracht werden, der es unmöglich macht, durchaus realistische Wahrnehmungen bei Übertragungsdeutungen anzuerkennen, um dadurch neuen Verleugnungen oder Verdrängungen entgegenzuarbeiten. Heimann (1956) hat trotz ihres früheren innovativen Beitrags zur Gegenübertragung (1950) nicht bemerkt, dass es unmöglich ist, einerseits ein Spiegel zu sein, der kein Selbst und keine unabhängige Existenz hat, der nur den Patienten spiegelt, während er auf der anderen Seite als Person Teil der analytischen Situation und der Probleme des Patienten sowohl auf realistischer als auch auf Phantasieebene ist. Es genügt, wenn der Analytiker eine gewisse Zurückhaltung an den Tag legt, die es dem Patienten ermöglicht, unbewusst wirksam gebliebene Beziehungsmuster in der Übertragung neu zu inszenieren.

Unsere Überlegungen müssen im Kontext der Erweiterung der Übertragungstheorie (im Sinne des umfassenden Übertragungsbegriffs) zu der Auffassung führen, dass sich die sog. Realität des Analytikers anlässlich der fortgesetzten unbewusst wie bewusst sich vollziehenden Prüfung durch den Patienten bildet. Im Augenblick mutativer Deutungen gibt der Analytiker immer auch etwas von sich preis, wie Strachey hervorhebt. Hierbei handelt es sich gewiss nicht um x-beliebige persönliche Mitteilungen. Was in hilfreichen Interpretationen direkt oder indirekt zum Ausdruck kommt, ist die durch die Professionalisierung bereicherte und von einer allzu engen Subjektivität gelöste Lebenserfahrung des Psychoanalytikers. Das berufliche Wissen fördert einen Erkenntnisprozess, der dem Patienten neue Lösungsmöglichkeiten eröffnet. Hierbei handelt es sich keineswegs um persönliche Bekenntnisse, sondern um Mitteilungen, sei es in averbaler Form oder in Form von Deutungen, die sichtbar werden lassen, wie der Analytiker ein Problem des Patienten sieht und was er selbst in Relation hierzu fühlt und denkt oder wie und was er in Beziehung zum Patienten ist. Insoweit stimmen wir mit Rosenfeld überein, dass die Interpretationen des Psychoanalytikers ganz klar reflektieren können, was er ist (1972, S. 458).

Spontaneität

Besonders wesentlich ist hierbei u. E. die von Klauber hervorgehobene **Spontaneität** des Analytikers:

Verschiedene technische Konsequenzen ergeben sich aus der Akzentuierung der Spontaneität. Spontane Interaktionen humanisieren die analytische Beziehung durch den fortwährenden Austausch von partiellen Identifikationen. Gerade diese menschliche Qualität der Beziehung ist das Gegenmittel gegen die traumatische Qualität der Übertragung ebenso und sogar mehr noch als es die Billigung der Impulse durch einen Analytiker sein kann, der die benignen Qualitäten des Überichs verstärkt (Klauber 1980, S. 137).

Voraussetzung dieses das andere Ich, den Analytiker, einbeziehenden Erkenntnisprozesses ist freilich, dass sich dieser nicht durch rein reduktive Übertragungsdeutungen entzieht. Gills (1982) systematische Untersuchung der Auslösung der Übertragung und besonders des Widerstands gegen die Übertragung (► Kap. 2 und 4) anlässlich durchaus plausibler vorbewusster Wahrnehmungen macht die behandlungstechnische Beantwortung der Frage, was der Analytiker ist, möglich. Das Hier und Jetzt ist im Wechselverhältnis zum Dort und Damals zu betrachten. Hierbei eröffnen sich neue, zukunftsweisende Perspektiven. Freud (1933a, S. 81) hat der Unveränderlichkeit des Verdrängten, der sog. Zeitlosigkeit des Unbewussten, die analytische Arbeit gegenübergestellt, durch welche die Vergangenheit ihre Macht verliert. Im Vorgang des Bewusstwerdens wird das Hier und Jetzt mit dem Dort und Damals verknüpft, und gerade darin liegt die mutative Wirkung von Übertragungsdeutungen.

Der Analytiker muss Geduld haben, und es dauert einige Zeit, bis sich unbewusste Prozesse in der Übertragung so manifestieren, dass therapeutisch wirksame Deutungen möglich sind. So ist die folgende Aussage Freuds aufzufassen:

Für den Standpunkt des Arztes kann ich nur aussagen, dass er sich in solchem Fall ebenso „zeitlos“ verhalten muss wie das Unbewusste selbst, wenn er etwas erfahren und erzielen will (1918b, S. 32f.).

Man beachte, dass zeitlos in Anführungszeichen gesetzt ist. Aus dem Kontext geht klar hervor, dass sich beim geduldigen Abwarten auch bei schweren Fällen Übertragungen herstellen. Hat man **einmal** die Zeitlosigkeit des Unbewussten überwunden, lässt sich die Behandlungsdauer einer ähnlich schweren Erkrankung nach Freuds Auffassung sogar wesentlich verkürzen, weil die zunehmende Erfahrung es dem Analytiker erlaubt, so können wir kurz sagen, hilfreiche, d. h. die Vergangenheit mit der Gegenwart verknüpfende Übertragungsdeutungen zu geben. Es sind die Wiederholungen, die den Eindruck vermitteln, als stünde die Zeit still. Auch das träumende Ich hat ein Zeitgefühl, und es kennt auch den Widerspruch (Freud 1900a, S. 331; Hartocollis 1980). Deshalb ist es missverständlich, von der Zeitlosigkeit des Unbewussten zu sprechen, wenn es um das Zeitgefühl bei unterschiedlichen Bewusstseinszuständen geht.

Verknüpfung von Vergangenheit und Gegenwart

Unsere Argumentation ist für das Verständnis der mutativen Wirkung von Übertragungsdeutungen deshalb wichtig, weil hierbei Vergangenheit und Gegenwart verknüpft werden. In Freuds Auffassung wird die Wirksamkeit vergangener und unbewusst konservierter Wünsche durch Bewusstwerden aufgelöst. Zunächst muss freilich eine Verknüpfung hergestellt werden, bevor die Auflösung erfolgen kann. Unsere Überlegungen lassen den Schluss zu, dass Übertragungsdeutungen, die davon ausgehen, dass es sich bei den Wahrnehmungen und beim Erleben des Patienten im Hier und Jetzt um ahistorische Wiederholungen handle, an der Sache ebenso vorbeigehen wie solche Hier-und-Jetzt-Deutungen, welche die lebensgeschichtlich entstandene unbewusste Dimension außer Acht lassen.

Der Beitrag Ezriels

Es ist charakteristisch, dass mit der Betonung der ahistorischen Qualität unbewusster Prozesse die Deutung im Hier und Jetzt keine Probleme aufzuwerfen scheint, wenn nur der Analytiker eine spiegelnde Einstellung einnehmen würde. So ging Ezriel (1963) bei seinen Untersuchungen davon aus, dass die ahistorische Wiederinszenierung in der Übertragung umso vollkommener sei, je passiver und zurückhaltender sich der gut analysierte Analytiker verhalte. Seine Interpretationen richten sich auf die unbewusst gesuchten bzw. vermiedenen Objektbeziehungen. Der von ihm vorgeschlagene Typ der Übertragungsdeutungen orientiert sich an der gesuchten und aus Angst vermiedenen Objektbeziehung. Deshalb enthalten die Deutungen jeweils ein erklärendes „Weil“ im Sinne von: „Sie vermeiden jetzt diesen oder jenen Wunsch, diese oder jene Phantasie mitzuteilen, **weil** Sie Angst vor einer Zurückweisung haben.“

Betrachtet man die Ausführungen Ezriels genauer, so ergibt sich, dass es unberechtigt ist, die psychoanalytische Methode als ahistorisch zu bezeichnen. Richtig ist, dass ihre therapeutische Effektivität sich auf das Hier und Jetzt und auf jene Erkenntnisse bezieht, die in der analytischen Situation gewonnen werden können. Ezriel nahm an, dass sich unbewusste Konstellationen quasi geschichtslos durchsetzen, so als ob die Vergangenheit alles Gegenwärtige bestimme. Deshalb spielen auch die gegenwärtigen realistischen Wahrnehmungen des Patienten keine eigenständige Rolle, obwohl nur Hier-und-Jetzt-Interpretationen gegeben werden; diese beziehen sich aber ausschließlich auf scheinbar ahistorische, im Augenblick wirksame unbewusste, d. h. zeitlose Kräfte und Konstellationen. Dem Hier und Jetzt könnten keine mutativen Qualitäten innewohnen, wenn die unbewussten Konstellationen zeitlos und von der Lebensgeschichte ausgeschlossen und ahistorisch wären. Ezriels Arbeit verdient deshalb, hier hervorgehoben zu werden, weil dieser Autor dem Hier und Jetzt methodisch eine besondere Bedeutung gab, aber in seinen Untersuchungen wohl auch

deshalb scheiterte, weil er den situativen Einfluss des Analytikers, den er theoretisch hervorhob, praktisch vernachlässigte.

Die Einflussnahme des Analytikers

Die Einbeziehung von persönlichem Einfluss und realistischen Wahrnehmungen in die Übertragungsdeutungen macht den wesentlichen Unterschied zwischen Freuds rekonstruktiven genetischen Übertragungsdeutungen und jenen Innovationen aus, die durch Stracheys Veröffentlichungen in die Wege geleitet wurden. Spricht man wie Segal (1974, S. 162) von der korrektiven Objektbeziehung in der analytischen Situation, kommt man nicht daran vorbei, das einflussnehmende Subjekt, den Analytiker, und dessen durchaus realistische Wahrnehmung durch den Patienten in Übertragungsdeutungen aufzunehmen. Es tut der psychischen Realität und der Bedeutung unbewusster Phantasien keinen Abbruch, wenn geklärt wird, dass bei ihrer Entstehung ganz realistische Wahrnehmungen, beispielsweise der Gegenübertragung des Analytikers, eine Rolle spielen.

Der Patient partizipiert am Wertsystem des Psychoanalytikers, soweit es für neue Lösungen neurotischer Konflikte von Belang ist. Diese identifikatorische Teilhabe, die Strachey bei der Umwertung des Über-Ichs, von Geboten, Verboten und Idealen beschrieben hat, ist nicht nur unvermeidlich, sie ist therapeutisch notwendig. Sie umgehen zu wollen, führt zu einer gekünstelten Atmosphäre, die durch ein ängstliches Vermeiden der therapeutisch notwendigen Partizipation gekennzeichnet sein kann.

Sozialwissenschaftliche Erkenntnisse machen es unabdingbar, dem Einfluss des Psychoanalytikers auf die situative Entstehung von Wahrnehmungen und Phantasien großes Gewicht zu geben. Bei der Gestaltung der therapeutischen Situation kommen auch die Theorien über die Steuerung der Realitätsbeziehung zum Tragen. Geht man davon aus, dass das Realitätsprinzip dem Lustprinzip nur abgemietet ist und eigentlich immer materielle Befriedigung gesucht wird - wenn auch über unterschiedlich lange Weg- und Durststrecken des Triebaufschubs hinweg -, entsteht in der Therapie ein Spannungsverhältnis, das durch Entzug und Verzicht bestimmt wird. Schafft man eine Atmosphäre dieser Art, kann dies für eine Gruppe gehemmter Patienten entlastend sein, weil allein Empathie und Toleranz den durch die Frustration erzeugten Aggressionen gegenüber zu einer gewissen Umbildung einschränkender „Über-Ich-Anteile“ führen können. Die Umwandlung eines überstrengen in ein mildes „Über-Ich“ wirft nicht jene therapeutischen Probleme auf, die beim Aufbau unterentwickelter oder defekter Ich-Funktionen gelöst werden müssen. Hier spielt die Identifikation mit dem Psychoanalytiker eine entscheidende Rolle. Es hat den Anschein, dass diese Gruppe von Patienten im Zunehmen begriffen ist. Deshalb ist es wichtig, die Bedingungen zu erfassen, unter denen sich Identifikationen bilden.

In einseitiger Rezeption Stracheys wurde mit wenigen Ausnahmen, aus denen der Beitrag von Klauber hervorrang, dem Verhältnis der Übertragungsdeutung zu anderen Aspekten der Beziehung zu wenig Beachtung geschenkt. Strachey hat diesen anderen Komponenten wie Suggestion, Angstberuhigung, Abreagieren usw. einen wichtigen Platz als Bestandteilen der Behandlung eingeräumt. Das Problem, wie der Analytiker sein wirkliches Selbst dem Patienten in kleinen Dosen präsentiert, das Strachey mit den bereits zitierten Worten aufgeworfen hat, blieb aber weithin ungelöst.

Die Gewichtung realistischer Wahrnehmungen

Wie in der Diskussion zwischen Greenson, Heimann u. Wexler (1970) wird auch heutzutage immer wieder darüber gestritten, ob und wie realistische Wahrnehmungen im Hier und Jetzt berücksichtigt werden dürfen. Es wird befürchtet, dass es auf diesem Weg schließlich zur Befriedigung von Bedürfnissen kommen könnte, sodass die Behandlung nicht mehr in der **Versagung** durchgeführt würde. Diese behandlungstechnischen Probleme sind konstruktiv und zum Vorteil therapeutischer Veränderungen dann zu lösen, wenn wir ihre Herkunft aus

der psychoanalytischen Theorie der Realität begreifen. Bei der Diskussion dieses Punktes gehen wir von der folgenden Feststellung Adornos aus:

Einerseits gilt ihr [der Psychoanalyse] „libido“ als die eigentliche psychische Realität; Befriedigung ist positiv, Versagung, weil sie zur Erkrankung führt, negativ. Andererseits aber nimmt Psychoanalyse die Zivilisation, welche die Versagung erzwingt, wenn nicht geradezu unkritisch, so doch resigniert hin. Im Namen des Realitätsprinzips rechtfertigt sie die seelischen Opfer des Individuums, ohne das Realitätsprinzip selber einer rationalen Prüfung auszusetzen (Adorno 1952, S. 17).

Wenn auch das Realitätsprinzip, das der Analytiker vertritt, vergleichsweise milde ist, so soll es doch frustrierend genug sein, um den Konflikt zuzuspitzen, „ihn zur schärfsten Ausbildung zu bringen, um die Triebkraft für seine Lösung zu steigern“ (Freud 1937c, S. 76). Diese Stelle aus dem Spätwerk Freuds zeigt, dass sich die behandlungstechnischen Probleme aus der psychoanalytischen Theorie der Realität ergeben.

Unterzieht man das Realitätsprinzip einer rationalen Prüfung, kann dies behandlungstechnisch nichts anderes heißen, als dass die Wahrnehmungen des Patienten ernst genommen werden, weil in diesem Augenblick ein intentionaler Akt sein Objekt findet und somit Realität hergestellt wird. Wir werden später bei der Diskussion der Beziehung zwischen der historischen Wahrheit und der Wahrnehmung im Hier und Jetzt auf dieses Thema zurückkommen. Da sich die individuelle Realitätsauffassung im soziokulturellen Kontext bestimmt, kann weder die eine noch die andere Seite absolut gesetzt werden. Deshalb konstituiert sich die Realität der psychoanalytischen Situation im Austausch von Meinungen, in ihrer Aneignung oder Verwerfung.

Bei der Realitätsprüfung kann weder der Patient noch der Analytiker von einem absolut gültigen Standpunkt ausgehen. Im einen Fall landete man bei der Anpassung an bestehende Verhältnisse und im anderen Fall im Solipsismus. Im einen Extrem erklärt das Individuum die Familie oder die Gesellschaft für verrückt und krankmachend, im anderen wird das Individuum von außen bestimmt und krank gemacht. Treibt man die Polarisierung auf die Spitze und erklärt man die ganze Gesellschaft für verrückt, kann man im seelisch Kranken sogar den Gesunden erblicken, der sich gegen die kranke Gesellschaft auflehnt. Durch eine erfolgreiche Therapie würde dieser Mensch dann an eine kranke Gesellschaft angepasst, ohne es zu merken. Adorno geht so weit, wenn er sagt:

Indem der Geheilte dem irren Ganzen sich anähnelt, wird er erst recht krank, ohne dass doch der, dem die Heilung misslingt, darum gesünder wäre (Adorno 1972 [1955], S. 57).

Deutungsfanatismus durch Strachey

Die mutative Deutung scheint dann eine spezielle Wirkung zu haben, wenn sie so angelegt ist, dass sie die Arbeitsbeziehung, d. h. die **Identifizierung** des Patienten mit dem Psychoanalytiker als **Hilfs-Ich** stärkt. Infolge des großen Einflusses der originellen Beiträge von Strachey kam es zu einer neuen Form eines „Deutungsfanatismus“, den schon Ferenczi u. Rank (1924) kritisiert hatten. Die beiden Autoren verstanden darunter genetische Rekonstruktionen, die das Erleben im Hier und Jetzt vernachlässigen und deshalb keine therapeutische Wirkung erzielen. Strachey (1935) hat sich ebenfalls mit diesem erfolglosen Deutungsfanatismus befasst und auf die emotionale Unmittelbarkeit hingewiesen, die seiner mutativen Deutung als Übertragungsdeutung am entscheidenden Punkt der Dringlichkeit innewohne. Gleichzeitig hat er betont, dass die Mehrheit unserer Deutungen außerhalb der Übertragung liege (S. 514).

Übertragung als reine Wiederholung

Danach entwickelte sich jedoch ein neuer Deutungsfanatismus - nun bezüglich der „Übertragung“ im Sinne reiner Wiederholung. Dieser hat die therapeutische Wirksamkeit der Psychoanalyse aus einem anderen Grund eingeschränkt als das exzessive intellektuelle

Rekonstruieren. Versteht man alles, was in der analytischen Situation vorkommt oder vom Patienten eingebracht wird, in erster Linie als Übertragungserscheinung, hat dies eine Konsequenz, auf die Balint nachdrücklich aufmerksam gemacht hat. Eine solche Deutungstechnik bringt es mit sich,

dass der hauptsächliche Bezugsrahmen, innerhalb dessen fast jede Deutung formuliert wird, eine Beziehung zu einem hochwichtigen, allgegenwärtigen Objekt, dem Analytiker, und einem ihm nicht ebenbürtigen Subjekt, dem Patienten, ist, der jetzt eben scheinbar nichts fühlen, denken oder erleben kann, was nicht mit dem Analytiker in Beziehung steht (Balint 1968; dt. 1970, S. 205).

Die entstehende Ungleichheit kann zumal dann zu malignen Regressionen führen, wenn auch die äußeren Lebensumstände des Patienten zugunsten ahistorischer Übertragungsdeutungen aus dem Auge verloren werden. Wir verstehen unter ahistorischen Übertragungsdeutungen solche Interpretationen, die die Gegenwart - und zwar sowohl die analytische Situation und den Einfluss des Analytikers wie auch die äußere Lebenssituation - ausklammern. Sofern man die Gegenwart nur als Wiederholung der Vergangenheit bzw. ihres Niederschlags in unbewussten Schemata, von Freud als Klischees bezeichnet, sieht, können sich Hier-und-Jetzt-Deutungen auch nur scheinbar auf die analytische Situation beziehen. Das Hier und Jetzt ist dann streng genommen nichts anderes als ein Neudruck nach einem alten Muster oder Klischee.

Hier-und-Jetzt-Deutungen

Im Vergleich zu der eben beschriebenen ahistorischen Auffassung von Übertragung und diesbezüglichen Deutungen vermitteln echte Hier-und-Jetzt-Deutungen neue Erfahrungen, weil sie die Gegenwart ernst nehmen. Der Psychoanalytiker erfüllt hierbei eine genuine Aufgabe, die nicht auf Vater oder Mutter reduziert werden kann. Heimann (1978) hat diese Funktion als Ergänzungs-Ich bezeichnet, sie lebensgeschichtlich auf die Mutter zurückgeführt und als „mütterliche Funktion“ bezeichnet. Wegen der Gefahr reduktionistischer Täuschungen möchten wir das therapeutische Ergänzungs- oder Hilfs-Ich nicht als mütterliches deklarieren und nur die Kennzeichnung der **Funktion** übernehmen, die das Wesentliche trifft.

... die Mutter [in Gestalt des Analytikers] als Ergänzungs-Ich bietet dem Kind [dem Patienten] Begriffe an, die es selbst nicht hat. Die Mutter lehrt das Kind neue Begriffe des Denkens und bringt es so auf den Weg des Fortschritts (Heimann 1978, S. 228).

Funktionen des Analytikers und Identifizierungen des Patienten

Freuds technische Forderung, der Kranke dürfe „nicht zur Ähnlichkeit mit uns, sondern zur Befreiung und Vollendung seines Wesens erzogen werden“ (Freud 1919a, S. 190), scheint im Widerspruch zur großen therapeutischen Bedeutung der Identifizierung des Patienten mit dem Analytiker zu stehen. Denn andernorts heißt es: „Wir dienen dem Patienten in verschiedenen Funktionen als Autorität und Elternersatz, als Lehrer und Erzieher ...“ (1940a, S. 107). Auf der anderen Seite warnt Freud:

So sehr es den Analytiker verlocken mag, Lehrer, Vorbild und Ideal für andere zu werden, Menschen nach seinem Vorbild zu schaffen, er darf nicht vergessen, dass dies nicht seine Aufgabe im analytischen Verhältnis ist, ja dass er seiner Aufgabe untreu wird, wenn er sich von seiner Neigung fortreißen lässt (1940a, S. 101).

Bei einem Symposium über die Beendigung von Analysen erklärte Hoffer (1950) die Fähigkeit des Patienten, sich mit den Funktionen des Psychoanalytikers identifizieren zu können, zum wesentlichen Bestandteil des therapeutischen Prozesses und dessen Erfolgs. Das aufgeworfene Thema hat also grundlegende Bedeutung für das Verständnis des therapeutischen Prozesses, zumal es die **Funktionen** des Psychoanalytikers in enge Verbindung mit **Identifizierungen** auf der Seite des Patienten bringt.

Eine ganze Reihe theoretischer und praktischer Probleme ist ins Auge zu fassen, die wir durch die Formulierung einiger Fragen umreißen möchten: Womit identifiziert sich der Patient? Welche Konsequenzen ergeben sich aus der psychoanalytischen Theorie der Identifizierung für die Optimierung der Praxis mit dem Ziel, dem Patienten das Nachvollziehen der Funktionen, die der Analytiker vermittelt, zu erleichtern? Was vermittelt der Psychoanalytiker, und wie tut er es? Lassen sich für das Erleben des Patienten die Funktionen von der Person als ihrem Träger unterscheiden? Wie zeigt der Psychoanalytiker, dass er sich ganz wesentlich von den Übertragungsneurotischen Erwartungen und ihren Auswirkungen auf die Wahrnehmungsvorgänge unterscheidet? Genügt für den Patienten die Erkenntnis, dass sich der Psychoanalytiker in seinem Denken und Handeln nicht in bestehende Erwartungsschemata einfügen lässt? Reicht es aus, wenn er sich negativ definiert, indem er den unbewussten Erwartungen des Patienten nicht entspricht? Die Nichtentsprechung genügt u. E. nicht zur Unterbrechung des neurotischen Wiederholungszwangs, und die therapeutische Funktion liegt darin, dass der Psychoanalytiker innovatorisch wirkt, indem er neue Gesichtspunkte einbringt und bisher unerreichbare Problemlösungen ermöglicht. So treten begründete Hoffnungen, zu denen Patienten ermutigt werden dürfen, an die Stelle bisheriger Hoffnungslosigkeit.

Innovatorische Elemente und Synthese

Die innovatorischen Elemente nehmen in der Therapie einen so selbstverständlichen Platz ein, dass sie kaum bemerkt im Gesichtspunkt der sich scheinbar von selbst vollziehenden **Synthese** Eingang fanden. Tatsächlich enthalten aber die Interventionen des Psychoanalytikers zumindest latente Zielsetzungen, die das neue Zusammenfügen freigesetzter Elemente mitbestimmen. Erreicht der Patient seine Ziele, wächst das Selbstvertrauen - ein wesentliches Merkmal therapeutischen Fortschritts.

Die grundlegende therapeutische Funktion ist darin zu sehen, dass der Psychoanalytiker als „Stellvertreter“ wirksam wird. Ob man in ihm ein Hilfs-Über-Ich oder ein Hilfs-Ich sieht und wie immer man in der Theorie- und Praxissprache heute von Strachey schulbedingt abweichen mag: Dass durch Hilfestellungen jene Austauschprozesse in Gang gesetzt werden, die zu neuen Identifizierungen führen, gehört zum anerkannten psychoanalytischen Erfahrungsschatz. Daraus ergibt sich eine Abhängigkeit des Patienten, die u. a. dazu führt, dass ihm gar nichts anderes übrig bleibt, als die Sprache seines Therapeuten zu sprechen, wie es Balint (1968; dt. 1970, S. 113) mit tiefem Verständnis für diesen Zusammenhang von Sprache, Denken und Handeln formuliert hat.

Die Bedeutung der Identifikation

Dem Lernen am Vorbild, am Modell, in psychoanalytischer Terminologie ausgedrückt: Der Identifikation, kommt in jedem therapeutischen Prozess eine kaum zu überschätzende Bedeutung zu. Seitdem die psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien der verschiedensten Richtungen in den Brennpunkt der Diskussion gerückt sind, erhalten alle Begriffe, die der Beziehung von Innen zu Außen und von Subjekt zu Subjekt (oder Objekt) gelten, eine besondere behandlungstechnische Aktualität (Kernberg 1979; Meissner 1979; Ticho, zit. nach Richards 1980). Kanzer (1979, S. 315) hebt in seiner Einführung einer Konferenz über Objektbeziehungstheorien hervor, dass mit der Betonung der Objektbeziehungen ein dyadisches Verständnis der traditionellen Behandlung Erwachsener möglich geworden sei, und er weist auf mehrere Autoren hin, die diese Entwicklung gefördert hätten (Balint 1950; Spitz 1956; Loewald 1960; Stone 1961; Gitelson 1962).

Der Internalisierung, Identifikation und Introjektion sowie der Inkorporation ist gemeinsam, dass sie sich alle auf eine Bewegung von außen nach innen beziehen, bei der es um Verinnerlichung, Aneignung, Angleichung und Gleichsetzung geht (Schafer 1968; Meissner 1979; McDevitt 1979). Welchen Inhalt man den verschiedenen Begriffen auch geben mag - z. B. Einverleibung wörtlich verstanden und konkretistisch, Identifikation als symbolische Gleichsetzung -, als Gemeinsamkeit zwischen ihnen bleibt, dass sie auf eine Objektbeziehung

verweisen. Balint (1968; dt. 1970, S. 76) hat deshalb darauf aufmerksam gemacht, dass man von Identifizierungen im engeren Sinne erst dann sprechen könne, wenn ein gewisser Abstand zwischen Innen und Außen, zwischen Subjekt und Objekt entstanden sei. In diesen Zusammenhang gehört Freuds anthropologisch grundlegende Beobachtung, dass sich aufgegebene Objektbeziehungen in Identifizierungen niederschlagen (Freud 1923b, S. 257). Es braucht kaum hervorgehoben zu werden, wie bedeutungsvoll diese Seite der Identifizierung bei Trennung und Verlust sowie bei Beendigung von Analysen ist.

Box Start

Wir glauben, dass das alte Problem der Realität in der psychoanalytischen Situation lösbar geworden ist und die psychoanalytische Technik 50 Jahre nach Stracheys wegweisender Veröffentlichung ihr therapeutisches Potenzial beträchtlich erweitern kann und wird. Den Übertragungsdeutungen fällt hierbei eine besondere Rolle zu. In unserer bisherigen Argumentation haben wir folgende Aspekte unterschieden:

- a) Unter den Hier-und-Jetzt-Interpretationen kann man alle Arten von Hinweisen verstehen, die sich auf die analytische Situation, nicht aber auf die außeranalytischen gegenwärtigen oder früheren Lebensumstände des Patienten beziehen. Denn aus der Erweiterung des Übertragungsbegriffs, die wir in ► Kap. 2 beschrieben haben, ergeben sich zwei Klassen von Interventionen: die eine bezieht sich auf alles, was außerhalb der analytischen Situation liegt; in die andere fallen alle Deutungen, die sich auf das Hier und Jetzt im umfassenden Sinn der Übertragung richten. Bei der traditionellen Übertragungsdeutung wird eine **Wiederholung** zugrunde gelegt, die Aufmerksamkeit richtet sich also auf die **Genese**. Den Formulierungen liegt die Annahme eines Bedingungszusammenhangs zwischen den jetzigen Erlebens- und Verhaltensweisen und früheren Erfahrungen zugrunde. Vereinfacht ausgedrückt lauten solche Übertragungsdeutungen folgendermaßen: „Sie haben jetzt Angst, weil Sie befürchten, ich würde Sie nun ebenso bestrafen wie Ihr Vater.“
- b) Die Übertragungsdeutung kann einerseits stärker nach der Genese hin modifiziert werden, in Richtung auf die **Rekonstruktion** von Erinnerungen. Andererseits kann das Hier und Jetzt in den Mittelpunkt der Deutung rücken, wenn die **Ungeschichtlichkeit unbewusster Prozesse** vorausgesetzt wird. Übertragungsdeutungen dieser Art haben also den Analytiker als **altes** Objekt zum Gegenstand. Die augenblickliche Dynamik ist in dieser Auffassung mit der konservierten (ahistorischen) Genese nahezu identisch. Bei diesen Hier-und-Jetzt-Deutungen werden die Unterscheidungen zwischen dem, was aus der Vergangenheit in die Gegenwart transformiert wird, und dem, was der Analytiker zur Übertragung beiträgt, nivelliert. Es kommt **nicht** zur Untersuchung der affektiven und kognitiven Vorgänge, welche die augenblickliche psychische Realität schaffen. Die spiegelnde Einstellung des Analytikers soll erreichen, dass die ahistorischen unbewussten Phantasien und die gegen sie gerichteten unbewussten Abwehrprozesse in reiner Form zum Vorschein kommen.

Schließlich kommen wir zu dem Typus von Übertragungsdeutungen im Hier und Jetzt, der das dyadische Erkenntnispotenzial der psychoanalytischen Methode **und** ihre therapeutische Wirksamkeit verwirklicht. Wir haben hierbei all jene Übertragungsdeutungen im Auge, bei denen die mehr oder weniger realistischen Wahrnehmungen des Patienten in ihrer Auswirkung auf die unbewussten Prozesse umfassend berücksichtigt werden. Hier könnte auf Klaubers Auffassung zurückgegriffen werden, dass es in der gegenwärtigen Phase darum gehe, die Übertragungs- und die Nichtübertragungselemente in der psychoanalytischen Situation voneinander zu unterscheiden. Aber inzwischen hat sich die Übertragungstheorie so ausgeweitet, dass es Missverständnisse gibt, wenn man von Nichtübertragungselementen spricht. Freilich kommt man nicht umhin, die phantasievollen Ausschmückungen und die in der analytischen Situation ausgelöste Wunschwelt von den realistischen Anteilen, die im

Verhalten des Analytikers liegen, zu unterscheiden. Dieser Differenzierungsprozess dyadischer Erkenntnisse macht die mutative Wirkung von Übertragungsdeutungen aus.

Box Stop

Kontraste und Ähnlichkeiten

Wir können nun an Arlows (1979) Auffassung anknüpfen, dass Übertragungen durch metaphorisches Denken zustande kommen. Aufgrund unbewusster Schemata (Freuds Klischees) bildet sich die psychische Realität unter den Gesichtspunkten von Kontrasten und Ähnlichkeiten. Die psychoanalytische Situation und der Psychoanalytiker werden vom Patienten mit früheren und gegenwärtigen Erfahrungen verglichen. Sieht man mit Arlow in der Übertragung eine Manifestation metaphorischen Denkens und Erlebens, so muss man davon ausgehen, dass die **Ähnlichkeit** das Überbrücken, das Hinübertragen von einem Ufer zum anderen, d. h. von einer früheren zur gegenwärtigen Situation ermöglicht. Gerade unter therapeutischen Gesichtspunkten ist deshalb die Kritik Carveths (1984b, S. 506) ernst zu nehmen, der darauf hinweist, dass die **Anerkennung** der Ähnlichkeit durch den Analytiker **die** Voraussetzung dafür ist, Übertragungsklischees zu verändern. Denn diese Klischees haben sich nach der psychoanalytischen Theorie dadurch gebildet, dass realistische Wahrnehmungen verleugnet und affektive und kognitive Prozesse verdrängt werden mussten. Die von Freud beschriebenen unbewussten Klischees sind den „toten Metaphern“ in der linguistischen Einteilung recht ähnlich (Weinrich 1968; Carveth 1984b). Diese können lebendig werden, d. h. aus dem dynamischen Unbewussten auftauchen, wenn bei Übertragungsdeutungen Ähnlichkeiten im Sinne von Gill eingeräumt und anerkannt werden. Anderenfalls wiederholen sich Akte der Verleugnung, und die alten Klischees werden aufrechterhalten. Im Augenblick der Feststellung von Ähnlichkeiten wird auch die Verschiedenheit zwischen dem Hier und Jetzt und dem Dort und Damals entdeckt. Diese kognitive Differenzierung ermöglicht die korrigierende emotionale Erfahrung der mutativen Deutung.

Historische Wahrheit

Abschließend möchten wir darauf aufmerksam machen, dass wir in der vorgetragenen Auffassung die therapeutische Nutzenanwendung aus Freuds tiefgründiger Behauptung gezogen haben, in allen seelischen Erkrankungen sei ein Stück **historischer Wahrheit** enthalten (Freud 1937d, S. 56). Anerkennt man diese historische Wahrheit, so würde man, betont Freud,

die vergebliche Bemühung aufgeben, den Kranken von dem Irrsinn seines Wahns, von seinem Widerspruch zur Realität, zu überzeugen, und vielmehr in der Anerkennung des Wahrheitskerns [bei Übertragungsdeutungen, wie die Verfasser aus heutiger Sicht hinzufügen] einen gemeinsamen Boden finden, auf dem sich die therapeutische Arbeit entwickeln kann. Diese Arbeit bestünde darin, das Stück historischer Wahrheit von seinen Entstellungen und Anlehnungen an die reale Gegenwart zu befreien und es zurechtzurücken an die Stelle der Vergangenheit, der es zugehört. Die Verrückung aus der vergessenen Vorzeit in die Gegenwart oder in die Erwartung der Zukunft ist ja ein regelmäßiges Vorkommnis auch beim Neurotiker (Freud 1937d, S. 55).

Es dürfte klar sein, in welcher Weise wir diese Auffassung therapeutisch nutzbar machen möchten. Der gemeinsame Boden ist in der **Anerkennung des aktuellen Wahrheitskerns** bei Übertragungsdeutungen zu finden. Hierbei genügt es in der Regel, die allgemeinmenschliche Reaktionsbereitschaft anzuerkennen, wie wir dies in ► Kap. 3 vorgeschlagen haben. Demgegenüber bleiben Konstruktionen historischer Wahrheiten zweifelhaft. Ihnen mangelt die Überzeugungskraft, die von gegenwärtigen Erfahrungen ausgeht. Beim Vergleich zwischen dem Hier und Jetzt und dem Dort und Damals findet der Patient u. E. schließlich auch eine Distanz zu beiden, die für die Zukunft freimacht. Deshalb paraphrasieren wir eine Aussage Freuds (1937c, S. 76f.) dahingehend, dass die analytische

Arbeit dann am besten vor sich geht, wenn der Patient Distanz sowohl zu den Erlebnissen der Vergangenheit findet, wie auch zu den Wahrheiten der Gegenwart, die dann Geschichte werden.

8.5 Schweigen

Reden und Schweigen sind die beiden Seiten jedes Gesprächs: Entweder wird gesprochen oder geschwiegen. Es lassen sich rasch die bestehenden Verteilungsmöglichkeiten durchspielen: Entweder spricht einer, oder beide schweigen, oder beide sprechen gleichzeitig. Im Augenblick des Sprechens des einen kann der andere nur dazwischenreden, schweigen beide, öffnet sich ein Raum, den beide gleichzeitig in Anspruch nehmen oder den nur der eine betreten und mehr oder weniger lang für seine Redezeit in Beschlag nehmen kann. Das Schweigen des Analytikers gibt dem Patienten Sprechzeiten frei, und nicht zufällig heißt es von alters her Sprechzimmer.

Überraschungseffekte durch Schweigen

Es hat gute Gründe, dem Patienten den Vortritt zu lassen und ihn zum Anfangen des Gesprächs zu ermutigen. Einseitige Verteilungen von Reden und Schweigen laufen indes den Kommunikationsregeln alltäglicher Gespräche zuwider. Deshalb führen Abweichungen vom erwarteten Dialogverlauf zu Überraschungen, Irritationen und schließlich Ratlosigkeit. Verhält man sich beispielsweise in den ersten Gesprächen als Analytiker sehr passiv, übt man eine ungemein starke Wirkung auf den Patienten aus, weil dieser mit Vorstellungen in die Sprechstunde kommt, die sich bei früheren Arztbesuchen gebildet haben. Er erwartet Fragen zu seinen Beschwerden und deren Vorgeschichte, die üblicherweise gezielt gestellt werden, sodass der Patient umschriebene Antworten geben kann. Je weiter sich die Gesprächsführung von dieser Erwartung entfernt und je weniger sie andererseits in der Verteilung von Reden und Schweigen einem Alltagsdialog gleicht, desto größer werden die Überraschungseffekte.

Schon diese wenigen Bemerkungen machen deutlich, dass sich das Schweigen als Mittel sehr different auswirkt. Ob es abstoßend oder als wohlwollende Ermutigung erlebt wird, hängt von so vielen situativen Umständen ab, dass keine allgemeine Empfehlung ausgesprochen werden kann. Umso überraschender ist es, dass Psychoanalytiker nicht nur in Karikaturen schweigsam hinter der Couch sitzen, sondern häufig aus dem Schweigen eine Tugend machen, so als ob ihr Berufsstand dem Motto folgte: Reden ist Silber, Schweigen ist Gold.

Nun gibt es gute Gründe dafür, unter analytischen Gesichtspunkten im Gespräch zurückhaltend zu sein und den Patienten eben nicht durch zudringliche Fragen davon abzuhalten, zu den Themen zu kommen, die ihm besonders am Herzen liegen. In dieser Weise kann man den Patienten dazu einladen, die ersten Schritte hin zum freien Assoziieren zu machen. Man kann ihn durch Zurückhaltung zu dem Versuch motivieren, alles zu sagen, wozu er sich im Augenblick gedrängt und in der Lage sieht. Auf längere Sicht fördert die Schweigsamkeit des Analytikers auch die Regression des Patienten, die keinen Selbstzweck hat, sondern im Dienste der Therapie steht. Schon deshalb ist die Dosierung von Schweigen und Reden von eminenter Bedeutung.

Schweigen als Stereotyp - Toleranzgrenze

Angesichts der praktischen Notwendigkeit, mit dem Schweigen ebenso behutsam umzugehen wie mit dem gesprochenen Wort, ist es bedenklich, wenn das Schweigen zum Stereotyp wird. Nicht selten wirkt sich dieses Stereotyp so aus, dass Analytiker schon in den ersten Gesprächen in extremer Weise zurückhaltend sind, um im Sinne einer Probeanalyse ein miniatures herauszufinden, ob sich der Patient für das vorgesehene therapeutische Verfahren eignet.

Aus diagnostischen und therapeutischen Gründen ist es freilich unerlässlich, Schweigepausen entstehen zu lassen, um dem Patienten neue Möglichkeiten zu geben, ein ihm wichtiges

Thema vorzubringen. Hierbei können auch erstmals Einblicke in die Toleranzgrenze des Patienten für das Schweigen des Analytikers gesammelt werden.

Da wir uns dagegen wenden, die Eignung des Patienten an der Methode auszurichten, und stattdessen dafür plädieren, diese an die Gegebenheiten des Patienten anzupassen, muss untersucht werden, warum das Schweigen des Analytikers zum Stereotyp werden konnte. Wir glauben, dass folgende Punkte zu dieser Stereotypisierung beigetragen haben:

1. die Hochschätzung der freien Assoziation und der Regression als Selbstheilungsprozesse,
2. die Überbetonung der Selbsterkenntnis als therapeutischem Mittel.

Deshalb hat Freud beispielsweise empfohlen, Deutungen so lange zurückzustellen, bis der Patient beinahe selbst zur Einsicht in einen ihm bisher unzugänglichen Zusammenhang gelangen könnte. In diesem Sinne heißt es:

Wir überlegen uns sorgfältig, wann wir ihn [den Patienten] zum Mitwisser einer unserer Konstruktionen machen sollen, warten einen Moment ab, der uns der Geeignete zu sein scheint, was nicht immer leicht zu entscheiden ist. In der Regel verzögern wir die Mitteilung einer Konstruktion, die Aufklärung, bis er sich selbst derselben so weit genähert hat, dass ihm nur ein Schritt, allerdings die entscheidende Synthese, zu tun übrig bleibt (Freud 1940a, S. 103).

In dieser Empfehlung sind zwei Gesichtspunkte zu einem Ideal vereinigt worden, nämlich

- den Patienten möglichst wenig zu stören und
- die Erfahrung, dass von der selbst gewonnenen Einsicht eine größere therapeutische Wirksamkeit ausgeht, als wenn diese eher von außen herangetragen wurde.

Das Zitat lässt erkennen, dass es einen idealen Zeitpunkt gibt, einen besonders günstigen Treffpunkt zwischen Innen und Außen. Nun geht es also darum, dass der Analytiker den günstigsten Zeitpunkt findet, zu dem er sein Schweigen aufgibt. Aus der Gegenüberstellung von Schweigen und Reden wird die Polarisation von Schweigen und Deuten - möglichst ohne Zwischenstufen, die es natürlich auch in jedem psychoanalytischen Dialog gibt, auch wenn diese nicht so recht ins ideale Bild passen.

Wir kommen also zu einem überraschenden Zwischenergebnis: Hand in Hand mit der Hochstilisierung der Deutung als möglichst einziger verbaler Mitteilung des Analytikers ist es auch zu einer besonderen Hochschätzung, ja zu einer Mystifizierung des Schweigens gekommen. Das Schweigen wurde zum stillen, bergenden und tragenden Ursprung, aus dem die Deutung hervorgeht. Obzwar es ohne Zweifel momentane Übereinstimmungen zwischen Patient und Analytiker gibt, der eine tiefe unbewusste Kommunikation zugrunde liegt, sodass Deutungen wie aus einem Mund gesprochen sein können, Patient und Analytiker also genau das gleiche im Sinn haben, wenden wir uns gegen Mystifizierungen. Wir stimmen mit Cremerius (1969) überein, dass von einem gewohnheitsmäßigen oder nicht kritisch begründeten Schweigen abgeraten werden muss. Schweigen ist eines der Werkzeuge, eine unter anderen technischen Operationen, die jeweils situativ so angewendet werden muss, dass sie den Prozess fördert.

Zurechnung der Schweigeanteile

Die Grundregel und ihr Gegenstück, die gleichschwebende Aufmerksamkeit, konstituieren als Behandlungsregeln einen speziellen Dialogtyp, der in konkreten Behandlungsverläufen selten so asymmetrisch verläuft, wie die theoretische Diskussion darüber zu suggerieren scheint. Wann immer Verbatimaufzeichnungen von Behandlungsstunden herangezogen werden, zeigt der verbale Dialog eine meist rege Beteiligung des Analytikers, auch wenn das rein quantitative Verhältnis der sprachlichen Aktivität nach Angaben der Forschungsliteratur zwischen 5:1 und 3:1 schwankt (Kächele u. Mergenthaler 2002). Die auftretenden Pausen werden in der Regel dem Patienten zugeschlagen, da dieser dem Grundregelverdikt untersteht und die Frage der Intervention des Analytikers nicht formell geregelt ist.

Wir möchten dieser Auffassung widersprechen und halten es für ein angemessenes Verständnis der Abläufe für günstiger, wenn längere Schweigepausen als gemeinsame Diskursaktivität betrachtet werden. Die Grundregel trägt nur eine Zeit lang, wenn das Gespräch versiegt. Irgendwann erhebt sich für den Analytiker die Frage, ob es nun an ihm ist, das Schweigen zu unterbrechen. Im längeren Schweigen zwischen zwei Gesprächspartnern kommen die innerseelischen Prozesse ja nicht zum Stillstand, sondern sie entwickeln sich weiter. Patienten schweigen, wie Cremerius (1969) aufgezeigt hat, aus einer Vielfalt von Motiven, die das ganze Spektrum der Neurosenlehre umfassen, und Analytiker schweigen dagegen an oder schweigen mit, was ebenfalls vielfältig begründet werden kann. Nonverbale Kommunikationsvorgänge werden bei beiden schweigenden Gesprächspartnern deutlicher und werden auch wahrgenommen.

Cremerius berichtet von einem Patienten, der sich an der Zahl der Streichhölzer orientierte, die der Analytiker in den Schweigepausen verbraucht hatte; wenige Streichhölzer signalisierten ein einträchtiges Schweigen, viele Streichhölzer waren ein Hinweis auf eine Störung der Kommunikation (1969, S. 98).

Schweigen und Kommunikationsverweigerung

Eine Psychologie des Schweigens, über die wir nur in Ansätzen verfügen, kann behandlungstechnisch dazu beitragen, die Ebene der Subjekt-Objekt-Fusion von der Ebene der Kommunikationsverweigerung unterscheiden zu helfen. In beiden Fällen gerät die an der Grundregel orientierte Behandlungstechnik an ihre Grenzen. Nacht (1964) betrachtet das Schweigen als eine Art integrativer, mystischer Erfahrung zwischen Patient und Analytiker, als einen Austausch ohne Worte, der eine Wiedererfahrung (oder auch Neuerfahrung) des Zustands der Fusion und totalen Verschmelzung aus der frühen Entwicklung repräsentieren kann, und verbindet damit die Vorstellung einer reparativen Veränderung, einer Kur durch die prägenitale Liebe Ferenczis, in dessen Tradition er wohl zu stellen ist.

Der Verzicht von Allmacht und Ohnmachtverzicht auf Deutung als Mittel der Veränderung wird auch vom Ich-psychologischen Standpunkt aus nahe gelegt, wie Calogeras (1967) an der Behandlung einer chronisch schweigenden Patientin aufzeigt. Wir halten aber die ausführliche Begründung der Einführung des Parameters „Verzicht auf die Grundregel“ für eines jener Beispiele, die wir in den Ausführungen zur normativen Idealtechnik diskutiert haben (► Kap. 1). In diesem Sinne argumentieren auch Loewenstein (s. Waldhorn 1959), Zelig (1960) und Moser (1962) dafür, dem schweigenden Patienten die Zeit einzuräumen, die er braucht. Die Freudsche Leitlinie gilt auch hier: Alle technischen Schritte sollen darauf ausgerichtet werden, die für das Ich günstigsten Bedingungen zu schaffen.

Polarisierung von Allmacht und Ohnmacht

Über die generellen Aspekte der Aufgaben und Auswirkungen des Schweigens des Analytikers hinaus wollen wir uns speziell mit dem Thema von **Macht** und **Ohnmacht** in der psychoanalytischen Beziehung auseinandersetzen. Wir sind der Meinung, dass das Schweigen des Analytikers, wenn es stereotyp ausgeübt und dann abrupt durch Deutungen, die möglicherweise weit von dem entfernt sind, was den Patienten nach längerem Schweigen in der Zwischenzeit bewegt hat, beendet wird, in höchst ungünstiger Weise zur Polarisierung von Ohnmacht und Allmacht zwischen Patient und Analytiker beiträgt. Dazu ein Beispiel von Flader u. Grodzicki (1982, S. 164f.), das diskursanalytisch aufgearbeitet wurde.

Beispiel Start

(Notiz des behandelnden Psychoanalytikers zum Kontext der Deutung):

Länger laufende Analyse. Die Patientin schweigt viel und lange. Bisher gelang nur ein unbefriedigendes Verständnis dieses Verhaltens. Eines Tages erzählt sie von der Mutter, dass die oft so lange geschwiegen habe, das sei immer Unheil verkündend und Angst machend gewesen. Als die Patientin dann eine ganze Weile schweigt, fällt die Deutung:

A.: Sie kündigen mir Unheil an und wollen mir Angst machen, wie es die Mutter mit Ihnen machte, wenn sie schwieg.

(Die Patientin stimmt der Deutung zu, schweigt dann aber längere Zeit wieder. Später sagt sie, dass die Deutung sie sehr getroffen hat, weil sie feststellen muss, dass sie der Mutter, die von ihr zutiefst gehasst wird, in einem bestimmten Bereich ähnelt, was sie zuvor nicht gesehen hatte.)

Beispiel Stop

Wir wollen mit diesem Beispiel unsere These belegen, dass gerade die Verbindung von hartnäckigem Schweigen des Analytikers und plötzlich erfolgender Übertragungsdeutung zu einer Polarisierung von Allmacht und Ohnmacht führt; die Autoren glauben, hier ein gutes Beispiel einer Übertragungsdeutung vorzuführen, an dem die Diskursmechanismen der psychoanalytischen Deutung herausgearbeitet werden können.

In dem hier vorliegenden Beispiel einer Übertragungsdeutung hat die Patientin der Deutung zunächst zugestimmt und ist dann in ein Schweigen verfallen, das wahrscheinlich der Verarbeitung diene (Flader u. Grodzicki 1982, S. 173).

Wir teilen diese günstige Interpretation der Reaktion der Patientin nicht; abgesehen davon, dass das unvermittelte Inbeziehungsetzen des Berichts über die Mutter und der Schweigeaktivität der Patientin mit dem Abwehrmechanismus der Identifikation mit dem Aggressor verbunden ist - sie handelt wie die Mutter und behandelt den Analytiker wie das Kind, das sie selbst damals war -, impliziert die unmittelbare Bestätigung doch eine rasche Unterwerfung unter den unvermittelten Eingriff des Analytikers; das dann einsetzende längere Schweigen als Verarbeitungsschweigen zu interpretieren, entspricht kaum den Kriterien Isaacs' für positive Reaktionen auf Deutungen. Es mag in der Tat ein Verarbeitungsschweigen gewesen sein; zu verarbeiten war aber wohl eher die Betroffenheit, so unvermittelt mit der gehassten Mutter in einem Boot zu sitzen. Entsprechend findet sich in den Notizen des Analytikers, dass die Deutung die Patientin „sehr getroffen hat“, nicht **betroffen** gemacht hat. Diesen kleinen sprachlichen Unterschied nehmen wir ernst, besonders wenn eine solche Passage von einem Team aus einem Sprachwissenschaftler und einem Psychoanalytiker vorgelegt wird. Wir haben das Beispiel auch deshalb gewählt, weil es uns an eigene, ungünstige Erfahrungen mit dieser Technik erinnert hat.

Das Schweigen des Analytikers und das plötzliche Wissen der Antwort auf die Frage, die der Patient nicht gestellt hat - in dem obigen Fallbeispiel ist es die Frage: „Was tue und will ich jetzt eigentlich wirklich?“ -, können in dieser Form zur Polarisierung von Ohnmacht und Allmacht führen, und zwar sowohl bipersonal als auch intrapsychisch. Der Analytiker wird allmächtig, der Patient ohnmächtig, und intrapsychisch verstärken sich bei ihm die unbewussten Allmachtsphantasien im Ausmaß der tatsächlich in der psychoanalytischen Situation erlebten Demütigungen und Erniedrigungen. Wo immer ein Mensch in eine ohnmächtige, hilflose Situation gebracht wird - sei es durch Entzug einer vitalen Befriedigung, sei es durch eine andere Kränkung seines Selbstgefühls - setzen simultan oder mit gewissen zeitlichen Verschiebungen Reparationsversuche ein.

Allmachtsphantasien

Ohnmachtserfahrungen können durch Allmachtsphantasien ausgeglichen werden. Die pathologische omnipotente Haltung ist im Unterschied zu flüchtigen Allmachtsphantasien, die jeder Mensch kennt, in der Regel ein verzweifelter Versuch, sich gegen erdrückende Übermacht und Willkür zu wehren. Obwohl Ohnmacht und ungleiche Verteilung von Macht das Verhältnis von Kindern zu den sie umgebenden Erwachsenen, die Beziehung von Groß und Klein, kennzeichnet und kompensatorische Größenphantasien zur normalen kindlichen Entwicklung gehören, ist die Polarisierung, die durch das stereotype Schweigen und plötzlich zugreifende Deutungen ausgelöst wird oder sich bildet, dem nicht ohne weiteres vergleichbar.

Ja, man muss noch weiter gehen und die Frage aufwerfen, ob nicht gerade durch diese Analogisierung zusätzliche schwere Kränkungen verursacht werden. Führt der Analytiker nämlich die kompensatorischen Größenphantasien auf die Übertragung als **Wahrnehmungsverzerrung** zurück, so weist er die Kritik des Patienten an seinem extremen Schweigen ab. Es kommt hinzu, dass oft im nächsten Schritt die kompensatorischen Größen- oder Allmachtsphantasien als Folge des erhaltengebliebenen kindlichen Narzissmus interpretiert werden.

Wir haben also allen Grund, die psychoanalytische Situation so zu gestalten, dass sich bei der therapeutischen Regression die Polarisierung Ohnmacht/Allmacht nicht zusätzlich zugunsten reaktiver Allmachtsphantasien verschiebt.

Abweichung von alltäglichen Interaktionsregeln

Wie kann ein Patient verstehen, dass sein Verhalten, z. B. sein Schweigen, eine Frage darstellt, auf die die Deutung des Analytikers dann eine angemessene Antwort ist. Flader u. Grodzicki (1982) haben herausarbeiten können, dass der Psychoanalytiker dem im Schweigen der Patientin enthaltenen Wunsch/Motiv nur durch eine Verletzung der Alltagsdialogregeln auf die Spur kommen kann. Schröter (1979) hat in ähnlicher Weise Deutungen als Negationen alltäglicher Interaktionsformen beschrieben:

Deutungen sind Kommentare des Analytikers zu Äußerungen und Handlungen des Patienten, durch die er ihren unbewussten Sinn bzw. die sich in ihnen andeutenden unbewussten Phantasien, Wünsche und Ängste zu interpretieren versucht. Damit wird der Patient implizit - mindestens im Hinblick auf den gedeuteten Sinn seiner Äußerung - so definiert, dass er nicht in vollem Umfang weiß, was er sagt (S. 181f.).

Da Schröter selbst bemerkt, dass dies von Patienten als äußerst fremd, „unnormal“ oder auch bedrohlich erlebt werde, muss die behandlungstechnische Maxime lauten:

Wichtig Start

Die Abweichung vom Alltagsdialog sollte nach ihrer Auswirkung auf den analytischen Prozess dosiert werden.

Wichtig Stop

Wir fassen in dieser Empfehlung unsere Erfahrung zusammen, dass alle Patienten - nicht nur diejenigen mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen - besonders dann, wenn sie sich in einer hilfsbedürftigen Lage befinden, auf Verletzungen der Normalform des Alltagsdialogs mit besonderer Empfindlichkeit reagieren. Wenn Schröter (1979) feststellt, dass Deutungen sehr häufig als Vorwürfe oder als Kränkungen und Entwertungen erlebt werden (S. 181), und wir dies mutatis mutandis auf das Schweigen erweitern dürfen, dann ist eine behandlungstechnisch optimale Gesprächsführung zu finden, die ungünstige Auswirkungen so gering wie möglich hält.

8.6 Agieren

Aktuelle Sicht

Meist wurde Agieren als Widerstand beurteilt und mehr oder minder abgewertet. In der neueren Literatur werden dagegen vorwiegend positive, kreative und dialogische, also intersubjektive Seiten betont. Dies wird vielfach mit der Einführung des Begriffs „enactment“ signalisiert. Der inszenierenden, handelnden, gar motorischen Qualität einer bedeutungsvollen, nichtverbalen Kommunikation steht der ursprünglich störende, negative Aspekt des Agierens gegenüber.

Dieser negative Aspekt des vom Subjekt meist ich-synton erlebten Agierens scheint beziehungs-dynamisch und entwicklungspsychologisch in einer Art Grenz- oder Regelüberschreitung zu bestehen und wird durch professionalisierte Wertvorstellungen bestimmt. Deshalb wird das Ausmaß des negativen Moments auch von der Haltung des Psychoanalytikers bestimmt. Agieren in der psychoanalytischen Situation bietet eine Chance, frühzeitig und umschrieben Erscheinungsformen negativer Übertragung sowie bestimmte (Überragungs-) Situationen von (prä-autonomer) Verstrickung in der Objektbeziehung zu erkennen und ihre Bedeutung zu bearbeiten. Es hat sich klinisch bewährt, das Agieren als unbewusst geplante Regelüberschreitung zu verstehen, die die Reaktion auf eine für das Selbst traumatisch erlebte Verwicklung mit dem Objekt darstellt. Insofern birgt es auch das Potenzial zum Neinsagen (Trotz) in sich, zur aktiven Trennung auf dem Weg zur Autonomie (Bilger 1986).

Negative Bewertung des Agierens

Die Problematik des Handelns in der Psychoanalyse und die meist negative Bewertung des Agierens machen deutlich, dass es uns leichter fällt, mit dem Wort umzugehen als mit der Tat. Trotz mancherlei Bemühungen durch Psychoanalytiker, dem Agieren z. B. aus entwicklungspsychologischer und psychodynamischer Sicht gerecht zu werden, hat sich nichts daran geändert, dass der Begriff handlungstechnisch als Ausdruck für unerwünschte, die Analyse sogar gefährdende Verhaltensweisen beibehalten wurde. Spezielle Phänomene in der psychoanalytischen Situation haben diesen Begriff notwendig gemacht und eine negative Bewertung nahegelegt.

Interessanterweise wird i. Allg. in der klinischen Beurteilung und praktischen Handhabung diese negative Bewertung bis heute (2005) beibehalten, obwohl sich in der Theorie seit Jahrzehnten (Sandler 1976; Thomä u. Kächele 1985) eine eher positive Bewertung durchgesetzt hat. Im internationalen Gebrauch hat sich deshalb inzwischen der Begriff „enactment“ (Jacobs 1986) eingebürgert, wenngleich er bereits früh zur Übersetzung von „Agieren“ gebraucht wurde (Zepf et al. 2002). „Enactment“ wird allerdings dem störenden Aspekt des Agierens nur teilweise gerecht und beschönigt das klinische Problem in der psychoanalytischen Arbeit. Aus diesem Dilemma werden wir unsere Schlussfolgerungen für eine aktuellere Definition des Agierens ziehen.

Setzen wir uns zunächst damit auseinander, weshalb es zum Agieren kommt und warum es als störend angesehen wird. Anders gesagt: Welche Verhaltensweisen erhalten durch den Analytiker eine negative Bewertung im Sinne von „Agieren“? Diese Formulierung weist darauf hin, dass der Psychoanalytiker einschließlich seiner Vorgaben (z. B. Rahmen, Festlegungen, Grundregel) hier einen wesentlichen Einfluss hat, obwohl scheinbar nur der Analysand die vereinbarten Spielregeln in Frage stellt oder aufkündigt und von der erwünschten Gestaltung des Dialogs und der Beziehung, nämlich mit **Worten** und durch **Erinnern**, abweicht.

Entdeckung des Phänomens

Freud entdeckte das Phänomen, das er Agieren nannte, im Zusammenhang mit der Übertragung Doras, und beschrieb es im *Bruchstück einer Hysterieanalyse* (Freud 1905e). Erst nach der Schrift *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten* (Freud 1914g) nahm es einen bedeutungsvollen Platz in der psychoanalytischen Technik ein. Das Agieren wird hier aus der psychoanalytischen Situation und aus der Übertragung abgeleitet. Freud vergleicht die psychoanalytische Technik mit der Hypnose und erwähnt verschiedene Komplikationen, um dann so fortzufahren:

Halten wir uns zur Kennzeichnung des Unterschiedes an den letzteren Typus, so dürfen wir sagen, der Analytiker **erinnere** überhaupt nichts von dem Vergessenen und Verdrängten, sondern er **agiere** es. Er reproduziert es nicht als Erinnerung, sondern als Tat, er wiederholt es, ohne natürlich zu wissen, dass er es wiederholt (Freud 1914g, S. 129).

Kanzer (1966, S. 538) spricht deshalb von der „motorischen Sphäre der Übertragung“.

Der Ausdruck „Agieren“ vermischt nun zwei Bedeutungen, worauf Laplanche u. Pontalis (1972, S. 46) hinweisen: Die **Aktualisierung** in der Übertragung und die Zuflucht zur **motorischen Aktion** und zum Handeln. Diese Verbindung hat einerseits mit der Entdeckung des Begriffs beim Fall Dora, andererseits mit dem Modell der affektiv-kognitiven Abläufe in ihrer Beziehung zur Motilität zu tun. Die Konstruktion des psychischen Apparats lässt den seelischen Vorgang i. Allg. vom „Wahrnehmungsende zum Motilitätsende“ verlaufen (Freud 1900a, S. 542).

Bezogen auf die unbewussten Wunschregungen meint Freud:

Die Tatsache der Übertragung sowie die Psychosen belehren uns, dass sie (die unbewussten Wunschregungen) auf dem Weg durch das System des Vorbewussten zum Bewusstsein und zur Beherrschung der Motilität durchdringen möchten (Freud 1900a, S. 573).

Da außerdem affektive und averbale Äußerungen in der psychoanalytischen Situation dem Begriff Agieren zugeordnet werden, ist eine Verwirrung entstanden, auf die viele Autoren hingewiesen haben (Greenacre 1950; Ekstein u. Friedman 1959; Rangell 1968; Scheunert 1973). Indem Freud

die Übertragung auf die Person des Analytikers als eine Form des Agierens beschreibt, hat er die Wiederholungsphänomene in der Übertragung von denen des acting out nicht eindeutig unterschieden und nicht klar formuliert (Laplanche u. Pontalis 1972, S. 36).

Freud betont auch im Spätwerk vorwiegend den Zusammenhang zwischen Erinnern und Agieren (1940a, S. 101): Der Patient „... agiert gleichsam vor uns, anstatt uns zu berichten“. Das Dilemma liegt nun in den möglichen Lesarten dieses „anstatt“: Verstehen wir das „anstatt“ bewertend am traditionellen psychoanalytischen Über-Ich orientiert, dann ist es eine Verfehlung gegenüber den psychoanalytischen Spielregeln, wenn der Patient agiert statt zu berichten. Oder sehen wir in Freuds Bemerkung eher eine Anregung, unsere Aufmerksamkeit, unsere teilnehmende Beobachtung, auf Vorgänge und Kommunikationen jenseits des „Berichtens“ zu richten? Jenseits des sprachlichen Erzählens? Oder aber diesseits des Berichtens, nämlich in der gegenwärtigen Beziehung oder in einer aktualisierten Übertragung?

Agieren geschieht auch außerhalb der eigentlichen Übertragung:

Wir müssen also darauf gefasst sein, dass der Analytierte sich dem Zwange zur Wiederholung, der nun den Impuls zur Erinnerung ersetzt, nicht nur im persönlichen Verhältnis zum Arzt hingibt, sondern auch in allen anderen gleichzeitigen Tätigkeiten und Beziehungen seines Lebens, zum Beispiel, wenn er während der Kur ein Liebesobjekt wählt, eine Aufgabe auf sich nimmt, eine Unternehmung eingeht (Freud 1914g, S. 130).

Agieren steht jedoch nicht nur im Verhältnis zu Erinnern und Wiederholen, sondern es hat Bedeutungen und Funktionen, die eine rein behandlungstechnische Einordnung und Unterscheidung ungenügend erscheinen lassen. Laplanche u. Pontalis (1972, S. 36) und viele andere seither regten daher ein erneutes Nachdenken über die psychoanalytischen Handlungs- und Kommunikationstheorien an, das im Zusammenhang des Agierens u. E. folgende Themen einschließen müsste: affektive und impulsive Abreaktion und Kontrolle; blindes Sichausleben und zielstrebiges Handeln; motorische Abfuhr und hochorganisierte Handlungen wie Spiel und szenische Darstellung, Beziehungsgestaltung, kreative Leistungen, andere Spannungs- und Konfliktlösungen durch differenzierte und komplexe Bewegungs- und Handlungsabläufe; Agieren als Ergebnis und Lösung von Abwehr- und Anpassungsmöglichkeiten.

Es gibt eine große Zahl unbewusster Bedingungen, durch die eine Tendenz zum Agieren verstärkt werden kann:

(Frühe) Traumata **können** mit einer defizienten Fähigkeit zur Symbolbildung einhergehen, da Gedächtnis und Erinnerung mit dem Erwerb von Wortsymbolen zusammenhängen, die ihrerseits erst zu einer brauchbaren Struktur des Erinnerungsapparats führen (Blos 1963).

Diese klinische Hypothese wird durch neuere psychoanalytische und neurophysiologische Forschungen bestätigt (Fonagy et al. 2002). Störungen des Realitätssinns, visuelle Sensibilisierung, Fixierungen auf der Ebene der „Magie des Handelns“ sind verschiedenartige Bedingungen, die eine Betonung der Handlungssprache gegenüber der Wortsprache bewirken können. Gleichzeitig sind Phantasie und Aktion präverbale Problemlösungs- und Kommunikationsmöglichkeiten.

Durch Handlungen kann ein stärkeres und unmittelbares Gefühl einer Selbstveränderung bewirkt werden als durch Worte, auch ist die Möglichkeit einer Beeinflussung der äußeren Wirklichkeit und der Objektwelt größer. Agieren kann die Funktion haben, Spannungen zu bewältigen und das Gefühl für die Wirklichkeit herzustellen oder zu restituieren. Schließlich stellt Agieren eine Möglichkeit dar, die Außenwelt im Sinne rücksichtslosen Lustgewinns zu benutzen (Blos 1963).

Agieren kann der Abwehr von passiven Wünschen und damit verbundenen Ängsten dienen, aber auch einem Ungeschehenmachen von Ohnmachtserleben und traumatischer Hilflosigkeit. Für die Ablösungssituation in der Adoleszenz wird das Agieren als häufige und angemessene Lösung beschrieben: Die durch Abzug der Libido von den wichtigen (Eltern-)Objekten entstandene Ich-Verarmung wird durch Überbesetzung der Außenwelt bzw. der Interaktionsmöglichkeiten mit ihr kompensiert (womit natürlich gleichzeitig wichtige neue Erfahrungen gesammelt werden). Diese Erfahrung wirft u. E. gleichzeitig Licht auf die Rolle des Agierens bei Trennungen, aber auch bei Entwicklungsschritten und dem damit verbundenen Abschied von der Vergangenheit.

Die Liste von Bedeutungen und Funktionen des Agierens könnte fortgesetzt werden. Sie zeigt die Vieldeutigkeit des Begriffs und die Schwierigkeit einer behandlungstechnischen Definition. Boesky (1982, S. 52) hat deshalb vorgeschlagen, von Agieren nur im Zusammenhang mit Wiederholen und Durcharbeiten zu sprechen. Wir haben einige Bedeutungen angeführt, weil ein differenzierteres Verständnis des Agierens es ermöglicht, dieses innerhalb und außerhalb der Behandlungssituation zu akzeptieren, es zu integrieren und es so der analytischen Bearbeitung zugänglich zu machen. Gleichzeitig wird dadurch die negative Bedeutung auf Verhaltensweisen begrenzt, die entweder vorwiegend destruktive Folgen haben und der Verleugnung und Verwirrung dienen oder die die therapeutische Zusammenarbeit ernsthaft bedrohen. Allein die Tatsache, dass es sich um einen Vorgang handelt, der die Kapazität und Toleranz des Analytikers belastet, sollte nicht zu einer negativen Bewertung führen. Dabei ist es zweitrangig, ob es sich im Einzelfall um habituelle oder um akzidentelle Verhaltensweisen und Reaktionen handelt.

Wichtig Start

Behandlungstechnisch ausgedrückt sollten nicht Wertungen und Regeln, sondern in erster Linie Deutungen das Agieren in der Übertragung und im Dienste des Widerstands so in Schranken halten, dass ein fruchtbarer Behandlungsprozess möglich bleibt.

Wichtig Stop

Agieren im Widerspruch zu Freuds Analysekonzept

Freud hat aus praktischen, präskriptiven Gründen daran festgehalten, dass in „der analytischen Behandlung nichts anderes als ein Austausch von Worten zwischen dem Analysierten und dem Arzt“ vorgeht (Freud 1916, 1917, S. 9), nicht zuletzt aus historischen Gründen im Hinblick auf Risiken der „wilden“ Analyse in den ersten Jahrzehnten der

Psychoanalyse. Das Wort ist das Merkmal der psychoanalytischen Behandlung. Durch das Liegen auf der Couch wollte Freud den expressiv-motorischen Bereich des Erlebens und Verhaltens aus ganz bestimmten theoretischen Erwägungen heraus blockiert wissen: Durch Einschränkung der Motilität wollte er die Abfuhr nach außen unterbrechen und den Druck nach innen verstärken, um dadurch das Erinnern erleichtern zu können. Durch Abstinenz und Frustration sollte der innere Druck ansteigen, um rückwirkend Erinnerungen wiederzubeleben.

Da durch **Regression gleichzeitig Phantasietätigkeit** gefördert wird, entsteht eine gewisse Neigung zum Agieren, zur agierenden Wiederholung, die der Aufforderung zum Verbalisieren und zum gedanklichen Probehandeln entgegenläuft. Infantile Gefühle, Konflikte und Phantasien werden in der Übertragung wiederholt, das Ich des Analysanden soll jedoch unter den reifen Bedingungen des Verbalisierens und der Introspektion funktionieren - Bedingungen, von denen die Analyse bestimmt wird und lebt. Auch die Erhöhung der Spannung (Druckerhöhung durch Verringern des Handlungsspielraums, durch Abstinenz und durch Frustration) bahnt zusätzliche regressive Ausdrucksmöglichkeiten (Abfuhr, Anpassung, Abwehr). Da die Gebärdensprache im Liegen behindert ist und auch der Blickkontakt fehlt, bleibt Sprechen das wesentliche Kommunikationsmittel. Dieses ist aber kein wirkungsvoller Ersatz für verdrängte oder unterdrückte Aktionstendenzen. Blum (1976) erwähnt besonders präverbale Erlebnisse, für die Worte ebenso unzureichend sind wie für manche Affekte, Empfindungen und Stimmungen.

Wichtig Start

Es kann keine Analyse ohne ein gewisses Agieren geben. Es ist unmöglich, dass alle Aspekte des Erlebens (und der Neurose) in Worten zum Ausdruck gebracht werden. Mit Boesky (1982) nennen wir das Agieren das Potenzial zur Aktualisierung, das der Übertragungsneurose innewohnt.

Wichtig Stop

Der Fall Dora

Die trotz alledem vorhandene Skepsis gegenüber dem Agieren dürfte auch mit der Entdeckung und Beschreibung des Agierens im Fall Dora zusammenhängen, nämlich mit dem Abbruch der Behandlung durch die Patientin. Freuds Beschreibung wollen wir uns nun zuwenden, um daran heutige Sichtweisen zu erläutern. Doras Analyse dauerte im Jahr 1900 nur elf Wochen.

Zu Anfang war es klar, dass ich ihr in der Phantasie den Vater ersetzte, wie auch bei dem Unterschiede unserer Lebensalter nahelag. Sie verglich mich auch immer bewusst mit ihm, suchte sich ängstlich zu vergewissern, ob ich auch ganz aufrichtig gegen sie sei, denn der Vater „bevorzuge immer die Heimlichkeit und einen krummen Umweg“. Als dann der erste Traum kam, in dem sie sich warnte, die Kur zu verlassen wie seinerzeit das Haus des Herrn K., hätte ich selbst gewarnt werden müssen und ihr vorhalten sollen: „Jetzt haben Sie eine Übertragung von Herrn K. auf mich gemacht. Haben Sie etwas bemerkt, was Sie auf böse Absichten schließen lässt, die denen des Herrn K. (direkt oder in irgend einer Sublimierung) ähnlich sind, oder ist Ihnen etwas an mir aufgefallen oder von mir bekannt geworden, was Ihre Zuneigung erzwingt, wie ehemals bei Herrn K.?“ Dann hätte sich ihre Aufmerksamkeit auf irgend ein Detail aus unserem Verkehre, an meiner Person oder an meinen Verhältnissen gerichtet, hinter dem etwas Analoges, aber ungleich Wichtigeres, das Herrn K. betraf, sich verborgen hielt, und durch die Lösung dieser Übertragung hätte die Analyse den Zugang zu neuem, wahrscheinlich tatsächlichem Material der Erinnerung gewonnen. Ich überhörte aber diese erste Warnung, meinte, es sei reichlich Zeit, da sich andere Stufen der Übertragung nicht einstellten und das Material für die Analyse noch nicht versiegt. So wurde ich denn von der Übertragung überrascht und wegen des X, in dem ich sie an Herrn K. erinnerte, rächte sie sich an mir, wie sie sich an Herrn K. rächen wollte, und verließ mich, wie sie sich von ihm getäuscht und verlassen glaubte. Sie **agierte** so ein wesentliches Stück ihrer Erinnerungen und Phantasien, anstatt es in der Kur zu reproduzieren. Welches dieses X war, kann

ich natürlich nicht wissen: ich vermute, es bezog sich auf Geld, oder es war Eifersucht gegen eine andere Patientin, die nach ihrer Heilung im Verkehre mit meiner Familie geblieben war. Wo sich die Übertragungen frühzeitig in die Analyse einbeziehen lassen, da wird deren Verlauf undurchsichtig und verlangsamt, aber ihr Bestand ist gegen plötzliche unwiderstehliche Widerstände besser gesichert (Freud 1905e, S. 282f.; Hervorhebung im Original).

Hintergrund des Falls

Betrachten wir aufgrund unseres heutigen Wissens Freuds Beschreibung des Agierens von Dora, so muss man wohl von einem folgenreichen Überschätzen unbewusster Erinnerungsspuren gegenüber der Bedeutung der situativen Auslöser der Übertragung und ihrer in diesem Falle negativen Folgen sprechen, die Freud zum Zuwarten veranlassten. Er unterstellt ja fragend in seinem nachträglichen Deutungsvorschlag nach Abbruch der Analyse in seiner Beschreibung: ob sie an **ihm** etwas bemerkt habe, was sie misstrauisch mache, wie bei Herrn K.; oder ob ihr etwas an **ihm** aufgefallen sei, was ihre Zuneigung erzwingt, wie ehemals bei Herrn K.

Die katamnestische Aufarbeitung dieser Krankengeschichte durch Deutsch (1957), Erikson (1966), Kanzer (1966) und neuerdings u. a. Mahony (2005) macht es wahrscheinlich, dass Doras Agieren situativ motiviert war, was Freud nachträglich betonte, wenngleich er diese Schlussfolgerung daraus 1905 noch nicht gezogen hatte.

Freud war auf der Suche nach den sexuellen Phantasien dieses hysterischen Mädchens, das nach zwei Verführungsversuchen durch Herrn K. krank geworden war. Er versuchte, die unbewusste „Wahrheit“ ihrer (letztlich inzestuösen) Phantasien zu ergründen. Vor dem Hintergrund des vehement abgewiesenen Verführungsversuchs schienen Doras Erinnerungen solche Annahmen über ihre Erregung und ihre vielfältigen Empfindungen nahezulegen.

Dora aber ging es um eine andere Wahrheit: Sie wollte ihren Vater und ihre Umgebung der Unaufrichtigkeit überführen. Dieser hatte ein verheimlichtes, Dora aber bekanntes Verhältnis mit Herrn K.'s Frau, und er hatte in Freuds Praxis bei der Anmeldung seiner Tochter betont, Dora bilde sich ihre Szene mit Herrn K. nur ein. Lidz u. Fleck (1985, S. 444ff.) haben Doras Krankheitsgeschichte unter familiendynamischen Gesichtspunkten reinterpretiert. Den rein menschlichen, sozialen und familiären Verhältnissen wurde, so zeigen Lidz u. Fleck im Detail, entgegen Freuds eigener Zielsetzung (1905e, S. 176) nicht die gebührende Aufmerksamkeit zugewendet. Lidz u. Fleck werfen eine Reihe von Fragen auf, die allesamt darauf hinauslaufen, dass Freud den verwickelten Familienverhältnissen und deren Auswirkungen auf Doras Erleben und Krankheitsgeschichte nicht ausreichend Rechnung getragen hat. In der Krankengeschichte wurde beispielsweise nicht berücksichtigt, dass Doras Vater wiederholt die Grenzen zwischen den Generationen verletzte, indem er seine Tochter zuerst als Ersatz für seine Frau benutzte und dann als ein Mittel, um auf Herrn K., den Ehemann seiner Geliebten, abzulenken. Beide Autoren stellen noch weitere Fragen im Zusammenhang mit dem Begriff der Abgrenzung zwischen den Generationen („generation boundary“), und sie kommen zu dem Ergebnis, dass Doras Eltern im Zusammenspiel mit dem Ehepaar K. fortgesetzt zu Grenzverletzungen beigetragen haben.

Bewertung von Doras Agieren

Erikson (1966) hat das Problem, das sich daraus ergab, dass Dora einer anderen Wahrheit auf der Spur war als Freud, folgendermaßen zusammengefasst:

Wenn Freud in der Unfähigkeit der Patientin, seiner Art von Wahrheit nachzukommen, in erster Linie die Wirkung unterdrückter triebhafter Strebungen sah, so merkte er doch sicher, dass auch Dora auf der Suche nach einer Art Wahrheit war. Er registrierte die Tatsache und sprach sie der Patientin gegenüber aus, dass „nichts Sie so sehr in Wut bringen kann, als wenn man glaubt, Sie hätten sich die Szene am See eingebildet“; und „dass sie sich ängstlich zu vergewissern (suchte), ob ich auch ganz aufrichtig gegen sie sei“. Und tatsächlich hatte das Mädchen guten Grund zu dem Verdacht,

dass die ganze ältere Generation gegen sie konspirierte. Hatte nicht ihr Vater Freud aufgefordert, sie zur Vernunft zu bringen? Freud sollte seiner Tochter die Angelegenheit der versuchten Verführung durch Herrn K. „ausreden“. Der Vater hatte alle Ursache zu diesem Wunsch - und hier kommen wir zu dem Verdacht eines erotischen Tauschhandels, den sie später gegen ihre Familie erhob -, denn Herrn K.'s Frau war seine gute Geliebte, und er schien bereit zu sein, Herrn K.'s Annäherungen an seine Tochter zu übersehen, wenn er in seinen Angelegenheiten ungestört blieb. Dora, ohne Zweifel, war verliebt in Herrn K., den Freud als ganz präsentablen Mann empfand. Aber man möchte wissen, wie viele von uns heute ohne Widerspruch der Behauptung folgen könnten, ein gesundes junges Mädchen brauche unter solchen Umständen Herrn K.'s Annäherungen „weder als taktlos noch beleidigend“ zu empfinden. Die Art und die Schwere von Doras pathologischer Reaktion stempeln sie natürlich zur klassischen Hysterischen ihrer Tage; aber die Motivation für ihr Krankwerden und ihre fehlende Motivation, gesund zu werden, scheinen heute Überlegungen hinsichtlich der jugendlichen Entwicklung herauszufordern, die über die sexuellen Konflikte hinausgehen (obwohl sie sie einschließen), die damals im Brennpunkt von Freuds Untersuchungen standen.

Freuds Bericht zeigt also, dass Dora nicht nur die Erkenntnis, sondern auch die offizielle Anerkennung der historischen Wahrheit suchte, während ihr Arzt auf der psychischen Realität **hinter** der historischen Wahrheit bestand: denn seiner Ansicht nach konnte nur ihr eigener Konflikt zwischen Liebe und Abgestoßensein das Wesen ihrer Symptome erklären (S. 154f.).

Dora kam es hier offenbar auf die eigene Einschätzung und deren Verwirklichung an. Blos (1963) beschrieb aufgrund seiner Erfahrungen mit Adoleszenten, dass in Fällen, wo die Wirklichkeit durch die Umgebung in einer für das Kind traumatischen Weise verschleiert worden sei, das Agieren eine wichtige Funktion habe. Es diene dann der Wiederherstellung des Realitätssinnes. Nun ist bei einem Behandlungsabbruch die Funktion des Agierens nachträglich nicht mehr zu bearbeiten. Der im Nachwort beschriebene Verlauf zeigt jedoch, dass ein Eingehen auf Doras Anliegen das Risiko des Agierens oder gar des Abbruchs verringert hätte. Ein Fehler in der Einstellung, in der Fokussierung, hatte das Agieren bedingt. In der speziellen Behandlungssituation, auf die Freud selbstkritisch zurückblickt, war es eine versäumte Deutungsaktivität.

Schlussfolgerungen

Welchen Schluss zog **Freud** aus dem therapeutischen Augenblick, der dem Agieren Doras, dem nicht angekündigten Wegbleiben, vorausgegangen war? Dora hatte ihm zugehört, ohne wie sonst zu widersprechen, als Freud ihr den Verführungsversuch durch Herrn K. und ihre Wut darüber, dass man diese Szene ihrer Einbildung zuschriebe, tiefer zu deuten versucht:

Ich weiß nun, woran Sie nicht erinnert werden wollten, dass Sie sich einbilden, die Werbung sei ernsthaft, und Herr K. werde nicht ablassen, bis Sie ihn heiraten (1905e, S. 272).

Dora „schien ergriffen, nahm auf die liebenswürdigste Weise mit warmen Wünschen zum Jahreswechsel Abschied und - kam nicht wieder“. Freud führte also Doras Ärger darauf zurück, dass sie sich bei einem geheimen Wunsche ertappt fühlte, wann immer von Einbildung die Rede war.

Nun war Dora 1900 ein etwa 18-jähriges Mädchen, das sich in einer Entwicklungsphase der Phase adoleszenten Ablösung befand, von der wir heute sagen würden, dass das Agieren (einschließlich von Behandlungsunterbrechungen) nichts Ungewöhnliches ist, ja ähnlich dem Probehandeln eine wichtige Entwicklungsfunktion hat. Allerdings ist der Abbruch der Behandlung anders zu beurteilen als Formen des Agierens, die die therapeutische Zusammenarbeit nicht bedrohen oder der Verleugnung dienen.

Dabei bleibt offen, ob selbst ein Behandlungsabbruch ein Agieren ist, welches unter bestimmten Bedingungen für einen **Patienten** die angemessene Möglichkeit zur Aktion (und nicht nur zur Aktualisierung eines unbewussten Konflikts) darstellt. Eine einmalige spätere

Konsultation wegen „Gesichtsneuralgie“ ein Jahr später änderte zwar am Entschluss, die Behandlung zu beenden, nichts. Dennoch machte die Patientin u. E. aus dem Abbruch eine Beendigung („... erschien sie bei mir, um ihre Geschichte zu beenden ...“; Freud 1905e, S. 284) und teilte Freud so viel mit, dass seine damaligen und unsere heutigen Schlüsse möglich sind. Für die 18-jährige Dora scheint es eine wichtige Entscheidung gewesen zu sein, die Behandlung zugunsten der Klärung ihres bewussten Anliegens nicht weiterzuführen. Die psychoanalytische Nachbearbeitung des Dora-Falls ist nach wie vor nicht abgeschlossen (s. auch ► Band 3, *Forschung*, Kap. 2; Levine 2005).

Agieren und Handeln

Es sind vor allem auch die **Folgen**, die eine Handlung zum **unerwünschten** Agieren machen, seien sie (unbewusst) beabsichtigt oder nicht. Die Folgen sind es auch, die früher zu der häufig ausgesprochenen Empfehlung geführt haben, während der Analyse sollte der Analysand keine lebenswichtigen Entscheidungen treffen (Freud 1914g). Bei kurzen, nur Monate dauernden Analysen mag die Empfehlung, wichtige Entscheidungen aufzuschieben oder in der Schwebe zu halten, sinnvoll gewesen sein, wenn sie nicht mehr besagt als die Aufforderung zum Nachdenken.

Heute ist ein solcher Eingriff bedenklich. In jedem Fall ist es unumgänglich, die Auswirkungen solcher direkter oder indirekter Anregungen auf den Patienten im Auge zu behalten. Regeln, die aufgestellt wurden, um dem Agieren entgegenzuwirken, können einen gegensätzlichen Effekt haben und innerhalb oder außerhalb der analytischen Situation zu schwer zu überblickbaren unbewusst gesteuerten Ersatzhandlungen führen. Dadurch entfernt sich das analytische Geschehen zwangsläufig weiter vom angenommenen übertragenen Konflikt, und die eigenständigen, aus der Gegenwart der psychoanalytischen Beziehung sich ergebenden Auslöser (Enttäuschung Doras an Freud) gewinnen noch mehr Bedeutung.

Zusammenhang von Agieren und Wiederholung

Aufgrund seiner theoretischen Konzeption musste Freud zu der Annahme kommen, dass das Agieren in so enger Beziehung zur Wiederholung stehe, dass er seine selbstkritische Beobachtung zur aktuellen Genese der Enttäuschung und des Agierens in der Beziehung zwischen ihm und Dora vernachlässigte.

Heute sind wir hellhöriger, denn wir wissen, dass die theoretische Konzeption (Emotionalität und Motorik gehen dem Erinnern voraus) dem behandlungstechnischen Modell (Erinnern hat den Vorrang) entgegenläuft. Hinzu kommt, dass die Zunahme der Analysedauer jene Regressionen fördern kann, die mit dem Vorherrschen prä- und nonverbaler Kommunikations- und Aktionsmodi einhergeht. Diese Spannung findet in der Geschichte der psychoanalytischen Technik ihren Niederschlag in der Diskussion der therapeutischen Funktion von Erleben und Erinnern beginnend mit Ferenczis u. Ranks Buch (1924) über Balints Neubeginn (1934) bis heute (s. Thomä 1983a, 1984, 2002).

Durch die Betonung der Wiederholung in der Übertragung und ihrer Aufhebung durch Deuten wurde die innovative, kreative Seite des Agierens (insbesondere in der psychoanalytischen Situation) vernachlässigt. Diese wichtige Komponente stellte Balint im Neubeginn dar. Dadurch wurde, historisch gesehen, das Agieren und Mitagieren (s. auch Klüwer 1995) im Einzelfall (und unter anderem Namen) sanktioniert.

Die Vernachlässigung der innovativen Seite kann dazu führen, dass Patienten unwillkürlich zum „blinden“ Agieren außerhalb der Analyse gedrängt werden. Zweifellos ist es

uns sehr unerwünscht, wenn der Patient außerhalb der Übertragung **agiert**, anstatt zu erinnern; das für unsere Zwecke ideale Verhalten wäre, wenn er sich außerhalb der Behandlung möglichst normal benähme und seine abnormen Reaktionen nur in der Übertragung äußert (Freud 1940a, S. 103).

Wenn aber das Agieren in der psychoanalytischen Situation und gerade in der Übertragung dem Erinnern vorausgeht und genetisch gesehen älteren Schichten angehört, kann das Erinnern erst im zweiten Schritt erfolgen. Macht man diesen Schritt in der Analyse zuerst, so fehlt der affektive Tiefgang. Es resultieren dann überwiegend rationale Rekonstruktionen innerhalb und das Agieren von Emotionen außerhalb der Analyse.

Agieren als zulässiges psychoanalytisches Kommunikationsmittel

Zeligs (1957) versteht unter Agieren in der psychoanalytischen Situation alle nonverbalen Kommunikationen. Hält es sich in Grenzen, was durch Verstehen und Deuten, durch eine geeignete Technik und Haltung gefördert werden kann, so kann es sehr viel leichter als das Agieren außerhalb der Analyse in die interpretierende Analyse einbezogen werden und zu Einsicht und Veränderung überleiten. In diesem Sinn rückt das Agieren in die Nähe der Veränderung, die Balint als Neubeginn beschrieben hat. Hing die negative Bewertung des Agierens mit der theoretischen Herleitung vom Wiederholen, das durch Erinnern bzw. Einsicht überwunden werden sollte, zusammen, so wird nun für die Praxis klar, dass Agieren in der psychoanalytischen Situation unumgänglich, ja förderlich ist. Der gelegentlich hierfür gebrauchte Ausdruck „acting in“ als Gegensatz zu „acting out“ ist irreführend und sollte vermieden werden, da Agieren innerhalb und außerhalb der psychoanalytischen Beziehung mit „acting out“ übersetzt ist. Acting „out“ bezieht sich nicht auf „außerhalb der psychoanalytischen Situation“, sondern auf handelnde Transformationen von intrapsychischen in interaktionelle (Außen-) Szenerien.

In der Behandlung vollzieht sich weit mehr als „ein Austausch von Worten“: Trotz des durch die Regeln eingeschränkten Handlungsspielraums wird fortlaufend averbal kommuniziert. Nicht nur bei regredierte Patienten bleibt also dem Analytiker gar nichts anderes übrig, als „das Agieren ... als Kommunikationsmittel zuzulassen“ (Balint 1968; dt. 1970, S. 217).

Die einzigartigen Vorzüge der interpretierenden psychoanalytischen Methode werden nicht gefährdet, wenn die Bedingungen des Dialogs „agierfreundlich“ gestaltet werden. Dass Eissler **bereits** 1950 Modifikationen als unerlässlich bezeichnete, wenn sie dem Ziel der Strukturveränderung dienen, zeigt, wie groß der Spielraum sein sollte.

Malignes und benignes Agieren

Jede rigide, jede flexible Gestaltung der Atmosphäre und des verbalen Dialogs ist auf ihre Auswirkung hin zu untersuchen. Die Deprivation erreicht bei der von uns pointiert sog. neoklassischen Spiegeltechnik eine besondere Intensität. Nach der Theorie müssten hierbei besonders fruchtbare Erinnerungen zutage gefördert werden. Das Gegenteil ist häufig der Fall: Es kommt oft zu antitherapeutischem Agieren in beunruhigendem Ausmaß. Die Einschränkungen der psychomotorischen und sinnlichen Kommunikation auf den verbalen Austausch mit einem unsichtbaren, seine Anonymität bewahrenden Gesprächsteilnehmer läuft der menschlichen Natur zuwider. Selbstdarstellungen sind auf positive und negative, auf gefühlsmäßig modulierte Rückmeldungen angewiesen („Resonanz“) und sie spielen sich gewöhnlich über alle Sinne einschließlich der unterschweligen Wahrnehmungen ab. Die Erfahrung zeigt auch, dass unter zu sehr frustrierenden Bedingungen, einer zu kargen Gestaltung der Beziehung oder einer zu wenig resonanten, unempathischen Haltung im Dialog negative Affekte, Trotz, ja Hass überhand nehmen können und insbesondere im Verein mit entsprechenden Übertragungen zu Manifestationen malignen Agierens und Behandlungsabbrüchen führen können oder noch schlimmere Folgen haben (Fäh 2002).

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Überbewertung des Erinnerns und die damit zusammenhängende Vernachlässigung der mit dem Körper-Ich verbundenen Sensationen, die auch auf der Couch als Rudimente, z. B. von Bewegungslust, auftreten können, **malignes** Agieren fördern. Hierbei wird mit aller Macht im Agieren innerhalb oder außerhalb der analytischen Situation nach Anerkennung der unerkannt und unbenannt gebliebenen körpernahen Selbstgefühle gesucht. Diese sind übrigens in Form des „Mitsprechens“ der

körperlichen Symptome (Freud 1895d) eng mit dem Erinnern verbunden. Die Aufteilung in „Erinnern“ und „Agieren“ hat diese ursprüngliche Verbindung theoretisch unterbrochen. Da Agieren die körpernahen Erfahrungen umfasst, liegt es nahe, diesen Terminus zur Beschreibung aversiven oder unreflektierten Verhaltens heranzuziehen.

Es ist notwendig, dass Analytiker eine realistische Einschätzung ihrer Kompetenz finden und sich ihr Sicherheitsgefühl in der Behandlungssituation erhalten. Dazu gehört, dass sich der Analytiker durch eine gewisse Beschränkung der Variablen und Reduktion der Ausdrucksmöglichkeiten in der analytischen Begegnung die nötige Übersicht über das erhält oder schafft, was in der Analyse geschieht. Dies ist eine Voraussetzung für die Behandlung, auf die ein Patient Anspruch hat.

Wahrscheinlich ist das Zulassen und Handhaben von Agieren in der analytischen Situation und das Ermöglichen neuer Lösungen in besonderem Maße von der Kapazität und Flexibilität abhängig, mit der der Analytiker nicht nur die psychogenetische Vergangenheit, sondern v. a. die Gegenwart der analytischen Beziehung aufnimmt und überblickt: die Fähigkeit, offen zu sein für die Phänomene in der aktuellen Begegnung, für Verhaltensweisen, Vorstellungen und Empfindungen, die im Hier und Jetzt meist schwerer zu thematisieren sind als Wiederholungen von Vergangenen.

Wichtig Start

Um das Agieren innerhalb und außerhalb der psychoanalytischen Situation („acting out“, „enactment“) in seiner Natur und in unbewussten interaktionellen Bedeutung zu verstehen und zu bearbeiten, müssen folgende Punkte beachtet werden:

1. Die sorgfältige Analyse der Gegenübertragung ist nützlich und notwendig: Über sie wird das Erkennen der unbewussten Verstrickung des regredierten bzw. präautonomen Subjekts und die Bearbeitung seiner aktuellen oder habituellen Übertragung erleichtert.
2. Die intersubjektiven Komponenten (Mit- und Gegenagieren und die möglichen eigenen Fehler, die der Psychoanalytiker zum Agieren beiträgt, (s. auch Renik 1993b) können nur auf diesem Wege erkannt werden.

Über die **Leitlinie** dynamisch-aktueller, erlebnisnaher Affekte und Vorstellungen kann es gelingen, Vergangenes besser zu erkennen, um wiederum die Gegenwart gegenwärtiger und freier werden zu lassen.

Wichtig Stop

8.7 Durcharbeiten

Begriffserläuterung

Schon in den *Studien zur Hysterie* nimmt das Durcharbeiten einen hervorragenden Platz in Freuds Praxis ein. Die therapeutische **Durcharbeitung** wird mit der mehrfachen Determinierung von Symptomen und mit der „Enge des Bewusstseins“ begründet:

Es kann immer nur eine einzelne Erinnerung ins Ich-Bewusstsein eintreten; der Kranke, der mit der Durcharbeitung dieser einen beschäftigt ist, sieht nichts von dem, was nachdrängt, und vergisst das, was bereits durchgedrungen ist (Freud 1895d, S. 295).

Das therapeutische Vorgehen wurde bereits damals kausal aufgefasst: Wenn die pathogenen Erinnerungen und die ihnen zugehörigen Affekte bewusst geworden und auf- oder durchgearbeitet sind, dann müssen die von ihnen abhängigen Symptome endgültig erledigt sein. Die Intensitätsschwankungen von Symptomen während der Therapie wie auch ihre schließliche Auflösung wurden mit dem **Aufarbeiten** pathogener Erinnerungen, gegen die sich ein Assoziationswiderstand richtet, erklärt. Mit dem Auftauchen einer einzigen Erinnerung

und der einmaligen Abreaktion eines „eingeklemmten Affekts“ oder, wie wir heute sagen würden, mit der Einsicht in einen unbewussten Zusammenhang, ist es nicht getan:

Kraft der reichlich vorhandenen kausalen Verbindungen wirkt **jede noch unerledigte pathogene Vorstellung** als Motiv für **sämtliche Schöpfungen der Neurose**, und erst mit dem letzten Wort der Analyse schwindet das ganze Krankheitsbild ... (Freud 1895d, S. 304; Hervorhebungen durch die Verfasser).

Die pathogenen Vorstellungen verursachen immer wieder neue Assoziationswiderstände, deren Aufarbeitung beim Vordringen von Schicht zu Schicht auf den pathogenen Kern hin den Symptomen den Boden entzieht und schließlich zur Abreaktion führt - so beschrieb Freud zunächst den therapeutischen Vorgang. Das Durcharbeiten wurde dann im Titel der Schrift *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten* hervorgehoben. Nur eine Seite widmet Freud (1914g) diesem behandlingstechnischen Problem, das bis zum heutigen Tag noch nicht verbindlich gelöst werden konnte (Sedler 1983).

Die gegenwärtigen Kontroversen und unsere Lösungsvorschläge kreisen um Fragen, zu denen der Leser leichter einen Zugang findet, wenn wir die wichtigsten Stellen aus Freuds wegweisender Arbeit wiedergeben. Es hatte sich als Irrtum erwiesen, dass das Benennen eines Widerstands genüge, diesen zum Verschwinden zu bringen:

Man muss dem Kranken Zeit lassen, sich in den ihm unbekannten Widerstand zu vertiefen, ihn **durchzuarbeiten**, ihn zu überwinden, indem er ihm zum Trotz die Arbeit nach der analytischen Grundregel fortsetzt. Erst auf der Höhe desselben findet man dann in gemeinsamer Arbeit mit dem Analysierten die verdrängten Triebregungen auf, welche den Widerstand speisen, und von deren Existenz und Mächtigkeit sich der Patient durch solches Erleben überzeugt (Freud 1914g, S. 135f.; Hervorhebung im Original).

Die gemeinsame Arbeit führt also zum Höhepunkt des Widerstands, und dort wird das Durcharbeiten zu jenem Stück der Arbeit,

welches die größte verändernde Wirkung auf den Patienten hat und das die analytische Behandlung von jeder Suggestionsbeeinflussung unterscheidet (Freud 1914g, S. 136).

Nach der Entdeckung, dass die Benennung von Widerständen nicht genüge, sondern erst ein mühevolleres Durcharbeiten zu bleibenden Veränderungen führe, blieb noch vieles ungeklärt, das von Freud selbst und zahlreichen ihm nachfolgenden Analytikern erörtert wurde. Wir haben eine klare kausale Behauptung vor uns: Wenn die Widerstände wirklich durchgearbeitet sind, dann müssen die Symptome wie reife Früchte vom Baum der gewonnenen Erkenntnis fallen. An dieser Stelle der Verzweigungen sollten keine neuen Symptome nachwachsen. Man möchte genauer wissen, worin die behauptete verändernde Wirkung des Durcharbeitens besteht.

Bestätigt sich die kausal begründete therapeutische Prognose nicht, dann sind folgende theoretischen Fragen zu klären und in erneuten Bemühungen therapeutisch zu erproben:

- Wie steht es mit der „gemeinsamen Arbeit“?
- Hat der Analytiker zuviel oder zuwenig zur Überwindung der Widerstände beigetragen?
- Ist das Durcharbeiten ausschließlich Sache des Patienten?
- In welchem Verhältnis steht das Durcharbeiten zum Erleben, zur Abreaktion und - nicht zuletzt - zur Einsicht?
- Wo findet das Durcharbeiten statt? Nur in der therapeutischen Situation oder auch außerhalb?
- Drinnen und Draußen - weist diese Gegenüberstellung darauf hin, dass es offenbar beim Durcharbeiten um Transformation von Einsicht, Umsetzung von Selbsterkenntnis in praktisches Handeln und Änderung von Verhaltensweisen geht?

Unsere unvollständige Liste von Fragen macht offenkundig, dass wir uns mitten in der psychoanalytischen Praxis und ihrer Theorie der therapeutischen Wirkung befinden, was zugleich auch heißt: sich um Aufklärung von Misserfolgen bemühen, um die Praxis zu verbessern.

Gescheitertes Durcharbeiten

Dass Fortschritte in Theorie und Praxis nicht immer Hand in Hand gehen, kann an der Geschichte des Durcharbeitens gezeigt werden. Dies hängt mit Freuds Erklärungsversuchen des **Scheiterns** des Durcharbeitens, also der therapeutischen **Misserfolge**, zusammen. Wir muten dem Leser diesen Umweg deshalb zu, weil danach die heutigen Lösungsvorschläge an Plausibilität gewinnen.

Bezog sich therapeutisch wirksames Durcharbeiten zuerst (Freud 1914g) auf das Wiederholen lebensgeschichtlich entstandener Fixierungen und auf ihre „Neuaufgabe“ in der Übertragung, so erklärte Freud das Scheitern zehn Jahre später als „Widerstand des Unbewussten“ (1926d, S. 192). Wir haben uns unter ► Abschn. 4.4 mit dieser Widerstandsform und Freuds spekulativer Erklärung des Wiederholungszwangs bereits befasst. Der Lektüre jenes Abschnitts kann der Leser entnehmen, warum Freuds naturphilosophische Spekulationen über den Wiederholungszwang gerade das tiefenpsychologische Verständnis des Durcharbeitens belasteten, worauf Cremerius (1978) überzeugend hingewiesen hat.

Die konservative Natur der Triebe, die „Klebrigkeit“ (1916-17), die „Trägheit“ (1918b) oder die „Schwerbeweglichkeit“ der Libido (1940a) und die Tendenz zur Rückkehr zu einem früheren Zustand - der Todestrieb - schienen den Heilungsvorgang zu erschweren oder gar das Durcharbeiten als wichtigen Akt der Veränderung zu verhindern. Tatsächlich handelt es sich hier um Spekulationen über konstitutionelle Faktoren, die in der einen oder anderen Weise vorliegen mögen, ohne von der psychoanalytischen Methode untersucht werden zu können. Die Grenzen der therapeutischen Reichweite des Durcharbeitens sind auf dem ureigensten Feld der Methode abzustechen. Deshalb ist hervorzuheben, dass Freud wegen der von keinem namhaften Biologen (Angst 1980) akzeptierten Todestrieblehre vernachlässigt hat, die psychologischen Bedingungen von Wiederholungen und ihres Durcharbeitens in und außerhalb der analytischen Situation bis zum äußersten denkbaren Punkt aufzuklären.

Was heißt das? Es gilt, den alternativen Erklärungsansätzen zum Wiederholungszwang, die sich in Freuds Werk finden, nachzugehen und die analytische Situation daraufhin zu untersuchen, ob ihre standardisierte idealtypische Form das Veränderungspotenzial eines durchschnittlichen Patienten optimal mobilisiert.

Eine therapeutisch fruchtbare alternative Erklärung des Wiederholungszwangs liegt beispielsweise für die Wiederkehr traumatischer Ereignisse im Traum vor. Freud sah darin - sowie in der traumatischen Neurose - einen Bewältigungsversuch des Ich, das seelische Gleichgewicht wiederherzustellen. Anfänglich hatte Freud (1905d, S. 93) einen „Bemächtigungstrieb“ angenommen, den später Hendrick (1942, 1943a, 1943b) wiedereinzuführen versuchte. Man denke an den Erwerb neuer Fertigkeiten, an die immense kindliche Neugierde oder auch an die Bewegungslust. Dass Freud am kindlichen Spiel die Wiederholung in den Mittelpunkt seiner Interpretation rückte, nicht aber die in ihr sich vollziehende lustvolle Erprobung neuer Handlungen und Wahrnehmungen, führte zu Einseitigkeiten des Theorie- und Praxisverständnisses der Psychoanalyse.

Denn die Kenntnis der Bedingungen für Fixierung und Regression sowie für die damit verbundenen Wiederholungen ist nur die eine Seite der Medaille. Wie und warum es zum unbewussten Suchen und Finden von „Wahrnehmungsidentitäten“ kommt - also dazu, dass Menschen an ihren Gewohnheiten und pathologischen Neigungen gegen ihr besseres Wissen und Wollen hängen bleiben -, war Freuds bevorzugtes wissenschaftliches Studienobjekt. Auf der anderen Seite steht die Frage nach der Veränderung. *Rerum novarum cupido*: Lust will

nicht nur Ewigkeit und Wiederholung des gleichen. Wir sind begierig, Neues zu erfahren und zu begreifen, und wagen uns umso weiter ins Unbekannte hinaus, je größer die Sicherheit ist, die sich anhand zwischenmenschlich bestätigter „Wahrnehmungsidentitäten“ gebildet hat oder neu bildet.

Die Leiden und Freuden einsamer Entdecker und Erfinder lassen wir außer Acht. Sehr verkürzt könnte man vielleicht sagen, dass diese sich weitgehend unabhängig von der interpersonalen Bestätigung gemacht haben. Sie finden ihr asketisches Glück im Augenblick des Zusammentreffens ihrer phantasierten, konstruierten oder wissenschaftlichen Erwartung mit dem bis dahin unbekannten Objekt der Natur oder der menschlichen Seele, das dann nicht selten nach seinem Entdecker oder Erfinder benannt wird. Er wird nun mit dem identifiziert, was durch ihn identifiziert wurde.

Da Schritte auf unvertrautem Gebiet mit Unbehagen und Angst einhergehen können, ist es wesentlich, in der therapeutischen Situation günstige Veränderungsbedingungen (im Unterschied zu den Entstehungsbedingungen) zu schaffen. So manche Theorieentwicklung hat die psychoanalytische Technik einseitig beeinflusst und ihre Reichweite eingeschränkt. So wurde das Durcharbeiten entgegen der initialen Forderung oft vernachlässigt, obwohl es eine integrative Funktion hat:

Die Kur besteht aus zwei Stücken, aus dem, was der Arzt errät und dem Kranken sagt, und aus der **Verarbeitung** dessen, was er gehört hat, von Seiten des Kranken (Freud 1910d, S. 105; Hervorhebung durch die Verfasser).

Doch mit Hören und Sagen ist es nicht genug. Es geht um das Handeln. Das Durcharbeiten befindet sich an der Schnittstelle von Innen und Außen, es hat eine integrative Funktion. Jede Vernachlässigung eines Gesichtspunkts kann dem Patienten die Integration „zerrissener Zusammenhänge“ (A. Freud 1936) erschweren.

Durcharbeiten als Meisterung

Dort wo Freud glaubte, das Scheitern auf einen „Es-Widerstand“ zurückführen zu müssen, können wir heute aus der theoretischen Fortentwicklung seiner alternativen Idee zur Bedeutung der Wiederholung beim Spielen und im Sinne der Meisterung durch Loevinger (1966), White (1959, 1963) und G. Klein (1976, S. 259ff.) und besonders durch die systematischen Arbeiten der „Mount Zion Group“ (Weiss u. Sampson 1986; Weiss 1993) vollen praktischen Nutzen ziehen. Freuds alternative Idee ist in folgendem Zitat enthalten:

Das Ich, welches das Trauma passiv erlebt hat, wiederholt nun aktiv eine abgeschwächte Reproduktion desselben, in der Hoffnung, deren Ablauf selbsttätig leiten zu können. Wir wissen, das Kind benimmt sich ebenso gegen alle ihm peinlichen Eindrücke, indem es sie im Spiel reproduziert; durch diese Art, von der Passivität zur Aktivität überzugehen, sucht es seine Lebenseindrücke psychisch zu bewältigen (1926d, S. 200).

G. Klein hat Freuds alternative Idee folgendermaßen kommentiert:

Die unbewusste Absicht, ein passiv erlittenes und dem erlebenden Selbst fremd gebliebenes Ereignis in aktiver Weise umzugestalten, bleibt bestehen. Solche Ereignisse sind traumatisch und Angst erregend und führen zur Verdrängung. An der Verdrängung scheitern die Selbstheilungsversuche, weil die Wirkungen unbewusster Intentionen nicht durch Rückkoppelungen wahrgenommen werden können.

Wir fügen hinzu, dass die interpretativen Hilfen des Analytikers beim Durcharbeiten darin bestehen, dass der Patient die unbewussten Absichten seines Handelns und Verhaltens wahrnehmen und kontrollieren lernt. In dieser **Meisterung** sieht Klein in Anlehnung an Erikson kein besonderes, eigenständiges Bedürfnis, das nach Befriedigung strebt, sondern eine Erfahrung des Selbst, das sich als Initiator einer Handlung erlebt. Hierbei differenziert sich

das Selbstschema im Rahmen der von Piaget beschriebenen Assimilations- und Akkommodationsvorgänge und anderer Lernprozesse.

Auch bei einem Panel der American Psychoanalytic Association 1964 (s. Schmale 1966) über „working through“ wurden lerntheoretische Gesichtspunkte herangezogen, auf die wir im ► Abschn. 8.8 eingehen werden.

Durcharbeiten und Einsicht

Nun wirft gerade ein umfassendes Theorie- und Praxisverständnis die Frage auf, in welchem Verhältnis Widerstandsanalyse und Einsicht stehen. Fenichel (1941) und Greenacre (1956) haben das Durcharbeiten als intensive und konzentrierte Widerstandsanalyse beschrieben. Greenson (1965) stellte bei der Definition des Durcharbeitens Einsicht und Veränderung in den Mittelpunkt, wie das folgende Zitat zeigt:

Die analytische Arbeit, bevor der Patient Einsicht besitzt, betrachten wir nicht als Durcharbeiten: Wir tun dies erst, nachdem er ein gewisses Quantum Einsicht erlangt hat. Das Durcharbeiten bezweckt, Einsicht effektiv zu machen, das heißt, signifikante und bleibende Veränderungen beim Patienten zu bewirken. Indem wir die Einsicht zum Angelpunkt machen, können wir zwischen Widerständen unterscheiden, die Einsicht verhindern, und Widerständen, die es der Einsicht unmöglich machen, Veränderungen herbeizuführen. Die analytische Arbeit an der ersten Serie von Widerständen ist die eigentliche analytische Arbeit - sie hat keine besondere Bezeichnung. Die Analyse jener Widerstände, die die Einsicht daran hindern, Veränderungen herbeizuführen, ist das Durcharbeiten. Zu dieser Arbeit tragen sowohl der Analytiker als auch der Patient bei (S. 282; dt. 1982, S. 184).

Diese Auffassung des Durcharbeitens klärt einige behandlungstechnische Schwierigkeiten. Ihr Erklärungswert liegt darin, dass dadurch die durch E. Kris (1956a, 1956b) beschriebenen zirkulären Prozesse (Einsicht - therapeutischer Nutzen - Ich-Veränderung - neue Einsicht) in ihrer **Effektivität** bzw. in ihrem **Leerlauf** verständlich werden. Aber der Kreis bewegt sich nicht immer spiralförmig weiter. Einsicht setzt sich nicht regelmäßig in Veränderungen um. Man kann sich mit Freud gut vorstellen,

dass es nicht ohne Schwierigkeiten abgeht, wenn ein Triebvorgang, der durch Dezennien einen bestimmten Weg gegangen ist, plötzlich den neuen Weg gehen soll, den man ihm eröffnet hat (Freud 1926e, S. 255).

Alte Wege zu verlassen und neue zu finden, also sich zu trennen und Abschied zu nehmen, - diese Seite des Durcharbeitens legt einen Vergleich mit dem Prozess des Trauerns nahe.

Fenichel (1941), Lewin (1950) und Kris (1951, 1956a, 1956b) haben auf Ähnlichkeiten und Verschiedenheiten zwischen Trauern und Durcharbeiten hingewiesen. Wir glauben, dass die Unterschiede zwischen beiden Prozessen noch größer sind, als Stewart (1963) annahm. Dieser Autor macht darauf aufmerksam, dass in der Trauer die Aufgabe darin besteht, sich mit dem Verlust eines Liebesobjekts abzufinden, während es der Zweck des Durcharbeitens ist, Form und Ziele bisheriger Befriedigungen zu ändern und neue zu finden. Bei einem realen Verlust führt auch die Zeit zur Vernarbung, und der Dialog mit dem Toten verändert sich mit dem bewussten und unbewussten Trauerprozess.

Spaltung zwischen Einsicht und Handeln

Anders ist es bei neurotischen Prozessen, die durch Einsicht allein oft deshalb nicht unterbrochen werden, weil aufgrund innerseelischer Bedingungen in der Außenwelt immer wieder Bestätigungen der unbewusst verankerten Dispositionen gesucht und gefunden werden können. Deshalb stabilisiert sich die Symptomatik trotz Einsicht in der Sitzung außerhalb immer wieder nach den alten Klischees. Wir betonen mit Ross (1973, S. 334), dass sich das Durcharbeiten nicht nur in der analytischen Situation vollzieht.

Zur Aufteilung, ja Spaltung zwischen Einsicht und Handeln, zwischen Innen und Außen, kann es umso leichter dann kommen, wenn sich der Analytiker auf Übertragungsdeutungen beschränkt oder das Durcharbeiten hauptsächlich als Teil der Beendigungsphase ansieht. Waelder (1963, S. 206ff.) hat hervorgehoben, dass das Trauern und das Durcharbeiten i. Allg. 1-2 Jahre andauere. Sieht man jeden noch so unscheinbaren Schritt auf dem Hintergrund von Trennung und Verlust, wird auch der Patient das Durcharbeiten auf das letzte Trauer- und Abschiedsjahr der Analyse hinausschieben, anstatt darin eine kontinuierliche Aufgabe zu sehen. Als Beispiel eines Durcharbeitens in der Beendigungsphase erwähnt Waelder (S. 196) die autosuggestive Bemerkung eines Patienten: „Ich sollte aufhören, mich so zu benehmen, und Frieden mit mir selbst machen.“ Es steht nicht gut mit dem Durcharbeiten, wenn am Ende nur ein Rekurs auf den sprichwörtlichen guten Vorsatz bleibt.

Das Ziel des Durcharbeitens ist es, Einsicht effektiv werden zu lassen. Uns interessieren deshalb v. a. jene Fälle, bei denen Einsicht nicht weiter führt als zu willentlichen guten Vorsätzen, ohne dass es dem Patienten gelingt, Frieden mit sich selbst zu machen. Warum führt die anlässlich der Widerstandsanalyse gewonnene Einsicht nicht zu den vom Patienten gesuchten und angestrebten Veränderungen? Auf diese Frage gibt es viele Antworten, die sich zum großen Teil darauf beziehen, dass die Einsicht eben noch nicht tief genug ging oder ihr die Überzeugungskraft fehlte, weil sie nicht durch Deutungen innerhalb einer intensiven Übertragungsbeziehung gewonnen wurde.

Negative Nebenwirkungen von Widerstandsdeutungen

Balint geht beispielsweise davon aus, dass das an (Widerstands-)Deutungen gebundene Durcharbeiten überhaupt nur bei jenen Patienten effektiv werden könne, die durch Worte erreichbar sind (Balint 1968; dt. 1970, S. 16ff. und S. 22). Nun ist es nicht jedermanns Sache, eine Kluft zwischen verbalem Austausch und averbaler Beziehung als feststehende Tatsache hinzunehmen. Balint hat selbst zur „Überbrückung der Kluft“ aufgerufen. Es liegt also nahe, Widerstandsdeutungen auf ihre negativen Nebenwirkungen hin zu untersuchen. Diese scheinen darin zu liegen, dass der Analytiker sich irgendwie ein Bild über die unbewussten Wünsche und Möglichkeiten des Patienten macht, aber zugleich in Wahrung seiner Neutralität und aus Respekt vor der Entscheidungsfreiheit des Patienten Absichtslosigkeit impliziert, indem er seine Deutungen offen gestaltet. Dieses analytische Verhalten trägt zur Verunsicherung des Patienten bei und damit indirekt auch zur reaktiven Stabilisierung bisheriger Gewohnheiten.

Andererseits steigert sich die Ungleichheit zwischen Patient und Analytiker zugunsten des letzteren besonders dann, wenn hauptsächlich genetische Deutungen gegeben werden. Dadurch macht sich der Analytiker, wie Balint gezeigt hat, im Erleben des Patienten allwissend bezüglich der Vergangenheit und der Entstehung von Widerständen. Der Analytiker glaubt nichts anderes tun zu müssen, ja auch nichts anderes tun zu dürfen, als Widerstände in ihrer Beziehung zu unbewussten Triebregungen und Erinnerungen zu deuten. Er lässt sich hierbei von der Annahme Freuds leiten, dass sich die Synthese, also die neue Zusammensetzung seelischer Elemente, anlässlich der Analyse **von selbst** ergebe (Freud 1919a, S. 185).

Nun können Deutungen wohl indirekt auch zur Synthese beitragen, weil die möglichen neuen Konfigurationen durch die Zielvorstellungen, die der Analytiker im Sinn hat - es ist unmöglich, keine im Sinn zu haben -, mitbestimmt werden. Dennoch wird insgesamt eine Atmosphäre geschaffen, die es dem Patienten nicht erleichtert, den Horror vacui, der mit Schritten ins Neuland verbunden sein kann, zu überwinden und Einsicht in lebendige Erfahrung umzusetzen. Es muss deshalb die Frage aufgeworfen werden, wie viel gute Einfälle und Probehandlungen notwendig sind, um zu Symptom- und Verhaltensänderungen auch im Leben zu gelangen. Patient und Analytiker können sich in der Regression so wohl fühlen, dass die Bewährung hinausgeschoben wird. Hierfür gibt es immer mehr oder weniger plausible Begründungen: Der Patient glaubt, ihn und seine Umgebung quälende Verhaltensweisen noch nicht ändern zu

können, und der Analytiker sucht nach tieferen Gründen für dieses Unvermögen in der Vergangenheit.

Letztlich geht es gerade beim Durcharbeiten darum, dass seelische Akte zu Ende gebracht und hierbei positive Erfahrungen gemacht werden, die stabilisierend wirken. Über positive Erfahrungen des Patienten wird in Analysen weniger gesprochen als über negative. Das Positive versteht sich allzu sehr von selbst. Dieses Ungleichgewicht kann sich gerade in den Augenblicken des Durcharbeitens, bei dem ein guter Ausgang einer Probehandlung, also Bestätigung und Anerkennung gesucht wird, vergrößern. Dann geht das gerade durch Einsicht und Erfahrung gewonnene, noch recht brüchige Selbstvertrauen wieder verloren. Statt des Durcharbeitens mit Zunahme des Selbstvertrauens, wodurch die Meisterung des nächsten Problems bei der „Regression im Dienste des Ich“ (Kris 1936, S. 290) erleichtert werden könnte, kann es zu therapeutisch wirkungslosen, schlimmstenfalls zu malignen Regressionen kommen. Hierzu trägt die Gestaltung der psychoanalytischen Situation u. U. so wesentlich bei, dass Cremerius (1978, S. 210) vorgeschlagen hat, in solchen Fällen das Setting zu ändern. Was zu klären bleibt, ist der Beitrag des Analytikers zum Entstehen einer malignen Regression. Selten ist es zu spät, durch Änderungen der Technik oder des Settings einen neuen Anfang zu machen. Der Vorwurf der Manipulation ist fehl am Platz, wenn offen mit dem Patienten gesprochen wird und Änderungen begründet und interpretativ bearbeitet werden.

Durcharbeiten auch außerhalb der analytischen Situation

Das Durcharbeiten hat qualitative und quantitative Aspekte, die auch bei Lernprozessen und besonders beim Umlernen zu beobachten sind. Viele Patienten fragen sich selbst und ihren Analytiker: Wie oft muss ich noch in eine ähnliche Situation geraten, um sie anders und besser meistern zu können? Beispielhaft zum Ausdruck gebracht: Wie viele positive Erfahrungen gegenüber Autoritäten muss ein Patient machen, um seine Sozialangst und die hinter ihr liegende Kastrationsangst überwinden zu können? Das Durcharbeiten vollzieht sich also **innerhalb** und **außerhalb** der analytischen Situation. Deshalb werden wir im

► Abschn. 8.8 lerntheoretische Gesichtspunkte diskutieren.

Wir glauben, dass das Problem des Durcharbeitens in der Psychoanalyse in den letzten Jahrzehnten deshalb vergleichsweise vernachlässigt wurde, weil es sich auch außerhalb der analytischen Situation vollzieht und weil man bei der Erklärung des Umlernens auch lerntheoretische Gesichtspunkte heranziehen muss. Unsere Erfahrungen und Überlegungen lassen die oben angeführte Definition Greensons, das Durcharbeiten bestehe in der Analyse der Widerstände, die die Einsicht an der Herbeiführung von Veränderungen hindern, als zu eng und einseitig erscheinen. Schon beim Durcharbeiten der Widerstände, die in den Analysen jener Patienten auftreten, die am Erfolg **scheitern**, geht es um die Frage, wie man innerhalb und außerhalb der analytischen Situation erfolgreich werden kann.

Beitrag des Analytikers

Was kann der Analytiker dazu beitragen, dass die tastenden Versuche des Patienten, seine Probehandlungen, günstig ausgehen und der Patient diese, in der Analyse ermutigt, draußen fortsetzt? Mehr noch als gesunde Menschen suchen und brauchen Patienten Bestätigung und all jene zwischenmenschlichen Erfahrungen, die als „Ich-Stärkung“ bezeichnet werden. In der Standardtechnik erhält der Patient nur wenig Unterstützung. Der supportive Anteil der Therapie wird möglichst auf Null reduziert. Den Deutungen des Analytikers scheint nur entnommen werden zu können, was der Patient unbewusst sucht und welche inneren Kräfte ihn daran hindern, das jeweilige Ziel zu erreichen.

Viele Deutungen enthalten allerdings indirekte Ermutigungen. Glaubt der Analytiker freilich, er dürfe nicht supportiv wirken, bringt er den Patienten in eine Zwickmühle, in eine Beziehungsfalle. Der Analytiker stellt also unwissentlich eine Double-bind-Situation nach Bateson et al. (1963) her, indem er im gleichen Augenblick zwei einander widersprechende

Informationen gibt. Denn die Deutung unbewusster Wünsche eröffnet einerseits neue Möglichkeiten, und der Patient befindet sich im Einklang mit seinem Therapeuten. Schränkt der Analytiker seine Zustimmung andererseits ein, weil er befürchtet, den Patienten zu beeinflussen, kann dessen eben gewonnene Sicherheit wieder verloren gehen. Die Ambiguität halberziger Deutungen macht den Patienten ratlos und erschwert das Durcharbeiten der Übertragungsbeziehung.

Wie die Übertragungsneurose von Schule zu Schule variiert und der Beitrag des jeweiligen Analytikers zur speziellen Übertragungssituation auch bei ganz typischen Krankheitsbildern nicht gering ist, so ist es auch beim Durcharbeiten. Besonders Kohut (1973a, S. 109ff. und 1966ff.) gebührt das Verdienst, darauf hingewiesen zu haben, wie wesentlich die Anerkennung bei der Herstellung der Übertragung und bei ihrer Durcharbeitung ist. Die entsprechenden behandlungstechnischen Ratschläge sind, wie Wallerstein (1983) und Treurniet (1983) gezeigt haben, nicht an die Narzissmus- und Selbstpsychologie Kohuts gebunden. Denn alle Patienten sind insofern narzisstische Persönlichkeiten, als ihr Selbstgefühl - wie bei jedem Menschen - von Bestätigungen abhängig ist. Unsicherheiten, die beim Durcharbeiten mit dem Ziel der Umstrukturierung unvermeidlich sind, können leichter ertragen werden, wenn die Neugier des Patienten für seine unbewussten Wünsche und Ziele durch eine tragfähige Beziehung unterstützt wird.

8.8 Lernen und Umstrukturieren

Heranziehen von Lernmodellen

Nach ersten Anläufen in den 30er-Jahren, experimentelle lernpsychologische Forschungsergebnisse für das Verständnis des komplexen menschlichen Lernens zu nutzen, sind die Grenzen des Erklärungswerts des damals vorherrschenden Pawlowschen Lernmodells bald klar geworden (s. Straus 1935). Die späteren kognitiven Lernmodelle, die z. B. Konzeptveränderungen und innere kognitive Umstrukturierungen berücksichtigen, sind für ein umfassendes Verständnis des Geschehens in der Psychotherapie hilfreicher und anregender. Besonders an jenen Stellen, an denen das originär psychoanalytische Denken Widersprüchlichkeiten zeigt oder Lücken offen lässt, wie dies z. B. beim Verständnis des Durcharbeitens der Fall ist, erscheint der Rückgriff auf angemessene Lernmodelle fruchtbar. Hierbei greifen wir besonders auf French zurück, der bereits 1937 die Hoffnung äußerte,

dass wir, indem wir den Lernprozess, der einer psychoanalytischen Behandlung zugrunde liegt, ständig im Auge behalten, unsere Gesichtspunkte und unser Vermögen erweitern, die Bedeutung und die relative Wichtigkeit der großen Fülle von unbewussten Trieben und Erinnerungen abzuschätzen, die in einer analytischen Behandlung an die Oberfläche drängen (French 1937, S. 97).

In diesem Abschnitt wollen wir die Aufmerksamkeit auf einige jener Faktoren richten, welche Symptome aufrechterhalten bzw. umgekehrt zu therapeutischen Veränderungen führen. Diese aufrechterhaltenden Faktoren spielen in psychoanalytischen Behandlungen eine besondere Rolle, wenn es um ihren Abbau, um die therapeutische Veränderung, um das Umlernen geht, das dem Durcharbeiten sehr nahe steht. Wir vernachlässigen hier also jene Vorgänge und Faktoren, die zur Entstehung von Symptomen und Neurosen führen; dass wir hiermit eine eher künstliche Unterscheidung zwischen Entstehung und Aufrechterhaltung von Symptomen vornehmen, ist uns durchaus bewusst. Von Lernvorgängen bzw. von „Lernen“ sprechen wir im Folgenden, wenn sich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Verhaltens (Handlung, Gedanke, Vorstellung, Affekt) unter vergleichbaren Umständen ändert.

Wenn jemand in einer bestimmten Situation wiederholt etwas tut oder unterlässt, was er bisher unter entsprechenden Umständen nicht getan oder unterlassen hatte, oder wenn seine Leistungen rascher und sicherer ausgeführt werden als früher, sprechen wir von einem Lernprozess. Es sei denn, wir haben guten Grund zur Annahme, dass die „Verhaltensänderungen“ durch andere

Faktoren bedingt sind (z. B. durch Intoxikationen, durch Verletzungen des Gehirns oder einfach durch normale Reifungsprozesse) (Foppa 1968, S. 13).

Bekanntlich werden drei paradigmatische Lernmodelle unterschieden:

- klassisches Konditionieren (Signallernen, Reiz-Reaktions-Lernen), verbunden besonders mit den Namen Pawlow und (in der Psychotherapie) Eysenck und Wolpe;
- operantes oder instrumentelles Konditionieren (Lernen am Erfolg), verbunden mit den Arbeiten von Thorndike und Skinner;
- soziales Lernen (Lernen am Modell, Lernen durch Identifikation), besonders herausgearbeitet von Bandura.

Im Laborexperiment lassen sich diese Lernmodelle durch die Variation der experimentellen Bedingungen deutlich voneinander trennen und isoliert untersuchen; in der Lebenswirklichkeit hingegen, die sich ja durch eine ungleich größere Vielfalt und Komplexität von Bedingungen innerer und äußerer Art auszeichnet, dürften Lernvorgänge in der Regel durch alle drei Lernmodelle zu je unterschiedlichen, wechselnden Anteilen bestimmt sein.

Die soziale Lerntheorie - übertragen auf psychoanalytische Situationen

Bei der lerntheoretischen Beschreibung psychoanalytischer Behandlungsverläufe leuchtet zunächst das Lernen am Modell, nämlich am Modell des Analytikers, unmittelbar ein: die Übernahme von Ich-Funktionen des Analytikers durch den Patienten - die Art und Weise, wie er in Deutungen Zusammenhänge und Gemeinsamkeiten stiftet und Unterschiedlichkeiten herausarbeitet, welche Strategien zur affektiv-kognitiven Lösung von Konflikten er einschlägt, wie er Fragen stellt, sein Umgang mit Affekten und mit der therapeutisch-psychoanalytischen Beziehung. Die soziale Lerntheorie formuliert eine Reihe von Bedingungen, welche die Effekte des sozialen Lernens beeinflussen können, z. B. die Ähnlichkeit zwischen der „Modellperson“ (Psychoanalytiker) und dem „Beobachter“ (Patient) hinsichtlich persönlicher Merkmale wie sozialer Status, Alter, Geschlecht, psychologische Persönlichkeitsstruktur; oder die Art der Beziehung zwischen „Modellperson“ und „Beobachter“, etwa indem der „Beobachter“ die Zuneigung der „Modellperson“ anstrebt, deren Verlust fürchtet oder eine Bestrafung durch die „Modellperson“ vermeiden möchte.

Solche Interaktionsbedingungen können nun die Entfaltung der Übertragungsneurose maßgeblich bestimmen. Einfaches Imitieren von Verhaltensweisen oder Denkstilen des Psychoanalytikers ist damit keineswegs gemeint, obwohl es auch vorkommen mag; vielmehr ist den Befunden der sozialen Lerntheorie zufolge mit nachhaltigen und in das gesamte Verhaltens- und Erlebensrepertoire des „Beobachters“ integrierten, also verinnerlichten Lerneffekten (Veränderungen) zu rechnen, insbesondere wenn die Funktionen des Analytikers auch kognitiv, sprachlich-symbolisch vermittelt werden. Diese Ausführungen zeigen, dass das Lernen am Modell weit über eine Nachahmung äußerer Verhaltensweisen hinausgeht und dieses lerntheoretische Paradigma somit in die Nähe der Identifikationsprozesse rückt, wie sie in der Psychoanalyse konzeptualisiert sind. Auch empirischen Untersuchungen ist zu entnehmen, dass Schnelligkeit und Nachhaltigkeit des Modell-Lernens durch sprachsymbolische Vermittlungsprozesse entscheidend gefördert werden können.

Anwendung anderer lerntheoretischer Ansätze in der Psychoanalyse

Einen sehr viel weniger unmittelbaren Bezug zum Geschehen in der psychoanalytischen Therapie weisen die anderen beiden Lernparadigmen auf. Die Anwendung des klassischen Konditionierungsparadigmas auf die psychoanalytische Behandlungstechnik sowie die Rechtfertigung der letzteren durch ersteres wurde in den frühen 30er-Jahren durch einige Psychoanalytiker vorgenommen (z. B. French 1933, Kubie 1935). Diese Unternehmungen wurden von Schilder (1935b) heftig zurückgewiesen: Die Pawlowsche Lerntheorie sei auf komplexere menschliche Lernvorgänge nicht übertragbar und somit ungeeignet, psychoanalytisches Denken und Handeln zu erklären; statt dessen versuchte sich Schilder in

einem psychoanalytischen Verständnis bedingter Reflexe, ein Versuch, der - wenn auch mit umgekehrtem Vorzeichen - ebenso wenig fruchtbar erscheint (s. auch das grundlegende Werk von Straus 1935). Eine zusammenfassende Darstellung einiger der hier genannten Lernprinzipien in ihrem Bezug zur psychoanalytischen Therapie ist von Heigl u. Triebel (1977) vorgelegt worden; diese Autoren haben ihre übliche psychoanalytische Behandlungstechnologie um die lerntheoretisch begründete Variante der „Bestätigung auch kleinster Lernfortschritte innerhalb der Übertragungsbeziehung“ unter besonderer Berücksichtigung von korrektiver emotionaler Erfahrung erweitert. Ob solche globalen Konzeptbildungen und die hieraus abgeleiteten eingeengten therapeutischen Handlungsanweisungen geeignet sind, unser Verständnis des psychoanalytischen Therapieprozesses und dessen Mitgestaltung durch den Analytiker wesentlich zu erweitern oder zu vertiefen, muss allerdings bezweifelt werden. Eine gründliche und umfassende Erörterung dieser Problematik befindet sich bei Wachtel (1981).

Das Konzept der Generalisation und der Diskrimination

Wir möchten dagegen unser Augenmerk auf ein spezifisches lerntheoretisches Begriffspaar lenken, das in allen drei genannten Lernparadigmen eine zentrale Bedeutung hat und uns auch für das Verständnis von Lernvorgängen in der psychoanalytischen Therapie hilfreich zu sein scheint: das Konzept der **Generalisation** und der **Diskrimination**.

Wichtig Start

In Übereinstimmung mit etablierten lerntheoretischen Auffassungen verstehen wir - verkürzt - unter Generalisation die Tendenz, unter vergleichbaren Umständen in einer ähnlichen Weise zu reagieren, und unter Diskrimination die Tendenz, in ähnlichen Umständen die Unterschiedlichkeiten zu bemerken und entsprechend verschiedenartig, diskriminant, zu reagieren.

Wichtig Stop

Innerhalb des Rahmens der erwähnten basalen lerntheoretischen Paradigmen wollen wir nun versuchen, dieses komplementäre Begriffspaar zur exemplarischen Beschreibung des Übertragungs geschehens zu benutzen.

Schema des Übertragungsprozesses

In stark vereinfachender Zusammenfassung ist die **Übertragung** in der psychoanalytischen Therapie dadurch gekennzeichnet, dass der Patient seine Beziehung zum Analytiker in bestimmten, konfliktspezifischen Hinsichten in einer Weise gestaltet und wahrnimmt, wie viele Beziehungen außerhalb der therapeutischen Situation auch, bevorzugt orientiert an frühkindlich erworbenen Mustern der Beziehung zu Vater und Mutter, zu Geschwistern und anderen bedeutungsvollen Personen (► Kap. 2). Die äußeren Merkmale der analytischen Situation und das Verhalten des Analytikers sollen das Entstehen der Übertragung fördern; ein wesentlicher Bestandteil der psychoanalytischen Therapie, die Analyse der Übertragung, kann erst dann einsetzen, wenn sich diese hinreichend intensiv und differenziert ausgebildet hat. Im Laufe der Übertragungsanalyse werden die Gemeinsamkeiten und Ähnlichkeiten zwischen der Übertragungsbeziehung und spezifischen außertherapeutischen Beziehungen noch weiter herausgearbeitet und vom Analytiker besonders hervorgehoben. Ist die Übertragung voll erblüht, werden die Unterschiede zwischen der therapeutischen Beziehung, ihren genetischen Vorläufern und den außertherapeutischen Beziehungen vermehrt herausgestellt; der Analytiker bietet dem Patienten - zumindest indirekt, allerdings oft unwissentlich und unbeabsichtigt, stets jedoch unvermeidlich - durch verschiedenartige Aktivitäten Anreiz und Gelegenheit, in der therapeutischen Situation andersartige und v. a. flexible Beziehungsmuster zu entwickeln und zu erproben. Schließlich bleibt dem Patienten nicht erspart, seine in der Therapie erworbene und dort bereits auch bewährte Fähigkeit zur

veränderten und flexibleren Beziehungsgestaltung außerhalb der Therapie zur Geltung zu bringen und den wechselnden Umständen entsprechend adaptiv zu realisieren.

Schema von Generalisations- und Diskriminationsprozessen

Diese Skizze weist Ähnlichkeiten mit dem Verlauf mancher Lernexperimente auf. Die neue Lernerfahrung wird durch Generalisationsprozesse eingeleitet; Ähnlichkeiten in verschiedenen Reizkonstellationen werden gesucht. Hat sich auf diese Weise ein stabiles Reaktionsmuster ausgebildet, dann kann der Experimentator durch eine Änderung der Versuchsbedingungen, insbesondere des Verstärkerplans, Diskriminationsprozesse fördern; der Organismus lernt, auf unterschiedliche Reizkonstellationen unterschiedlich zu reagieren. Sollen nun die solchermaßen erworbenen Reaktionsmuster auch außerhalb der eigentlich experimentellen Situation auf nichtexperimentelle, wirkliche Lebensbedingungen generalisiert werden, so müssen u. U. weitere Lerndurchgänge unter nichtexperimentellen Bedingungen erfolgen.

Somit weisen der psychoanalytische Prozess und der Ablauf mancher Lernexperimente eine ganze Reihe von Gemeinsamkeiten auf. French (1937) spricht sogar vom „experimentellen Charakter der Übertragung“ und betont

die Wichtigkeit der Realitätsprüfung in der Übertragung. So auffällig die Manifestationen des Wiederholungszwanges sind, ist die Übertragung dennoch nicht nur eine zwanghafte Wiederholung früherer Begebenheiten; sie ist auch ein experimenteller Versuch, kindliche Vorbilder zu korrigieren (S. 130).

Diskussion der Analogiebildung

Über solche globalen Formulierungen hinaus lässt sich innerhalb der **basalen** Lernparadigmen allerdings kein nennenswerter Erkenntniszugewinn aus Analogiebildungen der beschriebenen Art erreichen. Für das Verständnis komplexerer affektiv-kognitiver Lernvorgänge erweist sich die Begrifflichkeit des skizzierten basalen lerntheoretischen Zugangs als zu schwerfällig und unanschaulich; solche komplexeren Lernvorgänge lassen sich zwar grundsätzlich im Rahmen des Generalisations-Diskriminations-Lernens verstehen, was besonders von Mowrer (1960) hervorgehoben wurde; es müsste dann jedoch eine Reihe neuer Begriffe eingeführt werden, wie „sekundäre Verstärker“, „Reaktion als diskriminanter Stimulus“ usw., womit die lerntheoretische Modellbildung zwar komplex, zugleich aber auch unanschaulich und unhandlich würde. Wir wollen deshalb an dieser Stelle die Diskussion der basalen Lernmodelle beenden und für die Erörterung kognitiver Lernmodelle und der hierin abzubildenden Umstrukturierungsprozesse ein entsprechend höheres sprachliches Beschreibungsniveau wählen.

Erzieherische Aspekte der Psychoanalyse

Wenn vom Lernen die Rede ist, denkt man auch an das Lernen im Kindesalter und an die mehr oder minder vergeblichen Bemühungen der Pädagogik. Die althergebrachten erzieherischen Bemühungen lassen sich, wie Balint (1966, S. 254) hervorhebt, als „Über-Ich-Pädagogik“ bezeichnen: Kinder sollen zu sitzamen, anständigen Menschen erzogen werden. Diesem pädagogischen Ziel stellt Balint in der Psychoanalyse die „Ich-Pädagogik“ gegenüber und verbindet diese mit allgemeinen Überlegungen zu erzieherischen Momenten in der Psychoanalyse. Wie sich nachweisen lässt, ist das Erzieherische in der Psychoanalyse nie ganz abgelehnt worden und in der Kinderanalyse (A. Freud 1927) zu besonderer Würdigung gelangt.

Wissenschaftshistorisch lässt sich eine verbindende Linie zwischen den Versuchen der Anwendung pädagogischer Ideen in der Psychoanalyse und der „genetischen Epistemologie“ von Piaget ziehen. Piaget erforschte anhand klinisch-experimenteller Untersuchungen verschiedene Lern- und Entwicklungsstadien im Kindesalter. Diese älteren Befunde wurden von Tenzer (1983, 1984) aufgegriffen und mit einigen Details im psychoanalytischen

Durcharbeiten in Verbindung gesetzt. Ihre Voraussetzung allerdings, dass sich nämlich der Prozess des Durcharbeitens in analoger Weise entfaltet wie Entwicklungs- und Lernvorgänge im Kindesalter, wie sie von Piaget beschrieben sind, muss fraglich bleiben.

Der Assimilations-Akkommodations-Ansatz

Von sehr viel größerer Tragweite für das Verständnis des Durcharbeitens erscheint uns Piagets Konzeption des „kognitiven Schemas“ mit den Entwicklungsvorgängen der „Akkommodation“ und „Assimilation“. Diese drei Begriffe wollen wir kurz erläutern.

Definition Start

Das **kognitive Schema** ist als ein Raster zu verstehen, das Wahrnehmungs- und Denkerfahrungen strukturiert und dessen Struktur und Komplexität nach den von Piaget beschriebenen Entwicklungsstadien organisiert sind.

Der Begriff **Assimilation** wird gebraucht, wenn eine neue Erfahrung sich in das bestehende kognitive Schema einfügt und den gesamten hiernach strukturierten Erfahrungsschatz vermehrt. Lässt sich eine neue Erfahrung nicht in das bestehende kognitive Schema einfügen, so führt dies u. U. - von der Missachtung bzw. Abwehr dieser „unpassenden“ neuen Erfahrung abgesehen - zu einer Veränderung des Schemas. Dieser Vorgang wird als **Akkommodation** bezeichnet. Unschwer lassen sich nun Nutzanwendungen für das Verständnis von Veränderungen in der psychoanalytischen Therapie erkennen.

Definition Stop

Wachtel (1980) hat in überzeugender Weise den Versuch unternommen, diesen Assimilations-Akkommodations-Ansatz für das theoretische und klinische Verständnis des Übertragungsgeschehens fruchtbar zu machen. Wir wollen hier einen ähnlichen Versuch unternehmen und diesen theoretischen Ansatz im Hinblick auf das **Durcharbeiten** beleuchten. Dazu werden wir die Fortführung und Erweiterung von Piagets Ansatz durch McReynolds (1976) und - bezüglich der psychoanalytischen Technik - durch G. Klein (1976, S. 244ff.) heranziehen.

Die Ausgangssituation beim Durcharbeiten

Hat der Patient im Zuge der Widerstands- und Übertragungsanalyse Einsicht in bislang unbewusste konfliktdynamische Zusammenhänge und Vorgänge gewonnen, so setzt die Phase des **Durcharbeitens** ein; es gilt, die kognitiv-affektive Einsicht für Veränderungen des Verhaltens (im weiteren Sinne) zu nutzen. Solche Verhaltensänderungen nehmen zwar manche Patienten ohne weiteres Dazutun des Analytikers vor; generell ist dies jedoch nicht zu erwarten. Aus der Lernpsychologie ist bekannt, dass die dort unterschiedenen Bereiche der Kognitionen, der vegetativen Prozesse und der Motorik partiell autonome Systeme darstellen, die sich weitgehend unabhängig voneinander entwickeln können (s. Birbaumer 1973); besondere Generalisationsprozesse sind erforderlich, um die Integration innerseelischer Vorgänge durch die Wahrnehmung von Rückmeldungen zu erreichen.

Dies geschieht in der psychoanalytischen Therapie im Prozess des Durcharbeitens. Die weitergehende Analyse der unbewussten, vergangenen Determinanten bei der Entstehung des Unvermögens wird hintangestellt zugunsten der Integration bzw. **Reintegration** der psychodynamischen Details. In diesem Zusammenhang sei auf die integrative Funktion der Deutung hingewiesen, die von Alexander (1937) im Rückgriff auf die integrierende bzw. synthetische Funktion des Ich (Nunberg 1930) besonders herausgearbeitet wurde. Diese notwendige Integration zu leisten ist Aufgabe des Patienten, der hierbei vom Analytiker maßgeblich unterstützt und gefördert, aber auch behindert werden kann.

McReynolds Assimilationstheorie

Klinisch lässt sich regelmäßig beobachten, dass mit dem Aufdecken konflikthafter unbewussten Materials beim Patienten erhebliche Labilisierungen, Beunruhigungen und Ängste entstehen. Solche Desorientiertheiten lassen sich auch aus den oben skizzierten Generalisations- und Diskriminationsprozessen ableiten und sind aus kognitionspsychologischer Sicht von McReynolds (1976) überzeugend beschrieben und gedeutet worden. Mit Bezugnahme auf Piaget formuliert McReynolds seine Assimilationstheorie, in der er zwischen kongruenten und inkongruenten Vorstellungen oder Wahrnehmungserfahrungen unterscheidet. Unter kognitiver Kongruenz wird die konfliktfreie Assimilation (Integration) neuer Wahrnehmungserfahrungen in die bestehende Struktur verstanden; Inkongruenz meint hingegen, die vorübergehende oder anhaltende Unmöglichkeit, neue Wahrnehmungserfahrungen in die bestehende Struktur zu assimilieren. Bislang kongruente, assimilierte Vorstellungen oder Wahrnehmungserfahrungen können durch Änderungen der kognitiven Struktur deassimiliert werden. Das Verhältnis von unassimilierten zu assimilierten Vorstellungen und Wahrnehmungserfahrungen wird als kognitiver „Assimilationsrückstand“ („backlog“) bezeichnet; dieser Assimilationsrückstand wird als eine Hauptdeterminante für Angst angesehen. Es werden drei elementare Operationsregeln formuliert, nach denen das kognitiv-affektive System funktioniert:

1. Die Auflösung kognitiver Inkongruenzen wird angestrebt.
2. Der kognitive Assimilationsrückstand soll minimal gehalten werden.
3. Kognitive Innovationen (Neugier, Anregungen, Reizsuche etc.) sollen sich auf einem optimalen Niveau bewegen.

Diese Operationsregeln werden in ihrer biologisch-adaptiven Nützlichkeit erläutert. Ein besonders plötzliches und drastisches Ansteigen des Assimilationsrückstands und damit von Angst entsteht hiernach, wenn bislang kongruente, integrierte Vorstellungen in ihren vielfältigen Verknüpfungen mit anderen kongruenten Vorstellungen durch hierarchisch übergeordnete kognitive Veränderungen deassimiliert werden.

Anwendung auf das Durcharbeiten

In der Nutzanwendung auf das Durcharbeiten in der psychoanalytischen Therapie lässt sich aus der Assimilationstheorie ableiten, dass solche abrupten, von Beunruhigung und Angst begleiteten Deassimilationen etwa durch „treffende“ Deutungen bewirkt werden, die hierarchisch hochstehende, bislang kongruente Vorstellungen auseinanderreißen und damit zur Auflösung nachgeordneter, bislang ebenfalls kongruenter Vorstellungen beitragen. Dieser Effekt kann allerdings auch durch integrierende Deutungen bewirkt werden, etwa wenn weit voneinander entfernte, bislang unverbundene Vorstellungen verknüpft werden, was dann zu abrupten Deassimilationen nachgeordneter Vorstellungen führen kann. Gut vorbereitete und wohl dosierte Deutungsaktivitäten des Analytikers können in dieser Hinsicht dem Patienten unnötige Beunruhigungen ersparen helfen, etwa durch die zeitweilige Beschränkung auf hierarchisch niederstehende Vorstellungen. Durch sein Bestreben, den Assimilationsrückstand minimal zu halten, wird sich der Patient bisweilen weigern, deassimilierend wirkende Interventionen des Analytikers aufzugreifen und zu realisieren, was klinisch dann als Widerstand in Erscheinung tritt. Ermutigungen und Anerkennungen durch den Analytiker sowie seine Versicherung, bei der assimilierenden Integrationsarbeit mitzuhelfen, mögen dem Patienten hilfreich sein, das Wagnis mit den zu erwartenden Beunruhigungen einzugehen.

Veränderungen des kognitiven Schemas

Solche innerseelischen kognitiven Umstrukturierungen müssen in ihrer Tauglichkeit für die Bewältigung der Lebenswirklichkeit und für eine befriedigendere Gestaltung von Beziehungen außerhalb der Therapie geprüft und erprobt werden. Dies halten wir für einen wesentlichen Aspekt des Durcharbeitens. In den verschiedenen Übertragungskonstellationen kann der Patient vergleichsweise risikoarm unterschiedliche Beziehungsmuster ausprobieren; die vom Analytiker unterstützten, verstärkten Beziehungsaktivitäten wird der Patient auf Beziehungen

außerhalb der Therapie übertragen (Generalisation) und dabei natürlich die Unterschiedlichkeiten zwischen der therapeutischen Übertragungs- und Arbeitsbeziehung und den viel stärker variierenden außertherapeutischen Beziehungen feststellen (Diskrimination). Es können hierbei positive Erfahrungen gemacht werden, die verstärkend und damit stabilisierend für das veränderte kognitive Schema und für das neue Verhaltensmuster wirken.

Das veränderte soziale Verhalten des Patienten kann aber auch beim Partner, bei Freunden, Bekannten, Kollegen zu unerwarteten und für den Patienten negativen Erfahrungen führen; der Fortbestand des soeben gewonnenen, noch unsicheren kognitiven Schemas ist dann gefährdet, und es drohen Rückfälle. Dann wird der Patient beim Analytiker verstärkt nach Bestätigung und Anerkennung für das Wagnis der neuartigen Probestandlung suchen. Entsprechende Unterlassungen des Therapeuten können sich auf das Erproben neuer Verhaltensmuster ungünstig auswirken, und das soeben durch die Einsicht gewonnene, noch recht brüchige Selbstvertrauen kann wieder verloren gehen. Die Frustration des Sicherheitsbedürfnisses des Patienten durch eine solche unangebrachte Abstinenz des Analytikers kann sogar zu maligner Aggression, Regression oder Depression führen, wie die allgemeine Motivationspsychologie lehrt.

Nachprüfbarkeit und Vorhersagbarkeit

Veränderungen des kognitiven Schemas, also kognitive Umstrukturierungen, lassen sich nicht direkt feststellen, sondern nur über nachhaltige Veränderungen des beobachtbaren Verhaltens erschließen (Caspar 1996). Deshalb müssen Vermutungen des Psychoanalytikers über erzielte Strukturveränderungen beim Patienten über angebbare beobachtbare Verhaltensweisen, natürlich auch sprachlicher Art, der empirischen Bewährungsprobe grundsätzlich unterziehbar sein und auch unterzogen werden. Dies bedeutet, dass sich aus den Vermutungen über Strukturveränderungen überprüfbare Vorhersagen in Bezug auf zukünftiges, auch konflikt spezifisches Verhalten des Patienten - Strategien der Konfliktlösung, Coping- und Abwehrmechanismen, Symptombildungen, Beziehungsgestaltungen usw. - ableiten lassen müssen; andernfalls bleiben Diskussionen über Strukturveränderungen sinnlos (Sargent et al. 1983).

Lücken im psychoanalytischen Verständnis klinischer Phänomene lassen sich also durchaus im Rückgriff auf Konzeptionen anderer Disziplinen schließen. Um dies tun zu können und somit zu einem umfassenden Verständnis seiner theoretischen Konzepte sowie seines klinischen Handelns zu gelangen, bedarf der Psychoanalytiker also breiter und fundierter Kenntnisse auch in den Nachbardisziplinen.

8.9 Beendigung

8.9.1 Allgemeine Gesichtspunkte

Wie lang und langwierig die Analyse auch gewesen sein mag, die Beendigungsphase bringt für beide Beteiligten die Bewältigung eigenständiger Probleme mit sich. Ein Auseinanderklaffen der Zielvorstellungen von Patient und Analytiker ist nicht selten; die Lebensziele, die der Patient mit der Behandlung verknüpft hat, decken sich nicht mit den Behandlungszielen des Analytikers (E. Ticho 1971). Es ist von großer praktischer Bedeutung, wie gut es dem Analytiker gelingt, dem Patienten die Begrenzung der Arbeit auf behandlungsimmanente Ziele näherzubringen, die endliche von der unendlichen Analyse zu differenzieren. Am Ende einer psychoanalytischen Behandlung soll der Patient die Fähigkeit zur Selbstanalyse erlangt haben. Ganz schlicht handelt es sich darum, dass der Patient, die besondere Form des Nachdenkens, das den psychoanalytischen Dialog auszeichnet, mitnehmen und sich erhalten kann. Es verbinden sich damit die Erwartungen, dass die Möglichkeit der Selbstanalyse beim Auftreten neuer Lebensprobleme der auch nach einer Analyse noch bestehenden Verdrängungsneigung entgegenwirkt und somit erneute Symptombildungen erschwert werden. Oft genug steht dem der „Mythos von der Vollkommenheit“, der vollständigen

Analyse, entgegen, den Analytiker unter dem Druck eigener überhöhter Ideale in die Endphase hineinragen (Gaskill 1980). Es ist leicht einzusehen, dass begüterte Patienten dieses Angebot übernehmen, um in Analyse bleiben zu können.

Mythos von der Vollkommenheit

Betrachten wir die Metaphern, die in der Literatur zur Beschreibung der Endphase herangezogen werden, so erahnen wir die unbewussten Phantasien, die mit der Beendigung verbunden sind. Weigerts (1952) Vergleich der Endphase mit einem komplizierten Landemanöver, bei dem die gesamte Mannschaft der libidinösen und aggressiven Kräfte an Deck in Aktion ist, verdeutlicht die zu erwartende Dramatik. In der Tat geht die Gefahr von der drohenden Desillusionierung aus, wenn das Streben nach narzisstischer Vollkommenheit, nach der vollständigen Auflösung der Übertragung und ähnlichen Mythen den bisherigen Behandlungsverlauf charakterisiert haben. Wenn dann Analytiker - den Patienten und sich an idealtypischen Vorstellungen messend - am Ende von Behandlungen enttäuscht über ihre Arbeit mit einem Patienten sind, während dieser seine Dankbarkeit ausdrückt, dann zieht der Mythos der Vollständigkeit negative Folgen nach sich.

Ein perfektionistischer Anspruch, der die Endlichkeit und Beschränkungen menschlichen Tuns verleugnet, verhindert, dass der Analytiker stolz und zufrieden auf seine Arbeit sein kann; der Patient hingegen kann sich nicht ablösen, weil er bewusst oder unbewusst die Enttäuschung des Analytikers spürt. Dann wird er den Analytiker noch lange vom Erfolg überzeugen wollen oder sich mit der Enttäuschung des Analytikers identifizieren.

Im deutlichen Unterschied zu diesem Ablauf des Sich-gegenseitig-nicht-Genügens wird manchmal in der Literatur das Gegenteil mitgeteilt. Die unvermeidlichen Unvollkommenheiten der psychoanalytischen Praxis, die uns allen vertraut sind, werden durch theoriekonforme Darstellungen der Beendigung von Psychoanalysen verdeckt.

So untersuchte Gilman (1982) anhand von 48 Abschlussberichten von Ausbildungskandidaten die Handhabung der Beendigungsphase mittels eines Fragenkatalogs. Obwohl sonst durchgängig eine große Variabilität festzustellen war, berichteten alle Analytiker über eine Auflösung der Symptome und eine vollständige Durcharbeitung des neurotischen Konflikts. Auch wurde die Beendigung angeblich in allen Fällen nicht durch äußere Ereignisse wie Veränderungen der Lebenssituation, Geldmangel u. Ä. initiiert, sondern in gegenseitigem Einverständnis. Abschlussberichte von Analytikern haben eine spezielle Aufgabe: Sie sollen die Kandidaten der Vereinigung empfehlen, und wir verstehen von daher die idealkonforme Darstellung der Beendigungsphase. Earles (1979) Untersuchung, ebenfalls bei Ausbildungskandidaten, fand nur in 25% der Fälle das Kriterium gegenseitig vereinbarter Beendigung erfüllt, was sich jedoch nur wenig von der Prozentzahl der Fälle qualifizierter Analytiker unterschied.

Sinnvolle Entscheidungskriterien

Wir möchten vorschlagen, nicht weiter in der Dimension „Vollständigkeit versus vorzeitige Beendigung“ zu diskutieren, sondern Denkweisen zu finden, die der Vielfältigkeit von inneren und äußeren Gründen gerecht werden können, weshalb psychoanalytische Behandlungen schließlich beendet werden. Analysen sollten ein Ende finden, wenn sich die gemeinsame analytische Arbeit für wesentlich neue Einsichten erschöpft hat. Damit machen wir deutlich, dass die Beendigung ein dyadischer Prozess ist, der prinzipiell unvollständig ist, wenn man davon ausgeht, dass sich zwei Menschen immer noch etwas zu sagen haben. Alle äußeren Umstände vernachlässigend kann man annehmen, dass Patienten dann aufhören, wenn der therapeutische Austausch an Bedeutung verliert und die Belastungen, die mit einer Behandlung verbunden sind, nicht mehr durch Erkenntnisgewinn aufgewogen werden. An diesem Punkt wird auch die unendliche Analyse endlich.

Wir müssen uns auch von der Vorstellung trennen, dass eine richtige Indikationsstellung eine befriedigende Beendigungsphase und einen guten Abschluss garantieren kann, wie dies

Glover noch (1955) vermutet hat. Zu viele Unwägbarkeiten bestimmen den analytischen Prozess, als dass mittels einer individuumzentrierten Diagnostik (Indikation und Prognose) das Ende vorhersagbar wäre (► Kap. 6). Die mit dieser Auffassung verbundene Einstellung hängt eng mit unserer Kritik an der normativen Idealtechnik zusammen, aus deren fehlerhaften Grundannahmen eine Fülle fehlerhafter Diskussionsbeiträge herrührt. Erfolgreiche und zufrieden stellende Beendigungen finden sich bei hochfrequenten wie bei niederfrequenten Therapien immer dann, wenn die Entwicklung einer guten Arbeitsbeziehung die Voraussetzung für die produktive Ausgestaltung regressiver Prozesse schafft (Hoffmann 1983). Aus diesen Gründen stehen wir ausformulierten Bemühungen um eine formelle Endphase (z. B. bei Grenell 2004) skeptisch gegenüber.

8.9.2 Dauer und Begrenzung

Die Begrenzung als technisches Mittel

Das psychoanalytische Verfahren konnte zu keinem Zeitpunkt mit der Illusion rascher, wundertätiger Heilung aufwarten. Schon Breuer u. Freud (1895) befanden, dass das Verfahren für den Arzt mühselig und zeitraubend sei. Da aber die psychoanalytische Methode zunächst meist an sehr schweren Fällen erprobt worden war, an „Personen mit vieljähriger Krankheitsdauer und völliger Leistungsunfähigkeit“, hofften sie:

In Fällen leichter Erkrankung dürfte sich die Behandlungsdauer sehr verkürzen und ein außerordentlicher Gewinn an Vorbeugung für die Zukunft erzielen lassen (Freud 1904a, S. 10).

Freud stand der angemessenen Begrenzung von Therapieaufwand milde skeptisch gegenüber. Obgleich solche Bemühungen einerseits keiner Rechtfertigung bedürften, so gelte andererseits:

Erfahrung hat uns gelehrt, die psychoanalytische Therapie, die Befreiung eines Menschen von seinen neurotischen Symptomen, Hemmungen und Charakterabnormitäten ist eine langwierige Arbeit (1937c, S. 59).

Diskussion der Wirksamkeit

Die Begrenzung einer Behandlung als technisches Mittel wurde von Freud beim Wolfsmann als Reaktion auf einen Stillstand der Behandlung eingeführt:

Ich bestimmte, nicht ohne mich durch gute Zeichen der Rechtzeitigkeit leiten zu lassen, dass die Behandlung zu einem gewissen Termin abgeschlossen werden müsse, gleichgültig, wie weit sie fortgeschritten sei (1918b, S. 33).

Ferenczi u. Rank (1924) griffen diese Idee auf. Beide hielten die Beendigungsphase, die „Entwöhnungsperiode“, für eine der wichtigsten und bedeutendsten der ganzen Kur. Schon 1925 jedoch setzte sich Ferenczi in seiner Schrift *Zur Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten* (1925) von Rank und seiner eigenen früheren Auffassung ab. Er schränkte die Wirkung der „Terminebegrenzung“ als Beschleunigungsmittel zur Beendigung der Kur und „als wirksames Mittel der Beschleunigung der Ablösung vom Arzt“ weitgehend ein (S. 290ff.) und vertrat 1928 in der Schrift *Das Problem der Beendigung der Analysen* die Ansicht, „die Analyse soll sozusagen an Erschöpfung sterben“ (S. 377). Ferenczi hebt an diesem Ablösungsprozess hervor, „dass der Patient schließlich vollkommen davon überzeugt wird, dass er sich in der Analyse ein neues, immer noch phantastisches Befriedigungsmittel vorbehielt, das ihm realiter nichts einbringt. Hat er die Trauer über diese Einsicht langsam überwunden, so sieht er sich unweigerlich nach anderen, realeren Befriedigungsmöglichkeiten um“ (S. 378). Diesem Gesichtspunkt entsprechen die zwei Bedingungen Freuds für eine Beendigung:

... die erste, dass der Patient nicht mehr an seinen Symptomen leidet und seine Ängste wie seine Hemmungen überwunden hat, die zweite, dass der Analytiker urteilt, es sei beim Kranken so viel Verdrängtes bewusst gemacht, so viel Unverständliches aufgeklärt, so viel innerer Widerstand besiegt worden, dass man die Wiederholung der betreffenden pathologischen Vorgänge nicht zu befürchten braucht (1937c, S. 63).

Determinanten der Behandlungsergebnisse

Die Determinanten des möglichen Resultats der psychoanalytischen Kur sind nach Freud Traumata, konstitutionelle Triebstärke und Ich-Veränderungen. Nach Freuds Ansicht bietet die traumatische Ätiologie von Neurosen besonders hohe Heilungschancen. „Nur im vorwiegend traumatischen Fall wird die Analyse leisten was sie meisterlich kann.“ Ob die Integration der Triebe im Ich gelingt, hängt von der Triebstärke (konstitutioneller oder aktueller Natur) ab. Allerdings ist er skeptisch, ob es in der Analyse gelingt, für alle Zeiten die Triebe harmonisch im Ich einzubetten, da die Triebstärke akzidentell in bestimmten Lebenszeiten ansteigen, durch neue Traumata und aufgezwungene Versagungen sich verstärken kann.

Wie wir heute wissen, stellte Freud (1937c) im Rückblick auf die Analyse Ferenczis fest, dass es nicht möglich sei, einen schlafenden Triebkonflikt in der Analyse zu beeinflussen, und er hielt die manipulative Aktivierung von Konflikten für unmoralisch.

Aber selbst angenommen, dass er [der Analytiker] leiseste Anzeichen einer solchen [negativen Übertragung] übersehen hätte, was bei der Enge des Horizonts in jener Frühzeit der Analyse nicht ausgeschlossen wäre, so bliebe es zweifelhaft, ob er die Macht gehabt hätte, ein Thema, oder wie man sagt: einen „Komplex“, durch seinen bloßen Hinweis zu aktivieren, solange er beim Patienten selbst nicht aktuell war (S. 65).

Hängt also die Triebstärke und ihre Veränderung von nicht im Voraus abzusehenden Imponderabilien ab, so legt Freud besonderes Gewicht auf die Analyse der Ich-Veränderung. Darunter versteht er Veränderungen des Ich unter der Wirkung der Abwehr und den Abstand zu einem fiktiven Normal-Ich. Die Analyse soll die für die Ich-Funktionen günstigsten Bedingungen herstellen. Mit diesem Fazit greift er Ideen auf, die A. Freud ein Jahr zuvor in ihrem Buch *Das Ich und die Abwehrmechanismen* (1936) veröffentlicht hatte. Reich hatte bereits 1933 darauf hingewiesen, dass oft Charakterwiderstände, die er als erworbene Panzerungen des Ich betrachtete, dem Fortschritt der Analyse entgegenstehen. Die Veränderungen der psychoanalytischen Theorie nach Einführung der Strukturtheorie und der Theorie der Abwehrmechanismen sowie die unter dem Einfluss von Reich wichtig gewordene Widerstands- und Charakteranalyse führten zur Verlängerung der Analysen.

Determinanten der Behandlungsdauer

Die Verlängerung von Analysen ist jedoch vielfach determiniert. Es ist beunruhigend, dass Glover, der viele Jahre für die Forschung am Londoner Psychoanalytischen Institut verantwortlich war, in seinem zuerst 1954 publizierten Aufsatz über therapeutische Kriterien der Psychoanalyse feststellte:

Wenn es um eine Entscheidung über die Dauer geht, ist es ratsam, sich daran zu erinnern, dass frühere Analytiker daran gewohnt waren, Analysen im Zeitraum zwischen 6 und 12 Monaten durchzuführen, die, soweit ich herausfinden kann, sich hinsichtlich ihres Ergebnisses nicht wesentlich von den Resultaten unterscheiden, die heutzutage von Analytikern beansprucht werden, die Analysen 4 oder 5 Jahre fortführen" (Glover 1955, S. 382f.; Übersetzung durch die Verfasser).

Balints (1948, 1954) Untersuchungen über die Auswirkungen der analytischen Ausbildung und der Lehranalyse auf die Dauer therapeutischer Analysen sind wegen ihrer ungeschminkten Offenheit hervorzuheben. Die seitherige Entwicklung bestätigt die von Balint erhobenen Befunde. Offenbar ist überall in der Welt die Verlängerung der therapeutischen

Analysen eine von der Dauer der Lehranalysen abhängige Größe. Balint zeigte, dass die Supertherapie auf eine Forderung Ferenczis (1928a) zurückgeht, der damals schrieb:

Bei früheren Gelegenheiten wies ich oft darauf hin, dass ich keinen prinzipiellen Unterschied zwischen einer therapeutischen und einer Lehranalyse anerkennen kann. Ich möchte diesen Satz nun in dem Sinne vervollständigen, dass in der Praxis die Therapie nicht in jedem Fall bis zu jener Tiefe vorzudringen braucht, die wir eine vollständige Beendigung der Analyse nennen, während die Persönlichkeit des Analytikers ... auch die verstecktesten Schwächen der eigenen Persönlichkeit kennen und beherrschen muss, was ohne voll beendigte Analyse unmöglich ist (zit. nach 1964, S. 376).

Diese Vollanalyse bezeichnet Balint (1954, dt. 1966, S. 335) als Supertherapie, und er beschreibt ihr Ziel mit den Worten Freuds:

In ihrem Namen wird gefragt, ob man die Beeinflussung des Patienten so weit getrieben hat, dass eine Fortsetzung der Analyse keine weitere Veränderung versprechen kann. Also ob man durch Analyse ein Niveau von absoluter psychischer Normalität erreichen könnte, dem man auch die Fähigkeit zutrauen dürfte, sich stabil zu erhalten ... (Freud 1937c, S. 63).

Diskussion der Supertherapie

Beunruhigend ist, dass nach Balints Meinung die Schulbildungen innerhalb der analytischen Bewegung und die Belastungen des Berufs zur Verlängerung der Lehranalysen führten. Ihre Fortsetzung über den offiziellen Abschluss der Ausbildung hinaus ging mit der Hochschätzung dieser freiwilligen Analyse als einer absolut privaten Angelegenheit einher. Balint führt weiter aus, dass erst in den letzten Jahren einige schüchterne Stimmen gewagt hätten, diese Supertherapie in Frage zu stellen. Nun gehe es freilich nicht mehr um Therapie und auch nicht um das Erreichen eines Ausbildungsziels, dem die Lehranalyse zunächst dient, sondern um die reine Selbsterkenntnis.

In der Geschichte der Lehranalyse, die nach Balint ihre erste Periode in der Unterrichtung, ihre zweite in der Demonstration, ihre dritte in der eigentlichen Analyse hatte, nennt Balint die vierte Periode jene der Forschung. Uns scheint der Transformation zur Supertherapie um ihrer selbst willen gerade all das zu fehlen, was üblicherweise als Forschung verstanden wird. Was nämlich in der verlängerten Lehranalyse geschieht, wird ja gerade nicht wissenschaftlich untersucht. Besonders aufschlussreich ist, dass die ganze psychoanalytische Bewegung von der Idee der Supertherapie erfasst wurde, ja geradezu von ihr lebt. Über Lehr- und Kontrollanalysen konstituierten sich die Schulen mit ihren jeweiligen, sich inhaltlich voneinander unterscheidenden Supertherapien. Nun ist gerade das Gegenteil dessen eingetreten, was Ferenczi sich von der Perfektion der Lehranalyse versprochen hatte, die er die 2. psychoanalytische Grundregel nannte:

Seit der Befolgung dieser Regel schwindet immer mehr die Bedeutsamkeit der persönlichen Note des Analytikers. Jeder, der gründlich analysiert wurde, der seine unvermeidlichen Schwächen und Charaktereigenheiten voll zu erkennen und zu beherrschen gelernt hat, wird bei der Betrachtung und der Behandlung desselben psychischen Untersuchungsobjekts unvermeidlich zu denselben objektiven Feststellungen gelangen und logischerweise dieselben taktischen und technischen Maßnahmen ergreifen. Ich habe tatsächlich die Empfindung, dass seit der Einführung der zweiten Grundregel die Differenzen der analytischen Technik im Schwinden begriffen sind (Ferenczi 1928b, zit. nach 1964, S. 382).

Balint gibt hierzu folgenden Kommentar:

Es ist erschütternd und ernüchternd, wenn man sich vergegenwärtigt, dass diese idealisierte, utopische Beschreibung, obwohl sie ein recht wahrheitsgetreues Bild aller gegenwärtigen Gruppen der psychoanalytischen Bewegung gibt, vom Ganzen her gesehen völlig falsch ist. Ferenczi sah die

Konsequenzen *einer* „Supertherapie“ durchaus richtig voraus, aber er dachte nicht an die Möglichkeit, dass die tatsächliche Entwicklung zu einem Nebeneinander mehrerer „Supertherapien“ führen könnte, die miteinander in Wettbewerb treten und zu einer Neuauflage der babylonischen Sprachverwirrung führen würden (Balint 1966, S. 344).

Da dieser Wettbewerb anhand qualitativer Kriterien entschieden werden müsste, die im Falle der privaten Supertherapie jedoch nicht Gegenstand der Forschung werden können, verlegt man sich auf die Hochschätzung von Zahlen. Je länger die Analysen dauern, desto besser. Der Wettbewerb wird durch die Dauer der Supertherapie entschieden (s. Thomä 1991).

Die Identifizierungen, die sich in Lehr- und Kontrollanalysen vollziehen, führen dazu, auch die therapeutischen Analysen und ihre Dauer mit dem zu vergleichen, was man selbst erfahren hat. Daraus ergibt sich, dass die Analysen von Patienten sich in Abhängigkeit von der Dauer der Lehranalysen verlängern. Natürlich ist dies nicht der einzige Grund. Aber diese Seite des ungemein komplexen Themas wird nur relativ selten offen diskutiert, weshalb wir hier diesen Exkurs eingeschaltet haben.

Entdeckung präödipler Pathologien

Als wesentlicher Grund der Verlängerung therapeutischer Analysen wird die Entdeckung präödipl entstandener Pathologien genannt. Narzisstische Störungen und Borderlinepersönlichkeiten versprochen, auf dem Hintergrund von Objektbeziehungstheorien bei langen Analysen erfolgreich behandelt werden zu können. Dies führte indirekt zur Verlängerung der Behandlungsdauer bei neurotischen Patienten, weil nun auch bei ihnen vermehrt narzisstische Persönlichkeitsanteile diagnostiziert wurden. So verschieden auch die Theorien über früh entstandene Störungen sind, sie betreffen allesamt die tiefen Schichten, die angeblich therapeutisch schwer und spät zu erreichen sind. Zugleich stößt man hier auf einen Widerspruch, auf den Rangell (1966) aufmerksam gemacht hat: Er hält es für ausgeschlossen, dass frühe präverbale Erfahrungen in der Analyse wiederbelebt werden können. Entsprechend kann die Analyse tieferer Schichten des Seelenlebens nicht dorthin führen, wohin die Objektbeziehungstheoretiker in der Nachfolge Ferenczis oder Kleins sowie die Selbsttheoretiker in der Nachfolge Kohuts zu gelangen glauben. Wohin sind sie dann gelangt?, ist die Frage, die sich für alle Schulen stellen lässt, wenn wir die stetigen Verlängerungen der analytischen Behandlungen ins Auge fassen.

Quantitativer und qualitativer Aspekt

Freud hat die Dauer der Therapie eindeutig in eine quantitative und qualitative Beziehung zur Chronifizierung und Schwere der Erkrankung gesetzt, wenn er sagt:

Es ist wahr, die Behandlung einer schweren Neurose zieht sich leicht über mehrere Jahre, aber legen Sie sich im Fall des Erfolgs die Frage vor, wie lange das Leiden gedauert hätte? Wahrscheinlich ein Dezennium für jedes Jahr Behandlung, das heißt das Kranksein wäre, wie wir es so oft an unbehandelten Kranken sehen, überhaupt nie erloschen (Freud 1933a, S. 168).

Daraus ergibt sich für die Beendigung zunächst die lapidare Feststellung: „Die Analyse ist beendet, wenn Analytiker und Patient sich nicht mehr zur analytischen Arbeitsstunde treffen“, weil der Patient nicht mehr an Symptomen leidet und ein Rückfall nicht zu befürchten ist (Freud 1937c, S. 63).

Hält man sich an diese Begründungen Freuds, dann ist die Dauer an Entscheidungsprozesse, die an die Verantwortung des Analytikers hohe Ansprüche stellen, gebunden. Wir plädieren mit vielen anderen für eine größere Offenheit im Hinblick auf die zeitlichen Festlegungen. Unsere Empfehlung lautet, den Schweregrad der Symptomatik und die Zielsetzung zur Richtschnur für die Dauer psychoanalytischer Behandlungen zu machen. Schwere der Erkrankung und Frequenz der Behandlung können freilich nicht nach dem Motto in ein einfaches quantitatives Verhältnis zueinander gebracht werden: Je kränker, desto intensiver

(also häufiger) sollte auch die Therapie sein. Entscheidend ist nämlich die Qualität dessen, was in der gegebenen Zeit vom Analytiker vermittelt und was vom Patienten aufgenommen und innerlich verarbeitet werden kann. Gerade Schwerkranke, die viel Anlehnung und Unterstützung suchen, haben zugleich große Schwierigkeiten, ihre Bedürfnisse von Nähe und Distanz zu regulieren. Heikle Dosierungsfragen stehen zur Diskussion, die eine qualitative Betrachtungsweise erforderlich machen.

Deshalb ist es besonders bedenklich, dass demgegenüber quantitative Gesichtspunkte bezüglich Dauer und Frequenz gerade bei Behandlungen im Rahmen der psychoanalytischen Ausbildung eine große Rolle spielen. Psychoanalytische Gesellschaften legen bei der kontrollierten Ausbildungsanalyse eine Mindestzahl von Behandlungsstunden fest. Das Eigeninteresse des Kandidaten, sein Berufsziel zu erreichen, interferiert damit fast unvermeidlich mit der Lösung der Fragen, welche Behandlungsdauer und Frequenz im Interesse des Patienten liegt. Die Mindeststundenzahl beträgt beispielsweise für die Ausbildungsfälle innerhalb der DPV 300 Sitzungen zum Zeitpunkt der Abschlussprüfung, verbunden mit der Erwartung, dass die Analyse danach noch fortgesetzt wird. Im Durchschnitt liegt die beim Abschlusskolloquium erreichte Stundenzahl beträchtlich höher.

Die quantitativen Forderungen (Gesamtdauer und Frequenz) Festlegung bringen Komplikationen mit sich, weil die deutschen Krankenkassen den Leistungsumfang in Psychotherapie und Psychoanalyse einschränken und weil die Finanzierung psychoanalytischer Therapien ab der 300. Behandlungsstunde an ganz besondere Bedingungen geknüpft ist (► Abschn. 6.6). Unter diesen Umständen ist es manchmal schwierig, zufrieden stellende Lösungen unter qualitativen Beurteilungsgesichtspunkten zu finden (Thomä 1994).

8.9.3 Kriterien der Beendigung

Wir befinden uns immer in der Gefahr, die Kriterien für die Beendigung und die anzustrebenden Ziele nach unseren persönlichen und/oder den gerade gängigen Ideen und bevorzugten Theorien auszurichten. Die einen formulieren ihre Ziele ganz auf der metapsychologischen Ebene, wo sie besonders wenig angreifbar sind, während andere sich ihre Orientierung auf der Ebene der klinischen Praxis suchen. Von der Art der Fragestellung aus werden ganz unterschiedliche Antworten möglich. So geben Weiss u. Fleming (1980) auf die Frage, wie die Persönlichkeit des Patienten beschaffen sein soll, wenn er die Behandlung verlässt, folgende Antworten:

Ihrer Ansicht nach zeichnen sich gutgeführte Analysen dadurch aus, dass der Patient im Vergleich zu früher konfliktfreier und selbständiger lebt und mit mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ausgestattet ist. Das sekundärprozesshafte Denken, die Fähigkeiten zur kritischen Realitätsprüfung und die Sublimierungsfähigkeiten haben zugenommen. Die Objektbeziehungen haben sich verbessert. Der Patient hat ein zunehmendes Verständnis für den Unterschied „der Analytiker als professionelle Person“ und „der Analytiker als Übertragungsobjekt“ entwickelt. Eine andere Fragestellung zielt darauf ab, ob der Patient über genügend Mittel und Werkzeuge verfügt, um den analytischen Prozess selbständig fortzuführen.

Fähigkeit zur Selbstanalyse

Das damit angeschnittene Thema der Selbstanalyse soll wegen der großen Bedeutung nochmals aufgegriffen werden. Wie wir in unseren Ausführungen zu den Identifikationsprozessen des Patienten mit dem Analytiker (► Abschn. 8.4) dargestellt haben, sehen wir in der Identifikation mit dem Analytiker und dessen analytischer Technik den wichtigsten Schritt für das weitere Schicksal der analytischen Fortschritte. In Übereinstimmung mit Hoffer (1950), G. Ticho (1967, 1971) und E. Ticho (1971) betrachten wir den Erwerb der Fähigkeit zur Selbstanalyse als ein Hauptziel der psychoanalytischen Behandlung. Mit dieser Festlegung kontrastiert, dass bislang nur wenige Konkretisierungen

dessen beschrieben wurden, was denn nun beim Patienten vor sich geht, wenn er nach Abschluss der Behandlung seiner Selbstanalyse nachgeht. G. Ticho (1971) hat nach Interviews bei Kollegen eine konzeptuelle Gliederung vorgelegt, die hilfreich für eine weitere Ausarbeitung ist. Für Ticho handelt es sich bei der Selbstanalyse um einen Prozess, der sich aus verschiedenen Arbeitsschritten zusammensetzt, die konsekutiv erlernt werden:

1. Es bildet sich die Fähigkeit aus, Signale eines unbewussten Konflikts aufzunehmen, etwa: Eine irrationale oder übertriebene Reaktion wird wahrgenommen, ohne sie sofort mit Abwehrmechanismen wie Verschiebung und Projektion überspielen zu müssen;
2. Gedanken ohne allzu große Angst freien Lauf zu lassen, frei zu assoziieren und so einen relativ freien Zugang zum Es zu schaffen;
3. auf das Verständnis der Bedeutung eines unbewussten Konflikts längere Zeit warten zu können, ohne enttäuscht aufzugeben. - An der Entwicklung dieser Fähigkeit lässt sich ablesen, wie weit sich der Patient mit jenem Anteil des Analytikers identifizieren konnte, der während der Analyse vertrauensvoll abwartete, bis der Analysand zu einer Lösung des Konflikts bereit war.
4. Der gewonnenen Einsicht zu folgen und eine Änderung an sich selbst [und/oder der Umwelt, die Verfasser] herbeizuführen. Diese Fähigkeit bildet sich, sobald genügend Ich-Stärke erreicht ist und der Analysand während seiner Analyse erfahren konnte, dass Einsichten tatsächlich Ich-Veränderungen nach sich ziehen können (G. Ticho 1971, S. 32).

Wir nehmen an, dass die Fähigkeit zur Selbstanalyse in einem kontinuierlichen, fast wie beiläufig ablaufenden Lernprozess stattfindet, in dem sich der Analysand mit den analytischen Funktionen identifiziert (► Abschn. 8.4). Das Behandlungsende kann geplant werden, wenn der Analytiker Hoffnung in die Fähigkeit zur Selbstanalyse bei seinem Analysanden zu setzen vermag. Ist dieses Arbeitsziel erreicht, können andere Kriterien zur Beendigung, wie sie Firestein (1982) zusammengestellt hat, relativiert werden, wie z. B. symptomatische Besserung, Strukturveränderung, zuverlässige Objektkonstanz in Beziehungen und eine ausgewogene Balance zwischen Triebwelt, Über-Ich und Abwehrstrukturen. **Relativierung dieser Kriterien** meint keine Ablehnung, sondern **ihre sorgfältige Gewichtung im Hinblick auf noch weitere erreichbare Ziele im Verhältnis zur Verlängerung der analytischen Arbeit**. Eine Fixierung der Zielorientierung auf Persönlichkeitseigenschaften anstatt auf Fähigkeiten wie die der Selbstanalyse wird Freuds mahnenden Worten in der letzten technischen Schrift nicht gerecht.

Die Grenzen der Veränderbarkeit sind oft enger gezogen, als wir es wahrhaben wollen. Das Erreichen der Selbsterkenntnis hinsichtlich dieser Grenzen dürfte oft der für den Patienten wichtigere Schritt sein, als einer Utopie zu folgen. Diese Position mag überraschen, da wir sonst durchgängig auf die Veränderung hinweisen, die als Ergebnis des kostbaren Junktims von Heilen und Forschen (► Kap. 10) zu fordern ist. Da jedoch „Strukturveränderung“ als Ziel der Behandlung zu den am schwierigsten - theoretisch und empirisch - fassbaren Konstruktionen der psychoanalytischen Persönlichkeitspsychologie zu gehören scheint, möchten wir uns hier mit Veränderungen begnügen, die den Patienten in die Lage versetzen, sein Leben besser als vor der Behandlung im Einklang mit seinen Wünschen und Begrenzungen zu gestalten. Freuds Worte „Wo Es war, soll Ich werden“ beschreiben dann realistische Ziele der analytischen Behandlung, wenn dem Ich Einsicht und Handlungsfähigkeit wiedergegeben ist.

8.9.4 Die nachanalytische Phase

Die Handhabung der Beziehung zum Patienten nach der Beendigung der psychoanalytischen Behandlung ist ein wenig beachtetes Gebiet. Selbst in der mündlichen Kommunikation unter Psychoanalytikern sind diesbezügliche Mitteilungen eher rar, ganz entgegen dem sonst so intensiven Erfahrungsaustausch. Ein Blick auf Freuds Umgang mit diesen Fragen wird durch

den Umstand verstellt, dass die Behandlungsberichte (Blanton 1971; Doolittle 1956), die in den letzten Jahren der analytischen Öffentlichkeit bekannt wurden (Cremerius 1981b), von Patienten stammen, deren außergewöhnliche Position - entweder als Analytiker wie Blanton oder als von Freud geschätzte Schriftstellerin wie Doolittle - keine Rückschlüsse auf Freuds Umgang mit alltäglichen Patienten zulässt. Zwar besteht heutzutage Einigkeit darüber, dass der nachanalytischen Behandlungsphase eine große Bedeutung für die weitere Ausarbeitung und Entwicklung der durch die Behandlung angestoßenen Reifungsprozesse zukommt; aber in Menninger u. Holzmans Lehrbuch finden wir nur den lapidaren Satz:

Der Vertrag ist erfüllt worden. Die Parteien trennen sich voneinander (1958; dt. 1977, S. 212).

Für und Wider nachanalytischer Kontakte

Was nach der realen Trennung von Analytiker und Patient folgt, ist ein Bereich,

in dem die Analytiker sich selbst der Erkenntnis und der möglichen Widersprüche berauben, die so lebenswichtig für das Wachstum der Psychoanalyse als Wissenschaft sind (Schlessinger u. Robbins 1983, S. 6; Übersetzung durch die Verfasser).

Systematische Nachuntersuchungen waren lange unüblich; die wenigen gründlichen Studien, auf die wir noch eingehen werden, zeigen überdeutlich auf, dass unsere Vorstellungen über die nachanalytische Phase und die weitergehende Verarbeitung einer psychoanalytischen Therapieerfahrung zu den Goldminen gehört, an denen wir zu lange vorbeigegangen sind. Die Erfahrung bei der Selbstanalyse, wie sie Kramer (1959) und G. Ticho (1971) beschrieben haben, können nur in sehr vorsichtiger Weise auf Patienten übertragen werden. Nach der Ausbildung stehen wir durch die Zugehörigkeit zur Berufsgemeinschaft in ständigem Kontakt mit anderen Analytikern und sind durch die tägliche Arbeit stetig auf die Selbstanalyse angewiesen. Die Konzeption einer nachanalytischen Phase, die von Rangell (1966) eingeführt wurde, entspricht unserem prozessualen Verständnis der Abläufe im Therapieprozess. Die Gestaltung solcher nachanalytischer Kontakte ist ein umstrittener Punkt, der durch die unangemessene Auffassung über die Auflösung der Übertragung (► Kap. 2) und eine korrespondierende Angst vor einer Wiederbelebung von Übertragung bestimmt wird.

Soll der Analytiker darauf hinarbeiten, dass der Patient keinen Kontakt mehr zu ihm aufnimmt mit dem Ziel, die Analyse integriere sich so ins Leben des Patienten, dass sie einer Amnesie ver falle, wie die kindlichen Erinnerungen? Oder soll der Analytiker dem Patienten die Tür zu erneuten Kontakten offen halten? E. Ticho (zit. nach Robbins 1975) vertritt die Ansicht, der Analytiker solle dem Patienten nicht versichern, dass er für weitere Konsultationen zur Verfügung stehe. Denn damit unterminiere er das Vertrauen des Patienten zu sich selbst.

Dagegen bietet Hoffer (1950) Hilfestellungen für diese Phase an, sofern sie für Patienten nötig sind. Buxbaum (1950) hält es für das Zeichen einer erfolgreichen Analyse, wenn der frühere Patient sagen kann: „I can take or leave the analyst.“ Ihrer Meinung nach wird dies dadurch erleichtert, dass der Analytiker dem Patienten zugesteht, zu ihm Kontakt aufnehmen zu können, wenn er es will und braucht, ohne dass das Vorhandensein eines Symptoms dazu notwendig wäre. Sie hat die Erfahrung gemacht, dass Patienten gelegentlich von diesem Angebot Gebrauch machen, es aber niemals missbrauchen. Das strenge „never more“ lasse eher traumatisierende Wirkung beim Patienten erwarten, weil er dadurch in eine passive Position gebracht werde.

Dewald (1982) schlägt vor, die Frage postanalytischer Kontakte mit Fingerspitzengefühl zu handhaben. Für den einen Patienten ist es eine Pein, wenn seine Bitte nach Kontakten zurückgewiesen wird, für den anderen ist die Zustimmung zu weiteren analytischen Kontakten eine ungesunde Ermunterung zur Krankheit. Greenson (s. Robbins 1975) experimentierte in einer Behandlung damit, den Patienten einige Monate lang nach der Analyse alle vier Wochen zu sehen. Auf diese Weise wandelte sich die Rolle des Analytikers: Er wurde vom Psychoanalytiker des Patienten zum Zuhörer der Selbstanalyse.

Eine flexible Einstellung liegt nahe. Werden nachanalytische Kontakte deutlich durch das Überleben übertragungsneurotischer Einstellungen bedingt, bietet sich eine therapeutische Bearbeitung an, wie dies Bräutigam (1983, S. 130) beschrieben hat. Es ist jedoch generell sinnvoll, dem Patienten zu vermitteln, dass er im Falle des Scheiterns seiner eigenen selbstanalytischen Fähigkeiten bei der Bewältigung anstehender Belastungen erneut Kontakt zu seinem oder einem Analytiker aufnehmen kann (s. auch Zetzel 1965).

Gestaltung nachanalytischen Treffens

Eine andere Frage ist es, wie der Analytiker reale Kontakte in der Zeit nach einer Behandlung gestaltet, die sich ungeplant oder auch aus professionellen Gründen ergeben. Die analytisch distanzierte Haltung ist nicht länger angebracht und wirkt sich nur hemmend und schädlich aus. Das andere Extrem jedoch ist charakterisiert durch die Anstrengung, Neutralität zu vermeiden, indem der Patient geradezu zu einer vorzeitigen und intensiven Vertrautheit stimuliert wird, auf die er oft wie auf eine bedrohliche Verführung reagiert. Beide Haltungen ziehen ungünstige Folgen nach sich. Die erstere führt zu Hemmung und regressiver Abhängigkeit, während die andere Verwirrung, Angst oder hypomanisches „acting out“ auslöst. Der beste Weg, soziale und professionelle Kontakte nach der Beendigung einer Behandlung zu gestalten, liegt in der Mitte zwischen diesen beiden Extremen (Rangell 1966).

Generell möchten wir für die Weiterentwicklung der analytischen Beziehung nach Beendigung der Analyse an die Stelle der radikalen Separation das Vorbild der unbewussten Struktur der Hausarztbeziehung stellen. Wie Balint ausgeführt hat, ist das entscheidende Moment der **Hausarztbeziehung** das Gefühl der Verfügbarkeit, wenn er gebraucht wird. Von diesem Grundgefühl aus sollte u. E. der Analytiker die Durcharbeitung der Trennungsprobleme führen. Es ist eine unangemessene Überhöhung der analytischen Beziehung, die Trennung mit dem Sterben zu vergleichen. Dies führt zu einer künstlichen Dramatisierung, wodurch die unbewussten Allmachtsphantasien und deren Projektion so verstärkt werden, dass die Trennung erschwert wird. Die latente Beziehungsbereitschaft zum Analytiker sollte notfalls aktualisiert werden können, weil jedermann von Änderungen seiner Lebenslage so betroffen werden kann, dass er sich erneut an seinen Psychoanalytiker wenden möchte. Es ist sekundär, ob dies der gleiche oder aus äußeren Gründen ein anderer Analytiker sein wird. Wichtig ist das Grundgefühl der guten Erfahrung, die Menschen wieder dazu bringt, ein Stück Analyse in Anspruch zu nehmen.

Langzeitbeobachtungen nach der Analysebeendigung

Zu den vernachlässigten Gebieten, zu deren Erforschung Waelder (1956) ermutigt hat, gehören Langzeitbeobachtungen nach abgeschlossenen Analysen. Hierbei ist es zweckmäßig, eine Unterscheidung zwischen unsystematischen klinischen und systematisch-empirischen katamnestischen Untersuchungen zu treffen. Beide haben ihre Bedeutung. Der niedergelassene Analytiker kann wichtige langfristige Einzelbeobachtungen machen. Die meist übertriebene Sorge um eine unnötige Wiederbelebung von Übertragungen hat die Neugierde und Kontaktbereitschaft von Analytikern übermäßig eingeschränkt.

Das katamnestische Interview

Eine dem psychoanalytischen Selbstverständnis angemessene Prozedur der Nachuntersuchung in Form psychoanalytischer Interviews wurde von Pfeffer (1959) eingeführt und durch weitere Studien in ihrer Brauchbarkeit bestätigt (1961, 1963). In jedem der untersuchten Fälle ließen sich deutlich die Auswirkungen persistierender unbewusster Konflikte aufzeigen, die mit den ursprünglich diagnostizierten Konflikten zusammenhingen; der positive Gewinn der psychoanalytischen Behandlungen bestand vorwiegend in der Fähigkeit der Patienten, mit diesen Konflikten angemessen umzugehen.

Es scheint sich allmählich die Überzeugung durchzusetzen, dass solche Nachuntersuchungen nicht nur der Legitimation nach außen dienen, sondern eine ertragreiche Methode für das

Studium der nachanalytischen Veränderung darstellen (Norman et al. 1976; Schlessinger u. Robbins 1983). Die vorliegenden Fallstudien demonstrieren die Beständigkeit wiederkehrender Konfliktmuster; solche Muster werden in der Kindheit erworben und sind als solche relativ unveränderlich. Sie bilden den individuellen Ausgang der Reifungs- und Entwicklungsprozesse, gestalten das kindliche Erleben und bilden den Kern der Neurose. Die Wirkung der psychoanalytischen Behandlung führt nicht zu einem Auslöschen dieser Konfliktmuster, sondern zu einer erhöhten Fähigkeit zu Toleranz und Beherrschung von Frustration, Angst und Depression durch die Entwicklung der selbstanalytischen Fähigkeit. Diese etabliert sich als eine vorbewusste Bewältigungsstrategie über den Weg einer Identifikation, mit dem Bemühen des Analytikers zu beobachten, zu verstehen und psychologische Vorgänge zu integrieren. So fassen Schlessinger u. Robbins in ihrer monographischen Darstellung die Ergebnisse ihrer Nachuntersuchungen zusammen. Wir meinen, dass diese Feststellungen eine Entlastung für uns als Analytiker sein und zugleich die Befriedigung vermitteln können, dass sich die Arbeit der Analyse gerade durch solche Nachuntersuchungen realistischer und gerechter darstellen kann.

Systematische Katamnesen verfolgen andere Ziele, wie sie seit dem ersten Versuch Fenichels (1930) über die Ergebnisse des Berliner Instituts besonders an den psychoanalytischen Polikliniken möglich geworden sind (s. dazu Jones 1937; Alexander 1937; Knight 1941). Sie zielen auf den Versuch einer Gewichtung verschiedener Einflussgrößen auf den Therapieprozess und sein Ergebnis, was nur an größeren Stichproben möglich ist (z. B. Kernberg et al. 1972; Kordy et al. 1983; Luborsky et al. 1980; Sashin et al. 1975; Weber et al. 1985). In der Bundesrepublik Deutschland wurde mit der DPV-Katamnesenstudie ein längst überfälliges Vorhaben inzwischen abgeschlossen und vielfältig publiziert (Leuzinger-Bohleber et al. 2001a, b; 2002). Kritische Stellungnahmen zur Methodik und damit Validität dieser Studie bleiben nicht aus (Hoffmann 2001; von Rad et al. 2001; Schulte 2001). Trotz der möglichen Kritik hat diese Studie dazu beigetragen, die Neugier der DPV-Psychoanalytiker auf die langfristigen Auswirkungen ihrer Bemühungen als Bereicherung zu verankern.

In Deutschland haben katamnestische Untersuchungen dieser Art entscheidend zur Aufnahme psychoanalytischer Leistungen in die ärztliche Gebührenordnung beigetragen (Dührssen 1953, 1962). Gerade weil der gegenwärtige Stand der Ergebnisforschung über die anfängliche simplifizierende Methodik weit hinausgeht (Lambert u. Ogles 2003), sind systematische prospektive Untersuchungen zur kassenrechtlichen Vertretbarkeit mittel- und langfristiger Psychoanalysen angesichts der eindrucksvollen Ergebnisse psychodynamischer Kurztherapien (Leichsenring et al. 2004) dringend erforderlich. Beispiele für solche methodologisch stringenter Studien liefern die PAL-Studie (Rudolf et al. 2002), die München-Studie (Huber et al. 2001) und die Göttingen-Studie (Leichsenring et al. 2005), die wir im ► Band „Praxis“ in Abschn. 9.11 ausführlicher darstellen werden.