

O. Frischenschlager

Über die Stellung kognitiver und affektiver Vorgänge im psychoanalytischen Prozeß

Zusammenfassung Die theoretischen Konzepte vor allem der psychodynamischen und humanistischen Psychotherapiemethoden beruhen auf empirisch wenig abgesicherten Menschenbildern. Aus diesen wurden Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, von therapeutischen Wirkfaktoren sowie Behandlungstechniken abgeleitet, auf deren Beforschung sich die spekulative Grundlage lange Zeit nachteilig auswirkte. Vor allem, wenn es Wirksamkeitsnachweise zu erbringen galt, wurde dies offenkundig. In diesem Beitrag wird versucht, ein zeitgemäßes Menschenbild zu formulieren, das sich im wesentlichen aus systemtheoretischen Überlegungen und empirisch neueren entwicklungspsychologischen Befunden zusammensetzt. Aufbauend auf diesem wird die Entwicklung der psychischen Struktur, die immer auch biologische und soziale Dimensionen hat, als individuelle Organisationsleistung dargestellt, die den Beziehungsgegebenheiten entsprechen will. Es werden weiters Parallelen zwischen Entwicklung und therapeutischem Prozeß herausgearbeitet und schließlich eine Systematik der Wirkfaktoren vorgeschlagen. Demnach würden aus einer prozessualen Sicht, bei grundsätzlicher Gleichwertigkeit der methodischen Zugänge zur Person emotionale Ebenen der Beziehung vor den mehr kognitiven Wirkfaktoren gereiht.

Schlüsselwörter: Psychoanalyse, Systemtheorie, Entwicklungspsychologie, therapeutische Wirkfaktoren.

Cognitive and affective processes in the psychoanalytic process

Abstract Theoretical concepts depend on images of humanity which have only limited empirical support and this is particularly true of psychodynamic and humanistic psychotherapeutic methods. Concepts such as health, illness and treatment methods are deduced from these images, while research into such results and methods is greatly disadvantaged by the speculative nature of their foundation. This is most evident when therapeutic methods are obliged to produce evidence of effectiveness. This essay seeks to formulate a contemporary image of humanity which incorporates a systems theory approach and findings from empirical developmental psychology. On this basis, the development of the structure of the psyche, which always exhibits biological and social dimensions, is represented as the individual accomplishing organisation as it seeks to adjust to its surrounding relations.

Furthermore, parallels between development and therapeutic processes are elaborated. Suggestions are then made on a systematics of effective factors. The systematics proposed, from a perspective of process, would place the emotional aspects of a relationship above more cognitive active features in situations where methodological approaches to the person were essentially equivalent.

Keywords: Psychoanalysis, systems theory, developmental psychology, therapeutically effective factors.

Les processus cognitifs et affectifs en psychothérapie psychanalytique

Résumé L'article se fonde d'une part sur la recherche sur les nourrissons entreprise au cours des vingt dernières années, d'autre part sur des concepts relevant de la théorie systémique. Nous examinons une question fondamentale: comment la structure psychique se développe-t-elle et quels sont les processus en jeu? La question n'est pas nouvelle, mais en ses débuts la psychanalyse ne disposait pas des moyens requis pour y répondre de manière satisfaisante. Dans ce contexte, l'auteur présente une vue critique des notions

anthropologiques de base appliquées par les deux premières générations des courants psychodynamiques, soulignant qu'elles se fondaient sur une base empirique étroite. Ce n'est que récemment que nous avons commencé à disposer de données mieux fondées concernant la toute petite enfance, de sorte que les concepts utilisés actuellement ont un caractère nettement moins spéculatif. Combinés à la terminologie développée en théorie systémique, les résultats acquis par la recherche sur les nourrissons fournissent

une nouvelle base métapsychologique, correspondant à celle que Freud avait voulu établir mais non sans que ses idées aient été largement révisées.

Une brève description des données relatives à la psychologie du développement est présentée, concernant plus particulièrement la première adaptation neurophysiologique qui a lieu au moment de la naissance et les nombreuses capacités à disposition du nourrisson, qui font de lui dès le début un être doté de la faculté d'établir des relations intenses. Sont ensuite présentées les exigences posées aux personnes qui s'occupent du nouveau-né, avec comme élément d'importance centrale la subtilité des réactions des parents. Ayant cerné de manière satisfaisante les principaux éléments d'un développement normal et les aspects requis du nourrisson et des parents (de substitution), nous pouvons ensuite esquisser les caractéristiques d'un développement pathologique. Nous concevons ce type de pathologie comme le produit de demandes trop importantes posées aux fonctions d'adaptation, résultant en des compétences

limitées au niveau de la régulation. Le développement pathologique est caractérisé par le fait que l'individu a à sa disposition des perceptions internalisées du monde moins flexibles que celles dont dispose celui dont le développement a été normal. L'article présente ensuite quelques réflexions en rapport avec la question de savoir dans quelle mesure certains des processus observés dans le contexte de développements normaux et pathologiques sont pertinents par rapport à l'intervention psychothérapeutique. A ce niveau, nous effectuons certaines distinctions entre niveaux conscient et inconscient et formulons l'hypothèse que les niveaux relativement non-conscients, affectifs jouent un rôle plus important que les niveaux conscients, cognitifs impliqués dans le processus. En d'autres termes: nous assumons que les processus mieux accessibles au conscient se fondent sur des mécanismes affectifs relevant du domaine de la régulation des relations et même que sans ces derniers, les premiers ne peuvent fonctionner.

Einleitung

Es bedarf keiner theoretischen Erläuterung, um des tiefgreifenden Einflusses, den Menschen aufeinander ausüben können, gewahr zu sein. Jede/r Leser/in kann sich unschwer alltäglicher Erlebnisse in Beziehungen erinnern, die sie/ihn tief berührten und nachhaltig beeindruckten. Beziehungserfahrungen vermögen unsere Einstellungen, unsere Werthaltungen und unser Verhalten dauernd zu beeinflussen. Dabei sind es vor allem die affektiven Ebenen des Erlebens, denen die mächtigsten Wirkkräfte zuzuschreiben sind. Dies gilt gleichermaßen im Positiven für Wertschätzung, Bestätigung oder Unterstützung, wie für beschämende oder demütigende Erlebnisse, die womöglich unstillbaren Haß auslösen. Im Alltag werden solche Wirkungen selten geplant, sie sind Teil des „normalen Unglücks“ (Freud) oder schlicht „the whole catastrophe“ (Alexis Zorba).

Auf welche Weise das Erleben gezielt im Dienste der Leidensverringerung beeinflusst werden kann, ist die zentrale Frage der Psychotherapie, auf die im Laufe des vergangenen Jahrhunderts die sogenannten „Schulen“ ihre spezifischen Antworten gaben (historischer Überblick in Slunecko, 1997; Grawe, 1995; Wolf, 1996).

In diesem Beitrag werde ich versuchen, eine der zahlreichen Ebenen wechselseitiger Beeinflussung durch Kommunikation nachzuzeichnen. Dabei werde ich auf Parallelen zwischen den Vorgängen, die bei der Entwicklung psychischer Strukturen in der Säuglingszeit ablaufen und den Vorgängen bei der therapeutischen Beeinflussung von Fehlentwicklungen aufzeigen. Die Bezugnahme auf die Säuglingsforschung erscheint dabei deshalb von Vorteil, weil sie erstmals eine empirisch fundierte Vorstellung von der menschlichen Frühentwicklung gibt, die in vielem adäquater erscheint als die Konzepte der verschiedenen therapeutischen „Schulen“, die ihr Lehrgebäude auf teilweise spekulativen Annahmen gründen.

Ich werde im folgenden eine von systemtheoretischen Überlegungen sowie empirisch fundierten ent-

wicklungspsychologischen Erkenntnissen getragene Sicht der Entwicklung psychischer Struktur beschreiben, weiters den Aufbau pathologischer psychischer Struktur darstellen und davon abgeleitet die kommunikativen Prozesse bei deren therapeutischer Beeinflussung beschreiben. Vorwegnehmend will ich eingestehen, daß diese Überlegungen vorwiegend für die psychodynamischen Psychotherapien gelten, die ich, wie auch die Verhaltenstherapie der Gruppe der problemzentrierten Therapieansätze zuordne. Inwieweit dieser Beitrag auf letztere oder gar auf lösungsorientierte Ansätze anwendbar ist, kann ich derzeit nicht sagen.

Traditionelle anthropologische Grundlagen

Die Theorien vom Wesen des Menschen, wie sie von den traditionellen psychotherapeutischen Schulen aufgestellt wurden, sind in hohem Maße spekulativ, mit anderen Worten: ihre empirische Basis ist ziemlich schmal. Viele der „Schulen“ der ersten Generation reduzieren die Komplexität der menschlichen Existenz auf einige wenige Aspekte. Das gilt für die Psychoanalyse, auch wenn diese auf die vergleichsweise elaborierteste Theorie verweisen kann gleichermaßen wie auch für nahezu alle anderen Methoden. Die Gedanken der Gründergeneration haben deutlich Züge von Weltanschauungen und wurden dementsprechend gehütet und verteidigt. Nicht zufällig ist die Geschichte der Psychotherapie eine Geschichte der Spaltungen. Bedauerlicherweise vergingen zum Teil Jahrzehnte, bis man bereit war, die Erkenntnisse konkurrierender Bemühungen aufzunehmen und die eigenen Theorien und Konzepte empirisch zu überprüfen.¹

¹ Beispiele für anthropologische Vorannahmen sind u.a.: Freuds primärer Narzißmus im Gegensatz zu Balints primärer Liebe, Rogers: Selbstaktualisierungstendenz, Adler: Machtstreben, Geltungsstreben, Frankl: Bedürfnis nach Sinn.

Anthropologische Grundannahmen wirken, sei es bemerkt oder unbemerkt in alle Teilbereiche einer psychotherapeutischen Methode hinein: in die Konzepte von gesund und krank, in die Therapietheorie und -praxeologie. Freud beispielsweise nahm an, daß ein gewisses Maß an Frustration der Entwicklung des Menschen, der von sich aus eher zu Regression und Abwendung von der Realität neigt, förderlich ist. Daher der in dieser Diktion „Befriedigungen versagende“ d.h. also eher schweigende, auf den Deutungsprozeß konzentrierte Analytiker. Gedacht ist, daß dieses vermeintliche „Befriedigungen versagen“ einerseits den Patienten in einen regressiven Zustand bringt, ihn aber auch für innere Vorgänge aufmerksamer macht. Den Potentialen, die in der therapeutischen Beziehung stecken, wurde dabei weniger Aufmerksamkeit geschenkt (Frischenschlager, 1995). Werden dem Menschen hingegen eher Neugier und Interesse an der Umwelt, also eine von Anfang an existierende Bezogenheit unterstellt, so wird eine therapeutische Unterstützung eher die Bewältigungsaspekte und das Problemlösen in den Vordergrund stellen und der therapeutischen Beziehung eine wichtige Funktion zuschreiben. Eine triebtheoretisch orientierte Theorie vom Menschen, die als Ein-Personen-Psychologie konzipiert ist, führt also zu einer grundlegend anderen therapeutischen Haltung als z.B. eine auf Selbst- und Beziehungsregulation konzentrierte Zweipersonenpsychologie. Die weitreichenden Folgen, die eine Revision dieser Basisannahmen nach sich zieht, lassen die geringe Bereitschaft, aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse Nachjustierungen am Gesamtgebäude vorzunehmen, nachvollziehbar erscheinen.

Unser heutiges Menschenbild

Zwei Theorien haben in den letzten Jahrzehnten unser Menschenbild radikal verändert und – was besonders wichtig ist – verwissenschaftlicht, sodaß Jim Fosshage (1992) zu Recht von einer kopernikanischen Wende spricht: zum einen

1. die Systemtheorie (Übersicht in: Kriz, 1997), zum anderen
2. die empirische Kleinkindforschung (Übersichten in: Lichtenberg, 1991; Stern, 1992; Dornes, 1993, 1997).

Die Systemtheorie stattete uns erstmals in der Geschichte mit einem Konzept zum Verständnis der Lebensvorgänge aus, die empirische Säuglingsforschung mit einem zunehmend genaueren Bild von den Fähigkeiten und Bedürfnissen des Neugeborenen und der Frühentwicklung des Menschen.

Mit beiden Forschungsbereichen zusammen steht uns gewissermaßen eine neue Metapsychologie zur Verfügung, so wie Freud sie angestrebt hat: ein empirisch fundiertes theoretisches Gebäude, das uns hilft, das Ineinandergreifen biologischer und psychologischer Prozesse zu verstehen.

Demnach besteht die Hauptaktivität des Organismus in Selbst- und wechselseitiger Regulation. Beide dienen der Erhaltung der Organisation. Darüber hinaus ist die Fähigkeit des Organismus, seine Organisation zu verändern bemerkenswert.

Schon 1967 betonte Piaget in seiner Biologie der Erkenntnis die Leistung des Organismus und seiner Organisation:

„Die Erkenntnisse kommen tatsächlich weder aus dem Subjekt (somatische Erkenntnis oder Introspektion) noch aus dem Objekt (denn die Wahrnehmung besteht zu einem beträchtlichen Teil aus Organisation), sondern aus den anfangs ebenso durch die spontanen Aktivitäten des Organismus sowie durch äußere Reize in Gang gebrachten Interaktionen zwischen Subjekt und Objekt“ (Piaget, 1974, S. 29).

Und weiter:

„Wir können davon ausgehen, daß der Organismus in keinem Bereich die Umwelteinflüsse unverändert hinnimmt, sondern im Gegenteil sich ihnen gegenüber äußerst aktiv zeigt“ (S. 33).

Dies gilt auf allen Ebenen, auf physikalisch-chemischer, genetischer, embryologischer, physiologischer, neurologischer und schließlich auf Verhaltensebene. Piaget fragt nun, woher die kognitiven Funktionen, die für die Regulationen auf Verhaltensebene zuständig sind die Instrumente nehmen und liefert gleich die einfache Antwort:

„Die kognitive Selbstregelung macht sich die allgemeinen Systeme organischer Autoregulation zunutze, die auf allen genetischen, morphogenetischen, physiologischen und nervösen Stufen zu finden sind, und paßt sie ohne weiteres den neuen Verhältnissen an, die durch die Austauschprozesse mit der Umwelt, die im Verhalten stattfinden, geschaffen werden“ (S. 35).

Das bedeutet, daß Vorgänge auf kognitiver Ebene im Normalfall in direkter Verbindung mit emotionalen, affektiven und psychophysiologischen Prozessen stehen. Mit anderen Worten: daß es den „geheimnisvollen Sprung vom Seelischen ins Körperliche“ (Freud) nicht gibt, sondern daß wir vielmehr ein Kontinuum der Organisationsebenen vor uns haben.²

Soweit eine knappe Skizzierung der biologischen Grundlagen. Wenn wir uns jetzt der Psychologie zuwenden, stellt sich die Frage, worauf wir die Untersuchung der Entwicklung psychischer Strukturen des Menschen gründen sollen. Die Antwort ist eine für psychoanalytische Theoretiker vorerst ungewohnte, aber nichtsdestoweniger einfache: auf das Erleben selbst. Denn nichts anderes als das Erleben eignet sich so gut, die Verbindung zwischen Innen und Außen abzudecken und als Organisator des Verhaltens untersucht zu werden.

Säuglingsforschung – die Ausgangssituation nach der Geburt

1. Biologisch-neurophysiologisch-verhaltensbezogene Voranpassung

Wiederum möchte ich eine der Systemtheorie entlehnte Überlegung voranstellen: Es gibt keinen unorganisierten Anfangszustand. Selbst einfachste Lebewesen verfügen über Organisation und regulatorische Mecha-

² Die Erforschung der Psychophysiologie der Affekte lieferte uns mittlerweile ein differenzierteres Bild von den psychophysiologischen Zusammenhängen (z.B. Beckmann und Hinckel, 1995).

nismen. Unsere Frage lautet daher auch: wie *entwickelt* sich psychische Struktur und nicht, wie *entsteht* sie. Sie ist als Teil der Organisation des Organismus immer schon da. Der Organismus hat immer schon einen gewissen Außenbezug. So reagieren Embryonen nachweislich auf Lichtreize oder akustische Stimuli. Dasselbe gilt für jeden Organisationsgrad bis hinunter zum Einzeller.

Wie daher zu erwarten, fand die Säuglingsforschung tatsächlich eine ganze Reihe von „vorverdrahteten“ Funktionen, die das Neugeborene zur Beziehung mit der Betreuungsperson befähigen. Das Neugeborene kann

1. Geräusche und Geräuschquellen orten,
2. selektiv auf menschliche/nicht menschliche Objekte reagieren,
3. dreidimensional wahrnehmen,
4. in gewissem Ausmaß Zeit abschätzen.
5. Es zieht Belebtes Unbelebtem vor.
6. Es ist zur Bewußtheit (d.h. Überprüfung von Stimuli) fähig,
7. zur Koordination von Hören und Greifen,
8. zur aktiven Anpassung (d.h. Feedbacks auszuwerten),
9. zu bestimmten Differenzierungsleistungen (z.B. wendet es sich von unangenehmen Gerüchen ab),
10. zu einer gewissen regulatorischen Aktivität (allerdings gebunden an Regelmäßigkeit und Redundanz),
11. zur Habituation und damit zur Kontrolle der Umweltinputs, es kann
12. Vertrautes von Unvertrautem diskriminieren (z.B. erkennt es vertraute Gerüche, wie die Stilleinlage der Mutter).
13. Es besteht keine Konfusion von Subjekt und Objekt (Beispiel siamesische Zwillinge).

Das Neugeborene ist auch bereits auf den Kontakt zur Betreuungsperson vorbereitet:

1. Es lächelt, wobei dieses Lächeln noch kein soziales, sondern anfangs noch ein automatisches ist. Es hat die Funktion, zum Kontakt einzuladen. Die Betreuungspersonen reagieren darauf mit intuitivem (möglicherweise angeborenen) elterlichen Betreuungsverhalten (Papousek und Papousek, 1979).
2. Die Wachzeiten sind nachts kürzer als tagsüber.
3. Der Kontakt in Interaktionen wird präzise synchronisiert. Mutter und Kind reagieren aufeinander im Hundertstelsekundenbereich, was eine kognitive Steuerung unwahrscheinlich erscheinen läßt. Der Säugling seinerseits bewegt sich z.B. synchron zur Artikulationsstruktur des Erwachsenen.
4. Im ersten Lebensmonat können Säuglinge bestimmte Gesichtsausdrücke imitieren (wobei wir noch nicht wissen, wie das funktioniert, da das Kind ja nicht über ein Feedback des eigenen Gesichtsausdrucks verfügt), was, wie das automatische Lächeln, den Eindruck des affektiven Kontakts macht und daher zu diesem einlädt. Sowohl das automatische Lächeln als auch die automatische Imitation sind noch nicht intentional.
5. Ab dem dritten Lebenstag findet Lernen statt. Interaktionssequenzen mit ausreichender Regelmäßigkeit

führen zu Erwartbarkeiten (zu unterscheiden von subjektiv repräsentierten Erwartungen). Man kann sie als Vorstufen der Gedächtnisfunktionen³ bezeichnen. Relativ bald führt das dazu, daß der Säugling von sich aus Kontakt initiiert.

6. Es gibt deutliche Hinweise, daß bereits die Fähigkeit und das Bedürfnis vorhanden sind, das Umgebungsgeschehen aktiv zu beeinflussen (→ Effektanzexperimente).
7. Geschlechtsspezifische Verhaltensunterschiede sind früh zu beobachten. Gegen Ende des ersten Lebensjahres ist mädchenhaftes oder bubenhaftes Verhalten innerhalb der Familie bereits fest etabliert.

2. Regulatorischer Einfluß der Betreuungsperson

Soviel zu verschiedenen „vorverdrahteten“ Funktionen, die von Geburt an das Kind zum Austausch mit den Betreuungspersonen befähigen. Die Entwicklung verläuft von nun an in einem steten Ineinandergreifen von Autoregulation und Heteroregulation. In den ersten Tagen und Wochen ist das Zusammenspiel der beiden Funktionen noch sehr auf die physiologische Ebene beschränkt. Das mütterliche Pflegeverhalten führt zuerst einmal zur Regulation bestimmter physiologischer Funktionen (Tag-Nacht-Rhythmus, Verdauung, Puls).

Damit das gelingt, damit also Heteroregulation und Entwicklung günstig verlaufen, bedarf es auch auf Seiten der Betreuungsperson bestimmter Voraussetzungen. Es war vor allem die Bindungsforschung, die das frühe Zusammenspiel von Mutter und Kind untersucht hat und die Bedeutung der Feinfühligkeit der Betreuungsperson für die Bindungsqualität betont hat.

Feinfühligkeit heißt in diesem Zusammenhang, daß

1. die Signale des Kindes wahrgenommen werden,
2. daß sie richtig interpretiert werden,
3. daß die Betreuungsperson angemessen, d.h. der Situation und dem Entwicklungsstand entsprechend reagiert,
4. daß die Reaktion prompt erfolgt. Das kann in frühen Entwicklungsstadien Zehntelsekunden bedeuten, weil der Säugling nach einer längeren Dauer die Reaktion der Betreuungsperson nicht mehr als Antwort versteht und somit der Zusammenhang abreißt.

Wie erfolgt nun Entwicklung, oder aus systemischer Sicht gefragt: wie verändert sich Organisation?

Auch hier liefert die Säuglingsforschung zahlreiche Hinweise auf Fähigkeiten zum Lernen. Neben (klassischem und operantem) Konditionieren kann der Säugling spezifizieren, generalisieren und verfügt über organisierende integrative Mechanismen. Die Wahrnehmung setzt sich aus Eindrücken, die verschiedenen Sinneskanälen entstammen und den jeweiligen affektiven Färbungen zusammen. Der Säugling kann sowohl Verbindungen zwischen den Sinneskanälen herstellen als auch zwischen ihnen differenzieren. So reagiert der Säugling z.B. irritiert, wenn er mit einem Lächeln, mit

³ Später: Wiedererkennen, reproduzieren. Der Unterschied besteht darin, daß in dieser Vorstufe gegenüber dem Unvertrauten auf der Verhaltensebene reagiert wird.

weicher Stimme, aber in einer ruckartigen Bewegung aus dem Bettchen gehoben wird (Beispiel zitiert nach Dornes, 1993).

3. *Wie entwickelt sich psychische Struktur?*

Für frühere Entwicklungspsychologien, sei es, daß sie auf der Psychoanalyse oder auf der Lerntheorie basierten, bestand das Hauptproblem in der Frage, *wie etwas in das Kind hineinkommt*.

Zahlreiche Ansätze zur Erklärung dieses Vorganges werden den LeserInnen vertraut sein: lerntheoretische Konzepte, die psychoanalytischen Konzepte der Introjektion, der Identifikation, der umwandelnden Verinnerlichung, sowie auf Verhaltensebene die Imitation.

Die Frage konnte aber solange nicht wirklich befriedigend erklärt werden, als man davon ausging, das Kind müsse erst die Fähigkeit, Wahrnehmung zu organisieren entwickeln. Nun, da wir gesehen haben, daß diese Fähigkeiten bereits weitreichend ausgeprägt sind, stellt sich diese Frage auch nicht mehr in dieser Form. Um sie aber zu beantworten, müssen wir uns noch ein wenig in den Prozeß der Strukturentwicklung vertiefen.

Kommunikation läuft, wie gesagt, unmittelbar nach der Geburt, weitgehend auf der Verhaltensebene ab. Gelingt sie, d.h. gelingt es der Betreuungsperson, durch ihre Handlungen wiederholt zur Regulation des Säuglings beizutragen, dann werden diese interaktiven Sequenzen in einer Art Mittelwertsform gespeichert, die Stern (1986) RIG's nennt (Representations of Interactions that have been Generalized). Diese RIG's haben aber auch den Charakter von Erwartbarkeiten (für den Fall des wiederholten Nicht-Gelingens gilt ähnliches).

Eine solche Interaktionssequenz besteht zumindest aus einem Selbst, einem Objekt, einer Wahrnehmung und einem affektiven Element. Diese Bestandteile sind in den RIG's zu einer Gesamtheit verknüpft. Doch aufgrund der Fähigkeit zu generalisieren und zu spezifizieren werden einerseits Abweichungen von diesen Erwartbarkeiten wahrgenommen und andererseits genügt aufgrund der Verknüpftheit der einzelnen Bestandteile miteinander ein Teil der Interaktionssequenz, um an die anderen zu „erinnern“.

Dieses „Erinnern“ wird hier noch unter Anführungszeichen gesetzt, da ein Wiedererkennen erst ab dem 3. Lebensmonat möglich ist, das evokative Gedächtnis noch viel später. Ich nenne es lieber Erwartbarkeiten, denn es existiert vermutlich noch kein inneres Bild von der Interaktionssequenz, sondern vorläufig nur das Negativ, das als Irritation, wenn einmal eine Interaktionssequenz völlig anders abläuft als gewöhnlich, zum Ausdruck kommt.

Die RIG's oder Erwartbarkeiten können als die ersten Bestandteile dessen, was man in der Psychoanalyse Repräsentanzen nennt, bezeichnet werden. Sie steuern bereits Erleben und Verhalten und sind damit ein erster Baustein der psychischen Struktur.

Nun können wir uns erneut mit etwas besseren Voraussetzungen der Frage, wie es zur Verinnerlichung bestimmter Haltungen kommt, zuwenden.

Das Kind erinnert vermutlich ganze Szenen, bestehend (zumindest) aus Selbst, Objekt, Handlung und

Affekt. Hat die ständige und damit erwartbare Reaktion der Bezugsperson eine bestimmte affektive Qualität, ist sie z.B. offen ablehnend und aggressiv, so wird auf diesem Wege die Aggression zu einem Teil der psychischen Struktur des Kindes, sie wird also, sofern sie ein Teil eines wiederkehrenden Musters ist, zu einem Teil von ihm. Noch etwas folgt daraus:

Der nächste Entwicklungsschritt des Kindes besteht darin, – und er ist ganz vom offenbar angeborenen Bedürfnis aktiv zu sein und das Geschehen rund um es zu beeinflussen getragen – daß es versucht, eine gespeicherte Interaktionssequenz aktiv herbeizuführen. Bereits innerhalb der ersten Monate versucht es aktiv Interaktionssequenzen zu initiieren. Es tut dies mit den Mitteln, über die es verfügt, das sind Vokalisationen, Strampeln usw. Die Säuglingsforschung hat dieses früh beobachtete Bedürfnis Effektanzbedürfnis genannt (entspricht dem Begriff der Kompetenzlust).

In der Entwicklung der Gedächtnisfunktion ist der nächste Schritt das *Wiedererkennen*. Es ist mit einer Voraussetzung für eine vom Kind subjektiv erlebbare Bindung an die Betreuungsperson. Es ist also kein Zufall, daß hier die Bindungsforschung ansetzt. Bereits im 6. Lebensmonat erweisen sich spezifische Bindungsstile als soweit etabliert, daß sie in der Beobachtung differenzierbar und experimentell auslösbar sind. Es besteht weitgehende Übereinstimmung zwischen den RIG's, den Erwartbarkeiten und dem, was in der Bindungsforschung „inneres Arbeitsmodell“, genannt wird. Beide sind der Kern dessen, was wir später Persönlichkeit nennen.

Wir befinden uns mit unserer Erkundung in den Vorstadien des subjektiven Erlebens.

Das Erleben ist noch sehr verhaltensbezogen und damit noch weit entfernt von Wünschen, Bedürfnissen, Gefühlen, Sehnsüchten etc. Das Kind erlebt zwar differenziert und bewußt, ist sich aber des Erlebens nicht bewußt, d.h. es kann noch nicht symbolisieren, m.a.W.: es kann noch nicht über das Erleben verfügen, bzw. kann es noch nicht das Erleben selbst zum Gegenstand der Kommunikation machen. Dazu bedarf es einiger weiterer Entwicklungsschritte.⁴

Die nächste Phase, wenn wir Sterns Terminologie folgen, ist die des „Empfindens eines Kernselbst“, in der das soziale Erleben im Vordergrund steht. Es erinnert stark an M. Mahlers „symbiotische Phase“, wobei jedoch Stern (1992) und noch detaillierter Dornes (1996) die Ansicht, wonach der Säugling in dieser Zeit sich als undifferenziert und mit der Mutter verschmolzen erlebt, sehr fundiert kritisieren. Beide betonen im Gegensatz zu Mahler auf der Grundlage zahlreicher empirischer Befunde die Organisiertheit des Selbstempfindens, die im

- a) Wahrnehmen der Urheberschaft (= das Empfinden, Urheber eigener Handlungen bzw. Nicht-Urheber der Handlungen anderer zu sein),
- b) der Selbst-Kohärenz (= das Empfinden, ein vollständiges körperliches Ganzes zu sein),

⁴ Beispiele für die Unterscheidung präsymbolischer/symbolischer Aspekte des Erlebens sind: Abwehrmaßnahmen / Abwehrmechanismen, Affekte / Gefühle, perzeptuell-handlungsbezogen / zeichenbestimmt / symbolisch, imitatives Verhalten / Imitation.

- c) der Selbst-Affektivität (= das Erleben regelmäßiger innerer Gefühlsqualitäten) und
 d) der Selbst-Geschichtlichkeit (= das Gefühl, in der Zeit, auch in Veränderungen derselbe zu bleiben)

zum Ausdruck kommt. Folglich ist in dieser Phase die Affektabstimmung zwischen Mutter und Kind von besonderer Bedeutung. Der Schwerpunkt der Heteroregulation hat sich von der Regulation physiologischer Bedürfnisse zu den Affekten verschoben. Die physiologischen Vorgänge, die zuerst noch der Heteroregulation bedurften, werden nun, sofern diese gelungen ist, schon in die Autoregulation hineingenommen. Sie laufen dann schon mehr im Hintergrund ab. Jetzt sind die Affekte im Vordergrund der Heteroregulation und auch sie werden in den Hintergrund treten, wenn ihre Verwaltung im Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind gelingt und werden zunehmend von der autoregulativen Sphäre übernommen werden. Dasselbe gilt für alle weiteren Entwicklungsschritte bis hin zum Erleben des Erwachsenen.

Ich habe die Darstellung auf diese ersten beiden Phasen beschränkt, weil hier bereits ein Charakteristikum jeder Entwicklung deutlich gemacht werden kann: daß in der späteren Entwicklung die frühere aufgehoben ist.

Die normale Entwicklung der psychischen Struktur führt im gesunden Fall zu immer weitreichenderer selbstregulatorischer Kompetenz; was aber nicht heißen soll, daß wir jemals völlige Unabhängigkeit erlangen. Vielmehr sind wir lebenslang auf externe regulatorische Unterstützung angewiesen (in der Selbstpsychologie Selbstobjekte genannt, in der psychosozialen Medizin zählen soziale Unterstützung bzw. soziale Integration zu den potentesten Faktoren psychophysischer Stabilität).

Wie kommt es zu pathologischer Entwicklung und worin besteht diese?

Ganz allgemein und angelehnt an systemtheoretische Begriffe kommt Pathologie vor allem in regulatorischen Defiziten sowohl im autoregulativen wie auch im heteroregulativen Bereich zum Ausdruck. Diese Defizite entstehen einerseits dadurch, daß bestimmte Haltungen der Betreuungspersonen direkt übernommen werden. So kann z.B. mit 85 % Treffsicherheit das Bindungsmuster, das ein Kind entwickeln wird, aus dem der Mutter vorhergesagt werden. Zum anderen werden bestimmte Erlebens- und Verhaltensmuster entwickelt, um die gegebenen Bedingungen zu bewältigen.

Diese Muster haben neben ihrer adaptiven Funktion meist auch eine maladaptive Kehrseite, die umso stärker ausgeprägt ist, je größer das Ausmaß der zur Bewältigung erforderlichen „Selbstverbiegung“ war.

Durch die Diskrepanz zwischen den adaptiven und maladaptiven Aspekten der elaborierten Persönlichkeitsstruktur wird der Grad der Störung definiert und häufig auch das Ausmaß des Leidens.⁵ Darin besteht

⁵ Ich bin mir bewußt, daß es selbstverständlich meist zu sekundären und tertiären Überlagerungen dieser Basisvorgänge kommt, die uns als Gegenbesetzung, als mehrphasige Abwehr, als dynamisches Zusammenspiel von kompensatorischen und defensiven Mechanismen usw. bekannt sind.

m.E. eine der Verbindungen zwischen systemischer Sicht und der psychoanalytischen Konfliktperspektive.

Von dieser systemisch-analytischen Konzeption der pathologischen Entwicklung ausgehend ist es schwerer, analytische Begriffe wie Übertragung und Widerstand in der Sprache einer Zwei-Personen-Psychologie zu formulieren (siehe u.a. Frischenschlager, 1995; Ornstein, 1976).

Inwieweit ist ein Transfer der Säuglingsforschung auf das erwachsene Erleben und auf den psychoanalytischen Prozeß möglich?

Selbstverständlich bestehen eine Reihe von wichtigen Unterschieden zwischen der Analytiker-Patient- und der Mutter-Kind-Beziehung. Nichtsdestotrotz will ich hier einige Ähnlichkeiten herausarbeiten, um die Vorgänge im therapeutischen Prozeß transparenter zu machen.

Einige Parallelen sind offensichtlich:

1. In *jeder* Beziehung nehmen die Organisationen der beiden beteiligten Personen aufeinander Einfluß, und verändern dabei ihre eigene Organisation. In der Kommunikation, gleich welcher Art findet ein ständiges Zusammenspiel von Selbstregulation und wechselseitiger Regulation statt.
2. Die wechselseitige Einflußnahme erfolgt auf verschiedenen Ebenen der Organisation, von hochsymbolisierten kognitiven bis hinunter zu nicht symbolisierten, physiologischen Ebenen. Wir vergessen allzu leicht, wie sehr wir als Erwachsene selbstverständlich für die weniger symbolisierten Ebenen des Erlebens empfänglich sind und wie wichtig diese für jede Beziehungsregulation sind, daher auch für die therapeutische (Frischenschlager, 1996).
3. Die entwicklungspsychologische Forschung hat gezeigt, wie unser Denken strukturiert ist. Wir speichern, wie bereits dargestellt, ganze interaktive Szenen (mit Selbst, Objekt, Handlung, Affekt), und dies hat mehrere bedeutsame Folgen.
 - a) Zum einen hat das, was wir später assoziative Verknüpfung nennen, dort eine ihrer Wurzeln: die einzelnen Bestandteile einer Szene stehen für das Ganze. Die andere besteht in der angeborenen Fähigkeit, Verbindungen zwischen verschiedenen Wahrnehmungskanälen herzustellen.
 - b) Die Tatsache, daß immer ganze Szenen verinnerlicht werden, die, wie bereits erwähnt, zumindest Aspekte von Handlung, Subjekt, Objekt, Affekt, später auch kognitive Prozesse enthalten, macht es erklärlich, weshalb verschiedene psychotherapeutische Methoden gleichermaßen wirksam sind. Sie setzen ja alle an einem der Bestandteile der internalisierten Szene an, gleich ob sie primär gefühlsaktivierend, am Verhalten, am Erleben, an den sekundären kognitiven Überlagerungen, am Szenischen, an den Anpassungs- oder Problemlösungsversuchen etc. ansetzen. Als Beispiele wären Techniken wie „hot seat“ in der Gestalttherapie, das Doppeln oder der Rollentausch im Psychodrama, zirkuläres Fragen in der systemi-

schen Therapie, Familienaufstellen, szenisches Verstehen, Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse etc. zu nennen.

- c) In der psychischen Struktur sind, vermittelt über Szenen, immer beide Rollen (Subjekt und Objekt) verankert, schlampig gesagt: Täter und Opfer. Beide sind, gewissermaßen aneinander gekettet, in uns gespeichert. Das wird in allen Psychotherapien seit jeher bedacht, hat aber hier seine Wurzeln.
 - d) Da unser Erleben aus Szenen aufgebaut ist, und wir daher immer die Interaktion mitdenken, wenn uns jemand ein Erlebnis berichtet, fällt es uns grundsätzlich leicht, uns in jemanden anderen einzufühlen. Empathie ist daher nicht eine Fähigkeit, die gelernt werden muß, sondern sie wird höchstens durch Selbsterfahrung in der Ausbildung als eine natürliche Fähigkeit freigelegt (weshalb SE immer einen therapeutischen Aspekt hat).
4. Aus der Psychotherapieforschung ist bekannt, daß der therapeutische Effekt nur zum Teil von Einsicht getragen ist (Orlinsky et al., 1994; Wallerstein, 1986). Vor allem Beziehungsvariablen wie Empathie des Therapeuten, wechselseitiges aufeinander Einstimmen, wechselseitiger affektiver Austausch gelten als wichtige Prädiktoren für den Erfolg (Kutter, 1996).
5. Weitere Parallelen zwischen früher Beziehung und therapeutischer Situation sind aus den folgenden empirischen Befunden ablesbar:
- a) Wenn gesunde Personen miteinander kommunizieren, synchronisieren sie ihre Körperposition in so kurzer Zeit, wie dies kognitiv gesteuert nicht möglich wäre. Das Ausmaß der Synchronisation hängt dabei von der Sympathie ab (Merten, 1996).
 - b) Innerhalb einer therapeutischen Kommunikation konnten die Gefühle des Patienten besser aus dem Gesichtsausdruck des Therapeuten abgelesen werden als aus dem des Patienten. Das zeigt, daß Affektabstimmung und Affektansteckung auch bei Erwachsenen spontan ablaufen (Merten, 1996).
 - c) Aus der in den ersten beiden Sitzungen beobachtbaren Übereinstimmung der Affektivität von Therapeut und Patient konnte der Erfolg der Therapie mit ($r = .69$ und $.75$) vorhergesagt werden (Krause und Merten, 1996). Ähnliches (auf die Übereinstimmung von Einstellungen bezogen) fanden Strauss und Burgmeier-Lohse (1995) für stationäre Gruppentherapien (Passung).

Wesentliche Bereiche der therapeutischen Beziehung sind also durch Affektivität, und Wechselseitigkeit der beiden beteiligten Personen bestimmt, also durch Faktoren, die (spätestens) von Geburt an unsere Entwicklung steuern. Die therapeutische Beziehung ist daher neben und hinter all den methodischen Aspekten, die ich nicht unterschätzen möchte, eine reale.

Wie erfolgt Einflußnahme auf pathologische psychische Struktur?

Nachdem wir pathologische Struktur im wesentlichen als das Ergebnis eines Bewältigungsversuchs beschrieben haben, das dazu dient, sich innerhalb der gegebenen

Beziehungsangebote ein Mindestmaß an Selbstwert, an Kompetenzgefühl, an Regulationsspielraum zu erhalten, erscheint es naheliegend und konsequent, wenn deren therapeutische Beeinflussung in strukturell ähnlichen Rahmenbedingungen erfolgt, d.h. wiederum eingebettet in Beziehungserfahrungen.

Ich sehe darin das Spezifikum der Psychotherapie, daß sie auf Grundlage einer wissenschaftlich fundierten Theorie von Gesundheit und Krankheit, die hauptsächlich auf den hier dargelegten systemischen und entwicklungspsychologischen Befunden ruht, ihre Interventionen aufbaut.

Die Interventionen erfolgen demnach über Kommunikation, schließen aber alle Ebenen der Organisation der Person ein, also kognitive, affektive und physische ein.

Die Systemtheorie hat uns gelehrt, daß in höheren Ebenen der Organisation die weniger differenzierten aufgehoben sind. Daraus folgt, daß grundsätzlich auch tiefere Ebenen des Erlebens auf dem Weg über die Sprache zugänglich sind, daß alle (siehe 2b) genannten Zugänge zur Person gleichwertig sind. Wenn das so ist, dann stellt sich die Frage, worin besteht das Therapeutische einer Beziehung?

Was macht Kommunikation zu einer therapeutischen?

Eines war immer schon klar, daß die Beziehungserfahrung *allein* noch keine Veränderung herbeiführt. Die pathologische Struktur zeichnet sich ja dadurch aus, daß Repräsentanzen (etwa gleichzusetzen mit den inneren Arbeitsmodellen) gegen die realen Erfahrungen einigermaßen resistent sind. Daher wird in allen problemzentrierten Therapiemethoden versucht, Veränderungsschritte durch eine breite kognitive Verankerung abzusichern (entspricht dem Durcharbeiten).

a) Bewußte Ebene

1. Therapeutisch heißt grundsätzlich, dem Patienten Raum für seine Äußerungen geben. Das Zuhören erfolgt
2. in einer empathischen Haltung. Nur soviel: Sie beinhaltet u.a. eine sorgfältige Beachtung der Bedeutungen, die die Handlungen oder Unterlassungen des Therapeuten für den Patienten haben (Stolorow et al., 1996, S. 10).

Beides sind Aspekte von Haltungen, die dem Bewußten zuzurechnen sind. Sie sind selbstverständlicher Bestandteil nahezu aller Therapiemethoden. Vor allem in der Psychoanalyse sind aber die in diesem Beitrag angesprochenen Regulationsprozesse, die zum Teil unbewußt ablaufen, ein zusätzlicher Bereich der therapeutischen Arbeit.

b) Unbewußte Ebene

3. Der Therapeut ist in eine interaktive Situation verstrickt, in Inszenierungen, die zu hochspezifischen Reaktionen verleiten oder provozieren. Weiss (1990), Weiss und Sampson (1986) haben herausgearbeitet, wie Patienten ihre Therapeuten unbewußt testen,

bevor sie es wagen ausgegliederte affektive Bereiche zu reintegrieren und dies empirisch untermauert. Es kommt daher darauf an, daß er real den unbewußten Befürchtungen des Patienten nicht entspricht. Mit anderen Worten: darin, daß er sich nicht verführen läßt, besteht die Voraussetzung für Bewußtwerdung.

4. Andererseits muß der Patient aber spüren, daß der Therapeut sich sehr wohl real zu einem Teil der unbewußten Szene hat machen lassen. Der Therapeut muß in ein Mindestmaß an affektivem Kontakt mit den Erwartungen bzw. Befürchtungen des Patienten, die zugeteilte Rolle zu übernehmen und ihr entsprechend zu reagieren gekommen sein. Er muß sich anstecken haben lassen, sonst wird seine Reaktion für das Erleben des Patienten emotional nicht relevant. Erst wenn der Analytiker mit allen Affekten ein Teilnehmer der Szene geworden ist – in Videoaufnahmen konnte man das z.B. an seinem Gesichtsausdruck ablesen (Krause, 1997; Merten, 1996) – kann er verstehen und dazu beitragen, daß der Patient sich neue Szenen zu eigen macht. In dieser Bereitschaft, sich maßvoll verstricken zu lassen, besteht m.E. die in jüngerer Zeit häufig hervorgehobene Responsivität (Bacal, 1985)
5. Was hier wie ein einziger Vorgang beschrieben ist, erfolgt tatsächlich in vielen kleinen Sequenzen von
 - a) Verführung,
 - b) mäßig diskordanter Reaktion,
 - c) Verarbeitung der Reaktion.
6. Erst wenn der Patient bereit ist, sich auf die (mäßig diskordanten) Reaktionen des Therapeuten ein bißchen einzulassen, was auch bedeutet, daß er sich für neue und andere Beziehungserfahrungen öffnet, bekommt er Distanz zu den ihn geprägt habenden Bedingungen seiner Sozialisation. Dies bedeutet, daß die Erinnerung an die prägenden Beziehungserfahrungen eine neue Qualität bekommt. Erst auf dem Hintergrund der responsiven, empathischen Beziehung zum Therapeuten wird der pathogene oder traumatisierende Aspekt des Erfahrenen spürbar. Dieses Erinnern, das also weit mehr als ein Abbilden ist, setzt voraus, in emotionale Distanz zur erlebten Vergangenheit zu gehen. Und diese Distanz kommt erst zustande, wenn der Therapeut ausreichende stabilisierende, stützende und sicherheitsstiftende Bedeutung für die Selbstregulation des Patienten bekommen hat.
7. Erst *danach* können in der Regel die mehr sprachlich-kognitiven Vorgänge folgen wie z.B. Problem aktualisieren, Einordnen, gemeinsames Deuten, Rekonstruieren, Durcharbeiten, Ressourcen aktivieren, Problemlösen, neue Lösungsstrategien erproben usw. Mit Hilfe all dieser Methoden werden Gefühle Schritt für Schritt mit den höheren (kognitiven) Orientierungsfunktionen in Verbindung gebracht.

Zusammenfassung

In Anlehnung an biologische Erkenntnistheorie Piagets und systemtheoretische Überlegungen habe ich einige Parallelen zwischen Vorgängen in der in jüngerer Zeit uns besser zugänglich gewordenen Frühentwicklung

und dem therapeutischen Prozeß darzustellen versucht. Demnach werden Entwicklung und therapeutische Beeinflussung der psychischen Struktur als gleichermaßen eingebettet in Austauschprozesse verstanden. Bei der Untersuchung des psychotherapeutischen Prozesses wird vor allem das Augenmerk auf die intersubjektiven, kommunikativen Prozesse gelegt; besteht doch die Hauptaktivität des Organismus immer aus Selbst- und wechselseitiger Regulierung. 1-Person-Modelle des therapeutischen Prozesses können daher höchstens die eine Hälfte der ablaufenden Vorgänge erfassen.

Der Kern der psychischen Struktur wird in verinnerlichten Szenen vermutet, die im Sinne von Arbeitsmodellen von der Welt Erleben und Verhalten steuern. Je ausgeprägter die psychische Störung, desto starrere Arbeitsmodelle können wir erwarten.

In jeder Beziehung sind alle Regulationsebenen (physiologische, verhaltensbezogene, affektive, kognitive) ständig aktiviert, auch wenn wir unsere Aufmerksamkeit vorwiegend auf die sprachlichen, d.h. auf die kognitionslastige Ebene richten. Es steht zwar außer Frage, daß über die Sprachebene grundsätzlich auch die tiefer liegenden Schichten des Erlebens erreicht werden können, doch bleibt trotzdem Vieles unserer Wahrnehmung entzogen. In diesem Beitrag wird folglich die Auffassung vertreten, daß die therapeutische Verständigung auf verhaltensbezogener und affektiver Ebene oft der Kommunikation auf kognitiver Ebene vorangeht, in manchen Fällen vermutlich sogar die Voraussetzung für das Gelingen der Arbeit darstellt.

Literatur

- Bacal HA (1985) Optimal responsiveness and the therapeutic process. In: Goldberg A (ed) Progress in self psychology, vol 1. Guilford Press, New York
- Beckmann D, Hinckel P (1995) Ontogenese der Affektregulation. Psychother Psychosom Med Psychol 45: 427–435
- Dornes M (1993) Der kompetente Säugling. Fischer, Frankfurt
- Dornes M (1996) Margret Mahlers Theorie neu betrachtet. Psyche 50/11: 989–1018
- Dornes M (1997) Die frühe Kindheit. Fischer, Frankfurt
- Fosshage J (1992) Self psychology – the self and its vicissitudes within a relational matrix. In: Skolnick NJ, Warshaw SC (eds) Relational perspectives in psychoanalysis. The Analytic Press, Hillsdale NJ
- Frischenschlager O (1995) Die therapeutische Beziehung in der Psychoanalyse. Psychother Forum 3/3: 159–169
- Frischenschlager O (1996) Idee und Wandel der Selbsterfahrung in der Psychoanalyse. Psychother Forum 4/4: 187–193
- Grawe K (1995) Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40: 130–145
- Krause R (1997) Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd 1. Kohlhammer, Stuttgart
- Krause R, Merten J (1996) Affekte, Beziehungsregulierung, Übertragung und Gegenübertragung. Z Psychosom Med 42: 261–280
- Kriz J (1997) Systemtheorie – eine Einführung für Psychotherapeuten. Facultas, Wien
- Kutter P (1996) Selbsterfahrung in der psychotherapeutischen Ausbildung. Thesen, Erfahrung, Synthese. Psychother Forum 4/4: 181–186
- Lichtenberg JD (1991) Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Merten J (1996) Affekte und die Regulation nonverbaler interaktiver Verhaltens. Strukturelle Aspekte des mimisch-

- affektiven Verhaltens und die Integration von Affekten in Regulierungsmodelle. P. Lang, Bern
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks R (1994) Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behaviour change, 4th edn. Wiley, New York
- Ornstein A (1997) Die Angst vor der Wiederholung. Psyche 50/5: 444–462
- Piaget J (1974) Biologie und Erkenntnis. S. Fischer, Frankfurt
- Schwaber E (1995) Empathie, eine Form analytischen Zuhörens. Forum der Psychoanalyse 11/2: 160–183
- Sluneco T (1997) Vom Minimalkonsens zum Maximaldisens. Psychother Forum 5/4: 219–232
- Stern DN (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart
- Stolorow R, Brandchaft B, Atwood GE (1996) Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Fischer, Frankfurt
- Strauss B, Burgmeier Lohse M (1995) Merkmale der „Passung“ zwischen Therapeut und Patient als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppenpsychotherapie. Z Psychosom Med 41: 127–140
- Wallerstein RS (1986) Forty two lives in treatment. The Guilford Press, New York London
- Weiss J (1990) Unconscious mental functioning. Sci Am 262/3: 103–109
- Weiss J, Sampson H (1986) The psychoanalytic process. The Guilford Press, New York London
- Wolf E (1996) Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Suhrkamp, Frankfurt

Korrespondenz: a.o. Univ.-Prof. Dr. phil. Oskar Frischenschlager, Institut für Medizinische Psychologie der Universität Wien, Severingasse 9, A-1090 Wien, Österreich, e-mail: oskar.frischenschlager@univie.ac.at