Wenn die Seele wachsen möchte:

Von der Inhaltsdeutung zur Prozessdeutung

Vortrag am 17.02.2011

Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Würzburg

Prof. Dr. med. Reinhard Plassmann

Psychotherapeutisches Zentrum
97980 Bad Mergentheim

1. Denkinhalte und Denkprozesse

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lieber Herr Limmer

In der stationären Psychotherapie sehen wir zahlreiche Patienten mit schweren emotionalen Belastungszuständen und zum Stillstand gekommenen Verarbeitungsprozessen. Gerade diese Situation, so schwierig sie ist, scheint aber zum Lernen gut geeignet. Wir können genau beobachten, wann der Verarbeitungsprozess wieder in Gang kommt, welche behandlungstechnischen Regeln sich bewähren und wir können versuchen, Gesetzmäßigkeiten zu erkennen. Diese Beobachtungen möchte ich nutzen, um typische Muster zu beschreiben, in denen sich der Transformationsprozess psychischer Inhalte vollzieht. Dazu ist die systematische Unterscheidung zwischen *Inhalt* und *Prozess* sinnvoll und notwendig. Das krankmachende, blockierte psychische Material, also negative Emotionen, damit verbundene Körperrepräsentanzen, Gedanken und Träume wären die Kategorie der *Inhalte*, die Integration und Transformation dieser Inhalte wäre jene psychische Geschehen, das wir *Prozess* nennen und sowohl begrifflich wie klinisch von den Inhalten trennen.

Psychotherapie, mit welcher Methodik auch immer sie arbeitet, kann dann als Verfahren verstanden werden, welches dem Zweck dient, psychische Transformationsprozesse zu induzieren.

Die zwischen Inhalten und Prozessen unterscheidende Konzeptualisierung und zugehörige Behandlungstechnik finden wir immer häufiger in neueren Entwicklungen der Psychoanalyse.

Mein Beitrag zu diesen Themen sind einige Arbeiten über Deutungstechnik bei traumatisierten Patienten. Mir war evident geworden, dass wir bei Traumatisierten nicht auf einen normal funktionsfähigen, seelischen Mentalisierungsapparat vertrauen können. Es war immer klarer geworden, dass in der Arbeit mit Traumatisierten, mit Borderlinepersönlichkeiten und auch mit psychosomatisch Kranken die Restitution des beschädigten Verarbeitungsapparates Vorrang hatte, bevor das Material inhaltlich gedeutet werden konnte. Ich habe deshalb das behand-

lungstechnische Begriffspaar **von Inhaltsdeutung und Prozessdeutung** eingeführt (Plassmann 1996).

Zwei Dinge sind für das Verständnis mentaler Transformationsprozesse absolut grundlegend.

- Das menschliche Gehirn ist ein komplexes System. Es bildet selbstorganisatorisch Ordnungsmuster und ist permanent aktiv, dysfunktionale Muster durch funktionale zu ersetzen. Wir haben als Therapeuten die Aufgabe, die Gesetzmäßigkeiten dieses Vorgangs zu verstehen und ihn zu unterstützen.
- Die wichtigste dieser Gesetzmäßigkeiten ist: das mentale Geschehen wird von Emotionen organisiert. Ob und wie Informationen verarbeitet werden, hängt in allererster Linie von den Vorgängen im emotionalen System ab. Von Bedeutung sind insbesondere die **Regulation der Emotionsstärke** und die **Regulation der Emotionsqualität**. Wir nennen dies in der modernen Traumatherapie das **emotiozentrische Prinzip**. Ich komme ausführlich darauf zu sprechen.

Lassen Sie uns anschauen, wie das in der Therapiestunde aussieht. Wir sehen den Transformationsprozess bei der Arbeit und können bestimmte Muster erkennen und beschreiben.

2. Prozessmuster in der Therapie

Damit medias in res.
Welche Muster erzeugt der Transformationsprozess in der Stunde?

- **Mentalisierungsmuster:**
  Prozesse innerer Kommunikation zwischen
  Körperlichkeit, Emotion und Bewusstsein
- **Dialogmuster:** Gelingende oder scheiternde
  Koordinationsvorgänge der Dialogstruktur in Bezug
  auf Wechselseitigkeit, Rhythmus, Tempo
- Muster in der **Regulation der Emotionsstärke**

- **Muster in der Regulation der Emotionsqualität (bipolare Muster)** zwischen negativem und positivem emotionalem Material

Lassen Sie uns dies genauer beobachten

2.1. Mentalisierungsmuster

Das Bilden neuer Repräsentanzen scheint ein rhythmischer Vorgang zu sein. Im Nachdenken und Verarbeiten kommuniziert die höhere Repäsentanzebene in einem rhythmischen Geschehen mit den jeweilig niedereren, also vorgelagerten Repräsentanzebenen. Der Vorgang wurde von frühen Zeichentheoretikern wie C. S. Peirce (Uexküll, Geigges, Plassmann, 2002) postuliert und von der modernen Neurobiologie bestätigt (Damasio 2000). Damasio, ein sehr scharfsinniger Neurobiologe, sieht dies so:

Die basale Repräsentanzebene des *Protoselbst* enthält unbewusste Repräsentanzen von Körpervorgängen, also alles was wir an unbewusstem Wissen über den Körper haben. Damasio (2000) nennt diese Zeichen *Emotion*, auf der Ebene des Protoselbst noch unbewusst. Diese Körperrepräsentanzen werden auf der Ebene des *Kernselbst* integriert zu neuen, komplexeren psychischen Objekten. Aus unbewusster Emotion wird bewusstes *Gefühl*, dass seinerseits auf der höchsten Repräsentanzebene des autobiografischen Selbst zu neuen, bewusstseinsfähigen psychischen Objekten integriert wird: Das autobiografische Narrativ, die Sprache.
Mentalisierungprozesse zeigen Rhythmen und Tempi, sie haben irgendwie musikalischen Charakter. Sie erinnern an die Atmung mit einem, wenn es gut geht, beständigen Schwingen zwischen den Repräsentanzsystemen.

In der Stunde sehen wir die Oszillationsvorgänge im Wechsel von Denken, Sprechen und Fühlen, im Wechsel der Bewegung zwischen den Repräsentanzsystemen: Mal mehr Körperliches, dann mehr Emotionales, dann mehr Begriffliches, Bewusstes.

Will ein Patient sich durch sehr schnelles, intellektuelles Sprechen den Kontakt mit Emotion und Körper ersparen, so werden wir nicht nur die Beschleunigung des Tempos, sondern auch die Starre des Verhaftetseins an eine Repräsentanzebene wahrnehmen. Gesunden Symbolisierungsrhythmen scheint hingegen eigen, dass sie ständig *spielen*, d.h. leicht variieren. Ich möchte das als **semiotische Oszillation** bezeichnen. Sie sind nie starr. Der Gegenpol zur Starre wäre der chaotische Rhythmus: Plötzliche, regellose, eher psychotische, also desintegrierte Einschübe aus anderen Repäsentanzebenen.

1. Vignette: Mentalisierungsmuster

Frau H. rief mich an, um eine Behandlung zu beginnen. Sie ist Anfang 50, selbst Psychotherapeutin, sie lebt und arbeitet in einer norddeutschen Großstadt, von wo sie mit dem Zug zu ihren Stunden kommt. Sie sagte, es sei an der Zeit, ihre Bulimie, die sie seit 28 Jahren praktiziere, zu beenden. Darüber, warum sie sich an mich wandte, weiß ich nur, dass sie auf einer Weiterbildung meinen Namen gehört habe im Zusammenhang mit Essstörungen. Von dem weiten Weg macht sie kein Aufheben, sie kommt in nicht ganz regelmäßigen Abständen einige Male im Monat.

Sie ist eher klein gewachsen, ein dunkler südlicher Typ, sehr sorgfältig gekleidet.

Nach einer mehrwöchigen Therapieunterbrechung durch meinen Urlaub kommt sie zur ersten Stunde. Sie denkt kurz nach, womit sie beginnt und erzählt dann, dass es ihr in Bezug auf ihre Bulimie sehr gut gehe, sie habe sogar, früher undenkbar, Kuchen gegessen und einige starke Belastungssituationen gut durchgestanden, ohne Rückfall. Ihr Stolz klingt an, ihre Erleichterung und gleichzeitig ein Ernst, weil sie jetzt beginnt, eine wenige Tage zurückliegende Krisensituation zu erzählen. Sie war mit ihrem Mann bei Bekannten zu Besuch, insgesamt drei Ehepaare. Der Gastgeber hatte eine etwas aufdringliche Art, alle zum gemeinsamen Saunagang aufzufordern mit reichlich Bier trinken. Der Gedanke war ihr zuwider, so dass sie alleine im Wohnzimmer blieb, während die fünf übrigen in die Sauna gingen. Der Gastgeber kam zwischen jedem Saunagang noch oben, schaute nach ihr, nicht jedoch ihr Mann. Sie erwähnte,

dass seine Abwesenheit sehr schlimm für sie war und gebrauchte einige starke Worte, die mir auffielen: "Es war wie sterben". Sie verfolgte dann einige Gedanken über dieses Ereignis.

Mein Eindruck war, dass nur ein Teil des Ereignisses in die Stunde gekommen war, nämlich die Worte, nicht hingegen ihre Emotionen und nicht ihre Körperreaktion. Ich sagte ihr das. Sie schaute mich direkt an, nahm offenbar nochmal Kontakt mit diesem Ereignis auf und sagte: "Der schlimmste Moment war: ich sitze im Wohnzimmer, mein Mann ist nicht da, ich verliere seinen Körper. Das war ein Schmerz in mir, hier im Brustkorb und im Bauch. Ein unglaubliches Einsamkeitsgefühl." Sie weinte, atmete tief, ich war mir sicher, dass sich erst jetzt die Begegnung mit diesem Material komplettiert hatte. Ich gab ihr an dieser Stelle eine Prozessdeutung, indem ich ihr sagte, wie gut sie nach meiner Beobachtung in dieser eben zurückliegenden Sequenz die Welt der Gedanken mit denen der Gefühle und der Körpergefühle verbinden konnte, so dass ein Ganzes entstand. Im Rest der Stunde ergaben sich sowohl die Gelegenheit zu einer Übertragungsdeutung über mein Wegsein und eine genetische Deutung, die von ihr selbst kam: Solche Gefühle hätte ihre Mutter dem Vater gegenüber niemals ertragen, sondern mit depressiver Leblosigkeit ummantelt.

2.2. Interaktionsmuster

Eine Gruppe psychoanalytischer Autoren hat im Kontext der Säuglingsbeobachtung Transformationsprozesse beobachtet und sehr viel Sorgfalt auf deren Beschreibung und auf die Modellentwicklung verwendet.

Die **change prozess study group** wurde Anfang der 80er Jahre in Boston gegründet, ihr gehörten bekannte Kinder- und Erwachsenenanalytiker- und analytikerinnen an, beispielsweise Daniel Stern, Beatrice Beebe, Frank Lachmann, Joseph Jaffe.

Beebe, Jaffe et al untersuchten die vokale Koordination zwischen Mutter und Kind, das Wechselspiel von stimmlichen Äußerungen und Sprechpausen bei

viermonatigen Säuglingen und ihren Müttern. Im Alter von 12 Monaten wurde dann überprüft, ob die Kinder normale oder pathologische Bindungsmuster entwickelt hatten. Man erwartete natürlich, dass Muster von perfekter vokaler Koordination gut sein würden für die Entwicklung, sah aber etwas anderes. Kinder mit maximaler vokaler Koordination mit ihren Müttern entwickelten sich schlecht, ebenso Kinder mit minimaler Koordination. Gute Entwicklung fand sich bei Koordinationsmustern von mittlerer Güte. Beebe und Lachmann (2004) nennen diesen Befund das *Balancemodell des Mittelbereichs* und schreiben: „Dieses Prozessmuster gilt vollkommen unabhängig vom jeweiligen emotionalen und thematischen Inhalt und lässt sich problemlos auf die analytische Arbeit übertragen." (S. 226).

Der mentale Apparat des Patienten nimmt regelmäßig durch rhythmische Koordination mit dem Analytiker Kontakt auf, um die Koordination gleich darauf wieder zu unterbrechen und dann erneut herzustellen. Mentales Wachstum ist dann zu erwarten, wenn diese Koordination weder hypersynchron noch asynchron, sondern ausbalanciert im Mittelbereich liegt (Beebe, Jaffe et al 2002).

In der Therapiestunde sind es also nicht die Bedürfnisse und Gewohnheiten des Einen oder des Anderen allein, die den Rhythmus des Dialogs bestimmen sollen, sondern Ziel ist die Koordination. Ich habe es schon häufig erlebt, dass eine Patientin eine Pause machte, in der ich gerne etwas gesagt hätte. Wenn mir gerade nichts Sagenswertes einfällt, schweige ich, nur um dann zu bemerken, wie die Patientin selbst weitersprechend der Stunde einen neuen Impuls gab. Eine Beschleunigung des Dialogrhythmus mit rascher Redeaktivität von meiner Seite hätte dies gestört.
In Supervisionen berichten Ausbildungskandidaten häufig von extremen Rhythmusstörungen in ihren Behandlungen: Patienten sprechen ohne Pause in hohem Tempo mit Themensprüngen, denen das Denken nicht mehr folgen kann. Die Kandidaten versuchen dann meistens sich irgendwie mit Inhaltsdeutungen Gehör zu verschaffen, sie greifen irgendeinen Teil des Redestroms heraus und versuchen den analytischen Raum durch eine möglichst zutreffende Deutung dieses Materials zu öffnen, fast immer ohne Erfolg. Stattdessen wäre auch eine Prozessdeutung möglich, die einige Eigenschaften des Dialogrhythmus beschreibt, z. B. das hohe Tempo, die Einseitigkeit der Sprechaktivität und die Auswirkungen

auf den Mentalisierungsprozess, also z. B. die Lähmung des Denkens und die fehlende Verknüpfung des Gesprochenen, dessen Teile unverbunden und deshalb auch unverstanden bleiben. Ein mutiger Patient könnte seinem zu viel und zu schnell oder zu wenig redenden Therapeuten den gleichen Hinweis geben, bis sich ein gemeinsames Wissen von kohärenten Dialogmustern bildet.

Ganz allgemein gilt, dass asynchrone oder hypersynchrone Dialogrhythmen den seelischen Transformationsprozess solange blockieren, bis sie behoben werden.

2.3. Regulation der Emotionsstärke

Blutdruck oder Pulsfrequenz können zu hoch oder zu niedrig sein, beides ist nicht gesund. So scheint es sich auch mit der Stärke der Emotionen zu verhalten. Weil Emotionen zentrale Organisatoren des mentalen Geschehens sind, sehen wir, dass zu schwache Emotion nichts bewegt, es kommt kein Transformationsprozess in Gang. Das wäre beispielsweise bei einer Patientin, die über das, was sie emotional berührt, nicht spricht, sondern über einen Pseudofokus, die Stunde bleibt infolgedessen fühlbar leblos, durch Beschäftigung mit emotional unbesetztem Pseudomaterial. Umgekehrt sehen wir an Patienten mit traumatisch starkem negativem emotionalem Material, wie ein zuviel an Emotionsstärke den gesamten davon berührten Bereich der Persönlichkeit an normaler Entwicklung hindert, bis in die aktuelle Stunde hinein. Die Stunde wiederholt das Trauma, indem eine emotionale Erregung von gleichsam toxischer Stärke den Transformationsprozess blockiert. Affektive Pluszustände zeigen dann die fehlende Verarbeitung des pathologischen emotionalen Materials an: Impulsdurchbrüche, Übererregung, Störungen der Symbolisierungsfähigkeit, Störungen des Denkens, Sprachzerfall und eine allgemeine Überflutung und Paralyse des gesunden Teils der Persönlichkeit.

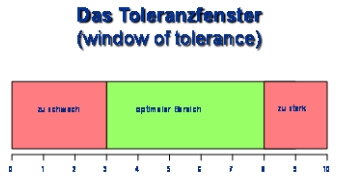

Abb. 1: Das Toleranzfenster

Beide Grenz-Zustände, den Untererregungs- wie den Übererregungszustand hingegen können wir als Analytiker wahrnehmen. Ein im Moment der Therapiestunde hingegen gut funktionierender Heilungsprozess wäre erkennbar an einem ständigen autoregulativen Pendeln der Emotionsstärke um den optimalen Mittelbereich herum. Anders ausgedrückt: Die Patientin reguliert die emotionale Annäherung und Distanzierung an ihr Thema selbständig so, dass die schädlichen Extreme korrigiert werden, so wie auch Blutdruck und Herzfrequenz niemals konstant sind, sondern sich ständig um einen Mittelbereich spielend auf den im Moment richtigen Wert einregulieren.

Wir erleben dann, wie die gesunde Persönlichkeit in der Stunde präsent und aktiv ist, das pathologische Material verändert sich im Moment des Geschehens der Stunde, kreative neue Aspekte werden geboren, der Dialog mit dem Therapeuten ist unbeeinträchtigt, Bewusstsein, Sprache und ein Mehr an innerer Ordnung entstehen, die Erlebnisse bekommen einen Ort in der Zeit.

2. Vignette: Muster der Emotionsregulierung

In den Stunden mit Frau H. nehme ich häufig eine Art emotionalen Wellengang wahr. Es sind viele Worte in ihr, sie ist klug, belesen und denkt über sich, ihre Krise und über ihre Therapiestunden gründlich nach. All die Worte, die dabei entstehen, können Abschnitte der Stunde füllen. Ich konnte anfangs dann zwei unterschiedliche Rhythmen, Melodien waren es noch nicht, wahrnehmen. Im einen Rhythmus folgen die Worte einander in eher hohem Tempo, kluge Worte und ich kann auch folgen, sie scheint dabei aber emotional eher unberührt. Ich bemerkte dann in mir selbst eine subtile Verlangsamung, die, wie ich vermute, aus einer Einstimmung von den expliziten Wortinhalten auf die impliziten emotionalen Vorgänge entstand. Manchmal sprach ich das auch aus, meist als Frage an die Patientin, wie sie Rhythmus und Tempo der bisherigen Stunde empfand, ob die Stunde in ihrem Rhythmus angekommen sei. Meist führte das zu einer Verlangsamung mit weniger Worten, mehr Aufmerksamkeit nach Innen, zu nachdenklichen Pausen, in denen sie nicht spricht. In einer Stunde, es war erst die fünfte, sagte sie nach einer solchen nachdenklichen Pause: „Wissen Sie, die drei Wochen seit der letzten Stunde waren lang. Es war mir aber wichtig zu wissen, dass ich es auch drei

Wochen lang alleine kann. Es gab Momente, wo ich mich so hilflos gefühlt habe, ich habe mich geschämt für meine Essstörung." In diesem Moment in der Stunde fühle ich, dass sie stark in Kontakt ist mit belastendem emotionalem Material. Ich weiss natürlich nicht genau, was es ist, allenfalls ungefähr, bin mir aber auf der Prozessebene sehr sicher, dass sie es ertragen kann. Sie ist nicht im traumatischen Bereich überstarker Emotion, aber viel fehlt nicht.

Sie denkt an ihre Tochter, die ihr erstes Kind nicht beruhigen konnte und deshalb sich selbst überließ und nun jede Gelegenheit sucht, um ihr, der Patientin, Vorwürfe zu machen, sie sei eine schlechte Mutter und Schuld an den Schwierigkeiten der Tochter mit der Enkelin. Sie weint hier tief und schmerzlich, ohne viel zu sprechen.

Es entspricht mittlerweile meiner Arbeitsweise, mir nicht nur über das Was, die Inhalte, Gedanken zu machen, sondern noch mehr Gedanken über das Wie der emotionalen Annäherung: Ist dieser emotionale Komplex des verlassenen Kindes jetzt im Moment der Stunde in einem heilsamen Fluss? Während ich mich das fragte (ich bin überzeugt, unsere Patienten merken solche still gestellten Fragen an einem subtilen Innehalten), sagte sie: „Was mir gerade in den Sinn kommt, ist ein Gefühl von Zorn. Ich fühle das in der Brust und besonders im Bauch, wo sonst die Bulimie ist. Ich habe Einiges ganz gut gemacht als Mutter, ich brauche mich nicht zu verstecken". Sie war nun in ganz anderer Verfassung, ich würde sagen vergnügt. Ich sagte ihr, nach meiner Wahrnehmung habe sie gerade eben starken Kontakt mit Belastungsmaterial gehabt, ich sei am Überlegen gewesen, ob sie Hilfe brauchte, als sie am Weinen war, hätte mich aber dagegen entschieden. Nach meinem Eindruck sei dann etwas Gesundes vor sich gegangen. Obwohl ich natürlich nicht genau wüsste was, sei mir aufgefallen, dass ihr Zorn den Übergang zum Gesunden gerade eben hergestellt hätte.

Dieser Punkt ist mir methodisch wichtig: ich brauche Sicherheit auf der Ebene der Prozessmuster, auf der Ebene der Inhalte kann ich dann mit Vorläufigkeit gut leben.

In dieser Vignette waren mir die Regulationsmuster der Emotionsstärke aufgefallen, erst Untererregung, dann hohe Belastung, dann Normalisierung. Dabei war schon ein Weiteres zu erkennen: Ein innerer selbstorganisatorischer Übergang von einem negativen emotionalen Komplex zu offenbar damit verknüpftem positivem Material. Inhaltlich sind davon einige Elemente bekannt: Ein positives Körpergefühl, Emotionen von Zorn, die ihr im Moment der Stunde in Bezug auf dieses Material zu helfen schienen und zugehörige Gedanken: Ich brauche mich nicht zu verstecken.

Diese Muster rhythmischer Oszillation zwischen offenbar zusammengehörigen negativen und positiven Materialkomplexen beobachte ich mittlerweile sehr genau und beziehe sie in die prozessbezogene Deutungsarbeit mit ein.

2.4. Regulationsmuster der Emotionsqualität (bipolare Muster)

Die moderne Traumatherapie sieht den Heilungsprozess als eine Wechselwirkung zwischen **Traumaschema und Heilungsschema,** die jeweils im Kern aus Emotionen bestehen, negativen Emotionen wie Furcht, Scham, Schuld, Ekel im Traumabereich und positiven Emotionen wie Stolz, Freude, Neugier im positiven Bereich.

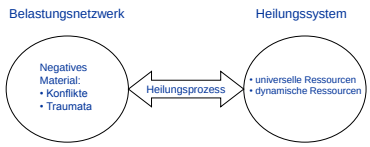

Abb 2.*:* Die Balance zwischen Traumaschemata und Heilungssystem

Bei Kontakt mit dem emotionalen Traumamaterial taucht, so können wir klinisch beobachten, stets auch positives emotionales Material auf. Seine Wirksamkeit und Stärke entscheiden, ob der Transformationsprozess gelingt. Daraus leiten sich die in der modernen Traumatherapie allgegenwärtigen Techniken der **Ressourcenorganisation** und **Stabilisierung** ab.

Jedem Belastungsschema steht also spontan **ein Heilungsschema** gegenüber, welches aber noch desorganisiert ist. Es kann aber für die aktive Selbstregulation genutzt werden, insbesondere durch die Nutzung von spontan auftauchenden Ressourcen. Wir nennen sie **dynamische Ressourcen.**

Ein typischer Ablauf der emotionalen Selbstregulation in einer Therapiestunde wäre also bei deutlich ansteigender, kritisch intensiver emotionaler Belastung die Bitte an den Patienten, die aktuelle Belastungsstärke zu bestimmen und dann zu entscheiden, ob eine Regulation der Erregung wünschenswert wäre, weil der kreative Prozess stockt. Falls dem so ist, wäre die nächste Frage, was der Patient schon an Regulierungsmöglichkeiten kennt, also an **vorhandenen** Ressourcen. Selbstverständlich verfügt jeder Mensch über ein entsprechendes Repertoire, da ja die Emotionsregulation ein lebenslanges, nicht erst in der Psychotherapie begonnenes Geschehen ist. Allerdings werden solche Fähigkeiten erst in der Therapie systematisch aktiviert, organisiert und genutzt.

Ein Patient wird über diese Frage, was jetzt im Moment zu einer besseren Verfassung dazugehören würde, kurz nachdenken. Das Nachdenken als Solches ist bereits eine Distanzierungstechnik. Der Patient wird sich umfokussieren und innerlich mit entsprechenden Fähigkeiten, die er von sich kennt, Kontakt aufnehmen. Das Nachdenken, Umfokussieren und der entstehende Ressourcenkontakt werden bis hier hin vielleicht ein bis zwei Minuten gedauert haben. Ganz regelmäßig beginnen dann subtile Veränderungen im Bereich der Körperrepräsentanzen: als erstes meist ein gelöster Atemzug, dann ein etwas anderes freieres Sitzen, eine leicht aufgerichtete Haltung, ein Blick, der seine Freiheit wieder gewinnt und das Starre verliert. Wir nennen dies in der Traumatherapie dynamische Ressourcen oder Spontanressourcen. Wie schon bei den Regulierungsvorgängen der Emotionsstärke fallen auch hier rhythmische Phänomene auf, der Transformationsprozess strebt anscheinend einen jeweils optimalen Eigenrhythmus im oszillierenden Wechsel zwischen negativem und positivem Material an. Man wird in der Stunde dann auch beobachten, dass dabei Störungen auftreten, oft genug von uns selbst verursacht. Wir reden zu viel, fragen zu viel nach Inhalten, verlieren den Prozess aus dem Auge. Prozessorientiertes Arbeiten bedeutet, nicht ausschließlich auf das gerade berührte Problem zu fokussieren, sondern auf die Rhythmik der Präsenz von Positivem und Negativem und die Vorgänge in der

Emotionsregulation bewusst zu machen, zunächst sich selbst. Das Innehalten, Bewusstwerden, die emotionale Selbstregulation der Therapeutin geht der Deutung voraus und bringt die Veränderung in die Stunde, ob es dann ausgesprochen wird oder nicht. Man könnte das als *Prozesskommunikation* bezeichnen. Zwei Transformationssysteme, das der Patienten und das der Therapeutin kommunizieren miteinander. Das dürfte der Kern jeder Psychotherapie und jeder sicheren Bindung sein.

3. Die Sprache der Prozessdeutung

Aus der analytischen Grundregel der Abstinenz wird in der klassischen Behandlungstechnik abgeleitet, daß in der Therapie vom Patienten die Rede ist, nicht vom Analytiker. Daraus resultiert ein Deutungstyp, den ich als ***Sie-Deutung*** (Plassmann 1996) bezeichnen möchte. Die Sätze dieses Deutungstyps beschreiben die Subjektivität des Patienten aus der Beobachterposition des Analytikers und haben in der Regel die Struktur „Sie fühlen, glauben, wollen, daß …etc."

Sie enthalten in ihrer Sprachgestalt das Gesättigte, Abschließende, Objektivistische, nicht hingegen das Vermutende, Konstruierende.
Dieser Deutungstyp scheint für Inhaltsdeutungen geeignet, nicht aber für Prozessdeutungen. Ich habe wiederholt Behandlungen supervidiert, die wegen der monomanen Verwendung dieses Sie-Deutungstyps in eine unauflösbare Stagnation geraten waren. Eine Lösung des Problems kann in der Verwendung des Deutungstyps der **Ich-Deutung** liegen. Dieser Deutungstyp beschreibt die Tätigkeit des analytischen Ichs des Therapeuten, also Wahrnehmen, Reflektieren, Verstehen und evtl. auch die Störungen dieses Prozesses.

Die Gestalt solcher Deutungssätze ist dann zum Beispiel: „Ich habe über die letzte Stunde nachgedacht und mir scheint wichtig, daß ich, obwohl Ihre Erinnerungen sehr überwältigend waren, trotzdem Kontakt zu Ihnen hatte, und auch in der Stunde gut mitdenken konnte. Das spräche dafür, daß die Macht der Erinnerungen etwas nachgelassen hat. Wie fügt sich das zu Ihren Wahrnehmungen?"

Warum bewährt sich für Prozessdeutungen die Sprache der Ich-Deutung besser? Die Ich-Deutung enthält in ihrer Sprachgestalt das Entwerfen, Vermuten, Konstruieren und den Dialog zwischen Therapeut und Patient.

Während die Sie-Deutung der 1-Personen-Psychologie entstammt und der Therapeut ein Beobachter zu sein scheint, der die Vorgänge im Patienten unbeteiligt beschreibt, wird dagegen in der Ich-Deutung anerkannt, dass der Transformationsprozess etwas ist, was in beiden und zwischen beiden, Therapeut und Patient stattfindet. Wir brauchen deshalb eine Sprache der Intersubjektivität (Zwiebel 2004). Diese Aufgabe lässt sich mit der Ich-Deutung gut lösen.

Sie beruht begrifflich auf der Unterscheidung zwischen **dem analytischen Ich und dem privaten Ich** des Analytikers. Der analytische Reflexions- und Transformationsprozess im Analytiker ist das eigentlich heilsame Geschehen, das sich auf alles psychische Material richtet, also Erinnerungen, Übertragungen, Inszenierungen etc. Beim traumatisierten Patienten muss sich im pathologischen Bereich, also jenem Bereich, in dem der Transformationsprozeß durch traumatische Erfahrung strukturell beeinträchtigt ist, diese Fähigkeit erst in der Therapie bilden. Es ist deshalb nach meiner Auffassung nicht nur nützlich, sondern unverzichtbar, den Transformationsprozess im Therapeuten offenzulegen. Wo der Analytiker Störungen des Transformationsprozesses bei sich selbst als Gegenübertragung erlebt, also Beeinträchtigungen des Denkens in der Kategorie von Zeit und Raum, Überflutung durch Emotionen, psychosomatische Reaktionen oder Leeregefühle, können diese Vorgänge, in Gestalt einer Prozessdeutung, verwendet werden.

4. Die Transformation des seelischen Materials: neue Muster

Wie verändert, wie transformiert sich nun desintegriertes Material im psychischen Reorganisationsprozess? Woran erkennen wir, dass aus Krankmachendem Gesünderes entstanden ist? Eine „Anatomie des Gesunden“ wird eher selten beschrieben und doch brauchen wir sie. Selbstorganisatorisch betrachtet, führt ein erfolgreicher mentaler Transformationsprozess zur Entstehung neuer Muster. Einige typische Formen solcher Muster möchte ich hier kurz zusammenfassen (ausführlicher siehe Plassmann 1996).

Merkmale für Veränderungen zum Positiven

- Fortschritte in der Repräsentanzenbildung durch Symbolisierung (semiotische Progression)
- Fortschritte in der Ordnung von Raum und Zeit (Integration)
- Fortschritte in der Einordnung des Materials in das autobiografische Narrativ (Vernetzung)

4.1. Semiotische Progression

Alles psychische Material, alles was in die Stunde kommt, ist Ergebnis eines Gestaltungsvorgangs, in dem Repräsentanzen, Symbole erzeugt worden sind. Die Repräsentanzenbildung ist Bestandteil des Transformationsprozesses, der blockiert war und den Therapie fördern soll.

Ein Traumaschema wird also daran erkennbar sein, dass das Material ein niedriges semiotisches Niveau hat, beispielsweise als isoliertes körperliches Geschehen, die zugehörigen Affekte (emotionale Repräsentanzen) und die Einfälle zur Bedeutung dieses Symptomes, also höhere sprachliche Symbole, fehlen.

Die semiotische Progression zeigt sich dann in der Erweiterung der Symbolsprache. Aus einem Körpersymptom wird vielleicht ein Traum, eine Inszenierung, ein Bild, die Gefühle werden wahrgenommen, ein Hof von Assoziationen, also Sprachsymbolen entsteht.

Auch das Herstellen von Übertragung kann als psychischer Gestaltungs-, d.h. Symbolisierungsvorgang aufgefaßt werden. Ein Symptom beziehungslos zu haben ist etwas anderes, als es in die Stunde zu bringen, dort zu thematisieren oder das Symptom sogar in der Stunde zu erleben, es in Berührung mit der Therapie zu bringen und evtl. sogar von den Veränderungen des Symptoms im Zusammenhang mit der Therapiestunde zu sprechen. In der Nutzung dieser Möglichkeiten wird die Stunde selbst zum Medium, zum Material, in welchem sich der Patient ausgestaltet. Inhaltsdeutungen würden nun eher die Art des Übertragenen herausarbeiten, also die unbewußten, in der Übertragung ausgedrückten Phanta-

sien, während Prozeßdeutungen eher die Tatsache registrieren, daß "die Stunde" oder "die Therapie" unter den Einfluß des Patienten kommen kann, also Übertragung stattfindet.

4.2. Kontextualisierung: die Einordnung in Raum und Zeit

Krankmachende Erlebnisbereiche haben keinen sicheren Platz in der inneren Zeitordnung des Patienten, insbesondere fehlt ihnen die Eigenschaft des Vergangenen. Jede Wiederholung macht die ursprüngliche Erfahrung scheinbar wieder zur Gegenwart.

Der Heilungsvorgang zeigt sich darin, dass sich in der Stunde das Zeitgefühl für den Unterschied zwischen Jetzt und Damals wieder bildet, also auch der Kontakt zur Gegenwart der Therapie. Damit verbunden ist eine stark verbesserte Verfügbarkeit des Patienten über das jeweilige Material, ein Mehr an Fähigkeit und Freiheit zu entscheiden, ob und wie jetzt in der Stunde mit dem eindeutig als dem Damals zugehörigen Material gearbeitet wird.

Eine Patientin kann dann sagen: „Ich hatte gestern eine solch furchtbare Angst, ich würde Sie bald verlieren und alles wäre wieder so, wie es nach dem Tod meiner Mutter war! Jetzt im Moment sehe ich das schon mit viel mehr Abstand.“

Die Inhaltsdeutung hat die Patientin sich schon selbst gegeben, die Prozessdeutung könnte beschreiben, wie sich dieses Wissen über den Unterschied von Jetzt und Damals im Verlauf der Stunde, vielleicht auch im Verlauf der Therapie gebildet hat. Auch hier wird es so sein, dass der Prozess im Therapeuten beginnt, der auch unter dem Ansturm von heftigstem Material die innere Ordnung von Zeit und Raum behält.

4.3. Das autobiografische Narrativ

Auch ein Traumaschema ist etwas Eigenes, Inneres. Es will anerkannt, angenommen und in die eigene Lebensgeschichte integriert werden. Das Erkranken, das Verarbeiten, das Heilen will zum Bestandteil des autobiografischen Narrativs werden.

Oft beginnt die Arbeit mit traumatisierten Patienten deshalb damit, die scheinbare Sinnlosigkeit der aufgetretenen Lebens- und Gesundheitskrise und des jeweiligen Symptoms zu thematisieren. Das Festhalten am Zustand der Sinnlosigkeit, das Verweigern von Sinngebung ist in der Regel mit dem Wunsch verbunden, der jeweiligen Symptomatik oder Erfahrung die Existenzberechtigung abzusprechen. Alles schiene in Ordnung, wenn nur Symptom, Krankheit, Ereignis etc. nicht vorhanden wären. Erst die Einordnung des desintegrierten seelischen Materials in das autobiografische Narrativ macht solche ausgegrenzten Erlebnisbereiche zu dem, was sie sind, nämlich zu einem Teil des eigenen Selbst und seiner Geschichte. Dadurch wird auch der traumatische Komplex als etwas Eigenes erkannt verbunden mit dem eigenen Wunsch, die Wege zu mehr Gesundheit zu finden.

Jede Patientin, jeder Patient mit starken dissoziativen Störungen wird im Zuge einer erfolgreichen Therapie die eigene Geschichte und die Geschichte der eigenen Familien umschreiben und neu bewerten mit entsprechenden Folgen auf das Selbstbild und das Bild der Familie. Dies ist ein Vorgang, der äußerste Kraftanstrengungen erfordert und in der Regel Jahre dauert.

5. Zusammenfassung

Wir können das reiche Wissen der Psychoanalyse von den unbewussten psychischen *Inhalten* ergänzen um die Beobachtung und Beschreibung der *Muster*, die der *Transformationsprozess* in der Stunde erzeugt. Die Modellbildung des Transformationsprozesses ist in lebhafter Entwicklung, innerhalb und außerhalb der Psychoanalyse.

Diesen Prozessmustern ist gemeinsam, dass sie keine lineare, sondern eine rhythmische, musikalische Textur haben. Wir können sie gleichwohl behandlungstechnisch wie jedes andere Material auch in die Deutungstätigkeit einbeziehen, mit einem Deutungstyp, den ich *Prozessdeutung* nennen würde.

Wenn wir uns nun solchen Regulationsrhythmen im Patienten und zwischen Patienten und uns zuwenden, in welcher Situation finden wir uns dann aber wieder?

Psychotherapie ist komplex genug, soll sie noch komplexer werden? Ich meine, es ist umgekehrt. Die Arbeit mit dem Prozessmodell vereinfacht. Es ist wie mit dem Hören von Musik. Wollte man Gehörtes erfassen, indem man jeden einzelnen Ton, seine Höhe, seine Dauer, seine Lautstärke beschreibt, so wäre das Resultat eine unendlich große ungeordnete Datenmenge. Indem wir Ordnungsmuster erkennen, orientieren wir uns und werden dadurch aufnahme- und handlungsfähig.

Ich gebe mittlerweile in der Deutungsarbeit der Beschäftigung mit Prozessmustern solange den Vorzug, wie Störungen der Transformationsprozesse vorliegen, die eine erfolgreiche Arbeit an den Inhalten erschweren. Was mich dann immer wieder erstaunt, ist die Leichtigkeit, mit der Inhalte bewusst werden können, häufig ohne mein Zutun. Der Widerstand gegen die Bewusstwerdung geht anscheinend stark zurück, wenn ein zur Verarbeitung kompetenter psychischer Apparat aktiv ist. Sehr häufig wird diese Arbeit von den Patientinnen erledigt, was mich immer aufs Neue beeindruckt.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur:

Beebe B. und Lachmann F. (2004): Säuglingsforschung und Psychotherapie Erwachsener: Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen. *Klett-Cotta Verlag*

Beebe B., Lachmann F. et al (2002): Koordination von Sprachrhythmus und Bindung. Systemtheoretische Modelle. *In: Brisch, K. H. et al (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Klett-Cotta Verlag, 2002*

Damasio, A. R. (2000): Ich fühle also bin ich. *List Verlag, München*

Plassmann R. (1996): Körperpsychologie und Deutungstechnik: Die Praxis der Prozeßdeutung. *Forum der Psychoanalyse 12, S. 19-30, Springer-Verlag*

Plassmann R. (2007): Die Kunst des Lassens. *Psychosozial Verlag Gießen*

Plassmann R. (Hrg) (2009): Im eigenen Rhythmus. *Psychosozial Verlag Gießen*

Plassmann R. (2010): Inhaltsdeutung und Prozessdeutung. *Forum der Psychoanalyse*

Stern D. (2005): Der Gegenwartsmoment. *Brandes und Apsel*

Zwiebel R. (2004): Der Analytiker als anderer. Überlegungen zum Einfluss der Person des Analytikers in der analytischen Praxis. *Psyche-Z Psychoanal 58 2004, S. 836-868*