

# Der psychoanalytische Spagat zwischen Technik und heilender Begegnung

von Horst Obleser  
opus magnum, Stuttgart, 2006  
Alle Rechte vorbehalten.

Dieser Vortrag ist meinen Patienten (und Lehranalysanden) gewidmet, auch wenn diese ihn vermutlich nie lesen werden. Ihnen verdanke ich wichtige und für mich bedeutende Begegnungen, ohne die mein Leben nicht so reich geworden wäre.

## *Vorstellung von diesem Vortrag*

Der psychoanalytische Spagat zwischen Technik und heilender Begegnung drückt meine persönliche Suche in der psychoanalytischen Arbeit aus. Mir ist bewusst, dass jede Hypothesen- und Theoriebildung immer etwas Subjektives beinhaltet. Zudem trägt sie vermutlich auch zur Stabilisierung und Restaurierung bei. Wir installieren damit etwas von unserem eigenen Unbewussten und unserer eigenen Abwehrstruktur.

Nach einem kurzen Rückblick auf den theoretischen Ausgangspunkt zu Beginn meiner Arbeit und die psychoanalytischen Strömungen, auf die ich in meinem bisherigen Analytikerdasein eine Antwort finden musste, werde ich versuchen, meinen derzeitigen Standpunkt zu verdeutlichen.

Was ich lange Zeit als Spagat bei der analytischen Arbeit empfunden und mit der Durchführung von Lehranalysen noch stärker erlebt habe, hat ohne Zweifel eine Menge mit einem psychoanalytischen Über-Ich und Ich-Ideal zu tun, wobei sich Gruppenideale und kollektive Ideale überlagern und durchdringen. Näheres wird später noch auszuführen sein, denn wenn ich es richtig interpretiere, zeigt sich diese Konstellation schon in Freuds Werk.<sup>1</sup>

## *Was macht den Spagat aus?*

Einerseits gilt es, einige technische Regeln zu beachten, die mehr oder weniger als überhöhtes Ideal vor uns oder über uns stehen. Wenn wir die beachtenswerten – nein: die z.T. verpflichtenden – Regeln einhalten, was bleibt noch von der lebendigen Beziehung übrig? Wenn die aktuelle Dynamik ausschließlich auf Übertragungsprozesse reduziert wird, was bleibt von meinem Gegenüber übrig? Wie sehr verkenne ich damit, dass der Patient auch noch vielerlei reife und intakte Anteile besitzt?!

Eine weiterer, aber wichtiger Bereich ist die Abstinenz (umgangssprachlich: Enthaltensamkeit). Wie sieht sie aus und wie kann sie tatsächlich aussehen? Was signalisiere

ich dem Patienten mit der Handhabung einer strikten, regelgerechten Abstinenz?

Dieser Vortrag ist der Versuch einer Antwort auf die vielen Jahre der Suche, nach dem was für mich Psychoanalyse ist und was sie nicht ist.

## *Ein Wechselbad der Theorien*

Wenn ich mir die vergangenen 40 Jahre am Institut anschau, wird mir das Wechselbad der Theorien bewusst. Als ich die Ausbildung begann, bestimmte die Triebtheorie die theoretischen Vorstellungen und Kasuistik noch sehr stark. Immerhin hatten die Gründungsväter des 1948 gegründeten Institutes ihre geistigen Spuren hinterlassen, auch wenn sich diese nur zwischenzeitlich bemerkbar gemacht haben.

Es bestand zum Beginn meiner Ausbildung ein ganz seltsamer Spannungszustand, den ich so versuche zu beschreiben: Es gab die DPV und die Jungsche Gruppe (DGAP), in sich abgegrenzte Fachschaften. Daneben gehörte eine große Zahl der Dozenten keiner dieser Gruppierungen an, da sie am Institut und nicht innerhalb einer Fachschaft ihre Ausbildung gemacht hatten. Natürlich wurde in den Seminaren viel diskutiert, aber es gab praktisch keine Veranstaltungen, die von DPV- und DGAP-Dozenten gemeinsam durchgeführt wurden. So oblag es ausschließlich uns Studierenden, mit den Ansätzen und Konzepten der jeweiligen Gruppen fertig zu werden. Der einzige Niederschlag ohne Austausch bzw. Diskussion fand im „Almanach“ statt, in dem damals Fachbeiträge veröffentlicht wurden. Das gemeinsame Suchen, wie wir es noch bei den Gründungsvätern erkennen können, war also Mitte der Sechziger Jahre bereits vorbei. Als dann 1970/71 noch die DPG-Gruppe in die Hohenzollernstraße einzog, war separates Kochen angesagt. Nach der endgültigen Spaltung und dem Auszug der Jungianer verblieb der nichtorganisierte Rest in der Stuttgarter Gruppe – diese Bezeichnung hatte sich ja auch mehr als 20 Jahre im Namen unseres Institutes niedergeschlagen und es gab verschiedene „Nischen“. In der einen wurde z.B. intensiv nach Michael Balints Konzept der Grundstörung

1

Die Protokolle von Ernst Blum zeigen einen anderen Freud als z.B. die Schriften und Mittwochsgesellschaften. siehe Pohlen 2006

behandelt, in anderen konsequent das triebtheoretische Modell angewandt und in einer weiteren traditionell nach C.G. Jungs analytischer Psychologie gearbeitet. Zu dieser Zeit hatten wir in Stuttgart das Glück, dass Jacques Berna regelmäßig von Hamburg zu uns nach Stuttgart kam und hier Seminare und Kontrollen durchführte. Er lehrte den ich-psychologischen Ansatz. (J. Berna verdanke ich persönlich die Begleitung bei hochfrequenten Analysen und die Einsicht, was umsichtiges, behutsames und unermüdliches Deuten bewirken kann.)

Das ging aber nicht lange so, denn es tauchte Kohuts Konzept vom Narzissmus auf, der einige Dozenten beinahe inflationär erfasste. Dann kam aber bereits Mahlers Entwicklungsmodell auf und bestimmte den Inhalt der durchgeführten Kontrollen und Examensarbeiten. Plötzlich sprach man nur noch in den Kategorien von Wiederannäherung und Separation; zweifellos wichtige Erklärungsmodi, aber ohne die erhoffte Auswirkung auf die Heilungsprozesse (da für sich nicht ausreichend).

In dieser Zeit ergriff auch die Gruppenpsychotherapie, die Ehe- und Paarberatung die Institute. Obwohl Horst Eberhard Richter schon 10 Jahre vorher sein Buch über die Familientherapie geschrieben hatte, brauchte es diese Zeit, bis innerhalb der Psychoanalyse ein ernsthaftes Interesse dafür entstand. Besonders Helmut Stierlin und Thea Bauriedl trugen hierzu wesentlich bei.

Dann modifizierte *Kernberg* den kleinianischen Ansatz mit ich-psychologischen Konzepten, was zu einem erweiterten Umgang mit narzisstischen Störungen und besonders den Borderlinestörungen führte. (Für ihn gehen Borderlinestörungen letztlich auf die Intensität destruktiver und aggressiver Impulse und auf die relative Schwäche der Ich-Struktur zurück, die zu ihrer Bewältigung zur Verfügung stehen. Dabei kann seiner Ansicht nach die Aggression angeboren oder durch ein frühes, schweres Trauma ausgelöst sein.)

Parallel daneben fand sich am Institut besonders unter den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein intensives Interesse an der Arbeitsweise von Melanie Klein. Demgegenüber fanden andere Theoretiker ihren Niederschlag nur in Diskussionsbemerkungen (Bion, Bollas, Aron, Stern, Bolby et al.).

Selbst wenn man diese sehr verschiedenartigen Theorien nur oberflächlich beschreiben wollte, bedürfte es einer ganzen Vorlesungsreihe. Doch sie alle leben von der intensiven Suche nach einem verbesserten Zugang zur Psyche des Patienten. Aber vielleicht sollten wir ergänzend sagen, dass wir nach einem Zugang suchen, der unserem persönlichen Verständnis mehr entspricht, also adäquater für unsere persönliche Verwirklichung ist.

Alle diese Theorien haben natürlich für sich ihre Berechtigung. Die Frage dabei stellt sich jedoch, welche Theorie zum jeweiligen Psychotherapeuten passt und in welcher man sich authentisch fühlt. Das wiederum lässt sich nicht ausschließlich intellektuell entscheiden und erfordert längere Praxis. Tatsache ist jedoch, dass die Frage nach der Wirkung der theoretischen Konzepte auf den Behand-

lungserfolg überall, wenn auch in unterschiedlicher Weise, diskutiert wird. Und die Frage, was heilt in der analytischen Psychotherapie, ist nach wie vor offen. Auch wenn wir uns auf den Ansatz Sigmund Freuds besinnen, dass es nicht Aufgabe der Analyse ist, die Symptome zu heilen, sondern die Analyse als Erkenntnisprozess zu begreifen, bleibt uns das Problem erhalten. Inzwischen ist die Medizinalisierung der Psychoanalyse soweit vorangeschritten, dass wir unsere therapeutische Effizienz ständig unter Beweis stellen müssen.

## *Sigmund Freuds Arbeitsweise*

Schauen wir zurück auf Sigmund Freud, so erkennen wir verschiedene Phasen in seiner Haltung den Patienten gegenüber: 1895 versteht der Analytiker sich als Chirurg, 1899 als Archäologe, und 1912 als Spiegel. Andererseits schreibt er auch in den „Studien über Hysterie“ (1895):

Man wirkt, so gut man kann, als Aufklärer, wo die Ignoranz eine Scheu erzeugt hat, als Lehrer, als Vertreter einer freieren oder überlegenen Weltanschauung, als Beichtthörer, der durch die Fortdauer seiner Teilnahme und seiner Achtung nach abgelegtem Geständnisse gleichsam Absolution erteilt; man sucht dem Kranken menschlich etwas zu leisten, soweit der Umfang der eigenen Persönlichkeit und das Maß von Sympathie, das man für den betreffenden Fall aufbringen kann, dies gestatten. (GW I, 285)

Diese Sätze beinhalten das, was Freud wirklich gelebt hat. Junker fasst Freuds Verhalten in dessen Analysen so zusammen:

Freuds Haltung gegenüber Patienten und Lehranalysanden wird von deutlichen Wohlwollen bis zu herabsetzender Kälte geschildert, von Heiterkeit bis zu bitterem Ernst, von geduldig schweigendem Zuwendungen ist zum erregten Klopfen auf den Kopfteil der Couch oder die Armlehne des Sessels. Freud hat Geschenke angenommen und Geschenke verteilt: Ziegenmilch für seine Frau und eine Blütenrispe für die Dichterin Doolittle. Er hat Stunden kostenlos gegeben und dem Wolfsmann ein Frühstück servieren lassen. Er beantwortete Fragen, erzählte von Ereignissen seiner Reisen, sprach viel und intim über Kollegen, vor amerikanischen Analysanden häufig über seine Eindrücke aus den USA. Er war sowohl streng in seiner Diskretion als auch peinlich indiskret. Er gab Ratschläge, Ermahnungen, erklärte die Schlafstellung eines Analysanden für infantil und empfahl seine eigene.<sup>2</sup>

In der Analyse Ernst Blums erzählt er Witze und spricht mit ihm, ob dieser vielleicht doch Freuds Tochter Anna heiraten könnte.<sup>3</sup> (Pohlen 2006)

Freuds Technik, das heißt die Kunst der therapeutischen Prozessführung, steht allem entgegen, was die orthodoxe psychoanalytische Theorie entwickelt hat, dass eben das Heil in der Analyse von der Rekonstruktion der frühen Kindheit zu erwarten wäre.

Demgegenüber finden sich in seinen „Anweisungen“ (GW VIII, S. 350) und „Ratschlägen“, „technische Vorschriften“ andere, kontrastierende Feststellungen, die m.E. zu einer fatalen Entwicklung geführt haben. Dort fordert er in einer Weise Abstinenz, „Kälte eines Chirurgen“, „Undurchsichtigkeit des Spiegels“, Zurückweisung infantil-neurotischer Wünsche, „vom Analytiker geforderte Gefühlskälte“, Einführung eines Interaktionsstils (Antwort-Stil des Analytikers), dem sich der Patient anpassen muss. Dies hat innerhalb der Psychoanalyse wohl zu einer Art „Fehlentwicklung“ geführt und ihre Niederschlag in dem sich gebildeten psychoanalytischen Über-Ich gefunden. Das Werk Freuds hat sich nach seinem Tod sehr verfestigt, kanonisiert und dogmatisiert. Freuen wir uns, dass sein 150 Jahrestag durch die vielen Veröffentlichungen, Vorträge und Diskussionen hier ein neue, zeitgemäße Distanz und hoffentlich endlich eine echte Ablösung von diesem Über-Vater ermöglicht.

Wir sollten nie vergessen, dass Psychoanalyse ein Medium ist, das jeweils in einer bestimmten Zeit und ihrer gesellschaftlichen Umgebung stattfindet, die sich ständig verändert. Ergo muss auch die analytische Haltung und Technik sich diesen Bedingungen anpassen, wenn sie etwas bewirken will. Der Mensch des 21. Jahrhunderts ist ein anderer als zur Zeit Sigmund Freuds.

Wissenschaftsgeschichtlich lässt z.B. sich zeigen, dass die Analytiker bis um 1960 erhebliche Schwierigkeiten hatten, mit regressiven Patienten zurecht zu kommen. Wer bei diesen Patienten neutral, unberührt und gegenüber drängenden Wünschen unbestechlich bleiben will, muss in solchen Behandlungen scheitern, weil dadurch die Kommunikationsebene verloren geht.

## Theorievorstellungen

Aus dem bisher Dargestellten wird das Heikle der Theorie bzw. ihrer Umsetzung in der Behandlungstechnik deutlich. Welche Theorie benötige ich und in welcher bin ich authentisch?

Ich bin der Ansicht, dass wir viele brauchbare Theorien zur Verfügung haben - oder nennen es aufgrund der geringen Verifikation besser Hypothesen -, wenn wir uns die Freiheit nehmen, sie auch anzuwenden. James Grotstein verglich die psychoanalytischen Systeme mit Fremdsprachen und soll bei einer Kongresseröffnung gesagt haben:

... er selbst beherrsche sieben analytische Sprachen fließend, müsse sich aber dafür entschuldigen,

dass er drei weitere nur mit starkem Akzent spreche ...<sup>4</sup>

Mit diesen Hinweisen, will ich ausdrücken, dass wir uns ständig bemühen sollten, einigermaßen auf dem Laufenden über die Sprache unserer psychoanalytischen Umgebung zu bleiben. Unsere analytisch-psychotherapeutische Identität ist zwangsläufig in stetiger Entwicklung. Beteiligt daran sind u.a.

- unsere persönliche Entwicklung,
- die sich verändernden Patienten in unserer Praxis (Wandel der Krankheitsbilder und der entsprechenden Psychodynamik),
- der Dialog mit unseren KollegInnen und
- die gesellschaftlichen Wandlungen.

Je besser wir unsere Arbeitsweise in Worte fassen können, um so bewusster kann sie sein und damit verantwort- und wandelbarer, dialogfähiger und anpassungsfähiger.

Das hört sich nach einem Plädoyer für die Technik an, was es in gewisser Weise auch sein soll. Um im Bild zu sprechen: Der Patient gibt durch die Besonderheit seiner Persönlichkeit und seine Erkrankung oder Symptomatik das Reiseziel vor. Der Analytiker jedoch muss Mittel und Wege finden, dieses Ziel auf der Landkarte oder im Gelände auszumachen, um mit dem Patienten dorthin gelangen zu können. Die Theorie entspricht in diesem Bild dem Kompass, dem Mittel, um die Orientierung nicht zu verlieren oder wiederzufinden.

Theorie und Technik ist immer zu Beginn einer Lernphase wichtig. Je mehr das Prinzip verstanden und erfasst ist, umso besser geht es dann ohne. Es ist wie beim Autofahren: Wenn man es kann, denkt man nicht mehr darüber nach.

Die technischen Komponenten der Analyse wie Arbeitsbündnis, Abstinenz, Traumarbeit, Freie Assoziation, Freischwebende Aufmerksamkeit, Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Deutung usw. werden entsprechend der jeweiligen Schule unterschiedlich gewichtet und gehandhabt. Also schon in den Essentials der Analyse scheiden sich die Geister und wir stehen vor der Frage: Wie mache ich es? Wem schließe ich mich an?

Nun helfen hier ein wenig die Lehranalyse, die ja indirekt ein Modell vorgibt und natürlich die Supervision, die mithelfen sollte, für die Supervisanden ihren persönlichen gangbaren Weg zu finden.

An einigen wenigen Beispielen will ich das Problem aufzeigen. Z.B. Bei der ach so hochgehaltenen freien Assoziation lässt sich der Spagat zwischen Lehre und praktizierter Wirklichkeit leicht erkennen. Heute wissen wir, dass Freud es anders als beschrieben gehandhabt hat:

Im Gegensatz zum völlig missverstandenen Gebrauch des Terminus von der „freien Assoziation“ hat Freud mit seinem Analysanden amplifizierend, beidseitig assoziierend gearbeitet....

Oder das Arbeitsbündnis: Für Freud bestimmte nicht die übliche Erörterung technischer Regeln die Eröffnung der Arbeit,

sondern Deklaration über den Geist der Analyse und die Verantwortung des Analysanden zur Freiheit. ... [Er] räumte von vorneherein mit den falschen Erwartungen des Analysanden auf, dass es hierbei um die Befreiung von Symptomen gehen könnte, sondern nur darum, sich die Freiheit zu nehmen, indem sie Ich-gerecht würden.<sup>6</sup>

Freuds praktizierte Abstinenz wurde weiter oben schon erkennbar. Aber wie kann sie in einer Begegnung aussehen, welchen Stellenwert kommt ihr zu? Die verbreitete Ansicht, der Patient könnte nicht mehr frei phantasieren, wenn er vom Analytiker mehr weiß, halte ich für eine Schutzbehauptung, um dem Patienten gegenüber eine bestimmte, überlegene Haltung zu legitimieren. Ich habe noch nie (!) erlebt, dass sich ein Patient gesperrt hätte, sich seinen Phantasien und Vorstellungen zu stellen, wenn ich ihm zuvor eine persönliche Frage beantwortet habe. Sicherlich handhabte ich das unterschiedlich, je nachdem welches Gefühl ich bei seiner Frage habe. Manchmal antworte ich spontan und ein anderes Mal interessiere ich mich ausschließlich für seine Frage und schaue, was von der an mich gerichteten Frage dann noch übrig ist. Aber den Rest beantworte ich auf jeden Fall in dem Rahmen, der hier geboten ist. Ich kann dann sicher sein, dass ich und der Patient ein verbessertes Arbeitsbündnis erlangt haben, was die beste Voraussetzung ist, die nächste Krise zu bewältigen, die bestimmt irgendwann kommen wird. Im Übrigen finde ich in diesem Zusammenhang die Vorstellung von Thea Bauriedl sehr hilfreich. Abstinenz definiert sich bei ihr nicht durch Schweigen oder Verweigerung, sondern durch das Bewusstsein, wer hier wer ist. Sie drückt es so aus (HO: von mir vereinfacht zusammengefasst): „Der Analytiker muss an seinem Platz bleiben.“

Oder: „Hier bin ich dort bist du!“<sup>7</sup> Damit drückt sich der tiefe Respekt vor der Autonomie des Patienten aus, die dieser auch noch in der tiefsten Regression besitzt.

Lutz Müller umschreibt die Abstinenz fein nuanciert mit den Worten:

Sie ist nicht hauptsächlich eine äußerlich eingenommene Haltung, die sich in streng einzuhaltenen Regeln, festgelegten Settings und starren Methoden o.ä. zeigt, sondern vielmehr eine innere Einstellung der Toleranz, Akzeptanz und Wertschätzung, durch die Freiheit, Selbstbe-

stimmung und Würde des Patienten gewahrt und dessen Prozess der Individuation gefördert wird.<sup>8</sup>

Im Übrigen darf nicht vergessen werden, dass das Schweigen des Analytikers nicht nur dem Patienten Raum gibt, sondern auch eine unglaubliche Manipulation des Patienten sein kann!

Zur Traumarbeit ist ähnliches zu sagen. Ich habe Patienten erlebt, die sich in Analyse befunden haben, in denen 6 und mehr Jahre intensive Traumarbeit geleistet wurde, ohne dass sich bei ihnen Wesentliches bewegt hätte. Bei bester Technik des Analytikers und sorgsamster Traumarbeit ist der Patient bei seiner Problembewältigung nicht weitergekommen. Nun liegt der Grund hier vermutlich auch in der unzureichenden Technik, die dem Patienten zwar rationale Klarheit, aber keine emotionale Beteiligung ermöglichte (was aber vermutlich nicht zum Konzept des Analytikers gehörte).

Dies ist ein Beispiel, dass hier der Spagat nicht gewagt wurde, es blieb bei der Technik.

Keine Therapie ist wie eine andere, keine Therapie gehorcht „nur“ irgendwelchen therapeutischen Regeln.<sup>9</sup>

schreibt Jaeggi (2005). Die sich aus der Theorie ableitende Technik gibt Handlungshinweise, die u.U. im Einzelfall jedoch modifiziert werden müssen. Die erste Regel sollte das Authentischsein bleiben. Authentischsein basiert auf der Fähigkeit des Einzelnen, in sich hineinzuhorchen, ob das, was man nach außen darstellt, auch mit dem „Innen“ übereinstimmt.<sup>10</sup>

Authentischsein heißt „nahe an sich selbst sein“, dabei eine innere Stimme zu haben,

die einem zuflüstert, was man wirklich ist und braucht und – bezogen auf Beziehungen – wer der wichtige andere für mich ist, wie ich zu ihm stehe und wie ich mich verhalten soll.<sup>11</sup>

Daraus folgt für denjenigen, der authentisch sein möchte, sich intensiv der Dauerreflexion zuzuwenden.<sup>12</sup>

<sup>5</sup> Pohlen, S. 376, Rest des Zitates: „...und durch diese Einstellung bewerkstelligt, dass im Prozess des Dichtens der Lebensgeschichte der Dichter den Dichter führt, wie Dante als Vergil und Vergil als Dante auftritt.“

<sup>6</sup> Pohlen, S. 375

<sup>7</sup> Bauriedl, S. 157

<sup>8</sup> Müller und Müller, S. 2

<sup>9</sup> Jaeggi, S. 99

<sup>10</sup> Jaeggi, S. 28

<sup>11</sup> Jaeggi, S. 28

<sup>12</sup> Wenn das Authentischsein so bedeutsam ist, dann erscheint es mir nur folgerichtig, dass wir Psychoanalytiker uns auch in unseren Theorien nahe sind, d.h. dass wir aus unseren persönlichen Welt-, Lebens- und Krankheitserklärungen (Hypothesen und Theorien) heraus denken und handeln und in ständigem Dialog mit dem Innen wie dem Außen zu schwingen.

## Die therapeutische Beziehung

Wir wissen alle, dass eine Heilung innerhalb einer Psychotherapie auch bei noch so befriedigender Beziehung nur selten ganz zu erreichen ist. Unter realistischer Betrachtung kann eine Symptombesserung erzielt und ein adäquateres Umgehen mit immer wieder auftauchenden Problemen und Symptomen ermöglicht werden.<sup>13</sup>

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Einstellung von C.G. Jung:

Als Arzt muss ich mich immer fragen, was der Patient mir für eine Botschaft bringt. Was bedeutet er für mich? Wenn er nichts für mich bedeutet, habe ich keinen Angriffspunkt. Nur wo der Arzt selber getroffen ist, wirkt er. 'Nur der Verwundete heilt.' Wo aber der Arzt einen Personpanzer hat, wirkt er nicht. Ich nehme meine Patienten ernst. Vielleicht bin ich genauso vor ein Problem gestellt, wie sie. Oft passiert ja, dass der Patient gerade das richtige Pflaster für die schwache Stelle des Arztes ist. Daraus können schwierige Situationen entstehen, auch für den Arzt oder gerade für ihn.<sup>14</sup> (Jaffé [Hg.], 1962, S. 139)

Es steht jedoch fest, dass es ohne jede Zweifel die Beziehung ist, die heilend wirkt (Untersuchungen von Orlinsky und Howard 1988). Diese Wirkung kann nicht auf irgend eine spezifische therapeutische Richtung zurückgeführt werden (Frank 1961, Luborsky und Singer 1975, Grawe u.a. 1994, Jaeggi 2004).<sup>15</sup>

Konsequenz: Die wichtigste Wirkvariable ist die therapeutische Beziehung.

Doch wie lässt sich diese therapeutische Beziehung erfassen, beschreiben, herstellen?

Beziehungen (also auch therapeutische) bzw. ihre Qualitäten, Formen und Funktionen verändern sich nicht isoliert sondern auch im Kontext der gesellschaftlichen Bedingungen. Es ist in diesem Zusammenhang interessant, dass die therapeutischen von Therapeuten in der Regel mit Alltagsbegriffen beschrieben und idealisierend oder entwertend dargestellt wird.<sup>16</sup>

## Sechs heilende Faktoren

Sechs Faktoren sind nach J.D. Frank (1961) erforderlich, damit eine „Heilung“ möglich wird.<sup>17</sup>

1. Es muss eine Beziehung zwischen Therapeut und Patient bestehen.
2. Es braucht eine Theorie, die als Leitlinie dienen kann.

3. Der Patient benötigt Information, d.h. Aufklärung über die Krankheit und die Ziele und Krisen der Behandlung.
4. Wie ist die soziale Position des Therapeuten, d.h. wie selbstbewusst lebt der Therapeut sein Leben? Der Patient braucht Achtung vor dem Therapeuten. Dieser weiß um die Krankheit und der Patient muss ihm vertrauen können.
5. Der Patient braucht Erfolg in seinem Leben, d.h. in basaler Weise muss er einen Sinn in seinem Leben sehen können.
6. Der Patient muss bereit sein, gewisse Dinge zu bereinigen, damit ihm Katharsis, Lösung der blockierenden Affekte helfen können.

Für Frank gilt: Das wesentliche Bestandselement dieser Beziehung ist, dass der Patient auf die *Kompetenz* des Therapeuten und auf seinen *Wunsch, ihm zu helfen*, vertraut. Das heißt, der Patient muss glauben, dass der Therapeut an seinem Wohl *aufrichtig Anteil* nimmt. Diese Bedingung wird in den meisten Therapieschulen nicht ausdrücklich gefördert. Am meisten vernachlässigt und fehleingeschätzt wird diese wichtige Bedingung nach Frank von der Psychoanalyse und der von ihr abgeleiteten Krankenkassenausgabe, der sog. analytischen Psychotherapie (nicht verwechseln mit C.G. Jungs „*Analytischer Psychologie*“).

Frank erläutert diesen Heilwirkfaktor weiter:

„Der Eindruck des Patienten, von jemand, den er achtet, *verstanden und anerkannt* zu werden, ist ein starkes Gegengift gegen seine Gefühle der Entfremdung und ein *mächtiger Auftrieb* für seine Moral.“<sup>18</sup>

Einige Psychoanalytiker (Heisterkamp 2002, Streek 1998, Stern 1992, Will 2003) gehen davon aus, dass die bedeutsamsten Wirkmechanismen in der Therapie außerhalb der üblichen Psychoanalyse-Parameter (z.B. Deutung, Abstinenz, Neutralität, Regression usw.) liegen.

Es sind die operativen Seiten des Geschehens, die unabhängig von den Worten bedeutsame Aspekte: Gesten, settingübergreifende Zufälle wie ein Telefongespräch, körperliche Berührungen, Momente des oft sprachlosen Verstehens, die neben der Sprache etwas Tieferes berühren.<sup>19</sup>

Der Tonfall der Stimme des Therapeuten, Betroffenheit im Gesicht, feuchte Augen bei besonders berührenden Schilderungen usw.

Grawe zufolge sollte der Therapeut die Eigenschaften Kompetenz, Professionalität, Wertschätzung und Wahrung der Patienten-Autonomie einbringen.<sup>20</sup> (Grawe 1998)

<sup>13</sup> Jaeggi, S. 36

<sup>14</sup> Jaffé [Hg.], 1962, S. 139

<sup>15</sup> Jaeggi, S. 7

<sup>16</sup> Jaeggi, S. 46

<sup>17</sup> orig. 1961, dt. 1981, Die Heiler (Persuasion and Healing), S. 444 – 451

<sup>18</sup> Sponzel, Internetseite 2006

<sup>19</sup> Jaeggi, S. 48

<sup>20</sup> Ein weiterer Parameter scheint auch die „richtige“ Balance zwischen Nähe und Distanz zu

## Die Interaktion

Die therapeutische Beziehung ist ein Gebilde, das vom Therapeuten immer wieder neu geprüft und reflektiert sein will. Und – das ist für die Anfänger in unserem Beruf besonders schwierig: Es muss der eigene und sehr individuelle Weg gefunden werden.<sup>21</sup>

Orange, Stolorow und Atwood (1979) sind der Ansicht, dass Patient und Therapeut gemeinsam das Bild des Patienten konstruieren. Dieses existiert nicht von vornherein, sondern benötigt in dieser Situation den Therapeuten, mit der Konsequenz, dass ein anderer Therapeut mit dem Patienten auch ein anderes Bild herstellt.

Jedes intersubjektive Feld wird demnach einen eigenen, einmaligen Prozess entwickeln. In der Arbeit stellt der Therapeut dem Patienten seine Subjektivität zur Verfügung. Damit muss die Abstinenz natürlich neu betrachtet werden.

Auch an die „Übertragung“ oder „falsche Verknüpfung“, wie sie zuerst genannt wurde, muss in diesem Zusammenhang gedacht werden. Gibt es in den Therapien neben diesen Übertragungsbeziehungen auch „echte“ Beziehungen, die nichts mit Primärpersonen zu tun haben?<sup>22</sup> Vieles weist darauf hin, dass die therapeutische Beziehung nichts als ein Sonderfall einer intimen Beziehung ist.<sup>23</sup>

Indem ich selbst als Person wahrgenommen und gleichzeitig als eine ganz bestimmte Person definiert werde, was auch eine bestimmte Werthaltung nach sich zieht, werde ich meiner selbst gewahr.<sup>24</sup>

### Kleiner Einschub:

In der Intersubjektivität sehe ich auch den ersten Silberstreifen am Horizont, dass viele unserer Kolleginnen und Kollegen das Gefühl los werden, sie würden von ihren Ausbildungsinstituten beengt und könnten nicht äußern, was und wie sie wirklich arbeiten.

Im Gespräch mit KollegeInnen konnte ich häufig feststellen, dass sie durchaus eigene Ansichten vom psychoanalytischen Arbeiten haben, aber dabei unter einem schlechten Gewissen leiden. Offensichtlich hat zu dieser Haltung ein ganzes

---

sein. Indem ich hier „richtig“ in Anführungszeichen setze, möchte ich das eigentlich Unbeantwortbare ausdrücken, da es sich nur schwer (besonders von außen) erfassen lässt, wie die jeweilige Beziehung aktuell von den Partnern erlebt wird.

21 Beispiel aus meiner frühen Zeit, als die Supervision darauf gedrängt hat, wie mit der Patientin in der nächsten Stunde umzugehen sei. Am anderen Tag, nach der für mich mit dem Programm im Gepäck sehr schwierigen Stunde, kam die Patientin und erzählte, wie verstört sie nach der letzten Stunde gewesen sei und mehrfach fast vor die Straßenbahn gesprungen sei.

22 Jaeggi, S. 13

23 Jaeggi, S. 15

24 Jaeggi, S. 21

Bündel an Faktoren geführt: Scham, unfertiger Trotz der Ausbildung gegenüber, Notlösungen bei komplizierten Behandlungen, u.v.a.m.

So leiden in unseren Kreisen viele unter der kursierenden Angst, von geschätzten Kollegen als unanalytisch abqualifiziert zu werden und sich in die „Schäm-dich-Ecke“ abgeschoben zu fühlen.

## Therapeuten als „Eltern“

Da Patienten in der Therapie durch die regressiven Prozesse zu suchenden und hilflosen Kindern werden können, bekommt die Beziehung leicht Qualitäten, die der Eltern-Kind-Beziehung gleichkommen. Deshalb scheint es mir sehr wichtig, dass Therapeuten sich klar darüber sind, welchen Elterntypus sie verkörpern. Diese Frage lässt sich natürlich leichter beantworten, wenn man selbst Kinder oder schon einige Therapien zuende geführt hat. Da die Elternbilder sich meist unbewusst einschleichen, beherrschen sie oft auf subtile Weise die Therapien. Wenn z.B. Freud gerne „Geständnisse“ von seinen Patienten bekommen wollte, zeigt das doch den unbewussten Vater in der Wiederholung eines in dieser Zeit üblichen Elternbildes.<sup>25</sup>

Gysling hat (1995) die Gegenübertragung der Therapeuten in die zwei Kategorien „väterlich“ und „mütterlich“ unterschieden. Cremerius sprach sogar von der „mütterlichen Liebestechnik“ und der „paternistischen Vernunfttechnik“.<sup>26</sup>

Da wir alle nicht aus unserer „Haut“ herauskönnen, kann bereits das Wissen um die eigene Haltung (Identität!) sehr hilfreich sein. Auf alle Fälle lassen sich unsere Haltungen in unserer angewandten Technik wiederfinden. So wird sich z.B. der strenge väterliche Therapeut in der patriarchalischen Haltung zeigen: „Ich weiß, was für dich gut ist!“<sup>27</sup>

Mit Ferenczi, der sich sehr um seine Patienten bemühte, und Rank begann um 1920 ein neuer Abschnitt, mit Patienten eher mütterlich umzugehen. Die Analytische Psychologie (C.G. Jung) würde hier von der Mitwirkung des Bios-Prinzips sprechen, die dieser Theorie entsprechend, die eigentliche Basis jeder helfenden Beziehung ist.<sup>28</sup>

Eine Gegenbewegung findet sich dann in der Systemischen Psychotherapie, die in Bert Hellinger ihren Höhepunkt findet, denn dieser „weiß es besser“, was den Patienten fehlt! Die veralteten Moralvorstellungen verraten den patriarchalen Therapeuten.

---

25 Bei Freud z.B. sollte Elisabeth von R. „gestehen“, dass sie ihren Schwager liebt.

26 Gysling 1995

27 Jaeggi, S. 90

28 Müller u. Müller, S. 69

Im Kontrast hierzu soll Winnicott erwähnt werden, der selbst „bekennt, dass er seine Arbeit nicht als Intellektueller tue, sondern ´sozusagen aus dem Körper-Ich´.“<sup>29</sup>

Die Vokabeln dieser Therapeuten [Anm. H.O: Winnicott, Khan, Balint u.a.] und ihrer Nachfolger, der Objektbeziehungstheoretiker, sind dementsprechend von der Welt des Mütterlichen geprägt: primäre Mütterlichkeit, Tragefunktion, basic unit (die ursprüngliche Einheit von Mutter und Kind), containing (Halten) u.a.m. Der mütterliche Körper in seiner schützenden Bedeutung steht im Mittelpunkt. Ganz buchstäblich wird von Masud Khan auch gezeigt, wie der Körper des Analytikers mitzuschwingen hat, um den Patienten zu verstehen. Die Gegenübertragung wird damit zum Heilfaktor.<sup>30</sup>

### Was ist mit der Liebe?

Was hat es damit auf sich, wenn Freud im Brief an C.G. Jung am 6. Dez. 1906 schreibt: „Es ist dann eigentlich eine Heilung durch Liebe.“<sup>31</sup> Doch wie kann und darf diese Liebe aussehen?

Therapeutische Beziehung gewährleistet Heilung, wenn sie „echt“ ist, den ganzen Menschen umfasst und auch eine echte Beziehung des Therapeuten zu sich selbst einschließt.<sup>32</sup>

Zitat Benedetti nach Glyskin:

Wenn wir den Patienten lieben, gibt er selber unserem Unbewussten die nötigen Symbole.<sup>33</sup>

Die Gefahr solch liebender Beziehung besteht m.E. darin, dass die Separationsbedürfnisse des Patienten nicht rechtzeitig oder auch gar nicht wahrgenommen werden. Andererseits ist sicher, dass Liebe allein eine Neurose nicht heilen kann. Sie kann aber sehr wesentlich dazu beitragen, dass der Liebende den Neurotiker nicht verlässt und ihm in Wiederholungszwang als korrigierendes Objekt zur Seite steht. Ganz sicher aber dauert so ein Veränderungsprozess lange Zeit und kostet viel Kraft. Als Analytiker haben wir es da etwas leichter, da uns Theoriemodelle zur Verfügung stehen, die auf die jeweilige neurotische Situation ein Verständnis ermöglichen und mit einem etwas geringeren Energieaufwand in der Nähe des Patienten bleiben können. So muss er sich nicht verlassen fühlen und kann neue Erfahrungen bilden.<sup>34</sup>

Für Daniel Stern (1992) geschieht das Eigentliche „außerhalb“ und ist im Voraus nicht zu bestimmen, es „ergibt sich“.<sup>35</sup>

Bei Ferro findet sich die Feststellung, wie sehr sich Patienten erleichtert fühlen, wenn Analytiker und Patient auf der gleichen Wellenlänge befinden (oder wiederfinden).<sup>36</sup>

Ein interessantes Phänomen begründet sich jedoch darin, dass viele Patienten einfach nur wohlwollende Beziehungen kaum kennen und erfahren haben. Entweder glauben sie, es werde eine Gegenleistung von ihnen erwartet. Sie verwechseln diese Form der Nähe mit Anmachen oder reagieren gespannt verunsichert.

Nun stellt sich die entscheidende Frage, was geschieht, wenn wir in der Beziehung die Liebe verlieren? Die Antwort ist sehr einfach: Dann benötigen wir umgehend und sehr rasch eine Reflexion des Geschehens und wohl dem, der jetzt die entsprechenden theoretischen Kenntnisse besitzt und mit ihnen in einen Dialog treten kann. Erst wenn wir wieder als „liebender“ Teil in die Beziehung zurückfinden und die Kommunikationsebene erreicht haben, besteht die Möglichkeit, dass uns der Patient wieder wirklich zuhört (nicht nur intellektuell, sondern auch mit dem „Herzen“).

Freud ist der Ansicht (1914, Zur Einführung des Narzissmus, S. 169), dass der Neurotiker liebesfähig sein müsse, um geheilt werden zu können. Dann jedoch brauche er die Liebe nicht mehr, denn er könne aus eigener Kraft geheilt werden. Trotzdem war ihm natürlich klar, dass rationale Erkenntnis ohne emotionale Beteiligung nicht viel bewirken kann. Freud befindet sich damit – sicher ungewollt – in bester Gesellschaft mit Augustinus, für den Liebe als die Voraussetzung der Erkenntnismöglichkeit galt. (Nikolai Hartmann schrieb in der Ethik 1929:

„Der Liebende gibt dem Geliebten die neue Dimension seines Wesens.“<sup>37</sup>

### Was ist „Liebe“ wirklich?

Versuch einer Definition nach Wikipedia:

Liebe (von mhd. *liebe* „Gutes, Angenehmes, Wertes“) ist im engeren Sinne die Bezeichnung für die stärkste Zuneigung, die ein Mensch für einen anderen Menschen zu empfinden fähig ist. Im weiteren Sinne bezeichnet Liebe eine ethische Grundhaltung

<sup>29</sup>

Jaeggi, S. 94

<sup>30</sup>

Jaeggi, S. 96

<sup>31</sup>

„Es ist im Wesentlichen eine Heilung durch Liebe.“ zit. nach Wyss, S. 296

<sup>32</sup>

Jaeggi, S. 127

<sup>33</sup>

zit nach Jaeggi, S. 130

<sup>34</sup>

Bauer 2005: In diesem Zusammenhang sind die neurologischen Untersuchungsergebnisse interessant, die bei einer ansprechenden Gesprächssituation die Veränderung der neuronalen Vernetzung nachweisen konnten.

<sup>35</sup>

Dies kann im richtigen Augenblick eine tröstende Umarmung sein oder das Zulassen einer regelwidrigen Darstellung eines Konflikts durch den Patienten (Stern 1992)

Stern spricht vom „Now-Movement“, dem das „moment of meeting“ folgt, eine vertrauensvolle Beziehung, bei dem ein „Wärmestrom“ zwischen Patient und Therapeut (das nennt er „moving along“) fließt.

<sup>36</sup>

Ferro, S. 216

<sup>37</sup>

zit nach Jaeggi, S. 136

(„Nächstenliebe“). Im ersteren Sinne ist Liebe ein Gefühl oder mehr noch eine innere Haltung positiver, inniger und tiefer Verbundenheit zu einer Person, die den reinen Zweck oder Nutzwert einer zwischenmenschlichen Beziehung übersteigt und sich in der Regel durch eine tätige Zuwendung zum anderen ausdrückt.<sup>38</sup>

Weiter bei Wikipedia:

Liebe wird häufig als eine auf Freiheit gegründete Beziehung zwischen zwei Personen gesehen, die ihren Wert nicht im Besitz des adressierten Objekts findet, sondern sich im dialogischen Raum *zwischen* den Liebenden entfaltet. Die Liebenden erkennen einander in ihrer Existenz wechselseitig an und fördern sich „zueinander strebend“ gegenseitig.

Ich gehe hier von einer Vorstellung aus, in der die Entwicklung soweit vorangeschritten ist, dass wir uns anderen Menschen, hier insbesondere zu den seelisch leidenden, aus einem tiefen Interesse zuwenden und mit ihnen an ihren Schwierigkeiten arbeiten können. Weiter gehe ich davon aus, dass wir soviel Reflexionsvermögen zur Verfügung haben, eine eventuell sich bemerkbar machende Verliebtheit unsererseits ausreichend zu reflektieren und dem beiderseitigen Erkenntnisprozess zugänglich zu machen.<sup>39</sup>

Leider haben wir nicht wie die Japaner ca. 40-50 Worte für Liebe zur Verfügung und müssen dieses Wort für einen Gefühlskomplex benutzen. Dieser beinhaltet Sympathie, Wohlwollen, Anteilnahme und tiefes Interesse am anderen, Beistand (besonders in der Not). Freilich ist hier die Grenze sehr nahe, an der man sich im anderen verliehren könnte.<sup>40</sup>

Bedauerlicherweise scheitern immer wieder KollegInnen genau an diesem Punkt, wenn sie zu spät oder gar nicht den reflektierenden Zugang zu ihrer Verliebtheit finden. Entweder scheuen sie die Supervision oder sie muten sich (und natürlich auch ihren Patienten) zu viel an Nähe zu. Dem Eros-Prinzip kann man sich nur schwer entziehen, da es durch Zauber und Verführung wirkt und wir keine wirkliche Kultur für den Eros entwickelt haben! So fällt

es meist allen Betroffenen schwer, über ihre Gefühle zu sprechen und sich ihre Liebessehnsucht und Liebe in der therapeutischen Beziehung bewusst zu werden.

... nicht die Existenz von Liebe und sexuellen Wünschen zwischen Patient und Therapeut ist gefährlich, sondern der nicht professionelle Umgang damit.<sup>41</sup>

Was in der bisherigen Betrachtung noch völlig fehlt, ist der Humor.

Humor hat nicht die Schärfe der Ironie oder Satire, er ist nicht aggressiv, wohl aber überraschend und Damit in der Lage, Affekte und Emotionen, verfestigte Haltungen, Einstellungen, starre Denkweisen, Konzepte und Vorurteile aufzulockern.<sup>42</sup>

Damit ist der Humor ein wichtiges Prinzip in der Begegnung. Er setzt Freiheit des Geistes ebenso voraus wie Liebe zum Leben und zum Menschen in seinen Schwächen, Begrenzungen und Fehlern. Nur, es gilt zu bedenken: Lachen und Auslachen liegen nahe beieinander.

### ***Folgerungen aus meinen persönlichen Erfahrungen***

Die Traumaforschung ist sich weitgehend einig, dass traumatisierte Patienten nicht mit denselben Methoden behandelt werden dürfen, wie solche, die als „Übertragungs- oder ödipale Neurosen“ betrachtet werden. Der Hauptgrund liegt wohl in den durch das Trauma pathologisch veränderten Hirnstrukturen und die sich im abstrakt-symbolischen Medium bewegende Sprache kann hier wenig ausrichten. Umso bedeutsamer sind hier Begegnung und Beziehung. In der Arbeit mit diesen Patienten habe ich lernen müssen, in besonderen Weise auf meine Angst zu achten. Besonders Missbrauchopfern sind in der Regel so verunsichert, das sie die Wiederholung ihres Traumas befürchten. Ihrem Misstrauen und ihren spezifischen Ängsten geben sie nur selten einen verbalen Ausdruck. Oft lässt sich dieses scheußliche Gefühl erst über die Gegenübertragung feststellen. Als effektives Mittel begann ich, sehr früh in der Beziehung meine Angstabwehr zu prüfen. Mit konsequenten Blitzlichtern auf mein Befinden, jedoch verstärkt unter dem Gesichtspunkt meiner möglichen Angst, gelang es mir, wieder Freiräume zur Reflexion zu gewinnen und konnte mein Verhalten besser im Interaktionsprozess verstehen. Freilich ist das Wort „Angst“ nur ein Terminus technicus, denn oft ist es nur ein Unwohlsein, Unbehagen, alle Formen psychischer und physischer Spannungen oder Erregung usw. Unter diesen Gesichtspunkten veränderten sich auch meine anderen Behandlungen. Ich wurde muti-

38

Rest dieser Definition: „Hierbei wird nicht unterschieden, ob es sich um eine tiefe Zuneigung innerhalb eines Familienverbundes („Elternliebe“) handelt, um eine enge Geistesverwandtschaft („Freundesliebe“) oder ein körperliches Begehren („geschlechtliche Liebe“). Auch wenn letzteres eng mit Sexualität verbunden ist, bedingt sich auch in letzterem Falle beides nicht zwingend (z.B. sog. „platonische Liebe“).“

39

Um hier Missverständnissen vorzubeugen: ich möchte hier nicht über mit Liebe verwechselte Beziehungen in Analysen sprechen, die dann mit sexuellen Übergriffen der Analytiker (und Analytikerinnen!) enden.

40

Jaeggi, S. 121: Psychoanalytisch können wir die Liebe verstehen als eine erste Wiederannäherung an das erste Liebesobjekt. Die infantile Qualität könnte hier durch Sublimierung bewältigt werden.

41

Müller und Müller, S. 110

42

Müller u. Müller, S. 177



ger, „offensiv“ mein Befinden, das im Feld mit dem Patienten entstand, einzubringen und zur Diskussion zu stellen. Das Feld beginnt jedoch meiner Beobachtung nicht erst an der Praxistür, sondern im Augenblick des ersten Kontakts (z.B. am Telefon oder u.U. sogar bei Berichten Dritter über den Patienten, z.B. bei Überweisung durch Kollegen).

Bei Bion fand ich die theoretische Erklärung für meine Angstabwehr. Er sieht die besondere Gefahr darin, dass sich der Analytiker durch die Projektion des Patienten bedroht fühlt und infolgedessen unbewusst abblockt. Oder er nimmt wohl auf, aber weil er sich überwältigt fühlt, kann er entweder nicht mehr denken oder zieht sich zurück oder verfällt während der Sitzung in irgendeine Form des unproduktiven Agierens. Um diesem Vorgang möglichst frühzeitig zu bemerken und eine authentischen Begegnung wieder herzustellen, habe ich mir angewöhnt, immer wieder meinen gesamten Zustand zu „scannen“, ob etwas in mir gerade störend oder gar abwehrend abläuft. Diese Störung muss möglichst rasch verstanden und aufgelöst werden. Eventuell brauche ich dabei auch die Hilfe des Patienten, dem ich in angemessener Form mein Problem mitzuteilen versuche.

Letzteres ist natürlich ein heikler Vorgang, denn der Patient darf nicht überfordert werden. In der Regel habe ich jedoch gute Erfahrungen damit gemacht, denn der Patient spürt, dass ich ihm etwas zutraue, auch auf seine Mitarbeit und Integrität vertraue und ihm damit Wert und Wichtigkeit zuschreibe. Das Hier und Jetzt bekommt eine große Bedeutung und wird eigentlich nur verlassen, wenn es mit biographischem Material des Patienten „unterfüttert“ werden muss, d.h. wenn neue, ergänzende Informationen aus der Geschichte des Patienten helfen können, das Geschehen zwischen ihm und mir besser zu verstehen (engl. „understand“!). Das Erleben, sich gegenseitig wiedergefunden zu haben, bewegt mich immer wieder auf neue und ich glaube, dass es meinen Patienten ähnlich geht.

Natürlich ist dies eine besondere Form der psychoanalytischen Technik, aber sie kann vielleicht am besten beschrieben werden mit „Ich bin mit dir zusammen, doch jetzt habe ich dich verloren. Nun versuche ich, dich wieder zu finden. Eventuell brauche ich dabei deine Hilfe.“ Es ist also auch eine psychohygienische Technik, die ihren primären Ausgangspunkt in meiner Selbstorganisation gründet und für mein Wohlbefinden zu sorgen hat. Wenn ich mich nicht wohlfühle, dann wird in irgend einer Form auch der Patient davon betroffen sein.

Um den Hintergrund besser zu beleuchten, möchte ich zur Kommunikationswissenschaft schauen. Diese hat deutlich gemacht (Watzlawick, Baevins, Jackson), dass jeder Versuch, in Gegenwart einer anderen Person keine irgendwie geartete Beziehung zu haben, lebenspraktisch nicht möglich ist.<sup>43</sup>

Der Analytiker Ronald D. Laing forderte schon 1967:

Wir brauchen Begriffe, die sowohl die Interaktion als auch Intererfahrung zweier Personen an-

zeigen und die uns die Relation zwischen der eigenen Erfahrung eines jeden und seinem Verhalten verstehen helfen im Kontext der Beziehung beider zueinander.<sup>44</sup>

Laing beschreibt exakt die Dynamik zwischen Analytiker und Patient. Seiner Ansicht nach entsteht in der Analyse Angst durch die Wechselseitigkeit von Aussagen. Diese Angst wird meist durch die „Formelhaftigkeit“ der Rollen von Analytiker und Patient abgewehrt (C.G. Jung würde hier von Persona sprechen). Wir können davon ausgehen, dass der Patient alle vom Analytiker ausgehenden Reize kanalisiert. Er erfasst das Unbewusste des Analytikers als störendes Ereignis.

Treuniet ist der Überzeugung, dass Patienten viel mehr von uns wissen, als uns recht ist. Dieses Wissen haben sie von niemand anderem als von uns selbst.

Sobald dies als Widerstand gedeutet wird, haben wir das Spiel verloren...<sup>45</sup>

...

Erfolgreiche analytische Arbeit entfaltet sich in einem Prozess kontinuierlicher, aktiver, gegenseitiger Verstrickung zwischen Analytiker und Analysand plus dem ständigen Versuch beider, sich der Art dieser Verstrickung bewusst zu werden und sie aufzuklären.<sup>46</sup>

...

Der Analytiker möge sich bewusst sein, dass er sich ihm „Oszillieren zwischen Agieren und Introspektion“ aufhalte, dass er den Ausdruck seiner Gegenübertragung selbst dann nicht zurückhalten kann, wenn er schweigt. Er möge anerkennen, dass [...] Enttäuschung emotional ertragen werden kann und dass zwei unvollkommene Menschen, die sich mögen, es fertig bringen, im Bewusstsein gegenseitiger Enttäuschung an der Beziehung festzuhalten.<sup>47</sup>

Dies setzt einerseits ein stabiles Arbeitsbündnis voraus, andererseits trägt dieser Prozess selbst zur Stabilisierung bei.

In einem ähnlichen Zusammenhang schreibt Racker:

Der Ausgang der Behandlung hängt weitgehend von der Fähigkeit des Analytikers ab, seine positive Gegenübertragung über alle Schicksale seiner „Gegenübertragungsneurose“ hinweg aufrechtzuerhalten, oder sie aus allen Schäden, die sie erlitten haben mag, wieder unverletzt hervorgehen zu lassen, so wie der mythische Vogel Phönix

<sup>43</sup>

Junker, S. 69)

<sup>44</sup>

zit nach Junker, S. 73

<sup>45</sup>

zit nach Jinker, S. 153

<sup>46</sup>

zit nach Junker, S. 153

<sup>47</sup>

zit nach Junker, S. 154

immer wieder aus der eigenen Asche aufersteht.<sup>48</sup>

Ich habe Analysen erlebt, in denen ich über lange Strecken sehr allein war, z.B. wenn die Patienten in tiefe persönliche Verstrickungen gefangen oder schwer depressiv waren. Dies waren Situationen, in denen ich zuwenig verstand, was sich da ereignete, oder mein empathisches Vermögen war blockiert oder unzureichend. In solchen Phasen einer Analyse kann der Patient nur eingeschränkt mithelfen, sich bei mir und ich mich bei ihm wiederzufinden. Das sind dann die Zeiten, in denen man gefragt ist, ob man seinen Patienten ausreichend lieben und bei ihm bleiben kann, auch wenn er gerade zum „anal Stinkstiefel“ regrediert ist und er mir nicht anders zeigen kann, wie „dreckig“ es ihm immer ergangen ist und es jetzt mit mir wiederholen muss. Das ist aber auch die Zeit, in der ich Technik und Reflexion benötige, um mich nicht zum Agieren oder Reagieren verleiten zu lassen. Gleichzeitig konnte ich feststellen, wie Patienten auch auf mich gewartet haben, bis ich etwas verstanden habe, um wieder in der Beziehung präsent sein zu können. Wenn solche Phasen überwunden sind, erleben die Patienten tatsächlich das Wiederauftauchen und sich Wiederfinden in der Beziehung ähnlich dem Vogel Phönix. Das ist der Augenblick, in dem man erleben kann, dass dies das Resultat einer „Hochzeit“ von Technik und Liebe gleichkommt. Zitat Ferro:

„Bion sagt, dass er nur dann auf eine Theorie zurückgreife, wenn er müde sei und das Gefühl habe, irgend etwas, das ihm der Patient erzählt hat, nicht verstanden zu haben.“<sup>49</sup> (Ferro, S. 135 ff)

Ferro hat seine Technik unter dem Gesichtspunkt des „bipersonales Feldes“ untersucht und konsequent weiterentwickelt. Seine Art, im Hier und Jetzt das Geschehen zu betrachten, befähigt ihn, mit einer höchstmöglichen Präsenz in der Beziehung zu seinen Patienten zu sein.

Balint hat sich bereits ähnlich geäußert:

Worauf es ankommt, ist die Schaffung und die Aufrechterhaltung von Bedingungen, in denen innerlich, in der Seele des Patienten, sich etwas ereignen kann.<sup>50</sup>

... Nicht nur muss der Patient fühlen, dass der Analytiker da ist, sondern auch, dass er im richtigen Abstand da ist.<sup>51</sup>

Er gründet in einigen Vorstellungen auf seinen Landsmann Ferenczi und ist der Ansicht,

dass durch die künstlich eingeschränkte, formalisierte und unpersönliche Verhaltensweise des Analytikers die Analyse als unwahr degradiert wird und damit ihre therapeutische Valenz verliert.<sup>52</sup>

Nach Yalom und Elkin (1974) waren es nicht die Übertragungsdeutungen, die von den Patienten als hilfreich erlebt wurden, sondern „vielmehr eine kleine persönliche Bemerkung wie das Fragen nach Meinung, Komplimente über das Aussehen oder einfach ein warmer Blick.“<sup>53</sup> (Mir sind einige unkonventionelle Beispiele bekannt, die mir KollegInnen aus ihren Lehranalysen berichtet haben.)

Offensichtlich akzentuieren solche „außentherapeutischen“ Momente<sup>54</sup>, die sich beim Kommen und Gehen ereignen, die Identität des Patienten, der sich dadurch erkannt und gesehen fühlt!

In der Analyse sind wir mit unserem Patienten auf unsere begrenzten Möglichkeiten der Einfühlung angewiesen und stehen ganz allein vor der Aufgabe, sie für das Verstehen sprach- und dialogfähig zu machen.<sup>55</sup>

Patienten und Analytiker haben Bilder voneinander und von dem Prozess, der sie in der Therapie erwartet. Diese Bilder beeinflussen den Prozess nachhaltig!<sup>56</sup>

Zum Spagat gehört auch die Entscheidung, ob man eine Behandlung übernimmt oder nicht. Hier finden wir oft den Konflikt zwischen der diagnostischen Realität, dass die Störung im vorliegenden Fall eine unzureichende Prognose aufweist, und dem Mitgefühl, das wir für diesen Menschen in seinem Leid aufbringen und das uns veranlassen könnte, wider besseres Wissen die Behandlung zu übernehmen. Dazu kommt die persönliche Frage, ob ich für eine eventuelle Behandlung des sich vorstellenden Patienten über die entsprechenden theoretischen und therapeutischen Kenntnisse verfüge.

Zusammenfassend möchte ich die Fragen anführen, die schon in oder nach den Vorgesprächen gestellt werden sollten:

<sup>48</sup> zit nach Junker, S. 147

<sup>49</sup> Ferro, S. 135 ff; Rest des Zitats: „Auch wenn diese Maxime für alles, was der Patient sagt, gilt, trifft sie doch ganz besonders auf die Schilderung von Träumen zu, das heißt auf Situationen, in denen sich der Patient vollständig öffnet, um mit uns zu kommunizieren. ... Die größten Gefahren entstehen durch einseitige, symbolische Deutungen, in denen die (mutmaßlichen) Symbole des Patienten decodiert werden, ohne dass wir uns am Symbolisierungsprozess beteiligen.“

<sup>50</sup> Balint, 1970, S. 177

<sup>51</sup> Balint, 1970, S. 217

<sup>52</sup> Junker, S. 98

<sup>53</sup> Jaeggi, S. 45

<sup>54</sup> Jaeggi, S. 63

<sup>55</sup> Junker, S. 185

<sup>56</sup> Nachhaltiger etwa als es Diagnosen tun, die vor der Analyse oder auch bei Kassenanträgen und Verlängerungsanträgen in Supervisionen und Seminaren gestellt werden. Wir müssen uns bewusst sein, dass die Diagnosestellung nicht zu analytischen Technik gehört. So sollte uns die Theorie eine wichtige Hilfe sein und keinen Gebots- bzw. Verbotscharakter bekommen. Begegnung muss stattfinden und muss auch ihre Grenzen finden.

1. Kann ich den hier vor mir sitzenden Menschen in seinem Sein und seinen zu erwartenden Krisen und Eigenheiten so annehmen und mögen, dass ich die Kraft haben werde, mich um das Verstehen zu bemühen, das es braucht, um ihn nicht in seiner Krise zu verlassen oder gar zu verstoßen?
2. Kann ich ihn so mögen, dass er in der Krise nicht vor mir fliehen und die Therapie abbrechen muss?
3. Habe ich einen Zugang zu seiner Störung bzw. habe ich eine Ahnung, was ihn wirklich belastet und worunter er leidet?

Bei diesem „Prüfvorgang“ sollte man mitbedenken, ob nicht wichtige Gegenübertragungsprozesse mitbeteiligt sind. Dies könnten eventuelle Gefühle der Ablehnung des Patienten ihre Ursache aus dem bipersonalen Feld sein. Der erste Versuch, das eigene negative Gefühl dem Patienten gegenüber in Verbindung mit dessen Lebensgeschichte – meist sehr frühe Elemente – zu betrachten, könnte sehr lohnend sein und der Beziehung eine neue Qualität geben. Der zweite Versuch besteht in der Untersuchung der eigenen Abwehr, d.h. was macht sich in mir an unbemerkten Ängsten breit und wie wehre ich sie ab?! Allein die Bereitschaft, sich auf diese Weise auf die Dynamik einzulassen und sich ihr erneut zu öffnen, verändert meist schon das Verstehen und die Empathie deutlich.

Die Faszination von Freuds genialer Leistung, die jetzt in seinem Jubiläumsjahr besonders gesehen wird, darf nicht darüber hinweg täuschen, dass wir an einem Schnittstelle angekommen sind und eine neue Zeit begonnen hat. Die Entwicklung weg von autoritär-patriarchalen Strukturen zur Demokratisierung ist endlich auch an der Peripherie der Psychoanalyse angekommen und greift dort allmählich um sich. Zuerst ist davon die analytische Psychotherapie betroffen und dann wird hoffentlich auch bald die Ausbildung neue Impulse bekommen. Das braucht neue Antworten.

### ***Abschließender Exkurs: Gegensätze „reflux und efflux“***

Zum Schluss möchte ich es doch noch wagen, eine völlig andere Betrachtung heranzuziehen. Doch zunächst noch ein kleines Zitat, das mir vor einigen Tagen über den Weg gelaufen ist und dem ich mich gerne anschließen möchte. Ken Wilber schreibt in „Ganzheitlich handeln“:

Jedermann hat recht. Genauer gesagt: jedermann - ich eingeschlossen - ist im Besitz einiger wichtiger Teile der Wahrheit. Und alle diese Teile sollten gewürdigt, geachtet und in eine elegante, umfassendere und mitfühlendere Gesamtschau, eine echte Theorie von Allem, einbezogen werden.<sup>57</sup>

Schon Plato und Plotin haben vom Gegensatzpaar *reflux* und *efflux* (Aufstieg und Abstieg) gesprochen. Damit ist gemeint, dass die Vielheit dem Einen entspringt und wieder in dieses Eine zurückkehrt. Die Vielheit steigt zum Einen auf und das Eine steigt hinab und manifestiert sich als die Vielheit. Es bedarf der Integration dieser beiden Prinzipien und des Herstellens des Gleichgewichts zwischen ihren Strömen. Es ist die westliche Entsprechung von Yin und Yang. Auf unser Thema übertragen bedeutet es das Suchen der Harmonie von psychoanalytischer Theorie (Weisheit und Vernunft) und liebender Begegnung (Mitgefühl). Jedes ist für sich unzulänglich und kann alleine nicht der Realität entsprechen. Jedes bedarf der Ergänzung durch das andere.

Ken Wilber ergänzt seine Aussage zu diesen beiden Prinzipien:

... [sie] können nicht ohne einander existieren und finden ihr wahres Sein, indem sie in das jeweils andere hineinsterven,<sup>58</sup> um dann als ganzer Kosmos zu erwachen...

So kann aus ihrem Zusammenwirken das werden, was wir selbst und unser Patient brauchen. Es ist nicht zu erwarten, dass uns die kollektiv diskutierten Theorien hier unmittelbar weiterhelfen. Wir selbst sind in unserer Originalität gefragt.<sup>59</sup> Bion war der Ansicht, dass die Zugehörigkeit zu einer Denkschule die Originalität der eigenen analytischen Arbeit kompromittiere. Einzig die Freiheit und Unverwechselbarkeit des Analytikers könne auch Fruchtbarkeit gewährleisten.<sup>60</sup> So kann aus dem inneren Dialog mit dem Ziel der Integration eine neue Dimension zwischen Analytiker und Patient erwachsen, was Junker zu einem *Résumé* veranlasst (Junker, „Beziehungsweisen“ 2005):

Sind die Verständigungsmodi des Patienten und des Therapeuten in einen Austausch getreten, der beide Teilnehmer an der Therapie erfasst und trägt, fließen *beiden* Erfahrungen<sup>61</sup> über die Welt zu und erneuern ihre Kräfte.

\* \* \*

<sup>57</sup>

Wilber, 157

<sup>58</sup>

Wilber, Ken, Vom Tier zu den Göttern, 1997, S. 167

<sup>59</sup>

Zu unserem Institut: Wir sollten stolz sein und uns darauf besinnen, dass wir in den Reihen unserer analytischer Ahnen am Institut Vorbilder für originelles Arbeiten und ein gehörig Maß an Selbstbestimmung haben (u.a. Felix Schottländer, Ursula Laessig, Jutta von Graevenitz, Vera Scheffen, Hans Schmid)

<sup>60</sup>

Ferro, S. 52

<sup>61</sup>

Junker, S. 212

## **Nachtrag**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
mit diesem Nachtrag möchte ich nochmals deutlich unterstreichen, dass mein Vortrag eine Ermutigung sein soll, die eigene psychoanalytische Sicht und Handlungsweise mutig weiter zu entwickeln. Meine Arbeitsweise kann nur eine Anregung sein und ist nicht als „Kopiervorlage“ gedacht. Ich empfehle zwar die Technik des „Scannens“ konsequent anzuwenden, da sie am sichersten beim Wahrnehmen der Gegenübertragung hilft. Welches weitere Theoriemodell dann jedoch angewandt wird, muss jeder für sich selbst entscheiden. So wünsche ich uns, dass wir mit der nötigen Sensibilität für uns selbst und für unsere Patienten (Analysanden und Supervisanden) Theorien anwenden, modifizieren und in die therapeutischen Beziehungen einbinden.  
Horst Obleser

## **Literatur**

- Balint, Michael: Aspekte der therapeutischen Regression  
Balint, Michael: Urformen der Liebe  
Bauriedl, Thea (1998): Abstinenz in der Supervision;  
Freie Assoziation, 1. Jg. Heft 1 / 2, S. 134-160  
Bauriedl, Thea (2001): Szenische Veränderungsprozesse in der Supervision – Ursachen und Wirkmechanismen aus beziehungsanalytischer Sicht; in Oberhoff, Bernd, Beumer, Ullrich [Hg.]: Theorie und Praxis psychoanalytischer Supervision, Münster 2002, S. 27-48  
Blanton, S (1975), Tagebuch meiner Analyse bei Sigmund Freud  
Buchholz, Michael B. (1999): Psychotherapie als Profession; Gießen  
Cremerius, Johannes (1984): Vom Handwerk des Psychoanalytikers, Bd. 1 und 2, Stuttgart  
Ferro, Antonino (2003): Das bipersonale Feld - Konstruktivismus und Feldtheorie in der Kinderanalyse, Gießen  
Fonagy, Peter und Target, Mary (2006): Psychoanalyse und die Pathologie der Entwicklung, Stuttgart  
Franz von, Marie-Louise (1986): Psychologische Märcheninterpretation, München  
Freud, S.: Abriss der Psychoanalyse  
Freud, S. (1903 – 1938): Schriften zur Behandlungstechnik, Studienausgabe Ergänzungsband, Frankfurt 1975  
Freud, S.: Analyse eines fünfjährigen Knaben, G.W. Bd. 7  
Freud, S.: Das Unbehagen in der Kultur, G.W. Bd. 14  
Jacobi, Jolande (1989): Die Psychologie von C.G. Jung, Zürich 1940  
Jaeggi, Eva (2004): Liebe und Heilung, Düsseldorf  
Jaffé, Aniela [Hrsg.] (1962): C.G. Jung - Erinnerungen, Träume, Gedanken, Olten  
Jung, C.G. (1958, 1984): Praxis der Psychotherapie, GW XVI, Olten  
Junker, Helmut (2005): Beziehungsweisen – Die tiefenpsychologische Praxis zwischen Technik und Begegnung, Tübingen  
Loch, Wolfgang (1974): „Der Analytiker als Gesetzgeber und Lehrer“; in Psyche XXVIII, , 431-460  
Müller, Lutz und Anette (2003): Wörterbuch der Analytischen Psychologie, Düsseldorf  
Neumann, Erich: Ursprungsgeschichte des Bewusstseins, München 1968  
Pohlen, M. (2006): Freuds Analyse – Die Sitzungsprotokolle Ernst Blums, Reinbek bei Hamburg  
Samuels, Andrew; Shorter, Bani u. Flaut, Fred (1991): Wörterbuch Jungscher Psychologie, München  
Sponsel, Rudolf (2006): Die vier allgemeinen Elemente von Psychotherapie..., in <http://www.sgipt.org>  
Thoma, Helmut und Kächele, Horst (1988): Lehrbuch der psychoanalytische Psychotherapie; Heidelberg, Bd. I u. II  
Tömmel, Sieglinde Eva (2006): Wer hat Angst vor Sigmund Freud?, Frankfurt a.M.  
Trüb, Hans (1951): Die heilende Begegnung, Stuttgart  
[www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de) (2006), Internetlexikon  
Wilber, Ken (1984): Halbzeit der Evolution, München  
Wilber, Ken (1997): Eine kurze Geschichte des Kosmos, Frankfurt a.M.  
Wilber, Ken (1997): Vom Tier zu den Göttern, Freiburg i.Br.  
Wilber, Ken (2006): Ganzheitlich handeln

### **Horst Obleser**

Diplompsychologe, Psychologischer Psychotherapeut  
Psychoanalytiker DGPT

E-Mail: [ho@obleser.de](mailto:ho@obleser.de)  
Internet: [www.obleserpraxis.de](http://www.obleserpraxis.de)