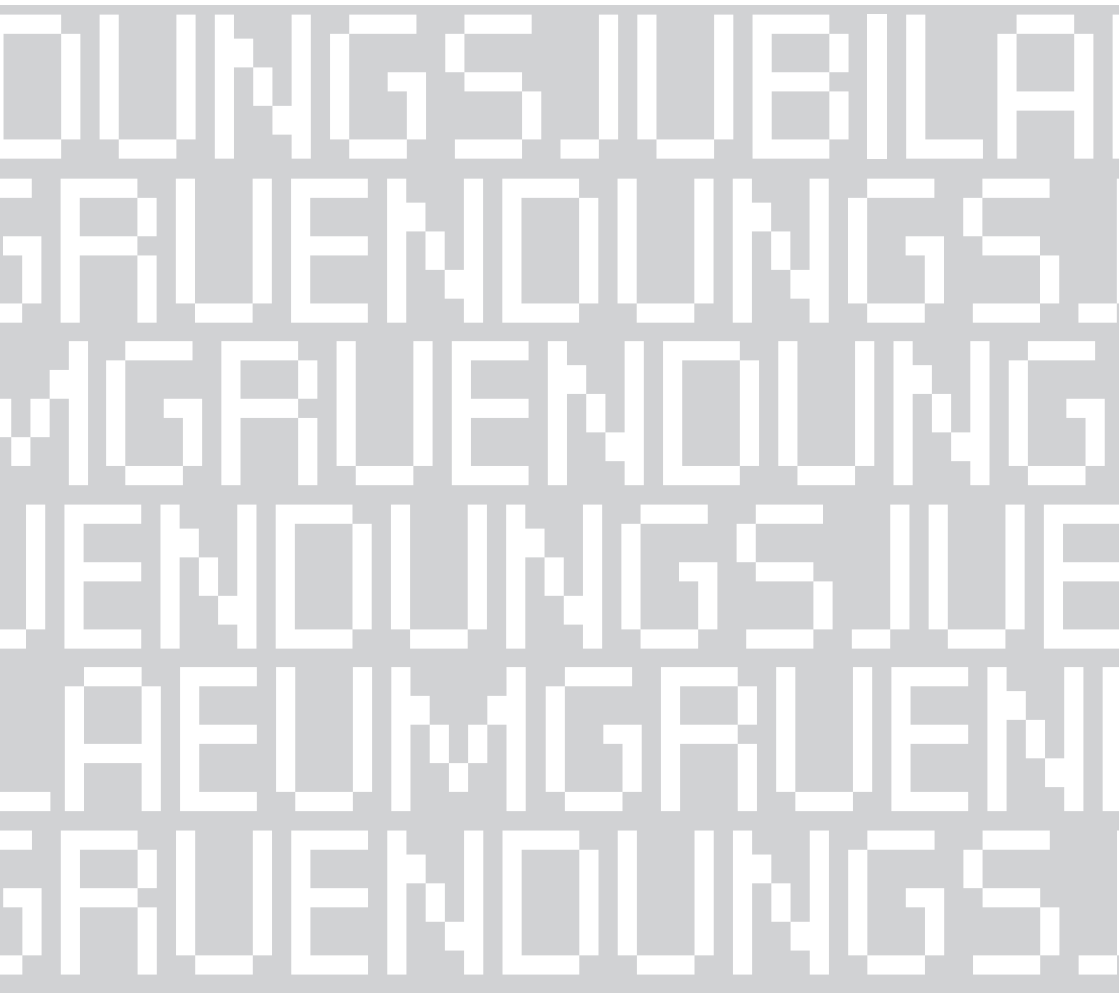


20-jähriges Gründungsjubiläum

Ausbildungszentrum für
Psychoanalytische Psychotherapie



Geduld und Ungeduld.
Komplementäre
psychodynamische
Haltungen in der
(zeitbegrenzten)
institutionellen
psychoanalytischen
Psychotherapie¹

PD Dr. med. Dr. phil. Daniel Sollberger

Abstract

Die stationäre wie auch teilstationäre Psychotherapie stehen unter dem Verdikt der Zeitbegrenzung. Eine klassische Voraussetzung für psychoanalytische Therapien, wie sie in der Grundregel der freien Assoziation zum Ausdruck kommt, ist die frei gestaltbare Zeit. Konsequenz dieser Zeitbegrenzung ist die Fokussierung, das heisst die Selektion und damit Einschränkung der freien Assoziation. Dies wurde mit der Entwicklung von psychodynamischen Fokal- und Kurztherapien breit diskutiert.

Dennoch halten psychoanalytische Verfahren daran fest, das Material der Bearbeitung zum einen im Hier und Jetzt entstehen zu lassen, was auf Seite der Patienten der Methode der *freien Assoziation* entspricht. Zum andern soll eine Fokussierung auf die Subjektivität der Patientinnen erfolgen, der auf Seiten der Therapeutinnen die *gleichschwebende Aufmerksamkeit* korrespondiert.

Hier eröffnet sich ein Konflikt, der sich in der psychotherapeutischen Haltung manifestiert, wenn es darum geht, Therapieprozesse im Längsverlauf mit Geduld zu begegnen, umgekehrt aber in den Einzelsitzungen durchaus die Ungeduld in der Gegenübertragung zu reflektieren. Sie soll nutzbar gemacht werden, um der Tendenz von Therapeuten und Patienten entgegenzutreten, aufgrund einer rationalen und bewussten Fokussierung aggressive, selbstdestruktive, ein Leben

ausserhalb der Therapie sabotierende Verhaltensweisen als Thema zu vermeiden oder gar zu ignorieren.

Beispielhaft wird die Übertragungsfokussierte Therapie (TFP) als Modifikation psychoanalytischer Psychotherapie und Möglichkeit institutionellen Arbeitens in ihrem Bestreben dargestellt, dem Paradox von gleichschwebender Aufmerksamkeit in der Hier-und-Jetzt-Situation der Therapie und der besonderen Aufmerksamkeit auf die wesentlichen äusseren Bereiche des Lebens von Patientinnen zu begegnen.

Schlüsselworte: psychodynamische Psychotherapie, übertragungsfokussierte Psychotherapie, therapieexterne Realität, Übertragung, Gegenübertragung

1. Einleitung: Die therapeutische Beziehung und psychoanalytische Haltung

Im Zentrum jeder Therapie steht die Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Allerdings wird diese unterschiedlich reflektiert, konzeptualisiert und eingesetzt. In ihrer breit angelegten metaanalytischen Psychotherapiestudie, «Die grosse Psychotherapie-Debatte» (Wampold, Imel et al., 2018), habe die beiden renommierten Psychotherapieforscher Bruce E. Wampold und Zac E. Imel unzählige empirische Psychotherapiestudien auf ihre sogenannten Hintergrundmodelle hin untersucht. Sie kontrastieren die empirischen Befunde dabei in zwei Modellen, die sie in der Forschung als zwar leitend, allerdings nicht explizit ausgewiesen erkennen.

Das «medizinische Metamodell» (MM) zeichnet sich dadurch aus, dass Symptome als Zeichen einer zugrundeliegenden Störung verstanden und taxonomisch klassifiziert werden können und die Störung durch eine psychologische Hypothese erklärt wird. Der Veränderungsmechanismus wird dabei einem spezifischen psychotherapeutischen Verfahren zugeschrieben, so dass letztlich ein spezifischer

Faktor identifiziert ist, der speziell für die vorliegende Störung als wirksam gilt.

Im Gegensatz dazu geht das «kontextuelle Metamodell» (KM) davon aus, dass Psychotherapie eine emotional hochbesetzte Beziehungsform ist, die eine hilfesuchende Person vertrauensvoll mit einer professionellen Therapeutin eingeht. Die hilfesuchende Person glaubt – und diese Überzeugung wird von Therapeutinnenseite unterstützt –, dass die Therapeutin tatsächlich hilfreich handelt und dass es einen Plan oder ein Narrativ gibt, der bzw. das eine plausible Erklärung für die Probleme liefert und ein «Ritual» oder Prozedere bereitstellt, um diese zu bewältigen.

Während das MM annimmt, dass die besseren Therapieerfolge auf eine bestimmte, spezifische Technik zurückzuführen sind, macht das KM die Vorhersage, dass sich keine spezifischen Effekte erkennen lassen, sondern nur generelle; sie liefern die besseren Effekte als die an spezifische Techniken gebundene.

Bereits Michael J. Lambert hat in seinen Psychotherapie-Outcome-Forschungen nachgewiesen, dass der Faktor «therapeutische Beziehung» einen gegenüber spezifischen Methoden doppelt so grossen Einfluss auf die Therapieresultate hat, nämlich etwa zu einem Drittel daran beteiligt ist, während methodenspezifische und Erwartungseffekte je nur 15% ausmachen und der Hauptteil bei extratherapeutischen Veränderungen liegt (Lambert, 1992).

In dieselbe Richtung geht die Wampold/Imel-Studie: Alle Psychotherapien sind erfolgreich (sog. Dodo-Bird-Effekt), die durchschnittlichen Effektstärken aller Verfahren liegen im selben Bereich². Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapieverfahren scheinen weit weniger gross zu sein als jene zwischen den Therapeutinnen derselben Therapieschule. Auch haben jene Therapeuten, die nicht auf Technik, sondern Kontakt setzen, die besseren Erfolge. Worauf es vor allem anzukommen scheint, ist die Fähigkeit von Therapeutinnen und Therapeuten, sich nicht verwickeln zu lassen und aggressive Gegenübertragungsreaktionen zu «containen».

Die *Etablierung und systematische Reflexion der therapeutischen Beziehung* kommt in psychodynamischen Therapien vielleicht nicht nur im Sinn einer spezifischen Technik als vor allen Dingen als therapeutische Haltung zum Tragen. Der Stellenwert einer solchen Haltung bildet sich denn auch in den

psychoanalytischen Ausbildungscurricula in Selbsterfahrung, Supervision, Fallkonzeptionen u.a.m. ab. Man könnte aus der Wampold/Imel-Studie folgern, dass sie psychodynamische Denkweisen in der Medizin stärkt, Denkweisen, die nicht auf eine Medizinalisierung der Psychotherapie, sondern eher umgekehrt auf eine psychodynamisch reflektierte Haltung in der Medizin abzielen. Um es vereinfacht auf den Punkt zu bringen: eine psychodynamische Haltung qua beziehungsfokussierte und -reflektierte Gestaltung und Nutzung der therapeutischen Beziehung, nicht störungsspezifische Technik führen zum Erfolg.

2. Veränderungen in den psychoanalytischen Psychotherapien und im institutionellen Umfeld

Richtet man den Blick auf die institutionelle Psychiatrie, in welcher die in den Ausbildungscurricula erworbenen Kenntnisse und Methoden ihre direkte klinische und alltägliche Anwendung und Einübung finden, dann stellt sich die Frage, in welcher Form und inwieweit dort die angesprochene psychodynamische Haltung gelebt, vertreten und vermittelt wird. Ich meine, dass Anpassungen von zwei Seiten her erfolgt sind: zum einen betreffen sie Veränderungen der psychoanalytischen Prinzipien selbst, zum andern jene, die seitens der institutionellen psychiatrischen Versorgung gefordert sind.

2.1 Entwicklungen vom «Gold» zum «Kupfer»

Die Modifikationen und Weiterentwicklungen der psychoanalytischen Psychotherapie sind vielfältig und längst nicht mehr im Kontext des Reinheitsideals der Psychoanalyse geführt. Das «reine Gold der Analyse» wurde schon zu Zeiten des Gründers in der Massenanwendung dieser Therapie in der «direkten Suggestion» vielfältig abgekupfert (Freud, 1919a, S. 193). Die Modifikationen und Weiterentwicklungen der psychoanalytischen Behandlungsmethoden sind dabei der psychoanalytischen Theorieentwicklung durchaus inhärent. Paradigmatisch zeigt sich dies an der viel diskutierten intersubjektiven Wende in der Psychoanalyse,

welche sich exemplarisch und zentral am Begriffspaar der Übertragung und Gegenübertragung nachzuzeichnen lässt.

Therapeuten werden nicht mehr als «gefühlskalte Chirurgen» oder «reflektierende Spiegel» gesehen, die dem Veränderungsprozess der Patientinnen zusehen. Auch wenn Freud selbst die Übertragung kaum als «eigenständiges Beziehungsphänomen» (Bohleber, 2018, S. 705) gesehen hat, gilt dieser Begriff als ein zentraler Angelpunkt für die Rekonstruktion der Theorieentwicklung.

Als «stärkste Waffe des Widerstands», nämlich sich nicht an Verdrängtes erinnern zu müssen, wird die Übertragung für Freud «zum besten Instrument der analytischen Kur» (Freud, 1925d, S. 68f.). Sobald die Deutung der Übertragung die Erinnerung wieder ermöglicht, kann sie aufgelöst werden. Erinnerung statt Wiederholung ist das Ziel. Allerdings wird bei Freud auch die reale interpersonale Bedeutung der Übertragung deutlich, wenn er schreibt, dass die Übertragungsphänomene dazu führen, dass sie «die verbogenen und vergessenen Liebesregungen des Kranken aktuell und manifest machen, *denn schliesslich kann niemand in absentia oder in effigie erschlagen werden.*» (Freud, 1912b, S. 374). Es scheint sich also bereits bei ihm ein interpersonales Erfahrungsfeld zwischen Patientin und Analytikerin zu öffnen, auf welchem gekämpft, zumindest agiert wird und welches beide Akteure verbindet.

Man kann, wie Werner Bohleber dies überzeugend getan hat, die Geschichte der Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung anhand der Freudschen Metaphern des Spiegels und des Senders bzw. Receiver des Telefons in zwei Traditionssträngen darstellen und dabei den intersubjektiven Paradigmenwechsel nachvollziehen (vgl. Bohleber, 2018).

Auf der einen Seite wurde die *Spiegelmetapher* Freuds, wonach Analytiker in Eigenanalyse sich als Spiegel ihrer Analysanden sauber zu halten haben, im Blick auf die interaktive Wechselseitigkeit des analytischen Prozesses längst in Frage gestellt und die vermeintliche Objektivität der Analytikerin zugunsten der unhintergehbaren Subjektivität der am analytischen Prozess Teilhabenden verabschiedet. In radikal konstruktivistischer Weise wird in der Erinnerung keine Vergangenheit mehr rekonstruiert, sondern eine subjektive Wirklichkeit konstruiert. Die Übertragungsanalyse zielt nicht mehr auf die Erinnerung der Vergangenheit ab, ganz im Gegenteil könnte man sagen: Wo einst die Übertragung als Widerstand

gegen die Erinnerung galt, gilt die Erinnerung jetzt vielmehr als Widerstand gegen die Übertragung (vgl. Altmeyer & Thomä, 2006, S. 24).

Für die gemeinsam kreierte klinische Realität in ihrer Unmittelbarkeit – das eigentliche therapeutische Element – bedarf es neu einer Begrifflichkeit, die das intersubjektive Erfahrungsfeld zu fassen vermag. Dies beginnt sich mit der Reflexion des Begriffs des Gegenübertragungs-Enactments zu entwickeln.

Ausgangspunkt bildet hier Freuds *Receiver-Metapher*. Paula Heimann hat mit ihrem Konzept der Gegenübertragung einen «Markstein» (Sandler 1976) gesetzt, indem sie die unmittelbare Reaktion der Analytikerin auf den Patienten als Orientierungspunkt für ein Verständnis der unbewussten Prozesse des Patienten nimmt. Heimanns Überlegungen gipfeln in der These, dass „die Gegenübertragung des Analytikers nicht nur das A und O der analytischen Beziehung“ sei, sondern recht eigentlich «die *Schöpfung (creation)* des Patienten. Sie ist ein Teil der Persönlichkeit des Patienten» (Heimann, 1950, S. 83).

Mit dem Kleinianischen Konzept der projektiven Identifizierung wurde ein Modell entwickelt, wonach unbewusst unerträgliche Selbstanteile projektiv im Anderen untergebracht und dort kontrolliert werden – ein Modell, welchem Wilfred Bion in der Ausweitung zu einer generellen Form non-verbaler Kommunikation in seiner «Container-contained»-Konzeption den pathologischen Nimbus genommen hat.

Subjektive psychische Veränderungen können so im analytischen Prozess de-
tailliert als Veränderungen im *interpersonalen* Erfahrungsraum nachgezeichnet werden.

Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist entscheidend für den Outcome der Behandlungen. Wie keine andere psychotherapeutische Richtung charakterisiert sich die *psychoanalytische* Theorie dadurch, dass sie die Art und Weise der therapeutischen Beziehung systematisch reflektiert. Ob es nun die Übertragungsbeziehung oder schlicht der interpersonelle Verstehens- und Anerkennungsprozess ist, in der Ko-Konstruktion des therapeutischen Feldes, welche nicht allein mit Worten, sondern ebenso mit dem Körper über unbewusste Phantasien von Therapeutin und Patientin erfolgt, wird die biografische Arbeit zurückgedrängt zugunsten der Unmittelbarkeit der Erfahrung. Die Begegnung in der analytischen Situation lässt etwas Neues entspringen und gilt als das eigentlich verändernde

therapeutische Element. Der psychoanalytischen Theorie von Psychotherapie liegt somit nicht bloss eine Theorie des Subjekts zugrunde, sondern recht eigentlich eine *kritische Theorie der Intersubjektivität*. Es stellt sich also die Frage, inwieweit Therapeuten nicht doch in einer Weise Einfluss auf den Therapieverlauf nehmen, dass sie in ihrer Ko-Konstruktion des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens letztlich eigene, unbewusste Anteile agieren und damit im Sinne Freuds in «direkter Suggestion» auf den Patienten – mehr oder weniger – supportiv einwirken, nicht also, wie Freud oder später Bion es fordern, voraussetzungs- und absichtslos in «gleichschwebender Aufmerksamkeit», «ohne Erinnerung oder Begehren» und technisch neutral bleiben.

2.2 Veränderungen im institutionellen Kontext

Neben diesen Veränderungen innerhalb der psychoanalytischen Theoriebildung und ihren Auswirkungen auf die Behandlungsmodi, änderten in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung die Bedingungen zum einen hin zu einer besseren Versorgung breiter Bevölkerungskreise und Anspruchsgruppen. Zum andern entstand über die letzten Jahrzehnte ein zunehmender Kosten- und Finanzierungsdruck im Gesundheitswesen. Entsprechend wurde die Forderung nach effektiven, zweckmässigen und insbesondere wirtschaftlichen Behandlungsformen immer lauter. Auch psychodynamisch Psychotherapieverfahren haben sich dieser Herausforderung in kreativer Weise gestellt und Konzepte der Kurz- und Fokalthérapien entwickelt, die eine Modifikation der Grundprinzipien psychoanalytischer Behandlungen erforderte (vgl. Küchenhoff, 2005). Im Zentrum stehen die Zeitbegrenzung und der daraus potentiell erwachsende Konflikt zwischen der notwendigen Fokussierung der therapeutischen Arbeit und den psychoanalytischen Grundprinzipien der freien Assoziation und gleichschwebenden Aufmerksamkeit. Wie passt das zusammen, einerseits einen angesichts der begrenzten Zeit vordefinierten Therapiefokus festzulegen, andererseits Patientinnen dennoch dazu anzuhalten, ihre Gedanken und Einfälle möglichst unzensuriert, assoziativ und in offener Form zur Sprache zu bringen, nicht also an einem bestimmten Fokus oder Ziel orientiert sich zu sehr zu verschliessen?

Ähnliches gilt für die Therapeuten, die sich in ihrer gleichschwebenden Aufmerksamkeit für entstehende Inszenierungen, Verwirrungen und Verwicklungen offen zu halten und im Bemühen um ein Verstehen, Ziele der Therapie erst entstehen zu lassen (vgl. Küchenhoff, 2013, S. 330).

Wenn psychoanalytische Therapieverfahren sich gegenüber anderen Verfahren in ihrer prinzipiellen Haltung dadurch auszeichnen, dass bei ihnen der Gegenstand der Klärungs- und Deutungsarbeit der analytischen Therapie nicht vorausgeht, sondern sich in der Übertragungsbeziehung oder vielleicht noch allgemeiner: der interpersonellen Beziehung erst entfaltet, wie lässt sich diese Haltung angesichts der Anforderungen verkürzter Therapiedauer aufrechterhalten? Wenn das affektiv bedeutsame Material erst aus der therapeutischen Beziehung hic et nunc emergiert, wie lässt sich dies mit einem zu Beginn der Therapie festgelegten Therapiefokus vereinbaren? Wenn nicht etwas, das schon bewusst und sprachlich fassbar wäre, am Anfang der Therapie steht, sondern Patienten in ihren (auch) unbewussten Bedürfnissen, Wünschen, Befürchtungen und Ängsten das Gegenüber brauchen, um zusammen mit ihm eine Szene zu schaffen, in und aus welcher letztere erst zu Bewusstsein und zur Sprache kommen können, wie verträgt sich dies mit der Verankerung der Therapie in einer aussertherapeutischen Realität?

3. Psychoanalytische Psychotherapie unter der Vorgabe beschränkter Zeit

Zeitbegrenzung und die daraus resultierende Fokalität der zu bearbeitenden Themen einer psychoanalytischen Psychotherapie geraten nicht nur hinsichtlich der freien Assoziation und der gleichschwebenden Aufmerksamkeit potentiell in einen Konflikt, sondern leisten insbesondere dem Verlassen einer technischen Neutralität Vorschub, indem sie Therapeuten zu supportiven Haltungen verführen können und damit potentiell in eine Verantwortungsdiffusion. Das Risiko besteht, dass Therapeuten und Therapeutinnen aufgrund des Zeitdrucks und des Wunsches oder der Selbstverpflichtung, therapeutisch möglichst erfolgreich zu sein, eigene Befürchtungen oder auch die eigene Ungeduld unreflektiert agieren. Die Empfehlung oder der Ratschlag gegenüber einem Patienten dienen dann möglicherweise ebenso sehr der eigenen Beruhigung des Therapeuten, etwa, weil die Verstörung, Unsicherheit und Angst oder Aggression des Patienten kaum auszuhalten sind. Ein Ratschlag ist dann nicht mehr einfach nur als «gut gemeint» zu verstehen, sondern adressiert implizit zugleich die Botschaft an den Patienten, dass sein emotionaler Zustand doch möglichst kontrolliert bleiben sollte. Ebenso

könnte angesichts der verzwickten und komplexen psychosozialen Situation einer Patientin eine supportive Haltung auch als Agieren der Ungeduld der Therapeutin verstanden werden.

Wenn also der Anspruch aufrechterhalten bleiben soll, auch angesichts der komplexen interpersonellen Übertragungsdynamiken mit Infragestellung einer technischen Neutralität (s. 2.1) wie auch angesichts der Zeitverkürzungen und daraus resultierender Fokussierung von Themen in der Therapie (s. 2.2) nicht «suggestiv», supportiv oder pädagogisch zu werden, sondern nach psychoanalytischen Prinzipien zu verfahren unter Beibehaltung der technischen Neutralität und der Arbeit in und an der Beziehung, dann bedarf es einer näheren Klärung, wie mit diesem Dilemma in der therapeutischen Beziehung umzugehen ist.

4. Strukturierung des Dilemmas in der Übertragungsfokussierten Therapie (TFP)

Paradigmatisch kann die von Otto F. Kernberg und seiner Forschungsgruppe entwickelte übertragungsfokussierte Therapie (Transference Focused Psychotherapy TFP) als strukturierte psychoanalytische Antwort auf das dargelegte Dilemma verstanden werden – ein Verfahren *nota bene*, das gerade in institutionellen Kontexten, in welchen psychiatrische Exploration, sozialpsychiatrische Interventionen, Zeitbegrenzungen u.a.m. eine zentrale Rolle spielen, erlaubt, psychodynamische Denkweisen und eine psychoanalytische Haltung aufrechtzuerhalten.

Die TFP wurde explizit für Patientinnen und Patienten entwickelt, deren Krankheitsschweregrad und die Dringlichkeit ihrer problematischen Lebenssituation eine Therapie erfordern, die zugleich aber grösste Schwierigkeit haben, einen Therapierahmen aufrechtzuerhalten, wie psychoanalytische Verfahren ihn vorgeben. So dass viele Therapeuten supportive Behandlungen bei diesen Patienten als indiziert erachten. Demgegenüber hat die TFP den Anspruch, über eine

symptomreduzierende Behandlung hinaus – also etwa einer Reduktion von chronisch suizidalem oder antisozialem Verhalten, Substanzmissbrauch oder Essstörungen – eine Veränderung in der Persönlichkeitsstruktur, i.e. der Identitätsdiffusion als Grundmerkmal der Borderline Organisation und in der Folge des sozialen Funktionsniveaus in Arbeit und Beruf sowie Freundschafts- und intimen Beziehungen dieser Patienten zu erwirken.

4.1 Das Modell der Übertragungsfokussierten Therapie

Die TFP unterscheidet allgemeine und übergeordnete Behandlungsziele im Sinn von «strategischen Prinzipien», die Systematisierung von Interventionen in Einzelsitzungen als «Taktiken» und spezifische psychoanalytische «Techniken» (s. Yeomans, Clarkin et al., 2017).

Unter der Annahme, dass Patientinnen mit schweren strukturellen Schwierigkeiten im Kern am Syndrom einer Identitätsdiffusion leiden, zielen die strategischen Prinzipien der TFP auf die Arbeit an einer Integration von abgespaltenen internalisierten Selbst- und Objektrepräsentanzen, wie sie in der therapeutischen Übertragungsbeziehung aktiviert werden und zum Ausdruck kommen. Konkret erfolgt diese Arbeit gemäss psychoanalytischen Prinzipien in der Aufforderung zur freien Assoziation des Patienten und im Zuhören, Beobachten, Identifizieren, Klären, Konfrontieren und schliesslich Deuten der sich in den Therapiesitzungen etablierenden Objektbeziehungsdyaden, die von positiven, libidinös-idealisierenden oder negativen, aggressiv-verfolgenden Affekten dominiert und abgewehrt sind.

Daran orientiert sich die Gesamttherapie, während davon unterschieden die Taktiken die Orientierungshilfe für das Vorgehen in der jeweiligen Sitzung ergeben. Sie bilden die eigentliche Modifikation psychoanalytischer Technik und umfassen durch klares Festlegen von Regeln den behandlingstechnischen Rahmen (Sitzungsfrequenz, Umgang mit Absenzen, Vorgehen im Notfall, Verantwortungsklärunen, Grenzen der technischen Neutralität u. Ä.), die Hierarchisierung bedeutsamer und für die Therapie prioritär zu behandelnden Themen (Suizidalität, Fremdgefährdung, Therapieabbruchimpulse, Unehrllichkeit, Vertragsbrüche, Ausweichen auf triviale Themen, Agieren zwischen den Sitzungen etc.), den Umgang mit Realitätswahrnehmungen, d.h. die Balance zwischen einer Exploration inkompatibler Sichtweisen und der Etablierung gemeinsam geteilter Realitäten, und

schliesslich der Regulierung heftiger Affekte.

Gerade in der Festlegung von Therapievereinbarungen findet gegenüber klassisch psychoanalytischer Psychotherapie die Exploration besonders bedrohlicher Lebensumstände einen grossen Stellenwert. Fragen nach potentieller Selbst- und Fremdgefährdung, nach Risiken eines Therapieabbruchs werden vertieft und strukturiert geklärt. Als ebenso grundlegend in der Therapievereinbarung gilt die Klärung eines potentiellen bzw. das Ausschalten eines manifesten sekundären Krankheitsgewinns. Auch wird antizipatorisch bearbeitet, dass bei Gefährdung der Therapie oder gar des Lebens der Patientin limitierende und restriktive Massnahmen seitens der Therapeutinnen erfolgen können, die dann zugleich hinsichtlich ihrer Bedeutung in der Übertragung zu klären sind. Gerade diese Verbindung von Grenzsetzung, ggf. in Verbindung mit vorübergehendem Verlassen einer technischen Neutralität auf der einen und der Deutung auf der anderen Seite ist für die TFP charakteristisch und hat sich als sehr effektiv, ja, oftmals lebensrettend erwiesen (vgl. dazu Doering et al., 2010). Bezüglich der Hierarchie der Themen bzw. der Auswahl eines Hauptthemas in der einzelnen Sitzung deckt sich das taktische Vorgehen der TFP mit der allgemeinen psychoanalytischen Regel, das Material mit der stärksten affektiven Besetzung zu verfolgen und in der Übertragungsbeziehung zu interpretieren.

Allerdings, und dies zeichnet die TFP gegenüber einer kleinianischen psychoanalytischen Therapie aus, wird nicht von einer «totalen Übertragungssituation» (Spillius, 2002) ausgegangen, sondern die Übertragung nur gedeutet, wenn die Interaktion zwischen Therapeutin und Patientin dies auch erlaubt, nicht aber wenn die äussere Realität und Aussenübertragungsbeziehungen affektiv im Vordergrund stehen. Dann wird trotz Annahme, dass auch diese eine Implikation in der Übertragungsbeziehung hat, an der äusseren Situation gearbeitet, so dass der Therapeut behandlungstechnisch immer die Übertragung *und* die äussere Realität des Patienten gleichermassen beachtet und flexibel fokussiert – ein taktisches Vorgehen, das bereits Fenichel empfohlen hatte (Fenichel, 1939/2001, S. 160; vgl. auch Kernberg, 2014, S. 8f.).

4.2 Fokus auf die therapieexterne Realität

Die Anwendung behandlungstechnischer Instrumente, nämlich der Klärung, Konfrontation (im Sinn eines taktvollen Aufgreifens von Widersprüchen und Inkonsistenzen etwa verbaler Inhalte und nonverbaler Mitteilungen), Deutung, Übertragungsanalyse und technischen Neutralität als Haupttechniken, bleibt also eng bezogen auf die therapie(sitzungs)externe Realität der Patientinnen, um eine Dissoziation von Therapie und Lebensrealität ausserhalb zu vermeiden (vgl. Kernberg, 2016). Das heisst, dass die zu Beginn der Therapie gut explorierten, dominanten Schwierigkeiten im realen Leben der Patientinnen, die sie letztlich in die Therapie geführt haben, präsent gehalten und gegebenenfalls auch aktiv von Therapeutinnenseite eingebracht werden, auch wenn – oder gerade wenn – sie in der Übertragungsbeziehung nicht dominant zu sein scheinen. Material, das anzusprechen Patientinnen möglicherweise vermeiden, wird gar in Abweichung von der technischen Neutralität insbesondere dann aufgegriffen, wenn es in irgendeiner Weise den Patienten oder Dritte und damit die Therapie selbst gefährden könnte, also bspw. schwere, von Patienten nicht geäusserte suizidale Gedanken, die Massnahmen erfordern, um z. B. Vorbereitungshandlungen für einen Suizid zu unterbinden. Hierbei wird intensiv daran gearbeitet, die technische Neutralität wieder herzustellen, was durch eine konsequente Analyse der Übertragungsimplicationen möglicher «nicht neutraler» Interventionen geschieht. Es wird also detailliert geklärt, was die Patientin dazu geführt hat, den Therapeuten in die Situation zu bringen, aufgrund einer grossen Besorgnis um das Wohl der Patientin seine technische Neutralität zu verlassen und gegebenenfalls sogar gegen den Willen der Patientin zu handeln.

In der therapeutischen Arbeit mit Techniken der Klärung, Konfrontation und Deutung mit Fokus auf das «gegenwärtige Unbewusste» (Sandler & Sandler, 1987) werden die langfristigen Ziele im Blick behalten. Das aktive Einbeziehen der äusseren Realität unterscheidet die TFP auf der einen Seite fundamental von kleinianischen und ich-psychologischen Ansätzen psychoanalytischer Psychotherapie. In Einklang mit André Green, der in Bezug auf Borderline-Patientinnen das Springen von einem Thema zum nächsten als Vermeidungsverhalten beschreibt, welches eine «zentrale phobischen Position» (Green, 2002) zum Ausdruck bringe, erfolgen auch in der TFP häufige Übertragungsdeutungen, um dem Spaltungsprozess bzw. diesem Vermeiden von «traumatogenen Assoziationen», wie es im

abrupten Wechsel von Themen in der freien Assoziation bei diesen Patienten zum Ausdruck kommt, entgegenzuwirken und in der Kontinuität von Deutungen Verbindungen zu schaffen (vgl. Kernberg, 2016).

Auf der anderen Seite erfolgt der Fokus auf die äussere Realität der Patienten im Gegensatz zur mentalisierungsbasierten Therapie (Bateman & Fonagy, 2004) aber nicht in der Absicht, deren Mentalisierungsprozess in Bezug auf diese Realität *direkt* zu beeinflussen, etwa indem eine vertiefte Einsicht in eigene Motive und jene anderer gewonnen würde. Vielmehr steht die *Exploration der Bedeutung in der Übertragungsbeziehung* im Vordergrund, d.h. die Frage, welche Bedeutung es in der therapeutischen Beziehung hat, dass bspw. ein selbstdestruktives Verhalten in der äusseren Realität aussen vorbleibt und nicht in der Therapie thematisiert wird.

Im Blick bleiben soll in der psychoanalytischen Arbeit an der Übertragung unter Berücksichtigung und Zuhilfenahme der Gegenübertragungsreaktionen die äussere Realität von Patienten, d.h. insbesondere die zentralen Lebensbereiche, wie sie Kernberg in Liebe und Sexualität, Arbeit und Beruf, Sozialleben und Neugierde erkennt. Diese vier Bereiche bilden Orientierungspunkte, bei welchen sich Therapeutinnen – ohne einem hypertrophierten Therapieehrgeiz zu verfallen – im Blick auf Therapieziele und Prognosen fragen sollten, welche Ziele ein Mensch in der Situation des Patienten erreichen könnte, wäre er von den Belastungen der Erkrankung befreit. Es sind denn auch die Bereiche, in welchen Patientinnen ihre selbstdestruktiven Verhaltensweisen zeigen, die abgespalten von der Therapiesituation zum Agierfeld werden und bei denen für Therapeutinnen das Risiko besteht, dass sie durch die Abspaltung, die Dissoziation oder auch durch das bewusste Vermeiden und Verleugnen von Patientinnen verführt sind, mitzugehen und sich zu beruhigen, sich in Sicherheit zu wähnen oder aber in ein Agieren der Gegenübertragung zu verfallen und supportive Haltungen einzunehmen. So dass es zu Verantwortungsdiffusionen kommt, indem eine Verantwortung, die die Patientin für sich übernehmen sollte, von Therapeuten selbst übernommen werden.

Fallbeispiel

Als typisches Beispiel möchte ich jenes einer 22-jährigen, intelligenten jungen Frau mit Maturaabschluss und Möglichkeiten, ein Studium zu beginnen, anführen, die sich über Jahre anhaltend selbst verletzt und immer wieder mit suicidalen Impulsen für viel Aufruhr sorgt. In der Therapie sind offene Gespräche über die Schwierigkeiten und die auch unbewussten Motive der Patientin möglich, sie kommt zu vielen Einsichten, allerdings ändert sie in der äusseren Realität kaum etwas. Vielmehr entsteht der Eindruck eines Stillstandes. Dabei nutzt die Patientin unbewusst nahezu jede Gelegenheit, eine Verantwortung für sich und ihr Tun zu umgehen und damit letztlich indirekt anderes und andere für ihren Zustand verantwortlich zu machen und sie dies spüren zu lassen. So etwa wenn sie nach einer kurzen stationären Krisenintervention, bei welcher ihr (entgegen Empfehlungen pharmakotherapeutischer Leitlinien) Benzodiazepine verabreicht wurden, derart Druck auf den ambulanten Pharmakotherapeuten macht, dass dieser die Medikation widerwillig vorerst beibehält, und erst nach weiteren Woche auf Abbau drängt. Daraufhin klagt die Patientin über Entzugssymptome, die sie dazu bringen würden, dass sie die Kontrolle über ihre Impulse und Affekte verliere und es wiederholt zu selbstdestruktivem und fremdaggressivem Verhalten kommt. Dieses wird dann – die Patientin gewissermassen in ihrer Eigenverantwortung entlastend – dem Entzugssyndrom und damit indirekt den behandelnden Ärzten während der Krisenintervention attribuiert, so dass sie auch in ihrer betreuten Wohneinrichtung aufgrund der subjektiven Entzugssymptomatik eine Extrabehandlung mit Rückzugsmöglichkeiten erwirkt. Die (überzeichnet) präsentierte Entzugssymptomatik scheint die jetzt zum Ausdruck kommenden und agierten, im Selbstbild der Patientin aber abgespaltenen fremdaggressiven Anteile zu kaschieren. Die Orientierung und Planung mit real zu vollziehenden Schritten in Richtung einer Berufsausbildung bzw. eines Studiums werden damit (indirekt) immer wieder torpediert. Die Patientin verharnt dabei in einem «Opferstatus», der sich kompliziert, da sie sich diesen selbst vorwirft, um vordergründig andere zu entlasten und ihre Selbstbestrafungstendenzen rationalisierend zu rechtfertigen und in ihrem selbstdestruktiven Verhaltensmodus zu verbleiben. Schliesslich wird auch die Therapie in dieser Weise funktionalisiert. Sie soll einst allen zum Beweis dienen, dass ihre therapeutischen Bemühungen hoffnungslos waren und sind, so dass man verstehen und akzeptieren, ja, es vielleicht sogar als richtig erachten kann, dass sie sich umbringt. Mit solchen Überlegungen drohen die

therapeutischen Bemühungen des Behandlers sich zu verkehren, indem er sich abmüht, die Patientin dies aber in den Dienst ihrer Suizidabsichten stellt und damit die Verantwortung für die Therapie ganz an den Therapeuten delegiert.

Wird hier eine supportive Haltung eingenommen und die projektive Abwehrdynamik der Patientin nicht bearbeitet, läuft eine solche Haltung Gefahr, dass sie als projektiv identifikatorisch erwirkte Bemühung des Therapeuten um das Gute im Leben der Patientin, d.h. letztlich in der totalen Verantwortungsübernahme des Therapeuten von der Patientin in ihm kontrolliert und diese Bemühung un- oder vorbewusst letztlich sabotiert und zerstört wird. Die wohlwollenden und supportiven Angebote, die der Patientin etwa in der betreuten Wohneinrichtung gemacht werden, bleiben wirkungslos und führen zu wiederholten Frustrationen der Betreuungspersonen, so dass die Patientin hier auf Dauer einen Abbruch der Bemühungen provoziert.

5. Geduld und Ungeduld

Solche Dynamiken gilt es in der Therapie zu erkennen und zu bearbeiten. Die in den meisten Fällen nicht bewusst und intentional durchgeführten Versuche von Patientinnen, ihre Therapeuten durch eine vordergründig kooperative Mitarbeit in den Einzelsitzungen zu beruhigen und therapieexterne selbstdestruktive Schwierigkeiten und Krisen zu ignorieren und unthematisiert zu lassen, gilt es in ihrer Verführungskraft zu erkennen, um nicht vorschnell einer supportiven Haltung zu verfallen und die eigene Gegenübertragung mit Ratschlägen, Empfehlungen oder Aufforderungen zu bestimmten Verhaltensweisen bzw. zum Unterlassen selbstdestruktiven Verhaltens zu agieren. Dies bedeutet umgekehrt keineswegs, dass Therapeuten ihren Patientinnen mit erhobenem Zeigefinger begegnen sollten. Nicht die Über-Ich-Perspektive gegenüber selbstdestruktiven Verhaltensweisen von Patienten ist gefragt, denn vielmehr die (ethisch getragene) Sorge um deren reales Überleben (vgl. Ticho, 1972). Letzteres kann von Seiten der Patientinnen durchaus als moralistischer Vorwurf verstanden werden, was insbesondere bei Patienten passieren kann, die ihre eigenen strengen und strafenden Über-Ich-Anteile in der Projektion auf andere in diesen bekämpfen. Hier gilt es zunächst die Problematik einer paranoiden Übertragungsentwicklung zu bearbeiten, bevor diese Patientinnen erkennen können, dass und worin ihre eigene Verantwortung für die selbstsabotierenden und -destruktiven Verhaltensweisen liegt.

Die Konfrontation mit diesen Verhaltensweisen erfolgt also nicht in supportiver Absicht im Sinn einer Verantwortungsteilung oder gar therapeutischen Verantwortungsübernahme anstelle der Patientin, sondern vielmehr um die Bedeutung solcher destruktiven Verhaltensweisen der Patientin und seiner bzw. ihrer damit verbundenen (vorgeblichen) Gleichgültigkeit und Nachlässigkeit, insbesondere auch in Bezug auf die therapeutische Beziehung zu klären.

Dies erfordert von Seiten der Therapeutinnen nicht nur eine gute Kenntnis der Schwierigkeiten, die die Patientin in Therapie gebracht haben, d.h. eine gute Exploration der äusseren Realität der Patientinnen zu Beginn der Therapie wie auch im Verlauf der Behandlung – wie wir dies gerade von einer institutionell-psychiatrischen soliden Grundversorgung fordern –, sondern darüber hinaus eine grosse Aufmerksamkeit auf die von Patientinnen selbst induzierten Bedrohungen ihres Wohlergehens und ihrer Gesundheit und damit auf ihre potentiellen oder tatsächlichen selbstdestruktiven Verhaltensweisen in jeder Sitzung. Hier ist eine Ungeduld der Therapeutinnen durchaus angebracht, während komplementär dazu der Prozess der Gesamtbehandlung und die Arbeit an der Analyse der Verhaltensweisen des Patienten in ihrer Bedeutung in der Übertragungsbeziehung ausserordentliche Geduld erfordert (vgl. Kernberg, 2016).

Gerade im institutionellen Kontext, in welchem die Zeitbegrenzungen insbesondere im stationären Rahmen immer enger werden, ist der sorgfältige und ernsthafte Blick auf die äussere Realität von Patienten angezeigt, die in ihrer Überforderung ja zumeist auch mit ein Grund für ein schambesetztes Scheitern und in der Folge Grund für eine Hospitalisation darstellt. Hier lässt sich auch in der relativ kurzen zur Verfügung stehenden Zeit ein Markstein setzen, indem diese äussere Realität aktiv aufgegriffen wird – was ja zumeist auch der Fall ist. Zugleich aber – und dies zeichnet eben die psychoanalytische und zur ersteren eher psychiatrisch geprägten komplementären Haltung aus – soll dies nicht dazu führen, den Raum für die psychodynamischen und interaktionell in der Übertragung sich manifestierenden, unbewussten Aspekte zu verschliessen. Ungeduld in der Einzelsitzung mit psychiatrischem Blick auf die äussere Realität und Geduld im therapeutischen Langzeitverlauf in der Arbeit an der Übertragungsbeziehung widersprechen sich nicht, sondern können als sich ergänzende therapeutische Haltungen verstanden und umgesetzt werden, wonach letztlich eine Balancierung der Aufmerksamkeit auf therapieexterne Verhältnisse bei gleichzeitiger Offenheit für die in jeder Sitzung neu sich konstellierenden Übertragungen gesucht wird.

Endnoten und Literaturverzeichnis

- ¹ Beim vorliegenden Text handelt es sich um die überarbeitete Fassung eines Aufsatzes des Autors, der im Themenheft *Psychoanalyse in Institutionen im Journal für Psychoanalyse* 2020;61:37-52 publiziert wurde.
- ² Die Effektstärken liegen bei 0.8, d.h. ca. 75% aller Psychotherapie-Patienten profitieren nachweislich und gesichert von der Psychotherapie – allerdings nicht, wenn es keinen Plan gibt und die Therapeuten nicht selbst an ihre Therapie glauben, s. Wampold & Imel, 2018, S. 323ff.
- Altmeyer, M., Thomä, H. (2006). Einführung: Psychoanalyse und Intersubjektivität. In: dies. (Hrsg), *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse* (S. 7-31). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment. New York, NY: Oxford UP.
- Bohleber, W. (2018). Übertragung – Gegenübertragung – Intersubjektivität. Zur Entfaltung ihrer intrinsischen Komplexität. *Psyche* 72, 702-733.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 196, 389-95. doi: 10.1192/bjp.bp.109.070177. PMID: 20435966.
- Fenichel, O. (1939/2001). Probleme der psychoanalytischen Technik. Giessen: Psychosozial.
- Freud, S. (1912b). *Zur Dynamik der Übertragung*. GW VIII, 364-374.
- Freud, S. (1919a). *Wege der psychoanalytischen Therapie*. GW XII, 183-194.
- Freud, S. (1925d). *Selbstdarstellung*. GW XIV, 31-96.
- Green, A. (2002). Die zentrale phobische Position - mit einem Modell der freien Assoziation. *Psyche*, 56, 409-441.
- Heimann, P. (2016 [1950]). Zur Gegenübertragung. In: *Dies. Gegenübertragung und andere Schriften zur Psychoanalyse. Vorträge und Aufsätze aus den Jahren 1942-1980* (S. 111-117). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. (2014). *Liebe und Aggression. Eine unzertrennliche Beziehung*. Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, O. F. (2016). New developments in transference focused psychotherapy. *Int J Psychoanal* 97, 385-407.

- Küchenhoff, J. (2005). *Psychodynamische Kurz- und Fokalthherapie. Theorie und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Küchenhoff, J. (2013). Zwischen Eröffnung, Vermittlung und Einspruch. Ders. *Der Sinn im Nein und die Gabe des Gesprächs. Psychoanalytisches Verstehen zwischen Philosophie und Klinik* (S. 327-339). Weilerswist: Velbrück.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy Outcome Research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Wiley, 94-129.
- Sandler, J. (1976). Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche* 30, 297-305.
- Sandler J., Sandler A. (1987). The past unconscious, the present unconscious and the vicissitude of guilt. *Int J Psychoanal*, 68, 331-41.
- Spillius, E. B. (Hg.). (2002). *Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis*. Band 1: Beiträge zur Theorie. Band 2: Anwendungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ticho, E. (1972). Termination of psychoanalysis: Treatment goals, life goals. *Psychoanal Q*, 41, 315-33.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. et al. (2018). Die Psychotherapie-Debatte. *Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., Kernberg O. F. (2017). *Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline Patienten*. Das TFP-Praxismanual. Stuttgart: Schattauer.