

EMDR-unterstützte Thematisierung bei psychodynamisch fundierten Fokaltherapien

[Aus: C. T. Eschenröder: *EMDR. Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen*. DGVT-Verlag, Tübingen, 1997, S. 179 – 188]

Michael Titze

Lange Zeit galt eine im Sinne der psychoanalytischen Standardmethode durchgeführte Langzeittherapie als qualitativ besonders hochstehend. Dabei ließ sich argumentieren, dass die entscheidenden Eckpfeiler des analytischen Prozesses (Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten) einer zeitaufwendigen Methodik (freie Assoziation, "gleichschwebende Aufmerksamkeit" und regressionsfördernde Zurückhaltung / Schweigen des Analytikers, Übertragungs- und Widerstandsdeutungen usw.) bedürfen (vgl. Thomä & Kächele, 1989). Eine unbestreitbare methodische Schwäche dieser Vorgehensweise resultiert allerdings aus dem Verzicht auf eine aktive Strukturierung durch den Analytiker. Dies kann dazu führen, dass sich manche Klienten in der realen therapeutischen Beziehung allein gelassen bzw. nicht ernst genommen fühlen. Eine nicht selten mehrjährige Behandlungsdauer kann zudem eine Unzufriedenheit hervorrufen, die dann zu *realen* Widerstandstendenzen auf Seiten des Klienten führen wird, wenn ein spürbarer Behandlungserfolg ausblieb (vgl. dazu Eschenröder, 1986, Kap. 11). Doch es sind nicht allein solche Einwände, die zu einer Relativierung der Bedeutung von analytischen Langzeittherapien geführt haben. Es waren auch reale ökonomische Gegebenheiten, die diese Bedeutung in den letzten Jahren zunehmend in Frage gestellt haben. Nachdem nämlich, zunächst in den Vereinigten Staaten, die Versicherungen dazu übergegangen sind, nur eine stark begrenzte Anzahl psychotherapeutischer Leistungen zu erstatten, kam es auch im Bereich der Tiefenpsychologie zu einer verstärkten Hinwendung gegenüber kurzzeittherapeutischen Verfahren (vgl. Goleman, 1981).

Ein besonderes Interesse fand dabei die *Fokaltherapie* (vgl. Balint et al., 1972; Malan, 1965), die sich gezielt auf bestimmte "Kernkonflikte" einstellt, die "die Basis der Deutungsarbeit" (Malan, 1976, S. 68) bilden. Auf einen solchen "Fokus" nimmt der Therapeut konsequent und selektiv Bezug, wobei auf Abwehrtendenzen wenig Rücksicht genommen wird. Der Patient soll (entgegen den Regeln der analytischen Standardmethode) gezielt - und so schnell wie möglich - mit allen Gefühlen, die mit dem fokussierten Konflikt zusammenhängen (z.B. Ärger, Angst, Wut, Traurigkeit) konfrontiert werden (Sifneos, 1973, S. 115).

Waren zunächst von manchen Analytikern schwerwiegende Einwände gegen eine angebliche "materialistische Strömung" (Greenson, 1982, S. 401) erhoben worden, die das zunehmende Interesse an Fokaltherapien begründet haben könnte, so hat sich inzwischen eine Trendwende eingestellt. Zunehmend werden auch die behandlungstechnischen Vorteile erkannt, die sich aus einer vom Analytiker strukturierten Deutungsarbeit ergeben. So schreiben Thomä & Kächele (1989, S. 359):

"Wir betrachten den interaktionell gestalteten Fokus als zentrale Drehscheibe des [analytischen, M. T.] Prozesses und konzeptualisieren von daher die psychoanalytische Therapie als eine *fortgesetzte, zeitlich nicht befristete Fokaltherapie mit wechselndem Fokus*."

Der Fokus als zentrales Thema

Der zunächst ausdrücklich konfliktorientierte Ansatz der Fokaltherapie wurde später auf biographieübergreifende Zusammenhänge ausgeweitet, die eine spezifische *Thematik* beinhalten. Malan (1976, S. 7) verstand einen Fokus deshalb als "ein verbindendes Thema". Thomä & Kächele (1989, S. 359) spezifizieren dies so:

"Als Indiz für eine stimmige Fokusformulierung ist es zu werten, wenn ein übergreifendes fokales Thema, z.B. unbewusste Trennungsangst, in vielfältigen Formen thematisiert wird."

Das Konzept der *Thematisierung* ist für alle Formen psychodynamisch fundierter Fokaltherapien (vgl. Titze, 1995a; Titze & Salameh, 1995) von herausragender Bedeutung. Als Beispiel lässt sich die teleoanalytische Kurzzeittherapie (Titze, 1979, 1985) anführen, die aus der Individualpsychologie Alfred Adlers hervorgegangen ist. Zugrundegelegt ist dabei ein biographieübergreifendes Prozessmodell, das gezielt solche Inhalte fokussiert, die für das genuine "Apperzeptionsschema" (Titze, 1995b) eines Klienten bestimmend sind. Der Begriff Apperzeptionsschema nimmt dabei auf frühe (d. h. grundsätzlich auch präverbale) Attribuierungsprozesse Bezug, die dem Kleinkind - im Zuge einer durch und durch subjektiven "Stellungnahme" - als Grundlage für eine primäre Meinungsbildung gedient haben. Daraus entstehen "affektlogisch" (Ciompi, 1982) fundierte aktionale Prädispositionen für ein zielgerichtetes Verhalten. Diese sind in eine biographieübergreifende, "lebensstiltypische" Organisation integriert.

Innerhalb dieser Struktur lassen sich bestimmte "primäre Themen" identifizieren, die die schon erwähnten Prädispositionen in einer präreflexiven, d. h. häufig "unverstandenen" Weise zum Ausdruck bringen. Diese Themen sind biographieübergreifend. Sie lassen sich nicht nur in frühen Phasen der entsprechenden Lebensgeschichte nachweisen, sondern auch in der aktuellen Gegenwart sowie in der Unmittelbarkeit der psychotherapeutischen Interaktion. Damit stellen primäre Themen einen Verweisungszusammenhang her, der das Hier und Jetzt der therapeutischen Situation mit vergangenen Phasen der Lebensgeschichte dynamisch in Beziehung setzt. In diesem Zusammenhang bietet sich der Vergleich mit einem sinfonischen Werk an, in dem eine bestimmte Tonabfolge erkennbar bleibt, auch wenn diese vielfach variiert wird. Sie entspricht dem *zentralen Thema* eines "Lebensstils" (Adler, [1929] 1981), der sich durch die Lebensgeschichte hindurchzieht und in entsprechende primäre Themen verästelt. Der Therapeut wird dieses "Leitmotiv" im Auge behalten müssen. Er wird es in allen Lebensäußerungen des Klienten, seinen (non)verbalen Mitteilungen, seinen Phantasien, Träumen und Symptomen, aufzufinden haben. Das zentrale Thema ist auch mit dem Pulsschlag vergleichbar, der an verschiedenen Arterien des menschlichen Körpers gleicher Weise fühlbar ist. Lässt er sich an einer Stelle nicht ermitteln, so kann er anderswo nachgewiesen werden. Damit folgt das zentrale Thema einem lebensstiltypischen *Bewegungsgesetz*, das Adler ([1933]1983, S. 33) wie folgt definiert:

1. Jedes Individuum hat seit frühester Kindheit sein eigenes, einmaliges Bewegungsgesetz, das alle seine Funktionen und Ausdrucksbewegungen beherrscht und ihnen die Richtung gibt.
2. Das Bewegungsgesetz und seine Richtung stammen aus der schöpferischen Lebenskraft des Individuums und benutzen in freier Wahl die Ergebnisse der Körperlichkeit und der Einwirkungen von außen [...]

3. Die Richtung der seelischen Bewegung zielt immer auf eine millionenfach verschiedene Überwindung von Schwierigkeiten aller Art, hat also ein Ziel der Vollkommenheit, der Sicherheit, der Vollendung, stets im Sinne der Meinung des Individuums. Sinn und Meinung sind fast nie gedanklich oder begrifflich zur Darstellung gebracht, bilden sich auch, wie bei sprachlosen Lebewesen, meist in einer Lebensphase des Kindes, in der Sprache und Begriffe fehlen oder mangelhaft sind."

Wenn Adler von "Einwirkungen von außen" spricht, relativiert er deren kausale Bedeutung i. S. eines "weichen Determinismus" (vgl. Ansbacher & Ansbacher, 1972, S. 100ff.). Dies bezieht sich selbstverständlich nicht auf schwerste Traumatisierungen, wohl aber auf die Frage der subjektiven Beurteilung belastender Erlebnisse. So kann selbst eine "objektiv" relativ harmlose Welt von einem Kind zuweilen als grausam, vielleicht sogar lebensbedrohlich erlebt werden. Dies bezieht sich häufig auf jene "Minitraumatisierungen", die sich aus subtilen *Beschämungen* (Nichtbeachtung, permanente emotionale Distanz, spöttische Herabsetzung) ergeben (vgl. Kühn et al., 1997; Titze, 1996). Umgekehrt gibt es Kinder, die angesichts von Lebensumständen, die einem Erwachsenen als unerträglich erscheinen mögen, ihren Lebensmut nicht verlieren. Entscheidend ist offensichtlich die *subjektive* Art der Stellungnahme zur Welt und ihren belebten und unbelebten Objekten. So kann die Geburt eines Geschwisterkindes bei einem Klienten traumatische Wirkungen nach sich gezogen haben, während die unmittelbare Konfrontation mit "wirklich" bedrohlichen Ereignissen (z. B. Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle, Bombenangriffe) keine wesentlichen seelischen Verletzungen hervorrief.

Von primärer Bedeutung ist somit die lebensstilspezifische Beurteilung äußerer Einflüsse. Diese erfolgt ihrerseits im thematischen Verweisungszusammenhang biographieübergreifender Vernetzungen, die gerade solche Erfahrungen assoziativ miteinander verknüpfen, die *affektiv* als äquivalent erlebt wurden.

Francine Shapiro (1995, S. 32-54) spricht in diesem Zusammenhang von einem "Gedächtnis-Netzwerk", das kognitive und affektive Elemente miteinander assoziativ verbindet. Sie hebt hervor, dass "vergangene Erfahrungen die Grundlage für gegenwärtige Dysfunktionen" (ebd., S. 43) bilden. Dabei bestehe eine durchgehende assoziative Verbindung mit jenem "Knoten" (*node*), der die ursprüngliche Erfahrung eines traumatisierenden Ereignisses beinhaltet. Diese Erfahrung bezieht die affektive und kognitive Dimension (i. S. von Selbstattribuierungen) mit ein und wird "physiologisch gespeichert" (ebd., S. 45). Als das eigentliche Ziel psychotherapeutischer Arbeit sieht Shapiro (ebd., S. 48) die Ermöglichung von Verknüpfungen mit "gesünderen" Erfahrungszusammenhängen an.

"Korrigierende emotionale Erfahrungen"

Von konservativ analytischer Seite wird die Effizienz von Fokalthérapien vor allem deshalb angezweifelt, weil sich in einem relativ kurzen Behandlungszeitraum keine "emotionale Tiefe" erreichen ließe. Der Klient würde allenfalls wesentliche psychodynamische Zusammenhänge intellektuell verstehen lernen, ohne jedoch in eine Regression zu gelangen, die eine affektive Wiederbelebung jener (traumatischer) Mangel Erfahrungen ermöglichen würde, die für das aktuelle Krankheitsgeschehen voll kausaler Bedeutung seien. Franz Alexander, ein Pionier der analytischen Kurzzeittherapie, hatte sich mit diesem Problem gezielt auseinandergesetzt. Dem Einwand, Kurzzeittherapien würden lediglich einer oberflächlichen kognitiven Erkenntnisvermittlung dienen und die Übertragungsdynamik unberücksichtigt lassen, versuchte er durch das Konzept einer aktiven "Übertragungssteuerung" zu begegnen. Dies bedeutet, dass der Therapeut gezielt eine *realitätsbezogene* empathische Beziehung zum Klienten herzustellen sucht, die sich deutlich unterscheidet von der Qualität der ursprünglichen Beziehung zu den "versagenden,

strafenden, indifferenten oder überpermissiven Eltern" (Alexander & French, 1946, S. 53). Dabei kann und soll sich beim Klienten eine "korrigierende emotionale Erfahrung" einstellen, die zu einer Beendigung der bestimmenden neurotischen Wiederholungszwänge führt.

Alexanders Grundidee basiert auf der gezielten Induktion einer positiven Übertragung auf Seiten des Klienten. Um dies zu erreichen, muss sich der Therapeut "anders verhalten" als jene Beziehungsobjekte, die ursprünglich zum Entstehen des bestimmenden Kernkonflikts beigetragen haben.

Dieses kurzzeittherapeutische Behandlungsmodell wurde von Habib Davanloo (1986) entscheidend präzisiert. Davanloo geht in Übereinstimmung mit dem psychoanalytischen "*main stream*" davon aus, dass eine bloße kognitive bzw. "intellektuelle" Einsicht in das psychodynamische Bedingungsgefüge des fokussierten Kernkonflikts nicht nur therapeutisch unerheblich ist, sondern auch Ausdruck einer Abwehr jener Gefühle ist, die in einen solchen Konflikt eingebunden sind. Grund für diese Abwehr ist zumeist eine (Scham-)Angst, solche schmerzhaften bzw. traumatisierenden Erinnerungen über die Bewusstseinschwelle gelangen zu lassen, die ursprünglich zu massiven Erschütterungen des Selbstgefühls geführt hatten. Eben diese Affektabwehr thematisiert Davanloo aus der Unmittelbarkeit der therapeutischen Beziehung ohne Umschweife. Das bedeutet, dass der Therapeut zunächst konsequent die Frage zu stellen habe, wie sich der Klient *fühlt* (ebd., S. 110). Auf diese Frage antwortet der Klient häufig vage und unspezifisch (z. B. "ängstlich" oder "unwohl"), was Davanloo als eine subtile Widerstandsäußerung auffasst. Denn mit "derartigen Wörtern wird die echte Erfahrung von Gefühlen abgewehrt" (ebd.). Deshalb soll der Therapeut gezielt auf einer Spezifizierung bestehen, indem er etwa fragt: "Was *spüren* Sie (körperlich), wenn Sie sich *jetzt* ängstlich, unwohl, verärgert oder traurig fühlen?"

Nach Davanloos Überzeugung führt die konsequente Konfrontation des Klienten mit den von ihm *unmittelbar erlebten* Gefühlen dazu, dass relativ schnell ein thematischer Verweisungszusammenhang mit eben jenen seelischen Verletzungen hergestellt wird, die bislang "affektiv abgespalten" waren. Davanloo (ebd., S. 114) bemerkt (übrigens in Übereinstimmung mit Shapiro, ebd., S. 50), dass der Therapeut solange auf Deutungen verzichten solle, bis der "Durchbruch" durch die bestimmende affektive Abwehr gelungen ist. Und auch danach sollte dem Klienten nur "Einsicht in die *Wege* vermittelt werden, die dieser eingeschlagen hatte, um die zugrundeliegenden Gefühle und Ängste abzuwehren, die zu diesem Ziel (der Abwehr, M. T.) geführt haben" (Davanloo, ebd.). Ist dies einmal realisiert worden, so kann jener thematisierende Verweisungszusammenhang konsequent hergestellt werden, den Davanloo als "Konfliktdreieck" bzw. "personales Dreieck" bezeichnet: Denn so, wie der betreffende Klient in der Vergangenheit (V) seiner Lebensgeschichte traumatisierende emotionale Erfahrungen (z. B. mit seinen Eltern) abgewehrt hat, wird er dies auch in der aktuellen Gegenwart (A) (z. B. mit Ehepartnern oder Vorgesetzten) *und* der Unmittelbarkeit der therapeutischen Übertragung (Ü) tun. So können jene emotionalen Erfahrungen, die sich im Rahmen des thematisierenden ÜAV-Dreiecks ergeben, einen (korrigierenden) Prozess der "De-Repression" einleiten, der zur emotionalen Befreiung von Gefühlen führt, "die über viele Jahre verschüttet gewesen sind" (Davanloo, ebd.).

Abreaktionen

In meiner eigenen Arbeit mit der EMDR-Technik zeigte sich konsequent, dass alle Formen affektiv belastenden Materials (z. B. "ein Traum, eine Erinnerung, aktuelles Verhalten" [Shapiro, 1995, S. 491]) den "Einstieg" in thematische Verweisungszusammenhänge erlauben, die in Form von spezifischen Inhalten (visuelle Vorstellungen, häufig auch nur körperlich lokalisierbare Gefühle) miteinander verknüpft sind. Als besonders bemerkenswert erscheint mir die Tatsache, dass es dabei fast durchgehend zur Freisetzung

von starken Affekten (insbesondere Angst, Trauer, Scham, hilflose Wut) kommt. Damit wird Davanloos Anliegen nachhaltig gefördert, an jene primären Gefühle heranzukommen, die - aufgrund einer neurotischen Abwehrformation - nicht unmittelbar erfahrbar sind. Der Effekt, den die EMDR-Technik bewirkt, ist nach wie vor nicht hinlänglich erklärbar (vgl. Eschenröder, 1995), doch es steht für mich fest, dass die Abwehr dabei "umgangen" wird. Shapiro (ebd., S. 168) bemerkt, dass das entsprechende Bewusstwerden von "gespeicherter dysfunktionaler Information" einerseits zur Wiederbelebung schmerzhafter Gefühle führt, andererseits aber auch eine heilsame "Abreaktion" ermöglicht.

Der Begriff Abreaktion stammt aus der Frühphase der Psychoanalyse, in der (vor allem unter Hypnose) der kathartische Effekt einer "emotionellen Abfuhr" bzw. Befreiung von Affekten angestrebt wurde, die mit traumatischen Erinnerungen zusammenhängen (vgl. Laplanche & Pontalis, 1973, S. 20). Hypnosebedingte Abreaktionen können jedoch, wie Shapiro (ebd., S. 169) bemerkt, zu dissoziativen "Flashbacks" führen, die den Klienten auch zeitlich stark belasten können. In der EMDR-Praxis verlaufen entsprechende Abreaktionen demgegenüber kontrollierter und, wie Shapiro (ebd.) schätzt, jedoch "vier bis fünfmal schneller" als in einer Hypnose. Der Therapeut ist dabei aktiv involviert, so dass ein sicherer Realitätsbezug gewährleistet ist, der die angestrebte Desensibilisierung systematisch fördert.

Fallbeispiel: Das aggressive "Kohlemännchen"

Wie aus der nun folgenden Fallbeschreibung hervorgeht, ließ sich über affektiv fundierte Visualisierungen ein plausibler thematischer Verweisungszusammenhang herstellen. Die entsprechenden Visualisierungen bilden - ähnlich den Gebilden eines Traums - schöpferischen Konstrukte, die nicht unbedingt die Realität der Lebensgeschichte des Klienten widerspiegeln, sondern lediglich die Valenz eines primären Themas in einer durchaus metaphorischen Weise veranschaulichen.

Es handelt sich um einen heute 48-jährigen Soziologen, der wegen einer "burn out"-Problematik in Behandlung kam und gleich zu Beginn den Wunsch äußerte, nicht "psychomäßig manipuliert" werden zu wollen. Der Klient wuchs in einer stark leistungsorientierten Fabrikantenfamilie auf. Als Ältester war er berufen, die väterliche Firma einmal zu übernehmen, was zu einer Vielzahl von "Zwangmaßnahmen" im Zusammenhang mit der schulischen Bildung führte. Der stark autoritäre Vater wünschte sich einen perfekten Sohn, der nicht nur sein Werk fachlich fortsetzen sollte, sondern auch im gesellschaftlichen Rahmen "glänzen" sollte. Diesem Zwang widersetzte sich der Sohn freilich konsequent, indem er sich zu einem Schulversager entwickelte. Später schloss er sich der Hippiebewegung an und beging in diesem Zusammenhang einige kleinere Drogendelikte.

Erst nachdem die Familie ihn endgültig "fallengelassen" hatte, entwickelte sich "zwanglos" eine bemerkenswerte berufsbezogene Motivation. Seit etwa zehn Jahren wirkt der Klient erfolgreich als Gruppentrainer im Bereich der humanistischen Psychologie.

Zur aktuellen psychischen Krise gab ein demonstrativer Suizidversuch seiner Ehefrau Anlass, nachdem der Klient ihr von seinen Scheidungsabsichten berichtet hatte. Grund dafür war insbesondere ihre Neigung gewesen, ihn zu kontrollieren und ihm über Jahre hinweg massive Vorhaltungen im Hinblick auf seine außerehelichen Aktivitäten (auch Kontakte zu anderen Frauen) zu machen. Der Klient litt zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns unter Schlafstörungen, psychosomatischen Beschwerden (Magenkrämpfe) und einer allgemeinen depressiven Verstimmung, die er selbst als "burn out" bezeichnet hatte.

Im folgenden schließt sich ein Eigenbericht an, den dieser Klient nach der zweiten Therapiestunde protokolliert hatte:

„Auf die Frage, wo ich als Kind meine Aggressionen besonders unterdrücken musste, fiel mir spontan eine Kindheitserinnerung ein:

An einem Geburtstag meines Vaters, ich war vielleicht acht Jahre alt, hatte ich zum Spaß meiner Schwester, die sich im Keller befand, das Licht ausgemacht. Sie hatte dann völlig hysterisch geschrien, was meinen Vater veranlasste, mich heftig zu verprügeln. Dabei habe ich in die Hose gepinkelt, was mich zutiefst beschämt hat.

Gefühl: Hass, Aggression auf meinen Vater. Während der EMDR-Übung krampfartiges Zusammenziehen in der Magengegend.

Spontan entstand darauf die Phantasie, wie ich meinen Vater im Keller zusammenschlage. Schließlich liegt er auf dem Fußboden, während ich die Kellertreppe hoch renne und das Elternhaus fluchtartig verlasse.

Gefühl: Zusammenziehen des Unterleibs, Verkrampfung der Arme und Fäuste.

Bei der nun folgenden EMDR-Übung sah ich mich plötzlich als schwarzes Strichmännchen (nicht dünn, eher stärkerer Strich), ohne Gesichtszüge. Spontan fiel mir dabei das Wort Kohlemännchen ein.

Das nächste Bild zeigte mich wieder als Kohlemännchen, wie ich mit dem Kopf voraus in einer Ofentür steckte. Ein paar schwarze Beine und Füße traten heftig auf mich ein, offenbar, um mich in den Ofen hineinzustoßen und zu verbrennen.

Gefühle: Starke Einengung im Bereich von Schultern, Oberarmen, Oberkörper.

Dieses Bild wurde nun insofern klarer, als die mich tretenden Füße in weißen Hosen und weißen Schuhen steckten. Dazu fiel mir spontan ein, dass mich meine Frau vor wenigen Tagen bei einer tätlichen Auseinandersetzung mit ihren Füßen getreten hatte. Sie trug weiße Jeans und weiße Schuhe.

Gefühle: Zusammenziehen im Unterleib, Verkrampfung der Muskulatur im Schulterbereich. Die Szene veränderte sich: Die aggressive Person schob das Kohlemännchen nun ganz in den Ofen hinein und war im Begriff die Ofentüre zu schließen. Dazu musste diese Person sich bücken, und ich sah ganz deutlich meine Frau vor mir.

Gefühl: Hilflosigkeit, Leere, Druck im Unterleib.

Bildwechsel: Ich sah meine Frau auf dem Balkon stehen, so wie dies vor kurzem wirklich der Fall gewesen war: Die Mundwinkel waren verächtlich hochgezogen, der Gesichtsausdruck war versteinert. Sie trug die gleiche Kleidung, wie mein Vater sie in der Eingangsszene angehabt hatte. Und ihr Blick war genau so verächtlich, so vernichtend wie der Blick meines Vaters, als er mich verprügelt hatte. Es war der gleiche Blick, den sie mir am Abend vor ihrem Suizidversuch zugeworfen hatte."

Es ist gewiss nicht notwendig, diese Sequenz zu interpretieren. Der thematische Zusammenhang wird von selbst erkennbar: Es ist die beschämende Erkenntnis, durch bestimmte Personen in eine Enge gezwängt zu werden, in der die eigene (aggressive) Lebendigkeit verbrennt, bis schließlich nur noch ein "Kohlemännchen" übrigbleibt. Nach der 5. Therapiestunde verfasste der Klient diesen Bericht:

"Ich hatte eine Auseinandersetzung mit einem jüngeren, intriganten Kollegen. Wie üblich hatte ich die besseren verbalen Argumente gehabt, ohne dass ich mich emotional als Sieger gefühlt hätte. Mit dieser unterdrückten Wut kam ich in die Sitzung. Nach der ersten EMDR-Sequenz spürte ich eine starke Einengung der Muskulatur an der Außenseite meiner Oberarme. Dabei trat mir diese Erinnerung vor Augen: Mein Vater hatte mich im Kohlenkeller so verprügelt, dass ich zum Schluss auf einem Haufen Eierbriketts lag und mit den Füßen wild um mich strampelte. Mir wurde in diesem Augenblick erstmals bewusst, dass ich vor allem nach *ihm* trat und ihn dabei auch so stark im Unterleib traf, dass er von mir abließ.

Gefühl: Heißes Brennen in der Brust, Spannungen im Nacken und in den Händen.

Dann trat mir eine andere Erinnerung vor Augen: Im Alter von vielleicht zehn Jahren war ich auf dem Schulweg von drei älteren Jungs festgehalten worden. Sie schlepten mich auf

einen Acker und taten so, als wollten sie meinen Kopf in der trockenen Erde eingraben. Ich empfand Todesangst. Als sie lachend von mir abließen, war mein Gesicht vom Dreck geschwärzt.

Gefühl: Atemnot, Einengung des gesamten Oberkörpers.

Unmittelbar darauf erinnerte ich mich, wie ich meinem Lieblingshund als Dreizehnjähriger mit einem Stock einen so gewaltigen Schlag auf das Hinterteil versetzt hatte, dass er einige Stunden lang lahmt. Ich spürte den Ärger noch ganz genau, den ich damals empfunden hatte, nachdem mir dieser Hund bei einem Spaziergang weggelaufen war und ich deswegen Schelte von meinem Vater bekommen hatte.

Gefühl: Heißes Brennen in der Brust, Energieströme in den Extremitäten, Verwunderung über meine Aggressivität.

Nun wanderten meine Gefühle für einige Zeit durch den ganzen Körper.

Dann kam eine neue Erinnerung: Als Student hatte ich eine Freundin, die eigentlich ähnlich war wie meine Frau. Ich wollte mich von ihr trennen, doch sie ließ mich nicht los. An einem sonnigen Tag war ich mit ihr auf einen Aussichtsturm gestiegen. Zuvor hatten wir eine heftige Auseinandersetzung gehabt. Ich hatte den Wunsch sie einfach dadurch loszuwerden, dass sie sich aus Kummer von diesem Turm stürzen sollte. Oben angelangt, entfernte ich mich für einige Zeit von ihr. Als ich zurückkehrte und sah, daß sie immer noch auf dem gleichen Platz stand, stieg eine starke Enttäuschung in mir auf.

Gefühl: Befreiung in der Brust, Verwunderung, dass ich so unmoralisch sein konnte und jetzt keinerlei Schuldgefühle hatte.

Nun kam mir ein Gedanke, der mich seither nicht mehr loslässt: Vielleicht bin ich ganz anders als ich bisher glaubte zu sein! Vielleicht bin ich gar nicht schwach und ‚ausgebrannt‘, sondern stark und zornig, ohne es zu wissen."

In dieser Sequenz wurde das Thema "aggressiver (Gegen-)Zwang zum (Un-)Lebendigsein" an der konkreten Phantasiegestalt des "Kohlemännchens" exemplifiziert: Der kleine Junge, der vom Vater gnadenlos geschlagen wird, findet seine affektive Identität, nachdem er mit kohlegeschwärztem Gesicht nach seinem Vater zu treten beginnt. Dieser aggressive Widerstand zieht sich affektiv durch die gesamte Lebensgeschichte. Er äußerte sich im trotzigem Leistungsversagen ebenso wie in destruktiven Phantasien und unmoralischen Handlungen. Selbst die Motivation, sich ausdrücklich auf eine Behandlungsmethode einzulassen, in der der Therapeut "nur" eine nicht manipulative "primitive Technik" (sprich: die EMDR-Methode) durchzuführen hat, bringt diesen Widerstand zum Ausdruck. Gleichzeitig wurden diese hochaggressiven Impulse durch ein strenges Über-Ich so massiv abgewehrt, dass sich der Klient trotz seiner verbalen Schlagfertigkeit in der Auseinandersetzung mit aggressiven Bezugspersonen (im aktuellen Fall seine Ehefrau) als ohnmächtig, als (affektiv) ausgebrannt erlebte. Erst nachdem der Klient seine verschüttete affektive Identität (wieder)erlebt hatte, konnte es auch zu einem kognitiven Wandel seines Selbstkonzepts kommen. Bezeichnenderweise gelang dies ganz ohne "einsichtsfördernde Interpretationen" durch den Therapeuten.

Schlussbemerkungen

Die Einbeziehung der EMDR-Methode in psychodynamisch fundierte Kurzzeittherapien ermöglicht zunächst eine rasche und gut kontrollierbare Fokussierung auf emotional akzentuierte primäre Themen bzw. "Knoten" (Shapiro, 1995, S. 32ff.). Von diesen Knoten gehen Verweisungsbezüge aus, die vor allem weiteres affektives Material erschließen, daneben aber auch die verschiedensten Formen körperlicher Sensationen, bildhafter Vorstellungen (Erinnerungen, Traumfragmente, aktuelle Phantasien) sowie kognitiver Inhalte (Erkenntnisse, Urteilsschlüsse, Ideen) freisetzen. Dabei kommt es häufig zu Abreaktionen, die die traumatisierende Wirkung früher Erlebnisse neutralisieren bzw.

desensibilisieren. Daneben können aber auch jene "negativen" Gefühle, die eine dissoziative bzw. selbstschädigende Wirkung (vor allem panische Angst, ohnmächtige Wut, verzweifelter Ärger, Scham) ausgeübt hatten, in solche transformiert werden, die für Selbstbehauptungszwecke konstruktiv genutzt werden können (insbesondere eine realitätsgerechte kämpferische Aggression). Schließlich erlaubt die assoziative Verknüpfung bestimmter visueller und affektiver Inhalte eine unmittelbare Einsichtnahme in therapeutisch relevante thematische Zusammenhänge, was dem Anliegen einer psychoanalytischen Durcharbeitung entspricht.

Literatur

- Adler, A. ([1929] 1981). *Neurosen. Zur Diagnose und Behandlung*. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch.
- Adler, A. ([1933] 1983). Vor- und Nachteile des Minderwertigkeitsgefühls. In ders.: *Psychotherapie und Erziehung*. Band III. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch, S. 33-39.
- Alexander, F & French, T M. (1946). *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press.
- Ansbacher, H. & Ansbacher, R. R. (Hrsg.). (1972) *Alfred Adlers Individualpsychologie*. München: Reinhardt.
- Balint, M., Ornstein, P & Balint, E. (1972). *Fokaltherapie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ciampi, L. (1982). *Affektlogik*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Davanloo, H. (1986). Intensive short-term psychotherapy with highly resistant patients. 1. Handling resistance. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 1, 107-133.
- Eschenröder, C. T. (1986). *Hier irrte Freud*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Eschenröder, C. T. (1995). Augenbewegungs-Desensibilisierung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen - eine neue Behandlungsmethode. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 27, 341-373.
- Goleman, D. (1981). Deadlines for change: Therapy in the age of Reagonomics. *Psychology Today*, (August) 1981, 60-69.
- Greenson, R. R. (1982). *Psychoanalytische Erkundungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kühn, R., Raub, M. & Titze, M. (Hrsg.). (1997). *Scham - ein menschliches Gefühl*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1973). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. 1. Band. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Malan, D. (1965). *Psychoanalytische Kurztherapie*. Stuttgart: Klett.
- Malan, D. (1976). *The Frontier of Brief Psychotherapy*. New York: Plenum Medical Books.
- Shapiro, F (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. New York. Guilford.
- Sifneos, P E. (1973). *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1989). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. 1. Grundlagen. Berlin: Springer.
- Titze, M. (1979). *Lebensziel und Lebensstil. Grundzüge der Teleoanalyse nach Alfred Adler*. München: Pfeiffer.
- Titze, M. (1985). Individualpsychologie. Ziel ist die Gemeinschaft. In: Petzold, H. (Hrsg.), *Wege zum Menschen*, Band II. Paderborn: Junfermann, 7- 100.
- Titze, M. (1995a). Aktive Steuerung von Übertragung und Gegenübertragung bei tiefenpsychologisch fundierter Kurztherapie. *Psychotherapie Forum*, 3, 61-68.
- Titze, M. (1995b). Apperzeptionsschema. In: Brunner, R., & Titze, M. (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (S. 39-42). München: Reinhardt.
- Titze, M. (1996). *Die heilende Kraft des Lachens. Mit Therapeutischem Humor frühe Beschämungen heilen*. München: Kösel.
- Titze, M. & Salameh, W A. (1995). Thematisierung. In: Brunner, R., & Titze, M. (Hrsg.) *Wörterbuch der Individualpsychologie* (S. 496-497). München: Reinhardt.

Thematisierung

[Aus: Brunner, R., & Titze, M. (Hrsg.): *Wörterbuch der Individualpsychologie*
München: Reinhardt, S. 496-497].

Michael Titze und Waleed A. Salameh

Adler (vgl. [1929c] 1981a) verstand es meisterhaft, verschiedenartige Charaktertypen durch die Aufdeckung eines *zentralen Themas* zu bestimmen. Mosak (1968) griff diese Technik auf, indem er feststellte, dass "jede individuelle Neurose vom Standpunkt solcher zentralen Themen, die sich ihrerseits von bestimmten Überzeugungen herleiten, betrachtet werden

kann" (ebd. S.68). Zentrale Themen lassen sich aufgrund von Verhaltensbeobachtung, der Analyse von Kommunikationsinhalten, von - Sprache und Gestik, ferner durch Anwendung psychologischer Testverfahren (z.B. - Kindheitserinnerungen) ermitteln.

Thomä und Kächele (1989, S. 358) weisen die "regelhaft wiederkehrenden Themen im psychoanalytischen Prozess" als "psychodynamischen Fokus" aus. Die Thematisierung entspricht dabei einem heuristischen Prozess, der dann zu "stimmigen Fokusformulierungen" führt, "wenn ein übergreifendes fokales Thema, z.B. unbewusste Trennungsangst, in vielfältigen Facetten thematisiert wird". (ebd. S. 359)

Salameh (1986) spricht den sog. *primären Themen* entsprechend eine zentrale Bedeutung im Rahmen von tiefenpsychologisch fundierten Kurzzeittherapien (vgl. Alexander 1965; Davanloo 1978; Malan 1976) zu. Die Grundannahme ist, dass neurotische Verhaltensmuster ihren Ursprung in der Kindheit des Patienten haben, um im späteren Verlauf der Lebensgeschichte durch "Wiederholungszwang" bestärkt zu werden. In allen Lebenssituationen, so auch im Rahmen der therapeutischen Interaktion, finden eben diese Muster ihren charakteristischen Ausdruck. Es sind ganz bestimmte primäre Themen, die dabei variiert werden, ganz in Entsprechung zu einem Spielfilm, der den Lebensvollzug des Patienten umfasst. Der Therapeut muss diese Themen, entsprechend einem Kinzuschauer, erkennen, durchgehend im Auge behalten und thematisieren. Es gibt drei wichtige Bestimmungsmerkmale primärer Themen: 1) Die kontinuierliche Wiederholung bestimmter Interaktionsstrategien in unterschiedlichen Lebenssituationen; 2) Die Beständigkeit: Primäre Themen sind wie der Pulsschlag, der an verschiedenen Arterien gleicher Weise feststellbar ist. Lässt er sich an einer Stelle nicht ermitteln, so kann er anderswo nachgewiesen werden; 3) Primäre Themen sind Biographie übergreifend: Sie lassen sich in frühen Phasen der Lebensgeschichte eines Menschen ebenso nachweisen wie im aktuellen zeitlichen Zusammenhang oder in der Unmittelbarkeit des psychotherapeutischen Diskurses. Damit stellen die primären Themen einen Verweisungszusammenhang her, der das Hier und Jetzt der therapeutischen Situation mit den vergangenen Phasen der Lebensgeschichte verbindet.

Die Thematisierung als spezielle Technik (z.B. im Rahmen der Traumdeutung; vgl. Louis 1985, S. 101 ff.; B. Titze 1983; Titze 1979, S. 301 ff.) leitet sich von der eidetisch-typologischen Beschreibungsmethodik der Phänomenologie (vgl. Husserl 1913; 1976) her. Danach verweist ein jegliches Phänomen als "Gegenstand" des Bewusstseins (Noema), gleichgültig, ob es materiell, affektiv, ideell usw. gegeben ist, (co-)thematisch auf jene Vielzahl von Noemata, die am gleichen "Typus" teilhaben. Die Thematisierung entspricht somit einer Typisierung, einer intuitiven "Schau" i.S. der Ermittlung des (invariablen) Wesenskerns der entsprechenden Typik (vgl. Schütz 1972, S. 318, 326 ff). Auf den Bereich der Tiefenpsychologie angewendet bedeutet dies nichts anderes,

als dass jedes Objekt, mag es realen Ursprungs oder phantasiert sein, das im Rahmen des therapeutischen Diskurses verbalisiert wird, als ein "Merkmalsträger" aufgefasst werden kann, der thematisch auf weitere Objekte verweist (Titze 1978). Die Thematisierung zielt somit auf eine systematische Bestimmung all jener Verweisungsbezüge ab, an denen die Vielzahl jener lebensstiltypischen Merkmalsträger teilhat, die im Rahmen des therapeutischen Diskurses aktualisiert werden. Thematisieren heißt demzufolge, unbewusste bzw. unverstandene Sinnzusammenhänge aufzudecken, d.h., dem bewusst reflektierenden - Verstehen zugänglich zu machen (vgl. Titze 1979, S. 301 ff.; 1984, S. 71 f.; 1988, S. 47 f.).

Literatur:

- Alexander, E: Psychoanalytic Contributions to Short-Term Psychotherapy. In: Wolberg, L.R. (Hrsg.): Short-Term Psychotherapy. New York 1965
- Davanloo, H. (Hrsg.): Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy. New York 1978
- Husserl, E.: Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. (Husserliana 11V1) Den Haag 1976

- Louis, V.: Individualpsychologische Psychotherapie. München 1985
- Malan, D.: The Frontier of Brief Psychotherapy. New York 1976
- Mosak, H.H.: The Interrelatedness of the Neuroses through Central Themes. In: J. of Individual Psychol. 24 (1968) 57-79
- Salameh, WA.: Humor as a form of Indirect Hypnotic Communications. In: Yapko, M. (Hrsg.): Hypnotic and Strategic Interventions. New York 1986, S. 133-188
- Salameh, WA.: Integrative Short-Term Psychotherapy (ISTP) San Diego
- Schütz, A.: Sprache, Sprachpathologie und Bewusstseinsstrukturisierung. In: Gesammelte Aufsätze, Bd.1. Den Haag 1972, S. 299-330
- Thomä, H.; Kächele, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Berlin - Heidelberg -New York 1989
- Titze, B.: Einige Anmerkungen zur Technik der freien Thematisierung. In: Z. f. Individualpsychol. 8 (1983) 180-186
- Titze, M.: Objekte als Merkmalsträger bei Kindern, Schizophrenen und Angehörigen von Naturvölkern. In: Z. f. Individualpsychol. 3 (1978) 157-165
- Titze, M.: Lebensziel und Lebensstil. München 1979
- Titze, M.: Individualpsychologie. Ziel ist die Gemeinschaft. In: Petzold, H. (Hrsg.): Wege zum Menschen, Band 11. Paderborn 1984, S. 7-100
- Titze, M.: Formen der Psychotherapie. Kurseinheit 8: Individualpsychologie. Fernuniversität Hagen 1988