



---

Deutsche Gesellschaft für **Psychoanalyse,**  
**Psychotherapie,**  
**Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.**

# PSYCHO-NEWS-LETTER NR. 72

## EIN KLEINER LITERATURRUNDFLUG

Im Auftrag des Vorstands der DGPT

Verfasst von  
Michael B. Buchholz

Email: [buchholz.mbb@t-online.de](mailto:buchholz.mbb@t-online.de)

Mitte November 2008

### KOMPETENZKOMPETENZ

---

**D**ie Werbebranche weiß: „Tue Gutes! Und rede darüber!“. Beides muß da sein, das Tun und dass das Gutgetane sich ebenso verbreite wie der Name dessen, der es tut. Zweischichtig ist so vieles, was wir als eindimensional nehmen, manches sogar noch vielschichtiger. **Friedrich Schiller** schon unterschied in seinen 27 „Briefen zur ästhetischen Erziehung des Menschen“ einen *Stofftrieb* und einen *Formtrieb*. Das eine ist gleichsam die Sache; die muß da sein. Im Fall eines Gesprächs muß es einen Laut geben, irgendetwas Hörbares. Dann kommt dazu die Formgebung, die Artikulation des Gesprochenen – mehr als nur der Stoff. Im therapeutischen Gespräch, so hatte es **Erhard Mergenthaler** – siehe meinen letzten PNL – gezeigt, gibt es zunächst ziemlich viel Gefühls“stoff“, dann folgt die reflektierend-abstrahierende

Analyse von deren Form. Das eine ist Sache des Aussprechens, der Katharsis, der Entlastung; das andere ist Gestaltung des einholenden und nachholenden Denkens.

Fast nie reicht es in einem Gespräch, *etwas* zu sagen. Man möchte auch – für den späteren Streitfall gleichsam – wissen, was man gesagt hat. Und möchte sogleich wissen, *als* was das verstanden wurde. Da wird schon klar, dass Sprechen weit mehr ist als Informationsmitteilung. Diese Einsicht der Sprachwissenschaftler hat sich auch zu den neueren Neurowissenschaftlern herum gesprochen, in meinem letzten PNL habe ich ein wenig davon berichtet. Wenn man das bedenkt, dann sieht man, dass es in der Kommunikation um wenigstens drei Pole sogar geht, die **Niklas Luhmann** in seiner soziologischen Systemtheorie als *Information*, *Mitteilung* und *Verstehen* beschrieben hatte. Etwas, das gesagt wird, enthält eine Information, fraglos; aber das muß auch *als* eine an jemanden gerichtete Mitteilung gelten können (und nicht etwa nur als ein Geräusch für niemanden); und sie muß von dem Angesprochenen verständlich *als* verstehbar verstanden werden, damit die Kommunikation ihre Gestalt schließen kann.

Vielschichtig ist auch die Kompetenz, um die es in der Psychotherapeutik geht. Ein Teil der Kompetenz ist, die Kompetenz auch *als* Kompetenz darzustellen, also das therapeutische Gespräch nicht etwa *nur* als Kaffeeklatsch, Reden unter Freunden oder Flirt oder chirurgischen Eingriff oder archäologische Ausgrabung oder kriegerische Intervention oder als etwas anderes durchgehen zu lassen. Kompetenz muß durchaus *im Vollzug* kompetent *als* kompetent *ausgeübt* werden können. Das ist die *i n t e r n e* *S e i t e* *d e r* *K o m p e t e n z*. Sie gilt für den Vollzug selbst deshalb, weil man schlecht *sagen* kann, was Psychoanalyse *ist*; hier hat **Wittgenstein** recht: man muß es zeigen, also vorführen. Dem, der danach fragt. Dem, der da nachfragt.

Aber es gibt auch noch die *e x t e r n e* *S e i t e* *d e r* *K o m p e t e n z*. Sie muß sich im Feld der konkurrierenden Auseinandersetzung mit anderen Kompetenten und Kompetenzen bewähren und zwar Zug um Zug immer aufs Neue. Hier muß *gesagt* werden können, was Psychoanalyse ist (nämlich im Unterschied zu anderen Therapien). Hier kann Kompetenz von Dritten geprüft und getestet werden, hier muß Kompetenz nicht vollzogen, sondern *dargestellt* werden – und zwar mit Darstellungskompetenz, nicht mit Vollzugskompetenz. Vorträge über Psychoanalyse sind also nicht dasselbe wie eine psychoanalytische Stunde, obwohl manchmal so eine Erwartung im Saale zu schweben scheint.

Während die interne Seite sich im Vollzug bewähren muß, muß es die externe Seite in der Darstellung. Beide zusammen bilden eine Einheit deshalb, weil die externe Seite der Überprüfung natürlich auch im Vollzug immer dabei ist; auch Patienten wollen herausfinden und erleben, ob ihr Therapeut etwas kann. Es genügt ihnen nicht, durch die Buschtrommeln gehört zu haben, dass er oder sie gut ist, sie wollen es auch erfahren. Die „Droge Arzt“ will ausprobiert sein, um ihre Wirkungen zu testen. Wenn Patienten das gar nicht wissen wollen bzw. nicht in Erfahrung bringen wollen, dann schließen wir mit Recht darauf, dass sie etwas anderes als Therapie wollen. Und das braucht dann besondere Vorkehrungen – kompetente Vorkehrungen natürlich, damit ein Patient entsteht, der ein brauchbarer Mitarbeiter in seiner Behandlung werden kann. *Pour faire une omelette, il faut casser des oeufs*, wußte schon **Freud**.

#### VARIATIONEN DER ZWEISCHICHTIGKEIT

---

Dass psychoanalytische Kompetenz mindestens zweischichtig ist, bestätigt sich eindrucksvoll in der Darstellung eines Projekts, über das nun ein umfänglicher Bericht vorliegt: **David Tuckett, Roberto Basile, Dana Birksteed-Breen, Tomas Böhm, Paul Denis, Antonio Ferro, Helmut Hinz,**

**Arne Jemstedt, Paola Mariotti und Johan Schubert** haben 2008 ein Buch geschrieben „Psychoanalysis Comparable & Incomparable. The Evolution of a Method to Describe and Compare Psychoanalytic Approaches“. Seit dem März 2000 hatten sich verschiedene „working parties“ gebildet, die sich klini-

schen, theoretischen sowie mit Ausbildungsfragen in verschiedenen Ländern auf eine neue Weise beschäftigen wollten. Diese neue Weise hieß, nicht vorab dogmatisch festzulegen, was Psychoanalyse sei, sondern so *openminded* wie irgend möglich im Gespräch mit Vertretern verschiedener analytischer „Kulturen“ herauszufinden, wie Psychoanalyse jeweils verstanden wird. Dazu hat sich die WPCI („Working Party Clinical Issues“) gebildet und berichtet hier erstmalig über ihre „new style conferences“, die von der EPF finanziell unterstützt wurden.

Zu mehreren Zeitpunkten seitdem trafen nach einigen Vorbereitungen mehr als 500 internationale renommierte Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker zu 6 Serien von workshops, 200 davon haben an drei oder mehr teilgenommen. Auf diesen workshops wurden 70 Fälle vorgestellt und das Ziel war, durch Vergleich von jeweils 2 Fallpräsentationen in jedem workshop (mit ca. 12 Teilnehmern) in einem Zeitraum von zwei Tagen herauszufinden, was die beteiligten „presenters“ jeweils unter Psychoanalyse verstanden und worin die Unterschiede sich manifestieren.

Entwickelt wurde schließlich eine „two-step method“, wie Tuckett in seinem Beitrag (ab S. 132) beschreibt, doch der Weg dahin war recht dornig.

„we would start from the observation of what happens in practice when a psychoanalyst is ‚doing psychoanalysis“ (S. 1)

So beschreibt Dana Birksted-Breen den Ausgangspunkt. Dass also einer Psychoanalyse betreibe, sollte nicht in Frage gestellt, sondern untersucht werden. Es stellen sich in schöner Doppelschichtigkeit gleich zwei Wie-Fragen: *Wie* betreibt einer da Psychoanalyse? Und: *Wie* wollen wir das untersuchen? Und dabei stellt sich die Beobachtung von gewöhnlichen klinischen Diskussion um: nicht „der Fall“ sollte im Mittelpunkt stehen, sondern das, was der Analytiker tut!

„The novelty of this comparative method lies in a dual shift in perspective: from the patient to the analyst and from emphasizing a single ‚truth‘ to valuing difference. Instead of the traditional discussion of a ‚case‘ in which the leader and participants suggest a better or deeper understanding of the clinical material, there is a radical shift

of focus towards understanding the analyst herself, what she is doing in the psychoanalytic encounter, and for what reason. The attempt to elucidate the implicit model of the presenter/analyst shifts attention away from evaluation and towards understanding“ (S. 2)

Wertschätzung der Differenz, konzeptueller Unterschiede und verschiedener Sichtweisen, unterschiedlicher persönlicher Zugänge und Variationsbreite an (Be-)Handlungsmöglichkeiten in jeder gegebenen klinischen Situation erwächst aus dem Bewusstsein eines breiten Pluralismus. Sensibilisiert aber zugleich für den Wunsch, *wie* klare Grenzen zwischen einem vertretbaren epistemologischen und klinischen Pluralismus und einem beliebigen „anything goes“ gezogen werden können. Und vor allem: ob! Tuckett übernimmt es, die verhängnisvolle Geschichte des „intellectual reign of terror“ (S. 6) nachzuzeichnen, nämlich jene Zeit, als die jetzt geschätzten Variationsmöglichkeiten als *Dissidenz* diffamiert und ihre Vertreter ausgeschlossen wurden. Auf diesem Hintergrund formuliert er:

„The main argument in this book is that in the absence of open discussion about difference in psychoanalytic technique, the debate about opposing ideas and practices has been very difficult to maintain – with what I consider many negative consequences for psychoanalysis’ creative development as a secure and specific discipline. The usual way of proceeding in academia is by the critical scrutiny about the evidence for and usefulness of a particular argument. In the field of psychoanalysis, however, this approach has mostly been eschewed on account of the unease and dissatisfaction that many psychoanalysts seem to feel about the value of using evidence from their consulting rooms to support points to each other“ (S. 7)

Doch, das sind schon deutliche Worte! Festgestellt wird ja, dass die Psychoanalyse vom üblichen wissenschaftlichen Weg schlankweg abgewichen ist, ihre Argumente anhand verfügbarer Befunde zu prüfen und Nützlichkeitsabwägungen dabei nicht außen vor zu lassen. Und dies aus keinem anderen Grund, so Tuckett hier in gnadenloser Diagnose, weil viele Analytiker sich schlicht „unbehaglich“ (unease) fühlten, wenn sie die Befunde

aus ihren Praxen anderen deutlich zu machen versuchen sollten.

Aber die Psychoanalyse hat auch einen erheblichen Wandel vollzogen, auf mehreren Ebenen:

„Psychoanalysis has tried to become less elitist and more friendly, as well as less medical – whether these changes developed as a result of innovation within established societies moving towards a less authoritarian stance, or through the development of new ideas by those once excluded by but now embraced in new institutions.“ (S. 6)

Die Zeit der Politisierung und Personalisierung von Differenzen also ist hoffentlich vorbei, man will und kann sich nicht mehr auf Autorität und Ausschlussdrohung verlassen. Ganz im Gegenteil:

„It must be granted that a clear formulation of psychoanalytic ideas is inherently difficult. Concepts are elastic and practice is implicit (Sandler, 1983). Moreover, the discipline deals with subjective experience beyond consciousness and reason. At its heart it is and must be individualistic, emotional and highly personal. The unconscious processes codified by Freud are condensation, displacement and absence of contradiction. They involve symmetrical (rather than Aristotelian) logic – in which ordinarily divergent propositions are equally true, space is multi-dimensional and time is bi-directional or even ‘shattered’ ... Practice necessarily involves sensibility and intuition as well as cognition.“ (S. 8)

Die besondere Leistung Freuds wird mit diesen Worten gewürdigt, die gelesen werden können, als würden sie den Anschluss an die Quantentheorie (siehe unseren PNL-70) herzustellen versuchen. Aber das ist hier nicht Tucketts Absicht. Er gibt die Ziele des geplanten Projekts so an, dass es darum gehe, Möglichkeiten aufzubauen, wie man genauer über das tägliche Tun reflektieren und dabei voneinander lernen könne, wie man herausfinden könne, was eigentlich die psychoanalytische Methode sei, auch, um Kompetenzen von Kandidaten besser evaluieren und um eine Pseudo-Anwendung von Psychoanalyse identifizieren zu können.

Als sich nun in Prag 120 Kliniker aus 20 Ländern trafen, um Behandlungen zu diskutieren, die als „Psychoanalyse“ definiert waren, ergaben sich jedoch erhebliche Schwierigkeiten, die Tuckett in Worten auflistet, denen man das Ringen um Fassung noch anmerkt:

„Nonetheless, there were significant problems, which took a long time to understand and to address, a process that is the main theme of this book. Initially, these problems took the form of a series of obstacles and difficulties: participants were aware of the extent of their differences and it was necessary emotionally to manage those differences when they arose; some had emotional and intellectual problems in making comparisons; there were also problems with the emotional experience and structure of a discussion between a presenter and an audience with psychoanalytic material; a tendency to judge (or even to attack) rather than to seek to understand the presenter; various enactments by presenters who could more or less unconsciously select inappropriate material; problems with shared assumptions as to the nature of comparisons as an epistemological activity; problems of regressive or basic assumption group functioning (and in particular the difficulty some groups had in establishing themselves as work groups); a general of tools for the comparative task and confusion about the meaning of psychoanalytic terms. In retrospect we might say that these differences were all inevitable difficulties – but at the time we were surprised at just how difficult things were.

Combined, the difficulties expressed themselves through anxiety and sometimes even hostility...“ (S. 13)

Intellektuelle Schwierigkeiten, die psychoanalytische Terminologie gewährleistete nicht die Einheitlichkeit der Kommunikation, das Vergleichen als grundlegende kognitiv-wissenschaftliche Tätigkeit fiel schwer, und dazu beträchtliche emotionale Schwierigkeiten, v.a. sich von festen Überzeugungen der Wahrheit und von bestimmten persönlichen Identifizierungen zu lösen – dies alles muss sich zu einer nicht leicht begreiflichen Gemengelage vermischt haben.

Es gab dann einen Lösungsvorschlag. Die Idee war, die Äußerungen der Fallvorsteller, die sie in ihren Behandlungen gemacht hatten, nach einem von Tuckett vorgeschlagenen Schema („the grid“) zu klassifizieren. Das Schema enthielt 13 Varianten, die relativ genau beschrieben und an Beispielen illust-

riert wurden und basierte auf 3 Gruppen von Interventionen: solche, die das Setting aufrechterhielten, die zu weiterer Exploration anregten und die verschiedene Erlebnisse miteinander verbanden. Auch hier regten sich unbegreifliche Widerstände: Klassifikation sei keine wissenschaftliche Methode, so etwas stamme aus den Sozialwissenschaften

und sei nicht psychoanalytisch, der freie Einfall würde behindert usw. Und hinzu kam eine Tendenz, die als „Supervidieren“ bezeichnet wurde, nämlich dem Fallvorsteller zu bedeuten, was er alles falsch gemacht habe und die teilweise von der Absicht getragen war, den Fall gleichsam vor dem Behandler „zu retten“.

## ROLLE UND SELBST UNTERSCHIEDEN

---

Tuckett aber bleibt hartnäckig und übernimmt sozialwissenschaftliche Hilfen. Etwa die Lehre der Idealtypen von **Max Weber** oder macht Anleihen bei der sozialwissenschaftlichen Rollentheorie. Denn die Rolle des „presenters“ ist selbstverständlich anders als die der Diskutanten; es gibt eine andere Perspektive und so kann es geschehen, dass selbst erfahrene Fallvorsteller natürlich auf Zusammenhänge aufmerksam gemacht werden, die ihnen entgangen sind; dies aber nicht aus Kompetenzmangel, sondern aus Perspektivendifferenz! Mich hat hier diese sozialwissenschaftliche Wende gefreut, freilich auch gewundert, dass Tuckett so keinerlei Bezug nimmt auf das, was im deutschsprachigen Raum dazu schon geleistet worden ist, man muß ja nur beispielhaft an die Erweiterung der Rollentheorie um die Dimension des Unbewussten denken, wie sie in den 1960er Jahren **Horst-Eberhard Richter** vorgelegt hatte. Tuckett definiert Rolle als

„a set of connected behaviours, rights and obligations as conceptualized by members of groups in a social situation“ (S. 30)

Diese Definition ist sozialwissenschaftlich eigentlich zu ungenau, weil sie das Entscheidende verspielt: *die Rolle ist das Gesamt der Erwartungen einer relevanten Bezugsgruppe an den Inhaber einer Position*. So wird die Rolle in der klassischen sozialwissenschaftlichen Rollentheorie definiert. Die Rolle eines Vaters, eines Freundes oder Zuhörers bei einem Vortrag – das sind Beispiele für „Inhaber von Positionen“ - besteht gerade nicht in einem Kombi-Pack von Verhaltensweisen, sondern in den *Erwartungen* - der anderen! Rolle ist also nicht eine Liste von Verhaltensweisen oder Eigenschaften, sondern

gerade etwas ganz anderes: ein Ensemble von Erwartungen anderer!

Rolle ist nicht Be-, Rolle ist Zuschreibung!

Das macht einen Riesenunterschied. Und nur weil Rolle als solches Ensemble von zugeschriebenen *Erwartungen* definiert wird, kann die *Person* als Trägerin der Rolle dann *zu* den Erwartungen selbst wiederum Position beziehen, die Rolle annehmen oder ablehnen, sie in der einen oder in der anderen Weise ausüben, kurz: das praktizieren, was man *Rollendistanz* genannt hat. Die Distanz zur Rolle geschieht vom Selbst aus, das Selbst (als Gegenbegriff zu Rolle) kann Position beziehen und die Rolle zur Disposition stellen. Es gibt also immer Freiheiten, wie einer eine Rolle ausübt; das ist auf der Bühne nicht anders als im wirklichen Leben.

Und H.E. Richter erweiterte diese sozialwissenschaftliche Rollenkonzeption durch den Begriff des Unbewussten. Dann kann man z.B. sehen, dass ein Familienvater zwar Erwartungen auf bewusster Ebene ausgesetzt ist, zugleich aber mit völlig gegenteiligen unbewussten Erwartungen konfrontiert sein kann, die er beide wieder miteinander integrieren muß. Die Entwicklung von Kindern kann von unbewussten Erwartungen der Eltern gefördert werden; beschädigt wird die Entwicklung dann, wenn das kindliche Selbst angehalten wird, zu den Erwartungen keine Position zu beziehen. Dann verstummt das Selbst und exekutiert nur die Rolle; klinisch sprechen wir dann von der Ausbildung eines „falschen Selbst“ oder ähnlichen Konzeptionen.

Die elterlichen Erwartungen teilen sich in Form von Projektionen, diese wiederum in bestimmten, meist recht kleinteiligen und doch durchaus relevanten Äußerungen mit.

Nun waren es die Erwartungen, die die Gruppenmitglieder an sich gerichtet sahen, die ihnen wohl auch nicht klar waren (weil sie sich nur schwer dazu positionieren konnten aus einer Selbst-Reflexion heraus), worauf Tuckett mit der Entwicklung von „the grid“ reagierte. **Paul Denis** folgt im Buch mit einem Beitrag über „In Praise of Empiricism“, der an die Debatte zwischen **Theodor Jacobs** und **André Green** anknüpft, worin Letzterer sich auf einem internationalen Kongress wohl als imposanter Polemiker dargestellt hat, der sich im Besitz der Wahrheit weiß und sie um sich beissend verteidigt. Die Fruchtlosigkeit solcher Debatten erklärt Denis damit, dass Analytiker eine enge Bindung an ihre Modelle haben, weil diese implizite die *Rolle* als Analytiker definieren (nicht natürlich das Selbst) und diese Bindung wiederum erklärt er so:

„In order to better understand the attachment that analysts feel to their own model, it seems to me important to take into account the traumatic quality of the psychoanalyst's work. If they are not to limit themselves to indoctrinating their patients with ready-made formulas, psychoanalysts must allow themselves to be taken over by their patient's psychic functioning; moments of anxiety and guilt and various emotions will

be aroused during the sessions, unsettling the analyst's own usual reference points. In confronting this trauma, which is probably moderate but repeated indefinitely in the course of the day, the psychoanalyst's elaborative capacities are stretched to the utmost...“ (S. 43)

Dass hier Täglichkeit und Alltäglichkeit des Praxisvollzugs herausgehoben wird, finde ich unter dem Gesichtspunkt unserer *Profession* vollkommen richtig. Aber die Herausstellung des traumatischen Aspekts ist natürlich leicht einseitig, man könnte auch Müdigkeit oder selektive Aufmerksamkeit oder Tagesform oder wechselnde persönliche Problembelastetheit oder Schuldgefühle wegen einer „schlechten“ Stunde usw. herausheben und würde dann schnell sehen, dass unsere tägliche Arbeit sich in all diesen Hinsichten gar nicht so sehr von der anderer anspruchsvoller Berufe wie etwa Chirurgen, Lehrern, Eltern, Kriminalbeamten, Geistlichen usw. unterscheidet. Ich zweifle also nicht, dass die genannte „traumatic quality“ vorkommt. Ich zweifle vielmehr, ob es sich hier um eine gute Erklärung handelt, warum wir uns so schwer tun, unsere Lieblingsmodelle zu überprüfen.

---

„...CANNOT ENTIRELY BE A SCIENCE...“

---

Doch kommt Denis zu der These, dass Psychoanalyse ein „experiential approach“ sei:

„In no other discipline are the object of knowledge and the object of study so closely interconnected; a characteristic that psychoanalysis shares with the social sciences is the impossibility of any recourse to experimentation. If it cannot entirely be a science in some senses, metapsychology can at least claim to be a form of empiricism, in the highest sense of the term, an empiricism based on experience but one that is capable of formulating principles“ (S. 47)

Offen gesagt, wundere ich mich hier über die Umstandslosigkeit, mit der die Metapsychologie als so einheitlich ausgegeben wird – als hätte es nicht eine ausgiebige und argumentative gehaltvolle Debatte darüber gegeben. Richtig ist freilich, die Erfahrungsbasie-

rung der Psychoanalyse hervorzuheben. Das Problem bleibt aber, wie diese Erfahrung gewertet, in Modellen formuliert und lehrbar gemacht wird.

**Tomas Böhm** aus Schweden folgt mit einem ausführlichen Bericht über das erste Treffen in Prag. Eindrucksvoll seine Metapher für die „presenter“ der Fälle:

„They looked rather anxious, as though they were about to dive from a 10-metre platform into a small pool; no one could be certain that there was water down there“ (S. 53)

Nun, es gab nicht nur solche Ängste, sondern auch Konfusion über die Aufgabe und reichlich Unklarheit darüber, wonach eigentlich gesucht wurde: „What is a psychoanalytic model?“ Die Gruppen oszillierten zwischen Supervision und Modellsuche und es

erwies sich als schwierig, die Perspektive des Fallvortragenden überhaupt einzunehmen. Immerhin aber konnten erstmalig auch Vergleiche zwischen zwei Fallvortragenden hinsichtlich deren impliziten Modelle beschrieben werden. Während der eine die Beziehung in den Mittelpunkt stellte, zog sich der andere eher davon zurück und vermied Gegenseitigkeit. Was die Aufgaben des Analytikers in einer bestimmten Situation sind, unterschied sich danach sehr – Verknüpfungen herstellen oder Affekte detoxifizieren?, als Objekt antworten oder sich mehr als teilnehmender Beobachter verhalten?, die Übertragung deuten oder sie eher meiden?, konfrontieren mit Verhalten im Behandlungsraum oder so etwas eher selten tun? Nur in einer Hinsicht scheinen beide hier verglichenen Analytiker übereinstimmend eingeschätzt worden zu sein: Sie glaubten fest an das Entwicklungspotential ihrer Patienten, wenn ihnen nur eine Umgebung von genügend guter Qualität zur Verfügung stünde (S. 65). Doch was diese „gute Qualität“ ist? Darin gehen die Auffassungen sofort wieder auseinander.

Nun muß man darin ja keine Schwäche sehen. Denn die babylonische Sprachverwirrung, von der manche Autoren immer wieder sprechen, ist ja nur problematisch, wenn man deren evolutionären Gehalt verkennt: nur, weil wir so verschiedene Dialekte sprechen, entsteht die Notwendigkeit der Kommunikation. Wäre alles wie „vor Babylon“ entfielen ja gerade der Anreiz zum Gespräch, weil man sich in den grundlegenden Dingen immer schon einig wäre.

„To recognize difference is the beginning of recognizing the richness of the universe of reality”

formuliert **Helmut Hinz** prägnant (S. 109). Mir scheint, eben darin liegt der wesentliche

Schritt dieses interessanten Forschungsabenteuers.

Nach Prag traf sich die WPCI in Sorrento, die verwirrenden Erfahrungen wurden aufgearbeitet und eine typologisierende Methode eingeführt, um die Interventionen der jeweiligen Fallvorsteller einordnen zu können. Hier war also diese Aufgabe mittlerweile akzeptiert. Eine Vorphase gestattete jeder Gruppe (ca. 12 Teilnehmer) zunächst eine klinische Diskussion ohne Vorgaben, um sich mit dem Fall vertraut zu machen; dann folgte die schwierige Aufgabe, die Interventionen – einen nach der anderen – in „the grid“ einzuordnen. Die Interventionen, so wurde nun gelernt, mußten als *Realisierungen* eines impliziten Modells des jeweiligen Fallvorstellers aufgefasst werden. Wenn man die Interventionen also klassifiziert, dann fehlt noch etwas; man weiß über dieses implizite Modell noch nichts.

Warum das so ist, fasst Helmut Hinz in seinem weit ausgreifenden theoretischen Text in einem Satz zusammen:

„No analyst can say that another analyst with a different approach to the same patient might have worked better, a situation that creates problems of responsibility and guilt-pain, because we work with our hearts.“ (S. 109)

So ist es wohl; wir sind mit unserem Herzen dabei. Dennoch muss es eine Basis für Kompetenzerkennung und –beurteilung geben und dafür beschreibt Tuckett in einem weiteren Beitrag nun, wie eine besondere Diskussionsmethode ausgearbeitet wurde. Deren wichtigster Bestandteil scheint mir zu sein, dass der Fallvorsteller nach seiner Präsentation gleichsam zum Schweigen verpflichtet wird, so dass die Gruppe für sich arbeiten kann; erst danach kann er einer nächsten Runde das Gruppengeschehen auf seinen Fall kommentierend beziehen.

## INTERVENTIONSTYPEN

---

Die Einordnung der Interventionen in ein leicht vereinfachtes Schema ist aber Aufgabe der Gruppe und dafür gibt es nun (S. 140) 6 funktionale Kategorien für Interventionen:

1. Maintaining the basic setting

2. Adding an element to facilitate unconscious process

3. Questions, clarifications, reformulations, aimed at making matters conscious

4. Designating here and now emotional and phantasy meaning of the situation with the analyst
5. Constructions directed at providing elaborated meaning
6. Sudden and apparently glaring reactions not easy to relate to A's normal method

Das also ist Schritt 1, wenn ihm zuvor verschiedene Vorphasen vorangegangen sind. Auch dieser Schritt ist nicht leicht, es gibt Beispiele sowohl für die Kategorien als auch für deren Diskussion. Aber entscheidend wird nun die Entwicklung einer Methode, um die „explanatory models“ der Analytiker überhaupt beschreiben zu können. Hierzu mussten besondere Fragen entwickelt werden:

Welche Arbeitsdefinitionen hat ein Fallvorsteller,

- wenn etwas „falsch“ läuft mit einem Patienten?
- vom psychoanalytischen Prozess?
- woran erkennt er, dass etwas im Gleis ist und wann nicht?
- von den auftretenden Hindernissen?
- von der analytischen Situation?
- vom Unbewussten?

Diese Dimensionen werden als untereinander verbunden betrachtet (S. 147)

Die schwedische Gruppe diskutierte noch die Einfügung einer Kategorie „mistakes“, aber Tuckett lehnte das ab mit dem Hinweis, dass ein Fehler kaum „an intentional part of a model of practice“ sein könne (S. 156), schließlich aber wird eine Kategorie aufgenommen für all die Bemerkungen des Analytikers „outside the usual run of their approach“.

Das alles wird zu einem Modell von 6 „Vektoren“ kombiniert, von denen die Praxis der Analyse bestimmt sei (S. 160). Dazu gehören

- „*developmental vektor*“ (taking a position on where the patient is from a developmental viewpoint)
- „*coherence vs. contradiction vector*“ (Metapherngebrauch, kreative Lösungen...)
- „*Object relations of knowledge vector*“ (transgenerationale Einflüsse, Soziologie des Wissens, Internalisierung von Theorien, Bindungstheorie)

- „*Conceptual vector*“ (Weltsicht und Kosmologie, klinische Konzepte, ps. Prozess, Theorien des Wandels)
- „*Topographical vector*“ (bewusst aber nicht öffentlich, vorbewusste Theorien und –fragmente, unbewusste Einflüsse auf den Gebrauch von Theorien)
- „*Action vector*“ (Zuhören, Formulieren, Verhalten, Deutung)

Noch einmal betont Tuckett, dass das Ziel nicht gewesen sei, einen individuellen Falldarsteller und seinen Gebrauch von Theorie zu verstehen, sondern „to identify and map the range of practice in the psychoanalytic community as a whole“ (S. 161)

Den Gebrauch des soweit entwickelten und noch weiter überarbeiteten Schemas wird nun in weiteren Beiträgen der Gruppe vorgeführt. Immer tauchen dabei klinisch relevante Fragen auf: „To what does the analyst listen?“ oder „How does the analyst see the analytic situation?“ oder „What does this analyst think will further the psychoanalytic process?“. Dana Birkstead-Breen, **Antonino Ferro** und **Paola Mariotti** beschreiben detailliert an Beispielen, wie hier Antworten versucht werden. Gleichzeitig finden diese Prozesse jedoch auch in der Gruppe statt, etwa wenn private implizite Theorien deren Diskussion stark färben oder behindern oder wenn die Gruppe sich gegen aufkommende Verzweiflung (im Fall einer Patientin mit plastischer Chirurgie) wappnen muss. Tuckett schreibt in den Beitrag von Basile/Ferro eine längere Fußnote hinein (S. 239), worin er darauf aufmerksam macht, dass Ferro Bionianer ist, das entwickelte Schema aber mit Bion wenig zu tun habe und er sich wundere, warum Ferro so häufig – wie im ganzen Buch – Bion zitiere. Hier ahnt man, dass der Gruppenprozess so definitiv wohl doch nicht geklärt ist, dass die Debatte eigentlich weiter geht.

Diesem Gruppenprozess widmet **Johan Schubert** seine Aufmerksamkeit. Der Widerstand gegen die Typologie äußerte sich als Langeweile, die anfängliche Energie verpuffte rasch. Der Unterschied zwischen geschriebenen Berichten und genauen Transkripten wird als hilfreich probiert:

„In fact, however, even written interventions constitute a mix of what the analyst actually did during the session and how that was rationalized in the reporting afterwards. One group used verbatim notes from the sessions. Perhaps this is the best way to study how the chain of verbal interventions is made.” (S. 218)

Die Fallvorsteller in ihren Rollen mussten mit Kritik leben; manchmal hatten sie Fälle ausgewählt, die sie als repräsentativ für ihre alltägliche Praxis ansahen. Manchmal aber auch waren die Fälle extrem schwierig und dann war es kaum durchführbar, die impliziten Modell des Fallvorstellers zu eruieren. „There was just too much about the patient“, so zitiert Schubert einen Teilnehmer (S. 222). Ist so ein neuer Stil für Falldiskussionen entstanden? Diese Frage erörtern **Roberto Basile** und Antonino Ferro und bieten einen Vergleich an:

„An analogy might be the passage from macroscopic anatomy to a study made with the help of an optical or even an electronic microscope.“ (S. 236)

Ich gebe nur einen letzten Kommentar eines Teilnehmers am Athener Treffen der WPCI wieder, der von Basile und Ferro so zitiert wird:

„How do we manage the dialogue between us? A discussion in our society – both theoretical discussions as well as clinical material – is often turning to a battle. Very quickly, the various opinions and thoughts turn into a sort of absolute ‘Truth’. As if there is a sole, correct way to carry out psychoanalysis. The space for new thought and learning becomes completely closed ...” (S. 240)

Mir will scheinen, als wäre da etwas getroffen. Die Frage ist nicht nur, wie der Dialog entwickelt werden kann, die ebenso wichtige Frage ist diesem Kommentator auch, wie wir uns unsere Lernfähigkeit erhalten können. Bedenkt man, dass die Einführung des Mikroskops schon mehr als 130 Jahre her ist, die des Elektronenmikroskops etwa 50 Jahre, dann fragt man sich, ob dieser Vergleich

auch etwas über eine Art Lernverweigerung aussagen könnte? Denn wer „absolute Truth“ schon hätte, bräuchte ja auch nichts mehr zu lernen, er könnte sich aufs missionieren beschränken. Und es kommt noch etwas hinzu.

Tuckett bemerkt an einer Stelle sehr klar:

„Psychoanalysts, like other ordinarily functioning social individuals, are not necessarily explicit aware of the normative framework informing what they are doing or why they do it (their explanatory model), and thus observers cannot simply ask them...” (S. 163)

Als gewöhnlich funktionierende Sozialwesen sind wir uns oft unserer normativen (und anderer) Bezugssysteme gar nicht bewusst, aber Beobachter können das herausfinden, wenn auch nicht einfach durch Fragen. Deshalb schließt sich eine Experten-Interview-Methode hier natürlich aus. Aber es wäre natürlich nahe liegend, wenn man mit in Betracht ziehen könnte, dass diejenigen Beobachter, die zu allererst zu nennen wären, doch die Patienten sind! Sie müssten doch imstande sein, etwas Gehaltvolles über die Arbeitsweise ihrer Analytiker sagen können, darüber, was die glauben, was hilft oder was mit ihnen los ist. Einen Weg zu finden, die Patientenperspektive hier mit anzuschließen, schiene mir nur eine konsequente Fortsetzung des mutig eingeschlagenen Weges, etwas über professionelle Praxis herauszufinden, was mehr ist als Deklaration des immer schon Geglaubten. Davon habe ich im letzten PNL berichten können, manche beziehen immer stärker die Patientenperspektive mit ein. Das Tuckett-Projekt selbst darf man wohl als einen Versuch in die Richtung sehen, die Lernfähigkeit auszubauen und zu mobilisieren. Ein entscheidender Aspekt der Kompetenz wäre darin ja eingefangen: dass man merkt, wenn man anders denken, den Blickwinkel ändern, die Perspektive verschieben muß. Eindrucksvoll beschrieben ist, wie schwer das ist.

---

#### „NIE ALLES...“

Von einem handfesten Realismus in diesen Fragen zeugen die folgenden Sätze:

„Trotzdem gilt hier festzuhalten: nie können wir über alles reden, obwohl die in die-

ser Arbeit angesprochene Thematik eigentlich die gesamte Theorie der psychoanalytischen Praxis berührt. Ebenso gilt: Nie können wir bei einem Menschen alles erfassen oder ihn ganz verstehen, auch nicht mit einer hochfrequenten Langzeitanalyse.“

So schreibt **Winfried M. Trimborn** (S. 224) in seinem Beitrag zu dem von **Karl-Albrecht Dreyer** und **Manfred G. Schmidt** herausgegebenen Band „Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie“ (2008). Die beiden Herausgeber haben längere Zeit eine Arbeitsgruppe zur Frage der Niederfrequenz geleitet und legen hier gleichsam die vorläufige Bilanz vor, nachdem dazu schon teilweise Publikationen erschienen waren; eine schöne Arbeit von Dreyer habe ich im PNL-53 vorstellen können. Während er damals (im *Psyche*-Heft 11/2006) noch fragte „Gibt es eine niederfrequente Psychoanalyse?“, ist heute die Antwort glasklar:

„In der psychoanalytischen Praxis ist die Behandlung mit einer Frequenz von zwei Sitzungen in der Woche die häufigste Form; dies hat eine Untersuchung unter den Psychoanalytikern der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPA 2005) gezeigt“.

So schreiben Dreyer und Schmidt in einem, den ersten Teil „Grundlagen“ einleitenden Beitrag, es ist der erste Satz. Und er wird von anderen Beiträgern zu diesem interessanten Band unter Hinweis auf die bekannte Prognos-Studie (so **Roderich Hohage** S. 92-94) nur unterstrichen. In einem gewissen Kontrast dazu steht der allererste Satz des Buches, ebenfalls von den beiden Herausgebern im Vorwort formuliert:

“Die niederfrequente Psychoanalytische Psychotherapie erfährt in der wissenschaftlichen Diskussion unter Psychoanalytikern nicht die Aufmerksamkeit, die ihrer Bedeutung in der klinischen Praxis entspricht. Den Herausgebern erscheint es als notwendig, dies zu verändern.“

Wir haben es also mit einem Kontrast zwischen der tatsächlichen Häufigkeit in der täglichen Praxis und einer erheblichen Unter-Theoretisierung dieser klinischen Praxis tun und es ist gut, wenn die Herausgeber das angehen wollen.

Dazu unterteilen sie die Beiträge des Bandes in „Grundlagen“, „Technik“ und „Anwen-

dungen“. Im ersten Teil finden sich naturgemäß viele Hinweise auf die derzeit gängigen theoretischen Standards. Mehrfach wird die Gold-Kupfer-Metapher Freuds erwähnt und dabei die Rolle der Suggestion gegenüber der reinen Deutung positiver gesehen.

**Gerhard Schneider** etwa unterstreicht die Polarität von *Fokalität* – *Afokalität*, relativiert historisierend das „Entwertungspotential“ gegenüber der niederfrequenten Analyse und hebt dankenswerterweise etwas hervor, das manchmal ganz vergessen wird:

„Freuds Konzeption der Psychoanalyse ist im besten Sinne aufklärerisch: Da, wo innerer Zwang herrscht, soll (wieder) die Freiheit entstehen, sich entscheiden und wählen zu können – es wäre also selbstwidersprüchlich, wenn ihrem Wesen nach manipulative Elemente hier einen konstitutiven Platz haben sollten. Der Weg in diese Freiheit führt über das Verstehen, also über das Denken – das ist der genuin okzidentale, seit der Renaissance in unserer Kultur endgültig etablierte Weg.“ (S. 60)

Das bildet in meinen Ohren einen angenehmen Gegenpol zu dem in vielen Lautsprechern zu hörenden Diskurs über „die Emotionen“. Natürlich sind die von größter Bedeutung, aber eben nicht allein. Analyse – das muß ja etwas mit Analysieren, also mit Denken zu tun haben. Und durch Denken wird jene Autonomie hergestellt, die ein freieres Entscheiden wieder möglich werden lassen soll; das war in der Tat die noch immer gültige, von Freud entwickelte Leitvorstellung. Dass das *nicht immer* geht, ist klar und Schneider sagt auch gleich ein paar Zeilen weiter, warum:

„Nun ist das Denken in der Analyse immer ein Denken in der beiderseitigen Bezogenheit von Zweien, d.h. es ist vermischt oder legiert mit etwas ihm Anderen. Und in dieser Matrix ist das Denken überdies mit dem Affekt legiert, der traditionell als sein genuiner Gegenspieler angesehen wurde.“

So hat Schneider überhaupt kein Problem, auch in der Niederfrequenz eine „Anwendungsform“ der Psychoanalyse zu sehen.

„Man kann das auch so formulieren, dass man in den unterschiedlichen Settings der niederfrequenten psychoanalytischen Psychotherapie und der Psychoanalyse stricto sensu *als Analytiker analytisch arbeiten kann*,

d.h. ohne in einen Konflikt mit seiner analytischen Identität ... zu geraten.“ (S. 61)

Die praktische Differenz zwischen Anwendungsformen aber kann nur „klinische Forschung“ ermitteln.

**René Roussillon** trägt dazu bei, indem er in beiden Anwendungen die Symbolisierung am Werke sieht; sie wird verfeinert, dass aber die Psychoanalyse die Symbolisierung selbst zu symbolisieren suche und dazu nicht nur das „Objekt“ suche, sondern das „objekt“, also das „jeu“, das Spiel mit dem Objekt der eigenen Gedanken. Was dann gelingt, wenn beide sich in Gegenwart des Anderen allein zu fühlen wagen.

Klärend finde ich auch, wenn **Roderich Hohage** daran erinnert, wie es überhaupt zur Unterscheidung zwischen „tiefenpsycho-

### **Kontraste**

Dass „Unter-Theoretisierung“ ein echtes Problem ist, zeigt auch **Joyce Anne Slochower** in einem interessanten Buch über „Psychoanalytic Collisions“ (2006, Analytic Press). Diese amerikanische Psychoanalytikerin berichtet, ausgehend von der Differenz zwischen analytischen Idealen und harter Behandlungsrealität, von solchen Kollisionen, wenn es also „richtig kracht“ und die beiden beteiligten Persönlichkeiten mit Macht aufeinander stoßen. Wir brauchen als Analytiker ein Gefühl, „gut genug“ zu sein und die Autorin schildert beeindruckend, wie oft wir an genau dieser Stelle verwundbar sind – weil wir von unseren Patienten genau dies *brauchen*. Haben wir einem Patienten tatsächlich „something valuable“ zu sagen? Aus der Differenz zu den Idealen und aus der Spannung zu solcher Bedürftigkeit geht die Autorin ein schwieriges Thema an, das sie „professional delinquencies“ nennt. Aus einer Supervision etwa berichtet sie, dass ihre Supervisandin heimlich während der Sitzung mit ihrem Patienten in einer Illustrierten geblättert hatte; andere Analytiker essen während der Sitzung ein Sandwich (S. 67). Auch das sind Dinge, die in die Diskussion über Kompetenzen gehören und ich freue mich, dass sie uns in die deutsche Diskussion hinüber gereicht werden. Auch, wenn sie nicht besonders „appetitlich“ sind

logisch fundierter“ und „analytischer“ Psychotherapie gekommen ist: das war keine Unterscheidung in der Sache, sondern eine rechtsförmige Angelegenheit. Weil dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches Genüge getan werden musste, konnte die Behandlung chronifizierter neurotischer Störungen in der Neufassung der Richtlinien von 1976 in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden. Diese Störungen waren zuvor als nicht psychoanalytisch behandelbar ausgewiesen worden und bei den Rentenversicherungsträgern verblieben. Diese waren aber der Psychoanalyse gegenüber ablehnend eingestellt. Nach „Umbuchung“ von der Rentenversicherung zu den Sozialversicherungsträgern – was ein rechtsförmiger Akt ist, eine Neu-Allokation – konnten die chronischen Störungen also „auf Krankenschein“ behandelt und dazu musste eine eigene Behandlungsform bzw. eine neuer Name für eine Behandlungsform ge- bzw. erfunden werden. Weil wegen der Rechtsförmigkeit dieser Umbuchung nicht zureichend geklärt wurde, ob TFP überhaupt eine eigenständige Anwendung ist, ob es eigene Verfahren, eigene Anwendungsbereiche und eigene Ziele gibt, ist die gesamte Situation bis heute schwierig.

Die Verhaltenstherapien, auch hier räumt Hohage sehr schön mit einem Mythos auf, konnten damals nicht in die Kassenleistungen einbezogen werden, weil sie kein Krankheitsmodell hatten und das, ihrer Orientierung entsprechend, auch ablehnten. „Krankheit“ war „gelerntes Verhalten“ und außerdem eine Sache des „Labeling“. Erst als sie sich, weniger eine rechtsförmige als eine politische Entscheidung, dem medizinischen Modell anschlossen, konnten sie rechtswirksam in den Leistungskatalog aufgenommen werden. Auch daraus resultiert eine bis heute reichlich ungeklärte Situation, weil es höchst fraglich ist, in welchem Sinn die Psychotherapie (egal in welcher Anwendung und in welcher Schule) überhaupt eine *medizinische* Angelegenheit ist, auch wenn ihre Patienten zurecht als *krank* betrachtet werden müssen. Aber operiert Psychotherapie wie die sonstige Medizin? Worte wie „sprechende Medizin“ sind dann kleine semantische Monster, die diese Schwierigkeit eher

beweisen als aus der Welt schaffen. Freud zögerte nicht, von „analytischer Seelsorge“ zu sprechen und zwar im gleichen Satz, wo er das vielzitierte *Junktim von Heilen und Forschen* formulierte.

#### **Junktim und Seelsorge**

"In der Psychoanalyse bestand von Anfang an ein Junktim zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht behandeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben. Unser analytisches Verfahren ist das einzige, bei dem dies kostbare Zusammentreffen gewahrt bleibt. Nur wenn wir **analytische Seelsorge** betreiben, vertiefen wir unsere eben aufdämmernde Einsicht in das menschliche Seelenleben. Diese Aussicht auf wissenschaftlichen Gewinn war der vornehmste, erfreulichste Zug der analytischen Arbeit." (Freud 1927, S. 293)

Wie verschieden TFP und PA also tatsächlich sind, ist eine offene Frage; historisch ist diese Unterscheidung nicht eine fachliche Unterscheidung, sondern eine aus den rechtsförmigen Notwendigkeiten unseres hiesigen Versorgungssystems. Die meisten Autoren des Bandes schließen sich daher eher der Auffassung an, dass es sich um Anwendungsformen in verschiedenen Kontexten handelt. Ein Problem macht mir bei Hohage, wenn er umstandslos von der Verhaltenstherapie spricht, „die deutlich weniger Aufwand“ (S. 87) erfordere.

Im nächsten PNL werde ich hervorragende Arbeiten berichten, die zeigen, wie gut empirisch gestützt die Psychoanalyse und die von ihr abgeleiteten Therapieformen sind und es gibt eine Menge Autoren, die meinen, die gegenteilige Auffassung sei auch Teil unseres leichtfertigen Mitredens bei der Behauptung, die anderen könnten es besser, schneller, billiger. Dem ist nicht so; aber dazu mehr im Dezember.

**Ekkehard Gattig** räumt mit ein paar anderen Mythen auf, die die Auseinandersetzung bestimmen. Etwa, dass in der Psychoanalyse nur die Deutung eine Rolle spiele und keine Suggestion und wer etwas anderes tue verlöre sogleich seine Identität.

„Denn die methodische Verwendung der zentralen psychoanalytischen Behandlungskonzepte *Übertragung, Gegenübertragung, Regression* und *Widerstand* schafft in den psychoanalytischen Psychotherapien eine ethische Wertsetzung: Es ist behandlungstechnisch notwendig und deshalb richtig, die analytische Beziehung aktiv und fördernd zu gestalten, falsch ist es, dies nicht zu tun.“ (S. 109)

Hier hätte man natürlich auf die gesamte Diskussion Bezug nehmen können, die in der empirischen Erforschung der Psychoanalyse seit langem klar gemacht hat, dass Psychoanalyse und TFP sich keineswegs so reinlich entlang der Frage nach supportiven Maßnahmen, suggestiven Elementen, dirigierenden Eingriffen etc. scheiden lassen, wie es eine reine Lehre wollte. Alle diese verkupferten Elemente kommen auch in den von **Wallerstein** untersuchten „Forty-two Lives in Treatment“ vor, diese umfangreiche empirische Studie hatte schon vor 20 Jahren eine gewaltige Diskussion ausgelöst, die nicht vergessen werden sollte. Der Schock über diese Entdeckung saß tief. Warum aber eigentlich? Wenn ich in meinem Hause Wasserleitungen zu verlegen hätte, würde ich auf Kupferrohren bestehen und nicht auf solchen aus Gold; wenn ich meiner Frau einen Ring schenke, würde ich das umgekehrte für angebracht halten, wenn ich mir keinen Ärger einhandeln will. „Kupfer“ und „Gold“ könnten, das will ich damit sagen, doch mit Bezug auf Zwecke diskutiert werden und weniger mit Bezug auf Reinheit; und das ist auch Gattigs Absicht.

Warum man dann freilich die TFP als „prolongiertes Erstinterview“ (S. 123 f.) auffassen soll, erschließt sich mir nicht ganz. Das von Dreyer am Ende des Buches berichtete Fallbeispiel etwa läßt einen erkennen, dass hier weit mehr als ein „Erstinterview“ stattfand, auch und gerade deshalb, weil der Behandler deutlich machte, dass und wie ihm selbst im Erstinterview eine kleine Fehlleistung geschehen war, die einer Fehlleistung seines Patienten korrespondierte.

Die von Schneider geforderte „klinische Forschung“ repräsentiert in meinen Augen ganz hervorragend die Arbeitsgruppe von **Susanne Döll-Hentschker, Gertrud Reerink, Christa Schlierf** und **Helga Wild-**

**berger.** Diese klinisch erfahrenen Psychoanalytikerinnen stellen sich mit anderen ihre niederfrequenten Behandlungen vor und haben dabei auf die Frage fokussiert, wie sie eigentlich zu den Behandlungsentscheidungen gekommen sind. Klar wird: das ist Sache einer Verhandlung zwischen den beiden Beteiligten. Das ist im besten Sinne relationale Psychoanalyse, hier wird gezeigt, dass die Praxis nicht der Medizin-Analogie folgt, wonach eine „Krankheit“ einer „Behandlung“ zugeführt wird, nicht „Indikation“, sondern „Vereinbarung“ zählt:

„Es ließen sich keine diagnostischen Kriterien ausmachen, die zwingend zur Behandlung mit einer bestimmten Frequenz geführt hätten. Patienten mit neurotischem Konflikt wurden sowohl hochfrequent als auch niederfrequent behandelt; ebenso wurden früh gestörte Patienten, traumatisierte Patienten oder Patienten mit Denkstörungen teils in hochfrequente Analysen genommen, teils in niederfrequente Psychotherapien. Auch spezielle Kompetenzen wie Ichstärke, Einsichtsfähigkeit, die Möglichkeit, mit Deutungen umzugehen, oder Icheinschränkungen wie konkretistisches Denken und eine Neigung zur Somatisierung waren nicht eindeutig einem bestimmten Setting zuzuordnen, wobei sich allerdings Patienten dieser letztgenannten Kategorie unter den einstündig Behandelten häuften.“ (S. 150)

Dass also ganz anders ge- und behandelt wird, als es das medizinische Modell der Richtlinien denkt, ist von den fachlichen Notwendigkeiten her vollkommen in Ordnung; dort müssen Patienten als „gestört“ oder „krank“ ausgewiesen und nosologischen Kategorien zugewiesen werden; aber diese haben mit dem, was dann in der Behandlung geschieht, wenig oder fast nichts zu tun! Diese Autorinnen verfügen über

einen Erfahrungsschatz von mehr als 150 Fällen und können deshalb wohl in ihrem Urteil als profund gelten.

In der Frage, ob Übertragungsdeutungen bei niederfrequenten Behandlungen gemieden werden sollten, wie es auch die Richtlinien meinen, sind die Autoren dieses Buches eher unterschiedlicher Ansicht. Die 4 Frankfurter Psychoanalytikerinnen sehen keinen Grund, sie zu meiden.

Manfred G. Schmidt, der auf einen Erfahrungsschatz von 23 Behandlungen aus 30 Jahren zurückblickt (S. 135) sieht das ebenso etwas anders wie auch **Ulrich Schulz-Venrath**, der einen mentalisierungsbasierten Ansatz vorstellt und mehrfach von Übertragungsdeutungen insbesondere bei Borderline-Patienten abrät, die dadurch eher verwirrt würden, besonders, wenn die Übertragungsdeutung zu früh gegeben wird. Der Beitrag von **O.F. Kernberg, F.E. Yeomans, J.F. Clarkin** und **P. Buchheim** nimmt mit der Schilderung der übertragungsfokussierten Therapie natürlich genau gegenteilig Stellung dazu. **Winfried Trimborn** zeigt an drei Fallbeispielen, wie der Analytiker sich in der niederfrequenten Therapie eher „verwenden“ lassen müsse, als dass er zu einer frühen Übertragungsfigur werde, die gedeutet werden müsse.

Insgesamt gesehen haben Dreyer und Schmidt wohl recht, wenn sie ihr Einleitungskapitel mit der Bemerkung beendeten:

„Unsere Überlegungen führen zu einer Haltung des Therapeuten oder des Analytikers, in der dieser auf der Grundlage seiner Kenntnis unterschiedlicher Theorien und Techniken die verfügbaren Konzepte in flexibler, am Wohle und an der Realität seines Patienten orientierter Weise einsetzen kann“ (S. 48)

## KONTEXT-VARIATIONEN

**D**ie hier angesprochene multiperspektivische Kompetenz ist sympathisch, weil v.a. un-dogmatisch. Das Gegenteil wird der empfinden, der wie auch bei Tuckett et al. ausgewiesen, eher ein „anything goes“ befürchtet. Der Multiperspektivismus hat eine hohe integrative Kraft, aber er riskiert ein nicht genau bestimmbares Maß an Beliebigkeit. Und die berufspolitischen Folgen sind in der Tat nicht gut zu bestimmen.

Denn die meisten Ansätze in diesem Buch trachten danach, eine Einheit der Psychoanalyse zu wahren und die Differenzierung den „Anwendungen“ zu überlassen. Dann haben wir etwa Kinder-, Gruppen- oder Familientherapie und eben TfP. Dazu haben sich aber längst eigene Ausbildungsgänge gebildet. Sollen die als „niedere“ Formen der eigentlichen „goldenen“ Psychoanalyse gelten? Sind Gruppen- oder Kindertherapeuten Analytiker zweiter Klasse?

Darüber haben sich schon viele den Kopf zerbrochen. Klar wird, dass es hier nicht nur um fachliche, sondern um politische Entscheidungen geht, die teilweise außerhalb des Einflusses der psychoanalytischen Kompetenz liegen. Hier können nur Mitsprachen organisiert werden, etwa in der Frage, welche Kompetenzen zukünftige Kinderanalytiker mitbringen müssen, bevor sie in die Ausbildung eintreten? Reicht da ein Bachelor? Wäre es nicht besser, einen Master zu fordern und Kinderanalytikern auch Promotionsrechte zu verschaffen, damit sie auch im akademischen Feld ihre Interessen aus Eigenem vertreten, die eigene Methode wissenschaftlich beforschen und darstellen können? Eben diese externe Seite der Darstellungskompetenz sollte den Anwendungsbe-  
reichen nicht genommen werden.

Und ein weiteres Problem werfen Dreyer und Schmidt natürlich auch auf. Was, wenn man in der letzten Formulierung nicht nur von Patienten, sondern etwa von „Lehranalysanden“ spräche? Kann man dann noch Forderungen nach bestimmten Sitzungs-Frequenzen für Ausbildungsteilnehmer aufrecht erhalten? Der Multiperspektivismus bietet hier ein praktisches Zuviel deshalb, weil eine wünschenswerte behandlungstechnische Flexibilität sich in berufspolitischer Toleranz ausmünzt und die muß ihre Grenzen definieren können, will sie nicht Geist und Sache der Psychoanalyse zu Schleuderpreisen verspielen. Ob wir also behandlungstechnisch oder berufspolitisch diskutieren, ob wir uns in diesem oder jenem Kontext bewegen, sollte nicht ignoriert werden, weil wir sonst den Fehler wiederholen würden, über den Roderich Hohage informierte: dass die TfP eine Erfindung rechtsförmiger, nicht behandlungstechnischer Konstellationen war. Das hat sich in mancher Hinsicht als von Nutzen erwiesen, aber die darin versteckte Frage bleibt bis heute unbeantwortet.