

O. Frischenschlager

## Die therapeutische Beziehung in der Psychoanalyse

**Zusammenfassung** Die Beziehung zwischen Analytiker/in und Patient/in wurde zu Freuds Lebzeiten und auch noch Jahrzehnte danach wenig untersucht. Die Forschung beschäftigte sich vorwiegend mit intrapsychischem Geschehen („Ein-Personen-Psychologie“). Die Diskrepanz zwischen der Theorie der Technik und z.B. Freuds persönlicher therapeutischer Praxis konnte so nicht aufgeklärt werden und hatte eine Reihe von negativen Konsequenzen. In einem zweiten Teil wird am heutigen Stand der Entwicklungspsychologie dargestellt, in welchem hohem Ausmaß von Geburt an Autoregulation und wechselseitige Regulation an der Entwicklung und Formung psychischer Strukturen beteiligt sind. In einem dritten Teil werden erste Schritte unternommen, diese entwicklungspsychologischen Erkenntnisse in die Theorie des therapeutischen Geschehens zu integrieren, indem zentrale Begriffe der Psychoanalyse (Abwehr, Widerstand, Übertragung, Deutung) in ihrem Bedeutungsumfang um die interaktive Dimension erweitert werden.

**Schlüsselwörter:** Psychoanalyse, therapeutische Beziehung, psychotherapeutischer Prozeß, Entwicklungspsychologie.

### La relation thérapeutique en psychanalyse

**Résumé** En ses débuts, la recherche psychanalytique s'est intéressée surtout à des processus intrapsychiques; cette tendance n'a fait que s'accroître au moment du fameux passage de la théorie des traumatismes à la théorie des conflits. Ce ne fut que dans les années 30, au moment des publications d'H. Hartmann et A. Freud sur la psychologie du moi, que la psychanalyse individuelle s'ouvrit progressivement. On commença à attribuer plus d'importance au milieu personnel, car on se rendit compte que la théorie des conflits n'explique pas tout, que certains processus d'apprentissage se déroulent et que des aspects sains de la personnalité sont capables de s'adapter même en cas de névrose. À partir de là, on attribua plus d'importance à l'interaction et aux relations interpersonnelles, ce qui s'exprima dans la théorie de la relation à l'objet élaborée dans les années 60 et 70 comme dans la psychologie du soi.

### Patient-therapist relationship in psychoanalysis

**Abstract** The different aspect of the relationship between analyst and patient have not been paid much attention during Freud's lifetime and the following decades. Research concentrated mainly on intrapsychic processes ("One-person-psychology"). Therefore the discrepancy between theory of technique and Freud's personal analytic practice was not clarified, with some negative consequences. Based on the present state of knowledge in developmental psychology, a second part describes the high degree of involvement of autoregulation and mutual regulation in development and shaping of psychic structures from earliest infancy onward. In a third part attempts are made at integrating these findings of developmental psychology into the theory of therapy; for this purpose, an additional meaning in terms of the interactive dimension is given to central psychoanalytic concepts such as defence, resistance, transference, and interpretation.

**Keywords:** Psychoanalysis, therapeutic relationship, psychotherapeutic process, developmental psychology.

Certains compléments restent à élaborer concernant la relation thérapeutique. Le fait que la technique thérapeutique ait été dérivée d'une métathéorie psychanalytique a causé et continue à causer toute une série de problèmes. Si l'on pense à la pratique thérapeutique de Freud, il est évident qu'elle ne s'accorde pas avec une technique idéale normative, telle celle d'Eissler. Et pourtant cette dernière a été considérée pendant plusieurs décennies comme l'étalon auquel se mesurait – et se mesure encore – la psychanalyse. Toutes les déviations (paramètres) risquent de faire quitter le terrain de la 'psychanalyse pure' (= l'or) et de se révéler vulgaire cuivre. Personnellement, je pense que toutes les tentatives sans doute justifiées faites pour définir et effectuer des distinctions entre psychanalyse et thérapie psychanalytique, génèrent également la crainte; ceci fait que personne n'ose

plus déclarer publiquement en quoi consiste sa propre technique psychanalytique. Et je considère que cette crainte, très répandue surtout dans les pays de langue allemande, s'est posée en obstacle à toute recherche empirique en psychanalyse.

Pourtant, ce type de recherche a montré – on en est surpris! – que ce ne sont pas les ingrédients classiques de la technique analytique (analyse du transfert et des résistances, interprétation, intégration) qui doivent être considérés comme facteurs curatifs, mais bien les facteurs dits non-spécifiques, tels le soutien, l'empathie, la chaleur humaine, l'amabilité, une attitude acceptante, etc.

Dans le présent article je tente donc, d'abord, de mettre en évidence les conséquences négatives de l'adhésion à une théorie de la technique fondée sur une métapsychologie. Par exemple, les facteurs interactifs constituant toute relation, y compris la relation thérapeutique, n'ont pas pu être intégrés. L'analyste travaillant en se servant des catégories de la psychologie individuelle considère qu'il se situe 'en-dehors' et représente la réalité. En fait, la théorie systémique nous a démontré que ceci est impossible. Des approches plus récentes, fondées sur la psychologie du soi, incluent dans leur réflexion au sujet de la formation de structures comme à celui du processus

thérapeutique les processus constants de régulation du soi et de régulation réciproque.

La deuxième partie de l'article présente donc un aperçu des évolutions récentes en psychologie du développement, psychologie qui se fonde sur la recherche empirique concernant les nouveaux-nés. Celle-ci nous a fourni une image nettement différente des nouveaux-nés, de leurs capacités et besoins et surtout de l'importance qu'il faut attribuer à l'interaction au niveau de la formation de structures. Ces connaissances permettent d'élaborer une base sur laquelle une approche du processus thérapeutique est à même de se fonder. Dans une troisième partie, nous tentons alors d'élargir les principaux concepts psychanalytiques (défense, résistance, transfert, interprétation de la dimension interactive), tout en demeurant conscient du fait que le processus thérapeutique comporte inévitablement des éléments d'influence réciproque. Il faut donc que nous réfléchissions à, par exemple, la contribution de l'analyste aux résistances; ce dernier y contribue toujours, et pas seulement lorsqu'il commet une faute sur le plan analytique. Les travaux à poursuivre devraient nous permettre d'aboutir à une théorie révisée du processus thérapeutique. Le présent article présente quelques réflexions devant servir à lancer un débat.

## Vorbemerkung

Die Erforschung des therapeutischen Prozesses in der Psychoanalyse weist noch einige Lücken auf. So ist z.B. noch wenig geklärt, welchen Stellenwert Deutung und Beziehung, Einsicht und Erleben einnehmen, in welchem Ausmaß den sog. unspezifischen Faktoren in der Psychoanalyse kurative Bedeutung zuzuschreiben ist. Die empirische Säuglingsforschung der letzten beiden Jahrzehnte hat uns ein, gegenüber den tradierten psychoanalytischen Auffassungen deutlich verändertes Bild von der frühen Entwicklung, der Formung und Differenzierung psychischer Strukturen vermittelt. Die intrapsychischen Abläufe bekamen eine zweite gleichermaßen bedeutsame Dimension zur Seite gestellt, die wechselseitige Beeinflussung in der Interaktion, die innerhalb der Psychoanalyse häufig vorschnell in die Kategorie Traumatheorie abgeschoben wird. Nicht die Traumatheorie soll hier wiedereingeführt werden, sondern eher noch könnte man an systemische Zugänge denken, wenn von Bewältigungsleistungen, Autoregulation, wechselseitiger Regulation die Rede sein wird. Der folgende Beitrag stellt sich zur Aufgabe, die ausschließlich intrapsychische Sicht zu überwinden und zu untersuchen, inwieweit interaktive Aspekte mit einigen zentralen Begriffen der Psychoanalyse vereinbar sind.

Die Darstellung dessen, was zwischen Analytiker/in und Patient/in<sup>1</sup> abläuft, wie wechselseitig aufeinander Einfluß genommen wird, wie es zum eigentlich therapeutischen Einfluß kommt, worin dieser besteht, greift

<sup>1</sup> Im weiteren Text der einfacheren Lesbarkeit halber die Maskulinformen.

auf die Forschungen Freuds zurück, die sich in den Konzepten der Übertragung und Gegenübertragung, des Widerstandes, der Abwehr, des Deutungsprozesses, des Arbeitsbündnisses, der therapeutischen Ich-Spaltung kristallisieren. Von Beginn an waren Hauptgegenstand der Forschung Freuds jedoch die intrapsychischen Vorgänge, weshalb die Bedeutung der Beziehung in der psychoanalytischen Forschung über Jahrzehnte weitgehend vernachlässigt worden waren. So bedauert Krause (1992), daß man

„in der psychoanalytischen Theoriesprache den Begriff Beziehung nicht eben häufig findet.“ (S. 588).

Es wurde lange Zeit verabsäumt zu klären, was tatsächlich abläuft, wenn ein seelischer Inhalt, etwa eine unbewußte Phantasie ihre Wirkung im Beziehungspartner erzielt. Wir sehen uns in der Situation, vielen bedeutsamen Beziehungsaspekten, deren Relevanz für den psychotherapeutischen Prozeß zunehmend betont wird, mit der dem Triebgeschehen entlehnten Begriffssprache nicht ausreichend gerecht zu werden. Dies wurde zwar mehrfach vermerkt und bedauert, doch bislang ist es nicht wirklich gelungen psychoanalytische und „realistische“ Beziehungsaspekte unter einen theoretischen Hut zu bekommen.

Im folgenden werden die psychoanalytischen Konzepte, soweit sie für die Beschreibung der traditionellen Auffassung der therapeutischen Beziehung relevant sind, dargestellt.

## I. Die traditionelle Auffassung

### Übertragung, Widerstand

Von Freud in den „Studien über Hysterie“ 1895 erstmals beschrieben, wurde der Vorgang der Übertragung

von zentraler Bedeutung für die analytische Behandlung. Freud hatte das Gesetzmäßige und die Universalität dieses Vorganges erkannt, den er als „*falsche Verknüpfung*“ (Freud, 1895, S. 309) eines unbewußten vergangenen Beziehungserlebens mit dem Gegenwärtigen bezeichnete. Zur Auslösung des Vorganges meinte Freud, daß er unbeeinflusst durch die therapeutische Beziehung, rein intrapsychisch ablaufe:

„*Die Übertragung stellt sich in allen menschlichen Beziehungen ebenso wie im Verhältnis des Kranken zum Arzt spontan her ... die Psychoanalyse schafft sie also nicht, sie deckt sie bloß dem Bewußtsein auf, und bemächtigt sich ihrer, um die psychischen Vorgänge nach dem erwünschten Ziele zu lenken.*“ (Freud, 1910a, S. 55).

Die Auflösung der Übertragung wird jedoch durch den Widerstand erschwert, mit dem sie eng verknüpft ist. Dieser manifestiert sich einerseits in der Übertragung selbst (zuerst als Widerstand gegen Übertragung [Thomä und Kächele, 1986]), dann in der Übertragung als Widerstand, wenn z.B. an den Übertragungsphantasien starr festgehalten wird, worauf schon Freud hingewiesen hat, später möglicherweise als Widerstand gegen die Auflösung der Übertragung, wie Gill meint (1979, 1984). Andererseits hat dies aber den Vorteil, daß er dort direkt analytisch zugänglich ist:

„*Die Übertragung, die das größte Hindernis für die Psychoanalyse zu werden bestimmt ist, wird zum mächtigsten Hilfsmittel derselben.*“ (Freud, 1905e, S. 281).

Aus der Annahme, daß diese Vorgänge unabhängig vom aktuellen Beziehungsgeschehen ablaufen, folgte, daß es die Aufgabe des Analytikers sei, den Übertragungsprozeß möglichst unbeeinflusst sich entfalten zu lassen, sich selbst zurückzuhalten, affektive Neutralität zu bewahren, um einen klaren Blick für das zu behalten, was in den Äußerungen des Patienten an Wiederholungen und Neuauflagen der Vergangenheit sichtbar wird. Es war zweifellos auch der Ehrgeiz, mit den „objektiven“ Wissenschaften mithalten zu können, dafür verantwortlich, daß diese einseitige Sichtweise sich über Jahrzehnte durchsetzen konnte. Man wollte sich einerseits gegen den Vorwurf einer unwissenschaftlichen Suggestivbehandlung verwahren, aber auch, worauf Thomä und Kächele hinwiesen (a.a.O., S. 55), die Spontaneität des Patienten fördern, der ungestört zu sich selbst finden können sollte.

Freud unterschied positive und negative Übertragungen, innerhalb der positiven wiederum die konflikt-hafte von der „unanstößigen“. Mit Funktion und Bedeutung letzterer beschäftigte sich Freud aber nicht weiter, obwohl er ihr grundlegende Bedeutung für den therapeutischen Prozeß einräumte:

„*Wenn wir durch Bewußtmachen die Übertragung ‚aufheben‘, so lösen wir nur diese beiden Komponenten des Gefühlsaktes von der Person des Arztes ab; die andere, bewußtseinsfähige und unanstößige Komponente bleibt bestehen und ist in der Psychoanalyse genau ebenso die Trägerin des Erfolges wie bei anderen Behandlungsmethoden.*“ (Freud, 1912, S. 371).

Das Ziel der psychoanalytischen Arbeit wird in der Einsicht gesehen, die gegen die Kräfte des Widerstandes errungen werden muß. Freud fand dramatische Worte für diese Arbeit:

„*Dieser Kampf zwischen Arzt und Patienten, zwischen Intellekt und Tribleben, zwischen Erkennen und Agierenwollen spielt sich fast ausschließlich an den Übertragungsphänomenen ab.*“ (Freud, 1912, S. 374).

Dem ist grundsätzlich zuzustimmen. Doch führt diese Gegenüberstellung von Vernunft/Erkennenwollen einerseits und Tribleben/Agierenwollen andererseits zu einem Primat der Deutung/Einsicht sowie zum Konzept der therapeutischen Ichspaltung, das besagt, daß Einsicht zustandekommt, indem ein Teil der Person nicht von neurotischen Prozessen beeinträchtigt ist und zur Selbstbeobachtung/Reflexion/Realitätswahrnehmung fähig ist und bleibt. Ausschließlich über den Deutungsprozeß könne es zu Einsicht kommen und zur Bereitwilligkeit, Deutungen anzunehmen.

#### *Die Kluft zwischen theorieabgeleiteter und persönlicher therapeutischer Technik*

Die von Freud als „unanstößig“ bezeichnete Beziehungskomponente konnte bis vor kurzer Zeit nicht in die Theorie des therapeutischen Prozesses integriert werden. Zwar hat Freud selbst den Beziehungsaspekt in seinem persönlichen therapeutischen Handeln individuell, differenziert, einfühlsam und vor allem aktiv zu handhaben gewußt, woran Bräutigam 1977 und Cremierius 1984 erinnerten. Auch Leupold-Löwenthal (1986) zitiert Freud sinngemäß (ohne Angabe der Quelle):

„*Das erste Ziel der Behandlung bleibt, ihn (den Patienten) an die Kur und an die Person des Arztes zu attachieren.*“ (S. 274).

Gleichzeitig blieb für Freud aber offenbar das theoretische Problem, den von Empathie getragenen bewußten und unbewußten Verständigungsprozeß mit der Theorie der Technik in Verbindung zu bringen, bestehen. Vermutlich vor allem deshalb, weil vom Ziel, das Funktionieren des „psychischen Apparates“ ausschließlich auf der Grundlage intrapsychischer Mechanismen zu erklären, zu diesem Zeitpunkt nicht mehr abgerückt werden konnte. So blieb nur, Freuds persönliche „Abweichung“ von der aus der Metapsychologie abgeleiteten Technik der besonderen Menschlichkeit des Gründers zuzuschreiben. Die Integration dieser Menschlichkeit in die Theorie der Technik gelang allerdings nicht; m.E. vor allem deshalb, weil die metapsychologischen Annahmen Freuds dabei im Wege standen. Dies hatte eine Reihe von Folgen, an die sich bis heute Kontroversen knüpfen.

#### *Die Folgen der Kluft zwischen metapsychologiegeleiteter Theorie der Technik und persönlicher Praxis*

1. Unmittelbare Folge ist, daß die Theorie der therapeutischen Technik sich auf den Deutungsprozeß und Einsicht als Motor der strukturellen Veränderung beschränken mußte. Wenn sich die Theorie für interak-

tive Prozesse nicht zuständig fühlt und ihr Augenmerk ausschließlich auf intrapsychische Prozesse lenkt, so muß der therapeutische Einfluß ein geheimnisvoller Vorgang bleiben. Tatsächlich hat sich Freud gemeinsam mit Ferenczi insgeheim mit Gedankenübertragung befaßt (sie sind, wie Haynal 1993 berichtet, gemeinsam mit einer Wahrsagerin nach Berlin gefahren), da sie Empathie, den zentralen Aspekt zwischenmenschlicher Bezogenheit und Verständigung nicht in die Theorie integrieren konnten. Bekanntermaßen sah Freud in der Gegenübertragung vor allem die Gefahr des Agierens des Analytikers. Weil für die affektive Bezogenheit der Menschen aufeinander die Theorie keine ausreichende Erklärung bot, mußte der Ausweg in der Metaphysik bzw. in der Metapsychologie gesucht werden. Freud trug 1921, also lange nach Abfassung der technischen Schriften bei einem Treffen des Geheimkomitees seine Arbeit über Telepathie vor, die zu seinen Lebzeiten nicht veröffentlicht wurde. Auch Helene Deutsch, mit der Leitung des technischen Seminars beauftragt, verfaßte, ebenfalls 1921, eine Arbeit über „Okkulte Vorgänge während der Psychoanalyse“ (zit. nach Haynal, 1993).

2. Die an der berühmten Spiegel-Chirurgen-Metapher orientierte Haltung des Analytikers (von Freud als Empfehlung gemeint, die Aktivität des Analytikers darauf zu beschränken, auf das vom Patienten gebrachte Material zu reagieren) wurde über lange Zeit gründlich mißverstanden. Der persönliche Einfluß des Analytikers auf den Patienten wurde als störend erachtet, eine Normierung des von Gegenübertragungsreaktionen und der „persönlichen Gleichung“ unbeeinflussten Verhaltens waren im Sinne des Wissenschaftsideals der Psychoanalyse erstrebenswert. Dieses Mißverständnis kulminierte in der Formulierung einer normativen Idealtechnik (Eissler, 1958, deutsch 1960), mit deren Hilfe das Gold der reinen Psychoanalyse (die Aufgabe des Psychoanalytikers ist allein das Deuten) vom Kupfer psychoanalytischer Psychotherapie abgegrenzt werden sollte. Kontrollierte, zeitlich begrenzte Abweichungen von der Idealtechnik, sogenannte Parameter, sind nach individueller, reflektierter Indikationsstellung Ausdruck einer flexiblen Handhabung des Technikideals.

Greenson (1967, deutsch 1975) kritisierte an zahlreichen Beispielen aus seiner Erfahrung als Kontrollanalytiker die unpersönliche Kälte von Ausbildungskandidaten, die sich mit diesem purifizierten Technikideal identifizierten. Auch Bräutigam (1987) sieht

*„in der gegenwärtigen Praxis ... die große Gefahr, daß die enge Fassung des Übertragungsbegriffes zu einer distanzierten, unkommunikativen Grundeinstellung führt.“* (S. 171).

An derselben Stelle zitiert Bräutigam einen Psychoanalytiker, der noch 1978 empfiehlt die therapeutische Beziehung *„so technisch wie möglich, so menschlich wie unumgänglich notwendig“* zu gestalten (Marten, 1978, zit. nach Bräutigam, 1987, S. 171). Ich vermute, daß in der in dieser Weise kritisierten unterkühlten Haltung auch eine gewissen Angst von Ausbildungskandidaten zum Ausdruck kommt, sich mit einem Zuviel an Freundlichkeit und Einfühlsamkeit nicht mehr auf dem Boden der Psychoanalyse zu bewegen und

somit das Feld des Deutungspurismus bewußt (Einführen von Parametern) oder unbewußt (Gegenübertragungsgagieren) verlassen zu haben<sup>2</sup>. Für diese Interpretation spricht auch, daß sich Psychoanalytiker, vor allem im deutschen Sprachraum lange und z.T. bis heute dagegen wehrten, mit Hilfe von Tonband- oder Videoaufzeichnungen den psychoanalytischen Prozeß der Forschung zugänglich zu machen.

3. Eine weitere Folge dieses Festhaltens an der Idealtechnik ist die Einschränkung des Indikationspektrums auf den Bereich der ödipalen Störungen, auf Personen mit ausreichender Ichstärke. Diese Selbstbeschränkung wurde mehrfach in der Befürchtung pointiert, daß für das aufwendigste und teuerste der psychotherapeutischen Verfahren nur Personen geeignet seien, die eigentlich keiner Therapie bedürftigen.

4. Freud war sich der Unvereinbarkeit der Theorie des psychischen Apparats und der aus ihr abgeleiteten Technik bewußt; er vergab nach dem Budapester Kongress 1918 einen Preis für die beste Arbeit zum Thema der Verbindung von Theorie und Technik (Freud, 1922d, zit. nach Haynal, 1993), der bis heute nicht vergeben werden konnte.

5. Die ungelöste Frage hat jedoch Experimente in verschiedenste Richtungen ausgelöst. Das aktive Vorgehen des Analytikers, mit dem Ferenczi experimentierte, nachdem er ab 1910 die Bedeutung des Erlebens in der Analyse untersucht hatte, wäre hier zu erwähnen. Es mußte, da das Erleben des Patienten ausschließlich im Übertragungskonzept erfaßt wurde, als intolerable Abweichung von der an Deutung und Einsicht orientierten Technik gewertet werden und damit zum Bruch führen.

In den 30er Jahren experimentierte die Gruppe um F. Alexander in Chicago mit aktivem Herbeiführen einer „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ des Patienten in der Analyse. Insbesondere gegen diese Versuche richtete sich Eisslers bereits erwähnte Konzipierung einer normativen Idealtechnik.

Ebenfalls in den 30er Jahren ergaben Umfragen bei renommierten Analytikern, wie verschieden tatsächlich die individuellen „Techniken“ waren, ein Ergebnis, das zu verunsichern war, als daß es weiter hätte verfolgt werden können.

6. Das Beharren der psychoanalytischen Forschung auf dem Einpersonenparadigma der Triebtheorie hat zu einer Verzögerung der Rezeption neuerer Forschungsergebnisse geführt; so z.B. Befunde der Affektforschung,

<sup>2</sup> Viele Psychoanalytiker haben, wie die Entwicklung rund um das Psychotherapiegesetz in Österreich in den letzten 15 Jahren zeigte, Schwierigkeiten mit ihrer psychotherapeutischen Identität. Elitaristische Abgrenzung gegenüber Psychotherapie, die „Freud-Lektüre in eine Bibellektüre ... zu verwandeln“ (Kernberg, 1994), sektiererische Selbstdefinition erzeugen Angst. Nicht selten ist daher ein Motiv für die psychoanalytische Ausbildung zu beobachten, nämlich durch Unterwerfung unter das strenge Ideal als späteren Lohn sich einen Platz im Olymp derer zu sichern, die über allen anderen stehen und eine weitere Infragestellung nicht mehr zu befürchten haben. Daß diese Konstellation die persönliche sowie die Wissenschaftsentwicklung hemmt, braucht nicht hinzugefügt zu werden.

der empirischen Säuglingsforschung, der Erforschung des psychotherapeutischen Prozesses. Es sind vermutlich ebenfalls affirmative Bestrebungen, wenn entwicklungspsychologische Konstruktionen trotz fehlender empirischer Basis vorgenommen werden, wie dies Dornes (1993) am Beispiel M. Mahlers berichtet.

Die Ausschließlichkeit, mit der psychisches Geschehen auf innere Prozesse, auf Triebkonflikte etc. zurückgeführt wurde, mußte früher oder später an Grenzen stoßen. Wenn alles nur dem Wiederholungszwang ausgesetzt ist, wie kommt es dann zur Progression, zur Entdeckung neuer Möglichkeiten der Lebens- und Beziehungsgestaltung? Diese und ähnliche Fragen machten eine Erweiterung der Theorie erforderlich.

#### *Die neoklassische Erweiterung der klassischen Theorie der Technik*

Mit der Erforschung der Funktionen des Ich, insbesondere in den 30er Jahren hat die Ansicht, daß nicht alle psychischen Erscheinungen auf Konflikte zurückgeführt werden können, und daß nicht alles in der therapeutischen Beziehung Übertragung und somit Wiederholung ist, Fuß gefaßt. Man erkannte, daß weite Bereiche der Persönlichkeit zu realistischer Wahrnehmung fähig sind; gerade sie sind es, die zur Lebensbewältigung, zur Arbeitsübereinkunft und Kooperation mit dem Analytiker, zur Reflexion, zum Aufschub von Befriedigungen etc. imstande und bereit sind, die ja die Grundlage der Analysierbarkeit darstellen. Vor allem hat zu dieser Öffnung die Ichpsychologie beigetragen. Heinz Hartmann (1939, deutsch zuerst 1960) hat die Trieb/Konfliktperspektive durch eine Adaptationsperspektive ergänzt und erweitert. Das Ich ist demnach ständig mit der Vermittlung zwischen inneren, zum Teil, aber nicht ausschließlich in Konflikt zueinander befindlichen Kräften und den Erfordernissen der Außenwelt befaßt:

*„Wir glauben nicht, daß wir die Neurose eines Patienten behandeln können, ohne sie auch in den Wechselwirkungen mit den normalen Ich-Funktionen zu betrachten. Wir sind überzeugt, daß wir auch die Ätiologie der Gesundheit verstehen müssen, wenn wir die Neurose und ihre Ätiologie voll erfassen wollen.“* (Hartmann, 1975, S. 147).

Hartmann, aber auch andere, die betonten, daß auch die Bereiche der Person, die nicht konflikthaft sind, in die Theorie einzubeziehen sind, haben wesentlich zur Öffnung der Psychoanalyse beigetragen. Objektbeziehungen werden deutlicher als bisher als strukturbildende und strukturverändernde Faktoren in der psychischen Entwicklung untersucht. Die Person wird mehr als bisher als eine die ständig auftretenden Erfordernisse bewältigende und meisternde gesehen. Damit wird eine Erweiterung der Psychoanalyse zu einer Psychologie von Gesundheit und Krankheit ermöglicht.

Auch für die Theorie der therapeutischen Technik hatte dies weitreichende Folgen. Schon Anna Freud hatte 1958 darüber nachgedacht, wie wir mittels psychoanalytischer Terminologie die als bedeutsam erkannte persönliche Beziehung erfassen können:

*„In irgendeinem Winkel unseres Denkens sollten wir der Erkenntnis Raum geben, daß Analytiker und Patient bei alledem (gemeint ist die Dynamik der Übertragung) auch zwei reale Menschen von gleichem, erwachsenem Status sind und in einer wirklichen, persönlichen Beziehung zueinander stehen.“* (zit. nach Ermann, 1992, S. 283).

Auch Greenson (1975) artikuliert den Mangel der Theoriesprache:

*„Ich finde den Ausdruck ‚Objektbeziehungen‘ und ähnliche Bezeichnungen, wie z.B. ‚Liebesobjekte‘ und ‚verlorene Objekte‘, unbefriedigend. Sie scheinen mir Konzepten, die mit starker persönlicher Bedeutung beladen sind, einen Anschein von Unpersönlichkeit und Distanz zu verleihen. Trotzdem habe ich sie überall weiterhin verwendet, weil sie in Psychoanalytikerkreisen weithin gebräuchlich sind und weil ich keine besseren Ausdrücke finde, die diese termini vollgültig ersetzen könnten. Der Ausdruck ‚Objekt‘ geht auf die Vorstellung zurück, daß das ES Objekte braucht, um Triebe zu befriedigen. In diesem Sinne hatten die ursprünglichen bedürfnisbefriedigenden Objekte wenig andere Eigenschaften oder Einzigartigkeit, als daß sie bedürfnisbefriedigend waren.“* (S. 58, Fußnote).

Soweit die Ichpsychologie. In der weiteren Entwicklung der psychoanalytischen Theorie wurde den Objektbeziehungen eine zunehmend größere Bedeutung eingeräumt. Zahlreiche Autoren befaßten sich mit den Einflüssen des Analytikers auf die therapeutische Situation; die Selbstpsychologen um und nach Kohut explizit im Rahmen des Selbstobjektkonzeptes, Streeck 1988, Bräutigam 1987 unter dem Titel der realistischen Beziehung, Kächele 1992 mit dem Einfluß der Persönlichkeit des Psychotherapeuten, Ermann 1992 mit Aspekten der Realbeziehung und nicht zuletzt Thomä und Kächele (1986) in ihrem, neuere Strömungen übersichtlich aufbereitenden Lehrbuch. Dabei wird die therapeutische Beziehung genauer untersucht, der Einfluß des Analytikers, seine Beteiligung am Übertragungsvorgang beschrieben. Es ist im wesentlichen die Unvermeidlichkeit der wechselseitigen Beeinflussung, die spätestens ab diesem Zeitpunkt nicht mehr gelegnet werden kann, vielmehr in der Theorie der therapeutischen Technik ihre Berücksichtigung findet. Diese neue Sichtweise ist wohl auch der Tatsache zu verdanken, daß klassische, an Objektivität orientierte Wissenschaftlichkeit als überholt anzusehen ist. Neutralität, Objektivität, Nicht-Verstricktsein in die psychischen und sozialen Prozesse, die wir untersuchen, sind illusorische Voraussetzungen sozialwissenschaftlicher Erkenntnis. Es ist uns also klar geworden, daß wir darum nicht herumkommen, die Interaktion zu untersuchen, wenn wir verstehen wollen, wie Menschen einander beeinflussen, wie überhaupt psychische Struktur sich entwickelt, wie sie allenfalls beeinflusst werden kann. Intrapsychische Vorgänge sind immer untrennbar verbunden mit interaktiven und keiner der beiden Prozesse kann daher gegenüber dem anderen hervorgehoben werden. Es war vor allem die empirische Säuglingsforschung, die uns ganz neue Erkenntnisse zu diesen Fragen vermittelte.

## II. Die Befunde der neueren Entwicklungspsychologie

Auch wenn sich Psychoanalytiker schon früh mit der Beobachtung von Kindern beschäftigt hatten, so sind doch die weitaus intensivsten Forschungsaktivitäten erst in den letzten 20 Jahren gesetzt worden. Die rasante Entwicklung auf diesem Gebiet ist u.a. auch der Videotechnik zu verdanken. Synchrone Aufnahmen von Mutter und Kind mit 2 Kameras waren zuvor technisch schwer durchführbar. Auch die Tatsache, daß sich Empiriker mit unvoreingenommenem Blick den Säuglingen in der präsymbolischen Entwicklungsphase (vor dem 18. Monat) in raffiniert ausgedachten Experimentalsituationen zuwandten, spielte eine bedeutende Rolle. Erst mit einiger Verspätung wurden die Ergebnisse von Psychoanalytikern rezipiert. Dabei mußte zur Kenntnis genommen werden, daß zahlreiche Annahmen der bislang geltenden psychoanalytischen Entwicklungspsychologie revidiert werden müssen. Verkürzt könnte man sagen, daß eher die Annahmen Balints (1965), wonach das Kind primär den Objekten zugewandt ist Unterstützung erfahren haben als die Freud'sche Ansicht.

### A) Die Wahrnehmung

Die Forschung zeigte, welche umfassende Fähigkeiten, Bereitschaften und Bedürfnisse der Säugling bereits von Geburt an oder kurz danach hat, die bislang nicht vermutet worden waren. Das traditionelle psychoanalytische Bild vom Säugling, wonach dieser primär (= normal) bestimmte Entwicklungsphasen durchläuft, die sekundär in einer pathologischen Entwicklung (re)aktualisiert würden, erweist sich als nicht haltbar. So konnte die Annahme eines primären Narzißmus, eines primären Verschmelzungserlebens, der primären Wahrnehmung von Teilobjekten, primär gespaltene Wahrnehmung des Objekts nicht bestätigt werden. Der Säugling erscheint vielmehr als „aktiv, differenziert und beziehungs-fähig“ (Dornes, 1993b, S. 1117). Die Wahrnehmungsfähigkeit des Säuglings ermöglicht ihm, Handlungsziele zu setzen, sich selbst als Urheber eigener Handlungen zu erleben, anhand des propriozeptiven Feedbacks zu unterscheiden ob eine eigene oder die Handlung einer anderen Person zum Ziel geführt hat. Weiters kann er früh den Effekt einer Handlung wahrnehmen, je nachdem ob er ihn bei sich selbst wahrnimmt (immer) oder bei jemandem anderen (manchmal). Diese Fähigkeiten tragen dazu bei, sich selbst als vom anderen getrennt zu erleben (zit. nach Dornes, 1993a, b). Weiters ist die Fähigkeit zu erwähnen, aktiv regulatorisch die Beziehung mitzugestalten. Die hier kurz zusammengefaßten Befunde sind keine Einzelergebnisse (Übersichten in Lichtenberg, 1991; Stern, 1992; Dornes, 1993a), weshalb ihnen gegenüber der Theorie des Primärnarzißmus und der Symbiose einiges Gewicht zukommt, zumal letztere Konzepte empirisch kaum abgesichert sind, sondern aus der Analyse Erwachsener erschlossen wurden. Wenn jedoch die Unterscheidung von Selbst und Objekt, sowie eine einheitliche Selbst- und Objektwahrnehmung zumindest ab dem 6. Lebensmonat gegeben ist, dann sind symbio-

tische Erlebnisse, sowie Spaltungsprozesse eher als sekundär, als Ergebnis einer überforderten Selbstregulation zu betrachten.

### B) Die Affekte

Im Gegensatz zur psychoanalytischen Annahme nur zweier affektiver Tönungen (Lust, Unlust) sind Säuglinge imstande, eine Reihe von Basisaffekten wahrzunehmen. Es sind dies Interesse, Überraschung, Ekel, Freude, Ärger, Traurigkeit, Furcht und Schuld. In allen Kulturen existieren für diese bestimmte, immer gleiche Gesichtsausdrücke. Darüber hinaus sind Säuglinge imstande, sogenannte Vitalitätsaffekte, wie Intensität, zeitliche Struktur, Rhythmus, Melodie etc. wahrzunehmen, die der Kommunikation zusätzliche Differenziertheit verleihen. Dornes (1993b) bringt als Beispiel, daß der Säugling darüber hinaus die Unstimmigkeit der Vitalitätsaffekte wahrnimmt, wenn er z.B. mit weicher Stimme, mit freudigem Gesichtsausdruck, jedoch einer ruckartigen Bewegung aus dem Bettchen gehoben wird.

Lichtenberg hat, ebenfalls auf der Grundlage der empirischen Säuglingsforschung eine Motivationstheorie konzipiert, die hier erwähnt werden soll. Lichtenberg (1989) nennt 5 Motivationssysteme, die im Dienste der Selbstregulation stehen.

Es sind die Bedürfnisse nach

- a) Regulation physiologischer Anforderungen,
- b) nach Bindung, spätere Verbundenheit,
- c) nach Exploration und Selbstbehauptung,
- d) nach aversiven Reaktionen im Sinne von Widerspruch und/oder Rückzug und
- e) nach sinnlichem Vergnügen und sexueller Erregung.

Diese Aufstellung primärer Organisationszentren der Affektregulation und -entwicklung stellt ein Extrakt der empirischen Forschung dar. Ein Hinweis auf primäre Aggression hat sich empirisch nicht finden lassen.

### C) Die Beziehungsregulation

Eines der folgenreichsten Ergebnisse der empirischen Säuglingsforschung ist die Aktivität des Säuglings als Mitgestalter der Beziehung zur primären Bezugsperson. Der Säugling versucht demnach aktiv, die Aufmerksamkeit der Mutter zu erlangen, er versucht sie zu einem Kontaktspiel zu animieren oder aber er zeigt z.B. durch Wegdrehen des Kopfes auch die momentane Beendigung des Kontakts an. Die (im wesentlichen) akzeptierende und einfühlsame Reaktion der Mutter fördert die Erwartbarkeit des im Laufe der Zeit gewohnten Verhaltens der Mutter, somit das Gefühl, dieses aktiv herbeiführen zu können, das Effekttanzgefühl (nicht zu verwechseln mit dem Omnipotenzgefühl). Im Gegensatz zu diesem positiv getönten Kern-Selbsterleben kommt es zu einem negativ getönten, wenn die Aktivitäten des Kindes (etwa zur Wiederherstellung einer Dialogsequenz) häufig keinen Erfolg haben. Vertrauen, Selbstvertrauen, das Gefühl der Selbstwirksamkeit stehen dem Mißtrauen, der Erwartung des Mißerfolgs, negativem Selbstgefühl und Rückzug gegenüber. Das

Effektanzgefühl ist ein wesentlicher Steuerungsfaktor der Bewältigungskapazität des späteren Erwachsenen.

#### D) Das Bindungsverhalten

Schon 1950 hatte John Bowlby aufgrund von Beobachtungen behauptet, zwischen dem Säugling und der primären Bezugsperson würde sich sehr früh ein Bindungsmuster entwickeln, das etwa ab dem 3. Monat erkennbar, ab dem 6. Monat bereits ziemlich ausgeprägt sei und in der Folge eine hohe zeitliche Stabilität aufweise. Verlaufsuntersuchungen zeigten, daß das einmal etablierte Bindungsmuster ab dem 12. Monat bis ins Pubertätsalter weitgehend stabil bleibt. Es gelang weiters in einer Untersuchung mit Schwangeren mit 80% Treffsicherheit das Bindungsmuster zum noch nicht geborenen Kind auf der Basis der Bindungsqualität der Schwangeren zur eigenen Mutter vorherzusagen (Übersicht in Köhler, 1992).

Das Bindungsverhalten wird vor allem in angstmachenden Situationen ausgelöst; in diesem Fall wird das Erkundungsverhalten eingestellt. Interessanterweise konnten in den über 4 Jahrzehnten seit Bowlbys ersten Publikationen immer wieder nur 4 voneinander abgrenzbare Bindungsmuster unterschieden werden: die sichere Bindung, die ambivalente, die vermeidende und die desorientierte. Die Implikationen dieser Beziehungsmuster für die Persönlichkeitsentwicklung liegen auf der Hand.

#### E) Empathie als Grundlage der Kommunikation

Der frühe „Dialog“ zwischen Mutter und Kind erfolgt auf affektiver und noch sehr handlungsbezogener Ebene. Wechselseitiges (!) Abstimmen von Bewegungen, Mimik, Vokalisierung, Blickkontakt sowie Kontaktpausen kennzeichnen die frühe Beziehung. Das Aufeinander-Abstimmen dieser kommunikativen Elemente schafft ein Erleben des Miteinander, der Ähnlichkeit und Vorhersagbarkeit des Verhaltens. Verhalten und Erleben sind engstens aneinander gekoppelt (erst später erfolgt die schrittweise Entkoppelung). In zahlreichen Experimenten konnte gezeigt werden, daß ein affektiver Gesichtsausdruck mit physiologischen Prozessen korreliert. So wurden Schauspieler gebeten, einen bestimmten Gesichtsausdruck zu mimen, während einige physiologische Parameter gemessen wurden. Diese änderten sich mit dem jeweils gemimten Gesichtsausdruck (Ekman, 1983, zit. nach Beebe und Lachmann, 1992). Schon Säuglinge können von frühester Zeit an den Gesichtsausdruck einer anderen Person imitieren. Wir schließen daraus, daß mehrfache Verbindungen zwischen Wahrnehmung und innerem Erleben bestehen. Wenn also im Betrachter eines Gesichtsausdrucks ebenso wie in der Person, die diesen Gesichtsausdruck herstellt entsprechende psychophysiologische Prozesse ablaufen, so ist anzunehmen, daß die vielfache wechselseitige Regulation auch auf psychophysiologischer Ebene ihre Entsprechung hat. Mit Beebe und Lachmann (1992) können wir darin die Grundlage der Empathie sehen, die bis ins Körperliche reicht. In einer Interaktion, in der zwei Personen sich aufeinander ab-

stimmen werden ähnliche affektive und physiologische Zustände erzeugt. Dadurch „wissen“ wir, wie die andere Person fühlt. Empathisches Verstehen findet demnach auf allen Ebenen statt, sprachlich, emotional, affektiv und physiologisch. Empathie ist somit als der zentrale Faktor menschlicher Verständigung zu bezeichnen.

Da also Kommunikation auf verschiedenen hoch symbolisierten Ebenen abläuft, kann therapeutische Einflußnahme grundsätzlich auf allen Ebenen erfolgen, auf körperlicher, dramatischer, handlungsbezogener und nicht zuletzt auf der sprachlichen Ebene, in der alle weniger symbolisierten Ebenen enthalten und daher zugänglich sind. Wäre dies nicht der Fall, könnten Menschen einander nicht affektiv erreichen und berühren.

#### F) Die Formierung psychischer Struktur

Da das Kind also von Geburt an Fähigkeiten zur Affektregulation, zur Beziehungsregulation und zur Wahrnehmungsintegration besitzt (Dornes, 1994), sind wir des Problems enthoben, zu erklären, wie psychische Funktionen entstehen. Es gibt also keine Null der psychischen Struktur. Die Interaktion ist von Beginn an der zentrale Ort der Formung, der Ausarbeitung und Differenzierung psychischer Funktionen.

*„Sinneseindrücke, Handlungsempfindungen und Affekte sind also nicht erst biologisch-sensorische Rohempfindungen, die dann psychisch ‚verdaut‘ werden müssen, sondern sie sind von Anfang an psychisch. Natürlich erfahren sie in einer Beziehung eine Ausarbeitung ihres psychischen Gehalts und eine Erweiterung ihrer psychischen Bedeutung, und mit eineinhalb Jahren werden sie dann auch phantasiemäßig überarbeitet. Aber psychische Bedeutung entsteht nicht ausschließlich in Beziehungen; sie wird dort elaboriert.“* (Dornes, 1994, S. 1169).

Wahrnehmung und Erleben sind von Beginn an eine Einheit, es ist also nach unserem heutigen Wissen nicht so, daß Wahrnehmungsinhalte erst mit psychischer Bedeutung gefüllt werden müssen, auch müssen Wahrnehmungsinhalte nicht erst zu einem Bild zusammengefügt werden. Vielmehr scheint es umgekehrt zu sein, daß die ganzheitliche psychische Wahrnehmung reaktiv fragmentiert werden kann. Dazu müssen aber Bedingungen vorliegen, die bewirken, daß bestimmte Wahrnehmungs/Erlebnisinhalte nicht in die Beziehung integriert werden können. Wahrnehmung und Interaktion sind allerdings vor dem 18. Lebensmonat nicht symbolfähig. Die Entwicklung der Symbolfähigkeit erfolgt in einigen Schritten, beginnend mit der Stufe des handlungsbezogenen (= konkreten) Austauschs.

Stern (1985, deutsch 1992) hat das Selbstgefühl als organisierenden Faktor der Entwicklung psychischer Strukturen bezeichnet. Dieser Begriff ist deutlich erfahrungsnäher als der psychoanalytische Ich-Begriff und vor allem schließt er immer den Anderen mit ein. Stern nennt 4 Stufen der Selbstentwicklung. In der Phase des „auftauchenden Selbst“ (1.–2. Monat) wird die Welt als Wahrnehmungseinheit erlebt, kategoriale Affekte sowie Vitalitätsaffekte sind von besonderer Bedeutung

und offenbar sind verschiedene Wahrnehmungsmodi (z.B. optisch, taktil) miteinander verbunden und im Gedächtnis repräsentiert. In der Phase des „Kern-Selbst“ (2.–7. Monat) verfügt der Säugling nach Stern bereits über ein kohärentes Gefühl für sich und den Anderen, also eine bereits realitätsbezogene Wahrnehmung der Getrenntheit von Selbst und Anderem. Das Kind erlebt sich als psychische Einheit, von dem Handlungen ausgehen, Affekte sind differenziert, mit spezifischen Beziehungsereignissen verbunden, das Gedächtnis entsteht auf der Basis motorischer und affektiver Prozesse. Darüber hinaus kann der Säugling Muster im Verhalten seiner Bezugspersonen identifizieren und sich danach orientieren. Aus diesen Mustern leiten sich Bindung und Sicherheitsgefühl ab. Im „subjektiven Selbst“ (7.–9. Monat) wird die affektive Bezogenheit auf einer präsymbolischen (= präverbalen) Stufe erlebbar. Beide Interaktionspartner sind auf etwas Gemeinsames bezogen, das Kind kann z.B. auf etwas hinweisen und merkt, daß auch die Mutter auf dasselbe Objekt bezogen ist. Das Kind kann intentional kommunizieren, d.h. es weiß bereits um die Wirkung von eigenem Verhalten auf den Partner, allerdings auf der Basis der in der vorhergenannten Phase der Selbstentwicklung erfahrenen Verlässlichkeit. Mit der Entwicklung des „verbalen Selbst“ (ab dem 15. bis 18. Monat) können Personen oder Handlungen erinnert oder benannt werden, sie sind somit symbolisch verfügbar. Der Spracherwerb ist sehr in den affektiven Austauschprozessen zwischen dem Kind und den Bezugspersonen verankert. Abwehrmechanismen können nach Stern erst ab der Fähigkeit zur symbolischen Repräsentation angewendet werden. Dieselbe Ansicht vertritt auch Lichtenberg (1983, deutsch 1991).

#### G) Bewußt – Unbewußt

Im Zusammenhang mit diesen Überlegungen zur Entwicklung psychischer Strukturen sollte auch die Unterscheidung von Bewußt/Unbewußt neu überdacht werden. Dornes (1994) gibt zu bedenken, ob das frühe Psychische, also das präsymbolische Erleben sinnvoll als unbewußt bezeichnet werden sollte, da es nicht verdrängt wurde, sondern noch nicht in symbolisierter Form verfügbar ist. Der Säugling

*„kann unter der Abwesenheit der Mutter oder der Milchflasche leiden, er kann etwas vermissen, aber er weiß nicht, worunter er leidet und was er vermißt. Er kann das Abwesende nicht herbeihalluzinieren. Erst nach dem Erwerb der Symbolfunktion ist das möglich.“ (Dornes, 1995, S. 33).*

Es wäre daher zu überlegen, den Begriff des Unbewußten für Folgen von Fragmentierung/Desintegration des Erlebens zu reservieren. Erlebnisinhalte können somit einerseits noch nicht bewußt verfügbar sein, weil die Symbolfunktionen noch nicht entwickelt sind, andererseits kann das primär einheitliche Erleben fragmentiert sein. Stolorow und Atwood (1992) schlagen vor, zwischen 3 verschiedenen Formen des Unbewußten, unter Berücksichtigung deren interaktiver Grundlage zu unterscheiden. Das „präreflektive Unbewußte“

beinhaltet die organisierenden Strukturen unserer Wahrnehmung und ist nicht Ergebnis von Abwehrvorgängen. Das „dynamische Unbewußte“ beinhaltet Affektzustände, die von der Umgebung keine empathische Resonanz erhalten hatten. Die Abwehr dieses Erlebens erfolgte, weil die Bindung zur primären Bezugsperson bedroht war. Als dritte Form des Unbewußten wird das „invalidierte Unbewußte“ genannt; es enthält Aspekte des Erlebens, die überhaupt keine affektive Resonanz bei der primären Bezugsperson hervorgerufen hatten.

#### H) Wie entstehen pathologische Strukturen?

Eltern schreiben den Äußerungen (Gesten, Lauten etc.) ihrer Kinder Bedeutungen zu. Diese Interpretationen sind Angebote und treten nun mit dem intrinsischen Bedeutungsspektrum des Kindes in Kontakt (Dornes, 1995). Weichen die von den Eltern angebotenen Bedeutungen zu sehr von denen des Kindes ab, kommt es zu Störungen der wechselseitigen Regulation. Die Angebote der Eltern können demnach entwicklungsfördernd oder -hemmend sein. Die empathische Kapazität der Eltern, aber auch die Anpassungskapazität des Kindes entscheiden über das Ergebnis der Interaktion. Das Kind setzt den elterlichen Bedeutungszuschreibungen ein eigenes Gefühl für Stimmigkeit entgegen (Motivations-system Selbstbehauptung). Es „weiß“, ob etwas paßt oder nicht. Der strukturelle Einfluß elterlicher Reaktionen ist sowohl im Experiment (still face) als auch in naturalistischen Studien nachgewiesen. Es wird aber nicht nur der manifeste Affektausdruck kommuniziert, sondern auch abgewehrte Affekte, wie Dornes (1995) an einem Beispiel illustriert:

*„Eltern tun oft ihr Bestes, um depressive Gefühle vor ihren Kindern und vor sich selbst zu verbergen. Das Ergebnis dieser Anstrengung ist häufig ein aufgeputschter, intrusiver, gelegentlich feindselig getönter Interaktionsstil, der den Säugling unruhig und unausgeglichen macht. Er hat verschiedene Möglichkeiten, damit fertig zu werden. Entweder zieht er sich temporär oder dauerhaft zurück und wird so ‚direkt‘ depressiv, oder er läßt sich anstecken und wird ebenfalls hektisch. Diese Hektik wird mit der Zeit und nach vielen Wiederholungen solcher Episoden zu einem Charaktermerkmal des Säuglings, in dem sich die manifome, kontradepressive Abwehr der Eltern verfestigt. Unter der agitierten Oberfläche lauert aber ein depressiver Kern. Weil der Säugling trotz vieler Versuche, den Interaktionsstil seiner Eltern zu verändern keinen Erfolg hatte, entsteht neben und gleichzeitig mit der Übernahme des elterlichen Stils ein Gefühl von Ohnmacht und Wirkungslosigkeit.“ (S. 42).*

In solchen Situationen ist die empathische Kapazität verringert. Ein Gutteil der Bandbreite möglicher Antworten wird von der Abwehr in Anspruch genommen und dadurch reduziert.

Die Folge könnte, wie Dornes andeutet, in einem Ausgliedern bestimmter unbeantworteter oder für die Eltern inakzeptabler Affektzustände bestehen.



### III. Folgerungen für die Theorie der analytischen Beziehung

Das Ein-Personenparadigma ist, das sollten die bisherigen Ausführungen darlegen, nur bedingt als theoretische Grundlage für den therapeutischen Prozeß anwendbar. Bedingt deshalb, weil es fast ausschließlich Aspekte der Selbstregulation, wenn auch in einer anderen Theoriesprache untersucht hat. Nicht umsonst stellt die klassische Psychoanalyse hohe Ansprüche an die Reife (= hohe Symbolisierungsfähigkeit) und Stärke der Ichfunktionen des Patienten. Dadurch erst wird es möglich, die traditionellen theoretischen Modelle relativ friktionsfrei beizubehalten. Und ebenfalls nicht zufällig besteht eine gewisse Tendenz, dort wo diese Modelle diese in der Praxis an Grenzen stoßen, dies dem Widerstand zuzuschreiben oder allenfalls die Analysefähigkeit des Patienten infragezustellen.

Wenn wir die Einpersonenperspektive jedoch erweitern und berücksichtigen, daß in jeder Beziehung immer auch wechselseitige Regulation stattfindet (Beebe und Lachmann, 1992; Beebe et al., 1992), dann ergeben sich daraus eine Reihe von Fragen für die therapeutische Kommunikation: Wieweit spielen reale Beziehungsaspekte, wechselseitige Einstimmung eine Rolle? Worin besteht das spezifisch Therapeutische aus interaktioneller Sicht? Was ist die Funktion des Therapeuten, der nicht nur außerhalb stehend die Realität verkörpert, sich auf Deutungen beschränkt, oder sich (ebenfalls von außen) einfühlt, wie dies ältere Konzeptionen von Empathie nahelegen?

In einer ersten Annäherung wird im folgenden versucht, die Bedeutung der psychoanalytischen Begriffe Abwehr, Widerstand, Übertragung und Deutung um die interaktionelle Dimension zu erweitern.

#### *Abwehr und Widerstand*

Ein interpersonales Verständnis von Abwehr ortet die Eliminierung bestimmter Affektzustände in der Inkompatibilität mit der Erlebniswelt der frühen Umgebung. Stolorow und Atwood (1992) führen das Ausklammern bestimmter Erlebniszustände darauf zurück, daß diese in der frühen Interaktion keine oder nicht ausreichend bestätigende Reaktionen erhielten. Das Ausgliedern aus dem bewußten Erleben stellt daher eine Regulations- bzw. Anpassungsleistung dar, die erfolgte, um die Bindung zu der frühen Umgebung zu erhalten. Sie bildet gleichzeitig die hauptsächliche Quelle des Widerstandes in der Therapie. Widerstand aus interpersoneller Sicht wird als Schutzhaltung verstanden, als (unbewußte) Vorsicht bei der Reintegration von Bedürfnissen und Affekten in die Beziehung. Die zwar unteroptimale, aber immerhin (historisch) adaptive neurotische Struktur kann nicht ohne weiteres aufgegeben werden, war sie schließlich unter schwierigen Anpassungsbedingungen entwickelt und zur Existenzbedingung geworden. Durch die Aufrechterhaltung dieser Struktur sollen unbewußt erwartete Retraumatisierungserlebnisse vermieden werden. Der Therapeut wird daher vom Patienten (unbewußt) daraufhin getestet, ob von seiner Seite retraumatisierende Reaktionen zu erwarten sind oder

ob mit seiner Hilfe die abgewehrten Affekte integriert werden können. Um diese Modellvorstellungen von Abwehr und Widerstand empirisch zu prüfen, wurde von Weiss und Sampson (1986), Weiss (1990) der therapeutische Prozess untersucht. Es wurden zwei konkurrierende Hypothesen experimentell geprüft. Die eine, basierend auf der Theorie intrapsychischer Konflikte besagt, daß die Dynamik zweier konkurrierender intrapsychischer Kräfte darüber entscheidet, ob ein Erlebnisinhalt bewußt wird oder nicht: Auf der einen Seite wirken verpönte sexuelle oder aggressive Impulse, auf der anderen deren Abwehr. Diese Hypothese besagt weiters, daß der Impuls nur entweder unter großer Angst oder in versteckter Form, z.B. in Form eines Symptoms (dafür aber mit weniger Angst) seinen Weg zum Bewußtsein finde. Die zweite Hypothese besagt, daß die Person in ihrem Unbewußten entscheiden kann, ob ein abgewehrter Erlebnisinhalt bewußt werden darf. Entscheidungsgrundlage bilden bisherige Erfahrungen einerseits und die Einschätzung der aktuellen Situation. Eine weitere Grundannahme dieser zweiten Hypothese ist, daß Patienten einen intensiven Wunsch haben, sich besser zu fühlen, besser mit den Erfordernissen zurechtzukommen oder anders ausgedrückt: daß ein starkes Bestreben existiert, abgewehrte Inhalte ins Erleben zu (re)integrieren.

Aus der ersten Hypothese folgt, daß die Äußerungen des Patienten Versuche darstellen, einen abgewehrten Wunsch zu befriedigen. Entspricht der Therapeut diesem Wunsch in seiner Reaktion, hat er die Chance, die Impulse zum Bewußtsein zu bringen vertan, er würde agieren statt analysieren. Die Empfehlung, die daraus folgt, ist daher, die Ansätze solcher Äußerungen zu frustrieren, sodaß ihre Intensität steigt, bis sie sich doch einen Weg zum Bewußtsein schaffen und dann der Deutung zugänglich sind.

Folgt man der zweiten Hypothese, wonach der Patient versucht, Abgewehrtes zu integrieren, indem er den Therapeuten auf Toleranz und Akzeptanz testet, so kann für den Fall, daß dieser den Test besteht, die Abwehr verringert werden und ein Teil des Erlebens bewußt werden. In diesem Fall ist dann auch die diesen Vorgang begleitende Angst geringer als unter den Umständen, wie sie die erste Hypothese nahelegt.

Die Prüfung dieser beiden Hypothesen erfolgte, indem die Reaktionen von Patienten auf Interventionen, die der jeweiligen Konzeption zuzuordnen sind, (blind) beurteilt wurden. Es zeigte sich deutlich, daß das Vorgehen nach Hypothese 2 mehr Mut, mehr Entspanntheit, mehr Zufriedenheit und weniger Angst beim Patienten bewirkte.

Bei dieser Gelegenheit soll nicht unerwähnt bleiben, daß aktive Unterstützung durch den Psychotherapeuten sich auch in einem der größten psychoanalytischen Forschungsprojekte als bedeutsamster Faktor therapeutischer Veränderung erwiesen hat (Wallerstein, 1986), obwohl dies ursprünglich nicht erwartet worden war, weil dies in klassischem Verständnis nicht als wirksamer Faktor therapeutischen Handelns konzipiert war.

Das Bedeutsame an diesen neueren Überlegungen ist, daß Abwehr und Widerstand eine zusätzliche interak-

tive Dimension bekommen. Der Therapeut ist Teil des interpersonalen Vorganges der Abwehr. Er ist viel direkter in die Regulationsvorgänge eingebunden, die wir als Widerstand zu bezeichnen gewohnt sind, als wir bisher dachten.

### *Die Übertragung*

Wenn wir den neueren Überlegungen zu Abwehr und Widerstand folgen, so sind diese auch auf den Übertragungsbegriff anzuwenden. Wenn wir in einem ersten Zugang davon ausgehen, daß in der Übertragung die historisch entwickelte psychische Struktur inszeniert wird, dann bedeutet dies nicht notwendigerweise schon, daß Übertragung mit Wiederholung ident ist. Übertragung beinhaltet zwar Erwartungen, Befürchtungen und Beziehungsinhalte, die ihre Wurzeln in historischen Beziehungserfahrungen haben, sie beinhaltet aber bei näherer Betrachtung immer zwei Beziehungsangebote. Erst einmal eines, das den Beziehungspartner dazu verführt, in der (historisch) vertrauten Weise zu reagieren. In ihm sind häufig negative Interaktionsphantasien enthalten. Diese Inszenierung würden wir als den eher regressiven Teil bezeichnen. Genaugenommen sind wir erst dann berechtigt, von Wiederholung zu sprechen, wenn sich diese Verführung als erfolgreich erweisen sollte und der Partner entsprechend den negativen Erwartungen darauf reagiert. Die Wiederholung ist somit nicht im Patienten zu lokalisieren sondern vielmehr in der interaktiven Sequenz, wie sie zwischen Therapeut und Patient ausgehandelt wurde. Der andere Teil des Beziehungsangebotes könnte als der progressive bezeichnet werden, denn der Patient erwartet auch und vor allem, daß der Therapeut nicht im Sinne der Verführung reagiert, sondern im Gegenteil eine Türe zu neuen Beziehungserfahrungen öffnen hilft.

### *Was macht eine Interaktion therapeutisch?*

Im psychotherapeutischen Prozeß gilt es also ständig, zwei Gefahren zu vermeiden. Einerseits, bewußt oder unbewußt zu sehr dem Übertragungsangebot zu entsprechen, andererseits es zu sehr zu frustrieren. Erstere Gefahr ist als Gegenübertragungsagieren bekannt, zweitere besteht in einer zu großen Zurückhaltung (bis hin zur Retraumatisierung, auf die zuerst Ferenczi aufmerksam gemacht hat), die dem Patienten zu viel Frustration zumutet und daher kontaktverhindernd wirkt. Damit werden Fragen der optimalen Frustration, der optimalen Responsivität sowie des Agierens berührt, auf die in diesem Rahmen jedoch nicht näher eingegangen werden kann.

Übertragungen manifestieren sich also in unbewußten Inszenierungen, die als Verführungen wirksam werden. Da sie direkter Ausdruck der Struktur gewordenen Interaktionserfahrungen und deren Bewältigung sind, können sie vorerst nicht erinnert werden. Zu sehr verinnerlicht ist die zur Bewältigung pathogener Beziehungserfahrungen elaborierte Struktur, als daß es mit dem Erlebten in bewußte Verbindung gebracht werden kann. Erinnerung ist nur möglich, wenn eine gewisse Distanz gegenüber dem Erlebten besteht. Diese Distanz wird nur durch ausreichend verlässliche Beziehungserfahrungen

ermöglicht, die dem progressiven Teil der Person entsprechen. Meistens wird dabei auch eine neue Bindung etabliert, die die alte (pathogene) ersetzt. Erst wenn der Therapeut ausreichend viele Tests bestanden hat und damit sich als genügend verlässlich erwiesen hat, entsteht diese Bindung. Nur in bestimmten Fällen gelingt dies ausschließlich mittels Deutungen; und zwar nur dann, wenn die Desintegration des Erlebens nicht zu groß und es daher möglich ist, mittels so hochsymbolisierter Konstruktionen, wie es Deutungen sind, auch tiefere affektive Ebenen zu erreichen. In allen anderen Fällen muß langwierige Vorarbeit – in aller Regel auf wenig symbolisiertem Niveau also sehr konkret (= real) – erst die Sicherheit vermitteln, ohne die eine Infragestellung nicht möglich ist. Der Analytiker muß erst die Bedeutung für den Patienten bekommen, die eine Verunsicherung, wie sie eine Deutung mit sich bringt, zuläßt.

Die Befunde der Psychotherapieforschung, wonach Unterstützung, aktives Vermitteln eines positiven Selbstbildes, Ressourcenaktivierung, Hilfe bei der Problemlösung sowie der Beitrag des Therapeuten, um dem Patienten zu realer Veränderung von Bedeutungen zu verhelfen (Grawe, 1994, 1995) bestätigen die Annahme der Bedeutung dieser realen Beziehungsfaktoren. Trotz der zweifellos vorhandenen Wahrnehmungs- und Bedeutungsverzerrungen sollten wir nicht aus den Augen verlieren, daß Patienten weite Bereiche ihres Lebens gut und kompetent bewältigen und sehr gut einzuschätzen wissen, ob sie in ihrer Problematik wahrgenommen und verstanden werden. Die Psychotherapieforschung zeigt, daß es von zentraler Bedeutung für den Erfolg der Behandlung ist, ob der Patient den Therapeuten als bestätigend, ermutigend, unterstützend erleben kann (Strupp, 1993; Grawe, 1995). Auch die Abstimmung mit den realen Einstellungen, Zielen, Theorien der Therapeuten bestimmen den Verlauf der Therapie mit (Strauß und Burgmeier-Lohse, 1995).

Der therapeutische Prozeß läuft auf vielen Ebenen ab, affektiv-konkretistisch, verschieden hoch symbolisiert, kognitiv. Die frühe psychoanalytische Forschung hat sich vorwiegend mit intrapsychischen Aspekten, mit Autoregulation und mit hochsymbolisierten Erlebnissbereichen befaßt, die jüngeren Entwicklungen, vor allem die Selbstpsychologie (Kohut, 1979, 1984) und ihre Weiterentwicklungen haben den interaktiven Aspekt, den Bereich der wechselseitigen Regulation in die Psychoanalyse eingeführt, haben systemische Sichtweisen und vor allem die Erkenntnisse der empirischen Säuglingsforschung in die psychoanalytische Theorie integriert. Einige Jahre hat es so ausgesehen, als würden diese neuen theoretischen Ansätze einen Bruch mit traditionellen Auffassungen herbeiführen. Mittlerweile wurde viel Revisions- und Integrationsarbeit geleistet, was aus neueren Arbeiten deutlich zu ersehen ist (z.B. Treurniet, 1995). Wird die klassische psychoanalytische Technik nicht flexibel angewandt, ist sie nur bei eingeschränkter Indikationsstellung erfolgreich. Ein erweitertes Indikationsspektrum erfordert Neuüberdenken des interaktiven therapeutischen Prozesses – und könnte in Richtung einer allgemeinen Theorie der Psychotherapie führen.

**Literatur**

Balint M (1965) 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, pp 61–82

Beebe B, Jaffe J, Lachmann FM (1992) A dyadic systems view of communication. In: Skolnick N, Warshaw S (eds) Relational perspectives in psychoanalysis. The Analytic Press, Hillsdale, NJ, pp 83–118

Bräutigam W (1977) Zur Frage der wirksamen Faktoren des psychotherapeutischen Prozesses. In: Becker AM, Reiter L (Hrsg) Psychotherapie als Denken und Handeln. Kindler, München

Bräutigam W (1983) Beziehung und Übertragung in Freuds Behandlungen und Schriften. Psyche 37/2: 116–129

Bräutigam W (1987) Realistische Beziehung und Übertragung. In: Kutter P, Paramo-Ortega R, Zagermann P (Hrsg) Die Psychoanalytische Haltung. Verlag Internationale Psychoanalyse, München Wien

Cremerius J (1984) Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. Seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten. In: Cremerius J (Hrsg) Vom Handwerk des Psychoanalytikers, Bd II. Frommann-Holzboog, Stuttgart Bad Cannstadt

Dornes M (1993a) Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Fischer, Frankfurt

Dornes M (1993b) Psychoanalyse und Kleinkindforschung: einige Grundthemen der Debatte. Psyche 47/12: 1116–1152

Dornes M (1994) Können Säuglinge phantasieren? Psyche 48/12: 1154–1175

Dornes M (1995) Gedanken zur frühen Entwicklung und ihrer Bedeutung für die Neurosenpsychologie. Forum Psychoanal 11: 27–49

Eissler KR (1960) Variationen in der psychoanalytischen Technik. Psyche 13: 609–625

Ermann M (1992) Die sogenannte Realbeziehung. Forum der Psychoanalyse 8: 281–294

Freud S, Breuer J (1895) Studien über Hysterie. GW, Bd 1

Freud S (1905e) Bruchstück einer Hysterieanalyse. GW, Bd 5

Freud S (1910a) Über Psychoanalyse. GW, Bd 8

Freud S (1912b) Zur Dynamik der Übertragung. GW, Bd 8

Gill MM (1979) The analysis of transference. American Psychoanalytic Association 27 [Suppl]: 263–288

Gill MM (1984) Transference: a change in conception or only in emphasis? A response. Psychoanalytic Inquiry 4/3: 489–524

Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen

Grawe K (1995) Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40: 130–145

Greenson RR (1975) Technik und Praxis der Psychoanalyse. Klett, Stuttgart

Hartmann H (1960) Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Psyche 14/2: 81–164

Hartmann H (1975) Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie. Klett, Stuttgart

Haynal A (1993) Veränderung durch Psychoanalyse. Beiträge zur Ideengeschichte der Technik. In: Grossmann-Garger B, Parth W (Hrsg) Heilt die Psychoanalyse? Orac, Wien, S 35–48

Heimann P (1950) On countertransference. Int J Psychoanal 31: 81–84

Kächele H (1992) Die Persönlichkeit des Psychotherapeuten und ihr Beitrag zum Behandlungsprozeß. Z Psychosom Med 38: 227–239

Kernberg O (1994) Der gegenwärtige Stand der Psychoanalyse. Psyche 48: 483–508

Köhler L (1992) Formen und Folgen früher Bindungserfahrungen. Forum Psychoanalyse 8: 263–280

Kohut H (1979) Die Heilung des Selbst. Suhrkamp, Frankfurt

Kohut H (1884) Wie heilt die Psychoanalyse? Suhrkamp, Frankfurt

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 (1989) Psychoanalysis an motivation. The Analytic Press, Hillsdale

Lichtenberg JD (1991, engl. 1983) Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Marten R (1978) Philosophische Überlegungen zur psychoanalytischen Situation. Z Klin Psychol Psychother 26: 316–327

Stern DN (1992, engl. 1985) 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 London

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

Streeck U (1988) Das handwerkliche und das realistische Verhalten des Psychotherapeuten. Prax Psychother Psychosom 33: 12–20

Strupp H (1993) Psychotherapie: zeitgenössische Strömungen. Psychother Forum 1/1: 1–7

Thomä H, Kächele H (1986) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 1. Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Treurniet N (1995) Was ist Psychoanalyse heute? Psyche 49: 111–140

Weiss J (1990) Unconscious mental functioning. Sci Am 262/3: 103–109

Weiss J, Sampson H (1986) The psychoanalytic process. Guilford Press, New York London

**Korrespondenz:** Univ.-Doz. Dr. Oskar Frischenschlager, Institut für medizinische Psychologie, Universität Wien, Severingasse 9, A-1090 Wien, Österreich.

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