

Jeremy Holmes, Universität Exeter, UK

## Editorial: Der Weg zu einer sicheren theoretischen und empirischen Grundlage psychoanalytischer Psychotherapie

### Kurzüberblick

Mit dieser Sonderausgabe feiern wir die psychoanalytische Psychotherapie der Gegenwart und machen eine Bestandsaufnahme. Trotz der Führungsposition der Psychoanalyse und des derzeitigen politischen Aufstiegs der CBT gehören Varianten psychoanalytischer Psychotherapie zu den am häufigsten praktizierten Psychotherapieformen in der westlichen Welt (ROTH UND FONAGY 2006). Doch was sind die bestimmenden Merkmale psychoanalytischer Psychotherapie? Ist sie nur eine abgeschwächte Form der Psychoanalyse, oder hat sie ihr eigenes charakteristisches Profil, theoretisch und technisch? Was sind die „Growth Points“\*, die Stolpersteine und Forschungsfragen, die die führenden Therapeuten beschäftigen? Dies sind einige der Fragen, die hier und in den folgenden Beiträgen angesprochen werden.

O'NEILL (in dieser Ausgabe) greift zweckdienlich DONNETS (2001) Konzept des psychoanalytischen „Ortes“ auf. Ein „Ort“ ist eine geographische Metapher, die sich auf die Konstellation des Prozedere und dessen theoretische Untermauerung bezieht, die die Essenz, die Position oder den „Platz“ eines bestimmten kulturellen Phänomens konstituieren. Mit unterschiedlichem Erfolg versuchen Psychoanalytiker unter dem Druck, ihre Identität zu wahren, den psychoanalytischen „Ort“ von dem der psychoanalytischen Psychotherapie zu unterscheiden (z.B. KERNBERG 1999). Wenn die Mitgliedschaft in der International Association for Psychoanalysis (IAPA) das bestimmende Merkmal ist, wie es in Großbritannien der Fall ist, aber anderswo auf der Welt nicht, dann firmieren viele respektable Psychoanalytiker unter falschem Namen. Wenn die Häufigkeit der Sitzungen die Crux ist, was ist dann mit Analysen, die fünf Mal pro Woche stattfinden, aber vorwiegend unterstützend arbeiten, oder umgekehrt mit einmal wöchentlich stattfindenden Psychotherapien, die die Couch einbeziehen und sich auf Träume, freies Assoziieren und Übertragungsdeutungen konzentrieren? Wenn „Regression“ – im Sinn des Hervorrufens infantiler Gefühle

---

\* „Momente des simultanen Denkens in bildhaften und linguistischen Kategorien. Fundamentale Bedeutung komme der Mimikry zu, mittels derer Subjekte ihre Gesten an die bildhaften Elemente ihrer Erzählungen angleichen und sich in sozialen Situationen aufeinander einstimmen.“ (s. <http://www.ahf-muenchen.de/Tagungsberichte/Berichte/pdf/2009/013-09.pdf> Fußnote der Übersetzerin)

und Abhängigkeiten – das gewählte Unterscheidungsmerkmal ist, wie identifizieren wir dann Regression? Und können wir sicher sein, dass dieses Merkmal nicht gleichermaßen in der psychoanalytischen Psychotherapie zu finden ist?

Angesichts der Pluralität von Theorien und Methoden, die derzeit die Psychoanalyse erfasst, hat sich die Suche nach dem „gemeinsamen Boden“ (eine weitere geographische Metapher, WALLENSTEIN 1990) als schwer fassbar erwiesen. TUCKETT U.A. (2008) zeigen, welche große Herausforderung es für einzelne Psychoanalytiker unterschiedlicher Traditionen und Nationalitäten ist, Arbeitsmethoden, die von ihrer eigenen abweichen, als „Psychoanalyse“ zu respektieren, und wie Charisma und willkürliche Autorität angesichts von Verunsicherung häufig Exploration und offene Aussprache ersetzen.

TUCKETT U.A. entwickelten eine Methode, die versucht zu verstehen und Theorien darüber aufzustellen, was Psychoanalytiker tatsächlich tun – im Gegensatz zu dem, was sie sagen oder wovon sie denken, sie würden es tun. Sie klassifizieren psychoanalytische Interventionen als

- a) „den Haushalt führen“/das grundlegende Setting pflegen (z.B. „Sie denken daran, dass ich nächste Woche nicht da bin“)
- b) kurze „ungesättigte“/„polysemische“ (d.h. mehrdeutige) reflektierende Bemerkungen, die den analytischen Prozess fördern
- c) Fragen und Klarstellungen
- d) verschiedene Formen interpretierender Bemerkungen entweder zur Situation im Hier und Jetzt mit dem Analytiker oder durch formende Verknüpfungen zwischen Gegenwart und Vergangenheit
- e) spontane „Fehler“ (möglicherweise herbeigeführte Inszenierungen) seitens des Analytikers, z.B. unpassende beruhigende Bemerkungen, deren spätere Exploration analytisch Frucht tragen kann.

Mithilfe dieser Klassifizierung und genauen Prüfung von Interventionen lassen sich implizite Modelle, die von den Therapeuten genutzt werden, „herauskitzeln“, insbesondere ihre Definition der „analytischen Situation“ und ihre Sicht, wie Analyse „funktioniert“.

Ein möglicher Nachteil des Schemas von Tuckett u.a. ist, dass es sich trotz starker innerer Validität nicht so leicht auf weitreichendere Modelle psychotherapeutischer Veränderung übertragen lässt. CASTONGUAY UND BEUTLER (2006) zehren bei der Definition dreier umfassender Komponenten aller effektiven Psychotherapien – der therapeutischen Beziehung, dem Schaffen von Bedeutung und der Förderung von Veränderung – von drei Jahrzehnten Psychotherapie-Erfolgsforschung. Durch Kombination psychoanalytischer und Bindungsperspektiven (in diesem Artikel und andernorts) versucht HOLMES (2008) ein kohärentes Entwicklungsmodell des psychoanalytischen Psychotherapie-„Ortes“ zu entwerfen, in das sich die von Tuckett u.a. aufgestellten Merkmale gut einfügen lassen.

## Therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung wird hilfreicherweise als Bindung konzeptualisiert – d.h. als intensive Verbindung, in der ein verzweifertes, bedrohtes Individuum Hilfe und Sicherheit bei einer tatsächlich oder symbolisch „älteren“ und weiseren Figur sucht. Der Klient sucht gleichzeitig Intimität und trägt die charakteristische Abwehr gegen solche Nähe, die auf früheren, oft widrigen Entwicklungserfahrungen basiert, in sich. Die Entstehung einer Bindungsbeziehung stellt gemäß Tuckett u.a. „die analytische Situation“ dar. Diese Verbindung schließt notwendigerweise ein „regressives“ Element ein: die zwischenmenschlichen Muster, die sowohl die Eltern-Kind-Interaktion als auch das eheliche Wechselspiel kennzeichnen (OBEGI UND BERANT 2008), wiederholen sich in der therapeutischen Beziehung (McCLUSKEY 2005).

Wie charakterisieren wir eine „gute“ therapeutische Beziehung? Abgeleitet aus der Forschung zum Thema Pflegepersonen und Kinder können wir folgende Merkmale identifizieren:

- a) „Contingency and Marking“
- b) „Rupture Repair“ und
- c) freie Assoziation.

„Contingency and Marking“ (C und M) bezieht sich auf einen von GERGELY UND WATSON (1996) identifizierten Prozess, in dem die Zuwendung gebende Person (Elternteil oder Therapeut) der Initiative der Zuwendung empfangenden Person folgt und dann mit einer spiegelnden, aber überhöhten Reaktion antwortet, was zur Belebung und gegenseitigen Erkundung führt. Die „ungesättigten“ (d.h. offenen) Bemerkungen von TUCKETT U.A. stellen eine Art „Markierung“ dar (in Transskripten oftmals durch Ausrufezeichen gekennzeichnet). C und M ist der Prototyp eines Prozesses, bei dem ein Individuum im Zuge der Entwicklung sich selbst und seine Gefühle „im“ reflektierenden Anderen „findet“ – und dabei die Identifikation und das Gefühl für sich selbst stärkt (FONAGY U.A. 2002). C und M ist die Grundlage der reflektierenden psychotherapeutischen Gesprächsführung „nach Rogers“.

Ein Merkmal sicherer Beziehung, ob zwischen Eltern und Kind oder in der Ehe, ist, dass offene Kommunikation besteht (beispielsweise: „Ich kann meiner Mama/meinem Ehemann alles sagen und weiß, sie/er wird zuhören, ohne über mich zu urteilen.“). Freuds „Grundregel“ (d.h. eine Aufforderung an den Patienten, alles zu sagen, was ihm in den Sinn kommt, wie unwichtig oder peinlich es auch scheinen mag) war ein Versuch, eine ähnliche Kultur im Ordinationszimmer zu etablieren. Vieles aus der Arbeit psychoanalytischer Psychotherapie dreht sich um das Erkennen und Abtragen von Barrieren gegenüber einer solch freien Kommunikation. „Freies Assoziieren“ verlangt typischerweise eine bedingte interaktive Kultur, in der der Therapeut die Führung des Klienten abwartet und ihr folgt. Freie Kommunikation wird möglich, sobald eine Atmosphäre von Sicherheit etabliert

ist, die oftmals der Identifikation und Infragestellung der manifesten Abwehr des Klienten gegen Intimität folgt.

BOLLAS (in dieser Ausgabe; s. auch ZEAL in dieser Ausgabe) beklagt den Schwund freier Assoziation in der derzeitigen psychoanalytischen Praxis, wobei sie seines Erachtens durch exzessives Vertieftsein in Übertragungsdeutungen ausgetrieben worden ist. Obwohl die übermäßige Betonung der „du meinst mich“-Deutungen (BUDD 2008) vielleicht manche Analyse belastet, gibt es keinen intrinsischen Widerspruch zwischen Übertragungsdeutung und freiem Assoziieren. Freud sah Übertragungsdeutungen nur dann als notwendig an, wenn der freie Assoziationsfluss unterbrochen war. Er ging sogar soweit zu sagen, dass Übertragungsdeutungen Mittel zur Identifikation dessen, warum sich der Patient in der Gegenwart des Analytikers unsicher fühlt, sind. Diese Deutungen können die Exploration erleichtern, sobald eine größere Sicherheit/Intimität etabliert ist. Dies führt zu einem weiteren Konzept, dass eine Brücke zwischen psychoanalytischen und anderen Ansätzen wie der CBT schlägt: „Rupture and Repair“.

Die Fähigkeit des „Rupture and Repair“ (SAFRAN UND MURAN 2000) ist für die Beziehung zwischen Säugling und Eltern, Ehepartnern und Therapeut/Klient entscheidend und entsteht aufgrund von Fehleinstimmungen, die unvermeidlich auftreten, wenn zwei Menschen versuchen einander zu verstehen. Wenn die Dinge gut laufen, beschäftigt man sich mit diesen Fehleinstimmungen, und die emotionale Verbundenheit wird wiederhergestellt. Wie Tronick es ausdrückt: „Der fehlkoordinierte Zustand ist ... ein normaler interaktiver, kommunikativer Fehler“ (TRONICK UND WEINBERG 1997, S. 63), „erfolgreiche Wiedergutmachungen ... werden mit positiven affektiven Zuständen assoziiert“. „In normalen Dyaden werden interaktive Fehler schnell behoben. ... Normale Interaktion ist ein Prozess der Wiedergutmachung“ (S. 64).

Die Kategorie (e) von TUCKETT u.a. (ihrer Definition nach „plötzliche und krasse Reaktionen, die sich nicht leicht mit der üblichen Methode des Analytikers in Zusammenhang bringen lassen“) kann als Bruch gesehen werden, vergleichbar mit den normalen und zu erwartenden Brüchen in der Eltern-Kind-Verbundenheit, die bei gut funktionierenden Eltern-Kind-Paaren „behooben“ werden, weil der Elternteil auf die Signale der Not des Kindes reagiert. Die Identifikation und Behebung von Brüchen ist eng mit der Fähigkeit der Pflegeperson zur Mentalisierung (s. unten und ALLEN, in dieser Ausgabe), d.h. der Fähigkeit, sich selbst in den anderen hineinzusetzen und sich die Wirkung der eigenen Handlungen auf ihn vorzustellen, assoziiert.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die therapeutische Beziehung sowohl der Kontext für einen Großteil der psychoanalytischen Arbeit ist als auch ihr Fokus. Ihre Kohärenz und ihr „Band“ schaffen die Möglichkeit aufkommender Bedeutung und sind das zentrale Thema dieser Suche nach Bedeutung. Diese Rückbezüglichkeit auf sich selbst ist ein weiteres bestimmendes Merkmal psychoanalytischer Arbeit.

## Bedeutung

Das Arbeiten mit Bedeutung ist allen therapeutischen Bemühungen eigen. Ein Symptom oder eine störende Erfahrung wird, um eine Metapher aus der systemischen Therapie zu benutzen, in ein neues erklärendes System oder Modell „umgedeutet“, mit dessen Hilfe sich der Sinn des mentalen (oder physischen) Schmerzes des Leidenden erkennen lässt. Der Gebrauch des Wortes „Sinn“ hier zeigt, dass Bedeutung über die bloße Kognition hinausgeht und sich letztendlich von Körpererfahrungen ableitet. Daher sprechen wir von einer Erklärung, die „befriedigend“ ist, „Spannung“ löst, „den springende Punkt erfasst“ etc. (S. FONAGY UND TARGET 2007).

Psychoanalyse befasst sich zentral mit Bedeutung, aber auf eine Art, die für den psychoanalytischen „Ort“ spezifisch ist.

### *Unbewusste Bedeutung*

Zunächst ist das Ziel die Verdeutlichung unbewusster Bedeutungen, d.h. Gedanken und Triebe, die aufgrund der möglichen Folgen des damit assoziierten Schmerzes nicht einfach nur übersehen wurden (d.h. vorbewusst sind), sondern aktiv vermieden wurden. Hieraus resultiert die Notwendigkeit der Abwehranalyse, denn erst wenn der Leidende sich dessen bewusst wird, wie weit er geht, um Gefühle zu vermeiden, können diese Gefühle empfunden werden.

Es ist anzumerken, dass die Formulierung „unbewusste Bedeutung“ ein äußerst umstrittenes Konzept innerhalb der zeitgenössischen Psychoanalyse ist. Die gesamte Diskussion geht über den Rahmen und die Aufgabe dieses Editorials hinaus, aber es werden – um es kurz zu sagen – zumindest vier verschiedene Bedeutungen mit dem Begriff des Unbewussten assoziiert. Der Blickwinkel von Lacan (s. ZEAL in dieser Ausgabe) kommt Freuds ursprünglichem Konzept wohl am nächsten. Er postuliert ein Urtrauma, in dem der Säugling seiner Ohnmacht in der Beziehung zum versorgenden Körper der Mutter begegnet. Das Bewusstsein dieser Hilflosigkeit zusammen mit dem undeutlichen, aber traumatischen Eindringen ihrer Sexualität führt zu primärer Verdrängung und somit der Entstehung „des Unbewussten“, einem seelischen Bereich, der sich in Träumen, Psychosen und kreativer Aktivität manifestiert. Zwar geht der Ansatz der Neo-Kleinianer in ähnlicher Weise von einem universellen Trauma aus, doch sind es hier eher die Gefühle des Säuglings von hilfloser Wut und Neid auf die unentbehrliche, aber autonome und unkontrollierbare Brust als deren sexuelle Eigenschaften, die Verdrängung erfordern.

Für Jungianer und Winnicotts Varianten der Objektbeziehungen sind primäre Prozesse die Quelle von Kreativität und Macht und stellen im Zusammenwirken mit den Sekundärprozessen den Schlüssel zu gesundem/kreativem Leben dar. Ein Leben mit einem unaufrichtigen Selbst, das Willfährigkeit, Vermeidung und unstillbare Hyperaktivierung von Bindungsbedürfnissen umfasst, bedeutet, diese unbewusste Kraft um der Sicherheit willen zu opfern.

Viertens und noch radikaler deuten beziehungs- und bindungsbeeinflusste Ansätze darauf hin, dass Verdrängung nicht notwendigerweise universell ist, sondern angesichts von umfeldbedingtem Trauma oder Vernachlässigung als widriger Entwicklungsverlauf ins Spiel kommt. Das „Freud’sche Unbewusste“ stellt hier nur einen relativ unwichtigen Aspekt bei der tiefgreifenden Unbewusstheit mentaler Prozesse infolge von Verdrängung oder Mangel an Mentalisierungsfähigkeit dar. In dieser profanen Version der Psychoanalyse steht weniger das Unbewusste auf dem Spiel als die Bewusstheit selbst. Das derzeitige Interesse an Achtsamkeit (MACE, in dieser Ausgabe) und Mentalisierung (ALLEN, in dieser Ausgabe) als therapeutische Werkzeuge reflektiert diese veränderte Perspektive. Hier ist Freuds Maxime, dass es das Ziel der Psychoanalyse ist, „das Unbewusste bewusst zu machen“, in das logisch identische, aber therapeutisch subtil andersgeartete Ziel, „das Bewusstsein für das Wach zu machen, was unbewusst ist“, umgekehrt.

### ***Beziehungsbedeutung***

Die Bedeutungen oder Muster, die die Grundlage psychoanalytischer Arbeit bilden, betreffen im Wesentlichen zwischenmenschliche oder Beziehungsaspekte, d.h. sie beschäftigen sich mit dem, was eine Person einer anderen gegenüber fühlt – Neid, Verlangen, Hass, Unzulänglichkeit, Angst etc. Selbst wenn das aufzuklärende Symptom augenscheinlich intrapsychisch ist, beispielsweise eine Depression, wird es psychoanalytisch in einen Beziehungskontext übertragen. Dadurch „wird“ die Depression zur nach innen gerichteten Feindseligkeit gegenüber einem anderen bzw. zur Verzweiflung infolge eines Gefühls der Verlassenheit durch die Pflegeperson. Hieraus resultiert die Bedeutung der Übertragung, denn es ist die Beziehung zum Analytiker, die oft den Anhaltspunkt für die zugrundeliegende Beziehungskonstellation, die den Patienten belastet, liefert. Ob *jeder* Aspekt dessen, was der Patient auf den therapeutischen Tisch legt, für Übertragungsdeutungen gewinnbringend ist, bleibt zu diskutieren – möglicherweise erzielen Übertragungsdeutungen ihre positive Wirkung, indem sie dem Therapeuten eine beständige und kohärente Bedeutungsüberschrift bieten, die ihrerseits für den Patienten beruhigend ist. Bedeutung – basierend auf einem beliebigen Erklärungsmodell – stellt in sich selbst eine sichere Grundlage dar. Wenn diese Sicherheit einmal erreicht ist, werden bei der Zuwendung suchenden Person Affekte der Lebensfreude (STERN 1985, McCLUSKEY 2005) freigesetzt.

### ***Entwicklungsmäßige Bedeutung***

Drittens: Psychoanalytische Bedeutungen sind insofern typischerweise entwicklungsbezogen, als Gefühle, die bei einem Erwachsenen unbegreiflich (d.h. bedeutungslos) erscheinen, einen Sinn ergeben, wenn sie in einen Säuglings- oder Kindheitskontext übersetzt werden (eine linguistische Metapher, deren Ursprung die Bewegung eines Objekts im Raum, aber auch in der Zeit impliziert). Hier liegt insofern die Begründung für die Beobachtung von Säuglingen als Teil der psychoanalytischen Ausbildung, als dass der Student lernt, den Sinn in den präverbalen Gesten und Interaktionen von „einem ohne Sprache“ (einem in-fans)\* zu erkennen. Kierkegaards vielzitierte Beobachtung, dass „das Leben

\* Säugling: engl. infant, in-fans, ohne fama, ohne Sprache (Fußnote der Übersetzerin)

vorwärts gelebt, aber rückwärts verstanden wird“, ist hier relevant. Die Rolle eines Säuglings- oder Kindheitstraumas, das so oft die Szenerie für spätere psychische Schwierigkeiten bildet, ist sowohl mit Blick auf Defizite in der kognitiven und affektiven „Ausstattung“ des Kindes, das Trauma voll zu begreifen, als auch mit Blick auf Defizite der „Umgebung“ (d.h. der Pflegepersonen), bei der Verarbeitung des Traumas zu helfen, insbesondere wenn sie selbst die Verursacher dieses Traumas (Missbrauch oder Vernachlässigung) sind, zu verstehen. Therapie schließt das Wiederhervorrufen des schmerzvollen Affekts ein, häufig mittels eines schwächeren Wiederhalls der traumatischen Situation in der Übertragung, der jetzt im Kontext einer ungefährlichen therapeutischen Beziehung „verarbeitet“, verstanden und erzählt werden kann.

### ***Implizite Bedeutung***

Unbewusste Bedeutungen sind per definitionem implizit, aber im Gegensatz zur CBT ist der psychoanalytische „Erklärungsrahmen“ ebenfalls eher implizit als explizit. Analytiker tun, was sie tun, ohne sich notwendigerweise dessen bewusst zu sein, was sie tun oder warum (TUCKETT U.A. 2008). In der Tat ist die Fähigkeit, unbewusste Prozesse außerhalb des willentlichen Protokolls wirken zu lassen, eine wertvolle Qualität psychoanalytischer Arbeit. Die Beziehung zwischen expliziten und impliziten Modellen, zwischen Rationale und Handeln in der Psychoanalyse ist daher alles andere als einfach, und es besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen theoretischem Überbau und alltäglicher Praxis.

### ***Techniken zum Hervorrufen von Bedeutung***

In Anbetracht dessen, dass die Psychoanalyse vornehmlich mit impliziten anstelle von expliziten Bedeutungen arbeitet, ist es nicht überraschend, dass sich die zeitgenössische Literatur meist mit Möglichkeiten, wie man zu solchen Bedeutungen gelangt, befasst. Wie tauchen Bedeutungen in der Hitze des Gefechts psychoanalytischer Arbeit auf? Einige dieser Aspekte werden von den Autoren unserer Beiträge entweder direkt oder en passant diskutiert.

Erstens achten Analytiker sehr auf die Sprache – die des Klienten und ihre eigene. Von Anfang an sah Freud die inhärente Mehrdeutigkeit von Sprache als Entrée zum Unbewussten, indem er Wörter als „Schalter“ oder Knotenpunkte zwischen bewussten und unbewussten Gedanken betrachtete oder, um eine zeitgemäße Metapher zu benutzen, als Knotenpunkte im neuronalen Netzwerk (GABBARD 2005). Die Analyse linguistischer Mehrdeutigkeit wurde insbesondere in der British Independent Tradition durch Autoren wie SHARPE (1940) und RYCROFT (1985) und innerhalb der Psychoanalyse nach Lacan (s. ZEAL in dieser Ausgabe) betont. Der Analytiker muss für die Wortspiele, die Polysemie und die fehlende Sättigung der Wörter und Wendungen, die vom Patienten gebraucht werden, aufmerksam sein und die Bedeutungen, die dabei ans Tageslicht kommen oder versteckt werden, erkunden.

Main und Solomans (HESSE 2008) Entwicklung des Adult Attachment Interviews belegte die Beziehung zwischen narrativem Stil und Bindungssicherheit bei Heranwachsenden und jungen Erwachsenen. MALLINCKRODT U.A. (2005) befragten Therapeuten hinsichtlich ihres Herantretens an Klienten mit verschiedenen Bindungsstilen. Sie zeigten, wie Therapeuten sowohl die linguistischen Gewohnheiten ihrer Klienten aufnehmen als auch sie allmählich zu modifizieren suchen – wie sie den eingestellten Diskurs des abweisenden Klienten wieder eröffnen und den Diskurs ihres überaktivierenden Gegenübers strukturieren. Der Charakter eines Menschen zeigt sich darin, wie er Sprache benutzt und Geschichten erzählt: *Le style c'est l'homme*. AVDIS Überblick (in dieser Ausgabe) untersucht eine Reihe linguistischer und narrativer Analysen psychoanalytischer Therapien und zeigt, wie sich Sprachmuster und narrativer Stil im Verlauf der Therapie verändern, sich zum Beispiel oft von rigiden, übertragungsorientierten Arten des Sprechens zu einem eher polysemischen und reflektierenden Stil hinbewegen.

Zwei weitere Dimensionen betreffen die mentale Haltung des Therapeuten selbst, wenn Bedeutungen in der Matrix des Sprechzimmers präzise und hilfreich entwickelt werden sollen. Wie bereits angemerkt, konzentriert sich MACE (in dieser Ausgabe) auf die Fähigkeit zur *Aufmerksamkeit* oder „Achtsamkeit“ als psychologische Fähigkeit von Therapeut und Klient. CBT-Therapeuten haben festgestellt, dass um ein Achtsamkeitstraining ergänzte konventionelle therapeutische Strategien die Rückfallrate bei chronischer Depression (WILLIAMS U.A. 2000) und Borderline-Persönlichkeitsstörung (LINEHAN U.A. 2006) senkt. MACE stellt faszinierende Verknüpfungen zwischen der „freischwebenden Aufmerksamkeit“, die FREUD (1912) den Therapeuten empfiehlt, und BIONS Warnung (1970), dass Analytiker „Erinnerung und Trieb“ aufgeben sollten, wenn sie Aufnahmebereitschaft und Spontaneität erreichen wollen (vgl. BOLLAS in dieser Ausgabe), her. Es gibt Hinweise (Review von MACE 2008 a) darauf, dass Therapeuten, die sich einem Achtsamkeitstraining unterzogen haben, möglicherweise bessere Ergebnisse bei ihren Klienten erzielen als solche, bei denen dies nicht der Fall ist.

Der effektive Therapeut ist für die Nuancen der Sprache und des narrativen Stils sensibel und befindet sich in einem Zustand erhöhter Aufmerksamkeit und Aufnahmebereitschaft – wie benutzt er dann diese Fähigkeit zur Schaffung neuer Bedeutungen? Sich den Gegenübertragungsgefühlen zuzuwenden (s. KRAEMER in dieser Ausgabe) stellt den Ausgangspunkt eines dreistufigen Prozesses dar. Zuerst stimmt sich der Therapeut in einem von Ogden so bezeichneten Zustand der „Träumerei“ (OGDEN 1989) in seine eigene affektive und physisch sensorisch-affektive Welt ein – dies können vage Empfindungen von Spannung oder Langeweile, Unruhe, Erregung oder Unbehagen sein. Solche Empfindungen mit Worten zu beschreiben schafft eine zweite Stufe, die eine verbale Beschreibung darstellt bzw. – nach BIONS Begrifflichkeit (1970) – ein „Vorverständnis“ aus der ersten Stufe mitnimmt und in Konzepte umgestaltet. Hierbei handelt es sich um Selbstmentalierung (s. ALLEN in dieser Ausgabe) im Sinne des Nachdenkens über Gefühle und des Eintretens in einen Zustand der „Meta-Kognition“ oder Achtsamkeit, in dem das Ob-

jekt der Aufmerksamkeit zur Aufmerksamkeit des Subjekts wird. Stufe drei, eine sehr viel komplexere mentale Handlung, umfasst das Verweben dieser beiden verbalen Schlagworte aus Stufe zwei bezüglich impliziter mentaler Zustände mit erklärenden Einsichten in die Lebensgeschichte des Klienten zu einem Muster, das für die innere Welt des Klienten und die zwischenmenschliche Situation, die in der *in vitro*-Atmosphäre der therapeutischen Beziehung geschaffen wird, relevant ist. Aus dem, was BALINT (1968) „einander gegenseitig durchdringendes Durcheinander“ nannte, entwickelt sich eine Deutung.

Mit Rollenresponsivität (SANDLER 1976) oder projektiver Identifikation (KLEIN 1952) theoretisiert die Psychoanalyse diesen Prozess – der Therapeut bemerkt, wie er die innere Welt des Klienten in der Phantasie und zuweilen auch im Verhalten ausagiert. Dies kann genutzt werden, um ein Muster der Gefühls- oder Beziehungscharakteristik des Patienten zu erraten, das dann (wenn das Timing richtig erscheint) in einer Deutung, die der Patient überdenken kann, verbalisiert wird. Zum Beispiel: Der Therapeut erlebt in seiner Träumerei ein Gefühl von „Distanz“ dem Klienten gegenüber und der Abkoppelung von ihm. Dieses Gefühl wird nun übertragen in den Gedanken: „Der Klient schiebt mich weg“. Darauf folgt eine Deutung: „Ich frage mich, ob Sie mich heute auf Abstand halten wollen, so dass Ihnen die Unterbrechung demnächst nicht so viel ausmacht, genauso wie Sie es gemacht haben, als Ihre Mutter ins Krankenhaus ging, als Sie ein Kind waren“. Dies ist der *zwischenmenschliche*, den Anderen mentalisierende Aspekt – Hypothesen über das, was im Geist einer anderen Person vorgehen könnte, zu entwickeln und sie zum Gegenstand der Diskussion zu machen.

## Veränderung fördern

Im Gegensatz zu den meisten anderen Therapien (die Mailänder Familientherapie ist eine Ausnahme, s. KRAEMER in dieser Ausgabe) ist ein definierendes Charakteristikum psychoanalytischer Psychotherapie, dass sie explizite Anstrengungen scheut, Veränderungen bei den Klienten zu bewirken. Solche Bemühungen werden – zuweilen verächtlich – als „Suggestion“ abgetan (KERNBERG 1999). Implizit jedoch ist die psychoanalytische Psychotherapie nicht weniger damit befasst, in ihren Klienten Veränderung zu bewirken, als jede andere Therapie.

Es gibt zwei klare Fragen, die hier zu bedenken sind: Welche Art der Veränderung will die Psychoanalyse erreichen? Und wie können diese Veränderungen herbeigeführt werden? Die Linderung spezifischer Symptome resultiert nach allgemeiner Sicht daraus, dass der Patient insgesamt psychisch gesünder wird. Dies ist immer stärker der Fall, da sich die psychoanalytische Psychotherapie der heutigen Zeit mehr und mehr mit problematischen Charakterzügen befasst anstatt mit spezifischen Symptomen; letztere werden zumindest anfangs pharmakologisch oder mittels CBT behandelt – siehe auch FONAGY UND BATEMAN (in dieser Ausgabe) bezüglich psychoanalytisch beeinflusster Behandlung der Borderline-Störung.

Verschiedene Schulen der Psychoanalyse heben unterschiedliche Ziele und entsprechende Techniken hervor. Bei der klassischen Psychoanalyse und vielleicht immer noch beim Vorgehen nach Lacan (s. ZEAL in dieser Ausgabe) besteht das Ziel darin, Klienten zu helfen, verdrängte Emotionen zu erkennen und auszudrücken, insbesondere ödipales Verlangen und Wut, die sich – wenn einmal auf diese Weise befreit – wahrscheinlich nicht länger symptomatisch manifestieren. Bei einer zeitgenössischen Version, z.B. der Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP, MALAN UND DELLA SELVA 2006), belebt die Aufdeckung der Verdrängung die eingeengte Persönlichkeit und ermöglicht die nachträgliche Bearbeitung, Betrauerung und „Beisetzung“ nicht-mentalisierten Traumata und Verluste. Verdrängte Emotionen werden mittels Übertragungsanalyse, Traumanalyse, freiem Assoziieren, linguistischer Analyse und Fehlleistungen erkannt. Im Gegensatz zur Zurückhaltung des Analytikers nach Lacan postulieren ISTDP und andere verwandte Kurzzeittherapien einen aktiv herausfordernden Therapeuten, der den Abwehrmechanismen die Stirn bietet und direkt auf die dahinter stehenden verdrängten Affekte abzielt.

Die Psychoanalyse der Objektbeziehungen, besonders in der neo-kleinian'schen Variante (STEINER 1996), betont die Integration der Persönlichkeit als ihr therapeutisches Ziel, damit der Klient projizierte Teile seiner Persönlichkeit re-assimiliert und den Menschen in seinem Umfeld nicht länger unerträgliche Affekte aufdrängt, was wiederum zu harmonischeren zwischenmenschlichen Beziehungen und zu einem gestärkten Sinn für das Selbst und seine Autonomie führt (HOLMES UND LINDLEY 1997). Hier entwickelt der Analytiker Sensibilität dafür, wie die Wahrnehmung des Patienten und dessen Umgang mit der äußeren Welt, insbesondere mit dem Analytiker selbst, durch projektive Prozesse gestaltet werden. Entsprechende Formulierungen werden dem Klienten kontinuierlich als Deutungen rückgemeldet. Die „Einsicht“, die das erleichtert, ist nicht nur ein intellektueller Vorgang. Das Nebeneinander der Selbsterfahrung des Klienten und einer „äußeren“ neutralen Darstellung ihrer Wirkung auf den Anderen (den Analytiker) schafft einen Katalysator für die innere Spannung zur Neustrukturierung der Persönlichkeit.

Diese Formulierungen sind mit anderen psychoanalytischen Richtungen verknüpft. Die Objektbeziehungsvariante nach Winnicott privilegiert Verspieltheit und Kreativität als Kennzeichen psychischer Gesundheit. Der Therapeut ist ein „Transformationsobjekt“ (BOLLAS 2007), sowohl „real“ als auch „unwirklich“ (und daher für projektive Prozesse verfügbar), so dass im Spiel-Raum des Sprechzimmers der Klient zu unterscheiden beginnt, was zur inneren Welt gehört und was zur Realität. Zu den Hauptaufgaben des Analytikers gehören das „Eindämmen“ (BION 1970) und „Halten“ (WINNICOTT 1971); beides geht der Deutung, die ansonsten auf taube Ohren stoßen würde, voraus, kehrt wieder zur therapeutischen Beziehung zurück und reflektiert – bezogen auf die Bindung – die sichere Basis, die der Therapeut schaffen muss, wenn Exploration möglich sein soll. Das Gefühl von Sicherheit ist eine Vorbedingung für die Erkundung weiterer affektiver Zustände wie etwa Sexualität und Aggression.

Ein zentrales Konzept der bindungsbeeinflussten Psychoanalyse ist, wie schon erwähnt, die Mentalisierung (s. ALLEN sowie FONAGY UND BATEMAN, beide in dieser Ausgabe; ALLEN UND FONAGY 2006). Die Wahrnehmung der Welt wird durch den Geist gefiltert; Erfahrungen werden daher unausweichlich durch Affekte und die damit verbundene Abwehr einschließlich Projektion und projektiver Identifikation beeinflusst. In prä-mentalierenden Zuständen wie dem „Äquivalenzmodus“ (FONAGY 2006) wird der Zustand der Welt als identisch mit dem Zustand des Geistes angenommen, was zum Beispiel zu depressiver Paranoia führen kann. Durch die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit ist der Klient besser imstande, die Wirklichkeit und die Wahrnehmung der Wirklichkeit zu unterscheiden und zu sehen, dass eine negative Wahrnehmung nicht mehr (oder weniger) als ein „Blickwinkel“ ist, der potentiell durch positivere Blickwinkel auf sich selbst und auf andere ersetzbar ist. Außerdem erleichtert die Fähigkeit, sich und andere zu mentalisieren, effektivere zwischenmenschliche Beziehungen. Hier ist die genaue Überprüfung der therapeutischen Beziehung, insbesondere die Vielfalt von Fehlkommunikation, Missverständnissen und Handlungsweisen, die zu Brüchen führen, die Feuerprobe für den Ausbau der Mentalisierungsfähigkeit.

Das Paradox, dass sich Engagement ohne explizite Förderung verändert, spiegelt sich in unterschiedlichen analytischen Formulierungen zur Rolle des Analytikers. Die meisten stimmen basierend auf FREUDS Formulierung (1912), dass „Bildnisse nicht in absentia zerstört werden können“, der zentralen Rolle der therapeutischen Beziehung hinsichtlich der Aspekte der Übertragung und des Hier und Jetzt zu. Wenn der Klient bei der ISTDP problematische Affekte (Wut, Einschüchterung, Vermeidung) in der Beziehung mit dem Therapeuten erlebt, werden diese Affekte der Überprüfung und Transformation zugänglich. Die Befürworter der neo-Kleinian'schen Objektbeziehungen stehen für kompromisslose Neutralität seitens des Analytikers, der sich selbst als leeres Gefäß anbietet, in das Projektionen gefüllt werden können, das aber auch dazu fähig ist, diesen Prozess zu erkennen und zu verbalisieren. Doch wie CAPER (1999) zeigt, ist Neutralität niemals eine festgeschriebene oder dauerhafte Position. Der Analytiker wird kontinuierlich in kleinere (oder manchmal größere) Inszenierungen hineingezogen, in denen er ermutigend, zurückweisend, kalt, warm usw. ist. Auch hier gilt, dass der veränderliche Aspekt der Therapie dazu führt, dass der Klient in eine unausweichliche Klemme gerät. Der Therapeut ist gleichzeitig ein archaisches und ein neues Objekt in der inneren Welt des Klienten. Die Spannung zwischen der mentalisierenden Neutralität des Therapeuten und dem vom Klienten induzierten Druck, eine hilfreiche oder zurückweisende Rolle zu spielen, erzwingt eine psychische Restrukturierung, die den Klienten mittels dieser „ungefährlichen Klemme“ weg von der Abhängigkeit hin zu Selbstverständnis und Autonomie führt.

Selbstpsychologie- und Beziehungspsychoanalytiker akzeptieren die Unabwendbarkeit und Erwünschtheit der therapeutischen Beziehung als neue Erfahrung. Sie halten Neutralität für ein unmöglich zu erreichendes Ideal, da hier das Unbewusste des Therapeuten und des Patienten ins Spiel kommen, obwohl sie verschiedene Rollen innehaben (ARON

2000). Begrenzte Selbstoffenbarung seitens des Therapeuten wird positiv konnotiert; sie hilft, problematische Klientenerfahrungen zu normalisieren, und dient als Beispiel für die Fähigkeit zur Selbstmentalierung, mit dem der Klient sich identifizieren und das er internalisieren kann.

Das Organisationsprinzip des ödipalen Dreiecks und seine Resonanz in der Übertragung führen jeden psychoanalytischen Ansatz zur Veränderung, wenn auch auf verschiedenen Wegen. In der neoklassischen Formulierung von MALAN UND DELLA SELVA (2006) spielen Therapeut, Patient und ein signifikanter Anderer die Rollen von Mutter, Vater und Kind. Die Entdeckung eines verbindenden Musters versetzt den Therapeuten in die Lage, alle drei in einer „vollständigen Deutung“ zusammenzubringen. Für Neo-Kleinianer ist die Fähigkeit des Kindes, den elterlichen Geschlechtsverkehr – und im übertragenen Sinne: das Getrenntsein des Therapeuten – zu tolerieren, ein erster Schritt zu Objektivität und der Fähigkeit Situationen zu überdenken und von verschiedenen Seiten aus zu betrachten. Bezogen auf die Bindung erleichtert „mütterliche“ Sicherheit (die gleichermaßen vom Vater geboten werden kann) die Befreiung zu „väterlicher“ Verspieltheit und geselliger Interaktion. Mentalisierung kann nach Bions Begrifflichkeit als Gedanken-„Verkehr“ gesehen werden, ihr Gegenteil – der „Angriff auf die Bindung“ – als das neidische Leugnen der Zeugungsfähigkeit. Für OGDEN (1989) und Beziehungspsychoanalytiker wie BENJAMIN (2004) ist der „analytische Dritte“ nicht so sehr eine ödipale Konstellation als vielmehr die analytische Beziehung selbst, die unabhängig von beiden Beteiligten als neue Schöpfung ein erster Schritt zur Wiederherstellung der Schaffenskraft im psychischen Leben ist.

## Ergebnisse psychoanalytischer Psychotherapie

Dieses Editorial und die meisten der folgenden Artikel befassen sich primär mit dem *Prozess* psychoanalytischer Psychotherapie und dem Versuch, eine sichere theoretische Grundlage zu finden, von der aus effektiv praktiziert werden kann. Doch bereits der bloße Gebrauch des Wortes effektiv weckt das Gespenst der *Ergebnisforschung*, die in dieser Ausgabe unübersehbar fehlt, wie überhaupt – mit löblichen Ausnahmen (z.B. MALAN UND DELLA SELVA 2006, PARRY, ROTH UND KERR 2005) – in der Literatur über psychoanalytische Psychotherapie. Der von Drittmittel-Finanziers heißgeliebten grundlegenden Frage „Funktioniert psychoanalytische Psychotherapie?“, die psychoanalytische Therapeuten oftmals in Angst versetzt – insbesondere wenn sie in öffentlich finanzierten Settings arbeiten – kann jedoch letztendlich nicht ausgewichen werden.

Bei einer ganzen Reihe von Varianten psychoanalytischer Psychotherapie wurde mittels randomisierter kontrollierter Studien gezeigt, dass sie bei einem breiten Beschwerdespektrum effektiv sind. Dieses schließt leichte bis mittelschwere Depressionen (SHAPIRO U.A. 1994), Persönlichkeitsstörungen (BATEMAN UND FONAGY in dieser Ausgabe und 2004, 2008, ABBASS U.A. 2008), Panikattacken (MILROD U.A. 2007), somatische Störungen

(GUTHRIE U.A. 1991) und Ess-Störungen (DARE U.A. 2001) ein. Es existieren verschiedene Kosten-Nutzen-Studien (GABBARD U.A. 1997), die zeigen, dass psychoanalytische Psychotherapie zwar nicht kostengünstig ist, sich angesichts der Steuerersparnisse – stationäre oder ambulante Therapien, Medikationskosten, Zeiten von Arbeitslosigkeit – bei Patienten, die sich einer psychoanalytischen Psychotherapie unterziehen, im Vergleich zur „Standardbehandlung“ aber tragen. Dennoch sind die wissenschaftlichen Belege für den Nutzen psychoanalytischer Psychotherapie verglichen mit der CBT meist weniger beeindruckend: eine geringere Anzahl Studien, die auf kleineren Patientenzahlen basieren, mangelnde Reproduzierbarkeit und starke Loyalitätseffekte (ROTH UND FONAGY 2006).

Kurz dargestellt reagieren psychoanalytische Psychotherapeuten auf diese Kritik (GABBARD 2005) und insbesondere auf den nachteiligen Vergleich mit der CBT meist in drei Schritten. Zunächst wird argumentiert, dass psychoanalytische Psychotherapie aus verschiedenen Gründen grundsätzlich weniger leicht zu überprüfen ist als andere Behandlungsformen wie Pharmakotherapie und CBT. Die Randomisierung steht dem Geist psychoanalytischer Psychotherapie entgegen, weil hier die Motivation und Suche nach der geeigneten Therapie für den Klienten ein grundlegendes Prinzip des Orientierungsprozesses ist. Psychoanalytische Therapien sind oftmals langwierig, was bedeutet, dass eine adäquate Forschungsförderung problematisch ist. Verglichen mit Kurzzeittherapien ist es hier wahrscheinlicher, dass zwischenzeitliche Variablen wie widrige Lebensereignisse die Wirkung der Therapie stören. Die Ziele psychoanalytischer Psychotherapie gehen über die Symptomlinderung hinaus, hin zu strukturellen Veränderungen der Persönlichkeit, und sind daher per se komplexer und ihre Untersuchung zeitintensiver. Hier ist das Argument im Wesentlichen, dass sich bei ausreichend Zeit und Ressourcen zeigen kann und wird, dass die psychoanalytische Psychotherapie ebenso effektiv ist wie andere Therapiemethoden, wenn nicht sogar effektiver, und dass sich ihre spezifischen Indikationen nach und nach herauskristallisieren. Ein hervorragendes Beispiel hierfür ist das Projekt von BATEMAN UND FONAGY (in dieser Ausgabe, 2004, 2008) zur Borderline-Persönlichkeitsstörung, das insbesondere hinsichtlich des langfristigen und kontinuierlichen Nutzens psychoanalytischer Psychotherapie im Vergleich zu der möglichen iatrogenen Wirkung der üblichen Behandlung und der Erfolglosigkeit kognitiver Ansätze, die Bewahrung ihrer Vorteile zu demonstrieren (LEVY 2008), beeindruckende Ergebnisse zeigt.

Das zweite Argument der psychoanalytischen Psychotherapie lässt das berühmte „Dodo-Bird-Verdikt“ wieder aufleben, das von gleichen Erfolgen ungeachtet der Therapiemethode ausgeht. Insgesamt zeigen Studien im direkten Vergleich nur wenige größere Unterschiede bezüglich der Ergebnisse psychoanalytischer Psychotherapie verglichen mit der CBT (z.B. SHAPIRO U.A. 1994), auch wenn diese Unterschiede dann tendenziell die CBT favorisieren. Hier ist das Argument, dass die Wirkung „gemeinsamer Faktoren“ auf das Ergebnis die spezifischen modell-basierten Aspekte bei weitem überwiegt (WAMPOLD 2001). Die Schwäche dieses Arguments zugunsten der psychoanalytischen Psychotherapie liegt darin, dass sich damit kostengünstigere kürzere Therapien, die eine weniger um-

fassendere Ausbildung voraussetzen als die psychoanalytische Arbeit, rechtfertigen lassen. Dennoch existieren auch Belege dafür, dass sich bei längerer Behandlungsdauer bessere Erfolge in allen Therapieformen – einschließlich der psychoanalytischen Therapie – erzielen lassen (SELIGMAN 1995); ferner sind die therapeutische Beziehung sowie die Fähigkeit des Therapeuten zur Initiierung von „Rupture Repairs“ (s.o. SAFRAN UND MURAN 2000) die bedeutsamsten „gemeinsamen Faktoren“. Beide sind – wie schon erwähnt – Schlüsselbereiche der Kompetenz psychoanalytischer Psychotherapeuten.

Ein dritter Weg – paradoxerweise dem Herz psychoanalytischer Psychotherapie am nächsten stehend, jedoch am wenigsten geeignet, in der Öffentlichkeit das Eis zu brechen – ist das Argument, dass das Projekt der Ergebnisanalyse grundsätzlich fehlgeleitet und zum Geist der Psychoanalyse, die sich mit ideographischen individuellen Lebensgeschichten und nicht mit normothetischen instrumentalistischen „Schnäppchen“ befasst, konträr ist. Dieses Argument gilt insbesondere für die „vollständige“ Psychoanalyse, die niemals Gegenstand einer randomisierten kontrollierten Studie war und auch vielleicht nie sein wird, auch wenn sich ihr Erfolg anhand verschiedener methodischer Modifikationen evaluieren lässt und die Bewertung insgesamt meist günstig ausfällt (SANDELL U.A. 2000). Während dies auf den ersten Blick ein unhaltbar „hinterwäldlerischer“ Einwand zu sein scheint, bestehen zunehmend Hinweise auf eine breite Unzufriedenheit mit dem übertechnologisierten und zergliederten Gesundheitswesen und ein sich entwickelndes Interesse an qualitativen Studien zur sprechenden Medizin (GREENHALGH UND HURWITZ 1998, s. AVDI in dieser Ausgabe), mit denen sich die Psychoanalyse sinnvollerweise verbünden könnte.

## Zusammenfassung: Der „Ort“ psychoanalytischer Psychotherapie

Zusammenfassend lässt sich der psychoanalytische „Ort“ anhand verschiedener allgemeiner Aspekte definieren. Spezielle Merkmale typisieren die verschiedenen Varianten psychoanalytischer Arbeit – sei es „vollständige Psychoanalyse“, ein- oder zweimal wöchentlich stattfindende psychoanalytische Psychotherapie, gruppenanalytische Psychotherapie oder psychoanalytische Psychotherapie für Paare. Die allgemeinen Merkmale umfassen:

1. eine *therapeutische Beziehung* mit den folgenden Eigenschaften:
  - a) Intensität
  - b) Kontingenz insofern, als der Analytiker primär auf die Initiativen des Klienten reagiert anstatt den Ablauf zu initiieren
  - c) als „sichere Basis“, von der aus der Klient den Therapeuten als jemanden sieht, der in der Lage ist, seine Ängste einzudämmen und zu beschwichtigen, wie überwältigend diese auch sein mögen
  - d) in der nach dieser Beschwichtigung Belebung und „gesellige Interaktion“ folgen
  - e) kontinuierliche Selbst-Beobachtung und Selbst-Wiederherstellung.

2. die primäre Aufgabe, *Bedeutung zu schaffen*, wobei der Analytiker und – mit Hilfe des Analytikers – der Klient beginnen, den Sinn problematischer oder symptomatischer Erfahrungen und Verhaltensweisen, von denen der Klient bis dahin nichts ahnte bzw. derer er sich nicht bewusst war, zu erkennen. Die wichtigsten Aspekte bei diesem Prozess der Sinnerkennung sind

- a) freie Assoziation, wobei das „Material“, das durch den Klienten in die Sitzung gebracht wird, nicht vorrangig bezüglich seines manifesten Inhalts, sondern als Hinweis auf die innere Welt des Klienten betrachtet wird
- b) Träume
- c) die therapeutische Beziehung selbst, d.h. Übertragungsgefühle und Inszenierungen, wachgerufen durch den therapeutischen Prozess
- d) implizite Muster der Entwicklungsgeschichte des Klienten, in denen die langfristigen Folgen von Säuglings- und Kindheitstraumata untersucht werden.

3. *therapeutisches Handeln* oder therapeutische Veränderung, herbeigeführt durch das Auslösen von Spannung oder durch eine „ungefährliche Klemme“, die hilft,

- a) die Fähigkeit des Klienten zu fördern, seine eigenen Gefühle und Handlungen und die von anderen „zu mentalisieren“, teils durch Beobachtung der Mentalisierung durch den Analytiker, teils durch gemeinsame Mentalisierung ihrer Interaktionen
- b) unterdrückte, verleugnete und projizierte Affekte oder Teile des Selbst zu re-integrieren, mit einem daraus resultierenden größeren Empfinden für die Wirksamkeit der Lebenskraft und „Echtheit“
- c) die emotionale Artikulierungsfähigkeit einschließlich der Betrauerung und Verarbeitung früherer Verluste und Traumata zu verbessern
- d) Rigidität und übertragungsgesteuerte Wiederholungen durch kreativere, flüssigere zwischenmenschliche und narrative Fähigkeiten zu ersetzen.

Merkmale, die für psychoanalytische Psychotherapie charakteristisch sind, schließen die oben genannten ein, umfassen aber außerdem:

1. Die Anerkennung der *Begrenzungen durch die Realität* von Anfang an ist in Therapien, die nicht öfter als zweimal wöchentlich stattfinden, oft ressourcen-begrenzt, sei es zeitlich oder finanziell. Wie O'NEILL (in dieser Ausgabe) jedoch hervorhebt, wirken drittmittel-finanzierte Therapien oftmals, als könnten sie den Begrenzungen der Realität entgehen; auf die der Klient jedoch zurückgeführt werden muss, wenn Fortschritte erzielt werden sollen;
2. die Arbeit mit außerhalb der Übertragung liegendem Material, insbesondere intimen Beziehungen zu Partnern;
3. theoretischen *Eklektizismus*. Aufgrund des breiten Spektrums verschiedener Kliententypen und Probleme in der psychoanalytischen Psychotherapie wird ein bestimmter Grad an Flexibilität seitens des Therapeuten verlangt. Psychoanalytische Psychotherapeuten müssen ein breites Spektrum psychoanalytischer Perspektiven aufnehmen und sie den Bedürfnissen der Klienten anpassen;

4. die Kenntnis von Beiträgen *verwandter Disziplinen*. KRAEMER (in dieser Ausgabe) zeigt, wie systemische Therapeuten mit ihren Gegenübertragungsgefühlen im Kontext der Familientherapie nutzbringend arbeiten können. Umgekehrt sind systemische und kognitive Komponenten im Repertoire psychoanalytischer Psychotherapeuten zu finden;
5. die Begrüßung von Transparenz und der Notwendigkeit sowohl qualitativer (s. Avdi in dieser Ausgabe) als auch quantitativer *Forschung*, um die Ergebnisse für ihre Klienten zu steuern und zu verbessern;
6. die Akzeptanz der *Phasen des Entwicklungsprozesses des Therapeuten* von anfänglichem naivem Enthusiasmus über „den rechten Weg“ der Ausbildung und das strenge Festhalten an Vorbildern hin zu einem reiferen, entspannteren und kreativeren Integrationsismus.

In Anbetracht dieser Aspekte bleibt zu hoffen, dass der Leser entdecken wird, dass mit dieser Ausgabe eine klare und selbstbewusste Stimme für die psychoanalytische Psychotherapie im heutigen polyphonen psychotherapeutischen Ensemble erklingt.

## Literatur

- Abbass, A.; Sheldon, A., Gyra, J.; Kalpin, A. (2008) Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for DSM-IV Personality Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 196(3): 211-216.
- Allen, J. & P. Fonagy, P. (2006) Eds. *Handbook of Mentalisation-based Treatment*. Chichester: Wiley.
- Allen, J. (2006) Mentalising in practice. In Eds. J. Allen & P. Fonagy. *Handbook of Mentalisation-based Treatment*. Chichester: Wiley.
- Allen, J. (2008) Mentalizing as a Conceptual Bridge from Psychodynamic to Cognitive-Behavioral Therapies. *European Psychotherapy* 8(1): 103-121.
- Aron, L. (2000). Self-reflexivity and the therapeutic action of psychoanalysis. *Psychoanalytical Psychology*, 17, 7667-7690.
- Avdi, E. (2008) Analysing talk in the talking cure: Conversation, discourse, and narrative analysis of psychoanalytic psychotherapy. *European Psychotherapy* 8(1): 69-87.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008) 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *Am J Psychiatry* 165: 631-638.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5-46.
- Balint, M. (1968) *Thrills and Regressions*. London: Tavistock.
- Bion, W. (1970) *Attention and Interpretation*. London: Tavistock.
- Bollas, C. (2007). *The Freudian moment*. London: Karnac.
- Bollas, C. (2008) Projective invitation. *European Psychotherapy* 8(1): 49-52.

- Budd, S. (2008) 'You Mean Me': the use and misuse of transference interpretations'. Lecture given to Psychology Department, University of Exeter.
- Caper, R. (1999). *A mind of one's own*. London: Routledge.
- Castonguay, L & Beutler, L. (2006) *Principles of Therapeutic Change that Work*. Oxford: Oxford University Press.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G. et al. (2001) Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: RCT of outpatient treatments. *Brit. J. Psychiat.* 178 216-21.
- Donnet J-L (2001) From the fundamental rule to the analysing situation. *Int J Psychoanal* 82: 129-40.
- Fonagy, P. & A. Bateman, A. (2008). Attachment, mentalization and borderline personality disorder. *European Psychotherapy* 8(1): 35-47.
- Fonagy, P. & Target, M (2007) The rooting of the mind in the body: new links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55: 412-456.
- Fonagy, P. (2006) The mentalisation-focussed approach to social development. In Eds. J. Allen & P. Fonagy. *Handbook of Mentalisation-based Treatment*. Chichester: Wiley.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Freud, S. (1912) Recommendations for physicians on the psycho-analytic method of treatment. In *Standard Edition*, vol 12, London Hogarth pp 109-120.
- Gabbard, G. (2005). Major modalities: Psychoanalytic/psychodynamic. In G. Gabbard, J. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Oxford Textbook of Psychotherapy* (pp. 3–14). Oxford: Oxford University Press.
- Gabbard, G., Lazar, S., Horngerger, J. & Spiegel, D. (1997) The economic impact of psychotherapy: a review. *Am. J. Psychiat.* 154 147-55.
- Gergely, G., & Watson, J. (1996). The social biofeedback model of parental affect mirroring. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1181–1212.
- Greenhalgh, T and Hurwitz, B. (1998) *Narrative Based Medicine: dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMA Books.
- Guthrie, E. Creed, F., Dawson, D. & Tomenson, B. (1991) A RCT of psychotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 100 450-457.
- Hesse, E. (2008). *The Adult Attachment Interview*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (2nd ed.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Holmes, J. & Lindley, R. (1997) *The Values of Psychotherapy*. 2nd edition. London: Karnac.
- Holmes, J. (2008) *Getting it Together: From Attachment Research to Clinical Practice*. In J. Obegi, J., & E. Berant, Eds., *Clinical Applications of Adult Attachment Theory and Research*. New York.
- Kernberg, O. (1999) Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. *Int. J. Psychoanal.* 80: 1075-1093.
- Klein, M. (1952) The origins of transference. *Int. J. Psychoanal.* 27: 433-438.
- Kraemer, S. (2008) Where did that come from? Countertransference and the Oedipal triangle in family therapy. *European Psychotherapy* 8(1): 141-158.
- Levy, K. (2008) Psychotherapies and Lasting Change *Am J Psychiatry* 165: 556-559.
- Linehan, M., Comtois, K., Murray, A. et al. (2006) Two-year randomised controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiat.* 63, 757-766.
- Mace C. (2008a) *Mindfulness and Mental Health*. London: Routledge.

- Mace, C. (2008b) Mindfulness and the future of psychotherapy. *European Psychotherapy* 8(1): 123-139.
- Malan, D. & Della Selva P. (2006) *Lives Transformed: a revolutionary method of dynamic psychotherapy*. London: Karnac.
- Mallinckrodt, B., Porter, M. J., & Kivlighan, D. M. J. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 85–100.
- McCluskey, U. (2005) *To be Met as a Person*. London: Karnac.
- Milrod, B. et al. (2007) A randomised controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 164: 265-272.
- O'Neill, S. (2008) The Psychotherapy site: towards a differential theory of therapeutic engagement. *European Psychotherapy* 8(1): 53-68.
- Obegi, J., & E. Berant, E. (2008) Eds., *Clinical Applications of Adult Attachment Theory and Research*. New York.
- Ogden, T. (1989). *The matrix of the mind*. Northvale, NJ: Aronson.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2006) *What Works for Whom*. 2nd edition. New York: Guilford.
- Parry, G., Roth, A. & Kerr, I. (2005) Brief and time-limited therapy. In G. Gabbard, J. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Oxford Textbook of Psychotherapy* (pp. 507-522). Oxford: Oxford University Press.
- Rycroft, C. (1985) *Psychoanalysis and Beyond*. London: Chatto.
- Safran, J., & Muran, J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Sandell, R. et al. (2000) Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the STOPP. *Int. J. Psychoanal.* 81 921-42.
- Sandler, J. (1976) Countertransference and role responsiveness. *Int. Rev. Psychoanal.* 3 43-47.
- Seligman, M. (1995) The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. *Am. Psychol.* 50 965-92.
- Shapiro, D. et al. (1994) Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive/behavioural and psychodynamic/interpersonal psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 63 211-36.
- Sharpe, E. F. (1940) Psycho-physical problems revealed in language: an examination of Metaphor. *Int. J. Psychoanal.*, 21: 201-207.
- Steiner, J. (1996) The aim of psychoanalysis in theory and practice. *Int. J. Psychoanal.* 77 1073-1083.
- Stern, D. (1985) *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Tronick, E.Z, & Weinberg, M.K. (1997). Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness, In L. Murray & P. Cooper (Eds.) *Postpartum depression and child development*. New York: The Guilford Press.
- Tuckett, D., Basile, R., Birkstead-Breen, D. et al. (2008) *Psychoanalysis Comparable & Incomparable*. London: Routledge.
- Wallerstein, R. (1990) Psychoanalysis: The Common Ground. *Int. J. Psychoanal.* 71: 3-20.
- Wampold, B. (2001) *The Great Psychotherapy Debate*. New York: Laurence Erlbaum.
- Williams, J., Teasdale, J., Segal, Z. et al. (2000) Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J. Abnormal Psychol.* 109: 150-155.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Penguin.
- Zeal, P. (2008) Listening with many ears. *European Psychotherapy* 8(1): 89-101.

## **Autor**

**Dr Jeremy Holmes MD MRCP FRCPsych BPC**  
Consultant Psychiatrist/psychotherapist Devon  
Professor of Psychological Therapies, University of Exeter.  
EX4 4QG, UK  
e-mail: [j.a.holmes@btinternet.com](mailto:j.a.holmes@btinternet.com)