

PRAXIS DER ANALYTISCHEN THERAPIE BEI ANGSTSTÖRUNGEN

PRACTICE OF PSYCHOANALYTIC THERAPY IN ANXIETY DISORDERS

Regine Scherer-Renner

Zusammenfassung

Das Sozialgesetzbuch verpflichtet Psychotherapeuten in der ambulanten Praxis zum internen Qualitätsmanagement (Sulz, 2001). Qualität wird definiert als optimale Versorgung psychisch kranker Menschen nach dem jeweils neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis unter Beachtung der besonderen Eigenarten und Ziele sowie behandlungsbezogener Vorstellungen der einzelnen Persönlichkeit (Maß, 1997). Was ist derzeit der neueste Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der psychoanalytischen Praxis? Nach welchen Leitlinien sollen sich Psychotherapeuten richten, wenn innerhalb des Fachgebiets Uneinigkeit besteht, wie sie beispielhaft an der Kontroverse von André Green und Daniel Stern bezüglich der Relevanz bzw. Irrelevanz der Kleinkindforschung für die Psychotherapie deutlich wird? Soll die "Spezifität der Psychoanalyse" bewahrt werden im Sinne Greens "konzeptioneller Apartheid" (Dornes, 2002), oder soll ein interdisziplinärer Austausch mit der Bindungs-, der Kleinkind- und der Hirnforschung intensiviert werden, wie manche Autoren (Heigl-Evers, Dornes, Strauß, Storch) es empfehlen? Wie können die Erkenntnisse dieser Disziplinen in der Psychotherapie umgesetzt werden, ohne dass die "Spezifität der Psychoanalyse" verloren geht? Durch diesen Konflikt verstärkt sich die altergebrachte Angst "Wie arbeite ich analytisch richtig?" - vor allem im Weiterbildungsbereich. In der ursprünglichen psychotherapeutischen Praxis Freuds und seiner Schüler sind deutende und stützende Technik verbunden, während die so genannte "klassische Psychoanalyse" der nordamerikanischen Ich-Psychologie der 50er Jahre "Auflösung der Übertragung durch reine Deutung", "strikte technische Neutralität" und "maximale Entfaltung der Übertragungsneurose" zum behandlingstechnischen Ideal der freudianischen Psychoanalyse erhebt. Am Beispiel von Patienten mit Angststörungen wird überlegt, inwieweit die Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der Bindungs-, Kleinkind- und Hirnforschung zu einer Wiederannäherung an das frühe behandlingstechnische Verständnis der Psychoanalyse führt.

Schlüsselwörter

Bindungsforschung - Hirnforschung - Kleinkindforschung - interdisziplinärer Austausch - Auswirkung auf die analytische Praxis - Angststörungen - Angst in der Weiterbildung

Summary

According to the German Code of Social Law, psychotherapists working with outpatients are required to undertake internal quality checks (Sulz, 2002). Quality is defined here as the provision of optimum treatment to mentally ill patients in accordance with the current status of scientific knowledge; and the observance of certain aims and features and treatment-related notions of individual personality (Maß, 1997). So, what is the current status of scientific knowledge in psychoanalytical practice? What guidelines should psychotherapists follow when differences of opinion exist within a specialist area, such as in the controversy involving André Green and Daniel Stern and the relevance/non relevance of infant research in psychotherapy? Should the "specificity of psychoanalysis" be preserved, in the sense of Green's "conceptual apartheid" (Dornes, 2002), or should the exchange between attachment-, brain- and infant research disciplines be intensified, as many authors (Heigl-Evers, Dornes, Strauß, Storch) have recommended? How could findings in these disciplines be applied to psychotherapy, without compromising the "specificity of psychoanalysis"? The traditional fear "how can I correctly work analytically?" has been intensified by this conflict, particularly within the career development area.

In Freud's original psychotherapeutic practice, and that of his students, interpreting and sustaining methods were connected, whereas the so-called "classical psychoanalysis" of the North American ego-psychology of the 1950s raised "the transcendence of transference through pure interpretation", "strict technical neutrality" and "the maximum development of transference neurosis" to the therapeutic ideal of Freudian psychoanalysis.

Using patients with anxiety disorders as an example, I will consider the extent to which the analysis of findings from attachment-, brain- and infant research lead us back to the earlier understanding of therapeutic methodology in psychoanalysis.

Keywords

Attachment research - brain research - infant research - interdisciplinary exchange - effect on analytical practice- anxiety disorders - career development anxiety

Vorbemerkungen

Der Konflikt zwischen "konzeptioneller Apartheid und interdisziplinärem Austausch"

Ein zentrales Argument von Green (2000) ist: Die Psychoanalyse ist keine Wissenschaft, und wenn sie versucht, eine zu werden, verrät sie das Beste, was sie hat, ihre Spezifität, nämlich "die Erforschung der Subtilitäten des Austausches von Worten" (Freud, 1916-17, S.9) zwischen Analytiker und Patient, die empirisch nicht erforscht werden können, ohne sie bis zur Unkenntlichkeit zu entstellen, zu banalisieren und zu trivialisieren. Green befürchtet, dass die Psychoanalyse als eine einzigartige Weise, über das unbewusste Funktionieren des menschlichen Geistes nachzudenken, unter die Räder einer diese Einzigartigkeit nivellierenden oder ignorierenden Forschung gerät (Dornes, 2002). Green vermutet, dass durch die mit dem Prozess der Aufzeichnung von Daten einhergehende Transformation unvermeidliche Artefakte erzeugt werden. Zur Überprüfung bleibt das Nachdenken, die freie Assoziation und die kollegiale Diskussion. Als Protagonist der Gruppierung, die den "Blick über den eigenen Tellerrand" mit Überfremdung verbindet, verspricht sich Green von der Kleinkindforschung und der Bindungsforschung keinen wesentlichen Beitrag zur psychoanalytischen Erfahrung. Konzepte dürfen nur dem analytischen Setting entsprechend und nicht von Studien der Entwicklung her geändert werden. Dornes bezichtigt Green der "konzeptionellen Apartheid" und kritisiert seine überhebliche Haltung, für sich zu beanspruchen, dass sein Verständnis von Psychoanalyse das einzig Richtige sei - wo doch schon Freud zu Lebzeiten vierzehn sich zum Teil widersprechende Definitionen dessen gegeben habe, was Psychoanalyse ist (zusammengestellt bei Kutter, 1989, S. 84 f).

Die Vorstellung von der Existenz der idealen (einzig richtigen) Standardanalyse, die in der Psychoanalyse nach wie vor relevant ist, unterzieht Trauth (2002) u.a. einer historischen Hinterfragung, die sehr hilfreich ist, Entwicklungskonzepte dieser Begriffsbildung besser zu verstehen. Während in der Psychoanalyse Freuds und seiner Schüler in der psychotherapeutischen Praxis deutende und stützende Techniken verbunden sind, erhebt die so genannte "klassische Psychoanalyse" der nordamerikanischen Ich-Psychologie der 50er Jahre die "Auflösung der Übertragung durch reine Deutung", "strikte technische Neutralität" und "maximale Entfaltung der Übertragungsneurose" zum handlungstechnischen Ideal. Demzufolge ist nach Eissler (1958) der ideale Patient jener, der einer reinen Deutung zugänglich ist, und der ideale Analytiker jener, dessen Person ideal zum analytischen Prozess passt und dessen Person nicht auftaucht. Die Psychoanalyse wird als ideale Standardtechnik von Variationen abgegrenzt. Historisch gesehen kann die Entstehung dieses Essenz-Modells als Reaktion auf das Aufkommen psychoanalytisch begründeter Psychotherapien in den USA der 40er Jahre (Alexander und French, Fromm-Reichmann, Moreno, Rogers, Rank, Stekel) verstanden werden, um die eigentliche Psychoanalyse abzugrenzen und zu retten (Will, 1999). Die verschärfte Definition der Psychoanalyse und die sich daraus ergebende Ausgrenzung von psychoanalytischer und supportiver Psychotherapie ("Kupfer der Unterstützung") konnten sich nach

Trauth durchsetzen, weil sie nicht nur "fälschlicherweise und vehement die Identität mit der Freud'schen Lehre" vorgaben, woraus sie ihre "autoritäre Kraft und normative Gültigkeit" ableiteten (Will), sondern sie fanden auch dadurch Behauptung, dass der Versuch, strukturelle vorödpale Störungen theoretisch zu erfassen, aufgrund der beibehaltenen fragwürdigen trieb- und metapsychologischen Fundierung der Psychoanalyse nicht innerhalb eines Konzeptrahmens möglich wurde (Trauth, 1997). Somit erschien die Abgrenzung der Psychoanalyse von stützenden Therapien (mit komplementärer Theorie- und Begriffsbildung) als akzeptabel und die Freud'sche (1926) handlungstechnische Trias "Deutungskunst", "Bekämpfung der Widerstände" und "Handhabung der Übertragung" geriet in Vergessenheit.

Der Einfluss der sog. "klassischen" Psychoanalyse auf die heutige Psychoanalyse und ihre Behandlungstechnik ist nach Trauth unverkennbar. So beruft sich auch Kernberg (1993, 1999) bei der Kennzeichnung der wesentlichen Eigenschaften der psychoanalytischen Methode auf die sog. klassische Trias (Gill, 1954), die er dann in seinen Ausführungen allerdings abmildert, dies z.B. durch Weglassen der Eigenschaften "reine" (Deutung), "Maximierung" (der Übertragungsneurose), "strikte" (Neutralität). (Die Freud'sche Trias ist jedoch eine grundsätzlich andere und macht eine Unterscheidung zwischen Psychoanalyse und psychoanalytischer Psychotherapie/supportiver Psychotherapie nicht notwendig.) Auch wenn Kernberg darauf verweist, dass alle drei Behandlungsweisen auf einer übergeordneten Theorie der unbewussten Motivation beruhen und die Technik der Psychoanalyse und der psychoanalytischen Psychotherapie im Wesentlichen identisch nennt ("Sie unterscheiden sich durch quantitative Modifikationen, die ein anderes Gewicht und technisches Vorgehen schaffen") und Kernberg zudem die analytisch fundierte supportive Psychotherapie als einen wichtigen Teil der zukünftigen analytischen Ausbildung hervorhebt, kommt er nicht umhin, über die getrennten Behandlungsweisen zu schreiben: "Sie vermengen nicht das Gold der Psychoanalyse mit dem Kupfer der Unterstützung" (1999). Allerdings kam Kernberg bereits 1993 in seinem Überblicksartikel über die Konvergenzen und Divergenzen in der gegenwärtigen Technik zu dem Schluss, dass die gegenseitige Annäherung der verschiedenen Ansätze heute die Definition einer grundlegenden Technik ermöglicht (zit. n. Will, 1999). Nach wie vor bleibt nach Trauth offen, die klinische Theorie der Psychoanalyse jenseits einer wissenschaftlich überholten Trieb- und Metapsychologie zu begründen.

Die klassischen Parameter der analytischen Behandlungstechnik und der Parameter der therapeutischen Beziehung

Die Erkenntnisse der Kleinkind-, Bindungs- und Hirnforschung erfordern eine kritische Auseinandersetzung mit den Parametern Deutung, Übertragungsanalyse und technische Neutralität, die als entscheidend für die psychoanalytische Methode gelten. Aufgrund der viel höheren Kompetenz im Wahrnehmen und Fühlen des Säuglings als bisher angenommen bezweifelt die Kleinkindforschung das Gegebensein einer autistischen Phase in den ersten vier Lebenswochen. Während die traditionelle Psychoanalyse von der Entwicklung einer Symbiose ab der vierten bis sechsten Lebenswoche ausgeht mit Nicht-Differen-

zierung von Selbst und Objekt, vertritt die Kleinkindforschung die Anschauung, dass es keine symbiotische Phase gibt, dass Selbst und Objekt von Anfang an unterschieden sind und von Geburt an ganzheitliche Selbst- und Objekterfahrung bestehen. Ähnlich wie die Bindungsforschung geht die Kleinkindforschung von einem primären Bedürfnis nach Intersubjektivität und Interesse an der äußeren Realität aus. Die Affekte sind die ersten Formen von Bewusstsein und nicht die Phantasien. Bis etwa zum sechsten Lebensmonat sind die Affekte in sensomotorischer Form vorherrschend. Sie werden aufgezeichnet in präsymbolischer, psychobiologischer Form in Arealen des impliziten Gedächtnisses.

Während in der orthodoxen Technikauffassung die Beziehung kein Parameter ist oder sogar für schädlich gehalten wird (im Vergleich zur technischen Neutralität), geben Forscher und Therapeuten, die im Austausch mit den drei genannten Disziplinen stehen, der therapeutischen Beziehung eine "spezifische kurative Bedeutung, die über die Herstellung einer Basis für die Behandlungstechnik hinausgeht" (Benecke et al., 2001). Historische Forscher stellen fest (zit. n. Trauth, 2002), dass bei Freud und seinen Schülern der 20/30er Jahre der Begriff "Neutralität" nicht vorkommt und dass sich Freud nur in 6 von 43 Fällen nach diesem Prinzip verhält. Freud verwendet auch nicht den Begriff der "reinen Deutung"; nirgends steht, dass Deutung das alleinige Vorgehen zur Auflösung von Übertragung ist. Freud postuliert vielmehr ein "aktives Moment". Stern et al. (2002) sprechen von "etwas mehr" als Deutung. Sie meinen damit *nicht deutende Mechanismen* in der psychoanalytischen Therapie, intersubjektive Momente zwischen Patient und Analytiker. "Momente der Begegnung" schaffen neue Organisationen zwischen den interagierenden Personen, welche die therapeutische Beziehung und das implizite Wissen des Patienten über seine Art, mit anderen zu sein, verändern können. "Berichte ehemaliger Patienten lassen vermuten, dass die meisten von ihnen nach Abschluss einer erfolgreichen Behandlung zwei verschiedene Kategorien zentraler Ereignisse erinnern, die sie ihrer Meinung nach verändert haben, nämlich zum einen die entscheidenden Deutungen, die ihre intrapsychische Landschaft umgestalteten, und zum anderen spezifische "now moments", in denen sie eine persönliche, authentische Verbindung zum Therapeuten erlebten. Solche Berichte legen nahe, dass viele Therapien nicht aufgrund unzutreffender oder nicht angenommener Deutungen scheitern oder beendet werden, sondern weil jene Augenblicke, in denen eine bedeutsame Verbindung zwischen den beiden Beteiligten hätte hergestellt werden können, ungenutzt vorübergingen (Stern et al., 2002).

An einer **Fallvignette** will ich zeigen, wie ich 1979 erstmals von einem Patienten herausgefordert wurde, die traditionelle Behandlungstechnik zu hinterfragen. Der Patient zwang mich zu Modifikationen, die ich theoretisch erst nach dem Besuch eines von Stern geleiteten Workshop in den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts in vollem Umfang verstand. Der 24-jährige Patient wird mir vom Ausbildungsleiter eines psychoanalytischen Instituts zu einer analytischen Therapie vermittelt. Der Patient hat Angst vor Menschen und kann in seinem bisherigen Leben keine sozialen Kontakte eingehen.

Vor kurzem hat er sein Studium abgebrochen und ist dadurch noch einsamer geworden. Er ist Einzelkind. Seine Mutter ist kurz nach seiner Geburt an einer bipolaren Psychose erkrankt. Depressive und manische Phasen wechseln sich atemlos ab, so dass eine fast durchgängige stationäre psychiatrische Unterbringung der Mutter das Aufwachsen des Patienten begleitet. Der Vater, ein Berufsoffizier, zeigt paranoide Züge. Eine Aussage, die sich seinem Sohn besonders einprägt: "Was ist der Mensch? Der Mensch ist ein Sammelsurium von sieben ekelhaften Ausscheidungen", charakterisiert seine negativistische Haltung zu sich selbst und zu anderen, mit der sich der Sohn auch identifiziert hat.

In Absprache mit dem Supervisor arbeiten wir in einem Couch-Setting mit drei Wochenstunden. Trotz meiner Bemühung, das gelernte Instrumentarium, insbesondere die Deutung, gut anzuwenden und auf die Übertragungsentwicklung zu achten, fühle ich mich zunehmend unbehaglich. Ich habe das Gefühl, dass sich zwischen dem Patienten und mir kein richtiger Kontakt einstellt. Glücklicherweise kommt mir der Patient mit folgenden Worten zu Hilfe: "Strengen Sie sich doch bitte nicht so an, denn ich höre sowieso nicht auf das, was Sie sagen. Trotzdem sind diese Stunden für mich eine Oase in der Wüste. Was mir hier gut tut, kann ich Ihnen sagen: Es ist der Klang Ihrer Stimme, das Licht im Raum und die Noppen Ihres Wandteppichs, die ich gerne berühre." Einige Zeit später bringt der Patient eine Tafel Schokolade mit und kündigt an: "Heute möchte ich mit Ihnen nur Schokolade essen." Er legt die ausgepackte Schokolade auf die Couch, bricht sie in kleine Stücke und teilt sie wechselseitig auf – ein Stück für mich, ein Stück für ihn – wie es Kleinkinder am Beginn des zweiten Lebensjahres machen.

Die Bedeutung dieses Verlaufs mit vielen ähnlichen Modifikationen zum herkömmlichen Procedere brachten mich damals oft in Konflikt mit der psychoanalytischen Theorie. Die eigentliche Bedeutung dieses Verlaufs erschließt sich mir erst nach meiner Auseinandersetzung mit der Kleinkindforschung: Der Patient, dem die frühen interaktiven Erfahrungen mit seiner Mutter abgehen, gestaltet mit mir Beziehung auf einer sensomotorischen affektiven Ebene. Es geht um Wahrnehmungs-Affekt-Handlungsmuster, wie sie Dornes (1993) beschreibt, und um die RIGs (Representation of Interaction Generalized, Deutsch: generalisierte Interaktionsrepräsentanzen) entsprechend Sterns Konzept (1985). Nachträglich bin ich froh, dass ich mich auf die "Momente der Begegnung" eingelassen habe. Ich glaube, sie haben dazu beigetragen, dass sich eine tragfähige basale therapeutische Beziehung entwickeln konnte. Die Therapie dauert vier Jahre, wobei in einem späteren Abschnitt auch Deutungsarbeit und Übertragungsanalyse möglich sind. Während der Therapie sterben beide Eltern, und der Patient muss viel Schweres bewältigen. Er kann dennoch sein Studium der Geologie abschließen, findet eine gute Anstellung und kann nach Beendigung der Kassenleistung den letzten Therapieabschnitt selbst finanzieren. Nach Abschluss der Behandlung höre ich noch einmal von ihm: Er schreibt mir von einem Forschungsschiff aus der Antarktis, er habe eine Freundin gefunden und wolle mit ihr nach seiner Rückkehr zusammenziehen.

Dass es in der Psychoanalyse nach wie vor sehr divergente Auffassungen zur Behandlungstechnik gibt, habe ich erlebt, als ich diese Therapie bei einem Seminar über Säuglingsforschung (1994 und 2001) darlegte. Einige Analytiker/innen kritisierten mein Vorgehen als unanalytisches Agieren.

Benecke et al. (2002) meinen, dass eine solche differenzielle Indikation innerhalb eines Verfahrens die Kenntnis der dominierenden Modelle von Beziehungen von Patienten voraussetze. Im psychoanalytischen Umfeld hat sich eine Typologie bewährt, die Beziehungen danach unterscheidet, ob sie unter Rückgriff auf selbstreflexive Funktionen gestaltet werden oder nicht (Krause, 1997; Fonagy et. Al, 1998).

Die meisten Behandlungsschritte in diesem Beziehungsrahmen sind wohl als eine Form der Nachreifung anzusehen, die sehr oft wiederholt werden muss, ehe sie von Dauer sein kann. Die psychoanalytische Behandlung von Neurosen, die unbewusst gewordene Konflikte zur Grundlage haben, versucht, diese schon entwickelte, aber durch die Abwehr verloren gegangene innere repräsentationale Welt deutend zurückzugewinnen. In diesem Rahmen sind authentische Antworten nicht zu gebrauchen. Sie sind, wenn sie trotzdem auftauchen, meist der Niederschlag einer agierten Gegenübertragung (Krause, 2001). Sicherlich hat es sich in der oben erwähnten Fallvignette um einen Patienten gehandelt mit einer strukturellen Beeinträchtigung. Stern et al. (2002) begrenzen jedoch die *nicht deutenden Mechanismen*, die persönliche, authentische Begegnung zwischen Patient und Therapeut, nicht entsprechend einer Typologie. Die Frage ist, ob es nicht in Behandlungen von Patienten mit neurotischem Strukturniveau ebenfalls "Momente der Begegnung" gibt, die als Schlüsselerlebnisse und nicht als agierte Gegenübertragung erlebt werden.

Fallvignette zur Illustrierung dieser Fragestellung:

Eine bei Behandlungsbeginn 48-jährige Patientin kommt mit einer ängstlich-depressiven Symptomatik auf neurotischem Strukturniveau zu einer psychoanalytischen Therapie.

Sie ist das jüngste von fünf Kindern einer wohlhabenden, kultivierten Familie. Die Mutter wird als kühl und streng geschildert. Sie widmet sich lieber ihren intellektuellen und gesellschaftlichen Interessen als dem Haushalt und den Kindern. Sie fordert von den Töchtern viel Mithilfe im Haus und Höchstleistungen im schulischen Bereich. Da die Patientin nur eine mittelmäßige Schülerin ist, wird sie von ihrer Mutter oft herabgesetzt. Es gibt keine Anerkennung für gut erfüllte Aufgaben, weder im emotionalen noch im materiellen Sinn. Bereits kleine Verfehlungen ziehen martialische Strafen nach sich, wie z. B. stundenlanges Einsperren im dunklen Keller oder kalte Duschen in der Badewanne. Als die Patientin heiratet und selber drei Kinder hat, will sie es anders machen als ihre Mutter. Sie wird zur aufopferungsvollen, überfürsorglichen Mutter. Der Ehemann – "Erbe der Mutterbeziehung" – ist ein hochintelligenter, aber gefühlskalter, extrem geiziger Mensch. In 25 Ehejahren erhält sie von ihm kein einziges Geschenk, keine liebevolle Geste. Er verachtet sie für ihre Dienstleistungen, einmal sagt er zu den Töchtern in Anwesenheit von Freunden: "Wir brauchen keine Putzfrau, wir haben unsere Mutter." Die Töchter identifizieren sich mit der Haltung des Vaters, seiner Egozentrik und Entwertung der

Mutter. In einem neurotischen Circulus vitiosus versucht die Patientin durch intensivierete Bemühungen doch noch Anerkennung und Zuneigung zu finden. Wut und Trauer wehrt sie hauptsächlich durch Somatisierung ab. Viele psychosomatische Symptome (Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Hautausschläge) führen sie stattdessen in die "Fürsorge" verschiedener Fachärzte.

Die Psychoanalyse mit drei Wochenstunden verläuft überwiegend im Sinne der klassischen Standards. Die Patientin ist eine produktive Träumerin, sie ist Deutungen sehr gut zugänglich und zeigt sich begabt, zunehmend selber aktiv zu sein im analytischen Prozess. Die Übertragungsanalyse nimmt großen Raum ein und verdichtet sich im dritten Jahr der Behandlung zur Übertragungsneurose. An ihrem 50. Geburtstag kommt die Patientin sehr traurig zu ihrer Stunde und weint verzweifelt. Alle Familienmitglieder haben ihren Geburtstag völlig übergangen. Die Patientin tut mir sehr leid, und ich gebe ihr spontan ein kleines Geschenk. Bei Therapieende beurteilt die Patientin in ihrem abschließenden Resümee die analytische Arbeit als sehr hilfreich für sich und ihre Angehörigen. Zu meiner Überraschung hebt sie jedoch die – einmalig gebliebene Aktivität (das Geschenk) – als entscheidende Wende hervor, die eine positive Veränderung bei ihr einleitet. Es dürfte sich hier im Sinne von Stern um ein Schlüsselerlebnis handeln.

Neurowissenschaftliche Forschung hat das Potenzial, als integrierende Basis zwischen den unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen zu fungieren (Storch, 2002). Aus neurowissenschaftlicher Sicht besteht der psychische Apparat aus hauptsächlich unbewusstem Wissen, das zur Verhaltenssteuerung des Individuums eingesetzt wird, um dessen Wohlbefinden zu sichern. Neurotisches Verhalten beruht auf einer Wissensstruktur, die dem Gehirn für die Aufgabe keine optimalen Grundlagen liefert. Koukou und Lehmann (1998a, S. 287) sehen diese neurowissenschaftliche Sichtweise als Alternative zum psychoanalytischen Konfliktmodell. Die Pathogenese der Neurose wird nicht durch Konflikte zwischen Trieben und Sozialisation erklärt, sondern durch die Qualität des Wissens, welches das Individuum aus seinen Interaktionen mit alterswichtigen sozialen Reaktionen erwirbt.

Der Psychotherapeut hätte also nach dieser Auffassung vorwiegend die Aufgabe, dem Patienten zu helfen, für das Wohlbefinden optimales Wissen zu erwerben, maladaptives zu verabschieden. Auch durch diese Sichtweise gewinnt die therapeutische Beziehung an Gewicht.

Zum Problem der Angst in der analytischen Theorie

Intrapsychische Konflikte versus reale Gefahren und reale Trennungen

Angst gehört zu den basalen menschlichen Affekten, die von bestimmten Objekten hervorgerufen werden, in denen wir ihre Ursache zu erkennen glauben. Die Klinik der Angst scheint die Struktur der alltäglichen Erfahrung zu bestätigen, wenn etwa Freud die zunächst unerklärliche Pferdephobie des "kleinen Hans" auf dessen Angst vor seinem Vater zurückführt. Freud erkennt in der Pferdephobie des "kleinen Hans" einen

Schutzbau gegen die Kastrationsangst, die für Hans wirklich von seinem Vater ausging. Für Freud verbirgt sich dahinter die von Hans auf die Mutter gerichtete Libido, die nach der Verdrängung nicht konvertiert, sondern als Angst frei wird: "die Tatsache ist die des Umschlags der sexuellen Erregung in die Angst". Freud glaubt zunächst, dass er mit dieser Formel das Geheimnis der Angst gelöst hätte: Die Angst ist entbundene Libido, das Resultat der Verdrängung einer libidinös besetzten Vorstellung. Die Angst entsteht dann aus einem Objektverlust. Sie ist zunächst objektlos und muss sich dann ein Objekt suchen, an das sie sich heften kann, um so das verlorene Liebesobjekt durch ein Angstobjekt zu ersetzen. Die Ursache der Angst ist dann nicht im Objekt (dem Vater oder dem Pferd), sondern im Subjekt zu suchen. Vor dem Hintergrund der analytischen Erkenntnis muss dann der Versuch, die Ursache der Angst im Objekt dingfest zu machen, als eine rationalisierende Projektion verstanden werden, die dazu dient, uns vor den Ängsten zu schützen, die uns aus unserem Inneren bedrohen.

Während Freud 1920 noch eines der bedeutendsten Resultate der psychologischen Forschung in der Hypothese sieht, dass neurotische Angst ein Umwandlungsprodukt verdrängter ödipaler Libido sei, revidiert er 1926 seine erste Angsttheorie. In Hemmung, Symptom und Angst versucht er zu beantworten, woher die Angst dann rührt. In der neuen Angsttheorie erklärt er sie als Reaktion auf einen Zustand realer Gefahr. Die Gefahr kommt von der sich wiederholenden Erfahrung des Verlusts eines ursprünglichen Objektes. So kann Freud mit der zweiten Angsttheorie auch die präödipalen Ängste erklären. "Je früher sich prägende Erfahrungen im Umgang mit der Angst ins Gehirn eingegraben haben, desto besser sitzen sie für den Rest des Lebens" (Hüther, 2001, S. 51).

Die These, dass die Angst ein ubiquitäres Phänomen ist, welches das menschliche Dasein in frühester Kindheit prägt und im Kern eine Trennungsangst ist, legt das Verhältnis zur Bindung nahe. Neben dem Streben nach narzisstischer Bestätigung und nach sexueller Befriedigung gibt es ein Streben nach Schutz und Geborgenheit, das nicht auf die beiden erst genannten Sterbungen reduziert werden kann. In "Massenpsychologie und Ichanalyse" benutzt Freud (1923) immer wieder den Begriff der sozialen Bindung und analysiert ihre unterschiedlichen Erscheinungsformen. Dort finden sich auch Überlegungen zum Verhältnis von Bindung und Angst: "Eine Panik entsteht, wenn solche Masse sich zersetzt (...) die gegenseitigen Bindungen haben aufgehört, und eine riesengroße, sinnlose Angst wird frei (...). Nehmen wir das Wort Panik im Sinne der Massenangst, so können wir eine weitgehende Analogie behaupten. Die Angst des Individuums wird hervorgerufen entweder durch die Größe der Gefahr oder durch das Auflösen von Gefühlsbindungen; der letztere Fall ist die der neurotischen Angst."

Es scheint also, dass eine Theorie der Bindung es uns erlaubt, das Problem der Angst in eine neue Perspektive zu rücken, deren klinische Fruchtbarkeit sich nur in der analytischen Erfahrung zeigen kann (Perner, 2001).

Bindungstherapie und psychoanalytische Behandlungstechnik

In "Forty-four juvenile thieves: their characters and home life" und in "A two year old goes to hospital. The psychoanalytic study of the child" betont Bowlby (1946, 1952) die Bedeutung früher, realer Umwelteinflüsse, Gefahren und realer Trennungen für die Ätiologie von neurotischer Symptomatik gegenüber den intrapsychischen Konflikten, z. B. dem Ödipuskomplex. Vor allem von den Vertretern der Schule Melanie Kleins wird er deshalb angegriffen, sogar mit Ausschluss aus der British Psychoanalytic Association bedroht. Noch zwei Jahre vor seinem Tod (1990) äußert sich Bowlby enttäuscht darüber, dass seine Theorie von Klinikern zu wenig beachtet würde. In letzter Zeit hat die Bindungstheorie in der Psychoanalyse an Beachtung gewonnen, doch besteht der Eindruck, dass nach wie vor viele Analytiker den realen Gefahren und Traumatisierungen im Vergleich zu den inneren Konflikten weniger Bedeutung beimessen. So schreibt Flöttmann (1989): "Die langjährige, psychoanalytische und tiefenpsychologische Arbeit an Patienten und deren Träumen zeigt, dass frühkindliche Traumata an der Entstehung von Angst, Phobien (...) nicht die Rolle spielen, die ihnen bisher zugeschrieben wird. Vielmehr führen ungelöste Bindungen an ein allmächtiges, verschlingendes Objekt zu der Vielfalt der beschriebenen Symptome." Auch Jung, Kast (1999), Stierlin sind wesentliche Vertreter dieses psychodynamischen Konzepts. Zentrale Behandlungsstrategie ist die Auflösung der Symbiose durch Separation und Individuation.

Schöpf (2000) verweist auf die Gefahr einer individualpsychologischen Verkürzung. Er vertritt die Auffassung, dass wir in unseren Therapien nicht nur der persönlich-neurotischen Angst des Patienten Augenmerk schenken und sie danach befragen sollten, ob sie Beziehung abwehrt, sondern dass wir auch prüfen müssen, ob sie mit gesellschaftlich neurotischer Angst verwoben ist, die eine realitätsorientiertere Betrachtung der Gesellschaft inklusive der realistischen Ängste abwehrt.

Vielleicht fällt es Therapeuten leichter, sich mit den intrapsychischen Konflikten ihrer Patienten zu befassen, als sich konfrontiert zu sehen mit gesellschaftlich bedingten Ängsten, da letztere zu sehr an eigene Ängste rühren.

Dazu zwei Fallvignetten aus der Supervision

Der 11-jährige Markus wird von seinem Vater in eine teilstationäre Aufnahme gebracht.

Die Symptomatik wird mir so vermittelt: Der Junge falle auf durch motorische Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Impulsivität, zum Teil auch verweigerndes und aufsässiges Verhalten. Im Umgang mit Gleichaltrigen würden sich Schwierigkeiten infolge seiner geringen Frustrationstoleranz, seines Dominanzstrebens und seines verbal provokanten Verhaltens, auch mit handgreiflichen Ansätzen, ergeben. Beim Schulbesuch (zuletzt der dritten Klasse Grundschule) hätten sich zum einen Schwierigkeiten auf der Leistungsebene vor dem Hintergrund einer Dyskalkulie und Schwächen in der Rechtschreibung bei unstrukturierter Arbeitsweise und schwankender Arbeitsmotivation ergeben. Darüber hinaus sei Markus von Mitschülern oft gehänselt, geärgert,

provoziert, als "Tablettenschlucker" bezeichnet worden. Der Alltag zu Hause gestalte sich wegen Markus' Schwierigkeiten beim Befolgen von Regeln und Arbeitsaufträgen schwierig, bei der Hausaufgabensituation hätten sich wiederholt Konflikte ergeben. Die Interaktion zur Schwester sei durch streitbare Auseinandersetzungen beeinträchtigt. 1999 wird in einer fachspezifischen Einrichtung die Diagnose einer "Entwicklungsverzögerung in der grob- und feinmotorischen Koordination" gestellt. 2000 wird in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung eine hyperkinetische Störung diagnostiziert und eine Medikation mit Ritalin sowie eine Ergotherapie eingeleitet. Unter der Medikation sei es zu einer Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit mit Reduktion der motorischen Unruhe gekommen. Im Juli 2001 wird die Ergotherapie beendet, da der Therapeutin der Junge zu wenig mitarbeitend war. Nach Diagnosestellung einer Dyskalkulie 2001 sei eine Dyskalkulie-Therapie von Januar bis März 2002 in einem mathematischen Institut erfolgt. Eine Verhaltenstherapie von Januar bis März 2002 wird aufgegeben, da der Junge zu wenig zugänglich erscheint. Zuletzt erfolgt eine medikamentöse Umstellung auf Methylphenidol durch einen Nervenarzt.

Zur Eigen- und Familienanamnese: Die Schwangerschaft wird kompliziert durch eine Hyperemesis gravidarum, Nikotinkonsum (10 Zigaretten täglich) und vorzeitiger Wehentätigkeit ab der 31. Schwangerschaftswoche. Die Geburt erfolgt in der 32. Schwangerschaftswoche per sectionem. Die Eckdaten der frühkindlichen Entwicklung hinsichtlich Statomotorik, Sprache, Sauberkeit sind unauffällig. Als Säugling und Kleinkind ist Markus bereits viel in Bewegung. Auf die 3 Jahre jüngere Schwester entwickelt Markus immer mehr Eifersucht im Lauf der Jahre. Eintritt in den Kindergarten mit 3 1/2 Jahren. Einschulung mit sechs Jahren in die Regelgrundschule, umzugsbedingt Schulwechsel nach einem Jahr. In der neuen Schule ist Markus zunächst Außenseiter, eine Schulpsychologin regt die Umschulung in eine Sonderschule an, wozu sich die Eltern nicht entscheiden können. Die 2. Klasse muss Markus wiederholen, die dritte Klasse absolviert er mit befriedigendem Leistungsniveau. Die Mutter, 33 Jahre alt, von Beruf Arzthelferin, ist halbtags berufstätig. Der Vater, 1960 geboren, 43 Jahre alt, hat die Fachoberschule besucht und eine Ausbildung zum Polizisten gemacht. Er arbeitet bei der Kriminalpolizei. Die Schwester ist jetzt 8 Jahre alt, sie sei dem Patienten in vielen Bereichen überlegen.

Es wird eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie angeordnet. Bisher haben 12 Stunden Therapie stattgefunden.

In der ersten Stunde gelingt es dem Therapeuten, zu Markus einen guten Kontakt herzustellen, und Markus kann sich dem Therapeuten anvertrauen. Sein Hauptproblem sei, dass er immer schreckliche Ängste habe, Angst, dass sein Vater erschossen würde, Angst, dass seine Mutter überfallen würde, Angst, dass seine Schwester vergewaltigt würde. Natürlich kann die Angstsymptomatik des Jungen im Zusammenhang mit einem Bindungs-Autonomiekonflikt gesehen werden, auch im Zusammenhang mit Aggressionen auf die Eltern und die als bevorzugt erlebte Schwester, mit sexuellen Wünschen des vorpubertären Jungen, die sich auf die Mutter richten, und Kastrationsangst gegenüber dem Vater. Zusätzlich zur

Klärung der intrapsychischen Dynamik habe ich dem Kollegen empfohlen, beim Elterngespräch nach dem Berufsalltag des Vaters zu fragen. Der Kollege konnte in Erfahrung bringen, dass der Vater bis vor kurzem im Bereich "Tötungsdelikte" tätig war. Die Arbeit habe ihn so sehr belastet, dass er jetzt eine Versetzung habe durchsetzen können. Die Eltern bekennen schuld bewusst, dass sie all die Jahre in Anwesenheit von Markus über bedrohliche Vorkommnisse geredet haben, in der Annahme, "er bekomme das nicht so mit". Die Mutter spricht aus, dass sie auch unter "irrationalen Ängsten" leide. Vor kurzem habe sich der beste Freund des Vaters, Hubschrauberpilot bei der Kriminalpolizei, suizidiert. Er habe sich von einer Brücke gestürzt. Markus habe an diesem Freund sehr gehangen. Thema war in der Familie auch die Vergewaltigung einer 8-jährigen Grundschülerin in ihrer Schule. Der Vorfall hat in der Presse, im Schulbereich und in der Bevölkerung zu angstvollen Emotionen geführt. Reaktive Maßnahmen schufen ein permanentes affektiv bedrohliches Klima. In der zweiten Stunde schlägt der Therapeut Tonarbeit vor. Markus will einen Hubschrauber formen. Der Therapeut bringt ihn von diesem Plan ab, "da Ton für einen Hubschrauber zu zerbrechlich sei". Der Therapeut ist über sich selbst erstaunt: Sonst arbeite er nie so "eingreifend," aber er habe Angst gehabt, Markus mit seinen Ängsten zu konfrontieren. Der Therapeut kann in der Supervision für sich klären, dass es auch seine eigenen Ängste sind, die ihn dazu veranlassen, innerhalb der therapeutischen Beziehung zunächst das alte Muster – die Angstvermeidung – zu wiederholen.

In der 10. Stunde malt Markus einen kleinen Dinosaurier, über den zwei schwarze Sterne und ein kleiner gelber Stern schweben. Er erzählt dazu, dass der kleine Dinosaurier seine Mutter verloren habe, sie sei von einem anderen Dinosaurier erschlagen worden. Gestern Abend habe er mit seiner Schwester die Fernsehshow "AktENZEICHEN XY" gesehen, darin sei es darum gegangen, dass einer Frau der Kopf abgesägt wurde. Der kleine Dinosaurier sei jetzt auf der Suche nach einem Tal, in dem er Schutz und Geborgenheit finden könne. In einem zweiten Bild malt der Junge einen Hubschrauberpiloten, der ein Waisenkind ist. Er sagt, er möchte selber Hubschrauberpilot werden. Die Betreuer auf Station berichten, der Junge freue sich immer sehr auf seine Therapiestunde. Bei der Integration in die Kindergruppe und im Umgang mit den Betreuungspersonen gibt es keine wesentlichen Probleme.

An diesem Beispiel möchte ich deutlich machen, dass der Junge - bei all den zahlreichen diagnostischen und therapeutischen Aktivitäten - bisher mit den äußerst massiven Beängstigungen, ausgelöst durch den Beruf des Vaters, emotional allein geblieben ist. Vielleicht haben sich die realen Ängste zusätzlich verknüpft mit einer intrapsychischen neurotischen Angst. Ich denke, dass sich die Angst des Jungen mildern ließ, als ihm die Möglichkeit gegeben wurde, seine Ängste mitzuteilen. Zudem wurden sie als real berechtigt verstanden, was ihm bei der Bewältigung der Angst im Rahmen der therapeutischen Bindung geholfen hat. Den Eltern wurde empfohlen mit der Besprechung bedrohlicher Themen in Gegenwart des Kindes künftig zurückhaltender zu sein.

Fallvignette 2 aus der Supervision

Eine 17-jährige Gymnasiastin kommt in psychotherapeutische Behandlung aufgrund einer schwer einzuordnenden Sprachstörung. Seit dem Vorliegen dieses Symptoms hat sie Angst, die Schule zu besuchen. Die Mutter wird von der Supervisionsgruppe der Patientin gegenüber als "symbiotisch vereinnahmend" erlebt. Die Symbiose mit der Mutter wird bei Angststörungen immer wieder als zentrales Moment genannt (Kast, 1993; Flöttmann, 1999). Die Gruppe entwickelt rasch eine negative Gegenübertragung auf die Mutter, die "stark agiert, sich in die Therapie hineindrängt, sich dem Therapeuten gegenüber distanzlos verhält". Es werden viele Einfälle zur psychopathologischen Dynamik in der Familie geäußert, die sich bei der Patientin niedergeschlagen habe in Form eines intrapsychischen Autonomie-Abhängigkeitskonflikts.

Ich rege die Gruppe an, die auslösende Situation für die Entstehung der Symptomatik zu klären. Die Sprachstörung trat auf nach einer aktuellen Konfliktsituation mit einer Lehrerin, die vor der ganzen Klasse sagte, "dass die Patientin psychisch gestört sei, sehe man an ihren Aufsätzen". Diese Bemerkung wurde von einer Klassenkameradin bestätigt. Eine Facharbeit wurde von der Lehrerin zweimal abgelehnt mit der Aussage "Das gefällt mir nicht" (ohne Begründung). Als sie die dritte Version, welche die Patientin anfertigte, wieder ablehnte, entstand die Sprachstörung und die Angst der Patientin, in die Schule zu gehen. Die Mutter entschloss sich zu einem Schulwechsel und legte die Facharbeit einem Lehrer des anderen Gymnasiums vor, der die Arbeit gut fand und sich erbot, an die Lehrerin kritisch zu schreiben.

Auch dies ist ein Beispiel, dass die familiäre Psychodynamik und das intrapsychische Konfliktmodell das überwiegende Gewicht der Aufmerksamkeit auf sich ziehen und reale Traumatisierungen in der Erklärung oft am Rand stehen bzw. zu wenig beachtet werden. Gerade in der heutigen Zeit, der schlechten Wirtschaftslage mit (berechtigten) Ängsten von Verlust des Arbeitsplatzes, zunehmendem Konkurrenzkampf, häufigem Mobbing müssten die realen Gefahren und die Real-Angst sowohl auf individueller wie auch gesellschaftlicher Ebene in der Psychoanalyse mehr gewichtet werden.

Bindung, Exploration und Angst

Bowlby (1958) wurde von den folgenden ethologischen Forschungen beeinflusst: Konrad Lorenz' Konzept der frühen Prägung (1943, 1965), den Arbeiten von Tinbergen (1952) sowie den Studien von Harlow und Harlow (1969), die sich mit den unterschiedlichen Mutter-Kind-Beziehungen der Rhesusaffen befassten. In "The Nature of the Child's Tie to his Mother" legt er erstmals dar, dass es ein biologisch angelegtes System der Bindung gibt, das für eine Entwicklung der starken emotionalen Beziehung zwischen Mutter und Kind verantwortlich ist.

Das Kind sucht als aktiver Interaktionspartner Nähe und Schutz, besonders wenn es Angst hat. Bindung mildert also die Angst. Das Suchen erfolgt durch Blickkontakt, Nachfolge und Herstellen von körperlichem Kontakt mit der Mutter. Wie die Säuglingsforschung geht die Bindungstheorie davon aus, dass es am Lebensbeginn keine autistische Phase und

keine symbiotische Phase i.S. einer Verschmelzung gibt, sondern zwei getrennte Individuen (ganze Objekte), deren Bindung erst aufgebaut werden muss. Durch adäquate Beantwortung von Bindungswünschen entstehen sichere Bindungen. Für die adäquate Beantwortung ist "Feinfühligkeit" der Bezugspersonen notwendig. "Feinfühligkeit" deckt sich nicht ganz mit dem Kohut'schen Empathie-Begriff, im Unterschied dazu besteht ein Handlungsteil. Es gibt primäre und sekundäre Bezugspersonen: Wenn die Angst zu groß ist, lässt sie sich nur durch die primäre Bezugsperson bannen. Aus vielen Interaktionen von Trennung und Bindung bilden sich im Verlauf des ersten Lebensjahres innere Arbeitsmodelle und damit verbundene Affekte heraus. Dem Bindungssystem steht ein zweites, motivationales System gegenüber, das Explorationssystem. Ab dem Krabbelalter (7.-8. Monat) braucht der Säugling Raum, um sich aus der Bindung zu lösen, um die Welt zu erkunden. Bindung und Exploration behandelt Bowlby als wechselseitige, lebenslange Dynamik.

Unterschiede zwischen Bindungstherapie und psychoanalytischer Behandlungstechnik

Ausgehend von den entscheidenden Parametern – Maximierung der Übertragungsneurose und deren Auflösung durch Deutung – ist das Ziel der Beendigung einer Therapie der "Untergang des Ödipuskomplexes" und in der Folge die Ablösung von der Fixierung an die wichtigen Figuren der Kindheit. Auf der Übertragungs- und der realen Ebene impliziert es den endgültigen Abschied vom Analytiker. Dementsprechend findet man nach wie vor ideale Absolutheitsvorstellungen von der Beendigung einer analytischen Therapie auch angesichts zeitlich kürzerer Verläufe.

Für Bowlby ist die physische Trennung von Patient und Therapeut nicht gleichbedeutend mit dem Verlust der sicheren basalen Bindung. Für ihn bleibt die Möglichkeit bestehen, bei erneuter "Angst und Not" zu einem späteren Zeitpunkt auf den Therapeuten zurückzugreifen.

Während im analytischen Standardverfahren das Setting vom Therapeuten bestimmt wird (in Übereinstimmung mit der Richtlinien-Psychotherapie sowie den Richtlinien der Weiterbildung) und auf die Einhaltung des Settings sehr geachtet wird, wird das Setting in der Bindungstherapie oft flexibler gestaltet, je nach Vorliegen des entsprechenden Bindungsmusters eines Patienten unter dessen Mitbestimmung.

An einer **Fallvignette** will ich illustrieren, wie der bindungstherapeutische Ansatz überhaupt erst ermöglicht hat, dass die versteckte Angst eines Patienten in der Behandlung zum Thema werden konnte.

Ein 50-jähriger Patient mit akademischem Beruf, tüchtig, sehr erfolgreich, verhält sich im Erstinterview so, wie man es im Allgemeinen vermeiden würde, wenn man als motiviert gelten und einen Therapieplatz haben möchte. Er komme, weil seine Frau sich sonst von ihm trenne. Sie sei 39 Jahre alt und wünsche sich ein Kind, aber er sei fast nie zu Hause, weil er so viel arbeite. Eigentlich wolle er keine Psychotherapie machen, erst recht keine Psychoanalyse. Er habe auch keine Zeit für Psychotherapie, er nenne mir die Termine im kommenden Jahr, die er wahrnehmen könne, in der Regel freitags (während

meiner Mittagspause). Er wolle nicht über seine Kindheit und seine Ursprungsfamilie sprechen, er habe da wertvollere und wichtigere Dinge im Kopf, die ihn bewegen. Er habe sich noch nie an einen Traum erinnern können.

Ich denke: "Jetzt geht es mir wie seiner Frau, ich stehe vor der Frage, ob ich mit ihm zu diesen Bedingungen zusammenbleibe oder nicht." Ich entscheide mich, mit dem Patienten zu arbeiten. Er kommt drei Jahre lang pünktlich und regelmäßig zu allen Terminen. Er redet in den ersten Monaten nie über Beziehung, sondern nur über seine Arbeit, die seine ganze Zeit einnahm, auch am Wochenende. Er ist häufig auf beruflichen Reisen, auf die ihn seine Frau nie begleitet, da ihn ihre Anwesenheit stören würde. Durch die permanente Überforderung ist er sehr häufig erkältet und wirkt äußerlich mitgenommen. Ich verzichte auf jegliche Deutung oder Analyse seines Widerstandes (z.B. die Arbeitssucht), weil ich der Überzeugung bin, er wird sich dadurch nur angegriffen fühlen. Ich versuche, mehr "ressourcenorientiert" vorzugehen, was ich an einem kleinen Beispiel demonstrieren möchte: An einem Freitag, als der Patient besonders krank und gestresst wirkt, teilt er mir mit, dass er nach der Stunde gleich zum Bahnhof fahren müsse, da er an einem Kongress teilnehme. Ich: "Dann können sie sich im Zug etwas ausruhen." Er: "Nein, keineswegs, da muss ich mein Referat vorbereiten, aber für die Rückfahrt habe ich ein Buch dabei, Belletristik, keine Fachliteratur." Ich frage nach dem Buch, und wir sprechen über den Autor. Der Patient sagt schließlich: "Jetzt freue ich mich schon auf die Rückfahrt."

Nach etwa 9 Monaten teilt er mir mit, es ginge ihm und seiner Frau viel besser, es klingt so, als wäre jetzt alles in Ordnung. Mir schießt durch den Kopf "zu schön, um wahr zu sein". Wie kann das sein, dass es besser geht, ohne Deutung, ohne Traumarbeit, ohne Widerstandanalyse, ohne Herausarbeitung von Konflikten. Ich kann mich nicht enthalten ihn zu fragen: "Haben Sie noch ein Anliegen für unsere weitere Zusammenarbeit?" Da erschrickt der Patient und sagt "Sie wollen mich doch hoffentlich nicht loswerden, denn ich komme inzwischen gerne."

Es ist also i.S. von Bowlby die Therapeutin als sichere Basis präsent geworden, da ihm trotz seiner Beziehungsangst das Eingehen von Bindung ermöglicht wird, zumal sein Explorationssystem nicht bedroht ist. Die gute basale therapeutische Beziehung erlaubt ihm ab da über andere persönliche Beziehungen zu sprechen, insbesondere auch über seine Ehe – seiner Frau gehe es nicht gut, und er bittet mich, mit seiner Frau ein Gespräch zu führen. Seine Frau eröffnet mir, dass sie verzweifelt sei über die eheliche Situation. Sie hätten keinerlei sexuellen Kontakt, weshalb sie sehr wütend auf ihn sei. Sie fühle sich aber von ihrem Mann abhängig wie ein kleines Kind, und sie könne ihm überhaupt nichts entgegensetzen. Ich erlebe die Ehefrau als depressiv und suizidal gefährdet. Ich bin froh, das sie meinen Vorschlag, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben, sofort zustimmt. Im Verlauf des nächsten Jahres stabilisiert sich die Ehefrau durch die psychotherapeutische Hilfe, und ihr Mann fühlt sich entlastet. Ihre bessere Abgrenzung erlaubt ihm mehr Nähe zu ihr, und er reduziert erstmals sein Arbeitspensum. Im dritten Jahr kann ich erfahren, warum der Patient ursprünglich nicht

über Kindheit und Elternhaus hatte sprechen wollen. Mutter und Schwester leiden an einer Psychose, der Vater an einer Suchtkrankheit. Auch die Ehefrau hat früher Drogenprobleme und psychotische Episoden durchgemacht. Der Patient hat also früh die Rolle des einzig funktionierenden Familienmitglieds übernommen, das einen klaren Kopf behält. Er schämt sich, aus einer so kranken Familie zu stammen, und benötigt die anfängliche Distanz, um sich zu schützen. Zuletzt kann er mir auch seine tief verborgene Angst anvertrauen, selber psychotisch zu werden.

"Wenn man die empirisch ausgerichtete Psychotherapieforschungsliteratur heranzieht, ist sicher eines der am besten bestätigten Ergebnisse, dass neben einer im engeren Sinne störungsspezifischen Behandlungstechnik die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Patient entscheidend für den Erfolg von Behandlungen ist. Dass diese Qualität mit dem beobachtbaren interaktiven Verhalten beider Protagonisten etwas zu tun hat, findet ebenfalls Konsens" (Orlinksy et al., 1994). "Dem nonverbalen, affektiven Verhalten vor allem der Therapeuten wird bei der Herstellung von benevolenten intersubjektiven Feldern besondere Bedeutung beigemessen" (Benecke et al., 2001). "Die Beziehung ist im Rahmen einer meist orthodoxen Technikauffassung kein Parameter" (Hamilton, 1996). Manche analytische Gruppierungen halten sie sogar für schädlich. Andere Forscher und Therapeuten innerhalb der Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse (Grawe, 1997; Krause, 1997) sind der Meinung, die therapeutische Beziehung selbst habe nicht nur eine unspezifische, sondern darüber hinaus auch eine spezifische kommunikative Bedeutung, die über die Herstellung einer Basis für die Behandlungstechnik hinausgehe. So bestimme die prinzipiell mögliche und häufig auch durch den Kranken erzwungene Form der Beziehung, welche Form der Technik und Interaktion möglich und hilfreich ist. Wie groß der Anteil des Therapeuten, der Beitrag seiner Subjektivität an der sich entwickelnden Beziehung ist, wird innerhalb der Psychoanalyse zur Zeit kontrovers diskutiert, ebenso die behandlungstechnischen Konsequenzen (Kernberg, 1999; Paniagua, 1999; Renik, 1999; Thomä, 1999). Für Renik (1999) beispielsweise erübrigt sich durch den Einfluss der Subjektivität des Analytikers auf den Behandlungsprozess das Konzept der Gegenübertragung, und er plädiert für eine offene Mitteilung und Diskussion der Ideen und Wahrnehmungen des Analytikers. Kernberg (1999) und Paniagua (1999) dagegen unterstreichen die professionelle und reflektierende Funktion des Analytikers, der in dieser Funktion außerhalb der aktuellen Beziehungsverstrickung steht und erst dadurch, unter Heranziehung von Wissen, zu einem tieferen und realistischeren Verständnis des interaktiven Geschehens und der intrapsychischen Bedingungen des Patienten gelangen und deutend veränderungswirksam eingreifen kann (zit. n. Benecke et al., 2001)

Psychoanalytische Behandlungstechnik und Hirnforschung

Holderegger (2002) meint, man müsse zur Kenntnis nehmen, dass die primäre Affektregulierung mit der ihr zugrunde liegenden Motivationsstruktur inzwischen im Gehirn weitgehend

lokalisiert und als ein eigentliches System ausführlich beschrieben worden ist. Holderegger bezieht sich auf Jan Panksepps Buch "Affective Neuroscience". Der Neurowissenschaftler Jan Panksepp nennt dieses System ein basales Steuersystem für die Regulierung der Emotionalität (1998, S. 52) und spricht von vier primären emotionalen Schaltkreisen (circuits), die man inzwischen sehr gut kennt, die aufeinander abgestimmt und bald nach der Geburt des Individuums ihre Reifung erfahren. Panksepp beginnt seine Ausführungen mit der Bemerkung, dass heute kaum ein Zweifel mehr bestehen könne, dass es im menschlichen Hirn eine Reihe von angeborenen basalen emotionalen Systemen gebe, die nicht nur den Menschen, sondern auch allen Säugetieren eigen seien. Diese Systeme befinden sich im tiefer gelegenen subkortikalen Regionen des Gehirns, sie funktionieren auf einer präsymbolischen Ebene, werden beim Menschen mit höher organisierten Hirnfunktionen gekoppelt und erfahren im Verlauf der Entwicklung auch Veränderungen durch Lernprozesse. Die emotionalen Systeme (raw feels) funktionieren auf verschiedenen, hierarchisch gegliederten Ebenen und stehen untereinander in einer dynamischen Interaktion. Affektive Erfahrungen werden durch neuronale Mechanismen generiert, die als eine Antwort auf äußere Anforderungen an das Individuum die emotionalen Systeme aktivieren. Die spezifisch menschliche Fähigkeit der Sprache, der Vorstellung und des im Verlauf der Evolution zunehmend abstrakter werdenden Denkens sind von sekundärer Bedeutung, wenn es darum geht, die Wurzeln der Emotionen zu verstehen. Die bisher am besten erforschten Motivations- und Affektsysteme nennt Panksepp Suchsystem (seeking-system), Angstsystem (fear-system), Wutsystem (rage-system) und Paniksystem (panic-system) (1998, S. 53).

Zwischen den Systemen gibt es Interaktionen und Überlappungen, wobei entsprechende Hierarchien eine wichtige Rolle spielen; das Suchsystem kann z.B. durch die Aktivierung des Angstsystems aktiviert werden. Das Suchsystem spielt eine zentrale Rolle in der Aktivierung des Individuums, es treibt dazu an und führt zu einer Erregung, wenn sich in der Umwelt etwas finden lässt, das dem Überleben dient, ursprünglich vor allem: Nahrung, Wasser, Wärme oder was die Erhaltung der Art betrifft, ein sexuell begehrt Objekt. Dieses System ist verantwortlich für die Entstehung von Neugier und Lernfähigkeit. Eine stark verminderte Aktivität dieses Systems bringt Panksepp in Verbindung mit depressiven Zuständen, eine übersteigerte Aktivität kann seiner Meinung nach zu manischen und schizophrenen Zuständen führen. Das Wutsystem steht in Opposition zum Suchsystem und lässt durch das Erleben von Frustration die Affekte der Wut und des Zorns entstehen. Die Aktivierung dieses Systems hilft dem Individuum, sich selbst zu verteidigen und dem Gegner Angst einzujagen. Das Angstsystem ist während der Evolution wahrscheinlich entstanden, um der Gefahr von Schmerz und Vernichtung zu entgehen bzw. um zu fliehen oder andere Strategien des Überlebens zu aktivieren. Es ist wichtig, die Bedeutung dieses Systems von der Funktion des Paniksystems zu unterscheiden, denn beide Systeme werden von verschiedenen neurochemischen Prozessen bestimmt. Furcht entsteht primär nicht, wie man lange Zeit angenommen hat, durch Lernprozesse, durch die Antizipation von Gefahrensituationen,

sondern wird durch ein angeborenes System organisiert. Es wird durch innere und äußere Wahrnehmungen aktiviert, durch sekundäre Lernprozesse motiviert und durch die Aktivierung und Deaktivierung anderer Systeme beeinflusst. Panksepp hebt vor allem die enge Verbindung zwischen dem Angst- und dem Wutsystem hervor.

Das Paniksystem spielt eine wichtige Rolle, was das Leben in der sozialen Abhängigkeit betrifft. Es wird aktiviert, wenn die Gefahr einer lebensbedrohenden Trennung droht, und es sendet auch entsprechende Signale an die Betreuungspersonen der Jungtiere oder Kleinkinder aus, sich um sie zu kümmern. Panksepp meint, dass die komplexen sozialen Gefühle der Säugetiere in Verbindung mit der Entwicklung des limbischen Systems entstanden seien und dass sowohl das Angst- als auch das Wutsystem den Lebewesen erlaubt, mit Umweltbedrohungen umzugehen. Dies gilt auch in Bezug auf das Paniksystem, das die Säugetiere mit einem sensiblen emotionalen Barometer ausgestattet hat, das die im Lauf der Evolution lebensnotwendig gewordene Bindung kontrolliert (zit. nach Holderegger, S. 92).

Wie Holderegger sehe ich in Panksepps Forschungen eine überraschende Bestätigung und inhaltliche Erweiterung der eigenen Arbeit und will das an einer **Fallvignette** verdeutlichen.

Vor einem Jahr suchte mich eine 19-jährige Patientin auf, die seit 8 Wochen unter der Angst litt, verrückt zu werden. Der auslösende Moment war ein Besuch in einem Film, in dem es um eine psychotische Erkrankung ging. Anfallsartig überfielen die Patientin Zustände von Derealisation und Depersonalisation. In diesen Angstanfällen, die häufiger nachts als tagsüber auftraten, suchte sie die körperliche Nähe der Mutter, durch die sie rasch Beruhigung fand. Auch die Mutter berichtet über plötzlich auftretende Panikattacken. Das Vorliegen einer Psychose wird bei der Patientin von einem Psychiater ausgeschlossen. Er verordnet ihr ein Psychopharmakon.

Die Patientin ist das jüngste von 4 Kindern. Die Eltern führen eine gute, stabile Ehe, sind beide beruflich erfolgreich und haben einen großen, beständigen Freundeskreis. Ihren Kindern waren sie sehr fürsorgliche, haltgebende Eltern, die eine sichere Bindung aufbauen konnten. Aus der Entwicklung der älteren Kinder lässt sich schließen, dass alle eine gute Bindung ans Elternhaus aufweisen, aber auch offensichtlich in ihrem Explorationssystem gefördert wurden. Sie haben in anderen Städten bzw. Ländern Berufsausbildungen abgeschlossen, sind tragfähige Partnerschaften eingegangen und integriert in Freundeskreise.

Auch die Entwicklung der Patientin ist bisher unauffällig verlaufen: Sie hat das Abitur mit einer hervorragenden Note abgelegt, sie hat gute Freunde und einen Partner. Wie lässt sich diese gesunde lebensgeschichtliche Entwicklung der jungen Frau und ihrer Familie in Verbindung bringen mit der aufgetretenen Angststörung? Storch (2002) meint, dass die integrative Potenz der Hirnforschung dabei helfen kann, Patienten vom Stigma der psychischen Krankheit zu befreien.

Die Patientin befindet sich in einem großen Umbruch: Abschluss der Schulzeit, Trennung von Freunden und vom eigenen Partner, Abschied aus dem behütenden Elternhaus, also die Aufgabe einer vertrauten Welt, der eine Terra incognita

gegenübersteht bezüglich Berufswahl, Ortswahl, Bindung an neue, noch unvertraute Menschen. Für die Eltern fällt die Trennung von einem Lebensabschnitt, der durch das enge Zusammenleben mit ihren Kindern wesentlich definiert war, zusammen mit der Notwendigkeit, sich neu zu orientieren.

“Die alltägliche Vertrautheit bricht in sich zusammen, in einer Situation des radikalen Un-zuhause” (Heidegger, 1957) schwinden Bedeutungen und Objekte, an denen sich bislang das Subjekt orientiert und festgehalten hat, und es entsteht Angst, Angst nicht als kognitiver Fehler oder Krankheit, sondern als ein Durchgangsstadium in der Entwicklung, wo die Bewältigung der Angst zu einem neuen “selbstverständlichen Zuhause-sein” (Heidegger) führen kann.

Vielleicht gibt es eine vorübergehende Aktivierung des Paniksystems, um sich in dieser Zeit großer Veränderung der Bindung zu vergewissern. Die therapeutische Hilfe beschränkt sich hier auf wenige Stunden. Der von der Patientin berichtete Traum - “Ich muss bei meinen Eltern bleiben” - legt nahe, ihr Explorationssystem zu ermutigen. Inzwischen ist fast ein Jahr vergangen, in dem die Patientin ein Auslandspraktikum absolviert und eine Berufswahl getroffen hat. Die zunächst radikal geplante Trennung von ihrem Partner, die sie überfordert hat, hat sie vorerst relativiert. Die Angst ist bei Mutter und Tochter nicht mehr aufgetreten.

Dagegen benötigt eine andere Patientin, die ebenfalls unter der Angst leidet, verrückt zu werden sowie unter “schlechten Gefühlen im Bauch” eine mehrjährige analytische Einzeltherapie, um von ihrer Angst befreit zu werden.

Die 53-jährige Patientin ist Mutter von 3 Kindern. Sie lebt allein. Vom Vater ihrer Kinder ist sie seit einigen Jahren geschieden. Die Mutter der Patientin wird als extrem sauberkeits- und ordnungsliebend beschrieben. Sie habe sie schon im ersten Lebensjahr im Laufstall stundenlang auf den Topf gesetzt. Die Mutter habe alles bestimmt und sie nie als eigenständiges Wesen wahrgenommen. Der Vater trägt in der Nachbarschaft den Spitznamen “der Dompteur”. Er erzieht die Kinder mit großer Strenge, auch unter Anwendung von Schlägen. Die Ehe der Eltern ist bereits in der Kindheit der Patientin erkaltet und wird nur formal aufrechterhalten. Der Vater verhält sich bis zur Pubertät der Patientin sexuell grenzüberschreitend. Danach hat er Freundinnen.

Das von der Patientin am häufigsten verwendete Wort ist authentisch, während ich das Gefühl habe, selten jemand begegnet zu sein, der so wenig authentisch sein kann. Den größten Raum in der therapeutischen Arbeit nehmen interaktionale Konflikte ein mit Personen, welche die Patientin überfremden und ausbeuten. Aus Angst, von mir fremdbestimmt zu werden, macht sich die Patientin lange Zeit ungreifbar und verteilt die Nähe auf viele Heiler in der ganzen Welt. Es bedarf also einer langen Durcharbeitung, bis die Patientin zu mehr Selbstbestimmung findet. Sie spricht in solchen Situationen davon, dass sie dann, wenn sie sich selber nicht entfremdet war, im Bauch “ein gutes Gefühl” empfinde.

“Aus der Forschungstradition, die sich mit persönlichen Zielen befasst, ist bekannt, dass Menschen, die ihre Ziele mit einem hohen Grad an subjektiv eingeschätzter Selbstbestimmung, Selbstverpflichtung oder intrinsischer Motivation verfolgen, ein deutlich höheres Ausmaß an Lebenszufriedenheit

und subjektiven Wohlbefinden angeben als Menschen mit fremdkontrollierten Zielen” (Kuhl, 2001). Die Schwierigkeit für die Psychotherapie liegt in der korrekten Identifikation der subjektiv positiv bedeutsamen Ziele der Patient(inn)en. Wenn wir lediglich aufgrund unserer eigenen Ideen gewisse Schlussfolgerungen über Ziele und Pläne vom Klienten ziehen, besteht die Gefahr, dass wir glauben, deren Pläne zu kennen, während wir genau genommen nur unsere eigenen Phantasien von den Plänen der Klienten formulieren (Kanfer et al., 1990). Wohladaptive Ziele - und damit aktivierende Ressourcen - wären demnach Ziele, die ein Patient als in hohem Maße selbstbestimmt erlebt und die ihn zur Realisierung motivieren. Um diese Ziele zuverlässig zu diagnostizieren, könnte die Konzeption der somatischen Marker (Damasio, 1997) dienen. Als somatische Marker bezeichnet Damasio ein biologisches Bewertungssystem, das durch Erfahrung entsteht und über Körpersignale oder emotionale Signale verläuft. Jedes Objekt und jede Situation, mit denen ein Organismus Erfahrungen gesammelt hat, hinterlassen einen somatischen Marker, der eine Bewertung dieser Begegnung speichert. Die Bewertung findet statt nach dem dualen System “gut gewesen, wieder aufsuchen” oder “schlecht gewesen, das nächste Mal lieber meiden”. In den mit positiven Markern verbundenen emotionalen Reaktionen plus den begleitenden Körperreaktionen (der guten Empfindung im Bauch) vermutet man die neurobiologische Basis des Motivationssystems (Gollwitzer, 1991, 1993).

Schlussbetrachtung

Es geht in diesem Beitrag nicht darum, irgendwelche Forschungsergebnisse zwischen Bindungs-, Kleinkind- und Hirnforschung mit der Psychoanalyse zu einem geschlossenen Weltbild zusammenzufügen und sie als späte Rechtfertigung Freudscher Überlegungen heranzuziehen (Fürstl, 2002). Es geht vielmehr um den Versuch einer Orientierung in der gegenwärtigen Verunsicherung bezüglich der analytischen Behandlungstechnik. Die Hauptursache für diese Unsicherheit liegt in der Divergenz der unterschiedlichen Schulen. Die Divergenz zentriert sich auf die Frage, inwieweit die Bewahrung der klassischen Parameter – Deutung, Übertragungsanalyse, Neutralität – die “richtige Psychoanalyse” garantieren oder ob auch in anderen Parametern, wie z. B. der therapeutischen Beziehung, ein wesentlicher kurativer Faktor zu sehen ist.

In der Auseinandersetzung mit einigen Ergebnissen der Bindungs-, Kleinkind- und Hirnforschung wird aufgezeigt, dass in allen drei Disziplinen die therapeutische Beziehung für den Therapieerfolg als bedeutsam beschrieben wird. An einer Fallvignette wird illustriert, dass der vorrangige Aufbau einer guten basalen Beziehung die Voraussetzung dafür geschaffen hat, dass spätere Bearbeitung intrapsychischer und interaktioneller Konflikte sowie die Offenlegung einer tief sitzenden, verborgenen Angst überhaupt erst möglich wurde. Zum Aufbau der therapeutischen Beziehung können je nach differenzieller Indikation Modifikationen sinnvoll sein, die vom klassischen Procedere abweichen. So konnte in der Behandlung eines strukturell beeinträchtigten jungen Mannes Bezie-

hung zunächst nur entstehen auf einer Ebene von Wahrnehmungs-Affekt-Handlungsmustern (Dornes) und durch *nicht deutende Mechanismen* (Stern, 2002). Momente der Begegnung innerhalb einer persönlichen authentischen Beziehung, außerhalb der therapeutischen Rolle und unabhängig vom Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen werden auch bei Patienten mit neurotischem Strukturniveau im Sinne von positiv empfundenen Schlüsselerlebnissen als hilfreiches Behandlungselement und nicht notwendigerweise als agierte Gegenübertragung betrachtet.

Am Beispiel von Patienten mit Angststörungen, die im Kern eine Trennungsangst bei drohendem oder erfolgtem Objektverlust enthalten, wird auf die Notwendigkeit der Bindung als angstmildernde Komponente aufmerksam gemacht, während andere psychodynamische Konzepte den Schwerpunkt auf die Auflösung einer Symbiose durch Separation und Individuation legen. An der Fallvignette eines Kindes wird verdeutlicht, dass reale Gefahren und reale Traumatisierungen als ätiologisch zu gering eingeschätzt und gesellschaftlich reale und gesellschaftlich neurotische Ängste oft aus eigenem Schutzbedürfnis abgewehrt werden.

Die Hirnforschung sieht die hauptsächliche Aufgabe in der Therapie darin, dass der Therapeut dem Patienten hilft, optimales Wissen zu erwerben, maladaptives zu verabschieden. Es wird geschildert, wie bei einer sehr fremdbestimmten Patientin die Angst weicht, als sie im Verlauf einer Psychoanalyse zu mehr Selbstbestimmung gefunden hat. Storch (2002) meint, die neurowissenschaftliche Sichtweise könne Patienten vom Stigma des psychisch Kranken entlasten. Bei der Behandlung einer adoleszenten Patientin kommen mir die Forschungsergebnisse von Panksepp (1998) zu Hilfe, um zu begreifen, dass Angst nicht nur eine Krankheit sein muss, sondern auch im Sinne von Dabrowskis Theorie der positiven Desintegration (1967) ein Durchgangsstadium zu einer Höherentwicklung des Individuums sein kann.

Der interdisziplinäre Blick über den Tellerrand des eigenen Bereichs muss weder zum biologischen Reduktionismus noch zu einer Polarisierung von stützender oder deutender Technik führen. Er kann sich positiv auswirken auf die Behandlung von Patienten und kann Therapeuten entlasten von Angst, Schuldgefühlen und Legitimierungsversuchen, wenn sie von den klassischen Parametern der Behandlungstechnik abweichen. Es erhöht sich andererseits die Anforderung, sich verantwortlich zu fühlen für die eigene Person sowie durch gute theoretische und praktische Kenntnisse die Psychodynamik des betreffenden Patienten noch sorgfältiger und genauer zu reflektieren.

Literatur

- Benecke C, Merten J, Krause R: Über die Bedeutung des intersubjektiven Feldes in der Psychotherapie. *Psychotherapie* 2001;6/1:73-80
- Bowlby J: Forty-four juvenile thieves: their characters and home life. *Int J Psychoanal* 1946;19:52 und 107-127
- Bowlby J, Robertson J, Rosenbluth D: A two-year-old goes to hospital. *The Psychoanalytic Study of the child*, 7, 82-94
- Dabrowski K: *Personality-shaping through positive disintegration*. London: J.A. Churchill Ltd., 1967
- Damasio AR: *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München, Leipzig: List, 1994
- Dornes M: *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1993
- Dornes M: Ist die Kleinkindforschung irrelevant für die Psychoanalyse? Anmerkungen zu einer Kontroverse und zur psychoanalytischen Epistemologie. *Psyche (Sonderheft)* 2002;56/9:888-921
- Eissler KR: Variationen in der psychoanalytischen Technik. *Psyche* 1958;13:609-624
- Flöttmann HB: *Angst. Ursprung und Überwindung*. Stuttgart: Kohlhammer, 1989, 4. akt. u erw. Aufl. 2000
- Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M: *Reflective Functioning Manual, Version 5. For application to adult attachment interviews*. London: Psychoanalysis Unit, University College, 1998
- Förstl H: Biologische Korrelate psychotherapeutischer Interventionen. *Psychotherapie* 2002;7/2:184-188
- Freud S: *Gesammelte Werke, Bd.X, Werke aus den Jahren 1913-1917*. 5. Aufl. Frankfurt/M.: S. Fischer Verlag, 1972
- Freud S: *Gesammelte Werke, Bd.XIII, Jenseits des Lustprinzips. Massenpsychologie und Ich-Analyse. Das Ich und das Es*. 5. Aufl. Frankfurt/M.: S. Fischer Verlag, 1972
- Freud S: *Gesammelte Werke, Bd.XIV, Werke aus den Jahren 1925-1931*. 5. Aufl. Frankfurt/M.: S. Fischer Verlag, 1972
- Gill MM: *Psychoanalysis and Exploratory Psychotherapy*. *J Am Psychoanal Ass*, 1954, 2; 791-797
- Gollwitzer PM: Abwägen und Planen. Hogrefe: Göttingen, 1991
- Gollwitzer PM: Goal achievement: The role of intentions. *Eur Rev Soc Psychol* 1993;4:141-185
- Grawe K: Moderne Verhaltenstherapie oder allgemeine Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 1997;18:137-160
- Green A: Science und Science-fiction in der Säuglingsforschung. *Zeitschrift für Theorie und Praxis* 2000;15:438-466
- Hamilton V: *The analyst's preconscious*. London: Analytic press, 1996
- Harlow HF, Harlow MK: Effects of various mother-infant relationships on rhesus monkey behaviors. In: Foss BM (ed.): *Determinants of infant behavior*. London: Methuen, 1969, 15-36
- Heidegger M: *Sein und Zeit*. 8. Aufl. Tübingen: Niemeyer, 1957
- Holderegger H: *Das Glück des verlorenen Kindes. Primäre Lebensorganisation und die Flüchtigkeit des Ich-Bewußtseins*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2002
- Hüther G: *Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1997
- Hüther G: *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2001
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D: *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer, 1990
- Kast V: *Wege aus Angst und Symbiose*. 10. Aufl. München: dtv, 1999
- Kernberg OF: Convergences and Divergences in Contemporary Psychoanalytic Technique. *Int. J Psycho-Anal*, 1993; 74: 659-6
- Kernberg OF: Plädoyer für eine "Drei-Personen-Psychologie". *Psyche* 1999;53(9/10):877-893
- Koukkou M, Lehmann D: Ein systemtheoretisch orientiertes Modell der Funktionen des menschlichen Gehirns und die Ontogenese des Verhaltens. In: Koukkou M, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W (Hrsg.): *Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog*. Bd.1. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1998a, 287-415
- Krause R: *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre*. Bd.1. Grundlagen. Stuttgart: Kohlhammer, 1997
- Krause R: in Benecke C, Merten J, Krause R: Über die Bedeutung des intersubjektiven Feldes in der Psychotherapie. *Psychotherapie* 2001;6/1:73-80

- Kuhl J: Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer Systeme. Göttingen: Hogrefe, 2001
- Kuhl J: Wille und Persönlichkeit: Funktionsanalyse der Selbststeuerung. Psychol Rundschau 1998;49:61-77
- Kutter P: Moderne Psychoanalyse. Eine Einführung in die Psychologie unbewußter Prozesse. München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1989
- Lorenz K: Die angeborenen Formen möglicher Erfahrung. Zeitschrift für Tierpsychologie 1943;5:235-409
- Lorenz K: Der Kumpan des Vogels. In: Über tierisches und menschliches Verhalten. Aus dem Werdegang der Verhaltenslehre. Gesammelte Abhandlungen. München: Piper, 1965, 235-409
- Maß E: Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker. Die Qualität der Versorgung psychisch Kranker aus der Sicht der Angehörigen. In: Berger M, Gaebel W (Hrsg): Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Berlin: Springer 1997, 103-109
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks B: Process and outcome in psychotherapy. Noch einmal in: Bergin AE, Garfield SL (eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York: Wiley, 1994, 270-376
- Paniagua C: Das Konzept der Intersubjektivität – einige kritische Bemerkungen. Psyche 1999;53(9/10): 958-971
- Panksepp J: Affective Neuroscience: The Foundation of Human and Animal Emotions. New York: Oxford, University Press, 1998
- Perner A: Zum Problem der Angst in der analytischen Theorie. In: Michels A, Müller P, Perner A, Rath C-D: Jahrbuch für Klinische Psychoanalyse. Tübingen, edition diskord, 2001
- Renik O: Das Ideal des anonymen Analytikers und das Problem der Selbstenthüllung. Psyche 1999;53(9/10): 929-957
- Schöpf A: Öffentlich berechtigte und neurotische Angst. In: Faller H, Weiß H (Hrsg.): Angst, Zwang und Wahn. Pathologie, Genese und Therapie. Festschrift für Hermann Lang. Würzburg: Königshausen & Neumann GmbH, 2000
- Stern DN, Sander LW, Nahum JP, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Bruschiweiler-Stern N, Tronick EZ: The Process of Change Study Group, Boston. Unter dem Titel: Non-interpretative-mechanisms in psychoanalytic therapy. The "something more" than interpretation. Erstmals erschienen in: Int J Psychoanal 1998;79:903-921, dt. Übersetzung in: Psyche 2002;56/9:974-1006
- Stern DN: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992. Original: The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books Inc, 1986
- Storch M: Die Bedeutung neurowissenschaftlicher Forschungsansätze für die psychotherapeutische Praxis. Teil1: Theorie. Psychotherapie 2002;7/2:281-294
- Strauß B: Bindung, Bindungsrepräsentanz und Psychotherapie 2001;6/1:90-96
- Sulz S: Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Psychotherapie 2001;6/1:30-56
- Thomä H: Zur Theorie und Praxis von Übertragung und Gegenübertragung im psychoanalytischen Pluralismus. Psyche 1999;53(9/10): 820-872
- Tinbergen N: Instinktlehre. Vergleichende Erforschung angeborenen Verhaltens. Berlin, Hamburg: Parey, 1952
- Trauth W: Zentrale psychische Organisation und Regulationsprinzipien und das psychoanalytische Verständnis von Abwehr und Regulation - Psychoanalytische Grundlagenforschung, München, Psychoanalytischer Verlag, 1997
- Trauth W: Zur Unterscheidung zwischen Psychoanalyse, psychoanalytischer Psychotherapie und supportiver Psychotherapie durch Kernberg – Behandlungsaspekt und historischer Aspekt. Psychotherapie 2002;7/2:295-300
- Will H: Kernbergs amerikanischer Freund. Psychother Psychosom Med Psychol 1999;49:432
- Will H: Was ist klassische Psychoanalyse? Vom defensiven und polemischen zum historischen Gebrauch. 12. Symp. zur Geschichte der Psychoanalyse, Tübingen. Psyche 1999:55

Dr. med. Regine Scherer-Renner

Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin

Psychoanalytikerin

Kaiserplatz 11, 80803 München

Tel: 089-33 88 98, Fax: 089-34 47 54

E-Mail: scherer-renner@gmx.de