

# Korrigierende emotionale Erfahrungen – ein Lehr- und Lernprozess

Prof.Dr. Horst Kächele

Plenarvortrag am 13. April 2005, im Rahmen der  
55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 (www.Lptw.de)

## Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmer mehr

Wenn das wahr wäre, dann wäre unser aller Tun vergebens. Glücklicherweise trifft diese Volksweisheit nicht immer zu. Hans im Glück lernte auch einiges dazu in seinem fortwährenden lebendigen Tausch vom Goldklumpen zu der Kuh, zum Esel und zur Gans usw.

Die diesjährige Lindauer Hauptvorlesung steht unter dem Thema „Lernen“. M. Spitzer und G. Hüther haben (vermutlich) die neurobiologische Basis des Lernens thematisiert. Wenn vom Lernen die Rede ist, denkt man auch an das Lernen im Kindesalter und an die mehr oder minder vergeblichen Bemühungen der Pädagogik. Die althergebrachten erzieherischen Bemühungen lassen sich, wie Balint (1966) hervorgehoben hat, als "Über-Ich-Pädagogik" bezeichnen: Kinder sollen zu sitzamen, anständigen Menschen erzogen werden. Diesem pädagogischen Ziel stellt Balint in der Psychoanalyse die "Ich-Pädagogik" gegenüber und verbindet diese mit allgemeinen Überlegungen zu erzieherischen Momenten in der Psychoanalyse. Hans Strupp – ein auch in Lindau bekannter Therapeut und Therapieforscher – bekannte sich bei seiner Rede zur Verleihung des Ehrendoktors an der Ulmer Medizinischen Fakultät ganz explizit zu der Perspektive, dass Psychotherapie vor allem Pädagogik sei.

Mein Referat stellt in der Ankündigung ein berühmtes und lange Zeit in der Psychoanalyse umstrittenes Konzept in den Mittelpunkt, das der ‚corrective emotional experience‘, das Franz Alexander und Thomas French (1946) in ihrer Monographie zur psychoanalytischen Technik eingebracht haben. Dies führte dann am Anfang der fünfziger Jahre zu einer umfangreichen Diskussion in der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung. Die weitgehende Ablehnung, die die Betonung der emotionalen Erfahrung als Motor der psychoanalytischen Therapie in dieser Debatte erfahren ist, ist auch deshalb pikant, weil Alexander in seiner Besprechung (1925) der kleinen Schrift von Rank und Ferenczi (1924), die der Beziehung von Theorie und Technik gewidmet war, die von Rank und Ferenczi betonte Bedeutung der emotionalen Erfahrung diese damals heftig selbst kritisiert hatte.

Warum hat sich die Leitung der Lindauer Psychotherapiewochen dieses Referat im Rahmen des Leitthemas „lernen“ gewünscht?

Seite -1-

Möglichweise, und ich spekuliere nur, erschien es zu offenkundig, dass die Praktiker der Psychotherapie in ihrer intuitiven, praxis gebundenen Wissensbasis selbstverständlich dem emotionalen Lernen einen jede kluge Theorie überragenden Beitrag zuschreiben.

Es gibt nun verschiedene Möglichkeiten das Thema des Lernens in seiner Beziehung zur Arbeit in der Psychotherapie anzugehen. Eine Möglichkeit wäre einen akademischen Weg einzuschlagen. Ich vermute das wird meine Hörer und Leser dieses Referates nicht sehr freuen. Trotzdem einige wenige Hinweise.

### 3 paradigmatische Lernmodelle -

- # klassisches Konditionieren (Signallernen, Reiz-Reaktions-Lernen), verbunden besonders mit den Namen Pawlow und in der Psychotherapie Eysenck und Wolpe;
- # operantes oder instrumentelles Konditionieren (Lernen am Erfolg), verbunden mit den Arbeiten von Thorndike und Skinner;
- # soziales Lernen (Lernen am Modell, Lernen durch Identifikation), besonders herausgearbeitet von Bandura.

Nach ersten Anläufen in den 30er Jahren, experimentelle lernpsychologische Forschungsergebnisse für das Verständnis des komplexen menschlichen Lernens zu nutzen, sind die Grenzen des Erklärungswerts des damals vorherrschenden Pawlowschen Lernmodells bald klar geworden (Foppa 1968). Die späteren kognitiven Lernmodelle, welche z.B. Konzeptveränderungen und innere kognitive Umstrukturierungen berücksichtigen, sind für ein umfassendes Verständnis des Geschehens in der Psychotherapie hilfreicher und anregender. Von allen drei genannten Formen des Lernens kommt dem Lernen am Vorbild, am Modell, für die klinische Praxis die größte Relevanz zu. Besonders beim Verständnis des Durcharbeitens erscheint der Rückgriff auf angemessene Lernmodelle fruchtbar.

Exkurs<sup>1</sup>

### Lernen und Umstrukturieren

Von Lernvorgängen bzw. vom "Lernen" sprechen wir im Folgenden, wenn sich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Verhaltens (Handlung, Gedanke, Vorstellung, Affekt) unter vergleichbaren Umständen ändert. Wenn jemand in einer bestimmten Situation wiederholt etwas tut oder unterlässt, was er bisher unter entsprechenden Umständen nicht getan oder unterlassen hatte, oder wenn seine Leistungen rascher und sicherer ausgeführt werden als früher,

sprechen wir von einem Lernprozess. Es sei denn, wir haben guten Grund zur Annahme, dass die "Verhaltensänderungen" durch andere Faktoren bedingt sind (z.B. durch Intoxikationen, durch Verletzungen des Gehirns oder einfach durch normale Reifungsprozesse) (Foppa 1968, S.13).

Bei der lerntheoretischen Beschreibung psychotherapeutischer Behandlungsverläufe leuchtet zunächst das Lernen am Modell, nämlich am Modell des Therapeuten, unmittelbar ein: - die Art und Weise, wie der Therapeut in Deutungen Zusammenhänge und Gemeinsamkeiten stiftet und Unterschiedlichkeiten herausarbeitet, welche Strategien zur affektiv-kognitiven Lösung von Konflikten er vorschlägt, wie er Fragen stellt, sein Umgang mit Affekten und mit der therapeutischen Beziehung. Die soziale Lerntheorie formuliert eine Reihe von Bedingungen, welche die Effekte des sozialen Lernens beeinflussen können, beispielsweise die Ähnlichkeit zwischen der "Modellperson" (Psychotherapeut) und dem "Beobachter" (Patient) hinsichtlich persönlicher Merkmale wie sozialem Status, Alter, Geschlecht, psychologische Persönlichkeitsstruktur; oder die Art der Beziehung zwischen "Modellperson" und "Beobachter", etwa indem der "Beobachter" die Zuneigung der "Modellperson" anstrebt, deren Verlust fürchtet oder eine Bestrafung durch die "Modellperson" vermeiden möchte. Das Lernen am Modell geht weit über eine Nachahmung äußerer Verhaltensweisen hinaus und dieses lerntheoretische Paradigma rückt somit in die Nähe der Identifikationsprozesse, wie sie in der Psychoanalyse konzeptualisiert sind.

Eine zusammenfassende Darstellung einiger der hier genannten Lernprinzipien in ihrem Bezug zur psychoanalytischen Therapie wurde von Heigl und Triebel (1977) vorgelegt. Sie haben ihre übliche psychoanalytische Behandlungstechnologie um die lerntheoretisch begründete Variante der "Bestätigung auch kleinster Lernfortschritte innerhalb der Übertragungsbeziehung" unter besonderer Berücksichtigung von korrektiver emotionaler Erfahrung erweitert.

Eine zweite Möglichkeit wäre: wir gehen es klinisch anekdotisch an - das wird meinen Hörer und Leser sehr freuen, mit Sicherheit:

Eine nicht gerade einfache Patientin, die schon viele Jahre vergeblich bei verschiedenen Therapeuten etwas zu finden hoffte, was sie mit T. Mosers Bild als „Augentrinken“ beschreibt, gönnt mir im dritten Jahr einer einstündigen Behandlung einen "moment of meeting" (Stern). Sie habe jetzt genug Augenblicke erlebt, sie sei nun gesättigt, ihr Grundgefühl, dass sie nie jemand wirklich angeschaut habe, sei nun korrigiert. Sie strahlt, ich strahle natürlich auch, denn das war ein Geschenk für uns beide.

Solche Beispiele erfreuen. Und die Versuchung ist groß, diese Situation weiter auszuspielen. Die Welt der Psychotherapie ist reich an Beispielen, exemplarischen Vorzeigemustern, deren Validität im Kontext einer sympathisierenden Peer Group hoch, im Kontext einer misstrauischen Zuhörerschaft aus einem anderen Therapielager natürlich gegen Null strebt.

Eine dritte Möglichkeit wäre, wir spazieren durch die Therapieforschung - mal sehen, ob das meinen Hörern bzw. Lesern gefällt.

Systematische Rückblicke haben nach wie vor Seltenheitswert; verdienstvoll schon deshalb die große Katamnesen-Studie der DPV (Leuzinger-Bohleber, Rüger et al. 2002). Psychotherapie kennt viele Metaphern. Beliebt ist die Reismetapher: *Der Weg ist das Ziel* (Blarer and Brogle 1983).

Viele ziehen aus ihr Glück zu suchen, manche gehen unterwegs verloren... doch einige kommen ans Ziel. Und es darf gefragt werden: Wer hat was korrigiert, konstatiert im Rückblick nach sechs Jahren nach Behandlungsende?

Sorgfältige klinische Katamnese-Interviews führten die DPV-Forscher zu drei Dimensionen: Beziehungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit – Kreativität, Selbstreflexion. Aus diesen drei Dimensionen lassen sich acht „Klinische Prototypen bilden (Leuzinger-Bohleber and Rüger 2002):

### Die acht klinischen Prototypen

Typ 1: „...gut gelaufen... Die gut Gelungenen“

Typ 2: „...erfolgreich, aber warum? Die unreflektiert Erfolgreichen“

Typ 3: „...erfolglos und wenig reflexionsfähig, aber sozial gut integriert...“

Typ 4: „...die Tragischen, die sich aber in ihr Schicksal finden können...“

Typ 5: „...beruflich erfolgreich und kreativ, aber immer noch allein...“

Typ 6: „...erfolgreich bezüglich der Kreativität und Arbeitsfähigkeit, aber mit sichtbaren Grenzen...“

Typ 7: „...die Therapie hat nichts gebracht... Die Erfolglosen“

Typ 8: „...Die schwer Traumatisierten“

Diese Prototypen sind einleuchtend, mehr als einleuchtend. Die Botschaft dieser Typologie ist: Therapeutische Erfahrungen und ihr Niederschlag im Leben nach der Therapie sind multi-dimensional - und alle sechs gewinnen nur im Lotto. Ich möchte – statt anekdotisch meine Hörer/Leser zu verführen – einen Ausschnitt aus der letzten, abschließenden Sitzung einer mühseligen, 4 jährigen Psychoanalyse eines zwanghaft-schizoiden Naturwissenschaftlers Kurt Y vorlesen. Es handelt sich um die detail genaue Abschrift einer Tonbandaufzeichnung:<sup>2</sup>

P.: *Ja, ich finde irgendwie, es war - auch vom Erlebnis her - einiges nehme ich mit. Die Stunden hier, es war - na, ich wollte es elegant sagen, aber mir flacht das Wort weg. (Pause) Ja, ich würde einfach sagen, es war ein **Erleben**, das war es nun wirklich. Ja, ich weiß gar nicht mehr, was eigentlich alles war. Sicher, es hat mir nicht immer gefallen, aber offensichtlich liegt es auch darin, der Erlebniswert. (Pause)*

A.: *Dieses **Erleben** hier, was war das wohl? Was war hier so anders, das Sie nirgendwo sonst in der Weise bisher finden konnten?*

(Pause)

P.: Nun, ich glaube, das war fast wirklich - dass ich hier - wenn ich hierher zu Ihnen kam, dann hatte ich den Eindruck, dass ich wieder aus der Ecke, in die ich abgerutscht war, herauskommen konnte. Ja, vielleicht ist es so zu bezeichnen, dass ich eigentlich mich hier nicht zu schämen brauchte, mich zu schämen brauchte über die Ecke, in der ich mich befand. Und das hat anscheinend genügt, ja aus der Ecke herauszukommen. (Pause)

Und was heißt das Schämen, ich glaube, das steckt also auch drin, **dass ich das überhaupt aussprechen konnte**. Denn das Schämen spricht man nicht aus, man zieht sich zurück, man versteckt sich.

Das Sichverstecken konnte hier unterbrochen werden. Ja, da drüber zu reden und in diesem Sinne zu überlegen, das selbst zu erleben - das war, glaube ich, immer ein bestimmter Bestandteil von diesem Punkt da, von dem aus ich dann aus der Ecke wieder heraus kriechen konnte, glaube ich. Das war, wie soll ich sagen, das **Werkzeug**, die **Maschine**, wodurch es mir gelang. (Pause)

Nun, es verbindet sich, glaub' ich, dieser Tag, er erinnert mich an diese Behandlung. Daneben, konkreter, erinnere ich mich dieser Räumlichkeiten, der Örtlichkeiten und der Person eigentlich jetzt nicht. Da regt mich Ihre Person eigentlich mehr mit der **Stimme** an, ja, ich sag', das war das Werkzeug, wieder aus dem Gefängnis herauszukommen. Ja, das war eigentlich eine Verstrickung des Herauskommens. (Pause)

Eine Verstrickung, die - ich erinnere mich auch selbst nicht - ja, die nicht lösbar war.

(Pause)

Ja, ich glaube, es dreht sich eben jetzt im wesentlichen darum, dass mir hier einfach Raum eingeräumt wurde - **Raum jetzt im übertragenen Sinne**, den ich offensichtlich gesucht habe und den ich aber nur zögernd habe annehmen können. Und dieser Raum ist vielleicht ein Zeichen dafür - für das **Sich-aussprechen-Können**.

A.: Und es scheint doch ein Raum zu sein, der Ihnen verloren gegangen ist, oder den Sie vielleicht nie gekannt haben, in der Enge, in dem Behütetsein, in der Einschränkung, in der Sie groß geworden sind.

P.: Ja, ja, nun - er war mir auf jeden Fall sehr stark verloren gegangen - ja nun, ich weiß gar nicht, ob ich ihn mal gekannt habe - jetzt habe ich auch bei meiner Frau mehr Raum gefunden.

A.: Na, weil Sie vielleicht hier auch die Erfahrung gemacht haben, dass Sie diesen Anspruch stellen können.

P.: Ja, ja, das war - sagen wir - eine langsame, eine mühsame, mühsame möchte ich fast sagen, eine **mühsame Entdeckung**, aber echt würde ich sagen Entdeckung, wo ich dann also allmählich erfahren habe, ja, dass ich diesen Raum beanspruchen kann. Vielleicht sag' ich

*jetzt ganz zum Schluss sogar, ja, ich kann es beanspruchen, so etwas. **Beanspruchen** - ein Wort, das mir jetzt klingt - wenn ich an die Stelle denke, die ich jetzt antrete, da hab' ich mir vorgenommen, ich kann das beanspruchen, das sage ich mir, ich kann den Raum beanspruchen - im übertragenen Sinn. Und nicht mehr diese Ungewissheit haben, wenn ich etwas konkretisieren muss, ich werde dann beanspruchen, dass ich ernst genommen werde, **wenn nicht, dann werde ich böse sein.***

*Dann werde ich's mir nehmen - dann werd' ich drum kämpfen. Ich kann beanspruchen, dass ich hier in meiner Art auftrete, dass ich jetzt mit meinem Stil hier auftrete. Das ist erst so allmählich aufgetreten, fast erst gegen Schluss hier, dass ich mir eingeprägt habe, wo ich mich daran gewöhnen konnte zu beanspruchen und das damit gleichbedeutend ist, dass mir etwas zusteht.*

*(Pause)*

*Ja, das ist erst so allmählich aufgetaucht. Ja auf der Skala, wo ich den Anfang und das Ende vergleiche, da kann ich jetzt beanspruchen, dass ich auch hier soviel erlebe. **Ich bin kein Hampelmann nicht.***

Die doppelte Verneinung bedeutet in dem Dialekt, den der Patient spricht, eine Verstärkung dieser Verneinung. Der Patient drückt also sehr bestimmt nach 4jähriger Analyse aus, dass er kein Hampelmann mehr ist. Der darin zum Ausdruck kommenden umfassenden und tiefgreifenden **Veränderung seines Selbstwertgefühls** möchte ich nur noch den Gedanken hinzufügen, dass solche Veränderungen an das Wiederfinden der körperlichen und geistigen Bewegungslust gebunden sind. Schließlich dient der **Hampelmann** dem Patienten als Metapher eines unbelebten Spielzeugs, dessen festgelegte Bewegungen durch einen anderen und nur von außen in Gang gesetzt werden können.

Das also ist ein überzeugender Bericht einer „Korrigierende emotionale Erfahrung“, die sich ganz allmählich über einen langen Zeitraum hin einstellen konnte. Wir dürfen die Frage aufwerfen, wodurch wird sie gefördert? Oder gar gehemmt, verunmöglicht? Der Patient erlebte die Bedeutung des ‚Therapeutischen Raum und der Zeit‘. Er betont das „Sich aussprechen können“ und er nennt die „Stimme des Therapeuten“, die hinter ihm verlässlich zur Verfügung war.

Korrigierende emotionale Erfahrungen können aber verunmöglicht werden. Und hier ist die systematische Therapieforschung sich ziemlich einig, dass einige ursächliche Faktoren bei ‚Unarten‘ des Therapeuten liegen dürften. Nach Strupp et al. (1977) sind dies:

- mangelndes Interesse an Patienten und mangelnde Zuwendung
- Pessimismus, Sadismus, Unechtheit
- Narzißmus des Therapeuten sowie Mangel an Selbstkritik.
- untergründig feindselige Haltung gegenüber Patienten
- Verführung
- Kälte und Zwanghaftigkeit
- übermäßiger Drang, Patienten dazu zu bewegen, sich zu ändern

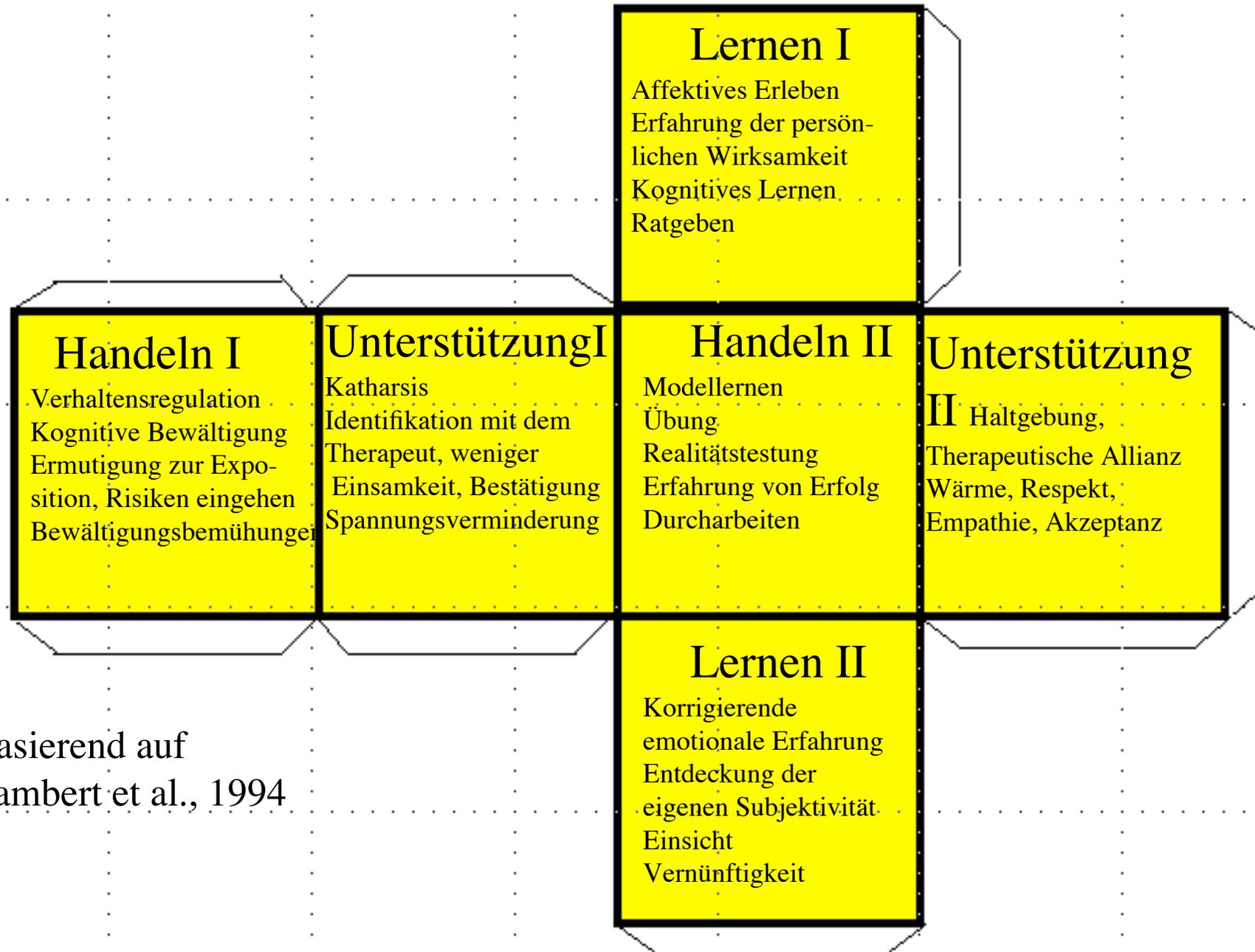
Die Literatur zu diesen ethisch und berufspolitisch wichtigen Fragen, ist noch überschaubar. Selbst ironisch-kritische Beiträge wie der mit dem Titel „Sollen nicht nur Patienten, sondern auch Psychotherapeuten diagnostiziert werden? (Pfäfflin und Kächele 2004) oder gar Versuche das Feld der Misserfolgswissenschaft als seriös zu etablieren, werden noch wenig beachtet (Märtens und Petzold 2002).

### **Was fördert die Wahrscheinlichkeit einer korrigierenden emotionalen Erfahrung durch Psychotherapie?**

Die Therapieforschung hat vielfältige positive Wirkfaktoren identifiziert, die zur Therapie als einer korrigierenden emotionalen Erfahrung beitragen. Basierend auf der Übersicht von Lambert und Bergin (1994) können folgende Hauptkategorien therapeutischer Arbeit aus der Fülle der Studien extrahiert werden (im Vortrag werden sie im Ulmer Wirkwürfel© zusammen gefasst).

*Unterstützung:* Katharsis, Identifikation mit dem Therapeut, weniger Einsamkeit, Bestätigung, Spannungsverminderung, Haltgebung, Therapeutische Allianz, Wärme, Respekt, Empathie, Akzeptanz  
*Lernen:* Affektives Erleben, Korrigierende emotionale Erfahrung, Erfahrung der persönlichen Wirksamkeit, Entdeckung der eigenen Subjektivität, Kognitives Lernen, Einsicht, Vernünftigkeit, Ratgeben,  
*Handeln:* Verhaltensregulation, kognitive Bewältigung, Ermutigung zur Exposition, Risiken eingehen, Bewältigungsbemühungen, Modelllernen, Übung, Realitätstestung, Erfahrung von Erfolg, Durcharbeiten

# Der Ulmer Wirkfaktoren Würfel©



Basierend auf  
Lambert et al., 1994

Unter der Hauptkategorie LERNEN dieser Ansammlung von empirisch gesicherten Wirkfaktoren finden wir eine besonders den Psychoanalytikern vertraute Polarität von Affekt und Kognition, die mit den Stichworten „Einsicht versus korrigierende emotionale Erfahrung“ die fast unendliche, leidvolle historische Debatte bestimmte (Thomä 1983).

Wie war das noch mal, wer war der Vater (Freud) oder die Mutter (Ferenczi); nachzulesen bei Alexander (1937a). Das Problem der psychoanalytischen Technik. Oder gleich zum Stein den Anstoßes gehen nämlich die Monographie: Franz Alexander und Thomas French in ihrem Buch: *Psychoanalytic Therapy* 1946.

Statt diese Diskussion aufzublättern, erscheint es mir hilfreicher zum Anfang zurückzukehren und das Thema der Pädagogik nochmals aufzugreifen. Durcharbeiten ist nämlich ein durchaus pädagogisch zu verstehender Vorgang; an ihm wird nämlich deutlich, dass weder das eine allein, noch das andere allein das Ziel der therapeutisch gesuchten Veränderung vollbringen kann.

Für das Verständnis des Durcharbeitens erscheint Piagets Konzeption des "kognitiven Schemas" mit den Entwicklungsvorgängen der "Akkommodation" und "Assimilation" hilfreich (1976). Diese 3 Begriffe sollen kurz erläutert werden.

Das kognitive Schema ist als ein Raster zu verstehen, das Wahrnehmungs- und Denkerfahrungen strukturiert und dessen Struktur und Komplexität nach den von Piaget beschriebenen Entwicklungsstadien organisiert sind. Der Begriff "*Assimilation*" wird gebraucht, wenn sich eine neue Erfahrung in das bestehende kognitive Schema einfügt und den gesamten hiernach strukturierten Erfahrungsschatz vermehrt. Lässt sich eine neue Erfahrung nicht in das bestehende kognitive Schema einfügen, so führt dies u.U. - von der Missachtung bzw. Abwehr dieser "unpassenden" neuen Erfahrung abgesehen - zu einer Veränderung des Schemas. Dieser Vorgang wird als "*Akkommodation*" bezeichnet. Unschwer lassen sich nun Nutzenanwendungen für das Verständnis von Veränderungen in der Psychotherapie erkennen.

Hat der Patient Einsicht in bislang konfliktdynamische Zusammenhänge und Vorgänge gewonnen, so setzt die Phase des *Durcharbeitens* ein; es gilt, die kognitiv-affektive Einsicht für Veränderungen des Verhaltens (im weiteren Sinne) zu nutzen. Solche Verhaltensänderungen nehmen zwar manche Patienten ohne weiteres Dazutun des Therapeuten vor; generell ist dies jedoch nicht zu erwarten. Aus der Lernpsychologie ist bekannt, dass die dort unterschiedenen Bereiche der Kognitionen, der vegetativen Prozesse und der Motorik partiell autonome Systeme darstellen, die sich weitgehend unabhängig voneinander entwickeln können; besondere Generalisationsprozesse sind erforderlich, um die Integration innerseelischer Vorgänge durch die Wahrnehmung von Rückmeldungen zu erreichen.

Dies geschieht in analytischen und nicht-analytischen Therapien im Prozess des Durcharbeitens. Diese notwendige Integration zu leisten, ist Aufgabe des Patienten, der hierbei vom Therapeuten maßgeblich unterstützt und gefördert, aber auch behindert werden kann. Diese Sicht der Dinge erlaubt es, die

Polarisierung zu überwinden. Auch künstlerische Therapien oder Verhaltenstherapien benötigen Prozesse des Verarbeitens, benötigen nicht nur ‚moments of meeting‘, sondern sind darauf angewiesen, dass Erfahrungen im Alltag erprobt und stabilisiert werden.

Klinisch lässt sich regelmäßig beobachten, dass mit dem Aufdecken konflikthafter bewusst und/oder unbewussten Materials beim Patienten erhebliche Labilisierungen, Beunruhigungen und Ängste entstehen. Solche Desorientiertheiten lassen sich auch aus den oben skizzierten Generalisations- und Diskriminationsprozessen ableiten. Eine bei uns wenig bekannt gewordene Theorie von McReynolds (1976) unterscheidet zwischen kongruenten und inkongruenten Vorstellungen oder Wahrnehmungserfahrungen; unter kognitiver Kongruenz wird die konfliktfreie Assimilation (Integration) neuer Wahrnehmungserfahrungen in die bestehende Struktur verstanden; Inkongruenz meint hingegen die vorübergehende oder anhaltende Unmöglichkeit, neue Wahrnehmungserfahrungen in die bestehende Struktur zu assimilieren.

In der Nutzenanwendung auf das Durcharbeiten in der Psychotherapie lässt sich aus der Assimilationstheorie ableiten, dass solche abrupten, von Beunruhigung und Angst begleiteten Deassimilationen etwa durch "treffende" Deutungen oder behaviorale Konfrontationen bewirkt werden, die hierarchisch hochstehende, bislang kongruente Vorstellungen auseinander reißen und damit zur Auflösung nach geordneter, bislang ebenfalls kongruenter Vorstellungen beitragen. Dieser Effekt kann allerdings auch durch integrierende Deutungen bewirkt werden, etwa wenn weit voneinander entfernte, bislang unverbundene Vorstellungen verknüpft werden, was dann zu abrupten Deassimilationen nach geordneter Vorstellungen führen kann. Gut vorbereitete und wohl dosierte Deutungsaktivitäten des Therapeuten können in dieser Hinsicht dem Patienten unnötige Beunruhigungen ersparen helfen, etwa durch die zeitweilige Beschränkung auf hierarchisch nieder stehende Vorstellungen. Durch sein Bestreben, den Assimilationsrückstand minimal zu halten, wird sich der Patient bisweilen weigern, deassimilierend wirkende Interventionen des Therapeuten aufzugreifen und zu realisieren, was klinisch dann als Widerstand in Erscheinung tritt. Ermutigungen und Anerkennungen durch den Therapeuten sowie seine Versicherung, bei der assimilierenden Integrationsarbeit mitzuhelfen, mögen dem Patienten hilfreich sein, das Wagnis mit den zu erwartenden Beunruhigungen einzugehen.

Solche innerseelischen kognitiven Umstrukturierungen müssen in ihrer Tauglichkeit für die Bewältigung der Lebenswirklichkeit und für eine befriedigendere Gestaltung von Beziehungen außerhalb der Therapie geprüft und erprobt werden. Dies dürfte ein wesentlicher Aspekt des Durcharbeitens sein. Dies beleuchtet die Nützlichkeit der hier-und-jetzt Beziehungserfahrungen (sprich Übertragungskonstellationen), bei denen der Patient vergleichsweise risikoarm neue Beziehungsmuster ausprobieren kann; die vom Therapeuten unterstützten, verstärkten Beziehungsaktivitäten wird der Patient auf Beziehungen außerhalb der Therapie übertragen (Generalisation) und dabei natürlich die Unterschiedlichkeiten zwischen der therapeutischen Beziehung

und den viel stärker variierenden außertherapeutischen Beziehungen feststellen (Diskrimination). Es können hierbei positive Erfahrungen gemacht werden, die verstärkend und damit stabilisierend für das veränderte kognitive Schema und für das neue Verhaltensmuster wirken.

Das veränderte soziale Verhalten des Patienten kann aber auch beim Partner, bei Freunden, Bekannten, Kollegen zu unerwarteten und für den Patienten negativen Erfahrungen führen; der Fortbestand des soeben gewonnenen, noch unsicheren kognitiven Schemas ist dann gefährdet, und es drohen Rückfälle. Dann wird der Patient beim Therapeut verstärkt nach Bestätigung und Anerkennung für das Wagnis der neuartigen Probehandlung suchen.

## Fazit

Lernprozesse in der Psychotherapie jedweder Art müssen vielfältig sein; erst im Konzert

## Literatur

Alexander F. (1925): Buchbesprechung S. Ferenczi / O. Rank: Entwicklungsziele der Psychoanalyse (1924). Int. Z. Psa. 11:113-122.

Alexander F. (1937a): Das Problem der psychoanalytischen Technik. Int Z Psychoanal 23: 75-95.

Alexander F. und French T.M. (1946): Psychoanalytic therapy. Principles and Applications. New York, Ronald. Press Wiley New York 1974.

Balint M. (1966): Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Bern/Stuttgart, Huber/Klett.

Blarer A. und Brogle I. (1983): Der Weg ist das Ziel. Zur Theorie und Metatheorie der psychoanalytischen Technik. In: Deutung und Beziehung. S. O. Hoffmann. Frankfurt, Fischer: 71-85.

Ferenczi S. und Rank O. (1924): Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Wien, Int Psychoanal Verlag.

Foppa K. (1968): Lernen, Gedächtnis, Verhalten. Ergebnisse und Probleme der Lernpsychologie. Köln Berlin, Kiepenheuer & Witsch.

Heigl F.S. und Triebel A. (1977): Lernvorgänge in psychoanalytischer Therapie. Die Technik der Bestätigung. Eine empirische Untersuchung. Bern Stuttgart, Huber.

Lambert M.J., Shapiro D.A. et al. (1994): The effectiveness of psychotherapy. Handbook of psychotherapy and behavior change. S.L. Garfield and A.E.

Bergin. New York, Wiley: 157-211.

Leuzinger-Bohleber M. und Rüger B. (2002): Wie sehen ehemalige Patienten, ihre Analytiker und psychoanalytische und nichtpsychoanalytische Experten die Behandlungserfolge? "Forschung und Heilen" in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Leuzinger-Bohleber M., Rüger B., Stuhr U. und Beutel M.. Stuttgart, Kohlhammer: 130-153.

Leuzinger-Bohleber M., Rüger B. et al. (2002): "Forschung und Heilen" in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Stuttgart, Kohlhammer.

Märtens M. und Petzold H., Eds. (2002): Therapieschäden. Mainz, Matthias-Grünwaldverlag.

McReynolds P. (1976): Assimilation and anxiety. Emotions and anxiety. New concepts, methods, and application. M. Zuckermann and C. D. Spielberger. Hillsdale, Erlbaum: 35-86.

Pfäfflin F. und Kächele H. (2004): Sollen nicht nur Patienten, sondern auch Psychotherapeuten diagnostiziert werden? WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren unmöglichen Beruf. Kernberg O., Dulz B. und Eckert J.. Stuttgart, Schattauer: 470-483.

Piaget J. (1976): Die Äquilibration der kognitiven Strukturen. Stuttgart, Klett.

Strupp H.H., Hadley S.W. et al. (1977): Psychotherapy for better or worse. New York, Aronson.

Thomä H. (1983): Erleben und Einsicht im Stammbaum psychoanalytischer Techniken und der "Neubeginn" als Synthese im "Hier und Jetzt". (Experiencing and insight in the development of psychoanalytic technique and the new beginning as synthesis of both). Deutung und Beziehung: Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. S. Hoffmann. Frankfurt, Fischer: 17-43.

## Fußnoten

1 nach Thomä/Kächele: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie Band 1, Kap. 8.8

2 Thomä/Kächele Lehrbuch Band 2, Kap.9.11.3

Prof.Dr.med. Horst Kächele  
Klinik f. Psychosomat. Medizin und Psychotherapie  
der Universität Ulm  
Am Hochsträß 8  
89081 Ulm

Seite -11-