

SUSANNE DÖLL-HENTSCHKER, GERTRUD REERINK, CHRISTA SCHLIERF
UND HELGA WILDBERGER, FRANKFURT AM MAIN

Zur Einleitung einer Behandlung: Die Frequenzwahl*

Übersicht: Die Frequenzentscheidung am Beginn einer psychoanalytischen Behandlung erfolgt auf der Grundlage objektiver Kriterien, wie Diagnose, Ichfähigkeiten, Regressionsbereitschaft, zeitliche und soziale Ressourcen des Patienten – so zumindest die Theorie, die gerade in der Diskussion um eine Abgrenzung von Psychoanalyse und Psychotherapie eine große Rolle spielt. Falluntersuchungen und theoretische Diskussionen in der *Arbeitsgruppe Niederfrequente Langzeittherapie* führten dagegen zu einer Betrachtung der Frequenzentscheidung als eines Prozesses des gemeinsamen Aushandeln zwischen Analytiker und Patient. Für unterschiedliche Verläufe und Ergebnisse dieses Aushandlungsprozesses werden fünf Regulationsmodelle vorgestellt. Unbewusste Anteile beider Beteiligten sind in der Frequenzvereinbarung enthalten, können aber zum frühen Zeitpunkt der Frequenzfestlegung nicht oder nur eingeschränkt verstanden werden. Zwei Fallbeispiele verdeutlichen, daß neben den bewußten Überlegungen zum Einigungsprozeß ein Handlungsdialog für die Frequenzvereinbarung von Bedeutung sein kann. Die Einsicht in einen solchen Handlungsdialog gehört zum therapeutischen Prozeß und kann vor allem bei anhaltender Unzufriedenheit mit der vereinbarten Frequenz zur Veränderung dieser emotionalen Situation führen.

Schlüsselwörter: Settingvereinbarung, Frequenz, Agieren, Handlungsdialog, Affektregulierung, Behandlungstechnik, Analytische Psychotherapie

In den letzten Jahrzehnten war und ist es üblich, hochfrequente Behandlungen als Psychoanalyse und niederfrequente Behandlungen als Psychotherapie zu bezeichnen. In Deutschland trägt die Arbeit mit einer Wochenstunde seit der KBV-Richtliniendiskussion von 1967 die Bezeichnung *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* (Rüger, Dahm u. Kallinke 2005). Seither kommt es in unseren Fachdiskussionen immer wieder zu Verwirrungen zwischen den unterschiedlichen begrifflichen

* Überarbeitete Fassung des Vortrags »Psychoanalyse in der Psychotherapie«, gehalten auf der DPV-Herbsttagung November 2005 und am Frankfurter Psychoanalytischen Institut im März 2006. Wir danken Rolf Klüwer für kritische Anmerkungen und die Diskussion einer früheren Fassung dieses Artikels.

Autorinnen in alphabetischer Reihenfolge: Alle Autorinnen sind gleichermaßen an diesem Artikel beteiligt. Die hier vorgestellten Überlegungen und Ergebnisse sind aus der *Arbeitsgruppe Niederfrequente Langzeittherapie* am Frankfurter Psychoanalytischen Institut hervorgegangen.

Bei der Redaktion eingegangen am 8. 6. 2006.

Psyche – Z Psychoanal 60, 2006, 1126–1144

Strukturen aus der Psychoanalyse und aus der Richtlinienpsychotherapie. Nach Will (2000) geht der erste Versuch, die Frequenzfrage öffentlich zu diskutieren, zurück auf den Vortrag von Fanny Hann-Kende aus Budapest auf dem Marienbader Kongreß 1936 mit dem Titel: »Ein Versuch der Zeitersparung in der psychoanalytischen Therapie.« Berichtet wurde damals über zwei erfolgreiche Behandlungen der Budapester Poliklinik: eine Melancholie mit drei bzw. zwei Stunden wöchentlich und einen zwangsneurotischen Charakter mit Angstzuständen mit einer Stunde wöchentlich. Inzwischen hat sich die Debatte auch international so entwickelt, daß sie zwischen Psychoanalyse einerseits und Psychotherapie andererseits unterscheidet, diese Unterscheidung formal an der Stundenfrequenz und am Sitzen oder Liegen des Patienten festmacht und inhaltlich um eine spezifische Technik ringt. Komplizierend für die Verständigung kommen verschiedene nationale Traditionen hinzu, wie z. B. die Unterscheidung von supportiver und expressiver Psychotherapie in der Wallerstein-Studie (1986), wobei die supportive Psychotherapie nach Rotmann (1996) einer Auffassung unserer tiefenpsychologisch fundierten Therapie entspricht. Auf europäischer Ebene schloß Tuckett (2002) beim EPF Training Committee in Budapest im November 2001 die Diskussion um die Differenzierungsbemühungen mit folgender Feststellung ab: Die Unterscheidung, was Psychoanalyse und was Psychotherapie sei, habe sich als ziemlich unfruchtbar erwiesen, und er wolle sich dafür einsetzen, die verschiedenen Wege, psychoanalytisch zu arbeiten, möglichst gut zu beschreiben, um so zu einer Theorie der klinischen Praxis zu gelangen. Dies hatte Cremerius bereits 1990 mit Verweis auf die Prognosstudie vertreten und beklagt, daß »der gemeinsame Ort, der notwendig wäre, um miteinander darüber zu sprechen, fehlt« (S. 10). Seit der Herbsttagung 2000 der DPV gibt es diesen Ort auf unseren Tagungen, und es gibt ihn auch in der DGPT, der EPF und der IPA.

Bereits 1999 wurde am Frankfurter Psychoanalytischen Institut mit unserer *Arbeitsgruppe Niederfrequente Langzeittherapie* ein gemeinsamer und institutsöffentlicher Diskussionsraum geschaffen. Dies geschah in der Absicht, zu der den Analytikern im Abrechnungssystem verbliebenen »tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als analytischem Verfahren« koordinierter Stellung nehmen zu können, da es trotz unserer Praxiswirklichkeit kaum einen öffentlichen bottom-up-Austausch über diese Behandlungspraxis gegeben hatte. Initiiert als Erfahrungsaustausch unter Supervisoren sind wir inzwischen eine halboffene Gruppe von 12–14 Teilnehmern (Mitglieder, Kandidaten und Lehranalytiker); wir untersuchen, wie und warum wir selbst in einem niederfrequenten

Setting behandeln. Fragestellungen und Herangehensweisen entwickeln wir während unserer Sitzungsdiskussionen. Rückblickend verläuft unsere Arbeit zirkulär-vertiefend: Unsere Fragen und Antworten tauchen in neuen Zusammenhängen in einem anderen Licht wieder auf.

Über das psychoanalytische Behandlungsziel sagt Freud (1937c, S. 96): »Die Analyse soll die für die Ichfunktionen günstigsten psychologischen Bedingungen herstellen; damit wäre ihre Aufgabe erledigt.« Wir nehmen an, daß das Postulat: »die für die Ichfunktionen günstigsten psychologischen Bedingungen herstellen«, auch für die Einleitung einer Behandlung nützlich ist. Eine der Entscheidungen, die in diesem Sinne für die Ichfunktionen von Bedeutung ist, fällt mit der Settingvereinbarung. Der Begriff Settingvereinbarung betont gegenüber dem Begriff Settingindikation den interaktiv-prozeßhaften Charakter. Diesen unterstreichen auch Thomä u. Kächele (1985, 1988) mit ihrem Begriff der *adaptiven Indikation*. Ähnlich schreibt Schilling (2000):

»Vielleicht kann man sagen, es gehe hier um eine Art basales kommunikatives Geschehen als Voraussetzung für die Möglichkeit, ein Feld von gemeinsamen Vorstellungen zu entwickeln, auf dem der analytische Prozeß sich entfalten kann. Möglicherweise wird die Entscheidung, wie oft ein Patient pro Woche zu uns kommt und ob er uns gegenüber sitzt oder nicht, *wesentlicher Teil eines von diesen gemeinsamen basalen Phantasien bestimmten Verständnisraums*, unabhängig davon, ob das von vornherein schon sprachfähig ist oder nicht« (S. 17; Hervorh. im Original).

Durch unsere Stellung in der Richtlinienpsychotherapie haben wir als Psychoanalytiker das Privileg, die Stundenfrequenz wählen zu können. Betrachtet man die Settingwahl unter diesem Aspekt, ergeben sich andere Fragestellungen und Reflexionsmöglichkeiten, als dies bei der Suche nach objektiven Kriterien für eine Settingindikation der Fall ist. Mit einer Settingvereinbarung wird anerkannt, daß der Patient ein Wissen über die für seine Ichfunktionen günstigsten Bedingungen hat. Es werden aber auch die Bedingungen im Analytiker anerkannt, unter denen er sich vorstellen kann, diesen Patienten zu erreichen und zu halten. Die Settingvereinbarung ist eine Schnittstelle zwischen (bewußtem) Handeln und (unbewußtem) Handlungsdialog, von daher eignet sie sich besonders zur Manifestation unbewußter Konflikte.

Bevor wir verschiedene Aspekte der Frequenzvereinbarung ausführen, seien einige Anmerkungen zur Behandlungstechnik vorangestellt: In Falldiskussionen stellten wir immer wieder fest, daß die Fragestellung, was analytisch und was therapeutisch sei, hinsichtlich einer Unterscheidung von nieder- und hochfrequenten Therapien unbrauchbar ist. *Analytische* Deutungen und *therapeutisch* bestätigende Interventionen

gab es bei jeder Frequenz, und sie können wechselweise stützend oder klärend wirken. Wir arbeiten mit unseren Patienten nicht primär setting-spezifisch, sondern suchen in jedem Setting nach einem Weg, auf dem wir uns mit dem Patienten über Unbewußtes und dessen Abwehr verständigen können, auch wenn der *point of urgency* (Strachey 1934) in Außenbeziehungen wahrgenommen wird. Hilfreich für das Verständnis bestätigender sowie deutender Interventionen hinsichtlich eines analytischen Prozesses ist das Konzept von Ulrich Moser (2001), das er für die Behandlung sogenannter früher Störungen entwickelt hat: Es beschreibt die Wechselwirkung zwischen dem Herstellen von Sicherheit in der direkten Beziehung und dem Ermöglichen einer analytischen Mikrowelt.¹ Die analytische Haltung, die eine wesentliche Voraussetzung für das Entstehen einer solchen Mikrowelt und dadurch mögliche Mentalisierungs- und Symbolisierungsvorgänge ist, ist wesentlich mit der Suche nach Übertragungs-Gegenübertragungsinszenierungen verbunden. Die in den Psychotherapie-Richtlinien geäußerten Bedenken, mit Übertragungsdeutungen im niederfrequenten Setting eine Regression zu fördern, die einen endlosen Prozeß in Gang setze, lassen sich nach unseren Erfahrungen nicht bestätigen. Auch ohne die von außen gesetzte zeitliche Begrenzung kennen wir Patienten, die ihre Behandlungen mit therapeutischem Erfolg unter 100 Stunden abgeschlossen haben. Uns geht es darum, mittels aufdeckender Arbeit mit dem Patienten Wege aus seiner störungsbedingten Regression zu finden. Deshalb sprechen wir von Psychoanalyse *in* der Psychotherapie, wie dies bereits Rotmann (1996) in seiner Arbeit »Wie psychoanalytisch kann Psychotherapie sein?« vertritt.

Kriterien für die Frequenzwahl

Die Katamenese-Studie der DPV (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung 2001; Leuzinger-Bohleber et al. 2002) enthält einige interessante Befunde zur Frequenz der durchgeführten Psychotherapien. Bei einer großen Gruppe von ehemaligen Patienten ist die Entscheidung für eine

¹ Der Begriff der Mikrowelt stammt aus der Künstlichen Intelligenz-Forschung. »Mikrowelten bündeln *spezifische Strategien* für *spezifische Probleme*. Sie arbeiten *parallel* und sind alle *miteinander vernetzt*. Die Verknüpfungen enthalten zwei Formen, die Lawler (1981) »must not confound links« und »explicit relational links« nennt. Die ersten grenzen die Mikrowelten ab, die zweiten verknüpfen explizit und ermöglichen einen Transfer von Strategien und Wissen von der einen Mikrowelt zur anderen. Mikrowelten sind ferner *aktive* Problemlösungsstrukturen, Strukturen, die geradezu Probleme suchen, an denen sie angewandt werden können« (Moser u. von Zeppelin 1996, S. 35; Hervorh. im Original).

bestimmte Frequenz offenbar stimmig gelungen. Diese Patienten wissen noch nach Jahren, an welchen Wochentagen sie ihre Stunden hatten, ihre Erinnerung an die Therapie ist eng mit der Frequenz verknüpft. Andere nahmen die Frequenz als so selbstverständlich hin, daß sie sie von sich aus in den Katamnese-Interviews überhaupt nicht erwähnten. Für diese ehemaligen Patienten steckte die Frequenz einen unaufdringlichen Rahmen ab, in dem sich ihr therapeutischer Prozeß entfalten konnte.

Eine kleinere Gruppe machte die Behandlungsfrequenz zum Thema. Es sind ehemalige Patienten, bei denen es aus unterschiedlichsten Gründen Unstimmigkeiten zwischen ihrem Frequenzwunsch und der tatsächlichen Frequenzentscheidung gab. Hierzu einige Beispiele: Patientin A ging es erst wirklich besser, als sie nach zweieinhalb Jahren zweistündiger Therapie im Sitzen vierstündig kommen und liegen konnte. Da entstanden für sie neuer Lebensmut und Hoffnung, die sie seither nicht verloren hat. Patient B hat in seiner Analyse »emotional etwas nachgeholt«, er hat gelernt, Abhängigkeiten zu akzeptieren, und kann spüren, wenn es ihm schlecht geht. Aber die vierte Stunde, auf der seine Analytikerin bestand, war für ihn zu viel an Abhängigkeit. Weil er sich ihr gegenüber jedoch wehrlos fühlte, suchte er sich Arbeit in einer entfernteren Stadt, um ein gutes Argument gegen die vierte Stunde zu haben. Patientin C hatte eine Therapie von 160 Stunden, die sich auf acht Jahre verteilten. Anfangs war sie in einem desolaten Zustand und kam zweimal pro Woche, dann wurde sie immer seltener bestellt. Sie begriff daran, daß sie ihr Leben selbst in die Hand nehmen mußte, und ist stolz darauf, daß sie jetzt für ihre Familie sorgen und sogar schwere Belastungen ertragen kann. Patientin D bedauert, daß ihr Analytiker keine Zeit hatte, sie mehr als einmal in der Woche zu sehen. Dennoch war die Behandlung für sie »lebensrettend«: Sie kann nun, wenn es unumgänglich ist, Ohnmacht hinnehmen, ohne zu resignieren, und hat ihren eigenen Weg gefunden. Alle diese ehemaligen Patienten beurteilen ihre Therapie als erfolgreich – der Frequenz schreiben dabei die einen einen förderlichen, die anderen einen eher hinderlichen Einfluß zu. Das wirft die Frage auf, ob es Kriterien für eine *richtige* Frequenzentscheidung gibt, die Umwege oder Abwege erspart.

In unserer Arbeitsgruppe beschlossen wir, uns dieser Frage pragmatisch zu nähern: Alle Gruppenmitglieder stellten zusammen, welche Patienten sie derzeit mit welcher Diagnose in welcher Frequenz behandeln, wie es zu der Frequenz- und Settingwahl kam und wie sie und ihre Patienten mit dieser Entscheidung zufrieden sind. Auf diese Weise erfaßten wir die Settingwahl bei 155 Patienten: 29 Patienten wurden vierstündig

behandelt, 20 dreistündig, 40 zweistündig, 48 einstündig (davon fünf Kurzzeittherapien), 4 in noch niedrigeren Frequenzen; 14 Patienten nahmen an Gruppentherapien mit einer Gruppensitzung pro Woche teil. Die Sichtung des Materials enttäuschte uns: 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. Was Danckwardt u. Gattig (1996, S. 9) feststellten, gilt auch für unsere Patientenstichprobe: »Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie [...] läßt sich [...] nicht allein auf diagnostisch-nosologische Vorstellungen zurückführen.« (Ähnlich auch Thomä u. Kächele 1985, S. 230.)

Wir fragten uns, welche Gründe denn dann für die jeweiligen Frequenz-Vereinbarungen verantwortlich waren. Waren es die Lebensumstände des Patienten, vor allem seine beruflichen, familiären, finanziellen und gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen, oder die Interessen, Vorlieben und praktischen Möglichkeiten des Analytikers? Die Gruppendiskussion einiger ausgewählter Frequenzentscheidungen legte nahe, daß diese Faktoren in die Festlegung der Frequenz hineingespielt hatten, sie aber nicht eindeutig bestimmten. Einige unter uns, die am liebsten mindestens vierstündige Analysen durchführten, hatten in manchen Fällen selbst niederfrequente Behandlungen vorgeschlagen, ohne daß die äußeren Umstände des Patienten das erfordert hätten, und sie waren sehr zufrieden mit dem Prozeß, der sich im Rahmen dieser Frequenz entwickelte. Auch die äußeren Bedingungen der Patienten ließen oft mehr Spielraum als diese glaubten oder glauben machen wollten. Erinnert sei an den oben erwähnten Patienten B, der seine äußeren Bedingungen so änderte, daß seine Analytikerin sich auf eine niedrigere Frequenz einlassen *mußte*. Einige Patienten aus unserer Stichprobe wiederum konnten, nachdem ihr Vertrauen in ihren Therapeuten und die Behandlungsmethode gewachsen war, eine höhere Frequenz ermöglichen, von der sie anfangs erklärt hatten, sie sei ausgeschlossen.

Die Frequenzentscheidung als Regulierungsprozeß

Was nun, wenn sich die Frequenzentscheidung weder aus der Diagnose noch aus den äußeren Umständen zwingend ergibt? Die von uns diskutierten Frequenzentscheidungen zeigten sich als das Ergebnis eines sehr individuellen Prozesses des Aushandeln dessen, was ein bestimmter Analytiker und ein bestimmter Patient zum Gegenstand ihres gemeinsamen Arbeitens machen wollten und was sie sich und dem anderen dabei zutrauten. Deshalb landete der eine Borderline-Patient in einer ein- oder zweistündigen Therapie, der andere in einer vierstündigen Analyse, oder der eine Patient mit einer langen Anfahrt kam nur einmal pro Woche zur Therapie, der andere dreimal. Für Freud ging es bei seinen Regeln »Zur Einleitung der Behandlung« darum zu prüfen, ob der Kranke »für die Psychoanalyse geeignet ist« (1913c, S. 455). Für uns erweitert sich die Frage: Es geht nicht nur darum, ob der Behandlungssuchende für analytische Psychotherapie geeignet ist, sondern auch darum, für welche Form.

Die Frequenz gibt der jeweiligen Psychotherapie eine bestimmte Fassung: Je nach Häufigkeit und Dichte der Kontakte kann die Therapie unterschiedliche Inhalte aufnehmen und zu unterschiedlichen Entwicklungen führen. Der Patient hat bestimmte Vorstellungen, welche Probleme er mit Hilfe der Therapie lösen oder verstehen will, wieviel Raum er dem in seinem Leben geben kann und will, wieviel Unterstützung er dafür in Anspruch nehmen will, aber auch, wieviel Zeit er für sich braucht, um zu verdauen und zu verwerten, was er in den Therapiestunden erfahren hat. Und der Analytiker schätzt ab, wie häufig er den Patienten sehen muß, um ihn zu verstehen und zu halten, wie oft er ertragen kann, ihn zu sehen oder auch ihn *nicht* zu sehen. Beginnen kann die Therapie nur, wenn beide sich auf eine gemeinsame Fassung einigen. Um zu untersuchen, wie dieser Einigungsprozeß verläuft, stellten wir in der Gruppe mehrere Vorgespräche mit Patienten aus bereits länger laufenden Behandlungen bis zu dem Punkt der Frequenz-Vereinbarung vor, teilten aber die tatsächliche Settingentscheidung zunächst nicht mit. Das gab den Teilnehmern der Gruppe Gelegenheit, in der Diskussion die Gesichtspunkte zu entfalten, die sie bei dieser speziellen Frequenzentscheidung heranziehen würden. Verständlicherweise wählten die Vortragenden Fälle aus, in denen sie sich ihrer Entscheidung nicht ganz sicher waren. Es waren dies Fälle, in denen ein Dilemma steckte. Zum Beispiel wollten Patienten eine Therapie aufnehmen, weil sie sich als unfähig zu Beziehungen erlebten, wollten ihre Behandlung aber mit so niedriger Frequenz durchführen, daß sich der Therapeut nicht vorstellen konnte, wie sich unter diesen Be-

dingungen eine Beziehung zwischen ihnen würde entwickeln können. Oder sie kamen mit einem von ihnen als unstillbar erlebten Objekthunger, der auf häufige Behandlungsstunden aus war, und wollten gerade deshalb eine geringe Dichte im Kontakt, um sich und ihren Behandler vor ihrer verschlingenden Gier zu schützen. Auch der schon mehrfach zitierte Patient B steckte in einem solchen Dilemma: Er suchte die Analyse, um Abhängigkeit ertragen zu lernen, wollte aber die Abhängigkeit der vierten Stunde unbedingt loswerden. Gleichzeitige Ängste und Wünsche – zum großen Teil unbewußt – brachten die Patienten in dieses Dilemma. Miteinander im Konflikt liegende Ängste und Wünsche gab es ebenso auf seiten der behandelnden Analytiker: Wünsche, den Patienten häufig zu sehen, um ihm eine grundlegende Änderung seiner Struktur zu ermöglichen, und Ängste, ihn damit vielleicht in eine kaum reversible Regression zu bringen. Solche Dilemmata lassen sich nicht durch Handlungen lösen, sondern müssen verstanden werden. Verstehen aber erfordert Zeit und kann sich erst im therapeutischen Prozeß entwickeln. Der wiederum braucht einen durch die Frequenz festgelegten Rahmen, der sich zu diesem Zeitpunkt nur durch ein gemeinsames *Handeln*, nämlich die Frequenzentscheidung, herstellen läßt, ohne daß die Bedeutung dieses Handelns schon verstanden werden könnte. Bewußte Überlegungen gehen in die Entscheidung mit ein, aber es bleibt ein Überhang an nicht Verstandenem, oft nicht einmal Bemerktem, der zu einer Entscheidung führt, die erst viel später verstanden werden kann. Insofern dient die Frequenzentscheidung der Regulierung der Ängste und Wünsche, die die bevorstehende Behandlung in beiden – dem Patienten und dem Analytiker – auslösen kann.

In unseren Behandlungen wurden fünf solcher Regulierungsmodelle erkennbar:

1. Analytiker und Patient einigen sich aufgrund übereinstimmender Wünsche und Ängste auf ein bestimmtes (hoch- oder niedrigfrequentes) Setting (*Übereinstimmungsmodell*).
2. Angst vor Nähe bedingt eine Vereinbarung, die eine allmähliche Erhöhung der Frequenz beinhaltet (*Frequenzerhöhungsmodell*).
3. Angst vor Trennung führt zu einer allmählichen Reduktion der Frequenz (*Frequenzreduktionsmodell*).
4. Bei unterschiedlichen Vorstellungen von Patient und Analytiker bezüglich der Frequenz kommt eine Einigung nicht zustande; die Diskrepanz begleitet den therapeutischen Prozeß und ist Gegenstand gemeinsamer analytischer Arbeit (*Diskrepanzmodell*).
5. Bei unterschiedlicher Vorstellung hinsichtlich der Frequenz sowohl

zwischen Patient und Analytiker als auch im Analytiker selbst kommt ein stabiler Kompromiß zustande; es wird ein- oder zweistündig gearbeitet (*Kompromißmodell*).

Zum ersten Modell gehören die Fälle aus der Katamnese studie, in denen die ehemaligen Patienten die Frequenz ihrer Behandlung für nicht erwähnenswert halten. Patientin D wäre dem fünften Modell zuzuordnen: Sie bedauert, daß ihr Analytiker nur eine Wochenstunde für sie zur Verfügung hat, kann diese Beschränkung aber hinnehmen und ihr Behandlungsziel in diesem Rahmen verfolgen. Im zweiten, dritten und vierten Modell dagegen kommt etwas nicht zur Ruhe; es drängt auf Veränderung der Frequenz. Ein ähnliches *Drängen* wird in der Literatur zur Szene (Lorenzer 1983), zur Bereitschaft zur Rollenübernahme (Sandler 1976), zum Handlungsdialog (Klüwer 1983, 1995, 2000a, 2000b, 2001) und zum Enactment (Chused 1991; Jacobs 1986; Johan 1992) beschrieben: Unbewußte Trieb- und Konfliktkonfigurationen drängen nach Ausdruck in einer Gestaltung, in die häufig der Analytiker einbezogen ist, insofern er dazu gebracht werden soll, den Patienten in einer bestimmten Weise zu *be-handeln* (Klüwer 1983). Diesen Druck haben wir bei unseren Frequenz-Vereinbarungen oft massiv empfunden; oft genug haben wir uns ihm auch gebeugt. Beruhigen wir uns dann bei der einmal getroffenen Frequenzentscheidung, kann das einen Handlungsdialog einleiten, der über lange Zeit fortbesteht und der, wenn er unerkannt bleibt, zur Stagnation führt. Zum Beispiel kann mit einer hohen Frequenz der Auftrag des Patienten angenommen werden: »Bestätigen Sie mir, daß die Entbehrungen meiner Kindheit doch noch wettzumachen sind!«, mit einer niedrigen Frequenz: »Geben Sie mir etwas, das mich verändern kann, aber so, daß ich mich nicht verändern muß.« Wird nicht gesehen, daß der Patient mit seinem Frequenzwunsch dringend etwas noch nicht Sagbares zur Geltung bringen will, ist die Behandlung von Abbruch oder Stillstand bedroht. Wo die Frequenzentscheidung rigide (»dieser Patient braucht viel«) oder pragmatisch (»dieser Patient kann offensichtlich nicht so oft kommen«) gehandhabt wird, wird *handelnd* beantwortet, was hätte verstanden werden sollen. Was der Patient mit seinem Frequenzwunsch durchsetzen wollte, wird erst im therapeutischen Prozeß zugänglich. Anhaltspunkte dafür fanden wir bei unseren Diskussionen in der Gegenübertragung des Analytikers. Dies zeigen die folgenden Fallbeispiele.

Die Frequenzentscheidung als Handlungsdialog: Fallbeispiel 1

Den folgenden Fall, den wir dem Diskrepanzmodell zuordnen, brachte eine Kollegin zu der Fragestellung ein, wann das Setting als angemessen empfunden wird und wann nicht. Die Kollegin arbeitete mit dieser Patientin bereits seit einem Jahr zweistündig im Sitzen. Die Unsicherheit, ob die Settingwahl *richtig* sei, war die Kollegin bisher nicht losgeworden, obwohl der Verlauf konstruktiv war.

Die Patientin spricht fließend deutsch, überrascht die Analytikerin aber bei der ersten Begegnung dadurch, daß sie aussieht, als käme sie aus einem fernöstlichen Land. Sie sucht Therapie, weil sie »nicht genug aus sich herausholen kann«. Sie will, »daß etwas daraus wird«. Die Analytikerin nimmt einerseits eine große Dringlichkeit wahr, versteht andererseits aber nicht, was die Patientin meint. Sie fühlt sich dadurch verwirrt. Diese Zwiespältigkeit begleitet sie durch alle Vorgespräche. Sie fühlt sich angezogen, aber auch immer wieder wie vor den Kopf geschlagen. Sie erlebt sich sehr angespannt, als dürfe ihr nichts entgehen und als dürfe sie nichts Verkehrtes sagen. Sie empfindet das Gespräch als holperig: Kaum hat die Patientin sie oder sie die Patientin erreicht, wird der Kontakt wieder durch Nichtverstehen zerrissen. Es gibt nur wenige offen emotionale Mitteilungen der Patientin. Dagegen gibt es eindruckliche körperliche Phänomene und Affektkorrelate: Als die Interviewerin nach der Mutter fragt, verstummt die Patientin, wird rot und ringt nach Fassung, um dann ohne jeden Affekt zu sagen: »Meine Mutter ist weggegangen.« Im Gegensatz zur Affektisolierung der Patientin fühlt die Behandlerin sich sehr bestürzt über folgenden Zusammenhang: Die Mutter der Patientin stammt aus einem fernöstlichen Land und hat den Vater nach kurzem Kennenlernen geheiratet. Nach zwanzig Jahren flog die Mutter erstmals wieder in ihre Heimat und kam mit dem Entschluß zurück, dorthin zurückzukehren. Einige Tage vor dem Ablauf eines vereinbarten »Probejahres« verschwand die Mutter. Als die Mutter zum Scheidungstermin wiederkam, wollte die Patientin sie nicht mehr sehen. Schon die sprachliche Verständigung sei überaus schwierig. Die Mutter habe ihr Deutsch weitgehend »vergessen«, die Tochter hat einen Versuch, die Sprache der Mutter zu lernen, abgebrochen. Als das Gespräch zu Ende geht, beugt sich die Patientin zur Analytikerin und fragt verzweifelt-eindringlich: »Verstehen Sie mich überhaupt?« Die Analytikerin ist sowohl gerührt als auch verwirrt durch diese Frage, denn jetzt hatte sie gemeint, die Patientin gut verstanden zu haben. In dieser Szene wird erneut die Diskrepanz im beiderseitigen Erleben deutlich.

Es ist für die Analytikerin sehr schwierig herauszufinden, was die Patientin braucht und weshalb es immer wieder zu Abbrüchen kam, bevor die Patientin ihre Ziele erreicht hatte. Der Verlust der Mutter hatte die Patientin zu einer Zeit getroffen, als sie mit wichtigen eigenen Entscheidungen beschäftigt war. Die Analytikerin möchte der Patientin ermöglichen, Überlegungen zu wichtigen Entscheidungen noch einmal neu aufzunehmen. Über die Trennung von der Mutter zu sprechen, wehrt die Patientin jedoch ab: »Meine Mutter war nie wirklich da.« Da die Patientin in den ersten Gesprächen zwischen Überflutetwerden und rigider Affektabwehr schwankt, sieht die Behandlerin in den zwei Wochenstunden einen Rahmen, in dem die Patientin sich zugleich einlassen und Distanz halten kann. Die Patientin wünscht eine einstündige Behandlung, was der Analytikerin nicht vorstellbar ist, da ihr eine Verständigung unter diesen Bedingungen zu schwierig scheint. Die Patientin willigt in die zwei Stunden ein. Die Patientin beruhigt sich, die Analytikerin kommt jedoch nicht zur Ruhe.

Die Schwierigkeit, sich zu verständigen, wiederholt sich in der Gruppendiskussion. Der Versuch, sich ein Bild von der psychischen Lage der Patientin zu machen, verläuft auch in der Gruppe holperig. Was die einen

meinen verstanden zu haben, wird von anderen beiseite gelassen oder weggewischt. Dieser Gruppenprozeß wird schließlich als Ausdruck der Psychodynamik des Falls verständlich: Nach den Erstgesprächen muß zu einer Zeit, in der die Behandlerin die irritierenden Phänomene noch nicht verstehen konnte, eine Frequenzentscheidung getroffen werden. Es bleibt die Unsicherheit, ob das gewählte Setting das *richtige* sei. Die Frage, ob die getroffene Entscheidung *falsch* gewesen sei, hat die Ehe der Eltern der Patientin bestimmt. Die Frage der richtigen oder falschen Entscheidung ist offenbar das Thema der Behandlung, stellt sich jetzt aber in bezug auf das Setting dar. Das Thema des (Nicht-)Verstehens, das sich in der Gruppendiskussion ebenso abbildete wie in der Ehe der Eltern, in der Beziehung der Patientin zur Mutter und im Kontakt zwischen Patientin und Analytikerin, heißt für die Patientin auch: *Verstehe ich mich?* Die Patientin selbst bringt dies nicht in Zusammenhang mit ihrer kulturellen Identität. Wenn sie z. B. in keiner Weise verstehen kann, warum einige Fahrgäste aus Fernost sich in der fast leeren U-Bahn in ihre Nähe setzen, da sie doch aussieht, als käme sie auch von dort, dann macht das die Analytikerin fassungslos. Sie versteht nicht, daß die Patientin nicht versteht. Beide spüren eine Unmöglichkeit, ein tiefes Verstehen zu erreichen. In der Gruppe wird folgende Hypothese gebildet: Der Mutter der Patientin ist es nicht gelungen, das Kind zu verstehen. Mutter und Kind haben und finden keine gemeinsame Sprache, stehen aber unter dem Druck, alles *richtig* machen zu müssen. Vor diesem Hintergrund erscheint die zweistündige Frequenz als Kompromiß: Das Gefühl der Analytikerin ist, daß das gegenseitige Verstehen für eine hochfrequente Analyse nicht ausreicht. Eine einstündige Behandlung würde dagegen die Dringlichkeit, daß etwas verstanden werden muß, übergehen. Die Patientin willigt ein, vermutlich ohne wirklich überzeugt zu sein. Die Entscheidung für die Zweistündigkeit beinhaltet die Aufrechterhaltung der Unentschiedenheit: Wir können nicht zusammen kommen, können uns aber auch nicht trennen. Wir verstehen uns nicht, müssen aber alles richtig machen. Die Angst vor dem Beziehungsabbruch erlebt die Analytikerin in der Gegenübertragung als Angst, es *falsch* zu machen.

Unser Schluß: Patientin und Analytikerin stehen in einem Handlungsdialog, der schon mit der ersten Kontaktaufnahme entstand. Die Entscheidung für das Setting ging auch aus dem Handlungsdialog hervor, dessen Dynamik darin zum Ausdruck kommt. Erst wenn die Bedeutung des Handlungsdialogs verstanden ist, kann sich die emotionale Situation verändern. Moser (2001) vermutet, daß diese *kontinuierliche Handlungsspur*, die unterschwellig und unbemerkt bei Analytiker und

Analysand mitläuft, ein Anteil der affektiven Komponente ist, die die Übertragungsphantasien simulativ begleitet. Bei den Frequenzabsprachen, in die immer auch Unbewußtes von Patient und Analytiker eingeht, kann die noch nicht verstandene Übertragungs-/Gegenübertragungskonstellation so bestimmend sein, daß es zu einem Agieren und Mitagieren kommt. Die Übertragungs-/Gegenübertragungsbeziehung stellt sich szenisch (Argelander 1967, 1970; Lorenzer 1983) oder als unbewußte Rollenbeziehung (Sandler 1976) dar. Der Patient agiert, was ihm nicht bewußt ist, und übt dadurch auf den Analytiker Druck aus, eine ihm zugeteilte Rolle zu übernehmen. Diese Rollenzuweisung wird vom Analytiker zunächst noch nicht oder nur ansatzweise erkannt. Es entwickelt sich der Handlungsdialog, d. h. die unbewußt gebliebene *wechselseitige Behandlung* von Patient und Analytiker, die »die aktualisierte Übertragung in Gang zu setzen pflegt« (Klüwer 1983, S. 838).

Die Frequenzentscheidung als Angstregulierung: Fallbeispiel 2

Das folgende Erstgespräch² führte in der Gruppe nicht zu einer übereinstimmenden Indikation für eine bestimmte Frequenz, sondern umfaßte das ganze Spektrum von der Ein- bis zur Vierstündigkeit als angemessener Behandlungsfrequenz.

Es handelt sich um eine 35jährige Frau, die gezielt nach einer Analytikerin gesucht und meine Adresse im Telefonbuch gefunden hat. Bei der Begrüßung schaut sie mich nicht an, sieht seitlich auf den Boden. Ihr Händedruck ist schwach. Als sie sitzt, wird ihre massive Angst noch stärker spürbar. Sie kann kaum sprechen, vermeidet den Blickkontakt. Die ersten zehn Minuten ringt sie um jedes Wort. Ich gerate in einen Zustand der Besorgnis, denke darüber nach, ob ich ihr ein Glas Wasser anbieten soll – ich weiß nicht mal mehr, ob ich es nicht auch angeboten habe, vorstellbar wäre es – und warte innerlich auf ein Nachlassen der Angst, was nicht eintritt. Sie erzählt von ihren massiven Ängsten, hat sich bereits selbst als Angststörung diagnostiziert. Sie hat Angst vor Prüfungen, vor Referaten und Vorträgen, vor Menschenmengen, vor Hunden auf der Straße und hatte zwei Panikattacken – beide schon Jahre her –, deren Wiederholung sie fürchtet. Mehr als mit ihrer Erzählung bin ich die ganze Zeit mit ihrer aktuellen Verfassung beschäftigt. Ihr Angstpegel bleibt unverändert hoch. Ihre Hände zittern immer wieder, sie wirft mir zwischendurch nur mal einen kurzen Blick zu. Ich bin teilweise besorgt, ob sie die Stunde übersteht, und frage mich, warum sie eine solche Angst hat. Ich habe gleichzeitig das Gefühl, ihr nicht zu nah kommen zu dürfen, weil das ihr labiles Gleichgewicht zerstören könnte. Im Laufe der Stunde entsteht in mir ein Bild: Ihr hoher Angstpegel erinnert mich an den Kanarienvogel meiner Kindheit, den ich zum Krallenschneiden aus dem Käfig holen mußte. Ich hielt diesen kleinen Vogel in der Hand, dessen Herz raste, und fürchtete, er überlebt das nicht, konnte aber nicht anders, als ihn festzuhalten, bis die Prozedur vorbei war.

In dieser ersten Begegnung bin ich kaum in der Lage, der Patientin eine Deutung zu geben. Ich bin emotional völlig davon in Anspruch genommen, diese Angst für mich zu regulieren. Ich sage ihr nur, daß ich den Eindruck habe, sie habe Angst vor dem Leben an sich. Und ich

² Fallmaterial von Susanne Döll-Hentschker.

frage sie, wie es ihr in der Situation jetzt gehe. Das entspannt sie erstmals ein wenig, allerdings bleibt der Angstpegel auf einem hohen Niveau. Sie kann lächeln, kann sagen, daß es schon gehe, nicht mehr ganz so schlimm sei wie am Anfang. Dennoch kann sie bis zum Ende nur kurzen, verhuschten Blickkontakt mit mir aufnehmen, den ich als sehr schambesetzt erlebe. Ich spüre diffus, daß ich als Objekt für die Patientin ungeheuer bedrohlich bin, bin vor allem besorgt und sehr vorsichtig, gleichzeitig aber auch neugierig geworden. Nach der Stunde bin ich ziemlich erschöpft, diffus beunruhigt und fühle mich ungenügend, minderwertig, weil ich ihr nichts Relevantes mitgeben konnte.

Beim zweiten Gesprächstermin kommt die Wut der Patientin zur Sprache – was mich geradezu erleichtert –, die ihr allerdings wiederum Angst macht, weil es unter Alkohol zu unkontrollierten Wutausbrüchen kommen kann. Ich erfahre einiges aus ihrer Biographie und kann einige Hypothesen darüber bilden, warum sie andere als so gefährlich erlebt. Dennoch bleibt auch in diesem zweiten und den folgenden Terminen ihr Angstpegel in der aktuellen Situation weiterhin sehr hoch. Das Sprechen ist immer wieder sehr schwer für sie, sie meidet den Blickkontakt, und sie wirkt insgesamt zittrig, weshalb ein recht großes Ausmaß an Besorgnis auf meiner Seite bestehen bleibt.

Die Analytikerin ist im Handlungsdialog gefangen, insofern als sie nichts anderes fühlen und tun kann, als die Patientin zu beruhigen. Dies gilt auch noch, als sie diese beiden Gespräche in der Gruppe vorstellt. Die diffuse Angst der Patientin bleibt für die Gruppe ungreifbar und wird erst verstehbarer durch das Bild des Kanarienvogels, also durch eine Symbolisierung in der Gegenübertragung. In der Gruppe wird die große Vorsicht verstehbar als Furcht, zu schnell mit dem inneren Objekt der Patientin, einem sadistischen Aggressor, identifiziert zu werden. Die Wut auf die angstmachende und einschüchternde Patientin ist in der Gruppe deutlich spürbar, während die Analytikerin diese Wut nach wie vor nicht spüren kann, obwohl sie sie intellektuell durchaus als angemessen wahrnimmt. Die Fragilität und Affektlabilität der Patientin haben offenbar eine konkordante Gegenübertragung (Racker 1959) ausgelöst. Die Analytikerin konnte sich in der Situation kaum als eigenständiges Objekt positionieren.

Zur Settingwahl entstand in der Gruppe die Vorstellung, die Patientin würde warten, daß die Analytikerin ihr einen Settingvorschlag mache. Dann könnte sie sich einerseits unterwerfen, andererseits der Analytikerin den Vorwurf machen, daß es das Falsche sei. Das scheint uns ausgedrückt in der im Bild vom Kanarienvogel enthaltenen Doppelbotschaft: »Tu das Notwendige, aber tu es nicht!« Tatsächlich will die Patientin nur eine einstündige Behandlung. Die Analytikerin kann sich dagegen nicht vorstellen, wie sie die Patientin in einem einstündigen Setting halten und wie überhaupt eine Beziehung in diesem Setting entstehen könnte. Sie einigen sich schließlich auf zwei Stunden im Sitzen – ein Setting, das die Analytikerin latent unzufrieden läßt, weil sie immer wieder das Gefühl hat, daß zu wenig Stabilität entstehen kann. Gleichzeitig wird aber auch

klar, daß die Angst nicht nur das Hauptsymptom der Patientin, sondern auch ihr Hauptregulierungsmechanismus ist. Sie tritt Objekten so gegenüber, daß sie diesen nahelegt, ihre Ungefährlichkeit zu beweisen – worum auch die Analytikerin in den ersten Stunden sehr bemüht ist. Erst dann ist die Patientin bereit und in der Lage, sich unter vielen Vorbehalten auf eine Beziehung einzulassen. Es entscheidet sich quasi in der ersten Begegnung, ob jemand ein vielleicht gutes Objekt sein könnte oder als sadistisch erlebt wird. Jede Beziehungsaufnahme ist für sie eine ungeheure Bedrohung, was sich im Bild des vom Herzinfarkt bedrohten Kanarienvogels deutlich abgebildet hatte. Neben dem sadistischen inneren Objekt der Patientin gibt es ein unempathisches inneres Objekt. Die Mutter hatte emotionale Probleme der Patientin in der Regel mit dem Verweis darauf zurückgewiesen, sie solle doch froh sein, daß sie nicht behindert sei. Der hohe Angstpegel, den die Patientin immer wieder selbst als unkontrollierbar erlebt und in dem ein großes Maß an Angst vor der Angst (Panikattacken) enthalten ist, ist auch die Frage danach, ob ihre Emotionen vom Objekt überhaupt an- und ernst genommen oder beschnitten werden.

Das gewählte Setting enthält als Kompromiß verschiedene Elemente: (1) den Drang, durch Handeln die innere Situation zu bewältigen und die Angst zu regulieren, (2) die Angst vor einer Beziehung, in der sich das Objekt als sadistisch erweisen könnte, aber auch (3) den eher bei der Analytikerin untergebrachten Wunsch nach einer haltenden Beziehung, in der eine Begegnung möglich wird. Dieser Wunsch drückt sich innerhalb der Gruppe darin aus, daß ein Teil mit dieser Patientin das Arbeiten in Hochfrequenz anstreben würde. Tatsächlich wird die Analytikerin nach wenigen Monaten der Behandlung zum sadistischen Objekt, weil sie nicht bereit ist, der Patientin Sonderkonditionen für abgesagte Stunden zuzusagen, wenn diese beispielsweise das Gefühl hat, vor Angst und Depression nicht aus dem Haus gehen und zu den Stunden kommen zu können. Hier wird auch deutlich, daß die Patientin tatsächlich eine Unterwerfung der anderen unter ihre emotionalen Bedingungen einfordert – das aggressive Moment, auf das die Gruppe stark reagiert hatte, während die Analytikerin es anfangs nicht spüren konnte.

Die Analytikerin hat sich ganz vom Angstaffekt der Patientin anstecken lassen, hat diesen aufgenommen und der Patientin durch ihre Vorsicht mitgeteilt, daß sie deren Angst sehr ernst nimmt. Gleichzeitig wird bei der Settingvereinbarung aber auch spürbar, daß die Analytikerin nicht mit der Patientin darin übereinstimmt, die Angst das Handeln bestimmen zu lassen. In diesem Fall ist die Affekt- bzw. Angstregulierung

die zentrale Frage in den Vorgesprächen und auch in den ersten Monaten der Behandlung. Erst nachdem die Patientin eine gewisse Sicherheit in der Beziehung gewonnen hat, lassen sich zunehmend die manipulativen und aggressiven Seiten ihrer überwältigenden Angstsymptomatik für sie selbst und für ihren Umgang mit anderen in den Blick nehmen.

Wir haben in der Gruppe das Moment der Angstregulierung als wichtigen Bestandteil vieler Settingvereinbarungen herausgearbeitet. Angstregulierung ist ein gemeinsamer Prozeß zwischen Patient und Analytiker.³ Angstregulierung ist insbesondere dort primär, wo die Symbolisierungsfähigkeit eingeschränkt ist und erst eine Sicherheit in der Beziehung erarbeitet werden muß, bevor analytisch-deutende Arbeit im engeren Sinne möglich ist (s. hierzu z. B. Beebe u. Lachmann 2002; Krause 1994; Moser 2001; Moser u. von Zeppelin 2004; Sandler 1960).⁴ Die Frage, in welcher Form und in welchem Setting eine möglichst gute Angstregulierung (emotional) vorstellbar wird, kann in Übereinstimmung beider Beteiligter beantwortet werden oder auch zu abweichenden Einschätzungen führen. Diese begleiten dann den analytischen Prozeß und enthalten die inneren Konflikte. Bei der hier vorgestellten Patientin hätte eine Übereinstimmung bedeutet, ihre negativen Erwartungen und Ängste zu bestätigen. Ein starkes Beharren auf einem höherfrequenten Setting dagegen hätte die Analytikerin zu früh zum sadistischen Objekt gemacht und, wie die Patientin später sagte, zu einem Abbruch der Beziehung geführt.

Abschließende Diskussion

In niederfrequenten Behandlungen bemerkten wir bei länger anhaltender Unzufriedenheit mit dem Verlauf der Therapie die Tendenz, die gewählte Frequenz dafür verantwortlich zu machen und eine Veränderung der Sitzungshäufigkeit in Betracht zu ziehen. Dies würde jedoch bedeuten, handelnd zu (re-)agieren. In allen derartigen Fällen, die wir in unserer Gruppe diskutiert haben, führte eine Analyse der Übertragungs-/Gegenübertragungssituation dazu, daß die stagnierenden Behandlungen

³ Untersuchungen zur affektiven Mikrokommunikation, die dem Bewußtsein nur eingeschränkt zugänglich ist, geben Hinweise darauf, wie wichtig diese affektiven Regulierungsprozesse in psychotherapeutischen Prozessen sind (z. B. Bänninger-Huber 1996; Benecke 2002; Steimer-Krause 1996).

⁴ Ulrich Moser (2001) unterscheidet hier zwischen der Regulierung der direkten Beziehung und den Regulierungsprozessen in der psychoanalytischen Mikrowelt, der er die Prozesse von Übertragung und Gegenübertragung sowie – als nonverbale Form – die Handlungsdialoge zuordnet.

sich ohne Veränderung der Frequenz weiterentwickeln konnten. Die Diskussion des Erfahrungsmaterials unserer Gruppe führt uns zu folgendem Fazit: Wir müssen uns offen halten für die Möglichkeit, daß in der Frequenzentscheidung Unbewußtes agiert wird oder agiert werden muß. Das ist vor allem immer dann anzunehmen, wenn eine Diskrepanz über die Frequenz nicht zur Ruhe kommt. Es kann aber auch bei unbefragter Übereinstimmung der Fall sein.⁵ Warum für die jeweilige Therapie diese oder eine andere Frequenz gewählt wurde, ist deshalb genauso der Analyse zu unterziehen wie andere Ausdrucksformen des Analytikers und des Patienten.

Zu Beginn der Behandlung kann man nicht wissen, inwieweit man in einen Handlungsdialog verstrickt ist, aber man sollte damit rechnen. Es geschieht häufiger als erwartet. Dem Analytiker sollte bewußt sein, daß er Kontakt aufnimmt zu einem dem Patienten noch unbewußten wesentlichen Beziehungsaspekt, der auch für den Analytiker nur implizit vorhanden ist. Im Handlungsdialog kommt er zum Ausdruck, wird erlebbar und kann im weiteren Verlauf explizit werden. So hat die Analytikerin im ersten Fallbeispiel ihre Verunsicherung und die Verständigungsschwierigkeiten zwar erkannt, ein Gefühl dafür, wie tief die Verunsicherung im Lebensgefühl der Patientin verankert ist, wurde aber erst durch das Verstehen des Handlungsdialogs möglich. Im zweiten Fallbeispiel, bei dem es vor allem um die Angstregulierung geht, gab es neben den bewußten Überlegungen, die auch die Reflexion der Gegenübertragung einschlossen, eine Ebene, auf der die Analytikerin dennoch derart in den unbewußten Konflikt der Patientin einbezogen war, daß der Vorschlag zum Setting und das Gefühl dazu wesentlich von dieser Dynamik mitbestimmt waren. Unter Einbezug dieser Aspekte gibt es kein *richtiges* oder *falsches* Setting. Neben der Frage nach Kriterien, die sich aus unserer Erfahrung, unseren theoretischen Vorstellungen und persönlichen Eigenheiten und den von uns vermuteten Möglichkeiten des Patienten ergeben, ist immer auch die Frage zu stellen: Was agieren wir als Analytiker-Patient-Paar, wenn wir ein bestimmtes Setting vereinbaren? Diese Frage stellt sich bei jedem Setting unabhängig von der Frequenz und kann erst im weiteren Verlauf verstanden werden. Einsicht in die unbewußte Bedeutung des Handlungsdialogs gehört zum therapeutischen Prozeß und führt zur Veränderung der emotionalen Situation. Beibehal-

⁵ Starke affektive Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient in den Vorgesprächen oder den Anfangsstunden einer Behandlung können beispielsweise nach Untersuchungen von Krause (1998) ein negatives prognostisches Kriterium für den Behandlungserfolg sein.

tung, aber auch Veränderung des Settings können die Folge sein. Beides muß in seiner unbewußten Bedeutung analysiert werden.

Anschrift für die Verf.: Dipl.-Psych., Dipl.-Soz. Susanne Döll-Hentschker, Arbeitsbereich Psychoanalyse, Institut für Psychologie, Fachbereich Psychologie u. Sportwissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Senckenberganlage 15, Postfach 11 19 32, 60054 Frankfurt/Main. E-Mail: doell-hentschker@psych.uni-frankfurt.de

BIBLIOGRAPHIE

- Argelander, H. (1967): Das Erstinterview in der Psychotherapie. *Psyche – Z Psychoanal*, 21, 341–368, 429–467, 473–511.
- (1970): Die szenische Funktion des Ich und ihr Anteil an der Symptom- und Charakterbildung. *Psyche – Z Psychoanal* 24, 325–345.
- Bänninger-Huber, E. (1996): *Mimik – Übertragung – Interaktion: Die Untersuchung affektiver Prozesse in der Psychotherapie*. Bern (Huber).
- Beebe, B., Lachmann, F.M. (2002): *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener: Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen*. Aus dem Amerikanischen von H. Haase. Stuttgart (Klett-Cotta) 2004.
- Benecke, C. (2002): *Mimischer Affektausdruck und Sprachinhalt: Interaktive und objektbezogene Affekte im psychotherapeutischen Prozeß*. Bern (Lang).
- Chused, J. F. (1991): The evocative power of enactments. *J Am Psychoanal Ass* 39, 615–639.
- Cremerius, J. (1990): Die hochfrequente Langzeitanalyse und die psychoanalytische Praxis. Utopie und Realität. *Psyche – Z Psychoanal* 44, 1–29.
- Dankwardt, J. F., Gattig, E. (1996): *Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung: Ein Manual*. Stuttgart-Bad Cannstatt (frommann-holzboog).
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (Hg.) (2001): »... damit auch die Seele mitkommt ...« *Klinische Beobachtungen und Fragen an die Praxis*. Materialienband zur Katamnese studie. Kassel.
- Freud, S. (1913c): Zur Einleitung der Behandlung. *GW VIII*, 453–478.
- (1937c): Die endliche und die unendliche Analyse. *GW XVI*, 57–99.
- Jacobs, T. J. (1986): On countertransference enactments. *J Am Psychoanal Ass* 34, 289–307.
- Johan, M. (1992): Panel report: Enactments in psychoanalysis. *J Am Psychoanal Ass* 40, 827–841.
- Klüwer, R. (1983): Agieren und Mitagieren. *Psyche – Z Psychoanal* 37, 828–840.
- (1995): Agieren und Mitagieren – zehn Jahre später. *Z psa Theorie Praxis* 10, 45–70.
- (2000a): Das szenische Verstehen und psychoanalytische Prozesse. In: *Erweiterte Studien zur Fokalthherapie*. Gießen (Psychosozial) 2005, 253–272.
- (2000b): Agieren. In: W. Mertens, B. Waldvogel (Hg.): *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart (Kohlhammer) 2002 (2. Aufl.), 42–45.
- (2001): Szene, Handlungsdialog (Enactment) und Verstehen. In: W. Bohleber, S. Drews (Hg.): *Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart*. Stuttgart (Klett-Cotta), 347–357.
- Krause, R. (1994): Schwer, früh und unbehandelbar? In: U. Streeck, K. Bell (Hg.): *Die Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen: Konzepte – Behandlungsmodelle – Erfahrungen*. München (Pfeiffer), 61–75.
- Krause, R. (1998): *Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre*. Bd. 2: Modelle. Stuttgart (Kohlhammer).
- Lawler, R. W. (1981): The progressive construction of mind. *Cognitive Sci* 5, 1–30.
- Leuzinger-Bohleber, M., et al. (2002): »Forschen und Heilen« in der Psychoanalyse: Ergeb-

- nisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Stuttgart (Kohlhammer).
- Lorenzer, A. (1983): Sprache, Lebenspraxis und szenisches Verstehen in der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal* 37, 97–115.
- Moser, U. (2001): Übertragung, Gegenübertragung und therapeutische Situation am Beispiel »früher Störungen«. *Psyche – Z Psychoanal* 55, 97–136.
- , Zeppelin, I. von (1996): Der geträumte Traum. Wie Träume entstehen und sich verändern. Stuttgart (Kohlhammer) 1999.
- , – (2004): Die Regulierung der Beziehung bei »frühen Störungen« (»Borderline«-Fällen). *Psyche – Z Psychoanal* 58, 1089–1110.
- Racker, H. (1959): Übertragung und Gegenübertragung: Studien zur psychoanalytischen Technik. München (Reinhardt) 1997.
- Rotmann, J. M. (1996): Wie psychoanalytisch kann Psychotherapie sein? *Z psä Theorie Praxis* 11, 162–182.
- Rüger, U., Dahm, A., Kallinke, D. (2005): Faber-Haarstrick: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. München (Urban & Fischer) (7. Aufl.).
- Sandler, J. (1960): The background of safety. *Int J Psychoanal* 41, 352–356.
- (1976): Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche – Z Psychoanal* 30, 297–305.
- Schilling, R. (2000): Die Bedeutung und die Funktion des Analytikers als Supervisor bei unterschiedlichen Formen psychoanalytischer Behandlung. *DPV-Informationen* 29, 15–21.
- Steimer-Krause, E. (1996): Übertragung, Affekt und Beziehung: Theorie und Analyse non-verbaler Interaktionen schizophrener Patienten. Bern (Lang).
- Strachey, J. (1934): The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 15, 127–159.
- Thomä, H., Kächele, H. (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1: Grundlagen. Berlin (Springer) 1996.
- , – (1988): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 2: Praxis. Berlin (Springer) 1997.
- Tuckett, D. (2002): Die Konferenz im neuen Stil und die Entwicklung einer Kultur von Gleichrangigen in der europäischen Psychoanalyse. *EPF-Bulletin* 56, 40–56.
- Wallerstein, R.S. (1986). *Forty-two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York (Other Press) 2000.
- Will, H. (2000). Die Frequenzdebatte in der klassischen Analyse – ein Rätsel mit Folgen. In: A.-M. Schlösser, K. Höhfeld (Hg.): *Psychoanalyse als Beruf*. Gießen (Psychosozial), 193–210.

Summary

Commencing treatment: The choice of frequency. – The decision on frequency at the outset of psychoanalytic treatment is based on objective criteria such as diagnosis, ego capacities, regression potential, the patient's temporal and social resources, etc. This at least is the operative assumption behind the theory that plays a major role in the discussion of the demarcation between psychoanalysis and psychotherapy. By contrast, case studies and theoretical discussion undertaken by the *Low-Frequency Long-Term Therapy Work Group* have led to an understanding of decision-making on frequency as a process of joint negotiation between analyst and patient. The article presents five regulation models for different courses and outcomes of this negotiation process. The agreement on frequency involves unconscious elements on the part of both participants involved, but at the ear-

ly stage of frequency determination, these elements can only be partly understood, if at all. Two case examples indicate that, alongside conscious considerations, active dialogue may be of significance for the agreement on frequency. Insight into such active dialogue is part of the therapeutic process. Notably in cases of sustained dissatisfaction with the frequency agreed upon, it can lead to a change in this emotional situation.

Keywords: setting agreement, frequency, acting, active dialogue, affect regulation, treatment technique, analytic psychotherapy

Résumé

Pour commencer une thérapie: le choix de la fréquence. – Le choix de la fréquence au début d’une thérapie psychanalytique se fait sur la base de critères objectifs tels que le diagnostic, les capacités du Moi, la disponibilité à régresser, les ressources temporelles et sociales du patient – du moins selon la théorie qui joue précisément un rôle important dans la discussion sur une démarcation de la psychanalyse par rapport à la psychothérapie. Les études de cas et les discussions théoriques dans le *Groupe de travail thérapie de longue durée à basse fréquence* ont en revanche abouti à considérer le choix de la fréquence comme un processus pour trouver un commun accord entre l’analyste et le patient. Pour les différents déroulements et résultats de ce processus de négociation, l’article présente cinq modèles de régulation. L’accord sur la fréquence contient des éléments inconscients venant des deux personnes concernées. Lorsque la fréquence est fixée au début de la thérapie ceux-ci ne peuvent pas être compris, ou seulement de manière limitée. Deux exemples de cas illustrent le fait que, hormis les réflexions conscientes sur le processus pour se mettre d’accord, un dialogue par mises en acte peut avoir une importance pour l’accord sur la fréquence. La compréhension d’un tel dialogue par mises en acte fait partie du processus thérapeutique et, dans le cas d’une insatisfaction continuelle avec la fréquence convenue, elle peut conduire à un changement de cette situation émotionnelle.

Mots clés: accord sur le *setting*, fréquence, mise en acte, dialogue par mises en acte, régulation des affects, technique thérapeutique, psychothérapie analytique