

Kommentare zu Peter Fürstenau: „Progressionsorientierte psychoanalytisch-systemische Therapie“*

I. Vita brevis, ars longa

In Zeiten, da dogmatische Puristen das unbegrenzte Verweilen in der Regression als wirtschaftlich vertretbares Behandlungsverfahren im Sinne der RVO zu verankern suchen, während zugleich die allgemeinen Zeitläufe eine historische Phase des Pragmatismus einläuten, bietet Peter Fürstenau der Psychoanalyse ein Überlebensprogramm für das zweite Jahrhundert ihres Bestehens an. Wird sie seine Vision verketzern und den Autor verbrennen, d. h. ihn zeitgemäß nicht zur Kenntnis nehmen? Sehr wahrscheinlich! Oder wird sie seine Thesen alsbald kanonisieren? Mit geringem Zeitverzug ebenfalls sehr wahrscheinlich!

Schließlich wollen auch Psychoanalytiker und ihre Institute überleben. Genau darum wird es gehen, wenn demnächst das Psychotherapeutengesetz für Diplom-Psychologen und im Nachzug der Gebietsarzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erst einmal das berufspolitische Feld bestimmen. Dann nämlich endet die Konjunktur einer monopolistischen Attitüde, welche über den Versorgungsbedarf der seelisch kranken Bevölkerung im Bewußtsein der wahren Lehre hinwegsehen zu können glaubte. Um zu überleben, d. h. um Einkünfte zu sichern, wird man auf Arbeiten wie die von P. Fürstenau angewiesen sein, so man bei der Weiterbildung des psychotherapeutischen Fachpsychologen und des psychotherapeutischen Facharztes ein Pfründe sichernd Wörtlein mitreden möchte.

Zukunftweisend berichtet Fürstenau zunächst von den Erträgen der zeitgenössischen Psychotherapieforschung. Weshalb dabei die Begriffe „Suggestion“ und „Unterstützung“ (Support) eine durchgehende Gleichsetzung erfahren, bleibt angesichts des vorgetragenen Gesamtentwurfs schwer verständlich. Als Therapeut den Patienten darin zu unterstützen, die ureigenen, subjektiv adäquaten Lösungen und „schlummernden Gesundheitsressourcen“ zu mobilisieren, meint doch gerade das Gegenteil von suggestiver (manipulativ-mißbräuchlicher) Beeinflussung. Letztere zielt im harmlosen Falle meist auf ein rasches Verstummen einer lärmenden Symptomatik, indem der Therapeut *suggestiv* eine mittelfristig dysfunktionale Abwehr „hochziehen“ hilft. Supportive Maßnahmen indessen sind immer Hilfe zur Selbsthilfe, und das freilich impliziert, sehr aktiv zum Patienten eine hilfreiche Beziehung zu etablieren. Dabei soll der Patient einerseits erleben, daß der Therapeut kraft seiner fachlichen Kompetenz ihm helfen kann, und zweitens, ihm auch tatsächlich helfen will. Auch Patienten

* Forum Psychoanal 8:17-31

wissen darum, wie oft das therapeutische Wollen ein faktisches Können übersteigt. Insofern beinhaltet eine dauerhaft hilfreiche (supportive) Beziehung, im therapeutischen Prozeß für den Patienten relevante und zentrale Konfliktthemen zu bearbeiten. Wir sehen, wie sich die Konzepte des zentralen Konfliktthemas und der hilfreichen Beziehung einander inhaltslogisch bedingen.

M. E. zu wenig klingt bei Fürstenau an, wie gerade hinsichtlich ihres konfliktorientierten Anteils sich gegenwärtig die empirischen Modelle des psychotherapeutischen Prozesses doch erheblich unterscheiden. So fehlt im Ansatz des zentralen Beziehungskonflikts (Luborsky et al. 1988)¹ jegliche Zirkularität, es fehlen die malignen Introjektcomponenten wie auch alle Differenzierung der Wunsch- und Erwartungswelt (innere Objekte), ganz zu schweigen von der atomisierenden Statistik dieses empirischen Ansatzes. Daß dabei gleichwohl klinisch höchst plausible Ergebnisse zutage treten, spricht weniger für das Modell als für die Robustheit des Forschungsobjekts, in diesem Fall des analytischen Behandlungsprozesses.

Psychoanalytisch informiert erscheint demgegenüber die Controll-Master-Theory (Weiss et al. 1986)², wonach der Patient in der Therapie nicht Triebbefriedigung sucht, sondern pathogene, dysfunktional übergeneralisierte, zwischenmenschlich schlicht falsche Überzeugungen hinsichtlich des inneren und äußeren Verhaltens, des Miteinanderlebens der Menschen *innerhalb der therapeutischen Situation* revidieren will. Es geht um eine emotional unterlegte kognitive Revision am Beispiel des Therapeuten, wobei etwa der Analytiker ganz selbstverständlich eine gewährende Haltung einnimmt, während das innere Beziehungsschema des Patienten Rache, Erniedrigung oder Strafe prognostiziert. Damit sind aber auch die beiden Handicaps dieses analytischen Prozeßmodells angedeutet:

- Es fehlt das Konzept der Introjekte bzw. dieses ist nicht ausreichend von der emotional-kognitiven Erwartungswelt des Patienten differenziert.
- Die Praxis der klinischen Anwendung und empirischen Forschung der Mount-Zion-Gruppe um Weiss und Sampson hat sich überzeugend und mit Erfolg auf die Behandlung von Über-Ich-Pathologien konzentriert, aber auch eingengt.

Es ist geradezu das Verdienst von Weiss und Sampson in einer Zeit, da Melanie Kleins Ideen von archaischen Triebpathologien den analytischen Diskurs majorisieren, an die verhängnisvollen Auswirkungen reifer ödipaler, aber doch unbewußter Schuldkonflikte zu erinnern, die zahlreiche hochstrukturierte Patienten an ihrem eigentlich gelungenen Leben schmerzlich leiden lassen, im letzten an der Schuld der erwachsen gewordenen Tochter oder des Sohnes, mit den eigenen innerseelischen und zwischenmenschlichen Kompetenzen und Leistungen die Eltern überflügelt zu haben und die Früchte dessen auch noch genießen zu wollen. Deshalb tritt neben den von Fürstenau beschriebenen Fall, daß der Patient sich mit den adaptiven Verhaltenszügen des Therapeuten identifiziert, um mangelhafte Ich-Funktionen als Folge defizitärer Entwicklungsverläufe nachreifen zu lassen, eine andere, äußerlich aber sehr ähnliche Konstellation: Konflikthafte Entwicklungshemmungen angesichts starker Schuldgefühle gegenüber den weniger kompetenten Eltern lösen sich in der fördernden Begeg-

¹ Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A (1988) Who will benefit from Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes. Basic Books, New York

² Weiss J, Sampson H (1986) The Psychoanalytic Process. Guilford Press, London New York

nung mit dem Therapeuten, seiner reflektierten Lebenserfahrung und seinen interpersonellen Fähigkeiten, verbunden mit einem basalen Wohlwollen gegenüber den neuen Errungenschaften des Patienten. Derart werden – häufig ganz leise und nur scheinbar supportiv – tiefsitzende chronifizierte Über-Ich-Konflikte bearbeitet, aber in der Therapie nicht eigentlich thematisiert. Seitdem ich darauf verstärkt achte und mich andererseits von den verfolgenden Introjekten sowie den projektiven Identifikationen meiner vermeintlich archaisch bösartigen und neidgeschüttelten Patienten etwas abwende, gelingen meine Therapien in erstaunlichem Maße rascher und besser.

Beiden genannten Prozeßmodellen überlegen ist das Konzept des zyklisch-maladaptiven Beziehungsmusters (CMP) nach Strupp und Binder (1984)³, insofern es diese umgreift, seinerseits in den vorgenannten aber nicht aufgeht. Satirisch meisterhaft exemplifiziert das die Geschichte von jenem Mann, der sich beim Nachbarn einen Hammer borgen möchte (Watzlawick 1983)⁴, einen solchen im Sinne Fürstenaus systemischen Ansatz mit maladaptiv-interpersonellen wie innerseelisch malignen Systemkomponenten. In seiner elementaren Fassung besteht das Modell aus vier Stationen (Abb. 1).

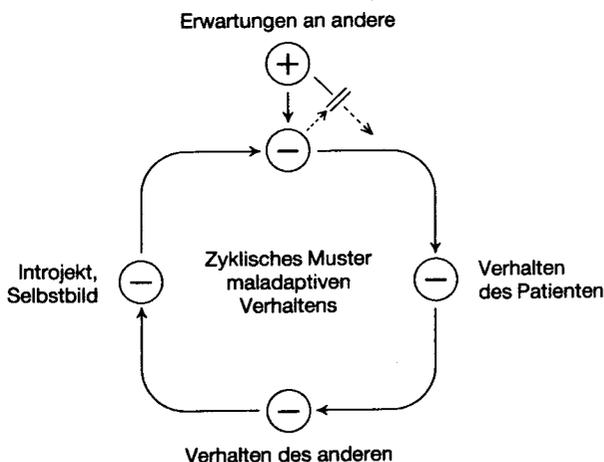


Abb. 1. Das zyklisch-maladaptive Beziehungsmuster (CMP). Erläuterungen s. Text

- Die ursprünglich lebenszugewandte, jetzt aber pessimistisch abgeschottete Wunschwelt. An ihre Stelle treten
- die negativistischen Erwartungshaltungen bzgl. des interpersonellen Verhaltens der Mitmenschen.
- Dem folgt quasi im reaktiven Vorgriff ein schützendes oder aggressives, dem Patienten zumeist gänzlich unbewußtes, sozial jedenfalls dysfunktionales offenes Verhalten des Patienten.

³ Strupp HH, Binder JL (1984) Kurzpsychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart (1991)

⁴ Watzlawick P (1983) Anleitung zum Unglücklichsein. Piper, München

– Das hieraus schließlich bei aller gutwilligen Bereitschaft der Mitmenschen erwachsende, vorwurfsvolle, radikal ablehnende oder den Patienten vernachlässigend-übersehende Verhalten der relevanten Bezugspersonen, was der Patient nun mit hohem Bewußtsein als die negativen Erwartungen bestätigend registriert, und schließlich daraus abgeleitet

– die Bestätigung, Vertiefung und Ausweitung des schlechten inneren Selbstbilds (negatives Introjekt). Das wiederum verstärkt die negativen Erwartungen gegenüber den Mitmenschen, der maladaptive Zirkel schließt sich (s. o.): Aufgrund eines gierigen, bösartigen und nichtswürdigen Introjekts setzt sich im Patienten die Überzeugung fest, daß keiner, der ihn genauer kennenlernt, ihn liebenswert findet und über längere Zeit mit ihm zu tun haben möchte.

So ist für mich die empirische Methode des CMP nach Strupp und Binder³ das progressionsorientierte, systemisch-analytische Prozeßmodell par excellence. Es erfährt seine behandlingstechnische Komplettierung durch die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) nach L. S. Benjamin (zit. n. Tress et al. 1990).⁵ Letztere empfiehlt sich dem analytischen Psychotherapeuten, der sehr häufig in seiner Weiterbildung keinerlei systematische Unterweisung dahingehend erhalten hat, wie er zum Nutzen seiner Patienten mit diesen sprechen, im weiteren Sinne kommunizieren soll. So macht SASB etwa auf die trivialen, aber therapientscheidenden Möglichkeiten komplexer Kommunikation (doppelbödiges Äußerungen, die meist zugleich freundliche und feindselige Gefühle vermitteln) oder negativer Komplementarität (auf fortgesetzt feindselig-vorwurfsvollen Äußerungen des Patienten folgen ungewollt zunehmend feindselige Reaktionen des Therapeuten) aufmerksam (Tress et al. 1990).⁵

Jenes elementare Gerippe eines zyklisch-maladaptiven Beziehungsmusters im Verbund mit SASB-geleiteten Interventionsstrategien eignet sich vorzüglich als Focus für Kurztherapien (25–30 Sitzungen), ist für mittelfristige Behandlungen bequem zu elaborieren und wird erstaunlicherweise in konkreten Sitzungen auch langer Behandlung aus verschiedenen Perspektiven jeweils neu zu einem ganz einfachen Grundmuster akzentuiert. Der Reichtum des gesunden wie neurotischen Seelenlebens besteht aus der Dialektik vielfach miteinander verwobener und aufeinander bezogener CMPs. Der für die einzelne therapeutische Situation gültige CMP gibt dem Therapeuten vor, wie eine hilfreiche (supportive) Beziehung jeweils zu gestalten ist und welche inhaltlichen Konfliktthemen am besten in den Focus rücken sollten. Inwieweit dies gelingt, erfaßt SASB empirisch auf der Beziehungs- wie auf der Inhaltsebene! SASB vermag ferner, hierbei aktivierte Gegenübertragungsprobleme des Therapeuten in gleicher Weise zu identifizieren und liefert Vorschläge zu ihrer technischen Handhabung.

Soweit einige Ergänzungen und Präzisierungen der ganz am Behandlungsbedarf orientierten Ausführungen Fürstenaus, dessen antiregressiver Ansatz zwischen geförderter Übertragungsreaktion und bewußt gebremster Übertragungsneurose m. E. ein gewaltiges Therapiepotential eröffnet. Dies umso mehr, als er neben dem rein verbalen auch den kommunikativen Zugang über körperliche und künstlerische Medien nicht nur für die stationäre, sondern ebenfalls für die ambulante Therapie zu Recht fordert. Daher verwundert, daß Fürstenau die Gruppentherapie unerwähnt läßt, ein Setting, welches wie kein anderes in sei-

⁵ Tress W, Henry WP, Strupp HH, Reister G, Junkert B (1990) Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens (SASB) in Ausbildung und Forschung. Ein Beitrag zur „funktionellen Histologie“ des Psychotherapeutischen Prozesses. *Z Psychosom Med* 36: 240–257

ner interaktionellen Variante nach Heigl-Evers und Streeck (1985)⁶ progressionsorientiert, psychoanalytisch-systemisch zu gestalten ist.

Kritische Gedanken heften sich an Fürstenaus Begrifflichkeit, insofern mir „psychoanalytisch-systemisch“ als theoretisch nicht ausgearbeitete Metapher erscheinen will, die klinisch zu Recht das Berücksichtigen des Beziehungsnetzes anstelle einer ausschließlich individuumzentrierten Orientierung einfordert. „Systemisch“ trägt in seinem assoziativen Hof aber auch Anklänge an den funktionalistisch-mechanistischen Ausverkauf der Subjektivität unter dem Zwang der trans- oder subindividuellen Systeme. Möglicherweise müssen auch in einer weiten Brust der studierte Soziologe mit dem hochkarätigen Psychoanalytiker im Zwist liegen, ein Zwist, für dessen Vernebelung die „System“-Vokabel immer schon wohlfeil gehandelt wurde.

Schließlich bleibt die Frage, ob, wollte man Fürstenaus Gedanken verabsolutieren, hier nicht eine zu große Nähe zum US-amerikanischen Optimismus der humanistischen Psychologie entsteht. Wo bleibt in Fürstenaus Ansatz die Lust am Leid, die Neurose als Lebensform? Ist neurotisches Leben immer nur Mißverständnis, Irrtum oder nicht auch Flucht, Verwerfung unabwendbarer Tragik und unvermeidlicher Schuld angesichts unserer antinomen Existenz? Wo ist die individuelle Grenze der Progression? Im Einzelfall vielleicht die Neurose selbst, weil jenseits eine unerträgliche Wirklichkeit beginnt? Und schließlich, was gäben wir auf, wenn wir uns ganz Fürstenaus Ideen verschrieben? Die Mehrheit der seelisch Kranken verlöre nichts. Sie wurde bislang weder von der Psychoanalyse noch von deren tiefenpsychologischen Modifikationen erreicht. Auch kulturell verlören wir wenig, da die klassischen Bestände der Psychoanalyse von den kulturschaffenden Institutionen rezipiert sind. Wir verlören ein Stück Aufklärung unserer tragischen Konstitution, die unveräußerlich der klassischen Psychoanalyse als Aufgabe überantwortet bleiben wird.

Wolfgang Tress, Düsseldorf

⁶ Heigl-Evers A, Streeck U (1985) Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. *Psychother Med Psychol* 35: 176–182

⁷ Freud S (1919a) Wege der psychoanalytischen Therapie. *GW Bd 12*, S 181–194