

ÄNGSTLICHES, - ALLZUÄNGSTLICHES*

Angst im Konflikt. Aktualisierung eines psychoanalytischen „déja vu“

ZUSAMMENFASSUNG

Langjährige Supervisionserfahrungen unter Einbezug audiovisueller Aufzeichnungen und kasuistischer Literatur vertieften beim Autor zwei professionelle Anliegen: Wie kann die einer analytischen Therapie eigene Potenz unmittelbarer und wirkungsvoller zugunsten der Patienten umgesetzt werden? Zweitens: Wie lässt sich das Auftreten prozesstypischer Schwierigkeiten wie Angstaufkommen, Widerstandsresistenz und Motivationsmangel therapeutisch wirksamer bewältigen? Gehäufte Erfahrungen mit ängstlichen und ausufernden Therapeutenreaktionen angesichts stärkerem Angstaufkommen und repetitiver Widerstände förderten das didaktische Anliegen, ein „déja vu“-Modell metapsychologischer Konfliktauffassung aufzufrischen. Dessen handwerklich sorgfältige Umsetzung steigert Verbindlichkeit, Straffung und Transparenz des Therapieprozesses. Ein hoch dynamisches Arbeiten bedarf eines Sicherheitsrahmens für den Patienten: Notwendige Führungskompetenz in Form von Präsenz und Verlässlichkeit, ohne irgendwelche Allmachtsanflüge. Nur so entwickeln Patienten strukturell solidere Voraussetzungen zur Begegnung mit ihrem Unbewussten. Ubw. Angst wiederholt zu realisieren und ihren Abwehrmuster-Aspekt zu überwinden, wird dann für beide Parteien entscheidend sein. Davanloo's Forschungsarbeit war dem Autor unverzichtbare Verständnishilfe.

Schlüsselwörter: Psychoanalytische Therapie - Angst - Konfliktdreieck - IS-TDP – Gegenübertragung.

*In Anlehnung an Nietzsche: Menschliches, Allzumenschliches

Anxious, - All too Anxious*

Anxiety within a conflict. Updating a psychoanalytical “déja vu”

ABSTRACT

Examining extensively audiovisually supervised analytical sessions and casuistical literature the author felt bound to tackle on two professional concerns: The inherent power in analytically handled therapy - could it be put into action more directly and effective in favor of our patients? Secondly: How it is possible to convert well-known processual difficulties such as lack of motivation, stubborn resistance and escalating anxiety into a joint therapeutic task?. Confronted with lasting resistance and growing anxiety, many therapists tend towards wavering and diversifying reactions, - a challenge to the author to revive didactically a metapsychological “deja vu”-model of an existing concept of conflict. Applying carefully those findings improves the liabilities, the tightness and transparency of a therapeutic process. Highly dynamic working demands a security framework for the patient: An imperative level of a guiding principle in the shape of attendance and reliability without any phantasies of omnipotency. Thus patients will be more able to face their unconscious forces. Experiencing repeatedly unconscious anxiety and overcoming its purely defensive pattern is decisive of both sides. Important fundamentals of this article are based on Davanloo's research work.

Keywords: Psychoanalytic therapy – Anxiety—Triangle of conflict – IS-TDP – Countertransference.

*Derived from Nietzsche: Human, - All Too Human.

1. EINLEITUNG

1.1 Therapeutisches Anliegen

Metapsychologisch beschäftigen sich Fachpublikationen ausgiebig mit Angstphänomenen (grundlegend Freud: 1916, 25. Vorlesung; 1926; 1933, 32. Vorlesung). Auch ihre prozessuale Identifikation und Überlegungen zur Deutungsstrategie finden reichlich Berücksichtigung.

Der *technische Umgang* mit den Variationen von Angsterscheinungen, bzw. mit ihren Verkleidungen wird indessen vorzugsweise fallbezogen, im Hinblick auf jeweils spezielle und individuelle Zielsetzungen behandelt.

Das *praktische Therapeutenverhalten* angesichts von Patientenängsten schließlich scheint als *systematisierbares* Therapiethema in seiner denkbaren Grundsätzlichkeit nicht weglitend konkret herausgearbeitet zu werden¹.

Insgesamt nährt dies die Annahme, dass beim Angstthema theoretisches Wissen und seine entsprechend praktische Umsetzung in Interventionsstrategien besonders auseinanderklaffen.

Vor allem Supervisionserfahrungen und Fallberichte erhärten jedenfalls den Eindruck, dass *auf tretende Patientenängste* auch in einer psychoanalytisch konzipierten Therapie auf professioneller Seite gehäuft dreierlei Komplikationen begünstigen:

- Wahrnehmungsunschärfe und Selbsttäuschungen aus Verunsicherung mit daraus resultierender Minderung der therapeutischen Kompetenz²,
- Zuflucht zu inkonsequenten, abwehrbetonten technischen Manövern,
- Unintegrierte bis diffuse Gegenübertragungs-Reaktionen (z.B. durch eigene Hilflosigkeit begründete Tröstungs improvisationen).

So etwa solidarisieren sich Patient und Therapeut im wechselseitigen Arrangieren konfliktvermeidender Schonhaltungen (unbewusstes Bündnis mit dem „Opfer“), oder es kommt zu rationalisierendem *Reden über* die Angst (Intellektualisierung).

Auch suggestive Notstrategien im Sinne belohnender Ermutigung („bravo, jetzt haben Sie sich mal einen Lorbeerkrantz verdient!“), oder im Sinne vermeidender Beruhigung („was Sie da fühlen ist ja schließlich ganz menschlich“) vermögen die Konstatierung und das Aushalten der angetroffenen Gefühlsrealität zu verwischen.

Aus Entspannungsgründen für beide Parteien scheint der *Angst-Fokus* überdies oft verfrüht auf die Frage nach dem Abgewehrten ausgelagert zu werden. Auf diese Weise laufen wir Gefahr, den Patienten beim ablenkenden „Geschichten erzählen“ nachzulaufen.

Übergangene oder ängstlich gehandhabte Angst schmälert jedenfalls unweigerlich den Therapeutenvorschuss, Garant für tiefes Vertrauen zu sein und erzeugt beidseits unbewusste Demotivation. Das heisst: Eine entscheidende *unbewusste Allianz*³ mit dem Therapeuten baut sich nicht auf. Das heisst: Patienten fühlen sich *zinnerst* nicht völlig ernstgenommen, profitieren wenig, - und Therapeuten riskieren ihre empathische Beteiligung und die Vitalität ihrer beruflichen Begeisterung.

Beides hieße: *durch professionalisierte Eigenabwehr erzeugte Vergabe von Hoffnung.*

¹ Einzige dem Autor bekannte grundlegende Bearbeitung dieses Themas im psychoanalytischen Bereich findet sich verstreut in aufschlussreichen Kasuistik-Kommentaren bei Davanloo (siehe Lit.verz.)

² Diese hat nichts zu tun mit Besserwisseri, autoritärem Gehabe oder Eitelkeit, sondern mit „handwerklichem Können“ bei schlichter Kenntnis der eigenen Grenzen. Speziell kurztherapeutische Prozesse bedürfen immerhin einer selbstgewissen, vor allem initialen Führung.

³ Eine verinnerlichte Haltung, die weit über das bewusste „Arbeitsbündnis“ hinausgeht. Davanloo nennt diese psychodynamische Komponente: „UNCONSCIOUS THERAPEUTIC ALLIANCE“ (UTA). Ihr Heranwachsen basiert wesentlich auf einer nachdrücklichen Behandlung der Patientenwiderstände. (In ausführlicher Veranschaulichung siehe: Troendle 2005, 219-230).

Die Tatsache, dass prozessuale Angst, bzw. ihr mutmassliches Fehlen im Therapieprozess bedeutungsvollste Indikatoren für eine am Unbewussten orientierte Analytik sind, wird zumeist nicht in die alltägliche Praxisverbundlichkeit integriert⁴.

Ein gezielter Umgang mit ihren Versionen und Schicksalen ist jedoch zuverlässiges Agens für die Verankerung therapeutischer Kompetenz, umso mehr, als Angst meist auch mit Abwehrfunktionen fusioniert ist. Freud schrieb: „ es steht fest, dass das Angstproblem ein *Knotenpunkt* ist, an welchem die verschiedensten und wichtigsten Fragen zusammentreffen “ (1916, 380; Hervorhebung A J).

Anliegen dieser Arbeit ist eine praxisbezogene Auffrischung metapsychologisch prinzipiell bekannter Sichtweisen, die eine grundsätzliche Rahmentchnik zur Angsthandhabung nahe legen. Methodisch umgesetzt würde dies mithelfen, prozessuale Stagnation zu verhindern, die Patientenverantwortung anzuheben und das Verdrängungsfundament längst begrabener Gefühle zu lockern.

1.2 Prämissen

Typischerweise finden sich Techniken mit bewusster Angstfokussierung bzw. – mobilisierung unter denjenigen interventionsaktiven Arbeitsmodellen, die sich in der Regel als Kurztherapien verstehen. Stofflich maßgebende Anleihen für diese Arbeit stammen deshalb vorzugsweise aus dem Spektrum psychoanalytischer Kurzpsychotherapien⁵, nehmen aber auch Maß am tradierten Modell.

Das bedeutet weder eine Einseitigkeit noch zwangsläufige Einengung unserer Sichtweise. Psychoanalyse als Therapieinstrument versuchte immer wieder die Zeitrealität zu berücksichtigen, ohne dabei dem Kanon ihrer Grundelemente absagen zu müssen.

Vorausgesetzt wird hier ebenfalls, dass die optimale Ermöglichung psychotherapeutischer Wirksamkeit ein aufrichtiges Erschaffen *seelischer Intimität und Nähe* zwischen den Parteien notwendig macht. Es dürfte keine Neurose geben, die nicht in irgendeinem Ausmaß von dieser Schwierigkeit betroffen ist. Gehört das Behindertsein im autonomen Erschaffen von Nähe und Distanz gar zum häufig leidvollen Grundthema eines Patienten, dann wird unsere Übertragungsarbeit zu einer fundamentalen therapeutischen Herausforderung (Konzelmann 1995; Rohde-Dachser 1995, 47).

Das prozessual dabei unumgängliche(!) Angstaufkommen wird in diesem Zusammenhang gleichsam zu einer hochkritischen interaktiven Therapie-Schnittstelle.

Den bisherigen Feststellungen und Voraussetzungen folgend beschäftigen wir uns anschließend mit vier ausgewählten Themenkreisen:

- 1) Angst in der prozessualen Konfliktdynamik.
- 2) Besetzungsmobilität der Angst.
- 3) Angst im Verbund analytisch-kurativer Faktoren.
- 4) Eigenes Betroffensein

2 ANGST UND PROZESSUALE DYNAMIK

2.1 Metapsychologische Aspekte

Ängste gehören zu den existentiell folgenreichen Wahrnehmungs- und Erlebnismustern, die den Menschen ebenso in Lähmung und Erstarrung einigeln können, wie sie ihn zum Suchen, zu Aufbruch und Grenzüberschreitung emanzipieren. Bereits viele Alltagserfahrungen zeugen von kämpferischen Aufbrüchen zur Selbstbefreiung. Aber auch Ver-

⁴ Z.B. enthält das didaktisch beispielhafte Standardwerk von Greenson: „Technik und Praxis der Psychoanalyse“ keine kohärente Darstellung des Umgangs mit Angstphänomenen, während Übertragungs- und Widerstandsanalyse differenzierteste Berücksichtigung erfahren.

⁵ In erster Linie: Davanloo H (1990) **Unlocking the Unconscious**. Selected papers, John Wiley & Sons, Chichester, England; weiterhin Mann J (1973) **Time limited Psychotherapy**. Harvard University Press, Cambridge; Balint M et al. (1973) **Fokalthherapie**. Suhrkamp, Frankfurt, Dtl.

haltenswissenschaften, Lerntheorien, stresspsychologische Untersuchungen etc. belegen experimentell schlüssig die menschliche Fähigkeit zur Ressourcenaktivierung unter dosiertem Angsteinfluss, sowie die Gegenfolgen bei Angstüberflutung (Levitt 1971). Die philosophische und Kultur-Anthropologie reflektieren ähnlich⁶:

Metapsychologisch wird Angst als destabilisierende Einwirkung mobilisierter unbewusster Triebrepräsentanzen auf das *Ich* verstanden, was je nach Abwehrerfolg überhaupt nicht wahrgenommen bis seelisch als katastrophal erfahren wird. Angst ist allerdings nie ein anonymes intrapsychisches Ereignis; sie enthält unbewusste traumatische Spuren (Freud 1933, 528) und Schicksale verschiedenartigster interpersoneller Beziehungserfahrungen, die sich in den Selbst- und Objektrepräsentanzen niedergeschlagen haben. Insofern ist stets auch ihr charakteristisches Eingebundensein in ein Kontinuum von seelischen, körperlichen und sozialen Bezügen gegeben.

Obwohl ein krankheitsspezifisch erhöhtes Besetztsein mit Angst zum Grundgefüge aller Neurosen gehört, ist sie dennoch kein übergreifendes Sichtbarkeits-Merkmal aller seelisch bedingten oder mitverursachten Leiden. Gerade ihre vielgestaltig diskreten Formen erschweren nicht selten eine Diagnostizierung, oder ihre Ortbarkeit.

Am wenigsten problematisch, weil meist gut sichtbar, tritt sie häufig vor allem in nonverbal erschließbaren Ausdrucksformen in Erscheinung.

Immer jedoch *verdient Angst den status eines höchst therapiedienlichen Anzeichens!*, auch wenn es als persönliche Botschaft selten auf systematische Weise in psychotherapeutische Techniken eingebaut zu werden scheint (vgl. 1.1.).

2.2 Psychodynamische Aspekte

Psychoanalytische Psychotherapien begünstigen ein psychodynamisches Denkmodell, das bestimmte Gesetzmäßigkeiten unbewusster seelischer Abläufe umreißt und „Verkehrsregeln“ im therapeutischen Umgang mit diesen formuliert. Eine praxisorientiert grundlegende Darstellungsmöglichkeit empirisch erhärteter Befunde ist als „*Personendreieck*“ von Menninger (1973) bildhaft, dann von Malan (1979) und Davanloo (1980) systematisch ausgeweitet zur didaktisch prägnanten Form zweier „*Dreiecke*“ komprimiert worden. Damit hat sich eine Veranschaulichungsweise unbewusster Prozesse eingebürgert, deren dynamische Regulationsprinzipien - ergänzt durch das sogenannte „*Konflikt-Dreieck*“ – besonders in der kurztherapeutischen Praxisforschung prägnante Verdeutlichung erfahren. (Siehe die folgenden Grafiken)

Der metapsychologischen Komplexität der Psychoanalyse kann damit theoretisch zwar nicht umfänglich Rechnung getragen werden⁷. Doch erleichtern das konfliktuelle und das interpersonelle Modell die Einhaltung systematischer Prozessarbeit auf der *intra- und interpsychischen* Ebene. Psychoanalytisch begründete Patientenarbeit gewinnt dadurch auch für den Patienten an Orientierung und Evidenz.

2.3 Grundlagenskizze einer Konfliktkonzeption

Das *Konfliktdreieck* stellt prozessuale Angst keineswegs als isolierte Manifestation dar, sondern weist ihr den psychodynamischen Ort innerhalb zyklisch regelhafter Abläufe zu. Äußerst vielschichtige seelische Phänomene sind in *drei operativ unentbehrlichen Variablen* zu abstrahierten Stellvertretern verdichtet: *Angst (A, anxiety)*, - *Abwehrpotenzial (D, defense)*, - *Gefühle, Affekte, Impulse (I/F, impulse/feelings)*. Abb. 1.

⁶ „...dass der Fortschritt der menschlichen Gesellschaft über die Jahrhunderte hin wenigstens teilweise der Fähigkeit des menschlichen Organismus, Angst zu empfinden, zu verdanken ist...“ (Levitt 1971, 149).

⁷ Bei Ich-Defekten (z.B. Borderline-Persönlichkeiten / Fragilität) müssen vorerst restrukturierende „Stärkungs“-Techniken zur Anwendung gelangen, bis das Ich auf der konfliktuellen Ebene den Kräften des Unbewussten ungefährdeter begegnen kann.



Die Leserichtung in der gewählten Anordnung erfolgt gegen den Uhrzeigersinn. Unabdingbare Referenz für den Therapeuten ist zuallererst das *nonverbal ausgedrückte, beobachtbare Befinden des Patienten vor allem im Sektor der Angst und des Abwehrvollzuges*. Dabei kommt der Beachtung muskulärer Spannungs- oder Erschlaffungsanzeichen, - der Motorik, Gestik und Mimik prioritäre Bedeutung zu⁸. Das jeweils Verbalisierte ist ja nicht zwangs-

läufig auch gefühlkongruent. Gerade die *Körpersprache* vermag Übereinstimmung bzw. Nichtübereinstimmung des Geäußerten im Vergleich zur inneren Befindlichkeit viel unmittelbarer zu kommunizieren, weil sie nicht rein an Bewusstseinsakte gebunden ist.

Beispiele mobilisierter Angst:

(Vier verschiedene Patienten)

- Aufgrund der Beobachtung nervöser Fingerbewegungen wird auf die Anfrage nach den derzeitigen Gefühlen mit: „gut, - ganz normal“ reagiert; zugleich verändert P1 aber spontan seine Sitzposition und greift expressiv lachend nach der Stuhllehne. <Inkongruenz>
- Oder: Unter denselben Voraussetzungen wendet P2 unverzüglich seinen Blick von mir ab, starrt die Wand an, pausiert und sagt schliesslich, „ich muss überlegen...“. <Inkongruenz>
- Oder: Der Einwurf gegenüber P3: „Sie scheinen ängstlich zu sein“ wird mit einem leisen „ja“ beantwortet, unterstrichen durch Hochziehen beider Füße. <Kongruenz>
- Oder: Der Feststellung seiner sehr vagen und deshalb unklaren Aussage weicht P4 - sich räuspernd, mit tiefem Atemholen - mit der Rückfrage aus: „Wie meinen Sie das?“

In den ersten drei Beispielen werden Gefühle direkt angesprochen, - im vierten Beispiel geht es indirekt ebenfalls um Gefühle, auf deren offensichtliches Vermeiden durch Widerstandsmanöver fokussiert wird. *Jede therapeutische Aktion, die dem Unbewussten des Patienten Annäherung an die Pein seiner verdrängten Konfliktualität signalisiert, erzeugt bei genügend differenzierter Ich-Struktur Angst*. Gleichzeitig wird reflexhaft ein stabilisierender Schutzmechanismus in Gang gesetzt. In der vereinfachten Kodierung des Konfliktdreieckes geht es insgesamt um die Wiederbelebung verdrängter *Emotionalität*, um die daraus resultierende *Angst* und deren *Reparation durch Abwehrmaßnahmen*, also: I/F→A→D. Dies ist die oben erwähnte *Schnittstelle, deren jeweilige Verwendungsmodalität den therapeutischen Prozess entweder konzentriert oder diversifiziert*.

Die Förderung beider Möglichkeiten hängt von der Wachheit und Klarsicht unserer eigenen Wahrnehmungen ab.

3 BESETZUNGSMOBILITÄT DER ANGST

3.1 „Alles fließt“

Normalerweise finden auf der bewussten und unbewussten Ebene, - beim Handeln ebenso wie beim Phantasieren oder Träumen dauernd dialogische Bewegungen zwischen Gefühlen und Antrieben im Innern selbst und zwischen diesen inneren Gescheh-

⁸ Freud benützte diese Referenz schon in der voranalytischen Phase: „...wenn man es sich ganz allgemein zur Regel macht, während der Analyse die Miene des ruhig Daliegenden nicht aus dem Auge zu lassen. Man lernt dann ohne jede Schwierigkeit die seelische Ruhe bei wirklichem Ausbleiben einer Reminiszenz von der Spannung und den Affektanzeichen zu unterscheiden, unter welchen der Kranke im Dienste der Abwehr die auftauchende Reminiszenz zu verleugnen sucht.“ (Freud 1895, 74).

nissen und der äusseren Realität statt. Dementsprechend verändern sich auch die affektiven Besetzungsverhältnisse, die wir auf der Abstraktionsebene der Sektoren des Konflikt-dreieckes *kognitiv begreifend* nachzuvollziehen versuchen.

Dazu ein Blick auf konfliktuelle Verhältnisse und Vorgänge in einer realitätsnahen Vater-Sohn-Szene im Alltagsbereich interpersoneller Aktionen und Reaktionen; (die naheliegendsten Konfliktlagen des Sohnes stehen in eckigen Klammern):

12-jähriger Junge kommt später als erwartet nach Hause, weil er ein Mädchen zu ihrem entfernten nach Hause begleitet hat. Vater wartet daheim:

Vater Wo warst denn *Du* so lange?
 [Stimulierung I/F bei Sohn, z.B. Schuldgefühle; Ärger gegen fragenden Vater; Erleichterungsgefühle wegen eventuell unerwartet gemäßigter Reaktion seinerseits etc].

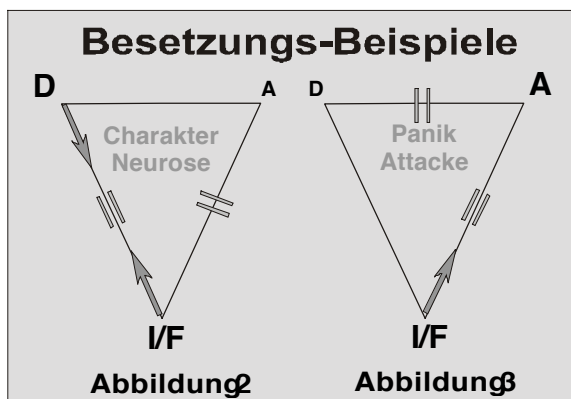
Sohn Habe ehemaligen Schulkameraden angetroffen, dann haben wir eben die Zeit vergessen – weißt Du, Du kannst Dich doch auch noch an jenen x erinnern, der dann repetieren musste, der mit den roten Haaren...?
 [Ansteigende A führt zu Belebung D, hier in Form von Ausweichen ins Vielreden; Diversifikation; Umkehrung Passivität in Aktivität etc].

Andere Verlaufsvariante nach Frage des Vaters [Abwehreffekt]:

Sohn [Sehr laut] Immer willst Du mich kontrollieren und gönnst mir überhaupt kein Vergnügen!
 [Stimulierung I/F + Anstieg A hat hier Affekte im Dienste von D hervorgerufen; er beantwortet ja die väterliche Frage überhaupt nicht].

Die drei Pole des Konflikt-dreieckes sind selbstverständlich keine festgemauerten Signifikanten innerhalb der seelischen Fließ-Strukturen. In ihrer Verschränkung sind sie ebenso wandelbare Größen an sich, weil ihre dynamische Besetzung und ihr Einfluss aufeinander jederzeitigen Veränderungen, - bei Neurosen aber auch Isolationen, Blockaden oder Erstarrungen, - unterliegen können.

Z.B. bei **ingeschliffener Charakterpathologie** ist die Angstbesetzung durch einen ichsyntonen und damit unerkannten Abwehrpanzer weitgehendst neutralisiert ($D > A$), d.h. die Angst ist mehr oder weniger fugenlos in Abwehr konvertiert, und die **Verbindung zwischen lebendiger Emotionalität (I/F) und Angsterleben (A) ist kaum durchlässig bis unterbrochen** („Charakterneurotiker“ beispielsweise verwechseln darum ihnen unzugängliche Angstsensationen mit Affektzuständen, z.B. mit Wuterregung, (Abbildung 2).



Oder eine **Panikattacke im Akutstadium** ist durch eine quantitative Vorherrschaft von Angst (**A**) gekennzeichnet, deren Verbindung mit bedrohlichen Gefühlen/Impulsen (**I/F**) wegen unzureichender Abwehr ($A > D$) hochgradig durchlässig ist (**grosse Fluidität zwischen I/F und A** bei behinderten Zugang zu D. (Abbildung. 3).

Die Psychoanalyse nutzt dieses seelische „panta rhei“ in bekannter Weise weiträumig via Förderung der Übertragungswiderstände, der Sichtung von Affektspuren, sowie mittels deutender Konstruktionen und Rekonstruktionen.

Verschiedene analytische Therapieanwendungen operieren andererseits betont aktiv und gezielt an den triangulären Prozessen. Dies geschieht etwa durch den Einsatz angstprovokativer Strategien, durch akzentuierte Widerstandsarbeit, durch Herstellung hoch emotionaler Phasen von Bindung und Trennung, durch den Druck vorgegebener Zeitlimitierung usw. (vgl. dazu: Beutel 2000).

Eine besonders systematisierte und konsequente Technik bezüglich Angst-, Widerstandsarbeit und adressierter Interventionstechniken hat im Detail der kanadische Psychiater H. Davanloo mit seiner IS-TDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy) entwickelt (Davanloo 1980, 1990, 2000). Sie bildet eine der wichtigsten, in eigener Praxis erprobten, Grundlagen und Referenzen dieser Arbeit⁹.

3.2 Kreativität und Chaos der Angstabfuhr

Wir verfügen ganz konkret über einige verlässliche Indikatoren sowohl für das Feststellen, als auch für die Ortung von Patientenangst:

1. Den bereits erwähnten nonverbalen Ausdrucksbereich,
2. die uns übermittelte Eigenwahrnehmung des Patienten,
3. anamnestisch gewonnene Hinweise,
4. unser metapsychologisches Wissen über unbewusste Angstlatenz.

Die Auskünfte aus den ersten zwei Bereichen entstammen direkt empirischen Quellen. Freud zur Nonverbalität:

„Fast alle seelischen Zustände eines Menschen äussern sich in den Spannungen und Erschlaffungen seiner Gesichtsmuskeln, in der Einstellung seiner Augen, der Blutfüllung seiner Haut, der Inanspruchnahme seines Stimmapparates und in den Haltungen seiner Glieder, *vor allem seiner Hände*. ...sie dienen den anderen als verlässliche Zeichen, aus denen man auf die seelischen Vorgänge schliessen kann und *denen man mehr vertraut als den etwa gleichzeitigen absichtlichen Äusserungen in Worten*.“ (Freud 1890, 20; Hervorhebungen A J).

„Selbst beim ruhigen Denken in »Vorstellungen« werden dem Inhalt dieser Vorstellungen entsprechend beständig Erregungen *zu den glatten und gestreiften Muskeln* abgeleitet,“ (a. a. O, 22; Hervorhebung A J).

Im Sinne der in diesem Artikel hervorgehobenen Praxisaspekte verdienen die prozessnahen Bereiche 1. und 2. prioritäre Berücksichtigung.

Bereits in der psychoanalytischen Ausbildungspraxis scheint ein *spezifisches Diagnostizieren* präserter Patientenangst kein geläufiges Thema zu sein. Mehr oder weniger fugenlos wird Angstaufkommen – metapsychologisch zu Recht – mit zugrundeliegenden Inhalten in Verbindung gebracht. Konsequenz dabei ist allerdings das unmittelbare Ausgerichtetsein auf die zwei optionalen Zielvorgaben: Widerstands- und/oder Inhalts-Deutung.

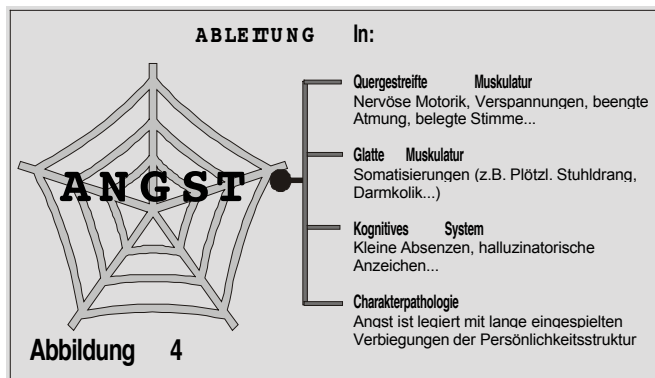
Das bereits erwähnte Hintansetzen der Angstphänomenologie wäre demnach nicht ausnahmslos einem ängstlich ausweichenden Therapeuten anzulasten. Es ist auch denkbar, dass dieser einer psychoanalytischen Konvention folgt, deren Akzentuierung allerdings nicht erstrangig therapeutisch sein muss.

Benützen wir nun aber Angstindikatoren als „Haltestelle“ für Fragen oder Interventionen, dann verschaffen wir uns sowohl diagnostische Hinweise, als auch eine dynamisch wünschenswerte Zentrierung auf das „Hier und Jetzt“ der Patientenposition.

Ohne Reflexion darüber, auf welchen „Bahnen“ die „Abfuhrvorgänge“ der Angst erfolgen (Freud 1928, 273f), bauen wir interventionsmässig allerdings auf Sand. An eben diesen, von Davanloo audiovisuell differenziert erforschten, Sachverhalten vorüberzugehen sollte sich eigentlich keine aktiv-dynamische Therapietechnik aufdeckender Art leisten.

Die folgende Grafik erinnert an die grundsätzlichen Kanalisierungswege der Angst, Solche bevorzugten Bahnungen können zwar konstitutionell disponiert sein; weitaus bedeutungsvoller aber ist ihre genuine Plastizität durch „Lerneinflüsse“(Abb. 4).

⁹ Eine kritisch gehaltene, komprimierte Methodensynopsis der IS-TDP erstmals in deutscher Sprache: Jordi 2003.



Die weitaus häufigste physiologische Bahnung von Konfliktspannungen zeichnet sich in Kontraktionen der *quergestreiften Muskulatur* ab. Was wir sehen sind teilweise auch Folgereaktionen solcher Verspannungen in Form „nervös“ wirkender Entlastungsmotorik: der Finger, Hände, Füße, - tiefes Luftholen durch interkostale Spannungen, aber auch gezwungenes Lächeln, belegte Stimme usw.

In aller Regel weist das Funktionieren dieses gut erkennbaren Systems auf eine *höhere Angsttoleranz* hin.

Einer bevorzugte Bahnung in die *glatte Muskulatur* liegt eine seelische Abwehrschwächung zugrunde. Sie vermag funktionelle Störungen, z.B. eine gastro-intestinal disponierte Symptomatik auszulösen etwa Stuhldrang, Flatulenz, Darmkolik etc.

Liegt eine Bahnung in das *kognitive und perzeptive System* vor, müssen wir von einer *niedrigen Angsttoleranz* ausgehen. Wahrnehmung, Denken und Realitätsprüfung z.B. könnten dann - via Bewusstseinsstörungen, kleine Absenzen, Dissoziation oder halluzinatorische Erscheinungen - Ausfälle zeigen.

Eigenartig sind die Verhältnisse bei *ich-syntoner Charakterpathologie* (bewusstseinsfähige Ich Anteile sind mit pathologischen Vorgängen weitgehend untrennbar legiert). Angst scheint hier gleichsam stille zu stehen; sie ist zu unspürigen Automatismen gefroren, weil Charakterpanzerung jede Gefühlstiefe überhaupt verbietet. Meist „führen“ derart verhinderte Menschen ihr Leben auch gar nicht, sondern sie „bringen es hinter sich“.

3.3 Unterschiedliche Angsttoleranz – zwei Beispiele

Geringe Angsttoleranz

Beispiel Erstsitzung 44j ♀: Telefonische Anmeldung zu einem „Therapieversuch“. Sei wegen ihrer Labilität und Ängstlichkeit 2 Jahre in Gesprächstherapie gewesen. Therapeutin sei verständnisvoll und sehr nett, aber der Patientin Zustand habe sich nicht gebessert. Wolle es mit einem männlichen Therapeuten versuchen; habe gehört, dass eine Therapie bei mir hart sei, aber vielleicht helfe ihr das eher.

- P** Ach, fast hätte ich es nicht geschafft [Pt macht aufgelösten Eindruck, atmet rasch und unregelmäßig, motorisch sehr unruhig].
- T** Ja?
- P** Ich habe noch Mühe mit Atmen.
- T** Ja, ich sehe.
- P** Ich bin zu schnell hier raufgelaufen - puhh.
- T** Ist es das, - oder könnte Ihre Kurzatmigkeit und Ihr Aufgeregtsein auch einen anderen Ursprung haben? [P war frühzeitig da, wartete mind. 5 Minuten im Wartezimmer].
- P** Mhmm, ich weiß nicht. Hmm - im Wartezimmer wurde ich zunehmend nervöser.
- T** Dann sollten wir zuerst sehen, wo Ihre ängstliche Nervosität herkommt und weshalb sie beim Warten auf mich zugenommen hat, - ja? [Falls nach dieser Fokussierung ich-nahe Widerstände auftreten würden, wäre kein Richtungswechsel angezeigt; P kommt aber mit der Angst nicht zurecht].
- P** Ja, mhmm. [P verändert Sitzposition, lächelt verwirrt und sucht ihre Handtasche]. Mir ist nicht so gut. [Diese Reaktionen veranlassten fürs Erste das sofortige Verlassen der vorhin tendenziell eingeschlagenen Übertragungsrichtung!].
- T** Wie fühlen Sie sich im Moment eigentlich körperlich? [P zeigt bis dahin keine Spannung in ihren Händen, diese wirken eher schlaff].

Obwohl hier die Angstzunahme beim Warten durchaus als Auswirkung einer bereits bestehenden Übertragungsthematik imponiert, wurde dieses Angebot ihres Unbewussten vorderhand nicht benützt. Angesichts ihres hohen Angstpegels bot sich eine Art von auskultierendem Nachfragen an im Sinne von „wo und wie tut es Ihnen weh?“. Dieser beziehungsneutralisierende, deshalb angstsenkende und eher gefühlsdistante Weg war eine Vorkehrung gegen eine denkbare Somatisierungs-Eskalation. Nach etlichen Minuten trat eine wahrnehmbare Beruhigung ein. Zur erstrebten Herstellung einer optimalen Widerstandsarbeit wurde dann eine stufenweise dosierte Wiederaufnahme der Übertragungsthematik versucht.

Auf diesem Weg klärte sich ihre Angst in derselben Sitzung als ein Modell ihrer wiederkehrenden Panikattacken, die oft in Gegenwart besonderer Leistungsanforderungen ausgelöst wurden.

Sie projizierte auf mich das Bild einer, im Falle ihres befürchteten Ungenügens, schroff abweisenden Person. Gleichzeitig stellte sich heraus, dass die Patientin schon seit Jahren unter diversen als funktionell diagnostizierten Beschwerden litt (unter anderem Tachykardie).

Hohe Angsttoleranz

Beispiel Anfangssegment Erstsitzung 51j ♂: Keine Vorinformationen.

- T Was sind Ihre Probleme? [Sitzt schlacksig zurückgelehnt da]
- P Eheprobleme.
- T Eheprobleme sagen Sie, - welcher Art Eheprobleme?
- P Wie man das eben so hat nach 25 Jahren Verheiratetsein.
- T Ich nehme an, es geht um *Ihre* Art der Eheprobleme, die Sie haben.
- P Mhmm [lächelt].
- T Können Sie mir also *Ihre* Eheprobleme deutlich machen? [Erste Herausforderung]
- P Vermutlich bin ich meiner Frau nicht gewachsen, - ich meine, nicht so reif wie sie - - sagt sie jedenfalls.
- T Können Sie mir das anhand eines spezifischen Beispiels verdeutlichen? Denn bis jetzt halten Sie sich in Allgemeinheiten auf, und Ihre Eheschwierigkeiten bleiben für mich deshalb abstrakt. „Wie man das so hat“, das ist völlig vage. [Zweite Herausforderung]
- P Uhh [Pause – faltet Hände mit großem Fingerdruck und zieht Schultern hoch].
- T „Uhh“ und Ihr Schweigen bringt uns Ihrem Problem nicht näher, und wie ich schon sagte ist Ihre bis jetzt vage und unpersönliche Beschreibung für uns ebenfalls eine Sackgasse. Verstehen Sie, was ich damit meine? [Dritte Herausforderung]
- P Ja, natürlich – ehh – vielleicht liegt das Problem ganz einfach am Unterschied unserer Reife, wie ich schon sagte [schaut zu Boden]. Meine Frau ist mir dadurch vermutlich überlegen – das [T unterbricht und konzentriert sich anhand eines Beispiels auf die aktive Bearbeitung seiner offenbar weitgehend ich-syntonen Widerstände, die tentativ als charakterneurotisch aufgefasst werden].

Bereits in dieser kurzen Anfangssequenz zeigt sich eine deutliche Angstkanalisierung in das striäre System, was für eine mindestens solide Angsttoleranz spricht. Die Art seiner repetitiven, „dickhäutig“ wirkenden Widerstandstaktik hinzugenommen, darf sogar von einer hohen Angsttoleranz ausgegangen werden, die ein ausgesprochen bestimmtes und dynamisches Arbeiten empfiehlt.

4 ANGST IM VERBUND ANALYTISCH-KURATIVER FAKTOREN

4.1 Gesichertes Wissen

Umschreibbare analytisch-kurative Therapiefaktoren existieren im Ansatz bereits seit Freuds voranalytischer Begeisterung über die positiven Auswirkungen seiner *manuellen Druckprozedur*. Später lösten sein *Arbeitsprinzip der Versagung*, seine psychologische Fokussierung auf die *Abwehranalyse*, deren Zentrierung in der *Übertragung* und der

Ausbau der *Deutungstechnik* jenen suggestiven „Kniff“ (Freud 1895, 72) ab. All diese differenzierenden Neuschöpfungen gehören auch heute zu den analytisch unbestrittenen Wirkfaktoren. Das anfänglich eingeführte Druckmoment hat in seiner ursprünglichen Direktheit keinen entsprechend psychologischen Umbau erfahren, ist also durch Freud nicht psychodynamisch umgesetzt worden. Deshalb konnte er berechtigterweise schließlich schreiben:

„In ihren Anfängen war die psychoanalytische Kur unerbittlich und erschöpfend. Der Patient musste alles selbst sagen, und die Tätigkeit des Arztes bestand darin, ihn unausgesetzt zu drängen. *Heute sieht es freundlicher aus*“ (Freud 1910, 123; Hervorhebung A.J.).

Und doch hat sich seine Grundlegung einer Druckkonzeption in sublimierter Form als unentbehrlich erwiesen. Die mächtigen Therapeuten-Prinzipien der Abstinenz, des Schweigens und der Lusterfüllungsrestriktion entsprechen durchaus potenten *indirekten Druckmaßnahmen*. Ganz offensichtlich beabsichtigen derartige Einschränkungen die Drosselung von Externalisierungen, die Ausrichtung auf Introspektion und die Gewährleistung strukturell nachhaltigen Therapieerfolges:

„Wir müssen, so grausam es klingt, dafür sorgen, dass das Leiden des Kranken in irgendeinem wirksamen Mass kein vorzeitiges Ende finde. Wenn es durch die Zersetzung und Entwertung der Symptome ermässigt worden ist, müssen wir es irgendwo anders als eine empfindliche Entbehrung wieder aufrichten, sonst laufen wir Gefahr, niemals mehr als bescheidene und nicht haltbare Besserungen zu erreichen.“ (Freud 1919, 245)

Dieses wichtige Prinzip ließe sich etwas optimistischer ergänzen durch ein radikaleres Herausarbeiten der *patienteneigenen* Entscheidungsklarheit und Befähigung zur Bewältigung ihrer Neurose¹⁰.

In diesem Kontext ein exemplarischer Befund: Patienten mit initial mangelhafter interpersoneller Beziehungsqualität, niedriger Angsttoleranz, verminderter Ich-Stärke und geringer Motivation profitierten einer Studie gemäss wenig von Psychoanalyse und supportiver analytischer Therapie. Beide Formate erwiesen sich sogar als kontraindiziert (Kernberg 1972, 184), währenddes sich ein aktiv-adressiertes Vorgehen als profitabel erwies.

Jedenfalls ist das *Ausschöpfen der latenten Patientenreserven* entweder ein Problem „handwerklich“ effizienter Technikanwendung, oder eine subjektive Schwierigkeit unserer eigenen Übertragungsgefühle. *Die Mobilisierung dieser eingebüssten Möglichkeit dürfte aber zu den analytisch kurativsten Faktoren gehören.*

Die oft resignativ eingebrachte Feststellung: „Ungenügende Therapiemotivation“ ist deshalb insofern kein Behandlungshindernis, als ihre *innere Wiedergewinnung zur ausdrücklich therapeutischen „Auftauarbeit“ gehört.*

Solche Deblockierung generiert dabei zwangsläufig auch Angst gegenüber dem Hochkommen all der verdrängten peinvollen Gefühle. Jedoch bekräftigt es die Position, dass *Angst- und Widerstandsarbeit therapeutische Schlüsselfunktionen* sind.

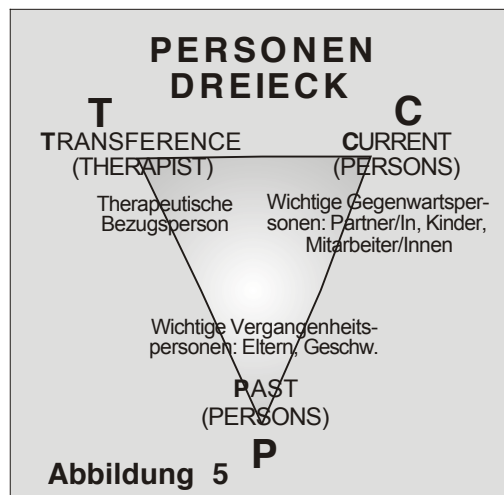
4.2 Durcharbeiten gemäss dem Personen-Dreieck

Das bisher Vorgebrachte zu Konfliktdynamik/Konfliktdreieck und zu den eben skizzierten analytischen Wirkfaktoren bezog sich vornehmlich auf Prinzipien von Kurztherapien, - speziell der IS-TDP, - auf Diagnostisches und auf Vorgänge eines analytischen Aufdeckens verdrängter Lebenspotentiale. Sachkritische Überlegungen zum therapeutischen Handeln stehen im Vordergrund. Das Faszinierende der dabei seelisch und geistig zustandekommenden intensiven Erfahrungen und deren Auswirkung auf das „Leben nach der Therapie“ ist deshalb nur am Rande Thema dieser vorwiegend therapietechnischen Erörterungen.

¹⁰ Davanloo's therapeutisch vielleicht bedeutsamste Pionierleistung scheint mir an der Freilegung dieses Zugangs zu liegen.

Dementsprechend wird ein Blick auf den zweiten „Wegweiser“ innerhalb des kurztherapeutischen Arbeitens geworfen: auf das bereits erwähnte *Personen- Dreieck*. Es markiert verdeutlichend die relevanten Stationen all dessen, was zum *prozessualen Durcharbeiten* des therapeutisch freigelegten Erfahrungsmaterials gehört. Als ein Verarbeitungszyklus soll er die vertiefende Sicherung der bisherigen Errungenschaften aus der Therapie gewährleisten. Die Essenz des neu Erfahrenen soll gleichsam „in Fleisch und Blut“ übergehen.

Weil in *Frühbeziehungen* erworbene Fühl-, Denk- und Verhaltensmuster im erwachsenen Leben selbst bei längst abhanden gekommener „Passgenauigkeit“ immer wieder zur unerkannten Wiederholung neigen, ist eine therapeutisch erreichte Neuordnung auch gewöhnungsbedürftig.



In der theoretischen Metaphorik des Personen-Dreiecks ausgedrückt handelt es sich demnach um das wiederholte, systematische Abschreiten der individuellen Konfliktmusterparallelen auf den Beziehungsebenen der Übertragung (T), den gegenwärtigen (C) und den frühen Objektbeziehungen (P).

Dieser als „T/C/P-link“ (Transference, Current, Past-Verknüpfungen) bekannte Interpretationszirkel (siehe Abb. 5) versammelt den für den Patienten bedeutungsvollsten Personenkreis aus der Therapieaktualität (T), aus der alltäglichen Gegenwart (C) und der Vergangenheit (P) sozusagen in einem einzigen Raum. Dabei ist die T/P-Interpretation das mächtigste Bearbeitungswerkzeug nach erfolgter Übertragungsinzenierung (Malan 1976, 229-242; Davanloo 1980, 77)¹¹.

Beispiel: (Sechste Sitzung)

T „Wir haben gesehen, dass Sie sich Ihrer zunehmenden Angst durch Flucht in Passivität, in Uninvolviertsein und durch eine massive Distanzierung von mir erwehrt haben. Sie und ich erfahren hier, dass Sie auf diese Weise sehr primitive Wut- und Vergeltungsimpulse mir gegenüber in Schach zu halten versuchten, - dass Sie mit ihrer hilflosen Opferposition aber auch eine Flut gemischter Gefühle in Ihrer Beziehung zu mir abgewehrt haben, deren Wiedererleben für Sie ebenso peinvoll wie schließlich äußerst erleichternd und klärend geworden ist (Analyse Konflikt Dreieck: A→D→I/F in der Übertragung/T).

Dieselbe passive, unbeteiligte und abgeschottete Haltung haben Sie schon als kleiner Junge eingenommen, wenn Sie sich durch Ihre oft ungeduldige, fordernde aber klar sehende Mutter verletzt fühlten. Dies scheint eines der Jahrzehnte alten Muster zu sein: passiver Rückzug, Wegdriften aus jeder persönlich beteiligten Beziehung, wie sich das auch mir gegenüber zeigte (T/P-link). Genau so wie bei mir haben Sie mit Ihrem passiven Ausscheren im Konfliktfall auch mehrfach schon den erwünschten Aufstieg in eine Ihren Kapazitäten entsprechende berufliche Führungsposition vertan, indem sie für Außenstehende jeweils als verschlossenes, missverstandenes Opferkind dastanden (T/C/P-link).“

Diese Art von Widerstands-Interpretation ist nicht identisch mit dem tentativen, suchenden Deutungsverfahren in einer Langzeit-Psychoanalyse. Dem obigen Beispiel liegt nämlich prozessual eine durchlebte Passage hochemotionalen Erinnerns zugrunde, dessen methodenspezifisch wiederholte Ermöglichung via eine dramatische Verdichtung der Übertragungsdynamik geleistet werden kann¹². Es handelt sich hier also um ein suspendiertes Einbringen kognitiv lebhafter Einsicht während der jeweils vorübergehend erarbeiteten Etablierung einer widerstandsbefreiten Erlebnisbasis.

¹¹ Malan nimmt in diesem Buch Bezug auf seine Arbeit von 1963: A Study of Brief Psychotherapy, in der er bereits den T/P-link evaluiert hat.

¹² Am konsequentesten nachweisbar ist diese Art von „abstinenter“ Technik bei Davanloo a.a.O.

4.3 Verführung durch Faszination am Inhalt?

Professionelles Mithelfen erfordert kontinuierliche Bereitschaft, verstehen zu lernen. Um verstehen zu lernen, benötigen wir narrative Strukturen; diese beruhen auf subjektiven Schöpfungen erlebter, durchlebter oder erlittener „Geschichten“. Geschichten sind nicht bloß begangene Wegstrecken, Verläufe oder Prozesse, sondern sie sind Auseinandersetzung unterwegs, Berührtsein, Überwältigtwerden, Anteilnahme, Versagen und damit immer auch Erlebnisinhalt. Psychotherapeutisches Helfen heißt somit: Inhalte zu verstehen, bisher Fragmentiertes einzubinden, zu interpretieren und auf persönlich gültige Bedeutungsebenen zu transponieren.

In allen vornehmlich verbal kommunizierenden Psychotherapien stehen deshalb Geschichtsinhalte im Vordergrund. Patienten sind bei der Rekonstruktion ihrer verstümmelten, zerrissenen Erlebniszusammenhänge auf Mithilfe zu sinnreichem Verstanden- und Erkenntwerden angewiesen. Sie müssen die verlorene oder überschriebene Sprache ihrer Geschichte wieder(er)finden (Loewald 1974, 1062); ihre Heilungschance hängt davon ab.

Einer widerstandsfokussierten Position gemäss tendieren allerdings vorzeitige „Ausflüge“ in geschichtliche Inhalte leicht zu ablenkendem Faszinosum, denn: *Erzählen muss keineswegs bereits Erleben sein, noch muss es zum Erleben führen, oder unser Bedeutungsverständnis des „unbewussten Fremden“ (Argelander 1974) anreichern.* Ausserdem vermag ein hermeneutisches Verfahren unversehens auch Faktizität zu verbiegen (dazu: Spence 1989, Kerz-Rühling 1989).

Wie also stellen wir uns in einer analytisch dynamischen Therapie darauf ein? Wie erwehren wir uns der Verführung eines abwehrverzerrten Erzählens? Oder wie gehen wir mit Angst um, ohne zuallererst etwas über ihre inhaltliche Herkunft zu wissen? Abgesehen von der psychoanalytisch grundsätzlichen Abstinenzkonvention ermahnen uns selbst die bisherigen Überlegungen und ihnen zugrundeliegende Erfahrungen jedenfalls eher zu „erzählerischer“ Abstinenz.

Psychoanalytische Therapiepraxis dynamisch intensiver Ausrichtung wird sich deshalb besonders genötigt sehen, den narrativen Spielraum einzugrenzen, bis die „mitredende“ Abwehr ihr Verstummen zugunsten emotionalen Erinnerns erreicht hat. Dabei signalisieren vorerst zunehmende Angstphänomene und anwachsende Widerstände die Annäherung an unbewusste Kernkonflikte.

So lange wir psychodynamisch derart sich steigernde emotionale Veränderungen wahrnehmen können, bewegen wir uns im Bereich bedeutungsvoller Verdrängungsspuren.

Ein psychoanalytisch bereits überzeugend diskutiertes Beispiel aus kasuistischer Literatur (Argelander a.a.O.)¹³ kann bei der weiteren Verdeutlichung unseres andersartigen Anliegens nützlich sein: „

T Was haben Sie denn für Probleme, dass Sie so nervös sind?

P Tja, eigentlich gar keine --- vielleicht sollte ich das Rauchen aufgeben. Doch, ich bin wirklich nervös, ich habe sogar schon daran gedacht – mit dem Leben Schluss zu machen. Dabei habe ich überhaupt keinen Grund dazu – ich meine: ich habe doch einen wunderbaren Mann und drei Kinder, eins davon ist mein Stiefsohn, wissen Sie, und außerdem habe ich meine Mutter, meinen Vater und auch meine Schwestern, die kümmern sich alle um mich.

T Und dieser Gedanke ist Ihnen so ganz von selbst gekommen, ohne besonderen Grund?

P Ganz von selbst, eben wenn ich mich aufgeregt habe, z.B.

T Was denn für Aufregungen?

P Zum Beispiel mit den Kindern.

T Sie meinen, wenn die Kinder Ihnen Schwierigkeiten machen?

P Meistens ist es der mittlere, der ist besonders

T Wie alt ist der?

¹³ Der Autor greift auf ein Initialinterview zurück aus dem Buch von Bellak und Small.

- P** Fünf. Und er quengelt und schreit ziemlich viel, wissen Sie. Sobald ihm etwas nicht passt, fängt er an zu weinen
- T** Und dann merken Sie, wie Sie immer wütender werden
- P** Aber dieses Weinen geht einem wirklich auf die Nerven, wissen Sie – schon wenn er morgens aufwacht
- T** So ein ständiges Quengeln?
- P** Ja.
- T** Weint er den ganzen Tag?
- P** Nicht den ganzen Tag, aber jedenfalls die meiste Zeit.
- T** Meinen Sie, er weint ungewöhnlich viel für ein Kind?
- P** Hm, ich weiß nicht. Von anderen habe ich gehört – viele von den Frauen bei uns im Häuserblock, von meinen Freundinnen – die haben gesagt, ihre Kinder hätten auch alle mal so eine Phase durchgemacht, und dann wäre es wieder vorbei gewesen. Es ist eben so eine Phase, die ein Kind durchmachen muss. Sicher ist denen das auch auf die Nerven gegangen, aber irgendwie sind sie damit besser fertig geworden als ich, verstehen Sie, vielleicht haben sie einfach nicht so darauf geachtet, oder sonst was. Aber ich zum Beispiel, mich regt das auf.
- T** Ihnen geht das irgendwie näher als anderen.
- P** Das stimmt, mir geht es näher, ja,

Das aktuelle Problem schält sich heraus: Suizidgedanken, die durch Schwierigkeiten mit ihren Kindern geweckt werden. Der Therapeut nimmt sich vor, auf Gefühle von Ärger, Zorn und Wut zu achten, die sie als ichfremd erlebt und dabei gegen sich selbst wenden muss.“ (1972, Seite 329)

Argelander begreift diesen Deutungsversuch unbewusster Problematik als Ergebnis der umgangssprachlich rezipierten Schwierigkeitsschilderung und deren Einordnung in ein bestimmtes Neurosenkonzept des Interviewers (gegen sich selbst gerichtete ichfremde Wut). Diesem an der manifesten Persönlichkeit einfühlsam orientierten Unternehmen stellt er den psychoanalytisch hermeneutischen Ansatz gegenüber. Damit gemeint ist das Auslegen von unbewusster Gestaltung und latentem Sinn hinter der alltagssprachlichen Darstellung. Die „Struktur des unbewussten Fremden“ (a.a.O., 1067) soll herausgespürt werden. Beispiel einer denkbaren Annäherung: Was geschah der 5-jährigen Patientin selbst mit *ihrem* Weinen?

Der hier metapsychologisch überzeugend vorgebrachten, im weiteren Verlauf detaillierten Herausarbeitung analytischer Hermeneutik soll und kann hier nichts beigefügt werden. Unser hier andersartig gewählter Themenschwerpunkt kann jedoch unter Benützung des obigen Beispiels im Folgenden noch vertieft werden.

4.4 Unbenutzte Vertiefungsmöglichkeiten?

Der bisherigen Darlegung und Argumentation entsprechend nötigt unser therapiepraktisches Optimierungsanliegen gerade wegen der professionellen Gesprächsführung zu einigen Bemerkungen:

- Vermisst werden hier (wie übrigens oft) aufgezeichnete Hinweise auf momentane Emotionen, Affekte und auf die wichtigen nonverbalen Äußerungen überhaupt (auch im weiteren Verlauf).
- Die im ersten Satz zwar aufgegriffene „Nervosität“ der Patientin bleibt als unbewusstes Angebot an den Therapeuten, sich mit Angst und Übertragung zu beschäftigen, unbenutzt (auch im weiteren Verlauf).
- Die initial zwar notwendige Ausschau nach Konflikthalten wird dem Bedürfnis nach frühzeitiger Deutungsfindung oder Konstruktbestätigung unterstellt.
- Das latente Allianzbedürfnis wird dadurch nicht optimal angesprochen. Ohne Spezifizierungsdruck auf den aktuellen Gefühlszustand bleibt das Wachrufen einer elementaren Motivation der Patientin zur Widerstandsaufgabe auf der wechselhaften Ebene eines bewussten Arbeitsbündnisses stehen.

- Es ergeben sich daraus zwei weitere Probleme:
 1. Die Patientenkompetenz wird zum vornherein stillschweigend sozusagen in die Pflicht genommen, sich der hermeneutischen Befähigung des Therapeuten anzuvertrauen.
 2. Der Therapeut begleitet identifikatorisch die Schilderung der Patientin, ohne bereits initial die ersten Weichen für eine künftige *Widerstandsklärung* zu stellen („dem Teil unserer Arbeit, der die meiste Zeit und die grösste Mühe in Anspruch nimmt“ Freud 1938, 418).
- Obschon genuiner psychoanalytisch als der Interviewer misst auch Argelander die Art des Therapiebeginns grundsätzlich an einer metapsychologischen Deutungskonzeption, deren Inanspruchnahme man aber in dieser Phase als verfrüht, spekulativ und gleichzeitig als beziehungsdistal auffassen kann.

Wo und wie ein anderer Interventionseinstieg versucht werden könnte, ist im Sinne der obigen Bemerkungen nun vielleicht schon vorskizziert: Er könnte ein erstes mal bereits beim Eröffnungssatz liegen, der die Probleme der Patientin kurz und bündig mit der Veranlassung für ihre Nervosität gleichsetzt. Ihre – wie lange auch schon bestehende – Nervosität wird mit einer Aktionsaufforderung zum Erzählen legiert. Damit wird *ausserhalb* von Therapeut und Patientin auf ein Drittes, eine Sache fokussiert, nicht aber vorerst auf ihre ängstliche Befindlichkeit als solche, die sie als Gegenüber nonverbal ausdrückt. Ein derartiger Sofortübergang zur Sache ist einer der kardinalen Kurzschlüsse, dessen häufiges Vorkommen erst durch audiovisuelle Supervision zu eindrücklicher Evidenz gelangt.

Ihr Unbewusstes präsentiert umgehend eine zweite Einstiegschance und lässt sie antworten: „Eigentlich gar keine“ und nachfolgend die Externalisierung mit dem Rauchen. Das ungefragt sofort offene Einbringen von Suizidgedanken könnte an dieser Stelle als unbewusste Mobilisierung des Therapeuten wegen seines bereits interpretierenden und damit teilweise verpassten Aufgreifens ihrer Kernbefindlichkeit verstanden werden.

Interventionsvorschläge

1. Stelle (Eröffnungssatz): „Sie scheinen hier sehr nervös und ängstlich zu sein, - ja? Seit wann ist sie da, diese Nervosität?“ [Vergewisserung für T und P, ob Übertragungsimplikation]
2. Stelle (Rauchen): „Das mit dem Rauchen können Sie besser beurteilen, aber vermutlich kommen Sie nicht bloss deswegen zu mir, sondern tragen noch wichtigere Probleme mit sich. Also werfen wir zuerst einen Blick auf Ihre nervöse Ängstlichkeit hier bei mir.“ [Fokussierung auf vorhandene Gefühle, statt auf Problemerzählen]

Beide dieser einfach sich anhörenden Interventionen fokussieren in Übereinstimmung mit der offenbar ersten Wahrnehmung des Therapeuten auf die aktuelle „*innere Sprache*“ der Patientin. Das ist einerseits *unmittelbar bezogene Verbindungsaufnahme* mit der Ausdruckswirklichkeit dieser Person; es ist zudem Initiierung dynamisch verstandener *Arbeit im Konfliktdreieck* (→A). Ausserdem vermittelt die Richtung dieser *deutungsabstinenten* Fragestellung, dass ihre inneren Verhältnisse im Zentrum stehen. Schliesslich ist es im Keim eine Position, die *keinerlei therapeutische Omnipotenz* suggeriert.

Ihr Unbewusstes „weiss“ mit Sicherheit, dass ihr quengelnder Sohn Auslöser, aber nicht Urheber ihres schwierigen Zustandes ist. Vorläufig ichfremd dürfte übrigens eher ihr Zugang zu ihrem unbewussten Kernproblem sein, als ihre relativ ichnahe Wut auf den Jungen.

Dass diese einfachen Interventionsvorschläge dem Auftrieb ihrer *unbewussten Vorstellungen, Erinnerungen und Affekte*, - damit ihrer *Ängstlichkeit* und ihren *Widerständen* Auftrieb geben wird, ist aufgrund der bisherigen Erörterungen genügend geklärt.

5 EIGENES BETROFFENSEIN

Als Abschluss der Darstellungsskizze über Grunderscheinungen und Handlungsmöglichkeiten prozessualer Angstdynamik soll anhand von zwei Beispielsequenzen zur ganz persönlichen Erfahrungsbasis zurückgekehrt werden.

5.1 Auch ein einzelnes Härchen wirft seinen Schatten

Etiam capillus unus habet umbram suam.
(Publilius Syrus: Sententiae)

Beginn eines Erstinterviews:

Eine 40-jährige, in Aussehen und Kleidung sehr attraktive (und wohlduftende) Frau beginnt ihr Erstinterview mit einem gemächlichen Rundumblick auf den Praxisraum. Sie lächelt freundlich dazu, holt tief Luft, neigt ihren Kopf seitwärts, fährt dabei mit einer Hand langsam durch ihr fülliges Haar und sagt schließlich – mich anblickend - mit sanfter Stimme:

P Hmm [kopfnickend] schön haben Sie's, - und die Aussicht da bei Ihnen – [Pause; tiefes Luftholen] - Ja, Sie möchten sicher wissen, warum ich komme, - - -

T Mhmm.

P Aber wo soll ich beginnen? [seufzt] Das ist alles so kompliziert [wechselt ihr übereinandergeschlagenes Bein, bekommt feuchte Augen, nestelt an ihrem Rocksäum, entnimmt ihrem Täschlein ein Bonbon und hält Ausschau nach einem Taschentuch].

An dieser Stelle wäre es vorteilhaft, könnten wir den wachgewordenen Gefühlen verschiedener in diese Sequenz involvierter TherapeutInnen nachgehen. Mein eigenes Fühlen wurde jedenfalls auf empathisches Bekunden persönlicher Verständnisbereitschaft eingestimmt, - auf Gefallenwollen und einfühlsame Geduld; gleichzeitig wurde ich ängstlich. Dann aber schwenkte eine rasch sich hochklimmende Gegenwehr um auf Alarm: jetzt ja nur gut aufpassen, die will Dich bezirzen; betont sachlich bleiben und umgehend nach *ihren* Übertragungsgefühlen sondieren (das Konfliktdreieck spielt selbstverständlich auch bei uns). Die verbal nüchterne Errungenschaft sah so aus:

T Offenbar haben Sie bestimmte Gefühle, wenn Sie mir hier gegenüber sitzen. Können wir uns im Moment darauf konzentrieren?

Worum geht es eigentlich bei diesem ganz besonderen Aufmerksamsein bereits während der ersten Therapieschritte? Es existieren ja überhaupt noch kein dialogischer Raum, keine gemeinsame inhaltliche Spur? Benötigt nicht gerade ein Neubeginn seine Zeit: Entstehenlassen eines Patientenbildes, diagnostischer Entwurf, Reflexion der Gegenübertragung usw.? –

Solche Anfragen sind mehr als nur nachvollziehbar. Allerdings trägt jede Erstbegegnung ihre ganz besondere Signatur, - dies gilt für beide Seiten - deren aufmerksame Vergewärtigung für den therapeutischen Handlungsmodus wegleitend ist. Bei obiger Patientin erwies sich ein obsessives, stärker heterosexuell ausgerichtetes Verführungsbedürfnis als Beziehungskonstante, die jeden ihrer aufwendigen Bindungsversuche im Missbrauchtwerden und Anklagen scheitern ließ; auf Näheres kann ich hier nicht eingehen.

Wäre meine argwöhnische, auf einer unbewusst wunschgeleiteten Eitelkeit beruhende Position im Dunkel geblieben, hätte diesem Prozess vermutlich ein zersetzendes Abwehrgerangel gedroht.

Die Erstsitzung, und die jeweiligen Anfänge überhaupt haben immer etwas „Grundlegendes“. „Wenn man vom Hier-und-Jetzt der Interviewsituation wie durch ein umgekehrtes Fernrohr in die Vergangenheit blickt, erscheint in immer kleineren konzentrischen Ringen dieselbe Struktur“ (Benz 1988, 582). Geht man von der analytisch idealen Grundposition aus, dass es nur *eine therapeutisch vertretbare Route gibt*, - die-

jenige „per aspera ad inferos“¹⁴, - dann müssen wir dies auch den Patienten bereits initial durch eine Weise achtsamster Beteiligung zu vermitteln versuchen.

Viele prozessual nachteiligen Entwicklungen oder gar Therapieabbrüche sind unbewusst gebliebenen, deshalb unkorrigierten und folglich unaufgearbeiteten Gegenübertragungs-Reaktionsketten aus der oder den ersten Sitzung/en zuzuschreiben.

Deshalb ist die psychologische Optik realistischer, dass bereits „ein einzelnes Härchen seinen eigenen Schatten hat“, dessen frühzeitige Beachtung wegleitend werden kann.

5.2. Therapeut in Therapie

Als Abschluss einer über viele Jahre verteilten intermittierenden Folge verschiedenartiger psychotherapeutischer Weiterbildungen entschied ich mich für den Ausbildungsgang in einer analytisch besonders dynamischen Therapieversion. Der inbegriffene Anteil angebotener Selbsterfahrung begann mit einem dreitägigen Therapie-Marathon. Nach mehreren aufwühlenden Erinnerungsdurchbrüchen verdrängter Beziehungserfahrungen sah ich der Nachmittagssequenz am zweiten Tag erstmals mit einer gewissen Erleichterung entgegen: Mein bis dahin vor Beginn der Arbeitsphasen regelmässig angstgespanntes Herumtiggern im Hotelzimmer vermochte ich diesmal scheinbar durch mitberührtes Anhören einer Klaviersonate zu ersetzen.

Die Eröffnungsfrage des Therapeuten, wie ich mich im Moment fühle, beantwortete ich aufrichtig leistungsbewusst mit der eben gemachten Veränderungserfahrung meines Zustandes, den ich als sehr positiv beurteilte. Erste Erfahrung: Keine Anerkennung durch den Therapeuten, keine Befriedigungsanzeichen über meine präsentierten „Fortschritte“ in seiner Mimik, kein bestätigendes Lächeln seinerseits, - dafür nach einer Pause:

„T It seems, that you are trying to minimize your anxiety.

[Perplex verfiel ich in Schweigen und wandte mich ab. - - -]

T Now you are repeating your going slow down and your eyes are avoiding me.

Ich: Yes, I see.

T Seeing is not enough; what are you going to do against your distancing?

Ich: ...[gelähmtes Pausieren].

T: My question was, what you are going to do against your distancing, your avoiding my eyes and then you are taking a paralyzed position with me.

Ich: I am irritated....

T “What is that? Look at your hands[Ohne es bemerkt zu haben, rieb ich konstant meine Handballen gegeneinander]

Ich: Hmm

T: „What are you feeling besides your anxiety?“ - - - -

Diese extrem kurze psychodynamische Druck- und Herausforderungssequenz am Sitzungsbeginn leitete in ganz kurzer Zeit den Prozess eines erneuten, sehr schmerzhaften Durchbruchs massiv mörderischer Wutimpulse in der Übertragung aus, die in einer innerlich intensiv erlebten, qualvollen Verstümmelung des Therapeuten gipfelten. Das Bild seines entsetzlich zugerichteten Körpers ging beim Anblick seines Gesichtes fugenlos über in den Ausdruck fragender Augen meiner noch jungen Mutter. Anschliessend lebhaftere Erinnerungs-Ausgrabungen mit peinvoller Schuld über meine unbewusst mörderische Destruktivität und deren Kollision mit ihrer - an wiedererlebten Beispielen erfahrenen - Zärtlichkeit.

Erst aufgrund dessen fand ein zeitlich ausgedehntes Durcharbeiten auf einer Erlebens- und Deutungsbasis statt, die kaum des Spekulativen bedurfte.

Meine frühe Wut-Maskierung der Mutter gegenüber und meine Reaktionsbildung, gefällig zu sein, wurden nun zu einer der unvergessbaren Erfahrungssessenzen.

¹⁴ In Abänderung des Seneca Sprichwortes.

Eine abschliessende Ergänzung in diesem Zusammenhang ist übrigens die in der Menninger Studie sich als *unzutreffend* herausgestellte Voraussage, dass abnehmende Angst im Therapieverlauf mit einer Besserung beim Patienten positiv korrelieren würde! (Remplein 1977, 42).

Fazit für die Praxis

Ein verunsicherter und unsystematischer Umgang mit prozessualer Angst vermindert die therapeutische Reichweite selbst metapsychologisch profunden Wissens. Die handwerklich solide Umsetzung dieses unverzichtbaren Kapitals scheint das grössere und häufigere Praxisproblem zu sein, als der Mangel an hermeneutischer Befähigung.

Dabei liegt seit langem ein theoretisch durchaus bekanntes psychodynamisches Arbeitsmodell vor, dessen Beachtung die prozessualen Führungsanteile des Therapeuten auf die unbewusste Mitteilungskodierung des Patienten verweist.

Eine konsequente Berücksichtigung der psychoanalytischen Substanz des hier anvisierten Konflikt-/Personendreiecks verschafft not-wendige Orientierung und verhilft zu spekulationsfreier narrativer Abstinenz zugunsten einer Mobilisierung der Patientenkompetenz. Jeder Therapieprozess – insbesondere ein analytischer – gewinnt dadurch entscheidend an Konzentration, an Intensität, an Selbsterfahrungspotenzial und Nachhaltigkeit.

Übergehen oder „verwischwaschen“ wir auftretende Patientenangst, dann sei an Freud erinnert:

„Wenn der Wanderer in der Dunkelheit singt, verleugnet er seine Ängstlichkeit, aber er sieht darum um nichts heller.“ (Freud 1926, 241).

NACHBEMERKUNG DES AUTORS

Wegen vorgesehener Ausweitung ist dieser im Juli 2010 verfasste Artikel bisher nicht publiziert.

LITERATUR:

- Argelander H (1974) Über psychoanalytische Kompetenz. *Psyche* 28:1063-1076
- Balint M et al. (1973) *Fokalthherapie*. Suhrkamp, Frankfurt.
- Bellak L & Small L (1972) *Kurzpsychotherapie u. Notfallpsychotherapie*. Suhrkamp, Frankfurt
- Benz A (1988) Möglichkeiten des psychoanalytischen Erstinterviews. *Psyche* 42:577-601
- Beutel M (2000) Psychodynamische Kurztherapien. *Psychotherapeut* 45:203-213
- Bleuler R (1996) Anxiety as an Indicator of Initial Transference Resistance and its Handling in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Int J Short-Term Psychother* 11:1-20
- Davanloo H (1980) *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Aronson, Northvale New Jersey London
- Davanloo H (1990) *Unlocking the Unconscious. Selected papers*. Wiley, Chichester England
- Davanloo H (2000) *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. Selected papers*. Wiley, Chichester England
- Freud S (1890) *Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)*. Studienausgabe, Ergänzungsband, S 20
- Freud S (1895) *Zur Psychotherapie der Hysterie*. Studienausgabe, Ergänzungsband, S 72
- Freud S (1910) *Die zukünftigen Chancen der Psychotherapie*. Studienausgabe, Ergänzungsband, S 122-132
- Freud S (1916-17) *Die Angst*. In: *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Studienausgabe, Bd 1, S 380-397
- Freud S (1919) *Wege der psychoanalytischen Therapie*. Studienausgabe, Ergänzungsband, S 241-249
- Freud S (1928) *Hemmung, Symptom und Angst*. Studienausgabe, Bd 6, S 233-308
- Freud S (1933) *Angst und Tribleben*. In: *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Studienausgabe, Bd 1, S 517-543
- Freud S (1937) *Die endliche und die unendliche Analyse*. Studienausgabe, Ergänzungsband, S 357-392
- Freud S (1938) *Die psychoanalytische Technik*. In: Studienausgabe, Ergänzungsband, S 409-421
- Freud S (31989) *Freud-Studienausgabe*. Fischer, Frankfurt
- Greenson R R (1973) *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Klett, Stuttgart
- Greenson R R (1982) *Phobie, Angst und Depression*. In: *Psychoanalytische Erkundungen*, S 90-102, Klett, Stuttgart.
- Jordi A (1999) *Omnipotenz muss weichen*. *Z Föderation Schweiz Psychologinnen Psychologen*, 4:22-25
- Jordi A (2003) *IS-TDP: Von Freud's Druckprozedur zum analytischen Interventionsystem*. *Psychotherapeut* 48: 179-189
- Kernberg O F (1972) *Psychotherapy and Psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project*. *Bull. Menn. Cl.*, 36:181-209
- Kerz-Rühling I (1989) *Die psychoanalytische Erzählung*. *Psyche* 43:307-330
- Konzelmann Ch (1995) *Head-On Collision with Resistance Against Emotional Closeness in IS-TDP*. *Int. J. Short-Term Psychother*.10:35-51
- Levitt EE (1971) *Die Psychologie der Angst*. Kohlhammer, Stuttgart
- Loewald HW (1974) *Das Zeiterleben*. *Psyche* 28:1053-1062
- Malan DH (1976) *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy*. Plenum Press, New York/London
- Malan DH (1979) *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics in short-term dynamic psychotherapy*. London (Butterworth)
- Malan DH (1986) *Beyond Interpretation. Part I/II*. *Int. J. Short-Term Psychother* 1:59-106
- Mann J (1973) *Time limited Psychotherapy*. Harvard University Press, Cambridge
- Menninger K (1973) *Theory of Psychoanalytic Technique*. Basic books, New York, pp 151-152
- Remplein S (1977) *Therapieforschung in der Psychoanalyse*. Reinhardt, München/Basel
- Rohde-Dachser Ch (1994) *Im Schatten des Kirschbaums*. Hans Huber, Bern
- Spence DP (1989) *Deutung als Pseudo-Erklärung*. *Psyche* 43:289-306
- Troendle P.(2005) *Psychotherapie, dynamisch - intensiv – direkt*. Psychosozial-Verlag, Gießen