

O. Frischenschlager

Idee und Wandel der Selbsterfahrung in der Psychoanalyse

Zusammenfassung Die einzelnen konzeptuellen Bestandteile der Psychotherapiemethoden (Anthropologie, Krankheitstheorie, Diagnostik, Behandlungstheorie und -praxeologie sowie die Definition der Kompetenzerfordernisse in der Ausbildung), fügen sich in der Regel mit hoher logischer Konsistenz zueinander. Am Beispiel der Psychoanalyse wird untersucht, ob und welche Adaptationen in der Ausbildung veränderte anthropologische Grundlagen nach sich ziehen.

Während der ersten 5 Dekaden psychoanalytischer Theorieentwicklung wurden vor allem intrapsychische Prozesse auf der Grundlage der Triebtheorie, der ein spezifisches Menschenbild zuzuordnen ist, untersucht. Der kurative Prozeß wurde folglich eng mit Einsicht in unbewußte Motive, die die Wahrnehmung, das Erleben und Handeln beeinflussen, verknüpft. Innerhalb der darauffolgenden 5 Jahrzehnte wurde beträchtlicher Fortschritt bei der Erforschung interpersoneller Vorgänge erzielt. Vor allem dank der empirisch fundierten Entwicklungspsychologie gelang es, ein präziseres, zum Teil traditionelle psychoanalytische Annahmen revidierendes Menschenbild zu zeichnen. Die Theorie des psychoanalytischen Prozesses gewinnt dadurch eine zusätzliche, vor allem im Interpersonellen anzusiedelnde Dimension. Das Durcharbeiten der ihr zuzuordnenden Themen wird als wesentlicher Teil der Kompetenzentwicklung in der Ausbildung erachtet.

Schlüsselwörter: Psychoanalyse, psychoanalytische Ausbildung, Selbsterfahrung, Lehranalyse, präsymbolisches Erleben.

L'expérience sur soi en psychanalyse: idée et évolution

Résumé Au cours de ses cinq premières décennies la recherche psychanalytique s'est surtout intéressée à des processus intrapsychiques. Les notions métathéoriques constituant son fondement ont profondément influencé tous les domaines de la théorie (nosologie, diagnostic, théorie du processus analytique/thérapeutique, technique et exigences posées à la formation). Dans le présent article, nous posons comme connue l'image de l'homme élaborée par la psychanalyse traditionnelle et nous contentons de citer quelques passages tirés de la théorie des névroses de

Ideas and evolution of self-experience in psychoanalysis

Abstract As a rule, the components of psychotherapeutic methods (anthropology, theory of disease, diagnostics, theory of therapy and therapeutic praxeology as well as the competence required in training) are, in terms of logic, highly consistent. Taking psychoanalysis as an example, we investigate whether and in which way psychoanalytic training has to be adapted to new anthropological principles.

During the first 5 decades, in investigations into the development of psychoanalytical theory particular emphasis was laid on intrapsychic processes based upon the theory of instincts, determined by a specific conception of man. Consequently, the curative process was closely correlated with an insight into unconscious motives influencing perception, experience, and acting. In the subsequent 5 decades research into interpersonal events brought considerable progress. In particular, empirical infant research allowed to draw a more precise image of man – partly revising traditional psychoanalytic assumptions. Thus, the theory of the psychoanalytical process gains an additional dimension, especially as to the interpersonal situation. The elaboration of issues related to it is considered an essential part in the development of competence in psychoanalytic training.

Keywords: Psychoanalysis, training analysis, psychoanalytic training, presymbolic experience.

Fenichel. La recherche empirique récemment consacrée à l'étude des nourrissons nous fournit pour la première fois une image de l'homme qui ne se base pas sur les concepts spéculatifs présentés jusqu'à maintenant (pas seulement par la psychanalyse). Dans ce sens il pourrait s'avérer nécessaire de réviser certaines hypothèses anthropologiques traditionnelles. En effet la recherche sur les nourrissons nous a fourni une image extrêmement détaillée des capacités et des besoins de l'enfant, ceci à un âge très précoce ou même avant la naissance. Selon elle, le nouveau-né entre dans le

monde déjà doté de la capacité à une communication intensive. On a découvert que communication et relation sont des phénomènes primaires. Le nourrisson est également très tôt capable d'une régulation active et s'attache aux figures parentales primaires. "Attache" implique l'élaboration d'un modèle intérieur de ces dernières, ce modèle s'avérant comme extrêmement stable dans le temps.

Jusqu'au moment où il acquiert la capacité de symboliser, l'enfant passe par toute une série de stades au cours desquels différentes formes de régulation réciproque dominant. Ce n'est que peu à peu qu'il devient capable de se réguler lui-même. Il s'agit toutefois de prévenir certains malentendus à ce sujet: la maturité n'est pas indépendance absolue. H. Kohut a, entre autres, montré que le besoin de relation avec un objet du soi persiste toute la vie. Dans ce contexte, il est

intéressant de noter que la terminologie psychanalytique traditionnelle (qui est très axée sur les états pathologiques) n'inclut pas de terme pour désigner un état normal, non-pathologique de dépendance.

On peut maintenant supposer que les niveaux pré-symboliques du vécu demeurent ce qu'ils sont pendant toute la vie de l'individu; ils influencent fortement la manière dont ce dernier établit des relations saines ou pathologiques, même si dans le second cas ils sont mis plus clairement en évidence.

L'article mentionne quelques aspects relationnels pour les analyser en tant que part intégrante de l'expérience sur soi pratiquée en cours de formation. La perlaboration, ou si l'on veut, le travail sur et la "mise en mots" de ces aspects représentent un élément important dans l'acquisition de compétences en cours de formation psychanalytique.

Vorbemerkung

In einer früheren Arbeit (Frischenschlager, 1986) habe ich auf die direkten, handlungsleitenden Auswirkungen des theoretischen Verständnisses von Krankheit/Gesundheit auf die Pragmatik der Therapie hingewiesen. Vorwiegend auf die Medizin gemünzt, habe ich dort dargestellt, in welchem Ausmaß und mit welchen konkreten Folgen für den Patienten der jeweilige (latente oder manifeste) Krankheitsbegriff therapeutisches Handeln steuert. Meine Absicht war damals, diesen manchmal unreflektierten Faktor ärztlichen Handelns zu erhellen und darüber hinaus den Absolutheitsanspruch des jeweiligen Krankheitsbegriffs zu relativieren, da nicht selten eine gewisse Neigung zu beobachten ist, über der jeweils mental präsenten Konzeption von Krankheit die zahlreichen anderen möglichen Sichtweisen zu übersehen. Denn die Entscheidung, ob eine Operation vorgenommen oder eine Psychotherapie empfohlen wird, erfolgt in der Praxis nicht immer aufgrund einer patientenbezogenen Indikationsstellung, sondern hängt viel öfter von der individuellen Krankheitsvorstellung, bzw. Fachkompetenz des Behandelnden ab. Wir sollten nicht vergessen – und das gilt auch innerhalb der Psychotherapien –, daß keiner der möglichen Zugänge zur jeweiligen Krankheit beanspruchen kann, der einzig angemessene zu sein; vielmehr hat jeder der möglichen therapeutischen Zugänge seine spezifischen Vor- und Nachteile.

Die Konferenz zur Bedeutung der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung, die in diesem Heft dokumentiert wird, bot die Gelegenheit, diese früheren Beobachtungen auf einige Psychotherapiemethoden anzuwenden. Dabei wurde deutlich, daß die hier angesprochenen Zusammenhänge noch wesentlich weitreichender, als in der eingangs zitierten Arbeit dargestellt. Sie erstrecken sich auf die anthropologischen Grundannahmen, die Diagnostik, und – insbesondere für das Thema dieser Konferenz von Interesse – auf die Ausbildung. Die Darstellung wird aus Platzgründen auf eine Graphik (siehe Abb. 1 im Beitrag Pieringer und Laireiter, S. 180) beschränkt, Detaillierteres geht aus den Beiträ-

gen der Koautor(inn)en hervor. Nur soviel: Es zeigte sich, daß das von der jeweiligen therapeutischen Methode für erforderlich gehaltene und im Curriculum definierte Ausmaß an Selbsterfahrung sich über alle Bereiche logisch bis zu den anthropologischen Grundannahmen der jeweiligen Methode zurückverfolgen läßt. Und umgekehrt läßt sich ziemlich verläßlich aus der Anthropologie oder dem Krankheits/Gesundheitsbegriff vorhersagen, welche Bedeutung eine therapeutische Methode der Selbsterfahrung in der Ausbildung einräumt (siehe Abb. 1, S. 180).

Im folgenden sollen diese Überlegungen auf die Psychoanalyse angewandt werden. Zu diesem Zweck will ich kurz die historische Entwicklung der Lehranalyse darstellen und zeigen, wie deren Ziele sich in die anthropologischen Grundannahmen, den Krankheits/Gesundheitsbegriff sowie die Theorie und Praxeologie der Psychoanalyse einfügen. Anschließend soll untersucht werden, ob und inwieweit eine Veränderung des Menschenbildes in der Psychoanalyse Adaptationen der anderen konzeptuellen Bereiche, insbesondere der Theorie des therapeutischen Prozesses, nach sich zieht.

Das Menschenbild der traditionellen Psychoanalyse

Freud sieht bekanntermaßen Triebe als die zentralen Faktoren der Beeinflussung von Erleben und Verhalten. Mit Trieben sind Kräfte gemeint, die, vergleichbar physikalischen Größen, selbst nicht wahrnehmbar sind, jedoch Wahrnehmung, Erleben und Handeln steuern. Sie stehen also gewissermaßen hinter den (grundsätzlich erlebbaren) Bedürfnisspannungen. Sie sind die Grundlage jeder biologischen wie psychologischen Aktivität des Organismus, wie Freud (1915) es ausdrückte, „eine Arbeitsanforderung, die dem Seelischen ... auferlegt ist“. Sie sind weiters konservativer Natur, d.h., ihr Ziel ist die Aufhebung eines Spannungszustandes bzw. das Herstellen eines früheren Zustandes. Die direkte Abfuhr einer Erregung, die dadurch entstanden ist, daß ein Organismus einem Reiz aus der Außenwelt ausgesetzt war, kann z.B. in einem Reflex auf motorischem oder sekretorischem Wege erfolgen, sie kann aber auch

gehemmt werden. In eben dieser Hemmung der direkten Abfuhr wird die Grundlage des Psychischen gesehen. Von dieser biologischen Ebene wird eine direkte Verbindung zu höheren psychischen Vorgängen und deren Entwicklung hergestellt. Fenichel beschreibt die erste Lebensphase: „Bei der Geburt verläßt der Organismus eine relativ ruhige Umgebung und tritt in einen überwältigenden Reizzustand mit minimalem Reizschutz ein ... Wahrscheinlich ist diese Erregungsüberflutung überaus unangenehm und ruft die erste Tendenz des Psychischen hervor, nämlich die Bestrebung, einen Spannungszustand abzubauen. Hilft die Außenwelt dem Säugling dabei, mit diesen Reizen fertig zu werden, schläft er ein. Neue Reize wie Hunger, Durst oder Kälte wecken ihn wieder auf. Erste Spuren des Bewußtseins unterscheiden noch nicht zwischen einem Ich und einem Nicht-Ich, sondern eher zwischen größerer und geringerer Spannung. In diesem Entwicklungsstadium ist eine Entspannung gleichbedeutend mit dem Verlust des Bewußtseins. Könnte jedes Bedürfnis sofort befriedigt werden, käme es wahrscheinlich nie zur Entwicklung einer Realitätswahrnehmung.“ (Fenichel, 1983, S. 55).

In diesen wenigen Sätzen werden einige wesentliche Elemente des psychoanalytischen Menschenbildes angesprochen: zum einen, daß psychische Funktionen nicht von Anfang an vorhanden sind, sondern erst unfreiwillig, d.h. der Not gehorchend ausgebildet werden, weiters die Bedeutung, die der Realitätswahrnehmung eingeräumt wird, ein Konzept, das noch sehr einem erkenntnistheoretischen Realismus verhaftet ist und darüber hinaus eine Ein-Personen-Psychologie markiert, in der der Einzelne gewissermaßen der Welt gegenübersteht, so als ob die Welt etwas objektiv Gegebenes wäre und nicht getragen von den zahlreichen Beziehungen, in die der Mensch eingebunden ist. Obwohl gerade der Psychoanalyse das Verdienst zukommt, die Bedeutung der Affekte für die Wahrnehmung erkannt zu haben, mutet die Erkenntnisposition, die hier dem Individuum unterstellt wird, als ein Rückschritt an. Weiters wird hier die Tendenz des Organismus zu einem reizarmen Zustand zurückzukehren angesprochen (gemeint ist primär der Mutterleib, später der Schlaf), die primäre Objektlosigkeit und schließlich die große Bedeutung, die der Frustration für die Entwicklung eingeräumt wird. Das Verlangen nach Objekten sei sekundärer Natur, es entstehe erst, wenn der Säugling erfahren hat, daß die Befriedigung seiner Bedürfnisspannungen mit Objekten verknüpft ist.

„An diesem Punkt entsteht ein Widerspruch von grundlegender Bedeutung für das menschliche Leben, der Widerspruch zwischen einem Verlangen nach vollständiger Entspannung und einem Verlangen nach Objekten (Reizhunger). Das Streben nach Triebabfuhr und Entspannung, der direkte Ausdruck des Konstanzprinzips, ist notwendig älter als das Verlangen nach Objekten.“ (Fenichel, a.a.O., S. 56).

Realität wird im Rahmen dieser Annahmen prinzipiell als frustrierend erlebt, weshalb der Säugling dazu neigt, sich Befriedigung auf halluzinatorischem Wege zu verschaffen. Der Weg zu psychischer Reife führe also vor allem über die Akzeptanz der Realität. Einsicht in

diese und in die widerstrebenden Kräfte, denen das Ich ausgesetzt ist, entspringe u.a. der Fähigkeit zum Aufschub von Befriedigung, dem Ertragen von Frustrationen. Soweit eine sehr geraffte Darstellung der traditionellen Annahmen. Das „Wissen“ über diese frühen Entwicklungsstufen verdankt sich im übrigen der Extrapolation vom erwachsenen pathologischen Erleben: „Die Analyse von Psychotikern und ihrer Tendenz, auf primitive Entwicklungsstufen des Ich zu regredieren, trägt wesentlich zu unserem Wissen über diese frühen Stufen bei.“ (Fenichel, a.a.O., S. 54).

Die im Einsichtskonzept dominierende Rationalität zeigt sich auch im Verständnis der therapeutischen Beziehung. Noch 1986 wird der Motor des therapeutischen Prozesses deutlich im Rationalen gesehen.

„Die Basis des Arbeitbündnisses (oder des therapeutischen Bündnisses) ist ... seine rationale Bereitschaft, mit dem Analytiker zusammenzuarbeiten. Auf diese Weise komme es zu der Zusammenarbeit zwischen dem rationalen Ich-Anteil des Patienten und dem analysierenden Ich des Analytikers.“ (Leupold-Löwenthal, 1986, S. 274). Einsicht werde durch „therapeutische Ichspaltung“ möglich, durch einen Vorgang, bei dem sich ein Teil des Erlebens/Denkens mit der (rationalen) Haltung des Analytikers identifiziert, ein anderer Teil sich den Impulsen und Phantasien überläßt, die es zu analysieren gilt (ausführliche Darstellung des von Sterba eingeführten Konzepts in Greenson, 1967; zu seiner Kritik siehe Körner, 1989).

Historische Entwicklung der Lehranalyse

Traditionell ist das Ziel der Psychoanalyse also eng mit Einsicht verbunden. Unbewußtes soll bewußt gemacht werden, um seine Wirkung auf Wahrnehmung, Fühlen und vor allem Handeln zu reduzieren und den realitätsbezogeneren Ichfunktionen verfügbar gemacht werden. Erreicht wird dieses Ziel im Rahmen des Deutungs- und Durcharbeitungsprozesses. In diesem Zusammenhang ist die Übertragung zu erwähnen, ein Spezifikum der Psychoanalyse. Analytiker(in) und Patient(in) sprechen nicht *über* Probleme des Patienten, vielmehr werden diese direkt (aber unbewußt) in die therapeutische Beziehung eingebracht, in ihr (re)inszeniert. Daher erfolgt die Bewußtmachung vorrangig über Übertragungsdeutungen, die auf das Hier und Jetzt des Inszenierten zielen. Das Ziel dieser Vorgangsweise ist, die in diesem Prozeß in der therapeutischen Beziehung ausgelösten Gefühle und die kognitiv/intellektuellen Aspekte der Einsicht möglichst nicht getrennt zu bearbeiten. Freud betonte bereits sehr früh, daß „affektloses Erinnern fast immer wirkungslos“ sei (Freud, 1895).

Auf die Lehranalyse jedoch sind diese Merkmale der psychoanalytischen Therapie interessanterweise nicht direkt und nicht von Beginn an appliziert worden. Denn anfangs begnügte man sich in der analytischen Ausbildung mit dem Studium der Theorie und mit Falldiskussionen und erachtete Selbsterfahrung oder Eigentherapie nicht für erforderlich (zum Teil sogar für schädlich). Freud selbst forderte zwar bereits 1912 (jedoch immerhin erst zehn Jahre nach der Einrichtung regelmäßiger, der Aus- und Weiterbildung gewidmeter Treffen) in den

Ratschlägen für den Arzt, daß „sich jeder, der Analysen mit andern ausführen will, vorher selber einer Analyse bei einem Sachkundigen unterziehen“ soll (zit. nach Köpp und Váth-Szusdziara, 1996).

Die verbindliche Lehranalyse setzte sich schließlich durch. Über die Jahrzehnte seither ist eine Zunahme der Bedeutung des Erlebens gegenüber eher kognitiv-intellektuellen Prozessen zu beobachten. Man verknüpfte mit der Lehranalyse zu Beginn sowohl ein therapeutisches als auch ein didaktisches Ziel. Letzteres bestand darin, die Erhellung unbewußter Inhalte und die Wirkung gelungener Deutungen an der eigenen Person erfahren zu haben. In der Frühzeit dieser Entwicklung beschränkte sich die Dauer von Lehranalysen (wie im übrigen auch der therapeutischen Analysen) auf einige Monate, zum Teil auf nur wenige Wochen.

Mit der Erweiterung des Indikationsradius und der Verlängerung der therapeutischen Analysen wurden auch die Lehranalysen deutlich länger. An der Obergrenze des Analyseumfanges dürften die Kleinianer mit 1500–2000 Stunden liegen. Seitens dieser Gruppe wurde gefordert, daß die Lehranalyse bis an den in jedem Menschen vermuteten psychotischen Kern vordringen solle. Neben diesen radikaltherapeutischen Modellen der Lehranalyse haben sich aber auch didaktische bis in die 60er Jahre erhalten. Von Anna Freud wird z.B. berichtet, sie habe mit ihren Lehranalysand(inn)en im Abstand von etwa drei Monaten den jeweiligen Fortschritt sowie den Prozeß besprochen. Als Standard hat sich jedoch in allen psychoanalytischen Strömungen (Ichpsychologie, Objektbeziehungspsychologie, Selbstpsychologie) in den letzten Jahrzehnten durchgesetzt, zwischen Lehranalyse und therapeutischer Analyse keinen Unterschied zu machen. Eine gute Übersicht über die vielfachen Probleme der institutionalisierten Lehranalyse findet sich in den in der „Psyche“ abgedruckten Kontroversen (Simenauer, 1984; Schneider, 1986; sowie Thomä, 1991a,b; Beland, 1992).

Nach meiner Beobachtung hat sich auch im Ausbildungskonzept anderer Therapiemethoden eine ähnliche Entwicklung vollzogen: von der anfänglichen Vorrangigkeit didaktischer Ziele und der Vermittlung technischer Fertigkeiten hin zur stärkeren Betonung des Erlebens des therapeutischen Prozesses. Meines Wissens gilt dies für Gesprächspsychotherapie sowie zum Teil auch für die Verhaltenstherapie.

Die Weiterentwicklung des Menschenbildes in der Psychoanalyse

Im Laufe der vergangenen 20 bis 25 Jahre erfolgte eine intensive Beforschung der menschlichen Frühentwicklung. Dabei zeigte sich, daß ein Großteil der Annahmen über Fähigkeiten und Bedürfnisse des Neugeborenen zu revidieren sind.¹

¹ Bedauerlicherweise haben einige an sich beachtliche psychoanalytische Forschungsunternehmen ihre Daten auf der Grundlage der (von Freud selbst immer als spekulativ bezeichneten) psychoanalytischen Metatheorie interpretiert und so Einschränkungen des Erkenntniswertes in Kauf genommen.

1. Das Neugeborene ist *aktiver* Kommunikationspartner, es ist vorangepaßt für eine intensive wechselseitige Kommunikation. Kommunikation und Beziehung sind nicht sekundäre Phänomene, wie die traditionelle Psychoanalyse meinte, sondern primäre. Der Säugling ist, wenn auch in beschränktem Ausmaß, bereits sehr früh zu aktiven regulatorischen Aktivitäten imstande, hat eine Tendenz zu bedürfnisunabhängiger Aktivität. Zweifellos besteht psychische Struktur also von Beginn des Lebens an, sodaß unsere Frage nicht ist, wie diese entsteht, sondern wie sie sich entwickelt (Überblick und Diskussion der Befunde der Säuglingsforschung in Dornes, 1993; Lichtenberg, 1983/1992; Stern, 1986/1992).

Die Säuglingsforschung liefert überdies erstmals ein Bild von normaler Entwicklung, sodaß frühzeitig pathologische Entwicklungsverläufe identifiziert und mit Entwicklungsbedingungen in Zusammenhang gebracht werden können.

2. Säuglinge gehen zu den Bezugspersonen eine Bindung ein. Bindungsmuster sind ab dem 6. Lebensmonat identifizierbar, d.h. etabliert und erweisen sich in hohem Maß als zeitlich stabil. Longitudinalstudien an heute 20jährigen belegen dies (Übersicht in Spangler und Zimmermann, 1995). Die zeitliche Stabilität erstreckt sich möglicherweise sogar über drei Generationen, wie in einer prospektiven Studie gezeigt werden konnte (zit. nach Köhler, 1996). Bindungsmuster sind Teil der psychischen Struktur. Es bilden sich auf der Basis der Erfahrung mit dem Anderen innere Arbeitsmodelle vom diesem heraus, die das Beziehungsverhalten steuern.

Die Erforschung des Bindungsverhaltens hat der psychoanalytischen Terminologie eine neue Dimension eröffnet. R. Spitz' Formulierung, die Abhängigkeit des Kindes von der Mutter sei absolut, die der Mutter vom Kind relativ kennt noch keine Begrifflichkeit für normale Entwicklung. „Abhängigkeit“ in diesem Zusammenhang differenziert nicht zwischen pathologischen und normalen Verhältnissen.

3. Die Differenzierung wie auch die Deformierung psychischer Struktur erfolgt eingebettet in kommunikative Prozesse, wobei kognitive und affektive Aspekte ineinandergreifen. Affektabstimmung und Empathie sind die wesentlichsten Faktoren bei der Strukturentwicklung. Bereits einige Tage nach der Geburt ahmen Säuglinge Gesichtsausdrücke nach, wobei dies natürlich noch nicht als intentionale Handlung zu verstehen ist, sondern vielmehr als (vermutlich reflexartiger) Vorgang der Affektwahrnehmung und Affektübertragung.

Vor dem Erreichen der Symbolisierungsfähigkeit, die etwa ab dem 18.–20. Lebensmonat anzusetzen ist, können einige bedeutsame Organisationsstufen der Entwicklung beschrieben werden, auf denen jeweils ein bestimmtes Niveau des Selbsterlebens, des Erlebens des Anderen und somit der psychischen Struktur besteht (ausführliche Darstellung in Lichtenberg, 1983/1992; Stern, 1986/1992).

4. Pathologische psychische Struktur entsteht durch Überforderung der Anpassungskapazität. Teile des Erlebens werden zum Zweck der Adaptation der elterlichen Beziehungsangebote desintegriert. Desintegrierte Af-

fekte werden später durch kognitive Elemente vor der Reintegration bewahrt, drängen gleichzeitig jedoch nach Reintegration (siehe Freuds Wiederkehr des Verdrängten, Gegenbesetzung).

Die zeitliche Stabilität der „internen Arbeitsmodelle“ sowie der psychischen Struktur insgesamt lassen verstehen, daß die einmal als adaptiv erwiesene Haltung eine gewisse Trägheit gegenüber Veränderungen aufweist.

Die aus Platzgründen hier nur sehr knappe Übersicht über die Befunde der empirischen Säuglingsforschung kann m.E. bereits jetzt als Grundlage für ein revidiertes und vor allem wissenschaftliche fundiertes Menschenbild dienen. In diesem Punkt befinde ich mich möglicherweise in Widerspruch zu Kohl und Egger (1996), die jüngst meinten: „Psychologische Modelle vom Menschen sind auf einer Wertungsbasis ... gegründet und können streng genommen daher empirisch weder bestätigt noch widerlegt werden.“ (Kohl und Egger, 1996, S. 3). Solange diese Aussage auf die spekulativen Annahmen der klassischen Psychotherapieschulen gemünzt ist, ist dem selbstverständlich zuzustimmen. Ich meine jedoch, daß ein empirisch fundiertes Menschenbild, wie es uns nun in Ansätzen vorliegt, das zur Revision eines Gutteils der traditionellen psychoanalytischen (und auch anderer) Hypothesen zwingt, eine brauchbarere Grundlage für das Verständnis normaler und pathologischer Entwicklung sowie für den therapeutischen Prozeß zur Verfügung stellt als dies bisher der Fall war. Dabei sollen die grandiosen Entdeckungen Freuds keineswegs gering geschätzt werden; viele haben zweifellos weiterhin Bestand.

Die Psychoanalyse konnte aber auch an anderen neuen Erkenntnissen nicht vorbeigehen, so etwa an der systemischen Sicht, die dazu beigetragen hat, das Individuum aus der konzeptiven Isolation zu holen, in die frühere Auffassungen es versetzt hatten. Den Entdeckungen der traditionellen Psychoanalyse kommt das Verdienst zu, intrapsychische Vorgänge erhellt zu haben. Ein bißchen pejorativ wird diese Forschung als Ein-Personen-Psychologie bezeichnet. Im Laufe der vergangenen 2–3 Jahrzehnte konnten zahlreiche Erkenntnisfortschritte bei interpersonellen Prozessen erzielt werden. Säuglingsforschung, Bindungsforschung, systemische Sichtweise, Selbstpsychologie sind einige Beispiele für diese der Zwei-Personen-Psychologie zuzurechnenden Forschungsbereiche. Gegenwärtig zeichnet sich ab, daß die der Zwei-Personenpsychologie zuzurechnenden Auffassungen als eine Ergänzung und Erweiterung der Ein-Personenpsychologie Anerkennung finden.

Folgerungen in bezug auf die Theorie des therapeutischen Prozesses

Die Erweiterung der Kenntnis von der psychischen Entwicklung konnte nicht ohne Wirkung auf das Verständnis des therapeutischen Prozesses bleiben. Eine der Folgen ist, daß der/die Psychoanalytiker(in) viel mehr als zuvor als Person, als Einflußfaktor gesehen wird. In den frühen 80er Jahren wird die Bedeutung der therapeutischen Beziehung schon wesentlich deutlicher benannt. Zwei Zitate zur Illustration:

a) Zur „subjektiven Indikation“: „Mit dieser Begriffswahl drücke ich meine Überzeugung aus, daß die für die Indikationsstellung wesentliche Frage, ob ein Patient auf der Basis der Beziehung zum Analytiker etwas internalisieren können wird – d.h. in der Analyse ‚eine bessere Objektbeziehung zustande‘ bringen wird, ‚als es während der entscheidenden Entwicklungsperiode möglich war‘ (Zetzel, 1970, S. 103) – daß diese Frage letztlich durch die Subjektivität des Analytikers zu beantworten ist“ (Dantlgraber, 1982, S. 194).

b) Zur therapeutischen Beziehung: „Eine ‚Begegnung‘ ... besteht in der Fähigkeit des Analytikers, durch Affekte des Patienten bei sich eigene, analoge und oder komplementäre Affekte evozieren zu lassen und diese in gefühlsbetonte Vorstellungsbilder, also Phantasien umzusetzen.“ (Dantlgraber, 1982, S. 197).

Hier wird deutlich angesprochen, in welcher Weise der Analytiker desorganisierte, desintegrierte Erlebensanteile wahrnimmt und diese verstehend einordnet, integriert und dem Patienten, indem er sie (vorerst für ihn) verbalisiert, zugänglich macht. In einem derartigen theoretischen Rahmen ist auch völlig klar, daß die dafür erforderliche Kompetenz vorrangig durch die eigene Selbsterfahrung des Analytikers und erst in zweiter Linie durch Theoriekenntnisse geschaffen wird, mit anderen Worten durch die eigene, in der Ausbildung geleistete Symbolisierungsarbeit.

Noch deutlicher hervorgehoben wird die Existenz und Bedeutung grundlegender Beziehungsaspekte in Positionen, die eine Trennung dieser von den Übertragungsaspekten überlegen. Es wird vorgeschlagen, „die basale Verbindung nicht mehr Übertragung zu nennen, sondern den ‚primären Aspekt von Beziehung‘, und zwar mit demselben Argument, daß nämlich hierbei von einer Trennung zwischen Subjekt und Objekt keine Rede ist“ (Treurniet, 1995, S. 115).

Wer die jüngere Literatur zur Psychoanalyse studiert, findet vermehrt Ansätze zu diesem interaktiven Verständnis (u.a. Burland, 1996; Dantlgraber, 1982, 1989; Krause, 1992; Lichtenberg, 1983/1992; Luborsky, 1996; Stolorow, 1992/1996; Treurniet, 1995, 1996; Wolf, 1988/1996).

Historischer Ausgangspunkt dieser Entwicklung ist, auf die therapeutische Situation bezogen, die Arbeit P. Heimanns (1959/1996), in der das erste Mal die Gegenübertragung als konstruktiv verwertbar dargestellt wird und nicht als etwas zu Vermeidendes. Als weiterer Vorläufer dieser Entwicklung ist Bion (1959) zu sehen, mit der Entdeckung dessen, was unter dem Titel „projektive Identifikation“ der Psychoanalyse lange Zeit Rätsel aufgab, weil sie, vorwiegend auf intrapsychische Prozesse konzentriert, nicht verstehen konnte, auf welchem Wege eine interpersonelle Einflußnahme erfolgen kann² (neuere Ansätze dazu siehe in Frischenschlager, 1995, Harms, 1996).

Das heutige psychoanalytische Verständnis von Lebensvorgängen ist deutlich am systemischen Ansatz

² In diesem Zusammenhang erscheint mir die Empfehlung von Grefe und Reich (1996), aufgrund unseres gegenwärtigen Wissensstandes auf den Begriff der projektiven Identifikation überhaupt zu verzichten, als sinnvoll.

orientiert. Das Individuum ist intrapersonal (= Domäne der traditionellen Psychoanalyse) wie auch interpersonal ständig mit regulatorischen Vorgängen befaßt. Eine Psychotherapientheorie hat sich daher mit beiden, ständig präsenten Vorgängen, der Selbstregulation und der wechselseitiger Regulation zu befassen (Stern, 1986/1992; Beebe und Lachmann, 1992). Mehrnoch: Psychotherapie ist die Beeinflussung der wenig adaptiven Selbst- wie auch wechselseitigen Regulation einer Person mit den Mitteln der Kommunikation, d.h. jedoch wiederum mit Hilfe derselben Vorgänge (Selbst- und wechselseitige Regulation), allerdings auf der Grundlage deren professionellen Einsatzes (Frischenschlager, 1996).

Kompetenzerfordernisse aus heutiger psychoanalytischer Sicht

1. Da alle Organisationsstufen des Erlebens grundsätzlich aktiviert bleiben, auch wenn sie in höher symbolisierte transformiert werden (können) folgt, daß das erwachsene Erleben auch für präsymbolische Kommunikation zugänglich bleibt bzw. diese parallel zur symbolischen Kommunikation ständig mitläuft. Mit anderen Worten: Präsymbolische Prozesse laufen ständig, wenn auch meist unbewußt/unbemerkt ab, keineswegs nur im pathologischen Erleben. Nur im Prozeß der Selbsterfahrung können diese Ebenen des Erlebens zugänglich gemacht und „zur Sprache gebracht“, d.h. auf höhere Symbolebenen gehoben werden.

2. Empathie ist zentraler Bestandteil menschlicher Verständigung, auch und gerade der therapeutischen. Affektive Einstimmung ist sowohl in der Frühentwicklung als auch im psychotherapeutischen Prozeß der zentrale, den Beziehungsverlauf und die Strukturformierung steuernde Faktor. Es gilt daher, mit Hilfe der Selbsterfahrung die empathische Kompetenz zu optimieren. Dies erfolgt vor allem unter Bedingungen, die eine intensive affektive Bezogenheit ermöglichen. In der Empathie sind sowohl affektive als auch kognitive Elemente verwoben. Durch eigene Erlebnisanteile kann es zu Verzerrungen kommen, die einer durchaus therapeutischen Akzentuierung der Selbsterfahrung bedürfen. Selbsterfahrung sowie Eigentherapie, die ich gar nicht scharf voneinander abgrenzen möchte, sind aus dieser Sicht unabdingbare Bestandteile der Psychotherapieausbildung.

3. Die psychische Struktur sowie das etablierte Bindungsverhalten stellen innere Arbeitsmodelle von der Beziehungswelt dar, die aus Beziehungserfahrungen stammen und sich in diesen als Übertragungsphänomene manifestieren (Strauß und Schmidt, 1996; Köhler, 1996).

4. Wenn man als einen wesentlichen Teil des therapeutischen Vorganges die Reintegration desintegrierter Erlebnisanteile erachtet, so ist das Erleben des kurativen Prozesses selbst als wesentlicher Bestandteil der Ausbildung zu erachten. Selbst wenn keine neurotischen Erlebnisanteile vorhanden wären, was nahezu auszuschließen ist, wäre das Eintauchen in wenig oder nicht symbolisierte Erlebensebenen innerhalb der therapeutischen Beziehung als bedeutender Bestandteil der Ausbildung empathischer Kompetenz.

5. In jeder menschlichen Beziehung können Bezugspersonen zentrale regulative Funktionen bekommen. Die bewußt(gemachte) Erfahrung des vom Anderen reguliert werdens und z.T. auch das den anderen Regulierens sind wesentliche Qualitäten des therapeutischen Prozesses. Der Therapeut bekommt Bedeutungen, wie sie in den Konzepten der Selbstobjektfunktion, der stellvertretende Ichfunktion, des Urvertrauens, der Bindung, der Nähe, Sicherheit, Geborgenheit, der Idealisierung, der environmental mother usw. zu fassen versucht wurden und werden. P. Kutters Bericht (in diesem Heft) über das damals und vielleicht auch heute als „unanalytisch“ bezeichnete Vorgehen seines Lehranalytikers und dessen Auswirkungen auf das Selbsterleben des damals jungen Lehranalytanden geben ein gutes Beispiel für die hier angesprochenen Prozesse.

Jede Beziehungserfahrung verändert die Struktur des Selbst. Selbsterfahrung ermöglicht es, diese Veränderung bewußt, d.h. sprachlich faßbar zu machen.

6. Jede menschliche Beziehung bietet die Möglichkeit zu korrigierender emotionaler Erfahrung. Im therapeutischen Prozeß ist sie wesentlicher Bestandteil. Ich möchte diesen Begriff allerdings deutlich von den manipulativen Konklusionen, die F. Alexander daraus ableitete, abgegrenzt wissen.

7. Ich möchte zur Diskussion stellen, ob Reflexionsvorgänge nicht grundsätzlich einen „bedeutenden Anderen“ erfordern. Primär ist damit jedenfalls eine reale Bezugsperson gemeint, sekundär mag sich deren Funktion im eigenen Inneren verselbständigen.

8. Psychische Struktur heißt am Beginn des Lebens vor allem: Es werden Szenen gespeichert, Selbst mit Anderem + Affekt + Handlung, etc. Daraus folgt, daß im Kern der Struktur des Selbst Interaktionen „lagern“, bzw. deren Generalisierungsergebnisse, von Stern (1992) RIGs (representations of interactions that have been generalized) genannt. Diese werden in Interaktionen aktualisiert, oder anders gesagt, in der Übertragung zu (von den Bindungsforschern „innere Arbeitsmodelle“ genannten) Beziehungserwartungen, zu Handlungsentwürfen und zu Interaktionsangeboten konkretisiert. Es wäre daher zu überlegen, ob der kurative Prozeß nicht ebenfalls grundsätzlich nur in Interaktionen erfolgen kann, d.h. also z.B. nicht im Rahmen einer Selbstanalyse.

9. Für die therapeutische Beziehung gilt, daß sie real ist (Treurniet, 1995, 1996; Frischenschlager, 1995), d.h., daß in ihr die Reintegration desintegrierter Erlebens versucht wird. Der Therapeut wird daraufhin „getestet“, ob die Reintegration gewagt werden kann (Weiss und Sampson, 1986). Deutung im traditionellen Verständnis erfaßt nur *einen* Aspekt des therapeutischen Prozesses. Empathie, Unterstützung, Akzeptanz, Mobilisierung von Ressourcen (siehe Grawe, 1995) sowie etwa auch „interruption and restauration“ des empathischen Prozesses (Wolf, 1988/1996); Balint, 1952; Thomä, 1984) „Neubeginn“ etc. sind ebenfalls wesentliche Faktoren struktureller Veränderung.

Diese hier vertretene Auffassung der Selbsterfahrung als zentralen Ausbildungsbestandteils in der Psychoanalyse leitet sich, wie ich hier darzustellen versuchte, aus einem durch neuere Forschungen korrigierten relationa-

len Menschenbild ab, aus einer erweiterten psychoanalytischen Konzeption der therapeutischen Situation bzw. des therapeutischen Prozesses. Die Aufgabe der Selbsterfahrung besteht (neben den ihr bisher zugeordneten und neben einer möglichen therapeutischen Zielsetzung) im Erfahrbarmachen und „zur Sprache bringen“ präsymbolischer Erlebensbereiche. Diese Erlebensbereiche sind grundsätzlich dem Normalen zuzurechnen, bekommen jedoch in der pathologischen Entwicklung einen spezifischen Stellenwert. Der Ort dieser Erfahrungen ist die Lehranalyse in bewährtem Setting, wobei in jüngerer Zeit begonnen wird, die Funktion der Couch in die hier dargestellten neueren Überlegungen einzubeziehen.

Der Vollständigkeit halber sollte vielleicht erwähnt werden, daß diese Überlegungen nur für die psychodynamischen Psychotherapien Geltung beanspruchen, nicht für Methoden, die sich auf keine oder auf andere anthropologische Grundlagen, auf keine oder eine andere Krankheits/Gesundheitstheorie beziehen.

Literatur

- Balint M (1952) *Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Klett, Stuttgart
- Beebe B, Lachmann FM (1992) The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations. In: Skolnick N, Warshaw S (eds) *Relational perspectives in psychoanalysis*. The Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Beland H (1992) Kritischer Kommentar zu Helmuth Thomäs Aufsatz über „Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse“. *Psyche* 46: 99–114
- Bion W (1959) Attacks on linking. *Int J Psychoanal Bull Int Psychoanal Assoc* 40: 308–315
- Burland AJ (1996) How does psychoanalysis cure? A developmentalist's perspective. *Psychoanalytic Inquiry* 16/2: 202–221
- Dantlgraber J (1982) Analysierbarkeit und Gegenübertragung. *Psyche* 36: 193–225
- Dantlgraber J (1989) Die psychoanalytische Haltung als Stufe in der Übertragungs-/Gegenübertragungsbeziehung. *Psyche* 43: 973–1006
- Dornes M (1993) *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Fischer, Frankfurt
- Fenichel O (1983) *Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd 1*. In: Laermann K (Hrsg). Ullstein, Frankfurt Wien
- Freud S (1915) *Trieb- und Triebchicksale*. GW, Bd X
- Freud S (1895) *Studien über Hysterie*. GW, Bd I
- Freud S (1912) *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*. GW, Bd VIII
- Frischenschlager O (1986) Kommunikative Probleme zwischen Arzt und Patient. In: Ringel E, Frischenschlager O (Hrsg) *Vom Überleben zum Leben – psychosoziale Aspekte der Krebserkrankung*. Maudrich, Wien
- Frischenschlager O (1995) Die therapeutische Beziehung in der Psychoanalyse. *Psychother Forum* 3/3: 159–169
- Frischenschlager O (1996) Kommunikation und Beziehung als spezifischer Gegenstand der Psychotherapie. In: Pritz A (Hrsg) *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Springer, Wien New York
- Grawe K (1995) Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 130–145
- Grete J, Reich G (1996) „Denn eben, wo Begriffe fehlen ...“ Zur Kritik des Konzeptes „Projektive Identifizierung“ und seiner klinischen Verwendung. *Forum Psychoanal* 12: 57–77
- Harms A (1996) *Säuglingsforschung und ihre Anwendung in der Praxis der Selbstpsychologie* (Unveröffentl. Manuskript, Wien)
- Heimann P (1950/1996) Über die Gegenübertragung. *Forum der Psychoanalyse* 12/2: 179–184 (Nachdruck der Arbeit „On Countertransference“, erschienen im *Int J Psychoanal* 31: 81–84, 1950)
- Kohl C, Egger JW (1996) Menschenbildannahmen in der Verhaltenstherapie. *Psychologie in der Medizin* 7/2: 3–13
- Köhler L (1996) Entstehung von Beziehungen: Bindungstheorie. In: v Uexküll Th (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 222–230
- Köpp W, Váth-Szuszdiara R (1996) Anmerkungen zur Bedeutung der Lehranalyse für die praktische therapeutische Arbeit. *Psychother Psychosom Med Psychol* 46: 43–46
- Körner J (1989) Kritik der „therapeutischen Ich-Spaltung“. *Psyche* 43/5: 385–396
- Krause R (1992) Die Zweierbeziehung als Grundlage der psychoanalytischen Therapie. *Psyche* 46: 588–612
- Leupold-Löwenthal H (1986) *Handbuch der Psychoanalyse*. Orac, Wien
- Lichtenberg JD (1983/1991) *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Luborsky L (1996) Theories of cure in psychoanalytic psychotherapies and the evidence of them. *Psychoanalytic Inquiry* 16/2: 257–264
- Schmidt S, Strauß B (1996) Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie, Teil 1. Grundlagen und Methoden der Bindungsforschung. *Psychotherapeut* 41/3: 139–150
- Schneider P (1986) Das Artefakt „Lehranalyse“. Ein kritischer Beitrag zu Erich Simenauers „Aktuelle Probleme der Lehranalyse“. *Psyche* 40: 320–326
- Simenauer E (1984) Aktuelle Probleme der Lehranalyse. *Psyche* 38: 289–306
- Spangler G, Zimmermann P (1995) *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Klett, Stuttgart
- Stern DN (1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Stolorow RD, Atwood GE (1992) *Contexts of being. The intersubjective foundations of psychological life*. The Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Thomä H (1984) Der „Neubeginn“ M. Balints (1932) aus heutiger Sicht. *Psyche* 38/6: 516–543
- Thomä H (1991a) Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse. Ein Plädoyer für Reformen (I). *Psyche* 45: 385–433
- Thomä H (1991b) Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse. Ein Plädoyer für Reformen (II). *Psyche* 45: 481–505
- Treurniet N (1995) Was ist Psychoanalyse heute? *Psyche* 49: 111–140
- Treurniet N (1996) Über eine Ethik der psychoanalytischen Technik. *Psyche* 50: 1–31
- Weiss J, Sampson H (1986) *The psychoanalytic process – theory, clinical observation and empirical research*. Guilford Press, New York London
- Wolf E (1988/1996) *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. Suhrkamp, Frankfurt

Korrespondenz: Ass.-Prof. Univ.-Doz. Dr. Oskar Frischenschlager, Institut für Medizinische Psychologie der Universität Wien, Severingasse 9, A-1090 Wien, Österreich.

Oskar Frischenschlager, Univ.-Doz. Dr. phil., geb. 1951, Ass.-Prof. am Institut für Medizinische Psychologie der Universität Wien, Psychotherapeut (Psychoanalyse), Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Lehranalytiker im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie.