

3 Psychotherapeutische Veränderung von Schemata

3.1 Allgemeine psychotherapeutische Prinzipien

Obwohl maladaptive interpersonal-affektive Schemata im Allgemeinen als relativ zeitstabil und veränderungsresistent konzeptualisiert werden, besteht doch prinzipiell die Möglichkeit, dass eine Person infolge korrigierender Beziehungserfahrungen im Laufe des Lebens neue Schemata entwickelt oder ihre alten an veränderte Gegebenheiten anpasst: „Schemas may be altered by natural events or by planned interventions as psychotherapy. For example, the number or the complexity of available patterns may increase; the organization of the system may change by subsuming some constructs within others; a different rule may be developed to govern the relationship among the parts of the system; or the individual may learn to discriminate more reasonably between when a schema ‚fits‘ the situation and when it does not.“ (Hartley, 1991, S. 222).

Fragt man sich, welche Ziele im Rahmen psychotherapeutischer Interventionen angestrebt werden sollen, stellt man fest, dass der Beeinflussung von Aspekten interpersonal-affektiver Schemata unabhängig von der jeweiligen Therapieschule stets große Bedeutung beigemessen wird. In der umfassenden Auflistung allgemeiner Psychotherapieziele von Rudolf (2000b) finden wir unter anderem: Vertrauen in andere Menschen, aber auch ein gewisses Ausmaß an Autonomie diesen gegenüber; die Fähigkeit, Nähe zuzulassen, aber auch, sich aggressiv auseinanderzusetzen; das bewusste und differenzierte Erleben eigener Bedürfnisse und Gefühle; die Fähigkeit, unangenehme Affekte auszuhalten; sich verständlich machen können; Empathie für die Gefühle Anderer. Alle genannten Punkte stellen in der einen oder anderen Art und Weise positive Zielvorstellungen im Bereich des interaktiven Verhaltens und des Umgangs mit den eigenen Emotionen dar. Aus einer ganz anderen therapeutischen Richtung – der Verhaltenstherapie – kommt die Vorstellung, Psychotherapie sei vor allem „Entwicklungsstimulation von Schemata“ (Grawe, 1987), die dadurch zustande komme, dass sich der Patient im geschützten Rahmen der Behandlung aktiv mit neuen, ungewohnten Beziehungs- und Gefühlserfahrungen konfrontiere, die seine alterhergebrachten Interaktions- und Erlebensmuster in Frage stellen.

In der einschlägigen Literatur werden einige Wege, auf die interpersonal-affektiven Schemata von Patienten einzuwirken, besonders häufig genannt. Sie sollen im Folgenden kurz referiert werden. Als erstes findet man häufig das Thema der *Bewusstmachung* derjenigen Muster, die die Wahrnehmung und das Verhalten im interpersonellen Bereich steuern: „Eine der wichtigsten Aufgaben der Psychotherapie besteht demnach darin, dass sich der Klient ein zutreffendes Bewusstsein von seinen wichtigsten Schemata erarbeitet“ (Grawe, Donati & Bernauer, 1994, S. 761). Dabei kommt es vor allem auf die Aufdeckung unbewusster *Motivationen* an, die ihren Einfluss auf das Handeln des Patienten ohne dessen Wissen ausüben. Am ehesten kann dies dadurch geschehen, dass man dem Patienten bestimmte eigene Gefühle zugänglich zu machen versucht, die er bisher vermieden hat (Greenberg & Safran, 1989). Durch solche Aufdeckungsarbeit kann der Handlungsspielraum des Patienten erweitert werden: Was zuvor durch Ängste und Hemmungen blockiert war, rückt plötzlich in den Bereich des Möglichen, andere Ziele, an denen verbissen festgehalten wurde, erweisen sich dagegen als unrealistisch. In beiden Fällen befreit die klarere Sicht auf die eigene Bedürfnislage den Patienten jedoch aus einer ungunstigen Verstrickung mit sich selbst, in der es „nicht vor und nicht zurück“ zu gehen schien.

Techniken, mit deren Hilfe man versucht, Patienten einen besseren Zugang zu ihren Gefühlen zu verschaffen, sind zum Beispiel die Zwei-Stühle-Übung in der Gestalt- und das sogenannte Experiencing in der Gesprächstherapie. Greenberg & Safran (1989) stellen, unabhängig von einer konkreten Therapieschule, den therapeutischen Prozess der Fokussierung und Durcharbeitung von Gefühlen schematisch dar: Die Aufmerksamkeit des Patienten wird auf die Anzeichen einer emotionalen Regung gelenkt, die ihm bisher entgangen sind. Dabei kann es sich um eine verkrampfte Haltung, einen Gesichtsausdruck oder eine beschleunigte Atmung handeln. Wenn der Patient abschweift, wird er daran erinnert, sich mit seinem körperlichen Erleben im Hier und Jetzt zu befassen. Dann soll der Patient sein Gefühl zu intensivieren versuchen und es daraufhin symbolisieren, zum Beispiel durch eine sprachliche Benennung. Davon ausgehend kann er schließlich eine Handlungsabsicht formulieren, die sich aus dem Gefühlszustand für ihn ergibt. Bei diesem Aufspüren zuvor übersehener affektiver Reaktionsfragmente und deren Sinnbestimmung vor dem Hintergrund der unmittelbar aktuellen Lebenssituation werden nach Greenberg & Safran einerseits verborgene Bedeutungen aufgedeckt, andererseits aber auch bislang nicht existente neu geschaffen.

Die allmähliche Integration von zuvor als fremd, bedrohlich und unkontrollierbar erlebten inneren Vorgängen ins eigene Selbstkonzept ermöglicht es zugleich auch, wieder mehr Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen (Rudolf, 2000b). Auch eine Sensibilisierung für das eigene *Verhalten* und seine Folgen ist möglich, da viele Patienten ihre Beziehungsmuster zwar immer wieder mit ihren Bezugspersonen inszenieren, dies aber schlicht nicht merken. In solchen Fällen kann Gruppentherapie, mit der Möglichkeit häufiger Rückmeldung über das eigene Verhalten durch viele Andere besonders hilfreich sein.

Neben diesen Versuchen, das Wahrnehmungsspektrum des Patienten zu erweitern, besteht auch die Möglichkeit, durch Interventionen in der Behandlungssituation direkt auf eine *Veränderung* der Schemata des Patienten hinarbeiten. Einige solcher Techniken haben eher den Charakter einer grundsätzlichen Haltung, wenn der Therapeut zum Beispiel einen sich sehr abhängig darstellenden Patienten immer wieder wie beiläufig auf sein Erwachsensein und seine Verantwortlichkeit zurückverweist, andere werden explizit als Übungen deklariert, wie im Falle des sozialen Kompetenztrainings in der Verhaltenstherapie. Grawe, Grawe-Gerber, Heiniger, Ambühl & Caspar (1996) betonen, dass die nachhaltige Veränderung interpersonaler Schemata in der Therapie nur dann möglich sei, wenn eben diese Schemata in der Behandlungssituation aktiviert würden. Nur, wenn der Patient im Kontakt mit dem Therapeuten seine zwischenmenschlichen Wünsche und Befürchtungen hautnah erleben könne, bestehe auch die Möglichkeit, dass er eine „korrigierende Beziehungserfahrung“ mache, nämlich die, dass auch andere Interaktionsmodi möglich seien als die, die er von seinen Eltern oder nahen Bezugspersonen in der Kindheit gewohnt ist.

Mit Bezug auf Weiss & Sampson (1986) nehmen Grawe et al. (a.a.O.) an, dass ein solches Umlernen nach dem Modell der „Beziehungstests“ erfolgt: Der Patient versuche (ganz automatisch, weil schemageleitet), im Kontakt mit dem Therapeuten genau diejenigen interpersonellen Problemkonstellationen herzustellen, in die er auch sonst mit anderen Menschen gerät. Die Aufgabe des Therapeuten bestehe nun gerade darin, eben *nicht* so zu reagieren, wie der Patient es erwartet und kennt, dem „Rollendruck“ also nicht nachzugeben und den Patienten zu entwerten, ignorieren, kränken, unterdrücken. Stattdessen solle er sich zur Wunschkomponente im negativ emotionalen Schema des Patienten „komplementär in Beziehung setzen“, d.h. positiv darauf antworten und sie als berechtigt anerkennen. Ein Beispiel: Ein Patient hat den Wunsch, in seiner Schwäche und Bedürftigkeit anerkannt und gesehen zu werden, und sich beim Therapeuten anzulehnen. Zugleich aber fürchtet er, für genau dieses Bedürfnis beschämt und lächerlich gemacht zu werden. Auf die zaghaften Versuche des Patienten, trotz seiner Angst etwas von seiner Anhänglichkeit zu zeigen, sollte

der Therapeut nun freundlich entgegenkommend antworten und signalisieren, dass die Angst vor Beschämung unbegründet ist. Der „Beziehungstest“ ist dann bestanden, wenn es dem Therapeuten gelingt, den vielen „Einladungen“ des Patienten, sich gemäß seiner Befürchtungen zu verhalten, zu widerstehen und ihn stattdessen in seinem dahinter versteckten Bedürfnis ernst zu nehmen. Solche Umlernprozesse benötigen mitunter lange Zeit und viele Wiederholungen, ehe es zu einer bleibenden Veränderung im Interaktionsstil des Patienten kommt. Die Idee der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ ist jedoch keine Erfindung von Grawe et al., sondern geht auf Alexander & French (1946) zurück. Sie findet sich auch schon in der Behandlungsidee der Psychoanalyse, die Entwicklung einer „Übertragungsneurose“ zu fördern, um diese dann „durchzuarbeiten“ (s.u.), allerdings mit einem stärkeren Fokus auf der Bewusstmachung und Verbalisierung des Geschehens als auf der direkten Interaktion.

3.2 Psychoanalyse

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung von Veränderungsprozessen interpersonal-affektiver Schemata im Verlauf psychoanalytischer Langzeitbehandlungen. Daher soll im Folgenden skizziert werden, mit Hilfe welcher Techniken und Settingvariablen man versucht, solche Veränderungen im Rahmen des psychoanalytischen Therapieverfahrens zu bewirken. Die Darstellung orientiert sich dabei wesentlich an den Arbeiten von Schneider (2000) sowie Heigl-Evers, Heigl & Ott (1994).

Die Begründung der psychoanalytischen Therapie wird heute von den meisten Autoren mit der Veröffentlichung der *Studien über Hysterie* durch Sigmund Freud im Jahre 1895 gleichgesetzt. Manche bevorzugen auch das Datum 1900, das Jahr, in dem die *Traumdeutung* erschien. Die wesentlichen Bestimmungsstücke des Verfahrens wurden seit seiner Begründung relativ unverändert beibehalten. Auch wenn mittlerweile eine ganze Reihe von Modifikationen des Settings vorgeschlagen und klinisch erprobt wurden, wird eine Therapie doch nach wie vor nur dann als Psychoanalyse im engeren Sinne bezeichnet, wenn sie hochfrequent (mindestens dreimal pro Woche), über einen längeren Zeitraum (mehrere Jahre) und auf der Couch liegend durchgeführt wird (wobei das letztere Kriterium in der Vergangenheit noch am meisten relativiert wurde).

Der Patient wird angehalten, die *psychoanalytische Grundregel* zu befolgen. Das bedeutet, dass er alles, was ihm gerade durch den Kopf geht, mitteilen soll, auch wenn es sich dabei um unsinnig erscheinende, schambesetzte oder angstausslösende Gedanken handelt. Durch dieses *freie Assoziieren* soll gewissermaßen die intrapsychische Zensur außer Kraft gesetzt oder zumindest gelockert werden, um den Zugang zu den unbewussten, abgewehrten Konflikten des Patienten zu erleichtern. Der Analytiker, der hinter der Couch sitzt, ist seinerseits bestrebt, sich allen, auch den non- und paraverbalen, Äußerungen des Patienten möglichst vorurteilsfrei, in *gleichschwebender Aufmerksamkeit*, zuzuwenden. Dabei soll er *Neutralität* walten lassen, was bedeutet, dass er etwa gleiche Distanz zu Es, Ich und Über-Ich des Patienten halten soll (eine grundlegende Kenntnis der Freudschen Instanzenlehre sei hier vorausgesetzt), anstatt sich mit einer gegen eine andere zu verbünden.

Das ganze Setting ist darauf angelegt, eine *Regression* auf Seiten des Patienten zu fördern, das heißt, eine relativ ungestörte Zuwendung zu den eigenen inneren Impulsen, Wünschen, Gefühlen und Erinnerungen, auch aus weit zurückliegenden Phasen der eigenen Entwicklung, zu ermöglichen. Vorausgesetzt wird dabei, dass der Patient die Fähigkeit zur *therapeutischen Ich-Spaltung* besitzt. Damit ist gemeint, dass er sich nicht nur auf die auftauchenden Gedanken und Affekte einlassen und sich damit beschäftigen kann, sondern, dass er auch in der Lage ist, sich wieder davon zu distanzieren und eine Beobachterposition einzunehmen, um das Erfahrene kognitiv zu verarbeiten und in sein Selbstkonzept zu integrieren.

Es ist nicht nur unvermeidlich, sondern sogar ein erklärtes Ziel der Psychoanalyse, dass der Patient im Rahmen dieses Prozesses beginnt, Wünsche und Gefühle an der Person des Therapeuten festzumachen – das bereits erwähnte Phänomen der *Übertragung*. Diese wird dadurch gefördert, dass der Therapeut relativ wenig von sich selbst preisgibt, und damit für den Patienten in einer relativen Unbestimmtheit verbleibt. In diesem Zusammenhang wird oft das wenig schmeichelhafte Bild eines Kleiderständers genannt, den der Patient durch das Anbringen bestimmter charakteristischer Kleidungsstücke, der Reihe nach in immer wieder andere Personen, oder besser: Personentypen, verwandelt, die er in seiner Sozialisation kennengelernt hat. Anstatt jedoch auf die auftauchenden Beziehungswünsche und Befürchtungen des Patienten durch Handeln zu reagieren, soll der Therapeut diese *deuten*, das heißt verbalisieren, ihren Sinn explizieren, und sie so dem Patienten zurückmelden. Das Ziel der Therapie besteht ja nicht darin, dem Patienten seine bisher unerfüllten Wünsche zu erfüllen, sondern darin, sie ihm bewusst zu machen, damit er beginnen kann, sie sich außerhalb der Therapie zu erfüllen oder – wenn sie sich als unrealistisch erweisen – darauf zu verzichten. Dies ist das Prinzip der *Abstinenz*. Es umfasst aber nicht nur den Verzicht auf die Befriedigung von Wünschen des Patienten, sondern auch des Therapeuten: Dieser soll sich auf seine Aufgabe des Analysierens beschränken, und nicht der Versuchung erliegen, sich zum Beispiel für den großartigen Retter des Patienten oder für dessen besten Freund zu halten.

Sobald der Patient erkannt hat, dass seine Beziehungserwartungen an den Therapeuten (z.B. „Sie lehnen mich ab“) eben nicht eine tatsächliche Gegebenheit widerspiegeln, sondern auf entsprechenden traumatisierenden Erfahrungen mit den eigenen Eltern oder vergleichbaren Bezugspersonen beruhen, wird er auch anfangen, die Beziehungen zu den anderen Personen seines täglichen Lebens zu hinterfragen und – im günstigsten Falle – in einem anderen Licht zu sehen. Die Erkenntnis, dass „alle anderen eben nicht so sind wie ich glaube“, sondern dass „ich gelernt habe, alle anderen so zu sehen“, soll eine größere Freiheit, die eigenen sozialen Beziehungen zu gestalten, bewirken.

Eine im richtigen Moment gegebene Deutung bewirkt im günstigsten Fall die *Einsicht* des Patienten in einen Teil seiner eigenen, bislang verdrängten Motive und Gefühle. Um therapeutisch wirksam zu werden muss es sich dabei um eine *gefühlsmäßige* Einsicht handeln. Der Patient sollte *spüren* können, vor welcher Erfahrung, welchem Gefühl, welcher Erinnerung er sich bislang gedrückt hat. Es reicht nicht aus, bloß kognitiv darüber zu theoretisieren, was vielleicht der motivationale Hintergrund für ein bestimmtes Verhalten gewesen sein könnte. Eine einmal erlangte Einsicht ist aber auch noch kein Garant für bleibende Veränderungen. Dazu bedarf es eines langwierigen Prozesses, in dem der problematische Bereich des Erlebens und Verhaltens in Beziehungen immer wieder thematisiert, an verschiedenen konkreten Beispielen aus dem Alltag des Patienten illustriert und auf seine Verbindungen zu traumatischen Erfahrungen in der Biographie des Patienten hin untersucht wird. Dieser Prozess wird *Durcharbeiten* genannt: „Durcharbeiten nennt man die psychotherapeutische Arbeit, die Therapeut und Patient gemeinsam aufwenden müssen, um den schwierigen Weg von der Einsicht in unbewusste Bedingungen des eigenen Handelns zu deren Veränderung gehen zu können“ (Rudolf, 2000b, S. 391). Das Aufgeben der eingefahrenen Muster gestaltet sich vor allem deshalb so schwierig, weil Patienten an ihrem lange Jahre erprobten Selbstkonzept hängen. Die Symptomatik oder die interpersonellen Schwierigkeiten stellen eben auch einen Teil der Identität dar, den aufzugeben keine einfache Aufgabe ist. Ein zweiter Grund liegt in der Loyalität und Liebe zu den früheren Bezugspersonen: Die Identifikation mit diesen aufzulösen bedeutet, auch und gerade wenn dem Patienten viel Leid zugefügt wurde, ein schmerzhaftes Abschiednehmen – auch von Hoffnungen auf Wiedergutmachung.

Die Interaktion zwischen Patient und Therapeut wird wesentlich durch die Beziehungsmuster mitbestimmt, die der Patient „mitbringt“. Voraussetzung hierfür ist, dass es dem Therapeuten gelungen ist, sich im Rahmen seiner Ausbildung, insbesondere seiner *Lehranalyse*, über seine eigenen mehr oder weniger neurotischen Reaktionsbereitschaften zumindest soweit klar zu werden, dass diese den Kontakt zum Patienten nicht mehr wesentlich beeinflussen – sicher eine idealistische Forderung, der nie ganz genügt werden kann. Die ursprüngliche Vorstellung, eine Psychoanalyse verlaufe um so besser, je vollständiger es dem Therapeuten gelinge, seine eigenen Reaktionen aus der Behandlung herauszuhalten, hat sich mit der Zeit als kontraproduktiv erwiesen. Mittlerweile versucht man sogar ganz im Gegenteil, sich das, was während der Behandlung im Therapeuten geschieht, die sogenannte *Gegenübertragung*, diagnostisch und therapeutisch zunutze zu machen. So lassen sich nach Rudolf (2000b) eher reife, neurotische Störungen von strukturellen anhand der Gegenübertragungsreaktionen des Behandlers unterscheiden: Bei ersteren überwogen im Erleben des Therapeuten relativ umrissene, wenn auch mitunter heftige und ambivalente Affekte als Widerspiegelungen problematischer Beziehungserfahrungen des Patienten mit konkreten Personen aus seiner Geschichte. Letztere führten eher zu diffusen Gefühlen von Langeweile, Bedrohung oder Verwirrung, da der Patient noch nicht über klar getrennte Repräsentationen seiner Selbst und der Anderen verfüge. Man unterscheidet eine *konkordante* Gegenübertragung, in der der Therapeut diejenigen Gefühle bei sich feststellt, die eigentlich der Patient selbst erleben müsste (die jener aber vielleicht abwehrt), von einer *komplementären*, in der der Therapeut sich gefühlsmäßig als das Gegenüber des Patienten erlebt, also zum Beispiel mit Wut auf die Überheblichkeit desselben reagiert oder mit Mitleid auf dessen Bedürftigkeit.

Fast alles kann zum Gegenstand einer Deutung werden: Wünsche, Ängste, Gefühle, Gedanken. Oft richten sich Deutungen aber auch auf die unvermeidlich auftauchenden *Widerstände* des Patienten gegen bestimmte Einsichten, aber auch gegen die Therapie insgesamt oder sogar gegen die Gesundheit. Da Einsicht im obigen Sinne oft mit schmerzlichen Affekten oder beschämenden Eingeständnissen verbunden ist, wehren sich Patienten – unbewusst, wie man annimmt – gegen die Aufdeckung der Verdrängung ebenso wie sie sich seinerzeit gegen das jetzt Verdrängte selbst gewehrt haben. In einer Umkehrung dieser Reihenfolge soll daher zunächst die Tatsache und die Form des Widerstandes gedeutet werden und erst dann der Inhalt: die verdrängten Wünsche oder Ängste (Dass-Wie-Warum-Was-Regel). Widerstände gegen das Gesundwerden als solches können sich auch aus der Befürchtung ergeben, damit die haltende Beziehung zum Therapeuten zu verlieren, auf Rücksichtnahmen Anderer verzichten zu müssen, die mit der Symptomatik verbunden waren (*Sekundärer Krankheitsgewinn*), oder mit der unmittelbaren sozialen Umgebung, etwa der Familie, in Konflikt zu geraten, die vielleicht auch den einen oder anderen Vorteil vom Leiden des Patienten hatte.

3.3 Psychoanalytische Behandlungsziele

Die Frage, welche Ziele durch eine psychoanalytische Behandlung erreicht werden sollen, wurde von verschiedenen Autoren in jeweils anderen Phasen der analytischen Theorieentwicklung unterschiedlich beantwortet: Freud selbst betrachtete das von ihm entwickelte Verfahren zunächst als Methode zur Beseitigung oder Linderung krankheitswertiger Symptome. Recht bald wurde die Zielsetzung von ihm jedoch erweitert und zunehmend in metapsychologischen Termini gefasst: Vor allem gehe es darum, alle Verdrängungen rückgängig und das bisher Unbewusste durch die Überwindung der Widerstände bewusst zu machen (Freud, 1904). Auch spricht Freud (1923) von einer größeren Freiheit und Stärke des Ich, die es zu erreichen gelte: „Wo Es war, soll Ich werden“ (1933), ist sicher eins der berühmtesten Zitate Freuds in diesem Zusammenhang. Damit meint er eine Zunahme der

Steuerungsfähigkeit im Hinblick auf die eigenen Triebregungen, die es erlaube, besser zwischen den Erfordernissen der Umwelt, den Geboten des eigenen Gewissens und den jeweils aktuellen eigenen Bedürfnissen zu vermitteln.

Sandler & Dreher (1999) haben die Entwicklung der psychoanalytischen Behandlungsziele über die Jahrzehnte hinweg verfolgt und zeigen auf, wie sehr sich diese im Laufe der Zeit gewandelt haben: In den 20er Jahren wurde besonderer Wert auf die Verminderung der Strenge des Über-Ich gelegt, während die Ich-Psychologie der 50er Jahre die Entwicklung der Ichfunktionen, also der strukturellen Voraussetzungen der Anpassung an die innere und äußere Realität, betonte. In den 70ern begann man dann verstärkt, Wert auf die Qualität der Objektbeziehungen zu legen und die Eigenschaften der Selbst- und Objektrepräsentanzen zu untersuchen. Knight (1942) nennt – ohne historische Einordnung – unter anderem folgende Ziele, auf die sich seiner Meinung nach die meisten Analytiker einigen können müssten: Eine größere Triebtoleranz, verbesserte Selbstakzeptanz, relative Freiheit von selbstschädigenden Hemmungen, freies Verfügen über die eigenen aggressiven Energien und konsistente und loyale Beziehungen mit ausgesuchten Bezugspersonen. Auch die Entwicklung der *Selbstanalytischen Funktion*, also der Fähigkeit, die Rolle des Therapeuten nach dem Ende der Behandlung für sich selbst zu übernehmen, wird von verschiedenen Autoren für erstrebenswert gehalten. Neben solchen eher theoretischen Formulierungen finden sich immer wieder auch recht konkrete, beobachtungsnahe Ziele des Funktionierens im Alltag, wie zum Beispiel das einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit oder eines befriedigenden Sexuallebens. Rudolf (2000b) weist jedoch ebenso wie Wallerstein (1965) darauf hin, dass die *Umstrukturierung der Persönlichkeit*, im Sinne der zahlreichen aufgeführten metapsychologischen Formulierungen, Vorrang vor schnellen symptomatischen Verbesserungen habe, da nur dadurch eine Verbesserung der Fähigkeit erreicht werde, auch mit *zukünftigen* Belastungen fertig zu werden und sich vor neuen Symptombildungen zu schützen.

Sandler & Dreher (a.a.O., S. 205) betonen selbst die erhebliche Unterschiedlichkeit der genannten Zielvorstellungen und deren Abhängigkeit von der jeweiligen Phase der analytischen Theoriebildung: „So finden wir das Ziel ‚das Unbewußte bewußt zu machen‘ im Rahmen des Freudschen topischen Modells; ‚wo Es war, soll Ich werden‘ ist eine Formulierung innerhalb seiner Strukturtheorie; ‚eine erhöhte Autonomie des Ichs zu erlangen‘ ist ein Produkt der postfreudianischen Ich-Psychologie; das Erlangen einer größeren ‚Kohärenz des Selbst‘ ist ein von den Selbst-Psychologen vorgeschlagenes Ziel; das ‚Durcharbeiten der depressiven Position‘ oder die Zurücknahme der Projektionen wird von kleinianischen Theoretikern postuliert und so weiter. Diese Unterschiede reflektieren nicht lediglich Unterschiede in der Theoriesprache, sondern können substantielle und sogar unvereinbare Unterschiede in grundlegenden theoretischen Konzeptionen, und somit in den Vorstellungen über die angemessenen Ziele, darstellen“. Aber: „Während die Komplexität der Diskussionen über Ziele zum einen den Reichtum psychoanalytischer Theorie und Praxis bezeugt, deutet sie andererseits auch auf den Mangel an Präzision im Hinblick auf die Konzeptualisierung der Ziele hin“ (S. 207).

Die Lage wird noch dadurch kompliziert, dass die Ziele des Patienten nicht unbedingt deckungsgleich mit denen des Therapeuten sein müssen (Rudolf, 2000b). Auch die Gesellschaft, die zum Beispiel im Wege der Krankenkassenfinanzierung an der Behandlung beteiligt ist, hat bestimmte Zielvorstellungen, die von denen der beiden erstgenannten noch einmal abweichen können (zum Beispiel das einer möglichst kurzen und kostengünstigen Therapie). Zudem ist es eigentlich unerlässlich, für jeden Patienten individuelle Therapieziele zu formulieren, je nach seiner persönlichen Problemsituation (Sandler & Dreher, 1999). Dazu kommt noch, dass sich die Behandlungsziele im Behandlungsverlauf mehrfach verändern können: Ging es etwa zu Beginn noch um die Lösung einer aktuellen konflikthaften

Verstrickung mit dem Partner, rückt nach deren Bearbeitung das allgemeine Thema der Abhängigkeit von anderen Menschen in den Vordergrund, um dann der Beschäftigung mit der eigenen Aggressivität Platz zu machen. Schließlich wird bis heute von einigen Analytikern die Position vertreten, Therapieziele seien per se etwas hinderliches: Die Aufgabe des Analytikers sei das Analysieren an sich, eine eventuelle symptomatische Verbesserung ergebe sich dabei quasi als Nebenprodukt. Ohne hier einem übergroßen therapeutischen Eifer das Wort reden zu wollen, lehne ich diese Haltung klar ab: Bei einer derartigen Haltung ist nämlich jede Psychoanalyse schon dadurch, dass sie durchgeführt wird, ein Erfolg. Die pauschale Ablehnung *jeglicher* Therapieziele entspringt meines Erachtens eher dem Bedürfnis, sich gegen eventuelle Misserfolge zu immunisieren und kann, vor allem, da die Behandlung in der Regel durch eine Gemeinschaft von Krankenversicherten finanziert wird, nicht ernsthaft vertreten werden.

Um vor der dargestellten Komplexität nicht kapitulieren zu müssen, ist es notwendig, sich auf einige wenige allgemeingültige Behandlungsziele zu einigen. Knight (1942) hat daher vorgeschlagen, sich auf die folgenden fünf Ziele zu konzentrieren:

- Eine Reduktion der Symptome, derentwegen der Patient die Therapie aufgesucht hat
- Eine höhere Produktivität in der Arbeit, durch eine gelungenere Sublimierung aggressiver Energien in derselben
- Ein angepassteres und erfüllteres Sexualleben
- Verbesserte, weniger ambivalente, stabile und loyale zwischenmenschliche Beziehungen
- Genug Einsicht in das eigene psychische Funktionieren, um zukünftigen Belastungen standhalten zu können

Vor allem der vierte Punkt verdient für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit Beachtung. Wie bereits ausgeführt wurde, wird der Beeinflussung des Erlebens und Verhaltens in inter-personalen Beziehungen von den meisten Therapierichtungen eine herausragende Bedeutung zuerkannt. Dies gilt in besonderem Maße für die Psychoanalyse, die im Wege der Durcharbeitung der Übertragung (s.o.) *vor allem* auf dieses Ziel hinarbeitet. Fischer (1995) stellt fest, „...daß die psychoanalytische Langzeittherapie wesentlich durch die Reorganisation zentraler dysfunktionaler Beziehungsschemata (Muster pathologischer Objektbeziehungen) gekennzeichnet ist“ (S. 214). Dazu gehört insbesondere auch der Versuch, dem Patienten ein breiteres Spektrum affektiver Erfahrungen zugänglich, und damit sein Beziehungserleben reichhaltiger zu machen, damit er sich in seinem Verhalten Anderen gegenüber stärker an seinen eigenen Interessen ausrichten kann: „Insgesamt aber ist für psychodynamische Therapien Emotionalität neben der therapeutischen Beziehung der Dreh- und Angelpunkt der Behandlung“ (Rudolf, 2000b, S. 123). Die meisten der bislang aufgeführten Therapieziele lassen sich denn auch am besten anhand von Indikatoren des zwischenmenschlichen Verhaltens, des affektiven Erlebens und des Umgangs mit der eigenen Person operationalisieren – wie dies in der vorliegenden Arbeit geschah, ist Gegenstand des Methodenteils.

Die Frage nach den Behandlungszielen steht der Frage, wann eine Psychoanalyse beendet werden sollte, sehr nahe. In seinem Aufsatz *Die endliche und die unendliche Analyse* nannte Freud (1937) als Kriterien für die Beendigung der Therapie, dass entweder eine umfassende symptomatische Besserung ohne die Gefahr eines Rückfalls eingetreten sein müsse, oder dass von einer weiteren Behandlung keine Fortschritte mehr zu erwarten seien. Freud schwankte Zeit seines Lebens zwischen einer recht optimistischen Sicht auf die therapeutischen

Möglichkeiten der Analyse und einer eher pessimistischen Position (Sandler & Dreher, 1999). Im genannten Aufsatz hat er sich bereits eine eher realistisch-abgeklärte Haltung zu eigen gemacht: „Die Analyse soll die für die Ichfunktionen günstigsten psychologischen Bedingungen herstellen; damit wäre ihre Aufgabe erledigt“ (S. 96). In der Literatur findet sich allerdings auch immer wieder die Annahme einer sogenannten *Nachanalytischen Besserung*, also die Vorstellung, dass sich die Verbesserung des psychischen Funktionierens auch nach dem Ende der Therapie noch fortsetze.

Ziel der Analyse ist nicht das Produzieren restlos geläuterter, komplett unneurotischer Menschen. Die Festlegung auf konkrete Zielvorstellungen, die sich an dem orientieren, was den Patienten am meisten in seinem täglichen Leben behindert, beugt gleichzeitig dem Entstehen überhöhter Erwartungen an das, was die Analyse leisten kann, vor. Knight (1942) karriert den Idealismus, der sich auch in der Diskussion psychoanalytischer Therapieziele immer wieder findet, mit folgenden Worten: „One might as well expect that psychoanalysis would also cure his freckles, his bad golf swing or his aversion to turnips. No, the patient will remain essentially the same person after the best analysis – rid of his disabling symptoms, perhaps, or able to handle what ones are still left, more adaptable, more productive, happier in his relationships, but still the same person as to native endowment, appearance and basic temperament“ (S. 437).

Ob die Psychoanalyse die Ziele, die sie sich selbst gesteckt hat, auch erreicht, ist seit Jahrzehnten Gegenstand intensiver Forschungsbemühungen. Das Interesse am Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit des Verfahrens hat sich in letzter Zeit noch einmal deutlich intensiviert, was vor allem auf den Trend zur *Evidence-Based-Medicine* zurückzuführen ist: In Zeiten knapper Kassen gerät auch die Psychoanalyse zunehmend unter Druck, zu beweisen, dass ihre oft langen und kostenträchtigen Behandlungen auch die erwünschten Ergebnisse zeitigen. Einen Überblick über die Ergebnisse bisheriger psychoanalytischer Therapieforschung zu geben, würde den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen. Ich verweise stattdessen auf das Open-Door-Review der International Psychoanalytical Association (Fonagy et al., 2001). Neuere und weithin beachtete Arbeiten zu diesem Thema haben Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüter & Beutel (2001) sowie Sandell, Blomberg, Lazar, Carlsson, Broberg & Schubert (2001) vorgelegt.