

Neudert L, Kächele H, Thomä H (1990) Der empirische Vergleich konkurrierender psychoanalytischer Behandlungstheorien.
Psychother Psychol Med: DiskJournal 1: 1

L. Neudert, H. Kächele und H. Thomä, Ulm

Der empirische Vergleich konkurrierender psychoanalytischer Behandlungstheorien als Beitrag zu Entwicklung empirisch geprüfter Prozessmodelle der psychoanalytischen Behandlung

Einleitung:

Die Frage, wie ihre Theorien geprüft werden können, ist für die Zukunft einer Psychoanalyse, die ein Selbstverständnis als Wissenschaft aufrecht erhalten möchte, von entscheidender Bedeutung. Die unverminderte Aktualität dieser Frage wird in aller Dringlichkeit deutlich, wenn in Arbeiten wie der von Grünbaum (1984) fundierte Zweifel an der prinzipiellen Möglichkeit, Theorien im klinisch-psychoanalytischen Feld zu prüfen geäußert wird. Wallerstein hat in seiner Freud Anniversary Lecture von 1985 Grünbaum's Herausforderung aufgegriffen, verschiedene methodologische Ansätze mit ihren Folgen für die psychoanalytische Theorienbildung und -prüfung aufgearbeitet und daran seinen eigenen Standpunkt entwickelt. Er hat dabei den - wie wir meinen - überzeugenden Nachweis erbracht, daß es möglich ist, psychoanalytische Theorien im klinischen Setting zu prüfen.

Der Beantwortung der Frage, ob und wie psychoanalytische Theorien geprüft werden können, muß die Festlegung auf einen wissenschaftstheoretischen Standort vorausgehen, da die Entscheidung darüber, was als akzeptable Prüfung einer Theorie gelten kann, unmittelbar von dem zugrundegelegten wissenschaftstheoretischen Paradigma abhängt. Als Beispiel für einen effektiven Lösungsversuch aus empirisch-sozialwissenschaftlicher Sicht möchten wir einen in Deutschland weitgehend unbekannten Ansatz vorstellen, den wir für eine unter forschungspraktischen Gesichtspunkten paradigmatische Antwort auf die

88. Neudert L, Kächele H, Thomä H (1990) Der empirische Vergleich konkurrierender psychoanalytischer Behandlungstheorien. *PPmP-Diskjournal* 1:1

Frage nach der Überprüfbarkeit psychoanalytischer Theorien halten. Es handelt sich um die Arbeiten der Psychotherapy Research Group unter der Leitung von Joseph Weiss und Harold Sampson am Psychoanalytischen Institut von San Francisco.

1. Die konkurrierenden Theorien

Seit den siebziger Jahre arbeiten am Mount Zion Hospital and Medical Center sowie am San Francisco Psychoanalytic Institute J. Weiss und H. Sampson zusammen mit einer Gruppe von jüngeren Analytikern an der klinisch und theoretisch zentralen Frage, wann und wie verdrängte Inhalte ins Bewußtsein gelangen. Ihre Überlegungen zu diesem Thema sind eingebettet in den Rahmen einer umfassenden Theorie unbewußter Prozesse.

Weiss betonte bereits 1967 in der theoretischen Einleitungsphase des Forschungsprogramms in Anlehnung an Gill (1952), daß es theoretisch und klinisch fruchtbar ist, Abwehrmaßnahmen auf einem Kontinuum anzuordnen, das von unbewußten Abwehrmechanismen bis zu ich-syntonen Kontrollfunktionen reicht. Eine wünschenswerte Veränderung des Patienten im psychoanalytischen Prozeß würde danach - soweit es die Abwehr betrifft - in einem allmählichen Fortschreiten zu immer ich-syntoneren Kontrollmöglichkeiten bestehen. Die Abwehrmechanismen werden durch die analytische Behandlung nicht `aufgehoben` (abolished *), sondern nach und nach durch brauchbarere, realitätsgerechtere Maßnahmen ersetzt. In einer nachfolgenden Arbeit illustriert Weiss (1971) drei Bedingungen, die Veränderungen in der Abwehrlage eines Patienten hervorrufen können:

- 1) eine veränderte äußere Situation wirkt sich auf die innere Situation des Patienten aus; als Beispiel kann das `the crying at the happy ending` aufgeführt werden: erst in dem Moment, wo der traurige Anlaß vorbei ist, kann die bis dahin verdrängte Trauer zugelassen werden.
- 2) In der Beziehung zum Analytiker (oder einer anderen wichtigen Bezugsperson) sind Veränderungen eingetreten, die es dem Patienten möglich machen, den Analytiker als Hilfs-Ich zu verwenden. In dieser Funktion vermittelt er soviel Sicherheit, daß der Patient seine Abwehr gefahrlos lockern kann.
- 3) Die Fähigkeit des Patienten, Kontrolle über bestimmte Inhalte auszuüben, die zuvor verdrängt werden mußten, hat zugenommen. Jeder Zuwachs an Kontrollkompetenz erlaubt dem Patienten, neue Inhalte ins Bewußtsein `eintreten` zu lassen: die Abwehr entwickelt sich kontinuierlich von unbewußten Mechanismen zu bewußten Funktionen.

Gemeinsam ist diesen drei Bedingungen, daß zunächst das unbewußte Sicherheitsbedürfnis - hier stützt sich Weiss auf Sandler und Joffe (1969) - des Patienten erfüllt sein muß, bevor er in der Lage ist, seine Abwehr zu lockern: "Das Ich ist, wie es scheint, immer bereit, eine Gelegenheit beim Schopf zu packen, um einen Inhalt, mit dem es bisher nicht fertig wurde, zu bewältigen, und zwar bringt es solch einen Inhalt immer dann auf, wenn es die Situation für sicher hält." (Weiss 1971, S. 460). In dieser Arbeit macht Weiss deutlich, welche zentrale Bedeutung er unbewußten Ich-Anteilen für die Regulation von Abwehrprozessen beimißt.

Diese Überlegungen zu Funktionsmodi der Abwehr wurden von Weiss und Sampson fortgeführt: sie setzten sich dabei mit zwei konkurrierenden Konzeptionen des Unbewußten auseinander, die sich schon in der Entwicklung des Freud'schen Werkes finden. Diese beiden Konzeptionen unterscheiden sich in ihren Annahmen über

- die Inhalte des Unbewußten,
- die Kriterien, die der Regulation unbewußter Prozesse zugrunde liegen, und
- die Art und Weise, wie diese Regulation erfolgt.

Diese beiden unterschiedlichen Auffassungen über Inhalte und Regulationsmodi des Unbewußten sollen nun in der Form, wie sie sich schon bei Freud finden, kurz dargestellt werden:

In seinen frühen Schriften, vor allem in "Das Unbewußte" (1915e), geht Freud von folgenden Vorstellungen aus: "Der Kern des Ubw besteht aus Triebrepräsenzen, die ihre Besetzung abführen wollen, also aus Wunschregungen." (GW 10 / S. 285) Diesen Wunschregungen, die nach Befriedigung streben, stehen die Abwehrmechanismen entgegen, deren Ziel es ist, die Wunschregungen im Unbewußten zu halten. Freud geht davon aus, daß verschiedene Wunschregungen auf der gleichen Ebene der kognitiven Hierarchie liegen und einen Kompromiß eingehen, wenn sie in Widerspruch zueinander oder zu den Abwehrmechanismen geraten.

Bei den Inhalten des Unbewußten handelt es sich um infantile Triebwünsche, die in Form von Fixierungen bestehen bleiben, weil sie im Lauf der psychosexuellen Entwicklung entweder zu viel oder zu wenig Befriedigung erfahren haben. Die Fixierung dient dazu, die zum entsprechenden Triebwunsch gehörige Befriedigungsform zu schützen.

Die Regulation unbewußter Prozesse erfolgt ohne "... Rücksicht auf die Realität. Sie sind dem Lustprinzip unterworfen; ihr Schicksal hängt nur davon ab, wie stark sie sind und ob sie die Anforderungen der Lust-Unlustregulierung erfüllen" (GW 10 / S. 286). Komplexere kognitive Funktionen wie Einstellungen, Antizipationen, Realitätsprüfung haben nach dieser Auffassung keinen Einfluß auf unbewußte Prozesse; ihre Regulation erfolgt automatisch, d.h. nach dem homöostatischen Prinzip von Lust und Unlust.

Diese Annahmen weichen in Freuds späteren Schriften - "Jenseits des Lustprinzips" (1920 g), "Das Ich und das Es" (1923 b), "Hemmung, Symptom und Angst" (1926 d) und "Abriß der Psychoanalyse" (1940 a) - einer veränderten Konzeption. Die Inhalte des Unbewußten sind nun nicht mehr nur Triebrepräsenzen, sondern auch Motive, die aus dem Ich und dem Über-Ich stammen: so zum Beispiel Motive, die durch Identifikation mit den Eltern entstanden sind, Wünsche nach Selbstbestrafung, die aus unbewußten Schuldgefühlen resultieren (1923 b), unbewußte Theorien über die Realität und auch der unbewußte Wunsch, eigene Probleme zu lösen. Gerade dieses zuletzt genannte Motiv wird in der Spezifizierung der Theorie durch Weiss und Sampson eine zentrale Rolle spielen.

Freud entwickelt es in "Jenseits des Lustprinzips" (1920 g) anhand der an sich erstaunlichen Beobachtung, daß ein Mensch nicht nur angenehme Kindheitserlebnisse unbewußt wiederholt, sondern auch Erfahrungen, die eher schmerzlich für ihn gewesen sein müssen. Er bietet dafür mehrere Erklärungen an, u.a. auch die Überlegung, daß diese traumatischen Erfahrungen deshalb reproduziert werden, weil der Betroffene sie bewältigen möchte.

Als Punkt für die Diskussion : als Erklärung für die zum Teil grausamen Inhalte der unbewußten Annahmen reichen die ichpsychologischen Annahmen meiner Ansicht nach nicht aus. Das Kind könnte sich zum Beispiel durch die Formulierung von Theorien auch entlasten, indem es zum Beispiel unangenehme Ereignisse external, angenehme dagegen internal attribuiert. Warum die Theorien gerade in der selbstschädigenden Weise formuliert werden, in der man sie bei Patienten vorfindet, ist meiner Ansicht nach durch die Rolle des Ich als Hypothesengenerierer und -prüfer nicht ausreichend erklärt. Muß man, was die Inhalte des Unbewußten angeht, nicht doch wieder auf triebtheoretische Erwägungen zurückgreifen?

Diese Überlegungen widersprechen der früheren Annahme, daß die Regulation unbewußter Prozesse automatisch erfolgt. In "Hemmung, Symptom und Angst" (1926 d) führt Freud explizit die Überlegung

ein, daß das Auftreten abgewehrter Impulse mit Hilfe komplexer kognitiver Funktionen reguliert wird, die das Ich unbewußt zum Einsatz bringt. Das Kriterium, nach dem ein Impuls abgewehrt oder zugelassen wird, ist nicht mehr die homöostatische Regulierung von Lust und Unlust, sondern die Antizipation von Gefahr und Sicherheit, die mit dem Auftauchen dieses Impulses verbunden ist. Im "Abriß der Psychoanalyse" (1940 a) wird der Gedanke fortgeführt, daß das Ich "... zwischen Triebanspruch und Befriedigungshandlung die Denktätigkeit einschaltet, die nach Orientierung in der Gegenwart und Verwertung früherer Erfahrungen durch Probehandlungen den Erfolg der beabsichtigten Unternehmung zu erraten sucht. Das Ich trifft auf diese Weise die Entscheidung, ob der Versuch zur Befriedigung ausgeführt oder verschoben werden soll oder ob der Anspruch des Triebes nicht überhaupt als gefährlich unterdrückt werden muß (Realitätsprinzip)." (GW 17 / S. 129) Wird die Situation nicht als sicher bewertet, so entsteht ein Angstsignal, das die Verdrängung nach sich zieht.

Freud betont freilich in "Hemmung, Symptom und Angst" (1926 d), daß er seine neuen Überlegungen zu Inhalten und Dynamik des Unbewußten nicht als konkurrierende Theorie, sondern als Bereicherung seiner früheren Annahmen verstanden wissen will. Dieser Sichtweise haben sich zahlreiche Analytiker angeschlossen: in vielen heute gängigen psychoanalytischen Formulierungen finden wir eine Verknüpfung der beiden theoretischen Systeme; das Unbewußte gehorcht danach sowohl dem Lust- als auch dem Realitätsprinzip.

Die Forschergruppe um Weiss und Sampson hat sich dieser weitverbreiteten Auffassung nicht angeschlossen: zunächst überprüften sie in einer Reihe von Prozeßstudien die Bedeutung des Sicherheitsprinzips für die Regulation der Abwehr (Horowitz et al., 1978, Sampson et al., 1972).

Nachdem sie sich von der Brauchbarkeit des ichpsychologischen Ansatzes überzeugt hatten, formulierten sie die beiden Auffassungen über Inhalte und Funktionsweisen des Unbewußten nicht als einander ergänzende Betrachtungsweisen, sondern als konkurrierende Theorien. Die Hauptargumente, die sie gegen eine Kombination der beiden Konzeptionen anführen, basieren nicht so sehr auf Überlegungen zur Theorie der Psychoanalyse, als vielmehr auf Erwägungen allgemein-for-

schungslogischer Natur (Weiss & Sampson in Masling (Ed.), Volume II, in print, tentative publication 1987):

- Die kombinierte Theorie kann jedes Verhaltensmuster des Patienten erklären und ist damit unwiderlegbar. Sampson und Weiss führen also die methodologische Forderung nach Falsifizierbarkeit einer Theorie als Argument gegen eine Kombination der beiden Abwehrkonzeptionen an.

- Beide Konzeptionen sind in sich schlüssige Theorien und gleichzeitig sparsamer und eleganter als die kombinierte Theorie: hier dient das wissenschaftstheoretische Sparsamkeitsprinzip als Beurteilungskriterium für die Brauchbarkeit von Theorien.

Ein weiteres Argument hat - wie uns scheint - in erster Linie Rechtfertigungscharakter: es ist der Hinweis darauf, daß Freud selbst die Auffassung vertreten habe, die Regulation nach dem Kriterium "Sicherheit vs. Gefahr" sei dem Lustprinzip vorgeordnet.

Tatsächlich dürfte es innerhalb der Psychoanalyse bislang eine Rarität sein, daß zur Beurteilung der Brauchbarkeit psychoanalytischer Theorien allgemeine Prinzipien aus der "Logik der Forschung" eingeführt werden.

Weiss und Sampson tun dies deshalb, weil sie der empirischen Überprüfbarkeit einer Theorie einen hohen Stellenwert beimessen. Die Logik der Forschung gewährleistet, daß Theorien so formuliert werden, daß sie überprüfbar sind. Als Kriterium für die Qualität einer Theorie wird ihre prognostische Validität herangezogen: beobachtbare Ereignisse müssen mit den Vorhersagen, die aufgrund der Theorie getroffen wurden, übereinstimmen. So ist auch die nächste Phase in der Entwicklung der Gruppe ganz dem empirischen Vergleich der beiden konkurrierenden Theorien gewidmet.

Das natürliche Feld zur Überprüfung dieser Annahmen über unbewusste Prozesse und ihrer Ausgestaltung in der Behandlung ist der psychoanalytische Prozeß. Sampson und Weiss leiteten deshalb aus diesen beiden unterschiedlichen Konzeptualisierungen unbewusster Prozesse konkurrierende Voraussagen für den Therapieverlauf ab.

Welche Prozeßmodelle können nun auf der Grundlage dieser beiden Theorien des Unbewußten formuliert werden und worin unterscheiden sich die prognostizierten Therapieprozesse? In Beantwortung dieser Frage greift die Forschungsgruppe ein Phänomen auf, das in analyti-

schen Behandlungen häufig zu beobachten ist und das sich im Lichte beider Theorien schlüssig erklären läßt: Es geht um die wohlbekannte klinische Erfahrung, daß ein Patient alles daransetzt, um beim Analytiker eine bestimmte Reaktion hervorzurufen. Der Analytiker verweigert sich diesem Manipulationsversuch. Daraufhin produziert der Patient neues Material.

Im Sinne der frühen Freud'schen Konzeption des Unbewußten unternimmt der Patient in der geschilderten Sequenz einen Versuch, in der Übertragung einen unbewußten Triebwunsch zu befriedigen; er agiert seinen infantilen Wunsch, statt zu erinnern. Der Analytiker frustriert diesen Triebwunsch, indem er seine Neutralität beibehält. Dieses Verhalten hat zur Folge, daß sich der unbewußte Wunsch des Patienten verstärkt, daß sein Triebkonflikt mobilisiert wird und daß es mit der Zeit zu einer Neubelebung des pathogenen Konfliktes kommt. Die Triebenergie der Wünsche, die der Analytiker frustriert, fließt zu ihren infantilen Ursprüngen zurück und sorgt dafür, daß diese Ursprünge in der Erinnerung auftauchen.

Die Voraussage, die sich aus dieser Theorie für das Verhalten des Patienten ableiten läßt, lautet: Wird ein Triebwunsch in der Übertragung durch die Neutralität des Analytikers frustriert, so müßte der Patient mit regressivem Verhalten, Widerstand oder schmerzlichen Affekten reagieren.

Freud's spätere, alternative Konzeptualisierung führt zu anderen Verhaltensvoraussagen:

Das Übertragungsverhalten des Patienten wird hier als Instrument der Realitätsprüfung verstanden. Es dient dem Patienten dazu, zu überprüfen, ob unbewußte Annahmen (beliefs), die er sich in traumatisierenden Situationen seiner Kindheit zurechtgelegt hat, zutreffen. Diese Annahmen sind damit nicht Produkte von Wunschdenken, sondern eine primitive Form der Theorienbildung, wie sie ein kleines Kind vornimmt, um die Realität, die es erlebt, zu erklären.

Häufig existieren diese Theorien in Form von kausalen Verknüpfungen, die das Kind zwischen der Verfolgung von Zielen, die ihm wichtig sind, und irgendwelchen schlimmen Ereignissen, die gleichzeitig stattfinden, herstellt. Aus solchen Theorien resultieren Annahmen, die in der Regel höchst unangenehm sind und die das Kind bzw. später den Erwachsenen dazu veranlassen, wichtige Lebensziele zurückzustellen,

Abwehrmaßnahmen zu ergreifen und Hemmungen und Symptome zu entwickeln.

Die Autoren verdeutlichen ihre Überlegungen an einem in der therapeutischen Praxis weitverbreiteten Beispiel, nämlich unbewußten Omnipotenzphantasien. Diese werden von Analytikern in der Regel als Wunschphantasien interpretiert. Führt man sich jedoch etwa ein Kind vor Augen, das von der irrealen Vorstellung geplagt wird, es habe die Verletzung oder gar den Tod eines Elternteils auf dem Gewissen, so wirkt die Interpretation der Omnipotenzvorstellung als Wunschphantasie wenig überzeugend. Dagegen macht es wesentlich mehr Sinn, diese Omnipotenzphantasien als primitive Form kindlicher Theorienbildung aufzufassen, besteht doch ein zentrales Merkmal naiver Theorienbildung gerade darin, daß die bloße zeitliche Koinzidenz von Ereignissen die Unterstellung eines kausalen Zusammenhang zwischen ihnen zur Folge hat.

Solche und ähnliche unheilvolle Theorien liegen nach Ansicht von Weiss und Sampson den Problemen des Patienten zugrunde. Da er aber gleichzeitig den starken unbewußten Wunsch hegt, seine Probleme zu lösen, ist es die - gleichfalls unbewußte - Therapiemotivation des Patienten zu prüfen, ob seine erschreckenden Vorstellungen nun tatsächlich der Realität entsprechen. Das geeignete Feld für diese 'Hypothesenprüfung' bietet die Beziehung zum Analytiker: der Patient inszeniert eine Situation, in der der Analytiker - wenn die pathogene Annahme des Patienten sich als zutreffend erweisen sollte - in einer spezifischen Weise reagieren müßte. Sein unbewußter Wunsch ist freilich, der Analytiker möge durch eine andere, mit der pathogenen Annahme unvereinbare Reaktion diese erschreckende Annahme widerlegt.

Der unbewußte Plan des Patienten in der Therapie besteht also darin, die interaktive Situation so zu konstellieren, daß der Analytiker die unheilvollen Hypothesen des Patienten widerlegen kann: der Patient erlebt in der Beziehung zu seinem Analytiker, daß die phantasierte Bedrohung nicht existiert. Geht man von dieser Auffassung aus, so wären die Versuche des Patienten, den Analytiker zu manipulieren, keine Widerstandsphänomene, sondern ein Stück unbewußter Arbeit, nämlich unbewußte Realitätsprüfung.

Hat etwa ein Patient unbewußt die Hypothese, daß seine Eltern sich wünschen, er möge immer klein und abhängig bleiben, so wird er sich seinem Analytiker in dieser schwachen und unterwürfigen Rolle anbieten und genau darauf achten, wie der auf dieses Angebot reagiert. Wenn nun der Analytiker die reziproke Rolle, in die der Patient ihn zu drängen versucht, aufgreift, so bestätigt er damit die unbewußten Befürchtungen des Patienten. Verhält er sich dagegen weiterhin neutral, so widerlegt er damit die Hypothesen, die sich der Patienten über die Wünsche von Elternfiguren gemacht hat: der Patient kann an der Reaktion des Analytikers ablesen, daß es diesem offenbar nicht darum zu tun ist, ihn klein und abhängig zu halten.

In der Regel ist es freilich nicht mit einer einmaligen Widerlegung getan. Je zentraler die pathogene Annahme des Patienten in seiner Theorie über die Realität ist und je länger sie besteht, desto öfter muß er seinen Analytiker auf die Probe stellen. Neben diesem aktiven Probehandeln, bei dem der Patient einen unbewussten Plan verfolgt, prüft er jede Intervention des Analytikers daraufhin, ob sie seine unheilvollen Theorien stützt oder entkräftet.

Sampson und Weiss gehen im Rahmen dieses Prozeßverständnisses davon aus, daß die Neutralität des Therapeuten beruhigend auf den Patienten wirken muß, da sie signalisiert, daß keine der antizipierten Gefahren im Verzug ist. Der Patient entspannt sich, gewinnt Vertrauen zum Analytiker, entscheidet unbewußt, daß er seine Abwehr lockern kann, und produziert neues Material. Diese Auffassung unterscheidet sich grundlegend von der Annahme, daß die Wirkung der analytischen Neutralität darauf beruht, daß sie Frustrationen setzt, die ihrerseits den Triebwunsch so verstärken, daß er ins Bewußtsein dringt.

(In der Diskussion muß auf dieses Verständnis der Rolle des Analytikers eingegangen werden. Siehe dazu Cremerius (1984) und dessen Verständnis der Abstinenz als operationaler Regel; starre Anwendung der Neutralität kann auch - etwa bei einem Masochisten - zum Gegenteil des Intendierten führen, nämlich zu einer Befriedigung der Triebwünsche. Hierher gehört auch die Diskussion, daß bei narzißtischen Störungen die Gegenübertragung der Übertragung vorausgeht.)

2. Empirische Beiträge

Aus beiden Theorien über Inhalte und Regulationsmechanismen des Unbewußten leiten sich differentielle Prognosen für das Verhalten des Patienten im psychoanalytischen Prozeß ab. Damit kann die Gültigkeit beider Theorien empirisch überprüft werden. Wir möchten hier zwei Studien der Sampson-Weiss Gruppe herausgreifen und kurz über ihre Hypothesen und Ergebnisse berichten. (Bei der Darstellung der Methoden werden wir uns an dieser Stelle auf das nötigste beschränken.)

2.1) Die Silberschatz-Studie (die als Dissertation unter der Anleitung von H. Dahl in New York 19.. abgeschlossen wurde; s.a. Weiss and Sampson 1985): Diese Untersuchung wurde an einer Ausgangsstichprobe von 100 Verbatimtranskripten der psychoanalytischen Behandlung von Mrs. C durchgeführt. Die Behandlung war zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits lange abgeschlossen (Fußnote : es hat sich eingebürgert in der wachsenden Literatur zu psychoanalytischen Prozessuntersuchungen die oft vielfach verwendeten Fälle entsprechend zu kennzeichnen; für weitere Untersuchungen mit Mrs C. s. Luborsky und Spence, 1978)

Um die beiden Theorien gegeneinander testen zu können, wurden Beobachtungseinheiten identifiziert, die die Kriterien beider Theorien erfüllen. Zu diesem Zweck schätzte eine Gruppe von Analytikern, die die Frustrations-Theorie vertrat, alle Antworten des behandelnden Analytikers auf unbewußte Manipulationsversuche (transference demands) der Patientin danach ein, wie sehr sie durch ihre Neutralität den unbewußten Triebwunsch der Patientin frustrierten. Eine Gruppe anderer Analytiker, die die Theorie der unbewussten Annahmenprüfung vertrat, beurteilte die Reaktion des Analytikers auf die Manipulationsversuche der Patientin danach, wie sehr sie die den Manipulationsversuchen zugrundeliegende pathogene Annahme stützten oder widerlegten. Alle Beobachtungseinheiten, die sowohl unter der Triebwunsch-Theorie als auch unter der Theorie der Annahmenprüfung als Schlüsselereignisse betrachtet wurden (n = 34), wurden in die weitere Untersuchung einbezogen.

Als nächster Schritt wurde das Patientenverhalten vor und nach den identifizierten Schlüsselinterventionen mit geeigneten und zum Teil speziell dafür entwickelten Prozeßskalen (Gendlin's experiencing scale, boldness scale von Caston, relaxation scale nach Mayer, Sampson und Bronstein , 4 Affektskalen nach Dahl) erfaßt.

Die Untersuchung erbrachte folgende Ergebnisse:

Aus den 100 Verbatimprotokollen konnten 34 Textsegmente gewonnen werden, die sich im Sinne beider Theorien interpretieren ließen: es handelte sich dabei um a.) Interventionen, mit denen der Analytiker nach Ansicht der eigenen Beurteilergruppe einen Wunsch frustrierte, nach Ansicht der anderen Gruppe den Test der Patientin bestand und um b.) Interventionen, die einerseits als Befriedigung des unbewußten Wunsches betrachtet wurden, andererseits auch als Nichtbestehen des Tests.

Alle sieben verwendeten Prozeßmaße lieferten Ergebnisse, die im Einklang mit der Theorie der Annahmenprüfung stehen und der Triebwunsch-Theorie widersprechen (s. Tabelle Table 1 aus.....)

- die Patientin konnte nach den Interventionen ihre Gefühle mehr in den Mittelpunkt stellen und für Problemlösungen nutzbar machen (experiencing scale)

- sie war mutiger in der Konfrontation und Auseinandersetzung mit relevantem Material (boldness scale)

- Entspannung und Befriedigung nahmen nach den positiv eingeschätzten Interventionen zu, Furcht und Besorgnis ab (relaxation scale)

- Regressive Reaktionen, Widerstandsphänomene oder schmerzvolle Affekte, wie sie nach der Frustration eines unbewußten Wunsches theoriegemäß zu erwarten sind, traten nicht auf. Von daher können die Ergebnisse der Silberschatzstudie als Bestätigung eines Prozeßmodells gelten, das den Fortschritt in der Therapie als Folge der Widerlegung pathogener Annahmen auffaßt. Wenn auch erst an einem Einzelfall gewonnen, so liefert der konkurrierende Vergleich eindrucksvolle Bestätigungen für die "safety first" Theorie; die Ergebnisse sprechen nicht für die klassische Frustrationstheorie der Technik. Die Ergebnisse einer eigenen Einzelfallstudie aus unserer Forschungsgruppe weisen allerdings in dieselbe Richtung, was das Gewicht der Silberschatz-Studie unterstreicht (Neudert et al. 1987).

So eindrucksvoll die Ergebnisse dieser Studie sind, so zeigt die weitere Entwicklung des Forschungsprogrammes dieser Gruppe, dass wir noch weit davon entfernt sind, nun eine "bewiesene" Theorie der Technik in der Hand zu haben.

2.2) Die Studie von Gassner et al. (1982):

Diese Untersuchung geht von folgenden Annahmen aus:

Entsprechend Freuds früher Konzeptualisierung unbewußter Prozesse gibt es zwei Wege, auf denen verdrängte Inhalte ins Bewußtsein gelangen können, nämlich entweder durch Deutung oder dadurch, daß die Triebstärke im Verhältnis zur Abwehrstärke zunimmt. Gelangt ein bislang abgewehrter Impuls ohne Deutung ins Bewußtsein, so wird der Patient den entsprechenden Konflikt weiterhin unvermindert heftig erleben und als Folge davon Angst bekommen. Wird der verdrängte Inhalt in Form einer hinreichend verzerrten Kompromißbildung bewußt, so wird der Patient zwar keinen beängstigenden Konflikt erleben, aber auch keinen Therapiefortschritt machen, da er das zu Tage getretene Material nicht versteht. Der Patient dürfte - wenn diese theoretischen Überlegungen zutreffen - nicht in der Lage sein, einen zunächst abgewehrten Inhalt ohne Deutung einsichtsvoll zu äußern, ohne dabei Angst zu bekommen. Eine graphische Darstellung soll diesen Gedankengang veranschaulichen:

verdrängte Inhalte treten auf			
mit Deutung		ohne Deutung	
unverzerrt	verzerrt	unverzerrt	
Therapie- fortschritt	kein Therapie- fortschritt, da keine Einsicht	kein Therapie- fortschritt, da Angst	Therapie- fortschritt
Voraussagen der frühen Theorie			Voraus-
sage der			späten
Theorie			

Der mit Ausrufezeichen versehene Fall dürfte bei Gültigkeit der frühen Freudschen Theorie nicht auftreten, ist jedoch mit der Theorie der Annahmenprüfung durchaus vereinbar: hiernach verdrängt der Patient unbewußte Inhalte solange, bis er sich sicher ist, daß er sie angstfrei erleben kann. Das ist dann der Fall, wenn das Verhalten des Analytikers ihn davon überzeugt hat, daß keine Gefahr im Sinne seiner pathogenen Annahmen besteht.

Bei der Überprüfung dieser beiden unterschiedlichen Prozeßmodelle gingen Gassner et al. folgendermaßen vor:

Aus Stunden 40 - 100 einer verbatimtranskribierten Analyse wurden Äußerungen zu Themen ausgesucht, die in den ersten 40 Stunden nicht auftraten. Klinisch erfahrene Beurteiler sollten entscheiden, welche der Äußerungen zuvor verdrängtes Material enthielten. Der Inhalt von 13 Äußerungen wurde übereinstimmend als zuvor verdrängt bezeichnet.

Ein weiterer Beurteiler las alle 846 Analytikerinterventionen der 100 Stunden und fand nur eine einzige, die irgendeinen Bezug zu den Themen der 13 Äußerungen aufwies. Diese Intervention lag zudem 14 Sitzungen vor der entsprechenden Patientenäußerung.

Anschließend wurde mit drei sehr unterschiedlichen Methoden die Angst der Patientin in den Äußerungen mit zuvor abgewehrten Inhalten erhoben: sie war bei allen drei Maßen nicht größer als im Durchschnitt aller Äußerungen.

Mit einer Prozeßskala wurde die emotionale Beteiligung der Patientin und das Ausmaß, in dem sie ihre Gefühle für den Therapiefortschritt nutzbar machen konnte, erfaßt. Hier fand sich, daß die Äußerungen mit zuvor verdrängten Inhalten höhere Werte aufwiesen als zufällig ausgewählte Äußerungen.

Die Autoren konnten also zeigen, daß verdrängte Inhalte ganz im Sinne der Theorie der Annahmenprüfung ohne Deutung und dennoch angstfrei auftauchen und für den Therapiefortschritt nutzbar gemacht werden können.

3. Diskussion

Wir haben uns aus zwei Gründen für eine Darstellung der Thesen und Studien der San Francisco Gruppe entschieden: zum einen halten wir das den Untersuchungen zugrunde liegende Modell eines zentralen Aspektes des Behandlungsprozesses für klinisch sehr anregend, weil es Phänomene, die im klinischen Alltag häufig auftreten - wie z.B. unbewußte Manipulationsversuche des Patienten -, schlüssig erklärt und die verschiedenen Auswirkungen möglicher therapeutischer Reaktionen auf diese Phänomene prognostiziert. Zum anderen legten die Autoren großen Wert darauf, ihr Modell so zu formulieren, daß es einer empirischen Überprüfung zugänglich ist, und bisher hat es, wie die beiden beschriebenen und noch weitere Studien (s.d. Weiss & Sampson, 1985) zeigen, dieser Überprüfung standgehalten. Wir teilen die Hochschätzung der empirischen Forschung, weil sie dazu zwingt, theoretische Ableitungen stringent vorzunehmen und Hypothesen klar und beobachtungsnah - und damit auch zurückweisbar - zu formulieren. Neben diesem internen Erkenntnisgewinn wird damit auch einem zentralen Vorwurf von außen, die Theorien der Psychoanalyse seien durch Beobachtungen nicht widerlegbar und damit immun gegen Kritik, der Boden entzogen.

Diese beiden Vorzüge (klinische Relevanz und empirische Überprüfbarkeit) haben uns dazu bewogen, diese Aspekte eines Prozessmodelles hier zu diskutieren, wenngleich dieses in vielen Punkten noch unvollständig ist; die Arbeitsgruppe, die Anfang der siebziger Jahre mit der Formulierung des Modells begonnen hat (s.d. Literaturliste im Anhang), arbeitet noch weiter daran. Bisher lag das Erkenntnisinteresse offenbar eher in der Klärung einer metatheoretischen Kontroverse, in der zwei verschiedene Theorien über Inhalte und Regulationsprozesse des Unbewussten einander gegenüber stehen. Vermutlich haben sich die Autoren deswegen darauf beschränkt, ihr Prozessmodell nur in dem Bereich auszuarbeiten und zu überprüfen.

So fehlen etwa -soweit wir wissen- Aussagen über das Ziel des psychoanalytischen Prozesses, die unserer Ansicht nach im Rahmen eines ausgearbeiteten Prozessmodelles unabdingbar sind. Man könnte vermuten, daß die Gruppe als Ziel im Rahmen ihres Prozessmodelles Formulieren könnte, daß ein befriedigendes Ende der Therapie dann erreicht ist, wenn alle pathogenen Annahmen des Patienten widerlegt sind. Da diese Zielbestimmung aber ähnlich utopisch-unverbindlichen

Charakter hat wie die berühmte Formulierung "aus Es soll Ich werden" (Freud, 19) würde sie - gesetzt den Fall unsere Unterstellung ist zutreffend - praktisch nicht viel weiterhelfen.

Dagegen scheint uns die inhaltlicher Zurückhaltung, was die Schritte auf dem Weg zum Ziel betrifft, dem derzeitigen Erkenntnisstand eher angemessen. Das Modell benennt keine inhaltlichen, sondern lediglich drei formale Schritte :

1. Testen der unbewussten pathogenen Annahmen in der Beziehung zum Analytiker,

2a. der Analytiker widerlegt die Annahme durch seine Reaktion ;

3a. der Patient macht Fortschritte

bzw in der Negativvariante

2b. der Analytiker bekräftigt durch sein Verhalten die pathogene Annahme

3b. der Zustand des Patienten verschlechtert sich.

Inhaltsneutral lässt sich die pathogene Annahme als kausale Verknüpfung zwischen der Verfolgung wichtiger (infantiler) Ziele seitens des Patienten und einem zeitlich koinzidierenden negativen Ereignis beschreiben. Mögliche Inhalte der pathogenen Annahmen werden bislang vorwiegend anhand von illustrierenden Fallbeispielen vermittelt (Literatur), als im Modell selbst explizit gemacht : es handelt sich häufig um die Annahme, der Patient könne seinen Eltern Schaden zufügen, wenn er ihre Wünsche nicht erfüllt (wobei die Erfüllung der tatsächlichen oder vermeintlichen Wünsche in der Regel schädlich für den Patienten ist). Mit dieser Vorstellung sind häufig Omnipotenzannahmen verbunden, die in diesem Zusammenhang nicht als Wunschphantasien verstanden werden können.

Die den Eltern unterstellten Wünsche sind häufig entweder :

- das Kind möge versagen oder leiden

oder

- das Kind möge nicht so versagen oder leiden wie die Eltern selbst.

Diese möglichen Inhalte pathogener Annahmen liefern gute Erklärungen für unbewusste Schuldgefühle, Strafbedürfnisse sowie die negative therapeutische Reaktion, die im Rahmen dieses Prozessmodells nicht als unbeeinflussbar betrachtet werden muß (womit bei Freud ursprünglich diese Reaktion auf Deutungen definitorisch festgelegt wurde, s.a. Grunert, 19), da sie durch Widerlegung der dahinterstehenden pathogenen Annahme einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden kann.

Die formalen Schritte ,die den Therapieverlauf laut Modell kennzeichnen, finden nach Ansicht der Autoren in jeder Therapie und zu jedem Zeitpunkt der Therapie statt; sie sind auch unabhängig davon, ob der Analytiker nach dieser Behandlungstheorie arbeitet oder nicht. Damit beansprucht das Modell eine Allgemeingültigkeit, die weder durch die jeweilige Nosologie des Patienten, das Stadium der Therapie noch das technische Vorgehen des Therapeuten modifiziert wird. Auch innerhalb des Therapieverlaufes wird nur ein Ausschnitt betrachtet, nämlich der Versuch des Patienten, den Analytiker zu einem bestimmten Verhalten zu bewegen und dessen Reaktion darauf. Der Gesamtprozess wird offenbar als Aneinanderreihung solcher Sequenzen betrachtet, wobei eine Veränderung dieser Sequenzen im Lauf der Therapie nicht erwähnt wird. Es wird lediglich zwischen Kurzzeit- und Langzeitwirkung der Annahmewiderlegung unterschieden: unmittelbar danach lässt die Ängstlichkeit des Patienten nach, er wirkt entspannter, engagierter in der analytischen Arbeit und konfrontiert sich mutiger mit seinen Problemen; das Auftauchen von neuen Erinnerungen wird eher als eine Langzeitfolge betrachtet.

Es ist zu erwarten, dass das Modell spezifiziert und mit Zusatzannahmen versehen werden muß, je mehr die Autoren versuchen werden, weitere klinische Beobachtungen und Ergebnisse der Prozessforschung in ihr Modell zu integrieren. Dann wird das Modell der Komplexität des psychoanalytischen Prozesses sicherlich eher gerecht werden, wenn auch die bestechende Einfachheit darunter vermutlich leiden wird.

Besonders wichtig erscheint uns die Diskussion um die Rolle des Analytikers in diesem Prozessmodell. Da wir selbst ein ausgesprochen interaktionistisches Prozessverständnis haben (Thomä, 1981; Thomä u. Kächele, 1985), demzufolge jede Patient-Therapeut Dyade ihr eigenes, höchst dyadenspezifisches Prozess generiert, können wir in diesem Punkt die Auffassung des Sampson-Weiss Modelles nicht teilen. Freilich müssen wir darauf hinweisen, dass dieses Modell nicht primär um die analytische Technik zentriert ist.

So war ja zB das Ziel der Silberschatz-Studie, zwei konkurrierende Therorien gegeneinander zu testen und nicht etwa den Stellenwert bestimmter Therapeuteninterventionen im Rahmen eines ausgearbeiteten Technik-Modelles zu untersuchen. Dennoch haben wir den Verdacht, dass das Modell keine spezifischen Implikationen für die thera-

peutische Technik hat; wir werden darin durch die Ergebnisse von Silberschatz bestärkt, nach denen Interventionen, die im Rahmen des Frustrationsmodelles als positiv eingestuft werden, auch nach dem SW-Testing-Modell als gute Interventionen gelten. Es entsteht der Eindruck, dass die für uns zentrale klinische Erfahrung, nach der die Art der Übertragung und damit auch der unbewusste Plan, in hohem Maße von der Persönlichkeit und der Technik des Analytikers abhängt, in dieser Form des Modells noch nicht genügend berücksichtigt ist. Der Analytiker scheint in dem SW-Modell vorwiegend die Funktion zu haben, die Erwartungen des Patienten, die aus seinen unbewussten pathogenen Annahmen resultieren, zu enttäuschen. Sampson und Weiss beschränken sich darauf, festzustellen, dass ein Analytiker, der im Sinne des Modelles arbeitet, besser in der Lage sei, die Komplexität der unbewussten Motive zu erfassen und können von daher dem Patienten nützliche Informationen über die Motive zukommen lassen. Da wiederum eigene empirische Untersuchungen der Gruppe (Gassner et al., 1982) eindrücklich gezeigt haben, dass die Deutung in ihrer bisher immer betonten Funktion Unbewusstes bewusst zu machen, offenbar auch durch unspezifische Massnahmen vertreten werden kann, bleibt ihre Rolle im Rahmen des Prozessmodelles etwas unklar. So formulieren Weiss u. Sampson (1982, S. 15f) etwas vage, Deutungen können einem Patienten helfen, Einsicht in verschiedenen Zusammenhänge zu erlangen. In der weiteren Ausarbeitung des Modelles sollten hier klarere Aussagen zu erlangen sein. Eine noch nicht veröffentlichte Studie von Rosenberg, Silberschatz und Curtis, die wir nur in einer Zusammenfassung (Modell, Weiss u. Sampson, 1983) kennen, geht auf diesen zentralen Punkt bereits wesentlich differenzierter ein. In dieser Untersuchung werden zu Beginn von Kurztherapien für jeden Patienten die pathogenen Annahmen und die Art und Weise, wie er sie vermutlich in der Übertragung testen wird, formuliert und anschließend Voraussagen darüber gemacht, mit welchen Interventionen der Therapeut den Test des Patienten bestehen wird und mit welchen Reaktionen er durchfällt. Dieser Untersuchungsansatz geht offenbar in sehr fruchtbarer Weise über die frühere Dichotomie von "neutral versus nicht-neutral" hinaus.

Mit derartigen Untersuchungen vermindert sich eine Befürchtung, dass das SW-Modell den psychoanalytischen Prozess als beinahe naturgesetzlichen Ablauf konzipieren könnte, in dem der Patient seinen einmal gefassten Plan auf Biegen und Brechen durchführt und der

Analytiker durch neutrales Zuschauen hofft, den Test zu bestehen. Diese Gefahr, ein - wie Peterfreund (1983) es nennt - algorithmisches Prozessmodell zu konzipieren, scheint uns nun gebannt (wenn sie überhaupt je bestanden haben sollte). Unsere Vermutung ist inzwischen eher, dass auch diese Forschergruppe sich dem Dilemma aller empirisch forschenden Psychoanalytiker gegenüber sah - das wir selbst aus vieljähriger Erfahrung kennen - nämlich einen Weg der Erkenntnisgewinnung zu finden, der sowohl der empirischen Untersuchbarkeit als auch der klinischen Komplexität eines Phänomens gerecht wird. Die Entscheidung der Gruppe, zunächst einfachere Zusammenhänge zu untersuchen, entspräche dann nämlich der Forschungslogik und nicht einem modellimmanenten Algorithmus.

- Gassner, S., Sampson, H., & Brumer, S. (1982). The emergence of warded-off contents. 5, 55-75.
- Grunert, U. (1979). Die negative therapeutische Reaktion als Ausdruck einer Störung im Loslösungs- und Individuationsprozeß. *Psyche*, 33, 1-28.
- Peterfreund, E. (1983). The process of psychoanalytic therapy. Models and strategies. Hillsdale NJ: Analytic Press.
- Silberschatz, G. (1978). Effects of the therapist's neutrality on the patient's feelings and behavior in the psychoanalytic situation. Unpublished doctoral dissertation, New York Univ.
- Silberschatz, G. (1984). Effect size and the unit of measurement in psychodynamic psychotherapy research. In N. I. o. M. Health (Ed.), Conference on methodologic challenges in psychodynamic research Washington, DC: National Institute of Mental Health.
- Silberschatz, G. (1986). Testing pathogenic belief. In J. Weiss, S. H, & a. t. M. Z. P. R. Group (Ed.), The psychoanalytic process: theory, clinical observation, and empirical research (pp. 256-266). New York: Guilford.
- Silberschatz, G., Fretter, P. B., & Curtis, J. T. (1986a). How do interpretations influence the process of psychotherapy? 54, 646-652.
- Silberschatz, G., Sampson, H., & Weiss, J. (1986b). Testing pathogenic beliefs versus seeking transference gratifications. In J. Weiss, S. H, & a. t. M. Z. P. R. Group (Ed.), The psychoanalytic process: theory, clinical observation, and empirical research (pp. 267-276). New York: Guilford Press.
- Thomä, H., & Kächele, H. (1985). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 1: Grundlagen. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Thomä, H., & Kächele, H. (1988). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 2: Praxis. Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo: Springer.

Weiss, J. (1971). The emergence of new themes. A contribution to the psycho-analytic theory of therapy. *Int J Psychoanal*, 52, 459-467.

Weiss, J. (1986). Theory and clinical observations. In J. Weiss, H. Sampson, & a. t. M. Z. P. R. Group (Ed.), *The psychoanalytic process: theory, clinical observation, and empirical research* (pp. 3-138). New York: Guilford Press.

Weiss, J., Sampson, H., & Group, @. a. t. M. Z. P. R. (1986). *The psychoanalytic process: theory, clinical observation, and empirical research*. New York: Guilford Press.