

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm
Leiter: Prof. Dr. Tilman Steinert

Zur Geschichte der Abstinenz in der psychoanalytischen Behandlung

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Vorgelegt von Edith Schütz
geb. in Börsborn (Rheinland-Pfalz)

2020

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas Müller

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Juan Valdés-Stauber

Tag der Promotion: 30.07.2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	III
1. Einleitung.....	1
2. Definitionen und Inhalte des Abstinenzbegriffs im Verlauf der Geschichte der psychoanalytischen Behandlungstechnik.....	19
2.1 Inhalt der Abstinenzregeln bezogen auf die Patienten/- innen und Ausbildungskandidaten/- innen.....	19
2.2 Inhalt der Abstinenzregeln bezogen auf den/ die Analytiker/-in.....	29
2.3 Die Abstinenz und ihre Beziehung zu dem „Klassischen“ der psychoanalytischen Behandlungsmethode.....	61
3. Inhalt und Definition des Abstinenzkonzeptes bei Freud, seinen Interpreten in den 1950er Jahren sowie zeitgeschichtlichen Autoren	63
3.1. Das Freudsche Abstinenzkonzept als Instrument zur Beherrschung der Gegenübertragung: keine Befriedigung von Liebesübertragungswünschen durch den/ die Analytiker/-in und Verzicht auf Ersatzbefriedigungen durch den/ die Patienten/-in	63
3.2 Freuds erste Erwähnung der Abstinenzregel: Handhabung der „Übertragungsliebe“.....	66
3.3 Die historischen Hintergründe der Freudschen Abstinenzregel	72
3.4 Die zweite Erwähnung der Abstinenzregel: Vermeidung von „Ersatzbefriedigungen“	77
3.5 Die Interpretation der Freudschen Abstinenzregeln ab den 1950er Jahren	80
4. Sándor Ferenczi: „Mütterliche Freundlichkeit“ statt streng abstinenter, ausschließlich deutender Vorgehensweise.....	97
5. Michael Balint: Keine „Entschädigung“ für entgangene Mutterliebe, sondern Verständnis und „optimale therapeutische Distanz“	113
6. Franz Alexander: Der/ die Analytiker/-in soll „emotionell nicht beteiligt“ sein.....	152
7. Paula Heimann: Analytiker/-innen sollen für ihre Patienten/-innen keine „Spiegelplatte“, sondern von „emotionaler Sensibilität“ erfüllt sein.....	161

II

8. Rudolph M. Loewenstein: Die klassische analytische Technik darf in Ausnahmefällen „Variationen“ zulassen.....	166
9. Marguerite Sechehaye: „Die symbolische Wunscherfüllung“ als das eigentliche heilende Agens	174
10. Abstinenz in der psychoanalytischen Psychotherapie bei schizophrenen Patienten/-innen.....	188
11. Zur Abstinenz: Bedeutung, Funktionen und Hypothesen.....	196
11.1 Allgemeine Funktionen der Abstinenz	196
11.2 Die Bedeutung der sexuellen Abstinenz des/ der Patienten/-in und des/ der Analytikers/-in	199
11.3 Die Bedeutung des Verzichts auf „Ersatzbefriedigungen“	212
11.4 Die Bedeutung des Spiegelprinzips	214
11.5 Wirkungen und Funktionen des Liegens auf der Couch.....	220
11.6 Die Bedeutung und Funktionen der Wortkargheit, des Schweigens und der Nichtbeantwortung von Fragen des/ der Patienten/-in.....	225
Exkurs: Die Bedeutung der Sprache im psychoanalytischen Dialog.....	242
11.7 Die Bedeutung der „Neutralität“ des/ der Analytikers/-in.....	246
11.8 Die Bedeutung der Zurückhaltung des/ der Analytikers/-in im Hinblick auf seine/ ihre emotionale Beteiligung und in Bezug auf Lob, Ermunterung, Trost und Anteilnahme sowie die Beruhigung von Angst oder Schuldgefühlen	257
12. Irrationale und unbewusste Hintergründe des abstinenten Psychoanalytiker/-innen-Verhaltens	267
13. Die Bedeutung der Abstinenz im Hinblick auf die Wirkfaktoren und das Heilsame in der psychoanalytischen Therapie	273
14. Ergebnisse und Schlussfolgerungen	278
15. Zusammenfassung	301
16. Literaturverzeichnis	303
Danksagung	319
Lebenslauf.....	320

Abkürzungsverzeichnis

Bd.	Band
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d. h.	das heißt
DPG	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung
Dr.	Doktor
Ebd.	Ebenda
etc.	etcetera
evtl.	eventuell
f.	diese und die folgende Seite
ff.	diese und die folgenden Seiten
geb.	geboren
gest.	gestorben
GW	Gesammelte Werke
Hg.	Herausgeber
Kap.	Kapitel
m. E.	meines Erachtens
Prof.	Professor
S.	Seite
sog.	sogenannte, sogenannter
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

1. Einleitung

Die vorliegende Untersuchung entstand an der Universität Ulm, im Forschungsbereich Geschichte und Ethik in der Medizin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I.

Die im Vordergrund stehende Fragestellung betrifft den Ursprung und den ursprünglichen Bedeutungsgehalt sowie die Funktionen der Abstinenz als einem der wichtigsten Prinzipien der psychoanalytischen Behandlungsmethode. Die Entwicklung der Abstinenz im Verlauf der Geschichte der Psychoanalyse soll in den Blick der medizinhistorischen Forschung genommen werden, um damit unter anderem einen Beitrag dafür zu leisten, blinde Flecke zu beseitigen und ein Bewusstsein für das Ausmaß der noch zu lösenden Probleme im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung zu wecken.

Anhand eines vergleichenden Literaturstudiums von Aufsätzen, Monografien, Biografien, Lehrbüchern, Tagebüchern, Vorträgen und Briefen sowie Sekundärliteratur unter zeitkontextueller Bezugnahme und wissenschaftsgeschichtlicher Analyse wird ein Überblick über die Entwicklung der Abstinenz im Verlauf der Geschichte der Psychoanalyse gegeben und einer kritischen Interpretation unterzogen. Der sehr lange Untersuchungszeitraum von 1915 bis 1990 erschien mir vor allem deshalb sinnvoll, um den Bedeutungswandel der Abstinenz im jeweiligen zeitgeschichtlichen Kontext sichtbar werden zu lassen. Zum anderen existiert zum Untersuchungsgegenstand insgesamt nur sehr wenig Literatur¹. Ein weiterer Hintergrund für den langen Untersuchungszeitraum ergibt sich aus der Tatsache, dass sich die Veränderungen im Umgang mit der psychoanalytischen Abstinenz sehr langsam und nicht linear vollzogen.

An manchen Stellen erschienen kurze Bezüge zu aktuellen Entwicklungen oder Sichtweisen sinnvoll.

Der besseren Lesbarkeit des Textes wegen verwende ich meist nur die männliche Form, wenn ich bei allgemeinen Passagen von ‚Psychoanalytiker‘, ‚Arzt‘ oder ‚Patient‘ spreche. Es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

Wenn ich den Begriff ‚Analytiker‘ verwende, ist immer zugleich auch ‚Psychoanalytiker‘ gemeint und ‚analytisch‘ meint immer auch ‚psychoanalytisch‘.

¹ Einer der Gründe ist darin zu sehen, dass der psychoanalytischen Abstinenz aus verschiedenen Gründen bis in die Gegenwart ein Tabu anhaftet, dessen Hintergründe vor allem in den Kapiteln 1, 3 und 4 erläutert werden.

Innerhalb der Geschichte der psychoanalytischen Behandlungstechnik kommt dem Aspekt der ‚Abstinenz‘ aus mehreren Gründen eine besondere Bedeutung zu. Als Sigmund Freud 1915 in seinen ‚Bemerkungen über die Übertragungsliebe‘ erstmals explizit von ‚Abstinenz‘ sprach, tat er dies damals im Hinblick auf die ‚Gefährlichkeit‘² der psychoanalytischen Situation, welche er mit der Situation eines ‚Chemikers‘ verglich, der sich ja gleichfalls mit ‚Explosivstoffen‘ zu beschäftigen habe. Im Gegensatz zum Chemiker müsse sich der Psychoanalytiker allerdings seine ‚Lizenzen‘, um mit diesen gefährlichen Mechanismen umzugehen, erst noch erwerben. Als wesentliche Maßnahme, um die ‚Gefährlichkeit dieser therapeutischen Methode‘³ zu regulieren, empfahl Freud ‚Die Kur muß in der Abstinenz durchgeführt werden [...]‘.⁴ Aus welchen Gründen diese Behandlung damals und im Verlauf der Geschichte der psychoanalytischen Behandlungstechnik als ‚gefährlich‘ und subversiv eingeschätzt wurde und welche Bedingungen der Abstinenz bis in die heutige Zeit eine besondere Rolle zukommen lassen, soll ebenfalls im Rahmen der vorliegenden Untersuchung dargestellt werden.

Weiterhin soll gezeigt werden, dass neben dieser konkreten behandlungstechnischen Regel, die Freud damals gab, noch einige andere Grundsätze existier(t)en, die sich gleichfalls der Abstinenz zuordnen lassen und dass Abstinenz als Prinzip auch über diese konkrete Regel hinaus seit dem Ursprung der Psychoanalyse in vielfältiger Weise zum Ausdruck kam und kommt, auch dort, wo sie offiziell nicht explizit als solche benannt wird.

Eine wissenschaftliche Untersuchung zum Thema der psychotherapeutischen Behandlung in der Geschichte der Psychoanalyse kann sich prinzipiell auf drei Hauptgebiete erstrecken: zum einen auf die Geschichte der *Untersuchungsmethode* bewusster und unbewusster seelischer Vorgänge, zweitens auf die Geschichte der darauf gründenden psychoanalytischen *Behandlungsmethode* bestimmter seelischer, von Sigmund Freud als ‚neurotisch‘ bezeichneter Störungen und drittens auf die Gesamtheit beider zugrunde liegender und daraus gewonnener psychologischer und psychopathologischer Theorien.⁵ In

² Freud, S. (1915): S. 320.

³ Ebd. S. 320.

⁴ Ebd. S. 313.

⁵ Vgl. Laplanche, J. /Pontalis, J.-B. (1973): S. 410 f.

der vorliegenden Arbeit wird der Schwerpunkt auf der psychoanalytischen Behandlungsmethode liegen, wobei im Vordergrund die spezifische innere Haltung der psychoanalytisch arbeitenden Psychotherapeuten in Bezug auf ihre Patienten stehen wird. Es soll dargestellt werden, wie diese innere Haltung bis in die heutige Zeit von einem mehr oder weniger starken Ausmaß an Abstinenz geprägt gewesen ist und das Thema immer wieder Anlass zu teilweise erbittert geführten Kontroversen bot.

Welche Funktionen und Bedeutung die Abstinenz in der psychoanalytischen Psychotherapie in der *heutigen* Zeit hat, lässt sich nicht ohne Blick auf ihren historischen Ursprung und Verlauf beurteilen. Die bisherige Entwicklung des Abstinenzprinzips, aus der zeitlichen Distanz betrachtet, ermöglicht eine Einschätzung seines heutigen Stellenwertes. Eine weitere wesentliche Funktion besteht in der Möglichkeit, zu überprüfen, ob das im Rahmen psychoanalytischer Forschung gewonnene Wissen Konsequenzen in Bezug auf die psychoanalytische Technik haben sollte und inwieweit es tatsächlich bereits zu Veränderungen in der praktischen Behandlung geführt hat. Dies scheint ebenso wenig selbstverständlich zu sein, wie die Tatsache, inwieweit aktuelle Forschungsergebnisse überhaupt in der Fachwelt wahrgenommen werden. In diesem Zusammenhang kam Ralph Greenson⁶, dessen Lehrbuch der Psychoanalyse 1973 im deutschsprachigen Raum erschien, zu der Feststellung:

„Es ist eine eindrucksvolle Tatsache, daß die Hauptzüge der psychoanalytischen Technik, die Freud vor etwa fünfzig Jahren in fünf kurzen Abhandlungen niedergelegt hat, noch immer als Basis der psychoanalytischen Praxis dienen [...]. In der allgemein praktizierten psychoanalytischen Technik haben sich keine anerkannten größeren Veränderungen oder Fortschritte durchgesetzt“.⁷

Eine solche Behauptung blieb schon zum damaligen Zeitpunkt nicht unwidersprochen. Zur Frage ob in den genannten fünf Jahrzehnten, seit denen Freud seine Ratschläge zur psychoanalytischen Behandlung verfasst hatte, keine wesentlichen neuen Erkenntnisse aus

⁶ **Ralph Romeo Greenson** wurde 1911 in Brooklyn, New York geboren und starb 1979 in Los Angeles. Er studierte ab 1930 Medizin in der Schweiz, an der Universität Bern, absolvierte von 1936 bis 1942 eine psychoanalytische Ausbildung, zunächst bei Wilhelm Stekel in Wien, danach bei Otto Fenichel in Los Angeles. Er arbeitete einige Jahre in einem Hospital zur Rehabilitation von „Kriegsneurotikern“ und wurde 1947 Professor für Psychiatrie an der University of California in Los Angeles. Einen wesentlichen Teil seiner Publikationen widmete er der psychoanalytischen Technik. 1967 erschien sein Hauptwerk unter dem Titel ‚The Technique and Practice of Psychoanalysis‘, es erschien in deutscher Übersetzung 1973 beim Ernst Klett Verlag, Stuttgart. Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 190 f.

⁷ Das hier übernommene Zitat findet sich in: Greenson, R. (1973): S. 17.

der psychoanalytischen Forschung gewonnen wurden, stellte Heinz Hartmann⁸ zum etwa gleichen Zeitpunkt fest:

„Echte technische Entdeckungen – wie es das Abreagieren und die Widerstandsanalyse waren – kommen in der neueren Phase der Analyse nicht mehr vor; aber der Umfang des systematischen psychologischen und psychopathologischen Wissens hat sich erheblich erweitert“.⁹

Es bleibt zu prüfen, welche Konsequenzen dieses Wissen im geschichtlichen Verlauf bis heute, in Bezug auf Theorie und Praxis der psychoanalytischen Methode hervorgebracht hat.

Des Weiteren muss berücksichtigt werden, in welchem Ausmaß dabei die Persönlichkeit des jeweiligen Psychoanalytikers eine Rolle spielt und dies vor dem Hintergrund der Tatsache, dass – seitdem die Psychoanalyse als psychotherapeutische Behandlungsmethode existiert bis heute – unterschiedliche psychoanalytische Denkschulen existieren. Bereits die Frage, welche von Freuds Ratschlägen auf welche Weise interpretiert wurden, scheint die innere Haltung des jeweiligen Psychoanalytikers auch in Bezug auf die Abstinenz beeinflusst zu haben, einschließlich der Bereitschaft, entweder offen für neue Erkenntnisse zu bleiben oder rigide an veralteten Techniken festzuhalten und sogar ihren elitären Anspruch damit zu begründen.

Dabei hatte Freud seinen behandlungstechnischen Ratschlägen ausdrücklich vorangestellt, dass sie je nach Persönlichkeit des Analytikers verändert werden können:

„Die technischen Regeln, die ich hier in Vorschlag bringe, haben sich mir aus der langjährigen eigenen Erfahrung ergeben [...]. Ich hoffe, daß ihre Berücksichtigung den analytisch tätigen Ärzten viel unnützen Aufwand ersparen und sie vor manchem Übersehen behüten wird; aber ich muß ausdrücklich sagen, diese Technik hat sich als die einzig zweckmäßige für meine Individualität ergeben; ich wage es nicht in Abrede zu stellen, daß eine ganz anders konstituierte ärztliche Persönlichkeit dazu gedrängt werden kann, eine andere Einstellung gegen den Kranken und gegen die zu lösende Aufgabe zu bevorzugen“.¹⁰

Dieses Zitat stellt nur ein Beispiel dar für Freuds wiederholt geäußerte Empfehlung, technische Regeln nicht allzu dogmatisch zu befolgen.

⁸ **Heinz Hartmann**, 1894 in Wien geboren, starb 1970 in New York. Er gilt als Begründer der psychoanalytischen Ich-Psychologie und schrieb, gemeinsam mit Rudolf Loewenstein und Ernst Kris mehrere Arbeiten über das Ich. Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 202.

⁹ Hartmann, H. (1968): S. 162 f.

¹⁰ Freud, S. (1912 b): S. 376.

Auch einige Psychoanalytiker nach Freud haben sich in ähnlicher Weise zu diesem Thema geäußert, darunter auch Heinz Hartmann, der auf „die große Wichtigkeit, die psychoanalytische Technik flexibel zu halten“¹¹ hingewiesen hat. Hartmann bezog in seine Überlegungen auch die Auszubildenden der Psychoanalyse mit ein:

„[...] auch in der Ausbildung muß man vermeiden, den [*dem!* Fehler im Originalität. E.S.] Studierenden den Eindruck zu vermitteln, als existierte eine vollständige Serie von Regeln, die er nur mangels Erfahrung noch nicht alle kennt. Auch dürfen wir nicht vergessen, daß neben der Führung durch Einsicht bei unserer Technik die Arbeit jedes Analytikers mit jedem einzelnen seiner Patienten auch den Charakter eines echten Experiments hat. Es ergibt sich eine fortwährende Folge von Versuch und Irrtum, während wir unsere technischen Verfahrensweisen an ihren unmittelbaren Folgen und an ihren therapeutischen Resultaten kontrollieren“.¹²

Für die Ausbildungskandidaten, also die zukünftige Generation von Psychoanalytikern stellt(e) sich dadurch umso stärker die Frage nach der ‚richtigen‘ Behandlungstechnik. Das würde voraussetzen, dass auch nur annähernd ein Konsens über die ‚richtige‘ psychoanalytische Technik existiert. Dies erscheint illusorisch und innerhalb der Ausbildungsinstitutionen scheint eine in Bezug auf die verschiedenen Ansätze offene, kritische Auseinandersetzung zwischen Auszubildenden und Lehrern bis heute eher die Ausnahme (gewesen) zu sein.¹³

Wenn man rückblickend die Geschichte der Psychoanalyse als Wissenschaft unter den aktuellen Erkenntnissen neu beleuchtet, so können einige – zuvor scheinbar plausible – Zusammenhänge nachträglich in Frage gestellt und die damaligen Interpretationen korrigiert werden. Beispielsweise können aus ein und derselben Fallgeschichte neue Schlussfolgerungen gezogen werden und somit im Lichte neuer Erkenntnis wiederum neue Erkenntnisse erbringen.

Wie bereichernd es für die heutige Theorie und Praxis der Psychoanalyse sein kann, sich auch mit den veralteten, vergessenen oder vermeintlich „unmodernen“ Theorien und Techniken wieder einmal zu befassen, drückte schon Sandór Ferenczi in seinem 1929 gehaltenen Vortrag ‚Fortschritte der Psychoanalytischen Technik‘ mit den folgenden Worten aus:

¹¹ Hartmann, H. (1968): S. 163.

¹² Ebd. S. 163 f.

¹³ Siehe hierzu Kap. 14.

„Das plötzliche Auftauchen von Stücken einer alten Technik und Theorie in der modernen Psychoanalyse sollte uns also nicht erschrecken; es gemahnt uns nur daran, daß bisher kein einziger Schritt, den die Analyse in ihrem Fortschritt machte, als nutzlos vollkommen aufzugeben war, und daß wir immer wieder darauf gefaßt sein müssen, neue Goldadern in den vorläufig verlassenen Stollen zu finden“.¹⁴

In welchem Ausmaß sich die psychoanalytische Technik seit den Anfangszeiten der Psychoanalyse Ende des 19. Jahrhunderts bis heute verändert hat, wird besonders deutlich, wenn man sich vor Augen führt, in welcher Weise Sigmund Freud und Josef Breuer im Jahr 1895 ihre ersten psychologischen Behandlungen bei an Hysterie erkrankten Menschen durchführten: die damalige psychologische Technik war die Hypnose. „Überredung, Ermahnung, das Auflegen der Hand“¹⁵ auf die Stirn des Patienten, als Relikt der Hypnose, waren übliche Techniken, der Arzt brachte sich vordergründig mit seiner Profession, aber nicht so sehr mit seiner Persönlichkeit in den Therapieprozess ein und verhielt sich typischerweise autoritär. Deutungen wurden belehrend gegeben und nicht verstehend oder fragend. Das Abstinenzprinzip spielte zu jenem Zeitpunkt praktisch noch keine Rolle. Leo Stone¹⁶ schrieb 1961:

„Heute erscheint die Vorstellung, Freud habe die Aufgabe schmerzlicher Gedanken oder Erinnerungen buchstäblich befohlen, beinahe phantastisch, doch hat er genau dies getan; und nach dem Verzicht auf die Hypnose wurden Beharrlichkeit und

¹⁴ Ferenczi, S. (1930), S. 268. Mit diesen Worten beschrieb Ferenczi seine Vorgehensweise während seiner 'experimentellen' Schaffensphase. Zwar sei er in seiner Art der Patientenbehandlung von den ursprünglichen Freudschen Vorschlägen abgewichen, indem er dessen Prinzip der ‚Versagung‘, das zur Spannungssteigerung während der analytischen Behandlung dienen sollte, ein „Prinzip der Gewährung“ hinzugefügt habe. Es handele sich dabei aber um ein ‚altes‘ Prinzip. Bereits die althergebrachte ‚Grundregel‘ des ‚freien Assoziierens‘ beinhalte beide Prinzipien: sie zwingt den Patienten einerseits, auch unangenehme Gedanken zu offenbaren, andererseits ermögliche sie ihm die Freiheit, Gedanken und Gefühle auszudrücken, wozu er sonst keine Gelegenheit hat. Siehe ebd. S. 262-264. Weiterhin verwandte Ferenczi den Begriff „Neokatharsis“: seine Beobachtungen an Patienten während der Behandlungsstunden erinnerten ihn an die „Äußerungsformen der Breuer-Freudschen *Katharsis*“, siehe ebd. S. 267.

Kurzbiografie zu Sándor Ferenczi: siehe Kap. 4.

¹⁵ Stone, L. (1973): S. 15.

¹⁶ **Leo Stone**, Psychiater, Neurologe und Psychoanalytiker, wurde 1904 in New York geboren und starb 1997. Er war als Neurologe am ‚Beth Israel Hospital‘ und als Psychiater u. a. am ‚Mount Sinai Hospital‘ und von 1932 bis 1936 an der ‚Menninger Clinic and Sanitarium‘ tätig. Seine psychoanalytische Ausbildung absolvierte er am ‚New York Psychoanalytic Institute‘, wo er dann ab 1948 als Dozent fungierte. Neben zahlreichen Publikationen im Bereich Neurologie und psychosomatischen Erkrankungen veröffentlichte er 1961 sein im deutschsprachigen Raum bekanntestes Werk „Die psychoanalytische Situation“, welches 1973 in Deutschland erschien. Darin setzte sich Stone entschieden gegen eine allzu rigide Handhabung der Abstinenzregel ein. Der Analytiker sollte freundliche menschliche Reaktionen, „die der Patient billigerweise erwarten oder verlangen darf“ (Ebd. S. 82) nicht im Übermaß verweigern.

Bestimmtheit, ergänzt durch die spezifische Technik des Druckes auf den Kopf, die Mittel zur Überwindung der Widerstände“.¹⁷

Nicht nur die konkrete technische Vorgehensweise an sich veränderte sich im geschichtlichen Verlauf, sondern die einzelnen Elemente der psychoanalytischen Technik erfuhren eine veränderte Bedeutung. Aber auch zum selben Zeitpunkt bot ein und dieselbe Vorgehensweise Anlass zu unterschiedlichen Interpretationen. Dies lässt sich besonders deutlich am Beispiel ‚Wortkargheit‘ oder ‚Schweigen‘ des Analytikers illustrieren, welche einerseits im Sinne einer analytischen Passivität, andererseits auch als aktive Maßnahme des Analytikers im Sinne eines Machtmittels, um Druck auf den Patienten auszuüben, interpretiert werden konnte. Gerade dem Verhältnis zwischen ‚Sprechen‘ und ‚Schweigen‘ kommt in der psychoanalytischen Behandlung eine besonders starke Bedeutung zu, weswegen ich diesem Kapitel auch besonders viel Raum gewidmet habe. Ein Kapitel wird sich auch damit beschäftigen, in welcher Weise die abstinente Haltung von Analytikern konkret in ihrer ‚Sprache‘ und ‚Gesprächstechnik‘ zum Ausdruck kamen.

Wie streng oder liberal das Abstinenzprinzip angewendet werden sollte, darüber bestanden seitdem die Psychoanalyse als Behandlungsmethode existiert und bis in die Gegenwart unterschiedliche Ansichten. Bereits Sigmund Freud hatte seinerzeit mit seiner Forderung, die „Kur“ müsse in der „Entbehrung“ erfolgen, nicht nur Zustimmung in seinen Kollegenkreisen und vermutlich noch weniger unter seinen Patienten entfacht.

Eine weitere Besonderheit zum Thema ‚Abstinenz‘ besteht darin, dass bis heute keine einheitliche inhaltliche Definition zum Abstinenzbegriff existiert. Diese Tatsache wirkte sich auch in Bezug auf die behandlungstechnischen Diskussionen aus. Gerhard Scheunert¹⁸ beklagte im Jahr 1961, „[...] daß manche Diskussion der hierher gehörenden Probleme darunter leidet, daß man aneinander vorbeiredet, weil unbemerkt bleibt, daß jeder verschiedene Bedeutungen mit diesem Begriff verbindet“.¹⁹ Der Begriff wurde von manchen Autoren sehr eng, von anderen großzügig verwendet oder mit anderen Termini

¹⁷ Ebd. S. 15.

¹⁸ **Gerhart Scheunert**, 1906 in Leipzig geboren, Nervenarzt und Psychoanalytiker, gehörte zu den Gründungsmitgliedern der am 10.06.1950 gegründeten DPV, als Abspaltung von der DPG. Scheunert war 1933 in die NSDAP eingetreten. Von 1940 bis 1942 war er als Truppenarzt tätig, von 1943 bis 1945 leitete er eine neurologische Fachabteilung. Seine psychoanalytische Ausbildung absolvierte er zum Teil am Berliner Psychoanalytischen Institut. Er starb 1994. Vgl. Lockett, R. (1994): S. 227 f. und S. 243-246, sowie Klee, E. (2013): S. 533.

¹⁹ Scheunert, G. (1961/62): S. 105.

belegt. Einige Autoren sahen Abstinenz als Synonym für zum Beispiel Schweigen, Zurückhaltung, Anonymität, Passivität, Emotionslosigkeit oder Neutralität, andere legten Wert darauf, die einzelnen Begriffe nach unterschiedlichen Inhalten zu differenzieren. Hinzu kommt, dass von ein und derselben Abstinenzregel unterschiedliche Interpretationen existieren.

Infolgedessen könnte man dem Thema nicht gerecht werden, wollte man sich nur mit jenen Abstinenzregeln befassen, die explizit als solche definiert wurden. Es würde auch nicht genügen, sich nur mit denjenigen Verhaltensregeln zu befassen, die in den Begriffsbereich von ‚Entbehrung‘, ‚Versagung‘, ‚Enthaltbarkeit‘, ‚Neutralität‘ oder ‚Anonymität‘ fallen. Vielmehr muss man der Tatsache Rechnung tragen, dass man, wenn man von ‚Abstinenz‘ spricht, es mit einer größeren Gruppe ähnlicher, aber nicht identischer Handlungsregeln zu tun hat(te), deren gemeinsamer Nenner darin besteht, dass in der psychoanalytischen Behandlungssituation Analytiker und Patient auf etwas verzichten müssen, sich enthalten, zügeln oder sich zurücknehmen sollen, im Unterschied etwa zu der Situation, die sich ergeben würde, wenn beide nicht Arzt und Patient wären, sondern zum Beispiel zwei gute Bekannte, die ein gleichberechtigtes Gespräch führen.

Es soll im Rahmen dieser Untersuchung nicht der Anspruch erhoben werden, die einzig wahre Bedeutung dieses Begriffes zu definieren sondern die Tatsache anerkannt werden, dass über seine – für die psychoanalytische Behandlung spezifische – Bedeutung bis heute kein Konsens existiert.

Für den Patienten könnte man die Abstinenz als eine Art ‚Grundregel‘ mit umgekehrtem Vorzeichen definieren, da sie all dies beinhaltet, dessen sich der Patient enthalten soll, worauf er verzichten oder was er „entbehren“ soll.

Weiterhin muss darauf hingewiesen werden, dass zu Lebzeiten von Sigmund Freud weder hinsichtlich der diagnostischen Einordnung der Problematik des Patienten noch bezüglich des Schweregrades seiner Störung klar differenziert wurde, sondern man ging zunächst davon aus, mit der „klassischen“ psychoanalytischen Technik könnte man alle Patienten behandeln, außer diejenigen, die als ‚nicht geeignet‘ galten.²⁰ Immerhin gab Freud 1919 in seiner Schrift ‚Wege der psychoanalytischen Therapie‘ zu bedenken:

²⁰ Anmerkung: Dies ist ein wesentlicher Unterschied zum heutigen Umgang mit der Abstinenz: Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen sollen keinem streng abstinenter Setting ausgesetzt werden, also

„Unsere Technik ist an der Behandlung der Hysterie erwachsen [...]. Aber schon die Phobien nötigen uns, über unser bisheriges Verhalten hinauszugehen. Man wird kaum einer Phobie Herr, wenn man abwartet, bis sich der Kranke durch die Analyse bewegen läßt, sie aufzugeben. [...] Noch weniger angezeigt scheint ein passives Zuwarten bei den schweren Fällen von Zwangshandlungen [...], deren Analyse immer in Gefahr ist, sehr viel zutage zu fördern und nichts zu ändern. Es scheint mir wenig zweifelhaft, daß die richtige Technik hier nur darin bestehen kann, abzuwarten, bis die Kur selbst zum Zwang geworden ist, [...]“.²¹

Bei diesen beschriebenen Kranken solle der Psychoanalytiker aktiver eingreifen, als er es bei an Hysterie leidenden Patienten tun würde. Eine detailliertere Empfehlung gab Freud noch nicht, sondern verwies auf die zukünftigen „[...] neuen Entwicklungen [...], denen unsere Therapie entgegengeht.“²² Die Zukunft werde es auch irgendwann mit sich bringen, dass sich nicht nur wohlhabende, sondern auch die große Masse der armen Patienten eine psychoanalytische Behandlung leisten können und dann werde es unumgänglich sein, so Freud, „[...] in der Massenanwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren [...]“.²³

Die tatsächliche Bedeutung der Abstinenz für den psychoanalytischen Behandlungsprozess scheint bis heute gerade dann gut erkennbar, wenn einem behandelnden Psychoanalytiker ein Mangel an Abstinenz oder eine zu liberale Handhabung ihrer Regeln vorgeworfen wird. In diesem Zusammenhang bietet die Literatur Darstellungen aus psychoanalytischen Fallbeispielen, in welchen eine Abweichung der – zuvor „klassisch“ durchgeführten – psychoanalytischen Behandlung notwendig gewesen sei, indem ein Abstinenzgebot übergangen wurde, so zum Beispiel durch Franz Alexander, der seine Vorgehensweise selbstkritisch kommentierte, er sei in dieser spezifischen Behandlungssituation „nicht psychoanalytisch“²⁴ sondern „psychotherapeutisch“²⁵ vorgegangen, als handle es sich dabei um Gegensätze oder verschiedene Verfahren.²⁶

beispielsweise kein liegendes Setting, welches den Augenkontakt zum Analytiker unterbindet, keine langen Schweigepausen, mehr antwortende und unterstützende Interventionen durch den Analytiker.

²¹ Freud, S. (1919): S. 191-192.

²² Ebd. S. 192.

²³ Ebd. S. 193.

²⁴ Alexander, F. (1950): S. 407.

²⁵ Ebd. S. 407.

²⁶ Die Bezeichnung „psychotherapeutisch“ wurde, vor allem in der Gegenüberstellung psychoanalytisch – psychotherapeutisch, häufig in einer abwertenden Weise angeführt. Als Hintergrund lässt sich das schwierige

In ähnlicher Weise wurde auch die „klassische“ psychoanalytische Technik den „nicht-klassischen“ Verfahren gegenübergestellt. Auf diese Aspekte wird im Rahmen dieser Arbeit ebenfalls eingegangen werden.

Für das „Klassische“ in der Psychoanalyse existierte ebenso wenig eine einheitliche Definition wie für das „Abstinente“, auch wenn einzelne Autoren dies beanspruchten: so handelt es sich nach Auffassung von Kurt R. Eissler bei der ‚klassischen Technik‘ um eine solche, „[...] bei welcher das Deuten das ausschließliche, beziehungsweise das führende oder vorherrschende Mittel der Wahl darstellt.“²⁷ Es scheint, als ob sich gerade am Aspekt der Abstinenz festmacht, ob eine Technik „psychoanalytisch“ (oft synonym mit „klassisch“ benutzt) genannt zu werden verdient. Sobald ein Psychoanalytiker außer der Deutung noch andere Interventionen anwende, (Eissler bezeichnete diese als „Parameter“²⁸ oder „Pseudoparameter“²⁹), könne diese Technik nicht mehr „klassisch“ genannt werden. Das sei seiner Meinung nach schon dann der Fall, wenn dem Patienten häufig direkte Fragen gestellt werden.

Einen ganz anderen Aspekt der klassischen psychoanalytischen Behandlung hob Annelise Heigl-Evers³⁰ hervor, als sie „[...] die *klassische räumliche Anordnung* der Psychoanalyse, wodurch der Analytiker aus dem Blickfeld des Analysanden gerückt wird [...]“ und dass „[...] der Analytiker so gut wie nichts von seinem persönlichen Erleben mitteilt [...]“³¹ beschrieb. Dies sind nur wenige Beispiele dafür, welche unterschiedlichen Aspekte der

Verhältnis zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie vermuten, auf dessen historischen Ursprung im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht eingegangen werden kann.

²⁷ Eissler, K. R. (1959/60): S. 611. **Kurt R. Eissler** wurde 1908 in Wien geboren und starb 1999 in New York City. Er studierte Psychologie und Medizin an der Universität Wien, absolvierte seine psychoanalytische Ausbildung bei August Aichhorn, Paul Federn und Richard Sterba. Er wurde 1938 Mitglied der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Im gleichen Jahr emigrierte er in die USA, nachdem Österreich sich den Nationalsozialisten angeschlossen hatte. Eissler hat ein umfangreiches Werk zu vielen wichtigen psychoanalytischen Themen hinterlassen. Unter anderem hat er mit seinen zahlreichen biografischen Beiträgen über Freud die Grundlage für die Freud-Biografie von Ernest Jones geschaffen. Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 112 f.

²⁸ Loewenstein, R. M. (1959/60): S. 596.

²⁹ Eissler, K. R. (1959/60): S. 614. Als „Pseudoparameter“ bezeichnete Eissler solche Interventionen, die sich von den „echten“ Deutungen dadurch unterscheiden, dass sie „[...] den Kern, der die Deutung enthält, und die zusätzlichen Züge, durch die sie sich von den echten Deutungen unterscheiden“ enthalten. Siehe ebd. S. 614.

³⁰ **Annelise Heigl-Evers**, Ärztin und Psychoanalytikerin, wurde 1921 in Einbeck geboren, starb 2002 in Göttingen. Sie wurde vor allem durch ihre Leistungen in Forschung und Lehre im Bereich der analytischen Gruppenpsychotherapie bekannt. Gemeinsam mit ihrem Mann Franz Heigl entwickelte sie das „Göttinger Modell“, ein spezifisches Konzept der analytischen Gruppenpsychotherapie. Vgl. Stumm, G. (2005): S. 205 f.

³¹ Heigl-Evers, A. (1978), S. 8.

psychoanalytischen Behandlung beschrieben werden, wenn es darum geht, das „Klassische“ zu definieren.

In seinem 1980 im Psychoanalytischen Seminar Zürich gehaltenen Vortrag über Kohuts³² Behandlungstechnik gab Cremerius³³ zu bedenken, inwieweit die sogenannte „klassische psychoanalytische Technik“ ein „Mythos“³⁴ sei. Auch wenn Ferenczi 1924 diesen Begriff für Freuds damalige Behandlungstechnik geprägt habe, so lasse sich weder in Freuds Schriften noch in seiner Vorgehensweise in der Behandlung etwas erkennen, das diesen Begriff rechtfertige. Freud selber habe seine technischen Schriften, die zwischen 1910 und 1915 entstanden, mit dem Zusatz versehen, sie könnten „keine unbedingte Verbindlichkeit“³⁵ beanspruchen. Weiterhin wies Cremerius darauf hin: „Heute nehmen so heterogene Techniken wie die von Melanie Klein, Balint, Winnicott und Eissler (um nur einige zu nennen) für sich den Titel ‚klassisch‘ in Anspruch“.³⁶

In Anbetracht dieser Tatsache scheint eine klare Unterscheidung zwischen der „eigentlichen“, „klassischen“ oder „Standardanalyse“ und sogenannten „Modifikationen“³⁷, auch als „psychoanalytische Therapie“ bezeichnet, nicht ohne weiteres möglich. Entsprechend wies Cremerius darauf hin, „[...] daß die Diskussion darüber, ‚was Psychoanalyse, psychoanalytische Psychotherapie und Übergangsformen‘ [...] seien, seit 1952 in Kommissionen, Kongressen und Arbeitsgruppen ergebnislos geführt wird“.³⁸ Er kam zu der Feststellung, „[...] daß eine verbindliche Konvention über das, was psychoanalytische Technik ist oder nicht ist, nicht mehr existiert. Erst recht nicht über das, was klassische Technik ist“.³⁹

Hinsichtlich des Abstinenz-Prinzips, in der Fachliteratur oft als „die psychoanalytische Abstinenzregel“ bezeichnet, soll darauf hingewiesen werden, dass in der

³² **Heinz Kohut**, Psychiater und Psychoanalytiker, wurde 1913 in Wien geboren und starb 1981 in Chicago. Er emigrierte 1939 zunächst nach England, dann in die USA. Er wurde vor allem durch seine Publikationen im Bereich Narzissmus und die Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen sowie durch sein Konzept der Selbstpsychologie bekannt. Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 256-258.

³³ Zur Kurz-Biografie über Johannes Cremerius siehe Kap. 3.5.3.

³⁴ Cremerius, J. (1982 a), S. 18-19.

³⁵ Ebd. S. 18.

³⁶ Ebd. S. 18.

³⁷ Wenn in diesem Zusammenhang von ‚Modifikationen‘ die Rede ist, muss erwähnt werden, dass dieser Begriff bei Freud ursprünglich eine andere Bedeutung hatte. Freud hatte seinerzeit betont, er habe seine behandlungstechnischen Empfehlungen anhand der konversionshysterischen Störungen entwickelt. Die Behandlungstechnik müsse daher, „[...] je nach der Krankheitsform und je nach den beim Patienten vorherrschenden Trieben gewisse Modifikationen erfahren [...]“. Siehe Freud, S. (1911): S. 108.

³⁸ Cremerius J. (1982 b), S. 488-489.

³⁹ Ebd., S. 503.

psychoanalytischen Literatur mehrere, inhaltlich nicht identische Abstinenzregeln beschrieben werden. Es erscheint daher an einigen Stellen sinnvoll, den Terminus ‚Abstinenz-Regel‘ im Plural zu gebrauchen, sofern nicht ein spezifisches Abstinenzprinzip gemeint ist.

Weiterhin erscheint beachtenswert, dass manche Autoren Techniken beschreiben oder Empfehlungen geben, die sich inhaltlich dem Abstinenzbegriff zuordnen lassen, ohne aber diesen Terminus selbst zu benutzen, so zum Beispiel wenn Otto Kernberg⁴⁰ über die „Neutralität“⁴¹ des Analytikers spricht.

Das Thema stellt eine besondere Herausforderung dar, weil es so viele Tabu-Bereiche zu berühren scheint und die Diskussionen darüber bis in die Gegenwart oft affektiv aufgeladen geführt wurden⁴².

Eine umfassende Auseinandersetzung mit diesem Thema erscheint angesichts des bisher relativ geringen Umfangs an Literatur zur Geschichte der psychoanalytischen Technik sinnvoll. Ein weiterer Aspekt besteht darin, dass die Art und Weise, wie die psychoanalytische Behandlung gerade in Bezug auf die Abstinenzregeln erfolgte, nicht unwesentlich mit der Therapeutenpersönlichkeit und mit der Beziehung, welche sich zwischen dem Psychoanalytiker und seinem Patienten entwickelte, verknüpft war und damit entscheidend zum Behandlungsklima beitrug, was wiederum in nicht zu unterschätzendem Ausmaß über Gelingen und Erfolg einer Therapie beizutragen schien.

Ein weiterer wesentlicher Punkt, sich diesem Thema zu widmen, besteht darin, dass anhand historischer Falldarstellungen Erkenntnisse gewonnen werden können, die auch im Hier und Jetzt, in Bezug auf die aktuellen psychoanalytischen Behandlungen Lösungsansätze bieten können, weil die besondere Problematik, die darin zum Ausdruck kommt, von universaler Bedeutung ist: ich denke dabei vor allem an die Situation des noch

⁴⁰ **Otto F. Kernberg**, geb. 1928 in Wien, Arzt und Psychoanalytiker, emigrierte 1939 nach Chile, lebte ab 1959 in den Vereinigten Staaten, wo er seit 1976 als Professor für Psychiatrie am Cornell University Medical College tätig ist. Er ist seit 1961 ordentliches Mitglied der International Psychoanalytic Association (IPA) und war von 1998 bis 2001 deren Präsident. Kernberg gilt als wichtiger Vertreter der Objektbeziehungstheorie. Von ihm stammen zahlreiche Beiträge zur psychoanalytischen Narzissmusdiskussion und zu den Borderline-Störungen. Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 253 f.

⁴¹ Siehe hierzu Kernberg, O. F. (1980): S. 69. Siehe auch Menninger, K. A. (1977): S. 91. Hier erscheint unter dem Begriff „Stabilität“ eine ebenfalls der analytischen Abstinenz zuzuordnende Definition.

⁴² Ein eindrucksvolles Beispiel dafür lässt sich dem Brief entnehmen, den Sigmund Freud am 13. Dezember 1931 an Sándor Ferenczi schrieb, in welchem er dessen Nichtachtung von Abstinenzregeln recht drastisch kritisierte („Und dann sollen Sie von brutaler väterlicher Seite die Mahnung hören.“). Vgl. Jones, E. (1978): S. 197.

unerfahrenen Psychoanalytikers, dessen verinnerlichte Lehrmeinung in Kontrast zu seinem eigenen Impuls steht. Ein in einem psychoanalytischen Lehrbuch aufgeführtes Fallbeispiel beschreibt eine Behandlungssituation, in welcher ein angehender Psychoanalytiker eine bestimmte Vorgehensweise, einer bestimmten Theorie verpflichtet, aber entgegen seinem eigenen inneren Impuls, anwendet und damit offensichtlich den therapeutischen Prozess blockiert und schließlich einen Behandlungsabbruch durch die Patientin provoziert.⁴³ Es entsteht der Eindruck, als werde dadurch nicht nur der Patientin eine hilfreiche therapeutische Intervention vorenthalten, sondern als unterdrücke der Therapeut in einer nahezu masochistischen Weise einen intuitiv „richtigen“ Impuls. Des Weiteren finden sich Falldarstellungen, in welchen der Therapeut Behandlungssituationen beschreibt, in denen er intuitiv, aber entgegen der herrschenden Lehrmeinung eine Art von Intervention vornimmt, die sich nicht mit den Abstinenzprinzipien vereinbaren lassen, wie etwa eine Angstberuhigung, und sich hinterher, trotz positiv verlaufenden Therapieprozesses selbst beschuldigt, falsch gehandelt zu haben.⁴⁴

Es soll in diesem Zusammenhang auch ein Überblick über die Vorstellungen, Erkenntnisse und Lehrmeinungen in Bezug auf die Faktoren gegeben werden, die man als für den therapeutischen Erfolg ausschlaggebend und welche man als eher ungünstig einschätzte.

Es geht somit auch um die ‚heilenden‘ Faktoren und die Bedeutung, welche die Abstinenz daran hat. Eine der in diesem Zusammenhang am häufigsten geführten Kontroversen beziehen sich auf die Frage, ob das bloße Deuten ausreiche, um entscheidende Veränderungen im Patienten zu bewirken oder ob die Interventionen des Psychoanalytikers nicht notwendigerweise darüber hinaus gehen müssten, ob er nur ausnahmsweise aktiver vorgehen oder ob er „etwas mehr“ intervenieren dürfe. Entsprechende Technik-Debatten finden sich auch in der zeitgenössischen Literatur. Diese Thematik ist eng verknüpft mit der Frage, wodurch die Heilung oder die entscheidende Besserung bewirkt werde. Die Einschätzungen darüber, welches das wichtigste, weil das eigentlich „heilende“ therapeutische Agens sei⁴⁵, fielen unterschiedlich aus: die Einen stellten den heilenden

⁴³ Vgl. Greenson, R. R. (1973): S. 230-231.

⁴⁴ Vgl. Frank, C. (2005): S. 23-41.

⁴⁵ Die Beurteilung und Messung des ‚Therapieerfolgs‘ stellen zentrale übergeordnete Themen dar, mit welcher sich die ab etwa den frühen 1980er Jahren in Deutschland etablierte differenziertere Psychotherapieforschung befasst. Nach Lutz und Böhnke lassen sich die Aufgaben der Psychotherapieforschung in die zwei Hauptbereiche „Wirksamkeitsprüfung“ und „Wirkungsweise“ psychotherapeutischer Interventionen unterteilen. Vgl. Lutz, W. (Hg.) (2010): Lehrbuch Psychotherapie, S. 49 ff. Angesichts der Vielzahl der existierenden Psychotherapieschulen und –methoden und der seit den

Effekt der ausschließlich deutenden Interventionen des Analytikers erst gar nicht infrage. Für Waelder⁴⁶ beispielsweise stellte sich das Wesen einer psychoanalytischen Therapie ganz im Freudschen Sinne als eine Behandlungsform dar, die dem Patienten helfen könne „[...] die Verdrängungen der Gegenwart und der Vergangenheit aufzuheben und die gegenwärtigen und vergangenen Konflikte wieder ins Bewußtsein zu heben, womit sie ihren Patienten die Möglichkeit bietet, eine gangbare, nichtneurotische Lösung zu erarbeiten“.⁴⁷ Die Besserung oder Heilung der Beschwerden des Patienten ergebe sich, wenn der Psychoanalytiker dem Patienten die dafür erforderlichen Bedingungen vermittels möglichst exakter Deutungen schaffe. Es bestand für ihn offenbar kein Zweifel an der ausschließlichen Heilkraft psychoanalytischer Deutungen, es komme nur darauf an, wie wahr, gültig und beweisbar diese seien, (soweit dies auf dem Gebiet der psychoanalytischen Behandlung von Patienten überhaupt möglich wäre), also um die Frage der „Verifizierung“⁴⁸ psychoanalytischer Deutungen:

„Irgendwo zwischen kritikloser Spekulation und dem Beharren auf einer unerreichbaren mathematischen Sicherheit müssen wir nach dem Maß an Gewißheit suchen, [...] wo Deutungen und Behauptungen über jeden vernünftigen, wenn auch nicht unbedingt über jeden möglichen Zweifel hinaus vorgebracht werden können“.⁴⁹

Die Tatsache, dass manche seiner Kollegen auch noch zusätzliche andere „Prozeduren“ durchführen, oder in Diskussionen oder Aufsätzen über Psychoanalyse davon die Rede sei, man müsse bei bestimmten Patienten ‚aktiver‘ sein, dies seien für ihn keine Fragen, die die ‚klassische Technik‘ berühre: „Was gemeint ist, ist vielmehr, daß der jeweilige Autor in diesen Fällen die Anwendung der reinen Psychoanalyse nicht empfiehlt, sondern eine

Anfängen der systematischen Psychotherapieforschung immer weiter ausdifferenzierten, theoretisch wie auch empirisch begründeten Messinstrumenten, um den Rückgang der Symptomatik zu messen, wird deutlich, dass dies nur über ein „multimodales Vorgehen“ (vgl. ebd. S. 50) möglich ist. Siehe hierzu auch z. B. Grawe, K. et al. (1994): Psychotherapie im Wandel - von der Konfession zur Profession, sowie Lambert, M. J. (Hg.) (2013): Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.

⁴⁶ **Robert Waelder**, geb. 1900 in Wien, studierte Philosophie und promovierte „zum Dr. phil. im Fach Physik“. Sein Interesse an der Psychoanalyse wurde geweckt, nachdem er 1922 um Behandlung bei Sigmund Freud nachgefragt hatte und von ihm an Hans Jokl verwiesen wurde. Später unterzog er sich weiteren Analysen bei Hermann Nunberg und Anna Freud und wurde Mitglied der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Er beschäftigte sich u. a. mit der Systematisierung psychoanalytischer Konzepte, untersuchte soziale und politische Themen unter Anwendung psychoanalytischer Theorien; ging 1935 nach London, konnte sich wegen seiner anti-kleinianischen Einstellung dort nicht etablieren und wanderte 1938 in die USA aus. Er starb 1967 in Broomall, Pennsylvania. Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 492 f.

⁴⁷ Waelder, R. (1969), S. 49.

⁴⁸ Vgl. ebd. S. 15 f.

⁴⁹ Ebd. S. 16.

Mischung von Psychoanalyse und erzieherischer Psychotherapie für besser geeignet für den Patienten hält“.⁵⁰

Im Gegensatz dazu hielten und halten andere Autoren außer den Deutungen auch noch andere Interventionen für hilfreich bzw. heilsam, ohne mit dieser Einstellung die Frage aufzuwerfen, ob sich dies noch mit der psychoanalytischen Standardmethode vereinbare. Einer der bedeutendsten unter diesen Autoren war Ferenczi, der in seinen späteren Schaffensphasen seinen Patienten liebevoll und großzügig wie eine „zärtliche Mutter“⁵¹ alle Wünsche zu erfüllen suchte, statt ihnen Deutungen zu geben.

Das Meinungsspektrum erstreckte sich bis zu der radikalen These, das Deuten habe eine lediglich akademische aber keine kurative Wirkung.

Des Weiteren finden sich bemerkenswerte Fallbeispiele, in denen beschrieben wird, wie gerade das therapeutische Abweichen von Regeln die entscheidende Änderung nach langer Stagnation des psychotherapeutischen Prozesses erbrachte, ein solches Beispiel wird im Kapitel über Franz Alexander dargestellt werden. Die Regel selbst wurde dadurch allerdings nicht in Frage gestellt.

Eine weitere, im Zusammenhang mit der Abstinenz-Thematik wichtige Fragestellung bezieht sich auf die Motive derjenigen Psychoanalytiker-Persönlichkeiten, die sich wesentlich mit diesem Aspekt der psychoanalytischen Technik auseinandergesetzt haben. Was hat sie veranlasst, sich ausgerechnet damit intensiv zu beschäftigen, welche bewussten und welche vermuteten unbewussten Beweggründe könnten sie dazu gebracht haben? Ihre Argumentation zum Beispiel in Bezug auf Für und Wider einer jeweils rigiden oder aber liberalen Auslegung des Abstinenzprinzips soll einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Darüber hinaus soll nach den Begründungen, Motiven und Funktionen der Abstinenzregeln in der psychoanalytischen Behandlung, den behaupteten und den hinter den rationalen Begründungen liegenden, also verborgenen, eventuell unbewussten Motivationen gefragt werden.

Eine Besonderheit an der Darstellung von Fallbeispielen besteht darin, dass die analytischen Interaktionen einschließlich ihrer Wirkungen, die sie auf den Patienten ausüben, stets aus der Sicht des Therapeuten beschrieben wurden und somit offen blieb,

⁵⁰ Ebd. S. 184.

⁵¹ Ferenczi, S. (1931), S. 284.

inwieweit diese Einschätzung jeweils mit der Wahrnehmung des Patienten übereinstimmte bzw. welche Wirkungen sich im Patienten tatsächlich ereigneten.⁵²

In den seltenen Literatur-Beispielen, die beide Beteiligte, Psychoanalytiker/-in *und* Patient/-in zu Wort kommen lassen⁵³ sowie in den Berichten über eine Psychoanalyse aus der Sicht des Patienten bzw. Ausbildungskandidaten⁵⁴ wird eindrucksvoll dokumentiert, wie weit diese Einschätzung divergieren kann. Daher verwundert auch nicht die kritische Haltung von Walter Bräutigam⁵⁵, der sich über die früher und heute noch übliche Einseitigkeit in der psychoanalytischen Behandlung beklagte, insofern als einzig der Therapeut feststelle, was sich im therapeutischen Prozess ereignet hat, „was richtig und hilfreich und was falsch und störend war“.⁵⁶

⁵² Ein eindrucksvolles Beispiel dafür, wie eine psychoanalytische Behandlung durchgeführt wurde, ohne auf die wiederholten Klagen des Patienten, dass er sich von seinem Analytiker nicht verstanden fühle, angemessen einzugehen (außer, dass diese Klagen als ‚Widerstand‘ eingeordnet und analysiert wurden), beschrieb **Cremerius** 1982 in seinem Aufsatz: ‚Kohuts Behandlungstechnik. Eine kritische Analyse‘. **Kohut** hatte ein und denselben Patienten im Abstand von 10 Jahren zwei mal in analytische Behandlung genommen. Die erste Behandlung, von Kohut als nach dem Muster der „klassischen psychoanalytischen Technik“ deklariert, sei nach Ansicht von Cremerius „im luftleeren Raum und ohne menschlichen Partner gehandhabt“ (S. 27) worden und blieb erfolglos. Die von Kohut in der ersten Analyse allzu „klassisch“ durchgeführten Interventionen, so Cremerius, haben den wirklichen Therapieerfolg verhindert, Kohut habe offensichtlich nicht bemerkt, was in dem Patienten tatsächlich vorging und habe dessen wiederholt vorgetragene Klagen, er werde nicht verstanden, gar nicht ernst genommen. Vgl. Cremerius, J. (1982 a): S. 17-31.

Als positives Gegenbeispiel kann der autobiografische Roman der amerikanischen Schriftstellerin **Joanne Greenberg** gelten. Sie beschrieb unter dem Pseudonym Hannah Green ihren Weg aus einer psychotischen Erkrankung zur Heilung, dank der einfühlsamen und vor allem auf Geduld, Verständnis und Empathie gründenden Behandlungsweise der deutschstämmigen Psychoanalytikerin **Frieda Fromm-Reichmann**, deren Patientin sie gewesen ist. Das Buch wurde 1964 unter dem Titel *I Never Promised You a Rose Garden* in den USA und in Deutschland 1978 unter dem Titel: *Ich habe Dir nie einen Rosengarten versprochen* veröffentlicht und diente als Vorlage für die 1977 erfolgte Verfilmung unter dem gleichen Titel. Laut Thomas Müller sei Frieda Fromm-Reichmann im Umgang mit ihren schizophrenen Patienten in einer positiven Weise unkonventionell vorgegangen: sie ließ diesen Patienten eine psychoanalytisch orientierte Behandlung andeuten, in welcher Arzt und Patient zu Bündnispartnern werden, die sich gemeinsam um Verständnis und Einsicht in Bezug auf ihre psychiatrische Erkrankung bemühen. Dieser Eindruck werde durchaus auch in dem Roman von Joanne Greenberg vermittelt. Diese von Menschlichkeit und Respekt gegenüber den an schweren psychotischen Störungen leidenden Menschen getragene Behandlungsweise von Frieda Fromm-Reichmann sei besonders bemerkenswert, wenn man den zeitlichen Kontext berücksichtigt, also späte 1930er und 1940er Jahre, in welchem in der amerikanischen Psychiatrie vor allem noch Elektroschocks und Lobotomie zur Anwendung kamen. Vgl. Müller, T. (2002): S. 112 ff.

⁵³ Yalom, I. D. (1974).

⁵⁴ Drigalski v., D. (2003).

⁵⁵ **Walter Bräutigam**, 1920 in Frankfurt/Main geboren, absolvierte nach dem Medizinstudium eine fachärztliche Ausbildung zum Neurologen und Psychiater bei Victor von Weizsäcker in Heidelberg. Nach der Gründung des Instituts für Psychosomatische Medizin an der dortigen Universität arbeitete er als Assistent von Alexander Mitscherlich und trat 1968 dessen Nachfolge als Klinikleiter an. Sein besonderes Engagement galt der Forschung im Bereich der psychosomatischen Erkrankungen und deren psychotherapeutische Behandlung, weiterhin initiierte er die Gründung der Institute für Medizinische Psychologie sowie Familientherapie und war Autor mehrerer Lehrbücher und Mitherausgeber wissenschaftlicher Zeitschriften wie „Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie.“ Walter Bräutigam verstarb am 16.12.2010. Vgl. ZPM aktuell (04/2011): S. 3.

⁵⁶ Bräutigam, W. (1983), S.117.

Die Hintergründe ihrer Einschätzungen, Theorien, Empfehlungen und Ratschläge zur Behandlungstechnik lassen sich nicht immer aus den Schriften ihrer Autoren ermitteln.

Anzunehmen ist, dass die Autoren in erster Linie auf Erfahrungen aus der eigenen Lehranalyse und aus den eigenen klinischen Erfahrungen, anhand einer allerdings meist geringen Fallzahl zurückgegriffen haben. Soweit bekannt, wurden auch Fallgeschichten anderer Analytiker verwandt. Bei Freud beispielsweise lässt sich erahnen, wie seine eigenen Erfahrungen mit Patientinnen während der Behandlungen sowie auch einige Erfahrungen von Kollegen in seine ‚Bemerkungen über die Übertragungsliebe‘⁵⁷ eingeflossen sein könnten.

Leo Stone bemerkte 1961 in Bezug auf die Frage der Beweisbarkeit psychoanalytischer Hypothesen:

„In unserer Arbeit gibt es keine strengen ‚Kontrollen‘. Meine klinischen Eindrücke und Schlüsse (denn so muß man sie bezeichnen) sind ein Amalgam aus Beobachtungen an und Folgerungen aus positiven und negativen Reaktionen bei einer Vielzahl von Fällen aus meiner eigenen Erfahrung über einen langen Zeitraum, einschließlich erneuter Analysen von Patienten, die von mir oder von einem oder mehreren anderen Kollegen analysiert worden waren, ferner aus Fällen, die mir in der Supervision mitgeteilt wurden, sowie aus Beobachtungen, die ich machen konnte, als ich mit der Arbeit einer psychoanalytischen Klinik allgemeinen Kontakt hatte“.⁵⁸

Davon abgesehen, wie groß die Aussagekraft bei einer geringen Fallzahl sein kann, bemerkte Michael Balint:⁵⁹ „Leider wissen wir so wenig über die Techniken unserer Kollegen und sind so geheimnisvoll in Bezug auf unsere eigenen, [...]“.⁶⁰

Wer die Bedeutung des Begriffs ‚Abstinenz‘ in der psychoanalytischen Behandlung erfassen will, wird auf eine Vielzahl unterschiedlicher Inhalte und Ansichten stoßen. Die rein semantische und eher allgemeine Bedeutung von Abstinenz im ursprünglichen Sinne dieses Begriffes als ‚Weglassen‘, ‚Zurückhaltung‘ oder ‚Enthaltbarkeit‘ wäre hier selbstverständlich unzureichend. Und wenn andererseits der Abstinenzbegriff stillschweigend und fast beliebig als Synonym für etwa ‚Neutralität, Wortkargheit oder Passivität des Therapeuten‘ angewandt zu werden scheint, so wird das dem komplexen

⁵⁷ Freud, S. (1915), S. 306-321.

⁵⁸ Stone, L. (1973): S. 164 f.

⁵⁹ Zur Biografie Michael Balints siehe Kapitel 5.

⁶⁰ Balint, M. (1969), S. 240.

Inhalt des Abstinenzbegriffes nicht gerecht. Wolfgang Mertens, ein zeitgenössischer Autor, vertritt die Auffassung, das Abstinenz-Konzept umfasste früher wie heute vor allem die „*Einstellung*“ des Psychoanalytikers, „den Patienten nicht für eigene narzißtische Zwecke zu mißbrauchen“. ⁶¹ Daraus würde sich die Forderung ergeben, nicht wertend, tröstend oder erzieherisch vorzugehen. Des weiteren dürfe der Analytiker nicht aus narzisstischen Gründen, nämlich um von seinem Patienten geliebt zu werden, übermäßig verständnisvoll sein.

Die innere Haltung des Therapeuten gegenüber seinem Patienten, ob sie nun als solche mehr oder weniger erkennbar und vom Patienten bemerkt, eher von kühl sachlicher Distanz, „Neutralität“, von rigide verstandener „Abstinenz“ oder ob sie von „Hingabe“, menschlicher Wärme oder sogar von „Mütterlichkeit“ geprägt ist, hängt eng mit der „Gegenübertragung“ des Psychoanalytikers zusammen, unabhängig davon, ob mehr die bewusste oder mehr die unbewusste, neurotische oder nicht neurotische emotionale Antwort des Psychoanalytikers auf den Patienten oder auf dessen Assoziationen gemeint sind. Das bedeutet nicht, dass sich ohne weiteres vom äußeren Verhalten auf die innere „Haltung“ des Therapeuten schließen ließe und umgekehrt.

Die Art und Weise, wie ‚das Abstinenzprinzip‘ in der psychoanalytischen Theorie und Praxis sowie in der Forschung verstanden, wie die Abstinenzregeln in den Ausbildungsinstituten anhand behandlungstechnischer Empfehlungen vermittelt und ob und wie die Patienten diesbezüglich vor Beginn einer psychoanalytischen Therapie instruiert wurden, war, analog zu den unterschiedlichen Definitionen der Abstinenzprinzipien, vielschichtig. Was den Patienten zugemutet oder ihnen abgenommen werden sollte, ihnen verweigert oder im Gegenteil gewährt werden durfte, ob sich die Therapeuten als fühlende bzw. mitfühlende Helfer an ihre Seite gestellt sehen oder ihnen als weitgehend sachlich-neutrale Beobachter gegenübergestellt sehen wollten, ist nur eine kleine Auswahl der möglichen spezifischen Konstellationen des therapeutischen Paares in der Psychoanalyse.

⁶¹ Mertens, W. (1998), S. 1.

2. Definitionen und Inhalte des Abstinenzbegriffs im Verlauf der Geschichte der psychoanalytischen Behandlungstechnik

Als Freud seinerzeit die Abstinenzregeln aufstellte, legte er mit ihnen die „Spielregeln“ fest, die den Rahmen bilden sollten, innerhalb dessen Fortführung und Erfolg der Behandlung sichergestellt werden kann. Diese Regeln waren sowohl an den Patienten als auch den Analytiker gerichtet, wengleich auch schon damals die größere Verantwortung dem Analytiker übertragen wurde, denn dieser wurde aufgefordert, nicht nur sein eigenes Verhalten auf das richtige Maß an analytischer Zurückhaltung stetig zu überprüfen, sondern gleichzeitig auch für seine Patienten Sorge zu tragen, dass sie die notwendige Abstinenz einhalten.

2.1 Inhalt der Abstinenzregeln bezogen auf die Patienten/- innen und Ausbildungskandidaten/- innen

2.1.1 Sexuelle Abstinenz

Die Forderung, es dürfe zwischen dem Analytiker und seiner Patientin nicht zu sexuellen Handlungen kommen, hatte Freud schon 1915 in seinen „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“ aufgestellt. In seinen Empfehlungen ließ er keinen Zweifel offen, dass dies einzig die Aufgabe des Analytikers sein müsse und nicht die seiner Patientin, selbst dann, wenn eine Patientin sich in ihren Arzt verliebte, ihn verführen oder gar zu sexuellen Handlungen drängen wollte. Für diesen besonderen Fall gab er sehr ausführliche und konkrete Empfehlungen. Zu einigen anderen möglichen Behandlungssituationen rund um das Thema ‚Übertragungswünsche‘ der Patienten und ihre ‚Entbehrung‘, die sie zu leisten hätten, hatte er zwar ebenfalls für eine abstinente Haltung plädiert, ohne allerdings die speziellen Übertragungswünsche beim Namen zu nennen. Seine diesbezüglichen Empfehlungen erschienen sehr vorsichtig, vage, oft nur angedeutet oder umschrieben, wobei viele Fragen offen bleiben mussten, z. B. in seiner Formulierung:

„[...] ich meine dabei nicht allein die körperliche Entbehrung, auch nicht die Entbehrung von allem was man begehrt, denn dies würde vielleicht kein Kranker vertragen“.⁶²

⁶² Freud, S. (1915), S.313.

Im Unterschied zu Freud äußerten sich andere Autoren eindeutiger, vor allem, wenn es etwa um Homosexualität⁶³ und sexuelle „Perversionen“ ging, hier gab es Forderungen, der Patient müsse sich enthalten, dieser Neigung, die damals als Symptom galt, nachzugehen. Diese Art sexueller Abstinenz hatte Anna Freud noch 1954 einem homosexuellen Patienten auferlegt. Der Patient wurde also instruiert, auf sein Symptom, das ihn zur Behandlung geführt hatte, zu verzichten.

Eine solche Forderung blieb allerdings auch damals nicht ohne Widerspruch. So kam Kurt Eissler zu dem Schluss, es ginge ja einerseits um eine Befriedigung außerhalb der therapeutischen Situation und damit „[...] außerhalb des Bereichs der sogenannten Abstinenzregel [...]“⁶⁴ und andererseits überfordere man den Patienten, wenn man ihm zumute, auf sein Symptom zu verzichten.

Eine Variante verborgener sexueller Triebbefriedigung wurde 1919 von Ferenczi beschrieben, dem bei einigen Patienten während der Analysesitzung motorische Aktionen aufgefallen waren⁶⁵, die er als verdeckte Masturbation einschätzte. Am Beispiel einer „Hysterieanalyse“ schilderte er, wie eine in ihn verliebte Patientin während der Stunde die Beine gekreuzt hielt und sie aneinander presste. Er sah darin ein Hindernis für den Fortgang der Therapie und verbat daher der Patientin diese Aktionen, und zwar zunächst nur für die Dauer der Sitzung, später weitete er das Verbot auf die Zeit dazwischen aus und er unterband schließlich sogar das – von ihm als „Onanie-Äquivalente“ bezeichnete – Reizen nicht erogener Körperzonen.

2.1.2 Keine lebenswichtigen Entscheidungen während der Dauer der „Kur“

Einer der Ratschläge, den Sigmund Freud seinen Kollegen und künftigen Psychoanalytikern in Bezug auf den Beginn einer jeden psychoanalytischen Behandlung gab, bestand darin, sie sollen ihre Patienten vor Behandlungsbeginn instruieren, während der Gesamtdauer der Therapie darauf zu verzichten, lebenswichtige Entscheidungen zu treffen.

⁶³ Vgl. Loewenstein, R. (1959/60) S. 595 und 599.

⁶⁴ Eissler, K. (1959/60), S. 610.

⁶⁵ Ferenczi, S. (1919 a): S. 3-10.

Eine wichtige Voraussetzung dafür, dass eine analytische Behandlung erfolgreich durchgeführt werden könne, sei die, dass sich der Kranke an Verdrängtes erinnere, und dass er diese Erinnerungen „durcharbeite“. Allerdings, so Freud, stellen sich dem Erinnern mehr oder weniger starke Widerstände entgegen, was im Einzelfall so aussehen könne:

„[...] der Analytierte e r i n n e r e überhaupt nichts von dem Vergessenen und Verdrängten, sondern e r a g i e r e es. Er reproduziert es nicht als Erinnerung, sondern als Tat, e r w i e d e r h o l t es, ohne natürlich zu wissen, daß er es wiederholt“.⁶⁶

Die Kranken würden sich dem Erinnern dadurch widersetzen, dass sie die Energie, die für die Erinnerungsarbeit notwendig wäre, „durch eine Aktion abführen“⁶⁷. Der Arzt habe nun die Aufgabe, die Patienten an diesen „Wiederholungsaktionen“ zu hindern. Aus diesem Grund solle man sie verpflichten, für die Dauer der Analyse „keine lebenswichtigen Entscheidungen zu treffen, etwa keinen Beruf, kein definitives Liebesobjekt zu wählen, sondern für alle diese Absichten den Zeitpunkt der Genesung abzuwarten“.⁶⁸

Diese Empfehlung wurde auch unter der nachfolgenden Analytiker-Generation als sinnvoll anerkannt und bildete praktisch keinen Anlass für Kontroversen. Sie findet sich beispielsweise in einem von Karl Menninger⁶⁹ 1958 in den USA veröffentlichten und in den 1970er Jahren im deutschsprachigen Raum erschienenen Lehrbuch zur Psychoanalyse wieder. Allerdings führte Menninger eine andere Begründung an: der Patient oder Analysand könnte im Verlauf seiner psychoanalytischen Therapie seine inneren Einstellungen und Lebensziele möglicherweise so grundlegend ändern, dass es nicht ratsam sei, vor Abschluss dieser Entwicklung wichtige Entscheidungen zu treffen. Daher sei es ratsam, ihn darüber aufzuklären „[...] daß die Analyse einen Umsturz bedeuten kann und

⁶⁶ Freud, S. (1914): S. 129.

⁶⁷ Ebd. S. 133.

⁶⁸ Ebd. S. 133.

⁶⁹ **Karl Menninger**, (1893-1990), amerikanischer Psychiater, gründete 1919 zusammen mit seinem Vater Charles Frederick Menninger die psychiatrische Menninger-Klinik und 1925, nachdem sich ihnen auch noch sein jüngerer Bruder William angeschlossen hatte, das Menninger Sanatorium. Gemeinsam gründeten sie die sog. *Menninger Foundation*, welche die Klinik, das Sanatorium und eine Schule für Psychiatrie umfasste. Von 1941 bis 1942 war Karl Menninger Präsident der American Psychoanalytic Association. Menninger veröffentlichte eine Vielzahl an Büchern zur Psychiatrie und Psychoanalyse. In einem seiner bekanntesten Bücher ‚The Human Mind‘, das er 1930 veröffentlichte, ursprünglich für Studenten der Psychiatrie geschrieben, engagierte er sich für ein tieferes und differenzierteres Verständnis für psychisch kranke Menschen und verbesserte damit auch die Sichtweise von psychischen Störungen in der öffentlichen Meinung. Bekannt wurde Menninger auch aufgrund seines sozialpsychiatrischen Engagements, z. B. setzte er sich für vernachlässigte und missbrauchte Kinder und für Gefängnisinsassen ein.

erst *dann* ein restaurativer Prozeß eintritt, und daß wichtige Schritte und Entscheidungen bei der Lebensplanung verschoben werden sollten, bis die Analyse beendet ist [...].⁷⁰

⁷⁰ Menninger, K. A. (1977): S. 55.

2.1.3 Verzicht auf Ersatzbefriedigungen

Wenn Sigmund Freud empfahl, die analytische Behandlung solle in der „Entbehrung – Abstinenz“⁷¹ erfolgen, so forderte er damit keineswegs, dass der Kranke auf jegliche Bedürfnisbefriedigung verzichten müsse, das sei ohnehin unrealistisch. Auch ginge es nicht darum, dass der Kranke in dieser Zeit sexuell enthaltsam leben müsse, sondern er solle speziell auf „Ersatzbefriedigungen“⁷² verzichten. Mit diesem Begriff meinte er ganz bestimmte Arten von Aktivitäten des Patienten, die sich im Sinne eines Widerstandes dem eigentlichen Ziel der Therapie, nämlich des Erinnerns und der Bewusstwerdung entgegen stellen, ähnlich den Mechanismen, die er fünf Jahre zuvor beschrieben und mit welchen er die Forderung, Patienten sollen auf wichtige Entscheidungen während der Kur verzichten, begründet hatte.

Ausgehend von der Vorstellung, dass ja bereits die Symptome des Kranken, unter denen er leidet, eine Ersatzbefriedigung darstellen (indem sie zum Beispiel ein unbewusstes Strafbedürfnis befriedigen), müsse verhindert werden, dass sich der Patient nach Abklingen seiner Symptome anderweitig Ersatzbefriedigungen suche, die keinen Leidenscharakter mehr haben. Dadurch würde die für die Heilung erforderliche Bewusstwerdung, die Einsicht, verhindert und mit abnehmendem Leidensdruck ginge dem Patienten dann die für eine echte Besserung so notwendige Energie verloren. Statt sich zu erinnern, würde der Kranke nur wiederholen, also agieren.

Diese Forderung, auf Ersatzbefriedigungen zu verzichten, richtete Freud zwar explizit an den Patienten, es sei aber die Aufgabe des Therapeuten, deren Einhaltung zu kontrollieren.

2.1.4 Die Analyse soll im Liegen erfolgen, kein Sichtkontakt mit dem Therapeuten

Der Patient soll während der Behandlungsstunden auf einer Couch liegen und der Analytiker so hinter ihm sitzen, dass nicht nur kein Augenkontakt zwischen beiden stattfinden sondern der Patient seinen Analytiker überhaupt nicht sehen könne, so forderte es Freud 1913, wohl wissend, der Patient würde eine solche Anordnung als „Entbehrung“ erleben. Zum einen habe das Liegen einen historischen Ursprung, denn auch die Hypnose

⁷¹ Freud, S. (1919): S. 187.

⁷² Ebd. S. 188.

fand ja seinerzeit im Liegen statt. Zum anderen wollte Freud nicht viele Stunden am Tag von seinen Patienten angeschaut werden. Es ging ihm in erster Linie darum, die Übertragung des Kranken in der „Reinform“ zu isolieren und dabei würde ihn die Mimik des Therapeuten nur ablenken, die diesbezüglichen Fantasien des Patienten würden sich dann mit der Übertragung vermischen.

„Ich halte an dem Rate fest, den Kranken auf einem Ruhebett lagern zu lassen, während man hinter ihm, von ihm ungesehen, Platz nimmt. Diese Veranstaltung hat einen historischen Sinn, sie ist der Rest der hypnotischen Behandlung, aus welcher sich die Psychoanalyse entwickelt hat. Sie verdient aber aus mehrfachen Gründen festgehalten zu werden. Zunächst wegen eines persönlichen Motivs, das aber andere mit mir teilen mögen. Ich vertrage es nicht, acht Stunden täglich (oder länger) von anderen angestarrt zu werden. Da ich mich während des Zuhörens selbst dem Ablauf meiner unbewußten Gedanken überlasse, will ich nicht, daß meine Mienen dem Patienten Stoff zu Deutungen geben oder ihn in seinen Mitteilungen beeinflussen“.⁷³

Weniger wahrscheinlich erscheint, dass es Freud um die Wahrung seiner Anonymität ging. Weder forderte er explizit, der Analytiker solle für seine Analysanden anonym bleiben, noch lassen seine Gewohnheiten im Umgang mit ihnen darauf schließen, im Gegenteil wurde er von einigen unter ihnen als eher mitteilbar beschrieben. Darauf wird in späteren Kapiteln ausführlicher eingegangen werden.

Für Rudolph Loewenstein⁷⁴ gehörte das Liegen auf der Couch und die damit eingeschränkte Möglichkeit des Sichtkontaktes zum Analytiker ebenso wie dessen Gepflogenheit, die auf die eigene Person bezogenen Fragen des Patienten nicht zu beantworten, zu den Bedingungen, die dazu beitragen, die Anonymität des Analytikers zu wahren. Falls aus bestimmten Gründen die Anonymität nicht gewährleistet werden könne, sei die Analyse „gefährdet“⁷⁵. Loewenstein erklärte nicht, worin die Gefährdung bestünde, räumte allerdings ein, in manchen Situationen könne es sinnvoll sein, wenn der Patient zeitweise vom Liegen in die sitzende Haltung wechselt, zum Beispiel, um ihm eine bessere Realitätsprüfung zu ermöglichen.

⁷³ Freud, S. (1913): S. 467.

⁷⁴ Zur Kurz-Biografie über Rudolph Loewenstein siehe Kap. 8.

⁷⁵ Loewenstein, R. (1959/60): S. 597.

2.1.5 Keine Vorbereitung auf die Sitzung und nicht mit anderen Personen über die Analyse sprechen

Ein weiterer Verzicht, den Freud zu Beginn einer psychoanalytischen Behandlung seinen Analysanden auferlegte, bestand darin, dass sie sich nicht auf die Sitzung vorbereiten sollten. Mit dieser Forderung beabsichtigte er den zu erwartenden Widerstand möglichst gering zu halten. Seine Patienten (Analysanden) sollten keine anderen Personen über die analytische Kur einweihen und auch nicht mit anderen über die Inhalte der Analyse sprechen.

Wenn ein Patient diese Forderung missachte, ginge der Kur wertvolles Material verloren⁷⁶ und dem Kranken könnte, durch die Beeinflussung Dritter, die Motivation zur Fortführung der Behandlung von außen entzogen werden:

„Man widerrate solche Vorbereitung, die nur zum Schutze gegen das Auftauchen unerwünschter Einfälle geübt wird. Mag der Kranke noch so aufrichtig an seine löbliche Absicht glauben, der Widerstand wird seinen Anteil an der absichtlichen Vorbereitungsart fordern und es durchsetzen, daß das wertvollste Material der Mitteilung entschlüpft. Man wird bald merken, daß der Patient noch andere Methoden erfindet, um der Behandlung das Verlangte zu entziehen. Er wird sich etwa täglich mit einem intimen Freunde über die Kur besprechen und in dieser Unterhaltung alle seine Gedanken unterbringen, die sich ihm im Beisein des Arztes aufdrängen sollten. Die Kur hat dann ein Leck, durch das gerade das Beste verrinnt“.⁷⁷

Freuds 1912 niedergeschriebene „Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung“⁷⁸ bezogen sich auch auf die Frage, in welcher Weise ein Patient auf die „Kur“ vorbereitet und inwieweit dabei die „intellektuelle Mitarbeit“ des Kranken gefordert werden sollte. Freuds diesbezügliche Empfehlung ging in die Richtung, dass die Patienten sich vor oder während ihrer analytischen Behandlung nicht über diese Therapie informieren sollten. Zwar legte er sich nicht auf konkrete Ratschläge fest, vielmehr seien die Persönlichkeit und Eigenheiten des zu Analysierenden zu berücksichtigen und von Fall zu Fall zu entscheiden, jedoch mahnte er zu „Vorsicht und Zurückhaltung“, wenn es darum ging, den Patienten gezielt zu instruieren, indem man ihn etwa auffordere, besonders intensiv und konzentriert Erinnerungen über frühere Phasen seines Lebens

⁷⁶ Freud, S. (1913): S. 469 f.

⁷⁷ Ebd. S. 470. Vgl. als Gegenbeispiel: v. Drigalski, D. (2003): S. 254-255.

⁷⁸ Freud, S. (1912 b): S. 385 f.

hervorzubringen. Ganz besonders sollte der Arzt darauf achten, dass vor allem solche Kranke, die ohnehin eine Neigung besitzen, ins Intellektualisieren zu verfallen, nicht auch noch gezielt etwa Literatur über psychoanalytische Behandlung von Neurosen lesen sollten:

„Besonders unerbittlich sollte man auf der Befolgung dieser Regel bei jenen Kranken bestehen, die die Kunst üben, bei der Behandlung ins Intellektuelle auszuweichen, dann viel und oft sehr weise über ihren Zustand reflektieren, und es sich so ersparen, etwas zu seiner Bewältigung zu tun. Ich nehme darum bei meinen Patienten auch die Lektüre analytischer Schriften nicht gern zu Hilfe; ich verlange, daß sie an der eigenen Person lernen sollen, und versichere ihnen, daß sie dadurch mehr und Wertvolles erfahren werden, als ihnen die gesamte psychoanalytische Literatur sagen könnte“.⁷⁹

Noch eindringlicher warnte Freud davor, den Angehörigen des Kranken psychoanalytische Schriften zum Lesen zu geben. Wenn bei dem Kranken selbst schon das Lesen solcher Schriften zu einem Ausweichen ins Intellektuelle und damit ein Widerstand gegen die Behandlung ausgelöst werden könnte, so würde bei den Angehörigen, bei welchen sich ohnehin regelmäßig früher oder später Vorbehalte gegenüber der Behandlung einstellen, möglicherweise eine solche Abneigung dagegen entwickeln, dass die Therapie überhaupt nicht zustande komme.

2.1.6 Ist der Analysand Ausbildungskandidat, so soll er keine Vorträge oder Seminare seines Lehranalytikers besuchen

Ausbildungskandidaten der Psychoanalyse sollen an keinen Lehrveranstaltungen teilnehmen, die von Dozenten gehalten werden, bei welchen sie sich in Lehranalyse befinden. Die Analyse sei dann „[...] durch die mangelnde Anonymität gefährdet“⁸⁰. Loewenstein wies auf eine „Gefährdung“ hin, es wird allerdings nicht deutlich, worin sie bestünde. Scheunert, der darin ebenfalls ein Problem sah, machte auf die schwierigen Übertragungsverwicklungen und die „inzestuöse Verquickung“, die sich daraus ergeben würden, aufmerksam⁸¹. Der Analysand hätte dann Schwierigkeiten, die Grundregel aufrichtig zu befolgen und der Analytiker müsste seine Gegenübertragungsäußerungen

⁷⁹ Ebd. S. 386.

⁸⁰ Loewenstein, R. M. (1959/60): S. 597.

⁸¹ Scheunert, G. (1961/62): S. 112 f.

übermäßig kontrollieren. Diese Forderung wurde von einigen Autoren kritisch kommentiert, u. a. von Helmut Thomä⁸², der auf die Unmöglichkeit hinwies, als Lehranalytiker an einem großen Ausbildungsinstitut für die Ausbildungskandidaten anonym zu bleiben, wobei er auf den Einfluss von Veröffentlichungen und auch auf den „überall blühenden Klatsch“⁸³ hinwies.

⁸² **Helmut Thomä**, geb. 1921 in Stuttgart, gest. 2013 in Leipzig, Arzt, Psychoanalytiker und Hochschullehrer, absolvierte zunächst eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, später schloss er auch noch eine nervenärztliche Weiterbildung ab. Sein Interesse für die Psychoanalyse, welches 1945 durch „persönliche Lebensumstände“ [Thomä, H. (1981): S. 7] geweckt wurde, erhielt entscheidende Impulse durch seine Arbeit an der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg, in welcher er ab 1950 Mitarbeiter von Alexander Mitscherlich wurde. Weiterhin prägend für seinen beruflichen Werdegang war für ihn sein einjähriger Studienaufenthalt an der Yale University in New Haven (USA) 1955, wo er einige amerikanische Psychoanalytiker kennen lernte, mit denen er lebenslang in Gedankenaustausch blieb, sowie die Begegnung mit Michael Balint, den er im Rahmen eines Weiterbildungsstipendiums in London traf. „Am nachhaltigsten hat sich auf mein psychoanalytisches Denken und Handeln die Begegnung mit M. Balint in London ausgewirkt [...]. Von M. Balint beeinflusst, steht im Mittelpunkt meines klinischen und wissenschaftlichen Denkens etwa seit 1965 die Frage, was der Psychoanalytiker in therapeutischen Situationen mit Kranken unterschiedlicher diagnostischer Klassifikation in therapeutischer Absicht tut, welche Faktoren für einen erfolgreichen oder erfolglosen therapeutischen Prozeß verantwortlich gemacht werden können und in welcher Beziehung der therapeutische Prozeß zur psychoanalytischen Theorie steht“. [Thomä, H. (1981): S. 10 f.]. 1962 erhielt Thomä mit seiner Habilitationsschrift über die Anorexia nervosa die Lehrbefähigung für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse. 1967 übernahm er den Lehrstuhl für Psychotherapie an der Medizinisch-Naturwissenschaftlichen Hochschule Ulm. Im Rahmen seiner empirischen Therapieforschung ließ Thomä Tonbandprotokolle von Therapiesitzungen anfertigen, ein Schritt, der in der deutschen psychoanalytischen Therapieforschung zuvor nicht üblich gewesen ist und der bis heute kontrovers diskutiert wird. Thomäs zweibändiges ‚Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie‘, welches er zusammen mit Horst Kächele, seinem Nachfolger am Ulmer Lehrstuhl, 1985 und 1988 in erster Auflage veröffentlichte, gilt als Standardwerk und zählt zu den wichtigsten Publikationen der deutschsprachigen Psychoanalyse. Siehe Thomä, H. u. Kächele, H. (2. Auflage, 1996 und 1997).

Horst Kächele, geb. 1944 in Kufstein, Österreich, Psychoanalytiker und Psychotherapieforscher, begann seine wissenschaftliche Laufbahn 1970 an der Universität Ulm. 1976 habilitierte er über psychoanalytische Prozessforschung, 1990 erhielt er den Lehrstuhl für Psychotherapie an der Universität Ulm als Nachfolger von Helmut Thomä. „Im Rahmen des Sonderforschungsbereichs der Universität Ulm, ‚Psychotherapeutische Prozesse‘ (1980-1989) wurde die sogenannte ‚Ulmer Textbank‘ realisiert, die bis heute Forschern in aller Welt Therapietexte für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung stellt.“ Siehe Stumm, G. et al. (2005): S. 243. Von 1997 bis zu seiner Emeritierung im Jahr 2009 war er Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm. 2002 erhielt er den Internationalen Sigmund-Freud-Preis für Psychotherapie.

⁸³ Thomä, H. (1981): S. 72.

2.1.7 Der Patient oder Analysand soll „frei“ assoziieren und dem Psychoanalytiker gegenüber alles mitteilen, was ihm in den Sinn kommt⁸⁴

Die wichtigste Aufgabe, die ein Patient bzw. Analysand in der analytischen Behandlung erbringen soll, wurde (und wird) in Gestalt der sogenannten psychoanalytischen „Grundregel“ definiert. Sie besagt, dass der Patient „frei assoziieren“, also alle ihm während der analytischen Behandlung aufkommenden Einfälle, Gedanken und Gefühle in Worte fassen und mitteilen soll. Aus dieser Grundregel ergibt sich die Abstinenz des Patienten: er soll seinem Analytiker gegenüber verzichten, Teile seiner Assoziationen zurückzuhalten, aus verschiedenen Gedanken nur ganz bestimmte auszuwählen, seine Gedanken zu zensieren oder etwa durch gezielte Äußerungen bewusste Absichten zu verfolgen. Er soll nichts weglassen, möge es ihm auch unwichtig, peinlich, überflüssig oder unsinnig erscheinen. Aufkommende Impulse sollen nicht „agiert“, also in Handlung umgesetzt, sondern ausschließlich verbal mitgeteilt werden.

⁸⁴ Vgl. Körner, J. und Rosin, U. (1985): S. 25 f und S. 40.

2.2 Inhalt der Abstinenzregeln bezogen auf den/ die Analytiker/-in

Die meisten im Zusammenhang mit dem Abstinenzprinzip geltenden Regeln bezogen sich (und beziehen sich bis heute) auf den Analytiker. Auch wenn den Patienten bestimmte Verbote und Regeln auferlegt wurden, so war es doch die Aufgabe des Analytikers, für deren Einhaltung zu sorgen. Laplanche und Pontalis schrieben 1967 von „aktiven Maßnahmen, durch die vom Patienten gefordert wird, sich selbst in einem bestimmten Zustand der Abstinenz zu halten. Solche Maßnahmen reichen von Deutungen, deren eindringlicher Charakter einem Befehl gleichkommen kann, bis zu formellen Verboten“.⁸⁵

2.2.1 Keine sexuellen Handlungen zwischen Therapeut und Patient

Der Analytiker müsse sich Triebwünsche dem Patienten gegenüber versagen. Er dürfe keine sexuelle Beziehung mit der Patientin eingehen, auch wenn diese es ausdrücklich wünscht, verlangt oder dazu verführen möchte (Freud). Der Patient (die Patientin) solle die „Kur“ in der „Entbehrung“ absolvieren. Der Analytiker habe durch seine Abstinenz dies zu gewährleisten. Er dürfe nicht eigene Triebbedürfnisse in der therapeutischen Beziehung zum Patienten befriedigen.

2.2.2 Keine Körperberührungen zwischen Therapeut und Patient

Dieses Abstinenzgebot wurde im Verlauf der Psychoanalyse-Geschichte sehr unterschiedlich ausgelegt bzw. angewandt. Seine strengste Ausformung erfuhr es in den 1930er Jahren, als man sogar darüber nachdachte, das Händeschütteln zwischen Arzt und Patient vor und nach den Analysesitzungen zu verbieten⁸⁶ und steht im Gegensatz zu Ferenczis Angewohnheit, seine Patienten sogar zu küssen, eine Praxis, die seinerzeit von Freud scharf kritisiert worden war. In seinem Brief an Ferenczi vom 13. Dezember 1931 schrieb Freud:

⁸⁵ Laplanche, J. /Pontalis, J.-B. (1967), S. 23.

⁸⁶ Cremerius, J. (1984): S.777.

„Sie haben kein Geheimnis daraus gemacht, daß Sie Ihre Patienten küssen und sich von ihnen küssen lassen, [...] . Nun malen Sie sich [„aus“. *Fehler im Originalzitat. E.S.*], was die Folge der Veröffentlichung Ihrer Technik sein wird. [...] Soundso viele unabhängige Denker in der Technik werden sich sagen: Warum beim Kuß stehen bleiben? Gewiß erreicht man noch mehr, wenn man das ‚Abtatscheln‘ dazunimmt, das ja auch noch keine Kinder macht. Und dann werden Kühnere kommen, die den weiteren Schritt machen werden zum Beschauen und Zeigen – und bald werden wir das ganze Repertoire des Demiviergetums und der petting-parties in die Technik der Analyse aufgenommen haben, [...] die Jüngeren unter unseren Kollegen werden es schwer finden, in den angeknüpften Beziehungen an dem Punkt stehenzubleiben, wo sie ursprünglich wollten, und Godfather Ferenczi wird vielleicht, auf die belebte Szenerie blickend, die er geschaffen hat, sich sagen: Vielleicht hätte ich mit meiner Technik der Mutterzärtlichkeit doch *vor* dem Kusse haltmachen sollen.“⁸⁷

2.2.3 Übertragungswünsche sollen nicht befriedigt werden

Im Gegensatz zu Sigmund Freud, der keine eindeutigen Kriterien aufstellte, wann der Analytiker die Übertragungswünsche der Patienten „mehr oder weniger“⁸⁸ befriedigen dürfe, darauf wies Cremerius hin⁸⁹, gab es auch Forderungen, die Übertragungswünsche der Patienten sollten *generell* nicht befriedigt werden⁹⁰. Freud selbst schrieb 1919:

„Der Kranke soll, was sein Verhältnis zum Arzt betrifft, unerfüllte Wünsche reichlich übrig behalten. Es ist zweckmäßig, ihm gerade die Befriedigungen zu versagen, die er am intensivsten wünscht und am dringendsten äußert.“⁹¹

Diesen Ratschlag griff Ferenczi im Zusammenhang mit seinem Konzept der sogenannten „aktiven Technik“⁹² auf und begründete ihn anhand von konkreten Fallbeispielen damit, dass der Patient gerade durch Verbote, die ihm gezielt und im richtigen Moment auferlegt werden, besonders nah an wichtiges verdrängtes psychisches Material gelangen könne.

⁸⁷ Jones, E. (1978): S. 197 f.

Ernest Jones (geb. 1879 in Gowerton, Wales, gest. 1958 in London), britischer Mediziner, Psychoanalytiker und Freud-Biograf; aus seiner ersten Begegnung mit Sigmund Freud im Jahr 1908 entwickelte sich eine lebenslange Freundschaft; Jones war Mitbegründer der British Psycho-Analytical Society (BPAS) im Jahr 1919, deren Präsident er bis 1944 war. Im Jahr 1938 ermöglichte Jones, gemeinsam mit Marie Bonaparte und William C. Bullitt Freuds Emigration nach England. Zwischen 1953 und 1957 erschien seine dreibändige Biografie über Sigmund Freud. Vgl. Stumm, G. et al. (Hg.) (2005): S. 238 f.

⁸⁸ Vgl. Freud, S. (1919): S. 189: „Einiges muß man ihm ja wohl gewähren, mehr oder weniger [...].“

⁸⁹ Cremerius, J. (1984): S. 780.

⁹⁰ Vgl. Loewenstein, R. (1959/60): S. 597.

⁹¹ Freud, S. (1919): S. 189.

⁹² Ferenczi, S. (1921): S. 77 und 80 f.

Auch Franz Alexander bezog sich auf Ferenczis diesbezügliche Schriften und leitete daraus seine Technik ab, die Sitzungsstundenzahl mehr oder weniger willkürlich zu reduzieren.⁹³

Ihm schien es vor allem darum zu gehen, dem Patienten dessen Abhängigkeit vom Analytiker immer wieder deutlich werden zu lassen. Dazu gehöre zum Beispiel auch, dass die Sitzungsstundenzahl von Zeit zu Zeit „zielbewußt“⁹⁴ gesenkt werde:

„Dementsprechend wird die Abhängigkeit des Patienten vom Analytiker durch Minderung ihrer Befriedigung ins Bewußtsein gehoben. Ein Mensch, der alle halbe Stunde zu essen bekäme, würde niemals Hungergefühl kennenlernen. Die Abhängigkeit des Patienten vom Analytiker, die durch die Routine täglicher Interviews zufriedengestellt wird und mit denen der Patient unbewußt rechnet, kann niemals mit der hinreichenden Intensität bewußt gemacht werden, wenn die Stunden nicht zu irgendeinem Zeitpunkt der Analyse reduziert werden.“⁹⁵

Ob und welche Übertragungswünsche befriedigt werden dürfen und in welcher Weise, war und ist bis heute Gegenstand intensiver behandlungstechnischer Kontroversen. Am ausführlichsten, wenn auch zum Teil widersprüchlich, hat sich Ferenczi mit diesem Abstinenzgebot beschäftigt.⁹⁶

2.2.4 Der Analytiker soll ausschließlich deuten und sich sonstiger Interventionen enthalten: keine „aktiven“ Maßnahmen, den Patienten nicht zu Handlungen oder Entscheidungen auffordern, ihn nicht ermuntern und keine Ratschläge geben

Kurt Eissler definierte 1959 als „klassische“ analytische Therapie eine Behandlung, bei welcher „[...] das Deuten das ausschließliche, beziehungsweise das führende oder vorherrschende Mittel der Wahl [...]“⁹⁷ sei. Allerdings seien unter bestimmten Voraussetzungen Hilfsmaßnahmen wie z. B. die Suggestion notwendig, die als „Transportmittel“⁹⁸ dienen können, „[...] das die Deutung zu ihrem *locus operandi* trägt, wo sie eine Veränderung in der Struktur der Persönlichkeit des Patienten verursachen soll

⁹³ Alexander, F. (1950): S. 413 f. Erwähnenswert erscheint in diesem Zusammenhang die von Jaques Lacan praktizierte Besonderheit der variablen Sitzungsdauer. Siehe hierzu Langlitz, Nicolas (2005): Die Zeit der Psychoanalyse. Lacan und das Problem der Sitzungsdauer.

⁹⁴ Ebd. S. 414.

⁹⁵ Ebd. S. 413 f.

⁹⁶ Vgl. Kap. 4. über Sándor Ferenczi.

⁹⁷ Eissler, K. (1959/60): S. 611.

⁹⁸ Ebd. S. 612.

[...],⁹⁹ also beispielsweise den Widerstand des Patienten bekämpfen soll. Die Deutungen sollten nach Eissler in einer ganz bestimmten sprachlichen Form gegeben werden. Es sei legitim, „[...] durch Fragen Material zu erschließen, das der Patient bei seinen Mitteilungen zurückhält“.¹⁰⁰ Er sprach auch von Regeln darüber (die aber je nach Analytiker variieren würden), unter welchen Voraussetzungen und wie oft in einer Sitzung dem Patienten Fragen gestellt werden dürfen, wobei er es für sinnvoller hielt, die Fragen in Deutungen umzuwandeln.

Auch Loewenstein bezeichnete das Deuten als das „spezifische Werkzeug“¹⁰¹ der Psychoanalyse, alle anderen „Interventionen“¹⁰² seien zweitrangig. Er führte dazu den Vergleich mit einer Erkrankung an, die ein Antibiotikum erfordere: die Deutung sei das Antibiotikum, alle anderen Maßnahmen seien nur „Trägersubstanzen“.¹⁰³

Unter bestimmten Voraussetzungen, in bestimmten Stadien der Analyse könne man „Variationen im Verhalten des Analytikers“¹⁰⁴ zulassen, um etwa dem Patienten eine Realitätsprüfung zu ermöglichen.

Darüber hinaus sollte auch mit den Deutungen selbst zurückhaltend und sparsam umgegangen werden, es solle ein Gespür dafür entwickelt werden, wann der richtige Zeitpunkt und welches die richtige Form für eine Deutung sei¹⁰⁵.

Auch Balint schloss sich diesem Grundsatz an, nicht zu früh und nicht zuviel zu deuten, weil wir mit einer solchen Vorgehensweise

„[...] den Kandidaten nur daran hindern, auf eigene Gefahr seine eigenen Entdeckungen zu machen und dadurch zu reifen. Zuviel und zu gute, zu rasch gegebene Nahrung macht das Kind dick, verwöhnt und – abhängig“.¹⁰⁶

Es ginge vielmehr darum,

„[...] Kinder aufzuziehen, die vielleicht etwas mager und weniger zufrieden sind, deren Interesse sich aber nicht auf ‚gute Nahrung‘ beschränkt und die unabhängig und sogar etwas respektlos sind“.¹⁰⁷

⁹⁹ Ebd. S. 611 f.

¹⁰⁰ Ebd. S. 612.

¹⁰¹ Loewenstein, R. (1959/60): S. 599.

¹⁰² Ebd. S. 599.

¹⁰³ Ebd. S. 600.

¹⁰⁴ Ebd. S. 598.

¹⁰⁵ Vgl. auch Ferenczi, S. (1928): S. 239.

¹⁰⁶ Balint, M. (1969): S. 297.

¹⁰⁷ Ebd. S. 297.

Obwohl die psychoanalytische Technik als „passives“ Therapie-Verfahren galt, ließ sich unter bestimmten Voraussetzungen auch ein „aktives“ Vorgehen des Analytikers durchaus mit dem Abstinenzprinzip vereinbaren, je nachdem, worauf sich die Aktivität des Analytikers bezog. Im Gegensatz dazu stand die Bezeichnung „Aktive Technik“ für ein spezielles Verfahren, welches „[...] in der Psychoanalyse mit dem Namen Sandor Ferenczi verknüpft [...]“¹⁰⁸ ist. Man sprach dann von aktiver Technik, wenn die Interventionen des Analytikers sich nicht ausschließlich auf Deutungen beschränken, sondern er darüber hinaus auch „Auflagen und Verbote“ ausspricht. Nach Körner und Rosin handelt es sich dann um ein „reflektiert-gezieltes Verfahren nicht-abstinenten Handelns des Psychoanalytikers“.¹⁰⁹

Zur „Aktivität“, welche ein Analytiker seinen Patienten gegenüber walten lassen sollte, äußerte sich Freud ausführlich 1919 in seinem Aufsatz ‚Wege der psychoanalytischen Therapie‘¹¹⁰, in welchem er die Psychoanalyse mit der Chemie verglich, wobei jemanden „analysiert“ zu haben bedeute, die seelischen Vorgänge dieses Patienten „in ihre elementaren Bestandteile zerlegt“¹¹¹ zu haben, mit dem Ziel, „dem Kranken das verdrängte Seelische in ihm zum Bewußtsein (zu) bringen“.¹¹² Anschließend müsste dann die „Psychosynthese“ vorgenommen werden. Diese würde sich aber – vorausgesetzt man hat die Widerstände beseitigt – von selbst vollziehen. Das vorher durch Widerstände beschädigte Seelenleben des Kranken, könne nun zusammenwachsen. Dazu sei keinerlei Aktivität des Analytikers erforderlich.

„So vollzieht sich bei dem analytisch Behandelten die Psychosynthese ohne unser Eingreifen, automatisch und unausweichlich“.¹¹³

¹⁰⁸ Laplanche, J. u. Pontalis, J.-B. (1973): S. 47.

¹⁰⁹ Körner, J. u. Rosin, U. (1985): S. 31.

¹¹⁰ Freud, S. (1919): S. 183-194.

¹¹¹ Ebd. S. 185.

¹¹² Ebd. S. 184.

¹¹³ Ebd. S. 186. Anmerkung: der hier von Freud benutzte Begriff der „Psychosynthese“ ist inhaltlich nicht identisch mit der gleichlautenden Bezeichnung, mit welcher der italienische Arzt **Roberto Assagioli** (geb. 1888 in Venedig, gest. 1974 in Florenz) eine Psychologie geprägt hat, welche zugleich Erkenntnisse der Psychoanalyse, der modernen Psychologie sowie auch mystische Elemente beinhalten sollte. Ausgehend von der Lehre Freuds über das Unbewusste, welches er das „tiefere Unbewusste“ nannte, grenzte er ein „höheres Unbewusstes“ davon ab, aus dem heraus der Mensch positive Qualitäten wie Liebe, Mut, Mitgefühl und seine Selbstverwirklichung entwickeln könne. „Die Psychosynthese versteht sich in diesem Sinne als eine Hilfe zur Selbstwerdung.“ Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 24.

Freud berief sich auf Ferenczis Aufsatz über ‚Technische Schwierigkeiten einer Hysterieanalyse‘. Dort klinge an, in welche Richtung sich die „Aktivität des Analytikers“ in Zukunft entwickeln werde. Die Aktivität solle sich darauf beschränken, dem Patienten deutend das Verdrängte bewusst zu machen und seine Widerstände aufzuzeigen.

Er räumte dann ein, es sei darüber hinaus gerechtfertigt, dem Kranken die für die Erledigung dieser seelischen Arbeit günstigsten Bedingungen zu schaffen:

„Liegt es nicht vielmehr sehr nahe, ihm auch dadurch zu helfen, daß wir ihn in jene psychische Situation versetzen, welche für die erwünschte Erledigung des Konflikts die günstigste ist? Seine Leistung ist doch auch abhängig von einer Anzahl von äußerlich konstellierenden Umständen. Sollen wir uns da bedenken, diese Konstellation durch unser Eingreifen in geeigneter Weise zu verändern? Ich meine, eine solche Aktivität des analytisch behandelnden Arztes ist einwandfrei und durchaus gerechtfertigt.“¹¹⁴

Freud wollte seine Ausführungen an dieser Stelle nicht näher erläutern, vielmehr die Betonung auf den Grundsatz legen, die psychoanalytische Behandlung solle „in der Entbehrung – Abstinenz“¹¹⁵ erfolgen.

Wenn Ferenczi, auf den sich Freud bezog, von „aktiver Technik“ sprach, so meinte er damit sowohl die Aktivität des Patienten als auch die des Therapeuten. Er schrieb 1921:

„Bei den allermeisten Kranken läßt sich die Kur ohne besondere ‚Aktivität‘ seitens des Arztes oder des Patienten durchführen.“¹¹⁶

Gerade die Einschränkung von Aktivität gehöre ja zu den wichtigsten Merkmalen dieses Behandlungsverfahrens:

„Die Psychoanalyse, wie wir sie heute anwenden, ist ein Verfahren, dessen hervorstechendster Charakter gerade die *Passivität* ist.“¹¹⁷

Aber andererseits greife ja der Analytiker vermittle seiner Deutungen, die er in jeder Sitzung mehrmals seinem Patienten gibt, aktiv in dessen Assoziationen ein.¹¹⁸

¹¹⁴ Ebd. S. 187.

¹¹⁵ Ebd. S. 187

¹¹⁶ Ferenczi, S. (1921): S. 74.

¹¹⁷ Ebd. S. 75.

¹¹⁸ Vgl. ebd. S. 75.

Der Analytiker solle immer dann, wenn es darum ginge, einen Stillstand in der Therapie aufzulösen, den Patienten auffordern, bestimmte Aktivitäten anzugehen oder zu unterlassen. Das könnte zum Beispiel bedeuten, einen phobischen Patienten aufzufordern, sich den für ihn angstausslösenden, also äußerst „unlustvollen“ Situationen auszusetzen.¹¹⁹

Darüber hinaus sah Ferenczi das Aussprechen von *Verboten* als legitime aktive Maßnahme des Analytikers an.¹²⁰ Diese Einstellung vertrat Ferenczi noch im Jahr 1921.

Einige Jahre später kam er zu der Überzeugung, man solle die Aktivitäten des Patienten nicht durch Gebote oder Verbote zu regulieren versuchen, sondern geduldig abwarten, bis der Patient selber den Zeitpunkt für diese Aktivität für gekommen sieht:

„Sind wir geduldig genug, so kommt der Patient früher oder später selber mit der Frage, ob er diesen oder jenen Versuch (z. B. einen phobischen Vorbau zu übertreten) wagen darf; da werden wir ihm allerdings unsere Einwilligung und Ermutigung nicht versagen [...]. Mit anderen Worten: den Zeitpunkt zur Aktivität hat der Patient selber zu bestimmen [...]“.¹²¹

Im Unterschied zu Ferenczi, der zwar für ein grundsätzlich passives Analytiker-Verhalten plädierte, dabei aber je nach den individuellen Besonderheiten des jeweiligen Patienten auch aktiv eingriff, indem er u. a. wie oben beschrieben, ‚Gebote‘ oder ‚Verbote‘ an den Patienten richtete, sprach sich Wilhelm Stekel¹²² ganz offiziell für eine „aktive Therapie“ aus, wozu er bewusst auch Mittel der Beeinflussung und der Suggestion, seine Technik des „Anschießens“ bzw. des „Deutungsschocks“¹²³ oder auch Drohungen (zum Beispiel die Analyse zu beenden, falls der Patient im Widerstand verbleibt) einsetzte.¹²⁴

Im Gegensatz zur sonst empfohlenen passiv-abwartenden Haltung des Analytikers, kultivierte Stekel also eine „aktive“ Behandlungstechnik. Ausgehend von der Vorstellung, dass die Bewusstmachung verdrängter Inhalte oft nicht ausreiche, dass der Patient sie nicht sehe, weil er sie häufig nicht sehen *wolle* (Stekel sprach von „seelischem Skotom“), müsse

¹¹⁹ Vgl. ebd. S. 76-77. Anm.: Eine solches Vorgehen kommt heute in der Verhaltenstherapie unter dem Begriff ‚Expositionstraining‘ zur Anwendung.

¹²⁰ Vgl. ebd. S. 77.

¹²¹ Ferenczi, S. (1928): S. 246.

¹²² **Wilhelm Stekel** wurde 1868 geboren, er entstammte einer jüdischen Kaufmannsfamilie, studierte in Wien Medizin. Stekel war Gründungsmitglied der Psychologischen Mittwoch-Gesellschaft um Sigmund Freud im Jahr 1902. Ab etwa 1908 wandte er sich von der psychoanalytischen Bewegung wieder ab und entwickelte eigene theoretische Ansichten, mit denen er sich immer mehr von den Freudschen Theorien entfernte: z. B. sah er die Ursache für „die Neurosen in einem aktuellen psychischen Konflikt“. Vgl. Schindler, W. (1980): S. 8 und vor allem, indem er die umstrittene „Aktive Psychoanalyse“ entwickelte. 1912 trat er aus der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung aus. Er emigrierte 1938 nach England, wo er 1940 durch Suizid starb.

¹²³ Schindler, W. (1980): S. 13.

¹²⁴ Ebd. S. 19.

man diesen Willen stärken und diesem Skotom mittels eines „Deutungsschocks“ zu Leibe rücken, damit der Patient „[...] nach dem Erfolg des ersten Bewegtwerdens die weitere Bewegung selbst fortführen kann“.¹²⁵ Nach der Freudschen Psychoanalyse werde vorausgesetzt, „[...] wenn Falsches aufgezeigt sei, ströme der Lebensquell automatisch in gesundem Lauf dem gesunden Ziel zu“.¹²⁶ Diese Annahme treffe oft nicht zu, denn „[...] das gesunde Reagieren der Seele ist wegen allzu langer Nichtbenutzung ‚atrophiert‘ und muß geübt und neu gelernt werden“.¹²⁷ Eine passive Therapeutenhaltung würde entweder gar nicht zum Ziel führen oder zu lange dauern. Stekel wandte daher Mittel der direkten Beeinflussung an, beispielsweise in seiner aktiven Traumdeutung. Träume sollen nicht nur rein assoziativ, sondern angereichert mit der Intuition des Therapeuten gedeutet werden. Auch könne direkt auf das Verhalten des Patienten Einfluss genommen werden, indem der Analytiker einen z. B. in neurotischem Sinne „faulen“ Patienten suggestiv ansporne. Auch Ermunterungen seien hilfreich.¹²⁸ Ein Kranker, dem man auf diese Weise schneller zu einem Lernerlebnis ver helfe, gesunde schneller.

Wenn es dank dieser aktiven Technik zu Symptomheilungen komme, könne der Patient dadurch mehr Lebensmut gewinnen und sich in Richtung Persönlichkeitsreifung entwickeln.¹²⁹

Weil Stekel diese „aktive“ Technik so entschieden „gegenüber der sonst empfohlenen passiv-abwartenden Haltung des Analytikers“¹³⁰ favorisierte und er in seinen Theorien deutlich von denen Freuds abwich¹³¹, kam es zum Zerwürfnis mit Freud.

¹²⁵ Ebd. S. 12.

¹²⁶ Ebd. S. 12.

¹²⁷ Ebd. S. 12.

¹²⁸ Vgl. ebd. S. 19.

¹²⁹ Vgl. S. 27. Zum Thema ‚Aktivität‘ des Analytikers vgl. auch Alexander, F. (1950) sowie Bräutigam, W. (1983).

¹³⁰ Kutter, P. (1982): S. 191.

¹³¹ Vgl. Schindler, W. (1980): S. 8.

2.2.5 Keine Kontakte mit Patienten außerhalb der Behandlungsstunden

Analytiker sollten Kontakte mit dem Patienten, die nicht unmittelbar die Therapie selbst betreffen, vermeiden, das analytische ‚Inkognito‘ solle gewahrt werden. Dies obliege dem Analytiker, der für ausreichend Distanz in der psychoanalytischen Behandlung sorgen müsse. Diese Forderung erhob Gerhart Scheunert 1960 in seinem Vortrag ‚Die Abstinenzregel in der Psychoanalyse‘¹³².

Im Unterschied zum sonstigen zwischenmenschlichen Umgang, bei welchem *beide* Partner ihre emotionalen Anliegen an den jeweils anderen richten können, handele es sich bei der psychoanalytischen Arzt-Patient-Konstellation um eine asymmetrische Beziehung. Und diese beabsichtigte Asymmetrie biete die Voraussetzung dafür, dass sich der psychoanalytische Prozess ungestört entwickeln bzw. die Übertragung unbeeinflusst entfalten könne.

„Die Abstinenz des Analytikers von außeranalytischen Kontakten schützt den Patienten vor den normalen menschlichen Bedürfnissen seines Analytikers und schafft zugleich die Voraussetzungen, aus der nur so möglich werdenden Analyse der Übertragungsphänomene therapeutischen Nutzen zu ziehen“.¹³³

Zugleich könne eine zu unnötigen Komplikationen führende Vermischung von Übertragungselementen und realer Beziehung vermieden werden, so die Ansicht von Scheunert. Aber auch für den Analytiker sei diese Distanz wichtig, weil sonst eine Vermischung von Gegenübertragung und realer Beziehung die notwendige analytische Objektivität verhindern und die Möglichkeit seine Gegenübertragung zu kontrollieren, erschweren würde. Die Erfahrung habe gezeigt, dass die analytische Behandlung dadurch ungünstig beeinflusst werden könne, wie sich am Beispiel der Lehranalysen an kleinen Ausbildungsinstituten gezeigt habe, wo der Lehranalytiker oft gleichzeitig auch als Dozent für den Analysanden in Erscheinung trete.

¹³² Scheunert, G. (1961/62): S. 105-123.

¹³³ Ebd. S. 111.

2.2.6 Der Analytiker soll wortkarg und zurückhaltend sein, er soll Fragen des Patienten nicht beantworten: das Schweigen des Analytikers

Das Prinzip der Abstinenz trat auch dort in Kraft, wo ein Schweigen des Patienten nicht mit Worten des Analytikers unterbrochen werden sollte. Einerseits ermögliche das Schweigen des Analytikers dem Patienten die Freiheit bzw. den Raum, in welchem sich seine Fantasien ungehindert entfalten können. Andererseits könne der Patient das Schweigen seines Therapeuten als „Entbehrung“ erleben, zum Beispiel dann, wenn er sich eine verbale Zuwendung wie Trost, Zuspruch, Ermunterung, einen Rat, eine Entscheidungshilfe etc. wünscht.

Das Schweigen bzw. die Wortkargheit des Analytikers wurde von einigen Autoren als Ausdruck einer abstinenter Behandlungstechnik gesehen, ungeachtet der Tatsache, dass auch andere, bewusste oder auch weniger bewusste Hintergründe für das Schweigen vorliegen können. Eine ganz andere Bedeutung besaß es bei Sandór Ferenczi, der im Jahr 1919 eine eigene „Schweigetechnik“¹³⁴ kreiert hatte (im Vergleich dazu maß Ferenczi in seinen späteren Schaffensphasen dem Schweigen des Patienten eine andere Bedeutung zu und entsprechend anders gestaltete er dann seine Behandlungstechnik, auch unter Missachtung einiger Abstinenzregeln. Darauf wird später noch genauer eingegangen werden). Wenn ein Patient über längere Zeit schwieg, ging Ferenczi davon aus, „dass er etwas *verschweigt*“¹³⁵, er also die ‚Grundregel‘ missachte. „In solchen Fällen tut man am besten, dem Schweigen des Patienten das eigene Schweigen entgegenzusetzen“.¹³⁶ Ferenczi ging davon aus, der Patient schließe aus dieser Maßnahme, dass sein Analytiker ihm das Schweigen übel nehme und werde aus seinem daraus folgenden schlechten Gewissen dann die Bereitschaft gewinnen, doch wieder mit seinen Assoziationen fortzufahren.

Sollte andererseits der Patient Fragen an den Analytiker richten, dann solle dieser sie nicht beantworten, so Ferenczi:

¹³⁴ Vgl. Ferenczi, S. (1919 b): 273-274.

¹³⁵ Ebd. S. 273.

¹³⁶ Ebd. S. 274.

„Ich machte es mir zur Regel, jedesmal, wenn der Patient eine Frage an mich richtet oder eine Auskunft verlangt, mit einer Gegenfrage zu antworten, der nämlich, wie er zu dieser Frage kommt“.¹³⁷

Durch die Verweigerung der Antwort und die Gegenfrage, so Ferenczis Hypothese, werde der Patient wieder zu seinen eigenen Einfällen geführt, diese können dann analysiert und damit ihre eigentliche unbewusste Bedeutung aufgedeckt werden. Laut Thomä und Kächele haben Generationen von Psychoanalytikern diese Technik in der Vermutung angewandt, „[...] daß nicht zuletzt das Zurückspiegeln von Fragen eine besonders tiefgehende und strenge Analyse sichere“.¹³⁸

Ganz besonders müsse man der Versuchung widerstehen, so argumentierte Ferenczi, dem Patienten Fragen in Bezug auf anstehende Entscheidungen zu beantworten. Im günstigen Falle werde der Patient im Verlauf der Behandlung allmählich die Fähigkeit erwerben, Entscheidungen selbständig zu treffen.

Von Freud existieren keine eindeutigen Ratschläge darüber, wie viel oder wenig der Analytiker mit seinem Patienten in der Sitzung sprechen sollte. Aus Behandlungstagebüchern von Freuds Analysanden lässt sich jedenfalls nicht schließen, dass er zum Typus des wortkargen Therapeuten gehörte, im Gegenteil, er wird dort als eher redselig beschrieben¹³⁹. Aus Darstellungen von Freuds Behandlungen lässt sich ersehen, dass er die Fragen seiner Analysanden häufig direkt beantwortete, ohne sie zu deuten.

Leo Stone vertrat die Ansicht, wenn ein Analytiker aus *persönlichen* Gründen bestimmte Fragen des Patienten nicht beantworten möchte, sollte er das auch damit begründen und sich nicht auf eine Regel berufen. Ohne angemessenen Grund solle die Beantwortung der Frage überhaupt nicht verweigert werden.¹⁴⁰

Die Fragen, wie umfangreich oder eben wie karg und von welcher Art die Äußerungen des Analytikers während der Behandlung mit seinem Patienten ausfallen sollen, auf welche seiner Assoziationen er eingehen solle und auf welche nicht sowie die Bedeutung seines ‚Schweigens‘ wurden und werden bis heute auch durch abstinenzbezogene Kriterien beeinflusst, dann nämlich, wenn das mehr oder weniger ‚wortkarg‘ oder ‚schweigsam sein‘ des Analytikers aus theoriegeleiteten Gesichtspunkten erfolgte und die Betonung auf der

¹³⁷ Ebd. S. 277. Anm.: In der psychoanalytischen Literatur späterer Jahrzehnte taucht diese Technik als sogenannte „Gegenfragerregel“ auf. Vgl. Thomä, H., Schrenk, H. u. Kächele, H. (1985): S. 4-24.

¹³⁸ Thomä, H. u. Kächele, H. (1996): S. 306.

¹³⁹ Vgl. z. B. Doolittle, H. (1976), sowie: Blanton, S. (1975).

¹⁴⁰ Stone, L. (1973): Siehe u. a. S. 46 u. 57.

Enthaltensamkeit des Analytikers lag, dieser sich also bestimmter Mitteilungen enthielt, die er – ohne Berücksichtigung dieser behandlungstechnischen Aspekte – sonst geäußert hätte. Das Verhältnis von Schweigen und Sprechen wurde also einerseits durch die Behandlungstechnik definiert. In einer von Schweigsamkeit geprägten Vorgehensweise kam einerseits ein absichtlich gewählter Interaktionsstil zum Ausdruck. Andererseits konnten sich auch die introvertierte Persönlichkeit des Analytikers oder seine spezifische Gegenübertragungsreaktion, etwa Ärger, Hilflosigkeit, Ohnmachtsgefühl, Angst, dahinter verbergen.

2.2.7 Der Patient soll nichts über die Person des Analytikers erfahren: Freuds Spiegelplatten-Prinzip, seine „Leinwand“-Metapher, die Anonymität des Analytikers, das analytische Inkognito

Freuds 1912 gegebene Ratschläge bezogen sich nicht so sehr auf die Persönlichkeit des Analytikers an sich, sondern ihm ging es darum, dass dem Patienten vor allem keine Einblicke in seelische Nöte und Konflikte seines Therapeuten gewährt werden sollen. Es wäre verfehlt, so seine These, wollte man etwa dem Kranken mit gutem Beispiel vorangehen, ihm einen Vertrauensvorschuss geben, oder gar so tun, als bestünde eine gleichberechtigte Gesprächssituation, um damit dem Kranken die Selbstoffenbarung zu erleichtern. Mit einer solchen Technik könnte man dieses Ziel nicht erreichen. Man würde vielmehr nur die „Unersättlichkeit“¹⁴¹ des Kranken entfachen und möglicherweise würde dieser sich dann mehr für das Seelenleben seines Arztes interessieren als für sein eigenes, vielleicht sogar würde er das Arzt-Patienten-Verhältnis umkehren wollen. Daher Freuds Forderung:

„Der Arzt soll undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt wird“.¹⁴²

Noch fast fünfzig Jahre später forderten einige von Freuds Nachfolgern eine noch weiter gehende Anonymität. In seinem 1957 gehaltenen Referat zum Symposium über Variationen der psychoanalytischen Technik sprach sich Rudolph Loewenstein dafür aus, die Fragen des Patienten, welche sich auf die Person des Therapeuten beziehen, generell

¹⁴¹ Freud, S. (1912 b): S. 384.

¹⁴² Ebd. S. 384.

nicht zu beantworten.¹⁴³ Der Analytiker solle „anonym“ und „neutral“ bleiben. Der Patient solle wenn möglich keinerlei Informationen über die Person des Arztes erfahren, etwa Alter, Religion, Parteizugehörigkeit, persönliche Vorlieben, da die Analyse sonst durch diese mangelnde Anonymität gefährdet sei (allerdings ohne nähere Erläuterung, worin die Gefährdung bestünde; anzunehmen ist, dass er befürchtete, die Übertragung könnte dadurch gestört werden). Dies lasse sich aber nicht immer vermeiden, z. B. wenn Lehranalytiker in Ausbildungsinstituten dort gleichzeitig als Dozenten fungieren. Nur in Ausnahmefällen könne umgekehrt gerade dann eine günstige Entwicklung in der Analyse erreicht werden, wenn man beispielsweise „[...] die Vermutung des Patienten über eine Handlung des Analytikers während der Stunde als richtig bestätigt“.¹⁴⁴ Außerdem gebe es Patienten, für die es schädlich wäre, wenn man ihre Fragen von Beginn der Analyse an unbeantwortet lassen würde. Diese, in Bezug auf ihre seelische Reife auf der Ebene eines Kindes befindlichen Patienten könnten nur ganz allmählich darauf vorbereitet werden, ihre Fragen selbst zu analysieren. So relativierte er zumindest für diese besonderen Situationen seine Forderungen und räumte ein, „[...] daß maximale Versagung nicht immer die günstigste Bedingung für die analytische Arbeit abgibt“.¹⁴⁵

Auch Gerhart Scheunert sprach sich ausdrücklich für ein klares „Inkognito“ des Analytikers aus, denn es trage entscheidend zur Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung bei, welche eine notwendige Vorbedingung dafür sei, dass sich Übertragung und Widerstand bilden und diese durchgearbeitet werden können. Dem Patienten dürfe überhaupt kein Einblick in das Privatleben des Therapeuten gegeben werden. Es bestünde sonst die Gefahr „[...] einer heillosen Komplikation zwischen den Übertragungsphänomenen und den Realbeziehungen“.¹⁴⁶

In ähnlicher Weise äußerte sich Paula Heimann noch im Jahr 1960, als sie sich dagegen wandte, dem Patienten gegenüber mehr zu enthüllen als das Unvermeidliche, das sich aus seinen persönlichen Eigenarten ergebe, zum Beispiel in Bezug auf seine Kleidung, Sprache, persönlichen Gegenstände oder Mobiliar im Behandlungsraum. Darüber hinaus soll der Patient keine weiteren Informationen über die Person des Analytikers erhalten.

¹⁴³ Vgl. Loewenstein, R. (1959/60): S. 597f.

¹⁴⁴ Ebd. S. 598.

¹⁴⁵ Ebd. S. 598.

¹⁴⁶ Scheunert, G. (1961/62): S. 111.

Dieser sei dann für den Patienten „[...] der Spiegel, der den Patienten reflektiert“.¹⁴⁷ Um seine Aufgaben als ‚Spiegel‘ zu erfüllen, sei keine Gefühlskälte erforderlich, vielmehr solle der Analytiker sensibel und wachsam in seiner Wahrnehmung für den Patienten sein.

Zum etwa gleichen Zeitpunkt (1961) äußerte sich auch Leo Stone in differenzierter Weise darüber, wie mit Patientenfragen umgegangen werden sollte. Er war nicht grundsätzlich der Ansicht, Patienten dürften niemals Auskünfte erhalten, welche die Privatsphäre des Analytikers betreffen, sondern unterschied zwischen belanglosen – die Übertragungsneurose des Patienten nicht störenden – und andererseits sehr persönlichen Informationen. Fragen, die den letzteren Bereich betreffen, sollten tatsächlich nicht beantwortet werden. Bezüglich der ersteren war er der Meinung: „ich glaube nicht, daß die Entwicklung der Übertragungsneurose ernsthaft beeinträchtigt wird, wenn der Patient weiß, ob man seinen Urlaub in Südfrankreich oder in England verbringt [...]“.¹⁴⁸ Auch solle man nicht unterschätzen, was das Gesicht des Analytikers, das der Patient immerhin zu Beginn und am Ende der Therapiestunde zu sehen bekomme, verrät. Auch darin sah er keine Gefährdung bezüglich der ungestörten Entfaltung der Übertragung.

Mehr als fünfzig Jahre nachdem Freud seine Spiegelplatten-Analogie formuliert hatte, hielt der amerikanische Psychoanalytiker Ralph Greenson noch immer an dieser Forderung fest: er warnte vor ungünstigen Folgen, die entstünden, wenn der Analytiker seine Funktion als Spiegel verlieren würde. Dies könnte bereits dann der Fall sein, wenn der Analytiker zu deutlich sein Mitfühlen zeige:

„Mitgefühl und Mitleid würden die anonyme Spiegeloberfläche trüben, die der Analytiker braucht, um zu demonstrieren, daß die Reaktion des Patienten wirklich eine Übertragungsreaktion ist“.¹⁴⁹

Der Analytiker müsse zweifellos mitfühlen können, er solle sogar „[...] die gleiche Qualität der Emotionen oder Impulse fühlen, wie sie der Patient empfindet.“ Er dürfe sie dem Patienten aber niemals offenbaren. Er müsse immer zugleich auch eine Distanz zum Patienten wahren, denn seine Hauptfunktion sei das Deuten und das Vermitteln von Einsicht.

¹⁴⁷ Heimann, P. (1960): S. 491. Zur Kurzbiografie über Paula Heimann siehe Kap. 7.

¹⁴⁸ Stone, L. (1973): S. 57.

¹⁴⁹ Greenson, R. R. (1973): S. 290.

2.2.8 Der Analytiker soll nicht loben und keine Anerkennung geben

Inwieweit hinsichtlich Lob und Ermunterung eine abstinente Haltung eingenommen werden sollte, wurde unterschiedlich beurteilt.

Freud scheute sich nicht, in seinen Behandlungen offen Lob, Anerkennung und Ermunterung zu geben, wie aus einigen Berichten seiner Analysanden deutlich wird. Dies steht im Widerspruch zu seinen *schriftlichen* Behandlungsratschlägen.¹⁵⁰

Ferenczi, der sich diesbezüglich auf Freud berief, sah es ebenfalls als legitim an, im Interesse des Kranken und zwar im Sinne einer angemessenen Behandlungsatmosphäre, eines „Temperaturoptimum(s)“¹⁵¹ zwischen Arzt und Patient, auch einmal Lob und Tadel als pädagogische Hilfsmittel einzusetzen.

Auch Cremerius sprach sich für eine warme und herzliche Behandlungsatmosphäre aus, in welcher auch Lob und Ermunterung durch den Analytiker erfolgen dürfen.¹⁵² Diese Ansicht vertrat er allerdings nicht, wenn es um Patienten mit Über-Ich-Störungen ging.¹⁵³

Franz Alexander schilderte den Fallbericht eines Patienten¹⁵⁴, dem gegenüber er aus bestimmten Gründen, die sich für ihn wegen der Vorgeschichte des Patienten ergeben hatten, eine besonders unterstützende Haltung eingenommen hatte: „Der wesentliche Faktor war in diesem Fall ein anmaßender, tyrannischer Vater, der mit vollem Erfolg das Selbstvertrauen und die normale Selbstbehauptung des Patienten untergraben hatte“.¹⁵⁵ Um diesem Patienten eine neue Erfahrung zu ermöglichen und den „einschüchternden Einfluß des Vaters umzustoßen“, hatte er ihn in einer – der väterlichen Haltung entgegen gesetzten – Weise behandelt, die er wie folgt beschrieb: „Sie war ständig tolerant und eindeutig ermunternd, also genau das Gegenteil der väterlichen“.¹⁵⁶ Obwohl sich diese Vorgehensweise als sehr förderlich für die Therapie erwiesen hatte, die Symptome verschwunden waren und sich die gesamte Lebenssituation des Patienten verbessert hatte,

¹⁵⁰ Johannes Cremerius und Walter Bräutigam haben jeweils Berichte von einigen von Freuds Patienten bzw. Analysanden ausgewertet und auf diesen Widerspruch hingewiesen. Siehe Cremerius, J. (1981) sowie Bräutigam, W. (1983).

¹⁵¹ Ferenczi, S. (1921): S. 87.

¹⁵² Siehe z. B. Cremerius, J. (1983).

¹⁵³ Siehe Kap. 2.2.10.

¹⁵⁴ Alexander, F.(1950): S. 401-416.

¹⁵⁵ Ebd. S. 406.

¹⁵⁶ Ebd. S. 406.

kritisierte Alexander seine eigene Haltung dem Patienten gegenüber im Nachhinein als „nicht psychoanalytisch sondern als psychotherapeutisch“.¹⁵⁷

¹⁵⁷ Ebd. S. 407. Anmerkung: Nach Auffassung orthodoxer Psychoanalytiker könne eine Verfahrensweise, die über die bloße Interpretation hinausgeht, nicht mehr ‚psychoanalytisch‘ genannt werden. Hierzu gehören beispielsweise tröstende, ermunternde, unterstützende, angstbeschwichtigende Interventionen. In diesem Falle handele es sich um ‚psychotherapeutische‘, nicht aber um ‚psychoanalytische‘ Maßnahmen. Einige Autoren, darunter auch Thomä und Kächele, waren darum bemüht, zwischen ‚psychoanalytischer‘ und ‚psychotherapeutischer‘ Behandlung genauer zu differenzieren. Thomä und Kächele bezogen sich in diesem Zusammenhang auf den Vorschlag durch Kernberg im Jahr 1984, man könnte „bezüglich der hauptsächlich technischen Mittel wie Klärung, Deutung, Suggestion und Eingriffe in die soziale Umwelt, hinsichtlich der Intensität der Deutung der Übertragung und schließlich im Hinblick auf den Grad der aufrechterhaltenen technischen Neutralität“ unterscheiden. Vgl. Thomä, H. u. Kächele, H. (1996): S. 51.

2.2.9 Der Analytiker soll keine Emotionen in die Übertragungssituation bringen, er muss stets die Selbstkontrolle behalten

Schon 1912 hatte sich Freud entschieden dagegen ausgesprochen, dem Patienten gegenüber „Mitleid“¹⁵⁸ zu zeigen. Vom Analytiker sei eine „Gefühlskälte“¹⁵⁹ zu fordern, um für den Kranken die größtmögliche Hilfeleistung sicher zu stellen und für den Arzt die „Schonung seines eigenen Affektlebens“.¹⁶⁰ Jegliche affektive Beteiligung, also die Gesamtheit aller Gegenübertragungsgefühle des Therapeuten, solle ausgeschlossen werden.

Leo Stone griff fünfzig Jahre später diese Empfehlung auf, formulierte sie allerdings differenzierter aus als Freud dies getan hatte. Er vertrat die Ansicht, auch ein positives Gefühl wie ‚Freude‘ dürfe nur unter bestimmten Voraussetzungen dem Patienten gegenüber gezeigt werden. So erschien ihm akzeptabel bzw. auch „wünschenswert“, im Zusammenhang mit Anerkennung über eine gelungene Leistung des Patienten diesem gegenüber auch Freude auszudrücken. Dagegen dürfe der Analytiker keine Freude zeigen, wenn der Patient ihm seine Übertragungsliebe offenbare.¹⁶¹

Das Abstinenzprinzip beinhalte aber nicht nur die Zurückhaltung eher positiver Emotionen wie das Mitgefühl des Analytikers, sondern – und diese Forderung sei weit schwieriger umzusetzen – auch der aggressiven Gefühle, so die Argumentation von Scheunert. Dies beinhalte unter anderem auch, dass der Analytiker sich sogar gegenüber aggressiven Provokationen des Patienten neutral verhalten müsse:

„[...] er darf auch nicht in normaler Weise auf Aggressionen mit Gegenaggressionen antworten, ja nicht einmal bei aggressiven Unterstellungen primär mit sachlichen Richtigstellungen antworten“.¹⁶²

In einem allgemeineren Sinn gab Alexander die Empfehlung, der Analytiker solle generell keine emotionelle Beteiligung in die Übertragungsbeziehung bringen. Denn gerade durch sein *nicht* beteiligt sein, so seine Argumentation, ebne er für seinen Patienten den Weg für eine „korrigierende emotionelle Erfahrung“.¹⁶³ Der Therapeut solle ja gerade *nicht*, wie es die Eltern waren, beteiligt sein und eben *nicht*, wie es vielleicht die Eltern taten, den

¹⁵⁸ Freud, S. (1912 b): S. 380.

¹⁵⁹ Ebd. S. 381.

¹⁶⁰ Ebd. S. 381.

¹⁶¹ Stone, L. (1973): S. 156.

¹⁶² Scheunert, G. (1961/62): S. 108.

¹⁶³ Alexander, F. (1950): S. 403-405.

Patienten einschüchtern. Es ginge darum, dem Patienten gegenüber Objektivität und Verständnis entgegen zu bringen, dies schließe die emotionale Beteiligung aus.

Allerdings führte Alexander dann zwei Fallbeispiele an, in welchen die Patienten jeweils trotz oder gerade wegen des offen emotional Beteiligtenseins ihres Therapeuten die Möglichkeit der emotionalen Neuerfahrung erhielten.¹⁶⁴ Im zweiten Beispiel beschrieb er sogar einen partiellen Kontrollverlust, in welchem er als Analytiker dem Patienten gegenüber seine Abneigung offenbarte:

„Ich verlor einfach für einen Augenblick die Art von Selbstkontrolle, die wir in der psychoanalytischen Behandlung für so wichtig halten“.¹⁶⁵

In diesem Fall habe er seine eigene Gegenübertragung nicht beherrscht und spontan reagiert. Dies hielt Alexander für keine geeignete Intervention, er habe also einen Fehler begangen. Der Analytiker müsse sich zurückhalten mit unüberlegten – aus einer intensiven Gegenübertragung entstandenen – Äußerungen. Vielmehr sollen die Reaktionen eines Analytikers in Bezug auf seinen Patienten wohlüberlegt und geplant sein.

2.2.10 Der Analytiker soll nicht trösten, keine Ängste oder Schuldgefühle beschwichtigen, nicht zu verständnisvoll sein

Im Rahmen der Literatur zur psychoanalytischen Behandlungstechnik rieten manche Autoren, darunter beispielsweise Greenson, von allzu verständnisvollem oder angstbeschwichtigendem Verhalten gegenüber den Patienten ab, ohne diese Empfehlung ausreichend zu begründen. Greenson ließ aber Ausnahmen von dieser Regel zu und zwar in jenen Situationen, in welchen der Patient in einem solchen Ausmaß von aufkommenden Affekten überwältigt werde und die Gefahr eines vorübergehenden Verlustes von wichtigen Ich-Funktionen drohe, etwa in Zuständen panischer Angst. In diesem Falle solle der Analytiker auch einmal beruhigend eingreifen. Das sei zwar „unanalytisch“¹⁶⁶ aber manche Situationen würden eben „Notmaßnahmen“¹⁶⁷ erfordern. Den „nicht-

¹⁶⁴ Ebd., S. 406-409.

¹⁶⁵ Ebd., S. 409.

¹⁶⁶ Greenson, R. R. (1973): S. 159.

¹⁶⁷ Ebd. S. 159.

*analytischen*¹⁶⁸ Verfahren, die in bestimmten Phasen der Behandlung notwendig werden könnten, um eine Einsicht zu ermöglichen, stellte Greenson die sogenannten „*anti-analytischen*“¹⁶⁹ Verfahren gegenüber, zu denen er die „Anwendung von bestimmten Drogen und Rauschmitteln“¹⁷⁰ oder „rasche und bequeme Beruhigungen“ zählte, die er grundsätzlich ablehnte.

Gegenüber Patienten, die an Über-Ich-Störungen leiden, so argumentierte Cremerius, solle man im Rahmen ihrer psychoanalytischen Behandlung darauf verzichten, ihnen „[...] *freundliche, tröstende und bestätigende Dinge zu sagen* [...]“.¹⁷¹ Diese Patienten verfügen über ein allzu strenges Über-Ich, wodurch sie zu unbewussten Schuldgefühlen neigen und infolgedessen auch ein unbewusstes Bedürfnis, bestraft zu werden, entwickeln. Daher würden sie besonders gegenüber freundlichen Worten vonseiten ihres Analytikers misstrauisch reagieren.

„Es ist eben wichtig, daran zu denken, daß ein hochempfindliches Selbstwertssystem alles daraufhin abhört, ob es nicht doch einen negativen Aspekt enthalten könnte“.¹⁷²

Durch negative Erfahrungen wie Schicksalsschläge, schwere Krankheiten, Unglücksfälle oder – bezogen auf die therapeutische Beziehung – wenn etwa der Therapeut eine Sitzung absagt oder wenn er wichtige biografische Daten vergisst, werde dieses unbewusste Strafbedürfnis beschwichtigt:

„Das grausame Über-Ich, das überall süchtig nach Bestätigung dafür sucht, daß der Mensch, zu dem es gehört, nicht liebenswert ist, sondern abgelehnt und verachtet werden muß, stürzt sich auf diese Dinge und nimmt sie als Bestätigung [...]“.¹⁷³

Diese Über-Ich-Störungen sind charakteristisch zum Beispiel für Patienten mit schweren Zwangsstörungen, schweren Formen von Depression und auch für Patienten mit sado-masochistischen Wesenszügen. Hinsichtlich der Ätiologie der schweren Schuldgefühle dieser Patienten spielen vor allem deren allzu strenge Erziehung eine Rolle (mit überstrengen Regeln und Verboten, deren Nichtachtung mit drastischen Strafen geahndet

¹⁶⁸ Ebd. S. 50. und S. 161.

¹⁶⁹ Ebd. S. 50.

¹⁷⁰ Ebd. S. 51.

¹⁷¹ Cremerius, J. (1977): S. 614.

¹⁷² Ebd. S. 615.

¹⁷³ Ebd. S. 614.

wurde), die zu früh, bei noch zu unreifem Ich des Kindes begonnen worden sei. Diese Erziehung gleiche eher einer „Dressur“, so Cremerius, sodass dem unreifen kindlichen Ich nur die Möglichkeit bleibe, „sich zu unterwerfen“.¹⁷⁴ Cremerius verwies auf die Beobachtung Ferenczis, wonach Kinder, die brutalen Strafmaßnahmen oder sexueller Gewalt durch Erwachsene ausgesetzt gewesen waren, dazu neigen, sich mit den strafenden, missbrauchenden Erwachsenen zu identifizieren und deren Schuldgefühle zu introjizieren.¹⁷⁵

Verhält sich der Analytiker einem solchen Patienten gegenüber allzu freundlich und verständnisvoll, so werde dieser, so die Argumentation von Cremerius, enttäuscht sein, weil sein unbewusster Bestrafungswunsch nicht befriedigt wurde. Bei diesen Patienten müssen spezielle Behandlungsregeln angewandt werden, deren wichtigstes Prinzip die „Ermäßigung des Über-Ichs“¹⁷⁶ sei.

Man solle Angst- oder Schuldgefühle nicht beschwichtigen, so die Empfehlung von Melanie Klein. Sie blieb bei dieser Überzeugung, trotz ihrer eigenen entgegengesetzten Intervention in einem konkreten Behandlungsfall, in welchem sie bei ihrer Patientin eine direkte Angstberuhigung vorgenommen hatte, statt – wie sie es eigentlich für allein richtig gehalten hatte – ausschließlich deutend zu intervenieren. Sie rechtfertigte sich für ihr Vorgehen und wies gleichzeitig darauf hin, es wäre besser gewesen, „[...] diese gelegentliche ermutigende und bestätigende Einstellung zu vermeiden“.¹⁷⁷

Gerade die Geste des Tröstens scheint als besonders gravierender behandlungstechnischer Fehler gegolten zu haben. Mit einer solchen Intervention riskiere man eine schwerwiegende Störung des analytischen Prozesses und würde damit dem Patienten schaden, so sehr sich dieser im Moment auch erleichtert fühlen möge. In diesem Sinne argumentierte auch Werner Kemper, der seine Analytiker-Kollegen mahnte, nur ja nicht ihren – sich aus ihrer Gegenübertragung ergebenden – Impulsen nachzugeben, den Patienten „[...] zu trösten, ihm die Schwierigkeiten aus dem Wege zu räumen [...]“.¹⁷⁸ Er versäumte allerdings, und mit ihm andere, ähnlich argumentierende Autoren ebenfalls, genauer zu beschreiben, worin das Störende oder die „Gefahr für den Patienten“ einer solchen Intervention bestünde und verwies lediglich auf die „Erfahrung“, welche diesem

¹⁷⁴ Ebd. S. 598.

¹⁷⁵ Ferenczi, S. (1933): S. 309.

¹⁷⁶ Cremerius, J. (1977): S. 617.

¹⁷⁷ Frank, C. (2005): S. 38.

¹⁷⁸ Kemper, W. (1954): S. 601.

Prinzip recht gebe. Ging es darum, sich von allen Interventionen, denen eine seelsorgerische Note anhaftet, abzugrenzen?

In einer ähnlichen Weise argumentierte auch Thomä, der die Professionalität des Analytikers daran maß, sein Mitgefühl nicht „in Aktion umzusetzen“.¹⁷⁹

Fritz Riemann, der den Versuch unternommen hatte, Therapeuten im Hinblick auf ihre jeweilige Persönlichkeitsstruktur in vier Typen zu unterteilen¹⁸⁰ (Therapeuten mit vorwiegend *hysterischer*, *zwanghafter*, *depressiver* oder *schizoider* Struktur) und auf die spezifischen problematischen Behandlungssituationen hingewiesen hatte, die sich bei dem jeweiligen Typus in der Therapie mit bestimmten Patiententypen (jeweils entweder hysterische, zwanghafte, depressive oder schizoide Patienten) ergeben können, äußerte sich über „Therapeuten mit *depressiven* Strukturanteilen“, sie seien mit einem Übermaß an einfühlendem Verständnis ausgestattet, dafür „[...] fehlt es ihnen [...] an der gesunden, auch fordern könnenden Härte. Sie lassen sich zu weit mitfühlend mit dem Patienten ein, trösten zuviel, wo sie analysieren sollten, und können so, [...] ausgenutzt werden“.¹⁸¹ Je nach Persönlichkeit des Patienten könnte dieser bei einem solchen Therapeuten „[...] die dahinterliegende Schwäche erkennen und verachten, sich nicht genügend straff angefaßt fühlen oder sich scheuen, den Therapeuten zu verletzen“.¹⁸² Dies sei gerade für aggressiv gehemmte Patienten besonders ungünstig.

2.2.11 Der Analytiker soll nicht moralisch werten, keine sozialen Normen vorgeben, nicht Erzieher oder Lehrmeister sein: die analytische „Neutralität“

Der Begriff der analytischen ‚Neutralität‘ wurde, ähnlich dem Abstinenzbegriff, bis in die heutige Zeit nicht eindeutig definiert sondern entweder als dem Abstinenzbegriff immanent oder als dessen Synonym angesehen, oder als eine der Qualitäten, die *neben* der Abstinenz die analytische Haltung konstituiert. Laplanche und Pontalis definierten Neutralität in Anlehnung an Freuds behandlungstechnische Empfehlungen als eine Haltung des Analytikers, die nicht religiös, moralisch oder in sozialer Hinsicht wertet, keine Ratschläge gibt, nicht auf ein bestimmtes Ziel hin zu lenken versucht, suggeriert oder manipuliert und

¹⁷⁹ Thomä, H. (1981): S. 396.

¹⁸⁰ Riemann, F. (1959/60): S. 150-159.

¹⁸¹ Ebd. S. 155.

¹⁸² Ebd. S. 156.

die Übertragung des Patienten nicht stört, „[...] was man gewöhnlich durch die Formulierung ausdrückt: ‚nicht in das Spiel des Patienten eindringen‘ [...]“.¹⁸³

Weiterhin zählen Laplanche und Pontalis auch das Prinzip der sogenannten ‚gleichschwebenden Aufmerksamkeit‘ zur analytischen Neutralität: der Analytiker soll nicht „aufgrund theoretischer Vorurteile“ die eine vom Patienten geäußerte Assoziation gegenüber anderen bevorzugen.

Die Formulierung „wohlwollende Neutralität“, so der Hinweis von Laplanche und Pontalis, werde zwar häufig benutzt, komme allerdings in Freuds Schriften nicht vor¹⁸⁴ und sei ebenfalls kein eindeutiger Begriff, wie Leo Stone feststellte.¹⁸⁵ Des Weiteren wiesen Thomä und Kächele darauf hin, dass der Begriff der analytischen „Neutralität“ erst nach 1945 in der deutschsprachigen Fachliteratur zu finden sei. Er sei erstmals aufgetaucht im Zusammenhang mit einer Übersetzung von Freuds Begriff „Indifferenz“, den Strachey als „neutrality“ übersetzt habe.¹⁸⁶

Freud sprach sich einerseits ausdrücklich dafür aus, auf ‚erzieherischen Ehrgeiz‘ zu verzichten. Der Arzt solle der Versuchung widerstehen, den Kranken nach seinen eigenen Vorstellungen formen zu wollen. Vielmehr solle er sich

„[...] in der Gewalt haben und weniger die eigenen Wünsche als die Eignung des Analysierten zur Richtschnur nehmen. [...] Der erzieherische Ehrgeiz ist so wenig zweckmäßig wie der therapeutische“.¹⁸⁷

Auch in seinem sieben Jahre später erschienenen Aufsatz ‚Wege der psychoanalytischen Therapie‘ hielt er an dieser Forderung fest:

„Wir haben es entschieden abgelehnt, den Patienten, der sich Hilfe suchend in unsere Hand begibt, zu unserem Leibgut zu machen, sein Schicksal für ihn zu formen, ihm unsere Ideale aufzudrängen und ihn im Hochmut des Schöpfers zu unserem Ebenbild, an dem wir Wohlgefallen haben sollen, zu gestalten“.¹⁸⁸

¹⁸³ Laplanche, J. /Pontalis, J.-B. (1973): S. 331.

¹⁸⁴ Vgl. ebd. S. 332.

¹⁸⁵ Vgl. Stone, L. (1973): S. 32.

¹⁸⁶ Thomä, H. u. Kächele, H. (1996): S. 278.

¹⁸⁷ Freud, S. (1912 b): S. 385.

¹⁸⁸ Freud, S. (1919): S. 190.

Hier räumte er allerdings ein, in speziellen Behandlungssituationen und vor allem bei der Behandlung bestimmter Patienten seien eben doch auch erzieherische Interventionen vonnöten:

„Wir können es nicht vermeiden, auch Patienten anzunehmen, die so haltlos und existenzunfähig sind, daß man bei ihnen die analytische Beeinflussung mit der erzieherischen vereinigen muß, und auch bei den meisten anderen wird sich hie und da eine Gelegenheit ergeben, wo der Arzt als Erzieher und Ratgeber aufzutreten genötigt ist. Aber dies soll jedes Mal mit großer Schonung geschehen und der Kranke soll nicht zur Ähnlichkeit mit uns, sondern zur Befreiung und Vollendung seines eigenen Wesens erzogen werden“.¹⁸⁹

Auch Ferenczi, der sich zu dieser Thematik auf Freud bezogen hatte, hob hervor, das charakteristische an dem psychoanalytischen Verfahren sei ja gerade die ‚Passivität‘ des Therapeuten, allerdings mit gewissen Ausnahmen. Dazu gehöre auch die ‚Icherziehung‘, die eine aktive ärztliche Maßnahme sei, die ausnahmsweise dann bei bestimmten, an Phobien leidenden Patienten angewandt werden dürfe, wenn es darum ginge, einen Stillstand in der Therapie zu überwinden. Diese Patienten müssten dann an diesem Punkt aufgefordert werden, sich den Situationen, die ihnen Angst machen, auszusetzen.¹⁹⁰

Anfang der 1960er Jahre setzte sich Scheunert in seinem Versuch, die Missverständnisse auszuräumen, welche sich aus einem undifferenzierten Gebrauch der Freudschen Abstinenzregel ergeben, für einen kompromisslosen und konsequenten Verzicht jedweden erzieherischen Ehrgeizes ein. Dies schließe sogar die Möglichkeit mit ein, dass der Patient sich in einer den Wertvorstellungen des Analytikers entgegengesetzten Weise entwickelt:

„Der Psychoanalytiker soll sich versagen, durch Stellungnahmen und Ratgeben den Analysanden ‚führend‘ auf seine, des Analytikers Wertbilder und Ideale hin zu ‚bilden‘, einen weltanschaulichen Oktroi auszuüben. Er muß in Kauf nehmen, daß sein Analysand die ihm durch die Analyse verfügbar gewordenen Kräfte unter Umständen für Ziele und in einer Weise einsetzt, die seinen eigenen Vorstellungen und Wertungen schärfstens widersprechen“.¹⁹¹

¹⁸⁹ Ebd., S. 190. Es fehlt allerdings eine genauere Beschreibung darüber, welche Kranken er meinte, wenn er von ‚haltlosen‘ und ‚existenzunfähigen‘ Patienten sprach. Ähnlich vage erscheint seine Formulierung, die erzieherische Beeinflussung solle ‚mit großer Schonung‘ erfolgen.

¹⁹⁰ Ferenczi, S. (1921): S. 76.

¹⁹¹ Scheunert, G. (1961/62): S. 109.

Grundsätzlich ähnlich aber noch konsequenter in seiner therapeutischen Haltung dem Patienten gegenüber erscheint ein Typus Analytiker, den Wolfgang Loch 1974, als „Der unaufdringliche Analytiker“¹⁹² beschrieb, wobei er sich auf W. R. Bion bezog.

Um ein ‚unaufdringlicher‘ Analytiker zu sein, „[...] kommt es in besonderer Weise darauf an, sich selbst nicht ins Spiel zu bringen“.¹⁹³ Dazu müsse der Analytiker alle eigenen Impulse, die sich hemmend auf die Weiterentwicklung seines Patienten auswirken könnten, zurücknehmen, ebenso auch seinen Drang, verstehen zu wollen. Stattdessen solle er sich in ein „traumähnliches Erinnern“¹⁹⁴ gleiten lassen. Die dabei auftauchenden Fantasien des Analytikers, selbst wenn sie weit von den tatsächlichen Mitteilungen des Patienten entfernt liegen, könnten dann wichtige Aufschlüsse über unbewusste Inhalte in der Übertragung des Patienten liefern. W. Loch berief sich an dieser Stelle auch auf Freud, der diesen Zusammenhang wohl schon gekannt habe, als er empfahl, seinen Patienten gegenüber „wie absichtslos“¹⁹⁵ vorzugehen.

Karl Menninger empfahl im Sinne der analytischen ‚Neutralität‘ nicht nur, dass der Analytiker darauf verzichten solle, den Patienten zu „beraten“¹⁹⁶, zu „bemitleiden“¹⁹⁷, „Entscheidungen für ihn treffen“¹⁹⁸ oder seine Konflikte lösen zu wollen und auch nicht zu versuchen „ihn glücklich zu machen“¹⁹⁹, vor allem aber solle er die Assoziationen des Patienten nicht moralisch bewerten oder verurteilen, weil dann eine wichtige Voraussetzung dafür, dass der Patient „frei“ assoziieren könne, nicht mehr gegeben sei. Oft seien Patienten ohnehin schon mit eigenen übermäßig strengen Moralvorstellungen belastet. Zwar ließe sich nicht vermeiden, innerlich Stellung zu beziehen oder moralisch zu werten, jedoch dürfe der Analytiker vor dem Patienten seine Meinung darüber nicht zum Ausdruck bringen. Nur dann, wenn der Patient im Begriff sei, sich selbst oder andere zu gefährden, solle diese Zurückhaltung aufgegeben werden.

„Er wird sich jedoch davor hüten, vorzeitig ein moralisches Urteil über das zu fällen, was ein Patient erwähnt oder phantasiert oder zu tun gedenkt. [...] Er wird keine Stellung beziehen und den Patienten nicht wegen seiner bereits begangenen

¹⁹² Loch, W. (1974): S. 450 f.

¹⁹³ Ebd. S. 450.

¹⁹⁴ Ebd. S. 450.

¹⁹⁵ Freud, S. (1912 b): S. 380.

¹⁹⁶ Menninger, K. A. u. Holzman, P. S. (1977): S. 122.

¹⁹⁷ Ebd. S. 122.

¹⁹⁸ Ebd. S. 122.

¹⁹⁹ Ebd. S. 122.

Taten moralisch verurteilen, aber er wird sie auch nicht billigen oder stillschweigend dulden“.²⁰⁰

Er wandte sich entschieden gegen eine allzu kritiklos ausgeübte „laissez faire Philosophie“²⁰¹ zumal diese sowohl dem Patienten als auch dem guten Ruf der Psychoanalyse schaden könnte.

Die ‚analytische Neutralität‘ stellt auch in den Arbeiten von Otto Kernberg ein wichtiges Thema dar. Neutralität könne im Sinne Kernbergs nicht gleichgesetzt werden mit rigidem, gefühlsarmem Verhalten dem Patienten gegenüber, im Gegenteil, gerade die analytische „Toleranz und Neutralität“²⁰² seien notwendige Voraussetzungen, um mit dem Patienten „[...] emotional [...] in Fühlung zu bleiben [...]“.²⁰³ Auch die „Sorge um den Patienten“²⁰⁴ vereinbare sich mit der „analytischen Position, also der Neutralität des Analytikers [...]“.

Ein weiteres Merkmal analytischer Neutralität lasse sich dann erkennen, wenn sie partiell aufgegeben werden müsse – etwa durch behandlungsbedingte Notwendigkeiten im Zusammenhang mit spezifischen Störungen des Patienten, wie dies etwa bei Borderline-Patienten der Fall sein könne. Die bei einigen dieser Patienten auffallende Impulskontroll-Störung könne, laut Kernberg, die Behandlung in einem solchen Ausmaß verkomplizieren, dass vonseiten des Therapeuten Grenzen gesetzt werden müssen. Das bedeutet, er muss „Bedingungen stellen“, „Anweisungen, Verbote sowie eingreifendere suggestive und manipulative Manöver“²⁰⁵ seien dann notwendig und in einer solchen Situation befinde sich der Analytiker somit nicht mehr in einer „neutralen Position“.

2.2.12 Der Analytiker soll den Patienten nicht über Wirkungen und Wirkungsweise der Analyse aufklären

Im Rahmen seiner Empfehlungen zum Beginn psychoanalytischer Behandlung beschrieb Freud gewisse übereifrige Patienten, die bestrebt seien, vordergründig den Fortschritt der Therapie mittels gezielter Vorbereitungen voranzutreiben. Ein solches Verhalten entspringe dem Widerstand des Patienten, denn indem er in ein Intellektualisieren ver falle, weiche er damit der Bewusstmachung des eigentlichen Konfliktstoffes aus. Die freien Assoziationen,

²⁰⁰ Ebd. S. 119.

²⁰¹ Ebd. S. 122.

²⁰² Kernberg, O. (1980): S. 78.

²⁰³ Ebd. S. 78.

²⁰⁴ Ebd. S. 84.

²⁰⁵ Ebd. S. 219.

die zu produzieren die wichtigste Aufgabe des Kranken sei („Grundregel“), würden dadurch gerade blockiert statt gefördert. Damit ginge wertvolles Material der Therapie verloren:

„Man widerrate solche Vorbereitung, die nur zum Schutze gegen das Auftauchen unerwünschter Einfälle geübt wird.“²⁰⁶

Weiterhin hatte Freud von seinen Patienten gefordert, sie sollen sich vor Beginn einer Behandlung ausdrücklich *nicht* über die psychoanalytische Behandlungsmethode informieren. Es ginge nicht darum, dass die Patienten ihr intellektuelles Wissen über ihre Psyche erweitern sondern dass sie die praktische Erfahrung „[...] an der eigenen Person lernen [...]“.²⁰⁷

Im Gegensatz zu Freuds Forderung sprach sich Greenson in diesem Punkt für eine andere Vorgehensweise aus: er hielt gerade eine gründliche Aufklärung der Patienten *durch den Analytiker* über die während der psychoanalytischen Therapie verwendeten Methoden für wesentlich. Das Verhältnis zwischen Analytiker und seinem Patienten biete einige Besonderheiten, die in keiner anderen Beziehung, die der Patient sonst kenne, zu finden sei: vor allem die Asymmetrie insofern, als der eine sich in seinen schmerzlichsten oder intimsten Bereichen offenbaren soll, während der andere weitgehend anonym bleibt:

„Das analytische Verfahren ist unweigerlich ein schmerzliches, einseitiges, erniedrigendes Erlebnis für den Patienten. Wenn wir wollen, daß er daraus als ein selbständiger Mensch hervorgeht und als Mitarbeiter mit uns zusammenarbeitet, können wir ihn nicht fortwährend erniedrigen, indem wir ihm die von uns verwendeten Methoden nicht erklären.“²⁰⁸

Allerdings lasse sich bei einigen Patienten auch eine Art von „Charakterwiderstand“²⁰⁹ feststellen, der sich auch so äußern könne, dass der Patient „[...] Bücher und Artikel über Psychoanalyse liest, in einem Versuch, selber etwas zu entdecken und so die Überraschung vermeidet, die er bei der unvorbereiteten Begegnung mit dem Material erleben würde“.²¹⁰

Im Gegensatz zu Freud versuchte Greenson nicht, durch Verbote bestimmte Formen von Widerstand zu vermeiden. Vielmehr bestand der entscheidende Schritt für ihn darin, den

²⁰⁶ Freud, S. (1913): S. 469 f.

²⁰⁷ Freud, S. (1912 b): S. 386.

²⁰⁸ Greenson, R. (1967): S. 288.

²⁰⁹ Ebd. S. 82.

²¹⁰ Ebd. S. 82.

Widerstand und dessen Ursprung²¹¹ überhaupt wahrzunehmen bzw. aufzudecken, um ihn dann gezielt bearbeiten zu können.

2.2.13 Der Analytiker darf seinen Patienten nicht für eigene Zwecke missbrauchen

Der Begriff ‚Mißbrauch‘ im Zusammenhang mit psychotherapeutischer und psychoanalytischer Behandlung von Patienten hat explizit erst ab den 1970er Jahren in der Literatur zur psychoanalytischen Behandlungstechnik überhaupt Erwähnung gefunden. Es lässt sich darin ein Ausdruck des grundlegenden Wandels im Selbstbild der Psychoanalytiker vermuten, der unter anderem die Anerkennung der Tatsache beinhaltet, dass trotz langjähriger Lehranalyse die Persönlichkeit des Analytikers noch gravierende neurotische Störungen aufweisen und sich dies nachteilig auf den Patienten auswirken könne. Zu Freuds Zeiten wäre allein die Formulierung, dass ein Analytiker seinen Patienten zu narzisstischen Zwecken missbrauchen könnte, kaum vorstellbar gewesen. Wenn es überhaupt zu unerlaubten oder grenzüberschreitenden Handlungen zwischen Arzt und Patient(in) komme, so schrieb Freud sinngemäß im Jahr 1915 im Rahmen seiner ‚Bemerkungen über die Übertragungsliebe‘, dann deshalb, weil der Arzt den Verführungskünsten seiner attraktiven Patientin nicht zu widerstehen vermag.

Neben der Forderung nach sexueller Abstinenz des Analytikers und seinem weitgehenden Verzicht auf wertende, pädagogische oder tröstende Interventionen, so Wolfgang Mertens, „[...] geht das ursprüngliche wie auch das zeitgenössische Konzept der Abstinenz davon aus, daß es sich hierbei überwiegend um eine *Einstellung* handelt, den Patienten nicht für eigene narzißtische Zwecke zu mißbrauchen“.²¹² Dass Therapeuten ihre Patienten nicht zur Befriedigung eigener Triebbedürfnisse benutzen dürfen, stand kaum jemals in Frage.²¹³ Eine unvoreingenommene Diskussion zu dieser Thematik erscheint – bis in die heutige Zeit – dann schwierig, wenn der Begriff ‚Missbrauch‘ sehr weit verstanden wird. Wolfgang Mertens führte dazu unter anderen folgendes Beispiel auf: „wenn z. B. der Analytiker zu verständnisvoll und gewährend ist, um geliebt werden zu wollen“.²¹⁴ Gemeint sein könnte einerseits: das Verständnisvolle und Gewährende des Therapeuten sei nicht authentisch, er

²¹¹ Als eine Möglichkeit des Ursprungs von Widerständen im Patienten vermutete Greenson auch eine „Gegenübertragungskomponente beim Analytiker“, siehe S. 82 ebd.

²¹² Mertens, W. (1998): S. 1.

²¹³ Siehe hierzu auch Kapitel 11.3.4.

²¹⁴ Mertens, W. (1998): S. 1.

gebe diese Haltung nur vor, um damit das Vertrauen, die Zuneigung oder Bewunderung des Patienten gewinnen zu wollen. Dadurch könnte der therapeutische Prozess beeinträchtigt und dem Patienten letztendlich geschadet werden. Allerdings kann davon ausgegangen werden – und in der psychoanalytischen Literatur wird von verschiedenen Autoren anhand von Fallbeispielen darauf hingewiesen – wie feinfühlig Patienten nicht-authentisches Verhalten ihres behandelnden Analytikers erkennen. In diesem Fall könnte das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patient beeinträchtigt und damit der therapeutische Prozess gestört werden bis hin zu der Gefahr eines Therapieabbruches durch den Patienten. Sollte es sich aber tatsächlich um „echte“ Gegenübertragungsgefühle handeln, stellt sich die Frage, inwiefern dann dadurch der therapeutische Prozess behindert oder dem Patienten geschadet werde. Die Grenze zwischen einem ‚angemessenen‘ und einem ‚zuviel‘ an Verständnis und gewähren lassen erscheint allerdings schwierig zu ziehen.

Als weiteres Beispiel für Missbrauch des Patienten nannte Mertens die „Delegation eigener unerledigter Aufgaben“²¹⁵ an seine Patienten. Es handelt sich um eine im Rahmen der Gegenübertragung mehr oder weniger unbewusste Tendenz des Analytikers, seine Patienten zu Aktivitäten zu ermuntern, die er sich selbst nie gestattet hatte. Das wäre im Zusammenhang mit der sogenannten 'Restneurose' des noch so umfassend analysierten Therapeuten durchaus denkbar. Folgerichtig schrieb Mertens: „Aus diesem Grund muß das Bedürfnis eines Analytikers nach moralischen Wertungen, pädagogischen Ermunterungen oder Bündnisbildungen immer wieder reflektiert werden“.²¹⁶

Einen anders gearteten Aspekt der Missbrauchs-Thematik berührte Otto Kernberg, als er über „berufsbedingte Belastungen des Analytikers“²¹⁷ sprach und sich dabei auf „analytische Ausbildungskandidaten“²¹⁸ bezog, die aufgrund bestimmter Ausbildungsregularien der Versuchung ausgesetzt seien, Patienten für eigene narzisstische Belange zu missbrauchen:

„[...] etwa wenn von den betreffenden Behandlungen ihre Graduierung zum Analytiker abhängt; unter solchen Umständen kann als Gegenübertragungsreaktion des Kandidaten die Tendenz auftauchen, einen ‚guten‘ Patienten um jeden Preis halten und einen ‚schlechten‘ Patienten eher loswerden zu wollen, die wesentlich

²¹⁵ Ebd. S. 1.

²¹⁶ Ebd. S. 1.

²¹⁷ Kernberg, O. F. (1980): S. 85.

²¹⁸ Ebd. S. 85.

durch Wünsche und Ängste in bezug auf die Erfüllung der Ausbildungsanforderungen bedingt ist“.²¹⁹

Eine solche Konstellation laufe dem Prinzip, echte „Sorge“²²⁰ um den Patienten walten zu lassen, entgegen.

Statt „narzißtischer Zurückgezogenheit“²²¹ sollte – laut Kernberg – der Analytiker ein „aktives Engagement“²²² betreiben, er solle schwierige Behandlungssituationen nicht passiv hinnehmen, sondern solle bereit sein, sich rechtzeitig den Rat von Kollegen oder eines Supervisors einzuholen.

2.2.14 Keine Selbstoffenbarungen des Analytikers gegenüber seinem Patienten

Eine der schwierigsten Gratwanderungen seitdem Freud seinerzeit forderte, der Analytiker solle wie ein „Spiegel“ für seine Patienten fungieren, scheint sich um die Frage gedreht zu haben, wieviel „Wahrhaftigkeit“ und „Aufrichtigkeit“ des Analytikers gegenüber seinen Patienten sich mit dem Abstinenzprinzip vereinbaren.

Wie offen sollten Analytiker ihrem Patienten gegenüber ihre Gegenübertragungsreaktionen zeigen oder ihre eigenen Fehler und Irrtümer offenbaren?

Für „Wahrhaftigkeit“ trat Freud schon 1915 ein, als er seine „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“ schrieb, in welchen er sich veranlasst sah, darauf hinzuweisen,

„[...] daß die psychoanalytische Behandlung auf Wahrhaftigkeit aufgebaut ist. [...] Wer sich in die analytische Technik eingelebt hat, trifft das dem Arzte sonst unentbehrliche Lügen und Vorspiegeln überhaupt nicht mehr und pflegt sich zu verraten, wenn er es in bester Absicht einmal versucht. Da man vom Patienten strengste Wahrhaftigkeit fordert, setzt man seine ganze Autorität aufs Spiel, wenn man sich selbst von ihm bei einer Abweichung von der Wahrheit ertappen läßt“.²²³

Wenn man den diese Empfehlung einbettenden Kontext außer Acht ließe, könnte man Freuds Ratschlag so interpretieren, als habe er dafür plädiert, dem Patienten seine Gefühle

²¹⁹ Ebd. S. 85.

²²⁰ Ebd. S. 84. Unter „Sorge“ um den Patienten versteht Kernberg das stetige Bemühen, den Patienten ernst nehmen und ihm helfen zu wollen, auch im Falle destruktiver oder selbstdestruktiver Tendenzen seines Patienten. Damit sei keineswegs „ein Aufgeben der analytischen Position, also der Neutralität des Analytikers“ gemeint, sondern: „Die Sorge des Analytikers äußert sich [...] unter anderem in beständiger Selbstkritik, in seiner Weigerung, unmögliche Situationen in passiver Weise zu akzeptieren, und in einer unablässigen Suche nach neuen Bewältigungsmöglichkeiten in länger anhaltenden Krisen.“ Ebd. S. 85.

²²¹ Kernberg, O. F. (1980): S. 85.

²²² Ebd. S. 85.

²²³ Freud, S. (1915): S. 312.

zu offenbaren. Das stünde allerdings im direkten Gegensatz zu seiner „Spiegelplatten“-Forderung. Anzunehmen ist, dass es ihm darum ging, dem Patienten keine Gefühle vorzugaukeln, die in Wirklichkeit nicht vorhanden seien, konkret ging es ihm hier um den Rat, einer verliebten Patientin gegenüber dürfe man nicht so tun, als würde man ihre Gefühle erwidern.

Wie aber zu verfahren sei, wenn nun dieser Fall doch eintritt, darauf ging Freud an dieser Stelle nicht ein. Seine Bereitschaft, sich – öffentlich – mit einer solchen Möglichkeit überhaupt näher auseinander zu setzen, scheint nicht sehr hoch gewesen zu sein. Immerhin brachte er ein gewisses Maß an Verständnis dafür auf, wie schwierig es unter Umständen sein könne, dem Liebeswerben einer attraktiven Patientin zu widerstehen, denn „[...] von einer edlen Frau, die sich zu ihrer Leidenschaft bekennt, geht trotz Neurose und Widerstand ein unvergleichbarer Zauber aus“.²²⁴

Auch Ferenczi vertrat in seiner späteren Schaffensphase die Ansicht, Aufrichtigkeit und Offenheit gegenüber dem Patienten sei notwendig. Er sprach sich gegen die übliche, nicht mehr hinterfragte, berufsbedingte Hypokrisie aus:

„Wir begrüßen den Patienten, wenn er unser Zimmer betritt, höflich, fordern ihn auf, mit den Assoziationen zu beginnen und versprechen ihm damit, aufmerksam hinzuhorchen, unser ganzes Interesse seinem Wohlergehen und der Aufklärungsarbeit zu widmen. In Wirklichkeit aber mögen uns gewisse äußere oder innere Züge des Patienten schwer erträglich sein. Oder wir fühlen uns vielleicht durch die Arbeitsstunde in einer für uns wichtigeren beruflichen oder einer persönlichen, inneren Angelegenheit unliebsam gestört. Auch da sehe ich keinen anderen Ausweg als den, die Ursache der Störung in uns selber zu erraten und sie vor dem Patienten zur Sprache zu bringen, sie vielleicht nicht nur als Möglichkeit, sondern auch als Tatsache zu bekennen“.²²⁵

Er ging sogar so weit, sich dafür auszusprechen, seine eigenen Fehler oder Irrtümer dem Patienten zu offenbaren:

„Keinesfalls darf man sich schämen, früher gemachte Irrtümer rückhaltlos zu bekennen“.²²⁶

Damit würde man seinem Ansehen nicht schaden. Ganz im Gegenteil würde diese Haltung das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt erhöhen. Mit dieser therapeutischen Einstellung

²²⁴ Ebd. S. 319.

²²⁵ Ferenczi, S. (1933): S. 305 f.

²²⁶ Ferenczi, S. (1928): S. 244.

bestätigte Ferenczi eher noch einmal seine Position als unkonventioneller, experimentierfreudiger Analytiker, als dass er die damalige Meinung in der Fachwelt widerspiegelte. Bis in die heutige Zeit scheint ein Konsens darüber zu existieren, Analytiker sollen ihren Patienten gegenüber keine „Selbstoffenbarungen“ über ihre während der Behandlungssituation erlebten jeweiligen Gefühlszustände, vor allem ihrer Gegenübertragungsgefühle ablegen. Diese Thematik wird allerdings in der zeitgenössischen psychoanalytischen Fachliteratur nur selten behandelt, sodass darüber kaum explizite Ratschläge oder Fallbeispiele existieren. Diesbezüglich bilden die Autoren Thomä und Kächele eine Ausnahme, indem sie in ihrem – bis heute in der psychoanalytischen Ausbildung als Standardwerk benutzten – Lehrbuch²²⁷ beschrieben, in welcher Weise es im Sinne des analytischen Prozesses für den Patienten gewinnbringend sein könne, wenn sie ihren jeweiligen Patienten in bestimmten Behandlungssituationen ihre Gegenübertragungsgefühle offenbaren, selbst wenn es sich dabei um die sexuellen Fantasien des Analytikers handelt. In der Falldarstellung der mehrjährigen Analyse einer Patientin heißt es:

„Das Wesentliche aber war die Mitteilung, daß ich etwas fühle, auch gewisse sexuelle Vorstellungen als Reaktion auf ihre Phantasien entwickle“.²²⁸

Es handelte sich um eine wohlüberlegte Mitteilung des Analytikers an seine Patientin, die aus diesen Äußerungen unter anderem eine „[...] *Anerkennung* ihrer eigenen Sexualität, Sinnlichkeit und Körperlichkeit [...]“²²⁹ gewinnen und sie von dem Gefühl „[...] ohnmächtig und ausgeschlossen zu sein oder sich schuldig gemacht zu haben [...]“ befreien konnte, wodurch der weitere Verlauf des therapeutischen Arbeitsklimas wesentlich entspannt und die Analyse zu einem erfolgreichen Ende habe geführt werden können.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: die Inhalte und Definitionen von Abstinenz in der psychoanalytischen Behandlung sind zahlreich und unterschiedlich. Es existiert(e) nicht nur die *eine* Abstinenzregel, sondern eine größere Anzahl von Regeln und Prinzipien im Zusammenhang mit dem Begriff Abstinenz. Es lassen sich zwei Hauptströmungen – vom Beginn der Etablierung der psychoanalytischen Behandlungsmethode bis in die heutige

²²⁷ Thomä, H. u. Kächele, H. (1997): S. 133-144.

²²⁸ Ebd. S. 139.

²²⁹ Ebd. S. 140.

Zeit – herausarbeiten. In der Zeit des Ursprungs der Psychoanalyse lassen sich diese zwei Hauptströmungen den beiden Persönlichkeiten Sigmund Freud und Sándor Ferenczi zuordnen. Es hatte zunächst den Anschein, als existierten neben den Vertretern der 'richtigen' Psychoanalyse lediglich einige uneinsichtige Dissidenten, die – in Theorie und Praxis – ihre eigenen Wege gehen wollten. Ferenczi schien mit seinen Entdeckungen seiner Zeit weit voraus zu sein. Zu Lebzeiten und während der ersten zwei Jahrzehnte nach seinem Tod wurden ihm nicht Ruhm und Dankbarkeit für seine Verdienste zuteil, sondern überwiegend Empörung und Ablehnung wegen seiner Abweichungen von der „klassischen Psychoanalyse“.

In Bezug auf die – bis in die heutige Zeit aktuelle – Abstinenz-Definitions-Debatte lässt sich das Abstinenzprinzip mit einigem Recht grundsätzlich auf alle diejenigen Maßnahmen, Techniken, Interventionen ausdehnen, die sich sonst nicht typischerweise unter das Abstinenzprinzip subsumieren lassen, die mit ihm aber den gemeinsamen Nenner der ‚Enthaltsamkeit‘, ‚Passivität‘ oder ‚Zurückhaltung‘ aufweisen. Hierzu ließe sich auch das Prinzip der gleichschwebenden Aufmerksamkeit einordnen, also die Empfehlung, der Analytiker soll in Bezug auf die Assoziationen des Patienten Zurückhaltung üben, ein Thema gegenüber einem anderen zu bevorzugen.

In einem weiteren Sinne kann ein Abstinenzprinzip auch darin erkennbar werden, nicht zu viel oder zu früh zu deuten, weil wir mit einer solchen Vorgehensweise, so formulierte Balint, „[...] den Kandidaten nur daran hindern, auf eigene Gefahr seine eigenen Entdeckungen zu machen und dadurch zu reifen“.²³⁰

²³⁰ Balint, M. (1969): S. 297.

2.3 Die Abstinenz und ihre Beziehung zu dem „Klassischen“ der psychoanalytischen Behandlungsmethode

In der Geschichte der psychoanalytischen Behandlungsmethode wird der Begriff der „klassischen“ Technik auch als Synonym für eine solche Technik verwandt, die „mit der Freudschen Lehre vereinbar“ sei. Jedoch sind beide nicht einheitlich definiert. Das Thema wäre bedeutend genug, Gegenstand einer eigenen Untersuchung zu sein und kann in diesem Rahmen daher nur exemplarisch umrissen werden.

Stone umging die Diskussion, welche die „klassische“ Technik sei. Wichtig sei, ein sicheres theoretisches Fundament, nämlich das von Freud geschaffene, anzuerkennen. Unter den verschiedenen analytischen Techniken „gibt es keinen Zweifel am Primat der Deutung.“²³¹ Alle anderen Techniken, wie zum Beispiel „Suggestion“, „Erziehung“ oder „Manipulation“ seien zwar auch möglich, aber der Deutung nachgeordnet. Sie dürfen auch nicht anstelle der Deutung angewendet werden. Stone nannte auch „Hilfstechniken“, wie Beruhigung oder Rat, die in „kritischen Phasen“ dem Patienten nicht vorenthalten werden sollten:

„In diesem Zusammenhang muß auch gesagt werden, daß erwachsene und intelligente Patienten – nicht ‚borderline‘-Fälle – unter dem Eindruck klinischer Neurosen und bei Veränderungen der Lebensumstände häufig in ihrer Fähigkeit zur Realitätsprüfung, in ihrem Urteilsvermögen sowie aufgrund merkwürdiger Lücken in ihrem Wissen beeinträchtigt sind und daß der Analytiker in solchen Fällen seiner Verantwortlichkeit für die minimale, manchmal indirekte, aber oft entscheidende Hilfe, die über die reine Deutung hinausgeht, nicht ausweichen kann, da der Patient diese Hilfe oft nirgendwo sonst finden kann.“²³²

Stone mochte sich den Debatten über „Modifikationen und Variationen der klassischen psychoanalytischen Technik“²³³ nicht anschließen, sondern verwies ergänzend auf die „*dynamische* Situation“²³⁴ und sah darin ein „allgemeines Modell“, welches eine Vielzahl von „Variationen oder Ausnahmen“ beinhalten könne.

²³¹ Stone, L. (1973): S. 36.

²³² Ebd. S. 37.

²³³ Ebd. S. 10.

²³⁴ Ebd. S. 11.

Ähnlich argumentierte Rudolph Loewenstein, der Situationen im Rahmen psychoanalytischer Behandlungen beschrieb, die „Variationen“²³⁵ oder „Modifikationen“ der „klassischen Technik“ erfordern könnten. Zugleich wies er auf die Schwierigkeit hin, die „klassische Analyse“ zu definieren. Demgegenüber definierte Kurt Eissler das Wesen der „klassischen“ Technik in einer ausschließlich oder überwiegend auf Deutungen basierenden Technik: „Die Wissenschaft der Deutung ist das *Alpha* und *Omega* der klassischen psychoanalytischen Technik“.²³⁶ Jedoch auch er räumte ein, es könne nicht immer eine klare Grenze dessen festgelegt werden, was noch als ‚klassische Technik‘ genannt werden könne.

Otto Kernberg sprach von der eigentlichen Psychoanalyse, der „klassischen psychoanalytischen Standardmethode“²³⁷, wobei er sich an der Definition durch Eissler orientierte, welche er von der modifizierten Form, also „psychoanalytisch orientierter Psychotherapie“²³⁸ unterschied. Nach Eissler seien auch solche Behandlungen noch als Psychoanalyse anzusehen, bei welchen aufgrund der Besonderheit der Störung des Patienten und der spezifischen analytischen Situation Modifikationen, die Eissler als „Parameter“²³⁹ bezeichnete, unvermeidbar seien, vorausgesetzt diese Parameter werden nicht über das unbedingt notwendige Maß hinaus ausgedehnt und sie werden später „mittels Deutungen aufgehoben“. Für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstruktur empfahl Kernberg nicht die klassische, sondern modifizierte Formen analytischer Psychotherapie, wobei für ihn die „Neutralität“ des Analytikers eine besondere Rolle spielt. Diese Neutralität beinhaltet für Kernberg keineswegs eine rigide Einstellung, die sich jegliche spontane emotionale Regungen in bezug auf den Patienten versagt. Mit der analytischen „Toleranz und Neutralität“²⁴⁰ gegenüber einem solchen Patienten Sorge der Analytiker dafür, „[...] emotional mit ihm in Fühlung zu bleiben [...]“.

²³⁵ Loewenstein, R. M. (1959): S. 594 f.

²³⁶ Eissler, K. R. (1959): S. 610.

²³⁷ Kernberg, O. (1980): S. 91.

²³⁸ Ebd. S. 93.

²³⁹ Ebd. S. 94.

²⁴⁰ Ebd. S. 78.

3. Inhalt und Definition des Abstinenzkonzeptes bei Freud, seinen Interpreten in den 1950er Jahren sowie zeitgeschichtlichen Autoren

3.1. Das Freudsche Abstinenzkonzept als Instrument zur Beherrschung der Gegenübertragung: keine Befriedigung von Liebesübertragungswünschen durch den/ die Analytiker/-in und Verzicht auf Ersatzbefriedigungen durch den/ die Patienten/-in

Freuds Erkenntnisse und seine daraus resultierenden behandlungstechnischen Empfehlungen, die „Kur“ müsse in der „Versagung“, „Entbehrung“, „Abstinenz“, stattfinden, sind eng mit seiner Entdeckung der Gegenübertragung²⁴¹ verknüpft. Als er Anfang des 20. Jahrhunderts darauf stieß, hatte dies entscheidende Folgen für die Behandlungstechnik. Er sah in dieser emotionalen Antwort des Analytikers etwas Gefährliches, weil die Übertragung des Patienten Störendes, wodurch der Erfolg einer Analyse empfindlich beeinträchtigt werden könne. Zudem galt es, den Ruf der Psychoanalyse, als damals noch ganz junger Wissenschaft und Behandlungsmethode aufzubauen und zu festigen. Um eben diese ‚Gegenübertragung‘ bzw. das was Freud damals darunter verstand und subsummierte, in Schach zu halten, führte er die Abstinenzregel(n) ein.

Den Begriff der ‚Gegenübertragung‘ erwähnte er erstmals 1910 in seiner Schrift „Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie“. Hier heißt es:

„Wir sind auf die ‚Gegenübertragung‘ aufmerksam geworden, die sich beim Arzt durch den Einfluß des Patienten auf das unbewußte Fühlen des Arztes einstellt, und sind nicht weit davon, die Forderung zu erheben, daß der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse“.²⁴²

Den Begriff „Abstinenz“ erwähnte er damals noch nicht. Auch als er 1912 seine „Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung“ schrieb, tauchte der Begriff selbst noch nicht auf. Inhaltlich gingen seine Empfehlungen aber schon in diese Richtung:

„Ich kann den Kollegen nicht dringend genug empfehlen, sich während der psychoanalytischen Behandlung den Chirurgen zum Vorbild zu nehmen, der alle seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt und seinen

²⁴¹ Vgl. Gysling, A. (1995): S. 37-52.

²⁴² Freud, S. (1911): S. 108.

geistigen Kräften ein einziges Ziel setzt: die Operation so kunstgerecht als möglich zu vollziehen“.²⁴³

Seinen – in diesem Ausmaß geradezu ‚radikalen‘ – behandlungstechnischen Ratschlag, während der Dauer der Behandlung dem Kranken gegenüber jegliche Gefühle während der Behandlung einschließlich dem „Mitleid“ auszuschließen, begründete Freud folgendermaßen:

„Die Rechtfertigung dieser vom Analytiker zu fordernden Gefühlskälte liegt darin, daß sie für beide Teile die vorteilhaftesten Bedingungen schafft, für den Arzt die wünschenswerte Schonung seines eigenen Affektlebens, für den Kranken das größte Ausmaß von Hilfeleistung, das uns heute möglich ist“.²⁴⁴

Ohne näher zu erläutern, wie sich für einen Kranken die Gefühlskälte seines Arztes ‚vorteilhaft‘ erweisen könnte und andererseits auf welche Weise die Affekte des Arztes mittels Gefühlskälte eine ‚Schonung‘ erfahren könnte, forderte er von diesem, dass er wie ein technischer Apparat funktionieren solle:

„[...] er soll dem gebenden Unbewußten des Kranken sein eigenes Unbewußtes als empfangendes Organ zuwenden, sich auf den Analysierten einstellen wie der receiver des Telephons zum Teller eingestellt ist. Wie der receiver die von Schallwellen angeregten elektrischen Schwankungen der Leitung wieder in Schallwellen verwandelt, so ist das Unbewußte des Arztes befähigt, aus den ihm mitgeteilten Abkömmlingen des Unbewußten dieses Unbewußte, welches die Einfälle des Kranken determiniert hat, wiederherzustellen“.²⁴⁵

Demnach ging Freud davon aus, das Unbewusste des Patienten könnte, unter der Voraussetzung, der Analytiker verfüge über genügend Selbsterkenntnis und beherrsche seine Gegenübertragung, indem er sein Gefühlsleben aus der psychoanalytischen Behandlung heraushalte, in unverfälschter reiner Form an die Oberfläche kommen. Für ihn stellte die Gegenübertragung also ein potenziell die Analyse störender Faktor dar, den es zu eliminieren gelte:

„Er darf in sich selbst keine Widerstände dulden, welche das von seinem Unbewußten Erkannte von seinem Bewußtsein abhalten, sonst würde er eine neue Art von Auswahl und Entstellung in die Analyse einführen, welche weit schädlicher

²⁴³ Freud, S.(1912 b): S. 380-381.

²⁴⁴ Ebd., S. 381

²⁴⁵ Ebd., S. 381 f.

wäre als die durch Anspannung seiner bewußten Aufmerksamkeit hervorgerufene“.²⁴⁶

Um diesen Störfaktor aus der Behandlung fernzuhalten, empfahl er den angehenden Psychoanalytikern, ihre eigenen Träume zu analysieren. Das würde für einige schon ausreichen, die anderen benötigten dazu eine Lehranalyse. Da aber alle auf diese Weise vorhandenen, noch so umfassenden Erkenntnisse und Fertigkeiten, immer unvollendet bleiben müssen, sei außerdem eine ständige ‚Selbstanalyse‘ erforderlich.

Aber Freud ging noch darüber hinaus. Nicht nur Gefühle und Affekte soll der Analytiker aus der Behandlung heraushalten, er solle seinem Patienten überhaupt keinen Einblick in seine Gedankenwelt, seine Vorstellungen, persönlichen Ansichten oder gar in seine private Situation gestatten. Der Kranke würde dann womöglich immer mehr Einzelheiten über den Arzt wissen wollen und würde darüber seine eigene Analyse vergessen. Er kam daher zu dem Schluss:

„Der Arzt soll undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt wird“.²⁴⁷

Dieser Ratschlag steht allerdings in deutlichem Widerspruch zu der Verfahrensweise, die Freud gegenüber seinen eigenen Analysanden anwandte²⁴⁸.

²⁴⁶ Ebd., S. 382.

²⁴⁷ Ebd. S. 384.

²⁴⁸ Siehe Kap. 3.5.3; vgl. hierzu auch Boss, M. (1973): S. 81 f. sowie Cremerius, J. (2008): S. 326-363.

3.2 Freuds erste Erwähnung der Abstinenzregel: Handhabung der „Übertragungsliebe“

1915 formulierte Freud in seinen „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“ zum ersten Mal explizit diejenige technische Empfehlung, die als „Abstinenzregel“ in die psychoanalytische Literatur einging:

„Die Kur muß in der Abstinenz durchgeführt werden [...]“.²⁴⁹

Er ging dabei von der Situation aus,

„[...] daß eine weibliche Patientin [...] erraten läßt oder es direkt ausspricht, daß sie sich wie ein anderes sterbliches Weib in den sie analysierenden Arzt verliebt hat“.²⁵⁰

Diese „Liebesübertragung“²⁵¹ könnte aus verschiedenen Gründen den Fortgang der Behandlung empfindlich stören, wenn nicht sogar zum Abbruch führen. Die Patientin würde sich nur noch auf ihre Verliebtheit konzentrieren, wäre an der eigentlichen analytischen Behandlung nicht mehr interessiert, sondern wünschte sich nun, von dem sie behandelnden Arzt wiedergeliebt zu werden und drängte auf Zärtlichkeiten mit ihm. Im Falle einer solchen Übertragungssituation riet Freud eindringlich,

„[...] daß die analytische Technik es dem Arzte zum Gebote macht, der liebesbedürftigen Patientin die verlangte Befriedigung zu versagen. Die Kur muß in der Abstinenz durchgeführt werden; [...]“.²⁵²

Ihm ging es darum, dass die Übertragungswünsche der Patienten, vor allem die nach Zärtlichkeiten oder sexuellen Handlungen mit dem Analytiker, nicht erfüllt werden dürfen. Das Ziel der „Kur“, nämlich die Befreiung von der Neurose, würde damit verhindert werden. Der Analytiker dürfe daher unter keinen Umständen eine Liebesbeziehung mit seiner Patientin eingehen:

„Das Liebesverhältnis macht eben der Beeinflussbarkeit durch die analytische Behandlung ein Ende; eine Vereinigung von beiden ist ein Unding“.²⁵³

²⁴⁹ Freud, S. (1915): S. 313.

²⁵⁰ Ebd. S. 306

²⁵¹ Ebd. S. 309.

²⁵² Ebd. S. 313.

²⁵³ Ebd. S. 314.

Freud berief sich an dieser Stelle zur Begründung seiner Abstinenzforderungen weniger auf die bürgerliche Moral, vielmehr ginge es ihm um „Rücksichten der analytischen Technik“²⁵⁴. Er empfahl dem in eine solche Konstellation geratenen Arzt, sich über alle Besonderheiten des psychoanalytischen Settings im Klaren zu sein, um nicht in die Falle seiner eigenen „[...] bei ihm bereitliegenden Gegenübertragung“²⁵⁵ zu laufen.

Vor allem müsse er sich vergegenwärtigen,

„[...] daß das Verlieben der Patientin durch die analytische Situation erzwungen wird und nicht etwa den Vorzügen seiner Person zugeschrieben werden kann, daß er also gar keinen Grund hat, auf eine solche ‚Eroberung‘, [...] stolz zu sein“.²⁵⁶

Falls die Behandlung abgebrochen werden würde und die Patientin zu einem anderen Arzt ginge, würde sie sich in diesen ebenfalls verlieben.

Für die in ihren Arzt verliebte Patientin indessen lautete Freuds Rat etwas lapidar, sie könne entweder die Behandlung abbrechen oder müsse sich „[...] die Verliebtheit in den Arzt als unausweichliches Schicksal gefallen lassen“.

Weiterhin gab er zu bedenken, es sei nicht sinnvoll – auch wenn einige seiner Kollegen das so handhaben würden, Patienten im voraus über eine solche Möglichkeit aufklärend vorzubereiten oder gar dazu zu ermuntern, sich in ihren Arzt zu verlieben.

Im übrigen sei die Verliebtheit der Patientin als eine Erscheinungsform von Widerstand anzusehen, den man ja immer dann vermute, wenn etwas den Fortgang der psychoanalytischen Behandlung störe. Dabei sei weniger die Verliebtheit an sich störend, sondern die Art, in welcher sich der Widerstand dieser Verliebtheit bediene. Beispielsweise könnte eine solche Patientin daran interessiert sein, die ärztliche Autorität ihres Analytikers zu untergraben, indem sie ihn zum Geliebten degradiere. Andererseits könnte das Liebeswerben der Patientin eine Falle sein, indem sie den Arzt damit „auf die Probe“ stelle, um ihn, falls er darauf einging, zurechtweisen zu können.

Bevor Freud seine Ratschläge gab, wie der in einer solchen Situation befindliche Analytiker denn vorgehen solle, erklärte er ausführlich, welche Maßnahmen in Bezug auf

²⁵⁴ Ebd. S. 312.

²⁵⁵ Ebd. S. 308.

²⁵⁶ Ebd. S. 308.

das Liebeswerben der Patientin zwar naheliegend und scheinbar auch plausibel, aber aus bestimmten Gründen nicht sinnvoll seien.

Keinesfalls sollte man der verliebten Patientin gegenüber etwa in Richtung auf die allgemein gültige Moral argumentieren und sie unter Triebunterdrückung und Verzicht zur Weiterführung der analytischen Arbeit auffordern.

„Man hätte ja dann das Verdrängte nur zum Bewußtsein gerufen, um es verschreckt von neuem zu verdrängen“.²⁵⁷

Zum einen sei es kaum möglich, ein leidenschaftliches Liebesgefühl durch Appell an Moral und Vernunft abzumildern, zum anderen berge ein solches Vorgehen die Gefahr, die Patientin könnte sich abgewiesen fühlen und sich dafür rächen.

Ebenso wenig empfahl Freud in diesem Falle, so zu tun, als würde man die Gefühle der Kranken erwidern, das wäre nicht im Sinne der „Wahrhaftigkeit“²⁵⁸, die der Arzt gegenüber seiner Patientin einhalten müsse.

Freud spielte diese prekäre Behandlungssituation der Übertragungsliebe unter verschiedenen Aspekten durch, vor allem auch die verführerischen Möglichkeiten, denen sich ein Therapeut in einer solchen Situation ausgesetzt sehen und dabei auch die möglichen Fallen, in die er geraten könnte. Weiterhin beschrieb er naheliegende Reaktionen des Analytikers und versuchte zu begründen, welche davon sinnvoll und welche nicht oder sogar gefährlich im Hinblick auf den weiteren Therapieprozess oder für den Therapeuten wäre.

Die Möglichkeit, dass auch der Analytiker sich in eine Patientin verlieben könnte, schien Freud als wenig wahrscheinlich einzuschätzen. Allenfalls Berufsanfängern oder jungen, nicht verheirateten Ärzten könnte dies passieren. Dieser Fall könnte dann eintreten, wenn der Arzt wie beschrieben, zunächst nur so tue, als würde er die Verliebtheitsgefühle seiner Patientin erwidern, gleichsam als Nebeneffekt:

„Außerdem ist der Versuch, sich in zärtliche Gefühle gegen die Patientin gleiten zu lassen, nicht ganz ungefährlich. Man beherrscht sich nicht so gut, daß man nicht plötzlich einmal weiter gekommen wäre, als man beabsichtigt hatte“.²⁵⁹

²⁵⁷ Ebd., S. 312.

²⁵⁸ Vgl. ebd. S. 312.

²⁵⁹ Ebd. S. 312 f.

In dieser speziellen Situation könnte der kleinste analytische Fehler nicht wiedergutzumachende Folgen hervorbringen, während die ‚richtigen‘ Interventionen einer Gratwanderung gleichkommen:

„Man hütet sich, von der Liebesübertragung abzulenken, sie zu verscheuchen oder der Patientin zu verleiden; man enthält sich ebenso standhaft jeder Erwiderung derselben. Man hält die Liebesübertragung fest, behandelt sie als etwas Unreales, als eine Situation, die in der Kur durchgemacht, auf ihre unbewußten Ursprünge zurückgeleitet werden soll und dazu verhelfen muß, das Verborgenste des Liebeslebens der Kranken dem Bewußtsein und damit der Beherrschung zuzuführen“.²⁶⁰

Diese Bedingungen seien am ehesten geeignet, die Patientin in die Lage zu versetzen, selber „zu den infantilen Begründungen ihrer Liebe“ vorzudringen. Das gelinge allerdings nicht bei allen Analysandinnen. Bei einigen, Freud nannte sie „Frauen von elementarer Leidenschaftlichkeit, welche keine Surrogate verträgt“, hätte dann der Arzt nur die Alternativen „[...] entweder Gegenliebe zeigen oder die volle Feindschaft des verschmähten Weibes auf sich laden“. Bei wiederum anderen Patientinnen, die Freud in seiner ihm eigenen ironischen Art als „minder gewalttätige Verliebte“²⁶¹ bezeichnet, müsse man mit Vehemenz auf den Widerstandsaspekt ihrer Verliebtheit hinweisen. Denn, so solle man argumentieren, eine wirkliche, reale Liebe würde ja die Patientin geradezu anspornen, alles zu tun, um den Erfolg der Behandlung voranzutreiben, das hieße also, sie wäre dann von sich aus bemüht, ihre Neurose zu überwinden, „[...] um sich dem Arzte wertvoll zu machen und die Realität vorzubereiten, in welcher die Liebesneigung ihren Platz finden könnte“.²⁶² Tatsächlich aber lehne sie sich gegen die Behandlung auf und wolle vielmehr den Arzt nur noch nach Befriedigung ihrer Liebesehnsucht drängen.

„Als zweites Argument gegen die Echtheit dieser Liebe führt man die Behauptung ein, daß dieselbe nicht einen einzigen neuen, aus der gegenwärtigen Situation entspringenden Zug an sich trage, sondern sich durchwegs aus Wiederholungen und Abklatschen früherer, auch infantiler, Reaktionen zusammensetze“.²⁶³

Ein wenig sich dann selbst widersprechend räumte Freud ein, die ‚Echtheit‘ dieser Liebe aber keineswegs in Frage stellen zu wollen, auch wenn es sich um eine Form des

²⁶⁰ Ebd. S. 314 f.

²⁶¹ Ebd. S. 315.

²⁶² Ebd. S. 316.

²⁶³ Ebd. S. 316.

Widerstandes handle. Jeder Verliebtheit, auch eben derjenigen außerhalb einer Psychoanalyse-Behandlung, hafte etwas Abnormes an:

„Der Anteil des Widerstandes an der Übertragungsliebe ist unbestreitbar und sehr beträchtlich. Aber der Widerstand hat diese Liebe doch nicht geschaffen, er findet sie vor, bedient sich ihrer und übertreibt ihre Äußerungen. Die Echtheit des Phänomens wird auch durch den Widerstand nicht entkräftet. Unser zweites Argument ist weit schwächer; es ist wahr, daß diese Verliebtheit aus Neuauflagen alter Züge besteht und infantile Reaktionen wiederholt. Aber dies ist der wesentliche Charakter jeder Verliebtheit. [...] Die Übertragungsliebe hat vielleicht einen Grad von Freiheit weniger als die im Leben vorkommende, normal genannte, läßt die Abhängigkeit von der infantilen Vorlage deutlicher erkennen, zeigt sich weniger schmiegsam und modifikationsfähig, aber das ist auch alles und nicht das Wesentliche. [...] Resümieren wir also: Man hat kein Anrecht, der in der analytischen Behandlung zutage tretenden Verliebtheit den Charakter einer ‚echten‘ Liebe abzustreiten“.²⁶⁴

Es soll in der Erwähnung von Freuds Empfehlungen zur Handhabung der Übertragungsliebe der Hinweis nicht fehlen, dass er keineswegs den Ratschlag gab, generell den Patienten die Befriedigung aller ihrer Übertragungswünsche zu versagen,

„[...] ,denn dies würde vielleicht kein Kranker vertragen“.²⁶⁵

In diesen vorsichtig formulierten Satz mögen Freuds eigene Erfahrungen im Umgang mit Patienten eingeflossen sein, die ihm auch schon damals gezeigt haben werden, wie wenig erfolgversprechend und wie wenig realistisch sich eine Behandlung, welche dem Kranken eine totale „Entbehrung“ auferlegt, gestalten würde. Freud ging es vielmehr darum, herauszustellen, welche für den Verlauf der Therapie entscheidende Rolle die stetige Aufrechterhaltung des Leidensdruckes spielt. Er wies aus diesem Grund mit besonderem Nachdruck darauf hin,

„[...] daß man Bedürfnis und Sehnsucht als zur Arbeit und Veränderung treibende Kräfte bei der Kranken bestehen lassen und sich hüten muß, dieselben durch Surrogate zu beschwichtigen“.²⁶⁶

Weiterhin wies Freud darauf hin, es werde sich zeigen, inwieweit dieser Grundsatz der „Entbehrung“ sich über den hier angeführten Einzelfall verwirklichen lassen werde:

²⁶⁴ Ebd., S. 317.

²⁶⁵ Ebd. S. 313.

²⁶⁶ Ebd. S. 313.

„Gestehen wir zu, daß der Grundsatz, die analytische Kur solle in der Entbehrung durchgeführt werden, weit über den hier betrachteten Einzelfall hinausreicht und einer eingehenden Diskussion bedarf, durch welche die Grenzen seiner Durchführbarkeit abgesteckt werden sollen“.²⁶⁷

Die Möglichkeit, dass sich ein(e) Patient(in) in seinen (ihren) Analytiker(in) verliebte, mag vielleicht nicht selten gewesen sein. Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass Freud in gewisser Weise gezwungen gewesen ist, den Teufel an die Wand zu malen, also von der schlimmst möglichen Verlaufsvariante auszugehen, um damit seinen Warnungen und Ermahnungen Nachdruck zu verleihen, zumal er damals um die Reputation der noch jungen Wissenschaft der Psychoanalyse bangen musste.

Aus seinen ‚Bemerkungen über die Übertragungsliebe‘ könnte für den Leser der Eindruck entstehen, Freud habe die Verliebtheit eines/ einer Patienten/-in in seinen/ ihren Analytiker als einen nicht gerade erwünschten, eher lästigen und manchmal auch gefährlichen Nebeneffekt der Behandlung angesehen, den zu meistern für den Analytiker eine Herausforderung gewesen sein musste, unter Aufbietung eines besonderen Maßes an Wachsamkeit, Vorsicht und Unerschütterlichkeit. Und dennoch schwingt in Freuds Ausführungen zugleich eine Faszination mit. Ihm schien die Gefahr nur allzu sehr bewusst gewesen zu sein, „[...] Technik und ärztliche Aufgabe über ein schönes Erlebnis zu vergessen“.²⁶⁸ In seinem wenige Jahre zuvor geschriebenen Brief an C. G. Jung, in welchem er sich auf Jungs Mitteilungen über den Verlauf der Liebesbeziehung äußerte, die Jung zu seiner Patientin Sabina Spielrein eingegangen war, hatte sich Freud recht mitfühlend und verständnisvoll geäußert. Er selber sei wohl auch schon mehrmals aufgrund einer ähnlich erlebten „Gegenübertragung“²⁶⁹ gefährdet gewesen: „[...] ich war einige Male sehr nahe daran und hatte a narrow escape“.²⁷⁰

Die Tatsache, dass bei einer Patientin eine Verliebtheit in ihren behandelnden Arzt ins Spiel gekommen ist, ließ sich, früher wie heute, abgesehen von der Möglichkeit eines direkten Geständnisses, aus Verhalten, Assoziationen oder Traumberichten schließen.

²⁶⁷ Ebd. S. 313.

²⁶⁸ Ebd. S. 319.

²⁶⁹ McGuire, W. u. Sauerländer, W. (2011) (Hg): S. 112.

²⁷⁰ Ebd. S. 112.

Naheliegender erscheint, dass eine solche Patientin zunächst bemüht gewesen sein wird, dieses Gefühl zu verbergen, oder sie sich emotional vielleicht sogar ein wenig zurückgezogen haben wird, weil es ihr unpassend oder peinlich erschienen sein musste. Das offene Liebesgeständnis dem Arzt gegenüber, so bleibt zu vermuten, scheint wohl auch früher eher eine Ausnahme gewesen zu sein, ungeachtet der Grundregel, alles zu sagen, ohne zu zensieren, die von den Patienten, wie die Erfahrung zeigt, dennoch oft nicht eingehalten werden kann.

Es erscheint im Zusammenhang mit diesen Überlegungen notwendig, auf die historischen Besonderheiten einzugehen, die sich für die Psychoanalyse als damals gerade begründeter Wissenschaft und medizinischer Behandlungsmethode ergaben. Denn nur im Kontext der historischen Hintergründe, vor welchen Freud seine Regeln und Ermahnungen niederschrieb, können sie ausreichend verstanden werden.

3.3 Die historischen Hintergründe der Freudschen Abstinenzregel

Seine „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“ schrieb Freud unter dem Eindruck eigener Beispiele verliebter Patientinnen und unter dem Wissen um das emotionale Gegenübertragungs-Dilemma, in welches sein Kollege Josef Breuer mit seiner unter dem Decknamen ‚Anna O.‘ bekannten Patientin geraten war sowie auch unter dem Wissen über C. G. Jungs Verstrickungen mit einer Patientin.²⁷¹ Es scheint, als habe Freud die Sorge um den Ruf der noch jungen Wissenschaft der Psychoanalyse dazu veranlasst, seine Ratschläge rigider zu formulieren, als es eigentlich seiner sonstigen Art entsprochen hatte.

Breuer hatte damals für sich offenbar nur eine einzige Möglichkeit gesehen, den Liebeswerbungen seiner Patientin Anna O. zu widerstehen, indem er diese Behandlung abbrach. Aus der Freud-Biografie von Ernest Jones geht hervor, dass Breuer sich sehr intensiv mit dieser jungen Patientin befasst und in dieser Zeit wohl fast ausschließlich über sie gesprochen hatte. Die auf ihn gerichteten sexuellen Wünsche dieser Patientin schienen ihn außergewöhnlich stark erschreckt zu haben. „Offensichtlich hatte Breuer für seine interessante Patientin das entwickelt, was wir heute eine starke Gegenübertragung

²⁷¹ Vgl. Cremerius, J. (1984): S. 770-773.

nennen²⁷².“ Diese hier von Jones bezeichnete „Gegenübertragung“ meint ja nichts anderes als die Verliebtheit des Analytikers und dessen ähnlich starke sexuelle Wünsche dieser Patientin gegenüber. Breuer sah deshalb für sich die Gefahr, die Kontrolle über sich zu verlieren. Seine Ehe drohte zu zerbrechen, sodass er die Analyse der Patientin Anna O. abrupt beendete. Dieses Ereignis prägte ihn offenbar so stark, dass er im weiteren Verlauf gänzlich auf die Behandlung hysterischer Patientinnen verzichtete.

Freud war sich sehr wohl der Gefahr bewusst, die der Psychoanalyse drohe, wenn diese Ereignisse im Zusammenhang mit der Gegenübertragung an die Öffentlichkeit kämen und schrieb unter diesem Eindruck in der Silvesternacht 1911 an Jung: „Der Aufsatz über die Gegenübertragung, der mir notwendig scheint, dürfte allerdings nicht gedruckt werden, sondern müsste unter uns in Abschriften zirkulieren“.²⁷³

In einem früheren Brief an Jung äußerte er sich dahingehend, man müsse diese „Gegenübertragung“ unter Kontrolle haben. Die Tatsache, dass man in seiner Behandlungstätigkeit ja immer wieder mit der Gegenübertragung umgehen müsse, führe dazu, dass einem die dazu erforderliche „harte Haut“ wachse. Recht drastisch drückte er seine Sorge um die Gefahren aus, die sowohl dem einzelnen Analytiker, als auch der psychoanalytischen Wissenschaft als Ganzes drohen: „Verleumdung und von der Liebe, mit der wir operieren, versengt zu werden, das sind unsere Berufsgefahren [...]“.

Es sei Freud andererseits auch um die Reinhaltung der naturwissenschaftlichen „Experimentalanordnung“ von der Subjektivität des Forschers gegangen, so die Ansicht von Johannes Cremerius. Freud habe mit seinen Ermahnungen, welche zu einem „Schreckensbild des von seinen Triebimpulsen überwältigten Analytikers“ geführt haben, dazu beigetragen, dass es zu einer Überbewertung seiner Abstinenzforderung kam und sich dadurch eine „berufliche Haltung von Sachlichkeit, Zurückhaltung und betonter Teilnahmslosigkeit“²⁷⁴ entwickelt habe, die noch immer nicht völlig überwunden sei. Er zitierte in diesem Zusammenhang Paula Heimann, die an ihren Kontroll-Analysanden eine Tendenz beobachtet hatte, „Bemerkungen über die positive Übertragung mit den damit verbundenen sexuellen Phantasien zu übersehen oder zu übergehen und willkürlich

²⁷² Jones, E. (1978): S. 267.

²⁷³ Cremerius, J. (1984): S. 771.

²⁷⁴ Ebd. S. 772.

Zeichen der negativen Übertragung herauszugreifen, weil sie dadurch das Ziel der ‚kühlen Distanziertheit‘ sicherer zu erreichen glaubten“.²⁷⁵

Im weiteren wies Cremerius darauf hin, dass es nicht zufällig ausschließlich Frauen und zwar „an Hysterie leidende Frauen“ gewesen seien, an denen Freud seine Überlegungen zur Übertragungsliebe und seine Notwendigkeit zur Abstinenz erkannt habe. Die Neigung zur Übertragungsliebe gerade dieser Frauen ergebe sich daraus, dass diese ihre kindlich-ödipalen Triebwünsche auf den Arzt reproduzieren.

Dazu müsse aber die besondere soziokulturelle Situation dieser Frauen der damaligen Zeit gesehen werden. Die Frauen als das – auch im Bereich der Sexualität – unterdrückte Geschlecht erkrankten weitaus öfter als Männer, denen beispielsweise durch Bordellbesuche mehr Möglichkeiten zur Verfügung standen, ihre sexuellen Sehnsüchte auszuleben. Die im Vergleich zu den Männern stärker unterdrückte Sexualität der Frauen habe sich in den verschiedensten Krankheitsbildern geäußert, welche nun erstmals in einem Zusammenhang gesehen wurden. Und dadurch, dass nun durch die Vertreter dieser neuen Behandlungsform der Psychoanalyse diese Zusammenhänge erforscht wurden, sei diesen Frauen erstmals die Möglichkeit eröffnet worden, sich über dieses Tabuthema zu äußern:

„Durch den Arzt dazu ermutigt, auch von Sexualität zu sprechen, kam es zu dem Mißverständnis, daß das Sprechzimmer des Analytikers der Ort sei, an dem die geheimen Phantasien auch verwirklicht werden können“.²⁷⁶

Freud habe sein Abstinenzprinzip zeitlebens in Verbindung mit diesen ödipalen Triebbedürfnissen dieser an Hysterie leidenden Frauen gesehen. Deren Liebesübertragungswünsche dürfen nicht befriedigt werden, hatte er gefordert.²⁷⁷

Aber selbst unter Berücksichtigung dieser Anfang des 20. Jahrhunderts herrschenden soziokulturellen Bedingungen, zu denen auch eine unterdrückte Sexualität gehörte, die

²⁷⁵ Ebd. S. 772.

²⁷⁶ Ebd. S. 773.

²⁷⁷ In seinen eigenen Behandlungen hingegen habe Freud sich nicht davor gescheut, Triebwünsche anderer Art aber sehr wohl zu befriedigen, so der Einwand von Cremerius. Dies lasse sich Freuds Fall-Bericht über den „Rattenmann“ sowie einigen Beschreibungen ihrer Analyse bei Sigmund Freud durch ehemalige Analysanden entnehmen. [Der Begriff „Rattenmann“ stammt aus Freuds ‚Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose‘, in welchen er einen Kranken beschrieb, in dessen Zwangsvorstellungen Ratten eine besondere Rolle spielten. Siehe Freud, S. (1909): S. 392]. Dieser Widerspruch, der sich daraus ergibt, dass Freud entgegen seinen eigenen Behandlungsempfehlungen vorgegangen war, könnte in diesem Falle durch ein vermutetes Bemühen erklärt werden, schädliche Außenwirkungen zu vermeiden: einem offensichtlich ausgehungerten Patienten ein Essen servieren zu lassen, mag zwar nicht im Sinne der psychoanalytischen Behandlungsregeln gewesen sein, aber wird keine für die Wissenschaft der Psychoanalyse wesentliche schädliche Außenwirkung gehabt haben.

wiederum in besonderer Weise die Frauen betraf, erscheint die Vorstellung bemerkenswert, wie diese verliebten Patientinnen die Überwindung schaffen konnten, dem eigenen Arzt ihre Liebe und auf ihn gerichtetes sexuelles Begehren zu gestehen, in der Weise wie Freud dies zum Ausdruck brachte.

Es stellt sich daher die Frage, ob in diesen spezifischen Übertragungs-Gegenübertragungskonstellationen, wie Freud sie gerade in seiner Schrift über die Übertragungsliebe beschrieb, noch weitere - ihm eher unbewusste - Fantasien im Spiel gewesen sein könnten, die ihn angeregt haben könnten, seine diesbezüglichen ‚Bemerkungen‘ in der von ihm ausgestalteten Weise niederzuschreiben. Ob eine in ihren Arzt verliebte Patientin ihm diese Zuneigung gesteht und im weiteren konkrete, auch „nicht-verbale“ Zärtlichkeiten einfordert, scheint nicht allein von den Besonderheiten in der Persönlichkeit der jeweiligen Patientin sondern ebenso auch von der jeweiligen Therapeuten-Persönlichkeit, von dessen Fantasien und Gegenübertragung abhängig (gewesen) zu sein, wird daher bei dem Einen eher eine seltene Ausnahme dargestellt haben und bei dem Anderen häufiger vorgekommen sein. Von Cremerius stammt die Vermutung, Freud habe sich in Bezug auf seine ‚Bemerkungen über die Übertragungsliebe‘ auch von einigen großen Schriftstellern seiner Epoche inspirieren lassen:

„Wir sehen hier Freud, eingefangen in die Lust- und Angstphantasien seiner Zeit, wie sie die von ihm so sehr geschätzten Franzosen (Flaubert, Maupassant, Zola), wie sie Ibsen, Schnitzler, Strindberg, Wedekind dargestellt hatten: das Weib als Lulu, das gefährliche Triebwesen, das die Welt des Mannes, eine Welt des Geistes und der Ordnung, bedroht“.²⁷⁸

Aus Freuds Abhandlung zur „Übertragungsliebe“ stellt sich die Frage, welche Rolle in den beschriebenen „Übertragungsliebe“-Situationen der mehr oder weniger unbewusste Wunsch, von seinen Patientinnen verehrt, bewundert oder geliebt zu werden, gespielt haben mag. Aus Beschreibungen über von Freud durchgeführte Analysen lässt sich schließen, dass ihm nicht unwillkommen gewesen sein muss, wenn sich eine Analysandin in ihn verliebte, ja, er dieses geradezu erwartet haben muss. Zumindest lässt sich dieser Eindruck bei der Lektüre der Berichte von Hilda Doolittle über ihre Analyse bei Freud

²⁷⁸ Cremerius, J. (1984): S. 774.

gewinnen: „Das Schlimme ist – ich bin ein alter Mann – , *Sie halten es nicht für der Mühe wert, mich zu lieben*“.²⁷⁹

Freud sah seinerzeit die Gefahren und schädlichen Folgen die aus einer Liebesübertragung entstehen könnten, einseitig in der neurotischen Störung der jeweiligen Patientin begründet, deren hysterische Störung sich eben in ihrem Wunsch äußern könne, den Analytiker sexuell zu verführen. Er sah damals noch nicht, konnte oder wollte noch nicht erkennen, welchen Anteil auch die Persönlichkeit des Analytikers und die sich eventuell daraus entwickelnde spezifische Analytiker-Patient-Konstellation daran haben können.

²⁷⁹ Doolittle, H. (1976): S. 47.

3.4 Die zweite Erwähnung der Abstinenzregel: Vermeidung von „Ersatzbefriedigungen“

Als Freud im Dezember 1918 während seines Vortrages „Wege der psychoanalytischen Therapie“²⁸⁰ auf dem Budapester Kongress erneut die Abstinenzregel erwähnte, ging es ihm um einen anderen Aspekt, nämlich der Eigenart der Patienten, sich „Ersatzbefriedigungen“²⁸¹ zu suchen, der man als behandelnder Arzt entgegentreten müsse, weil damit der Erfolg der Kur zunichte gemacht werden würde.

Ausgehend von Ferenczis Überlegungen über die ‚Aktivität‘ des Analytikers in seinem Aufsatz „Technische Schwierigkeiten einer Hysterie-Analyse“ kam Freud zu dem Schluss, die Aktivität des Analytikers solle sich nicht nur darauf beschränken, dem Kranken das Verdrängte bewusst zu machen und seine Widerstände aufzudecken:

„Liegt es nicht vielmehr sehr nahe, ihm auch dadurch zu helfen, daß wir ihn in jene psychische Situation versetzen, welche für die erwünschte Erledigung des Konflikts die günstigste ist? [...] Ich meine, eine solche Aktivität des analytisch behandelnden Arztes ist einwandfrei und durchaus gerechtfertigt.“²⁸²

Näher wollte er darauf noch nicht eingehen, da dies zu einer neuen, sich noch im Erproben befindlichen Technik gehöre, vielmehr betonte er seinen Grundsatz der Abstinenz, der in diesem Bemühen, für den Patienten günstige Bedingungen zur Lösung seiner Konflikte zu schaffen, wahrscheinlich die wichtigste Rolle spielen werde:

„Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehnung – Abstinenz – durchgeführt werden.“²⁸³

Diese ‚Entbehnung‘, die man dem Kranken auferlegen sollte, bestünde darin, ihn daran zu hindern, sich anstelle der Symptome in „Ersatzbefriedigungen“ zu flüchten. Dem Kranken sollen aber keine anderweitigen Abfuhrmöglichkeiten als einzig und allein die verbale Auseinandersetzung erlaubt werden. In diesem Sinne gab er seine Empfehlung:

„Wir müssen, so grausam es klingt, dafür sorgen, daß das Leiden des Kranken in irgendeinem wirksamen Maße kein vorzeitiges Ende finde.“²⁸⁴

²⁸⁰ Vgl. Freud, S. (1919): S. 183-194.

²⁸¹ Ebd. S. 188.

²⁸² Ebd. S. 187.

²⁸³ Ebd. S. 187.

²⁸⁴ Ebd. S. 188.

Der Kranke neige dazu, gerade dann, wenn sich während der Behandlung die Symptome gemildert haben, in neue „Ersatzbefriedigungen“ auszuweichen, wodurch der für den Erfolg der Kur doch so notwendige Leidensdruck verloren ginge:

„Er bedient sich der großartigen Verschiebbarkeit der zum Teil freigewordenen Libido, um die mannigfachsten Tätigkeiten, Vorlieben, Gewohnheiten [...] mit Libido zu besetzen und sie zu Ersatzbefriedigungen zu erheben. Er findet immer wieder neue solche Ablenkungen, durch welche die zum Betrieb der Kur erforderliche Energie versickert, und weiß sie eine Zeitlang geheim zu halten. Man hat die Aufgabe, alle diese Abwege aufzuspüren und jedes Mal von ihm den Verzicht zu verlangen, so harmlos die zur Befriedigung führende Tätigkeit auch an sich erscheinen mag. Der Halbgeheilte kann aber auch minder harmlose Wege einschlagen, zum Beispiel indem er, wenn ein Mann, eine voreilige Bindung an ein Weib aufsucht. Nebenbei bemerkt, unglückliche Ehe und körperliches Siechtum sind die gebräuchlichsten Ablösungen der Neurose. Sie befriedigen insbesondere das Schuldbewußtsein (Strafbedürfnis), welches viele Kranke so zähe an ihrer Neurose festhalten läßt. Durch eine ungeschickte Ehewahl bestrafen sie sich selbst; langes organisches Kranksein nehmen sie als eine Strafe des Schicksals an und verzichten dann häufig auf eine Fortführung der Neurose“.²⁸⁵

Was Freud hier empfahl, bedeutet konkret, die abstinente Haltung des Arztes solle hier einerseits zurückgestellt werden, er solle in diesen beschriebenen Beispielen aktiver sein als sonst, und zwar zugunsten der Überwachung der Patienten-Abstinenz. Dieser von Freud beschriebenen Tendenz der Patienten, in Ersatzbefriedigungen auszuweichen, müsse der Analytiker energisch entgegen wirken, etwa durch Mahnungen, Verbote, Warnungen etc. Diese behandlungstechnische Empfehlung vereinbart sich allerdings nicht ohne weiteres mit der von Freud an anderer Stelle propagierten Spiegelplatten-Metapher. Möglicherweise hatte Freud stillschweigend eine Rangordnung von Abstinenzregeln berücksichtigt, in der Weise etwa: um in einem besonders wichtigen Bereich die Abstinenz sicher zu stellen, müsse sie gegebenenfalls an anderer – weniger bedeutsamer – Stelle vernachlässigt werden.

Es geht aus diesen Empfehlungen Freuds nicht hervor, wie er sich die praktische Umsetzung dieses Prinzips in einer solchen Situation vorstellte. Man erfährt zwar, dass er seine Patienten vor Behandlungsbeginn dazu verpflichtete, während der Dauer der Kur keine wichtigen Entscheidungen zu treffen, zum Beispiel keine Ehe einzugehen. Wie aber sollte der Analytiker die bei seinen Patienten während der Kur auftauchenden Impulse, in

²⁸⁵ Ebd. S. 188 f.

„Ersatzbefriedigungen“ auszuweichen, regulieren, wie sollte er gar die Flucht in das ‚lange organische Kranksein‘ verhindern?

Freud wies auf eine weitere, noch häufigere Möglichkeit hin, wie der Patient in eine Ersatzbefriedigung ausweichen könne, die es zu verhindern gelte:

„Leichter wird ihm aber die Verwahrung gegen die zweite, nicht zu unterschätzende Gefahr, von der die Triebkraft der Analyse bedroht wird. Der Kranke sucht vor allem die Ersatzbefriedigung in der Kur selbst im Übertragungsverhältnis zum Arzt und kann sogar danach streben, sich auf diesem Wege für allen ihm sonst auferlegten Verzicht zu entschädigen“.²⁸⁶

Wie ein Patient dieses versuchen, auf welche Weise er Befriedigung aus der Übertragungssituation ziehen könnte, ließ Freud offen. Vermutlich ging er davon aus, der Patient ersehne sich von seinem Analytiker die Erfüllung seiner infantilen libidinösen Wünsche.

An diesen Wünschen solle sich aber doch die Deutungsarbeit vollziehen, damit das Erinnern gebahnt und die Verdrängung aufgehoben werden könne. Das aber sei nur möglich, wenn die in der Übertragung gebundenen libidinösen Bedürfnisse keine anderweitigen Abfuhrmöglichkeiten erhielten. Letztlich solle der für die Analyse notwendige Leidensdruck aufrecht erhalten werden und zwar durch Versagung der Übertragungswünsche des Patienten in der Behandlungssituation und durch Verzicht auf außeranalytische Ersatzbefriedigungen. Wie Cremerius feststellte, ging es Freud vor allem darum, „[...] dem Patienten Existenz und Natur seiner unbewußten Übertragungswünsche durch Frustration derselben erlebbar zu machen“.²⁸⁷

An anderer Stelle heißt es bei Freud: „Er richtet sich auf einen beständigen Kampf mit dem Patienten ein, um alle Impulse auf psychischem Gebiete zurückzuhalten, welche dieser aufs Motorische lenken möchte, und feiert es als einen Triumph der Kur, wenn es gelingt, etwas durch die Erinnerungsarbeit zu erledigen, was der Patient durch eine Aktion abführen möchte“.²⁸⁸

Aus unserer heutigen Sicht blieb Freud mit diesen Formulierungen unscharf, er führte kein Beispiel dafür an, welche Art von ‚Aktionen‘ gemeint sein könnten.

²⁸⁶ Ebd. S. 189.

²⁸⁷ Cremerius, J. (1984): S. 775 f.

²⁸⁸ Freud, S. (1914): S. 133.

Auch in seinen weiteren Ausführungen ließ Freud dem Leser viel Spielraum für eigene Interpretationen, indem er empfahl, man solle einerseits dem Patienten nicht alle Wünsche abschlagen, aber auch nicht zu großzügig sein. Verwöhnung müsse vermieden werden, schließlich solle doch der Kranke gestärkt und „für seine eigenen Aufgaben leistungsfähiger“ gemacht werden. Als Quintessenz stellte er die Forderung auf:

„Der Kranke soll, was sein Verhältnis zum Arzt betrifft, unerfüllte Wünsche reichlich übrig behalten. Es ist zweckmäßig, ihm gerade die Befriedigungen zu versagen, die er am intensivsten wünscht und am dringendsten äußert“.²⁸⁹

3.5 Die Interpretation der Freudschen Abstinenzregeln ab den 1950er Jahren

Mehr als drei Jahrzehnte nachdem Freud diese behandlungstechnischen Ratschläge in Bezug auf die Abstinenz in der analytischen Behandlung gegeben hatte, sahen sich einige Autoren veranlasst, sie in ihrer ganzen Tragweite noch einmal zu bestätigen bzw. im „ursprünglichen“ Sinne fortzuführen. Dass es in dieser langen Phase sehr wohl Kontroversen und eben neue Entwicklungen in Bezug auf die Behandlungstechnik gegeben hatte, schien von einigen Autoren wenig beachtet zu werden. Stattdessen war von „Mißdeutungen“²⁹⁰ oder „Mißverständnissen“²⁹¹ der ursprünglichen Freudschen Abstinenzforderung die Rede.

Parallel dazu entwickelten sich kritischere Ansätze. Und wiederum ist es die „Abstinenz“, an welcher sich „das Dilemma der psychoanalytischen Technik aufzeigen“²⁹² lässt, wie Cremerius in den 1980er Jahren feststellte.

²⁸⁹ Ebd. S. 189.

²⁹⁰ Kemper, W. (1955): S. 636.

²⁹¹ Scheunert, G. (1961/62): S. 105.

²⁹² Cremerius, J. (1984): S. 769-800.

3.5.1 Werner Kemper²⁹³

Die von Freud 1915 formulierte Forderung, die analytische „Kur“ müsse „in der Abstinenz“ durchgeführt werden, habe nach Ansicht von Werner Kemper nicht nur in „außeranalytischen Kreisen“²⁹⁴ sondern auch „innerhalb der eigentlichen Psychoanalyse“ zu „Mißdeutungen“ geführt.

Freuds Abstinenzforderungen seien zwar *sowohl* an den Patienten *als auch* an den Analytiker gerichtet gewesen. In erster Linie sei aber „das zweckmäßige Verhalten des Analytikers in seiner Einstellung zum Patienten“ gemeint. Kemper zeigte auf, welche spezifischen inneren Konflikte in dem Bemühen um das für den Patienten förderliche Verhalten ein Analytiker überwinden müsse.²⁹⁵

Der Analytiker müsse in mehrfacher Hinsicht „Verzicht“²⁹⁶ leisten, geradezu eine „Opferhaltung“²⁹⁷ einnehmen. Denn die Besonderheiten der psychoanalytischen Behandlungstechnik implizieren, dass er fortwährend entgegen seinen inneren Impulsen vorgehe: einerseits müsse er die von dem Patienten geäußerten Assoziationen aufnehmen, sich empathisch einfühlen und sich passager sogar mit dem Patienten identifizieren. Andererseits solle er seine infolgedessen in ihm sich entwickelnden Fürsorgeimpulse streng niederhalten. Auf diese Weise entstünde

„[...] ein schon fast tragisch zu nennender Konflikt zwischen den Erfordernissen der analytischen Behandlungstechnik und dem aus der Situation heraus nur allzu verständlichen Impuls, wie eine gute Mutter (oder wie ein guter Vater) dem leidenden anderen in seiner Not spontan zu helfen, ihn zu trösten, ihm die

²⁹³ **Werner Kemper**, 1899 in Hilgen bei Solingen als Pfarrersohn geboren, absolvierte seine Ausbildung zum Psychoanalytiker am Berliner Psychoanalytischen Institut. Als 1936 das „Deutsche Institut für Psychologische Forschung und Psychotherapie“, auch unter dem Namen „Göring-Institut“ bekannt, gegründet wurde, wurde er dort Dozent. Werner Kemper war aufgrund seiner Anpassung an das Naziregime eine umstrittene Persönlichkeit. Unter anderem wurde ihm vorgeworfen, die sogenannten „Richtlinien zum Umgang mit Kriegsneurotikern“ mit ausgearbeitet zu haben, auf deren Grundlage traumatisierte und an psychischen Störungen wie z. B. Angstzuständen oder Hypochondrie leidende Soldaten für den Fall, dass ihre Wiedereingliederung in die Truppe nicht gelang, in Strafkompanien geschickt wurden. „Eine Strafkompagnie war oft ein sicheres Todesurteil.“ Brecht, K. et al. (1985): S. 152. Hans Füchtner kommt zu der Einschätzung, Kemper habe geglaubt, durch seine Anpassung an das Naziregime könne man „die Psychoanalyse in deren Herrschaftsbereich ‚retten‘.“ Tatsächlich habe er sich aber dadurch an der „‚Arisierung‘ der Psychoanalyse“ beteiligt und somit schuldig gemacht. Vgl. Füchtner, H. (2003): S. 182 und 184. Von 1948 bis 1967 lebte Kemper in Brasilien und war Mitbegründer der brasilianischen psychoanalytischen Gesellschaft. Er starb 1976 in Berlin. Siehe auch Pongratz, L.(Hg.) (1973): S. 259-345.

²⁹⁴ Kemper, W. (1955): S. 636.

²⁹⁵ Vgl. Kemper, W. (1954): S. 593-626.

²⁹⁶ Ebd. S. 603.

²⁹⁷ Ebd. S. 604.

Schwierigkeiten aus dem Wege zu räumen, also ihn, bildlich gesprochen, liebend an sein Herz zu nehmen. Aber gerade das darf der Analytiker nicht!²⁹⁸

Der Analytiker befinde sich in der Situation, nicht nur entgegen den sehnstüchtigen Erwartungen des Patienten, sondern auch entgegen seinem eigenen Impuls vorgehen und seine Helferbereitschaft zügeln zu müssen, denn jede „warmherzig-unkontrollierte [...] Hilfeleistung [...]“²⁹⁹ gefährde den Patienten und stelle zugleich den Behandlungserfolg in Frage. Würde er umgekehrt seinen spontanen Helfer-Impulsen nachgeben und damit die Erwartungen des Patienten erfüllen, wäre allenfalls ein sehr kurzfristiger und damit trügerischer Heilerfolg zu erwarten.

Vom Analytiker werde gefordert, sowohl affektiv beteiligt als auch genügend distanziert zu sein. Seine Aufgabe sei, dem Patienten vermittels Deutungen „dienend“ zur Seite zu stehen, doch dürfe er sich niemals in das „vom Patienten angebotene affektive Spiel“ hineinziehen lassen. Nur dann, wenn der Analytiker auf diese Weise Verzicht übe, könne der Patient erleben,

„[...] daß man sich in seiner Schwäche, Erbärmlichkeit und Schlimmheit einem anderen erschließen kann, der, obwohl er das alles genau erfaßt hat, einen dennoch, im Gegensatz zu dem, was man bisher immer wieder erfahren mußte, weder zensurierend zurückweist, noch persönlich ausnützt, vielmehr unverändert verständnisvoll-wohlwollend zu einem steht“.³⁰⁰

Unter diesen Voraussetzungen werde dem Patienten ermöglicht, seine bisher fest verankerten Abwehrmechanismen aufzulockern. Es könne sich nun die für den analytischen Prozess spezifische Übertragungsbeziehung zum Analytiker entwickeln:

„Sinn dieses im Interesse des Gelingens der Analyse geforderten Opfers ist also, daß sich der Analytiker [...] mit seiner ganzen Person als Auffangfigur zur Verfügung stellt, an der der Patient die Wiederbelebung seiner realen oder phantasierten konflikthaften Beziehungen zu den für ihn in seinem bisherigen Leben bedeutsamen Objekten vollziehen kann“.³⁰¹

²⁹⁸ Ebd. S. 601.

²⁹⁹ Ebd. S. 601.

³⁰⁰ Ebd. S. 604.

³⁰¹ Ebd. S. 604.

Die Grundhaltung des Analytikers zum Patienten solle von „Härte und Unbeteiligung“³⁰² geprägt sein. Der Patient solle „[...] aus dem Leiden an seinen neurotischen Haltungen und deren Folgen die Fähigkeit entwickeln [...], seine Schwierigkeiten zu überwinden.“

Der Analytiker müsse sämtlichen Übertragungsäußerungen des Patienten gegenüber emotional unbeteiligt bleiben. Er müsse vermittels seiner ‚freischwebenden Aufmerksamkeit‘ und ‚identifikatorischen Teilhabe‘³⁰³ immer in Bereitschaft bleiben, die bewussten und unbewussten Botschaften des Patienten wahrzunehmen, aber müsse sich spontane Reaktionen darauf konsequent versagen, müsse praktisch jeden eigenen, spontan auftretenden aggressiven oder libidinösen Impuls nicht nur zurückhalten sondern mit äußerlich gleichgültiger Miene tarnen. Seine Haltung müsse von ‚sachlicher Unbeeindruckbarkeit‘ geprägt sein. Bildlich gesehen könne diese Situation des Analytikers verglichen werden mit

„[...] der Situation eines Karrengauls, der weder das ihm angebotene Zuckerbrot annehmen darf, noch auf die ihm erteilten Peitschenhiebe entsprechend spontan reagieren darf, sondern unentwegt den schweren Karren durch allen Dreck zu ziehen hat, unbekümmert um diese dauernden ‚Versuchungen und Versagungen‘.“³⁰⁴

Die Äußerungen des Patienten solle er in einem ‚sekundären Bearbeitungsprozess‘³⁰⁵ reflektieren und sie gegebenenfalls interpretieren. Diese äußerlich ‚herzlose‘³⁰⁶ Grundhaltung führe nicht nur bei dem Patienten zu wiederkehrenden Frustrationen sondern sie beinhalte auch für den Therapeuten anhaltende emotionale Versagungen, ja geradezu eine ‚Versklavung‘³⁰⁷ des Analytikers. Kemper kam zu der Erkenntnis: ‚Der Patient braucht die Versagung, um sich zu entwickeln [...]. Der Analytiker braucht sie, um den analytischen Entwicklungsprozeß nicht zu beeinträchtigen‘.³⁰⁸

Zwei Aspekte der Abstinenz hob Kemper besonders hervor: zum einen müsse der Analytiker seine ‚Helferbereitschaft‘³⁰⁹ konsequent zurückhalten, des weiteren müsse er

³⁰² Kemper, W. (1955): S. 638.

³⁰³ Ebd. S. 639.

³⁰⁴ Kemper, W. (1954): S. 604

³⁰⁵ Kemper, W. (1955): S. 639.

³⁰⁶ Ebd. S. 638.

³⁰⁷ Ebd. S. 639.

³⁰⁸ Ebd. S. 640.

³⁰⁹ Ebd. S. 638.

sämtliche Gegenübertragungsgefühle und –impulse außen vor lassen, ständig wachsam sein und darauf achten,

„[...] daß er nicht ‚aus gutem Herzen‘ da nachgibt oder gar helfend eingreift, wo er sachlich fest bleiben müßte, z. B. in Situationen, in denen der Patient erst aus dem Leiden an seinen neurotischen Haltungen und deren Folgen die Fähigkeit entwickeln lernt, seine Schwierigkeiten zu überwinden. Nur die konsequente Durchführung solcher ‚herzloser‘ Grundhaltung des Analytikers kann den Patienten zu wirklicher Entwicklung führen, die einen Dauererfolg verspricht; selbst wenn dieser Prozeß länger dauert und für beide Teile qualvoller ist als ein durch aktive ‚gütige‘ Nachhilfe des Analytikers schnell und für den Patienten mühelos erzielter Fortschritt, der aber erfahrungsgemäß nicht anhält.“³¹⁰

Damit beschwor Kemper aufs Neue die ursprüngliche Freudsche Forderung einer mitleidlosen, kühlen und unbeeindruckbaren Analytiker-Haltung. Freuds „Spiegelplattenprinzip“ allerdings hielt er für eine Illusion. Die Übertragungsäußerungen des Patienten würden sogar mit einer erstaunlichen Hellsichtigkeit gerade auch die wunden Punkte seines Analytikers treffen, der aber keineswegs spontan darauf eingehen dürfe.

Der Analytiker müsse die Notwendigkeit darüber, dass er wiederholt ein erhebliches Opfer bringen und sich in der ständigen Niederhaltung seiner Gegenübertragung sogar gewissermaßen zum Sklaven mache, sehr klar vor Augen und verstanden haben. Sonst bestünde die Gefahr, dass er via Gegenübertragung³¹¹ den Patienten dafür verantwortlich machen und sich unbewusst sogar dafür rächen könnte.

3.5.2 Gerhart Scheunert

Nur wenige Jahre später wies auch Gerhart Scheunert auf „Mißverständnisse“³¹² hinsichtlich der Freudschen Abstinenzregel hin. Die Uneinheitlichkeit, in welcher die Bedeutung des ‚Abstinenz‘-Begriffes in entsprechenden Diskussionen verwandt werde, führe zu einem Aneinander Vorbeireden. Er suchte diesbezüglich mehr Klarheit und Einheitlichkeit zu erreichen, indem er zunächst Freuds eigenes Verständnis der Abstinenzregel diskutierte, um davon ausgehend darzulegen, wie er sie selber verstanden

³¹⁰ Kemper, W. (1955): S. 638.

³¹¹ Anmerkung: In seiner Auffassung von „Gegenübertragung“ unterschied sich Kemper deutlich von derjenigen anderer Autoren in der damaligen Zeit. Vgl. hierzu Gysling A. (1995): S. 250-258.

³¹² Scheunert, G. (1961/62): S. 105.

haben möchte. Darüber hinaus führte er weitere Gründe für deren Gültigkeit und Sinngehalt an.

Im Gegensatz zu Kemper lag bei ihm die Betonung nicht so sehr auf der radikalen Niederhaltung der Gegenübertragung, sondern auf ihrer ständigen Präsenz im Bewusstsein des Analytikers und auf seiner ständigen Selbstkontrolle. Wie Freud, so hielt auch Scheunert den „furor sanandi“ für eher ungünstig und plädierte für Zurückhaltung, warnte vor zuviel Eifer, Heilerfolge erringen zu wollen.

Was nun die an den Psychoanalytiker gerichteten erotischen oder sexuellen Wünsche angehe, so Scheunert, so sei es nicht schwer, dem Patienten diese Wünsche zu versagen. Erheblich mehr werde dem Analytiker abverlangt, dadurch, dass er beispielsweise auch gegenüber aggressiven Äußerungen des Patienten nicht reagieren dürfe:

„[...] er darf auch nicht in normaler Weise auf Aggressionen mit Gegenaggressionen antworten, ja nicht einmal bei aggressiven Unterstellungen primär mit sachlichen Richtigstellungen antworten. [...] Seine Bereitschaft zum Helfen [...] muß er intensiv zügeln. [...]. Der Psychoanalytiker soll sich versagen, durch Stellungnehmen und Ratgeben den Analysanden ‚führend‘ auf seine, des Analytikers Wertbilder und Ideale hin zu ‚bilden‘, einen weltanschaulichen Oktroi auszuüben. Er muß in Kauf nehmen, daß sein Analysand die ihm durch die Analyse verfügbar gewordenen Kräfte unter Umständen für Ziele und in einer Weise einsetzt, die seinen eigenen Vorstellungen und Wertungen schärfstens widersprechen“.³¹³

Patienten würden manchmal mit ihren Übertragungsäußerungen in einer fast helllichtig anmutenden Weise den inneren Zustand ihres Analytikers erfassen und diesen zum Mitagieren bewegen wollen. Dieser dürfe sich darauf aber nicht einlassen, weil er dann in seiner eigentlichen Funktion, die darin bestünde, dem Patienten zu Einsicht zu verhelfen, blockiert wäre und sich lediglich ein neurotischer Kreislauf von Übertragung und Gegenübertragung entwickeln würde.

Die psychoanalytische Situation sei, was die Beziehung zwischen den beiden Beteiligten angehe, durch eine „Asymmetrie“³¹⁴ gekennzeichnet, im Gegensatz zu normalen zwischenmenschlichen Beziehungen. Diese Asymmetrie sei die Voraussetzung dafür, dass die Abstinenzregel eingehalten werden könne. Dazu gehöre auch das „Inkognito des

³¹³ Ebd. S. 108 f.

³¹⁴ Ebd. S. 111.

Analytikers“³¹⁵. Diese Bedingungen müssten deshalb aufrecht erhalten werden, damit sich das in der Analyse durcharbeitende Material, nämlich Übertragung und Widerstand überhaupt bilden können und so dann seine Durcharbeitung erst ermöglichen.

Außerdem biete die Abstinenz des Analytikers dem Patienten einen Schutz vor den Bedürfnissen seines Analytikers. Würde dieser diese Regeln missachten und etwa dem Patienten Einblicke in sein Privatleben gewähren, käme es zu einer „heillosen Komplikation“³¹⁶ zwischen Übertragungs- und Realbeziehung.

Im Grunde dürfe man die in kleinen Ausbildungsinstituten geübte Praxis, in denen der Lehranalytiker oft auch gleichzeitig Dozent des Ausbildungskandidaten ist, gar nicht gestatten, weil dies zu einer „inzestuösen Verquickung“³¹⁷ führen könnte.

Weiterhin äußerte sich Scheunert auch im Hinblick auf die seinerzeit von Freud erhobene Forderung, „[...] daß die psychoanalytische Behandlung auf Wahrhaftigkeit [...]“³¹⁸ des Analytikers aufgebaut sein müsse. Patienten würden unaufrichtiges Verhalten ihres Psychoanalytikers ohnehin durchschauen und sie würden dann die Heuchelei („Hypokrisie“)³¹⁹ der Eltern, die sie als Kind erfahren mussten, erneut durchleben.

Der Analytiker solle dem Patienten nichts vorgaukeln. Ein „gezieltes Agieren“³²⁰ im Sinne etwa eines Rollenspieles würde vom Patienten als unecht wahrgenommen werden und ihn nicht weiter bringen. Besondere Beachtung verdienten in diesem Zusammenhang auch die Äußerungen des Patienten, die eine – der realen Person des Analytikers geltende – Feststellung, Vermutung oder kritische Meinung beinhalten. Es genüge nicht, dem Patienten dies nur zu deuten, sondern der Analytiker müsse den Wahrheitsgehalt dieser Aussagen sehr sorgfältig prüfen. Patienten würden oft aus noch so winzigen Details auf die innere Verfassung ihres Analytikers schließen können. Die Kritik des Patienten könne, zumindest inhaltlich, also durchaus real sein und solle abgesehen von ihrer formalen Deutung, als mögliche realistische Wahrnehmung genügend beachtet werden. In der

³¹⁵ Ebd. S. 111.

³¹⁶ Ebd. S. 111.

³¹⁷ Ebd. S. 112 f. Anm.: Diese von Scheunert verwendeten Formulierungen erscheinen dramatisch und lassen daher im Leser den Wunsch nach detaillierteren Erklärungen entstehen, die Scheunert allerdings – zumindest an dieser Stelle – nicht gibt. So bleibt die Frage offen, ob nicht irrationale Ängste erkennbar werden, wenn es darum geht, sich auszumalen, welche Folgen die Missachtung von Abstinenzregeln hervorbringen könnten.

³¹⁸ Freud, S. (1915): S. 312.

³¹⁹ Anm: Der hier von Scheunert verwendete Begriff der „Hypokrisie“, stammt aus einem 1933 von Ferenczi geschriebenen Aufsatz, den Scheunert jedoch nicht erwähnte. Vergleiche Ferenczi, S. (1933): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. S. 303-307.

³²⁰ Scheunert, G. (1961/62): S. 113.

Konsequenz könne das auch bedeuten, die Äußerungen des Patienten zu bestätigen. Nur wenn der Therapeut authentisch sei, hätte der Patient die Chance, eine „emotionale Umerziehung“³²¹ zu durchlaufen. Er plädierte also für eine nicht allzu übertriebene „Inkognito-Atmosphäre“³²². Er forderte einerseits, der Therapeut solle echt sein, sich natürlich verhalten, andererseits wies er auf die Wichtigkeit der „[...] konsequent und korrekt eingehaltenen psychoanalytischen Distanz und Abstinenz des Psychoanalytikers [...]“³²³ hin.

Die Möglichkeit, die Freud zumindest angedeutet hatte, dass sich der Analytiker in seine, in ihn verliebte Patientin ebenfalls verlieben könnte, wird auch von Scheunert nicht angesprochen. Dabei würde sich die interessante Frage ergeben, welches Verhalten er einem solchen Analytiker empfehlen würde, wenn die Patientin das bemerken und mitteilen würde.

Scheunert ging dann auf Freuds zweite Abstinenzforderung ein, den Verzicht auf Ersatzbefriedigungen. Um diese Forderung Freuds konsequent umzusetzen, würden gelegentlich behandlungstechnische „Variationen“ oder sogar „Modifikationen“ notwendig werden. Dann nämlich, wenn der Patient beispielsweise in Elementen, die das „klassische“ Setting selbst betreffen, eine Ersatzbefriedigung findet. Das klassische Setting, mit einem auf der Couch liegenden Patienten, der den hinter ihm sitzenden Therapeuten nicht sehen könne, stelle zwar im allgemeinen eine Versagung für den Patienten dar. Ebenso gut könne er diese Anordnung aber als Ersatzbefriedigung mit erheblichem Lustgewinn nutzen. In diesem Falle, so Scheunert, sollte die Analyse im Sitzen erfolgen.³²⁴ Scheunert selbst wies darauf hin, dass das Liegen auf der Couch eine dem Patienten auferlegte „klassische Anordnung“ darstellt, welche die Regression in die „Eltern-Kind-Situation“ bahnen soll. Allerdings verzichtete er darauf, das Ausmaß der möglichen, von ihm vermuteten „Schäden“, welche einerseits durch den – im Liegen gewonnenen – „Lustgewinn“ des Patienten, jedoch im anderen Falle durch den Verzicht auf dieses klassische Setting, welches die Regression fördern soll, entstehen könnten, gegeneinander abzuwägen. Stattdessen schilderte er Fall-Beispiele, in denen der Übergang vom Liegen in das

³²¹ Ebd. S. 113.

³²² Ebd. S. 114.

³²³ Ebd. S. 114.

³²⁴ Ebd. S. 114-115.

„Gegenübersitzen“ als „Modifikation“ sinnvoll sein könnte, z. B. bei solchen Kranken, die beim Hinlegen ein Übermaß an Angst entwickeln würden.

Freud schien die Möglichkeit, dass der Patient das Liegen auf der Analytiker-Couch als Ersatzbefriedigung nutzen könnte, offenbar als gering ein oder er maß ihr keine große Bedeutung bei. Wie im Kapitel 2.1.4 bereits diskutiert, bestand er doch gerade auf dieser Anordnung, welche ihre historischen Wurzeln in der hypnotischen Behandlung hat, aus welcher die Psychoanalyse hervorgegangen ist:

„Ich halte an dem Rate fest, den Kranken auf einem Ruhebett lagern zu lassen, während man hinter ihm, von ihm ungesehen, Platz nimmt. [...] Der Patient fasst die ihm aufgezwungene Situation gewöhnlich als Entbehrung auf und sträubt sich gegen sie, [...]. Ich beharre aber auf dieser Maßregel [...].“³²⁵

Das hatte einerseits den praktischen Hintergrund, dass Freud nicht bereit war, sich täglich viele Stunden lang den Blicken der Patienten auszusetzen. Er wollte andererseits ihren Assoziationsfluss nicht stören und die Übertragung des Patienten sollte sich nicht mit anderen Einfällen des Patienten vermischen.

Es scheint im übrigen kein überzeugender Grund zu der Annahme vorzuliegen, dass Freud generell habe verhindern wollen, dass die Analysanden das liegende Setting als befriedigend oder lusterzeugend empfinden. Freud hatte ursprünglich, im Unterschied zu Scheunert, in einem mehr allgemeinen Sinn auf die Gefahr hingewiesen, der Kranke könnte seine Ersatzbefriedigung „im Übertragungsverhältnis zum Arzt“ suchen und hatte die Erkenntnis gewonnen:

„Einiges muß man ihm ja wohl gewähren, mehr oder weniger, je nach der Natur des Falles und der Eigenart des Kranken. Aber es ist nicht gut, wenn es zuviel wird.“³²⁶

Freuds weitere Überlegungen hierzu blieben dann aber vage, sodass offen bleiben muss, ob er eine solche von Scheunert geforderte „Modifikation“ in dieser speziellen Situation tatsächlich gefordert hätte.

Wichtiger als die Frage, welche Verhaltensweisen man dem Patienten gegenüber einnehme, sei laut Scheunert die Konstanz dieses Verhaltens. Eine plötzliche Änderung des eigenen Routineverhaltens bedürfe einer sorgfältigen Überprüfung der Gegenübertragung.

³²⁵ Freud, S. (1913): S. 467.

³²⁶ Freud, S. (1919): S. 189.

Man müsse sich dann selbst genau analysieren, was man tue und warum. Nur unter dieser Voraussetzung würden dann „passagere Modifikationen“³²⁷ im eigenen Verhalten dem Patienten gegenüber nicht schaden. Eine kleine Abweichung im Routineverhalten könne unter Umständen sogar den therapeutischen Prozess fördern, beispielsweise wenn ein an einer Zwangsstörung leidender Patient erlebe, wie sein Analytiker „[...] sich gegebenenfalls souverän über Regeln hinwegsetzt [...]“.³²⁸ In einem weiteren Beispiel erläuterte er, wie er als Analytiker einmal, indem er von seinem üblichen Verhalten abwich, dies aber nicht genügend hinterfragte, einen Fehler beging. Er hatte sich von einer jungen „Hysterika mit Angstzuständen“³²⁹ dazu drängen lassen, ihr ein Schlafmittel zu geben, habe sein abweichendes Verhalten mit den zunehmenden Angstzuständen rationalisiert, während sein unbewusstes Motiv gewesen sei: „Schlafe um jeden Preis und lasse mich in Ruhe!“³³⁰ Würde sich im anderen Falle der Analytiker aber hinter einer übertriebenen, nicht hinterfragten Gefühlskälte verstecken, dann würde der Patient dies durchschauen „[...] als das, was sie ist: eine Abwehr der Gegenübertragung durch den Analytiker“.³³¹ Scheunert zitierte in diesem Zusammenhang einen Brief Freuds an Binswanger vom 20. Februar 1913:

„Was man dem Patienten gibt, soll eben niemals unmittelbarer Affekt, sondern stets bewußt zugeteilter sein und dann nach Notwendigkeit mehr oder weniger, u. U. sehr viel, aber niemals aus dem eigenen Unbewußten. [...]. Man muß also seine Gegenübertragung jedesmal erkennen und überwinden, dann erst ist man selbst frei. Jemandem zu wenig geben, weil man ihn zu sehr liebt, ist ein Unrecht an dem Kranken und ein technischer Fehler“.³³²

Die Balance zwischen Gewähren und Versagen im optimalen Bereich zu halten, sei schwierig, so Scheunert. Sie soll aber nicht auf Kosten der Spontaneität des Analytikers gehen, dazu gehöre auch der „Mut Fehler zu machen“.³³³

„Der Analytiker muß darauf verzichten können, an die Stelle der Hypokrisie der Erwachsenen die Hypokrisie des Analytikers zu setzen, muß dem Patienten Kritik frei zugestehen, d. h. ertragen, daß diese seiner realen Person gilt. Gerade dadurch macht er den Weg frei, daß der Patient die Übertragungsanteile in der Form und Art

³²⁷ Scheunert, G. (1961/62): S. 116.

³²⁸ Ebd. S. 116.

³²⁹ Ebd. S. 118.

³³⁰ Ebd. S. 120.

³³¹ Ebd. S. 116.

³³² Ebd. S. 116.

³³³ Ebd. S. 121.

der Kritik erkennen und annehmen kann. Zugleich ist diese Aufrichtigkeit eine Forderung jener Wahrhaftigkeit in der Psychoanalyse, in der nach den Worten *Freuds* ‚ein gutes Stück ihrer erziehlischen Wirkung und ihres ethischen Wertes‘ liegt“.³³⁴

3.5.3 Johannes Cremerius³³⁵

In einem deutlich kritischeren Ton äußerte sich Johannes Cremerius in den achtziger Jahren in Bezug auf *Freuds* Abstinenzforderungen.³³⁶

Aufgrund *Freuds* Postulat, jegliche, auch noch so harmlose „Ersatzbefriedigungen“ zu verbieten, sei es zu einer „Totalisierung der Abstinenzhaltung“³³⁷ gekommen, dies sei ein „[...] dem Wesen der analytischen Arbeit entgegengesetztes Prinzip [...]“. Mit dieser Totalisierung einher ginge eine „[...] verbietende Haltung des Analytikers, die der befreienden, aufklärenden Maxime der Psychoanalyse entgegenläuft [...]“.³³⁸ Es ginge doch darum, das Verdrängte ins Bewusstsein zu bringen, dazu gehöre auch, eine freundliche warme Atmosphäre herzustellen, um die für des Patienten Bewusstwerdung günstigsten Bedingungen zu schaffen. Dies könne kaum gelingen, wenn der Analytiker seinem Patienten als „repressive Autorität“³³⁹ gegenüber trete.

„Die Behandlungsräume wurden kahl und unpersönlich, der Analytiker nahm sich in jeder Weise zurück. Er ging auf dem Weg zur Anonymität so weit, morgens vor Praxisbeginn den Trauring abzuziehen. In dieser Phase diskutierte man am Berliner Psychoanalytischen Institut, welche Gefahren für die Abstinenz aus der Begrüßung

³³⁴ Ebd. S. 123.

³³⁵ **Johannes Cremerius** (geb. 1918 in Moers, gest. 2002 in Freiburg, Breisgau) war ein deutscher Arzt, Psychiater und Psychoanalytiker in der Tradition *Freuds*, der sich sehr engagiert für eine Psychoanalyse im Sinne von *Freuds* aufklärerischem Ethos und gegen eine orthodoxe und institutionalisierte Psychoanalyse einsetzte.

Nach einem sechsmonatigen Forschungsaufenthalt in den USA, mit Besuch psychoanalytisch orientierter, psychosomatischer Kliniken gründete er nach seiner Rückkehr an der Universitätsklinik in München die erste psychosomatische Abteilung innerhalb der Inneren Medizin. 1970 gründete er in Mailand zusammen mit Gaetano Benedetti das Institut für Psychoanalytische Psychotherapie. Im Bereich der Literaturwissenschaften setzte er sich für eine Verbindung zwischen Literatur und Psychoanalyse ein. 1983 wurde er zum Vizepräsidenten der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) gewählt. Weiterhin leistete er wesentliche Beiträge zur Reform von psychoanalytischen Ausbildungsinstitutionen, wobei er bestrebt war, „alte dogmatische Ideologien bzw. institutionelle Richtlinien fallen zu lassen“. Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 96 f.

³³⁶ Vgl. Cremerius, J. (1984): S. 769-800.

³³⁷ Ebd. S. 776.

³³⁸ Ebd. S. 796.

³³⁹ Ebd. S. 776.

des Patienten durch Handgeben erwachsen könnten und ob man nicht besser darauf verzichten solle“.³⁴⁰

Noch in den achtziger Jahren, so Cremerius, waren Beispiele einer solchen puristischen Haltung bekannt geworden. Leo Stone habe 1981 berichtet, ihm sei von Kollegen vorgeworfen worden, dass er einem Patienten alles Gute zu seinem bevorstehenden großen chirurgischen Eingriff gewünscht hatte. Im New Yorker Psychoanalytischen Institut wurde damals diskutiert, ob man einem Patienten, dessen Vater gerade gestorben war, sein Mitgefühl ausdrücken dürfe.

Freud selbst, so Cremerius, habe entscheidend dazu beigetragen, dass es zu zwei solchen entgegengesetzten Strömungen in Bezug auf die Behandlungstechnik und Atmosphäre in den Behandlungszimmern kommen konnte.

Zum einen sei er schon widersprüchlich in seinen – schriftlichen – Empfehlungen und Ratschlägen gewesen. Zum zweiten stünde, im Kontrast zu den diesbezüglichen Inhalten seiner Schriften, die Art, in welcher er seine eigenen Behandlungen durchführte, einschließlich der Tatsache, die eigene Tochter sowie Kollegen analysiert zu haben. Dies hätte nach 1920 zu einer „chaotischen Situation“ geführt, durch welche die Weiterentwicklung der psychoanalytischen Technik beeinträchtigt worden sei und dies sei im übrigen auch der Hintergrund für die „reaktive Rigidität des Berliner Psychoanalytischen Instituts“.³⁴¹

Freud hatte zwar im Jahre 1919 geschrieben, er habe die Abstinenzregeln für die an Hysterie leidenden Patienten konzipiert, daher können sie auch nur für dieses Krankheitsbild gelten, während für andere Krankheitsbilder andere Regeln angewandt werden müssen³⁴². Diese habe er in der Folgezeit aber nie erstellt. Vielmehr habe er, wohl auch um das unter seinen Schülern einsetzende behandlungstechnische ‚uferlose Experimentieren‘ zu unterbinden, umso stärker an seinem Spiegelkonzept festgehalten, und seine ursprünglichen Abstinenzregeln lediglich „kasuistisch gemildert“.³⁴³ Dies belegten Formulierungen wie diese: „Ich meine dabei nicht allein die körperliche Entbehrung, auch nicht die Entbehrung von allem, was man begehrt, denn dies würde kein Kranker ertragen“,

³⁴⁰ Ebd. S. 777.

³⁴¹ Ebd. S. 777.

³⁴² Vgl. Freud, S. (1919): S. 191

³⁴³ Cremerius, J. (1984): S. 779 f.

die Freud 1915 in seinen ‚Bemerkungen über die Übertragungsliebe‘ schrieb oder: „Einiges muß man ihm ja gewähren, mehr oder weniger, je nach der Natur des Falles und der Eigenart des Kranken. Aber es ist nicht gut, wenn es zuviel wird“, so Freuds Ratschlag in seiner 1919 erstellten Schrift ‚Wege der psychoanalytischen Therapie‘.

Mit dieser Art Formulierungen aber habe Freud, laut Cremerius, mehr Schaden als Nutzen gestiftet:

„So entlastend der hier von Freud ausgesprochene humane Umgang mit der Abstinenz für die Analytiker sein mag, so kompensiert er doch nicht das Fehlen von Kriterien, die bestimmen müßten, wann der Analytiker ‚mehr oder weniger‘ an Befriedigung geben soll. Die Folge davon war, daß der subjektiven Interpretation des Begriffs Tür und Tor geöffnet wurde. Die einen machten daraus ein eisernes System der totalen Versagung, die anderen glaubten, sich jede Freiheit erlauben zu dürfen, solange sie nicht die ursprüngliche Bedeutung der Abstinenz verletzten [...]“.³⁴⁴

Freud habe sich diesem Widerspruch entzogen, indem er zwei verschiedene Übertragungsbegriffe definierte: die ‚neurotische‘ und die ‚unanstößige‘ Übertragung. Mit letzterem war die reale Beziehung zum Patienten gemeint.³⁴⁵ Die *neurotische* Übertragung habe Freud über ein streng versagendes Verhalten zur Bewusstmachung und dadurch zur Auflösung bringen wollen. Wenn er sich aber im Bereich der anderen Übertragungsform zu befinden meinte, sei er freundlich, mitfühlend und offen gewesen.

Diese Unterteilung hielt Cremerius für fragwürdig, da es keine Unterscheidungskriterien dafür gebe und sie „[...] verhüllte ihm die Einsicht in die Tatsache, daß er in praxi anders handelte als er es theoretisch festgelegt hatte“.³⁴⁶ Zum Beispiel habe er seiner Analysandin Hilda Doolittle „verführerische“ Briefe geschrieben.

Im weiteren diskutierte Cremerius die Abstinenzforderung anhand der Behandlung nicht hysterischer Störungen und versuchte damit an Freuds ursprünglichen Ansatz anzuknüpfen, in welchem dieser forderte: „Unsere Technik ist an der Behandlung der Hysterie erwachsen [...] Aber schon die Phobien nötigen uns, über unser bisheriges Verhalten hinauszugehen“.³⁴⁷ Tatsächlich sei eine abstinente Vorgehensweise, wie sie für die Hysterie sinnvoll sein könne, bei anderen neurotischen Störungen weniger angebracht.

³⁴⁴ Ebd. S. 780.

³⁴⁵ Vgl. Freud, S. (1912a): S. 363-374.

³⁴⁶ Cremerius, J. (1984): S. 781.

³⁴⁷ Freud, S. (1919): S. 191.

Diesen Patienten könnte eine solchermaßen abstinenten Haltung schaden und die Behandlungsmethode könnte unter Umständen dadurch wirkungslos werden. Beispielsweise würden sich beim Zwangsneurotiker die „[...] hochritualisierte analytische Methode und die hochritualisierte Zwangsstruktur des Patienten gegenseitig immobilisieren“.³⁴⁸

Die masochistischen Patienten hingegen würden das anonyme abstinenten Verhalten des Analytikers als fehlendes Interesse und Entwertung erleben und insofern könnte ihnen die analytische Situation geradezu als „Triebbefriedigung“³⁴⁹ dienen. Die Aufgabe des Analytikers aber sei in diesem Falle, diese Triebbefriedigung zu unterbinden, entweder durch Deutung oder durch ein Verhalten, welches der masochistischen Triebbefriedigung entgegenwirkt, also übergroße Freundlichkeit, Mitgefühl etc. Dadurch könne der Kranke dann erkennen, „[...] daß seine Gefühlslage aus der ‚Neuaufgabe‘ einer masochistischen Objektbeziehung stammt“.³⁵⁰

Im weiteren ging Cremerius auch auf die Rolle der Abstinenz in der psychoanalytischen Behandlung von präödiptalen und präverbale neurotischen Störungen ein, Krankheitsbilder also, denen *kein* reifer ödiptaler Konflikt zugrunde liegt, sondern die in der Zeit davor, also dem Kleinkind- oder Säuglingsalter entstanden sind. Vorreiter war Ferenczi, der ab 1928 mit seiner „Verzärtelung“³⁵¹ genannten Methode eine eindeutig nicht mehr abstinenten Technik anwandte und sich damals von Freud dafür heftige Vorwürfe gefallen lassen musste.

In der Zeit nach 1950, als man sich immer mehr diesen präödiptalen Störungen zuwandte, änderten auch andere Analytiker gegenüber diesen Patienten ihre Abstinenzhaltung. Beispielsweise sprach Sascha Nacht von „liebvolle Präsenz“³⁵², René Spitz von „diatrophischer Haltung“.³⁵³ Ohne genau zu wissen, welche Wirkungen diese Haltung auf die Patienten ausüben würde, ging man davon aus, strukturelle, früh gestörte Bereiche wiederherstellen zu können. An dieser Entwicklung sei auch Freud nicht unschuldig gewesen. Auch er habe sich zwar den ödiptalen Triebimpulsen der Patienten gegenüber abstinent verhalten, aber den oralen Bedürfnissen seiner Patienten habe er Befriedigung

³⁴⁸ Cremerius, J. (1984): S. 782.

³⁴⁹ Ebd. S. 783.

³⁵⁰ Ebd. S. 783.

³⁵¹ Vgl. Kap. 4, S. 106.

³⁵² Ebd. S. 784.

³⁵³ Ebd. S. 784.

gewährt, er habe dem „Rattenmann“ ein Frühstück spendiert, anderen Patienten sogar Geld geliehen.³⁵⁴

Des weiteren ging Cremerius auf die (damals) neueren Erkenntnisse im Zusammenhang mit dem Übertragungsbegriff ein. Mit J. Sandler³⁵⁵ vertrat er die Ansicht, dass die unbewussten Patientenwünsche und Fantasien nicht notwendigerweise immer nur Triebbedürfnisse repräsentieren. Ebenso können sie einen Versuch darstellen, mit quälenden Affekten wie Schmerz oder Angst umzugehen. Diese neueren Erkenntnisse bedingen aber einen anderen Umgang mit der Abstinenz:

„Anstatt einer frustrierenden Haltung bedarf es einer sensiblen Wahrnehmung für die andersartige Qualität der Übertragung. Der Patient, der mit solchen Wünschen und Phantasien in der Stunde beschäftigt ist, bedarf unseres teilnehmenden Verstehens, um seinen umwegigen Umgang mit Angst und Schmerz zu verstehen“.³⁵⁶

Ein weiterer wichtiger Aspekt knüpft sich nach Ansicht von Cremerius an die veränderte Definition der Übertragung. Der Übertragungsbegriff, wie Freud ihn verstand, nämlich als rein intrapsychischer Prozess und unveränderliche Größe, sei nicht mehr haltbar. Nach neueren Erkenntnissen beinhalte die Übertragung im Patienten die „Bereitschaft zur Beziehung“.³⁵⁷

Aber auch im Analytiker sei ja diese Bereitschaft zur Beziehung vorhanden. Die Vorstellung des naturwissenschaftlichen Experiments, in welchem der Analytiker nur Beobachter am Rande ist und „vom Feldgeschehen unberührt, also objektiv bleibt“, könne aus diesem Grund nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Dieses veränderte Übertragungsverständnis aber ziehe notwendigerweise einen differenzierteren Umgang mit der Abstinenz nach sich: geht es nur um Triebwünsche und Spannungsmilderung, so soll dem Kranken die Befriedigung versagt werden. Sehnt er sich aber nach Objektbeziehung, so dürfe ihm diese nicht verweigert werden. Hier würde ein abstinentes Analytiker-Verhalten dem Patienten schaden.

Im weiteren erläuterte Cremerius, inwiefern und in welcher Weise abstinentes Verhalten für beide Beteiligte, Patient *und* Analytiker, sinnvoll seien.

³⁵⁴ Ebd. S. 785. Siehe auch Boss, M. (1973): S. 81-82.

³⁵⁵ Sandler, J. (1983): S. 577-595.

³⁵⁶ Cremerius, J. (1984): S. 786.

³⁵⁷ Ebd. S. 787.

Für den Patienten beinhalte es, dass seine Bedürfnisse nach Anleitung, Ratschlägen, Unterstützung nicht befriedigt werden, sondern bearbeitet werden können.

Für den Analytiker wiederum schaffe Abstinenz die für ihn notwendige Distanz, die er braucht, um nicht zum „Mitspieler im Wiederholungszwang des neurotischen Prozesses zu werden“.³⁵⁸ Diese Gefahr bestünde nicht nur aufgrund der fachlichen und inhaltlichen Besonderheiten seines Arbeitsfeldes, sondern schon wegen seines Menschseins an sich, mit all seinen Bedürfnissen, Schwächen und neurotischen Konflikten wie sie jedem Menschen innewohnen. Er müsse ja eine ständige Gratwanderung vollziehen, sich einerseits mit dem Patienten teilweise identifizieren und sich berühren lassen und doch auch genügend Abstand zu ihm bewahren. Eine abstinenten Haltung schaffe nun die zur Handhabung seiner Gegenübertragung notwendige Distanz und bewahre ihn davor, in Versuchung zu geraten, in der Interaktion mit seinen Patienten eigene Bedürfnisse zu befriedigen wie zum Beispiel „narzißtische Bedürfnisse nach Geliebt- und Bewundertwerden“. Aber auch übertriebener Ehrgeiz, die Patienten zu heilen, statt sie eigene Wege gehen zu lassen, sei eine Gefahr. In Bezug auf solcherart auftauchende Bedürfnisse müsse man besonders wachsam sein, „[...] weil sie das Gewissen des Analytikers leichter unterlaufen können als die spektakulären sexuellen Begierden“.³⁵⁹

Cremerius setzte sich für eine Revision des Abstinenzbegriffes ein, die er folgendermaßen begründete: zum einen könne Freuds Vorstellung eines ausschließlich spiegelnden Analytikers nicht mehr aufrecht erhalten werden. Sie sei aus seinem Wunsch, „die analytische Situation zum präzisen, wissenschaftlich fundierten Forschungsinstrument zu machen“ entstanden und ginge von der inzwischen überholten Vorstellung einer „Ein-Personen-Psychologie“³⁶⁰ aus. Selbst ein ausschließlich „spiegelnder“ Analytiker gebe mit der Zeit Informationen über sich preis: an seinem Tonfall, anhand der Auswahl der Themen, die er aufgreift, bei denen er genauer nachfragt und wie er das tut, aus der Art sich zu kleiden, aus der Art wie er sein Behandlungszimmer einrichtet etc.

Aber abgesehen von der Tatsache, dass in der Realität der Behandlungssituation weder die „Spiegelhaltung“ noch die Abstinenz strikt eingehalten werden können, so führe der Versuch, sich daran zu halten zu einer Einschränkung der wichtigen Funktionen des

³⁵⁸ Ebd. S. 789.

³⁵⁹ Ebd. S. 791.

³⁶⁰ Ebd. S. 792.

Analytikers „[...] gerade an der Stelle, die ihn als Analytiker ausmacht, nämlich an seiner Hellhörigkeit und Empathie für unbewußte Prozesse“.³⁶¹

Und schließlich könnte eine Abstinenzhaltung im ursprünglichen Freudschen Sinne eine Gefahr für die Psychoanalyse als Wissenschaft darstellen. Aus Angst vor der Strenge ihrer Prüfer würden Psychoanalysekandidaten ihre Fallberichte frisieren und nicht die tatsächlichen Ereignisse darstellen.³⁶²

Der Analytiker solle aber nicht zum Sklaven seiner eigenen Methode und damit der ihm auferlegten Regeln werden. Die Abstinenzregeln sah Cremerius als notwendige Voraussetzung im Sinne eines Hilfsmittels an, um überhaupt seine Funktion als Analytiker ausüben zu können. Es ging ihm aber nicht darum „[...] Regeln einzuhalten, sondern Funktionen auszuüben, [...]“.³⁶³ Abstinenz solle nicht zum Selbstzweck werden und den notwendigen Handlungsspielraum nicht einengen.

³⁶¹ Ebd. S. 793.

³⁶² Vgl. ebd. S. 794.

³⁶³ Ebd. S. 795.

4. Sándor Ferenczi: „Mütterliche Freundlichkeit“ statt streng abstinenter, ausschließlich deutender Vorgehensweise

Sándor Ferenczi wurde 1873 in der ungarischen Provinzstadt Miskolcz geboren, als achtetes von zwölf Kindern (sieben Söhnen und fünf Töchtern, von denen eine verstarb, als er fünfjährig war) einer jüdischen Einwandererfamilie aus Polen. Fünfzehnjährig verlor er seinen Vater.

Er studierte Medizin an der Universität Wien, kehrte 1897 nach Ungarn zurück, wo er zunächst u. a. als Krankenhausarzt im Bereich Neurologie und Psychiatrie tätig war und sich danach als Allgemeinarzt und Neuropsychiater niederließ, später war er auch noch als psychiatrischer Gerichtsgutachter tätig. Ab 1910 widmete er sich ganz der Psychoanalyse und gab seine Hausarztpraxis auf. Als Ferenczi 1908 Freud kennenlernte, entwickelte sich daraus eine langjährige, intensive Freundschaft, die selbst gemeinsame Ferienreisen einschloss. Der Briefwechsel zwischen Freud und Ferenczi gibt nicht nur Einblicke in ihre jeweilige Haltung in Bezug auf einige der wichtigsten psychoanalytischen Themen wie Übertragung und Gegenübertragung, sondern zeugt auch von ihrer engen und in den letzten gemeinsamen Jahren auch wechselvollen Beziehung zueinander³⁶⁴.

Über ungefähr zwei Jahrzehnte erwies sich die Freundschaft zwischen Freud und Ferenczi als fruchtbarer Nährboden in Bezug auf Theorie und Praxis der Psychoanalyse. Einige Aufsätze beider Autoren beziehen sich auf Erkenntnisse des jeweils anderen, bauen darauf auf, werden weitergeführt, ergänzt, abgewandelt. Es gibt viele Beispiele dafür, wie einer den anderen inspirierte und beeinflusste und wie konstruktiv die Diskussionen auch in Bezug auf voneinander abweichende Meinungen verliefen.

Bis heute erscheint nicht vollends erklärbar, weshalb es überhaupt zum Zerwürfnis kam. Die inhaltlichen Differenzen erklären es nicht, meinte Cremerius und berief sich dabei auch auf Balint, der ein Schüler und Lehr-Analysand von Ferenczi gewesen war.³⁶⁵ Tatsache ist aber, dass Ferenczi etwa ab 1927 begann, offen und sehr deutlich von den Freudschen behandlingstechnischen Empfehlungen abzuweichen, vor allem, indem er gegen das von Freud geforderte Prinzip der Abstinenz und der Versagung verstieß. Das brachte ihm nicht

³⁶⁴ Haynal, A. (2000): S. 44-65.

³⁶⁵ Cremerius, J. (1983): S. 990, sowie: Balint, M. (2002): S. 182.

nur den Ruf eines „*enfant terrible* der Psychoanalyse“³⁶⁶ ein, sondern führte schließlich auch zu dem Bruch mit Freud.

In seinen nach 1927 verfassten Schriften³⁶⁷ erläuterte er ausführlich, wie er dazu kam, eigene behandlungstechnische Wege zu gehen. Aus seinen Beschreibungen geht hervor, wie er während der analytischen Sitzungen an seinen Patienten wahrnahm, dass sie in Zuständen tiefer Regression bzw. auch Trancezuständen, ihre damals in der Kindheit erlittenen Traumata, darunter auch Vergewaltigungen, nun hier in der analytischen Behandlungssituation halluzinatorisch reproduzierten. Es ging Ferenczi nun darum, übereinstimmend mit Freuds Ansätzen, dieser wiederkehrenden Reproduktion der Traumata Einhalt zu gebieten. Nur über ein Wiedererleben als objektive Erinnerung, in der analytischen Situation, sei dies möglich. Mit der bisherigen, also der „klassischen“ Technik war ihm dies nicht gelungen³⁶⁸.

Mit seinem Vortrag ‚Relaxationsprinzip und Neokatharsis‘,³⁶⁹ den er 1929 zu dem Thema ‚Fortschritte der Psychoanalytischen Technik‘ gehalten hatte, begründete Ferenczi den Beginn einer neuen Entwicklung sowohl in Bezug auf die psychoanalytische Theorie als auch auf die Behandlungstechnik, wie man heute rückblickend feststellen kann. Damals allerdings sorgte er mit seinen therapeutischen Experimenten und weil er als erster Analytiker es offiziell wagte, die Freudschen Abstinenzprinzipien in Frage zu stellen, für Aufruhr, zum Teil auch blanke Ablehnung unter seinen Kollegen. Es schien ihm indessen ein großes Anliegen zu sein, sich für eine neue Entwicklung sowohl in der psychoanalytischen Technik als auch der Theorie einzusetzen:

„Wir Schüler aber haben die Neigung, den gerade geäußerten Worten des Meisters allzu wörtlich zu folgen, die letztgefundene Wahrheit für die einzige zu proklamieren und so gelegentlich in die Irre zu gehen“.³⁷⁰

³⁶⁶ Er selbst wies darauf hin: „Tatsache ist, daß ich ziemlich allgemein als ein unruhiger Geist, oder [...] als *enfant terrible* der Psychoanalyse bekannt bin.“ Siehe Ferenczi, S. (1931): S. 274 f.

³⁶⁷ Ich beziehe mich dabei auf folgende Aufsätze: Ferenczi, S. (1928): Die Elastizität der psychoanalytischen Technik (S. 237-250); (1930): Relaxationsprinzip und Neokatharsis (S. 257-273); (1931): Kinderanalysen mit Erwachsenen (S. 274-289); (1933): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind' (S. 303-313).

³⁶⁸ Siehe auch: Cremerius, J. (1983): S. 994. Dort findet sich auch der von Balint stammende Hinweis, dass Ferenczis Patienten, auf welche er sich in seinem Vortrag „Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind“ bezieht, sehr schwere Fälle waren, welche, bevor sie zu ihm kamen, fast alle zuvor von anderen, anerkannten Analytikern erfolglos behandelt worden waren.

³⁶⁹ Ferenczi, S. (1930): S. 257-273.

³⁷⁰ Ebd. S. 257.

In seinem Vortrag erläuterte er, warum er mit der herkömmlichen Technik in der Behandlung seiner Patienten nicht mehr zufrieden sein könne und nach neuen Wegen suche. Beispielsweise würde das Verhältnis zwischen Arzt und Patient zu sehr an ein „Schüler-Lehrer-Verhältnis“³⁷¹ erinnern. Dadurch fiel es den Patienten schwer, mögliche Kritikpunkte, die sie ihrem Analytiker gegenüber haben, tatsächlich zu äußern. Die geforderte freie Assoziation stoße damit an ihre Grenzen. Er trat deshalb dafür ein, den Patienten in diesem Punkt mehr Freiheit zuzugestehen, einschließlich der Erlaubnis, auch aggressive Äußerungen an ihren Analytiker richten zu dürfen. Dieser solle im übrigen mehr „Demut“ den Patienten gegenüber zeigen und eventuelle Fehler diesen gegenüber eingestehen. Außerdem plädierte Ferenczi für eine „größere Elastizität“ hinsichtlich der Bereitschaft, sowohl die herkömmlichen Theorien gegebenenfalls infrage zu stellen als auch zu dem „guten, Alten“³⁷² zurückzukehren.

„Übrigens wäre es vermessen, sich einzubilden, daß irgend jemand von uns imstande ist, das letzte Wort über die Entwicklungsmöglichkeiten der Technik oder Theorie der Analyse zu sagen“.³⁷³

Er sei allmählich an die Grenzen einer Technik gestoßen, die sich als Hauptprinzip die „Versagung“³⁷⁴ auf die Fahnen geschrieben hat. Denn gerade die Versagung könne, vor allem von zwangsneurotischen Patienten, im Sinne eines Widerstandes benutzt werden. Daher habe er sich, entgegen Freuds Ratschlägen, Ausnahmen gestattet, indem er bei einigen Patienten weniger versagend und mehr gewährend vorgegangen sei. Konkret meinte er damit, beispielsweise die Regeln des Settings wie die feststehende Frequenz der wöchentlichen Therapiestunden sowie die Dauer der täglichen Konsultationen den Wünschen der Patienten anzupassen:

„[...] in einigen schwierigen Fällen sah ich mich gar genötigt, den Patienten zu gestatten, tage- und wochenlang im Bett zu liegen, und sie auch von der Mühe, mich zu besuchen zu befreien. Die schockartige Wirkung des plötzlichen Abbruchs der Analysenstunde zwang mich gar nicht selten, die Stunde bis zum Ablauf der Reaktion zu verlängern, ja dem Kranken zwei oder mehr Stunden täglich zu widmen“.³⁷⁵

³⁷¹ Ebd. S. 261.

³⁷² Ebd. S. 262.

³⁷³ Ebd. S. 262.

³⁷⁴ Ebd. S. 263.

³⁷⁵ Ebd. S. 262.

Weil eine zu versagende Haltung nur den Widerstand des Patienten erhöhe, solle man nicht zögern, „[...] *durch Nachgiebigkeit* den Patienten diese Waffe aus der Hand zu schlagen“.³⁷⁶

Diese Ausnahmen seien aber in einer Häufigkeit notwendig geworden, die ihn schließlich zur Statuierung eines „Prinzips der Gewährung“ kommen ließen, welches er neben dasjenige der „Versagung“ stellen wolle. Diese beiden Prinzipien würden sich insofern ergänzen, als durch die Versagung eine „Spannungssteigerung“ entstünde, während eine gewährende Haltung zur „*Relaxation*“ des Patienten führe.

Er führte dann weiter aus, die Freudsche „objektiv zurückhaltende Beobachtungsstellung des Arztes“³⁷⁷ sei ja dennoch, vor allem in der Anfangsphase einer jeden Behandlung die sinnvollste. Aber zuviel „kühle Objektivität“³⁷⁸ könne den Patienten schaden. Analytisch vorgehen schließe ja eine „freundlich wohlwollende Haltung“ keineswegs aus.

Er selber verstand unter ‚analytisch‘ *nicht* „mit geheuchelter Strenge oder mit geheuchelter Liebe“, sondern „in voller Aufrichtigkeit behandeln.“

Es schien Ferenczi wichtig gewesen zu sein, um Verständnis für seine Abweichung von Freuds Ratschlägen zu werben. In Andeutungen lässt sich auch erkennen, dass es ihm darum gegangen ist, seine eigenen Erkenntnisse denjenigen Freuds als Ergänzung und Weiterentwicklung zur Verfügung zu stellen und sie nicht als Missachtung seiner Regeln verstanden zu wissen. Daneben schien es ihm auch um Rechtfertigung dafür gegangen zu sein, dass er eigene behandlungstechnische Wege ging:

„Aus all diesen [...] Verfehlungen gegen eine Grundregel machte ich mir die größten Gewissenskrupel, bis mir von maßgebender Seite die beruhigende Äußerung zuteil wurde, daß die Ratschläge Freuds eigentlich nur Mahnungen für den Anfänger sein wollten, die ihn vor den größten Mißgriffen und Mißerfolgen behüten sollten; sie enthielten aber fast gar keine Weisungen positiver Natur, so daß diesbezüglich dem eigenen Ermessen des Analytikers [...] weitgehende Freiheit gestattet bleibt“.³⁷⁹

³⁷⁶ Ebd. S. 263.

³⁷⁷ Ebd. S. 264.

³⁷⁸ Ebd. S. 265.

³⁷⁹ Ebd. S. 263.

Immerhin habe er durch die Anwendung abweichender Techniken auch größere Therapieerfolge verzeichnen können.³⁸⁰

Des weiteren wies er auf die Tatsache hin, dass eben auch der unter dem Relaxationsprinzip behandelte Patient durchaus „Verzicht und Anpassung“³⁸¹ zu leisten habe, auch in der „Relaxationstherapie“³⁸² können nicht alle Wünsche des Kranken erfüllt werden.

Ferenczi erläuterte dann, auf welche Weise und aus welchen Gründen er in einigen Fällen, in denen mittels der Versagungstechnik der Behandlungserfolg ausgeblieben war, unter Zuhilfenahme der Relaxationstherapie sich dieser dann doch noch eingestellt hatte. Die Art und Weise, wie sich diese Entwicklungen jeweils vollzogen haben, sei für ihn selbst überraschend gewesen:

„Nachdem es [...] gelungen ist, zwischen Arzt und Patienten die Atmosphäre des Vertrauens und das Gefühl vollkommener Freiheit zu schaffen, meldeten sich plötzlich, und zwar oft erstmalig in einer seit Jahren laufenden Analyse, *hysterische Körpersymptome*: Parästhesien und Krämpfe in ganz bestimmten Körperpartien, heftige Ausdrucksbewegungen, die kleinen hysterischen Anfällen ähnelten, plötzliche Änderungen der Bewußtseinslage, [...], auch Bewußtseinstrübung oft mit nachfolgender Amnesie fürs Vorgefallene“.³⁸³

Diese Symptome schätzte Ferenczi als „körperliche Erinnerungssymbole“³⁸⁴ ein, die sich als Ergänzung zu den bisherigen Erinnerungsrekonstruktionen ergeben hätten. In einigen Fällen hätte sich der Zustand des Patienten bis hin zu Trancezuständen gesteigert, in welchen er Ereignisse aus der Vergangenheit wiedererlebt habe. In solchen Situationen sei es ihm, dem Arzt, möglich gewesen, mit Seiten der Persönlichkeit des Kranken zu kommunizieren, die bisher abgespalten gewesen waren. Über diesen außergewöhnlichen Weg habe er wichtige Auskünfte über den Kranken erhalten können. Dieser habe gewissermaßen „autohypnotisch“³⁸⁵ kathartische Zustände erlebt. Solche Erlebnisse ließen Ferenczi zu der Frage kommen:

³⁸⁰ Vgl. ebd. S. 265.

³⁸¹ Ebd. S. 271.

³⁸² Ebd. S. 266.

³⁸³ Ebd. S. 266 f.

³⁸⁴ Ebd. S. 267.

³⁸⁵ Ebd. S. 267.

„War es denn der Mühe wert, den ungeheuren Umweg zu gehen über die Assoziations- und Widerstandsanalyse, über das schwierige Rätselspiel mit den Elementen der Ichpsychologie, ja, über die ganze Metapsychologie, um schließlich bei der guten alten ‚Freundlichkeit‘ zum Patienten und bei der längst abgetan geglaubten Katharsis zu landen?“³⁸⁶

Allerdings sei diese Art von Katharsis qualitativ sehr verschieden von der „Breuer-Freudschen *Katharsis*“:

„Die Katharsis, von der ich rede, ist sozusagen nur wie mancher Traum eine Bestätigung aus dem Unbewußten, ein Zeichen dessen, daß es unserer mühseligen analytischen Konstruktionsarbeit, unserer Widerstands- und Übertragungstechnik schließlich gelungen ist, nahe an die ätiologische Wirklichkeit heranzukommen.“³⁸⁷

Daher grenzte er diese Art von Katharsis mit dem Begriff „*Neokatharsis*“ von dem Inhalt des althergebrachten Begriffes ab.

In seinen weiteren Ausführungen wies Ferenczi auf die Bedeutsamkeit der in der Kindheit stattgefundenen sexuellen Traumatisierung für die Entstehung neurotischer Symptome hin, ein Punkt, der lange Zeit zu sehr vernachlässigt worden sei.³⁸⁸

Indem man, so Ferenczi, über eine gewährende Haltung bei seinen Patienten diese von ihm beschriebene Art der ‚Relaxation‘ begünstige, werde bei den Kranken der Weg gebahnt zu den Erinnerungen aus der präverbalen Kindheitsphase, aus einer Zeit also, in der das Denken noch nicht möglich gewesen ist. Diese „hysterischen Körpersymptome“³⁸⁹ sah Ferenczi als Wegweiser für im Körperlichen gespeicherte „Erinnerungen“³⁹⁰ an.

Die Tatsache, dass er bei diesen traumatisierten Patienten mit seiner beschriebenen ‚Technik der Gewährung‘ weit häufiger Behandlungserfolge erzielte als mit der Standard-Technik erklärte er u. a. damit, dass er eine analytische Situation herstelle, die in einem Rahmen von Geborgenheit und Gewährung liege und die sich also deutlich von der kindlichen Situation, also der von Zwang, Gewalt, Unterdrückung, unterscheide. Das erleichtere und fördere in dem Kranken die gewünschte Erinnerung an das Geschehen:

³⁸⁶ Ebd. S. 267.

³⁸⁷ Ebd. S. 267.

³⁸⁸ Diese Argumentation Ferenczis kann als mehr oder weniger versteckte Kritik an Freuds Verführungstheorie angesehen werden, also an Freuds Standpunkt, es sei für die Behandlung unerheblich, ob die Verführung real oder nur kindliche Fantasie gewesen sei. Vgl. Freud, S. (1916/17): S. 449-464.

³⁸⁹ Ferenczi, S. (1930): S. 270.

³⁹⁰ Ebd. S. 270.

„Bei solchen Menschen, die also in Wirklichkeit fast ganz kindlich geblieben sind, mögen die üblichen Hilfsmittel der analytischen Therapie nicht ausreichen. *Solche Neurotiker müßte man förmlich adoptieren und erstmalig der Segnungen einer normalen Kinderstube teilhaftig werden lassen*“.³⁹¹

Die Standardtherapie dagegen, die mit ihren strengen, versagenden Regeln ja gerade der krankmachenden kindlichen Situation ähnele, würde eher zu einer halluzinierten Wiederholung statt zur gewünschten Erinnerung führen.

Noch deutlicher und unverhohlener drückte er seine Kritik gegenüber seinen allzu versagend vorgehenden Kollegen mit den Worten aus:

„Nichts ist leichter, als unter dem Deckmantel der Versagungsforderungen an Patienten und Kinder[n! Fehler im Originalzitat. E. S.] den eigenen uneingestandenem sadistischen Neigungen zu frönen, aber auch übertriebene Formen und Quantitäten der Zärtlichkeit Kindern und Patienten gegenüber mögen mehr den eigenen, vielleicht unbewußten libidinösen Strebungen als dem Wohle des Pflegebefohlenen zugute kommen“.³⁹²

Seine Überlegungen gingen ja von der Beobachtung und Behandlung besonders schwer gestörter und oft sexuell traumatisierter Patienten aus. Bei diesen war durch eine „klassische Technik“ der Behandlungserfolg ausgeblieben, weil sie sich mittels sehr früher Abwehrmechanismen wie zum Beispiel durch halluzinatorisches Agieren dem schmerzlichen Erinnern zu entziehen suchten. Ferenczi wollte sich damit nicht abfinden, diese Patienten als unheilbar gelten zu lassen und fragte sich:

„[...] ist immer der Widerstand des Patienten die Ursache des Mißerfolges und nicht vielmehr unsere eigene Bequemlichkeit, die es verschmährt, sich den Eigenheiten der Person, auch in der Methodik anzupassen?“³⁹³

Bei diesen Patienten sei eine echte Linderung ihrer seelischen Schmerzen nur über eine positive Gefühlsbeziehung möglich. Mit der sonst üblichen „Stummheit und Reaktionslosigkeit des Analytikers“³⁹⁴ würde man die Assoziationsfähigkeit dieser Patienten nur stören.

³⁹¹ Ebd. S. 272.

³⁹² Ebd. S. 272

³⁹³ Ferenczi, S. (1931): S. 276.

³⁹⁴ Ebd. S. 276.

Während der Behandlungssitzungen beobachtete er bei einigen dieser Patienten, wie sie in einer Art Trancezustand in die frühe Kindheit zurückgingen und dann in einer entsprechend kindlichen Weise mit ihm sprachen, andere wiederum agierten in einer Art „halluzinatorischer Entrücktheit“³⁹⁵ Szenen von damals. In solchen Fällen müsse man den Kranken in einer besonderen Weise antworten. Einer seiner Patienten habe ihn in einem stark regredierten Zustand mit ‚Großvater‘ angeredet, und Ferenczi habe ihm auch als Großvater geantwortet. In einem anderen Fall sei ein Patient mitten im Redefluss in einen hysterischen Dämmerzustand geraten und habe dann eine Szene agiert, worauf er ihn geschüttelt und angeschrien habe, er solle seinen Satz zuende sagen, was dann tatsächlich auch geschehen sei. Ebenfalls möglich sei auch, „[...] daß der Patient beim Bekennen einer Schuld plötzlich unsere Hand erfaßt und uns bittet, ihn ja nicht zu schlagen“.³⁹⁶

Er sei so nach und nach, vermittels einer Art kindlichem Frage-und-Antwort-Spiel, ähnlich der Vorgehensweise der Kinderanalytiker, zu der „Spielanalyse“³⁹⁷ gekommen, wodurch die Patienten bis in die frühe Kinderzeit vordringen und dort die traumatischen Ereignisse reproduzieren können. Es reiche nun aber nicht, das nur zu *agieren*, sondern der Patient müsse sich danach damit auseinandersetzen, es *bewusst erinnern*. Das sei sehr schmerzvoll und es sei deshalb förderlich, ihm ein Maximum an Geduld, Verständnis und Freundlichkeit zukommen zu lassen. Ein solches Verhalten könne der Kranke dann als Kontrast zu der Art erleben, wie die Eltern damals mit ihm umgegangen waren. Es könne aber geschehen, dass der Patient dann versuche, zu provozieren und dabei auch ein schlechtes Benehmen zeige, eben weil er der Freundlichkeit des Analytikers nicht traue. In diesem Falle sei es ratsam, authentisch zu bleiben, einschließlich der Mitteilung an den Kranken, dass man sein Verhalten als unangenehm empfinde. Damit ließe sich viel über die elterliche Unaufrichtigkeit und „Hypokrisie“³⁹⁸ erfahren, denen der Patient in seiner Kindheit ausgesetzt gewesen ist.

Wenn es ihm notwendig erschien, wandte Ferenczi auch Mittel der Suggestion an, aber nur, um dem Patienten zu helfen, etwaige Hemmungen in seiner Fantasieproduktion zu

³⁹⁵ Ebd. S. 278. Diesen von Ferenczi beschriebenen Zustand würde man heute als ‚Dissoziation‘ bezeichnen.

³⁹⁶ Ebd. S. 280.

³⁹⁷ Ebd. S. 278.

³⁹⁸ Ebd. S. 280.

überwinden, keineswegs dürfe man allerdings eigene Vorstellungen „in den Patienten hineinsuggestieren“.³⁹⁹

Diesen Kranken solle man eine liebevolle, mütterliche Haltung entgegenbringen. Weiterhin sei von besonderer Bedeutung, dass der Analytiker dabei authentisch bleibe, was auch beinhalte, dem Kranken seine wahren Gedanken und Gefühle mitzuteilen und auch Fehler zuzugeben. Dadurch fördere er in dem Patienten Vertrauen und die Bereitschaft zur notwendigen Regression.

Schwer regredierte Patienten seien durch eine kühle, distanzierte Sprache nicht zu erreichen, denn der Intellekt und die Einsichtsfähigkeit, worauf die Standardmethode basiere, seien in diesen Zuständen ja gar nicht verfügbar. Deshalb sei bei ihnen die klassische Technik nicht geeignet, das Erinnern ihrer Traumata zu fördern. Nicht Einsicht und Durcharbeitung seien für sie die Wege, die zur Besserung führen, sondern neue emotionale Erfahrungen.

Indem Ferenczi seinen Patienten viel Freiraum einräumte, um ihre Assoziationen bis hin zu Trancezuständen weiter zu führen, entdeckte er bei einigen Kranken jene Spaltungsvorgänge, die unter anderem auch dann entstehen, wenn der Patient während der analytischen Situation eine Verlassenheitssituation oder eine traumatische Situation wiedererlebt. Er schilderte dazu das Beispiel eines Patienten, der sich zugleich als verletztes Kind, wie auch als Helfer, der das Kind retten müsse, gebärdete: „Rasch, rasch, was soll ich machen? Man hat mein Kind verwundet! Niemand da, wer ihm helfen kann! Es verblutet ja!“⁴⁰⁰ Solche, ebenso dramatisch wie rätselhaft anmutende Zustände erklärte sich Ferenczi folgendermaßen:

„Es scheint wirklich, daß unter dem Druck einer imminnten Gefahr ein Stück unserer selbst sich als selbstwahrnehmende und sich-selbst-helfenwollende Instanz abspalte, möglicherweise schon im frühen und allerfrühesten Kindesalter“.⁴⁰¹

Seine Methode, mit welcher Ferenczi diesen schwer traumatisierten Patienten gegenübertrat, bezeichnete er als „Verzärtelung“⁴⁰² und meinte damit einen sehr großzügig

³⁹⁹ Ebd. S. 281.

⁴⁰⁰ Ebd. S. 283.

⁴⁰¹ Ebd. S. 283.

⁴⁰² Die semantische Bedeutung des Adjektivs ‚zärtlich‘ sowie der daraus abgeleiteten Substantive ‚Zärtlichkeit‘ und ‚Verzärtelung‘ unterscheidet sich deutlich von der heutigen Bedeutung dieser Begriffe. Beispiele hierfür finden sich im Briefwechsel zwischen Freud und Jung. Siehe hierzu z. B. ‚Briefwechsel‘, 2011 in der 4. Auflage von McGuire und Sauerländer (Hg), S. 68: „Der Brief ist unter dem Eindruck des [...]“

ausgelegten Ansatz, dem Kranken zu geben was er wünscht oder braucht. Wörtlich schrieb er:

„Das Verfahren, das ich meinen Analysanden gegenüber anwende, kann man mit Recht eine Verzärtelung nennen. Mit Aufopferung aller Rücksichten auf eigene Bequemlichkeit gibt man den Wünschen und Regungen, soweit als irgend möglich, nach. Man verlängert die Analysenstunde, bis eine Ausgleicheung der vom Material angeregten Emotionen erreicht ist; man läßt den Patienten nicht allein, bevor die unvermeidlichen Konflikte in der analytischen Situation durch Aufklärung der Mißverständnisse und Rückführung auf die infantilen Erlebnisse in versöhnlichem Sinne gelöst sind. Man verfährt also etwa wie eine zärtliche Mutter, die abends nicht schlafen geht, ehe sie alle schwebenden kleinen und großen Sorgen, Ängste, bösen Absichten, Gewissenskrupel mit dem Kind durchgesprochen und in beruhigendem Sinn erledigt hat“.⁴⁰³

Auf diese Weise könne der Patient „in alle frühen Stadien der passiven Objektliebe“ zurückgehen.

Allerdings müsse man dieses „zärtliche Verhältnis“ auch wieder aufheben, das bedeute aber, dass der Kranke schließlich doch noch in eine „Versagungssituation“ gerate. Der Kranke würde dann genau jenen Zustand von völliger Verlassenheit, „hilflose(r) Wut und [...] Lähmung“ reproduzieren, mit welcher er als Kind auf die damalige Traumatisierung reagiert hatte. In dieser Phase der Behandlung könne der Analytiker Einblicke in die Traumatogenese des Kranken bekommen. Gefühle totaler Verlassenheit und „schockartige oder komatöse Zustände“ bis hin zu dem Gefühl zu sterben könnten sich dann entwickeln:

„Was sich da vor uns abspielt, ist die Reproduktion der seelischen und körperlichen Agonie, die unfaßbarer und unerträglicher Schmerz nach sich zieht“.⁴⁰⁴

In diesen Situationen greife er dann folgendermaßen ein:

„Taktvoll beruhigende Worte, unterstützt etwa von ermutigendem Händedruck, wenn das nicht genügt, freundliches Streicheln des Kopfes, mildern die Reaktion zu einem Grade, bei dem der Patient wieder zugänglich wird“.⁴⁰⁵

geschrieben, für welche Arbeit ich eine große Zärtlichkeit habe.“ Gemeint ist in etwa: Sympathie oder Wohlwollen.

⁴⁰³ Ebd. S. 284.

⁴⁰⁴ Ebd. S. 285.

⁴⁰⁵ Ebd. S. 285.

Einem möglichen Vorwurf, er habe damit seine Patienten erneut dieser schmerzlichen Traumareproduktion ausgesetzt, hielt er entgegen, das sei so nicht beabsichtigt gewesen, sondern habe sich spontan ereignet. Er war der Ansicht, dass man solche Reaktionen „[...] nicht hemmen, sondern zur Entfaltung bringen soll, ehe man sie zu meistern versucht“. Seine Analysen würden zunächst viele Monate oder sogar Jahre „auf dem Niveau der Konflikte zwischen den intrapsychischen Energien“⁴⁰⁶ verlaufen.

„Soweit aber meine Erfahrung reicht, kommt es früher oder später, allerdings oft sehr spät zum Zusammenbruch des intellektuellen Überbaues und zum Durchbruch der doch stets primitiven, stark emotiven Grundlage, und nun erst beginnt die Wiederholung und Neuerledigung des ursprünglichen Konflikts [...]“.⁴⁰⁷

Die Notwendigkeit einer tiefen Regression des Patienten ergebe sich einerseits daraus, weil der Kranke sich nur dann verständlich machen könne, wenn er in diese frühen Kindheitsstadien zurückginge, in welchen sich die Traumata ereignet haben und weil er deshalb auch nur dann ausreichend vom Analytiker verstanden werden könne.⁴⁰⁸

In dieser tiefen Regression stelle der Patient eine intensive Übertragung her, in welcher er mittels intellektueller Deutungen und aus einer neutralen, anonymen Distanz nicht mehr erreichbar sei. Gerade die Einsichtsfähigkeit, die doch die Voraussetzung für die Deutungen darstelle, sei in der tiefen Regression vermindert oder aufgehoben. Insofern sei dann auch das von Freud geforderte Durcharbeiten in dieser Phase nicht möglich. Der Kranke könne dann nämlich das „Als-ob der analytischen Situation“⁴⁰⁹ nicht mehr leisten und werde tatsächlich in dieser Phase wieder zum Kind. Um zu verstehen, was in diesem Moment in dem Patienten vorginge, müsse der Analytiker aus seiner „klassischen Beobachtungsposition“⁴¹⁰ herauskommen. Wenn nun Ferenczi in seiner als ‚Spielanalyse‘ beschriebenen Weise in das Agieren des Patienten einsteige, dann könne der Patient in diesem Stadium emotionale Neuerfahrungen machen. Körperliche Berührungen oder Gesten würden mehr bewirken können, als Worte dies könnten.⁴¹¹ Nach Cremerius habe

⁴⁰⁶ Ebd. S. 287.

⁴⁰⁷ Ebd. S. 287.

⁴⁰⁸ Vgl. Cremerius, J. (1983): S. 996.

⁴⁰⁹ Ebd. S. 997.

⁴¹⁰ Ebd. S. 999.

⁴¹¹ Vgl. ebd. S. 999.

Ferenczi an dieser Stelle ein Verfahren beschrieben, das dem heutigen „Psychodrama“⁴¹² ähnelt.

Der zweite wichtige Grund für die Notwendigkeit der tiefen Regression sei der, dass ein ‚zärtliches‘ Verhältnis zwischen Analytiker und Patient die „Basis“⁴¹³ sei, die dem Patienten die sich in der Analyse ergebenden Konflikte ertragen helfe. Wenn der Analytiker mit seinem Patienten ein zärtliches Mutter-Kind-Verhältnis herstellen könne, im Gegensatz zu den ursprünglichen krankmachenden Erlebnissen in der wirklichen Familie, dann könne der Patient im Schutze dieser neuen Erfahrung die notwendige schmerzvolle Bewältigung des ursprünglich aus der Kindheit stammenden, alten Konflikts leisten, so Cremerius.

Ferenczi beschrieb weiterhin, wie in manchen Ausnahmefällen seine Patienten in tief regrediertem Zustand auch schwere Angstanfälle und „Wutausbrüche“⁴¹⁴ produzierten, in welchen sie ihn auch angriffen, indem sie ihn etwa als grausam und herzlos anklagten, oder ihn anflehten, er möge ihnen helfen, er solle sie nicht hilflos zugrunde gehen lassen, ganz im Gegensatz zu ihrer sonstigen Höflichkeit und Gefügigkeit. Er schloss daraus, dass sie seine tatsächlichen Gedanken, Gefühle und Affekte errahnen, selbst wenn diese ihm gar nicht bewusst seien. Da sie sich aber mit ihm identifizieren, widersprechen sie normalerweise nicht und ordnen sich unter. Ausschließlich während dieser halluzinatorischen Zustände seien sie imstande, auch einmal Protest zu äußern. Für den Analytiker ergebe sich daraus die schwierige Aufgabe, auch auf versteckte Kritik gegen ihn zu achten. Der Patient wende sich mit dieser Kritik an die Hypokrisie des Analytikers, der beispielsweise auch dann eine freundliche Zuwendung und Aufmerksamkeit vorgaukele, wenn er gewisse Züge des Patienten ganz unerträglich finde oder wenn er in Gedanken viel mehr mit privaten Belangen beschäftigt ist und sich durch den Patienten gestört fühle. Diese Vorgänge solle man als Analytiker in sich selber erraten und sie vor dem Patienten offen zur Sprache bringen. Ein solches Vorgehen sei förderlich für den therapeutischen Prozess, weil das bisher Unausgesprochene, Unaufrichtige in der therapeutischen

⁴¹² Ebd. S. 996. Der Begriff „Psychodrama“ stammt von **Jakob Levy Moreno**, geb. 1889 in Bukarest, gest. 1974 in Beacon, New York State. Moreno begründete ein psychotherapeutisches Verfahren mit Elementen aus dem sog. „Stegreif-Theater“. Das Psychodrama gilt als die früheste Form der Gruppenpsychotherapie. Moreno verwandte auch den Begriff „Gruppenpsychotherapie“ als erster (1931, während der Jahrestagung der American Psychiatric Association). Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 332 f.

⁴¹³ Cremerius, J. (1983): S. 997.

⁴¹⁴ Ferenczi, S. (1933): S.304.

Beziehung jetzt aufgeklärt werden könne. Wenn der Analytiker einen Irrtum vor dem Patienten zugebe, schaffe er sich bei diesem Vertrauen.

„Die analytische Situation: die reservierte Kühle, die berufliche Hypokrisie und die dahinter versteckte Antipathie gegen den Patienten, die dieser in allen Gliedern fühlte, war nicht wesentlich verschieden von jener Sachlage, die seinerzeit – ich meine in der Kindheit – krankmachend wirkte. Indem wir bei diesem Stande der analytischen Situation dem Patienten auch noch die Traumareproduktion nahelegten, schufen wir eine unerträgliche Sachlage; kein Wunder, daß sie nicht andere und bessere Folgen haben konnte als das Urtrauma selbst. Die Freimachung der Kritik, die Fähigkeit, eigene Fehler einzusehen und zu unterlassen, bringt uns aber das Vertrauen der Patienten. *Dieses Vertrauen ist jenes gewisse Etwas, das den Kontrast zwischen der Gegenwart und der unleidlichen, traumatogenen Vergangenheit statuiert*, den Kontrast also, der unerläßlich ist, damit man die Vergangenheit nicht mehr als halluzinatorische Reproduktion, sondern als objektive Erinnerung aufleben lassen kann“.⁴¹⁵

Zusammenfassend lässt sich feststellen: anhand der Besonderheiten, die Ferenczi in der Behandlung schwer traumatisierter Patienten entdeckte, und bei welchen er mit der klassischen Methode kaum Fortschritte erzielen konnte, kam er zu der Erkenntnis, diesen Patienten müsse man mit einer anderen Methode gerecht werden. Er entdeckte bei ihnen ganz frühe Abwehrmechanismen wie Spaltung und halluzinatorisches Agieren. Und die Spaltung sei ganz wörtlich zu verstehen, denn der sich in Trance befindliche Patient sei ja in diesem Zustand wieder das Kind, das er halluziniert und in diesem Zustand sei er vermittels einer an intellektueller Einsicht und Vernunft orientierten Erwachsenensprache nicht zu erreichen. Vielmehr bedürfe er in diesem Zustand einer „mütterlichen Freundlichkeit“⁴¹⁶, welche allerdings authentisch sein müsse:

„Ich darf hier nicht verschweigen, daß die Patienten auf theatralische Mitleidsphrasen nicht reagieren, nur auf wirkliche Sympathie“.⁴¹⁷

Wie elementar wichtig die Authentizität des Analytikers ist, selbst wenn es darum geht, eher unangenehme Affekte zu offenbaren, die dieser dem Patienten gegenüber empfindet, zeigen auch Fallbeispiele anderer Autoren,⁴¹⁸ z. B. von Franz Alexander oder Paula Heimann. Sie maßen aber der Authentizität nicht diese Bedeutung bei, sondern werteten sie

⁴¹⁵ Ferenczi, S. (1933): S. 306.

⁴¹⁶ Ebd. S. 307.

⁴¹⁷ Ebd. S. 307.

⁴¹⁸ Siehe dazu: Alexander, F. (1950): S. 407-409, sowie Heimann, P. (1964): S. 491. Siehe hierzu auch Holmes, M. (2017): Paula Heimann. Leben, Werk und Einfluss auf die Psychoanalyse.

eher als Abweichung oder therapeutischen Fehler, welcher dann scheinbar nur rein zufällig die wichtigen Veränderungen in dieser Behandlungsphase bewirkt habe. Alexander zog aus der Beobachtung, dass die entscheidende Besserung kam, als der Analytiker seine Selbstkontrolle verlor und dem Patienten offen seine Abneigung eingestand, ganz andere Schlüsse, als dies Ferenczi in diesem Fall gehandhabt hätte. Auch Freud sprach sich einerseits für "Wahrhaftigkeit" aus. Dennoch war er weit davon entfernt für die Offenlegung der eigenen Gefühle dem Patienten gegenüber zu plädieren.

Ich komme abschließend auf die behandlungstechnischen Aspekte zurück, anhand derer erkennbar wird, auf welche Weise Ferenczi in seiner späten Schaffensphase, der Phase seiner „technischen Experimente“, deutlich von den Freudschen Regeln und Empfehlungen abwich. Die Unterschiede beziehen sich einerseits auf das anders geartete Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung, andererseits auf die Art, wie beide das Abstinenzprinzip in der analytischen Behandlung umsetzten.

Ferenczi hatte seine Technik der „Verzärtelung“, wie er sie nannte, an schwer traumatisierten Patienten angewandt und beschrieben, solchen mit präödiptalen Störungen, die sich gerade wegen der Schwere ihrer Störung und der demzufolge sich in den Behandlungen ergebenden schweren Regression gegenüber der klassischen psychoanalytischen Methode als behandlungsresistent erwiesen hatten. Diesen Patienten gegenüber, so Ferenczi, müsse man wie eine „zärtliche Mutter“⁴¹⁹ gegenüberzutreten.

Freuds Abstinenzempfehlungen indessen bezogen sich auf Patienten mit deutlich weniger schwerwiegenden Störungen, wie überhaupt Freud eine deutlich gesündere Klientel aufzuweisen schien (er analysierte vorwiegend Kollegen und Ausbildungskandidaten, also überwiegend an sogenannten „reiferen“ neurotischen Konflikten wie z. B. Hysterien oder Phobien leidende Patienten).

Freud selber relativierte seine behandlungstechnischen Empfehlungen insofern, als diese ja in Bezug auf die „Konversionshysterie“ gegeben worden seien und „[...] daß die analytische Technik je nach der Krankheitsform und je nach den beim Patienten vorherrschenden Trieben gewisse Modifikationen erfahren muß“.⁴²⁰

⁴¹⁹ Ferenczi, S. (1931): S. 284.

⁴²⁰ Freud, S. (1911): S. 108.

Man hätte sich zwischen Freud und Ferenczi gerade wegen ihrer unterschiedlichen Standpunkte zu diesen Behandlungsaspekten noch viele wissenschaftlich fruchtbare Debatten vorstellen können, wäre nicht ihre langjährige Freundschaft schließlich in die Brüche gegangen. Dass dies geschah, hatte verschiedene Ursachen und bot immer wieder auch Anlass für Spekulationen. Es gibt aber guten Grund anzunehmen, dass das Ende dieser Freundschaft sehr viel mit der unterschiedlichen Vorgehensweise im Umgang mit unterschiedlich schwer regredierte Patienten zu tun hatte. Es schien dabei vor allem die Tatsache, dass Ferenczi offiziell von Freuds Abstinenz-Vorstellungen abwich und die unterschiedliche innere Haltung, die beide jeweils ihren Patienten entgegenbrachten, ausschlaggebend gewesen zu sein.

Nach Ansicht Balints seien aber die inhaltlichen Differenzen so schwerwiegend gar nicht gewesen,⁴²¹ wie es die teilweise erbitterten und affektgeladenen Auseinandersetzungen, die in ihrem Briefwechsel gut dokumentiert sind, nahe legen.

Auch erscheint auffällig, wie sehr Ferenczi um einen besonders differenzierten Umgang mit den Prinzipien ‚Gewährung‘ und ‚Versagung‘ rang, so, als bemühte er sich mit dem Mut eines Verzweifelten, sich trotz seiner, von Freuds Theorien abweichenden Ideen, dennoch nicht allzu weit davon zu entfernen. Naheliegender erscheint, dass er, je mehr er dies anhand seiner behandlungstechnischen Thesen dennoch tat, immer tiefer in einen Loyalitätskonflikt zu Freud geriet.

Cremerius fasste mit folgenden Worten zusammen, welche Eigenart Freud seinem einstigen engen Vertrauten Ferenczi am meisten übel genommen haben könnte und wodurch die Freundschaft endgültig in die Brüche gegangen sein könnte:

„Es war die ihm neue Konstellation eines mütterlichen Therapeuten mit einem regredierte Patienten, die er von seiner väterlichen Position aus, die den Patienten ausschließlich in den Verstrickungen der ödipalen Konflikte sah, nicht verstehen und nicht billigen konnte“.⁴²²

Nach Ansicht von Cremerius seien es die unterschiedlichen Charaktere gewesen, die zum Bruch geführt haben. Freud habe sich gegen eine mütterliche Haltung in der Übertragung gewandt. So hatte er dies jedenfalls seiner Analysandin Hilda Doolittle gegenüber ausgedrückt: „[...] ich bin *nicht* gern die Mutter in der Übertragung – es überrascht und

⁴²¹ Balint, M. (2002): S. 182-190. Siehe auch: Cremerius, J. (1983): S. 990.

⁴²² Cremerius, J. (1983): S. 1011.

schockiert mich immer ein wenig. Ich fühle mich so sehr als Mann“.⁴²³ Und in einem strengen „väterlichen“ Ton schrieb er im Dezember 1931 an Ferenczi: „Und dann sollen Sie von brutaler väterlicher Seite die Mahnung hören [...]. Das Bedürfnis nach trotziger Selbstbehauptung scheint mir in Ihnen mächtiger, als Sie es anerkennen. Aber ich habe wenigstens das Meinige getan, meiner Vaterrolle getreu gehandelt“.⁴²⁴

⁴²³ Doolittle, H. (1976): S. 163.

⁴²⁴ Jones, E. (1978): S. 197-198.

5. Michael Balint: Keine „Entschädigung“ für entgangene Mutterliebe, sondern Verständnis und „optimale therapeutische Distanz“

Mihály (englisch: Michael) Balint wurde 1896 als Sohn eines Allgemeinarztes in Budapest geboren.⁴²⁵ Seinen ursprünglich deutschen Namen Bergsmann ließ er in den ungarischen Namen Balint umwandeln, wie das viele andere Juden während der nationalistischen Epoche aus Protest gegen die unfreiwillige Germanisierung ebenfalls taten.

1914 begann er in Budapest ein Medizinstudium, weniger seinem eigenen als vielmehr dem Wunsch seines Vaters folgend, musste dann aber während des Ersten Weltkrieges an die Front, zunächst nach Russland, dann nach Italien. Wegen einer Daumenverletzung konnte er zweieinhalb Jahre später nach Hause zurückkehren und sein Studium fortsetzen. Sein Interesse an der Psychoanalyse wurde geweckt, nachdem er im Jahr 1917 auf Anregung seiner späteren Frau Alice, Freuds „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ sowie „Totem und Tabu“ gelesen hatte. Von diesem Zeitpunkt an sei er „süchtig nach Psychoanalyse“⁴²⁶ geworden. „Diese beiden Forschungsrichtungen – die Entwicklung der Sexualfunktionen beim Individuum und die Entwicklung der zwischenmenschlichen Beziehungen – standen von da an eigentlich ständig im Mittelpunkt meines Interesses“.⁴²⁷

1919 besuchte er die Vorlesung über Psychoanalyse von Sándor Ferenczi, der später auch sein zweiter Lehranalytiker wurde. (Mit seiner ersten Analyse bei Hanns Sachs in Berlin war er nicht zufrieden, weil sie „allzu kognitiv“⁴²⁸ gewesen sei.) Gemeinsam mit seiner Frau Alice ging er 1920 von Budapest nach Berlin, wo er u. a. am Berliner Psychoanalytischen Institut arbeitete. Nach ihrer Rückkehr nach Budapest „[...] wechselten wir beide zu Ferenczi über und beendeten bei ihm unsere Ausbildung“.⁴²⁹

Bekannt wurde Balint zum einen durch „[...] sein Konzept der ‚primären Liebe‘, das er dem Freudschen Begriff des ‚primären Narzissmus‘ gegenüberstellte“.⁴³⁰ Zum anderen brachten ihm seine Beiträge zur Ausbildung von Ärzten der Allgemeinmedizin, aus denen er gemeinsam mit seiner zweiten Frau Enid die bis heute bekannten ‚Balint-Gruppen‘ entwickelte, weltweit Anerkennung.⁴³¹

⁴²⁵ Haynal, A. (2000): S. 107-122.

⁴²⁶ Siehe: Homepage ‚Michael-Balint-Klinik‘.

⁴²⁷ Balint, M. (1969): S. 9.

⁴²⁸ Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 26.

⁴²⁹ Balint, M. (1969): S. 10.

⁴³⁰ Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 26.

⁴³¹ Vgl. ebd. S. 27.

5.1 Die analytische Behandlung soll in „keimfreier“ Atmosphäre erfolgen

Bezogen auf eines seiner hauptsächlichsten Interessensgebiete, die psychoanalytische Behandlungstechnik, durchlief Balint innerhalb weniger Jahre eine Entwicklung, die seine innere Einstellung gegenüber seinen Patienten ganz entscheidend veränderte. Noch im Jahr 1933 hatte Balint sich für „Keimfreiheit“⁴³² in der psychoanalytischen Behandlung, in Bezug auf das Verhalten des Analytikers seinem Patienten gegenüber in der analytischen Situation, eingesetzt.

Damals ging es ihm, ganz im Freudschen Sinne, um die Reinhaltung der Übertragung des Patienten. In der psychoanalytischen Behandlungssituation müsse eine Klarheit herrschen. Der Analytiker dürfe auf die Assoziationen seines Patienten nicht ohne weiteres in einer Weise eingehen wie er im Alltagsleben reagieren würde. Er müsse passiv bleiben, dürfe seine eigenen Reaktionen und Emotionen, welche der Patient in ihm auslöse, nicht zeigen, sonst „[...] verwandelt sich die psychoanalytische in eine triviale allgemeinmenschliche Situation von Freundschaft oder Feindschaft, Sympathie, Liebe oder Haß bis hin zur Gleichgültigkeit“.⁴³³

Die innere Einstellung des Analytikers in Bezug auf seinen Patienten, in der konkreten therapeutischen Situation, erfordere besondere Fähigkeiten, die Balint mit der Bezeichnung „elastische Passivität“ zusammenfasste.

Um die Übertragung des Patienten unverfälscht herauszuarbeiten, dürfe der Analytiker sie nicht mit eigenen Reaktionen verunreinigen, sondern er müsse die Assoziationen des Patienten fördern, gleichzeitig aber seine eigene Gegenübertragung unter Kontrolle behalten.

„Die psychoanalytische Behandlung erfordert so etwas wie die Sterilität des Chirurgen oder Bakteriologen“.⁴³⁴

Sehr anschaulich beschrieb Balint dieses ubiquitäre Phänomen der Übertragung, das sich nicht nur zwischen Therapeuten und ihren Patienten, sondern überall dort, wo Menschen miteinander in Kontakt treten, ereigne. Sogar auf Gegenstände könne etwas „übertragen“ werden. Gerade weil sich Übertragung so häufig und fast reflexartig ereigne, müsse man

⁴³² Balint, M. (1933): S. 182.

⁴³³ Ebd. S. 182.

⁴³⁴ Ebd. S. 182.

als Analytiker besonders wachsam und den übertragenen Reizen gegenüber in besonderer Weise gewappnet sein:

„Jeder überträgt dauernd seine Gefühle auf jeden erreichbaren Nebenmenschen. Es ist unmöglich, eine klare, verständliche Situation zu bekommen, wenn das Objekt der Übertragung ein zweites menschliches Wesen ist, weil a) der andere auf die übertragenen Gefühle reagiert und b) weil er seine eigenen unabgeführten Gefühle auf den ersten überträgt. Es gibt nur einen Weg, hier zur Klarheit zu kommen, nämlich das, was ich die ‚keimfreie‘ Arbeit nannte: die elastische, taktvoll passive Haltung des Analytikers, der seine eigene Übertragung vollkommen beherrscht“.⁴³⁵

5.2 Eine völlig „keimfreie“ analytische Behandlung ist allerdings weder möglich, noch ist sie notwendig

Nur sechs Jahre später, nachdem Balint sich noch in der beschriebenen Weise für eine analytische „Keimfreiheit“ eingesetzt hatte, vertrat er nun eine andere Haltung.⁴³⁶ In seinem 1939 veröffentlichten Aufsatz ‚Übertragung und Gegenübertragung‘⁴³⁷, den er gemeinsam mit seiner Frau Alice verfasste, zeigte er u. a. auf, wie sehr die Übertragung des Patienten gerade auch durch seinen Analytiker beeinflusst werden kann, selbst bei dessen noch so sorgfältigem Bemühen um eine „keimfreie“ Behandlungsatmosphäre.

Mit dieser Erkenntnis unterschied er sich damals von einem Großteil seiner Kollegen, die unerschütterlich die Auffassung vertraten, die Beeinflussung des Patienten durch den Analytiker dürfe ausschließlich durch Deutungen erfolgen, der Analytiker müsse also passiv und neutral bleiben, dürfe dem Patienten keine Informationen über seine Person geben, gemäß Freuds Forderung, sich wie eine glatt polierte Spiegelfläche zu verhalten, und wenn die Behandlung in solcher Weise, also „keimfreier“ Atmosphäre durchgeführt werde, dann könne sich auch die Übertragung der Patienten in reiner Form entwickeln. Balint führte nun aber eine ganze Reihe von Beispielen dafür an, dass und über welche Wege dennoch Informationen über die Persönlichkeit des Analytikers zu dem Patienten gelangen und ihn demzufolge auch beeinflussen können. Freud selbst hatte bereits darauf hingewiesen: „der Analytiker hat einen Namen, ist männlich oder weiblich, hat ein bestimmtes Alter, eine Familie usw.“.⁴³⁸ Der Stil seiner Einrichtung im

⁴³⁵ Ebd., S. 190

⁴³⁶ Vergleiche auch: Gysling, A. (1995): S. 154-165.

⁴³⁷ Balint, A. und M. (1939): S. 214-221.

⁴³⁸ Ebd., S. 215.

Behandlungszimmer, die Art, wie er das persönliche Kissen des Patienten bereit legt, so Balint, mit welchen Worten er das Ende der Sitzung ankündigt etc., liefern dem Patienten weitere Rückschlüsse auf die Person des Analytikers und können ihn insofern auch beeinflussen. Jeder Patient müsse individuell behandelt werden und jeder Analytiker behandle individuell verschieden von den anderen. Insofern sei kaum vorstellbar, wie man unter diesen Bedingungen eine wirklich „keimfreie“ analytische Atmosphäre aufrecht erhalten wolle.

Erstaunlicherweise hätten aber diese unterschiedlichen Technikvarianten, die sich daraus ergeben, dass jeder einzelne Analytiker mit seinem individuellem Stil die jeweilige Behandlungsatmosphäre unterschiedlich präge, gar nicht, wie man erwarten könnte, einen solchen entscheidenden Einfluss auf den Inhalt der Übertragung und auch nicht auf den Behandlungserfolg. Unabhängig von individuellen Unterschieden in der Behandlung seien Dauer und Erfolgsrate in etwa gleich.

Die gleichwohl geführten, affektgeladenen Debatten in Bezug auf behandlungstechnische Details schätzte Balint als Beispiel der „narzißtischen Überbewertung der kleinen Unterschiede“⁴³⁹ ein.

Ohne sich hier also explizit mit dem Abstinenzprinzip zu befassen und ohne das Adjektiv ‚abstinent‘ in irgendeinem Zusammenhang zu verwenden, hatte Balint zunächst für analytische Zurückhaltung und Passivität plädiert, damit sich die Übertragung des Patienten unbeeinflusst entwickeln könne. Als er dann sechs Jahre später zu der Überzeugung kam, eine solche „keimfreie‘ analytische Methode“ sei gar nicht möglich und diese Aussage anhand mehrerer plausibler Beispiele belegte, schien in seinen Worten eine leichte Ironie mitschwingen. Anzunehmen ist, dass er schon Jahre vorher diese Vermutung hatte, aber erst jetzt damit an die Öffentlichkeit treten wollte:

„Von hier aus gesehen, ist die analytische Situation das Ergebnis eines Ineinanderspielens von Übertragung des Patienten und Gegenübertragung des Analytikers, kompliziert durch die vom Partner ausgelösten Reaktionen auf die jeweilige Übertragung. Wenn das so ist – und es ist wirklich so! –, müssen wir nicht folgern, daß es so etwas wie eine ‚keimfreie‘ analytische Methode überhaupt nicht gibt?“⁴⁴⁰

⁴³⁹ Ebd. S. 220.

⁴⁴⁰ Ebd. S. 219

Auf jeden Patienten müsse der einzelne Analytiker individuell eingehen, sodass keine Analyse – ein und desselben Analytikers – der anderen gleiche. Erst recht unterschieden sich die Behandlungsstile der verschiedenen Analytiker, da diese ja sowohl durch deren jeweils bevorzugte Technik *und* jeweilige Persönlichkeit geprägt werden.

Unabhängig von den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Behandlungs-Stilen würden aber die meisten Patienten ihre Übertragung entwickeln können.

„Von wenigen Ausnahmen abgesehen, sind unsere Patienten imstande, sich diesen verschiedenen individuellen Atmosphären weitgehend anzupassen und sich fast ungestört von der Gegenübertragung des Analytikers der Übertragung zu überlassen“.⁴⁴¹

Balint verwies in diesem Zusammenhang auf Statistiken unterschiedlicher psychoanalytischer Institute, die sich hinsichtlich Erfolgsrate und in Bezug auf die durchschnittliche Dauer der Behandlungen kaum unterscheiden, auch wenn die einzelnen Analytiker noch so unterschiedlich in ihrer Persönlichkeit und individuellem Behandlungsstil und entsprechend verschieden auch die auf den Patienten einwirkende Atmosphäre im Behandlungsraum seien.

Keimfreies, also anonymes, entpersönlichtes Therapeuten-Verhalten sei infolgedessen weder möglich, noch sei es im Hinblick auf den gewünschten Behandlungserfolg erstrebenswert.

5.3 Die Spannung muss auf einem geeigneten Niveau bleiben – auch diejenige des/ der Analytikers/-in während der Behandlung

Eine der Besonderheiten Balints bestand darin, dass er in seine behandlungstechnischen Überlegungen auch die psychische Verfassung des *Analytikers* mit einbezog. Aber damit nicht genug, er stellte in diesem Zusammenhang eine für die damalige Zeit provokante These auf: der individuelle Behandlungsstil ergebe sich daraus, dass jeder Analytiker seine Technik so gestalte, dass ihm in der analytischen Situation ausreichend Möglichkeiten blieben, mit den dort entstehenden Spannungen umzugehen:

⁴⁴¹ Ebd. S. 219.

„[...] unsere Technik, unser analytisches Verhalten hat auch für uns selber einen wichtigen ökonomischen Wert, da sie ein wohlangepasster, wohlrationalisierter, sublimierter Weg ist, Spannungen zu beheben, vor allem diejenigen, die in uns selbst entstehen, während wir uns dem Patienten zuwenden“.⁴⁴²

Die in vor allem emotionaler Hinsicht anspruchsvolle Aufgabe des Analytikers in der analytischen Situation könne dieser nur dann bewältigen, wenn er die Möglichkeit hat, innerlich damit umgehen zu können. Die Behandlungstechnik muss ja eine doppelte Aufgabe erfüllen. Sie muss einerseits dem Patienten die Möglichkeit geben, „[...] sein eigenes Unbewußtes kennenzulernen und nicht etwa das des Analytikers“⁴⁴³ und sie verlange andererseits, „[...] daß das Analysieren keine zu schwere seelische Belastung sein darf, daß die individuelle Variante der Technik für den Analytiker einen ausreichenden emotionalen Abfuhrweg bieten müsse“.⁴⁴⁴

Wie nun konkret dafür gesorgt werden könne, dass diese in der analytischen Situation sich entwickelnden Spannungen sowohl im Patienten als auch im Therapeuten auf einem günstigen Niveau gehalten werden können, beschrieb Balint erst einige Jahre später in seinem 1949 veröffentlichten Aufsatz ‚Wandlungen der therapeutischen Ziele und Techniken der Psychoanalyse‘.

Bei allen Zugeständnissen, die Balint 1939 den analytisch arbeitenden Therapeuten gewähren wollte, dass sie keineswegs etwa sterile, anonyme, entpersönlichte Figuren sein müssen, hielt er doch die Forderung aufrecht, man müsse als Analytiker für seinen Patienten als ein „Spiegel“ fungieren, wenn auch in einem anderen Sinne als dies Freud ursprünglich propagierte:

„Der Analytiker muß wirklich so etwas wie ein blankgeputzter Spiegel werden, aber nicht, indem er sich passiv wie ein unbelebtes Objekt verhält, sondern indem er unverzerrt seinen Patienten als ganzen widerspiegelt. Je klarer sich der Patient in dem Spiegelbild sehen kann, um so besser ist unsere Technik; und wenn das erreicht ist, kommt es nicht darauf an, wieviel von der Persönlichkeit des Analytikers sich durch seine relative Aktivität oder Passivität, seine Strenge oder Langmut, seine Deutungsmethoden usw. enthüllt“.⁴⁴⁵

⁴⁴² Ebd. S. 220.

⁴⁴³ Ebd. S. 220.

⁴⁴⁴ Ebd. S. 220.

⁴⁴⁵ Ebd. S. 220.

5.4 Die „Objektbeziehung“⁴⁴⁶ zwischen Analytiker/-in und Patient/-in

Einen weiteren wichtigen Schritt in der Ausarbeitung seiner behandlungstechnischen Theorien vollzog Balint, wie gesagt, im Jahre 1949, als er im Verhältnis zwischen Patient und seinem Analytiker nun den Aspekt der ‚Objektbeziehung‘ hervorhob.⁴⁴⁷ Die Begriffe der bisherigen psychoanalytischen Theorien, so seine These, tragen nicht der Tatsache Rechnung, dass jedes Symptom auch zugleich eine gestörte Objektbeziehung beinhaltet.

„Was wir jetzt benötigen, ist eine Theorie, die uns eine gute Beschreibung der Entwicklung der Objektbeziehungen liefert, die unserer jetzigen biologisierenden Theorie der Triebentwicklung ebenbürtig, aber von ihr unabhängig ist. Zu diesem Zweck brauchen wir ein Forschungsfeld, auf dem die aus der Theorie gezogenen Schlußfolgerungen nachgeprüft und validiert, modifiziert und gegebenenfalls berichtigt werden können.“⁴⁴⁸

Er bezog sich in diesem Zusammenhang auf Melanie Klein⁴⁴⁹, die mit ihren Hypothesen über die Entwicklung der Objektbeziehungen diesen Forderungen nahe kam.

Im Zentrum dieser zukünftigen Forschung müsse „[...] *das Verhalten des Analytikers in der psychoanalytischen Situation*“⁴⁵⁰ [...] stehen. Lieber würde er „[...] vom Beitrag des Analytikers bei der Schaffung und Erhaltung der psychoanalytischen Situation sprechen“.⁴⁵¹ Dies sei für ihn allerdings „[...] ein gefährliches und unhandliches Thema [...]“.⁴⁵² Gefährlich erschien ihm dieses Thema wohl deswegen, weil Balint hier zum ersten

⁴⁴⁶ Anmerkung: der Begriff „Objektbeziehung“ hat im Verlauf der Geschichte der Psychoanalyse einen Bedeutungswandel erfahren und könne, laut Laplanche und Pontalis die mit den psychoanalytischen Texten nicht vertrauten Leser irreführen. Zwar habe Freud den Begriff „Objektbeziehung“ gelegentlich benutzt, so zum Beispiel 1916 in seinem Aufsatz ‚Trauer und Melancholie‘, GW, Bd X., S. 435, dennoch habe dieser Ausdruck „nicht zu seinem begrifflichen Apparat gehört.“ Seit den 1930er Jahren habe der Begriff ‚Objektbeziehung‘ zunehmend an Bedeutung gewonnen und es sei ein „Ideenwandel“ erfolgt, der dazu geführt habe, „den Organismus nicht mehr im isolierten Zustand zu betrachten, sondern in einer Interaktion mit der Umgebung [...]“. Laplanche und Pontalis bezogen sich auch auf Balint, der auf eine „Kluft in der Psychoanalyse“ hingewiesen habe, „die zwischen einer sich auf die Kommunikation, auf die Beziehungen von Person zu Person gründenden Technik und einer Theorie bestehe, die [...] eine *one-body-psychology* bleibe“. Siehe Laplanche, J. und Pontalis, J.-B. (1973): S. 340 f.

⁴⁴⁷ Vgl. Balint, M. (1949): S. 222-235.

⁴⁴⁸ Ebd. S. 230 f.

⁴⁴⁹ **Melanie Klein**, Psychoanalytikerin, 1882 in Wien geboren, starb 1960 in London. Sie stammte aus einer Familie mit orthodoxer jüdischer Tradition, lebte einige Jahre in Berlin, begann dort eine Analyse bei Karl Abraham, die sie, bedingt durch dessen Tod, im Jahr 1925 beenden musste. Danach übersiedelte sie nach Großbritannien, einer Einladung durch Ernest Jones folgend, wo sie bis zu ihrem Tod lebte und arbeitete. Sie wurde vor allem durch ihre Entwicklung der ‚Spieltechnik‘ bekannt, einer psychoanalytisch orientierten Behandlung von sehr jungen Kindern.

⁴⁵⁰ Balint, M. (1949): S. 231.

⁴⁵¹ Ebd. S. 231.

⁴⁵² Ebd. S. 231.

Mal etwas konkret aussprach, was bislang in Fachkreisen noch niemand gewagt hatte, nämlich dass, wie jede andere menschliche Beziehung, auch die Beziehung zwischen Analytiker und Patient etwas Libidinöses beinhalte und zwar *sowohl* die Beziehung des Patienten zum Analytiker, als umgekehrt auch die Beziehung des Analytikers zu seinem Patienten, „[...] auch wenn wir sie ‚Gegenübertragung‘ oder ‚korrektes analytisches Verhalten‘ [...] oder ‚objektives, freundliches Verstehen und wohlberechnetes Deuten‘ nennen [...]“.⁴⁵³ Diese Tatsache müsse anerkannt werden, wie auch die Schlussfolgerung, die sich daraus ergebe:

„Für den Patienten gilt ebenso wie für den Analytiker, daß kein Mensch auf die Dauer eine Beziehung ertragen kann, die nur Versagung, d. h. eine dauernd wachsende Spannung zwischen ihm und seinem Objekt ist. Früher oder später muß die Spannung durch bewußte oder unbewußte Maßnahmen zur Entladung kommen“.⁴⁵⁴

Es ging ihm keineswegs darum, diese Spannung, welcher beide Beteiligte ausgesetzt seien, generell zu verhindern, sondern sie solle auf einem geeigneten, einem „optimalen“ Niveau gehalten werden. Davon ausgehend stellte sich ihm die Frage,

„[...] wieviel und welche Befriedigung einerseits vom Patienten, andererseits vom Analytiker benötigt wird, um die Spannung in der psychoanalytischen Situation so optimal wie möglich zu halten“.⁴⁵⁵

Eine Quelle, wie der Analytiker Befriedigung aus der psychoanalytischen Situation ziehen könne, sah Balint in seiner individuellen Sprache, also der Gesamtheit aller Begriffe und Formulierungen, mit welchen er den Patienten seine Deutungen zukommen lasse, die insofern seinen individuellen „Bezugsrahmen“⁴⁵⁶ in der Behandlung bilden.

Balint fand die Tendenz der meisten Analytiker, ausschließlich den eigenen sprachlichen „Bezugsrahmen“ zu verwenden und jegliche davon abweichende abzulehnen, auffällig. Er schloss daraus, die ausschließliche Verwendung ihrer eigenen Sprache müsse ihnen wohl eine besondere Befriedigung bieten.

Eine detaillierte Ausarbeitung darüber, aus welchen weiteren Quellen oder über welche anderen Gewohnheiten oder Besonderheiten in der analytischen Behandlung von Patienten

⁴⁵³ Ebd. S. 231.

⁴⁵⁴ Ebd. S. 231 f.

⁴⁵⁵ Ebd. S. 232.

⁴⁵⁶ Ebd. S. 232.

die Analytiker ebenfalls Zufriedenheit ziehen könnten oder Möglichkeiten, ihre Spannung auf einem optimalen Niveau zu halten, legte er an dieser Stelle nicht vor, zumal er sich mit seinen Thesen für die damalige Zeit bereits weit aus dem Fenster gelehnt hatte. Umso ausführlicher widmete er sich – als behandelnder Psychoanalytiker, als Autor psychoanalytischer Schriften und vor allem auch als Forscher – der Frage, ob, zu welchem Zeitpunkt, wie viel und welche Art von Befriedigungen dem *Patienten* im Rahmen der analytischen Situation gewährt werden sollte und mit welcher Begründung.

Eine wichtige Voraussetzung dafür, dass der analytische Prozess überhaupt in Gang kommen könne, der Patient also genau die Bedingungen im Behandlungsraum vorfinde, die ihm ermöglichen, sich zu offenbaren, bestand für Balint in einer für den Patienten „geeigneten Atmosphäre“⁴⁵⁷ die der Analytiker ihm bieten solle.

Am Beispiel des Umgangs mit *schweigenden* Patienten versuchte er diese These zu verdeutlichen. Die bisher üblichen analytischen Techniken zielten alle in irgendeiner Weise darauf ab, mit einem bereits eingetretenen Schweigen *umzugehen* – ob man nun wie Freud seinerzeit den Patienten buchstäblich dränge, sein Schweigen zu beenden oder ob man versuche, die Gründe für das Schweigen herauszufinden, ob man dem Patienten aufzeige, dass er immer in bestimmten Situationen schweige oder ihm den eben in dieser Situation benutzten Abwehrmechanismus deute. Alle diese Interventionen ließen dabei außer acht, „[...] daß das Schweigen nicht durch die Übertragung des Patienten oder die Gegenübertragung des Analytikers verschuldet ist, sondern durch ein Wechselspiel von Übertragung und Gegenübertragung, d. h. eine Objektbeziehung“.⁴⁵⁸

Ein weitaus sinnvollerer Vorgehen bestünde aber darin, es gar nicht zu einem lähmenden Schweigen kommen zu lassen. Daher tue man als Analytiker gut daran, für eine günstige Behandlungsatmosphäre zu sorgen, eine solche nämlich, die dem Patienten ermögliche, sich vertrauensvoll zu öffnen. Umgekehrt formuliert ginge es um „*Vermeidung* der Schaffung einer Atmosphäre, die den Patienten veranlaßt, sich zu verschließen“.

Zu einer ‚geeigneten‘ Behandlungsatmosphäre gehöre auch, in einer geeigneten Sprache mit dem Patienten zu sprechen. Die bisher übliche Art, dies zu tun, sei aber eine Sprache der „Einkörper-Psychologie“.⁴⁵⁹ Psychoanalytische Behandlung in Praxis wie Theorie sei

⁴⁵⁷ Ebd. S. 234.

⁴⁵⁸ Ebd. S. 234.

⁴⁵⁹ Ebd. S. 235.

bislang durch eine Ein-Personen-Sprache geprägt gewesen. Die analytische Situation sei aber eine „Zwei-Personen-Situation“.⁴⁶⁰

„Unbemerkt gleiten wir wieder in die gewohnten, nur das eine Individuum betreffenden Begriffe von Triebspannung, Verschiebung, Agieren, Wiederholungszwang, Übertragung [...] usw. des Patienten hinein. Hinsichtlich des Analytikers dagegen sprechen wir von freundlichem Verständnis, korrekter Deutung, Behebung der Angst, Beruhigung, Ich-Stärkung usw. Alle diese Beschreibungen sind innerhalb ihrer Grenzen durchaus korrekt. Aber sie gehen eben nicht über das Individuum hinaus und bleiben durch Vernachlässigung eines wesentlichen Faktors unvollständig, nämlich, daß alle diese Erscheinungen in einer Wechselbeziehung zwischen zwei Individuen und im Rahmen einer [...] Objektbeziehung auftreten“.⁴⁶¹

Seine zehn Jahre zuvor aufgestellte Behauptung, die Übertragung des Patienten würde sich „fast ungestört von der Gegenübertragung des Analytikers“ entwickeln, konnte er damit nicht mehr länger aufrecht erhalten. An der Tatsache, dass Übertragung eben *kein* statisches und praktisch unbeeinflussbares Phänomen in der analytischen Behandlung ist, kam kein ernsthafter Forscher mehr vorbei.

⁴⁶⁰ Ebd. S. 235. Anmerkung: Es ist ein interessantes Phänomen, dass Michael Balint noch im Jahr 1949 diesen Mangel an echtem ‚Dialog‘ innerhalb der psychoanalytischen Technik und ihrer Sprache feststellen konnte. Es sei in diesem Zusammenhang der jüdische Philosoph und Religionswissenschaftler **Martin Buber** (1878-1965) erwähnt, der sich in seinen Werken für eine „Philosophie des Dialogs“ einsetzte, welche vor allem in seinem berühmtesten Werk „Ich und Du“, das bereits 1923 erschien, zum Ausdruck kommt. Mit seiner Philosophie des Dialogs nahm Martin Buber Einfluss auf Vertreter vieler psychotherapeutischer Schulen, zum Beispiel auf Carl Rogers, den Begründer der sog. Klientenzentrierten Psychotherapie, in Deutschland auch unter der Bezeichnung ‚Gesprächspsychotherapie‘ bekannt. [Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 73 f.]. Dagegen fanden die Ideen Martin Bubers innerhalb der psychoanalytischen Forschung, Theorie und Behandlungstechnik jahrzehntelang vergleichsweise wenig Beachtung, bis etwa ab der 1970er Jahre, als man im Bereich der Entwicklungspsychologie vor allem auch die Interaktion und Kommunikation zwischen Mutter und Kind intensiver zu erforschen begann, beispielsweise durch Daniel Stern. Thomä und Kächele schrieben 1997: „Nicht zuletzt durch die Untersuchungen von Stern [...] erhalten die philosophischen Vorstellungen von Buber über *Das dialogische Prinzip* und über die Bedeutung des ‚Zwischenmenschlichen‘ eine entwicklungspsychologische Grundlage. Bubers Ideen sind für das Verständnis des psychoanalytischen Dialogs fruchtbar zu machen.“ Siehe Thomä, H. u. Kächele, H. (1997): S. 323.

⁴⁶¹ Ebd. S. 234 f.

5.5 Die Bedeutung von „Befriedigung“ und/oder „Versagung“ frühkindlicher Bedürfnisse und ihr Einfluss auf das ‚Hier und Jetzt‘ in der analytischen Situation

Die Gesamtheit dieser in diesem Zusammenhang neuen Erkenntnisse – nicht nur die von Balint gewonnenen – kündigten ungefähr ab Beginn der 1950er Jahre eine neue Entwicklungsphase in der Theorie und Praxis der psychoanalytischen Behandlungstechnik an.

Immer mehr verschob sich der Blickwinkel in der psychoanalytischen Behandlung auf die Prozesse, die sich in der „Zwei-Personen-Situation“ ereignen, womit zugleich der Schwerpunkt des wissenschaftliches Interesses nicht mehr nur auf den Patienten bzw. Analysanden gerichtet war sondern ebenso auf den Anteil des Analytikers am analytischen Prozess.

Diese andere Sicht, nämlich die ‚Objektbeziehung‘ in den Mittelpunkt der psychoanalytischen Behandlungstechnik zu stellen, war für Balint auch dann wesentlich mitentscheidend, wenn es um die Frage ging, welche Art von *Befriedigung*, in welchem Ausmaß, in welcher Behandlungsphase dem Patienten gewährt werden dürfe bzw. wann und warum wie viel *Versagung* notwendig sei. Dabei erschien ihm, dem neben Praxis und Theorie die psychoanalytische Forschung immer ein besonderes Anliegen gewesen ist, bedeutsam, seine Thesen mit möglichst präzisen entwicklungspsychologischen Erkenntnissen zu untermauern.

Als Balint diesbezüglich 1937 über ‚Frühe Entwicklungsstadien des Ichs‘⁴⁶² schrieb, war das Wissen über die seelische Entwicklung des Kindes im Säuglings- und Kleinkindalter, also *vor* der ödipalen Phase, noch sehr lückenhaft, da bislang nur die Zeit danach, ab der ödipalen Phase, erforscht worden war. Da Balint für den Zeitraum davor, also den prä-ödipalen Entwicklungszeitraum nur sehr widersprüchliche Theorien⁴⁶³ vorfand, suchte er

⁴⁶² Balint, M. (1937): S. 83-102.

⁴⁶³ Balint verglich in diesem Zusammenhang die voneinander abweichenden Theorien seiner Kollegen, je nachdem ob sie in London, Wien oder (wie Balint selbst) in Budapest forschten. Wörtlich schrieb er: „Leichte Unterschiede im angenommenen theoretischen Bild wären schon verständlich, wir lesen und hören aber Ausführungen, welche sehr stark voneinander abweichen, oft sogar einander diametral entgegengesetzt sind, einander ausschließen. Merkwürdigerweise scheinen diese Gegensätze eine Funktion der geographischen Entfernung zu sein, so daß man – trotz bestehender Divergenzen – doch von lokalen Ansichten sprechen kann. Wahrscheinlich wird sich jeder unter uns dagegen wehren, seine Arbeiten in eine lokale Ansicht untertauchen zu lassen, und wird sich dabei auf starke Kontroversen innerhalb seiner eigenen Gruppe berufen; nichtsdestoweniger erscheinen die Ergebnisse seiner Arbeit Fernerstehenden als einzelne Töne eines lokalen Zusammenklanges. Solche ‚lokalen‘, nicht identischen, wohl aber zusammenklingenden Ansichten haben sich in den letzten Jahren in London, in Wien und in Budapest ausgebildet. [Absatz im Originalzitat! E.S.] Das Wort ‚Ansichten‘ habe ich mit Absicht benützt. Wir dürfen nämlich nicht vergessen, daß hier

nach Möglichkeiten in dessen Erforschung möglichst unvoreingenommen vorzugehen. Er war davon überzeugt, nur dann, wenn man über ausreichende Kenntnisse auch über diesen frühen Lebensabschnitt der Patienten verfüge, könne man ihre Assoziationen, Reaktionen und Verhaltensweisen im Hier und Jetzt richtig einordnen und deuten. Nur unter diesen Voraussetzungen könne man behandlungstechnisch angemessen intervenieren.

Er ging zunächst von Freuds Erkenntnissen sowie denjenigen seines zweiten Lehranalytikers und Vorbildes Ferenczi aus.

Im Rahmen der zu diesem Zeitpunkt üblichen wissenschaftlichen Herangehensweise wurden jetzige seelische Phänomene in direktem Kausalzusammenhang mit früheren Lebensbedingungen gesehen.

„Diese rückläufige Arbeitsrichtung muß aber irgendwo stehen bleiben, und zwar dort, wo das früher Dagewesene, das Ursprüngliche nicht mehr gut beobachtet, nur mehr aus dem Beobachtbaren gefolgert werden kann“.⁴⁶⁴

Die Zeit *vor* Beginn der ödipalen Phase, also vor dem dritten bis vierten Lebensjahr lässt sich im Vergleich zu der Erforschung späterer Lebensabschnitte aus naheliegenden Gründen viel schwerer erforschen, vor allem wegen der noch weitgehend fehlenden bzw. noch nicht ausgereiften Erinnerungsfähigkeit und Sprache. Es überraschte insofern nicht, dass in Bezug auf die psychische Entwicklung während dieser Zeitspanne widersprüchliche Theorien existierten.

Dessen ungeachtet, ging Balint zunächst von Freuds Feststellung aus, das kindliche Seelenleben in dieser Phase sei zum einen vor allem durch eine maßlose Gier geprägt, andererseits durch eine Unfähigkeit zur Befriedigung, verbunden mit der Enttäuschung, von der Mutter zuwenig Zuwendung bekommen zu haben⁴⁶⁵. Zu diesem Schluss war Freud offenbar anhand häufiger, in den analytischen Sitzungen vernommenen, an die Mütter

letzten Endes um theoretische Konstruktionen diskutiert wird. Denn darin sind wir wohl einig, daß in der Wirklichkeit der früheste Zustand der menschlichen Seele in London sich nicht wesentlich von dem in Wien oder in Budapest unterscheiden wird, und auch darin, daß wir alle ungefähr gleich gut oder gleich schlecht analysieren können. In den erzielten therapeutischen Resultaten kann man wenigstens keine großen Unterschiede erkennen. Nur nehmen die Forscher aus verschiedenen Gruppen verschiedene Standpunkte ein und benützen eine etwas verschiedene Terminologie; daraus resultieren eben diese so unangenehm divergierenden Ansichten.“ Siehe Balint, M. (1937): S. 83 f.

In diesem Zitat wird eine typische Haltung innerhalb der wissenschaftlichen Position Balints deutlich, wie Haynal feststellte: Balint war bemüht, „das *Warum* von Kontroversen zu begreifen und zur Entwicklung von deren Verständnis beizutragen“ und sie nicht etwa durch rigide eigene Überzeugungen zu widerlegen. Siehe Haynal, A. (2000): S. 98 f.

⁴⁶⁴ Balint, M. (1937): S. 83.

⁴⁶⁵ Ebd. S. 84. Balint bezog sich dabei und zitierte Freud, S. (1931): S. 524.

gerichteten Vorwürfe gekommen. Im Gegensatz zu den Müttern in den „primitiven“ Kulturen nämlich, so Freud, welche ihre Kinder zwei bis drei Jahre lang stillen, würden die Kinder in unserer Kultur nur höchstens sechs bis neun Monate gestillt werden. Aber ganz gleich, wie lange tatsächlich das Kind an der Mutterbrust genährt worden war, so Freud, das Kind werde der Mutter immer vorwerfen, zuwenig Milch von ihr bekommen zu haben. „So groß ist die Gier der kindlichen Libido“.⁴⁶⁶

Für dieses Phänomen wollte Balint eine plausible Erklärung finden. Balint bezweifelte die Existenz eines „primären Narzißmus“⁴⁶⁷ des Neugeborenen, wonach sich der Säugling noch in einem vollkommen „autistischen“ Zustand befinde und dass aus dieser autistischen Wahrnehmung heraus für das Kind demzufolge auch noch keinerlei Objekte existieren, nicht einmal das wichtigste – weil es nährnde – Objekt, also seine Mutter. Auf jede *zu spät erfolgte* Bedürfnisbefriedigung des Kindes reagiere es mit Aggression oder Hass. Wenn es etwa zu lange hungern müsse, dann fühle es sich hilflos der bösen, versagenden Umwelt ausgeliefert und reagiere entsprechend mit Aggression und Feindseligkeit. Konkret sprach Joan Rivière, als Mitglied der englischen Forschungsgruppe von „oral-sadistischen“⁴⁶⁸ Regungen des Säuglings, die *entweder eine Reaktion* auf verspätete Befriedigung, aber auch *ohne jeden auslösenden Reiz* vorhanden sein können und „als Manifestation des nach außen gewendeten Todestriebes“⁴⁶⁹ interpretiert wurden.

Mit dieser Erklärung gab sich Balint nicht zufrieden. Da die Erlebnisse der ersten Lebensmonate – die doch von so entscheidender Bedeutung seien – nicht erinnert werden können, müsse ein anderer Zugang gefunden werden. „Prinzipiell wären [...] zwei Wege möglich: die direkte Beobachtung des Kindes und die Rekonstruktion des kindlichen Verhaltens aus den Daten des erwachsenen Lebens“.⁴⁷⁰

Konkret fragte er sich, inwieweit man innerhalb einer analytischen Behandlung aus Übertragungserscheinungen des Patienten Rückschlüsse auf dessen seelische Erlebnisse in den ersten Lebensmonaten ziehen könne.

⁴⁶⁶ Balint, M. (1937): S. 84. Zitat Freud, S. (1931): S. 527.

⁴⁶⁷ Balint, M. (1937): S. 86. Siehe auch Laplanche, J. / Pontalis, J.-B. (1972): S. 321 f.

⁴⁶⁸ Balint, M. (1937): S. 85.

⁴⁶⁹ Ebd. S. 85.

⁴⁷⁰ Ebd. S. 88.

Ähnlich der Beobachtungen, die Ferenczi anhand seiner Patientenbehandlungen gewonnen hatte⁴⁷¹, stellte sich auch für Balint heraus, dass in praktisch jeder analytischen Behandlung von Patienten, in einer bestimmten, fortgeschrittenen Phase überraschend übereinstimmende Muster auftauchen:

„Wir sind [...] davon ausgegangen, die formalen Elemente der analytischen Situation, weit mehr als bisher, als Übertragungserscheinungen zu betrachten, in der Hoffnung, auf diesem Wege wertvolle Daten zur individuellen Geschichte des Menschen zu erhalten. Diese Hoffnung hat sich auch erfüllt, wir haben aber weit mehr gefunden.

Es hat sich herausgestellt, daß bestimmte Züge der analytischen Situation ganz monoton in jeder Kur zum Vorschein kamen, sogar um so mehr und um so klarer zu beobachten waren, je mehr der Patient – eben durch die Analyse – von den erinnerbar erworbenen seelischen Mechanismen befreit wurde. [...] wir wollten sehen, *wieviel von den beobachteten, monoton immer wiederkehrenden Zügen der analytischen Situation auf frühinfantile Erlebnisse zurückführbar wäre*, noch richtiger, *wie weit aus diesen leicht verifizierbaren Beobachtungen auf die frühinfantilen Seelenvorgänge gefolgert werden könnte*“.⁴⁷²

Ihm war aufgefallen, dass praktisch alle Patienten im fortgeschrittenen Stadium der psychoanalytischen Behandlung ganz bestimmte, meist auf den Analytiker bezogene Wünsche äußerten, z. B. den Analytiker beim Vornamen nennen oder „ihn anfassen zu dürfen, oder von ihm berührt, gestreichelt zu werden“, Balint sprach von „Anklammerungserscheinungen“.⁴⁷³ Wenn er den Patienten nun diese „primitive(n) Wunschbefriedigungen“⁴⁷⁴ versagte, so kam es bei ihnen regelmäßig zu sehr ausgeprägten, kindlich anmutenden Reaktionen, wie tiefer Verzweiflung, Wertlosigkeitsgefühlen, Verlust der seelischen Sicherheit, „[...] gemischt mit der gehässigsten Aggression, mit wildesten sadistischen Phantasien, mit Orgien der raffiniertesten Quälereien und Erniedrigungen des Analytikers“.⁴⁷⁵

Wenn dagegen der Analytiker auf die Wünsche einging, kam es zunächst zu schlagartiger Besserung bis hin zu glückseligen Zuständen der Patienten. Aber sobald er nur wieder einen Wunsch versagte, kam es erneut zu Verzweiflung und Hass auf den Analytiker.

⁴⁷¹ Anmerkung: Ähnlich Ferenczi entwickelte auch Balint diese Hypothesen anhand seiner Beobachtungen solcher Patienten, „die die ödipale Ebene nicht erreicht haben“, die also gravierende strukturelle Störungen aufwiesen. Vgl. Haynal, A. (2000): S. 85.

⁴⁷² Balint, M. (1937): S. 88 f.

⁴⁷³ Ebd. S. 90.

⁴⁷⁴ Ebd. S. 89.

⁴⁷⁵ Ebd. S. 89.

Der ganze Ablauf dieser Erscheinungen, vor allem die – nicht aus der aktuellen analytischen Situation erklärbar – Heftigkeit dieser Reaktionen ließ Balint zu der Überzeugung kommen, bei diesen Erscheinungen müsse es sich um Reaktionen auf in der frühen Kindheit erlittene Versagungen handeln, die nun eben an der Person des Analytikers wiedererlebt werden. Zugrunde liege der sehr ausgeprägte aber unbewusste Wunsch des Patienten,

*„[...] ich soll geliebt, befriedigt werden, und zwar ohne die kleinste Gegenleistung meinerseits“.*⁴⁷⁶

Erst dann, wenn das Kind die Erfahrung mache, dass diese elementaren Wünsche nicht oder nur unzureichend oder zu einem zu späten Zeitpunkt erfüllt werden, würde es sich auf sich selbst zurückziehen und erst dann käme es zu vermehrter Selbstliebe und Selbstbefriedigung. Nebenbei widerlegte Balint damit auch die Hypothese des „primären Narzißmus“. („Was man klinisch zu sehen bekommt, ist immer nur der sekundäre Narzißmus“⁴⁷⁷).

Die biologische Verbundenheit, die zwischen Mutter und Säugling besteht, nannte Balint eine „primäre Objektbeziehung“, welche durch eine wechselseitige „triebhaftige Aufeinanderbezogenheit“ gekennzeichnet sei. Mutter und Kind „befriedigen sich selbst durch einander, ohne auf einander Rücksicht nehmen zu müssen“. Da aber in unserer Kultur diese Verbundenheit erheblich zu früh aufgelöst werde, käme es infolgedessen zu den beschriebenen „Anklammerungstendenzen“ und es ließe sich daraus eben auch die „unersättliche Gier unserer Kinder“⁴⁷⁸ erklären.

Bezogen auf die analytische Situation mit einem erwachsenen Patienten und seinem Analytiker könne es in einer bestimmten fortgeschrittenen Behandlungsphase vonseiten des Patienten zu den beschriebenen – im Grunde harmlosen – Zuwendungswünschen an den Analytiker kommen.

In diesem Falle sei weder ein passives analytisches „Versagen“ dieser Wünsche, noch deren bedingungslose Befriedigung eine geeignete Intervention. Vielmehr komme es darauf an, diese Wünsche „im richtigen Zeitpunkt und im richtigen Ausmaß“ zu befriedigen. Denn dann käme es nicht zu jenen auffallenden Reaktionen, sondern der

⁴⁷⁶ Ebd. S. 91.

⁴⁷⁷ Ebd. S. 99.

⁴⁷⁸ Ebd. S. 94.

Patient erlebe dann ein „*stilles, ruhiges Wohlbehagen*“, und nicht jene „suchtartigen Befriedigungserlebnisse“, die sich dann etwa einstellten, wenn der Analytiker, wie Ferenczi dies teilweise während seiner experimentellen Schaffensphase tat, bedingungslos die Patientenwünsche befriedigte.

„Jetzt endlich konnte ich mir erklären, woher die lärmenden, suchtartigen Befriedigungserlebnisse kamen, durch welche ich mich anfangs so verwirren ließ. Sie sind keine naiven, keine primären Reaktionen, sondern haben bereits eine Vorgeschichte, sie sind Reaktionen auf erlittene Versagungen [...]“.⁴⁷⁹

Die Beobachtungen bzw. Erfahrungen, welche Balint mit seinen eigenen Patienten in fortgeschrittenen Behandlungsphasen der Analyse machte, glichen durchaus denjenigen, die seinerzeit Ferenczi mit seinen Patienten gesammelt hatte. Im Unterschied zu diesem zog Balint aus seinen Erkenntnissen andere Konsequenzen in Bezug auf die sich daraus ergebenden therapeutischen Interventionen.

Sowohl Ferenczi als auch Balint arbeiteten mit schwer regredierte Patienten, die bekanntlich, so Balint „[...] sehr hohe Ansprüche [...] stellen und suchtartige Zustände [...] entwickeln [...]“.⁴⁸⁰ Entsprechend schwierig gestaltete sich bei ihnen die Behandlungsführung. Balint erläuterte dies anhand der Beschreibung eines der Experimente von Ferenczi, der einer regredierte Patientin soviel Zeit eingeräumt hatte, wie sie verlangte, zu allen Tages- wie auch Nachtzeiten und dies über Jahre hinweg bis zu seinem Tod. Das ging so weit, dass Ferenczi die Patientin sogar auf Reisen mitnahm, um ihr keine Therapieunterbrechung zumuten zu müssen. Zu dem Zeitpunkt als Ferenczi diese Behandlung beenden musste, weil er seinerseits sehr krank wurde, sei der Zustand der Patientin nach Balints Einschätzung zwar „erheblich gebessert“⁴⁸¹ aber bei weitem noch nicht geheilt gewesen.

Ferenczi war also bestrebt gewesen, seinen Patienten etwas zu geben, was sie im Kindesalter nie bekommen hatten, ihnen gewissermaßen als Ersatzmutter einen Ausgleich für ihre in der frühen Kindheit erlittenen unangemessenen Entbehrungen zu bieten, indem er praktisch bedingungslos ihre Übertragungswünsche erfüllte.

In bemerkenswerter Offenheit beschrieb Balint, auch er habe zunächst

⁴⁷⁹ Ebd. S. 90.

⁴⁸⁰ Balint, M. (2002): S. 134.

⁴⁸¹ Ebd. S. 136.

„[...] in der gleichen Richtung experimentiert und auch die Versuche anderer beobachtet. Insgesamt scheint es mir, als könnten manche Analytiker aus ihrer Veranlagung heraus dieser Versuchung nicht widerstehen, besonders wenn es sich um einen ‚wertvollen‘ Patienten handelt“.⁴⁸²

Im weiteren beschrieb Balint, weswegen man sich überhaupt auf solche „großen Experimente“ eingelassen hatte.

Zwar habe das Wohl des Patienten im Vordergrund gestanden, aber es sei auch um den seelischen Zustand des Analytikers gegangen bzw. um eine Milderung der quälenden Spannung, die ja immer dann entsteht, wenn er miterleben muss, wie eine – doch womöglich unnötige – Versagung dem Patienten überflüssiges Leiden verursacht:

„Der Analytiker erkennt, daß sein gewohntes Verhalten teilnehmender, aber passiver Objektivität von manchen Patienten als unverdiente und unerträgliche Versagung empfunden wird, und daß es nichts nützt, wenn man diese Enttäuschung wie jedes andere Symptom der sich entwickelnden Übertragungsneurose behandelt. Vielleicht hegte er selbst schon einige Zweifel, ob es richtig sei, um jeden Preis in der objektiven, teilnehmenden Passivität zu verharren; jedenfalls erweisen sich die ungelinderten Leiden und Entbehrungen des Patienten als zu viel für ihn, und er entschließt sich – entweder allein oder in Übereinstimmung mit dem Patienten –, eine neue Heilmethode einzuführen, indem er über die traditionelle Passivität etwas hinausgeht. Dieses ‚etwas mehr‘ bedeutet immer Befriedigung einiger regressiver Wünsche des Patienten oder positives Eingehen auf sein Agieren“.⁴⁸³

Das sei allerdings nur unter bestimmten Bedingungen sinnvoll, in der Endphase der Behandlung, bei Patienten mit nicht zu schwerer „Grundstörung“⁴⁸⁴. Einige seiner Kollegen seien aber dazu über gegangen, auch bei schwerkranken Patienten und bereits von Behandlungsbeginn an in dieser Weise zu verfahren. Dieses „große Experiment“⁴⁸⁵ hätte allerdings, abgesehen von vorübergehenden Besserungen, nicht die erhofften Behandlungserfolge erbracht.

Balint tendierte weder zur bedingungslosen Befriedigung solcher regressiver Übertragungswünsche, noch zu einer prinzipiell versagenden Haltung, sondern seine diesbezügliche Haltung erschien weitaus differenzierter.

⁴⁸² Ebd. S. 136.

⁴⁸³ Ebd. S. 137.

⁴⁸⁴ Den Begriff der „Grundstörung“ wollte Balint anstelle der seinerzeit üblichen Bezeichnungen ‚Störungen in der ‚prä-ödpalen‘, der ‚prä-genitalen‘ oder ‚prä-verbalen‘ Ebene‘ verwenden, da ihm „Grundstörung“ weniger belastet erschien. Heute würde man von „früher“ oder „struktureller“ Störung sprechen. Siehe: Balint, M. (2002): S. 19.

⁴⁸⁵ Ebd. S. 137.

5.6 Die Folgen der „Versagung“

Ausgehend von seinen Überlegungen, welches denn das eigentliche Ziel einer jeden psychoanalytischen Behandlung sei, hatte er sich schon früh die grundlegenden Fragen, was den Menschen denn eigentlich krank mache und „wodurch unsere Patienten gesund werden“⁴⁸⁶ neu gestellt. Bezüglich der Kernfrage, welche Bedingungen den Menschen ursprünglich krank werden lassen, maß er der Versagung wichtiger Bedürfnisse eine zentrale Rolle zu.

In Bezug auf das Endziel einer Behandlung unterschied Balint zwei Meinungsgruppen: Die „klassische“ Gruppe nach Freud, deren Schwerpunkt auf den strukturellen seelischen Veränderungen liege, sie definiere als Behandlungsziele „[...] *das Bewußtmachen des Unbewußten* oder *die Aufhebung der infantilen Amnesie* oder *die Überwindung der Widerstände*“.⁴⁸⁷ Über den Vorgang des „Durcharbeitens“⁴⁸⁸ der in der Behandlung gewonnenen Erkenntnisse können diese Ziele erreicht und damit der Patient gesund werden.

Die zweite Gruppe stelle dagegen das Emotionelle in den Vordergrund und plädiere dafür, die Behandlung solle darauf ausgerichtet sein, „das Abreagieren der eingeklemmten Affekte“⁴⁸⁹ zu ermöglichen.

Balint widmete sich zunächst der Frage, wodurch ein Kind in seiner psychischen Entwicklung Schaden nimmt. Schon Ferenczi hatte betont, wie sehr das Kind darauf angewiesen sei, vom äußeren Objekt geliebt und versorgt zu werden. „Es liebt nicht, sondern *es wird geliebt*“.⁴⁹⁰

Im Verlauf seiner Entwicklung wird das Kind immer mehr Bedürfnisse haben und es wird unweigerlich dazu kommen, dass einige davon nicht erfüllt werden können. Das Kind wird darauf mit Hass und Aggression antworten und in dieser Situation sei die darauf folgende Reaktion der Erziehungsperson ausschlaggebend dafür, ob die weitere kindliche Entwicklung gestört verlaufe oder nicht. Entscheidend sei nicht, die Wünsche des Kindes alle nachträglich doch noch zu erfüllen, sondern es solle versucht werden, das Kind mit

⁴⁸⁶ Balint, M. (1934): S. 191.

⁴⁸⁷ Ebd. S. 192.

⁴⁸⁸ Ebd. S. 192.

⁴⁸⁹ Ebd. S. 193.

⁴⁹⁰ Ebd. S. 196.

einem ausreichenden Maß an Liebe und Verständnis „an die Realität zu binden“.⁴⁹¹ Im umgekehrten Falle, wenn dagegen die Erziehungsperson mit Unverständnis reagiere, dann drohe eine narzisstische Entwicklung des Kindes mit u. a. autoerotischem Rückzug.

In Anlehnung an eine These von Freud, dass „manche Partialtriebe der Sexualität“⁴⁹² ursprünglich auf ein *Objekt* gerichtet seien und es höchstens *sekundär* zu einer autoerotischen Entwicklung komme, gewann Balint die Überzeugung, es seien

„[...] alle Triebe, auch die von Anfang an sogenannten autoerotischen, ursprünglich objektgebunden. Diese primitive Objektbeziehung wäre immer passiver Art. Dieser passive Urzweck der menschlichen Sexualität – das Befriedigtwerdenwollen oder das Geliebtwerdenwollen – wird zeitlebens beibehalten. Die Realität, die unvermeidliche äußere Versagung, zwingt dem Menschen Umwege auf, und er muß mit diesen vorliebnehmen. Der eine Umweg wäre die Autoerotik, der Narzißmus; wenn die Welt mich nicht genügend befriedigt, nicht genügend liebt, so muß ich mich selbst befriedigen, selbst lieben. Der andere Umweg ist die aktive Objektliebe; diese erreicht den ursprünglichen Zweck schon besser, aber durch Opfer. Wir lieben, befriedigen unseren Partner (dies ist das Opfer), um endlich durch ihn wiedergeliebt, befriedigt zu werden“.⁴⁹³

Bezogen auf die psychoanalytische Behandlung müsse die wichtige Tatsache beachtet werden, dass an der Entstehung von Neurosen eine Ursache „die reale Versagung“⁴⁹⁴ sei.

„Der Mensch wird krank, weil die Umgebung ihn von seiner Kindheit an mehr oder minder verständnislos behandelt hat. Ihm wurden Befriedigungen versagt, welche ihm notwendig waren, hingegen solche aufgedrungen, welche ihm überflüssig, nebensächlich, sogar schädlich waren“.⁴⁹⁵

5.7 Der „Neubeginn“ und der Weg zur Gesundheit

Wenn nun ein solcher Mensch zur analytischen Behandlung komme, dann könne er durch die gemeinsame aufdeckende Arbeit allmählich zu den wichtigen Einsichten kommen, die ihm verstehen helfen, warum er so geworden ist.

⁴⁹¹ Ebd. S. 197.

⁴⁹² Ebd. S. 197.

⁴⁹³ Ebd. S. 198.

⁴⁹⁴ Ebd. S. 198.

⁴⁹⁵ Ebd. S. 199 f.

„Bei manchen Menschen, die nicht zu schwer in ihrer Objektbeziehung geschädigt wurden, genügt die Erleichterung, welche das Bewußtwerden und die dadurch ermöglichte bessere Kontrolle ihrer Handlungen und die erweiterte Genußfähigkeit mit sich bringen; sie werden mit dem Fortschreiten der Arbeit langsam [...] gesund [...].

Bei den anderen aber, [...] deren Liebesfähigkeit durch verständnislose Erziehung künstlich ganz verkrüppelt wurde, stellt sich zunächst eine ganz eigenartige Situation ein. [...] Soll man alles erlittene Leid ad acta tun, endgültig mit der Vergangenheit abrechnen und schließlich versuchen, aus dem noch bevorstehenden Leben das Mögliche herauszuholen?“⁴⁹⁶

Für diese Menschen beinhalte die analytische Objektbeziehung die Chance, ihrem Leben eine andere Richtung zu geben, Balint sprach von „Neubeginn“.

Dieser Neubeginn sei die notwendige Voraussetzung für die Besserung oder sogar Heilung ihres Leidens. Aber nicht alle Patienten schaffen diesen Neubeginn. Vor allem jene nicht,

„[...] welche nicht verzichten können, von der ganzen Welt immer neuen Schadenersatz für all das zu fordern, was gegen sie je gesündigt wurde, [...] welche nur geliebt werden wollen und nicht Liebe geben können“.⁴⁹⁷

Bei jenen Patienten hielt Balint zwar eine Besserung, nicht aber eine Heilung für möglich. Er sah sich durch sie an die Grenzen seiner therapeutischen Technik geführt, ganz im Gegensatz zu Ferenczi, welcher schon dann optimistisch gewesen war, wenn ein Patient sich bereit erklärte, die Therapie fortzusetzen.

Es gehörte zu Balints Wesensart, seine Vorgehensweise immer wieder kritisch zu überprüfen und in den Fällen, in denen im Verlauf einer Behandlung unüberwindlich scheinende Schwierigkeiten auftraten, mit besonderer Präzision den möglichen Ursachen nachzugehen und sich umgekehrt, im Falle eines besonders günstigen Verlaufes mit tatsächlicher Heilung, nicht damit zufrieden zu geben, sondern sich zu fragen, wodurch dieser Mensch gesund geworden ist und welche die entscheidenden Heilungsfaktoren gewesen sind:

„Ich glaube nämlich, daß die einfachen, glatt verlaufenden, ohne Komplikation gut ausgehenden Fälle nicht viel für unseren Zweck aussagen können. Erstens kann man in diesen Fällen nie ganz sicher sein, ob unsere therapeutische Arbeit nicht einen uns noch verborgenen Mechanismus bloß in Gang gesetzt habe und ob die

⁴⁹⁶ Ebd. S. 200.

⁴⁹⁷ Ebd. S. 200 f.

Patienten nicht mit Hilfe dieses uns unbekanntes Vorganges gesund geworden sind. Zweitens geschieht es oft, daß man nur das Ergebnis, nicht aber den Prozeß der Heilung beobachten konnte. Viel mehr können wir aus den nicht glatt verlaufenden Analysen lernen. Erstens muß man da – notgedrungen – mehr nachdenken; man merkt eben viel eher ein Problem bei einem schweren Fall als bei leicht gelingenden Behandlungen. Und zweitens wird ein starres, unveränderliches Hindernis, an dem die Heilung scheitert, leichter bemerkt als die eventuell sehr feinen Veränderungen, die schließlich die Gesundung herbeiführen“.⁴⁹⁸

Es ist sicher kein Zufall, dass Balint diese wichtigen Aussagen im Original nur als Fußnote setzte, enthielten sie doch Zweifel, ob die durch Freud propagierten Behandlungsziele „*Bewußtmachen des Unbewußten* oder *die Aufhebung der infantilen Amnesie* oder *die Überwindung der Widerstände*“⁴⁹⁹, welche der Patient mittels „Durcharbeiten“ der während der analytischen Behandlung gewonnenen Erkenntnisse erreichen könne, tatsächlich auch die Heilungsfaktoren seien. Und seine Zweifel wusste er wohl zu begründen: ihm war aufgefallen, dass „in allen genügend tief analysierten Fällen die Endphase sich ähnlich gestaltet“⁵⁰⁰, denn erst in diesem letzten Behandlungsabschnitt ereigneten sich die beabsichtigten entscheidenden Veränderungen, die letztlich auch zur Heilung führten, obwohl in dieser letzten Phase so gut wie kein neues Material hervorgebracht und praktisch keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen werden, die eigentliche Arbeit also schon im ersten Abschnitt erledigt worden ist. Aber erst in diesem letzten Behandlungsstadium würden „[...] die Patienten beginnen, längst vergessene infantile Triebwünsche zu äußern und deren Befriedigung von der Umwelt zu fordern“.⁵⁰¹ Dies geschehe zunächst noch zögerlich, da die Patienten ja gewissermaßen Neuland betreten und es sei kein Wunder, dass anfangs noch viel Angst überwunden werden müsse, bevor sie deutlicher zu ihren Wünschen stehen können und erst recht, bevor sie deren Befriedigung genießen können. Gelingen ihnen dieser „Neubeginn“, dann sei eine wichtige Voraussetzung für die Heilung erfüllt.

⁴⁹⁸ Ebd. S. 191. Anmerkung: drei Jahre später, also 1952, mahnte Balint noch eindringlicher zu Vorsicht und Zurückhaltung, wenn es um Theorien geht, die „irgendeine klinische Beobachtung nicht befriedigend erklären und einordnen kann“. Siehe: Balint, M. (1952): S. 258.

⁴⁹⁹ Balint, M. (1934): S. 192.

⁵⁰⁰ Ebd. S. 192.

⁵⁰¹ Ebd. S. 194.

5.8 „Gutartige“ und „böartige“ Formen von Regression

Es sei aber auch ein anderer Ausgang denkbar. Ein regredierter Patient könne auch in einen suchartigen Rausch geraten, wobei die Befriedigung eines Wunsches sogleich neue Wünsche hervorbringe, welche schließlich nicht mehr erfüllt werden können, wodurch sich der Zustand des Patienten erneut kritisch zuspitzen könne. Als bekanntes historisches Beispiel für einen solchen Verlauf zitierte Balint die „Behandlung von Fräulein Anna O. durch Breuer“⁵⁰²:

„Solange die Erwartungen und Bedürfnisse des Patienten erfüllt werden, darf der Therapeut höchst interessante psychische Ereignisse aufdecken, und der Patient wird sich im gleichen Ausmaß gebessert fühlen und dankbar sein. [...] Wenn die Erwartungen nicht erfüllt werden, [...], dann folgen endloses Leiden oder endlose Schmähungen oder beides. Wenn einmal dieser Zustand sich festgesetzt hat, wird der Analytiker große Mühe haben, dagegen anzugehen [...] und noch viel schwerer wird es sein, die Beziehung zu beenden“.⁵⁰³

Diese sehr unterschiedlichen Verläufe ergeben sich einerseits aus Art und Schwere der Erkrankung, Persönlichkeitsstruktur des Patienten, aber nach Balint vor allem auch aus der Qualität der Regression und der Reaktion des Analytikers darauf.

Hinsichtlich der Regression⁵⁰⁴ des Patienten unterschied Balint „gutartige“ und „böartige“ Formen.⁵⁰⁵ „Böartige“ Formen seien dadurch gekennzeichnet, dass diese Patienten, wie beschrieben, immer neue Wünsche äußern, sobald der Analytiker den einen Wunsch erfüllt hat und sich schließlich suchartige Zustände entwickeln, da bei diesen Kranken ein „starkes Mißverhältnis zwischen Trieb- und Ich-Stärke“⁵⁰⁶ bestünde, also entweder eine zu starke Triebausprägung oder ein zu schwaches Ich. Für diese Patienten typisch seien „äußerst lärmende Symptome“⁵⁰⁷, die eher an das Verhalten von Kindern oder psychotischen Erwachsenen erinnern. Einigen Patienten ginge es wohl vordergründig um

⁵⁰² Balint, M. (2002): Therapeutische Aspekte der Regression. S. 170.

⁵⁰³ Ebd. S. 171.

⁵⁰⁴ Regression definierte Balint folgendermaßen: „Im Sinne Freuds verstehen wir unter Regression einen seelischen Vorgang, bei dem die Richtung der normalerweise ‚progressiv‘ verlaufenden Prozesse im psychischen Apparat sich umkehrt und rückläufig wird. Ursache für die Blockierung der normalen Richtung kann alles Mögliche sein; auf der ödipalen Ebene ist es in der Regel ein Konflikt. In Auswirkung oder als Ergebnis der Regression kommt etwas ‚Primitives‘, ‚Einfacheres‘ zum Vorschein; in manchen [...] Fällen gehört dieses ‚Etwas‘ zum Bereich der Grundstörung.“ (Siehe ebd. S. 180).

⁵⁰⁵ Balint, M. (2002): S. 172 f.

⁵⁰⁶ Ebd. S. 173.

⁵⁰⁷ Ebd. S. 173.

die Befriedigung ihrer Wünsche, und zwar explizit durch ihren Analytiker. Diese Patienten würden den Analytiker unweigerlich dazu bringen wollen, für die Befriedigung ihrer Bedürfnisse zuständig zu sein. Meist handele es sich dabei um Patienten, „die an einer recht schweren Hysterie oder an hysterischen Charakterstörungen leiden und aus ihrer Krankheit und Behandlung einen ziemlich hohen sekundären Krankheitsgewinn zu ziehen verstehen“.⁵⁰⁸ Würde man in der Behandlung versuchen, auf alle Wünsche einzugehen, so würde sich nur vorübergehend eine Besserung zeigen, eine echte Heilung sei aber nicht möglich. Diese Form der Regression nannte Balint daher auch „Regression mit dem Ziel der Befriedigung“.⁵⁰⁹

Wie sich im Gegensatz dazu eine „gutartige“ Form von Regression und ein „echter Neubeginn“ äußern können, illustrierte Balint am Beispiel eines Patienten, der sich bereits in einem fortgeschrittenen Therapie-Abschnitt befunden und eines Tages, während der ersten dreißig Minuten einer Sitzung ausschließlich geschwiegen hatte. Der Analytiker hatte ihn gewähren lassen und am Ende zeigte sich der Patient sichtbar erleichtert und dankbar darüber, dass ihm erlaubt wurde, endlich einmal zu sich selbst kommen zu können und neue Erfahrungen machen zu dürfen, im Gegensatz zu denen seiner Kindheit, in der man ihn immer nur bevormundet hatte.⁵¹⁰

Mit diesem Beispiel begründete Balint, weshalb er hier nicht von ‚Regression‘ sprechen möchte, denn streng genommen stünde ‚Regression‘ für einen Zustand, der zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal bestanden hatte. In diesem Falle lag das aber nicht vor. Den Begriff ‚Neubeginn‘ hielt Balint daher für viel treffender.

Für den in dem Beispiel genannten Patienten war in dieser Situation das entscheidende:

„In der äußeren Welt ereignete sich nichts. Sie blieb ganz ruhig und ließ den Patienten in Frieden“.⁵¹¹

Durch diese ungewöhnliche Konstellation sei es dem Patienten gelungen, sich innerlich fort zu entwickeln, indem er auf einmal sehen konnte, wie „[...] manche seiner gewohnten, automatischen Weisen, die äußere Welt zu erleben und auf sie zu reagieren, unnötig,

⁵⁰⁸ Ebd. S. 179 f.

⁵⁰⁹ Ebd. S. 176.

⁵¹⁰ Vgl. ebd. S. 174.

⁵¹¹ Ebd. S. 175.

unbegründet und nutzlos waren [...]“.⁵¹² Dieser Patient habe erkennen können, wie hinderlich diese alten Reaktionsmuster waren und sei dadurch bereit gewesen, sie aufzugeben und einen Neuanfang zu wagen.

In diesem Fallbeispiel hatte der Analytiker eine schwere Aufgabe gehabt, so Balint. „Er mußte auch ohne Worte verstehen, was der Patient von ihm erwartete, und diesen Erwartungen entsprechen [...]“.⁵¹³

Hätte dagegen „[...]“ der Analytiker das Schweigen des Patienten als Widerstandssymptom oder Agieren gedeutet (was auch durchaus korrekt gewesen wäre), dann wäre er der Verführung erlegen, dem Patienten Anweisungen zu geben, was er tun sollte; er hätte dann nur mit dem Patienten mitagiert, ohne Aussicht, je zu erkennen, was er damit tat“.⁵¹⁴

Es handelte sich hier nach Balints Definition um ein Beispiel von „gutartiger“ Regression und in diesem Falle

„[...]“ erwartet der Patient nicht so sehr eine Befriedigung durch Handlungen von außen, sondern vielmehr die stillschweigende Erlaubnis, die äußere Welt so benutzen zu dürfen, daß er mit seinen inneren Problemen vorankommen kann [...]“.⁵¹⁵

Der Analytiker sei in diesem Falle in einer intensiven und doch – scheinbar – passiven Art beteiligt gewesen. Seine besondere „Beteiligung“ sei in dieser Situation die „[...]“ Enthaltung jeglicher Einmischung und unnötigen Störung der inneren Vorgänge im Patienten [...]“ sowie die „[...]“ Anerkennung der Existenz dieses seines Innenlebens und seiner unverwechselbaren Individualität“ gewesen. Aus diesem Grund nannte Balint diese – gutartige – Form von Regression auch „Regression mit dem Ziel des Erkenntwerdens“.

⁵¹² Ebd. S. 175.

⁵¹³ Ebd. S. 175.

⁵¹⁴ Ebd. S. 175 f.

⁵¹⁵ Ebd. S. 176.

5.9 Der/ die Analytiker/-in soll sich benutzen lassen wie ein Naturelement

Um zu veranschaulichen, in welcher inneren Einstellung Analytiker ihren Patienten gegenüberzutreten sollten, bemühte Balint den Vergleich mit den Naturelementen. Man müsse sich seinen Patienten so zur Verfügung stellen, als wäre man ein Naturelement wie Luft, Wasser oder Sand, das der einzelne Patient – je nach seinen Bedürfnissen – für sich formen oder nutzen könne:

„[...] sie müssen nur da sein und [...] erlauben, sie zu gebrauchen, sonst kann der Patient sich nicht ändern: ohne Wasser kann man nicht schwimmen, ohne Erde kann man nicht vorwärtsschreiten. Die Substanz, der Analytiker, darf nicht widerstreben, muß einwilligen, muß keinen Anlaß zu starker Reibung geben, muß den Patienten für eine Weile annehmen und tragen, muß sich als [...] unzerstörbar erweisen, muß nicht auf starren Grenzen bestehen, sondern muß die Entwicklung einer Art von Vermischung zwischen ihm und dem Patienten zulassen“.⁵¹⁶

Der Analytiker sei nicht dadurch beteiligt, indem er handelt oder mitagiert, sondern indem er durch innerlich anteilnehmendes, tolerantes Gewährenlassen für den Patienten genau die Bedingungen schaffe, die dieser für sein seelisches Vorankommen brauche.

Wenn nun genau in dieser Phase ein solcher Patient sich wünscht, die Hand oder einen Finger seines Analytikers zu halten, so sei dies eine Ausdrucksform der „primitiven, arglosen Beziehung“⁵¹⁷, die den Neubeginn kennzeichne.

„Dieser Kontakt ist natürlich libidinös, gelegentlich sogar hochgradig besetzt, und er ist immer lebenswichtig für den Fortschritt der Behandlung“.⁵¹⁸

Balint beschrieb diesen Zustand eines solchen Patienten als existenziell, weil er gerade in dieser Phase besonders abhängig von seinem Analytiker sei. Dieser Zustand sei dennoch sehr verschieden von den Beispielen „verzweiflungsvollen Anklammerns“, die für Patienten in der malignen Form von Regression kennzeichnend seien. Wichtige Merkmale für die „gutartige“ Regression bestanden nach Balint darin, dass sich zwischen Therapeut und Patient problemlos eine „gegenseitig vertrauende, arglose Beziehung“ entwickeln könne, die Erwartungen und Wünsche des Patienten nie über ein mittleres Maß hinausgingen und keine Symptome einer schweren Hysterie vorhanden seien.

⁵¹⁶ Ebd. S. 177.

⁵¹⁷ Ebd. S. 177.

⁵¹⁸ Ebd. S. 178.

In dieser letzten Behandlungsphase, wenn nun diese Patienten wie beschrieben ihre Wünsche äußern, komme es also ganz entscheidend darauf an, wie der Analytiker damit umgeht und gerade dann spiele nach Balint die Balance zwischen Befriedigung und Versagung eine wichtige Rolle. Diese harmlosen Patientenwünsche, in dieser „primitiven, arglosen Beziehung“, die sich zwischen den beiden Protagonisten der analytischen Situation entwickelten, scheute sich Balint nicht zu erfüllen, ohne dass er sich dabei fragte, wie eine solche Vorgehensweise mit dem Abstinenzprinzip zu vereinbaren sei.

In bestimmten Phasen der Regression müsse man über das übliche Vorgehen der „klassischen“ Analyse hinausgehen, weil sich andernfalls die Regression als pathogen auswirken könne, so seine Erklärung.

Um dafür ein Beispiel zu geben, beschrieb Balint eine Behandlungssituation, in welcher das bloße Deuten nicht gereicht hätte, sondern etwas Zusätzliches erforderlich gewesen sei,

„[...] zusätzlich zu dem – also nicht statt dessen –, was in der ‚klassischen‘ Analyse geschieht“.⁵¹⁹

Es ging dabei um eine junge Frau, die bis zu diesem Zeitpunkt (im Jahr 1930) aufgrund ihrer Unsicherheit und Gehemmtheit unfähig gewesen war, in wesentlichen Bereichen ihres Lebens die notwendigen Entscheidungen zu treffen, sich z. B. zu ihrem Abschlussexamen anzumelden oder sich einen Partner zu wählen. Diese Patientin erwähnte während einer Sitzung einmal, sie habe sich seit ihrer Kindheit immer gewünscht, einmal einen Purzelbaum zu schlagen. Sie habe es oft probiert, aber es sei ihr nie gelungen, worüber sie sehr verzweifelt gewesen sei.⁵²⁰

Balint ermunterte nun diese Patientin, dies jetzt in der Stunde doch noch einmal zu versuchen, „[...] worauf sie von der Couch aufstand und zu ihrer eigenen größten Überraschung ohne weiteres auf dem Teppich einen tadellosen Purzelbaum schlug“.⁵²¹

Diese kleine harmlose Szene habe sich letztlich als „Durchbruch“ erwiesen, die Symptome verschwanden und seien auch Jahrzehnte danach nicht wieder aufgetreten. Balint erklärte sich diese überraschende Entwicklung folgendermaßen:

„a) Ich hatte die Spannung in meiner Patientin erhöht, indem ich ihr die Gelegenheit bot, sogleich einen Purzelbaum zu schlagen, d. h., indem ich sie der gefürchteten

⁵¹⁹ Ebd. S. 156.

⁵²⁰ Ebd. S. 157.

⁵²¹ Ebd. S. 157.

Situation aussetzte; dadurch verhalf ich ihr b) zu einem Triebdurchbruch, der ihr eine lustvolle Befriedigung eines durch Verdrängung gehemmten Dranges oder Impulses erlaubte; und c) durch diese Erfahrung oder gleichzeitig mit ihr wurde ihr Ich stärker“.⁵²²

Auch bei anderen Patienten hatte Balint Gelegenheit, Beispiele „gutartiger Regression“ im Verlauf der analytischen Behandlung zu beobachten. Dazu gehörte auch der Fall einer Patientin, die eine Zeitlang einen Finger ihres Therapeuten halten wollte, was Balint ihr auch erlaubte.

In diesen von Balint zitierten Fallbeispielen sei es nicht um reine Triebwünsche gegangen, sondern darum, „[...] daß die genannten [...] Patienten eine gewisse einfache, gewährende Beziehung mit ihrer Umwelt brauchten, und zwar mit dem ihnen damals wichtigsten Objekt, dem Analytiker“. Balint habe in Bezug auf diese Patientenwünsche keineswegs die „*Deutung durch Befriedigung ersetzt*“⁵²³, sondern sie *zusätzlich* auch befriedigt, im richtigen Moment und in maßvoller Weise. Unter diesen Bedingungen sei der „Neubeginn“⁵²⁴, also der Wendepunkt, welcher die entscheidende Besserung in die Behandlung brachte, möglich geworden. Die wichtigste Entwicklung dabei sei, dass der Neubeginn „die Rückkehr zu etwas ‚Primitivem‘, zu einem Punkt vor Beginn der Fehlentwicklung“ führe, was man insofern zwar als Regression bezeichnen könnte, was aber durch die gleichzeitige „Entdeckung eines neuen, besseren Weges“ auch eine „Progression“⁵²⁵ sei.

Balint erschien dabei realistisch genug, einzuräumen, man könne nicht eindeutig entscheiden, ob die gesamte analytische Arbeit, die diesem Ereignis vorausgegangen war oder nur der einzelne Vorfall ausschlaggebend für den Behandlungserfolg gewesen sei, denn:

„Der Behandlungserfolg kann immer jedem einzelnen Faktor oder jeglicher Kombination von Faktoren zugeschrieben werden, infolgedessen ist es nahezu unmöglich, Erfolge als Beweise für die Validität einer neuen Technik anzuführen“.⁵²⁶

⁵²² Ebd. S. 159.

⁵²³ Ebd. S. 164.

⁵²⁴ Ebd. S. 160.

⁵²⁵ Ebd. S. 161.

⁵²⁶ Ebd. S. 162.

Anhand seiner Erfahrungen mit Patienten in der Phase des Neubeginns kam Balint zu der Erkenntnis, in dieser entscheidenden Phase müsse man den Patienten ein gewisses „Etwas“⁵²⁷ erlauben, so wie er es am Beispiel der Patientin beschrieben hatte, welche von ihm die Erlaubnis bekam, einen Purzelbaum zu schlagen, und wie er einer anderen Patientin gestattet hatte, einen Finger seiner Hand zu halten und einem dritten dessen Wunsch nach Extrastunden befriedigte. Es ging ihm dabei ausdrücklich nicht darum, die Deutung der Wünsche durch deren Befriedigung zu ersetzen, sondern sie *zusätzlich* auch zu befriedigen. Das sei notwendig gewesen, weil in dieser Phase ihrer Therapie die Beziehung zu dem Analytiker eine besondere Bedeutung gehabt habe und es nicht um bloße Wunschbefriedigung gegangen sei.

Aus diesem Grund wollte Balint diese Wünsche in den genannten Beispielen ausdrücklich nicht als Triebwünsche verstanden wissen.

Ist die Phase des Neubeginns erreicht, habe ohnehin die Befriedigung von Wünschen für die Patienten keine entscheidende Bedeutung mehr. In dieser Atmosphäre, die Balint mit dem Begriff „arglos“⁵²⁸ charakterisierte, könne der Patient spüren,

„[...] daß ihm nichts Schädliches aus der Umwelt droht und daß auch in ihm selbst nichts Schädliches gegen die Umwelt gerichtet ist [...].

Was der Patient in der Übertragung erlebt, ist die Empfindung, daß er endlich imstande ist, alle Panzerungen seines Charakters, alle Abwehrwaffen abzulegen und zu fühlen, daß das Leben einfacher und wahrer geworden war – eine wirklich neue Entdeckung“.⁵²⁹

⁵²⁷ Ebd. S. 164.

⁵²⁸ Ebd. S. 165.

⁵²⁹ Ebd. S. 165. Anmerkung: Den Begriff „Charakterpanzer“ prägte **Wilhelm Reich**, als er 1933 sein Werk „Charakteranalyse“ veröffentlichte, in welchem er u. a. „spezifische Widerstandsformen, wie sie sich körperlich und charakterlich ausdrücken“, als ‚Panzerung‘ beschrieb. Vgl. Reich, W. (1970): S. 56-124. Wilhelm Reich wurde 1897 in Dobrzynica, Galizien, geboren und starb 1957 in Lewisburg, Pennsylvania. Nach Ende des Ersten Weltkriegs siedelte er nach Wien über, wo er über sein Medizinstudium in Kontakt mit der Psychoanalyse und mit Sigmund Freud kam. 1920 trat er in die Wiener Psychoanalytische Gesellschaft ein. 1927 schloss er sich den Kommunisten an. Er betonte die gesellschaftspolitische Ebene, die seiner Meinung nach auch zur Psychoanalyse gehöre und versuchte Zusammenhänge zwischen dem Marxismus und der Psychoanalyse herzustellen. Die enge Beziehung zu Freud ging 1930 in die Brüche aufgrund der unterschiedlichen Auffassung in Bezug auf die gesellschaftspolitische Dimension der Psychoanalyse. Im gleichen Jahr übersiedelte Reich nach Berlin. 1933 emigrierte er nach Dänemark, 1934 nach Norwegen. Im gleichen Jahr wurde er aus der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung ausgeschlossen. 1939 emigrierte er in die USA. Seine Lehren, welche u. a. in seinem Werk „Charakteranalyse“ enthalten sind, bilden eine wichtige Grundlage für die „Körpertherapie“. Siehe Stumm, G. et al. (2005): S. 388 f.

Die früheste Objektbeziehung zwischen zwei Menschen, die Ferenczi seinerzeit „passive Objektliebe“⁵³⁰ genannt hatte, nannte Balint zunächst „primäre Objektliebe“⁵³¹. Später kam er zu der Erkenntnis, es müsse eine noch frühere Phase geben, die er als die „Phase der harmonisch verschränkten Vermischung“ bezeichnete. Er meinte damit einen Zustand, ähnlich der Beziehung, die wir zu den Natursubstanzen wie Sand oder Luft haben. Solange der Mensch ausreichend Luft zur Verfügung habe, bemerke er kaum die Beziehung zu ihr, sondern erst dann wenn sie plötzlich fehlt. In einer bestimmten Phase des Neubeginns müsse der Analytiker für den Patienten nun Eigenschaften wie diese Substanzen haben, das heißt, er müsse für den Patienten verfügbar und vor allem „unzerstörbar“⁵³² sein.

5.10 Balints Handhabung der Abstinenzregeln und seine Auffassung einer – auch für schwer regredierte Patienten/-innen „geeigneten“ – Behandlungstechnik

Balint wollte auch diejenigen Patienten in psychoanalytische Behandlung nehmen, die als für die „klassische Standardtechnik“ nicht geeignet galten. Es schien ihm nicht gerechtfertigt, diese Kranken von der Behandlung auszuschließen. Wenn bestimmte Patienten auf die klassische Behandlungstechnik nicht ansprechen, dann wollte er sich nicht damit begnügen, diese Patienten als „ungeeignet“ abzuqualifizieren. Vielmehr ergab sich daraus für ihn die Notwendigkeit, die Methode weiter zu entwickeln. Die Lösung konnte aber nicht darin liegen, Ausnahmen von der Regel zu definieren, oder Modifikationen zu formulieren. Unabhängig von der Tatsache, dass schwer regredierte Patienten mit einer starren Technik ohnehin kaum erreichbar seien, schien es ihm um eine echte Weiterentwicklung der bisherigen psychoanalytischen Methode an sich zu gehen.

Die klassische Standardtechnik, so Balint, war ja ausschließlich für Ich-starke Patienten entwickelt worden, also für diejenigen, welche die Sprache des Analytikers so verstehen können wie sie gemeint sei und entsprechend seine Deutungen für sich nutzen können. Es gibt allerdings Patienten, die dazu nicht in der Lage sind⁵³³. Bei solchen Patienten versage die Standardtechnik. Balint bezog sich in seinen Ausführungen auf Ferenczis Aufsatz

⁵³⁰ Balint, M. (2002): S. 166.

⁵³¹ Ebd. S. 166.

⁵³² Ebd. S. 167.

⁵³³ Ebd. S. 18 sowie S. 19-27.

„Sprachverwirrung zwischen dem Kind und den Erwachsenen“.⁵³⁴ Er unterschied zwei Ebenen der analytischen Arbeit:

zum einen die *ödipale* Ebene, auf welcher Therapeut und Patient die gleiche Sprache sprechen und auf welcher insofern der Patient die Deutungen des Therapeuten als solche aufnehmen und durcharbeiten könne. Die andere, ursprünglich ‚prä-ödipale‘, ‚prä-genitale‘ bzw. ‚prä-verbale‘ Ebene genannt, wollte Balint lieber mit einem noch nicht so belasteten Begriff bezeichnen und nannte sie die Ebene der „Grundstörung“.⁵³⁵ Diese Störung stamme aus einer sehr frühen Kindheitsphase, in der es noch keine Sprache gibt. Ein in dieser Weise regredierter Patient sei demzufolge auch für Deutungen, welche ja immer in der Erwachsenensprache gegeben werden, nicht erreichbar. Insofern würden „[...] die gleichen Worte für den zwar anteilnehmenden, aber nicht betroffenen Arzt eine ganz andere Bedeutung haben als für den nur zu sehr betroffenen Patienten“.⁵³⁶

Wenn sich ein Patient auf der Ebene der Grundstörung befindet, könne er Deutungen nicht als solche auffassen. Insofern sei auch kein ‚Durcharbeiten‘ im Sinne Freuds möglich. Der Patient nehme die Deutungen vielmehr als Angriff, Beleidigung oder Ungerechtigkeit wahr. Aber es sei auch möglich, dass er sie in einem positiven Sinn als „erregend“, „verführerisch“⁵³⁷ und als Zeichen von Liebe auffasse. Die Worte des Analytikers würden für diesen Kranken dann eine besondere Bedeutung gewinnen. Egal wie sehr sich der Analytiker auch um eine exakte Deutung bemühe, sie würde von diesem Patienten missverstanden werden. Wenn in diesem Falle der Analytiker nicht so darauf einginge, wie es der Patient erwarte, sich also versagend verhalte, dann könne dieser Kranke nicht anders, als darin eine böartige oder sogar feindselige Absicht zu erkennen.⁵³⁸ In dem Patienten würde sich als Reaktion darauf nicht etwa Wut oder Ärger einstellen, sondern Leere und Sinnlosigkeit.

Da die klassische Standardtechnik also nicht für alle Patienten geeignet erscheine, so Balint, suche er nach anderen Formen,

„[...] in welchen wir auch mit weniger streng ausgewählten Patienten eine erfolgreiche psychoanalytische Arbeit leisten können. [...] In bestimmten Abschnitten der Behandlung ist die Schaffung und Erhaltung einer leistungsfähigen

⁵³⁴ Vgl. Ferenczi, S. (1933): S. 303-313.

⁵³⁵ Balint, M. (2002): S. 25. Heute würde man von ‚früher Störung‘ oder ‚struktureller Störung‘ sprechen.

⁵³⁶ Ebd. S. 22.

⁵³⁷ Ebd. S. 28.

⁵³⁸ Vgl. ebd. S. 28 f.

Beziehung, besonders mit regredierte Patienten, vielleicht wichtiger als korrektes Deuten“.⁵³⁹

Im Unterschied zu den Erkenntnissen der bisherigen psychoanalytischen Theorie sah Balint nicht nur die Deutung, sondern auch die Objektbeziehung als die wichtigsten therapeutischen Faktoren an.

Die Art der Objektbeziehung, die zwischen Analytiker und Patient bestünde, könne nie exakt, sondern nur vage und subjektiv beschrieben werden, als „Verhalten, Klima, Atmosphäre“.⁵⁴⁰

Freud habe seinerzeit diese besondere Bedeutung der therapeutischen Objektbeziehung noch nicht in dem Maße berücksichtigen können, die ihr tatsächlich zukomme, denn zu seiner Zeit war dieser Aspekt in der psychoanalytischen Behandlung einfach noch zu wenig erforscht.

Freuds Empfehlungen, gegenüber den Übertragungswünschen eines regredierte Patienten abstinenz zu sein, gründeten auf seiner Triebtheorie⁵⁴¹. Trotzdem, so Balint, seien es wertvolle Ratschläge gewesen. Wenn das „Verlangen“ des Patienten auf bloße Triebbefriedigung abzielen würde, wie das bei regredierte Patienten oft der Fall sei, dann führe die Erfüllung dieser Wünsche nur zu vorübergehender Besserung, es würden dann unweigerlich immer mehr Wünsche geäußert werden, sodass sich eine endlose Spirale entwickeln würde. In diesem Fall sei die Abstinenz des Analytikers eine wichtige und richtige Maßnahme.

Wenn dagegen das Bedürfnis des Patienten im Rahmen seines Wunsches nach einer besonderen Form einer Objektbeziehung entstanden sei, dann könne die Befriedigung dieses Wunsches eine „legitime technische Maßnahme“⁵⁴² sein, für welche die Abstinenzregeln nicht gelten.

Keineswegs war Balint, wie seinerzeit Ferenczi, der Ansicht, man müsse alle Erwartungen und Wünsche der Patienten erfüllen, um jegliche Spannungen von ihnen fern zu halten und es sei daher legitim, sich über die Abstinenzprinzipien hinweg zu setzen. Ferenczi hatte leider viel zu spät erkannt „[...]“, daß die unzweifelhaften Besserungen bei einigen seiner

⁵³⁹ Ebd. S. 194.

⁵⁴⁰ Ebd. S. 195.

⁵⁴¹ Vgl. ebd. S. 195.

⁵⁴² Ebd. S. 196.

Patienten immer nur so lange anhielten, als er imstande war, ihr Verlangen zu stillen; [...]“.⁵⁴³

Andererseits habe Ferenczi ja gerade mit seinen grenzüberschreitenden technischen Experimenten seine bahnbrechenden neuen Erkenntnisse gewinnen können. Ermutigt durch seine anfänglichen Behandlungserfolge sei er aber immer waghalsigere Wege gegangen, habe die wertvollen Ratschläge Freuds missachtet und die Abstinenzregeln gebrochen.

Ein wichtiges Motiv von Ferenczi sei dabei gewesen, dass er *allen* analysewilligen Patienten habe helfen wollen, also auch den schwer regredierte und nicht nur den – nach Ansicht seiner Kollegen – *für die Analyse geeigneten*.⁵⁴⁴

Dies ist auch Balints Anspruch gewesen. Ausgehend von der Annahme, dass ein regredierter Patient verbal, also durch Deutungen, kaum zu erreichen sei, fragte sich Balint, wie man ihm dennoch helfen könne und kam zu dem Schluss, man müsse dafür sorgen, dass die Grundstörung ausheilen könne⁵⁴⁵.

In diesem Zusammenhang gewann dann die Frage nach der Abstinenz eine ganz andere Bedeutung:

„Es handelt sich in Wirklichkeit gar nicht darum, den regredierte Patienten zu befriedigen oder zu frustrieren, sondern darum, in welcher Weise die Reaktion des Analytikers auf die Regression des Patienten die Patient-Analytiker-Beziehung und damit den weiteren Verlauf der Behandlung beeinflussen wird“.⁵⁴⁶

Damit die Grundstörung ausheilen kann, muss der Analytiker dem Patienten genau die Bedingungen bieten, unter denen diese Ausheilung möglich ist. Der Kranke muss dafür Gelegenheit haben, „[...] auf die spezielle Form seiner Objektbeziehungen zu regredieren, in welcher der ursprüngliche Mangelzustand aufgetreten war, oder sogar auf eine noch darunter liegende Stufe“.⁵⁴⁷ Erst dann sei der Neubeginn möglich. Konkret ginge es darum, so Balint, zu verhindern, dass eine „böartige“ Form von Regression entstände und das hänge auch entscheidend von den Reaktionen der Analytiker ab. Nach Balints Einschätzung sollten die Analytiker unbedingt darauf achten, dass sie nicht der Versuchung erliegen, in ihren Patienten ein Bild von sich zu erzeugen, als seien sie „omnipotent“.⁵⁴⁸ Er

⁵⁴³ Ebd. S. 185.

⁵⁴⁴ Vgl. Cremerius, J. (1983): S. 994.

⁵⁴⁵ Balint, M. (2002): S. 202.

⁵⁴⁶ Ebd. S. 204 f.

⁵⁴⁷ Ebd. S. 202.

⁵⁴⁸ Ebd. S. 203.

sah diese Gefahr zum Beispiel auch dadurch gegeben, „[...]“, daß unsere moderne Technik alles, was in der analytischen Situation vorkommt oder vom Patienten gebracht wird, in erster Linie als Übertragungerscheinung zu verstehen und zu deuten versucht“.⁵⁴⁹ Für den Patienten ergebe sich infolgedessen eine Vorstellung von sich selbst als einem „[...] unbedeutenden Subjekt, das von mächtigen, weisen und allgegenwärtigen Objekten umgeben ist [...]“.⁵⁵⁰

Der einzig geeignete Weg sei daher, für den Patienten wie eine „Ursubstanz“⁵⁵¹ zu fungieren. Von daher müsste man die Arzt-Patient-Objektbeziehung streng genommen eher als eine „Umwelt-Patient-Beziehung“ definieren. Wie eine Ursubstanz solle der Therapeut den Patienten tragen, für ihn da sein um von ihm benutzt zu werden und wie eine solche auch unzerstörbar sein. Er verwies in diesem Zusammenhang auf Kollegen, welche in einem ähnlichen Sinne argumentiert hatten: u. a. erwähnte er Bion⁵⁵², der 1966 dafür plädiert hatte, der Therapeut solle für den Patienten als eine Art „Container“ fungieren, oder Winnicott, der 1956 den Ausdruck „primäre Mütterlichkeit“ geprägt und Margaret Little, die 1961 von einer „basic unity“ gesprochen hatte. Balint selbst wollte dafür lieber den allgemeiner gehaltenen Begriff „primary love“ verwenden.

Um zu zeigen, wie man das Ungleichgewicht, das zwischen Patient und Analytiker besteht, in einem erträglichen Maß halten könne, demonstrierte Balint anhand eines Fallbeispiels eine Technik, die sich weder auf das Deuten, noch auf eine bloße Wunschbefriedigung beschränkte: Es ging um einen Patienten, der nach einer „unbefriedigenden Analysenstunde“⁵⁵³ um eine zusätzliche Stunde am Wochenende bat. In dieser Behandlungssituation sei es Balint darum gegangen, „[...]“, zunächst einmal die Qual des

⁵⁴⁹ Ebd. S. 205.

⁵⁵⁰ Ebd. S. 206.

⁵⁵¹ Ebd. S. 204.

⁵⁵² **Wilfred R. Bion** (1887-1979) gilt als bedeutender Mitbegründer der Gruppenpsychoanalyse. Er studierte Geschichte und Philosophie, danach Medizin, absolvierte zunächst eine Ausbildung zum Chirurgen, danach zum Psychiater, bevor er zur Psychoanalyse kam, wobei er eine erste Lehranalyse 1938 bei John Rickman und eine zweite nach 1945 bei Melanie Klein absolvierte. In Bions Theorie zur Gruppenpsychoanalyse spielt das Moment des „Erfahrungslernens“ eine zentrale Rolle. In Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit traumatischen Erfahrungen und psychosenahen Störungen (sog. „frühen“ Störungen) entwickelte Bion auf der Grundlage von Melanie Kleins Konzept der „projektiven Identifizierung“ seine Theorie des „Containments“. Im Vergleich zu Klein, welche die projektive Identifizierung als ein pathologisches Phänomen beschrieb, sah Bion darin eine wichtige Funktion, die etwa der Mutter ermögliche, die Emotionen ihres Kleinkindes zu verstehen: „Die Mutter nimmt vom Kinde nicht verstehbare Emotionen (Beta-Elemente) auf, ‚bewahre‘ und transformiere diese für das Kind zu verstehbaren Vorgängen (Alpha-Funktion). Ähnlich der Mutter könne auch der Therapeut [...] die Zeichen des Patienten sinnvoll aufnehmen, verstehen und deuten.“ Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 50 f. sowie Gysling, A. (1995): S. 238-250.

⁵⁵³ Ebd. S. 207.

Patienten anzuerkennen und zu akzeptieren, damit er fühlen konnte, ich stünde auf seiner Seite; dann zu gestehen, ich hätte nicht das Gefühl, daß eine Extrastunde, die ich ihm geben würde, ausreichen könnte, um ihm das zu geben, was er im Augenblick erwartete [...]; zudem würde ihn das klein und schwach machen, während der Analytiker groß und mächtig erscheinen würde, was beides nicht wünschenswert sei“.⁵⁵⁴

Auf diese Weise habe Balint der potenziell „böartigen Entwicklung“⁵⁵⁵ vorbeugen können. Nach der anfänglichen Enttäuschung des Patienten habe sich der weitere Behandlungsverlauf positiv entwickelt und die gutartige Form der Regression habe gebahnt werden können.

Wenn die Grundstörung ausheilen soll, so Balint, dann müsse die Entwicklung einer malignen Regression verhindert und alles daran gesetzt werden, die Entwicklung einer gutartigen Regression zu sichern. Balint ging davon aus, dass die Reaktionen des Analytikers entscheidend dafür seien, ob sich die eine oder die andere Form entwickeln könne:

„Je mehr die Technik und das Verhalten des Analytikers auf Allwissenheit und Allmacht hindeuten, umso größer ist die Gefahr einer malignen Form der Regression“.⁵⁵⁶

Je mehr also der Analytiker bereit sei, die Wünsche seines Patienten zu erfüllen, umso wichtiger und allmächtiger erscheine er seinem Patienten, in gleichem Maße vergrößere sich dessen Abhängigkeit von ihm sowie das Ungleichgewicht zwischen beiden. Genau diese Effekte, so Balint, hatten ja Ferenczis Experimente gezeitigt.

Demgegenüber entwickelte Balint eine andere Technik: Der Analytiker müsse zunächst einmal die Regression anerkennen. Weiterhin müsse er der Tatsache Rechnung tragen, dass in dieser Phase vorübergehend Deutungen ihren eigentlichen Zweck verfehlen:

„Bei vielen Gelegenheiten fand ich zu meiner Bestürzung und Verzweiflung, daß Worte aufgehört hatten, zuverlässige Kommunikationsmittel zu sein, wenn die analytische Arbeit zu Bereichen unterhalb des ödipalen Niveaus vorgedrungen war. Der Analytiker versucht aus allen Kräften, seine Deutungen klar und eindeutig zu machen, aber der Patient bringt es fertig, sie als etwas ganz anderes zu empfinden, als was beabsichtigt war. [...].

⁵⁵⁴ Ebd. S. 208.

⁵⁵⁵ Ebd. S. 209.

⁵⁵⁶ Ebd. S. 210.

Die Worte hören in solchen Perioden auch auf, Vehikel für freie Assoziationen zu sein; sie werden leblos, repetitiv und stereotyp. Sie klingen wie alte, abgespielte Grammophonplatten, bei denen die Nadel immer in derselben Rille läuft. Das gilt übrigens oft auch für die Deutungen des Analytikers; auch sie scheinen während dieser Perioden endlos das gleiche zu wiederholen“.⁵⁵⁷

Den Zustand der Regression akzeptieren, bedeute also für den Analytiker, sich vorübergehend mit Deutungen zurückzuhalten:

„Ich ließ der Regression zunächst freien Lauf, ohne irgendwelche gewaltsamen Versuche zu machen, mit Deutungen einzugreifen“.⁵⁵⁸

Der Analytiker solle sehr wohl verstehen, was der Patient mit seinen Worten meint, aber er solle ihm diese Erkenntnisse vorerst noch nicht verbal übermitteln. Er solle andererseits auch nicht versuchen, „[...] den Patienten auf die verbale Ebene zurückzuzwingen“.⁵⁵⁹

Vielmehr solle er sich um ein Klima bemühen, das beiden Beteiligten ermöglicht, diese Phase der Regression in gegenseitiger Toleranz durchzustehen. Dazu gehöre auch, das „Agieren“ des Patienten zuzulassen. Wenn Worte vorübergehend ihre eigentliche Bedeutung und Wirkung verlieren, müssen andere Möglichkeiten der Kommunikation akzeptiert werden:

„Solange der Patient auf diese Ebene regrediert ist, kann die geeignete Technik nur darin bestehen, das ‚Agieren‘ in der analytischen Situation als Kommunikationsmittel zuzulassen und keinen Versuch zu unternehmen, es schleunigst durch Deutungen zu ‚organisieren‘“.⁵⁶⁰

Es wäre aber ein Irrtum, anzunehmen, dass während solcher Perioden der Analytiker eine passive oder gar unbedeutende Rolle einnehme.

„Im Gegenteil, seine Gegenwart ist überaus wichtig. Nicht nur muß der Patient fühlen, daß der Analytiker da ist, sondern auch, daß er im richtigen Abstand da ist – nicht so weit entfernt, daß der Patient sich verloren oder verlassen fühlen muß, noch so nah, daß er sich bedrängt und unfrei fühlt – also in genau dem Abstand, der dem augenblicklichen Bedürfnis des Patienten entspricht“.⁵⁶¹

⁵⁵⁷ Ebd. S. 212.

⁵⁵⁸ Ebd. S. 214.

⁵⁵⁹ Ebd. S. 215.

⁵⁶⁰ Ebd. S. 217.

⁵⁶¹ Ebd. S. 217.

Balint entwarf hier die – sicherlich utopische – Vorstellung eines idealen Analytikers, dessen Intuition nahezu perfekt den jeweils inneren Zustand des Patienten zu erfassen vermag und der wachsam und selbstdiszipliniert im richtigen Moment richtig interveniert. Er war klug genug, sich über diese Tatsache bewusst zu sein und gab Hinweise, wie man sich diesem Idealbild des in jedem Moment richtig intervenierenden Therapeuten zumindest nähern könne:

„Der Analytiker muß während dieser Perioden als derjenige funktionieren, der für den Patienten Zeit und ein Milieu bereithält. Das soll nicht heißen, daß er die Verpflichtung habe, den Patienten für seine früheren Entbehrungen zu entschädigen und ihm mehr Fürsorge, Liebe, Zuneigung zu geben, als seine Eltern ihm ursprünglich gaben [...]. Was der Analytiker bereithalten muß, [...] ist Zeit, die frei ist von äußeren Versuchungen, Reizen und Forderungen, einschließlich solcher, die vom Analytiker selber ausgehen. Das Ziel besteht darin, dem Patienten zu ermöglichen, daß er zu sich selber finden, sich selber annehmen, mit sich zurecht kommen kann [...]. Darüber hinaus muß man ihn *seinen eigenen* Weg zur Welt der Objekte finden lassen – ihm nicht den ‚rechten‘ Weg durch noch so tiefe und korrekte Deutungen weisen wollen“.⁵⁶²

Dies sei die Art von „besseren“ Bedingungen, die der Analytiker dem Patienten bieten solle, statt zu versuchen, den Mangel an entgangener Fürsorge und Liebe ausgleichen zu wollen.

Mit diesen Überlegungen könnte man eine Orientierung hinsichtlich der Frage finden, auf welche Wünsche und Bedürfnisse des Patienten jeweils in welcher Weise eingegangen werden, aber auch wo Zurückhaltung geübt werden sollte:

„Das Leitprinzip während dieser Perioden besteht darin, alle nicht unbedingt notwendigen Eingriffe zu unterlassen; besonders Deutungen sollten ganz genau geprüft werden, da sie fast immer als unbegründete Forderung, als Angriff, Kritik, Verführung oder Stimulierung empfunden werden. Eine Deutung sollte nur dann gegeben werden, wenn der Analytiker ganz sicher ist, daß der Patient sie *braucht* [...]“.⁵⁶³

Balint wies in diesem Zusammenhang mit Nachdruck darauf hin, wie sehr zwar der Patient in diesen Behandlungsphasen auf seinen Analytiker angewiesen sei, jedoch solle dieser gerade deshalb nicht bedrängend oder fordernd auf den Patienten einwirken. Das ohnehin bestehende Ungleichgewicht zwischen beiden würde dadurch nur noch anwachsen.

⁵⁶² Ebd. S. 218.

⁵⁶³ Ebd. S. 218 f.

Der Patient bedürfe vielmehr einer Atmosphäre (Balint sprach von „Umwelt“⁵⁶⁴), welche ihm Ruhe, Sicherheit und wohlwollendes Verständnis entgegenbringe, ohne aufdringlich zu sein und ohne die Verpflichtung für den Patienten, sie beachten zu müssen.

Wenn der Analytiker ein solches Klima herstellen könne, dann erfülle er die Kriterien, für die Balint die Begriffe „primäres Objekt“ oder „Ursubstanz“ prägte:

„Neben einem ‚bedürfniserkennenden‘ und vielleicht sogar ‚bedürfnisbefriedigenden‘ Objekt muß der Analytiker ja auch ein ‚bedürfnisverstehendes‘ Objekt sein, das darüber hinaus auch noch imstande sein muß, dieses Verständnis dem Patienten mitzuteilen“.⁵⁶⁵

Balints Auffassung einer für schwer regredierte Patienten „geeigneten“ Behandlungstechnik unterscheidet sich in einigen Punkten von der „klassischen“ Technik, wobei ein wesentlicher Unterschied die Art, wie die Abstinenz gehandhabt werden soll, betrifft:

„In der klassischen Technik wird das Verlangen nicht als möglicherweise echtes Bedürfnis anerkannt, auf das man eingehen muß, sondern lediglich als ein Triebwunsch, den man verstehen muß“.⁵⁶⁶

Zu den Bedürfnissen, die ein solcher Patient haben kann, zählte Balint nicht nur konkret geäußerte Wünsche, sondern auch das – unausgesprochene – Bedürfnis, etwas zu „agieren“, statt es zu verbalisieren. Grundsätzlich plädierte er dafür,

„[...] daß der Analytiker in gewissen Fällen, besonders aber bei regredienten Patienten, etwas weitergehen und gewisse Wünsche befriedigen darf, um die therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten“.⁵⁶⁷

Sollte es dem Patienten allerdings um die bloße „Befriedigung durch ein äußeres Objekt“⁵⁶⁸ gehen, dann sei es nicht sinnvoll, diese Wünsche zu erfüllen, weil dadurch suchtartige Entwicklungen gebahnt werden würden:

⁵⁶⁴ Ebd. S. 219.

⁵⁶⁵ Ebd. S. 219.

⁵⁶⁶ Ebd. S. 223.

⁵⁶⁷ Ebd. S. 225.

⁵⁶⁸ Ebd. S. 226.

„Die Art der Befriedigung, die mit der analytischen Situation vereinbar ist, ist keine, die auf den Patienten erregend wirkt; im Gegenteil, sie reduziert die Gesamtspannung und führt auf diese Weise zu einem besseren Verständnis zwischen ihm und dem Analytiker“.⁵⁶⁹

Nicht sinnvoll erschienen ihm alle jene Interventionen, die den Analytiker im Erleben des Patienten zu einem „allwissenden und allmächtigen Objekt“⁵⁷⁰ werden lassen.

Und damit werde seiner Meinung nach dem Analytiker eine besondere Art von Zurückhaltung auferlegt: soll er doch hier zeitweise seinem therapeutischen Ehrgeiz widerstehen, die Assoziationen seines Patienten sogleich deutend einzuordnen. Balint wusste um die Schwierigkeit dieser Aufgabe, ihm war klar, wie viel Selbstdisziplin dafür aufgebracht werden müsse. Andererseits wies Balint mit Nachdruck darauf hin, wie viel unnötige und kontraproduktive Spannung in der analytischen Situation vermieden werden könne, wenn der Analytiker auch einmal unwissend und im analytischen Sinne „impotent“ sein darf.

Balint plädierte hier dafür, die analytische Abstinenz auch auf den Bereich des Deutens auszuweiten und zwar deshalb, weil Deutungen bei einem tief regredierten Patienten nicht den Effekt haben, die sie bei nicht regredierten Analysanden haben und der Patient sich womöglich gerade durch Deutungen überhaupt nicht ernst genommen fühlt in seinem Leid. Dem Analytiker obliege die Aufgabe, seinem Drang zu widerstehen „[...] alles Unerwünschte sogleich durch korrekte Deutungen ‚organisieren‘ und ändern zu müssen“.⁵⁷¹ Er solle weiterhin „[...] der anderen Versuchung, das Leben des regredierten Patienten voller Mitgefühl zu ‚managen‘ [...]“ widerstehen und solle drittens auch nicht den Anspruch haben, „[...] seinem Patienten ‚korrigierende emotionale Erlebnisse‘ zu verschaffen [...]“.⁵⁷²

Inhaltlich hatte Balint in seinem Werk einige für die damalige Zeit und für die damalige Auffassung einer ‚geeigneten‘ Behandlungstechnik ungewöhnliche und zum Teil auch provokante Thesen entwickelt:

⁵⁶⁹ Ebd. S. 225.

⁵⁷⁰ Ebd. S. 226.

⁵⁷¹ Ebd. S. 223.

⁵⁷² Ebd. S. 223.

Er bezog die innere Haltung des Analytikers, seine ‚Gegenübertragung‘ in seine behandlungstechnischen Überlegungen mit ein, zu einer Zeit, als man die Bedeutung der Gegenübertragung noch kaum zur Kenntnis nahm.

Er setzte sich ausführlich mit dem Thema ‚Befriedigung von Übertragungswünschen‘ auseinander und beschrieb in differenzierter Weise, warum ein solches Vorgehen in einen Fall unangebracht, im anderen aber durchaus zulässig, ja notwendig sein kann. Dafür musste er kein „Abstinenzprinzip“ bemühen, an welches sich zu halten sei, noch plädierte er für dessen Nichtachtung.

Weiterhin erscheint bemerkenswert, wie Balint eine genuine Handlung der psychoanalytischen Therapie, das Deuten, in ein anderes Licht rückte und die Abstinenz auch darauf bezog, dass sich Analytiker gegebenenfalls auch einmal in ihrem Deutungsdrang zurückhalten sollten.

6. Franz Alexander: Der/ die Analytiker/-in soll „emotionell nicht beteiligt“⁵⁷³ sein

Franz Alexander, (eigentlich Ferenc Gábor Alexander), wurde 1891 in Budapest geboren und starb 1964 in Palm Springs, Kalifornien. Er war im Ersten Weltkrieg als Militärarzt tätig. Seine Lehranalyse absolvierte er bei Sigmund Freud⁵⁷⁴ und er ging 1919 nach Berlin, wo er zunächst Student und ab 1921 Assistent am neu gegründeten Berliner Psychoanalytischen Institut wurde, später dort auch als Lehranalytiker tätig war. 1930 wanderte er in die USA aus. 1932 gründete er in Chicago sein eigenes Institut für Psychoanalyse, nach dem Vorbild des Berliner Psychoanalytischen Instituts. 1938 erhielt er eine Professur für Psychiatrie an der University of Illinois. 1956 ging er nach Los Angeles, wurde dort Leiter der Abteilung für psychiatrische Forschung am Mount Sinai Hospital. Gemeinsam mit Roy Grinker gründete Alexander die American Academy of Psychoanalysis (AAP). In Bezug auf die psychoanalytische Ausbildung stand für ihn das Verhältnis zwischen Therapeut und Patient ganz im Vordergrund. Eines seiner wichtigsten Forschungsgebiete wurde die Psychosomatik, wobei seine Forschungsarbeiten über Asthma am bekanntesten geworden sind. Alexander zählt zu den bedeutendsten Gründern der psychosomatischen Medizin.

In seinem 1950 verfassten Aufsatz⁵⁷⁵ widmete sich Alexander einer „Neubewertung“ der in der psychoanalytischen Behandlung psychodynamisch wirksamen Faktoren. Es ging ihm vor allem um die Rolle und die therapeutische Bedeutung von intellektueller Einsicht, Katharsis und den in der Übertragungsbeziehung sich entfaltenden emotionalen Erlebnissen. In diesem Aufsatz spielt Alexanders Verständnis von psychoanalytischer Abstinenz eine besondere Rolle, obwohl sie nicht vordergründig das Thema bildet. Zum einen beschrieb er Fallbeispiele, in welchen sich die entscheidenden positiven Veränderungen ausgerechnet ab dem Zeitpunkt zu entwickeln begannen, als der Analytiker, im ersten Fall *gezielt* in einer bestimmten Behandlungssituation seine therapeutische Zurückhaltung aufgab (und sich menschlich emotional zeigte) und in einem anderen *unbeabsichtigt* für einen kurzen Moment seine Selbstkontrolle verlor. Zum

⁵⁷³ Alexander, F. (1950): S. 403.

⁵⁷⁴ Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 10 f.

⁵⁷⁵ Alexander, F. (1950): S. 401-416.

anderen schilderte er eine Möglichkeit, das Prinzip „Versagung“ ganz bewusst als therapeutische Maßnahme anzuwenden, um den analytischen Prozess zu beschleunigen.

Seine Kernaussage lautete: weder die Katharsis, wie sie seinerzeit von Freud mittels Hypnose ausgelöst wurde, noch die intellektuelle Einsicht des Patienten über die Ursachen seiner neurotischen Konflikte seien die entscheidenden therapeutischen Faktoren, sondern im Mittelpunkt stünde die „korrigierende emotionelle Erfahrung“.⁵⁷⁶

Der Patient könne diese korrigierende Erfahrung im Rahmen der sogenannten „Übertragungsneurose“ erleben: „In der Übertragung werden die ursprünglichen pathogenen Konflikte der frühen Familiensituation mit geringerer Intensität wiederholt“.⁵⁷⁷

Alexander ging davon aus, dass im wesentlichen die in Kindheit und Jugend des Patienten erlebten pathogenen Reaktionen der Eltern als verantwortlich für seine neurotischen Symptome, die ihn bis ins Erwachsenenalter peinigen und seine Reifeentwicklung stören, angesehen werden können. Die vorrangige Aufgabe des Analytikers bestünde entsprechend darin, vermittelt einer, je nach Besonderheit des einzelnen Falles individuellen therapeutischen Haltung, dem Patienten zu einer „korrigierende(n) emotionelle(n) Erfahrung“⁵⁷⁸ zu verhelfen. Der Analytiker müsse eine Rolle einnehmen, die derjenigen der Eltern entgegengesetzt erscheine und dürfe „emotionell nicht beteiligt“ sein:

„In der Übertragungssituation wird die ursprüngliche zwischenmenschliche Beziehung von Kind und Eltern nur von seiten des Patienten wiederhergestellt. Der entscheidende therapeutische Faktor sind die von den elterlichen Reaktionen verschiedenen des Analytikers. Das einfachste Beispiel ist die Verdrängung selbstbehauptender und aggressiver Haltungen infolge elterlicher Einschüchterung, durch die Abhängigkeit gefördert wird und die mannigfaltigsten Hemmungen in den menschlichen Beziehungen entstehen. In der Übertragung muß die Haltung des Therapeuten der des einschüchternden Elternteils entgegengesetzt sein“.⁵⁷⁹

Die Grundeinstellung des Analytikers seinem Patienten gegenüber solle von wohlwollend verstehender Neutralität geprägt sein, der Analytiker solle seine Gegenübertragung unter Kontrolle halten und auf noch so provozierende Äußerungen des Patienten nicht moralisch wertend oder strafend reagieren. Auf diese Weise werde dem Patienten die – therapeutisch

⁵⁷⁶ Ebd. S. 403.

⁵⁷⁷ Ebd. S. 402.

⁵⁷⁸ Ebd. S. 403.

⁵⁷⁹ Ebd. S. 404 f.

entscheidende – neue Erfahrung ermöglicht, wodurch die Wirkungen der ursprünglichen pathogenen Erfahrung korrigiert werden können:

„Die elterliche Einschüchterung wird durch das tolerantere und freundlichere Verhalten des Therapeuten aufgelöst, der in der Seele des Patienten anstelle des autoritären Elternteils tritt. Sowie der Patient realisiert, daß seine bescheidene Selbstbehauptung nicht bestraft wird, wird er selbstbewußter werden und vermag gleichzeitig Autoritätspersonen des täglichen Lebens gegenüber eine größere Freiheit an den Tag zu legen. Dies vermehrt die Fähigkeit des Ich, mit aggressiven Verhaltensweisen fertig zu werden, die aus Angst vorher verdrängt waren“.⁵⁸⁰

Alexander war sich darüber im klaren, dass es sich hierbei um eine vereinfachte Darstellung handelte, in der Praxis aber für jeden Patienten eine individuelle Vorgehensweise vonnöten sei, zumal es verschiedene pathogene elterliche Verhaltensweisen gebe, wie etwa allzu verwöhnende, abwertende, gleichgültige oder abweisende Haltungen. Daher müsse der Analytiker individuell auf jeden Patienten anders eingehen, zugleich aber eine „objektive und doch unterstützende Haltung“⁵⁸¹ einnehmen. Hierzu schilderte er das Fallbeispiel

„[...] eines 42-jährigen Patienten [...], der unter hysterischen Anfällen, Impotenz und einer schweren Charakterneurose litt, die seine Ehe zum Scheitern zu bringen drohte [...]. Der wesentliche Faktor war in diesem Fall ein anmaßender, tyrannischer Vater, der mit vollem Erfolg das Selbstvertrauen und die normale Selbstbehauptung des Patienten untergraben hatte“.⁵⁸²

Im Gegensatz zu der einschüchternden Art des Vaters, die einen wesentlichen ursächlichen Hintergrund für die neurotischen Symptome des Patienten darstellte, nahm der Analytiker in der Behandlung eine ganz anders geartete Haltung dem Patienten gegenüber ein:

„Meine Haltung war nicht einfach objektiv und unterstützend. Sie war ständig tolerant und eindeutig ermunternd, also genau das Gegenteil der väterlichen. Während der Vater anmaßend und alleswissend war, betonte der Analytiker wiederholt die Grenzen der Psychoanalyse und seines eigenen Wissens [...]. Der Vater war dem Patienten gegenüber extrem kritisch – der Analytiker zeigte offen seine Bewunderung für gewisse Fähigkeiten des Patienten“.⁵⁸³

⁵⁸⁰ Ebd. S. 405.

⁵⁸¹ Ebd. S. 405.

⁵⁸² Ebd. S. 406.

⁵⁸³ Ebd. S. 406 f.

Auf diese Weise habe der Patient alsbald gespürt, dass seine neurotischen Reaktionen nicht mehr angemessen waren und allmählich neue, passendere Verhaltensweisen entwickeln können.

Als ungewöhnlich an diesem Beispiel sei nicht nur die Kürze der Behandlung gewesen (lediglich 26 Analysestunden, über einen Zeitraum von zehn Wochen verteilt, hätten zum nahezu vollständigen und dauerhaften Abklingen der Symptomatik geführt), sondern der Analytiker sei von seiner ursprünglichen Vorgabe „emotionell nicht beteiligt“ zu sein, abgewichen:

„[...] ich brachte eine eindeutige emotionelle Färbung in die Übertragungssituation, die man kritisierend als nicht psychoanalytisch sondern als psychotherapeutisch bezeichnen kann, weil sie eine ganz offen ermutigende Note beinhaltet“.⁵⁸⁴

Die sonst übliche „analytische“ Zurückhaltung des Analytikers, hatte er in diesem Fallbeispiel aufgegeben, um der Notwendigkeit, ein dem Vater entgegengesetztes Verhalten einzunehmen, Genüge zu tun.

Auch in einem weiteren von Alexander beschriebenen Fall habe die „korrigierende emotionelle Erfahrung“ zur langfristigen Besserung der Symptomatik geführt und es sei auch in diesem Beispiel die „Abweichung von der konventionellen psychoanalytischen Haltung“⁵⁸⁵ gewesen, welche zur entscheidenden Veränderung geführt habe. Bei dem Patienten handelte es sich um einen ungewöhnlich „faulen“ Studenten, der sich außerstande sah, sich auf sein Studium zu konzentrieren, ausreichend soziale Kontakte zu knüpfen oder aufrecht zu erhalten und der seine Zeit hauptsächlich mit Nichtstun oder mit ihm selber sinnlos erscheinenden Aktivitäten verbrachte. Dieser Patient rechtfertigte seine Lebensweise damit, dass er vom Vater nie geliebt worden sei und nie etwas Wertvolles von ihm geschenkt bekommen habe. Dies brachte er in einem Traum zum Ausdruck, in welchem ein vom Vater an den Sohn geschenkter Ring angeblich nichts wert gewesen sei. In der Realität aber hatte der Vater, der dem Sohn gegenüber im Übermaß großzügig und tolerant gewesen ist, dem Sohn einen echten Brillantring geschenkt. Durch das allzu nachsichtige Verhalten des Vaters hatte der Sohn starke Schuldgefühle entwickelt, die dieser nun dadurch abwehrte, dass er sich einredete, der Vater habe ihn nie geliebt.

⁵⁸⁴ Ebd. S. 407.

⁵⁸⁵ Ebd. S. 407.

In der Behandlung habe dieser Patient nun dem Analytiker gegenüber ein recht provokantes Verhalten gezeigt, womit er diesem zunehmend unangenehmer geworden sei:

„Dieser Patient setzte alles daran, sich unbeliebt zu machen. Er kam gewöhnlich ungewaschen, unrasiert und ungekämmt zur Analyse, kaute seine Nägel, murmelte die Worte kaum verstehbar, kritisierte alles und zahlte ein sehr niedriges Honorar“.⁵⁸⁶

Irgendwann habe dann der Analytiker für einen Moment die Geduld verloren und seinem Patienten offen seine Abneigung eingestanden:

„Ich erklärte ihm jedoch gleichzeitig, daß sein Verhalten unbewußt beabsichtigt sei, um sich selbst unbeliebt zu machen, und daß der Analytiker in seiner menschlichen Unzulänglichkeit auch spontane Reaktionen habe. Er wolle den Beweis haben, daß der Analytiker ihn ablehne, geradeso wie sein Vater ihn vermutlich nicht leiden könne. Das erlaube ihm, sich feindselig zu verhalten und seine alte neurotische Lebenshaltung fortzusetzen. Ich erinnerte ihn an den ersten Traum über den Brillantring. Diese Stunde wurde ein dramatischer Wendepunkt der Analyse [...]. Seitdem änderte sich sein Verhalten wie auch sein Äußeres erheblich. [...]. Er begann sich seiner Arbeit zu widmen und seinen Tageslauf zu regeln“.⁵⁸⁷

Indem der Patient in dieser Sitzung die Abneigung seines Analytikers ihm gegenüber habe spüren können, sei ihm gleichzeitig klar geworden, wie viel Liebe und Toleranz im Gegensatz dazu sein Vater ihm trotz seines provokanten Verhaltens entgegengebracht habe.

„Mehr noch, seine Schuldgefühle, entstanden aus der väterlichen Verwöhnung, ließen nach, als der Analytiker offen seine Abneigung gegen den Patienten zugegeben hatte“.⁵⁸⁸

Auch dieser Patient habe in einem für eine psychoanalytische Behandlung ungewöhnlich kurzen Zeitraum eine dramatische Besserung erlebt. Diese erfolgte aber gerade *nicht* unter der sonst üblichen neutralen, objektiven Haltung des Analytikers, sondern in einem Moment, in welchem dieser – unbeabsichtigt – seine Selbstkontrolle verlor. Im nachhinein hatte sich diese ungeplante Reaktion offensichtlich als richtig erwiesen, sie stellte tatsächlich ein dem Vater entgegengesetztes Verhalten dar, jedoch handelte es sich keineswegs um wohlüberlegtes Vorgehen des Analytikers, sondern um das Ergebnis seines

⁵⁸⁶ Ebd. S. 408.

⁵⁸⁷ Ebd. S. 408.

⁵⁸⁸ Ebd. S. 409.

kurzzeitigen Kontrollverlustes. Alexander schloss daraus, dass es wohl im Einzelfall sehr heilsam sein könne, wenn der Analytiker es schaffe, seinem Patienten „derartig intensive, aufdeckende emotionelle Erfahrungen“⁵⁸⁹ zu vermitteln, sogar bei insgesamt kürzerer Dauer der psychoanalytischen Behandlung. Es sei aber noch nicht möglich, zu bestimmen, bei welchen Patienten diese Vorgehensweise gewinnbringend wäre. Daher sprach er sich grundsätzlich dagegen aus, spontane Gegenübertragungsreaktionen in die Behandlung einfließen zu lassen.

„Der Analytiker muß [...] um seine spontanen Reaktionen der Gegenübertragung wissen und fähig sein, sie zu kontrollieren und durch ein geeignetes Verhalten, das die pathogenen emotionellen Einflüsse aus der Vergangenheit des Patienten korrigiert, zu ersetzen“.⁵⁹⁰

In Bezug auf die im Analytiker sich entwickelnde Gegenübertragung sei davon auszugehen, dass er dem Patienten gegenüber ähnlich empfinde wie seinerzeit die Eltern des Patienten, der Analytiker reagiere also

„[...] auf die Schmeicheleien des Patienten mit positiven Gefühlen, auf dessen Leiden hilfreich und mit Sympathie und auf dessen herausforderndes Verhalten mit Ressentiment [...]“

Eine absolut objektive, stets wohlwollend verstehende innere Haltung, unabhängig von dem jeweiligen Verhalten des Patienten, könne sich kaum spontan einstellen, sondern es handele sich um eine „absichtlich eingenommene, einstudierte Haltung“ des Analytikers.

Umso wichtiger sei, dass dieser seine tatsächlichen spontanen emotionellen Reaktionen zurückhalte und sie „durch eine wohlüberlegte Haltung“⁵⁹¹ ersetze, um dem Patienten dadurch ausreichend Möglichkeiten zu bieten, sich emotionell neu zu orientieren.

Ausdrücklich plädierte Alexander einerseits für therapeutische Abstinenz im Hinblick auf die spontanen Gegenübertragungsreaktionen des Analytikers: dieser solle auf eine emotionelle Beteiligung in der Übertragungsbeziehung verzichten, um gerade dadurch dem Patienten die für ihn entscheidende „korrigierende emotionelle Erfahrung“ zu bahnen. Zum anderen zeigte er anhand seiner Beispiele, wie es im Einzelfall sinnvoll sein könne, vorübergehend seine analytische Zurückhaltung aufzugeben.

⁵⁸⁹ Ebd. S. 409.

⁵⁹⁰ Ebd. S. 410.

⁵⁹¹ Ebd. S. 412.

Aber noch in einem weiteren Sinne brachte Alexander das Abstinenzprinzip ins Spiel: dem Patienten müsse aus bestimmten Gründen gelegentlich eine „Versagung“ auferlegt werden: Voraussetzung dafür, dass sich der analytische Prozess in der beschriebenen günstigen Weise entwickeln könne, sei eine optimale Intensität der Übertragungsneurose des Patienten. Das bedeute konkret, die Abhängigkeit des Patienten von seinem Therapeuten solle ein bestimmtes Maß nicht überschreiten. Eine Behandlung, die pro Woche drei oder mehr Sitzungen beinhalte, berge allerdings die Gefahr einer allzu intensiven Abhängigkeit:

„Die Aussicht auf eine prolongierte Behandlung begünstigt das Zögern und die Abneigung des Patienten, sich mit den Problemen auseinanderzusetzen, vor denen er in die Neurose auswich“.⁵⁹²

Dem Patienten solle seine Abhängigkeit vom Analytiker bewusst gemacht werden. Ein wirksames Verfahren, um das zu erreichen, sei die Reduzierung der gewohnten Sitzungsfrequenz:

„Ein Mensch, der alle halbe Stunde zu essen bekäme, würde niemals Hungergefühl kennenlernen. Die Abhängigkeit des Patienten vom Analytiker, die durch die Routine täglicher Interviews zufriedengestellt wird und mit denen der Patient unbewußt rechnet, kann niemals mit der hinreichenden Intensität bewußt gemacht werden, wenn die Stunden nicht zu irgendeinem Zeitpunkt der Analyse reduziert werden“.⁵⁹³

Alexander sprach sich hier für die Anwendung der ‚Versagung‘ als technische Maßnahme aus, mit dem Ziel

„[...] zu vermeiden, daß die Übertragung ein zu mächtiges Ventil für die Neurose des Patienten wird: Durch Versagung wird die Tendenz nach Abhängigkeit bewußt und der Patient gezwungen, ihr bewußt zu widerstehen“.⁵⁹⁴

Ein solches Vorgehen fördere die Bereitschaft des Patienten, sich parallel zu der Behandlung seinen realen Problemen zuzuwenden und Lösungen anzustreben, statt sich zu sehr „in die Schattenwelt der Übertragung“⁵⁹⁵ zurückzuziehen.

⁵⁹² Ebd. S. 413.

⁵⁹³ Ebd. S. 413 f.

⁵⁹⁴ Ebd. S. 413.

⁵⁹⁵ Ebd. S. 414.

Weiterhin beschrieb Alexander, wie Therapieunterbrechungen unterschiedlicher Dauer einen weiteren günstigen Effekt hervorbrächten: sie würden dem Patienten zu mehr Selbstvertrauen verhelfen, da er in dieser Zeit Gelegenheit habe, die in der Therapie erzielten Erfolge unmittelbar im Alltag umzusetzen. Dieser Effekt stelle sich keineswegs automatisch allein aufgrund der in der Therapie gewonnenen Erkenntnisse ein, vielmehr drohe die Gefahr einer neurotischen Bequemlichkeitshaltung des Patienten, weil „[...] viele seiner neurotischen Bedürfnisse durch die Übertragungssituation befriedigt werden [...]“.⁵⁹⁶ Durch Unterbrechungen der Therapie könne gezielt ein Druck aufrecht erhalten werden,

„[...] um den Patienten mit seinen eigentlichen Lebensproblemen in Kontakt zu halten, vor denen er sich nur zu gern in die Übertragung begeben hat. Die Vorstellung, daß ein Patient, der die Lösung seiner realen Probleme über Monate und Jahre hinausgezögert und sich in die relativ isolierte Welt der Übertragung zurückgezogen hat, eines Tages als gutangepaßter Mensch in die Realität zurückkehrt, entspricht nicht der Wirklichkeit“.⁵⁹⁷

Mit diesen mahnenden Worten knüpfte Alexander an die von Freud bereits im Jahr 1919 erhobene Forderung an, der Analytiker müsse durch „energisches Einschreiten“ verhindern, dass der Patient in Ersatzbefriedigungen ausweicht. „Der Kranke sucht vor allem die Ersatzbefriedigung in der Kur selbst im Übertragungsverhältnis zum Arzt [...]“.⁵⁹⁸

Erstaunlich an den Thesen Franz Alexanders erscheint die Tatsache, dass er sich hier für eine Modifikation der analytischen Technik einsetzte, die er früher allerdings kritisiert hatte. Helmut Thomä kommentierte diese Sinneswandlung mit folgenden Worten:

“Es entbehrt nicht der Delikatesse, daß F. Alexander (1925), der in jungen Jahren in der Besprechung des Buches von Ferenczi und Rank ‚Die Entwicklungsziele der Psychoanalyse‘ die Betonung der emotionalen Erlebnisse des Patienten im Hier und Jetzt der Analyse durch diese Autoren kritisiert hatte, zwanzig Jahre später, zusammen mit French (1946), über neue Modifikationen und Variationen der Technik in Richtung auf eine größere Aktivität des Analytikers berichtete und nun selbst in die Reihe der unorthodoxen Analytiker geriet“.⁵⁹⁹

Eine Erklärung könnte darin bestehen, dass Alexander unter einem äußeren Druck stand, der ihn zwang, nach Modifikationen des klassischen analytischen Verfahrens zu suchen,

⁵⁹⁶ Ebd. S. 414.

⁵⁹⁷ Ebd. S. 414.

⁵⁹⁸ Freud, S. (1919): S. 189.

⁵⁹⁹ Thomä, H. (1981): S. 31.

zumal er sich in den USA der Kritik ausgesetzt sah, die klassische Psychoanalyse sei zu langwierig, zu teuer und zu elitär. So entwickelte er mit einigen Mitarbeitern (u. a. T. M. French) eine kürzere Variante der psychoanalytischen Therapie.⁶⁰⁰

Vor diesem Hintergrund lässt sich dieser sonderbare Widerspruch in Alexanders Ausführungen – einerseits für strikte analytische Zurückhaltung zu plädieren, andererseits anhand von eindrucksvollen Fallbeispielen zu demonstrieren, wie viel erfolgreicher eine analytische Therapie verlaufen kann, wenn diese abstinente Haltung vorübergehend außer Acht gelassen wird – verstehen.

⁶⁰⁰ Vgl. Gysling, A. (1995): S. 94 f.

7. Paula Heimann: Analytiker/-innen sollen für ihre Patienten/-innen keine „Spiegelplatte“, sondern von „emotionaler Sensibilität“ erfüllt sein

Paula Heimann wurde 1899 als Tochter jüdisch-russischer Eltern in Danzig geboren. Nach dem frühen Tod einer Schwester von ihr war ihre Mutter depressiv geworden und Paula Heimann übernahm für sie die Rolle des „tröstenden Ersatzes“.⁶⁰¹ Nach ihrem Medizinstudium in Königsberg, Berlin und Frankfurt am Main und ihrer psychiatrischen Facharztausbildung in Heidelberg zog sie 1927 nach Berlin, wo sie eine neurologische Facharztausbildung absolvierte und 1929 ihre psychoanalytische Ausbildung begann. Ihr Lehranalytiker war Theodor Reik. Im Juli 1933 emigrierte sie nach London und wurde im November des gleichen Jahres außerordentliches Mitglied der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft. Sie freundete sich mit Melanie Klein an, nachdem sie ihr anlässlich des Todes ihres Sohnes (er verunglückte tödlich im April 1934) kondoliert hatte. Nach Ansicht von Regine Lockett habe Paula Heimann damit ihre Rolle als „tröstende Tochter“⁶⁰² reinszeniert. Sie ging bei Melanie Klein in Analyse und wurde 1944 selbst Lehranalytikerin. In ihren behandlungstechnischen Publikationen wies sie auf die besondere Bedeutung vor allem der Gegenübertragung im analytischen Prozess hin, womit sie eine grundlegend neue Diskussion über das Verständnis der Gegenübertragung in Gang brachte. Auch setzte sie sich entschieden gegen die Vorstellung des gefühlskalten, ‚spiegelplattenartigen‘ Analytikers ein. Mit ihrem Lebenswerk beeinflusste Paula Heimann maßgeblich die Psychoanalyse in der BRD.⁶⁰³ 1982 starb Paula Heimann in London.⁶⁰⁴

Bereits in ihrem Seminar über Behandlungstechnik Anfang der 1940er Jahre äußerte sich Paula Heimann kritisch über Freuds Ratschlag, in der psychoanalytischen Behandlung den Chirurgen insofern als Vorbild zu nehmen, als der Umgang mit den Patienten ohne Affekte und sogar ohne jegliches „menschliches Mitleid“⁶⁰⁵ erfolgen solle.⁶⁰⁶ Noch deutlicher

⁶⁰¹ Lockett, R. (1995): S. 137, sowie Holmes, M. (2017): S. 35 f.

⁶⁰² Lockett, R. (1995): S. 138, vgl. auch Holmes, M. (2017): S. 80-83.

⁶⁰³ Diese Zusammenhänge beschrieb Maren Holmes in umfassender Weise in ihrer 2017 veröffentlichten Dissertation am medizinhistorischen Forschungsbereich der Charité – Universitätsmedizin Berlin: Paula Heimann. Leben, Werk und Einfluss auf die Psychoanalyse. Vgl. insbesondere die Seiten 305-344.

⁶⁰⁴ Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 207 f. sowie: Lockett, R. (1995): S. 137 f.

⁶⁰⁵ Freud, S. (1912 b): S. 380 f.

⁶⁰⁶ Vgl. Eran J. Rolnik (2005): S. 8 f.

wurde sie in ihrem 1950 verfassten Aufsatz „Über Gegenübertragung“⁶⁰⁷, in welchem sie die Ansicht vertrat, im Gegensatz zu Freuds Forderung, affekt- und mitleidlos in der Behandlung zu sein, müsse ein Analytiker *gerade* auch eine emotionale Sensibilität besitzen, die Gegenübertragungsgefühle des Analytikers enthielten besonders wichtige Hinweise für die unbewussten neurotischen Konflikte des Patienten überhaupt. Auf einer unbewussten Ebene könne der Analytiker Kontakt zu unbewussten seelischen Vorgängen des Patienten aufnehmen und auf diese Weise etwas über dessen unbewusste Konflikte erfahren. Aus dem, was der Analytiker in der Behandlung gegenüber seinem Patienten fühle, ließen sich Rückschlüsse über die sich in der Tiefe des Gegenüber abspielenden Seelenvorgänge ableiten. Wenn der Analytiker beispielsweise Angst empfinde, so handele es sich um die Angst des Patienten und nicht um die der eigenen Person. Also sei der Patient selbst der Schöpfer der Gegenübertragungsgefühle des Analytikers: „[...] the analyst’s counter-transference is not only part and parcel of the analytic relationship, but it is the patient’s creation, it is a part of the patient’s personality“.⁶⁰⁸ Mit diesem Aufsatz trug Heimann zu einem grundlegend neuen Verständnis von Gegenübertragung bei. Zuvor bestand weitgehend die Auffassung, Gegenübertragung sei ein Ausdruck eines, trotz Lehranalyse noch verbliebenen, neurotischen Restes im Analytiker und es handele sich dabei um ein eher störendes Element in der Behandlung, das man erkennen und überwinden müsse.

Diese von Paula Heimann erstmals propagierte neue Bedeutung der Gegenübertragung führte dann in den Jahren danach dazu, dass viele Ausbildungskandidaten, aber auch erfahrenere Analytiker ihre Deutungen sehr stark aus ihren Gegenübertragungsgefühlen bezogen und sie nicht mehr daraufhin überprüften, ob sie nicht eher Ausdruck ihrer eigenen neurotisch konflikthaften Bereiche darstellten. Nicht zuletzt auch um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, schrieb Heimann im Jahr 1960 einen weiteren Artikel zu diesem Thema, ihre „Bemerkungen zur Gegenübertragung“.⁶⁰⁹ Hier empfahl sie den Analytikern,

⁶⁰⁷ Mit diesem nur drei Textseiten umfassenden Aufsatz stellte Paula Heimann das bisherige Verständnis über „Gegenübertragung“ in Frage und löste eine neue Debatte darüber aus, wie sie verstanden werden müsse. Sie brachte einen grundlegend neuen Gedanken in die Diskussion, nämlich, dass Gegenübertragung die Schöpfung des Patienten sei, dass sie ein Teil der unbewussten neurotischen Problematik des Patienten sei und nicht, wie bisher angenommen, Ausdruck der „Restneurose“ des Analytikers. Vgl. Gysling, A. (1995), S. 189-196.

⁶⁰⁸ Heimann, P. (1950): S. 83, vgl. Holmes, M. (2017): S. 188-205 sowie Gysling, A. (1995): S. 191.

⁶⁰⁹ Es handelt sich um ihren Vortrag zum Symposium über Gegenübertragung, das von der Ärztlichen Sektion der British Psychological Society am 28. Oktober in London veranstaltet wurde. Veröffentlicht in

sich in ihren Gegenübertragungsgefühlen ständig sehr wachsam dahingehend zu überprüfen, ob sich nicht eigene neurotische Reste darin abbilden, bevor sie diese vermittels ihrer Deutungen den Patienten zukommen lassen, denn:

„Wir alle wissen, daß kein Analytiker jemals endgültig und vollkommen analysiert ist, und dass er immer neurotische Reste zurückbehält“.⁶¹⁰

Vor allem wandte sich Heimann dagegen, dass der Analytiker dem Patienten etwas davon offenbare, wenn er in seinen Interventionen von Gegenübertragungsgefühlen beeinflusst wurde. Er solle beispielsweise, wenn er einen Fehler gemacht habe, nicht die persönlichen Gründe dem Patienten offenbaren, sondern sich damit begnügen, festzustellen, dass es ein Fehler gewesen sei und sich gegebenenfalls auch entschuldigen. In diesem Zusammenhang beschrieb Heimann ein Fallbeispiel, in welchem sie während einer Analysestunde sehr unkonzentriert gewesen war und – entgegen ihrer Überzeugung – der Patientin die Gründe dafür offenbarte (sie hatte gerade zuvor vom Tod eines ihr gut bekannten Kollegen erfahren). Das sei keine korrekte Vorgehensweise gewesen.⁶¹¹

Im gleichen Aufsatz beschrieb Paula Heimann ein Phänomen, welches ihr bei ihrer Tätigkeit als Kontrollanalytikerin an ihren Ausbildungskandidaten auffiel. Die Kandidaten hielten sich so sehr an Freuds Empfehlung, man solle sich in der Behandlung an der kühlen Korrektheit der Chirurgen orientieren, dass sie ihre tatsächlichen Gefühle, die sie gegenüber ihren Patienten entwickelten, verleugneten und hinter einer Maske aus menschlicher Kälte versteckten. Gerade wenn es um Situationen ging, die Freud seinerzeit in seinem Kapitel über die Übertragungsliebe beschrieb, verleugneten die Ausbildungskandidaten alle Hinweise darauf:

„Sie neigten auch dazu, Bemerkungen über die positive Übertragung mit den damit verbundenen sexuellen Phantasien zu übersehen oder zu übergehen und willkürlich Zeichen der negativen Übertragung herauszugreifen, weil sie dadurch das Ziel der ‚kühlen Distanziertheit‘ sicherer zu erreichen glaubten“.⁶¹²

Es ging Heimann aber gerade darum, aufzuzeigen, weshalb ein Analytiker kein gefühlskaltes Wesen sein müsse. Entscheidend sei vielmehr, dass er aushalten könne, was

englischer Sprache im Brit. J. Med. Psycholog. (1960), 33, 9-27. In Deutschland veröffentlicht in: Psyche 18 (1964): S. 483-493. Vgl. Holmes, M. (2017): S. 212-218.

⁶¹⁰ Heimann, P. (1960): S. 492.

⁶¹¹ Vgl. Kap. 2.2.7.

⁶¹² Heimann, P. (1964): S. 483.

er gegenüber seinen Patienten fühlt, eine der Fähigkeiten, welche in der Lehranalyse erworben werden können:

„Es ist nicht das Ziel der Lehranalyse, den Analytiker zu einer Gehirnmaschine zu machen, die auf Grund rein intellektueller Prozesse Deutungen produziert; die Eigenanalyse soll ihn vielmehr befähigen, seine Gefühle auszuhalten, statt sie wie der Patient abzureagieren“.⁶¹³

Der Analytiker solle gerade besonders offen auch auf seine eigenen, während der Behandlungsstunde gegenüber seinem Patienten sich entwickelnden Gefühle achten und sie mit den Assoziationen des Patienten vergleichen. Auf diese Art und Weise könne er überprüfen, inwieweit er seinen Patienten verstanden habe.

In Paula Heimanns behandlungstechnischen Publikationen taucht der Begriff der Abstinenz nicht explizit auf. Wenn sie Ausschnitte aus eigenen Behandlungsfällen beschrieb, in welchen sie eigentlich eine nicht-abstinente Haltung eingenommen hatte, so bezeichnete sie selbstkritisch ihre Vorgehensweise entweder als „Abweichung vom korrekten analytischen Verhalten“⁶¹⁴ oder sie begründete ihr – partiell ‚nicht-abstinentes‘ – Verhalten damit, dass die analytische Behandlung eben auch die „Anerkennung der Realität“⁶¹⁵ sowie eine „natürliche Ehrlichkeit auf beiden Seiten“⁶¹⁶ beinhalten sollte.

Sie riet einerseits entschieden davon ab, den Patienten (Analysanden) mehr persönliche Details als unbedingt notwendig zu offenbaren, andererseits nahm sie Melanie Klein in Analyse, ungeachtet der Tatsache, dass beide in einem freundschaftlichen Verhältnis zueinander standen und Paula Heimann Jahre zuvor selbst von ihr analysiert worden war⁶¹⁷.

In ihren eigenen Behandlungen, so lässt sich zusammenfassend feststellen, schien sich Paula Heimann eher durch ihre Intuition als durch psychoanalytische Behandlungsprinzipien leiten zu lassen, was sie als Analytikerin außergewöhnlich, lebendig und auf eine sympathisch menschliche Art authentisch erscheinen lässt. Sie trug wesentlich dazu bei, das bis in die 1950er Jahre weitgehend unpersönliche, teilweise geradezu antitherapeutische Klima in den Behandlungsräumen der Psychoanalytiker –

⁶¹³ Ebd. S. 484.

⁶¹⁴ Heimann, P. (1960): S. 491.

⁶¹⁵ Heimann, P. (1978): S. 220.

⁶¹⁶ Ebd. S. 220.

⁶¹⁷ Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 207.

wohl auch geprägt durch die Angst der Psychoanalytiker vor ihrer Gegenübertragung – entscheidend zu verbessern.

8. Rudolph M. Loewenstein: Die klassische analytische Technik darf in Ausnahmefällen „Variationen“ zulassen

Rudolph Maurice Loewenstein, 1898 in Łódź geboren, studierte in Zürich Medizin, ging danach nach Berlin und 1926 nach Paris. Er wurde dort Lehranalytiker, zu seinen Schülern gehörte auch Jacques Lacan.⁶¹⁸ 1940 ging er in die USA. Zwischen 1965 und 1967 war er Vizepräsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung. Gemeinsam mit Heinz Hartmann und Ernst Kris wurde er für die Studien im Bereich der psychoanalytischen Ich-Psychologie bekannt. Loewenstein starb 1976 in New York.

Ausgelöst durch die in den Fünfziger Jahren erneut sich bildenden Kontroversen über Variationen bzw. Modifikationen der psychoanalytischen Technik, sah sich Rudolf Loewenstein zu einer „Überprüfung der grundlegenden klassischen Technik“⁶¹⁹ veranlasst. Zuvor räumte er ein, keine „unangreifbare Definition der klassischen Analyse“⁶²⁰ geben zu können und verwies auf Meinungsverschiedenheiten anderer Analytiker hinsichtlich der Frage, welche Verfahren es verdienen, ‚klassisch‘ genannt zu werden und welche nicht.

Ohne die Begriffe „Variation“ und „Modifikation“ scharf voneinander abzugrenzen, ging er davon aus, ein technisches Vorgehen, welches „Modifikationen“ beinhalte, könne nicht mehr als „klassisch“ bezeichnet werden, während aber „Variationen“ durchaus mit der klassischen Technik vereinbar seien.

Als Variationen der Technik bezeichnete er bestimmte „Interventionen“, die rein intuitiv erfolgen und deren Bedeutung für den analytischen Prozess noch nicht hinreichend erforscht seien, auf die man aber nicht verzichten könne:

„Schließlich ist es eine bekannte Tatsache, daß wir in allen nach der klassischen Technik analysierten Fällen nicht nur die Interpretation anwenden, sondern eine Anzahl von Maßnahmen, welche entweder erreichen sollen, ‚daß die Deutungen den gewünschten psychodynamischen Effekt haben können‘, oder sogar ‚Bedingungen zu schaffen, ohne welche das analytische Verfahren überhaupt nicht möglich wäre‘ [...]“.⁶²¹

⁶¹⁸ Siehe hierzu: Langlitz, Nicolas (2005): Die Zeit der Psychoanalyse. Lacan und das Problem der Sitzungsdauer.

⁶¹⁹ Loewenstein, R. M. (1959/60): S. 594-608.

⁶²⁰ Ebd. S. 594.

⁶²¹ Ebd. S. 596.

Die zwischen Therapeut und Patient abgeschlossene Vereinbarung beinhaltet, dass der Patient die Grundregel einhalten, also alle Gedanken möglichst vollständig und unzensiert dem Analytiker offenbaren solle. Dies setze allerdings ein Vertrauen über dessen bedingungslose Diskretion und Handeln zum Wohle und Nutzen des Patienten voraus. Dieses Vertrauen des Patienten sei nicht immer von vornherein vorhanden. Im Einzelfall müsse es zunächst über entsprechende Interventionen gebahnt werden. Es ginge also z. B. darum, den Patienten für die Besonderheiten der analytischen Behandlung vorzubereiten, etwa „[...] die *spätere Analyse der Übertragung zu ermöglichen* oder *zukünftigen Schwierigkeiten* [...] *vorzubeugen*“.⁶²² Als Beispiele für solche Interventionen nannte Loewenstein unter anderen auch: „[...] Hoffnung einflößen, Leid abnehmen“ sowie: „In Ausnahmefällen ein Besuch beim Patienten“.⁶²³ Erst nach diesen Ausführungen kam Loewenstein konkret auf die Anwendung von Abstinenzregeln zu sprechen, welche dazu dienen, „[...] die *Intensität eines psychischen Konfliktes im optimalen Bereich zu halten* [...]“.⁶²⁴

Im Rahmen dieser Überlegungen hieß es bei ihm:

„Eine wichtige Bedingung für den Erfolg einer Analyse ist, daß *Übertragungssphänomene* innerhalb der analytischen Situation *nicht befriedigt* werden, gleichgültig ob es sich um Manifestationen positiver oder negativer Übertragung handelt“.⁶²⁵

Das sei die eigentliche Bedeutung der Abstinenzregel im strengen Sinne. Mit dem Hinweis auf gewisse Ausnahmen, in denen „symbolische Befriedigungen“ gewährt werden dürfen, dann nämlich, wenn es darum ginge, den Patienten auf die eigentliche analytische Behandlung vorzubereiten, ihn „analysierbar“ zu machen, räumte er immerhin ein,

„[...] daß maximale Versagung nicht immer die günstigste Bedingung für die analytische Arbeit abgibt“.⁶²⁶

Diese Aussage scheint ein ursprüngliches Konzept vorauszusetzen, wonach bei *bestimmten* Patienten eine – vielleicht im „klassischen“ analytischen Sinne – „maximale Versagung“

⁶²² Ebd. S. 597.

⁶²³ Ebd. S. 597 (Fußnote).

⁶²⁴ Ebd. S. 597.

⁶²⁵ Ebd. S. 597.

⁶²⁶ Ebd. S. 598.

angemessen und notwendig sein könne.⁶²⁷ In der psychoanalytischen Literatur zur Behandlungstechnik finden sich nur wenige Fallbeispiele, die eine solche Annahme plausibel begründen können.

Es soll in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass auch Sigmund Freud sich in Bezug auf Übertragungswünsche seiner Patienten nicht konsequent verhielt, denn er verhielt sich den ödipalen Patientenwünschen gegenüber versagend, andererseits scheute er sich nicht, Triebwünsche anderer Art sehr wohl zu befriedigen.⁶²⁸

Als ein Beispiel für „symbolische Befriedigungen“, die einem Patienten ausnahmsweise gewährt werden können, nannte Loewenstein den Rat, den er einem jungen Kollegen gab, „[...] nicht grundsätzlich alle kleinen Geschenke, welche eine Patientin ihm brachte, abzulehnen“.⁶²⁹ Diese Patientin habe in der Tatsache, dass ihr Geschenk angenommen werde, eine Wertschätzung ihrer eigenen Person erkennen können, welche sich positiv auf ihre Analyse ausgewirkt habe.

Des weiteren beschrieb Loewenstein Fallbeispiele, in denen eine analytische Behandlung überhaupt nicht möglich gewesen wäre, wenn man dem Patienten in vollem Umfang die Abstinenzregeln auferlegt hätte und man daher gezwungen gewesen sei, auf behandlungstechnische Variationen zurückzugreifen. Anhand des Beispiels eines homosexuellen Kranken hatte Anna Freud darauf hingewiesen, dass die Persönlichkeitsstruktur des Patienten manchmal Änderungen der technischen Regeln erfordern. In einem von ihr beschriebenen Fallbeispiel bestand die – intuitiv vorgenommene – Abweichung darin, diesem Patienten *keine* Abstinenz in Bezug auf seine homosexuellen Impulse aufzuerlegen, da, wie sich später herausstellte, bei ihm dadurch nicht zumutbare Kastrationsängste ausgelöst worden wären.

Nun hieße das nicht, dass bei diesem Kranken die anderen Aspekte der Abstinenz ebenfalls außer Kraft gesetzt werden könnten. Vielmehr sei zu prüfen, in welchen Fällen Variationen sinnvoll seien.

Ebenfalls von Anna Freud stammt die Fallbeschreibung eines anderen, auch homosexuellen Patienten, dem man zunächst sexuelle Enthaltbarkeit auferlegt hatte. „[...]

⁶²⁷ Zu vermuten ist, dass ich-starke, nicht persönlichkeitsgestörte Patienten gemeint sind, also solche, denen eine „maximale Versagung“ nicht nur zugemutet werden kann, sondern die davon im Sinne des therapeutischen Fortschrittes auch profitieren.

⁶²⁸ Vgl. Cremerius, J. (1984): S. 774.

⁶²⁹ Loewenstein, R. M. (1959/60): S. 598.

dieser Vorschlag führte zu solcher Angst, daß sie sich entschloß, entgegen der Regel für diesen Patienten zu jeder Tages- und Nachtzeit erreichbar zu sein“.⁶³⁰

Es handelt sich hier um Beispiele, in denen jeweils eine Abweichung von einer Abstinenzregel aufgrund der Besonderheit der Persönlichkeitsstruktur des betreffenden Patienten geltend gemacht wurden, ohne aber die Regel an sich in Frage zu stellen.

Erwartungsgemäß blieb eine solche Argumentation auch damals nicht von Kritik verschont. Sie kam in Bezug auf dieses letztgenannte Fallbeispiel interessanterweise von Kurt Eissler, einem Analytiker orthodoxer Prägung:

„Das von Loewenstein zitierte Beispiel, ob man einem homosexuellen Patienten den Ratschlag geben soll, sich sexuelle Zurückhaltung aufzuerlegen oder nicht, betrifft eine Befriedigung außerhalb der therapeutischen Situation. Daher würde es sich in diesem Fall, zumindest nach den von *Freud* veröffentlichten Schriften, um eine Frage außerhalb des Bereichs der sogenannten Abstinenzregel handeln. In dem von *Loewenstein* gebrachten Beispiel fielen Wunscherfüllung und Symptom zusammen, da ja der Patient wegen Homosexualität in Behandlung ging. Das Verbot, das Anna Freud zur Diskussion stellte, bedeutete tatsächlich das Verbot eines Symptoms. In einem solchen Fall könnte der Analytiker dem Patienten leicht etwas zumuten, was seine Tragfähigkeit übersteigt und möglicherweise überhaupt außerhalb seines Willensbereiches liegt“.⁶³¹

Eine weitere von Rudolph Loewenstein genannte psychoanalytische Regel betrifft die Anonymität des Therapeuten, die unter anderem beinhaltet, dass die vom Patienten an den Analytiker gerichteten, ihn persönlich betreffenden Fragen nicht beantwortet werden sollen. Die Analyse sei gefährdet, wenn die Anonymität des Analytikers nicht ausreichend gewahrt werde, wie dies in Lehrinstituten der Fall sein könne, wenn Dozent und Lehranalytiker ein und dieselbe Person seien. Es könne aber unter bestimmten Umständen gerechtfertigt sein, von dieser Regel abzuweichen:

„Manche Patienten werden aber zu Beginn oder in bestimmten Stadien der Analyse so gestört durch diese künstliche Einschränkung ihrer Möglichkeit, die psychische Realität zu prüfen und ihre Phantasien über den Analytiker von seiner wirklichen Haltung zu unterscheiden, daß eine Variation der Technik notwendig wird“.⁶³²

Von mehreren Autoren sei anhand von Fallbeispielen dargestellt worden, dass es sinnvoll sein könne, richtige Vermutungen des Patienten zur Person des Analytikers, zu bestätigen.

⁶³⁰ Ebd. S. 599.

⁶³¹ Eissler, K. (1959/60): S. 610.

⁶³² Loewenstein, R. M. (1959/60): S. 597.

„In all diesen Fällen hatte die Preisgabe kleiner Bezirke der Anonymität unter besonderen, fest umrissenen Bedingungen einen günstigen Einfluß auf die Analyse der Übertragungsphänomene“.⁶³³

Diese Feststellung erstaunt umso mehr, als ja die wichtigste Begründung für die Anonymität des Analytikers darin gesehen worden ist, dass sich die Übertragung unbeeinflusst entwickeln könne.

Variationen der analytischen Technik könnten, gemäß Loewensteins Argumentation, auch dann erforderlich werden, wenn das Befolgen der einen Regel einer anderen zuwiderlaufen würde, zum Beispiel die an den Patienten gerichtete Regel, während der Analyse keine schwerwiegenden Entscheidungen zu treffen. Loewenstein nannte den Fall eines 40-jährigen Patienten, der eine eigentlich dringend notwendige Scheidung aufgrund seiner Angstzustände immer wieder verschob. Bei ihm verzichtete der Analytiker darauf, ihm eine Entscheidungsabstinenz aufzuerlegen, andernfalls „[...] hätte ich die phobischen Hemmungen des Patienten nur noch verstärkt und hätte ihm später nicht empfehlen können, sie zu überwinden“.⁶³⁴ Loewenstein sprach hier eine technische Variante an, die seinerzeit bereits von Freud empfohlen wurde⁶³⁵, den Patienten aufzufordern, sein Symptom zu überwinden:

„Eine bekannte Intervention [...] besteht darin, daß man Phobiker anhält, ihrer Phobie Trotz zu bieten“.⁶³⁶

Diese genannten Variationen in der Behandlungstechnik, blieben laut Loewenstein alle auf der Ebene der Intuition, womit eine gewisse Willkür nicht sicher ausgeschlossen werden könne:

„Der Analytiker wird sich bei der Entscheidung, ob eine Intervention angebracht ist oder nicht, von seinem Verständnis der individuellen Wirkung leiten lassen“.⁶³⁷

⁶³³ Ebd. S. 598.

⁶³⁴ Ebd. S. 599.

⁶³⁵ Freud, S. (1919): S. 191: „[...] die Phobien nötigen uns, über unser bisheriges Verhalten hinauszugehen. Man wird kaum einer Phobie Herr, wenn man abwartet, bis sich der Kranke durch die Analyse bewegen läßt, sie aufzugeben. [...] hat man nur dann Erfolg, wenn man sie [...] bewegen kann, [...] auf die Straße zu gehen und während dieses Versuches mit der Angst zu kämpfen.“

⁶³⁶ Loewenstein, R. M. (1959/60): S. 598.

⁶³⁷ Ebd. S. 598.

Für den analytischen Behandlungsprozess seien all diese Interventionen von untergeordneter Bedeutung, denn sie seien allesamt nur Mittel zum Zweck, sie dienen dazu, den eigentlichen Wirkungsfaktor der psychoanalytischen Therapie, die Deutung, vorzubereiten bzw. zu ermöglichen.

In diesem Punkt stimmte Loewenstein mit Eissler überein, für den galt, dass „[...] das Deuten das ausschließliche, beziehungsweise das führende oder vorherrschende Mittel der Wahl darstellt“.⁶³⁸ Im Unterschied zu Loewenstein fand es Eissler zweckmäßiger, den Begriff der „Intervention“ durch den Terminus „Parameter“ zu ersetzen. Denn auch das Deuten selbst sei eine ‚Intervention‘: „Ich möchte sogar sagen, daß das Deuten die mächtigste und folgenreichste Intervention ist, die uns zur Verfügung steht“.⁶³⁹

Eissler besaß anscheinend eine konkrete Vorstellung darüber, in welche sprachliche Form eine Deutung gekleidet werden sollte und schien davon auszugehen, dass Variationen der Technik meist vermeidbar seien. Fragen an den Patienten sollten möglichst nicht gestellt werden, sondern man solle versuchen, sie so umzuwandeln, dass sie die Funktion einer Deutung bekommen.

Auch bei jenen Behandlungsfällen, in denen sehr hartnäckiger Widerstand im Patienten vorhanden sei, müsse man nichts weiter tun, als diesen Widerstand zu deuten, statt auf ‚Variationen‘ zurückzugreifen. Auf welche Weise dies geschehen könne, beschrieb er eindrucksvoll am Beispiel eines phobischen Patienten. Es sei nicht notwendig, wie von Loewenstein dargestellt (und wie es Freud empfohlen hatte), diese Patienten aufzufordern, sich der angstausslösenden Situation zu stellen, sondern es genüge die Deutung:

„Ein Patient leugnete, im Gegensatz zu dem wirklichen Tatbestand, irgendwelche Fortschritte in der psychoanalytischen Behandlung gemacht zu haben, weil er nach wie vor an einem – wie es schien – phobischen Symptom litt. Dem Patienten wurde die mögliche Notwendigkeit, daß er sich später freiwillig der Gefahrensituation aussetze, mitgeteilt, wobei ihm die Gründe dafür erklärt wurden. Nicht lange danach und ohne weitere Ankündigung wagte der Patient die bisher so bedrohliche Unternehmung. Es war besonders bemerkenswert, daß der Patient weder bei den Vorbereitungen, sich der Gefahr auszusetzen, noch während der Ausführung seines Entschlusses irgendwelche Angst empfand. Für ihn stellte es eine Art Triumph dar, den Absichten des Analytikers zugekommen zu sein. In diesem Falle hätte die Aufforderung, sich freiwillig der vermeintlichen Gefahr auszusetzen, seinen Widerstand nur verstärkt“.⁶⁴⁰

⁶³⁸ Eissler, K. (1959/60): S.611.

⁶³⁹ Ebd. S. 609.

⁶⁴⁰ Ebd. S. 613.

Wenn direktes Deuten im Patienten zuviel Widerstand auslöse, sei man gezwungen, „Pseudoparameter“⁶⁴¹ zu verwenden. Darunter verstand Eissler solche Maßnahmen, die auf den ersten Blick nicht wie Deutungen erscheinen, die aber die Funktion einer Deutung besitzen. Es handelt sich um verbale Interventionen, die außer dem deutenden Element noch ein „Zusätzliches“ enthalten, welches dazu diene, den Inhalt der Deutung unter Ausschaltung des Widerstandes dorthin zu bringen, wo sie ihre Wirkung entfalten könne:

„Mit der Hilfe von Pseudoparametern kann man Deutungen in den erkrankten Bezirk hineinschmuggeln und so zeitweilig den Widerstand umgehen. Ein häufig angewendetes Mittel dieser Art ist ein im richtigen Augenblick erzählter Witz. Ein Patient, der einer Deutung, die eine rational begründete Aussage enthält, den hartnäckigsten Widerstand entgegensetzen mag, wird diese Aussage vielleicht in Form eines Witzes lachend akzeptieren. [...] Das Ich wird in dem Augenblick überrumpelt, in dem es nicht auf der Hut ist. Das Vergnügen, das der Witz gewährt, ist die Bestechung, die den auf der Lauer liegenden Widerstand besänftigt.“⁶⁴²

Auch Loewenstein erwähnte die Möglichkeit, dem Patienten anstelle einer Deutung auch einmal einen geeigneten „Witz im richtigen Moment“⁶⁴³ zu erzählen, aber wies zugleich auch auf mögliche ungünstige Wirkungen hin bis hin zu der Vermutung des Patienten, der Analytiker könnte sich über ihn lustig machen.

Bemerkenswert an der Diskussion zwischen Loewenstein und Eissler erscheint unter anderem die Tatsache, dass Eissler eine rigide Vorstellung darüber zu haben schien, wie klassische Technik zu sein hat. Ein Teil der Beispiele, die nach Loewensteins Meinung keine Deutung, sondern „Variation“ oder Intervention seien, lassen sich nach Eisslers Vorstellung mühelos in eine Deutung umfunktionieren. Wenn es allerdings darum ginge, wie von Loewenstein beschrieben, dass der Analytiker manchem Patienten zeitweise „sein autonomes Ich“ leihen müsse, um dessen autonomes Ich zu stärken,⁶⁴⁴ dann sei diese Vorgehensweise nicht mehr mit der klassischen Technik vereinbar, eine solche Behandlung gleiche eher dem Erziehungsprozess in der Mutter-Kind-Konstellation. Patienten, denen der Analytiker zeitweise sein autonomes Ich zur Verfügung stellen müsse, können nach

⁶⁴¹ Ebd. S. 614.

⁶⁴² Ebd. S. 614 f.

⁶⁴³ Loewenstein, R. M. (1959/60): S. 606.

⁶⁴⁴ Vgl. Eissler, K. (1959/60): S. 620.

Eisslers Meinung „[...] nicht mit der klassischen Technik behandelt werden“.⁶⁴⁵ Eissler wies allerdings auch darauf hin, es sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt (also Ende der 1950er Jahre) noch gar nicht möglich, „[...] allgemeine Gesetze einer analytischen Technik [...]“⁶⁴⁶ zu formulieren. Er selber tendierte eher zu einer pragmatischen Vorgehensweise: „[...] je einfacher eine Technik, um so besser ist sie“.⁶⁴⁷ Auch Loewenstein ging es nicht darum, eine allgemeingültige Definition der klassischen analytischen Technik zu erstellen, er schien aber in einem deutlich geringeren Ausmaß als Eissler dies tat, die Methode in den Vordergrund stellen zu wollen. Er wies auch darauf hin, dass eine im Sinne von Eissler als „klassisch“ bezeichnete Behandlung in Reinform gar nicht möglich wäre. Ihm schien es vielmehr um die Besonderheiten der analytischen Situationen zu gehen, welche die Analytiker immer wieder aufs Neue dazu zwingen, die eigene Vorgehensweise und die eigene innere Einstellung bezüglich psychoanalytischer Behandlungsregeln zu überprüfen. In Bezug auf den Umgang mit Übertragungswünschen der Patienten stellte Loewenstein Ende der 1950er Jahre die Forderung auf, diese dürfen auf keinen Fall befriedigt werden. Diese Einstellung muss verwundern, wenn man bedenkt, dass bereits 1955 das Buch der Schweizer Psychoanalytikerin Marguerite Sechehaye erschienen war, in welchem die psychoanalytische Behandlung einer als ‚hoffnungsloser Fall‘ eingeschätzten jungen Patientin beschrieben wurde, die *gerade* durch die (wenn auch auf einer symbolischen Ebene) Wunscherfüllung ihrer Übertragungswünsche geheilt werden konnte. Dessen ungeachtet hatte diese Falldarstellung bei Loewenstein noch nicht einmal Erwähnung gefunden.

⁶⁴⁵ Ebd. S. 620.

⁶⁴⁶ Ebd. S. 624.

⁶⁴⁷ Ebd. S. 624.

9. Marguerite Sechehaye: „Die symbolische Wunscherfüllung“ als das eigentliche heilende Agens

Marguerite Sechehaye wurde 1887 in Genf geboren. Sie studierte Linguistik und Psychologie, arbeitete zunächst als Psychologin bevor sie zur Psychoanalyse kam. Von 1927 bis 1928 absolvierte sie eine Lehranalyse bei Raymond de Saussure. Ihr besonderes Interesse galt der psychoanalytischen Behandlung von psychotischen Erkrankungen. Sie war davon überzeugt, dass es einen Zusammenhang zwischen Psychosen und in der Kindheit erlittenen Traumata geben müsse. Für die Behandlung von schizophrenen Patienten entwickelte sie eine eigene Behandlungsmethode, welche sie die ‚symbolische Wunscherfüllung‘ nannte. In den Fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurde ihre Fallgeschichte einer jungen schizophrenen Frau, welche von Experten als „hoffnungslos“ eingeschätzt worden war und die nach einer zehn Jahre dauernden psychoanalytischen Behandlung geheilt werden konnte, veröffentlicht. Die im Fallbericht beschriebene Patientin („Renée“) hieß mit wirklichem Namen Louisa Duess. Sie wurde nach ihrer Heilung von Marguerite Sechehaye adoptiert und arbeitete später selbst als Psychoanalytikerin.⁶⁴⁸

In Marguerite Sechehayes Buch ‚Die symbolische Wunscherfüllung‘⁶⁴⁹ kommt ein in vielerlei Hinsicht außergewöhnlicher Behandlungsbericht zur Darstellung. Außergewöhnlich erscheint bereits die Schwere der Erkrankung, um die es in der Beschreibung geht und die Tatsache, dass ein „letzter“ Behandlungsversuch in Form einer analytischen Psychotherapie gewagt werden sollte, für eine Patientin, die zuvor von mehr als einem Dutzend Spezialisten als „hoffnungsloser Fall“ eingestuft worden war. Weiterhin bemerkenswert erscheint die Vorgehensweise von M. Sechehaye, zunächst mit „klassischer“ analytischer Behandlung zu beginnen und dann, nachdem im Verlauf deutlich wurde, dass sich darunter keine Besserung erzielen lässt, eine auf die Patientin sozusagen „maßgeschneiderte“ Therapie zu kreieren. Im wesentlichen verändert hatte die Analytikerin alle Bedingungen, die sich unter dem Stichwort der Abstinenz zusammenfassen lassen, vor allem in Bezug auf die Erfüllung von Übertragungswünschen. Am Ende zeigte sich diese Vorgehensweise als der Schlüssel zur Heilung. Während der Dauer der Behandlung musste

⁶⁴⁸ Wikipedia.

⁶⁴⁹ Sechehaye, M. (1955).

die Analytikerin immer wieder aufs Neue erfassen, welches Vorgehen für die Kranke im jeweiligen Moment sinnvoll sein könnte.

Dabei erscheint es bemerkenswert, wie wenig sie sich – angesichts von bisherigen Erfahrungen, Theorien, erlerntem Wissen vor allem auch in Bezug auf Behandlungstechnik – davon abbringen ließ, offen für neue Erfahrungen zu sein. Therapeutische Regeln, wie etwa die Abstinenz, traten hierbei in den Hintergrund, der Begriff taucht in Sechehayes Buch nicht ein einziges Mal auf, sondern es ging vielmehr darum, der Patientin stets in einer besonderen Weise das zu geben, was sie sich in der jeweiligen krisenhaften Situation wünschte.

Diese Schilderung der insgesamt zehn Jahre dauernden Behandlung der an einer schweren psychotischen Erkrankung leidenden Patientin Renée zeigt in anschaulicher Weise, inwieweit „symbolische Wunscherfüllung“ zu einem für den Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung alles entscheidenden therapeutischen Faktor werden kann. Außergewöhnlich an dem Buch erscheint auch die Kombination der Falldarstellung durch die Analytikerin mit den Tagebuchaufzeichnungen der Kranken selbst.

Die im Mittelpunkt der Falldarstellung beschriebene Patientin hatte seit ihrer Kindheit unter schweren Ängsten, Halluzinationen und Verwirrtheitszuständen gelitten. Bis zu ihrem achtzehnten Lebensjahr hatten insgesamt fünfzehn Psychiater sie untersucht und waren zu jeweils ähnlicher Diagnose gekommen: „Schizophrenie, noch in Entwicklung begriffene Hebephrenie, Dementia praecox, schizophrenes Paranoid, beginnende Schizophrenie mit neurotischen Symptomen“.⁶⁵⁰

Aufgrund der besonderen Schwere und Langwierigkeit der Erkrankung schätzte man die Prognose als aussichtslos ein, man rechnete mit einem „schizophrenen Zerfall und Ausgang des Zustandes in Verblödung“.⁶⁵¹ Ein Arzt überwies Renée an die Analytikerin Marguerite Sechehaye, in der Hoffnung, es ließe sich der zu erwartende ungünstige Verlauf wenigstens abmildern, indem man die Patientin zum Sprechen bringe. Alle sonstigen damals üblichen Behandlungsverfahren, wie „Schlafkur, Isolierung, Beschäftigung“ waren erfolglos geblieben. Maßnahmen wie Insulin- oder Elektroschockbehandlung gehörten nicht zu den hier angewendeten Behandlungsmethoden.

⁶⁵⁰ Ebd. S. 18.

⁶⁵¹ Ebd. S. 18.

„Einzig eine psychoanalytische Kur, allerdings besonderer Art, [...], hat die Kranke von ihrem Leiden befreit“.⁶⁵²

Die psychoanalytische Behandlung begann 1930, im achtzehnten Lebensjahr der Patientin und dauerte insgesamt zehn Jahre.

In der Vorgeschichte bedeutsam ist die Tatsache, dass Renée unter denkbar ungünstigen Bedingungen aufwuchs. Ihre Mutter stammte aus „südfranzösischem Adel“⁶⁵³, der Vater war ein sehr gebildeter schwedischer Industrieller. Entgegen anderweitiger Pläne des Paares trat unerwartet und unerwünscht die Schwangerschaft ein. Das eigentlich hübsche und gesunde Kind wurde von der Mutter als „hässlich“ empfunden und unbewusst abgelehnt. Weil sie nicht stillen konnte, ernährte sie das Kind mit der Flasche, gab aber zuviel Wasser in die Milch, sodass der Säugling völlig abmagerte. Zum Glück kümmerte sich die Großmutter, die für einige Zeit zum Besuch kam, einigermaßen liebevoll um das Kind, gab ihm Breinahrung, die es mit großem Appetit zu sich nahm. Nachdem die Großmutter wieder abgereist war, geriet der nun elf Monate alte Säugling in Verzweiflung, suchte mit den Augen überall die Großmutter und schlug mit dem Kopf an die Wand. Der Vater, der eifersüchtig darüber wachte, dass Renée nicht zuviel Aufmerksamkeit der Mutter beanspruchte, machte sich oft in einer sadistisch anmutenden Weise über die Kleine lustig. Im Alter von vierzehn Monaten tötete er vor ihren Augen ihr geliebtes weißes Kaninchen. Sie erlitt daraufhin einen Schock, entwickelte Fieberdelirien, aß nicht mehr und fragte immer wieder nach ihrem Kaninchen mit den Worten: „Häsi, weh – weh?“⁶⁵⁴

Weitere Geschwister wurden geboren und die kleine Renée erlebte, wie diese die gesamte Aufmerksamkeit der Mutter bekamen, viel mehr als ihr selbst jemals zuteil geworden ist. Vor allem aber sah sie, wie im Gegensatz zu ihr, die jüngeren Geschwister von der Mutter gestillt wurden. Aber gerade wenn sie Bedürfnisse äußerte, trieben die Eltern manchmal in einer drohenden oder sie verspottenden Art Scherze mit ihr.

Als der Vater sich eine Geliebte nahm, kam es immer öfter zu Auseinandersetzungen, wobei die Mutter schließlich drohte, die Familie zu verlassen.

Der Vater, der zeitweise an depressiven Stimmungen litt, schlug einmal während eines Spazierganges der Kleinen vor, sich gemeinsam das Leben zu nehmen. Dies war

⁶⁵² Ebd. S. 18.

⁶⁵³ Ebd. S. 19.

⁶⁵⁴ Ebd. S. 20.

wahrscheinlich kein ernst gemeinter Vorschlag, aber Renée empfand sehr starke Angst, gleichzeitig aber auch Wut und Verachtung auf den Vater, bis hin zu Tötungsfantasien:

„Im Alter von sieben Jahren trägt Renée große Steine auf die Schienen, um die Eisenbahn zum Entgleisen zu bringen und so jemanden zu töten. Wen, das weiß sie nicht. Aber es ist der Zug, den ihr Vater regelmäßig nimmt“.⁶⁵⁵

Manchmal empfand Renée auch den Drang, sich von einem Felsen hinabzustürzen. In der Schule erwies sie sich als sehr intelligent und künstlerisch begabt, aber zeitweise fiel sie auch dort durch ungewöhnliches Verhalten auf. Unter anderem entwickelte sie die Fantasie, eine Maschine zu erschaffen, die in der Lage wäre, die Erde in die Luft zu sprengen. Im Alter von elf Jahren stand sie morgens um fünf auf, um zur Messe zu gehen und führte das asketische Leben einer „Büßerin“.

Es kam dann zu schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen, unter anderen erlitt sie vierzehnjährig eine Lungentuberkulose. Sie wurde deshalb zunächst für sechs Monate und nach einem dreimonatigen Heimaturlaub für ein ganzes Jahr in einem Sanatorium untergebracht. Beim zweiten Aufenthalt traten dort deutliche Symptome einer Schizophrenie auf mit schweren Ängsten, Halluzinationen, Gefühls- und Affektstörungen und die Kranke verweigerte Nahrung aus Strafe für ein Verbrechen, das sie angeblich begangen habe.

Ein Versuch, sie mittels Suggestionen und Hypnose zu behandeln, scheiterte. Sie wurde nach Hause entlassen, wo es dann zu „[...] Zittern, Gedächtnisverlust und zügellosem Onanismus [...]“⁶⁵⁶ kam.

Als die Mutter infolge der schwierigen häuslichen Situation (u. a. auch materielle Not, nachdem der Vater die Familie verlassen hatte) wiederholt wegging und mit Selbsttötung gedroht hatte, versuchte Renée, sich so gut es ging, um ihre jüngeren Geschwister zu kümmern. Indessen verschlechterte sich ihr Zustand immer mehr, mit auffälligem Verhalten, autistischem Rückzug und Mutismus. In dieser Situation überwies ein Arzt im Juli 1930 Renée an die Analytikerin Marguerite Secheyay. Im Verlauf der nun zunächst im klassischen Setting durchgeführten analytischen Behandlung begann die Kranke immerhin zu sprechen. Sie machte deutlich, wie sehr enttäuscht sie von den Menschen sei und dass sie davon ausgehe, auch von der Analytikerin (welche ihr eigentlich sympathisch

⁶⁵⁵ Ebd. S. 21.

⁶⁵⁶ Ebd. S. 25.

war), enttäuscht zu werden. Sie äußerte die Befürchtung, die Therapeutin könnte versuchen, ihr ihren Willen aufzuzwingen, ähnlich wie es der Arzt in der Klinik durch die Suggestionen versucht hatte und die Patientin könnte dadurch ihre eigene Persönlichkeit verlieren: „Schließlich werden Sie mir alles Schlechte nehmen, und da nichts Gutes in mir ist, wird mir nichts mehr bleiben“.⁶⁵⁷

Weiterhin erzählte Renée von ihren Schuldgefühlen und Selbstbestrafungsimpulsen sowie von ihren Ängsten, sie könnte für ihren eigenen Hass sowie für die bösen Taten der Anderen zur Verantwortung gezogen werden.

Die positive Übertragung in Bezug auf die Analytikerin bereitete ihr Angst. Es erschien ihr als „[...] Demütigung und Sklaverei, lieben zu müssen“.⁶⁵⁸ Es wäre ihr zu diesem Zeitpunkt am liebsten gewesen, sich total zurückzuziehen und keine Bedürfnisse mehr zu haben.

Im Verlauf des ersten Jahres dieser Behandlung kam es immerhin soweit zu einer Besserung, als die Patientin ihren Schulabschluss schaffte und eine Arbeitsstelle als Sekretärin erhielt. Doch die Analytikerin bemerkte auch, dass die eigentliche Krankheit noch gar nicht beeinflusst worden war, vor allem in Bezug auf die immensen Schuldgefühle der Patientin und sie entschloss sich daher, das strenge Setting der klassischen Analyse abzuändern:

„Ich setze mich daher neben sie auf den Diwan: sie konstatiert, daß sie nun gehört werde und daß sie eine Verbündete habe. Sie fühlt sich weniger allein und besser gegen die Angst verteidigt“.⁶⁵⁹

Obwohl die Kranke dieses Vorgehen der Analytikerin als hilfreich empfand, reichte es doch nicht aus, den erneuten Rückschlag zu verhindern: unter dem Einfluss eines Wahns versuchte Renée, sich die rechte Hand zu verbrennen. Sie wurde zunächst in ein Erholungsheim, danach in eine psychiatrische Klinik gebracht, jedoch ohne nennenswerte Besserung ihres Zustandes.

Nach zwei Jahren psychoanalytischer Behandlung hatte sich der Zustand der jungen Kranken insgesamt eher verschlimmert. Sie aß fast nichts mehr, durchlebte schwere psychomotorische Erregungszustände, es traten akustische Halluzinationen auf, darunter Stimmen, die sie zum Suizid aufforderten. In der Behandlung zeichnete sie viel, wobei

⁶⁵⁷ Ebd. S. 27.

⁶⁵⁸ Ebd. S. 29.

⁶⁵⁹ Ebd. S. 34.

Schuldgefühle und ihre Furcht vor Bestrafungen wegen ihrer „Feindseligkeit“⁶⁶⁰ zentrale Themen darstellten, welche sie über eine naiv-drastische Symbolik in Zeichnungen zum Ausdruck brachte. Zugleich entwickelte sie eine immer intensiver sich ausformende Mutterübertragung auf ihre Analytikerin. In einem Brief an diese äußerte sie den Wunsch in ihren Mutterleib „zurückzukehren“.⁶⁶¹

Alle Versuche der Analytikerin, die von der Kranken vorgebrachten Themen im Sinne analytischer Deutungen zu interpretieren, blieben ohne den gewünschten Effekt, im Gegenteil, die Patientin stand diesen Deutungen eher ablehnend gegenüber und war nicht bereit, auf ihre Symbolsprache zu verzichten. Die Analytikerin suchte daher nach anderen Wegen, sie doch noch zu erreichen und allmählich wurde ihr immer deutlicher, dass sie der Patientin in ihrer Symbolsprache antworten müsse.

Seit Beginn der Behandlung waren drei Jahre vergangen. In dieser Zeit kümmerte sich die Analytikerin fast täglich ein oder mehrere Stunden um die Patientin, nahm diese mehrmals sogar für Wochen zu sich nach Hause.

„Seit drei Jahren versuche ich mein Möglichstes, um Renée zu retten. Aber ich stoße immer wieder auf ihr Schuldgefühl, das sie wie eine Mauer um sich aufrichtet“.⁶⁶²

Die Patientin ernährte sich nur von grünem Gemüse, weil es das einzige Nahrungsmittel war, das sie ohne Schuldgefühle essen konnte, ebenso auch grüne, also unreife Äpfel. In ihrer Symbolwelt setzte Renée den Apfelbaum mit der Mutter gleich und die grünen Äpfel standen als Symbol für die Muttermilch.

„Diese Apfelsymbolik war das Wiederauferstehen aller Schockerlebnisse der frühen Kindheit im Zusammenhang mit der Nahrung, die soviel wie Mutterliebe bedeutet. Zuerst hatte die Mutter die Milch so mit Wasser verdünnt, daß sie keinen Gehalt mehr hatte und das Kind nicht sättigen konnte. [...] Später nährte die Mutter die jüngeren Geschwister an ihrer Brust in Renées Gegenwart und weckte so in ihrem Unbewußtsein die Erinnerung an alle früheren Entbehrungen“.⁶⁶³

Jetzt, während der Behandlung zeigte die Kranke nun auf ihre eigene Weise, dass sie von der (Analytiker-), „Mutter“ ernährt werden möchte. Und diese gab ihr die Erlaubnis, sich so

⁶⁶⁰ Ebd. S. 37.

⁶⁶¹ Ebd. S. 41.

⁶⁶² Ebd. S. 42.

⁶⁶³ Ebd. S. 43.

viele Äpfel nehmen zu dürfen wie sie möchte. Aber dieses, sich an eine *Erwachsene* richtende Zugeständnis, blieb ohne den gewünschten Effekt:

„Auf meine Bemerkung, daß ich ihr soviel Äpfel geben wolle, wie sie wünsche, rief Renée aus: ‚Ja, aber das sind gekaufte Äpfel, Äpfel für Erwachsene. Ich will Äpfel von der Mutter, solche!‘ und zeigte auf meine Brust. ‚Diese Äpfel gibt die Mutter nur, wenn man Hunger hat.‘

Da verstand ich endlich, was ich tun mußte! Wenn die Äpfel die Muttermilch darstellen, muß ich sie ihr geben wie eine Mutter, die ihr Kind stillt: ich muß ihr selbst das Symbol geben, direkt und ohne Vermittler – und zur festgesetzten Zeit. Um meine Hypothese auf die Probe zu stellen, entschloß ich mich sofort, ans Werk zu gehen. Ich holte einen Apfel und indem ich ein Stück abschnitt, um es ihr zu reichen, sagte ich zu ihr: ‚Es ist Zeit, die gute Milch von den Äpfeln der Mutter zu trinken. Mama wird sie dir geben.‘ Da lehnte sich Renée an meine Schulter, legte den Apfel an meine Brust und aß mit geschlossenen Augen, feierlich und voll unermesslichem Glück“.⁶⁶⁴

Durch ihre in der frühen Kindheit erlittenen Entbehrungen hatte sich in der Patientin eine starke Enttäuschungsaggression entwickelt, die sie teilweise gegen sich selbst richtete. Andererseits blieb sie gerade durch die erlittene Versagung an diese Entwicklungsstufe fixiert und vermochte nicht, sich angemessen von der ‚versagenden‘ Mutter zu lösen. Sie hatte auch deren Wertvorstellungen introjiziert, indem sie das, was die Mutter erlaubte, als das Gute ansah und was sie verbot, als ‚schlecht‘ und strafbar. Aus diesen Erfahrungen in der frühen Kindheit zog die Patientin den Schluss, dass es verboten sein müsse, ‚nahrhaftes‘ Essen zu sich zu nehmen:

„Es war also verboten, sich zu ernähren und folglich war auch der Wunsch, zu leben, strafbar: das Schuldgefühl band sich an die oralen Bedürfnisse.

Das Unrecht, das Renée als Säugling zugefügt worden war, mußte wieder gutgemacht werden, und zwar den damaligen Umständen entsprechend. *Die Symbolnahrung mußte ihr in der Form des Stillens zugeführt werden“*.⁶⁶⁵

Diese „Muttermilch“ durfte die Patientin nicht als wirkliche Milch erhalten, sondern sie musste ihr in symbolischer Weise gegeben werden, denn:

„*Das Schuldgefühl fordert das Verdecken des verdrängten Wunsches“*.⁶⁶⁶

⁶⁶⁴ Ebd. S. 43.

⁶⁶⁵ Ebd. S. 44.

⁶⁶⁶ Ebd. S. 44.

Die Art und Weise wie diese Patientin von ihrer Analytikerin buchstäblich „ernährt“ wurde, musste dem Füttern eines Säuglings und nicht einer Erwachsenen entsprechen: nicht die Patientin bestimmte den Zeitpunkt des Essens, sondern die Nahrung wurde ihr zu festgelegten Zeiten von der Analytikerin (Mutter) verabreicht:

„[...] ich mußte Renée ein Stückchen rohen Apfel bringen und es ihr pünktlich geben. Voll Ernst aß sie es während jeder ‚Sitzung‘, die ihr gleichsam die Stillstunden bedeuteten.

Die ‚gebende Mutter‘ war an die Stelle der ‚versagenden‘ getreten. Das erlaubte Renée zu leben, sich selbst zu lieben und darum die Selbstbestrafung aufzugeben: Die neue Mutter hatte bewiesen, daß sie ihr Kind leben lassen wollte. Und da es das Recht zum Leben erhalten hatte, konnte sich das Vertrauen festigen [...]“.⁶⁶⁷

Nach und nach verschwanden dann die Schuldgefühle, die früher immer die Nahrungsaufnahme der Patientin begleitet hatten und allmählich vermochte sie auch andere Speisen zu essen.

Indessen traten immer noch Halluzinationen auf, die Kranke wurde durch Stimmen gepeinigt, die erneut Schuldgefühle in ihr wecken wollten, die aber durch energisches Gegenhalten der Analytikerin abgemildert werden konnten. Diese versuchte nicht, der Kranken die Existenz dieser Halluzinationen auszureden, sondern sie erklärte ihr, diese Stimmen hätten keine Kraft, nur die Worte der (Analytiker-) Mutter hätten Geltung.

„Die Analytikerin war zur *mütterlichen Autorität* geworden. Daher konnte sie ihre Stimme gegen diejenige des Verfolgers erheben und so die Gehörshalluzinationen zum Verschwinden bringen“.⁶⁶⁸

Die „neue psychotherapeutische Methode“, von der im Titel ihres Buches die Rede ist, wurde von Sechehaye in der Behandlung der Patientin Renée entdeckt und bestand darin, die Patientin ihre eigene – aufgrund der fehlenden Mutterliebe gestörte – Entwicklung noch einmal erleben zu lassen, doch dieses Mal sollte sie auch Mutterliebe erfahren, nicht in direkter sondern in symbolischer Weise. Um das Ich der Kranken zu entwickeln, unter Beachtung ihrer ausgeprägten Schuldgefühle, schenkte die Therapeutin Renée ein Plüschtier mit Namen Renée. Nicht an der Kranken selbst, sondern zunächst an dem Plüschaffen konnten ihre Bedürfnisse nach Zuwendung und Mitgefühl erfüllt werden.

⁶⁶⁷ Ebd. S. 44.

⁶⁶⁸ Ebd. S. 45.

„Das Schuldgefühl hatte die normale, narzißtische Entwicklung gehemmt und eine vollständige Gleichgültigkeit dem eigenen Ich gegenüber erzeugt. Schlimmer als das, es hatte das Recht auf Genuß, das Recht auf Pflege, das Recht auf Leben als strafbar untersagt. Da die Mutter das Kind nicht ‚geliebt‘ hatte (sie hatte ihm die Milch verweigert), hatte Renée die ‚nicht vorhandene‘ Mutterliebe auch nicht introjizieren können“.⁶⁶⁹

Deshalb konnte Renée die Befriedigung ihrer Wünsche vorerst noch nicht selbst annehmen, doch sie konnte bereits dulden, wenn ihrem Plüschaffen Renée stellvertretend für sie diese Zuwendung entgegengebracht wurde.

Über diesen Weg der symbolischen Wunscherfüllung wurden nach und nach alle wichtigen Themen im Leben der kleinen Renée in symbolischer Form durchgearbeitet (unter anderen „Das *kleine Kaninchen*, Symbol der Berechtigung zum Leben“⁶⁷⁰ oder die Symbole des „Geschwisterkomplexes“⁶⁷¹).

Auf kleine Behandlungserfolge folgten immer wieder Misserfolge infolge von Irrtümern oder durch fehlerhafte Anwendung der Behandlungstechnik, denn die neue Methode musste ja erst noch entwickelt werden, bevor es – nach zehn Jahren – zur vollständigen Heilung kam.

Rückblickend haben nach Ansicht von Sechehaye die folgenden Faktoren zur Gesundung und langfristigen Stabilisierung der Kranken beigetragen⁶⁷²:

Zum einen sei es die von Verständnis geprägte Haltung der Analytikerin gegenüber ihrer Kranken einschließlich der Bereitschaft, sich ihr bedingungslos zuzuwenden, gewesen.

Des weiteren sei es ihre absolute Zuverlässigkeit gewesen, welche umfasste, dass die Analytikerin ihrer Patientin das sichere Gefühl vermittelte, sie werde so lange an ihrer Seite sein und sie unterstützen, solange die Patientin sie brauche. Weiterhin gehörte die Bereitwilligkeit der Analytikerin dazu, offen mit eventuell begangenen Fehlern oder Irrtümern umzugehen, sie zu verbessern und sich dafür zu entschuldigen. Ein weiterer wichtiger Punkt sei gewesen, der Patientin immer wieder Mut zuzusprechen.

Nicht nur das Erfüllen der Wünsche der Patientin an ihre Analytikerin sondern bereits das Erraten ihrer Bedürfnisse und Interessen sei erforderlich gewesen: anfangs nach Nahrung und Körperpflege, später nach Wissen und Bildung oder Spaziergängen in der Natur.

⁶⁶⁹ Ebd. S. 46.

⁶⁷⁰ Ebd. S. 67.

⁶⁷¹ Ebd. S. 70.

⁶⁷² Vgl. ebd. S. 87-91.

Nicht zuletzt sei von Bedeutung gewesen, in der Patientin neue, ihrer Entwicklung entsprechende Bedürfnisse zu wecken und sie zu Aktivitäten zu ermuntern. Eine weitere wesentliche Bedingung bestand darin, der Patientin eine feste Tagesstruktur zu geben.

Dagegen *nicht* hilfreich, sondern in vielen Fällen sinnlos oder sogar gefährlich für die Patientin sei nach Ansicht von Sechehaye die Wirkung einer „[...] Psychotherapie auf der Basis der Vernunft [...]“⁶⁷³ gewesen, wie dies die klassische Psychoanalyse repräsentiere, „[...] deren Interpretationen sich auf die Logik stützen“.⁶⁷⁴ Wohl habe die zu Beginn der Behandlung im klassischen analytischen Setting durchgeführte analytische Therapie mit zur Besserung der Kranken beigetragen, insofern, als es zum einen für sie eine Entlastung darstellte, alles sagen zu dürfen und weil zum anderen die Analytikerin von ihr nichts verlangte, etwa Zuneigung oder Dankbarkeit. Auch die objektive Haltung der Analytikerin sei für die Kranke hilfreich gewesen. Dennoch habe die klassische Psychoanalyse den Verlauf der Psychose nicht aufhalten können. Auch die „[...] analytische Situation – die Patientin auf dem Diwan liegend, die *Analytikerin unsichtbar* [...]“⁶⁷⁵ sei nicht förderlich gewesen, weil sich dadurch der Wahn der Patientin noch verstärkte.

Als völlig kontraproduktiv für die Kranke sei das im klassischen analytischen Setting übliche „[...] *Erforschen der Krankheitsursachen* [...]“⁶⁷⁶ gewesen, denn dadurch hätten sich die quälenden Schuldgefühle der Patientin nur noch verstärkt. Renée selbst schrieb damals in ihr Tagebuch:

„Am Anfang analysierte sie alles, was ich sagte: die Angst, die Schuldgefühle. Diese Nachforschungen erschienen mir wie eine Anklage. Wenn man die Ursachen dieser Gefühle suchte, schienen sie sündhafter und realer zu werden“.⁶⁷⁷

Das psychoanalytische Wissen bildete allerdings die Voraussetzung für die Analytikerin, die komplexe Symbolik der Patientin entschlüsseln zu können und den tieferen Sinn ihres Wahns zu verstehen, vor allem den Zusammenhang der in der Kindheit erlittenen Traumata und den Wahnhaltungen:

⁶⁷³ Ebd. S. 98.

⁶⁷⁴ Ebd. S. 98.

⁶⁷⁵ Ebd. S. 101.

⁶⁷⁶ Ebd. S. 101.

⁶⁷⁷ Ebd. S. 129.

„Ich wußte, daß ein heftiger, aussichtsloser Wunsch, hervorgerufen durch nicht akzeptierte Tatsachen, einen Wahn bewirken kann, der vier Zwecken dient: er kompensiert den *Schmerz* und das *Minderwertigkeitsgefühl*, erleichtert die *Wut* und das *Schuldgefühl*“.⁶⁷⁸

Die für die Patientin am intensivsten erlebten (und in der Therapie am schwierigsten zu behandelnden) Schuldgefühle bezogen sich auf die ihr durch die Mutter versagte Befriedigung ihrer Bedürfnisse nach Nahrung und Zuwendung. Da das Kind die Wertvorstellungen der Mutter übernahm, schloss es aus deren Verweigerung, dass ihre Bedürfnisse schuldhaft seien und bestraft werden müssen: nicht nur der Wunsch ‚ernährt‘ zu werden und infolgedessen leben zu dürfen, sondern bereits die Sehnsucht nach Mutterliebe erschien der Patientin verboten und strafbar.

Aber gerade weil ihr die Mutterliebe fehlte, kam es zur „unlösbaren Fixierung“⁶⁷⁹ an das Entwicklungsstadium, in der sie die Mutterliebe am dringendsten benötigt aber nicht bekommen hatte.

Es verwundert nicht, wenn nun eine Kollegin von Marguerite Secheyay die Meinung äußerte, es sei genau diese „Mutterliebe“ gewesen, die Secheyay dieser Kranken entgegengebracht hatte, die zur Heilung geführt habe. Secheyay selbst sah dies interessanterweise entschieden anders: die mütterliche Haltung, das Interesse und die Zuneigung, die sie der Kranken entgegen gebracht hatte, sei zwar eine unabdingbare Voraussetzung aber keineswegs ausreichende Bedingung für die Heilung gewesen. Ihre eigene Überzeugung ging vielmehr in die Richtung, „[...] daß ‚die Mutterliebe‘ ohne die *symbolischen Befriedigungen für die Heilung nutzlos gewesen wäre*“.⁶⁸⁰

In ihrer Begründung argumentierte sie, es sei im Verlauf von Renées Behandlung – trotz der ihr stetig entgegen gebrachten Mutterliebe – nicht kontinuierlich zu Fortschritten, sondern immer wieder auch zu dramatischen Rückschlägen gekommen.

Bei aller Anerkennung für die ungewöhnlich engagierte und begabte Analytikerin Secheyay, wurde deren Einschätzung darüber, welche Faktoren für die Heilung entscheidend gewesen seien, in der Fachwelt nicht uneingeschränkt geteilt: von Benedetti stammt der Kommentar über

⁶⁷⁸ Ebd. S. 102.

⁶⁷⁹ Ebd. S. 103.

⁶⁸⁰ Ebd. S. 99.

„[...] jene von Sechehaye beschriebene Methode, bei der man sich des Eindrucks nicht ganz erwehren kann, daß der Autorin selbst gar nicht so recht bewußt war, was dabei vorgeht“.⁶⁸¹

Nach Ansicht von Andrea Gysling⁶⁸² sei die entscheidende Intervention dieser Therapeutin nicht die symbolische, den ursprünglichen „oralen Triebwunsch“⁶⁸³ verhüllende Bedürfnisbefriedigung zum Zwecke der Überlistung der Schuldgefühle⁶⁸⁴ gewesen. Wesentlich hilfreicher für die Patientin sei gewesen, wie Sechehaye sich schließlich ganz auf die schwerst regredierte, psychotische Ebene der Patientin eingelassen habe⁶⁸⁵. Denn gerade in Bezug auf die Apfelfütterung, die sie symbolisch anstelle von Muttermilch der Patientin zukommen ließ, kommt Gysling zu der Erkenntnis, „[...] daß *ein Apfel, der in der verhänglichen Nähe einer Brust verfüttert wird, einiges mehr an den gefährlichen, oralen Triebwunsch erinnert als ein Apfel, den man allein auf seinem Stuhl verzehrt*“.⁶⁸⁶ Die Analytikerin habe genau richtig interveniert, aber den Heilungsmechanismus falsch interpretiert. Nicht das Überlisten der Schuldgefühle sei ausschlaggebend gewesen, sondern die Erfüllung des Bedürfnisses der bis auf die Säuglingsstufe regredierte Patientin, wie ein Säugling gefüttert werden zu wollen.

Das scheint mir indessen kein Widerspruch zu sein. Die Beschreibungen des Behandlungsverlaufs zeigen einen unmittelbaren Zusammenhang auf: immer wenn die Analytikerin die Wünsche der Patientin in einer direkten Weise erfüllte, also einer die sich an ein „erwachsenes“ Ich richtete, reagierte die Patientin ablehnend, zog sich zurück, oder es kam zu einer Verschlimmerung ihres Zustandes. Wenn die Therapeutin dagegen die symbolische Welt der Patientin und gleichzeitig ihre jeweilige Ich-Reifungsebene beachtete, machte sie Fortschritte. Der hauptsächliche Konflikt, der gelöst werden musste, war ursprünglich in einer vorsprachlichen Phase entstanden, der Säuglingszeit. Daher musste die Analytikerin auch eine Sprache finden „[...]“, die vom Säugling verstanden wird, die Sprache der symbolischen Zeichen, der Gesten und Bewegungen“.⁶⁸⁷ Der beschriebene Behandlungsverlauf zeigt meines Erachtens deutlich, dass die symbolischen Wunscherfüllungen doch ganz entscheidend zur Besserung beigetragen haben. Immer

⁶⁸¹ Benedetti, G. (1983): S. 185, zitiert bei Gysling, A. (1995): S. 323.

⁶⁸² **Andrea Gysling**, geb. 1949, Schweizer Psychoanalytikerin und Schülerin von Benedetti.

⁶⁸³ Gysling, A. (1995): S. 324.

⁶⁸⁴ Vgl. ebd. S. 324.

⁶⁸⁵ Vgl. ebd. S. 325.

⁶⁸⁶ Ebd. S. 324.

⁶⁸⁷ Sechehaye, M.-A. (1955): S. 107.

wenn dies geschah, und die Analytikerin gleichzeitig eine vorsichtige Distanz einhielt, indem sie auf der Symbolebene kommunizierte, machte die Kranke Fortschritte.

Daraus schlussfolgerte Gysling: „Als therapeutisch fruchtbar erweist sich Sechehayes symbolische Ebene aber auch deshalb, weil *über nur-symbolische Wunscherfüllungen die Autonomie des Patienten stärker gewährleistet bleibt*“.⁶⁸⁸ Auch diesen Aspekt des Heilungsmechanismus habe Sechehaye nicht wahrgenommen. Dazu ist anzumerken: in einem bis auf die Säuglingsebene regredierten Zustand spielt das Thema Autonomie praktisch keine Rolle.

Es wird gerade an dieser Fallbeschreibung deutlich, wie kompliziert sich die Nähe-Distanz-Regulation bei Kranken mit psychotischer Symptomatik gestalten kann. Einerseits musste die Therapeutin der Kranken, in Bezug auf deren eigene Symbol-Sprache und Gestik ganz „nah“ sein, andererseits eine Form von Kommunikation wählen, die genügend Distanz beinhaltete: indem sie die dritte Person benutzte (also nicht: ‚du‘ sondern ‚Renée‘ und nicht ‚ich‘ sondern ‚Mama‘) und indem sie die liebevollen Handlungen, also das Füttern, die Körperpflege, das wärmende Zudecken, zunächst nicht an der Kranken selbst, sondern stellvertretend an einem Übergangsobjekt (einem Plüschtier mit Namen „Renée“) vollzog.

Marguerite Sechehaye stellte in ihrem Buch eine außergewöhnliche Krankengeschichte und deren ganz individuell an den Bedürfnissen der Patientin orientierte Psychotherapiemethode dar. Außergewöhnlich erscheint darin das besondere Engagement, die Professionalität, die Intuition und der Mut der Analytikerin-Autorin. Es scheint bei ihr eine ganz besondere Motivation vorgelegen zu haben und ihre Patientin ‚Renée‘ ist mit Sicherheit keine Routinepatientin gewesen. Die Darstellung dieser Behandlung ähnelt teilweise den Krankenberichten, die Ferenczi seinerzeit schrieb. Auch Ferenczi hatte Patienten behandelt, die in der Kindheit schwer traumatisiert worden waren und eine entsprechend gravierende psychische Symptomatik entwickelt hatten bis hin zu schweren Verwirrtheitszuständen und Halluzinationen. Ferenczi hatte diese Kranken nicht als „schizophren“ klassifiziert, sondern als „Neurotiker“, die auf einen Schock reagiert hätten.⁶⁸⁹ Seine Überlegungen, wie man diesen Kranken helfen könnte, beinhalteten auch, man sollte sie „[...] adoptieren und erstmalig der Segnungen einer normalen Kinderstube

⁶⁸⁸ Gysling, A. (1995): S. 326.

⁶⁸⁹ Vgl. Ferenczi, S. (1930): S. 269.

teilhaftig werden lassen“.⁶⁹⁰ Genau in diese Richtung hatte Marguerite Secheyay gegenüber ihrer Patientin Renée interveniert: sie hatte ihr die Möglichkeit geboten, eine Entwicklung von der Säuglingszeit bis ins frühe Erwachsenenalter ein zweites Mal durchlaufen zu können, aber dieses Mal unter „normalen“ Bedingungen, vor allem einschließlich der ‚Mutterliebe‘. Ähnlich Ferenczi setzte sich auch Secheyay über therapeutische Regeln hinweg, dann nämlich, als offenkundig wurde, dass diese der Patientin mehr schaden als nutzen würden. Begriffe wie „analytische Abstinenz“ oder „therapeutische Neutralität“ spielten dabei praktisch keine Rolle. Secheyay nahm ihre Patientin manchmal sogar für mehrere Wochen zu sich nach Hause.⁶⁹¹ Im Unterschied zu Ferenczi erkannte Secheyay allerdings schon früh, dass ihrer Patientin nicht damit gedient war, ihr die entgangene Mutterliebe lediglich zu ersetzen und im Gegensatz zu Ferenczi ergab sich für Secheyay die Möglichkeit, diese Behandlung konsequent zu Ende zu führen. Sie ließ sich offenbar durch noch so gravierende Rückschritte und dramatische Zuspitzungen der Symptomatik nicht entmutigen, sondern ausgehend von der klassischen analytischen Technik, die sie während der ersten sieben Behandlungsmonate anwandte, wandelte sie diese ab und entwickelte im weiteren Verlauf eine völlig neue, ganz auf die Kranke zugeschnittene psychotherapeutische Methode, die letztendlich – nach insgesamt zehn Jahren – zu einem sensationell anmutenden Heilerfolg führte. Bemerkenswert an dem Werk von Marguerite Secheyay erscheint auch die Tatsache, dass sie durch ihre Leistungen einen wichtigen Beitrag im Hinblick auf Ätiologie und Pathogenese von schizophrenen Erkrankungen erbracht hat. Der für diese Erkrankungen charakteristische „Zerfall des Ichs“⁶⁹², der nach außen als zunehmender Realitätsverlust in Erscheinung tritt, so lautet ihre Hypothese, hat mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit zu tun, in denen die „Versagung“ eine außergewöhnliche Bedeutung innehat.

⁶⁹⁰ Ebd. S. 272.

⁶⁹¹ Vgl. Secheyay, M. (1955): S. 50 u. 54.

⁶⁹² Vgl. ebd. S. 189 f.

10. Abstinenz in der psychoanalytischen Psychotherapie bei schizophrenen Patienten/-innen

Die von M. Sechehaye beschriebene Falldarstellung der als schizophren klassifizierten Patientin Renée lässt unter anderem erkennen, wie sehr neben den psychotischen Symptomen auch *neurotische* Mechanismen den Krankheitsverlauf mit determinieren können, man denke nur an die ausgeprägte Schuldthematik, die sich eindrucksvoll in psychodynamischen Zusammenhang mit bestimmten, in früher und frühester Kindheit erlittenen Erlebnissen stellen lässt. Unter welchen Bedingungen überhaupt eine analytische Psychotherapie für an schizophrener Psychose leidende Patienten geeignet sein könnte, darüber existierten wenig konkrete Lehrmeinungen⁶⁹³, bei insgesamt ohnehin nur spärlicher Literatur zu diesem Thema, und die affektiv geführten Technik-Debatten, wie man sie hinsichtlich der Abstinenz in der Therapie neurotischer Störungen kennt, scheinen in Bezug auf die Behandlung von psychotischen Patienten selten gewesen zu sein.⁶⁹⁴

Entsprechend gab es in diesem Zusammenhang auch seltener Kontroversen um das Thema „Klassische Analyse“ oder „modifizierte“ psychoanalytische Therapie. Es schien sich von selbst zu verstehen, dass entsprechend dem ganz anders gearteten Krankheitsbild auch in der psychoanalytischen Therapie, sofern sie denn überhaupt als eine Behandlungsoption angesehen wurde, auf andere Art und Weise vorgegangen werden müsse. Entsprechend hatte in diesem Bereich das Abstinenzprinzip einen anderen Stellenwert.

Michael Balint hielt eine analytische Psychotherapie bei schizophrenen Patienten für möglich, er ließ allerdings offen, ob sie für diese Patientengruppe eine generell geeignete Behandlungsmethode sei. Wenn überhaupt eine solche angewandt werde, müsse sie

⁶⁹³ Eine psychoanalytische Psychotherapie gilt bis in die Gegenwart nicht als Standardtherapie für Patienten mit schizophrenen Psychosen, wohl auch deshalb nicht, weil – vor allem nach psychiatrischer Lehrmeinung – das Erleben und Verhalten von schizophrenen Patienten als unverständlich und nicht psychodynamisch verstehbar galt. (Immerhin wurden „modifizierte“ Formen von psychoanalytischer Therapie für diese Patienten inzwischen auch für die kassenärztliche Behandlung zugelassen). Zu den wenigen Therapeuten, die im Bereich Behandlung von schizophrenen Psychosen systematisch geforscht haben, zählt der 1930 in Athen geborene Neurologe, Psychiater und Psychoanalytiker **Stavros Mentzos**, (gestorben 2015 in Bad Soden), der von 1971 bis 1995 die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main geleitet und Ende der 1980er Jahre ein Forschungsprojekt im Bereich der psychoanalytischen Behandlung bei psychotischen Patienten, das als „Frankfurter Psychose-Projekt“ bekannt wurde, gegründet hatte. Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 320 f.

⁶⁹⁴ Abgesehen davon beschreibt der Begriff ‚schizophrene Psychose‘ erstens kein einheitliches Krankheitsbild, es gab zweitens in früheren Jahrzehnten weniger Möglichkeiten zur korrekten Diagnosen-Einschätzung und es kann drittens davon ausgegangen werden, dass einige Krankheitsbilder, die man früher zu den Schizophrenien gezählt hatte, heute anders klassifiziert werden würden, z. B. die dissoziativen Störungen.

modifiziert werden.⁶⁹⁵ Bei diesen wie auch bei allen anderen schwer regredierten Patienten sollte man zwar nicht Übertragungswünsche befriedigen, aber die therapeutische Beziehung sollte von „Harmonie“ geprägt sein. Balint sprach von „harmonischer Verschränkung“:

„[...] der Analytiker müsse zu Beginn mit seinem Patienten möglichst ‚gleichgestimmt‘ sein und dann schrittweise und vorsichtig versuchen, zu einem normalen Objekt zu werden [...]. Natürlich bedeutet diese ‚Gleichstimmung‘ nicht notwendigerweise, daß der Analytiker automatisch alle Wünsche, Sehnsüchte und Bedürfnisse des Patienten befriedigt, aber es bedeutet allerdings, daß er sich ehrlich bemühen muß, die Beziehung zu seinem Patienten so eng wie möglich der ‚harmonischen Verschränkung‘ anzunähern [...]“.⁶⁹⁶

Es ginge keineswegs darum, die Patientenwünsche zu erfüllen. Damit würde nur die Abhängigkeit des Patienten an seinen Analytiker vergrößert und das Ungleichgewicht zwischen beiden würde dadurch noch stärker werden. Der Analytiker solle sich vielmehr von seinem Patienten wie ein Naturelement benutzen lassen.⁶⁹⁷

Für den Beginn einer Schizophrenie sind typische Auslösefaktoren im Sinne belastender Ereignisse bekannt. Dazu zählen im besonderen Maße auch Schwellensituationen wie Verliebtheit und erste sexuelle Erfahrung, Schwangerschaft und Geburt. Die zwischenmenschliche Distanz spielt bei diesen Patienten eine besondere Rolle. Sowohl Trennungen als auch Erlebnisse, die mit intensiver zwischenmenschlicher Nähe einhergehen, das „zu nahe kommen“ können eine psychotische Krise auslösen. Auch in einer psychoanalytischen Behandlung könne eine für den Patienten intensive und daher gefährliche Nähe entstehen. In diesem Zusammenhang wies Bister auf die erhöhte Rückfallgefahr hin, die dann entstände, wenn sich im Verlauf der Behandlung eines psychotischen Patienten der Abstand zwischen Patient und Therapeut verringert:

„[...] daß die Berührung wichtiger Lebensprobleme in der Therapie und die Verringerung des durch die Psychose bedingten Abstandes zwischen Arzt und Patient wieder eine erhöhte Gefahr des Rückfalls mit sich bringt“.⁶⁹⁸

⁶⁹⁵ Balint, M. (2002): S.64 f.

⁶⁹⁶ Ebd. S. 70. Siehe dort zum Begriff „harmonische Verschränkung“ auch Kapitel 12: Primäre Liebe.

⁶⁹⁷ Vgl. Kap. 5.9.

⁶⁹⁸ Bister, W. (1960/61): S. 363.

Diese für den Patienten existenziell wichtige Distanz zu bewahren, stelle daher eine besondere therapeutische Herausforderung dar.

Bister beschrieb psychoanalytisch orientierte Behandlungen in Kliniken, die in Kombination mit der „Insulinschockbehandlung“⁶⁹⁹ durchgeführt worden waren. Durch die Gabe von Insulin sei versucht worden, die psychotisch Kranken für eine analytische Behandlung zugänglich zu machen. Immer in der Aufwachphase, wenn der durch das Insulin herbeigeführte hypoglykämische Zustand durch Gabe von Traubenzucker unterbrochen wurde, hätten dafür günstige Bedingungen vorgelegen, weil sich die Kranken dann in einem veränderten psychischen Zustand befanden (zum Beispiel außergewöhnliche Wachheit, submanische oder enthemmte Zustände), welcher sie offener für die Therapie erscheinen ließen.⁷⁰⁰ Allerdings sei der Nutzen dieser Effekte fraglich:

„Der Kranke fürchtet für seine Integrität, wenn ihm der Arzt mit Hilfe eines derartig eingreifenden und aufrührenden Verfahrens, wie es die Insulinbehandlung ist, seine Gedanken entlockt“.⁷⁰¹

Der Kranke befinde sich dann in der fragwürdigen Situation, nicht zu wissen, was sein Therapeut von ihm weiß, er habe dann unfreiwillig womöglich intimste Einzelheiten preisgegeben. Dadurch sei ein erhöhtes Risiko gegeben, dass sich der Patient erst recht in seinen Autismus zurückziehe. Doch nicht nur dieser Aspekt sei problematisch:

„Der Arzt ist in einer derartigen Therapiesituation in überlegener Position, und der Kranke bleibt zutiefst erniedrigt. Damit rückt gegebenenfalls die für eine erfolgreiche Psychotherapie angestrebte Partnerschaft zwischen dem Arzt und dem Patienten in weite Ferne“.⁷⁰²

Andererseits erfordern die wechselnden und oft unvorhersehbaren Krankheitsverläufe eine flexible Haltung des Therapeuten, gerade was den Bereich der Abstinenz angehe. Bei jedem Kranken liegen diesbezüglich andere Bedingungen vor, sodass

⁶⁹⁹ Ebd. S. 366. Anmerkung: Die auch „Insulin-Koma-Behandlung“ genannte Methode, die erstmals im Jahr 1933 von dem Wiener Psychiater Manfred Sakel (1890-1957) durchgeführt wurde, bildete bis in die 1950er Jahre eine der wichtigsten Behandlungsoptionen bei schizophrenen Psychosen. Mit der Einführung der Neuroleptika ging ihre Bedeutung zurück. Vgl. Faust, V. (1995): S. 13. Siehe hierzu auch das Buch von Therese Walther (2000): Die „Insulin-Koma-Behandlung“ – Erfindung und Einführung des ersten modernen psychiatrischen Schockverfahrens. Antipsychiatrieverlag, Berlin.

⁷⁰⁰ Vgl. ebd. S. 366.

⁷⁰¹ Ebd. S. 367.

⁷⁰² Ebd. S. 368.

„[...] jedes Behandlungsstadium, häufig jede therapeutische Sitzung, eine andersartige Aktivität des Therapeuten erfordert“.⁷⁰³

Dazu könne auch gehören, für den Patienten, der unter paranoid-halluzinatorischem Einfluss steht, zeitweilig die Rolle des Beschützers zu spielen, indem man etwa die vermeintlichen Verfolger beschimpfe.

Grundsätzlich solle man „wie in der klassischen Analyse“⁷⁰⁴ vorgehen, nämlich verbalisieren und nicht agieren. Eine analytische Schizophrenie-Behandlung könne allerdings besondere Schwierigkeiten mit sich führen, daher seien „gewisse Hilfsmaßnahmen“⁷⁰⁵ gerechtfertigt.

Dazu könne auch gehören, wie anhand detaillierter Fall-Darstellungen beschrieben,

„[...] den Kranken zu füttern oder mit ihm gemeinsam zu essen, weil man die Erfahrung gemacht hat, daß bei Psychosen die frühen Stufen der seelischen Entwicklung in krankhafter Weise zutage treten und nacheinander, zuerst also die orale Phase, in die Therapie einbezogen werden sollten. Jede folgende Entwicklungsstufe kann der Kranke nur erreichen, wenn er die vorige während der Therapie in symbolischem Vollzug integriert, sei dies nun durch Wort oder Handlung.

Die durch die Psychoanalyse bekannt gewordenen Entwicklungsphasen des kleinen Kindes werden vom Patienten in der Therapie wiederholt durchschritten bis zu einer Absättigung primitivster Lebensbedürfnisse, die er in der Wirklichkeit des präpsychotischen Lebens möglicherweise niemals so befriedigend erlebt hat“.⁷⁰⁶

Allerdings wird darauf hingewiesen, dass Menschen, die an Schizophrenie leiden, oft eine symbolische Handlung der realen Handlung gleichsetzen bzw. sie beides nicht voneinander unterscheiden können. In diesem Zusammenhang verwies der Autor auf die therapeutische Methode der „symbolischen Wunscherfüllung“⁷⁰⁷ von Sechehaye.

Eine der größten Schwierigkeiten in der psychoanalytischen Behandlung von schizophrenen Patienten bestünde in der Gestaltung des Kontaktes zu ihm. Der Kontakt sei oft längere Zeit überhaupt nicht herstellbar, die Frage der Übertragungsfähigkeit des Kranken oft gar nicht einschätzbar und beinhalte aufgrund möglicher Wahnübertragungen besondere Schwierigkeiten.

⁷⁰³ Ebd. S. 374.

⁷⁰⁴ Ebd. S. 369.

⁷⁰⁵ Ebd. S. 369.

⁷⁰⁶ Ebd. S. 369.

⁷⁰⁷ Vgl. Sechehaye, M. (1955).

Dem Kranken sei nicht damit gedient, wenn der Therapeut versuchte, ihm seine psychotischen Ideen auszureden, sondern es gelte, die aufgrund des Wahnerlebens resultierende starke Angst zu beachten und seinen Wunsch, der Therapeut möge ihn vor den bedrohlichen paranoiden Einflüssen schützen, zu respektieren.⁷⁰⁸

Zeitweise könne also eine unmittelbare und konkrete Begleitung des Patienten notwendig werden, bis dahin, ihn zu füttern oder mit ihm zu essen. Dies sollte aber durch eine Krankenschwester übernommen werden, an welche man somit das Prinzip der Mütterlichkeit delegieren könne.

Diese Besonderheiten im Kontakt und in der Behandlung mit an Schizophrenie erkrankten Patienten, vor allem in Bezug auf die Nähe-Distanz-Regulation, welche die Beziehung zwischen dem Therapeuten und seinem psychotischen Patienten in einer besonderen Weise determinieren, wurden vor allem von Gaetano Benedetti⁷⁰⁹, der sein Lebenswerk der Erforschung und Behandlung der Psychopathologie von schizophrenen Patienten widmete, erforscht. Einer der wesentlichen Unterschiede in der Behandlung von psychotischen im Vergleich zu neurotischen Patienten formulierte Benedetti folgendermaßen:

⁷⁰⁸ Ebd. S. 374.

⁷⁰⁹ **Gaetano Benedetti**, 1920 in Catania, Sizilien als Sohn eines Chirurgen geboren, 2013 verstorben; begann nach dem Medizinstudium seine Weiterbildung zum Psychiater in Catania; ging später an die Klinik Burghölzli nach Zürich, wo er durch die Bekanntschaft und Freundschaft mit Manfred Bleuler wichtige Impulse in Bezug auf seine psychiatrische und psychoanalytische Ausbildung erhielt und wo er 1953 habilitiert wurde. Im Zentrum seines Lebenswerks stand die Erforschung und Behandlung von schizophrenen Patienten. Auf der Basis psychoanalytischer Grundlagen erweiterte er die Psychotherapie von Psychosen durch Elemente kreativer therapeutischer Imagination. Er grenzte sich mit seiner Haltung deutlich von der traditionellen Psychiatrie ab, die eine psychodynamisch verstehende Herangehensweise zu psychotischen Symptomen lange Zeit für undenkbar hielt. Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 37 f.

Er selbst begründete seinen Wunsch, den Beruf eines Psychiaters und Psychoanalytikers zu ergreifen, aus den Erfahrungen seiner Kindheit: geboren und aufgewachsen in einem aristokratischen sizilianischen Elternhaus, welches ihm einerseits Geborgenheit und materielle Sicherheit bot, andererseits ihn als Kind in „Einsamkeit“ aufwachsen ließ, da er sehr wenig Kontakte zu anderen Kindern hatte, keine öffentliche oder private Schule besuchte, sondern von Hauslehrern unterrichtet wurde und „[...] da meine Eltern in einer Art aristokratischer Einsamkeit lebten.“ Dieses Erleben sei für ihn wohl eine wichtige Quelle seines Prinzips der „Dualität“ in seinen Behandlungen von psychotischen Patienten gewesen. Vgl. Benedetti, G. (1994): S. 15. Ein weiterer wichtiger Beweggrund, Psychoanalytiker zu werden, sei “[...] die Beunruhigung über die sozialen Ungerechtigkeiten in der sizilianischen Gesellschaft gewesen”. Ebd. S. 18.

Eine weitere wichtige Erkenntnis, sich den psychotischen Kranken, für welche das innere Erleben der “Spaltung” (z. B. der Gegensatz zwischen realer und psychotischer Welt) so charakteristisch ist, zu widmen, war für Benedetti die sich wiederholende Beobachtung von “Spaltungen”, also eklatanten Widersprüchen in der äußeren Welt, welche er bereits in seinem Elternhaus beobachten konnte: einerseits die übergroße Güte seiner Eltern, deren Bereitschaft, sich um Kranke und Arme zu kümmern, andererseits deren Beherrschtsein vom Klassendenken und Unverständnis gegenüber sozialen Fragen. Einerseits die starke Religiosität seiner Mutter, andererseits ihre extreme Strenge in Bezug auf die sexuelle Erziehung. “Vielleicht wäre ich kein Psychoanalytiker geworden, wenn nicht eine tiefe Spaltung in dieser ‘heilen Welt’ mir immer deutlicher bewußt wurde.” Ebd. S. 20.

„[...] die Psychosentherapie ist durch den eigentümlichen Gegensatz charakterisiert, daß einerseits zwischen dem gesunden Therapeuten und dem autistischen, halluzinierenden, wahnhaft denkenden Patienten ein viel größerer Unterschied besteht, als zwischen dem neurotischen Klienten und dem Analytiker, und daß letzterer sich andererseits [...] doch als ‚Zwilling‘ seines Patienten erlebt“.⁷¹⁰

In der psychotherapeutischen Behandlung schizophrener Patienten stünden nicht Inhalt und Umfang einer Deutung im Vordergrund, sondern „[...] wie man bei dem Patienten ist“.⁷¹¹

Benedetti war weder ein Vertreter väterlicher Strenge noch wollte er seinen Patienten in einer Art mütterlicher Liebe begegnen. Vielmehr setzte er sich in besonderem Maße dafür ein, im Umgang mit psychotischen Patienten das Ungleichgewicht und das Trennende zwischen Arzt und Patient abzumildern.

Hierbei spielte für ihn die authentische therapeutische Liebe eine wichtige Rolle.⁷¹² Es ging Benedetti keineswegs um „mütterliche“ Liebe, er wollte seine Patienten nicht zum abhängigen Kind degradieren, sondern es sollte eine eher ‚brüderlich‘ getönte Liebe, auf gleicher Augenhöhe mit dem Kranken sein.⁷¹³ Die therapeutische Liebe dürfe daher nicht „überprotektiv“⁷¹⁴ sein. Der Therapeut sollte andererseits kein vom Patienten getrenntes Objekt sein:

„Schon die bloße Tatsache, daß der Therapeut über den Kranken reflektiert, wird von diesem als etwas Gefährliches erlebt, weil der Kranke, der kein ‚Ich‘ hat, sich deshalb sehr leicht von jedem zufälligen Partner zu einem willenlosen Gegenstand ‚gemacht‘ fühlt, den man nach Belieben beeinflusst und verändert“.⁷¹⁵

Der Therapeut sollte dem an Schizophrenie Leidenden nicht in einer Funktion als allwissender Arzt, der das Kranke an seinem Patienten beurteilt, begegnen, sondern er sollte auf einer tieferen Bewusstseinsstufe, in einer symbiotischen Weise an der psychotischen Welt des Patienten teilhaben.⁷¹⁶ Es handele sich dabei um eine „[...] aktive

⁷¹⁰ Benedetti, G. (1992): S. 59.

⁷¹¹ Bister, W. (1960/61): S. 373.

⁷¹² Vgl. Gysling, A. (1995): S. 340 f.

⁷¹³ Vgl. ebd. S. 341.

⁷¹⁴ Ebd. S. 342.

⁷¹⁵ Benedetti, G. (1976): S. 31, zitiert bei: Gysling, A. (1995): S. 342.

⁷¹⁶ Diese innere Einstellung Benedettis gegenüber den psychotischen Patienten erinnert an diejenige, die **Ronald David Laing**, Arzt und Psychoanalytiker (geb. 1927 in Glasgow, Schottland, gest. 1989 in St. Tropez, Frankreich) vertrat. Aufgrund seiner Forschungen im Bereich der Schizophrenie erwarb er sich ein tiefes Verständnis in Bezug auf Verhalten und innerem Erleben von psychotischen Patienten und fand heraus, dass diese weitaus verständlicher seien als man bisher angenommen hatte. In Bezug auf eine angemessene Behandlung dieser Patienten stellte er die Forderung auf: „Psychotherapie muß der unbeugsame und

Identifikation des Therapeuten mit seinem Patienten [...]“.⁷¹⁷ Dem Kranken, dessen Identität sich auflösen droht, leiht der Therapeut gleichsam seine Identität, indem er in eine Art therapeutische „Zwillingsbeziehung“⁷¹⁸ zu ihm trete, die ihm erlaube, an den psychotischen Ängsten und Qualen unmittelbar teilhaben zu können, ohne dass dadurch das gesunde Ich des Therapeuten in Gefahr gerate. Dies geschehe beispielsweise dadurch, dass der Therapeut im Traum in die psychotische „Landschaft“⁷¹⁹ des Kranken eintritt. Das Unbewusste des Therapeuten ginge dann im Traum eine Beziehung zu dem Unbewussten des Kranken ein und in dieser Situation könne der Therapeut ebenfalls einen Identitätsverlust erleben.

„Wenn die Asymmetrie der Subjekt-Objekt-Trennung im Identitätsverlust aufgehoben ist, so kann im Unbewußten, wie uns der Traum zeigt, eine identifikatorische Symmetrie entstehen, die identitätsbildend wirkt“.⁷²⁰

Benedetti nannte diesen Vorgang eine „Dualisierung“⁷²¹. Der Kranke könne über diese Dualisierung seine eigene Identität wieder zurück gewinnen. Benedetti räumte ein, es müsse sich um Therapeuten handeln, die eine besondere Bereitschaft und Befähigung in sich spüren, auf diese Weise mit dem Kranken arbeiten zu können. Es ginge nicht darum, mit dem Kranken in eine Beziehung nach dem Muster einer „Folie à deux“⁷²² zu treten.

„Vielmehr werden die negativen Inhalte der Psychose von jenen Therapeuten aktiv übernommen, die unbewußt die Kraft in sich spüren, sie im eigenen ‚psychischen Kreislauf‘ entgiften zu können. Diese ‚Nierenfunktion‘ lohnt sich, weil der Patient seinen Psychotherapeuten mit der Erfahrung der dualen Existenz belohnt und bereichert. Der Patient, der klagt, er sei kein wirklicher Mensch wie wir alle, wird zu einem, der seinem nicht selten ratlosen Therapeuten hilft; dort zum Beispiel, wo dieser in seiner ‚Gegenübertragung‘ das Gefühl bekommt, es sei der Patient selber, der ihm die wichtigsten therapeutischen Einfälle über das Unbewußte vermittelt. Indem wir Therapeuten solche Gegenübertragungsgefühle bekommen, nehmen wir die Patienten so ernst, daß sie sich nicht narzißtisch-wahnhaft zu überhöhen brauchen“.⁷²³

eigensinnige Versuch zweier Menschen bleiben, die Ganzheit der Existenz durch ihre Beziehung zueinander wieder herzustellen.“ Laing, R. D. (1969): S. 46. Vgl. auch Stumm, G. et al. (2005): S. 266 f.

⁷¹⁷ Benedetti, G. (1992): S. 59.

⁷¹⁸ Ebd. S. 59.

⁷¹⁹ Ebd. S. 60.

⁷²⁰ Ebd. S. 60.

⁷²¹ Ebd. S. 61.

⁷²² Ebd. S. 61.

⁷²³ Ebd. S. 61.

Falls der Therapeut in der Therapie mit psychotischen Patienten einmal aggressive Gegenübertragungsgefühle in sich bemerken sollte, so solle er diese keineswegs vor dem Patienten verbergen. Benedetti ging sogar davon aus,

„[...] daß die Entwicklung einer gewissen [...] Gegenübertragungsaggressivität die Psychotherapie nicht einmal gefährdet, vorausgesetzt, daß eine solche Reaktion des Therapeuten verschmilzt mit einer ursprünglich annehmenden Einstellung“.⁷²⁴

Indem der Therapeut auch einmal Wut zeige, könne sich der Kranke ihm ähnlich fühlen, wodurch sich die für den psychotischen Patienten so belastende Asymmetrie zwischen ihm und dem Therapeuten mildere. Dies erleichtere dem Kranken, seine eigenen aggressiven Impulse zu integrieren und trage damit dazu bei, seine Spaltung in den ‚guten‘ und den ‚schlechten‘ Menschen zu überwinden.⁷²⁵

⁷²⁴ Benedetti, G. (1975): S. 136.

⁷²⁵ Gysling, A. (1995): S. 353.

11. Zur Abstinenz: Bedeutung, Funktionen und Hypothesen

Die ursprüngliche Forderung nach Abstinenz richtete sich an den Patienten. Im Verlauf der Geschichte der psychoanalytischen Behandlungstechnik trat allmählich immer mehr die Abstinenz des Analytikers in den Vordergrund.

Laplanche und Pontalis forderten noch im Jahr 1972, „[...] deutlich zu unterscheiden zwischen einerseits der Abstinenz als Grundsatz und Regel für den Analytiker [...] und andererseits den aktiven Maßnahmen, durch die vom Patienten gefordert wird, sich selbst in einem bestimmten Zustand der Abstinenz zu halten“.⁷²⁶

11.1 Allgemeine Funktionen der Abstinenz

Von einem allgemeinen Standpunkt aus gesehen sollten die Abstinenzregeln als behandlungstechnische Ratschläge das Zusammenspiel von einerseits gewährenden und andererseits versagenden Elementen in der psychoanalytischen Behandlung regulieren und damit den Therapieprozess fördern. Eine der wichtigsten Funktionen der Abstinenz wurde in der Sicherstellung einer ungestörten Entfaltung der Übertragungsfantasien des Patienten gesehen. So ging Freud davon aus, die Übertragung sei ein endopsychisches Phänomen, das bereits vorgefertigt in der Psyche des Patienten bereit liege und durch den Analytiker nicht gestört werden dürfe, weswegen dieser unbeteiligt wie ein ‚Spiegel‘ sein müsse.

Mit ähnlicher Begründung plädierte Balint im Jahr 1933 noch dafür, dass der Analytiker seine Behandlung unter den Bedingungen der „Sterilität des Chirurgen oder Bakteriologen“⁷²⁷ durchführen solle, weil man die Übertragung sonst nicht angemessen handhaben könnte. Balint wies in diesem Zusammenhang auf die vielfältigen Funktionen der Übertragung hin, z. B. in politischer, sozialer und kultureller Hinsicht. Interessanterweise führte er als erste Begründung für die Bedeutung der Übertragung nicht, wie man hätte erwarten können, im sonst üblichen Sinne an, dass sie der Schlüssel zum Auffinden des unbewussten infantilen Konflikts darstelle, sondern er hob hervor, wie sehr die Übertragung für Entspannung in der analytischen Situation Sorge, denn sie „[...] erlaubt

⁷²⁶ Laplanche, J. / Pontalis, J.-B. (1972): S. 23.

⁷²⁷ Balint, M. (1969): S. 182.

uns, Emotionen auszuleben, die sonst sorgfältig zurückgehalten werden müßten, und befreit uns dadurch von lästiger Spannung [...]“.⁷²⁸

Der Analytiker dürfe keineswegs wie im Alltagsleben reagieren, denn in der psychoanalytischen Behandlung müsse eine Klarheit herrschen, auch damit der Patient die Chance hat, seine Übertragung zu erkennen. Aus diesem Grund müsse der Analytiker konsequent eine passive Haltung einnehmen, Balint forderte von ihm eine „elastische Passivität“: der Analytiker müsse dafür sorgen, dass sich die Übertragung des Patienten ungestört entwickeln könne, gleichzeitig müsse er seine eigene Gegenübertragung erkennen und unter Kontrolle halten.

Ab den Fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts gewann allmählich die Erkenntnis an Bedeutung, dass der Analytiker sehr wohl auch dann Einfluss auf die Übertragung des Patienten nimmt, wenn er sich um eine abstinente passive Haltung bemüht. Im gleichen Maße wie sich die Debatten über Definitionen und Inhalte der Übertragung entwickelten, veränderte sich auch die Vorstellung darüber, welche Rolle dabei der Abstinenz zukomme.

Dessen ungeachtet konnte sich die Vorstellung, die Übertragung der Patienten könne sich tatsächlich vom Analytiker unbeeinflusst entfalten, (vorausgesetzt dieser halte sich nur streng an die Abstinenzgebote), vereinzelt bis in die heutige Zeit noch erhalten. In seinem Lehrbuch der Psychoanalyse aus dem Jahr 1973, welches bis heute an psychoanalytischen Ausbildungsinstituten als Standardliteratur Verwendung findet, schrieb Greenson:

„Die frustrierende Haltung des Psychoanalytikers und sein relatives Inkognito tragen dazu bei, die Übertragungsgefühle und –phantasien in vollem Umfang herauszulocken“.⁷²⁹

Auf welche Weise dieser erwünschte Effekt erzielt werde, beschrieb Greenson folgendermaßen:

„Die lange andauernde Versagung veranlaßt den Patienten zu regredieren, so daß seine ganze Neurose in der Übertragung noch einmal erlebt wird, eben in der Übertragungsneurose. Wenn man jedoch innerhalb oder außerhalb der analytischen Situation dem Patienten symptomersetzende Befriedigungen [...] gewährt, beraubt

⁷²⁸ Ebd. S. 181.

⁷²⁹ Greenson, R. R. (1973): S. 41.

man ihn seiner neurotischen Leiden und der Motivation, die Behandlung fortzusetzen [...]“.⁷³⁰

Der Analytiker dürfe unter keinen Umständen dazu beitragen, die „neurotischen Triebbedürfnisse des Patienten“⁷³¹ zu befriedigen. Würde er sich dem Patienten gegenüber ständig warmherzig und empathisch verhalten, würde sich mit hoher Wahrscheinlichkeit eine einseitig positive Übertragung entwickeln, was sich durch unterwürfiges Verhalten und unauflösbare Abhängigkeit des Patienten vom Analytiker äußern könnte. Dem Patienten würde dadurch die Möglichkeit beraubt, sich eine negative Übertragung zu gestatten und diese angemessen durcharbeiten.

Im Vergleich zu Greensons Ansicht sah Leo Stone diesen Aspekt in umgekehrtem Ursache-Wirkungs-Zusammenhang: eine echte menschliche, therapeutische Beziehung zwischen Analytiker und Patient biete dem Patienten bereits ein genügendes Maß an Übertragungsbefriedigung, auch wenn der Analytiker im klassischen Sinn als „Spiegel“ fungiere. Wenn allerdings dieses Minimum an Übertragungsbefriedigung nicht vorhanden sei, könne sich die Übertragungsneurose des Patienten nicht angemessen entwickeln, stattdessen bilde sich beispielsweise „unterwürfiger Gehorsam oder unmäßiger Übereifer“.⁷³²

Im Zusammenhang mit psychoanalytischer Therapie in Gruppen stellte Annelise Heigl-Evers 1978 als eines der wichtigsten Kriterien, die zur besonderen Qualifikation eines Psychoanalytikers gehören, seine Fähigkeit heraus,

„[...] sich dem Analysanden als Übertragungsobjekt verfügbar zu machen, es ihm zu ermöglichen, frühkindliche Objekte und konflikthafte Beziehungsschemata in der Beziehung zum Therapeuten wiederzubeleben, wozu sich der Therapeut der Prinzipien der Anonymität und der Abstinenz bedient [...]“.⁷³³

Einen gewissen Widerspruch in dieser Aussage sehe ich darin, dass sich Übertragungsbeziehungen nicht nur zwischen Patienten und Therapeuten, sondern ebenso zwischen Gruppenteilnehmern untereinander entwickeln, obwohl die einzelnen Gruppenmitglieder untereinander ja nicht abstinenz sein müssen, jedenfalls nicht in Bezug

⁷³⁰ Ebd. S. 286.

⁷³¹ Ebd. S. 286.

⁷³² Stone, L. (1973): S. 73-74.

⁷³³ Heigl-Evers, A. (1978): S. 67.

auf ihre Anonymität. Im Gegenteil, sie erfahren ja untereinander höchst persönliche, intime Einzelheiten.

Als eine weitere allgemeine Funktion der Abstinenz lässt sich aus den Schriften Freuds und anderer Autoren herausarbeiten: die Abstinenzregeln sollen beide jeweils voreinander schützen: den Patienten vor den narzisstischen Wünschen des Analytikers als auch umgekehrt diesen vor den möglicherweise uferlosen Übertragungswünschen des Patienten.

Darüber hinaus soll dem Patienten die Möglichkeit geboten werden, im Rahmen einer analytischen Behandlung seine kreativen Kräfte frei assoziativ entfalten zu können. Der Analytiker dürfe seinen Patienten auf dem Weg dahin nicht behindern und solle aus diesem Grund zurückhaltend mit Interventionen sein.

Eine weitere Bedeutung von Abstinenz wurde darin gesehen, dass es – auch außerhalb der analytischen Behandlung – vor allem die Entbehrungen seien, welche die kreativen Kräfte des Menschen aktivieren, mit deren Hilfe ihm dann Fortschritt, Weiterentwicklung, also Veränderung schlechthin erst ermöglicht werden. Ein jeglicher Reifeschritt sei erst durch Versagungen und Verzicht zu erlangen, ob es sich um die Entwicklung eines Einzelindividuums, von Geburt bis ins Erwachsenenalter oder ob es sich um den kulturellen Fortschritt eines ganzen Volkes handele, der ohne Notsituationen nicht möglich wäre.⁷³⁴

11.2 Die Bedeutung der sexuellen Abstinenz des/ der Patienten/-in und des/ der Analytikers/-in

Im Rahmen seiner ersten Erwähnung der ‚Abstinenzregel‘ gab Freud den Ratschlag, ein Arzt dürfe auf keinen Fall sexuelle Handlungen mit Patientinnen aufnehmen, bzw. auf sexuelle Verführungsversuche einer in ihn verliebten Patientin nicht dadurch eingehen, indem er ihr die gewünschte Befriedigung gebe. Dies dürfe deshalb nicht geschehen, weil „[...] man Bedürfnis und Sehnsucht als zur Arbeit und Veränderung treibende Kräfte bei

⁷³⁴ Vgl. Kemper, W. (1955): S. 637.

der Kranken bestehen lassen [...]“, also den Leidensdruck aufrecht erhalten soll, „[...] und sich hüten muß, dieselben durch Surrogate zu beschwichtigen“. ⁷³⁵

Die Liebesfähigkeit der Patientin soll in der Behandlung wiederhergestellt aber nicht durch sie aufgezehrt werden. Der Arzt müsse daher darauf achten,

„[...] daß das in seiner Liebesfähigkeit durch infantile Fixierungen behinderte Weib zur freien Verfügung über diese für sie unschätzbar wichtige Funktion gelange, aber sie nicht in der Kur verausgabe, sondern sie fürs reale Leben bereithalte, wenn dessen Forderungen nach der Behandlung an sie herantreten“. ⁷³⁶

Er begründete seine Forderung nach sexueller Abstinenz mit der Notwendigkeit, für die Dauer der Behandlung den Leidensdruck der Kranken aufrechtzuerhalten, weil sich daraus die für die Kur so entscheidende Behandlungsmotivation speisen würde. Außerdem solle die im Verlauf der Analyse freiwerdende Libidoenergie für das reale Leben aufgespart und nicht sozusagen im Reagenzglas der Analyse aufgebraucht werden.

Im gleichen Aufsatz betonte Freud, seine Abstinenzforderungen seien nicht der allgemein gültigen Moral geschuldet, sondern die Begründung ergebe sich aus der analytischen Methode. Wir können heute mit einiger Berechtigung davon ausgehen, dass Freuds diesbezügliche Überlegungen doch auch durch die – auch geschlechtsspezifischen – Moralvorstellungen seiner Zeit geprägt wurden. Aber mehr noch als der Moralaspekt schien ihn die Sorge um die Seriosität der psychoanalytischen Methode beschäftigt zu haben. In Freuds ‚Bemerkungen über die Übertragungsliebe‘ findet sich eine Passage, die deutlich seine Beunruhigung über die Anfechtungen, welchen die Psychoanalyse nicht nur seitens von Laien, sondern der gesamten medizinischen bzw. wissenschaftlichen Welt ausgesetzt sein würde, demonstriert.

Diesbezüglich mag die Abstinenzregel für ihn ein wichtiges Instrument dargestellt haben, die Seriosität der psychoanalytischen Methode zu untermauern:

„Die Laien [...] werden gewiß auch diese Erörterungen über die Übertragungsliebe zum Anlasse nehmen, um die Aufmerksamkeit der Welt auf die Gefährlichkeit dieser therapeutischen Methode zu lenken. Der Psychoanalytiker weiß, daß er mit den explosivsten Kräften arbeitet und derselben Vorsicht und Gewissenhaftigkeit bedarf wie der Chemiker“. ⁷³⁷

⁷³⁵ Freud, S. (1915): S. 313.

⁷³⁶ Ebd., S. 318.

⁷³⁷ Ebd. S. 320.

Und mit einiger Verbitterung darüber, mit welchen Mühen sich dieses neue Fachgebiet erst noch erarbeiten muss, was für die anderen Naturwissenschaften bzw. die anderen ärztlichen Fächer längst selbstverständlich sei, fuhr er fort:

„Aber wann ist dem Chemiker je die Beschäftigung mit den ob ihrer Wirkung unentbehrlichen Explosivstoffen wegen deren Gefährlichkeit untersagt worden? Es ist merkwürdig, daß sich die Psychoanalyse alle Lizenzen erst neu erobern muß, die anderen ärztlichen Tätigkeiten längst zugestanden sind“.⁷³⁸

Den Anteil, den auch der Analytiker selbst daran haben kann, wenn es in der psychoanalytischen Behandlung zu sexuellen Handlungen zwischen Analytiker und Patient(in) kommt, erkannte Freud noch nicht.

In Bezug auf die sexuellen Aktivitäten seiner Patienten (Analysanden) ging Freud nicht so weit, ihnen zu verbieten, sich – außerhalb der Therapiesitzungen – sexuell zu betätigen:

„Unter Abstinenz ist aber nicht die Entbehrung einer jeglichen Befriedigung zu verstehen – das wäre natürlich undurchführbar – auch nicht [...] die Enthaltung vom sexuellen Verkehr [...]“.⁷³⁹

Im Unterschied zu Freud sprach Ferenczi, der viele Jahre lang als „ein heftiger Verfechter des analytischen Prinzips der Versagung“⁷⁴⁰ galt, seiner Patientin ein klares Verbot hinsichtlich einiger ihrer – von ihm als sexuell eingeschätzten – Verhaltensweisen⁷⁴¹ während der analytischen Sitzungen aus. Er sah in diesen Handlungen eine Form der „larvierten Onanie“⁷⁴² und forderte die Patientin auf, nicht nur während der Therapiestunden, sondern auch in der Zeit zwischen zwei Sitzungen darauf zu verzichten. Sein Verbot bezog sich nicht generell auf jegliche Selbstbefriedigung, sondern auf die von ihm als die „larvierten“ Formen davon bezeichneten. Ferenczi gab für seine Forderung nach diesbezüglicher Abstinenz mehrere Gründe an: zum einen könnten diese Handlungen die Funktion einer ‚Ersatzbefriedigung‘ übernehmen und somit verhindern, dass wichtige unbewusste Inhalte ins Bewusstsein dringen können: „Diese scheinbar harmlosen

⁷³⁸ Ebd. S. 320.

⁷³⁹ Freud, S. (1919): S. 187.

⁷⁴⁰ Klemann, M. (1995): S. 228.

⁷⁴¹ Ferenczi bemerkte bei einer an Hysterie erkrankten Patientin, deren Behandlung langwierig und zunächst erfolglos erschien und die „Liebesphantasien“ auf ihn entwickelt hatte, bestimmte Verhaltensweisen während der psychoanalytischen Sitzungen: „[...] daß sie die ganze Stunde über die Beine gekreuzt hält“, oder ein „[...] spielerisches Drücken und Zerren an den verschiedensten Körperstellen.“ Ferenczi, S. (1919 a): S. 4 f.

⁷⁴² Ferenczi, S. (1919 a): S. 6.

Betätigungen können nämlich sehr gut zu Verstecken der aus ihren unbewußten Besetzungen durch die Analyse aufgeschnechten Libido werden [...].“

Zum anderen ging er davon aus, diese Handlungen könnten die Entwicklung einer „normalen“ Sexualität behindern: „[...] in extremen Fällen die ganze Sexualbetätigung einer Person ersetzen“. ⁷⁴³ Eine weitere Begründung sah er darin, dass solche Handlungen die Entwicklung von Angstzuständen begünstigen können: „[...] gerade weil es hier nie zum vollen Orgasmus kommt, sondern immer nur zu frustranen Erregungen, können sie sich am Hervorbringen angstneurotischer Zustände beteiligen“. ⁷⁴⁴

Ferenczi verbot dieser Patientin nicht nur diese von ihm bemerkten Handlungen, sondern er dehnte sein Verbot noch weiter aus:

„Die letzte Etappe war das Auftreten eines unmotivierten und zu Unzeiten auftretenden *Harndranges*, dem nachzugeben ihr gleichfalls untersagt wurde“. ⁷⁴⁵

Seiner Schilderung zufolge habe erst durch das konsequente Verbiehen all dieser Aktivitäten eine erfolgreiche Entwicklung der Behandlung in Gang gesetzt werden können. Eine wichtige Begründung dafür, dieser Patientin solche Betätigungen zu untersagen, sei gewesen, den Widerstand gegen die Bewusstwerdung ihrer unbewussten Impulse zu bekämpfen:

„Ich erklärte ihr, daß es sich dabei um eine larvierte Art der Onanie handelt, die die unbewussten Regungen unbemerkt abführt und nur unbrauchbare Brocken ins Material der Einfälle gelangen läßt“. ⁷⁴⁶

Erst nachdem bei dieser Patientin mittels dieser Verbote dem Widerstand gegen die Bewusstwerdung bestimmter Kindheitstraumata die Basis entzogen worden sei, habe ein psychischer Prozess in Gang gesetzt werden können, der die Erinnerung dieser traumatischen Erlebnisse ermöglicht habe. Indem Ferenczi diese Patientin dazu habe bewegen können, auf diese „abnormen Abflußwege“ ⁷⁴⁷ ihrer Sexualität zu verzichten, habe

⁷⁴³ Ebd. S. 6.

⁷⁴⁴ Ebd. S. 8.

⁷⁴⁵ Ebd. S. 5.

⁷⁴⁶ Ebd. S. 4.

⁷⁴⁷ Ebd. S. 5.

sie wieder zu einer „normalen“ Sexualität zurückfinden können und erst dann habe sich der eigentliche Therapieerfolg eingestellt.

Ferenczi berief sich also ebenfalls wie Freud auf die behandlungstechnischen Besonderheiten, die ihn gezwungen haben, der Patientin eine solche Form von Abstinenz aufzuerlegen und nicht auf Moralgebote:

„Es handelt sich hier nämlich nicht um eine generelle Verurteilung der Selbstbefriedigung, sondern um eine provisorische Maßnahme für die Zwecke und die Dauer der psychoanalytischen Kur“.⁷⁴⁸

Krankmachend sei ja nicht die „manifeste Onanie“, sondern das „unbewußte Onanieren“, das er an vielen anderen Patienten in verschiedenen Varianten beobachtet habe:

„Sind sie Männer, so halten sie ihre Hände den ganzen Tag in der Hosentasche und man merkt an den Bewegungen der Hände und Finger, daß sie dabei an ihrem Penis zupfen, drücken oder reiben“.⁷⁴⁹

Weil es dadurch aber praktisch nie zu einem Orgasmus, sondern allenfalls zu „frustranten Erregungen“ komme, könnte sich infolgedessen nicht nur eine angstneurotische Symptomatik sondern auch eine Potenzstörung entwickeln:

„Die normale Potenz besitzt nämlich nur derjenige, der die libidinösen Regungen längere Zeit hindurch in Latenz erhalten und anhäufen, bei Vorhandensein entsprechender Sexualziele und Objekte aber kraftvoll zum Genitale abströmen zu lassen versteht“.⁷⁵⁰

Diese im Zusammenhang mit seinen Beobachtungen an jener beschriebenen Patientin gewonnenen Erkenntnisse haben ihm gezeigt, wie wachsam man auf Zeichen einer solchen verdeckten Onanie achten und sie gegebenenfalls auch verbieten müsse.

Aus der Notwendigkeit in diesem besonderen Behandlungsfall, sich über die sonst passive Rolle des Analytikers hinwegzusetzen, begründete Ferenczi seine „aktive Technik“, wobei er sich dabei wiederum auf Freud bezog, der beispielsweise auch Angst-Patienten aufforderte, sich den angstausslösenden Situationen zu stellen.⁷⁵¹ (Freud seinerseits bezog

⁷⁴⁸ Ebd. S. 7.

⁷⁴⁹ Ebd. S. 7.

⁷⁵⁰ Ebd. S. 8.

⁷⁵¹ Vgl. Freud, S. (1919): S. 191 f.

sich in seinem 1919 gehaltenen Vortrag⁷⁵² bestätigend auf Ferenczis Gedanken zur Begründung der analytischen „Aktivität“.)

Und Ferenczi wiederum schloss daraus die Rechtfertigung „[...] daß der Psychoanalyse außer der Beobachtung und der logischen Folgerung (Deutung) auch das Mittel des Experiments zu Gebote steht“.⁷⁵³ Die Funktion dieses Rechtes ergab sich für ihn daraus, weil man „[...] die unbewußten Abflußwege vor der psychischen Erregung absperren [...]“⁷⁵⁴ müsse, um die wichtigen unbewussten Inhalte, die der Kranke erinnern und durcharbeiten soll, dem Bewusstsein zugänglich zu machen.

Diese für Ferenczi charakteristische „Experimentierfreude“⁷⁵⁵ trug entscheidend dazu bei, dass er sich in späteren Jahren, ab 1928, nun generell gegen Verbote aussprach:

„Später lehrte mich die Erfahrung, daß man Gebote und Verbote nicht, höchstens etwa Ratschläge zu gewissen Änderungen der Verhaltensweise geben darf [...]“.⁷⁵⁶

Neben dem Prinzip der ‚Versagung‘, das zur Spannungssteigerung in der Behandlung diene, definierte er ein Prinzip der ‚Gewährung“⁷⁵⁷, welches dann angewandt werden müsse, wenn der Zustand des Patienten eine „Relaxation“⁷⁵⁸ erfordere. Balint, der sich intensiv mit den technischen Experimenten seines einstigen Lehranalytikers auseinandergesetzt hatte, fand, dass Ferenczi allzu optimistisch seine sich daraus ergebenden Behandlungsergebnisse bewertete:

„Wenn ein Patient bereit ist, regelmäßig zur Analyse zu kommen, so muß der Analytiker Methoden erfinden, um ihm zu helfen. In seinem aufrichtigen Glauben an diesen Grundsatz kam er seinen Patienten in der Erfüllung ihrer Erwartungen unglaublich weit entgegen“.⁷⁵⁹

Es kann davon ausgegangen werden, dass Ferenczi in Einzelfällen bereit gewesen ist, auch die sexuellen Übertragungswünsche seiner Patientinnen zu erfüllen.⁷⁶⁰

⁷⁵² Vgl. ebd. (1919): S. 186-189.

⁷⁵³ Ferenczi, S. (1919 a): S. 9.

⁷⁵⁴ Ebd. S. 9.

⁷⁵⁵ Klemann, M. (1995): S. 228.

⁷⁵⁶ Ferenczi, S. (1928): S. 246.

⁷⁵⁷ Ferenczi, S. (1930): S. 263.

⁷⁵⁸ Ebd. S. 263.

⁷⁵⁹ Balint, M. (2002): S. 184.

⁷⁶⁰ Vgl. auch Körner, J. u. Rosin, U. (1985): S. 28.

In dieser Phase sei Ferenczi darum bemüht gewesen, „[...] dem Patienten jeden unnötigen Spannungszuwachs zu ersparen“⁷⁶¹, mit diesen Worten kommentierte Balint Ferenczis Vorgehensweise. „Das aber bedeutete das Aufgeben des Abstinenzprinzips“.⁷⁶²

Etwa 35 Jahre später, also in den 1950er Jahren, hatte sich die Bedeutung der sexuellen Abstinenz insofern verändert, als das Thema im Vergleich zu damals nicht mehr jene Brisanz hatte und die Abstinenz des Analytikers im Vergleich zu derjenigen des Patienten zunehmend in den Vordergrund gerückt wurde.

Die von Freud in dessen „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“ im Jahre 1915 erhobene Abstinenzforderung wurde von Werner Kemper in zwei seiner Publikationen, die in den Jahren 1954 und 1955 erschienen⁷⁶³, kritisch hinterfragt. Es gehört zu den Verdiensten Werner Kempers, umfassende und differenzierte Begründungen für die im Rahmen der psychoanalytischen Behandlung geltenden „technischen“ Regeln gegeben und gleichzeitig auf die besonderen damit verbundenen emotionalen Herausforderungen, welche die Analytiker in ihrer täglichen Arbeit bewältigen müssen, hingewiesen zu haben. Nach Ansicht Kempers sei die Freudsche Abstinenzforderung sowohl in außeranalytischen Kreisen als auch innerhalb der Fachwelt oft fehlinterpretiert worden.

In der Laienwelt einschließlich der „pseudoanalytischen Literatur“ habe „[...] diese Forderung in einem unverständlichen Widerspruch [...] zu dem behaupteten Pansexualismus der Psychoanalyse mit ihrer angeblichen Befürwortung des sexuellen Auslebens als Therapie der Neurosen [...]“⁷⁶⁴ gestanden. Aber auch innerhalb der psychoanalytischen Kreise sei sie teilweise falsch interpretiert worden.

Die seinerzeit von Freud erhobene Abstinenzforderung, so Kemper, habe sich zum einen auf den *Patienten*, noch stärker aber auf den Analytiker bezogen. In Bezug auf die Abstinenzforderung an den Patienten stünde nicht so sehr – wie irrtümlich angenommen – die *sexuelle* Abstinenz im Vordergrund. Die analytische Behandlung beispielsweise der Homosexualität hätte bekanntlich ohnehin eine schlechte Prognose. Die Motivation eines Homosexuellen, seine Art von Sexualbetätigung aufzugeben, sei schon deshalb aussichtslos, zumal er darunter selbst gar nicht leide. Offensichtlich ging Kemper hier von

⁷⁶¹ Balint, M. (2002): S. 184.

⁷⁶² Ebd. S. 184.

⁷⁶³ Kemper, W. (1954): S. 593-626 und (1955): S. 636-640.

⁷⁶⁴ Kemper, W. (1955): S. 636.

der Auffassung auf, es handele sich bei Homosexualität um eine krankhafte Disposition. Dies erscheint insofern bemerkenswert, als er in Bezug auf Homosexualität selbst auf das Fehlen eines wichtigen Kriteriums für das Krankhafte einer Verhaltensweise bzw. eines Zustandes hinweist, dass nämlich homosexuelle Menschen keineswegs unter ihrer „Art von Sexualbetätigung“ leiden (vielmehr des moralisierend ablehnenden Umgangs der Gesellschaft damit). Zweitens ist bis zu diesem Zeitpunkt die Homosexualität noch kaum erforscht gewesen, sodass das Krankhafte an ihr allenfalls hätte in Frage gestellt werden können. Offenbar war selbst Freud, 20 Jahre zuvor, nicht davon überzeugt, dass es sich bei Homosexualität um eine Krankheit handelt.⁷⁶⁵

Der Sinn des Abstinenzprinzips für den *Patienten* bestünde darin, dass die Auflösung seines neurotischen Konfliktes nur in der „Versagung“ möglich sei:

„Das *heutige* Leiden ist es also, das den Patienten veranlaßt, sich der in jeder Analyse mehr oder weniger qualvollen Wieder-Auseinandersetzung mit den auf Grund *früheren* Leidens geflohenen und damit ungelöst gebliebenen Konflikten nunmehr während der Dauer der Behandlung immer wieder neu zu stellen, um sie endlich einer besseren Lösung zuzuführen“.⁷⁶⁶

Für beide – Patient und Analytiker – gelte die Aussage, dass Abstinenz ebenso unvermeidlich wie auch notwendig sei. Das gelte für Letzteren vielleicht in noch weit stärkerem Maße.

Die Gefahr, dass ein Analytiker gegenüber einem Patienten das Verbot der *sexuellen* Abstinenz missachten könnte, schien Kemper als eher gering einzuschätzen. Wie Freud schon seinerzeit betont hatte, hob auch Kemper noch einmal hervor, eine wesentliche Voraussetzung für den Beruf des Analytikers bestünde darin, dass dieser in einer „geordneten Sexualbeziehung“ lebe. Aber die Besonderheit seiner Profession halte für den Analytiker doch permanent Gefahren bereit, die Kontrolle über seine eigenen Affekte und damit teilweise über sein Verhalten gegenüber seinem Patienten zu verlieren. Kemper beleuchtete die Abstinenzforderung vor allem auch in Bezug auf die Handhabung der „Gegenübertragung“ des Analytikers. Unter „Gegenübertragung“ verstand Kemper „[...]

⁷⁶⁵ Anmerkung: Es gibt Hinweise für die Annahme, dass – im Gegensatz zu der damaligen Auffassung – Sigmund Freud selbst die Homosexualität keineswegs als Krankheit angesehen hatte. In seinem Brief an die Mutter eines homosexuellen Mannes vom 9. April 1935 schrieb Freud: „Ich entnehme Ihrem Brief, daß Ihr Sohn ein Homosexueller ist. [...] Homosexualität ist gewiß kein Vorzug, aber auch nicht etwas, dessen man sich schämen muß, kein Laster, keine Erniedrigung und kann nicht als Krankheit bezeichnet werden [...]“ Vgl. Jones, E. (1978): Bd. III, S. 233-234.

⁷⁶⁶ Kemper, W. (1955): S. 637.

die Gesamtheit der psychischen Abläufe im Analytiker in bezug auf den Patienten bzw. auf die analytische Situation [...]“.⁷⁶⁷ Eine wesentliche Funktion der Abstinenz des Analytikers sah Kemper in der emotionalen Regulierung seiner Gegenübertragung, damit sich die Übertragungsneurose des Patienten ungestört entwickeln könne. Praktisch bedeute dies für den Analytiker eine stetige Bereitschaft zum Verzicht spontaner Reaktionen und dies aus gutem Grund:

„Sinn dieses im Interesse des Gelingens der Analyse geforderten Opfers ist [...], daß sich der Analytiker [...] mit seiner ganzen Person als Auffangfigur zur Verfügung stellt, an der der Patient die Wiederbelebung seiner realen oder phantasierten konflikthaften Beziehungen zu den für ihn in seinem bisherigen Leben bedeutsamen Objekten vollziehen kann“.⁷⁶⁸

Die stetigen Versagungen, die sich der Analytiker auferlegen müsse (nicht helfend zur Seite stehen und nicht spontan antworten zu dürfen, sich äußerlich unbeeindruckt zeigen zu müssen, den Patienten eben nicht „liebend an sein Herz“⁷⁶⁹ nehmen zu dürfen), dabei gleichzeitig aber seine analytischen Funktionen ausfüllen zu müssen, stellen für ihn eine Gratwanderung dar:

„Neben dem [...] Wechselspiel zwischen der durch die analytische Situation jeweils notwendigen Identifizierung, Distanzierung und deutenden Verbalisierung muß er außerdem unter Verzicht auf einen *spontanen* Verlauf seines eigenen affektiven Ergriffenseins unter Verzicht auf *spontanes Eingehen und Antworten* auf das vom Patienten angebotene affektive Spiel gewissermaßen mit Leib und Seele nur dem, was durch die analytische Situation im Patienten mobilisiert wurde, dienend zur Verfügung stehen“.⁷⁷⁰

Die abstinenten Haltung des Analytikers beinhalte für ihn einen umfassenden „Verzicht“, denn er dürfe dem Patienten gegenüber nicht so reagieren, wie es seinem eigenen Impuls entspräche – und wie die früheren Bezugspersonen des Patienten seinerzeit reagiert hatten. Eine seiner wichtigsten Funktionen bestünde darin, vermittels seiner abstinenten Haltung „[...] bei seinem Patienten die notwendige Entfaltung der Expansion, [...] in der Übertragungsprojektion auf sich ruhig hinzunehmen“.⁷⁷¹ Dies gelte einerseits für

⁷⁶⁷ Kemper, W. (1954): S. 615. Siehe zum Thema ‘Gegenübertragung’ auch Gysling, A. (1995): S. 250-258.

⁷⁶⁸ Ebd. S. 604.

⁷⁶⁹ Ebd. S. 601.

⁷⁷⁰ Ebd. S. 603-604.

⁷⁷¹ Ebd. S. 612.

aggressive Übertragungsäußerungen und erfordere sein ruhiges Zuwarten selbst bei offensichtlich grundlosen Anschuldigungen des Patienten.

„Dies gilt genau so für die *libidinösen* Impulse des Patienten dem Analytiker gegenüber. Sie können die ganze Skala von erster scheuer Zuwendung bis zu grob sexuellen Übertragungsäußerungen einschließen. Auch hier ist die Lockerheit und doch Beherrschung der eigenen Impulswelt des Analytikers die unerläßliche Voraussetzung dafür, dass diese Äußerungen des Patienten richtig aufgefangen und für die Analyse fruchtbar gemacht werden können“.⁷⁷²

Der Analytiker solle einerseits innerhalb der analytischen Behandlung des Patienten für eine „[...] Mobilisierung der libidinösen Impulse in ihrer ganzen Gefühlsskala [...]“⁷⁷³ sorgen. Die Übertragung des Patienten soll sich in ihrer gesamten Intensität entfalten können.

„Der Analytiker, der aus Furcht, ‚in Versuchung zu fallen‘ oder aus mit ideologischen Grundsätzen verbrämten ‚moralischen‘ Grundsätzen nicht zunächst einmal innerlich locker wahrnehmen und annehmen kann, wird das sich beim Patienten Entfaltende entweder ungewollt künstlich schüren oder ungewollt zurückweisen und damit das vom Patienten mit diesem Thema verbundene Schuldgefühl noch mehr steigern“.⁷⁷⁴

Die große Herausforderung für den Analytiker bestünde darin, diese für ihn selbst unter Umständen starke emotionale und affektive Gratwanderung zu schaffen. Wenn er eine in diesem Sinne „richtige“ Technik anwende, so könne er auch die wahrscheinlich gefährlichste Phase der analytischen Situation meistern, jene, die

„[...] in der Laienwelt und in der pseudoanalytischen Literatur besonders gern in sensationeller Aufbausung diskutiert wird [...]: Die Mobilisierung der libidinösen Impulse [...] kann [...] auch durchbruchsartig erfolgen und in subjektiv großer Eindringlichkeit in der Übertragung auf den Analytiker erlebt werden. Die immer wieder zitierten dramatischen Realisierungen kommen jedoch bei analytisch richtiger ‚Technik‘, d. h. bei ruhigem Aufzeigen, daß diese Art der Realisierungsnotwendigkeit im Dienste des Widerstandes erfolgt, so gut wie überhaupt nicht vor“.⁷⁷⁵

Würde sich der Analytiker dagegen dazu hinreißen lassen, die sexuellen Übertragungswünsche seines Patienten zu befriedigen, zum Beispiel wenn er „[...] zu lange

⁷⁷² Ebd. S. 613.

⁷⁷³ Ebd. S. 613.

⁷⁷⁴ Ebd. S. 613.

⁷⁷⁵ Ebd. S. 613.

in seiner identifikatorischen Funktion verhaftet [...]“⁷⁷⁶ bleibe, oder weil die Übertragungsprojektionen des Patienten für ihn selbst eine große Befriedigung beinhalten, dann würde dies, entsprechend von Freud bereits 1915 beschrieben, „das Ende unserer Funktion als Analytiker“⁷⁷⁷ bedeuten.

Dadurch, dass sich der Analytiker zum einen immer wieder in „Versuchungssituationen“⁷⁷⁸ bringen müsse, „[...] ohne jedoch spontan reagieren zu dürfen, und daß er zweitens zur Auffangfigur für alle die unkontrolliert an ihm sich erstmals brechenden Regungen des Patienten wird (wiederum ohne in natürlicher Weise spontan antworten zu dürfen), [...]“⁷⁷⁹ sei eine stetige Versagung aller eigenen Impulse notwendig. Aufgrund dieses ständigen Verzichts entwickle sich im Analytiker unvermeidlich ein innerer Protest „[...] gegen die einseitige ‚Ungerechtigkeit‘ der uns zudiktierten Rolle [...]“.⁷⁸⁰ Um diese bisher noch zu wenig beachteten, unkontrollierten psychischen Abläufe handhaben zu können, so Kemper, müsse sich der Analytiker darüber bewusst werden und die Abstinenzregeln helfen ihm dabei, sie für die Analyse fruchtbar machen zu können.

Nicht nur das Thema ‚sexuelle Handlungen zwischen Analytiker und Patient‘ selbst, sondern ebenso die sexuellen Gegenübertragungsgefühle des Analytikers, ja selbst das bloße Phänomen der Übertragungsliebe haben bis in die heutige Zeit ihren Tabustatus beibehalten. Dies wird vor allem auch daran erkennbar, dass diese Themen zwar häufig von Literatur, Kino und Regenbogenpresse aufgegriffen, in der Fachwelt aber noch immer nicht umfassend untersucht werden. Entsprechend gering erscheint der Umfang der wissenschaftlichen Publikationen zu diesem Forschungsgegenstand.

Es erforderte sicherlich auch Jahrzehnte nach Freud noch einigen Mut, wenn Autoren wie Johannes Grunert in den 1980er Jahren im Zusammenhang mit „Intimität und Abstinenz in der psychoanalytischen Allianz“⁷⁸¹ besonders eingehend auch das „Verführen und Verführtwerden in der therapeutischen Beziehung“⁷⁸² thematisierte. Grunert beschrieb, wie allein schon das psychoanalytische ‚Setting‘, welches dem Patienten mit der

⁷⁷⁶ Ebd. S. 614.

⁷⁷⁷ Kemper, W. (1955): S. 638.

⁷⁷⁸ Kemper, W. (1954): S. 617.

⁷⁷⁹ Ebd. S. 617.

⁷⁸⁰ Ebd. S. 618.

⁷⁸¹ Grunert, J. (1989): S. 203.

⁷⁸² Ebd. S. 203.

‚Grundregel‘ auferlegt, alle auch geheimste und intimste Wünsche und Fantasien anzusprechen, eine Atmosphäre starker Intimität erzeuge:

„[...] sollte nicht unterschätzt werden, welche Wirkungen, welche Phantasien das ausführliche und detaillierte Gespräch über Sexualität, über intime Körpervorgänge zwischen sich nicht unsympathischen Menschen u. U. auslöst. Durch das Ansprechen sexueller Themen werden verdrängte Triebkräfte aus dem diffusen Halbdunkel erahnter Wünsche und Ängste in das Licht konkreter Verwirklichungsmöglichkeiten gehoben“.⁷⁸³

Der Analytiker besitze nun mit seinen Möglichkeiten der verbalen Intervention ein Mittel, die analytische Situation deutend zu organisieren, um damit den Tendenzen, solche Fantasien auszuagieren, entgegen zu wirken.

In welcher Weise allerdings manche Therapeuten aufgrund der starken sexuellen Anziehungskraft mancher Patienten, in jenen Situationen, in denen eine starke Intimität erzeugt wurde, beeinflusst werden können, werde gewöhnlich bagatellisiert oder ignoriert. Neben spezifischen Faktoren, die sich auf die Persönlichkeit des Analytikers beziehen, wie Alter, Persönlichkeitsstruktur und Lebenssituation, seien auch weniger greifbare Faktoren im Spiel, die insgesamt eine starke Anziehungskraft auf ihn ausüben können.

Grunert beschrieb, wie und unter welchem typischen psychodynamischen Hintergrund bestimmte Patientinnen, mit zum Beispiel im Vordergrund stehender schwerer narzisstischer Störung, eine starke Tendenz entwickeln können, ihren Analytiker sexuell zu verführen:

„Seine berufliche Tabu-Position und seine analytische Abstinenz wirken als Stimulus, die Überzeugung von der eigenen Unwiderstehlichkeit als Motor, das scheinbar Unerreichbare doch zu erreichen“.⁷⁸⁴

Ein konsequent abstinentes Analytikerverhalten stelle für diese Patienten insofern keine Hemmschwelle sondern eine Herausforderung dar. So könne es geschehen, dass „[...] die analytische Haltung des Analytikers, seine Unerreichbarkeit, geradezu zur Bedingung intensiver Eroberungsbemühungen wird, bei denen aber weniger sexuelle, als mächtige narzißtische Bedürfnisse die eigentliche Triebkraft darstellen“.⁷⁸⁵ Davon abgesehen können bestimmte Wesenszüge der Patientin, etwa ihre kühne und nonkonformistische

⁷⁸³ Ebd. S. 209.

⁷⁸⁴ Ebd. S. 214.

⁷⁸⁵ Ebd. S. 210.

Lebenseinstellung, ihre werbende und sexuell lockende Eroberungslust, ihre Durchsetzungskraft provozierend und gleichzeitig sehr anziehend „auf den narzißtisch bedürftigen Analytiker“⁷⁸⁶ wirken.

Dem Analytiker obliege die Aufgabe, diese möglicherweise intensiven sexuellen Fantasien und die Versuche der Patientin, diese auszuagieren, sowohl anzunehmen als auch deutend zu bearbeiten, ohne sich durch diese „erregende Intimität“ zu sehr beeinflussen zu lassen. Der Analytiker dürfe darüber nicht vergessen, dass der Störung der Patientin unter anderem frühkindliche Versagenssituationen, Geringschätzung ihrer Weiblichkeit durch die Mutter und daraus resultierende Sehnsüchte sowie Störungen ihres weiblichen Identitätsgefühls, welches sie über eine kindliche Grandiosität kompensiert, zugrunde liegen, es ginge um kindliche Sehnsüchte und symbiotische Verschmelzungswünsche mit der Mutter, die jetzt, in der Übertragungssituation auf den Analytiker zum Ausdruck kommen.

Wenn eine solche Patientin nun bei einem „narzißtisch bedürftigen Analytiker“⁷⁸⁷ in Behandlung sei, könne diese Konstellation allmählich in ein spezifisches Übertragungs- und Gegenübertragungs-Agieren münden. Dieser Analytiker, der in seinem Selbstwertgefühl in besonderem Maße von äußerer Anerkennung abhängig und daher mehr als andere auf Bewunderung und Schmeicheleien durch seine attraktive Patientin anspreche, sei besonders gefährdet, den Blick für den Übertragungsaspekt dieser idealisierenden Bewunderung zu verlieren und sie für die Realität zu halten:

„Die von der Patientin externalisierten Sehnsüchte nach vollkommener Liebe und Geborgenheit werden vermehrt als der realen Person geltend erlebt und wiedererwecken und verstärken identifikatorisch eigene Größen und Allmachtsphantasien [...].

Gleichzeitig suggeriert das grandiose Selbst der Patientin dem Analytiker die Erfüllung defizitärer narzißtischer Bedürfnisse, die Versorgung des bedürftigen Kindes in ihm“.⁷⁸⁸

In den meisten Fällen, so die Ansicht von Grunert, seien auch diejenigen Analytiker, bei denen tatsächlich tiefliegende Versorgungswünsche vorliegen, in der Lage, auf der rein sachlich deutenden Ebene zu bleiben. Vermutlich werde der analytische Prozess nur dann in Gefahr kommen und sich zum analytischen „Inzest“ entwickeln, wenn der Analytiker, etwa durch Trennung oder problematische Partnerbeziehung in eine Krisen- oder

⁷⁸⁶ Ebd. S. 216.

⁷⁸⁷ Ebd. S. 214.

⁷⁸⁸ Ebd. S. 215.

Notsituation gerate. Der Übergang erfolge nicht abrupt als Triebdurchbruch, sondern nach einem „[...] langen Weg von Aufweichungen innerhalb des abflachenden analytischen Prozesses [...]“.⁷⁸⁹

Eine solche Entwicklung sei laut Grunert selten. Allerdings zitierte er eine im Jahr 1977 durchgeführte Befragung von 15 Patientinnen in Paris, von denen vier, also ein Viertel, „[...] während der Analyse mit bekannten und erfahrenen Analytikern Geschlechtsverkehr gehabt [...]“⁷⁹⁰ hätten.

Grunert sah als unverzichtbare Bedingungen in der analytischen Arbeit die „Begeisterungsfähigkeit und Risikobereitschaft“⁷⁹¹ des Analytikers einerseits aber auch ein hohes „Maß an Selbstdisziplin und Verzichtbereitschaft, die Akzeptanz von Regeln und Ordnungen, die im Begriff der analytischen Grundhaltung zusammengefasst sind“.⁷⁹²

Die besondere Aufgabe des Analytikers bestünde darin, beides, „Intimität und Abstinenz“ gleichermaßen aufrecht zu erhalten, damit der analytische Prozess überhaupt in Gang kommen und aufrecht erhalten werden könne.

11.3 Die Bedeutung des Verzichts auf „Ersatzbefriedigungen“⁷⁹³

Als bis in die heutige Zeit bedeutsam hat sich Freuds Forderung an den Patienten erwiesen, nicht in „Ersatzbefriedigungen“ auszuweichen. Das Ziel der psychoanalytischen Therapie solle ein kausales sein. Bei dem Kranken müsse eine Nachreifung bewirkt werden. Voraussetzung dafür sei, dass die den Symptomen zugrunde liegenden neurotischen Konflikte gelöst werden. Keineswegs ginge es um die reine Symptombeseitigung. Die neurotischen Symptome eines Patienten stellen einerseits „Ersatzbefriedigungen“ für die ursprünglichen Triebversagungen dar. Andererseits erzeugen sie auch den Leidensdruck, der den Patienten zur Therapie motiviert.

Wenn im Verlauf einer Behandlung der Leidensdruck abnimmt, dann ginge dem Patienten dadurch die Behandlungsmotivation verloren. Dies gelte es zu verhindern.

⁷⁸⁹ Ebd. S. 219.

⁷⁹⁰ Ebd. S. 211.

⁷⁹¹ Ebd. S. 228.

⁷⁹² Ebd. S. 228.

⁷⁹³ Freud, S. (1919): S. 188 f.

Im Falle dass sich der Kranke – anstelle seiner Symptome – andere Ersatzbefriedigungen suche, und zwar solche, die im Gegensatz zu seinen Symptomen keinen vordergründigen Leidenscharakter mehr haben, bestünde die Gefahr, dass die frei gewordene libidinöse Energie durch „Ablenkungen“ versickere. Oder, falls dem neurotischen Konflikt ein unbewusstes Schuldgefühl und ein daraus resultierendes Selbstbestrafungsbedürfnis zugrunde liege, dann könnte es sein, dass der Patient sich zur Beschwichtigung dieses Strafbedürfnisses in eine schwere körperliche Krankheit oder eine unglückliche Partnerschaft flüchte.

Und schließlich: wenn der Patient dazu tendiert, aus der Therapie selbst, in seiner Übertragungsbeziehung zum Arzt eine Befriedigung zu suchen⁷⁹⁴, gäbe es für ihn kaum noch eine Motivation zu gesunden.

Ganz im Gegensatz zu Ferenczis detaillierter Beschreibung dessen, welche Art von Versagungen der Patientin konkret auferlegt werden sollen, formulierte Freud wesentlich abstrakter, man müsse darauf achten, den Kranken während der Dauer der Kur nicht zu sehr zu verwöhnen. Dieser könnte es sonst vorziehen, sich in die Bequemlichkeiten der Behandlung zurückzuziehen, statt sich für die Schwierigkeiten, die die Realität für ihn bereit halte, zu rüsten.

Die von Freud propagierte Aufforderung an den Patienten, während der Behandlungsdauer auf lebenswichtige Entscheidungen zu verzichten, diene dazu, das Ausweichen in Ersatzbefriedigungen zu verhindern, hieße, der Kranke soll die unbewussten Inhalte *erinnern* und durcharbeiten und nicht „durch eine Aktion abführen“.⁷⁹⁵ Statt zu erinnern, agiere er und wiederhole den alten Konflikt. „Der Analytierte erzählt nicht, er erinnere sich, daß er trotzig und ungläubig gegen die Autorität der Eltern gewesen sei, sondern er benimmt sich in solcher Weise gegen den Arzt“.⁷⁹⁶ Je größer der Widerstand sei, desto stärker agiere der Kranke, anstatt zu erinnern. Es gelte daher, den Kranken immer wieder auf die Vergangenheit zurückzuführen. Dadurch, dass dieser somit gezwungen werde, sich intensiv damit auseinander zu setzen – und sich dem Verdrängten zu stellen, könne es zur „Verschlimmerung während der Kur“⁷⁹⁷ kommen, welche aber vorübergehend sei. Dies werte der Patient aber als Bestätigung dafür, dass es richtig gewesen ist, zu verdrängen.

⁷⁹⁴ Ebd., S. 189.

⁷⁹⁵ Freud, S. (1914): S. 133.

⁷⁹⁶ Ebd. S. 129.

⁷⁹⁷ Ebd. S. 132.

Aus diesem Grund müsse man ihn darauf hinweisen, dass eine vorübergehende Verschlimmerung ein notwendiger aber vorübergehender Effekt in der Therapie sei. Man könne schließlich auch keinen Feind erschlagen, der abwesend sei. Das Erinnern müsse trotzdem weiter das Ziel bleiben.

Der Arzt müsse beständig damit rechnen, dass der Kranke immer wieder die Erinnerungsarbeit umgehen und stattdessen seine Impulse durch Ausweichaktionen abführen möchte. Der Therapieerfolg sei dadurch gefährdet. Man müsse den Patienten davor bewahren, indem man ihn verpflichte, solange die Therapie dauert, keine schwerwiegenden Entscheidungen zu treffen.

Wiederholt hatte Freud auf die Gefahren hingewiesen, die den Kranken davon abbringen könnten, die eigentliche ‚analytische‘ Arbeit zu leisten. Ihm war sehr daran gelegen, dieses Risiko, dass der Patient durch eine agierende „[...] Wiederholungsaktion das Band zerreißt, das ihn an die Behandlung knüpft“⁷⁹⁸, möglichst niedrig zu halten, um einen wirklichen Behandlungserfolg sicher zu stellen.

11.4 Die Bedeutung des Spiegelprinzips

Eine der Besonderheiten des Dialogs zwischen Patient und Analytiker im Rahmen einer psychoanalytischen Behandlung besteht darin, dass es sich formal zwar um ein ‚Gespräch‘ zwischen zwei Menschen handelt, aber mit dem wesentlichen Unterschied, dass nur einer von beiden, der Kranke (oder Analysand) sich im Hinblick auf seine seelische Problematik, offenbart. Der Analytiker hingegen sollte – so lautete Freuds Ratschlag – nicht den Fehler begehen, ebenfalls über seine seelischen Konflikte zu sprechen, etwa um dem Patienten die Überwindung zu erleichtern:

„Für die Aufdeckung des dem Kranken Unbewußten leistet diese Technik nichts, sie macht ihn nur noch unfähiger, tiefere Widerstände zu überwinden, und sie versagt in schwereren Fällen regelmäßig an der rege gemachten Unersättlichkeit des Kranken, der dann gerne das Verhältnis umkehren möchte und die Analyse des Arztes interessanter findet als die eigene“.⁷⁹⁹

⁷⁹⁸ Ebd. S. 134.

⁷⁹⁹ Freud, S. (1912 b): S. 384.

Als weitere Begründung nannte Freud die Entwicklung der Übertragung, die durch eine solche Vorgehensweise des Analytikers empfindlich gestört werden könnte.

Weiterhin hatte Freud mit dieser Forderung den aus der Gegenübertragung resultierenden Problemen vorbeugen wollen. Durch Zurückhaltung und Verzicht in seinen spontanen Reaktionen dem Patienten gegenüber sollte sich der Analytiker vor seinen eigenen Triebimpulsen schützen.

Die Freudsche Forderung, der Analytiker solle für den Patienten wie eine „Spiegelplatte“ fungieren, entsprang außerdem seinem Bestreben nach korrekter wissenschaftlicher Arbeitsweise, im Sinne einer „optimalen Experimentalanordnung“⁸⁰⁰, die „von der Subjektivität des Forschers“⁸⁰¹ (Analytikers) unberührt bleiben müsse.

Dieses Spiegelgleichnis hat im Verlauf der Geschichte der psychoanalytischen Behandlungstechnik einen Bedeutungswechsel erfahren. Als sich Balint 1939 ebenfalls für eine Spiegelfunktion des Analytikers aussprach, verstand er darunter dessen Fähigkeit, seinen Patienten möglichst realistisch und in seiner gesamten Persönlichkeit zu spiegeln:

„Je klarer sich der Patient in dem Spiegelbild sehen kann, um so besser ist unsere Technik“.⁸⁰² Darauf käme es an und nicht darauf, dass der Analytiker passiv bleibe und möglichst wenig von seiner eigenen Persönlichkeit zeige. Er könne ohnehin nicht verhindern, dass der Patient allein schon aus dem Einrichtungsstil oder dem Ausmaß der Reinlichkeit im Behandlungsraum Rückschlüsse auf die Persönlichkeit des Analytikers ziehen könne. Balint folgerte daraus, dass der Analytiker sehr wohl die Atmosphäre im Behandlungsraum und auch den Verlauf der Analyse beeinflusst, doch die Übertragung an sich und damit der Heilungsvorgang werden dadurch nicht gestört.

Diese Ansicht vertrat auch Paula Heimann, die 1960 die Überzeugung äußerte, ungeachtet aller „[...] unvermeidlichen Enthüllungen der ‚wirklichen‘ Persönlichkeit des Analytikers [...]“⁸⁰³ sei er dennoch „[...] der Spiegel, der den Patienten reflektiert“.⁸⁰⁴ Um diese Funktion zu erfüllen, müsse ihrer Ansicht nach der Analytiker keineswegs kalt und gefühllos sein, sondern ihm obliege die Aufgabe, seine Gefühle „[...] auszuhalten, statt sie wie der Patient abzureagieren“.⁸⁰⁵ In der Fantasie des Patienten entstünde entsprechend

⁸⁰⁰ Cremerius, J. (1984): S. 772.

⁸⁰¹ Ebd. S. 772.

⁸⁰² Balint, A. u. M. (1939): S. 220.

⁸⁰³ Heimann, P. (1960): S. 491.

⁸⁰⁴ Ebd. S. 491.

⁸⁰⁵ Ebd. S. 484.

seiner Übertragung ein bestimmtes Bild darüber, wie der Analytiker sei. Es könne sich um tatsächliche Wesenszüge oder Details aus dem Privatleben des Analytikers handeln, denkbar wäre aber auch, dass der Patient ein sehr entstelltes Bild in Bezug auf die Persönlichkeit des Analytikers gewinne. Diese Diskrepanz müsse ein Analytiker aushalten können. Sollte dies aber nicht der Fall sein und er den starken Drang verspüren, diesen Irrtum aufzuklären und sein „wahres Selbst“⁸⁰⁶ zu zeigen, so wie es in den „gewöhnlichen zwischenmenschlichen Beziehungen“ üblich ist, dann sei das kein korrektes Vorgehen im analytischen Sinn, sondern aktivierte „neurotische Reste“, die bekanntlich bei jedem noch so gründlich analysierten Therapeuten vorhanden seien.

Daher sollte ein jeder Analytiker bestrebt sein, dem Patienten gegenüber nur die notwendigsten Informationen über sich zu geben.

Heimann führte hierzu ein Beispiel an, wie sie diese Regel einmal missachtet und im analytischen Sinne falsch gehandelt habe.⁸⁰⁷ Interessanterweise illustriert diese Szene dann aber gerade, wie hilfreich ihre – unbeabsichtigte – Enthüllung für den Verlauf der Sitzung gewesen ist:

„Unmittelbar vor der Stunde mit einer jungen Analytikerin erfuhr ich, daß ein mir bekannter Analytiker gestorben war, was mich sehr bewegte. [...] Die Analysandin begann ihre Stunde wie gewöhnlich. Zweimal verlor ich den Faden und mußte sie bitten, zu wiederholen, was sie gesagt hatte. Beim zweitenmal entschuldigte sie sich und sagte, sie müsse sich heute wohl sehr unklar ausdrücken, oder es müsse sonst etwas mit ihr nicht in Ordnung sein. Darauf erwiderte ich, es läge vielmehr an mir und erwähnte, daß ich soeben die Nachricht vom Tode dieses Kollegen erhalten hätte. Die Analysandin [...] sprach ihr Bedauern aus und fügte hinzu, sie wüßte, wie viel das für mich bedeuten müßte. Im folgenden drehte sich die Analyse dann um Trauer, die in der Lebensgeschichte der Patientin eine besondere Bedeutung hatte. [...] Als ich die Situation später überdachte, sah ich Möglichkeiten, wie man, auch ohne eine derart persönliche Bemerkung machen zu müssen, die Situation hätte meistern können. Ich hatte so gehandelt, weil ich erschüttert war. Übrigens hatte mein Bekenntnis ihr nicht mehr enthüllt, als sie ohnehin erfahren hätte. Sie hätte von dem Todesfall bald nach der Stunde erfahren müssen und hätte gewußt, daß ich, die ich der Generation älterer Analytiker angehöre, über den Tod des Kollegen trauern würde. Soweit ich sehen konnte, hatte sich mein Abgelenktsein und meine persönliche Mitteilung nicht schädlich ausgewirkt. Dennoch betrachte ich es als eine Abweichung vom korrekten analytischen Verfahren“.⁸⁰⁸

⁸⁰⁶ Ebd. S. 492.

⁸⁰⁷ Vgl. Kap. 7.

⁸⁰⁸ Heimann, P. (1960): S. 491.

Unabhängig davon, inwieweit die von Heimann in diesem Fall-Beispiel geübte Vorgehensweise im klassischen analytischen Sinne als „korrekt“ bezeichnet werden kann, lässt sich feststellen, dass sie immerhin durch ihre in diesem Beispiel dokumentierte intuitiv einfühlsame Handlungsweise ihrem eigenen Anspruch gerecht geworden ist. Sie selbst hatte erklärt, dass ihr „[...] Hauptanliegen war, das Gespenst des ‚gefühllosen‘, inhumanen Analytikers zu bannen [...]“, ⁸⁰⁹ womit sie auf diejenigen ihrer Kollegen anspielte, welche die ‚Gegenübertragung‘ noch immer als ein störendes Element verstanden und die meinten, sie nur durch eine gefühlskalte Anonymität beherrschen zu können.

Leo Stone wies 1961 darauf hin, der Patient bekomme immerhin zu Beginn und am Ende jeder Sitzung das Gesicht des Analytikers zu sehen, welches „[...] wir gerne mit der Maske übertriebener Beharrlichkeit und übermäßigen Eifers bedecken“. ⁸¹⁰ Die Übertragung des Patienten werde dadurch nicht in ungünstiger Weise gestört. Der Patient nehme das wahr, was er gemäß seiner Übertragung wahrnehmen wolle. Die Erfahrung lehre, „[...] daß die echte Übertragung die Realität ihren eigenen Erfordernissen gemäß auszustatten pflegt [...]“. ⁸¹¹

Es war Helmut Thomä, der sich 1981 der Frage stellte, inwieweit der Analytiker auch in seinen *Deutungen* für den Patienten ein ‚Spiegel‘ darstellen sollte und inwieweit er dabei ‚anonym‘ bleiben könne. Er kam zu der Erkenntnis, sich selbst völlig zurücknehmen und dem Patienten ausschließlich in der Analytikerrolle gegenüber zu treten, sei gar nicht möglich. Der Analytiker gestalte die analytische Situation immer auch als Person, selbst wenn er ausschließlich deutend und interpretierend in Erscheinung trete und seine tatsächliche Bedeutung für den analytischen Prozess sei lange verkannt worden. Dies könnte sich möglicherweise vor dem Hintergrund von Freuds ‚Spiegel- bzw. Chirurgen-Analogie‘ ⁸¹² entwickelt haben. Bereits durch seine bloßen ‚Deutungen‘ enthülle der Analytiker viel mehr über seine eigene Person, als ihm bewusst sei, es handele sich mitnichten um bloße ‚Spiegelungen‘:

⁸⁰⁹ Ebd. S. 485.

⁸¹⁰ Stone, L. (1973): S. 55.

⁸¹¹ Ebd. S. 55.

⁸¹² Thomä, H. (1981): S. 399.

„Durch unsere Deutungen zeigen wir, wes Geistes Kinder wir sind und welche Wirkungen wir beabsichtigen oder erzielen. Deutungen sind die Werkzeuge des Psychoanalytikers schlechthin, aber als solche niemals in jener Weise von ihm als Person losgelöst vorstellbar, wie es etwa das Messer des Chirurgen ist“.⁸¹³

Nach Ansicht von Thomä stelle Freuds Forderung, der Analytiker müsse wie ein Spiegel sein, der ausschließlich reflektiere, ebenso wie auch seine Empfehlung, sich den „Chirurgen“ als Vorbild zu nehmen, Schutzmaßnahmen für den Patienten dar, damit dieser nicht mit den Problemen oder den persönlichen Einstellungen des Therapeuten belastet werde. Zum anderen sei darin der Wunsch von Freud als dem in der Psychoanalyse forschenden Wissenschaftler zu erkennen, der eine Methode hatte erschaffen wollen, die losgelöst von den ganz persönlichen Merkmalen eines bestimmten Therapeuten funktionieren sollte.⁸¹⁴

Im Rahmen seiner wissenschaftlichen Studie, die sich speziell mit den Deutungen der Analytiker befasste, konnte Thomä unter anderem nachweisen, „[...] daß vom Psychoanalytiker wenigstens ein Drittel der neuen Informationen in das Gespräch eingebracht wird“.⁸¹⁵ Der Hintergrund sei der, dass die Deutungen der Analytiker zu einem beträchtlichen Teil auch „theoriegesteuert“⁸¹⁶ seien und persönliche Überzeugungen und Einstellungen mit einfließen. Diese Tatsache sei bislang unterschätzt und als nicht erwünschter Effekt angesehen worden. Thomä selbst vertrat die Überzeugung, das allzu wörtliche Übernehmen von Freuds Spiegelanalogie würde dem Wesen der psychoanalytischen Behandlung zuwiderlaufen:

„Würde der Psychoanalytiker sich nur wie ein Spiegel verhalten und dem Gezeigten nichts hinzufügen, könnte der psychoanalytische Prozeß gar nicht erst in Gang kommen“.⁸¹⁷

Auch die Tatsache, dass sich Analytiker und Patient zwar in einer therapeutischen, gleichzeitig aber auch „[...] in einer realen Beziehung zueinander befinden“⁸¹⁸, werde nicht zuletzt aufgrund der noch immer anhaltenden Wirkung von Freuds Spiegelanalogie zu wenig Beachtung geschenkt, wodurch sich vermeidbare Komplikationen ergeben. Ein Analytiker müsse vor allem sensibel auf die Gefühle und Affekte seines Patienten achten,

⁸¹³ Ebd. S. 399.

⁸¹⁴ Vgl. ebd. S. 395.

⁸¹⁵ Ebd. S. 400.

⁸¹⁶ Ebd. S. 400.

⁸¹⁷ Ebd. S. 395.

⁸¹⁸ Ebd. S. 394.

zugleich auch auf seine eigenen Gegenübertragungsgefühle, aber – und das sei das Entscheidende – er dürfe sie niemals ausagieren.

11.5 Wirkungen und Funktionen des Liegens auf der Couch

Das Liegen auf der Couch, wie Freud es seinerzeit gefordert hatte, gehört bis heute zum „klassischen“ psychoanalytischen Setting. Als Bestandteil des traditionellen Behandlungs-Rituals bildete es nur selten Gegenstand kontrovers geführter Debatten und es scheint, als brauchte es keine weitere Begründung als die, es sei notwendig um die Tiefe der Regression und damit die ungestörte Entwicklung der Übertragung zu fördern. Freud schien keine Veranlassung für eine ausführlichere Begründung zu sehen, lediglich „[...] noch ein Wort über ein gewisses Zeremoniell der Situation, in welcher die Kur ausgeführt wird“.⁸¹⁹

Aus zwei Gründen wollte er den Blickkontakt mit dem Patienten durch das Liegen auf der Couch verhindern: zum einen weil er nicht täglich viele Stunden lang „angestarrt“⁸²⁰ werden wollte, andererseits um die Übertragung des Patienten nicht zu stören.

Lediglich einen einzigen Satz widmete er der Überlegung, welche Wirkungen eine solche Anordnung im Patienten auslösen würde: „Der Patient faßt die ihm aufgezwungene Situation gewöhnlich als Entbehrung auf und sträubt sich gegen sie [...]“.⁸²¹

Welche konkreten Formen dieses ‚Sträuben‘ annehmen konnte, erlebte und beschrieb Ferenczi: „Das Festhalten am Prinzip, daß der Patient liegen muß, wurde gelegentlich durch den unzählbaren Impuls der Kranken, aufzuspringen, in dem Zimmer herumzugehen oder mit mir Aug’ in Auge zu sprechen, durchkreuzt“.⁸²² Im Gegensatz zu Freud, der an dem „Zeremoniell“ festhielt, sah sich Ferenczi gehalten, die Analyse dann „[...] entgegen den üblichen Regeln [...] fortzusetzen [...]“.⁸²³

Ferenczi beschrieb zwar anschaulich das konkrete Verhalten dieser Patienten und leitete daraus seine Begründung ab, „[...] bald den einen, bald den anderen der Freudschen ‚Ratschläge zur Technik‘ zu verletzen“,⁸²⁴ indem er den Wünschen einiger Patienten sehr weit entgegen kam und ein Übermaß an Verständnis für sie aufbrachte⁸²⁵, allerdings versuchte er nicht, seinen Standpunkt zu wechseln und sich empathisch in sie hinein zu

⁸¹⁹ Freud, S. (1913): S. 467.

⁸²⁰ Ebd. S. 467.

⁸²¹ Ebd. S. 467.

⁸²² Ferenczi, S. (1930): S. 262.

⁸²³ Ebd. S. 262.

⁸²⁴ Ebd. S. 262.

⁸²⁵ Vgl. Ferenczi, S. (1931): S. 280: „Es ist für die Analyse von Vorteil, wenn es dem Analytiker gelingt, mit nahezu grenzenloser Geduld, Verständnis, Wohlwollen und Freundlichkeit dem Patienten soweit als möglich entgegenzukommen.“

versetzen. Ähnlich wie die „zärtliche Mutter“,⁸²⁶ die instinktiv spüre, welche Art und wie viel Zuwendung ihr Kind brauche, schien er davon auszugehen, dass er intuitiv erfassen könne, welche Behandlung (und wie viel Behandlungszeit) seine Patienten in der jeweiligen Situation benötigen.

Erst Jahrzehnte später, ab etwa Ende der Fünfziger Jahre des vorigen Jahrhunderts tauchten in der psychoanalytischen Literatur zur Behandlungstechnik erste Ansätze auf, das Erleben der Patienten auf der Couch näher zu untersuchen. Karl Menninger befasste sich in seinem 1958 in den USA und 1977 in Deutschland erschienenen Werk „Theorie der psychoanalytischen Praxis“ unter anderem mit der Frage, wie Patienten diese Anordnung erleben, in Anbetracht ihres Wunsches nach Besserung oder Heilung ihrer Beschwerden. Um dahingehend Hilfe zu erhalten, haben sie den Analytiker aufgesucht. Menninger wies auf den in mehrerer Hinsicht außergewöhnlichen Charakter dieser Behandlungsanordnung hin, wenn man bedenke,

„[...] daß der sich selbst-entblößende Patient mit einem Zuhörer spricht, den er nicht sieht und auch nicht kennt. Er redet in Gegenwart dieses Menschen auf eine Art, in der er nie reden würde, wenn irgendein anderes menschliches Wesen anwesend wäre. Dieser ungesehene Mensch handelt vollkommen unerwartet, insofern als er nicht antwortet, wie es jedes normale menschliche Wesen [...] tun würde“.⁸²⁷

Nicht nur dass der Analytiker nicht antwortet, es bestünde für den Patienten auch keine Möglichkeit, aus der Mimik seines Therapeuten Rückschlüsse auf seine momentanen Gedanken zu ziehen. Aber gerade dieser für den Patienten ungewohnte Rahmen fördere die analytische Arbeit, so führte Menninger aus, indem er mit dazu beitrage, die für die Behandlung unabdingbare Übertragungsneurose entstehen zu lassen, um daran einen wesentlichen Teil der analytischen Arbeit vollziehen zu können:

„Es ist nur der Tatsache zuzuschreiben, daß man diese zuhörende Person nicht sehen kann und von ihr so selten etwas hört, daß es dem Patienten ermöglicht wird, seiner Neigung nachzugehen und in der Phantasie den wahren Charakter, die Einstellung, die Absichten und sogar die Erscheinung des Analytikers zu verzerren“.⁸²⁸

⁸²⁶ Ebd. S. 284.

⁸²⁷ Menninger, K. A. & Holzman, P. S. (1977): S. 91.

⁸²⁸ Ebd. S. 91.

In der konkreten Behandlungssituation könne sich nach Menninger folgender psychologische Mechanismus abspielen: der zu Beginn von dem Patienten geäußerte, an den Analytiker gerichtete Wunsch könne in etwa lauten: „Herr Doktor, ich möchte Erleichterung von meinen Kopfschmerzen, von meinen Ängsten“.⁸²⁹ Über einen regressiven Mechanismus, der im Liegen gefördert werde, könne dieser Patient in seinem inneren Erleben nun wie um Jahre zurückversetzt werden und an den Ursprung seiner Beschwerden kommen, der unmittelbar mit seinem damaligen Wunsch: „Mutter, ich möchte in deine Arme genommen werden“⁸³⁰ verknüpft sei.

Ab den 1970er Jahren begann man, die Wirkungen, welche die besonderen Bedingungen des psychoanalytischen Diskurses auf das Erleben der Patienten ausüben, auch sprachwissenschaftlich zu untersuchen. Helmut Thomä und Horst Kächele engagierten sich ab Beginn der 1970er Jahre an der Abteilung für Psychotherapie der Universität Ulm im Bereich der empirischen Psychotherapie-Forschung, wobei es ihnen insbesondere um eine angemessene wissenschaftstheoretische Fundierung der Psychoanalyse ging. „Bahnbrechend war dabei die Einführung eines Tonbandgeräts in die psychoanalytische Situation“.⁸³¹ Die Gesamtheit der während der Behandlungsstunden auf Tonband aufgezeichneten Gespräche, ein „Fundus psychoanalytischer Behandlungsprotokolle“ wurden als „Ulmer Textbank“ bekannt und „einer großen Zahl von Wissenschaftlern im In- und Ausland zur Verfügung gestellt“.⁸³² Daneben waren auch einige nicht-therapeutisch arbeitende Wissenschaftler an sprachwissenschaftlichen Untersuchungen von psychoanalytischen Behandlungsprotokollen beteiligt. Ein Sprachforschungsteam, zu welchem neben einem ärztlichen Lehranalytiker und einem Psychologen auch Germanisten und Soziologen gehörten, veröffentlichte 1982 im Rahmen seiner Therapiegesprächsforschung eine Schrift über sprachwissenschaftliche Untersuchungen in der psychoanalytischen Therapie.⁸³³ Die Autoren Koerfer und Neumann gingen von der Situation aus, was ein Patient, der zur Therapie kommt und der hinsichtlich der besonderen Bedingungen, die diese Art von Therapie für ihn bereithalte, noch kein Wissen besitzt, (im Gegensatz etwa zu einem Analysanden, der eine Lehranalyse im Rahmen seiner

⁸²⁹ Ebd. S. 91 f.

⁸³⁰ Ebd. S. 92.

⁸³¹ Stumm, G. et al. (2005): S. 477.

⁸³² Thomä, H. u. Kächele, H. (1997): S. 33.

⁸³³ Siehe Flader, D., Grodzicki, W.-D., u. Schröter, K. (Hrsg) (1982).

Ausbildung absolvieren möchte) im allgemeinen erwarte und welche Reaktionen die für ihn ungewohnten psychoanalytischen Gesprächsregeln tatsächlich hervorrufen können.⁸³⁴ Zu Therapiebeginn sei naheliegend, dass ein solcher Patient Gespräche unter „normalen“ Bedingungen des Alltagsdiskurses, also einen gegenseitigen Austausch unter Blickkontakt erwarte: „Es ist ein menschliches Bedürfnis, in face-to-face-Situationen zu interagieren“.⁸³⁵ Der Blickkontakt als eines der Elemente der „non-verbale Kommunikationsmodi“⁸³⁶ ergänze die gegenseitige Wahrnehmung, indem er zusätzliche „Informationen über den Gesprächspartner“ biete und sowohl das eigene als auch das Gesprächsverhalten des Partners beeinflusse. In der klassischen psychoanalytischen Behandlung im Sinne Freuds wird allerdings durch die räumliche Anordnung (des auf der Couch liegenden Patienten und hinter ihm sitzenden Analytikers) dieser Blickkontakt und damit die Möglichkeit „der durch gegenseitige Wahrnehmung beeinflussten *Gesprächskontrolle*“⁸³⁷ unterbunden. Die Autoren Koerfer und Neumann werteten Transkripte analytischer Gesprächssituationen dahingehend aus, wie diese Patienten diese für sie ungewohnte Art von Gesprächen, unter den beschriebenen, für sie ungewohnten Bedingungen, erleben und auf welche Weise sie versuchen, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Anhand ihrer Untersuchungsergebnisse lässt sich erahnen, auf welche Weise die Assoziationen der Patienten dadurch beeinflusst werden können:

„Sowohl die Nicht-Reziprozität als auch die damit verknüpften nicht-konventionellen Kommunikationsformen müssen die Patienten gegen ihre Alltagserwartung verstehen und akzeptieren lernen“.⁸³⁸

Die Auswertung der Gespräche zeigte allerdings, dass diese Anpassung nicht immer in einem angemessenen Zeitraum gelingt, sondern bei den Patienten auch zu „*Irritation*, Widerstand und zunehmend *reflexive* Kontrolle des Gesprächsverhaltens“⁸³⁹ führen könne. Abgesehen davon, dass die Anpassung an eine solche ungewohnte Gesprächsform einige Zeit und Lernprozesse beim Patienten erfordere, stelle sich auch die Frage, wie die Art der Assoziationen und damit eventuell der gesamte Therapieprozess beeinflusst werden können, auch im Hinblick darauf, wie streng die Diskurs-Regeln vom jeweils

⁸³⁴ Vgl. Koerfer, A. u. Neumann, C. (1982): S. 96-137.

⁸³⁵ Ebd. S. 105.

⁸³⁶ Ebd. S. 106.

⁸³⁷ Ebd. S. 106.

⁸³⁸ Ebd. S. 120.

⁸³⁹ Ebd. S. 120.

behandelnden Analytiker eingehalten werden und ob und wie ausführlich sie dem Patienten erklärt werden.

Die Autoren werteten von vier verschiedenen psychoanalytischen Therapien jeweils die ersten zwölf Sitzungen aus und gewannen daraus zumindest qualitativ einen Einblick über die möglichen Chancen, aber auch Schwierigkeiten, die sich den Patienten in dieser außergewöhnlichen Gesprächssituation stellen können. Der fehlende Blickkontakt scheint das Gefühl des Unpersönlichen noch zu verstärken. Ein Beispiel dafür ließ sich anhand der Reaktion einer Patientin darstellen: „Das fehlende ‚feed-back‘ auf ihre Kommunikationsangebote bewirkt, daß sie ihr Reden als ‚unpersönlich‘ empfindet“.⁸⁴⁰

Das Thema kann im Rahmen dieser Arbeit nicht umfassend bearbeitet werden, sondern müsste Gegenstand einer eigenen Untersuchung werden, beispielsweise unter der Fragestellung, ob und in welcher Weise die besonderen Bedingungen, denen der Patient im psychoanalytischen Setting ausgesetzt ist, wie dem Liegen auf der Couch, den Therapieverlauf beeinflusst. In diesem Bereich scheint bis in die Gegenwart noch ein erheblicher wissenschaftlicher Forschungsbedarf zu bestehen.

⁸⁴⁰ Ebd. S. 123.

11.6 Die Bedeutung und Funktionen der Wortkargheit, des Schweigens und der Nichtbeantwortung von Fragen des/ der Patienten/-in

Das Schweigen, die Passivität, die Zurückhaltung des Analytikers, also die Gesamtheit seiner „Inaktivität“ in der analytischen Behandlungssituation unterscheidet sich qualitativ von der Inaktivität, wie sie gewöhnlich verstanden und in nicht-psychoanalytischen Situationen gepflegt wird. Karl Menninger fasste diesen Aspekt folgendermaßen zusammen:

„Ich bin der Meinung, daß man die relative Inaktivität des Analytikers, die besagt, daß er nicht sehr häufig etwas sagt oder tut, was von einem Außenseiter als Sagen oder Tun angesehen werden könnte, scharf von den außerordentlich großen Wirkungen trennen muß, die seine wohl überlegte Enthaltensamkeit anstatt seines Einmischens haben kann“.⁸⁴¹

Gemeinsam mit anderen, für die psychoanalytische Behandlungssituation spezifischen Bedingungen, die der Analytiker seinem Patienten biete, zum Beispiel die Ruhe und entspannte Atmosphäre im Behandlungsraum, die „Unsichtbarkeit“ des Therapeuten, fördere eben auch vor allem diese Enthaltensamkeit an Aktivität die für den Behandlungsprozess notwendige Regression.⁸⁴²

Die im Sinne einer Wortkargheit oder Schweigen des Analytikers in Erscheinung tretende abstinente Technik, wie sie beispielsweise von Ferenczi, Reik, Reich, Alexander und French vorgeschlagen wurde, hatte unter anderem auch den Hintergrund, dass die analytische Situation erfordern könne, „[...] das Schweigen des Patienten durch Gegenschweigen zu brechen [...]“.⁸⁴³ Ferenczi beschrieb Patienten, deren Widerstand gegen die Grundregel des freien Assoziierens sich in hartnäckigem Schweigen manifestieren könne. „In solchen Fällen tut man am besten, dem Schweigen des Patienten das eigene Schweigen entgegenzusetzen“.⁸⁴⁴

Wie entscheidend die Passivität des Analytikers in bestimmten Situationen der analytischen Behandlung zum Erkenntnisgewinn und damit zum Aufdecken der unbewussten Konflikte beitragen könne, erläuterte Balint bereits 1933 in seinem Aufsatz „Zur Übertragung von

⁸⁴¹ Menninger, K. A. & Holzman, P. S. (1977): S. 44.

⁸⁴² Vgl. ebd. S. 69.

⁸⁴³ Schlieffen, H. Graf von (1982): S. 290.

⁸⁴⁴ Ferenczi, S. (1919 b): S. 274.

Affekten“⁸⁴⁵. Darin hob Balint in besonderer Weise hervor, wie sehr der Analytiker darauf achten müsse, seine Passivität beizubehalten, wobei er sich im klaren sein müsse, „[...] wie schlau das Unbewußte mit immer neuen Listen versucht, den Analytiker zu zwingen, seine passive Rolle aufzugeben“.⁸⁴⁶ Sie beizubehalten sei aber unerlässlich, weil nur so die „ursprüngliche“ Situation, in welcher der auffällige Charakterzug entstanden ist, aufgedeckt werden könne. Er erläuterte seine Aussage anhand von Beispielen auffälliger Reaktionsweisen unterschiedlicher Patienten auf das jeweilige Ende einer analytischen Behandlungsstunde:

„Manche stehen sofort auf, sagen Adieu – und fort sind sie. Andere können sich nicht trennen, möchten gerade noch dies und das sagen [...]. Ein Dritter empfindet es als eine schwere Beleidigung, daß ich die Sitzung beende und nicht er; eine ganze Weile vorher, [...] hat er sich schon darauf vorbereiten müssen, diesen unverdienten Hinauswurf zu ertragen. Ein Vierter [...] muß mir doch sagen, daß ihm eben jetzt etwas sehr Wichtiges eingefallen ist; natürlich muß das bis morgen warten, falls er es nicht bis dahin vergessen hat, [...] woran dann nur die Starrheit, Gleichgültigkeit und Ungeduld des Analytikers schuld wäre usw. usw. [...]“⁸⁴⁷.

Auf all diese möglichen Verhaltensweisen der Patienten müsse der Analytiker in analytisch „keimfreier“ Weise reagieren, um dem Patienten zu ermöglichen, nicht nur das Unangemessene seiner Reaktion, sondern auch seine daran geknüpften unbewussten Botschaften und Absichten zu erkennen:

„Er darf auch nicht zulassen, daß das Gespräch zu einem Geplauder ausartet, noch darf er damit sich ängstigen lassen, daß etwas sehr Wertvolles unwiederbringlich verlorengeht usw. Indem er die analytische Situation von seiner Gegenübertragung frei hält, kann er dem Patienten zeigen, wie seine, des Patienten, Automatismen arbeiten, von denen dieser oft keine Ahnung hat. Ein großer Schritt wird getan, wenn nicht nur dieser Automatismus selbst bewußt gemacht werden kann, sondern auch die Wirkung, die der Patient damit erreichen möchte. [...] Der Patient, der auf den Glockenschlag davonläuft, war vielleicht ein gar zu wohlerzogenes Kind, so daß er jetzt nicht mehr imstande ist, einen Wunsch zu fühlen, geschweige denn ihn auszudrücken. Der andere Patient, der die neuen, in ihm aufsteigenden Gedanken nicht bei sich behalten kann, verdeckt damit vielleicht die Tatsache, daß er nicht ertragen kann, so schlichtweg fortgeschickt zu werden. Der dritte, der [...] unter der Erwartung leidet, am Schluß weggeschickt zu werden, ist oft ein verwöhntes Kind mit einer Menge Aggressivität hinter all seiner Empfindsamkeit. Der vierte, der

⁸⁴⁵ Balint, M. (1969): S. 178-190.

⁸⁴⁶ Ebd. S. 183.

⁸⁴⁷ Ebd. S. 184.

anscheinend so unterwürfig ist, möchte in Wirklichkeit die Bürde der Verantwortung auf den Analytiker abwälzen“.⁸⁴⁸

Wohl die Tatsache anerkennend, wie schwierig für den Analytiker diese Forderung sei, eine solche passive Haltung während der gesamten analytischen Sitzungsstunde konsequent durchzuhalten, blieb Balint dabei, denn es sei der einzige Weg, um die sonst unweigerlich drohenden Übertragungs-Gegenübertragungs-Verstrickungen zu vermeiden. Interessant erscheint dabei die Tatsache, wie Balint ähnlich Freud den Vergleich mit der Chirurgie bemühte („Die psychoanalytische Behandlung erfordert so etwas wie die Sterilität des Chirurgen [...])“⁸⁴⁹ um diese Forderungen nach analytischer Passivität zu untermauern. Aber es ging ihm dabei nicht wie diesem um „Entbehrung“ oder Frustration, sondern um Klarheit und Überschaubarkeit.

Im Vergleich zu Balints Ansatz legte von Schlieffen den Schwerpunkt auf die Autonomie-Entwicklung des Patienten. Das Schweigen des Analytikers mache es dem Analysanden erst möglich, assoziierend den analytischen Prozess zu beginnen, das Schweigen zeige dem Analysanden, dass er selber derjenige ist, der Zeitpunkt und Inhalt seiner Assoziationen vorgibt und nicht der Analytiker.⁸⁵⁰ Das Schweigen soll weiterhin die Bevormundung, wie sie dem Patienten früher durch die Eltern widerfuhr, ausschließen.

Eine besondere Situation hingegen stelle, nach Ansicht von Cremerius, die Behandlung von Patienten mit Über-Ich-Störungen dar. Ihnen gegenüber sollte der Analytiker längeres Schweigen vermeiden, weil diese Patienten das Schweigen als Vorwurf oder Abweisung erleben könnten. Für diese Patienten sei ungünstig, wenn der Analytiker eine allzu strenge Über-Ich-Struktur besitze, aus der heraus er eine rigide abstinente Haltung dem Patienten gegenüber einnimmt⁸⁵¹.

Eine spezifische Bedeutung gewinne das Schweigen des Analytikers dann, so die Argumentation von Cremerius, wenn der Analytiker auf einen schweigenden *Patienten* reagieren müsse.⁸⁵² Eine solche Komplikation stelle einen Sonderfall dar, zumal doch schon die ‚Grundregel‘ dem Patienten die Pflicht auferlege, alles mitzuteilen, was ihm in den Sinn komme. Das Schweigen des Patienten wurde als ein die Therapie hemmender

⁸⁴⁸ Ebd. S. 185.

⁸⁴⁹ Ebd. S. 182. Auch andere Autoren benutzten in diesem Zusammenhang Begriffe aus der Chirurgie, zum Beispiel erwähnte Menninger die „chirurgische Asepsis“. Menninger, K. A. & Holzman, P. S. (1977): S. 50.

⁸⁵⁰ Schlieffen, H. Graf von (1982): S. 290.

⁸⁵¹ Cremerius, J. (1977): S. 614.

⁸⁵² Cremerius, J. (1969): S. 70.

Störfaktor angesehen, gegen den man mittels spezieller Techniken vorgehen müsse. Dabei könne es auch einmal notwendig werden, die sonst geltenden Abstinenzprinzipien außer Acht zu lassen. Demgegenüber wollte Cremerius aufzeigen, weshalb eine vom Analytiker angewandte ‚Technik des Schweigens‘ möglicherweise problematisch sein könne. Ausgehend von dem schweigenden Patienten stellte Cremerius zunächst die unterschiedlichen Bedeutungen des Schweigens dar und gab Empfehlungen, auf welche Weise der Analytiker damit umgehen solle, je nachdem ob das Schweigen des Patienten vom trieb-, ich- oder objektpsychologischen Standpunkt aus interpretiert werde:

- Vom *triebpsychologischen* Gesichtspunkt ausgehend könnten sich hinter dem Schweigen des Patienten auch oral-rezeptive Wünsche verbergen: der Patient signalisiere damit, dass er vom Therapeuten mit Worten „gefüttert“⁸⁵³ werden wolle. Entsprechend könne dann das Schweigen als Übertragungs- oder Verdrängungswiderstand angesehen werden und in diesem Fall solle der Analytiker diese unbewussten Übertragungswünsche nicht befriedigen, sondern *aktiv* daran arbeiten, dieses die Therapie störende Hemmnis aufzuheben. Er könne zum Beispiel einfache („Woran denken Sie?“) oder assoziativ-deutende Fragen („Könnte Ihr Schweigen etwas mit mir oder der Behandlung zu tun haben?“⁸⁵⁴) stellen. Ein anderer Ansatz bestünde darin, den Patienten zum Reden aufzufordern, etwa durch Ermahnungen, sich weiterhin an die Grundregel zu halten. Ferenczi gab in diesem Falle die Empfehlung, falls andere Interventionen nicht weiterbringen, das Schweigen des Patienten durch eigenes Schweigen zu beantworten. Durch das Gegenschweigen des Analytikers werde an das Gewissen des Patienten appelliert und dadurch werde er zum Reden gebracht.⁸⁵⁵

- Unter *Ich-psychologischen*⁸⁵⁶ Gesichtspunkten könne das Schweigen des Patienten als Folge einsetzender Abwehrmechanismen wie Affektisolierung, Negation oder Verdrängung verstanden werden. Das Schweigen könne auch als Folge des Versagens bzw. der Schwächung bestimmter Ich-Funktionen des Patienten auftreten, was an sich bereits durch die analytische Behandlung selbst vorübergehend geschehen könne, etwa bedingt

⁸⁵³ Ebd. S. 71.

⁸⁵⁴ Ebd. S. 74.

⁸⁵⁵ Ferenczi, S. (1919 b): S. 274.

⁸⁵⁶ Zu den wichtigen Exponenten der ‚Ich-Psychologie‘ gehören Heinz Hartmann, Ernst Kris und Rudolph M. Loewenstein.

durch die in der analytischen Situation entstehende Angst des Patienten oder auch durch die im analytischen Prozess hervorgerufene Regression. So könne es geschehen, dass der Patient schweigt, weil seine Ich-Funktionen Wahrnehmung von Gefühlen oder Gedanken oder Sprechen versagen.

Ein weiterer Aspekt des Schweigens bestünde in seiner Schutzfunktion: der Patient hülle sich gegenüber aufkommenden unerträglichen Gefühlen in „isolierendes Schweigen“ und vollziehe damit eine Anpassungsleistung. Das Schweigen gewinne dadurch eine andere Bedeutung und entsprechend anders müsse darauf eingegangen werden. In diesem Fall stelle das Schweigen keinen Widerstand dar, den man bekämpfen müsse, sondern es sei „[...] jetzt etwas, dem Raum gegeben wird, das in den Stunden geschehen darf“.⁸⁵⁷ Dieses Erlaubnis, schweigen zu dürfen, beinhaltet auch die Anerkennung, dass der Patient selbst eine Leistung zur Bewältigung einer krisenhaften Situation erbracht habe. Die Aufgabe des Analytikers bestünde nun darin, zunächst diese Ich-Funktionen zu stärken, um den Patienten zur Einsicht zu befähigen und dazu, sich wieder mitteilen zu können, damit er in einem weiteren Schritt die gewonnenen Einsichten integrieren könne. Es ginge keineswegs vorrangig darum, „[...] den schweigenden Patienten zum Sprechen zu bringen, sondern mit ihm die Gründe seines Schweigens zu verstehen“.⁸⁵⁸

- Die *objektpsychologische*⁸⁵⁹ Theorie, als deren frühester Vertreter Ferenczi genannt werden kann, beinhaltet eine andere Auffassung des Schweigens und entsprechend kam eine andere Technik zur Anwendung, in welcher sich Ferenczi dann deutlich von den Abstinenzregeln entfernte und in dieser Phase auch Patientenwünsche befriedigte.⁸⁶⁰ Ferenczi wertete das eingetretene Schweigen des Patienten dann als Ausdruck der Regression und befand, mit einem tief regredierten Patienten müsse man umgehen, wie eine liebevolle Mutter mit ihrem Kind verfährt, nämlich ihm geben was er erwarte.

In ähnlicher Weise argumentierte auch Balint. Auch er interpretierte hartnäckiges, anhaltendes Schweigen des Patienten als Zeichen der Regression und er erkannte daran, dass „[...] der Patient die Ebene der Grundstörung erreicht [...]“⁸⁶¹ habe, in welcher

⁸⁵⁷ Cremerius, J. (1969): S. 78 f.

⁸⁵⁸ Ebd. S. 81.

⁸⁵⁹ Zu den Vertretern der Objektbeziehungstheorie können neben Ferenczi und Balint auch Rado, Alexander und M. Klein genannt werden.

⁸⁶⁰ Vgl. Ferenczi, S. (1931): S. 274-289.

⁸⁶¹ Cremerius, J. (1969): S. 82.

Deutungen sinnlos wären. Denn einerseits sei der regredierte Patient durch Worte nicht zu erreichen und andererseits liege diesem Schweigen kein Konflikt, sondern ein Mangelzustand zugrunde. Balint zog aus dieser Erkenntnis andere Konsequenzen als Ferenczi dies tat: weder plädierte er dafür, wie Ferenczi in seinen sogenannten ‚technischen Experimenten‘, die Patientenwünsche bedingungslos zu erfüllen, noch hielt er für angebracht, den Patienten für die in seiner frühen Kindheit erlittenen Entbehrungen zu entschädigen, noch setzte er sich in einer Weise wie Ferenczi über das Abstinenzprinzip hinweg. Er wertete auch nicht – im Gegensatz zu der damaligen Auffassung vieler seiner Kollegen – das Schweigen des Patienten automatisch als Agieren. Das Schweigen eines Patienten müsse durchaus kein Zeichen von Widerstand sein, ganz im Gegenteil. Anhand eines Fallbeispiels erläuterte Balint, wie entscheidend wichtig es für einen Patienten sein könne, in einer bestimmten Behandlungssituation die Erlaubnis zu erhalten, schweigen zu dürfen und damit „[...] die stillschweigende Erlaubnis, die äußere Welt so benutzen zu dürfen, daß er mit seinen inneren Problemen vorankommen kann [...]“.⁸⁶²

Die Beteiligung des Analytikers sei daran ganz wesentlich und bestünde in der „[...] Enthaltung von jeglicher Einmischung und unnötigen Störung der inneren Vorgänge im Patienten [...]“ sowie in der „[...] Anerkennung der Existenz dieses seinen Innenlebens und seiner unverwechselbaren Individualität“.⁸⁶³

Weiterhin wies Balint auf die unterschiedlichen Bedeutungen hin, die Schweigen für den Patienten haben könne, möglich sei sowohl eine „tostlose, fürchterliche Leere“ als auch eine „freundliche, anregende Weite“ und als dritte Möglichkeit:

„Das Schweigen kann auch ein Versuch sein, die harmonische Verschränkung der primären Liebe wiederherzustellen, die zwischen dem Individuum und seiner Umwelt herrschte, bevor noch Objekte auftauchten, und in diesem Falle ist jegliches Eingreifen, sei es durch Deutung, sei es durch sonstige Maßnahmen, kontraindiziert, da die Harmonie zerstört wäre, sobald Forderungen an den Patienten gestellt würden“.⁸⁶⁴

Ähnlich argumentierte Cremerius, indem er verdeutlichte, wie das Schweigen des Analytikers auch als technisches Werkzeug und unter ganz unterschiedlichen Aspekten eingesetzt werden und entsprechend eine jeweils andere Bedeutung gewinnen könne, wobei sowohl versagende als auch gewährende Aspekte darin zum Ausdruck kommen

⁸⁶² Balint, M. (2002): S. 176.

⁸⁶³ Ebd. S. 176.

⁸⁶⁴ Ebd. S. 213.

können. Während die Sprache als Werkzeug der „Begriffswelt, der Vernunft, des Ordners und Forschens“⁸⁶⁵ angesehen werden könne, lasse sich Schweigen der Sphäre des „Fühlens“ und der „emotionalen Nähe“ zuordnen. Das Schweigen gewinne dadurch – ganz im Gegensatz zu dem Prinzip der Versagung, welche ja ein ‚Nicht-geben‘, also dem Patienten vorenthalten meint, eine entgegengesetzte Richtung, indem es dem Patienten den wohligen Zustand der Mutter-Kind-Symbiose zurückgebe. Das könne sowohl über das „ernährende Schweigen“⁸⁶⁶ als auch „die fütternden Worte des Analytikers“ geschehen. Wenn der Patient über bestimmte Dinge nicht sprechen könne, schweige der Analytiker mit ihm gemeinsam. Wenn die Krise überwunden sei, könne das schweigende Zuhören des Analytikers dem Patienten den Raum geben, den er braucht, um sich auszudrücken.

Das Schweigen sei genauso viel oder wenig passiv, wie das Sprechen aktiv sei. Weder stelle der schweigende Analytiker die ideale weiße Leinwand (oder Spiegel) dar, noch habe das Sprechen automatisch eine erzieherische oder suggestive Wirkung. Das Schweigen besitze nahezu ähnlich vielseitige Ausdrucksformen und biete somit ebenfalls Möglichkeiten, wie das Sprechen als Werkzeug eingesetzt zu werden.

Ausgerechnet Ferenczi, der sich als erster offen über Abstinenzregeln hinwegsetzte und der zu dem Prinzip der ‚Versagung‘ sein Prinzip der ‚Gewährung‘ einführte, befasste sich besonders eingehend mit den Funktionen des Analytiker-Schweigens. Er empfahl auch dort Zurückhaltung, wo das Sprechen als Deuten in Erscheinung tritt:

„Mit Deutungen sparsam zu sein, überhaupt: nichts Überflüssiges zu reden, ist eine der wichtigsten Regeln in der Analyse; der Deutungsfanatismus gehört zu den Kinderkrankheiten der Analytiker“.⁸⁶⁷

Diese Einstellung behielt er praktisch bis zu seinem Tod bei. Im Oktober 1932 wies er noch einmal darauf hin, wie hinderlich es für den Therapieprozess sei, an das unbewusste Material des Patienten zu kommen, wenn der Analytiker zuviel rede, selbst wenn es sich dabei nur um das ‚Hm‘ des Analytikers handele.⁸⁶⁸

⁸⁶⁵ Cremerius, J. (1969): S. 89.

⁸⁶⁶ Ebd. S. 93.

⁸⁶⁷ Ferenczi, S. (1928): S. 245.

⁸⁶⁸ Ferenczi, S. (1932): S. 268-269.

Die unterschiedlichen Funktionen und Hintergründe des Schweigens des Analytikers, griff auch von Schlieffen auf. Er wies zunächst auf die für den *Patienten* wichtigen Funktionen hin, unter anderen die,

„[...] sich assoziierend, reflektierend und sprechend zu entfalten [...]. Das Schweigen des Analytikers zeigt dem Analysanden, daß er alles mitteilen *kann*, was in ihm vorgeht, und daß *er* den Zeitpunkt und den Ablauf seiner Mitteilungen bestimmt, nicht der Analytiker“.⁸⁶⁹

Die Funktionen, die das Schweigen für den *Analytiker* beinhaltet, fasste von Schlieffen mit den folgenden Worten zusammen:

„Für den Analytiker ist das Schweigen die Voraussetzung, um zuhören und verstehen zu können, das Material des Analysanden und seine eigenen Einfälle zu sammeln und zu ordnen, Deutungen vorzubereiten und affektive Störungen in seinen Gegenübertragungsreaktionen zu erkennen und, wenn möglich, aufzulösen“.⁸⁷⁰

Eine ganz andere Bedeutung gewinne das Schweigen allerdings, wenn sich eine generalisierte Haltung des Analytikers dahinter verberge, konkret beschrieb von Schlieffen drei für die psychoanalytische Szene charakteristische Typen: zum einen den Typus ‚stiller Analytiker‘, der über Gesten, Zeichen, Blicke und „Hm’s“ eine warmherzige, verständnisvolle Atmosphäre schaffe. Daneben existiere ein auf ganz andere Art schweigender Psychoanalytiker,

„[...] als Repräsentanten einer vom Über-Ich beherrschten Gruppe, deren einzelne Mitglieder bisweilen durch eine Aura von frostiger Distanziertheit gekennzeichnet sind“.⁸⁷¹

Diesem „distanziert schweigenden“ Analytiker-Typus stellte von Schlieffen den „nichtssagend-sprechenden“ gegenüber, also jenen, der zwar spreche, aber in einer inhaltslosen Weise dem Patienten gegenüber das Gespräch eigentlich verweigere. Anhand eines wörtlich wiedergegebenen Ausschnitts aus dem Dialog einer analytischen Sitzung⁸⁷² stellte von Schlieffen ein Beispiel dar, wie der Analytiker sich dem Gespräch entzieht, obwohl er spricht:

⁸⁶⁹ Schlieffen, H. Graf v. (1982): S. 290.

⁸⁷⁰ Ebd. S. 290 f.

⁸⁷¹ Ebd. S. 291.

⁸⁷² Ebd. S. 301-303.

„Patientin: Ich habe zum ersten Mal wieder geträumt, und zwar, daß meine Mutter mich töten wollte. Ich habe seit zwei Wochen nicht zurückgeschrieben. Ich habe geträumt, daß ich mich entschuldigen wollte. Meine Mutter war furchtbar wütend und hatte Lisa, das ist ihre Schwester, ein Paar Schuhe geschenkt, und mich wollte sie töten. Ich glaube irgendwie ..., ich denke daran, daß ich schreiben müßte, und ich finde immer Gründe, daß ich nicht schreibe, als ob es mich nicht interessieren würde. Ich weiß es nicht.

Schweigen.

Analytiker: Ob Sie sich so böse fühlen, daß Sie meinen, die Mutter sollte Sie töten?

P: Ich habe das Gefühl, ich fühle gar nichts.

A: Naja, was Sie fühlen, ist, daß Sie meinen, Sie müssen sich entschuldigen.

P: Irgendwie ärgert es mich zu liegen.

A: Ja, was fällt Ihnen dazu ein?

P: Meine Nerven sind ganz spitz. Die Vögel draußen ärgern mich.

A: Sie sagen, Ihre Nerven sind ganz spitz.

P: Während ich vorher ganz ruhig war..., jetzt fühle ich mich ärgerlich.

A: Ja.

P: Mir fällt gar nichts ein. Sie sagen mir nichts. (!)

A: Sie beklagen sich.

P: Ja, mich macht der Vogellärm wahnsinnig.

A: Ich könnte mir denken, daß das Ihre Erinnerung und Ihre Phantasie anregt.

P: Das geht mir richtig auf die Nerven. Das gibt's ja nicht, daß ich nur Ärger spüre und sonst mir nichts anderes kommt.

A: Darf es das nicht geben?

P: Ich weiß es aber nicht, warum. Und das ist langweilig. Das kann ja nicht die ganze Zeit so bleiben.

A: Ich könnte mir denken, Sie beschäftigen sich auch damit, welche Rolle ich dabei übernehmen soll.

P: Ich erwarte die ganze Zeit, daß Sie irgend etwas sagen. (!) Ich weiß nicht, was. Ist doch sinnlos.

A: Wieso?

P: Daß ich da liege und nur ärgerlich bin und sonst nichts. Ich habe fast Kopfschmerzen. Ich glaube, ich möchte einen Dialog haben. (!)

A: Hm.

P: Auf diese Weise komme ich da nicht weiter. Ich zweifle, ob es einen Sinn hat, wenn wir weitermachen.

A: Die Stelle, wo es offenbar schwierig ist, ist, wenn Sie sich ärgern. Vielleicht erwarten Sie, daß ich diesen Ärger einfach zum Verschwinden bringe, ohne daß wir uns eingehend damit beschäftigen.

P: Da kommt ja nichts anderes.

A: Sie nannten zum Beispiel die Vögel.

P: Das ist jetzt weg. Da war einer, der so laut geschrien hat. Ich weiß nicht, mir ist das ungewohnt, wenn das immer so abstrakt wird, da wehre ich mich, etwas zu sagen. Das ist dann pure Erfindung.

A: Verstehe ich Sie recht, wenn Sie meinen, Ärger ist etwas Abstraktes?

P: So ein Ärger ja. Zum Beispiel, wenn ich den schreien hörte, dachte ich, ob ich so ärgerlich war, wenn meine Mutter schrie. Ich denke, ich hätte genauso etwas anderes sagen können, und das finde ich abstrakt.

A: Wieso meinen Sie, Sie hätten genauso etwas anderes sagen können?

P: Weil ich das nicht so spontan finde, sondern erst mal überlege.

A: Meinen Sie, das hätte nichts miteinander zu tun?

P: Zum Beispiel, weil der Ärger schon da war.

A: Hm.

P: Ich war ärgerlich, und dann werde ich noch ärgerlicher, wenn das Ding da so schreit. Unter anderen Umständen hätte ich nicht so darauf reagiert. Ich komme mir kindisch vor.

A: Sie sind also noch nicht dazu gekommen, Ihren eigentlichen Ärger mitzuteilen.

P: Nein. Ich habe meinen Traum erzählt und dann kam nichts mehr (!), und dann war ich ärgerlich.

A: Wie meinen Sie das: dann kam nichts mehr?

P: Ich habe das Gefühl, Sie haben mich allein gelassen damit. (!)

A: Hm.

- P:** Ihnen ist es ja egal, weil Sie nicht ärgerlich sind.
A: Dann meinen Sie, ich hätte kein Verständnis für Ihren Ärger.
P: Das geht mir alles über den Sinn. Deshalb habe ich Kopfschmerzen. Aber das hilft mir nichts, wenn Sie dafür Verständnis haben.
A: Sie klagen darüber, daß Sie sich allein gelassen fühlten.
P: Das war ja auch wahr. Wenn ich gehe, bin ich allein mit meinem Ärger.
A: Mir scheint, Sie haben über den Ärger, wie Sie mich dabei haben wollten, nicht erzählt.
P: Ich glaube, ich habe gesagt, daß ich gern gehabt hätte, *wenn Sie ganz normal mit mir geredet hätten.* (!)
A: Ich glaube, das müssen wir noch klären, was Sie damit meinen.“

Dieser Sitzungsausschnitt dokumentiere laut von Schlieffen, wie sehr diese Patientin sich nach einem echten Dialog sehnt und wie sie diesen Wunsch mehrmals versucht, deutlich zu machen (im Protokoll durch Ausrufezeichen gekennzeichnet), ohne dass dieses Bedürfnis vom Analytiker aufgenommen wird. Im Gegenteil: „[...] der sich auf Deuten, Klären und Spiegeln beschränkende Analytiker läßt das Gespräch nicht zu [...]“.⁸⁷³

Dieser Typus Analytiker sei, „[...] gegen den berechtigten Vorwurf der Patientin durch seine Ideologie vom zurückhaltenden, nur deutenden Analytiker geschützt“.⁸⁷⁴

Die Art und Weise, wie der zitierte Analytiker mit seiner Patientin spricht, lasse den Dialog künstlich wirken und lasse beim Analytiker eine „Befangenheit“⁸⁷⁵ erkennen, die kaum durch seine „Gegenübertragung“ oder seine „Restneurose“ hinreichend erklärt werden, sondern es sei hier zusätzlich eine berufsbezogene Ideologie mit im Spiel. Denn außer durch seine individuellen Konflikte und durch sein *individuelles* Über-Ich werde der Analytiker auch durch ein *kollektives* Über-Ich beeinflusst. Insofern könne sein Schweigen auch als Resultat unbewusst übernommener und daher nicht reflektierter Gruppen-Über-Ich-Normen angesehen werden, zum Beispiel aufgrund des Gruppendrucks in den Ausbildungsinstituten.⁸⁷⁶ Das würde bedeuten, er interveniere dann unbeabsichtigt in einer Weise, die eigentlich als Kunstfehler gelte: er „agiere“.

„Das Über-Ich unserer psychoanalytischen Gesellschaft mit seinen enormen Ich-Ideal-Anforderungen kann so zum Nährboden und auch zur Legitimationsgrundlage für individuelles Agieren des Analytikers werden. Der schweigende Psychoanalytiker kann also in der gleichen Weise agieren wie der, der Triebwünsche befriedigt – er tut es nur in sanktionierter Form“.⁸⁷⁷

⁸⁷³ Ebd. S. 303.

⁸⁷⁴ Ebd. S. 303-304.

⁸⁷⁵ Ebd. S. 303.

⁸⁷⁶ Vgl. ebd. S. 301.

⁸⁷⁷ Ebd. S. 292.

Durch die Anpassung an die Gruppennormen und indem er deren Rollenerwartungen entspreche, beziehe der Analytiker narzisstischen Gewinn und entlaste sich gleichzeitig von den, sich aus den Übertragungs-Gegenübertragungskonstellationen der analytischen Situation ergebenden „Konfliktspannungen“.⁸⁷⁸ Vorstellbar sei nach Ansicht von v. Schlieffen,

„[...] daß die Rolle des schweigsamen, alles ertragenden, geduldigen Analytikers entsprechend der größeren Befriedigung des Ideal-Ichs sehr viel mehr narzißtischen Gewinn bringt als eine im täglichen, außeranalytischen Leben z. B. nur schwer kontrollierbare Ungeduld“.⁸⁷⁹

Anhand eines Beispiels verdeutlichte von Schlieffen, wie ein übernommenes Gruppen-Über-Ich mit einer individuellen Konzeption verschmelzen und als Wortkargheit in Erscheinung treten könne:

„Ein Spezialfall der nur unzulänglich transparent gewordenen Anpassungstechniken an kollektive Normen scheint mir der schweigende Psychoanalytiker [...] zu sein: auf der Ebene der Gruppenidentifikation wäre das ein Analytiker, der das generalisierte Schweigen in scheinbarer Übereinstimmung mit der Gruppenerwartung – technisch unreflektiert – praktiziert. Auf der Ebene einer individuellen Konzeption glaubt dieser Analytiker möglicherweise, daß er seine Einsichten für sich behalten sollte, weil der Patient alles selbst herausfinden und lösen muß. Welche Verwirrung muß eine solche Situation bei diesem Analytiker auslösen, wenn er von einem Patienten angeklagt wird, daß er sich von ihm im Stich gelassen fühle und den Eindruck habe, daß er alles allein machen müsse? Gemäß seiner Ideologie wird er dem Patienten diese Anklage als Ausdruck passiver Wünsche bzw. als Widerstand gegen seine Bedürfnisse nach phallischer Autonomie deuten. Damit ist natürlich nicht in Abrede gestellt, daß eine besondere Befriedigung für den Patienten darin liegt, wenn er eigene Erkenntnisschritte leistet [...]. Es geht mir um die Diskussion einer Art Privatideologie in Verschmelzung mit spezifischen Gruppenerwartungen [...]. Daß der Analytiker als Teil seiner Technik sogar schweigen können muß, ist selbstverständlich [...]“.⁸⁸⁰

Technische Konzepte, so die Hypothese von v. Schlieffen, wie in diesem Fall das Schweigen des Analytikers, würden manchmal erst nachträglich als Begründung eingesetzt werden, während sie in Wirklichkeit aber unbewusste Haltungen des Analytikers, die auch aufgrund der unbewussten Übernahme von Gruppennormen entstanden sein können, widerspiegeln. In diesem Sinne könne auch die Abstinenzregel als Legitimation dienen:

⁸⁷⁸ Ebd. S. 294.

⁸⁷⁹ Ebd. S. 294.

⁸⁸⁰ Ebd. S. 297 f.

„Das Schweigen oder Möglichst-wenig-Reden wird häufig mit den übergeordneten Parametern der Abstinenz oder der Notwendigkeit zum passiv-abwartenden Verhalten des Analytikers begründet. [...] Während für die Theorie der Technik festzustehen scheint, daß Aktivität und Passivität, Sprechen und Schweigen des Analytikers nur die Pole seines Verhaltensrepertoires, nicht aber sich ausschließender Gegensätze sind [...], habe ich aus Fallseminaren und Kontrollen vielmehr den Eindruck gewonnen, dass die Begriffe ‚Passivität‘, ‚Abstinenz‘ und ‚Schweigen‘ oft synonym verwandt werden [...]“.⁸⁸¹

Von Schlieffen wollte das Schweigen des Analytikers nicht als Ausdruck seiner abstinenter Haltung verstanden wissen, wie das von vielen anderen Autoren gehandhabt werde und er schlug vor, den Begriff ‚Abstinenz‘ durch ‚Zurückhaltung‘ zu ersetzen:

„Wenn aber Abstinenz als theoretisch begründbare, technische Grundregel mit den Verhaltensaspekten Passivität und Schweigen verwechselt oder gleichgesetzt wird [...], dann könnte leicht eine im Einzelfall notwendige technische Maßnahme wie die des Schweigens oder passiven Abwartens in vermeintlicher Analogie zum Abstinenzprinzip als generalisierte Gegenübertragungshaltung mißbraucht werden“.⁸⁸²

Dem Begriff ‚Abstinenz‘ haften im Übrigen zuviel Strenge an, befand von Schlieffen, wobei er sich unter anderen auf Balint berief, der darin eine der Gründe gesehen hatte, weswegen in so manchen Analysen eine eisige Behandlungsatmosphäre herrsche.

Von Schlieffen führte dieses Phänomen wiederum darauf zurück, dass die angehenden Analytiker während ihrer Ausbildung sich zwangsläufig an das „Gruppen-Über-Ich“⁸⁸³ der psychoanalytischen Institute anpassen und sich mit den dort herrschenden Gruppennormen allzu unreflektiert identifizieren würden. Infolgedessen könne man beobachten, „[...] daß sich aus zu Beginn der Ausbildung *sprachfreudigen* Psychotherapeuten überwiegend *schweigende* Psychoanalytiker entwickeln“.⁸⁸⁴

Einige Ausbildungskandidaten scheuten geradezu den natürlichen, freundlichen Umgang, der sonst zwischen Arzt und Patient herrschen könne:

„Passivität und Schweigen treten dann, vordergründig aus Angst vor ‚Kunstfehlern‘, an die Stelle eines direkten, freundlichen und offenen Kontakts zwischen dem Analytiker und seinen Analysanden“.⁸⁸⁵

⁸⁸¹ Ebd. S. 298.

⁸⁸² Ebd. S. 299.

⁸⁸³ Ebd. S. 300-301.

⁸⁸⁴ Ebd. S. 301.

⁸⁸⁵ Ebd. S. 299-300.

Wie sehr die Strenge des Gruppen-Über-Ichs und die daraus hervorgehenden gruppeninternen Rollenerwartungen den Analytiker prägen können, ginge auch daraus hervor, dass mancher Analytiker auch in seinem Privatleben eine abstinente Haltung einnehme, stellte Cremerius fest:

„Tag für Tag vertritt er die Ansprüche der Liebe und der Aggression seiner Patienten – verpflichtet sich aber selbst zu einer totalen Abstinenz. Wenn das bewußt geschieht, wenn es eine Funktion in seiner Arbeitswelt ist, die er distanziert ausübt, ist es nichts als eine spezielle Berufsschwierigkeit. Aber dahinter steht eine Ideologie, die geneigt ist, diesen Lebensstil zu verherrlichen. Das erkennt man einmal daran, daß viele auch in ihrem Privatleben diese Haltung fortsetzen und zum anderen wenig Toleranz gegenüber Kollegen besteht, die neben ihrem Beruf ganz andere, z. B. triebfreundliche Dinge tun. [...] Aus diesem Geist der strengen Disziplin entstand die Verurteilung aller Reaktionen des Analytikers auf seinen Patienten als Agieren. So konnte das Ideal des schweigenden Analytikers entstehen, der seinen Patienten nur als Spiegel dienen [...] und ausschließlich klären und deuten will“.⁸⁸⁶

Das Schweigen des Analytikers kam unter anderem auch in einer Technik zum Ausdruck, die ursprünglich von Ferenczi 1919 formuliert wurde⁸⁸⁷ und als die sogenannte „Gegenfrage-Regel“⁸⁸⁸ in die psychoanalytische Literatur eingegangen ist. Es handelt sich um die Regel, dass die Frage des Patienten nicht beantwortet werden, sondern ihm stattdessen die Gegenfrage: „Was fällt Ihnen zu Ihrer Frage ein?“⁸⁸⁹ gestellt werden solle. Durch diese Zurückspiegelung der Frage, so die Hypothese, würde der Patient zu besonders tiefgründigen Einfällen und damit der unbewussten Bedeutung seiner Frage näher kommen. Diese behandlungstechnische Regel, die nach Ansicht von Thomä, Schrenk und Kächele zu einem „Stereotyp erstarrt“⁸⁹⁰ sei, konnte sich über Jahrzehnte hinweg „[...] offenbar durch Lehr- und Kontrollanalyse von einer Generation zur anderen [...] weitervermittelt [...]“⁸⁹¹ erhalten.

Auch Greenson, dessen Lehrbuch 1973 im deutschsprachigen Raum erschien, vertrat diese Regel noch, er empfahl allerdings, dem Patienten eine Begründung für die

⁸⁸⁶ Cremerius, J. (1977): S. 633.

⁸⁸⁷ Vgl. Ferenczi, S. (1919 b): S. 277.

⁸⁸⁸ Thomä, H., Schrenk, H. u. Kächele, H. (1985): S. 7.

⁸⁸⁹ Vgl. ebd. S. 6.

⁸⁹⁰ Ebd. S. 6.

⁸⁹¹ Ebd. S. 6.

Nichtbeantwortung seiner Fragen zu geben: „Wenn er zum erstenmal eine Frage stellt, erkläre ich, warum ich sie nicht beantworte; beim nächsten Mal schweige ich“.⁸⁹²

Von Freud existieren keine konkreten Ratschläge, wie man mit Fragen des Patienten umgehen sollte. Zwar warnte er 1912 davor, als Arzt dem Patienten Einblick in seine eigene Psyche zu geben mit dem Hinweis auf die „[...] Unersättlichkeit des Kranken, der dann gerne das Verhältnis umkehren möchte und die Analyse des Arztes interessanter findet als die eigene“.⁸⁹³ Bei Fragen hingegen, die sich nicht auf ihn als Person bezogen, gab er bereitwillig Antworten, wie aus Beschreibungen früherer Analysanden über ihre Analyse bei Freud hervorgeht.⁸⁹⁴

Die Autoren Thomä, Schrenk und Kächele beschäftigten sich 1985 mit dieser Gegenfrage-Regel, auch im Hinblick auf deren allzu rigide Anwendung, wie dies von Generationen von Psychoanalytikern befolgt worden sei:

„Auch wir verhielten uns jahrelang nach diesem Stereotyp, bis wir durch die ungünstigen Auswirkungen eines Besseren belehrt wurden“.⁸⁹⁵

Die Autoren kamen schließlich zu der Erkenntnis, dass die ursprünglich beabsichtigte Wirkung – wie von Ferenczi beschrieben – oft nicht erreicht werde, im Gegenteil könne sich der Patient durch die Nichtbeantwortung seiner Frage abgewiesen fühlen, wodurch seine Einfälle eher gehemmt statt gefördert werden würden. Ausführlich hinterfragten die Autoren die theoretische Begründung für diese Regel:

„Eine Begründung für das Stereotyp, Patientenfragen nicht zu beantworten, scheint sich aus dem Abstinenzprinzip abzuleiten. Danach soll die Beantwortung einer Frage für den Patienten eine ihm vom Therapeuten gewährte unzulässige Triebbefriedigung darstellen, die den Fortgang der analytischen Arbeit behindert“.⁸⁹⁶

Im Falle dass der Analytiker sich entschieße, eine Frage seines Patienten zu beantworten, ermuntere er diesen geradezu, immer weiter zu fragen. Die Fragen werden sich dann auch auf die Person und die persönlichen Lebensumstände des Analytikers ausdehnen, wodurch das „therapeutische Incognito“⁸⁹⁷ und die Gegenübertragung des Analytikers aufgedeckt

⁸⁹² Greenson, R. R. (1973): S. 226.

⁸⁹³ Freud, S. (1912 b): S. 384.

⁸⁹⁴ Thomä, H., Schrenk, H. u. Kächele, H. (1985): S. 8.

⁸⁹⁵ Ebd. S. 6.

⁸⁹⁶ Ebd. S. 7.

⁸⁹⁷ Ebd. S. 7.

werden könnten. Auf diese Weise könnte wiederum die Übertragung des Patienten gestört werden. In jedem Falle gerate der Analytiker durch die an ihn gerichteten Fragen unter „Zugzwang“:

„Durch die Fragehandlung des Patienten geht die Initiative an den Analytiker über, ob er will oder nicht“.⁸⁹⁸

Der Patient ginge, zumindest im Anfangsstadium der Behandlung, davon aus, er werde mit seinem Analytiker ähnliche Gespräche führen wie er sie aus Alltagssituationen kenne und werde daher versuchen, ihn zu einem Austausch zu bewegen. Die Fragen des Patienten enthielten teilweise auch mehr oder weniger versteckte Bitten oder Vorwürfe und seien geeignet, einen gewissen Erwartungsdruck aufzubauen:

„Es ist dieser auf vielfältige Weise zur Interaktion auffordernde Charakter von Fragen, der den Umgang mit ihnen schwierig macht. Welcher Mutter gingen die bohrenden, neugierigen Fragen ihres Kindes nicht gelegentlich auf die Nerven! Nicht anders ergeht es auch dem Analytiker, wenn er durch Fragen unter Druck gesetzt wird“.⁸⁹⁹

Die „Gegenfrageregeln“ habe sich auch deshalb so hartnäckig halten können, weil sie dem Analytiker eine bequeme Lösung biete, sich diesem Druck zu entziehen.

Gleichzeitig sei man davon ausgegangen, das Nichtbeantworten der Frage unter Zurückspiegelung in Form einer Gegenfrage werde den Einfallsreichtum des Patienten fördern und ihn damit schneller zu Erkenntnissen führen. Diese Vermutung sei durch die praktische Erfahrung aber nicht bestätigt worden, so die Autoren. Viel naheliegender sei, dass der Patient diese Vorgehensweise als „Zurückweisung und Kränkung“⁹⁰⁰ erlebe, wodurch sich für die Therapie ungünstige Abwehrprozesse entwickeln könnten. Die Wahrscheinlichkeit sei groß, „[...] daß der Patient durch eine rigide Anwendung dieser Technik entmutigt wird, überhaupt noch Fragen zu stellen und diese sowie damit zusammenhängende Gedanken der Analyse entzieht [...]“.⁹⁰¹

⁸⁹⁸ Ebd. S. 5.

⁸⁹⁹ Ebd. S. 5.

⁹⁰⁰ Ebd. S. 6.

⁹⁰¹ Ebd. S. 8.

Zu ähnlichen Erkenntnissen waren offenbar bereits Jahrzehnte zuvor einige andere Analytiker gekommen, wie aus einer im Jahr 1938 durchgeführten Umfrage⁹⁰² hervorginge. Sie hätte gezeigt, dass die Gegenfrageregel nicht kritiklos von allen angewandt werde: „Unter anderem fragte Glover seine Kollegen, ob sie ihren Patienten gegenüber Stimmungen, Angst oder Krankheit zugeben würden. Die Mehrheit war bereit, entsprechende Beobachtungen des Patienten zu bestätigen, wenn dafür eine Notwendigkeit bestand“.⁹⁰³

Leo Stone vertrat die Ansicht, wenn ein Analytiker aus persönlichen Gründen bestimmte Fragen nicht beantworten möchte, sollte er dies auch damit begründen und sich nicht auf eine Regel berufen.⁹⁰⁴

Eine besonders eindeutige Stellungnahme gegen das Nichtbeantworten von Patientenfragen sei von Kohut bezogen worden:

„Zu schweigen, wenn eine Frage gestellt wird, ist z. B. nicht neutral, sondern ungezogen“.⁹⁰⁵

An anderer Stelle gab Kohut eine differenzierte Begründung dafür ab, weshalb es sinnvoll sein könne, die Fragen des Patienten zu beantworten:

„Wenn beispielsweise die hartnäckigen Fragen eines Patienten die Übertragungsmanifestationen infantiler sexueller Neugierde sind, dann wird diese mobilisierte Kindheitsreaktion nicht kurzgeschlossen, sondern im Gegenteil sich klarer abzeichnen, wenn der Analytiker, indem er die Fragen zunächst beantwortet und erst später darauf hinweist, daß diese Antworten den Patienten nicht zufrieden stellten, keine künstliche Zurückweisung des Bedürfnisses des Analysanden nach empathischem Widerhall schafft“.⁹⁰⁶

Die Autoren Thomä, Schrenk und Kächele kamen zu der Erkenntnis, dass die „Gegenfrageregel“ aus verschiedenen Gründen eher ein Hemmnis als ein die Behandlung förderndes Element darstelle. Vor allem sei schwierig, zu entscheiden, welchen Patienten man – je nach individueller Ich-Stärke – diese Regel auferlegen könne und welchen nicht.

⁹⁰² Diese wurde von Edward Glover durchgeführt und erschien 1955 in seinem Lehrbuch: *The Technique of Psycho-Analysis*. Baillière, Tindall & Co, London.

⁹⁰³ Thomä, H., Schrenk, H. u. Kächele, H. (1985): S. 8.

⁹⁰⁴ Vgl. Stone, L. (1973): S. 46.

⁹⁰⁵ Thomä, H., Schrenk, H. u. Kächele, H. (1985): S. 9.

⁹⁰⁶ Kohut, H. (1981): S. 254.

Ein allzu starres Festhalten an dieser Regel beinhaltet unter anderem die Gefahr der Auslösung einer schweren Regression.⁹⁰⁷

Ein weiterer Hintergrund für die Aufrechterhaltung der Gegenfrageregel liege in der Besonderheit des psychoanalytischen Sprachmusters begründet: durch das freie Assoziieren des Patienten entstünde ein vorwiegend auf Monologen aufgebautes Muster:

„Fragen und Antworten sind sprachliche Handlungen, die auf eine dialogische Struktur abzielen, im Gegensatz zu eher monologischen Sprechhandlungsmustern, wenn der Patient frei assoziiert. Die Gegenfrageregel hat den Sinn, ein vom Patienten initiiertes interaktives Sprechhandlungsmuster wieder ins Selbstgespräch überzuführen.“⁹⁰⁸

Voraussetzung dafür, dass überhaupt ein sinnvoller psychoanalytischer Diskurs stattfinden könne, sei in jedem Fall, dass dem Patienten, dem die Antwort auf seine Frage verweigert wird, eine Begründung für diese Verweigerung gegeben werde. Konkret bedeute dies, es müsse ihm erklärt werden, dass innerhalb der analytischen Sitzungen nicht die Regeln des Alltagsdiskurses, sondern spezielle auf die Besonderheiten der psychoanalytischen Behandlung zugeschnittene Diskursregeln gelten werden und der Patient müsse damit einverstanden sein. Wenn ihm ausdrücklich die „Gegenfrageregel“ erklärt werde, „[...] entlastet der Analytiker den Patienten von der Befürchtung, der Analytiker verfare mit ihm willkürlich [...]“.⁹⁰⁹

Würde der Analytiker als Reaktion auf eine Frage des Patienten schweigen ohne eine Erklärung dafür abzugeben, würde dieses Schweigen eine besondere Bedeutung gewinnen, wodurch die Übertragung des Patienten beeinflusst werden würde:

„Da sich in Schweigen alles hineininterpretieren läßt, hat der Patient eine Vielzahl von Möglichkeiten, die er je nach situativem Kontext und nach der Form der bestehenden Übertragungsbeziehung ausgestalten wird.“⁹¹⁰

Es seien unterschiedliche Verläufe denkbar: der Patient könnte zum Beispiel das Nichtantworten des Analytikers als fehlende Bereitschaft zur Kooperation empfinden und die Behandlung abbrechen. Eine andere Möglichkeit bestünde darin, dass das Schweigen des Analytikers bei dem Patienten ein „Übertragungsmuster der Unterwerfung unter ein

⁹⁰⁷ Thomä, H., Schrenk, H. u. Kächele, H. (1985): S. 10.

⁹⁰⁸ Ebd. S. 11.

⁹⁰⁹ Ebd. S. 12.

⁹¹⁰ Ebd. S. 14.

willkürliches Regime“⁹¹¹ auslösen oder verstärken könne. Denkbar sei weiterhin, dass der Patient die Beziehung zu seinem – die Antwort verweigernden – Analytiker als asymmetrisch erlebe oder sie sogar als Gerichtsszene fantasiere, in welcher der Angeklagte zwar sprechen, aber keine Fragen stellen dürfe.

Im Einzelfall könne es notwendig werden, so die Autoren Thomä, Schrenk und Kächele, einen Teil der Fragen des Patienten zu beantworten, was aber nicht gleichbedeutend mit der Empfehlung sei, den psychoanalytischen Dialog nach den Regeln eines alltäglichen Diskurses zu gestalten. „Aber wir wollen hervorheben, daß die vom Analytiker durch seine Technik eingeführten [...] Diskursregeln wesentliche Determinanten für die Ausgestaltung der Übertragung sind“.⁹¹² So müsse ganz individuell für jeden Patienten eingeschätzt werden, welche Diskursregeln man ihm zumuten könne. Das rigide Befolgen der Gegenfragerregel allerdings „[...] schafft keine fruchtbaren Voraussetzungen, die es dem Patienten ermöglichen, heute bessere Antworten zu finden als früher“.⁹¹³

Wesentlich sei nicht, dass der Analytiker die Fragen des Patienten beantworte, sondern er müsse die unbewusste Bedeutung seiner Fragen verstehen.

Exkurs: Die Bedeutung der Sprache im psychoanalytischen Dialog

Formal lässt sich der psychoanalytische Dialog als ein „Gespräch“, welches spezifischen Regeln unterworfen war (und ist), definieren. Daher erscheint es angemessen, im Rahmen einer Untersuchung zum Thema ‚Abstinenz in der psychoanalytischen Behandlung‘ zumindest ansatzweise auch die Bedeutung der Sprache im psychoanalytischen Dialog zu berücksichtigen, auch unter dem Aspekt, in welcher Weise das Abstinenzprinzip in der Sprache des Analytikers zum Ausdruck kam. Allerdings kann im Rahmen dieser Arbeit nur exemplarisch auf einige der wesentlichen Besonderheiten des psychoanalytischen „Dialogs“ und der „Gesprächs-Technik“⁹¹⁴ des Analytikers eingegangen werden.

⁹¹¹ Ebd. S. 14.

⁹¹² Ebd. S. 16.

⁹¹³ Ebd. S. 16 f.

⁹¹⁴ Beide Begriffe, „Dialog“ und „Gesprächstechnik“ erscheinen eigentlich wenig geeignet zur Beschreibung der Sprechhandlungen von Analytiker und Patient in einer „klassischen“ analytischen Sitzung, denn die ‚Grundregel‘ der freien Assoziation des Patienten einerseits und die abstinente analytische Haltung des Therapeuten andererseits implizieren eine vorwiegend monologische Struktur und weniger einen Dialog. Vgl. Thomä, H., Schrenk, H. u. Kächele, H. (1985): S. 11. Vgl. auch Flader, D. u. Schröter, K. (1982), S. 7: „Wir müssen einräumen, daß [...] eine Psychoanalyse kein Gespräch vom Typ der Unterhaltung, Unterredung oder

Etwa ab den 1970er Jahren entwickelten sich überhaupt erst Ansätze, den ‚Austausch von Worten‘ im Behandlungsprozeß⁹¹⁵ unter sprachwissenschaftlichen Aspekten differenzierter zu untersuchen. Dieter Flader kam 1982 zu der Feststellung,

„[...] daß der Charakter der psychoanalytischen Behandlung als eine besondere Art von Gespräch (im Sinne einer geregelten Ausführung diskursiver Aktivitäten) innerhalb der psychoanalytischen Literatur als ein besonderer Untersuchungsgegenstand noch kaum ‚entdeckt‘, geschweige denn detailliert erforscht worden ist“.⁹¹⁶

Diese Tatsache erstaunt auch deshalb, weil sich die zwischen Patient und Analytiker stattfindende Kommunikation wesentlich von alltäglichen Formen sozialer Kommunikation unterschied (und unterscheidet). Nach Ansicht von Flader erscheine es unter sprachwissenschaftlichem Gesichtspunkt „[...] bemerkenswert, daß die Psychoanalyse zur Durchführung ihrer Therapie den Prozeß der verbalen Interaktion so organisiert, daß er der alltäglichen Denk- und Kommunikationspraxis z. T. strikt zuwiderläuft [...]“.⁹¹⁷ Die Erforschung der sich daraus ergebenden sprachlichen und interaktiven Phänomene erscheine von Bedeutung, weil sie für die Psychoanalyse die Möglichkeit biete, besser zu verstehen, „wie ihre Therapie ‚funktioniert‘“.⁹¹⁸

In den ab den 1970er Jahren durchgeführten systematischen Untersuchungen zur Rolle der Sprache in der Beziehung zwischen Analytiker und Patient werde laut Flader allerdings der tatsächlich stattgefundene Gesprächsverlauf „[...] bemerkenswert selten dokumentiert“.⁹¹⁹

Tonbandaufnahmen von Behandlungen wurden von den meisten psychoanalytischen Therapeuten u. a. aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes der Patienten abgelehnt. Entsprechend existieren nur wenige detaillierte sprachwissenschaftliche Untersuchungen anhand von Transkriptionen aus Tonbandaufzeichnungen psychoanalytischer Sitzungen.

Diskussion darstellt. Gleichwohl ist sie eine Form von Psychotherapie, die beansprucht, sich allein oder mindestens wesentlich auf sprachlich vermittelte Prozesse zu stützen [...]“.

⁹¹⁵ Flader, D., u. Schröter, K. (1982): S. 7.

Dieter Flader, 1944 in Danzig geboren; Studium Germanistik, Linguistik und Psychoanalyse; 1978 Habilitationsschrift: Sprache, soziale Interaktion und Unbewußtes. Zu seinen Forschungsgebieten gehört die psychoanalytisch orientierte Kommunikationswissenschaft.

Klaus Schröter, 1937 in Bublitz (Pommern) geboren, Studium Soziologie, Philosophie und Psychologie; Forschungsgebiete: Interaktionsforschung und Therapieforschung.

⁹¹⁶ Flader, D. (1982): S. 19. In: Thomä H. und Kächele, H. (1997): S. 350.

⁹¹⁷ Flader, D. (1982): S. 16 f.

⁹¹⁸ Ebd. S. 17.

⁹¹⁹ Ebd. S. 19.

Zu den wenigen Ausnahmen gehören diejenigen der Autoren Flader, Grodzicki und Schröter⁹²⁰ sowie von Thomä und Kächele⁹²¹.

Nicht zuletzt aufgrund der wenigen wörtlich wiedergegebenen Ausschnitte aus psychoanalytischen Sitzungen lassen sich entsprechend nur bedingt Aussagen treffen.

Die Kommunikation im analytischen Behandlungsgespräch wurde (wird) aufseiten des Analytikers vor allem dadurch geprägt, dass er einerseits nur bestimmte Mitteilungen und diese in eine spezielle sprachliche Form gekleidet, an den Patienten geben sollte, wobei das Prinzip der Abstinenz die wichtigste Determinante (gewesen) zu sein scheint.

Nach Ansicht von Flader und Grodzicki werde

„[...] die besondere Kommunikationsweise des Analytikers gewöhnlich im Zusammenhang mit der von ihm geforderten Neutralität charakterisiert: Er habe seine verbale Beteiligung am psychoanalytischen Dialog auf bestimmte Klassen von Kommentaren zu beschränken (‚Klarifikationen‘, ‚Konfrontationen‘, ‚Deutungen‘ etc.); Mitteilungen des Patienten, die auf eine bestimmte, nicht-neutrale Reaktion [...] abzielen, sollen möglichst nicht in der vom Patienten gewünschten Weise beantwortet werden (ihm auf seine Bitten hin einen bestimmten Rat zu erteilen; sich einem Vorwurf zu stellen, den der Patient macht, sich eventuell verteidigen; sich für eine Anerkennung zu bedanken, die der Patient ausspricht; usw.)“.⁹²²

Diese Aspekte lassen sich anhand wörtlich wiedergegebener Ausschnitte aus analytischen Behandlungsstunden ableiten. Das beschriebene betonte Bemühen der Analytiker um einen von „Neutralität“ geprägten Sprachstil verlieh den „Dialogen“ zwischen Analytiker und Patient mitunter eine künstliche Note. Ein charakteristisches Beispiel eines in solcher Weise kommunizierenden Analytikers wurde in diesem Kapitel anhand eines wörtlich wiedergegebenen Ausschnittes einer Behandlungssitzung angeführt, entsprechend kommentierte der Autor v. Schlieffen diese Art von Gespräch als „analytisches Kunstprodukt“ und „Pseudo-Dialog“.⁹²³ In noch stärker despektierlicher Weise bezeichnete

⁹²⁰ Vgl. ebd. S. 150-159.

Wolf-Dietrich Grodzicki, 1920 in Berlin geboren, Studium der Humanmedizin, Facharztausbildung für Neurologie und Psychiatrie; Habilitation für Anthropologie; langjährige Tätigkeit als Psychoanalytiker in eigener Praxis sowie als Lehranalytiker. Forschung im Bereich Theorie der psychoanalytischen Technik.

⁹²¹ Vgl. Thomä, H. u. Kächele, H. (1996 b): S. 384-395.

⁹²² Flader, D. u. Grodzicki, W.-D. (1982): S. 62.

⁹²³ Schlieffen, H. Graf von (1982): S. 303.

Tilman Moser⁹²⁴ diesen Psychoanalytiker-Typus als „sprechende Attrappe“⁹²⁵. Abgesehen von der in diesen Bezeichnungen enthaltenen Polemik lässt sich daraus die Vermutung ableiten, dass bis in die Gegenwart noch viel Forschungsbedarf im Bereich Sprache und Gesprächstechnik in der psychoanalytischen Behandlung besteht.

Konkrete „Anleitungen“ im Sinne einer sprachwissenschaftlich untermauerten Gesprächstechnik lassen sich auch in den Lehrbüchern zur psychoanalytischen Behandlungstechnik in nur bescheidenem Ausmaß finden. Greenson beispielsweise widmete seinem Kapitel „Wie man dem Patienten etwas mitteilt“⁹²⁶ nur etwas mehr als vier Seiten. Seine diesbezüglichen Empfehlungen erscheinen überwiegend allgemein gehalten, zum Beispiel: „Die Wahl der Worte, Ausdrucksweise und Stimmklang spielen eine besondere Rolle als Brücke zur Überwindung der Kluft zwischen dem Patienten und dem Analytiker [...]“.⁹²⁷ Im Zusammenhang mit der Frage, wie man einem Patienten eine Deutung gibt, empfahl Greenson „[...] daß die Einfühlungsfähigkeit das wertvollste Instrument zur Beurteilung solcher Fragen ist“.⁹²⁸

Es kann zusammenfassend festgestellt werden: In der besonderen Art wie Analytiker mit ihren Patienten sprachen, sollte im wesentlichen ihre von Neutralität und Abstinenz geprägte ‚analytische Haltung‘ den Patienten (bzw. Analysanden) gegenüber zum Ausdruck gebracht werden. Außerdem sollte diese Sprache eine der wichtigsten Spielregeln in der psychoanalytischen Therapie, nämlich die Abstinenz des Analytikers (analog zur ‚Grundregel‘ des Patienten) mit sicherstellen. Allerdings wurden auch Zweifel laut, inwieweit eine abstinente Haltung im Sinne von ‚Neutralität‘ und analytischem ‚Incognito‘, vermittels der ‚abstinenten‘ Sprechweise des Analytikers überhaupt realisiert werden könne. Helmut Thomä formulierte diesen Aspekt mit den Worten:

⁹²⁴ **Tilman Moser**, 1938 in Villingen (Schwarzwald) geboren, studierte zunächst Literaturwissenschaft, später Soziologie und Politologie; Promotion über „Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur“; von 1968-1973 psychoanalytische Ausbildung am Frankfurter Sigmund-Freud-Institut, seitdem als Psychoanalytiker in eigener Praxis tätig; wurde u. a. durch seine Veröffentlichungen im Bereich von körpertherapeutischen Behandlungstechniken bekannt, in welchen er sich u. a. auch kritisch mit orthodoxen psychoanalytischen Behandlungsregeln auseinander setzte, insbesondere mit der Körper-Abstinenz. Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 340.

⁹²⁵ Tilman Moser gab seinem 1987 erschienenen Buch den Titel: ‚Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe‘.

⁹²⁶ Greenson, R. R. (1973): S. 380-384.

⁹²⁷ Ebd. S. 381.

⁹²⁸ Ebd. S. 381 f.

„Denn in seiner Sprache enthüllt sich sein Denken und damit er selbst auch dann, wenn er [...] meint, sich selbst völlig zurückgenommen zu haben“.⁹²⁹

Die gewünschten Wirkungen, welche die Analytiker in Bezug auf weitgehende Anonymität und Neutralität damit erzielen wollten, indem sie ihre an ihre Patienten gerichteten Mitteilungen (Kommentare, Fragen, Konfrontationen, Deutungen etc.) in einer weitgehend „neutralen“ Sprache formulierten, wurden möglicherweise gar nicht erreicht. Stattdessen bestand eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass sich das analytische Gespräch zu einem „Kunstprodukt“ oder „Pseudo-Dialog“⁹³⁰ entwickelt, dessen Wirkungen auf die Übertragungsbeziehung noch weitgehend unerforscht geblieben sind.

11.7 Die Bedeutung der „Neutralität“ des/ der Analytikers/-in

In mehreren von Freuds behandlungstechnischen Schriften empfahl er den Analytikern, nicht zu versuchen, ihre Patienten zu erziehen, ihnen Normen vorzugeben oder ihnen ihre eigenen Ideale aufzudrängen. Vielmehr soll der Analytiker während der Behandlung „wie absichtslos“⁹³¹ vorgehen. Wenn Freud diesen Aspekt so betonte, lag das vermutlich auch daran, dass er bis Ende des 19. Jahrhunderts noch Hypnosebehandlungen durchführte, in welchen vermittelt durch suggestiver Beeinflussung eine bestimmte Absicht verfolgt wurde. Dagegen sollte sich die psychoanalytische Behandlung deutlich von der ‚Suggestion‘ unterscheiden. Der Analytiker solle seine eigenen Wünsche und Vorstellungen darüber, in welche Richtung sein Patient sich entwickeln, welche Entscheidungen er treffen oder welche Schritte er vermeiden sollte, zurücknehmen, stattdessen frei von jeglichem „erzieherischem Ehrgeiz“ seine Funktion erfüllen. Das gelte ebenso für den „therapeutischen Ehrgeiz“⁹³², der sich noch weit ungünstiger auswirke. Einerseits würden damit im Patienten nur Widerstände provoziert werden. Andererseits würde der Analytiker sich selbst damit in eine für die analytische Arbeit ungünstige seelische Verfassung bringen. Freud riet daher dem Analytiker, Zurückhaltung zu üben und nicht zu versuchen, seinen Patienten etwa von einer Erkenntnis überzeugen zu wollen.

⁹²⁹ Thomä, H. (1974): S. 388.

⁹³⁰ Schlieffen, H. Graf von (1982): S. 303.

⁹³¹ Freud, S. (1912 b): S. 380.

⁹³² Ebd. S. 381.

In diesem Sinne argumentierte auch Ferenczi, der für Zurückhaltung und „Bescheidenheit“⁹³³ auch im Hinblick auf die Deutungen des Analytikers plädierte, zumal dessen Erkenntnisse oder die bisherige Theorie eben auch falsch sein können:

„Nichts ist schädlicher in der Analyse als das schulmeisterische oder auch nur autoritative Auftreten des Arztes. Alle unsere Deutungen müssen eher den Charakter eines Vorschlages denn einer sicheren Behauptung haben, und diese nicht nur, damit wir den Patienten nicht reizen, sondern weil wir uns tatsächlich auch irren können“.⁹³⁴

Ferenzi argumentierte ähnlich Freud, wenn er davor warnte, nicht unnötigerweise Zeit und Energie aufzuwenden, um eine eventuell vorschnelle Überzeugungsarbeit am Patienten vollbringen zu wollen, vielmehr solle man „[...] geduldig abwarten, bis die Entscheidung vom Patienten gefällt wird [...]“.⁹³⁵

Als eine der schwierigsten Aufgaben, denen sich ein Analytiker stellen müsse, so die Forderung von Ferenczi, sei eine gewisse demütige Haltung, die unter anderem beinhalte, auch dem „unerquicklichsten oder abstoßendsten“⁹³⁶ Patienten Sympathie entgegenzubringen. Das könne konkret bedeuten, dass „[...] der Analytiker in der Kur oft wochenlang sich zur Rolle des ‚Watschenmannes‘ hergeben muß, an dem der Patient seine Unlusteffekte ausprobiert“.⁹³⁷ Es ging Ferenczi darum, Widerstände im Patienten zu vermeiden oder abzumildern und eine positive Übertragung zu fördern. Mit dem beschriebenen, bei einigen Patienten zu Beginn der Behandlung auffallenden „unausstehlichen Benehmen“ würden diese Patienten unbewusst ihr eigenes Abgewiesenwerden reinszenieren. Daher sei es von besonderer Bedeutung für den Analytiker, sich durch dieses abstoßende Benehmen nicht beirren zu lassen, dem Patienten freundlich zugewandt zu bleiben und Geduld zu üben. Auf diese Weise könne man zu den Ursprüngen der auffälligen Wesenszüge des Patienten vordringen:

„Jede Spur von Ärger oder Beleidigtsein seitens des Arztes verlängert die Dauer der Widerstandsperiode; wenn aber der Arzt sich nicht verteidigt, so wird der Patient des einseitigen Kampfes allmählich müde; hat er sich genügend ausgetobt, so kann er nicht umhin, auch die hinter der lauten Abwehr versteckten freundlichen Gefühle [...] zu bekennen, womit eventuell ein tieferes Eindringen ins latente Material,

⁹³³ Ferenczi, S. (1928): S. 244.

⁹³⁴ Ebd. S. 243.

⁹³⁵ Ebd. S. 244.

⁹³⁶ Ebd. S. 245.

⁹³⁷ Ebd. S. 243.

insbesondere in jene infantilen Situationen ermöglicht wird, in denen die Grundlage zu gewissen maliziösen Charakterzügen (gewöhnlich durch unverständige Erziehungspersonen) gelegt wurde“.⁹³⁸

Ferenczi vertrat die Ansicht, dass das Wissen um die psychodynamischen Hintergründe des auffälligen Verhaltens dieser Patienten dem Analytiker helfen könne, auch einem im ersten Eindruck „unausstehlichen“⁹³⁹ Patienten gegenüber Sympathien entgegen zu bringen. Es käme aber entscheidend darauf an, dass es sich dabei nicht um eine „gemachte Pose“⁹⁴⁰ sondern um eine authentische Gefühlseinstellung handelt.

In den 1970er Jahren erschienen im deutschsprachigen Raum drei bedeutende Werke von amerikanischen Psychoanalytikern⁹⁴¹, die sich mit der psychoanalytischen Behandlungstechnik und in diesem Zusammenhang auch mit der „Neutralität“ des Analytikers auseinandersetzen:

Leo Stone verglich in seiner Veröffentlichung „Die psychoanalytische Situation“ die möglichen Wirkungen, die sich einstellen, je nachdem ob der Analytiker entweder zu viel oder zu wenig Neutralität walten lasse. „Sympathie oder Gefühlskälte“⁹⁴² als die beiden Schlüsselbegriffe im Hinblick auf die innere Einstellung des Analytikers zu seinen Patienten, sollten beide in einem ausreichenden Maße Berücksichtigung finden. Allerdings bliebe offen, wann mehr das eine und wann das andere betont werden soll, das variere je nach den „[...] allgemeinen Überzeugungen und persönlichen Hintergrund des Autors“.⁹⁴³ Das Dilemma ergebe sich aus der spezifischen Technik, „[...] welche die gesamte Persönlichkeit des Analytikers einbezieht“.⁹⁴⁴ Es sollten laut Stone so wenig wie möglich erzieherische Elemente in die Behandlung einfließen und der Analytiker sollte nicht versuchen, „Lebensform oder Wertesystem des Patienten zu ändern“.⁹⁴⁵ Eine solche innere Einstellung beinhaltete für Stone keineswegs, dass der Analytiker gleichzeitig eine Gefühlskälte zeigen müsse. Stone hielt es für legitim, „in kritischen Phasen Hilfstechiken“ in der analytischen Arbeit zu benutzen, dazu zählte er auch „Ermutigung“ und „Beruhigung“, die er sonst allerdings als ‚Kunstfehler‘ ansehen würde. Jedoch sprach er

⁹³⁸ Ebd. S. 243.

⁹³⁹ Ebd. S. 245.

⁹⁴⁰ Ebd. S. 245.

⁹⁴¹ Leo Stone (1973), Karl Menninger, (1977) und Ralph Greenson (1973).

⁹⁴² Stone, L. (1973): S. 32.

⁹⁴³ Ebd. S. 31.

⁹⁴⁴ Ebd. S. 152.

⁹⁴⁵ Ebd. S. 36.

sich dagegen aus, dem Patienten Ratschläge zu geben, welche in irgend einer Weise lenkend in das Leben des Patienten eingreifen oder ihm wichtige Entscheidungen abnehmen würden. Er definierte allerdings auch Ausnahmen:

„Es gibt Situationen, in denen es nicht genügt zu deuten, warum ein Patient sich nicht körperlich untersuchen lässt oder sich nicht um Empfängnisverhütung kümmert“.⁹⁴⁶

In solchen Situationen, in denen der Patient etwa aufgrund außergewöhnlicher Lebensumstände unmittelbare Hilfe benötige, die er nirgendwo sonst finden könne, sei der Analytiker in der Verantwortung, auch über eine Deutung hinausgehende Hilfe zu leisten. Als analytische „Neutralität“ im engeren Sinne definierte Stone die Zurückhaltung des Analytikers sowohl in Bezug auf das Preisgeben persönlicher Lebensumstände oder Lebenseinstellungen als auch hinsichtlich „[...] seiner spezifischen persönlichen Reaktionen auf den Patienten“.⁹⁴⁷ Auf diese Weise stelle der Analytiker dem Patienten das notwendige „Vakuum“⁹⁴⁸ bereit, welches der Patient mit eigenen Übertragungsfantasien ausfüllen könne. Er hielt es gleichzeitig für legitim, dem Patienten gegenüber Interesse und Mitgefühl zu zeigen, an ihm „als Individuum, nicht als Patienten“.⁹⁴⁹

Es ging Stone ausdrücklich um ein individuelles Reagieren in der jeweiligen Behandlungssituation aber *nicht* um das rigide Befolgen von Regeln:

„Die übermäßig schematisierten Prinzipien des analytischen Verhaltens, denen viele folgen, [...] haben zu oft als Ersatz für die Last schwierigen selbständigen Urteilens und heikler Entscheidungen gedient“.⁹⁵⁰

Stone sprach sich allerdings eindeutig dagegen aus, zu versuchen, wie Ferenczi in seinen späteren Phasen, den Patienten einen Ersatz für entgangene elterliche Liebe geben zu wollen. Die freundlich wohlwollende Haltung des Arztes sei grundsätzlich verschieden von elterlicher Liebe. Ein Analytiker, der in einer Weise vorgehe, wie Ferenczi das propagierte, könne nicht gleichzeitig in der neutralen Selbstbeobachtungsposition bleiben, die ein Analytiker haben müsse.⁹⁵¹

⁹⁴⁶ Ebd. S. 36 f.

⁹⁴⁷ Ebd. S. 41.

⁹⁴⁸ Ebd. S. 42.

⁹⁴⁹ Ebd. S. 42.

⁹⁵⁰ Ebd. S. 44.

⁹⁵¹ Vgl. ebd. S. 71.

Auch Karl Menninger sah die Neutralität des Analytikers als eine wichtige Voraussetzung dafür an, dass sich die Übertragungsfantasien des Patienten ungestört entwickeln können. Darüber hinaus schrieb er der Neutralität noch weitere wichtige Funktionen zu: sie sei eine notwendige Bedingung dafür, dass sich ein Patient überhaupt offenbaren könne und dass er in der analytischen Behandlung seine Stabilität wahren könne. Die Neutralität des Analytikers umfasse zunächst vor allem seine Fähigkeit, die Mitteilungen des Patienten nicht moralisch zu beurteilen, selbst wenn es sich um Berichte über moralisch verwerfliche Eigenschaften oder vom Patienten begangene Taten handeln sollte. Zwar lasse sich nicht vermeiden, dass der Analytiker moralische Wertungen vornimmt, er solle sie jedoch nicht „vorzeitig“⁹⁵² zum Ausdruck bringen. Wenn er dies täte, wäre es nicht mehr möglich, gemeinsam zu verstehen, „[...] warum diese ungewöhnliche Tat zustande kam“.⁹⁵³ Menninger verwies auf die Anfangszeit der psychoanalytischen Behandlungsmethode, als „[...] bestimmte Verhaltensweisen nicht als Zeichen für eine Krankheit, sondern als solche für Bösartigkeit angesehen wurden“.⁹⁵⁴ Indem Freud damals begonnen habe, seinen Patienten ohne moralische Wertungen oder Vorwürfen zuzuhören, habe er Voraussetzungen dafür geschaffen, Symptome psychischer Erkrankungen als solche einordnen, ihre Entstehungsgeschichte psychologisch verstehbar machen und sie dadurch behandeln zu können. Dennoch habe Freud für seine Entdeckungen nicht nur Lob und Ruhm geerntet, sondern auch Anschuldigungen:

„Im Laufe der Entdeckung und Anwendung Freuds neuer Techniken des Zuhörens ohne Vorwurf, Zensur oder Auswirkung auf die Geständnisse des Patienten hinsichtlich ihrer Phantasien und ihres Verhaltens beschuldigte man ihn, im Namen der Behandlung zu gesellschaftlich ungehörigem Verhalten zu ermutigen“.⁹⁵⁵

Diesem Vorwurf hielt Menninger entgegen, die psychoanalytische Methode führe gerade nicht zu ausschweifendem, unkontrolliertem oder impulshaften Verhalten, sondern bewirke im Gegenteil eine „[...] Verhaltenskontrolle durch den Intellekt [...]“.⁹⁵⁶

Menninger beschrieb eine weitere wichtige innere Einstellung, welche die Analytiker ihren Patienten gegenüber walten lassen sollen, welche durchaus der analytischen ‚Neutralität‘

⁹⁵² Menninger, K. A. u. Holzman, P. S. (1977): S. 119.

⁹⁵³ Ebd. S. 119.

⁹⁵⁴ Ebd. S. 121.

⁹⁵⁵ Ebd. S. 121.

⁹⁵⁶ Vgl. ebd. S. 121.

zugeordnet werden kann. Er bezeichnete sie als „standhafte Haltung“⁹⁵⁷ oder als „Stabilität“:

„Unter Stabilität verstehen wir die Bereitschaft des Analytikers, *nicht* auf die Übertragungen des Patienten zu reagieren, außer insoweit, daß er sie zur Kenntnis nimmt und sie und ihre Bedeutung dem Patienten mitteilt“.⁹⁵⁸

Dies bedeute konkret:

„Ob der Patient sich in einer guten oder schlechten Verfassung befindet, ob er ärgerlich oder heiter, schnippisch oder traurig ist, immer bleibt der Analytiker wie er war“.⁹⁵⁹

Nirgendwo sonst im Alltag des Patienten werde dieser die Möglichkeit erhalten, sich einem Menschen zu offenbaren, der

„[...] zwar Interesse zeigt, aber trotzdem von den wechselnden Launen und Eingeständnissen eines Menschen unberührt bleibt.“

Diese von Menninger auch als analytische „Ausgeglichenheit“ beschriebene Eigenart beinhaltet wichtige therapeutische Funktionen. Sie helfe dem Patienten, allmählich ebenfalls sein inneres Gleichgewicht zu finden, also ihn zu stabilisieren. Dem Patienten eröffne sich damit die Möglichkeit, seine in der Übertragung zum Ausdruck kommenden „Verzerrungen“⁹⁶⁰ der Realität zu erkennen und sie dadurch zu überwinden.

Ralph Greenson plädierte ebenfalls für analytische Neutralität im Sinne der Reinhaltung der Übertragungsreaktionen des Patienten:

„Um Übertragungsphänomene zu analysieren, ist es vor allem wichtig, das Feld der Interaktion zwischen Patient und Analytiker von Sachfremdem und Künstlichem frei zu halten. Jede Verhaltensweise und Haltung auf seiten des Analytikers, die etwas anderes ist als beständige, humane Unaufdringlichkeit, verschleiert und entstellt die Entwicklung und Erkenntnis von Übertragungsphänomenen“.⁹⁶¹

Eine Besonderheit von Greensons Argumentation bestand darin, sie durch anschauliche Kasuistiken zu untermauern. Er scheute sich in diesem Fall auch nicht, eigene Fehler zu

⁹⁵⁷ Ebd. S. 90.

⁹⁵⁸ Ebd. S. 91.

⁹⁵⁹ Ebd. S. 90.

⁹⁶⁰ Ebd. S. 91.

⁹⁶¹ Greenson, R. R. (1973): S. 282.

beschreiben und auf diese Weise zu verdeutlichen, wie leicht die analytische Neutralität unterlaufen werden könne. So beschrieb er eine Behandlungssituation, in welcher die Übertragungsfähigkeit des Patienten durch das „Eindringen von sachfremden Gesichtspunkten“⁹⁶² beeinträchtigt worden war. Dieser Patient habe ihm, Greenson, offenbart, er habe sich ändern wollen, aber das habe ihm geschadet. Bei Nachfrage Greensons stellte sich folgende Situation dar:

„Der Patient antwortete, er habe versucht, seine politischen Ansichten nach den meinen zu ändern. Er sei ein Leben lang Republikaner gewesen (das hatte ich gewußt), und in den letzten Monaten habe er versucht, einen liberalen Standpunkt einzunehmen, weil er wisse, daß meine Neigungen dahin gingen. Ich fragte ihn, woher er wisse, daß ich ein Liberaler und Anti-Republikaner sei. Nun sagte er mir, immer, wenn er etwas Günstiges über einen Republikaner sage, fordere ich ihn auf, seine Assoziationen zu bringen. Andererseits, immer, wenn er etwas Feindseliges über einen Republikaner sage, schwiege ich, als sei ich damit einverstanden“.⁹⁶³

Weiterhin stellte Greenson anhand eines anderen Fallbeispiels dar, wie wesentlich es für den analytischen Prozess sei, eine solche Situation angemessen zu handhaben. Er plädierte dafür, dass in diesem Fall der Analytiker eine solche – exakt zutreffende – Erkenntnis über ihn anerkenne, also die richtige Wahrnehmung des Patienten bestätige und nicht versuche, sie vor dem Patienten zu leugnen.⁹⁶⁴

Weitere Wirkungen und Funktionen der analytischen Neutralität wurden in den 1980er Jahren durch zwei beispielhafte Forschungsbeiträge herausgearbeitet, wobei auch auf – im Sinne der analytischen Behandlung – eher unerwünschte oder ungünstige Effekte und andererseits auch auf Gefahren im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der notwendigen Neutralität hingewiesen wurde:

Im Rahmen eines Projektes über die Besonderheiten des psychoanalytischen Diskurses im Vergleich zum Alltagsdiskurs untersuchten die Autoren Armin Koerfer⁹⁶⁵ und Christoph Neumann (beide Germanisten und Nicht-Analytiker) 1982 die Wirkungen der

⁹⁶² Ebd. S. 282.

⁹⁶³ Ebd. S. 283.

⁹⁶⁴ Vgl. ebd. S. 284.

⁹⁶⁵ **Armin Koerfer**, 1948 in Bremen geboren, Germanist; Forschungsschwerpunkte: Linguistische Pragmatik, empirische Diskurslinguistik und Therapieforchung.

Christoph Neumann, 1947 in Essen geboren, Germanist; Forschungsgebiete: Kommunikationssoziologie und Therapiegesprächforschung. Beide Autoren waren Mitarbeiter im DFG-Projekt ‚Diskursstrukturen der psychoanalytischen Therapie‘ an der Gesamthochschule Essen.

Zurückhaltung des Analytikers „[...] wenn es darum geht, moralisch ‚verwerfliche‘ Taten des Patienten zu bewerten, sowie in bezug auf erzieherischen Ehrgeiz, den er zu entwickeln versucht sein könnte“.⁹⁶⁶ Sie kamen zu der Erkenntnis, durch die Zurückhaltung des Analytikers werde dem Patienten ein Freiraum eröffnet, der ihm nirgendwo sonst im Alltagsleben geboten werde, er könne sich in all seinen Einstellungen offenbaren, ohne befürchten zu müssen, bewertet zu werden und „ohne die Gefahr von Sanktionen“.⁹⁶⁷ Die Patienten können sich auf diese Weise wie in einem „repressionsfreien Reservat“ fühlen, was einerseits als positiv erlebt werden könne. Die Autoren zitieren als Beispiel eine Patientin in einer konkreten Gesprächssituation, die feststellte, sie könne ihrem Analytiker „[...] eben alles Mögliche an den Kopf werfen, und Sie dürfen mir trotzdem nichts tun“.⁹⁶⁸ Ein weiterer erwünschter Effekt, der sich aus der Zurückhaltung des Analytikers ergebe, die Äußerungen des Patienten zu bewerten, bestünde darin, dass der Patient dadurch gezwungen sei, selbst eine Wertung vorzunehmen.

Andererseits könne dadurch der analytische Dialog auch als „unpersönlich“⁹⁶⁹ empfunden werden, denn praktisch alle Reaktionen, die sonst vom Gesprächspartner zu erwarten wären, anhand derer der Patient erkennen könnte, dass sein Analytiker zum Beispiel interessiert zuhört, mitfühlt, neugierig oder erstaunt ist, bleiben ja aus. Entsprechend erleben die Patienten diese dadurch entstehende besondere Gesprächsatmosphäre in einer Weise, die sie unter anderem als "Orientierungslosigkeit"⁹⁷⁰ oder „Planlosigkeit“ beschreiben, oder sie stellen sogar die Effektivität einer solchen Behandlung in Zweifel. In einem wörtlich wiedergegebenen Gesprächsausschnitt formulierte ein Patient diesen Eindruck mit folgenden Worten: „[...] da drängt sich dann gleich die Frage immer auf, worin besteht die Therapie, wenn ich nur erzähle und erzähle und erzähl’ und erzähl’ . ja da hab’ ich das erzählt, aber nur vom Erzählen wird’s nicht besser“.⁹⁷¹

Anhand ihrer Auswertungen dieser konkreten analytischen Dialoge wurden für die Autoren damit die „Grenzen tolerierbarer Enttäuschungen von Alltagserwartungen“ der Patienten sichtbar. Die Autoren waren hier an konkreten praktischen Beispielen mit einer Situation befasst, die deutlich werden lässt, wie sehr es tatsächlich darauf ankommt, wie Balint es

⁹⁶⁶ Koerfer, A. u. Neumann, C. (1982): S. 121.

⁹⁶⁷ Ebd. S. 121.

⁹⁶⁸ Ebd. S. 122.

⁹⁶⁹ Ebd. S. 123.

⁹⁷⁰ Ebd. S. 122.

⁹⁷¹ Ebd. S. 133.

formulierte, „[...] die Spannung in der psychoanalytischen Situation so optimal wie möglich zu halten“⁹⁷² oder, wie Menninger es nannte, einen „optimalen Grad an Versagung“⁹⁷³ anzustreben, andernfalls drohe die Gefahr, dass der Patient die Behandlung abbricht.

In ähnlicher Weise sprach sich Johannes Grunert für eine „optimale Nähe“⁹⁷⁴ in der psychoanalytischen Beziehung aus, welche durch „[...] richtige Dosierung von Intimität und Distanz gewährleistet“⁹⁷⁵ werde. Grunert stellte dar, wie sehr eine solche Behandlung dem Patienten auferlege, bedingungslos offen selbst die geheimsten Wünsche oder narzisstischen Fantasien anzusprechen. Unter diesen Bedingungen entwickle sich zwangsläufig eine Atmosphäre starker „Intimität“, die einerseits für den psychoanalytischen Prozess unabkömmlich sei, andererseits für beide Partner, Analytiker und Patient, gefährlich verführerische Aspekte enthalte. Diese entstehende Intimität dürfe ausschließlich verbal ausgelebt und niemals in die konkrete Aktion umgesetzt werden. Die bei dem Patienten ausgelösten Übertragungsfantasien „[...] werden im Laufe der Analyse mit Hilfe von verbalen Interventionen, den Deutungen, angesprochen, bewußt gemacht und bis zur allmählichen Auflösung bearbeitet“. Der Analytiker soll dem Patienten die Bedingungen bereit stellen, die dieser benötige, um die Übertragung auf den Analytiker vollziehen zu können, wobei die analytische ‚Neutralität‘ eine wesentliche Rolle spiele:

„Erforderlich ist dazu weitgehende Zurückhaltung und hinreichende emotionale Neutralität im realen Umgang bei gleichzeitigem inneren Geöffnetsein. Dies gilt als Zeichen analytischer Abstinenz“.⁹⁷⁶

Im Verlauf von analytischen Behandlungen könne die mit der „analytische(n) Arbeitsfähigkeit“⁹⁷⁷ eng verknüpfte Neutralität allerdings störend beeinflusst werden: zum einen durch „[...] ständig verletzendes, abwertendes und abweisendes Verhalten des Patienten [...]“,⁹⁷⁸ welches den Analytiker vor allem in seinem Selbstwertgefühl irritieren, in ihm Gefühle der eigenen Unzulänglichkeit erzeugen oder zu unter Umständen schwer

⁹⁷² Balint, M. (1969): S. 232.

⁹⁷³ Menninger, K. A. u. Holzman, P. S. (1977): S. 76.

⁹⁷⁴ Grunert, J. (1989): S. 204.

⁹⁷⁵ Ebd. S. 204.

⁹⁷⁶ Ebd. S. 204.

⁹⁷⁷ Ebd. S. 206.

⁹⁷⁸ Ebd. S. 206.

beherrschbaren Gefühlen von „[...] Insuffizienz, Hilflosigkeit und Ohnmacht oder aggressiv-sadistische(n) Reaktionsbildungen [...]“⁹⁷⁹ führen könne.

Ein weiteres, die analytische Neutralität potenziell gefährdendes Moment könne sich im Zusammenhang mit bestimmten Persönlichkeitszügen, etwa bei Borderline-Patienten oder narzisstisch strukturierten Patienten ergeben, wenn es, im Verlauf einer Behandlung „[...] bei bestimmten Therapeut-Patient-Konstellationen [...]“⁹⁸⁰ zu sexuellen Verführungsversuchen durch Patienten komme.⁹⁸¹ Eigene mehr oder weniger bewusste Verführungswünsche könnten den Analytiker in einen Zustand von als bedrohlich erlebter Triebspannung versetzen:

„Neben den selbstverständlichen therapeutischen Ambitionen auch aggressive, vielleicht sogar sadistische Impulse gegenüber Patienten einzugestehen gilt schon als mutig; sexuelle Gefühle zu haben ist nahezu indiskutabel“.⁹⁸²

Damit entfele die Möglichkeit, die sich sonst biete, diese Problematik in Kollegenkreisen zu besprechen und sie dadurch besser handhaben zu können. Es handelt sich hier um eine Situation, die besonders deutlich werden lässt, welche Dimensionen gemeint sein können, wenn es um den „Begriff der analytischen Grundhaltung“⁹⁸³ geht:

„[...] auf die Wünsche und Phantasien des Patienten eingestellt zu sein, sie potentiell anzunehmen, als gedankliche Wirklichkeit zu erwidern und gewähren zu lassen, ohne selbst ihrer auf Konkretisierung hinzielenden Verführungskraft zu erliegen“.⁹⁸⁴

Die analytische Abstinenz, welche Grunert hier als „Intimitätsdistanz“ fordert, „[...] verlangt vom Analytiker Selbstdisziplin und Verzichtbereitschaft [...]“⁹⁸⁵ die sich jedoch nicht in einem zwanghaften Anwenden von Regeln erzielen lassen, sondern sich aus der inneren Haltung des Analytikers ergeben. Damit spricht er die Eignung des Analytikers für diese besonders schwierige Aufgabe an, als „[...] einer für den Patienten gedeihlichen

⁹⁷⁹ Ebd. S. 206.

⁹⁸⁰ Ebd. S. 207.

⁹⁸¹ Siehe hierzu auch Kapitel 3.2.

⁹⁸² Grunert, J. (1989): S. 207.

⁹⁸³ Ebd. S. 228.

⁹⁸⁴ Ebd. S. 224.

⁹⁸⁵ Ebd. S. 204

Arbeitsfähigkeit [...]“.⁹⁸⁶ Notwendig seien „[...] wenigstens durchschnittliches Wohlbefinden, hinreichende leib-seelische Gesundheit und Ausgeglichenheit [...]“.

⁹⁸⁶ Ebd. S. 205.

11.8 Die Bedeutung der Zurückhaltung des/ der Analytikers/-in im Hinblick auf seine/ ihre emotionale Beteiligung und in Bezug auf Lob, Ermunterung, Trost und Anteilnahme sowie die Beruhigung von Angst oder Schuldgefühlen

Zwar hatte sich Freud nicht ausdrücklich gegen Interventionen wie Lob, Ermunterung oder Trost ausgesprochen. In seinen konkreten „Ratschlägen“ empfahl er allerdings den Analytikern, ihren Patienten gegenüber „Gefühlskälte“⁹⁸⁷, vergleichbar der eines Chirurgen während einer Operation, walten zu lassen. Sie sollen auf alle Affekte, selbst auf „Mitleid“⁹⁸⁸ verzichten. Damit werde der Analytiker sowohl dem Kranken als auch sich selbst gerecht. Dem Kranken werde somit das „größte Ausmaß von Hilfeleistung“⁹⁸⁹ ermöglicht und dem Analytiker diene diese Haltung zum Schutz seines eigenen Gefühlslebens. Dies sei eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die psychoanalytische Behandlung ganz in den Dienst der „[...] Deutung, der Erkennung des verborgenen Unbewußten [...]“⁹⁹⁰ gestellt werden könne.

Aus Behandlungsberichten einiger von Freuds Analysanden lassen sich Beispiele dafür ersehen, dass Freud sich nicht scheute, Lob, Anerkennung, Ermutigung oder Ratschläge zu geben oder Anteilnahme walten zu lassen.⁹⁹¹ In einem vom 18. Dezember 1932 datierten Brief, den Freud an die amerikanische Schriftstellerin Hilda Doolittle, die im Jahr 1933 mit insgesamt ungefähr 80 Stunden und im Jahr 1934 noch einmal etwa 25 Stunden bei ihm in analytischer Behandlung gewesen ist, heißt es:

„Sie werden verstehen, daß ich um Ihre Bücher nicht in der Absicht bat, ein Werk zu kritisieren oder zu würdigen, das von Ihren Lesern, wie ich höre, hoch gelobt wird. Mein Urteil über Poesie ist schlecht, besonders in einer fremden Sprache. Ich wollte einen Einblick in Ihre Persönlichkeit erhaschen, um mich auf Ihre persönliche Bekanntschaft vorzubereiten. Ihre Bücher werden mit mir auf Ihre Ankunft warten“.⁹⁹²

Da sich der Beginn dieser Behandlung wegen Termenschwierigkeiten Freuds verzögerte, schrieb er am 26. Januar 1933 einen weiteren Brief an die Schriftstellerin, worin er ihr

⁹⁸⁷ Freud, S. (1912 b): S. 381.

⁹⁸⁸ Ebd. S. 380.

⁹⁸⁹ Ebd. S. 381.

⁹⁹⁰ Ebd. S. 381.

⁹⁹¹ Ausführlich beschäftigte sich Cremerius mit Freuds konkreter Behandlungstechnik in seinem Aufsatz: „Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. Seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten.“ Vgl. Cremerius, J. (1981): S. 326-363.

⁹⁹² Doolittle, H. (1976): S. 204. Vgl. Cremerius, J. (1981): S. 327.

erklärte: „[...] ich bin entschlossen, gewaltsam Raum für Sie zu schaffen. Nur, daß ich Ihnen nicht zumuten will, gerade jetzt, in dieser Bärenkälte und während sich eine Grippe-Epidemie entwickelt, zu reisen und den Aufenthalt zu wechseln. Ich habe gehört, daß Sie von zarter Gesundheit sind. Wollen Sie überhaupt lieber zu Beginn des Frühlings, April-Mai kommen?“⁹⁹³ Zahlreiche weitere Beschreibungen in diesem Behandlungsbericht illustrieren Freuds anteilnehmendes Interesse, das er auch während der Behandlungstunden seiner Analysandin zukommen ließ, auch Lob war darin enthalten: „Ah, Sie erzählen das alles so schön.“⁹⁹⁴ Alle diese Beispiele „[...] widerlegen [...] das verbreitete Vorurteil von der ‚Kälte‘ und ‚Passivität‘ des Analytikers im allgemeinen und Freuds im besonderen“.⁹⁹⁵

Smiley Blanton, ein amerikanischer Analytiker der in der Zeit vom 1. September 1929 bis 7. September 1938 bei Freud in Lehranalyse gewesen ist, beschrieb ihn in seinen Tagebuchaufzeichnungen in ähnlich warmherziger Weise: „Nichts von jener kalten Distanz, von der ich meinte, daß sie die vom Analytiker einzunehmende Haltung sei.“⁹⁹⁶ Freud habe sich beispielsweise auf die Mitteilung Blantons, seine Ehe sei leider kinderlos, mitfühlend geäußert.⁹⁹⁷

Auch Medard Boß äußerte sich in der Beschreibung seiner Analyse bei Sigmund Freud verwundert „[...] darüber, daß sich FREUD die ganze Analysenzeit über, die mir bei ihm durchzumachen vergönnt war, völlig anders verhielt, als er es eigentlich seiner eigenen deterministischen Triebtheorie und seiner Spiegelplatten-Vorstellung vom Analytiker gemäß hätte tun sollen. [...] Er stund vielmehr nicht an, das ihm zu zahlende Honorar sogleich auf ein Minimum zu reduzieren, als er vernahm, daß ich seinetwegen zu hungern gezwungen war. Mehr als einmal steckte er mir sogar 10 Schillinge aus seiner Tasche zu“.⁹⁹⁸

Es existieren noch einige weitere Beispiele, die dokumentieren, wie wenig Freud im Umgang mit seinen Analysanden seinen eigenen Ratschlag der „Gefühlskälte“ befolgte.⁹⁹⁹

⁹⁹³ Ebd. S. 204.

⁹⁹⁴ Ebd. S. 147.

⁹⁹⁵ Ebd. S. 13. (Einleitung durch Michael Schröter).

⁹⁹⁶ Blanton, S. (1975): S. 19.

⁹⁹⁷ Vgl. ebd. S. 21.

⁹⁹⁸ Boß, M. (1973): S. 81 f.

⁹⁹⁹ An dieser Stelle ist ein Kommentar von Claudia Frank erwähnenswert, der sich auf Glovers im Jahr 1927 veröffentlichten ‚Lectures on Techniques in Psycho-Analysis‘ bezog: Glover habe möglicherweise nachholen wollen „[...] was Freud seines Erachtens unterlassen hatte, indem er nie eine systematische Beschreibung der Technik seiner eigenen Analysen verfaßte. (Glover 1955, S. 262).“ Siehe Frank, C. (2005): S. 28.

Innerhalb der nachfolgenden Analytiker-Generationen scheint dieser Widerspruch zu Unsicherheit in Bezug auf wichtige behandlungstechnische Fragen und infolgedessen zu bis in die heutige Zeit bestehenden Kontroversen im Hinblick auf die „richtige“ Technik geführt zu haben. Wenn etwa in einer bestimmten Behandlungssituation der Patient eine extreme Angst erlebt, scheinen zwei Möglichkeiten zur Wahl zu stehen: die „offizielle“ Empfehlung gab ausschließlich die Deutung als korrekte Intervention vor. Allerdings scheinen Ausnahmen dann akzeptiert worden zu sein, wenn die weitere analytische Arbeit durch allzu starke Angst des Patienten zu stark behindert worden wäre. In einer solchen Situation hatte Melanie Klein in den 1930er Jahren in einem inoffiziellen Text eine „nichtdeutende“,¹⁰⁰⁰ und zwar angstbeschwichtigende Beruhigung zugelassen, obwohl sie sich in ihren Veröffentlichungen für ein rein deutendes Vorgehen ausgesprochen hatte.

Karl Menninger sah den Drang, den ein Analytiker verspüre, seinen Patienten zu beruhigen, als einen Ausdruck seiner nicht erkannten Gegenübertragungsproblematik an. Wenn der Analytiker diesem Drang wiederholt nachgebe, vergrößere er dadurch die Abhängigkeit seines Patienten.¹⁰⁰¹ Vor allem sprach er sich gegen eine zu früh gegebene Angstberuhigung aus: sie sei ein Hinweis dafür, dass der Analytiker nicht fähig sei, „[...] den Punkt der optimalen Frustrationsspannung abzuschätzen“.¹⁰⁰²

Auch Franz Alexander beschäftigte sich im Jahr 1950 ausführlich mit der Frage, wie der Analytiker vermeiden könne, dass bei dem Patienten „[...] die integrierenden Funktionen des Ich durch übermäßige emotionelle Erregungen behindert werden. [...] Heftige Angst, Wut oder Schuld können so furchtbar werden, daß die koordinierenden Funktionen des Ich sie nicht meistern können“.¹⁰⁰³ Das wäre ebenso ungünstig wie der umgekehrte Fall, dass der Patient emotionell zu wenig beteiligt „[...] und die Analyse nahezu eine intellektuelle Übung wird [...]“.¹⁰⁰⁴ Es ginge darum, ein „optimales“ Maß an Übertragungsintensität zu bewahren. Dies gelinge seiner Meinung nach am besten, wenn der Analytiker in der Behandlung „emotionell nicht beteiligt“¹⁰⁰⁵ sei. Er sah einen Zusammenhang zwischen

¹⁰⁰⁰ Frank, C. (2005): S. 40.

¹⁰⁰¹ Vgl. Menninger, K. A. u. Holzman, P. S. (1977): S. 113.

¹⁰⁰² Ebd. S. 114.

¹⁰⁰³ Alexander, F. (1950): S. 403.

¹⁰⁰⁴ Ebd. S. 403.

¹⁰⁰⁵ Ebd. S. 403.

dem Ausmaß der Übertragungsintensität¹⁰⁰⁶ des Patienten und der Zurückhaltung der emotionalen Beteiligung des Analytikers. Alexander ging von einem psychodynamischen Zusammenhang zwischen fehlerhaften Erziehungsstilen, etwa aufgrund von elterlichen Charakterbesonderheiten („elterliche Einschüchterung“¹⁰⁰⁷, „elterliche Verzärtelung“, „ein anmaßender tyrannischer Vater“¹⁰⁰⁸) einerseits und den neurotischen Hemmungen des Patienten andererseits aus. Damit der Patient seine auf diese Weise entstandenen Symptome überwinden könne, müsse der Analytiker eine Haltung einnehmen, welche diese pathogenen Erfahrungen des Patienten korrigieren könne: „Der Analytiker nimmt eine von den Eltern unterschiedliche Rolle an. Er ist emotional nicht beteiligt. Dieser Unterschied ermöglicht die *korrigierende emotionelle Erfahrung* [...]“.¹⁰⁰⁹ Er ging davon aus, „[...] daß allein die objektive und verstehende Haltung des Therapeuten eine derartige korrigierende Erfahrung bewirken kann“.¹⁰¹⁰ Auf diese Weise könne etwa die von einem tyrannischen Vater ausgehende „[...] Einschüchterung [...] durch das tolerantere und freundlichere Verhalten des Therapeuten aufgelöst [...]“ werden.

Aus seinen Beschreibungen über konkrete Therapie-Situationen geht hervor, dass Alexanders Haltung seinem Patienten gegenüber zeitweise auch „eindeutig ermunternd“¹⁰¹¹ oder voller „Bewunderung“ gewesen ist, womit er dann doch eine „eindeutige emotionelle Färbung“¹⁰¹² in die Therapiesituation eingebracht habe. Dies sei unumgänglich gewesen, denn es sei darum gegangen, eine dem Vater konträre Haltung einzunehmen, auch wenn Alexander damit „nicht psychoanalytisch“ gehandelt habe.

Alexanders Aussagen erscheinen teilweise widersprüchlich. Ausgehend von seinem eingangs postulierten Prinzip, Analytiker sollten ihren Patienten gegenüber „emotional nicht beteiligt“ sein, führte er Situationen an, in denen eine solche Haltung dann doch plausibel erscheint: wenn ein Patient im Rahmen seiner „Übertragung“ dem Analytiker gegenüber ein Verhalten zeigt, welches dem ähnelt, das er als Kind seinen Eltern

¹⁰⁰⁶ Alexander stellte sich die Wirkung der „Übertragung“ folgendermaßen vor: „In der Übertragung werden die ursprünglichen pathogenen Konflikte der frühen Familiensituation mit geringerer Intensität wiederholt. Das ist die sogenannte ‚Übertragungsneurose.‘ Das emotionelle Wieder-in-Szene-setzen entscheidender Konflikte in Beziehung zum Therapeuten stärkt schrittweise die Ich-Kapazität des Patienten, sich mit diesen Konflikten auseinanderzusetzen.“ Siehe ebd. S. 402.

¹⁰⁰⁷ Ebd. S. 405.

¹⁰⁰⁸ Ebd. S. 406.

¹⁰⁰⁹ Ebd. S. 403.

¹⁰¹⁰ Ebd. S. 405.

¹⁰¹¹ Ebd. S. 406.

¹⁰¹² Ebd. S. 407.

gegenüber gezeigt hatte, dann solle der Analytiker darauf nicht – wie damals die Eltern – strafend oder abweisend reagieren, sondern tolerant und verstehend.¹⁰¹³ Nur auf diese Weise könne der Patient dann die Erfahrung machen, dass sein Verhalten nicht mehr der Situation im ‚Hier und Jetzt‘ entspricht und es korrigieren. In seinen weiteren Ausführungen schilderte Alexander dann Fallbeispiele, die illustrieren, wie gerade das emotionelle ‚Beteiligtsein‘ des Analytikers zu besonders schnellen und anhaltenden Therapieerfolgen geführt habe.¹⁰¹⁴

Aus verschiedenen Gründen sind Alexanders Lehren zum damaligen Zeitpunkt in Fachkreisen kontrovers diskutiert worden, vor allem sei er in Bezug auf die analytische Technik zu sehr von der orthodoxen psychoanalytischen Lehre abgewichen: „Alexander war ein Verfechter der Modernisierung der Psychoanalyse und suchte Antworten auf Fragen wie: Was sind die Vorteile von rigiden Standards, wie können Psychoanalytiker von äußeren Erfahrungen lernen und wie kann die psychoanalytische Methode klinisch getestet werden [...]“.¹⁰¹⁵ Für Andrea Gysling sei Alexander vor allem deshalb in die Kritik geraten, weil er „[...] die emotionale Erfahrung auf Kosten der Einsicht betonte und an der alleinseligmachenden Macht der Deutung zu zweifeln begann“.¹⁰¹⁶

In Bezug auf die „Menschlichkeit“ des Analytikers und sein emotionales Beteiligtsein erschien auch Greenson teilweise widersprüchlich. Grundsätzlich setzte er sich für eine rein deutende Technik ein und sprach sich dagegen aus, einem Patienten gegenüber seine Gefühle zu zeigen: „Wenn er sich beschwert, daß ich auf einige seiner Gefühle nicht reagiere, sage ich ihm vielleicht, ich könne meine Aufgabe besser dadurch erfüllen, daß ich ihm zeige, was ich verstehe, als dadurch, daß ich ihm meine Gefühle zeige“.¹⁰¹⁷ Falls ein Patient ihn bitte, ihm „Beruhigung“ zukommen zu lassen, werde er ihm erklären, „[...] ich wisse zwar, daß er sich elend fühle, aber Beruhigung sei nur eine zeitweilige und trügerische Hilfe. Wenn er das nächste Mal danach verlangt, schweige ich höchstwahrscheinlich“.¹⁰¹⁸

¹⁰¹³ Vgl. S. 405.

¹⁰¹⁴ Vgl. S. 406-409.

¹⁰¹⁵ Stumm, G. et al. (2005): S. 11.

¹⁰¹⁶ Gysling, A. (1995): S. 102.

¹⁰¹⁷ Greenson, R. R. (1973): S. 226.

¹⁰¹⁸ Ebd. S. 226.

Allerdings zeigte er sich bereit, in manchen Situationen von der ‚korrekten‘ analytischen Technik abzuweichen: zum Beispiel wenn Patienten in panischer Angst seien und befürchten würden, ihre Beherrschung zu verlieren, und die Zeit nicht mehr reiche, um durch Deutung und Einsicht wieder eine Beruhigung zu erzielen. In solchen Situationen „[...] habe ich entweder gesagt oder mich verhalten, als ob ich sagen wollte: ‚Machen Sie sich keine Sorgen, ich werde es nicht zulassen, daß Sie sich oder mir etwas antun‘“. ¹⁰¹⁹ Diese Erklärungen gab Greenson nicht ohne einen Hinweis, es handele sich bei Interventionen solcher Art um „unanalytische Methoden“. Die eigentliche Analyse könne erst fortgesetzt werden, wenn diese Gefahrensituation vorbei sei:

„Ich habe [...] die Erfahrung gemacht, daß Interventionen, die man mit therapeutischer Absicht macht und später gründlich analysiert, der analytischen Situation keinen unwiderruflichen Schaden zufügen. Andererseits kann die streng passive und schweigende Analytiker-Rolle eine größere Gefahr sein, wenn sie es dem Patienten ermöglicht, auf eine traumatische Stufe zu regredieren. Das Schweigen und die Passivität des Analytikers werden vom Patienten richtig als Anzeichen von mangelnder Anteilnahme, Angst und Verwirrung beim Analytiker wahrgenommen. Das kann sehr viel mehr Schaden anrichten“. ¹⁰²⁰

Eines der zentralen Themen in seinen Schriften zur Behandlungstechnik drehte sich um die „Menschlichkeit“ des Analytikers. Es bestand für ihn kein Zweifel, dass ein Analytiker menschlich sein müsse. Die Frage sei nur, wie sich die „Entbehungen“, die man seinen Patienten auferlegen müsse, mit der „Menschlichkeit“ des Analytikers vereinbaren lassen und auf welche Weise die menschlichen Züge des Analytikers in der psychoanalytischen Situation zum Ausdruck kommen sollten:

„Im wesentlichen drückt sich die Menschlichkeit des Analytikers in seinem Mitleiden, in seinem Interesse und in seiner therapeutischen Absicht gegenüber seinem Patienten aus. [...] sein Ziel ist, dem Patienten zu helfen, gesund zu werden. Aber die ‚Medizin‘, die er verschreibt, ist Einsicht; dabei reguliert er die Dosierung sorgfältig, behält das Fernziel im Auge und opfert vorübergehende und rasche Ergebnisse späteren und dauerhaften Veränderungen“. ¹⁰²¹

Besonders wichtig erschien ihm, die reifen Persönlichkeitsanteile des Patienten, seine „Selbstachtung, Selbstschätzung und Würde“ ¹⁰²² zu achten und zu bewahren und

¹⁰¹⁹ Ebd. S. 161.

¹⁰²⁰ Ebd. S. 161.

¹⁰²¹ Ebd. S. 224.

¹⁰²² Ebd. S. 225.

möglichen Tendenzen des Patienten, sich in seiner Suche nach Unterstützung allzu sehr den therapeutischen Regeln zu unterwerfen, entgegen zu wirken. Alle ihm auferlegten Regeln und Vorschriften sollen ihm detailliert erklärt werden, Greenson prägte in diesem Zusammenhang den Begriff des „Arbeitsbündnisses“.¹⁰²³ Er betonte dabei, der Patient solle stets wie ein Erwachsener behandelt, seine Rechte stets geachtet und „[...] die reifen Aspekte des Patienten konsequent genährt werden“.¹⁰²⁴ Die innere Haltung des Analytikers sollte von Respekt und Verständnis für den Patienten geprägt sein: „Distanziertheit, autoritäres Gehaben, Kälte, Extravaganz, Selbstgefälligkeit und Starrheit gehören nicht in die analytische Situation“.¹⁰²⁵ Greenson hob stets auch die „reale Beziehung“¹⁰²⁶ zwischen Analytiker und Patient hervor, die neben der Übertragungsbeziehung existiere. Der realen Beziehung sollte erst in der Schlussphase der Behandlung größere Beachtung geschenkt werden. „Es gibt aber Zeiten, in denen spezielle Überlegungen es erfordern, daß der Analytiker seinen realen Gefühlen schon früher Ausdruck verleiht“.¹⁰²⁷ In diesem Zusammenhang schilderte Greenson das drastische Beispiel eines jungen Kollegen, der in einer besonderen Behandlungssituation genau dies versäumte:

„Ein junger Analytiker, dessen Kontrollanalytiker ich war, erzählte mir, eine seiner Patientinnen, eine junge Mutter, habe den größten Teil der Stunde damit zugebracht, ihm die schrecklichen Ängste zu beschreiben, die sie empfunden hatte, als ihr kleiner Sohn in der vorhergehenden Nacht plötzlich krank geworden war. Das Baby hatte hohes Fieber und Krämpfe gehabt, und die Mutter war wie von Sinnen, bis sie den Kinderarzt erreichen konnte. Während sie meinem Schüler von den Ereignissen berichtete, weinte sie mehrmals. Als sie in Schweigen verfiel, sagte er ihr, nachdem sie beide noch eine Weile geschwiegen hatten, sie müsse im Widerstand sein. Die Patientin sagte nichts. Kurz danach war die Stunde zu Ende. [...]

Ich fragte ihn dann, ob er im Rückblick mit seiner Arbeit in der Stunde zufrieden sei, ob es noch etwas gebe, was er hätte tun können. Er erwiderte, er glaube, ihr langes Schweigen habe vielleicht bedeutet, daß sie wegen ihrer verdrängten Todeswünsche ihrem Sohn gegenüber Schuldgefühle gehabt habe, aber er denke, er wolle noch warten, bevor er das zur Sprache brächte. Ich sagte, [...] aber ihre Angst und Traurigkeit seien doch viel offensichtlicher gewesen und hätten im Lauf der Stunde eine Reaktion seinerseits verdient. Der Ausbildungskandidat erinnerte mich förmlich, Freud habe gesagt, man solle die triebhaften und narzißtischen Wünsche seiner Patienten nicht befriedigen.

Ich enthielt mich an dieser Stelle weiterer Bemerkungen und fragte ihn, was in der nächsten Stunde geschehen sei. Der Kandidat erwiderte, die Patientin sei zur Stunde gekommen, habe absolut nichts gesagt und sich schweigend die Tränen abgewischt, die ihr übers

¹⁰²³ Vgl. ebd. S. 58-61.

¹⁰²⁴ Ebd. S. 224.

¹⁰²⁵ Ebd. S. 225.

¹⁰²⁶ Ebd. S. 228.

¹⁰²⁷ Ebd. S. 234.

Gesicht geströmt seien. Von Zeit zu Zeit habe er sie gefragt, was sie denke. Die Stunde endete, ohne daß etwas anderes gesprochen wurde. Ich fragte den jungen Analytiker wieder, ob er sich nicht überlegt habe, was er sonst noch hätte tun können. Er zuckte die Achseln. Ich fragte ihn, ob er herausbekommen habe, was mit dem Baby geschehen sei. Er sagte, die Patientin habe nichts gesagt, und er habe nicht gefragt. [...].

Ich schüttelte ungläubig den Kopf. Ich fragte den Kandidaten, ob er selber nicht an dem Wohl des Kindes interessiert sei oder neugierig, was geschehen sei. Ich fügte hinzu, vielleicht hätte das stumme Weinen der jungen Frau angezeigt, daß der Zustand des Babys sich verschlechtert hätte. Oder vielleicht sei es ein Zeichen dafür, daß sie das Verhalten des Analytikers als ein kaltes und feindseliges emotionales Unbeteiligtsein an ihren Sorgen empfand. Der Kandidat erwiderte, ich könnte zwar recht haben, aber er habe das Gefühl, ich sei übertrieben emotional. Ich beendete die Sitzung, indem ich dem jungen Mann sagte, seine emotionale Reaktionsunfähigkeit werde das Zustandekommen eines Arbeitsbündnisses verhindern. Wenn er nicht ein gewisses Mitgefühl für seine Patientin empfinden könne und ihr dies in Grenzen mitteilen könne, werde er nicht fähig sein, sie zu analysieren. Ich sagte ihm voraus, selbst wenn sie wiederkommen würde, müßte ich fürchten, die Behandlung werde nicht gelingen. Wenn ein Patient in einem solchen Zustand der Not sei, sei es nicht nur natürlich, sondern unerlässlich, ein gewisses Mitgefühl zu zeigen.

In der nächsten Woche berichtete der junge Analytiker, seine Patientin sei am Montagmorgen gekommen und habe gesagt, sie höre auf. Als er fragte, warum, hatte sie geantwortet, er sei kränker als sie“.¹⁰²⁸

Greenson hielt es nicht nur für legitim, in einer solchen Behandlungssituation eine echte menschliche Reaktion zum Ausdruck zu bringen. Ihm war daran gelegen, gerade jenen Patienten, die die Vorstellung hatten, ihr Analytiker sei auch im Leben außerhalb der Therapie stets „gemäßigt und beherrscht“, zu zeigen, dass sie sich irren:

„Ich bin der Meinung, daß es wichtig ist, in bestimmten Handlungen und Verhaltensweisen zu demonstrieren, daß der Analytiker wirklich ein Mensch ist. Dazu gehört, daß er einigen seiner menschlichen Schwächen manchmal gestattet, zum Vorschein zu kommen“.¹⁰²⁹

Dazu gehöre zum Beispiel auch, dass er bereit sei, zu zeigen, daß besonders traurige oder tragische Ereignisse ihn emotional berühren.¹⁰³⁰ Das sei sogar eine wichtige Voraussetzung dafür, dass der Patient sich ihm bedingungslos anvertrauen könne:

¹⁰²⁸ Ebd. S. 230 f.

¹⁰²⁹ Ebd. S. 234 f.

¹⁰³⁰ Ein Blick in die Gegenwart – das heißt etwa vier Jahrzehnte später – offenbart, dass die Frage wie viel ‚emotionales Berührtsein‘ der Analytiker in der analytischen Situation zeigen dürfe, noch immer nicht eindeutig beantwortet werden aber die Bedeutung dieses Berührtseins als sehr hoch eingeschätzt werden kann. Dies illustriert beispielsweise der im Jahr 2009 veröffentlichte Aufsatz von Wulf Hübner über „Notwendige Regelverletzungen“, in welchem der Autor zu zeigen versucht, wie wesentlich es sein kann, wenn sich in bestimmten Situationen der Analytiker als menschlich „berührbar“ zeigt. Vgl. Hübner, W. (2009): S. 22-47.

„Wie kann ein Patient seinen intimsten Phantasien gestatten aufzuzeigen, wenn er sich einem Analytiker gegenüber sieht, der nur starre emotionale Unbeteiligung zeigt oder ein ritualistisches Festhalten an Regeln und Vorschriften“.¹⁰³¹

Greenson warnte gleichzeitig vor den Gefahren, die daraus erwachsen könnten, wenn der Analytiker seinem Patienten zuviel emotionale Wärme und Mitgefühl entgegenbringe. Eine solche Haltung fördere eine positive Übertragung, verhindere andererseits, dass sich der Patient auch einmal eine aggressive negative Übertragung gestatten könne, führe möglicherweise zu einer allzu angepassten oder „unterwürfigen Übertragung“¹⁰³² sowie zu einem Übermaß an Abhängigkeit des Patienten.

Auch Helmut Thomä befasste sich mit der Frage, auf welche Weise und in welcher Intensität jene in der psychoanalytischen Therapie unspezifischen Wirkungsfaktoren wie die emotionale Wärme und das empathische Verständnis des Analytikers dem Patienten gegenüber konkret zum Ausdruck kommen sollten. Ein zuviel davon könnte dem Patienten ein falsches Bild der Realität vermitteln, die gewöhnlich kein „grenzenloses Einfühlen“¹⁰³³ bereit halte. Im gleichen Maße wie Freuds ‚Spiegel‘-Metapher lange Zeit als das Ideal galt, sei die Bedeutung der realen Person des Psychoanalytikers im analytischen Prozess unterschätzt worden. Dennoch nehme der Analytiker eine ganz bestimmte „Rolle“¹⁰³⁴ ein, welche ein spezifisches „Rollenverhalten“¹⁰³⁵ impliziere und sei insofern in seinem Ausdruck von mitmenschlicher Wärme und Einfühlungsvermögen eingeschränkt. Das hieße, er müsse in besonderer Weise sensibel für die verbalen und nonverbalen Mitteilungen des Patienten sein, gleichzeitig dürfe er nur im Rahmen der ihm zukommenden „Rolle“ darauf reagieren: „Es gehört gewiß zu den Schwierigkeiten des Analytikers, hoch sensibel für die vom Patienten ausgehenden Reize zu sein, ohne gereizt zu reagieren“.¹⁰³⁶ Andererseits sprach sich Thomä dafür aus, der Tatsache größere Beachtung zu schenken, dass sich Analytiker und Patient, abgesehen von der sich bei dem Patienten entwickelnden Übertragung und der beruflichen „Rolle“ des Analytikers auch

Wulf Hübner, geb. 1945, ist Diplom-Psychologe und Psychoanalytiker; Veröffentlichungen über Sprachphilosophie und Psychoanalyse.

¹⁰³¹ Ebd. S. 284.

¹⁰³² Ebd. S. 286.

¹⁰³³ Thomä, H. (1974): S. 383.

¹⁰³⁴ Ebd. S. 384.

¹⁰³⁵ Ebd. S. 384.

¹⁰³⁶ Ebd. S. 383.

„[...] in einer realen persönlichen Beziehung zueinander befinden“.¹⁰³⁷ Auch aus diesem Grund könne die frühere Auffassung, dem Analytiker komme die Rolle als „der unpersönliche Spiegel“¹⁰³⁸ zu, nicht mehr aufrechterhalten werden. Das sei nach Ansicht von Thomä auch nicht notwendig, da diese „Rolle“ des Analytikers „niemals eng definiert“ gewesen sei.

¹⁰³⁷ Ebd. S. 386.

¹⁰³⁸ Ebd. S. 392.

12. Irrationale und unbewusste Hintergründe des abstinenten Psychoanalytiker/-innen-Verhaltens

Nicht zuletzt unter dem Eindruck der Übertragungsliebe-Gegenübertragungsliebe-Verstrickungen, in welche Breuer und auch Jung, jeweils im Zusammenhang mit der Behandlung einer Patientin geraten waren, und wodurch, zum Schaden der Patientinnen – letztlich die Behandlungen auch scheiterten, musste Freud um den guten Ruf der psychoanalytischen Wissenschaft bangen.¹⁰³⁹ Dies scheint ein wichtiger Grund dafür gewesen zu sein, weshalb Freud – zumindest offiziell – so sehr auf der emotionalen Kühle, ähnlich der eines Chirurgen bei der Operation, bestanden hat. Wie allzu berechtigt diese Sorge um den Ruf der Psychoanalyse gewesen ist, illustrierte unter anderem Medard Boß in der Schilderung seiner Lehranalyse bei Sigmund Freud im Jahre 1925:

„Mein Besuch an der Berggasse 19 mußte freilich in aller Heimlichkeit geschehen. Der gesamte Kreis meiner Wiener Kollegen hatte nichts als Spott für FREUD übrig. Sie nannten alles, was mit seiner Psychoanalyse zusammenhing, eine einzige große Schweinerei.“¹⁰⁴⁰

Freuds Furcht vor dem „Disqualifiziertwerden“¹⁰⁴¹ war möglicherweise der wichtigste Grund dafür, dass er seine Forderung, der Analytiker müsse neutral wie ein Spiegel und kalt wie ein Chirurg sein, nie aufgab, auch dann noch nicht, als er anhand eigener Behandlungsbeispiele hätte erkennen müssen, dass sie weder notwendig noch realistisch umsetzbar ist. Dass in einer solchen Behandlung der Arzt in erster Linie als Mensch und nicht als Forscher oder als Operateur gefordert wird und als solcher auch emotional berührbar ist und es auch sein muss, diese Tatsache konnte oder wollte er nicht anerkennen. Cremerius begründete Freuds in diesem Punkt kompromisslose Haltung folgendermaßen:

„Die ganze Wahrheit wäre ja gewesen, daß er dabei affiziert wird, daß die Vorgänge im Patienten Entsprechendes in ihm auslösen. Freud hätte bekennen müssen, daß der Arzt nicht mehr der außenstehende, objektive, unberührbare Wissenschaftler ist, sondern auch ein Mensch wie sein Patient. Ja, schließlich hätte er auch das letzte Schreckliche sagen müssen, daß nämlich auch er ein Patient ist, d. h. ein Mensch mit denselben Phantasien und demselben schrecklichen Unbewußten wie der, der seine Hilfe sucht.“¹⁰⁴²

¹⁰³⁹ Vgl. Gysling, A. (1995): S. 44-46.

¹⁰⁴⁰ Boß, M. (1973): S. 81.

¹⁰⁴¹ Gysling, A. (1995): S. 45.

¹⁰⁴² Cremerius, J. (1981): S. 358.

Es ist zu vermuten, dass Freud sein eigenes emotionales Beteiligtsein in der Patienten-Behandlung habe verleugnen wollen, als er 1927 rückblickend auf seine damals 41-jährige ärztliche Tätigkeit, feststellte, er sei

„[...] eigentlich kein richtiger Arzt gewesen. [...] Aus frühen Jahren ist mir nichts von einem Bedürfnis, leidenden Menschen zu helfen, bekannt [...]“.¹⁰⁴³

Vielmehr sei sein starker Forscherdrang ursprünglich die treibende Kraft in seiner beruflichen Laufbahn gewesen, die ihn den Umweg über die Zoologie, die Chemie, dann die Neuropathologie gehen ließ, bevor er sich mit den Neurosen befasste.

Einerseits war ihm daran gelegen, für die psychoanalytische Behandlungstechnik ein solides, wissenschaftlichen Kriterien standhaltendes Fundament zu schaffen. Andererseits unterstellte er seinen Patienten, sie würden von ihm als Analytiker eine innere Einstellung erwarten, wie sie diese zum Beispiel von einem Chirurgen kennen:

„Ich meine aber, mein Mangel an der richtigen ärztlichen Disposition hat meinen Patienten nicht sehr geschadet. Denn der Kranke hat nicht viel davon, wenn das therapeutische Interesse beim Arzt affektiv überbetont ist. Für ihn ist es am besten, wenn der Arzt kühl und möglichst korrekt arbeitet“.¹⁰⁴⁴

Ein weiterer wichtiger Grund, weshalb Freud an seinen strengen ‚Ratschlägen‘ festhielt, bestand darin, dass es Kollegen gab, von deren moralischer Integrität er nicht überzeugt gewesen zu sein schien, weil diese durch ihr „uferloses Experimentieren“¹⁰⁴⁵ dem guten Ruf der Psychoanalyse geschadet hatten, wie dies bei Stekel, Rank und Ferenczi der Fall gewesen war. Um weitere „Entgleisungen ins Extreme“¹⁰⁴⁶ auch unter den nachfolgenden Analytiker-Generationen zu verhindern, wollte er ihnen einen „didaktischen Leitfaden geben“.¹⁰⁴⁷

Ein nicht zu unterschätzender Faktor bezüglich der rigiden Anwendung von Abstinenzregeln scheinen irrationale und unbewusste Ängste, insbesondere bei jungen und/oder unerfahrenen Psychoanalytikern (gewesen) zu sein. Dies mag einerseits eine Reaktion auf Freuds im Jahr 1915 formulierte „Gefährlichkeit“ der psychoanalytischen

¹⁰⁴³ Freud, S. (1927): S. 543

¹⁰⁴⁴ Freud, S. (1927): S. 543 f. Vgl. auch Gysling, A. (1995): S. 141 f.

¹⁰⁴⁵ Freud, S. (1933): S. 165, zitiert nach Cremerius, J. (1981): S. 357.

¹⁰⁴⁶ Cremerius, J. (1981): S. 357.

¹⁰⁴⁷ Ebd. S. 357.

Methode gewesen sein. Die Angst davor, emotional zu stark involviert zu werden, könne dazu führen, so argumentierte Werner Kemper 1954, „[...] daß der Analytiker sich hinter ein Paraphennetz von ‚technischen Regeln im Umgang mit Patienten‘ verschanzt [...]“.¹⁰⁴⁸

Hinter einem vordergründig strengen und übermäßig distanzierten Analytikerverhalten können sich auch Zweifel an der ausreichenden eigenen Fachkompetenz und infolgedessen „Angst vor Entblößung“¹⁰⁴⁹ verbergen, wie dies von Greenson 1973 beschrieben wurde.

Es scheint sich bei den genannten möglichen Ängsten um überdauernde, bis in die Gegenwart reichende Phänomene zu handeln, ungeachtet der Weiterentwicklung von Theorie und Technik sowie der Tatsache, dass die psychoanalytischen Verfahren längst anerkannte Behandlungsmethoden darstellen. So schrieben im Jahr 1996 Thomä und Kächele im Zusammenhang mit der ‚Gegenübertragung‘ des Analytikers zwar nicht mehr von der „Gefährlichkeit“ der psychoanalytischen Methode, wohl aber von „Beunruhigungen“, welche die analytische Behandlung für den Analytiker auch heute noch beinhalte und woraus der Wunsch nach „Spielregeln“ resultiere, um angemessen damit umgehen zu können:

„Regelmäßig wiederholen sich Auseinandersetzungen über Freuds behandlungstechnische Ratschläge, exemplifiziert und eindrucksvoll gemacht an *Spiegelanalogie*, *Gefühlskälte*, *Neutralität* und *Inkognito* deshalb, weil jeder Psychoanalytiker immer wieder aufs Neue den vielfältigen Beunruhigungen einer komplexen Situation ausgesetzt ist. Deshalb scheinen all jene Lösungen einen hohen Kurswert zu erreichen, die Sicherheit und leichte Handhabung versprechen“.¹⁰⁵⁰

Die Gesamtheit dieser komplexen emotionalen Vorgänge im Analytiker, die in dem Begriff der ‚Gegenübertragung‘ zusammengefasst wurden, führte unweigerlich zu dem Wunsch nach einem Instrumentarium, mit dessen Hilfe eine „Gefühlskontrolle“¹⁰⁵¹ möglich wäre. Thomä und Kächele bezogen sich in diesem Zusammenhang auf Fenichel, der bereits 1941 festgestellt habe, „[...] daß die Angst vor der Gegenübertragung den Analytiker dazu

¹⁰⁴⁸ Kemper, W. (1954): S. 607.

¹⁰⁴⁹ Greenson, R. R. (1973): S. 385.

¹⁰⁵⁰ Thomä, H. u. Kächele, H. (1996): S. 104.

¹⁰⁵¹ Ebd. S. 106.

bringen könne, jede menschliche Natürlichkeit in seinen Reaktionen dem Patienten gegenüber zu unterdrücken“.¹⁰⁵²

Im Zusammenhang mit dem Bemühen um Kontrolle der Gegenübertragung könnte ein Übermaß an Strenge und Distanziertheit abgesehen von irrationalen Ängsten auch Ausdruck einer mehr oder weniger bewussten sadistischen Regung im Analytiker sein. Bereits 1930 gab Ferenczi zu bedenken:

„Nichts ist leichter, als unter dem Deckmantel der Versagungsforderungen an Patienten und Kinder den eigenen uneingestandenen sadistischen Neigungen zu frönen [...]“.¹⁰⁵³

Eine ähnlich drastische Formulierung fand Wilhelm Reich im Jahr 1933 in Bezug auf die unbewussten Gegenübertragungsgefühle, die dem berühmten ‚Schweigen‘ des Analytikers zugrunde liegen können:

„Analytiker, die ihren eigenen Sadismus nicht genügend kontrollieren, verfallen leicht in das berühmte ‚analytische Schweigen‘, ohne daß entsprechende Gründe vorlägen. Sie betrachten nicht die Neurose des Patienten, sondern ihn selbst als Feind, der ‚nicht gesund werden will‘“.¹⁰⁵⁴

Eine weitere Möglichkeit, weswegen sich im Analytiker sadistische Tendenzen entwickeln können, beschrieb Werner Kemper zwei Jahrzehnte später in seiner Abhandlung über die ‚Gegenübertragung‘. Dem Analytiker selbst werde – um seine Funktion ausüben zu können – ein solches Übermaß an „Verzicht“ auferlegt, dass der sich infolgedessen allmählich „anstauende Unwille über die ihm zudiktierte Rolle“¹⁰⁵⁵ verselbständigen und sich in übermäßiger Härte, gleichsam als „Rache“ am Patienten niederschlagen könne.

In ähnlicher Weise fasste auch Greenson diesen Vorgang zusammen:

„Ebenso können auch unbewußte sadistische Impulse den Analytiker veranlassen, dem Patienten unwissentlich überflüssige und harte Entbehungen aufzuerlegen, wobei er fälschlich glauben mag, er folge hier der ‚Abstinenzregel‘“.¹⁰⁵⁶

¹⁰⁵² Ebd. S. 104.

¹⁰⁵³ Ferenczi, S. (1930): S. 272.

¹⁰⁵⁴ Reich, W. (1933): S. 148.

¹⁰⁵⁵ Kemper, W. (1954): S. 618.

¹⁰⁵⁶ Greenson, R. R. (1973): S. 385.

Leo Stone beschrieb Wesenszüge mancher Psychoanalytiker, deren „schwer zwangshafte oder labile Persönlichkeiten“¹⁰⁵⁷ sie dazu bringen, das Freudsche ‚Spiegel-Konzept‘ in absurder Weise zu übertreiben, „[...] indem sie dieses Konzept als Rationalisierung für passive Grausamkeit benutzen oder es in unkritischer Begeisterung als den Buchstaben des Gesetzes ansehen [...]“.¹⁰⁵⁸

Eine ähnliche Auffassung vertrat auch von Schlieffen, der das schweigende oder wortkarge Analytiker-Verhalten, welches dieser rationalisierend etwa als Ausdruck einer dem Patienten gegenüber abstinente Haltung deklarierte, eher einer mangelnden Fähigkeit des Analytikers zuschrieb, angemessen auf spezifische Anforderungen in der analytischen Situation, in Bezug auf passive Wünsche des Patienten, einzugehen. Als mögliche Erklärungen für dieses Unvermögen vermutete er „Triebabwehrkonflikte“ oder „berufsbezogene Ideologien“¹⁰⁵⁹ des Analytikers.

Hinter Schweigen, passivem Abwarten und Zurückhaltung könnte auch eine Bequemlichkeitshaltung verborgen sein, vermutete Leo Stone. Die abstinenten Haltung des Analytikers entbinde ihn von den Belastungen, die sich aus einer eventuellen Notwendigkeit ergeben würden, aktiv zu werden.¹⁰⁶⁰

Als weitere irrationale Begründung für unangemessen abstinentes Analytikerverhalten führte Leo Stone die Angst vor Tabuverletzungen an. Gerade weil die Beziehung zwischen Analytiker und Analysand sich so stark von sonstigen gewöhnlichen menschlichen Beziehungen unterscheidet, sei man daran interessiert gewesen, dieser „spezifischen Form menschlicher Beziehung“ ein besonderes, auf Wissenschaftlichkeit bedachtes „Konzept“ zugrunde zu legen. In dem Bemühen, dieses Konzept umzusetzen, scheinen

„[...] intelligente und ihrer Natur nach freundliche junge Kollegen sich vor einem passenden Wort des Mitleids oder einer freundlichen Nachfrage (z. B. im Zusammenhang mit Tod, schwerer Krankheit oder anderen Unglücksfällen) oder vor dem Aussprechen von Glückwünschen (wie anlässlich einer Heirat, des Empfangs hoher Ehren usw.) häufig weit mehr zu fürchten als vor einer [...] verbalen Aggression. Dies letztere mag ein großer Fehler sein, das erstere ist ein Tabu“.¹⁰⁶¹

¹⁰⁵⁷ Stone, L. (1973): S. 38.

¹⁰⁵⁸ Ebd. S. 38.

¹⁰⁵⁹ Schlieffen, H. Graf von (1982): S. 289.

¹⁰⁶⁰ Vgl. Stone, L. (1973): S. 44 f.

¹⁰⁶¹ Ebd. S. 34.

Diese Beobachtung erinnert an Paula Heimanns Beschreibung einiger von ihr supervidierten Ausbildungskandidaten: diese hatten wiederholt Bemerkungen ihrer Patienten, die auf eine Übertragungsliebe oder sexuelle Fantasien ihrem Analytiker gegenüber hindeuteten, „übersehen“¹⁰⁶² und stattdessen vorzugsweise aggressive Übertragungsreaktionen aufgegriffen. Leo Stone kommentierte diese Phänomene mit den Worten:

„In einem solchen schematischen Konzept ist Aggression, die mit der Idee der Abstinenz eher in Einklang steht als Liebe, für das Schema weniger störend“.¹⁰⁶³

Die Hintergründe für diese übertriebene Abstinenzhaltung sah Stone einerseits in einer Reaktion auf die allzu „radikalen Modifikationen“¹⁰⁶⁴ in den Behandlungstechniken, wie sie beispielsweise von Alexander durchgeführt worden waren. Darauf würden gerade jüngere Kollegen mit besonderer „Rigidität“ reagieren. Einen weiteren wichtigen Grund sah er in der Notwendigkeit, sich von der sich rasant entwickelnden „auf psychoanalytischen Prinzipien beruhenden ‚Psychotherapie‘“¹⁰⁶⁵ deutlich abzugrenzen.

¹⁰⁶² Heimann, P. (1964): S. 483.

¹⁰⁶³ Stone, L. (1973): S. 34.

¹⁰⁶⁴ Ebd. S. 34 f.

¹⁰⁶⁵ Ebd. S. 35.

13. Die Bedeutung der Abstinenz im Hinblick auf die Wirkfaktoren und das Heilsame in der psychoanalytischen Therapie

Die Bedeutung, die den Abstinenzprinzipien für die psychoanalytische Therapie zugesprochen wurde, variierte auch im Hinblick darauf, welche Faktoren als das Heilsame an der psychoanalytischen Behandlungsmethode angesehen wurden.¹⁰⁶⁶ Daher sollen auch die jeweils vorherrschenden Vorstellungen und Hypothesen darüber, wie und wodurch psychoanalytische Therapie wirkt, Erwähnung finden, einschließlich der Einschätzung, welche Faktoren als die eigentlichen therapeutischen Agenzien angesehen wurden und wie man sich den Heilungsweg vorstellte. Diese Thematik kann im Rahmen dieser Untersuchung nur umrissen werden und wäre Gegenstand eigenständiger Untersuchungen. Heilsam an der psychoanalytischen Therapie sei, so schrieb Freud 1907 „[...] das Bewußtmachen des Verdrängten [...]“¹⁰⁶⁷, das allein aber noch nicht ausreiche, vielmehr sei „[...] das Wesentliche der ganzen Veränderung [...] die Erweckung der Gefühle“.¹⁰⁶⁸ Zusammenfassend formulierte Freud, die psychoanalytische Behandlung ziele darauf ab, „[...] verdrängte Liebe zu befreien, die in einem Symptom einen kümmerlichen Kompromißweg gefunden hatte“.¹⁰⁶⁹ Im Jahr 1912 beschrieb er detaillierter den Heilungsweg, indem er die Aspekte ‚Übertragung‘ und ‚Widerstand‘ mit einbezog.

Er ging von der Annahme aus, dass „[...] die Übertragung ein automatisch in Gang kommender Prozeß, eine Wiederholung alter Muster [...]“¹⁰⁷⁰ sei. Im Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung strebe in dem Kranken der nicht befriedigte, verdrängte und daher unbewusste Triebimpuls danach, in der Übertragungssituation Befriedigung zu finden. Der Patient werde also seine Liebesbedürftigkeit auf die Person des Analytikers richten und sich von ihm Befriedigung erhoffen. Dies soll aber gerade nicht geschehen, vielmehr soll dieser verdrängte Triebimpuls erinnert und bearbeitet werden. Durch die Deutungsarbeit des Analytikers und dadurch, dass dieser vermittels einer abstinenter Haltung die Übertragungswünsche des Patienten frustriert, könne dieser zur Einsicht gelangen. Freud schrieb 1912:

¹⁰⁶⁶ Anmerkung: Als das ‚Ziel‘ der Psychoanalyse wurde nicht von allen Autoren die ‚Heilung‘ oder das Verschwinden der Symptome benannt. Vielmehr wurden unterschiedliche Ziele definiert. Beispielsweise schrieb Klauber im Jahr 1980: „Es ist allgemein anerkannt, daß Psychoanalyse Entwicklung, nicht Heilung zum Ziel hat.“ Klauber, J. (1980): S. 10.

¹⁰⁶⁷ Freud, S. (1907): S. 118.

¹⁰⁶⁸ Ebd. S. 118.

¹⁰⁶⁹ Ebd. S. 118.

¹⁰⁷⁰ Cremerius, J. (1979): S. 586.

„Der Kranke [...] will seine Leidenschaften agieren, ohne auf die reale Situation Rücksicht zu nehmen. Der Arzt will ihn dazu nötigen, diese Gefühlsregungen in den Zusammenhang der Behandlung und in den seiner Lebensgeschichte einzureihen, sie der denkenden Betrachtung unterzuordnen und nach ihrem psychischen Werte zu erkennen. Dieser Kampf zwischen Arzt und Patienten, zwischen Intellekt und Triebleben, zwischen Erkennen und Agierenwollen spielt sich fast ausschließlich an den Übertragungsphänomenen ab. Auf diesem Felde muß der Sieg gewonnen werden, dessen Ausdruck die dauernde Genesung von der Neurose ist“.¹⁰⁷¹

Jene entscheidenden – konflikthaftern und daher verdrängten – Erinnerungsinhalte werden dem Patienten im Verlauf einer analytischen Behandlung allmählich bewusst. Dies geschehe durch die Deutungsarbeit des Analytikers, die sich vor allem darauf beziehe, all diejenigen Widerstände, die sich im Patienten dieser Bewusstwerdung entgegenstellen, deutend aufzulösen. Ein besonders starker Widerstand stelle die Übertragung des Patienten auf den Analytiker dar. Indem der Analytiker versuche diesen Widerstand zu deuten, müsse er allerdings beachten, schrieb Freud 1914:

„[...] daß das Benennen des Widerstandes nicht das unmittelbare Aufhören desselben zur Folge haben kann. Man muß dem Kranken die Zeit lassen, sich in den ihm unbekanntem Widerstand zu vertiefen, ihn d u r c h z u a r b e i t e n, ihn zu überwinden [...].

Dieses Durcharbeiten der Widerstände mag in der Praxis zu einer beschwerlichen Aufgabe für den Analysierten und zu einer Geduldprobe für den Arzt werden. Es ist aber jenes Stück der Arbeit, welches die größte verändernde Einwirkung auf den Patienten hat [...].“¹⁰⁷²

Von den späteren Analytiker-Generationen erkannten nicht alle diese von Freud vermuteten Faktoren als die für die Heilung bzw. deutliche Besserung entscheidenden Agenzien an. Diesbezüglich beschrieb Cremerius eine Einteilung in zwei große Richtungen: zu der Ersteren zählte er die „Vertreter der ‚klassischen Technik‘“¹⁰⁷³, zu der Zweiten die, welche für die „Therapie der emotionalen Erfahrung“¹⁰⁷⁴ eintraten.

Die Ersteren, zu denen unter Anderen Eissler, Greenson und Sandler gehören, gehen davon aus, im Rahmen der durch die Behandlung hervorgerufenen Übertragungsneurose werden über gezielt eingesetzte Deutungen sowohl die Übertragungsneurose als auch die

¹⁰⁷¹ Freud, S. (1912 a): S. 374.

¹⁰⁷² Freud, S. (1914): S. 135 f.

¹⁰⁷³ Cremerius, J. (1979): S. 577.

¹⁰⁷⁴ Ebd. S. 580.

ursprüngliche Neurose allmählich aufgelöst, sodass dem Patienten eine bessere Anpassung an seine Lebensumstände möglich sei. Entsprechend dieser Hypothese spielt hier die Abstinenz des Analytikers eine große Rolle, da sie als wichtige, wenn nicht als *die wichtigste* Bedingung zur Entstehung der Übertragungsneurose angesehen wurde.

Den Vertretern dieser Ansicht stehen diejenigen Analytiker gegenüber, welche die emotionale Erfahrung als den wichtigsten heilsamen Faktor in der psychoanalytischen Behandlung ansehen. Zu ihnen gehörten u. a. Ferenczi, Winnicott, Sascha Nacht, Rosenfeld. Obwohl sie unterschiedliche Techniken anwandten, bestand ihr gemeinsames Ziel darin, den Kranken gerade *nicht* über Vernunft und Einsicht zu helfen, sondern dadurch, dass sie ihnen eine Art Ersatz für ihre (hauptsächlich in ihren frühkindlichen Phasen entstandenen) emotionalen Defizite bieten wollten. Diesen Gedanken brachte z. B. Ferenczi im Jahr 1928 mit folgenden Worten zum Ausdruck:

„[...] daß der Heilungsvorgang zu einem großen Teil darin besteht, daß der Patient den Analytiker (den neuen Vater) an die Stelle des in seinem Über-Ich so breiten Raum einnehmenden wirklichen Vaters setzt und nunmehr mit diesem analytischen Über-Ich weiterlebt“.¹⁰⁷⁵

Bei diesen Befürwortern der „korrektiven emotionalen Erfahrung“¹⁰⁷⁶ würden entsprechend andere behandlungstechnischen Interventionen eingesetzt werden. Ein wichtiges Prinzip dabei sei die „Toleranz“.¹⁰⁷⁷ Eine von Abstinenz geprägte Technik wurde eher als schädlich für den Patienten angesehen und Übertragungswünsche der Analysanden teilweise erfüllt, wie dies vor allem in Ferenczis Technik der „Verzärtelung“¹⁰⁷⁸ zum Ausdruck kam. Die Vertreter dieser „mütterlichen“ Richtung sahen die Übertragung nicht mehr, wie Freud sie sah, als eine Wiederholung früherer Muster an, sondern als „Antwort auf den Analytiker“.¹⁰⁷⁹ Davon ausgehend sollen dem Patienten Übertragungshaltungen angeboten werden, mit denen die frühen Mutter-Kind-Störungen korrigierend nacherlebt werden können. Erst wenn der Patient neue, im Vergleich zu seiner Kindheit positivere Erfahrungen gemacht habe, könne er nachreifende Entwicklungsschritte vollziehen.

Diese verschiedenen Autoren, die darin übereinstimmen, den Patienten zu neuen, ‚korrigierenden‘ emotionalen Erfahrungen zu verhelfen, um auf diesem Weg eine Heilung

¹⁰⁷⁵ Ferenczi, S. (1928): S. 247.

¹⁰⁷⁶ Cremerius, J. (1979): S. 577.

¹⁰⁷⁷ Ebd. S. 586.

¹⁰⁷⁸ Ferenczi, S. (1931): S. 284.

¹⁰⁷⁹ Cremerius, J. (1979): S. 586.

oder entscheidende Besserung zu ermöglichen, gingen hinsichtlich ihrer Technik allerdings unterschiedliche Wege. Bei Sascha Nacht stand, nach Ansicht von Cremerius, an vorderster Stelle die „Nacherziehung durch freundliche Präsenz“¹⁰⁸⁰ und nicht das Deuten. Kernberg, der davon ausginge, dass sich die Kindheit nicht durch Deuten rekonstruieren lasse, arbeite ausschließlich im Hier und Jetzt und versuche in der Gegenwart eine „neue Wirklichkeit“¹⁰⁸¹ entstehen zu lassen. Fürstenau dagegen plädiere dafür, „in den sich isolierenden, abschirmenden Patienten libidinös einzudringen“.¹⁰⁸² Die Autoren dieser Richtung gingen von einer umgekehrten Reihe des Heilungsprozesses aus, als dies Freud vermutete. Für Freud musste zunächst über den Weg der Deutung die Einsicht erzielt werden, danach erst sei dem Patienten möglich, am Analytiker neue emotionale Erfahrungen zu machen. Die Vertreter der zweiten Richtung dagegen sehen diese Reihenfolge genau umgekehrt: „Am Anfang steht die emotionale Erfahrung am Analytiker, sie erst macht Deutung und Einsicht möglich“.¹⁰⁸³ Nach Cremerius sei mit diesen unterschiedlichen Ansätzen noch lange nicht geklärt, ob sie sich nur in der Theorie des jeweiligen Autors widerspiegeln oder in einer veränderten Behandlungstechnik. Zum anderen warnte er vor einer Polarisierung in die eine oder die andere Richtung hin, auch unter Berücksichtigung der unscharfen Diagnosekriterien.

Johannes Grunert bezog sich im Jahr 1989 auf Freuds erklärtes Ziel in der psychoanalytischen Behandlung „verdrängte Liebe zu befreien“ und nannte die dafür erforderlichen Bedingungen: dem Patienten müsse „[...] die Freiheit, sich rückhaltlos offen darzustellen“¹⁰⁸⁴ ermöglicht werden. Diesen Idealzustand bezeichnete Grunert als „Intimitätsdistanz“.¹⁰⁸⁵ Eine Behandlung, deren Grundregel darin besteht, dass der Patient alle Gedanken und Gefühle vorbehaltlos mitteilen könne, „[...] führt und verführt zu einer Atmosphäre größter Intimität [...]“.¹⁰⁸⁶ Die Regulation von „Intimität und Distanz“¹⁰⁸⁷ obliege dem Analytiker, der hierfür ein hohes Maß an „Selbstdisziplin und Verzichtbereitschaft“¹⁰⁸⁸ aufbringen müsse. Auch Grunert sprach sich für das „In-

¹⁰⁸⁰ Cremerius, J. (1979): S. 588.

¹⁰⁸¹ Ebd. S. 588.

¹⁰⁸² Ebd. S. 588.

¹⁰⁸³ Ebd. S. 587.

¹⁰⁸⁴ Grunert, J. (1989): S. 204.

¹⁰⁸⁵ Ebd. S. 204.

¹⁰⁸⁶ Ebd. S. 203.

¹⁰⁸⁷ Ebd. S. 204.

¹⁰⁸⁸ Ebd. S. 204.

Bewegungsetzen eines emotionalen Prozesses“¹⁰⁸⁹ im Patienten aus, als notwendige Bedingung, um die heilsamen Veränderungen herbeiführen zu können. Eine weitere Bedingung sei, dass der Patient die erforderliche Toleranz für ein Arbeitsklima aufbringe, welches ihm auch „Frustrierung und Versagung“ auferlege.

¹⁰⁸⁹ Ebd. S. 205.

14. Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die psychoanalytische Abstinenz hat sich im Verlauf der Geschichte der psychotherapeutischen Behandlung sowohl inhaltlich, hinsichtlich ihrer bedeutungstechnischen Bedeutung als auch bezogen auf die Art und Weise, wie die Abstinenzprinzipien zur Anwendung kamen, verändert. Das hat einerseits mit dem jeweiligen historischen Kontext zu tun, andererseits mit ihrem Bezug zur ‚Übertragung‘ und ‚Gegenübertragung‘. Nachdem der Vorgang der Übertragung einen anderen Inhalt bekommen hatte, also nicht mehr als endopsychischer Prozess sondern als interaktionelles Phänomen, das sich zwischen zwei Personen, nämlich Arzt und Patient ereignet, angesehen wurde, musste auch die Funktion der Abstinenz in der psychoanalytischen Behandlung neu definiert werden.¹⁰⁹⁰ Bedeutsam in Bezug auf die Gegenübertragung des Analytikers erscheint die Tatsache, dass sich der Umgang mit der Abstinenz parallel zu den Vorstellungen über Inhalt und Bedeutung der Gegenübertragung ab 1950 entscheidend veränderte, wobei die in den Jahren 1950 und 1964 von Paula Heimann veröffentlichten Beiträge eine wichtige Rolle spielen.¹⁰⁹¹

In der Literatur zur Geschichte der Psychoanalyse nimmt der Anteil, welcher die Theorie und Praxis der Behandlungstechnik im Hinblick auf das Abstinenzprinzip betrifft, einen vergleichsweise geringen Umfang ein. Das erscheint bemerkenswert angesichts der tatsächlichen Bedeutung – und darüber besteht, seitdem die Psychoanalyse existiert, ein Konsens – die der Abstinenz zukommt. Ihre hohe Bedeutung lässt sich bereits aus der Tatsache ableiten, dass die psychoanalytische Behandlung durch verbale Kommunikation erfolgt und die spezifische Art der Kommunikation des Psychoanalytikers wesentlich durch Abstinenzregeln determiniert ist.¹⁰⁹²

Davon ausgehend wäre in historischer Perspektive zu erwarten gewesen, dass die Art und Weise, in welcher die Psychoanalytiker im Hinblick auf das Abstinenzprinzip den Dialog mit ihren Patienten gestalten, zumindest Gegenstand ausführlicherer Untersuchungen gebildet hätte und in den Ausbildungsinstitutionen diese Gesprächstechnik diskutiert und Richtlinien vermittelt worden wären. Eigentliche Lehrbücher über psychoanalytische Behandlungstechnik, die zumindest in Ansätzen konkrete ‚Anleitungen‘ zur Gestaltung des

¹⁰⁹⁰ Vgl. Cremerius, J. (1984): S. 786-788.

¹⁰⁹¹ Vgl. Heimann, P. (1950): S. 81-84 sowie (1960): S. 9-15. Siehe auch: Holmes, M. (2017): S. 188-217.

¹⁰⁹² Vgl. Koerfer, A. u. Neumann, C. (1982): S. 104.

psychoanalytischen Dialogs enthielten, erschienen in Deutschland erst nach 1960¹⁰⁹³. Eine eigentliche ‚Gesprächstechnik‘ wurde allerdings bis in die Gegenwart nicht gelehrt. Die Lehrbücher enthalten zwar Ratschläge darüber, mit etwa welchen Formulierungen man zum Beispiel den Patienten zum Behandlungsbeginn instruieren sollte¹⁰⁹⁴, in Bezug auf den eigentlichen psychoanalytischen ‚Dialog‘ waren die Hinweise überwiegend allgemein gehalten oder es wurde implizit vorausgesetzt, die jeweils ‚richtigen‘ oder ‚geeigneten‘ verbalen Interventionen des Psychoanalytikers ergeben sich aufgrund seiner Professionalität, seiner Deutungskunst und Abstinenz sowie durch einen nicht definierten geheimen Mechanismus von selbst.¹⁰⁹⁵

In den allgemeinen Ratschlägen darüber, in welcher Weise die Deutungen gegeben werden sollten, wurde überwiegend für Kargheit und Zurückhaltung plädiert, wodurch das Prinzip der Abstinenz durch die Art, wie die Psychoanalytiker mit ihren Patienten sprachen, in Erscheinung trat.¹⁰⁹⁶ Da es nicht üblich gewesen ist, die in den analytischen Therapiestunden stattfindenden Dialoge etwa per Tonband aufzuzeichnen und zu transkribieren, existieren auch nur wenige wörtlich wiedergegebene Gesprächsprotokolle aus psychoanalytischen Sitzungen. Diese aufgezeichneten Dialoge, vor allem die Beiträge der Psychoanalytiker wirken oft eigenartig künstlich, teilweise automatenartig. Diese Effekte sind von einzelnen Autoren erkannt und kritisch hinterfragt worden¹⁰⁹⁷, aber bildeten nur selten die Themen von umfassenderen Auseinandersetzungen über psychoanalytische ‚Gesprächstechnik‘. Die Besonderheiten der konkreten Dialoge, die zwischen Analytiker und Analysand stattfinden, stellten erst ab den 1970er Jahren

¹⁰⁹³ Beispiel: 1958 erschien in den USA „Theory of Psychoanalytic Technique“ von Menninger, K. A. u. Holzman, P. S., (in Deutschland erschien 1977 die Übersetzung der „second edition“). Das 1967 in den USA veröffentlichte Lehrbuch von Greenson, R. R. erschien 1973 in Deutschland.

¹⁰⁹⁴ Vgl. z. B. Greenson, R. R. (1973): S. 39 f.

¹⁰⁹⁵ Vgl. ebd. S. 41: „Die psychoanalytische Situation ist so strukturiert, daß sie die maximale Entwicklung der Übertragungsreaktionen erleichtert. Die frustrierende Haltung des Psychoanalytikers und sein relatives Inkognito tragen dazu bei, die Übertragungsgefühle und –phantasien in vollem Umfang herauszulockern.“ Vgl. außerdem: Waelder, R. (1969): S. 188: „Dem Erfindungsreichtum des Analytikers steht hier ein weites Feld offen.“

¹⁰⁹⁶ Beispiele aus Menninger, K. A. & Holzman, P. S. (1977): S. 155: „Wenige Worte des Analytikers können dem Patienten helfen, neues Material über sich selbst in sein gesamtes bewußtes Wissen über sich zu integrieren. Sie versetzen ihn durch die Bestätigung oder die Verbalisierung seiner Entdeckungen in die Lage, das klar zu sehen, was er früher nicht sehen konnte und Dinge zu fühlen, die er zuvor nicht fühlen konnte.“ Außerdem ebd. S. 217: „Durch die Abstinenz des Analytikers [...] und mittels seiner deutenden Interventionen [...] wird der Patient in die Lage versetzt, seine eigene [...] Rolle bei der Verursachung oder dem Zustandekommen seiner Leiden zu verstehen und auf diese Art und Weise auch seine eigenen echten Verantwortungen, Fehler und Schwächen zu begreifen.“

¹⁰⁹⁷ Vgl. Schlieffen, H. Graf v. (1982): S. 300-304.

überhaupt Gegenstand eigenständiger Untersuchungen dar und erst ab dem Zeitpunkt erschienen diesbezüglich kritische Veröffentlichungen.¹⁰⁹⁸

Die Abstinenzregeln wurden ursprünglich sowohl dem *Patienten* als auch dem *Psychoanalytiker* auferlegt. Die Hauptlast und Verantwortung für deren Einhaltung trug seit ihrer Einführung der Psychoanalytiker. Wenn die Abstinenz des *Psychoanalytikers* gemeint war, wurde in der Literatur von manchen Autoren der Begriff „Neutralität“¹⁰⁹⁹ bevorzugt, beide Begriffe somit synonym verwandt.

Seit der Entstehung der psychoanalytischen Behandlungsmethode ist das Abstinenzprinzip in der Behandlung und als innere Haltung des Analytikers gegenüber seinem Patienten vorhanden und somit im nachhinein als behandlungstechnisches Element erkennbar gewesen, auch wenn es als solches noch nicht benannt wurde, also bereits einige Jahre bevor Freud den Begriff ‚Abstinenz‘ explizit einführte.

Ein wesentlicher Grund dafür, weshalb Freud im Jahr 1915 offiziell die ‚Abstinenz‘ als wesentliche Behandlungsregel einführte, bestand in der potenziellen „Gefährlichkeit“ der damals neuen Behandlungsmethode. Als gefährlich erschien Freud das in der sogenannten Übertragung und Gegenübertragung enthaltene Potenzial, welches aus den mehr oder weniger bewussten Triebwünschen resultiere, die Freud mit dem Begriff der „Übertragungsliebe“¹¹⁰⁰ zusammenfasste. Konkret könnte sich in einer Patientin ein auf die Person des Psychoanalytikers gerichtetes erotisches Begehren entwickeln und daraus könnten Verführungsversuche vonseiten der Patientin resultieren, denen der Psychoanalytiker widerstehen müsse, was ihm normalerweise auch gelinge. Tatsächlich musste Freud feststellen, dass einige seiner Kollegen dieser Versuchung nicht widerstanden und Liebesaffären mit ihren Patientinnen begannen. Freud befand eine solche Entwicklung als das Ende der psychoanalytischen Behandlung, weil der Leidensdruck und damit die Motivation für echte Veränderung bei der Patientin verloren ginge. Abgesehen von dieser

¹⁰⁹⁸ Hierzu gehören die Publikationen von Schafer, R. (1976): *A New Language for Psychoanalysis*, zitiert bei Schlieffen, H. Graf v. (1982): S. 300 sowie Flader, D., Grodzicki, W.-D. u. Schröter, K. (1982).

¹⁰⁹⁹ Es soll darauf hingewiesen werden, dass auch die „psychoanalytische Neutralität“ unterschiedlich und mehrdeutig definiert wurde. Gemäß der Definition von Heinz Kohut könne die „[...] analytische Neutralität [...] als der Widerhall definiert werden [...], den man im Durchschnitt von Personen erwarten kann, die ihr Leben der Aufgabe gewidmet haben, anderen Menschen mit Einsicht zu helfen, die sie durch das empathische Eintauchen in deren inneres Leben erhielten.“ Kohut, H. (1981): S. 254.

¹¹⁰⁰ Freud, S. (1915): S. 305-321.

Möglichkeit musste Freud auch dem Vorwurf entgegentreten, die psychoanalytische Methode bringe die *Analysanden* oder *Patienten* dazu, sich über moralische Grenzen hinwegzusetzen und ermuntere zu unangemessenem, sexuell freizügigem Verhalten.¹¹⁰¹

Da Freud um den guten Ruf der Psychoanalyse fürchten musste, führte er die Abstinenz als behandlungstechnische *Regel* ein.

Als *Prinzip* gewann die Abstinenz im Verlauf der Geschichte der psychoanalytischen Methode zunehmend an Bedeutung, indem sie mehr und mehr das Verhalten des Psychoanalytikers seinem Patienten gegenüber bestimmte. Das ‚Abstinente‘ in der psychoanalytischen Behandlung ging und geht insofern weit über das hinaus, was Freud seinerzeit als die „Entbehrung“ im Sinne eines technischen Ratschlags für die psychoanalytische Therapie eingeführt hatte.

Darüber hinaus kennzeichnet(e) das ‚Abstinente‘ eine innere *Einstellung des Psychoanalytikers*, deren Ausmaß ihm selbst nur partiell bewusst zu sein schien. Folglich ließ sich abstinentes Verhalten auch dort erkennen, wo der Begriff ‚Abstinenz‘ nicht konkret erwähnt wurde. Möglich erscheint aber auch, dass ein bestimmtes therapeutisches Verhalten, mit übermäßiger Strenge, Wortkargheit, Affektarmut nach außen als vermeintlich abstinentes Verhalten in Erscheinung trat, tatsächlich jedoch aus mehr oder weniger bewussten Gegenübertragungsanteilen des Psychoanalytikers resultierte und sich dahinter die Furcht vor dem eigenen emotionalen Involviertwerden, Unsicherheit, Unerfahrenheit oder sogar sadistische Tendenzen verbargen.¹¹⁰² In diesem Zusammenhang bleibt zu fragen, inwiefern in manchen Fällen nicht der abstinente Psychoanalytiker aus der Not eine Tugend machte, indem er bestimmte persönliche, nicht immer bewusste, innere Einstellungen im nachhinein durch eine dazu passende Technik rationalisierend rechtfertigte.¹¹⁰³

Die Abstinenz wurde im Verlauf der Geschichte der Psychoanalyse umso wichtiger, je mehr dazu übergegangen wurde, die Beziehung zwischen Psychoanalytiker und Analysand (Patient) in den Mittelpunkt der psychoanalytischen Theorie und Technik zu stellen. Diese

¹¹⁰¹ Vgl. Menninger, K. A. U. Holzman, P. S. (1977): S. 121.

¹¹⁰² Vgl. Ferenczi, S. (1930): S. 272, Reich, W. (1933): S. 148, Kemper, W. (1954): S. 607, Greenson, R. R. (1973): S. 385, Stone, L. (1973): S. 34 sowie Thomä, H. u. Kächele, H. (1996): S. 104.

¹¹⁰³ Vgl. Schlieffen, H. Graf von (1982): S. 290.

Beziehung ist eng mit dem Wechselspiel zwischen ‚Übertragung‘ und ‚Gegenübertragung‘ verknüpft.¹¹⁰⁴

Bereits in den Anfangsjahren der Psychoanalyse hatten sich, im Hinblick auf Theorie und Praxis der psychoanalytischen Behandlungsmethode, insbesondere in Bezug auf Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung zwei grundsätzlich verschiedene Lager entwickelt. Es gab die Gruppe der abstinenter, versagender, zurückhaltenden, emotional kühlen, nur-deutenden, nicht unterstützenden Psychoanalytiker. Zu ihnen zählen neben Sigmund Freud selbst auch Kurt Eissler, Robert Waelder und Ralph Greenson. Ihnen standen die eher mütterlichen, mitfühlend teilnehmenden, unterstützenden, Antwort gebenden Psychoanalytiker gegenüber, am bekanntesten unter ihnen wurde Sándor Ferenczi. Diese Polarisierung setzt sich in mehr oder weniger abgeschwächter Form bis in die Gegenwart fort. Zwei Autoren nehmen dabei eine Sonderstellung ein: Michael Balint und Gaetano Benedetti.

Balint setzte sich sowohl für eine verständnisvolle, Antwort gebende und unter bestimmten Voraussetzungen auch gratifizierende Zuwendung ein, gegebenenfalls aber auch für Zurückhaltung. Keineswegs ging es ihm darum, die Übertragungswünsche des Patienten zu befriedigen. Vielmehr erkannte er, dass in manchen Phasen der Behandlung die therapeutische Beziehung Vorrang vor der Deutung haben müsse. Wenn es darum ging, die therapeutische Beziehung aufrecht zu erhalten, konnte es sinnvoll sein, die im Zusammenhang mit dem Wunsch nach Objektbeziehung stehenden Bedürfnisse des Patienten zu befriedigen. Der Psychoanalytiker dürfe allerdings nicht zu gewährend sein, sonst würde er vom Patienten als omnipotent erlebt werden, seine Abhängigkeit vom Psychoanalytiker würde zu groß werden. Dieser Effekt würde die Asymmetrie in der Arzt-Patient-Beziehung vergrößern, wodurch der therapeutische Prozess gestört werden könnte.¹¹⁰⁵

Benedetti war weder ein Vertreter väterlicher Strenge noch sprach er sich für ein mütterlich fürsorgliches Verhalten aus. Gerade wenn es um das Ungleichgewicht und das Trennende zwischen Arzt und Patient ging, sprach sich Benedetti für ein *neben* oder *bei* dem Patienten sein und für ein *brüderlich* anteilnehmendes Verhalten aus.

¹¹⁰⁴ Vgl. Haynal, A. (2000) S. VIII.

¹¹⁰⁵ Vgl. Balint, M. (2002): S. 210 f.

Ungeachtet der konträren Einstellung der beiden unterschiedlichen Gruppierungen lässt sich eine Tatsache nicht verleugnen: Freud selbst trug dazu bei, dass sich diese beiden konträren Richtungen entwickelten. Einerseits hatte Freuds Forderung, für den Patienten ausschließlich als Spiegel zu fungieren, in Verbindung mit seiner Abstinenzregel dafür gesorgt, dass viele Psychoanalytiker ihren Patienten gegenüber eine kalte, rigide, teilweise auch autoritäre Haltung entgegenbrachten¹¹⁰⁶. Man ging davon aus, nur in einer solchen Behandlungsatmosphäre könnten sich die Übertragungsfantasien des Patienten unverfälscht entwickeln. Abgesehen davon, wie illusionär diese Vorstellung einer „keimfreien“ Übertragung gewesen ist und um wie viel komplexer die Gesamtheit der Mechanismen um Übertragung und Gegenübertragung tatsächlich sind, führte diese strikt abstinente und autoritäre Haltung bei einigen Patienten zu übertriebener Ehrfurcht und Hemmungen, wodurch ein unterwürfiges bzw. sozial erwünschtes Verhalten resultierte, welches den Psychoanalytikern häufig noch nicht einmal auffiel und somit auch nicht analysiert werden konnte.¹¹⁰⁷

Andererseits hatte sich Freud bereits 1919 für einen differenzierten Umgang mit den Patienten ausgesprochen, je nach Krankheitsbild und Schweregrad der Störung.¹¹⁰⁸ Allerdings trug er – wohl unbeabsichtigt – aufgrund mancher seiner, für seine Kollegen und Schüler nicht eindeutigen Ratschläge zu einiger Unsicherheit bei. Einige von Freuds behandlungstechnischen Empfehlungen, mit welchen er ein Fundament für sinnvolle und notwendige Modifikationen hatte schaffen wollen, scheinen eher zur Verwirrung oder falscher Auslegung beigetragen zu haben. Da Freud seine Ratschläge, gemessen an der Komplexität der Thematik, nicht eindeutig genug formuliert hatte, konnten sie auf verschiedene Arten ausgelegt werden, wie zum Beispiel die folgende Empfehlung in Bezug auf die Übertragungswünsche des Patienten: „Einiges muß man ihm ja wohl gewähren, mehr oder weniger, je nach der Natur des Falles und der Eigenart des Kranken. Aber es ist nicht gut, wenn es zu viel wird.“¹¹⁰⁹ Die in solchen Formulierungen enthaltene Uneindeutigkeit scheint einer der Gründe dafür gewesen zu sein, weshalb das Abstinenzprinzip seit seinem Ursprung so viele kontrovers geführte Debatten hervorbrachte. Diesbezüglich beklagten einige Autoren das Fehlen von Kriterien, aus

¹¹⁰⁶ Vgl. Greenson, R. R. (1973): S. 222.

¹¹⁰⁷ Vgl. Ebd. S. 222.

¹¹⁰⁸ Vgl. Freud, S. (1919): S. 191.

¹¹⁰⁹ Ebd. S. 189.

denen hervorgeht, „[...] *was* nun dem Patienten erlaubt oder gegeben werden darf“.¹¹¹⁰ Selbst die Frage, wie offen ein Psychoanalytiker seinem Patienten Sympathie oder Freundlichkeit zeigen dürfe, wurde Gegenstand breiter Auslegung. Auch der Versuch, in diesem Zusammenhang Standardbegriffe wie „wohlwollende Neutralität“¹¹¹¹ oder „humane Unaufdringlichkeit“¹¹¹² einzuführen, erbrachte keine Klarheit und schien eher von den persönlichen Überzeugungen des jeweiligen Psychoanalytikers abhängig gewesen zu sein. Je nach individueller Interpretation von Freuds Ratschlägen kam es sowohl zu übermäßiger Strenge in den Behandlungsräumen, als auch zu „wilder Psychoanalyse“¹¹¹³.

Die individuelle Persönlichkeit des Psychoanalytikers sowie sein individuelles Verständnis von Abstinenz scheinen einen wesentlichen Einfluss darauf gehabt zu haben, in welcher Weise er sich in seinen Behandlungen verhielt, ob er sich also entweder überwiegend wortkarg, zurückhaltend, betont ‚neutral‘ oder ob er sich meist warmherzig, freundlich verständnisvoll verhielt. Beide Aspekte prägten die jeweilige Atmosphäre in den Behandlungsräumen.

Als wichtigste Funktion der Abstinenzregeln für den *Patienten* wurde bis etwa zum Beginn der Fünfziger Jahre des vorigen Jahrhunderts die Sicherstellung einer ungestörten Entwicklung der Übertragung angesehen. Dem Patienten sollte die Möglichkeit gegeben werden, seine Übertragungsfantasien unbeeinflusst von der Person des Therapeuten, dessen Vorlieben, Einstellungen oder Wertesystem zu entwickeln und bedingungslos offen alle Gedanken äußern zu können. Man ging bis damals überwiegend noch davon aus, wenn sich der Psychoanalytiker ausreichend abstinente verhalte, also beispielsweise nichts über seine eigene Person offenbare, wortkarg und „neutral“ bleibe, keine Gefühle zeige, keine Ermunterung, keine Ratschläge gebe sondern ausschließlich die Assoziationen des Patienten deutend widerspiegele, dann könnte sich die – im Patienten schon bereitliegende

¹¹¹⁰ Stone, L. (1973): S. 28. Vgl. auch Cremerius, J. (1984): S. 780.

¹¹¹¹ Stone, L. (1973): S. 32.

¹¹¹² Greenson, R. R. (1973): S. 282.

¹¹¹³ Der Begriff ‚wilde Psychoanalyse‘ stammt aus Freuds im Jahr 1910 verfassten Aufsatz: Über „wilde“ Psychoanalyse. Siehe Freud, S. (1910): S. 117-125. Der Arzt und Psychoanalytiker **Georg Groddeck** (1866-1934), der als Pionier im Bereich der psychoanalytisch orientierten Psychosomatik gilt, nahm den Begriff der „wilden“ Psychoanalyse auf. Seine Rede auf dem Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Den Haag im September 1920 eröffnete er mit den Worten: „Ich bin ein wilder Analytiker.“ Wie Freud war auch Groddeck ein Befürworter der Laienanalyse. Im Gegensatz zu Freud hatte Groddeck deutlich von Freud abweichende Vorstellungen über die Ursachen von psychischen und somatischen Erkrankungen und im Gegensatz zu Freud lag ihm wissenschaftliches Denken fern. Der Begriff des ‚Es‘, den Freud von Groddeck übernahm, hatte bei Groddeck eine deutlich andere, eine Art religiöse Bedeutung. Vgl. Stumm, G. et al. (2005): S. 193 sowie Goddemeier, C. (2009).

– Übertragung ungestört entwickeln. Dem Analytiker komme somit die Rolle einer – im Grunde austauschbaren – Übertragungsfigur, einer „Ankleidepuppe der Übertragung“¹¹¹⁴ zu. Der ursprüngliche, von Freud geprägte Anspruch, als Psychoanalytiker für den Patienten ein „Spiegel“ zu sein, ließ sich im Verlauf der Geschichte der Psychoanalyse nicht lange aufrecht erhalten. Bereits 1939 wies Balint darauf hin, wie viel ein noch so schweigsamer, abstinenter Psychoanalytiker bereits durch Aussehen, Kleidung, Einrichtung der Behandlungsräume etc. über seine Person offenbart. Und 35 Jahre später erklärte Thomä, wie sehr gerade auch die Sprache des Psychoanalytikers, mag sie auch noch so karg und neutral sein, Rückschlüsse auf sein Denken geben könne.¹¹¹⁵ Es setzte sich nach und nach die Erkenntnis durch, dass eine „keimfreie“ Isolierung von Übertragungsmaterial weder sinnvoll noch möglich ist. Der Patient erfährt persönliche Vorlieben, innere Überzeugungen seines Psychoanalytikers, auch wenn dieser um totale Anonymität bemüht ist und Fragen ignoriert, welche sich auf seine Person beziehen. Die Übertragung des Patienten wird immer auch durch die Person des Psychoanalytikers beeinflusst. Angesichts dieser Erkenntnis erscheint bemerkenswert, dass die entsprechenden Abstinenzregeln teilweise bis in die Gegenwart aufrecht erhalten wurden.

Eine weitere wichtige Hauptfunktion der Abstinenz, welche sowohl dem *Patienten* als auch dem *Psychoanalytiker* diene, wurde darin gesehen, dass sie in der analytischen Situation jenes Maß an Distanz schaffe, welches notwendig sei, um den Analytiker davor zu bewahren, „[...] Mitspieler im Wiederholungszwang des neurotischen Prozesses zu werden“.¹¹¹⁶ Eine solche Gefahr ergebe sich nicht nur durch die Besonderheiten seines Berufes und der psychoanalytischen Methode, sondern auch durch seine „Menschennatur“.¹¹¹⁷ Im Gegensatz zu dem Patienten verfügt der Psychoanalytiker zwar unter anderem über eine gründliche Ausbildung einschließlich seiner eigenen Lehranalyse und seiner Kenntnisse über Theorie und Praxis der psychoanalytischen Behandlungstechnik, andererseits ist er wie der Patient ein Mensch mit neurotischen Konflikten und unbefriedigten Bedürfnissen und muss dennoch „[...] das Wagnis eingehen, sich tief in das unbewußte Geschehen einzulassen“.¹¹¹⁸ Allgemein formuliert dient(e) dem Psychoanalytiker die Abstinenz als das wichtigste Instrument, um trotz aller, aus der

¹¹¹⁴ Fliess, R. (1942): S. 215, bei: Heigl-Evers, A. (1978): S. 83.

¹¹¹⁵ Vgl. Thomä, H. (1974): S. 388.

¹¹¹⁶ Cremerius, J. (1984): S. 789.

¹¹¹⁷ Ebd. S. 790.

¹¹¹⁸ Ebd. S. 790.

Gegenübertragung erwachsenden potenziellen Gefahren handlungsfähig zu bleiben und seine Arbeit zu einem erfolgreichen Abschluss führen zu können.

Neben den ‚offziellen‘ Begründungen für abstinentes Psychoanalytiker-Verhalten, sind eine Reihe von ‚inoffziellen‘ und irrationalen Gründen für Abstinenz genannt worden. Hierbei spielten – bewusste und unbewusste, realistische und irrationale – Ängste und Befürchtungen der Psychoanalytiker eine wesentliche Rolle: Freud fürchtete seinerzeit – mit gutem Grund – um die Reputation der Psychoanalyse als noch junge Wissenschaft und Behandlungsmethode. Er wollte seinen Schülern und Nachfolgern Spielregeln an die Hand geben, um ein allzu ausuferndes Experimentieren zu verhindern. Dabei spielte auch die Tatsache eine Rolle, „[...] daß die Psychoanalyse sich in einer feindlichen Umwelt entwickeln mußte, von Anfang an, insbesondere von der Psychiatrie, aber auch von anderen Disziplinen bekämpft [...]. Darüber hinaus schuf sie durch ihre Paradigmen eine Verunsicherung, löste in breiten Kreisen Angst aus, vergleichbar den paradigmatischen Ideen Darwins und Marx’, den beiden anderen großen Störenfriedern des Jahrhunderts“.¹¹¹⁹

Aus einigen Schriften von Autoren, die zu Freuds nachfolgenden Psychoanalytiker-Generationen zählen, lassen sich ab etwa der 1950er Jahre irrationale Ängste, resultierend aus den emotionalen „Beunruhigungen“¹¹²⁰ im Zusammenhang mit der ‚Gegenübertragung‘ des Psychoanalytikers bis in die heutige Zeit erkennen. Aus diesen Ängsten heraus erwuchs der Wunsch nach „Spielregeln“¹¹²¹, welche für den Psychoanalytiker als eine Art von „Gefühlskontrolle“¹¹²² fungieren soll(t)en. Daneben wurden seit den Anfängen der psychoanalytischen Behandlungsmethode von verschiedenen Autoren auch mehr oder weniger unbewusste sadistische Tendenzen oder Rachegefühle des Analytikers gegenüber seinem Patienten als Hintergrund für sein – vermeintlich dem Abstinenzprinzip geschuldetes – Psychoanalytiker-Verhalten vermutet.¹¹²³ Als weitere Möglichkeit, die vor allem unerfahrene Analytiker betreffen, kommen persönliche Unsicherheit und Zweifel an der eigenen Fachkompetenz in Betracht, welche sich hinter einem äußerlich kühlen „neutralen“ Analytikerverhalten verbergen können.

¹¹¹⁹ Cremerius, J. (1981): S. 357.

¹¹²⁰ Vgl. Thomä, H. u. Kächele, H. (1996): S. 104.

¹¹²¹ Ebd. S. 104.

¹¹²² Ebd. S. 106.

¹¹²³ Vgl. Ferenczi, S. (1930): S. 272, Reich, W. (1933): S. 148, Kemper, W. (1954): S. 618, Stone, L. (1973): S. 38, Greenson, R. R. (1973): S. 385 sowie Schlieffen, H. Graf v. (1982): S. 304.

Dessen ungeachtet besteht, seitdem Freud das Abstinenzprinzip einführte, bis in die Gegenwart, also seit mehr als einem Jahrhundert ein Konsens darüber, dass die psychoanalytische Technik wesentlich durch das Abstinenzprinzip determiniert wird und eine psychoanalytische Behandlung ohne Abstinenzregeln nicht denkbar wäre. Allerdings existiert bis in die heutige Zeit – trotz einiger Bemühungen verschiedener Autoren in unterschiedlichen Jahrzehnten – keine einheitliche Definition darüber, was Abstinenz eigentlich ist. Vielmehr kam (und kommt) das Abstinenzprinzip in unterschiedlichen Verhaltensweisen, Interventionen oder inneren Haltungen der Psychoanalytiker zum Ausdruck: in ihrem Bemühen für den Patienten als Person ‚anonym‘ zu bleiben, ihrem ‚Schweigen‘, ihrem Bemühen, die Assoziationen ihrer Patienten nicht zu bewerten oder gar moralisch zu verurteilen, im Zurückhalten ihrer eigenen Emotionen und der stetigen Beibehaltung ihrer Selbstkontrolle, im Zurückhalten in Bezug auf Ratschläge oder Entscheidungshilfen geben, als Erzieher oder Lehrer zu fungieren, den Patienten nach seinen Normen und Wertvorstellungen formen zu wollen oder ihn zur eigenen Bedürfnisbefriedigung zu missbrauchen sowie in der Beachtung des Prinzips, keine Übertragungswünsche des Patienten zu erfüllen und keine „Ersatzbefriedigungen“¹¹²⁴ zuzulassen.

In Bezug auf den Grundsatz, dass Psychoanalytiker ihre Analysanden *nicht* sozial normieren und ihre Handlungsweisen, inneren Einstellungen, Vorlieben, Abneigungen, politische Richtungen etc. *nicht* moralisch bewerten sollen, scheint bis in die Gegenwart eine weitgehende Übereinstimmung vorzuliegen.

Der Grundsatz, Psychoanalytiker sollen nicht Erzieher, „Gesetzgeber“ oder Lehrer sein, konnte nicht immer eingehalten werden und es mussten Ausnahmen definiert werden. Eine erzieherische Funktion hatte ein Psychoanalytiker zum Beispiel, wenn er dem Patienten Auflagen erteilte oder Verbote aussprach, wie Ferenczi dies innerhalb seiner von ihm als „aktive Technik“¹¹²⁵ definierten Vorgehensweise praktizierte, welche er einige Jahre später dann wieder aufgab, nun von der Erkenntnis geleitet, das Verhältnis zwischen Analytiker und Analysand dürfe nicht zum „Schüler-Lehrer-Verhältnis“¹¹²⁶ ausarten und Verbote oder Aufforderungen an den Patienten schaden ihm eher als dass sie den analytischen Prozess voranbringen.

¹¹²⁴ Freud, S. (1919): S. 188.

¹¹²⁵ Vgl. Ferenczi, S. (1921): S. 77.

¹¹²⁶ Ferenczi, S. (1930): S. 261.

Andere Interventionen wurden und blieben teilweise bis in die Gegenwart Anlass zu Kontroversen, so zum Beispiel die Frage ob Psychoanalytiker loben und Anerkennung geben, trösten oder Angst beschwichtigen dürfen.

Ausgesprochen kontrovers diskutiert wurde und wird bis in die Gegenwart das ‚Schweigen‘ des Psychoanalytikers. Dies geht einher mit der Beobachtung, dass das Schweigen ganz unterschiedliche Wirkungen entfalten kann, je nachdem um welchen Patienten es sich handelt und in welcher Weise der Psychoanalytiker schweigt. In seinem Schweigen kann sich seine einführende Zuwendung zum Patienten manifestieren, es kann sich andererseits auch um eine behandlungstechnische Intervention mit dem Ziel der „Spannungssteigerung“¹¹²⁷ handeln. Das Schweigen kann das äußere Merkmal eines introvertierten Psychoanalytikers sein aber auch Ausdruck seiner „Unfähigkeit“¹¹²⁸, angemessen auf die Wünsche des Patienten zu reagieren, wodurch „[...] ein therapeutisch wirksames Gespräch verhindert wird“.¹¹²⁹

Verdeutlicht wurde, wie das Schweigen einerseits dem therapeutischen Prozess dienen könne, wie es möglicherweise die Sehnsucht des Patienten nach fusionärer Verschmelzung mit dem Psychoanalytiker befriedigen könne, wie sehr es andererseits dem Patienten schaden und wie sehr manipulativ das Schweigen sein könne.

In Bezug auf die äußeren Rahmenbedingungen im Behandlungsraum wurde von einigen Autoren darauf hingewiesen, wie sehr selbst eine klassische abstinenten Anordnung mit Liegen auf der Couch und einem hinter dem Patienten sitzenden, zurückhaltenden, ausschließlich deutenden, nicht antwortenden Psychoanalytiker, die doch gerade dazu beitragen soll, dass keine Ersatzbefriedigung durch die Erfüllung von Übertragungswünschen stattfindet, gerade dadurch dem Abstinenzprinzip zuwiderläuft: das Liegen auf der Couch und der damit einhergehenden starken „[...] Regression in eine Eltern-Kind-Situation kann [...] zu einer Ersatzbefriedigung benützt werden, aus der ein starker Lustgewinn gezogen wird“.¹¹³⁰ Oder wenn gerade die Möglichkeit, alles sagen und regredieren zu dürfen, die unbewussten Bedürfnisse des Patienten nach Passivität befriedigt

¹¹²⁷ Zum Begriff „Spannungssteigerung“ vgl. Ferenczi, S. (1930): S. 261. Vgl. auch Thomä, H. und Kächele, H. (1996): S. 277: von ihnen stammt der Hinweis auf Freuds Anspruch, die Spannung müsse einen bestimmten Grad haben. Während Freud noch 1915 für ein „günstiges“ „Spannungspotential“ plädiert hatte, forderte er 1919 ein „größtmögliches“ Spannungspotential, dies komme einer deutlichen Verschärfung des Abstinenzgrundsatzes gleich.

¹¹²⁸ Schlieffen, H. Graf v. (1982): S. 289.

¹¹²⁹ Ebd. S. 289.

¹¹³⁰ Scheunert, G. (1961/62): S. 115.

oder wenn die Strenge und rigide Haltung eines abstinenten Psychoanalytikers unbewusste masochistische Wünsche befriedigt, in all diesen Fällen werde das Abstinenzprinzip unterlaufen. Der masochistische Patient könnte, darauf hatte Cremerius 1984 hingewiesen, das Schweigen des Psychoanalytikers als „Geringschätzung, fehlendes Interesse [...] und Entwertung“¹¹³¹ empfinden, wodurch er eine masochistische „Triebbefriedigung“¹¹³² erlebe. Wenn diese ungewollte Ersatzbefriedigung nicht durch deutende Interventionen beendet werden könne, müsste sich der Psychoanalytiker, um das Abstinenzprinzip wieder zu wahren, genau konträr zum ursprünglichen Setting verhalten: statt Liegen ein Gegenübersitzen, „[...] große Freundlichkeit, intensive liebevolle Zuwendung [...] etc.“¹¹³³ Ein wesentliches Kriterium dafür, ob Übertragungswünsche des Patienten erfüllt werden dürfen, wurde von Cremerius in Übereinstimmung mit Balint darin gesehen, ob es sich um ein reines Bedürfnis nach „Lustgewinn“ oder um die Sehnsucht nach Objektbeziehung handelt. Im ersten Fall müsste nach Freud der Wunsch frustriert werden, im zweiten Fall, also wenn der Wunsch nach Objektbeziehung dahinter stünde, dürfe der Psychoanalytiker diesen Wunsch nicht versagen, weil er damit dem Patienten schaden könne.¹¹³⁴

Bemerkenswert erscheint, dass manche Autoren bedingungslos dafür plädierten, die Abstinenzregeln einzuhalten, aber keine wirklich plausiblen Begründungen nannten, außer etwa denen, dass das Außerachtlassen der Abstinenz die Entwicklung der Übertragungsneurose störe oder dem Patienten schade oder dass es sich dann nicht mehr um eine „klassische“ Psychoanalyse handeln würde.¹¹³⁵ Nicht zuletzt aus diesen Überlegungen heraus ergibt sich die Frage, inwieweit der Begründer der Psychoanalyse selbst das Abstinenzprinzip beachtet und angewandt hatte. Zwischen Freuds in den Jahren 1912 bis 1915 formulierten „Ratschlägen“ an seine Kollegen (konkret: seine 1912 gegebenen Empfehlungen „[...] sich während der psychoanalytischen Behandlung den Chirurgen zum Vorbild zu nehmen, der alle seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt [...]“,¹¹³⁶ außerdem: „Der Arzt soll undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt

¹¹³¹ Cremerius, J. (1984): S. 783.

¹¹³² Ebd. S. 783.

¹¹³³ Ebd. S. 783.

¹¹³⁴ Vgl. ebd. S. 788 sowie Balint, M. (1949): S. 232.

¹¹³⁵ Zu diesen Autoren gehört z. B. Kurt R. Eissler,

¹¹³⁶ Freud, S. (1912): S. 380.

wird“¹¹³⁷ sowie seine 1915 erhobene Forderung „Die Kur muß in der Abstinenz durchgeführt werden“¹¹³⁸) einerseits und seinem persönlichen Verhalten gegenüber seinen Analysanden andererseits fällt eine Diskrepanz auf. Freud zeigte sich seinen Analysanden gegenüber während der Therapiestunden meist freundlich und natürlich, gab gerne Lob und Anerkennung, ermutigte und tröstete und beschränkte sich keinesfalls auf das bloße Deuten.¹¹³⁹ Bekannt wurde, dass Marie Bonaparte¹¹⁴⁰ während ihrer Analyse bei Freud gelegentlich auch bei Familie Freud zum Essen eingeladen gewesen ist. Anderen Analysanden machte er Geschenke oder steckte ihnen kleinere Geldbeträge zu, wenn er erfuhr, dass sie finanzielle Probleme hatten.¹¹⁴¹ Nach Auswertung der Berichte von zwanzig Patienten und Schülern Freuds, die über ihre persönlichen Erfahrungen während ihrer Analyse bei Freud geschrieben hatten, kam Cremerius zu der Einschätzung, Freuds Verhalten seinen Patienten gegenüber in Bezug auf Anonymität oder Abstinenz sei „völlig unbekümmert“ gewesen. Da Freud seinen Analysanden gegenüber gerne über sich und seine Familie sprach, sei er für diese ein „[...] ‚viel beschriebenes Blatt‘ aber kein ‚Spiegel‘“¹¹⁴² gewesen. In Bezug auf die analytische „Aktivität“ ist Freud nicht übereinstimmend beurteilt worden. Er sei einigen Analysanden gegenüber zurückhaltend und passiv abwartend, anderen gegenüber redselig oder ungeduldig drängend gewesen.¹¹⁴³ Dieser Widerspruch zwischen Freuds Ideal von wissenschaftlich begründeter Behandlungstechnik und seiner tatsächlichen Vorgehensweise in der Praxis wirft die Frage auf, weshalb Freud „[...] das, was er getan hat, nicht auch gesagt hat“.¹¹⁴⁴ Eine Erklärung dafür sah Cremerius in Freuds Konstrukt, die Übertragungsbeziehung zum Patienten von der realen Beziehung zum Patienten zu trennen. Diesbezüglich schien Freud davon auszugehen, ein Analytiker könne intuitiv die Grenzen dessen erfassen, was zum Bereich der Übertragung gehört und wo die persönliche Beziehung zu seinem Analysanden beginnt.

¹¹³⁷ Ebd. S. 384.

¹¹³⁸ Freud, S. (1915): S. 313.

¹¹³⁹ Vgl. Bräutigam, W. (1983): S. 119 u. 120 sowie Cremerius, J. (1981): Vgl. u. a. S. 327, 328, 332.

¹¹⁴⁰ Prinzessin **Marie Bonaparte**, (1882-1962), französische Psychoanalytikerin, Mitgründerin der Société Psychoanalytique de Paris (SPP); war bei Sigmund Freud in psychoanalytischer Behandlung, mit ihm verband sie eine enge Freundschaft. Es war im Wesentlichen das Verdienst von Marie Bonaparte, dass Freud im Jahr 1938 mit seiner Tochter Anna zusammen nach London emigrieren konnte.

¹¹⁴¹ Cremerius, J. (1981): S. 328 ff.

¹¹⁴² Ebd. S. 332.

¹¹⁴³ Vgl. ebd. S. 334.

¹¹⁴⁴ Ebd. S. 354.

Über die persönliche Beziehung zu seinen Analysanden äußerte sich Freud selbst – zumindest in seinen offiziellen Schriften – nicht.¹¹⁴⁵

Als weitere Erklärung hielt Cremerius auch die Möglichkeit für wahrscheinlich, dass es sich bei den beschriebenen – von seinen eigenen Regeln abweichenden Interventionen Freuds um „technische Experimente“¹¹⁴⁶ gehandelt haben könnte, in besonders schwierigen Behandlungssituationen, in denen die üblichen analytischen Instrumentarien nicht mehr ausgereicht hatten und welche erst zu einem späteren Zeitpunkt auf ihre therapeutische Wirksamkeit überprüft und „fruchtbar werden konnten“.¹¹⁴⁷

Es ist Freud immer ein besonderes Anliegen gewesen, Arzt und Forscher zugleich zu sein. Seine Behandlungen sollten nicht nur zur Heilung oder Besserung der Symptomatik des Patienten führen, sondern auch neue Erkenntnisse zeitigen, anhand derer er seine Theorien erweitern und modifizieren konnte. Er ging davon aus, dass diese Möglichkeit nur in Behandlungen schwieriger Fälle zu erwarten sei:

„Neues kann man nur aus Analysen erfahren, die besondere Schwierigkeiten bieten, zu deren Überwindung man dann viel Zeit verbraucht. Nur in diesen Fällen erreicht man es, in die tiefsten und primitivsten Schichten der seelischen Entwicklung herabzusteigen und von dort die Lösungen für die Probleme der späteren Gestaltungen zu holen. Man sagt sich dann, daß, streng genommen, erst die Analyse, welche so weit vorgedrungen ist, diesen Namen verdient“.¹¹⁴⁸

Ein weiterer Grund für die Diskrepanz zwischen Freuds Ratschlägen und seinen Abweichungen von den Standards in seinen Behandlungen kann nach Cremerius darin gesehen werden, dass Freud zwar zunächst an der Vorstellung festhielt, die Heilung ergebe sich durch die beiden „Grundannahmen“ der Psychoanalyse ‚Bewußtmachung des Unbewußten‘ und ‚Gewinnung von Einsicht‘¹¹⁴⁹, er dann ab etwa Mitte der 1920er Jahre enttäuscht feststellen musste, „[...] daß zur Überführung von Einsicht in Änderung das rein psychoanalytische Instrumentarium alleine nicht ausreicht“.¹¹⁵⁰ Die Enttäuschung, die sich bereits seit 1913 „innerhalb der Psychoanalyse“ entwickelt hatte, darüber dass die Kranken weder durch Einsicht in die Hintergründe ihrer Neurose, noch durch das Durcharbeiten ihrer Widerstände geheilt werden können, erscheint auch deshalb verständlich, weil die

¹¹⁴⁵ Vgl. ebd. S. 355.

¹¹⁴⁶ Ebd. S. 357.

¹¹⁴⁷ Ebd. S. 357.

¹¹⁴⁸ Freud, S. (1918): S. 32.

¹¹⁴⁹ Cremerius, J. (1978): S. 158.

¹¹⁵⁰ Ebd. S. 158.

ursprüngliche Vorstellung darüber, wie sich die Heilung in der psychoanalytischen Behandlung vollziehe, recht illusionär gewesen sein muss. Hierzu merkte Cremerius an, „[...] daß man in vielen Schriften über die Theorie der Technik den Eindruck bekommen kann, daß der Analytiker schweigt, bis er die Deutung geben kann, und daß der psychoanalytische Prozeß aus der Summe der Deutungen besteht, aus denen sich am Ende, wie von allein die heilsame Veränderung ergibt. Die Deutungen des schweigenden Analytikers fallen wie der Regen in der Wüste“.¹¹⁵¹

Freud indessen habe nicht gezögert – entgegen seinen *schriftlichen* Ratschlägen – außer der Deutung noch zusätzliche Mittel, wie die Suggestion, Erziehung oder Manipulation einzusetzen. Bereits im Jahr 1913 hatte er, wie als Erklärung für sein großzügiges Auslegen seiner eigenen Regeln die folgenden Kommentare zu seinen Ratschlägen formuliert:

„Es sind Bestimmungen darunter, die kleinlich erscheinen mögen und es wohl auch sind. Zu ihrer Entschuldigung diene, daß es eben Spielregeln sind, die ihre Bedeutung aus dem Zusammenhange des Spielplanes schöpfen müssen. Ich tue aber gut daran, diese Regeln als ‚Ratschläge‘ auszugeben und keine unbedingte Verbindlichkeit für sie zu beanspruchen. Die außerordentliche Verschiedenheit der in Betracht kommenden psychischen Konstellationen, die Plastizität aller seelischen Vorgänge und der Reichtum an determinierenden Faktoren widersetzen sich auch einer Mechanisierung der Technik und gestatten es, daß ein sonst berechtigtes Vorgehen gelegentlich wirkungslos bleibt und ein für gewöhnlich fehlerhaftes einmal zum Ziele führt. Diese Verhältnisse hindern indes nicht, ein durchschnittlich zweckmäßiges Verhalten des Arztes festzustellen“.¹¹⁵²

Mit diesen Überlegungen sprach sich Freud dafür aus, Regeln als Hilfsmittel und Orientierungsrahmen anzusehen, nicht aber als Gesetze, die in jedem Fall, bei jedem Patienten eingehalten oder zur Anwendung kommen müssen.

Im Vergleich zu den Deutungen, welche – auf der Grundlage der vom Patienten gegebenen Assoziationen – hauptsächlich *im Analytiker* stattfinden und welche in der psychoanalytischen Theorie begründet sind, soll das Durcharbeiten etwas *im Patienten* bewirken. Es existiere allerdings für das Durcharbeiten, so die These von Cremerius, „[...] so gut wie keine Begründung in der psychoanalytischen Theorie [...]“.¹¹⁵³ Bereits Freud hatte eine Reihe von ‚nicht-klassischen‘ Maßnahmen eingesetzt wie die Aufforderung an

¹¹⁵¹ Ebd. S. 164.

¹¹⁵² Freud, S. (1913): S. 454.

¹¹⁵³ Cremerius, J. (1978): S. 165.

den phobischen Patienten, sich der gefürchteten Situation zu stellen, „Erziehen, Beraten, Unterstützen“¹¹⁵⁴ oder die „Terminsetzung“¹¹⁵⁵.

In der Phase des „Durcharbeitens“ erweise sich nach Ansicht von Cremerius die „[...] Wirksamkeit der psychoanalytischen Technik [...] Hier entscheidet sich, ob man Psychoanalyse als Kunst versteht, Unbewußtes zu deuten und das Verstandene einem Menschen mitzuteilen, oder ob man mit Hilfe von Deutungen einem Kranken helfen will, gesund zu werden“.¹¹⁵⁶ Da sich der Psychoanalytiker nicht auf Theorien zur Technik des ‚Durcharbeitens‘ stützen könne, sei er darauf angewiesen, nach eigenem Ermessen vorzugehen. Dieser – scheinbar notwendige – Pragmatismus habe in der Folge für einige Psychoanalytiker den Nährboden für ihre teilweise ungebremste Experimentierlust geboten, um endlich das Ziel zu erreichen: dass die Einsicht tatsächlich auch zur Veränderung führe. Daraus haben die Einen laut Cremerius, einen Freibrief für wildes Experimentieren gezogen, (Cremerius nannte in diesem Zusammenhang Ferenczi und Reich), während sich die Anderen bemühten, in einer solchen Situation Klarheit darüber zu schaffen, welche Maßnahmen legitim und analytisch seien und welche nicht und wo genau die Grenze verläuft. Sie schufen zu diesem Zweck ein „Katalogsystem“¹¹⁵⁷ mit Regeln, die festlegen sollten, welche Maßnahmen in der Analyse erlaubt und welche nicht erlaubt seien. Ein solches Katalogsystem sei im Jahr 1967 durch Greenson erstellt worden. Greenson schien eine klare Vorstellung darüber zu besitzen, welche Maßnahmen in einer „klassischen Psychoanalyse“¹¹⁵⁸ noch erlaubt seien, obwohl sie „nicht-analytisch“¹¹⁵⁹ seien: nur jene Interventionen, die unmittelbar zur Einsicht führen, hielt er für analytisch. Wenn es darum ginge, die Einsicht „wirksam zu machen“¹¹⁶⁰, seien auch „nicht-

¹¹⁵⁴ Ebd. S. 159.

¹¹⁵⁵ Ebd. S. 159. Anm. zu den Begriffen „Erziehung“ und „Terminsetzung“: In seiner 1918 erschienenen Falldarstellung „Aus der Geschichte einer infantilen Neurose“ schrieb Freud: „Der Patient, mit dem ich mich hier beschäftige, blieb lange Zeit hinter einer Einstellung von gefügiger Teilnahmslosigkeit unangreifbar verschanzt. [...] *Es bedurfte einer langen Erziehung, um ihn zu bewegen, einen selbständigen Anteil an der Arbeit zu nehmen*, und als infolge dieser Bemühung die ersten Befreiungen auftraten, stellte er sofort die Arbeit ein, um weitere Veränderungen zu verhüten und sich in der hergestellten Situation behaglich zu erhalten. Seine Scheu vor einer selbständigen Existenz war so groß, daß sie alle Beschwerden des Krankseins aufwog. Es fand sich ein einziger Weg, um sie zu überwinden. [...] *Ich bestimmte, [...] daß die Behandlung zu einem gewissen Termin abgeschlossen werden müsse*, gleichgültig, wie weit sie fortgeschritten sei.“ (Hervorhebungen von der Verf.). Freud, S. (1918): S. 33 f.

¹¹⁵⁶ Cremerius, J. (1978): S. 164.

¹¹⁵⁷ Ebd. S. 165.

¹¹⁵⁸ Greenson, R. R. (1973): S. 61 f.

¹¹⁵⁹ Ebd. S. 62.

¹¹⁶⁰ Ebd. S. 61.

analytische“ Maßnahmen erlaubt. Dazu zählte Greenson neben der „Abreaktion“¹¹⁶¹ und der „Suggestion“¹¹⁶² auch die „Manipulation“¹¹⁶³, die er wiederum unterteilte in solche, die erlaubt seien und solche, die nicht erlaubt, also „anti-analytisch“¹¹⁶⁴ seien, wobei Greenson als Beispiel für eine erlaubte Manipulation das Schweigen anführte. Hierzu merkte Cremerius kritisch an, wie sehr das Schweigen ebenso gut eine schädliche und damit „anti-analytische“ Manipulation sein könne: wenn zum Beispiel ein Patient als Kind „[...] Eltern erlebt hat, die auf Gefühlszuwendungen des Kindes mit Schweigen reagiert haben [...]. Ihn könnte das Schweigen des Analytikers genau dahin manipulieren, daß er resigniert und die Analyse [...] abbricht“.¹¹⁶⁵ Bei Patienten mit Über-Ich-Störungen könnte das Schweigen des Analytikers vom Patienten als „Ablehnung, Verurteilung, Unzufriedenheit“¹¹⁶⁶ interpretiert werden. Es würde bei ihnen die unbewussten Schuldgefühle und die daraus resultierenden Bestrafungswünsche befriedigen. Cremerius gab außerdem zu bedenken, wie sehr zum Beispiel bei Männern „mit einer passiv-femininen Einstellung zum Mann“¹¹⁶⁷ das „klassische“ abstinentes Setting zur Triebbefriedigung dienen und dadurch einer echten Veränderung zuwiderlaufen könne: „Liegen, regredieren dürfen, assoziativ (das ist unkontrolliert, unverantwortlich) sprechen dürfen, Deutungen von einem aktiven Mann erhalten etc. Die Kur findet also nicht – wie Freud es gefordert hatte – in der Triebfrustration statt“.¹¹⁶⁸ In diesem Falle könnte die Veränderung des „klassischen“ abstinenten Settings, also indem man unter anderem das Liegen durch das Gegenübersitzen ersetzen würde, den zuvor stagnierenden Therapieprozess wieder fördern. Aus all diesen Gründen sprach sich Cremerius dafür aus, die bisherige „Teilung in einen analytischen und einen nichtanalytischen Arbeitsgang“ aufzugeben, womit er sich im Einklang mit Freuds Vorgehensweise sah. Man sollte, anstatt eine Unterteilung in *analytische* und *nicht analytische* Maßnahmen vorzunehmen, besser davon sprechen, dass „spezifischere und weniger spezifischere Operationen zur Bewußtmachung des Unbewußten“¹¹⁶⁹ existieren.

¹¹⁶¹ Ebd. S. 61.

¹¹⁶² Ebd. S. 62.

¹¹⁶³ Ebd. S. 63.

¹¹⁶⁴ Ebd. S. 63.

¹¹⁶⁵ Cremerius, J. (1978): S. 167.

¹¹⁶⁶ Cremerius, J. (1977): S. 614.

¹¹⁶⁷ Ebd. S. 168. Vgl. auch Cremerius (1984): S. 783.

¹¹⁶⁸ Ebd. S. 168.

¹¹⁶⁹ Ebd. S. 169.

Das von Cremerius 1978 kritisierte „Katalogsystem“ von Regeln wurde im Wesentlichen bis in die Gegenwart beibehalten. Immerhin wagten im Jahr 1985 zwei bedeutende Autoren psychoanalytischer Lehrbücher, Helmut Thomä und Horst Kächele die „Zweckmäßigkeit von Regeln“¹¹⁷⁰ in Bezug auf die psychoanalytische Technik kritisch zu hinterfragen, ausgehend von der Feststellung, dass diese Bereitschaft innerhalb der Psychoanalyse noch rudimentär sei. Sie kamen zu der Einschätzung, dass Behandlungsregeln zumindest zwei wichtige Funktionen erfüllen: sie tragen mit zur beruflichen Identität und damit zum „Zusammenhalt der Gruppe“¹¹⁷¹ bei und sie schaffen einen Behandlungsrahmen, wodurch eine „Standardisierung“ der Methode ermöglicht werde. Regeln sollen den therapeutischen Prozess voranbringen, aber dürfen ihn nicht behindern.¹¹⁷² Daher sei es notwendig, sie je nach analytischer Situation flexibel anzuwenden und sie nicht als eherne Gesetze zu betrachten (dies wäre wahrscheinlich auch nicht im Sinne Freuds gewesen). Die Vorstellung, nur in der ‚Entbehrung‘ können die zur Heilung notwendigen Veränderungen erfolgen, sei nicht mehr haltbar. Es gebe keinen Grund mehr, anzunehmen, dass schon die geringste gewährende Geste den therapeutischen Prozess störe. Diese Gefahr bestünde wohl aber im Falle einer übertrieben streng verstandenen Abstinenz.¹¹⁷³

Ein wesentlicher Aspekt im Zusammenhang mit dem Abstinenzprinzip betrifft die Frage, wie sich das Abtinentsein mit der „Menschlichkeit“¹¹⁷⁴ des Psychoanalytikers vereinbart. Nachdem sich Freud im Jahre 1919 rigoros dafür ausgesprochen hatte, jegliche Möglichkeiten von „Ersatzbefriedigungen“ des Patienten auszuschließen, habe nach Cremerius noch zu Freuds Lebzeiten eine „[...] Totalisierung der Abstinenzhaltung des Analytikers“¹¹⁷⁵ eingesetzt. In dem Bestreben der Analytiker, während der Behandlung „[...] die Rolle eines neutralen, anonymen Beobachters [...]“¹¹⁷⁶ einzunehmen, sei die Atmosphäre in den Behandlungsräumen zunehmend kälter und unpersönlicher geworden. Es habe eine Entwicklung eingesetzt, die soweit ging, dass damals am Berliner Psychoanalytischen Institut über die Gefahren für die Abstinenz diskutiert wurde, die daraus entstünden, dass die Patienten per Handschlag begrüßt werden.¹¹⁷⁷

¹¹⁷⁰ Thomä, H. u. Kächele, H. (1996 a): S. 274.

¹¹⁷¹ Ebd. S. 273.

¹¹⁷² Vgl. ebd. S. 273.

¹¹⁷³ Vgl. ebd. S. 278 f.

¹¹⁷⁴ Vgl. z. B. Greenson, R. R. (1973): S. 224.

¹¹⁷⁵ Cremerius, J. (1984): S. 776.

¹¹⁷⁶ Ebd. S. 776.

¹¹⁷⁷ Ebd. S. 777.

Zugleich setzten sich bereits ab Ende der 1920er Jahre, beginnend mit Ferenczi, viele Autoren kritisch mit den Effekten und Gefahren auseinander, die eine allzu rigorose Strenge und Versagung gegenüber dem Patienten hervorbringen können. Michael Balint kam 1949 zu der Erkenntnis, dass ein Maximum an Versagung eine extreme Spannung *sowohl* für den Patienten als *auch* für den Psychoanalytiker in der analytischen Situation bedeute, welche sich für beide ungünstig auswirken würden. Nicht ein *Maximum* an Spannung sei dem analytischen Prozess förderlich sondern die Spannung solle „optimal“¹¹⁷⁸ sein.

Greenson beschäftigte sich 1967 ausführlich mit der Frage der Vereinbarkeit von „Menschlichkeit“ und der analytischen Enthaltbarkeit. Einerseits erhob er die Forderung, der Psychoanalytiker solle nicht autoritär und gefühllos, sondern „menschlich“ dem Patienten gegenüber sein und die Würde des Patienten und sein „Bedürfnis nach Selbstachtung“¹¹⁷⁹ im Auge behalten. Andererseits sprach er sich dafür aus, sowohl Fragen des Patienten unbeantwortet zu lassen und zu schweigen als auch auf Bitten des Patienten um beruhigende Maßnahmen zu schweigen, vorausgesetzt man habe dem Patienten zuvor den Sinn dieser Vorgehensweise ausführlich erklärt.¹¹⁸⁰

Unabhängig davon, ob es sich nun um orthodoxe Gruppen mit rigoroser Auslegung bzw. Anwendung des Abstinenzprinzips oder um Vertreter einer diesbezüglich liberalen Vorgehensweise gehandelt hatte, beide Seiten kamen zu der Auffassung, dass eine abstinente Haltung des Therapeuten dem Wohle des Patienten diene. Die Vertreter *beider* Richtungen scheinen indessen einen wichtigen Aspekt in der psychoanalytischen Behandlung zu vernachlässigen: die Sicht des *Patienten*. Dieser kam (und kommt) immer nur indirekt zu Wort. Noch im Jahr 1983 bemängelte Walter Bräutigam die bis zu diesem Zeitpunkt übliche Einseitigkeit in der Behandlung, die sich daraus ergebe, dass allein der Therapeut feststellt, welche Besonderheiten sich im therapeutischen Prozess ereignet haben, „[...] was richtig und hilfreich und was falsch und störend war [...]“.¹¹⁸¹

In den historischen behandlungstechnischen Schriften fallen von Anbeginn, also auch schon in den entsprechenden Empfehlungen Freuds „blinde Flecken“ auf, die darin

¹¹⁷⁸ Balint, M. (1949): S. 231 f. Auch Menninger sprach sich für eine „kontrollierte Versagung bei der Analyse“ aus, wodurch ermöglicht werden soll, einen „optimalen Grad an Versagung“ aufrecht zu erhalten. Vgl. Menninger, K. A. & Holzman, P. S. (1977): S.75 f.

¹¹⁷⁹ Greenson, R. R. (1973): S. 224 f.

¹¹⁸⁰ Ebd. S. 226.

¹¹⁸¹ Bräutigam, W. (1983): S. 117.

bestanden, dass die Therapeuten zu wissen meinten, was der Patient in den Sitzungen erlebt und wie er sie erlebt und was der Patient jeweils braucht – wie viel Versagung oder Gewährung – und sie definierten auch den Erfolg. Der Patient kam dabei kaum selbst zu Wort, stattdessen wurden seine Assoziationen von seinem Psychoanalytiker interpretiert, wobei die Richtigkeit dieser Interpretationen im allgemeinen nicht angezweifelt wurden. Anhand von Erfahrungsberichten ehemaliger Patienten oder Lehranalysekandidaten lässt sich allerdings erahnen, wie sehr die Einschätzung des Therapeuten von dem tatsächlichen Erleben des Patienten abweichen kann.¹¹⁸²

Dies ist nur ein einziges Beispiel dafür, wie die Subjektivität der Beurteilung des analytischen Prozesses, (welche aufgrund der Besonderheit der ‚psychoanalytischen Methode‘ selbstverständlich niemals völlig ausgeschlossen werden kann), zu einer Einengung führen kann, hier hinsichtlich der Bevorzugung einer einzigen Interpretationsmöglichkeit aus der Vielzahl der möglichen. In diesem Zusammenhang bahnbrechend waren die Arbeiten zur empirischen Therapieforschung im Fachbereich Psychotherapie an der Universität Ulm, von Helmut Thomä und Horst Kächele, welche unter anderem ab den 1980er Jahren Tonbandprotokolle von psychoanalytischen Sitzungen anfertigten, um den Inhalt der Deutungen und dessen Wirkungen auf den Patienten zu untersuchen. Ihr gemeinsames Ziel bestand darin, die Hypothesen der Psychoanalyse einer empirischen Untersuchung zugänglich zu machen, um damit zu einer angemessenen wissenschaftstheoretischen Fundierung der Psychoanalyse beizutragen. Ihre kritische Sicht gegenüber den psychoanalytischen Ausbildungsinstituten, welche mit nur wenigen Ausnahmen bis in die Gegenwart von universitärer Forschung abgekoppelt existieren, teilen beide mit einigen anderen bedeutenden psychoanalytischen Autoren: bereits 1947 hatte sich Balint kritisch in Bezug auf die Atmosphäre an den Instituten geäußert, er verglich sie mit den „Initiationsriten der Primitiven“¹¹⁸³: auf der einen Seite das dogmatische und autoritäre Verhalten der Lehranalytiker, auf der anderen Seite die – vor allem aufgrund der Besonderheit der Ausbildungsorganisation hervorgerufene – Bereitschaft der Ausbildungskandidaten, sich diesem dogmatischen und autoritären Ausbildungssystem zu unterwerfen.

¹¹⁸² Siehe dazu z. B.: v. Drigalski, D. (2003): Blumen auf Granit.

¹¹⁸³ Balint, M. (1947): S. 273

Sigmund Freud hat bekanntlich die ‚Psychoanalytische Methode‘ immer vor allem auch als Wissenschaft verstanden. Eine der wichtigsten Voraussetzungen wissenschaftlicher Fundierung einer Behandlungsmethode besteht in der Bereitschaft aller in der Psychoanalyse Forschenden, Lehrenden und behandelnden Psychoanalytiker, bisherige Theorien und Techniken stetig auf ihre Noch-Gültigkeit zu überprüfen. Ein wissenschaftlich korrektes Vorgehen in Bezug auf die psychoanalytische Behandlungsmethode vereinbart sich nicht mit einem starren Festhalten an nachweislich nicht mehr gültigen Regeln und Techniken. Doch die Kandidaten an den psychoanalytischen Ausbildungsinstituten können auch in der Gegenwart noch nicht selbstverständlich davon ausgehen, dass sich die ihnen vermittelten Theorien, Techniken und Regeln zur psychoanalytischen Behandlungsmethode auf dem neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand befinden. Der folgende, diese Situation zusammenfassende Kommentar von Walter Bräutigam aus dem Jahr 1983 hat teilweise bis in die Gegenwart noch Gültigkeit:

„Was als psychoanalytische Behandlungstechnik gegenwärtig dem Nachwuchs vermittelt wird, ist mehr auf die Autorität der älteren Generationen und deren Kennerschaft als auf empirische und systematische Untersuchungen dessen gegründet, was tatsächlich in der Behandlung vorgeht“.¹¹⁸⁴

Ein wichtiger Grund für diese Beibehaltung veralteter Theorien, Behandlungstechniken und -regeln, ist in der Institutionalisierung der Psychoanalyse bis in die Gegenwart zu sehen. Seitdem sich Balint bereits 1947 mit diesem Thema kritisch auseinandersetzte, wiesen in den nachfolgenden Jahrzehnten bis in die Gegenwart viele weitere bedeutende Autoren auf diese Zusammenhänge hin.¹¹⁸⁵

Cremerius, der die Psychoanalyse im Sinne Freuds vor allem auch als eine „aufklärerische, emanzipatorische Wissenschaft“¹¹⁸⁶ verstand, äußerte sich kritisch über die psychoanalytische Ausbildung als eine „Ausbildung in einem ‚geschlossenen System‘“, welche diesem Ziel der Selbstaufklärung entgegenstehe. Seitdem im Jahr 1925 auf dem Psychoanalytischen Kongreß in Bad Homburg die zuvor offenen Ausbildungsrichtlinien verbindlich festgeschrieben worden waren, habe sich nach Ansicht von Cremerius, eine

¹¹⁸⁴ Bräutigam, W. (1983): S. 116 f.

¹¹⁸⁵ Siehe z. B. Cremerius, J. (1996): S. 68-83, Kernberg, O. (1996): S. 199-213, Bohleber, W. (2000): S. 7-15 sowie Berman, E. (2000): S. 93-112.

¹¹⁸⁶ Cremerius, J. (1996): S. 69.

autoritäre „Ausbildungshierarchie“ entwickelt: sowohl das Zulassungsverfahren, das über die „Eignung“ des Bewerbers entscheidet als auch die Lehranalyse seien geeignet, als machtpolitische Instrumente missbraucht zu werden.¹¹⁸⁷ Bewerber für die psychoanalytische Ausbildung, die jeweils drei Eignungsinterviews durchlaufen, sahen sich gezwungen, sich diesem Zulassungsverfahren zu unterwerfen, weil ihnen sonst der Zugang zu ihrer gewünschten Ausbildung verwehrt worden wäre.

Die Lehranalyse, als wichtigster Bestandteil dieser Ausbildung, sei wiederum in einer Art organisiert, so die Argumentation von Cremerius, der sich hier auf Anna Freud bezog, so dass sie zu einer „Fixierung des Analysanden an seinen Lehranalytiker“¹¹⁸⁸ führe. Damit werde das wesentliche Ziel einer Psychoanalyse, also die „Auflösung der infantilen Fixierungen an Elternfiguren“ gerade *nicht* erreicht.

Auch Otto Kernberg hat sich in mehreren Arbeiten ausführlich mit dieser Thematik befasst¹¹⁸⁹. Unter anderem sieht er die besonderen Bedingungen, unter denen die Lehranalysen an den psychoanalytischen Ausbildungs-Instituten absolviert werden müssen, als problematisch an: die Übertragungsfantasien der Ausbildungskandidaten auf ihre Lehranalytiker einerseits, und andererseits deren konkret vorhandene Machtposition am Institut führten zu unauflösbaren Übertragungs-Gegenübertragungsverstrickungen¹¹⁹⁰ und bei den Ausbildungskandidaten zu einer „unrealistischen Idealisierung der psychoanalytischen Technik“.¹¹⁹¹ Werner Bohleber, der sich ebenfalls mit dieser Problematik beschäftigte, sprach gar von „Gewalt in psychoanalytischen Institutionen“, so der Titel seines im Jahr 2000 erschienenen Aufsatzes. Auch Bohleber beschrieb in ähnlicher Weise die genannten Besonderheiten unseres psychoanalytischen Ausbildungssystems und benannte als deren Folgen unter anderen die „Infantilisierung der Ausbildungskandidaten“¹¹⁹², eine „Atmosphäre der Indoktrination“, „ideologische Vetternwirtschaft“ sowie „Mißbrauch der Macht der Lehranalytiker.“ Unter diesen Bedingungen werde der Drang nach wissenschaftlicher Forschung und eine auf dem Boden wissenschaftlich fundierter psychoanalytischer Therapie eher behindert statt gefördert.

¹¹⁸⁷ Vgl. ebd. S. 71-79.

¹¹⁸⁸ Ebd. S. 73.

¹¹⁸⁹ Siehe z. B. Kernberg, O. (1998): Dreißig Methoden zur Unterdrückung der Kreativität von Kandidaten der Psychoanalyse. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 52, S. 199-213.

¹¹⁹⁰ Vgl. hierzu auch Bohleber, W. (2000): S. 9 ff.

¹¹⁹¹ Ebd. S. 10.

¹¹⁹² Ebd. S. 7.

Diese Thematik kann im Rahmen dieser Untersuchung nur schematisch umrissen werden, sie bildet seit Jahrzehnten Gegenstand bereits erfolgter Untersuchungen zum Beispiel derjenigen Autoren, die ich in diesem Zusammenhang erwähnt habe und wird, so bleibt zu hoffen, auch in naher Zukunft Gegenstand entsprechender Forschungsarbeiten darstellen. Den genannten Untersuchungen gemeinsam ist ihre Forderung in Bezug auf die Zukunft der Psychoanalyse, die Ausbildung der künftigen Psychoanalytiker sollte an den Universitäten erfolgen bzw. nach dem Muster der universitären Ausbildungsstrukturen organisiert werden.¹¹⁹³ Diese geforderten Bedingungen erscheinen eher geeignet, die der ‚psychoanalytischen Methode‘ zugeordneten Regeln, wie sie sich vor allem auch aus dem psychoanalytischen Abstinenzprinzip ableiten lassen, auf ihre Gültigkeit und Wirksamkeit zu überprüfen. Sie bieten vor allem auch die Chance, die Ausbildungskandidaten (und zukünftigen Psychoanalytiker) zu einem viel höheren Ausmaß an innerer Freiheit und Kreativität zu führen als dies durch die bisherige traditionelle Ausbildung in der Geschlossenheit der psychoanalytischen Institute möglich gewesen ist.

¹¹⁹³ Vgl. ebd. S. 9.

15. Zusammenfassung

Das psychoanalytische Abstinenzprinzip hat sich im Verlauf der Geschichte der psychoanalytischen Behandlungstechnik sowohl inhaltlich, in seiner praktischen Umsetzung als auch hinsichtlich seiner Bedeutung, die ihm beigemessen wurde, verändert.

Das ist einerseits den jeweiligen historischen Kontexten als auch sich ändernden Begrifflichkeiten innerhalb der psychoanalytischen Theorie und Praxis geschuldet.

Dabei ist bemerkenswert, dass dem Abstinenzprinzip in der Literatur zu Theorie und Praxis der Behandlungstechnik trotz der zentralen Bedeutung dieses Prinzips nur eine relativ geringe Beachtung geschenkt wurde.

Ursprünglich führte Freud die Abstinenzregel im Jahre 1915 ein, um zu verhindern, dass aus der „Übertragungsliebe“ sexuelle Handlungen zwischen dem Psychoanalytiker und seiner Patientin entstehen, weil dadurch der Behandlungserfolg und vor allem auch der gute Ruf der psychoanalytischen Methode gefährdet gewesen wären. In den Jahrzehnten danach wurden die entsprechenden Abstinenzregeln auf die Gesamtheit der psychoanalytischen Methode angewandt und beziehen sich teilweise bis in die Gegenwart vor allem auf den psychoanalytischen Dialog zwischen Psychoanalytiker/-in und Patient/-in. Dies führte dazu, dass einige Psychoanalytiker/-innen in einer sehr kargen, gefühlsarmen und künstlichen Weise mit ihren Patienten/-innen sprachen. Eine eigentliche Gesprächstechnik, die eine fundierte und plausible Begründung dafür hätte bieten können, wurde jedoch bis in die Gegenwart nie entwickelt.

Lehrbücher, die eine differenziertere Anleitung zur Gestaltung des psychoanalytischen Dialogs enthalten, erschienen in Deutschland erst in den 1960er Jahren, wobei eine eigentliche Gesprächstechnik bis heute nicht Gegenstand der psychoanalytischen Ausbildung darstellt und implizit unterstellt wird, der Analytiker wisse aufgrund seiner Professionalität die jeweils richtigen Handlungsweisen.

Die allgemeinen Ratschläge zu psychoanalytischen Deutungen plädieren überwiegend für Kargheit und Zurückhaltung des Analytikers, was in den wenigen als Fallbeispielen aufgezeichneten Gesprächen und Gesprächsprotokollen mitunter künstlich und automatenartig wirkt und zwar teilweise kritisch hinterfragt worden ist, ohne jedoch vor den 1970er Jahren zu einer umfassenden und kritischen Beschäftigung mit dieser Problematik geführt zu haben.

Seit ihrem Ursprung und praktisch im gesamten Verlauf der Geschichte der Psychoanalyse bot das psychoanalytische Abstinenzprinzip Anlass zu teilweise erbittert geführten Kontroversen. Im Wesentlichen bestanden/bestehen zwei grundsätzliche Lager, einerseits die abstinenten, versagenden und zurückhaltenden und andererseits die mütterlichen, mitfühlenden und unterstützenden Analytiker/-innen, wobei sich diese beiden gegensätzlichen Lager bis in die Gegenwart erhalten haben und beide Seiten sich auf Freud berufen können, in dessen Schriften sich rechtfertigende Argumentationslinien für beide Richtungen finden, da manche Aussagen Freuds einer gewissen Ambiguität nicht entbehren.

Ungeachtet dessen, dass Freud das Abstinenzprinzip einführte und bis in die Gegenwart Konsens darüber besteht, dass die analytische Technik ohne dieses Prinzip nicht denkbar wäre, hat er selbst aber immer wieder entgegen seinen eigenen schriftlichen Ratschlägen gehandelt, indem er zusätzliche Mittel, wie Suggestion, Erziehung oder Manipulation gezielt eingesetzt hat. Er scheint also die Regeln lediglich als Hilfsmittel, nicht jedoch als Gesetz angesehen zu haben.

Erstmals haben ab den 1980er Jahren Helmut Thomä und Horst Kächele von der Universität Ulm durch ihre empirische Therapieforschung versucht, Licht ins Dunkel der jeweiligen Wirkungsweisen dieser Behandlungsmethode zu bringen und damit zu einer angemessenen wissenschaftlichen Fundierung der Psychoanalyse beigetragen.

Ihre kritische Sicht gegenüber den psychoanalytischen Ausbildungsinstituten, die bis in die neuere Zeit von der universitären Forschung abgekoppelt sind, wurde von kritischen Autoren wie Balint bereits in der Vergangenheit geäußert. Diese Kritik geht bei Werner Bohleber so weit, dass er die Situation in den Ausbildungsinstituten eher als Behinderung der wissenschaftlichen Forschung zur Psychotherapie denn als ihr förderlich betrachtet.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich die Frage, ob es nicht sinnvoller sei, die psychoanalytische Ausbildung stärker am Muster der universitären Ausbildungsstrukturen zu orientieren, weil so eher gewährleistet scheint, dass die der psychoanalytischen Methode zugeordneten Regeln, wie sie sich u.a. auch aus dem Abstinenzprinzip ableiten lassen, auf ihre Gültigkeit und Wirksamkeit überprüft werden. So böte sich vor allem auch die Chance, die Ausbildungskandidaten/-innen zu einem viel höheren Ausmaß an innerer Freiheit und Kreativität zu führen, als dies durch die bisherige Ausbildung in den psychoanalytischen Instituten möglich erscheint.

16. Literaturverzeichnis

Zitierte und verwendete Literatur

1. Ahumada, J. L. (2007): Die doppelte Arbeit an den klinischen Evidenzen – Symbolisierung und ihre Grenzen. In: Analytiker bei der Arbeit. Ihre Theorien und ihre Praxis. Sonderheft Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 61, S. 889-912.
2. Akoluth, M. (2014): Über den Versuch, eine misslungene Psychoanalyse zu bewältigen. Psychosozial-Verlag, Gießen.
3. Alexander, F. (1950): Analyse der therapeutischen Faktoren in der psychoanalytischen Behandlung. In: Psyche. Eine Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Menschenkunde in Forschung und Praxis, 4, S. 401-416.
4. Argelander, H. (1968): Der psychoanalytische Dialog. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 22, S. 325-339.
5. Balint, M. (1934): Das Endziel der Psychoanalytischen Behandlung. In: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. S. 191-201. Fischer, Frankfurt am Main.
6. Balint, M. (1937): Frühe Entwicklungsstadien des Ichs. Primäre Objektliebe. In: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. S. 83-102. Fischer, Frankfurt am Main.
7. Balint, A. u. M. (1939): Übertragung und Gegenübertragung. In: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. S. 214-221. Fischer, Frankfurt am Main.
8. Balint, M. (1947): Über das psychoanalytische Ausbildungssystem. In: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. S. 265-286.
9. Balint, M. (1949): Wandlungen der therapeutischen Ziele und Techniken in der Psychoanalyse. In: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. S. 222-235. Fischer, Frankfurt am Main.
10. Balint, M. (1952): Der Neubeginn, das paranoide und das depressive Syndrom. In: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. S.243-262. Fischer, Frankfurt am Main.
11. Balint, M. (1953): Analytische Ausbildung und Lehranalyse. In: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. S. 287-298. Fischer, Frankfurt am Main.
12. Balint, M. (1960): Der regredierte Patient und sein Analytiker. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 15, S. 253-273.
13. Balint, M. (1969): Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse.

Fischer, Frankfurt am Main.

14. Balint, M. (2002): *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung.* Klett-Cotta, Stuttgart.
15. Bauriedl, T. (1998): *Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie.* Suhrkamp, Frankfurt am Main.
16. Benedetti, G. (1975): *Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre.* Vandenhoeck, Göttingen.
17. Benedetti, G. (1976): *Der Geisteskranke als Mitmensch.* Vandenhoeck, Göttingen.
18. Benedetti, G. (1983): *Todeslandschaften der Seele.* Vandenhoeck, Göttingen.
19. Benedetti, G. (1992): *Psychotherapie als existentielle Herausforderung.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
20. Benedetti, G. (1994): *Mein Weg zur Psychoanalyse und zur Psychiatrie.* In: Hermanns, L. M. (Hg.): *Psychoanalyse in Selbstdarstellungen II.* S. 11-72. Edition diskord, Tübingen.
21. Berman, L. (1949): *Countertransferences and Attitudes of the Analyst in the Therapeutic Process.* In: *Psychiatry* 12, S. 159-166.
22. Berman, E. (2000): *Struktur und Individualität in der psychoanalytischen Ausbildung. Die israelische Debatte.* In: *Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse*, 13 (26), S. 93-112.
23. Berna, J. (1968): *Ich-Psychologie und Psychoanalytische Technik. Zur Einführung.* In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 22, S. 161.
24. Bion, W. R. (1992): *Lernen durch Erfahrung.* Suhrkamp, Frankfurt am Main.
25. Bister, W. (1960/61): *Bemerkungen zur psychoanalytisch orientierten Therapie bei Schizophrenen.* In: *Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde*, 14, S. 360-381.
26. Blanton, S. (1975): *Tagebuch meiner Analyse bei Sigmund Freud.* Ullstein, Frankfurt am Main.
27. Bohleber, W. (2000): *Gewalt in psychoanalytischen Institutionen.* In: *Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse*, 13 (26), S. 7-15.
28. Bohleber, W. (2007): *Der Gebrauch von offiziellen und von privaten impliziten Theorien in der klinischen Situation.* In: *Analytiker bei der Arbeit. Ihre Theorien und ihre Praxis. Sonderheft Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre*

Anwendungen, 61, S. 995-1016.

29. Bolognini, S. (2007): Probleme der psychoanalytischen Einfühlung: Eine theoretisch-klinische Studie. In: Analytiker bei der Arbeit. Ihre Theorien und ihre Praxis. Sonderheft Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 61, S. 864-888.
30. Bocian, B. (2004): Zu den Berliner Wurzeln der Gestalttherapie: Expressionismus – Psychoanalyse – Judentum. In: Müller, T. (Hg.): Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin. Geschichte und Praktiken der Etablierung. S. 13-52. Matthiesen Verlag, Husum.
31. Boerner, R. J. (2015): Eugen Bleuler und Sigmund Freud. Das Scheitern der frühen Integration von Psychiatrie und Psychoanalyse. In: Nervenheilkunde 34: S. 351-354.
32. Boß, M. (1973): Medard Boß, in: Pongratz, L. J. (Hg.): Psychotherapie in Selbstdarstellungen. Huber, Bern.
33. Bräutigam, W. (1983): Beziehung und Übertragung in Freuds Behandlungen und Schriften. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 37, S. 116-129.
34. Brecht, K., Friedrich, V., Hermanns, L., Kaminer, I., Juelich, D. (1985): „Hier geht das Leben auf eine sehr merkwürdige Weise weiter ...“ Zur Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland. Michael Kellner, Hamburg.
35. Brocher, T. H. (1985): Die Bedeutung der psychoanalytischen Fachgesellschaften für die Entwicklung des Psychoanalytikers und der Psychoanalyse. In: Forum der Psychoanalyse, 1, S. 143-156.
36. Canestri, J. (2007): Supervision in der psychoanalytischen Ausbildung: Zur Verwendung impliziter Theorien in der psychoanalytischen Praxis. In: Analytiker bei der Arbeit. Ihre Theorien und ihre Praxis. Sonderheft Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 61, S. 1017-1041.
37. Conci, M. (1995): H. S. Sullivan und die Spaltungen in der amerikanischen psychoanalytischen Gemeinschaft der vierziger Jahre. In: Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse, 8 (16), S. 32-55.
38. Cremerius, J. (1969): Schweigen als Problem der psychoanalytischen Technik. In: Jahrbuch der Psychoanalyse, VI, S. 69-103. Huber, Bern.
39. Cremerius, J. (1977): Grenzen und Möglichkeiten der psychoanalytischen Behandlungstechnik bei Patienten mit Über-Ich-Störungen. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 31, S. 593-636.
40. Cremerius, J. (1978): Einige Überlegungen über die kritische Funktion des

- Durcharbeitens in der Geschichte der psychoanalytischen Technik. In: Drews, S. et al. (Hg.): Alexander Mitscherlich zu ehren. Provokation und Toleranz. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum siebzigsten Geburtstag. S. 196-214. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
41. Cremerius, J. (1979): Gibt es *zwei* psychoanalytische Techniken? In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 33, S. 577-599.
 42. Cremerius, J. (1982 a): Kohuts Behandlungstechnik. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 36, S. 17-46.
 43. Cremerius, J. (1982 b): Die Bedeutung des Dissidenten für die Psychoanalyse. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 36, S. 481-514.
 44. Cremerius, J. (1983): „Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft“. Reflexionen zu Sándor Ferenczis Wiesbadener Vortrag von 1932. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 37, S. 988-1015.
 45. Cremerius, J. (1984): Die psychoanalytische Abstinenzregel. Vom regelhaften zum operationalen Gebrauch. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 38, S. 769-800.
 46. Cremerius, J. (1990): Die Verwirrungen des Zöglings T. Psychoanalytische Lehrjahre neben der Couch. In: Cremerius, J.: Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik. Band 1, S. 172-186. Frommann-holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt.
 47. Cremerius, J. (1994): Psychoanalyse als Beruf oder: „Zieh’ aus mein Herz und suche Freud“. In: Hermanns, L. M. (Hg.): Psychoanalyse in Selbstdarstellungen II. S. 73-144. Edition diskord, Tübingen.
 48. Cremerius, J. (1996): Die Begrenzung der analytischen Selbstaufklärung durch die Ausbildungshierarchie. In: Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse, 9 (18), S. 68-83.
 49. Cremerius, J. (2008 [1981]): Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. Seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten. In: Cremerius, J.: Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik. Bd. 2, S. 326-363. Frommann-holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt.
 50. Daser, E. (1995): Nonverbale Kommunikation im therapeutischen Dialog. In: Forum der Psychoanalyse, 11, S. 119-132.
 51. Daser, E. (1995): Wie „schafft“ man Offenheit? Zum Verhältnis von Gegenübertragung, Technik und Begegnung. In: Forum der Psychoanalyse, 11, S. 311-323.
 52. Daser, E. (2005): Anerkennung als interaktionelles Moment der Psychoanalyse. In:

Forum der Psychoanalyse, 21, S. 168-183.

53. Deserno, H. (2007): Traumdeutung in der gegenwärtigen psychoanalytischen Therapie. In: Analytiker bei der Arbeit. Ihre Theorien und ihre Praxis. Sonderheft Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 61, S. 913-942.
54. Dieckhöfer, K. (1995): Abriß der Geschichte der Psychiatrie. In: Faust, V. (Hg.): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, New York, S. 3-15.
55. Doolittle, H. (1976): Huldigung an Freud. Ullstein, Frankfurt am Main.
56. Drigalski, D. v. (2003): Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin.
57. Eicke-Spengler, M. (1994): Mein Weg zur und mit der Psychoanalyse. In: Hermanns, L. M. (Hg.): Psychoanalyse in Selbstdarstellungen II. S. 145-197. Edition diskord, Tübingen.
58. Eissler, K. (1959/60): Variationen in der psychoanalytischen Technik. In: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde, 13, S. 609-624.
59. Faust, V. (Hg.) (1995): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, New York.
60. Federn, E. (1988): Kann man eine Geschichte der Psychoanalyse überhaupt schreiben? In: Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse, 1 (1), S. 8-14.
61. Fenichel, O. (1941): Problems of psychoanalytic technique. Psychoanal Quart Inc, Albany, New York.
62. Ferenczi, S. (1919 a): Technische Schwierigkeiten einer Hysterieanalyse. In: Schriften zur Psychoanalyse II, S. 3-10. Psychosozial Verlag, Gießen 2004.
63. Ferenczi, S. (1919 b): Zur psychoanalytischen Technik. In: Schriften zur Psychoanalyse I, S. 272-283. Psychosozial-Verlag, Gießen 2004.
64. Ferenczi, S. (1921): Weiterer Ausbau der ‚aktiven Technik‘ in der Psychoanalyse. In: Schriften zur Psychoanalyse II, S. 74-91. Psychosozial-Verlag, Gießen 2004.
65. Ferenczi, S. (1924): Über forcierte Phantasien. In: Schriften zur Psychoanalyse II, S. 138-146. Psychosozial-Verlag, Gießen 2004.
66. Ferenczi S. (1928): Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. In: Schriften zur Psychoanalyse II, S. 237-250. Psychosozial-Verlag, Gießen 2004.

67. Ferenczi, S. (1930): Relaxationsprinzip und Neokatharsis. In: Schriften zur Psychoanalyse II, S. 257-273. Psychosozial-Verlag, Gießen 2004.
68. Ferenczi, S. (1931): Kinderanalysen mit Erwachsenen. In: Schriften zur Psychoanalyse II, S. 274-289. Psychosozial-Verlag, Gießen 2004.
69. Ferenczi, S. (1932): Nochmals über Schweige-Technik. In: Bausteine zur Psychoanalyse IV, S. 268-269. Huber, Bern.
70. Ferenczi, S. (1933): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. In: Schriften zur Psychoanalyse II, S. 303-313. Psychosozial-Verlag, Gießen 2004.
71. Flader, D., Grodzicki, W.-D. u. Schröter, K. (Hg.) (1982): Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
72. Flader, D. (1982): Die psychoanalytische Therapie als Gegenstand sprachwissenschaftlicher Forschung. In: Psychoanalyse als Gespräch. S. 16-40. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
73. Flader, D. u. Grodzicki, W.-D. (1982): Hypothesen zur Wirkungsweise der psychoanalytischen Grundregel. In: Psychoanalyse als Gespräch. S. 41-95. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
74. Flader, D. u. Schröter, K. (1982): Interaktionsanalytische Ansätze der Therapiegesprächsforschung. In: Psychoanalyse als Gespräch. S. 7-15. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
75. Foucault, M. (2005): Die Macht der Psychiatrie. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
76. Frank, C. (2005): „Angstberuhigung“ – zu einem unveröffentlichten Beitrag von Melanie Klein „On reassurance“ (1933). In: Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse, 18 (36), S. 23-41.
77. Freud, S. (1907): Der Wahn und die Träume in W. Jensens ‚Gradiva‘. GW, Bd. VII, S. 29-125. Fischer, Frankfurt am Main.
78. Freud, S. (1909): Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. GW, Bd. VII, S. 379-463. Fischer, Frankfurt am Main.
79. Freud, S. (1910): Über „wilde“ Psychoanalyse. GW, Bd. VIII, S. 117-125. Fischer, Frankfurt am Main.
80. Freud, S. (1911): Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. GW, Bd. VIII, S. 103-116. Fischer, Frankfurt am Main.
81. Freud, S. (1912 a): Zur Dynamik der Übertragung. GW, Bd. VIII, S. 363-374. Fischer, Frankfurt am Main.

82. Freud, S. (1912 b): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW, Bd. VIII, S. 375-387. Fischer, Frankfurt am Main.
83. Freud, S. (1913): Zur Einleitung der Behandlung. GW, Bd. VIII, S. 453-478. Fischer, Frankfurt am Main.
84. Freud, S. (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. GW, Bd. X, S. 125-136. Fischer, Frankfurt am Main.
85. Freud, S. (1915): Bemerkungen über die Übertragungsliebe. GW, Bd. X, S. 305-321. Fischer, Frankfurt am Main.
86. Freud, S. (1916-17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW, Bd. XI, [Auszug] 23. Vorlesung. In: Elemente der Psychoanalyse, Bd. 1. S. 449-464. Hg: Anna Freud, Ilse Grubrich-Simits. Fischer, Frankfurt am Main.
87. Freud, S. (1918): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. GW, Bd. XII, S. 27-157. Fischer, Frankfurt am Main.
88. Freud, S. (1919): Wege der psychoanalytischen Therapie. GW, Bd. XII, S.181-194. Fischer, Frankfurt am Main.
89. Freud, S. (1927): Nachwort zur >Frage der Laienanalyse<. In: Elemente der Psychoanalyse, Bd. 1, S. 541-547. Fischer, Frankfurt am Main.
90. Freud, S. (1931): Über die weibliche Sexualität. GW, Bd. XIV, S. 515-537. Fischer, Frankfurt am Main.
91. Freud, S. (1933): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. (31. Vorlesung: >Die Zerlegung der psychischen Persönlichkeit<). In: Elemente der Psychoanalyse, Bd. 1, S. 402-418. Fischer, Frankfurt am Main.
92. Freud, S. (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. GW, Bd. XVI, S. 57-99. Fischer, Frankfurt am Main.
93. Füchtner, H. (2003): Psychoanalytiker, Mitläufer, Nazi, Gestapomann, militanter Marxist? Der Fall Werner Kemper. In: Jahrbuch der Psychoanalyse, 46, ‚Perverse Elemente in der Übertragung‘, S. 137-191.
94. Fürstenau, P. (1977): Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. Ein Beitrag zur Erweiterung der psychoanalytischen Praxeologie. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 31, S. 197-207.
95. Goddemeier, C. (2009): Georg Groddeck. „Fanatiker der Heilkunst“. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 6, Juni 2009, S. 262-263.

96. Greenson, R. R. (1973): Technik und Praxis der Psychoanalyse. Klett, Stuttgart.
97. Greenson, R. R. (1961/62): Zum Problem der Empathie. In: *Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde*, 15, S. 142-154.
98. Grunert, J. (1989): Intimität und Abstinenz in der psychoanalytischen Allianz. In: *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 25, S. 203-235.
99. Gysling, A. (1995): Die analytische Antwort. Eine Geschichte der Gegenübertragung in Form von Autorenportraits. Edition diskord, Tübingen.
100. Haas, J.-P. (2007): Bions provozierende Erweiterung des psychoanalytischen Feldes. (Buch-Essay). In: *Analytiker bei der Arbeit. Ihre Theorien und ihre Praxis. Sonderheft Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 61, S. 1072-1079.
101. Hartmann, H. (1968): Die Bedeutung der Ich-Psychologie für die Technik der Psychoanalyse. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 22, S. 161-172.
102. Haynal, A. (2000): Die Technikdebatte in der Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag, Gießen.
103. Heigl, F. (1987): Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
104. Heigl-Evers, A. (1978): Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
105. Heimann, P. (1950): On Counter-Transference. In: *Int. J. Psycho-Anal.* 31, S. 81-84.
106. Heimann, P. (1960): Counter-transference. In: *Brit. J. Med. Psychol.* 33, 9-15.
107. Heimann, P. (1964): Bemerkungen zur Gegenübertragung. In: *Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde*, 18, S. 483-493.
108. Heimann, P. (1978): Über die Notwendigkeit für den Analytiker, mit seinen Patienten natürlich zu sein. In: Drews, S., Klüwer, R., Köhler-Weisker, A., Krüger-Zeul, M., Menne, K. und Vogel, H. (Hg.): *Provokation und Toleranz. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum siebzigsten Geburtstag*. S. 215-230. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
109. Heimann, P. (2005): „... wie geht es zu, daß ich alles so anders sehe ...?“ Ein Brief zur psychoanalytischen Technik an Theodor Reik (Berlin, 7. Februar 1933). Herausgegeben von Eran J. Rolnik. In: *Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse*, 18 (36), S. 7-15.

110. Hermanns, L. M. (Hg.) (1994): Psychoanalyse in Selbstdarstellungen II. Edition diskord, Tübingen.
111. Herrmann, A. P. (2016): Behandlungsfehler und Fehlerkultur in der psychoanalytischen Praxis. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 70, S. 585-617.
112. Hinrichs, R. (1994): Freuds Werke. Ein Kompendium zur Orientierung in seinen Schriften. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
113. Hoffmann, K. (1995): Frieda Fromm-Reichmann. Brückenschlag zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse. In: *Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse*, 8 (16), S. 22-31.
114. Hoffmann, S. O. (1985): Psychoanalyse im „Spiegel“. Zur Darstellung der Psychoanalyse durch das deutsche Nachrichtenmagazin. In: *Forum der Psychoanalyse*, 1, S. 60-71.
115. Holmes, M. und Müller, T. (2011): Ein Brief vom Außenposten der psychoanalytischen Bewegung: Georg Wanke an Max Eitingon, 2. April 1926. In: *Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse*, 24 (47), S. 75-83.
116. Holmes, M. (2017): Paula Heimann. Leben, Werk und Einfluss auf die Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag, Gießen.
117. Holmes, M. und Müller, T. (2016): Paula Heimann und die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 70, S. 295-313.
118. Hübner, W. (2009): Notwendige Regelverletzungen. Der Analytiker als Vermittler zwischen der Welt der inneren und der Welt der äußeren Objekte. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 63, S. 22-47.
119. Jones, E. (1978): Das Leben und Werk von Sigmund Freud. Bd. I-III. Huber, Bern (1962).
120. Kächele, H. (1985): Warum und wozu soll der Patient frei assoziieren? In: *Forum der Psychoanalyse*, 1, S. 111-116.
121. Karger, A., Knellessen, O., Lettau, G., Weismüller, C. (Hg.) (2001): Sexuelle Übergriffe in Psychoanalyse und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
122. Keilson, H. (1989): Psychoanalyse und Nationalsozialismus. In: *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 25, S. 9-27.
123. Kemper, W. (1954): Die Gegenübertragung. Grundsätzliches und Praktisches. In: *Psyche. Eine Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Menschenkunde in Forschung*

und Praxis, 7, S. 593-626.

124. Kemper, W. (1955): Die ‚Abstinenzregel‘ in der Psychoanalyse. In: *Psyche. Eine Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Menschenkunde in Forschung und Praxis*, 8, S. 636-640.
125. Kemper, W. (1973): Werner Kemper. In: L. Pongratz (Hg.): *Psychotherapie in Selbstdarstellungen*, S. 259-345. Huber, Bern.
126. Kernberg, O. F. (1980): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
127. Kernberg, O. F. (1998): Dreißig Methoden zur Unterdrückung der Kreativität von Kandidaten der Psychoanalyse. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 52, S. 199-213.
128. Klauber, J. (1975): Über einige Schwierigkeiten, Psychoanalytiker zu sein. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 29, S. 835-839.
129. Klauber, J. (1978): Die Entfaltung der Psychoanalyse in der Geschichte. In: Drews, S., Klüwer, R., Köhler-Weisker, A., Krüger-Zeul, M., Menne, K. und Vogel, H. (Hg.): *Provokation und Toleranz. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum siebzigsten Geburtstag*. S. 7-20. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
130. Klauber, J. (1980): *Schwierigkeiten in der analytischen Begegnung*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
131. Klee, E. (2013): *Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945*. Fischer, Frankfurt am Main.
132. Klemann, M. (1995): Abstinenz oder: Von der „Not zur Tugend“. Historischer Kontext und aktuelle Bedeutung eines behandlungstechnischen Konzepts. In: *Forum der Psychoanalyse*, 11, S. 221-238.
133. Klüwer, R. (1978): Die Technik der Fokalthherapie. In: Drews, S., Klüwer, R., Köhler-Weisker, A., Krüger-Zeul, M., Menne, K. und Vogel, H. (Hg.): *Provokation und Toleranz. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum siebzigsten Geburtstag*. S. 231-248. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
134. Koerfer, A. u. Neumann, C. (1982): Alltagsdiskurs und psychoanalytischer Diskurs. Aspekte der Sozialisierung des Patienten in einen ‚ungewohnten‘ Diskurstyp. In: *Psychoanalyse als Gespräch*. S. 96-137. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
135. Körner, J. / Rosin, U. (1985): Das Problem der Abstinenz in der Psychoanalyse. In: *Forum der Psychoanalyse*, 1, S. 25-47.
136. Körner, J. (1995): Der Rahmen der psychoanalytischen Situation. In: *Forum der*

Psychoanalyse, 11, S. 15-26.

137. Kohut, H. (1981): Die Heilung des Selbst. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
138. Kris, E. (1968): Ich–Psychologie und Deutung in der psychoanalytischen Therapie. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 22, S. 173-186.
139. Kutter, P. (1982): (Buchbesprechung) Stekel, Wilhelm: Aktive Psychoanalyse, eklektisch gesehen. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 36, S. 191-192.
140. Laing, R. D. (1967): Phänomenologie der Erfahrung. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
141. Langlitz, N. (2005): Die Zeit der Psychoanalyse. Lacan und das Problem der Sitzungsdauer. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
142. Laplanche, J. / Pontalis, J.-B. (1972): Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
143. Lempa, G. (1995): Zur psychoanalytischen Behandlungstechnik bei schizophrenen Psychosen. In: Forum der Psychoanalyse, 11, S. 133-149.
144. Leuzinger-Bohleber, M. (2007): Forschende Grundhaltung als abgewehrter „common ground“ von psychoanalytischen Praktikern und Forschern? In: Analytiker bei der Arbeit. Ihre Theorien und ihre Praxis. Sonderheft Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 61, S. 966-994.
145. Loch, W. (1974): Der Analytiker als Gesetzgeber und Lehrer. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 28, S. 431-460.
146. Lockot, R. (1985): Erinnern und Durcharbeiten. Zur Geschichte der Psychoanalyse und Psychotherapie im Nationalsozialismus. Fischer, Frankfurt am Main.
147. Lockot, R. (1994): Die Reinigung der Psychoanalyse. Die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft im Spiegel von Dokumenten und Zeitzeugen (1933-1951). Edition diskord, Tübingen.
148. Lockot, R. (1995): Paula Heimann im Gespräch mit Marlinde Krebs. Eingeleitet und kommentiert von *Regine Lockot*. In: Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse, 8 (16), S. 134-160.
149. Loewenstein, R. M. (1959/60): Bemerkungen über einige Variationen der psychoanalytischen Technik. In: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde, 13, S. 594-608.
150. Lothane, Z. (2001): Zärtlichkeit und Übertragung – Unveröffentlichte Briefe von C. G. Jung und Sabina Spielrein. In: Karger, A., Knellessen, O., Lettau, G. und

Weismüller, C. (Hg.): Sexuelle Übergriffe in Psychoanalyse und Psychotherapie. S. 35-69. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

151. Lutz, W. (Hg.) (2010): Lehrbuch Psychotherapie. Huber, Bern.
152. McGuire, W. u. Sauerländer, W. (2011) (Hg.): Sigmund Freud / C. G. Jung. Briefwechsel. Fischer, Frankfurt am Main
153. Menninger, K. A. & Holzman, P. S. (1977): Theorie der psychoanalytischen Technik. Frommann-holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt.
154. Mertens, W. (1998): Psychoanalytische Grundbegriffe. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
155. Mitscherlich, A. (1954): Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung. In: Psyche. Eine Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Menschenkunde in Forschung und Praxis, 7, S. 561-578.
156. Moser, T. (1987): Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe. Eine Streitschrift. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
157. Müller, T. (1995): Leben und Werk von Henry Lowenfeld (1900-1985). In: Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse, 8 (16), S. 56-65.
158. Müller, T. (2000): Von Charlottenburg zum Central Park West. Henry Lowenfeld und die Psychoanalyse in Berlin, Prag und New York. Edition Déjà vu, Frankfurt am Main.
159. Müller, T. (2002): Frieda Fromm-Reichmann (1889-1957). Jüdische Ärztin, ehemalige Dresdnerin, emigrierende Psychoanalytikerin, verfilmte Romanfigur. In: Scholz, A., Heidel, C.-P. (Hg.): Das Bild des jüdischen Arztes in der Literatur, S. 102-119. Mabuse, Frankfurt am Main.
160. Müller, T. (2004): Zur Etablierung der Psychoanalyse in Berlin. In: Müller, T. (Hg.): Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin. S. 53-96. Matthiesen Verlag, Husum.
161. Müller, T., Schmiedebach, H.-P., Beddies, T. (2004): Berliner Forschungen zur Psychotherapie- und Psychiatriegeschichte. In: Müller, T. (Hg.): Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin. S. 291-312.
162. Müller, T., Witt, C. (2005): Geschichte, Konzepte und aktuelle Anwendung psychotherapeutischer Verfahren: Evaluation eines Wahlpflichtseminars. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. S. 43-48.
163. Müller, T. und Hermanns, L. M. (2013): „[...] Manchen machen die zweitausend Jahre, die man nicht zuhause war, gar nichts aus [...]“. Die Berliner Schulärztin und Psychoanalytikerin Margarete Miriam Brandt (1892-1977) und ihre Emigration

- nach Palästina/Israel. In: Hermanns, L. M. und Hirschmüller, A. (Hg.): Vom Sammeln, Bedenken und Deuten in Geschichte, Kunst und Psychoanalyse. Gerhard Fichtner zu Ehren. S. 305-326. Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt.
164. Müller, T. und Zur, D. (2014): Escaping Nazi Germany. On forced migration of psychoanalysts. In: Beddies, T., Doetz, S. und Kopke, C. (Hg.): Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung. De Gruyter, Berlin.
 165. Nitzschke, B. (2001): „Poesie“ und Prosa. Eine Nachbetrachtung zum Beitrag von Zvi Lothane über Sabina Spielrein und C. G. Jung. In: Karger, A., Knellessen, O., Lettau, G. und Weismüller, C. (Hg.): Sexuelle Übergriffe in Psychoanalyse und Psychotherapie. S. 71-81. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
 166. Noth, I. (Hg.) (2014): Sigmund Freud – Oskar Pfister. Briefwechsel 1909-1939. Theologischer Verlag, Zürich.
 167. Passett, P. (2001): Sexualität jenseits der Biologie – Hat der Pansexualismus der Psychoanalyse im Zeitalter der political correctness noch eine Zukunft? In: Karger, A., Knellessen, O., Lettau, G. und Weismüller, C. (Hg.): Sexuelle Übergriffe in Psychoanalyse und Psychotherapie. S. 83-107. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
 168. Perner, A. (2005): Der Beitrag August Aichhorns zur Technik der Psychoanalyse. In: Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse, 18 (36), S. 42-64.
 169. Peters, U. H. (1977): Übertragung – Gegenübertragung. Geschichte und Formen der Beziehungen zwischen Psychotherapeut und Patient. Kindler, München.
 170. Plassmann, R. (2011): Selbstorganisation. Über Heilungsprozesse in der Psychotherapie. Psychosozial-Verlag, Gießen.
 171. Pongratz, L. (Hg.) (1973): Psychotherapie in Selbstdarstellungen. Huber, Bern.
 172. Reich, W. (1933): Charakteranalyse. Wiederabdruck, Fischer, Frankfurt am Main (1981).
 173. Riemann, F. (1959/60): Die Struktur des Therapeuten und ihre Auswirkung in der Praxis. In: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde, 13, S. 150-159.
 174. Rössler-Schüle, H., Diercks, C., Löffler-Stastka, H., Schwinghammer, M und Skale, E. (2009): Unvollständige Analysen. Klinische Ergebnisse einer Langzeitstudie am Wiener Psychoanalytischen Ambulatorium. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 63, S. 48-72.
 175. Rudolf, G. (2006): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Schattauer, Stuttgart.

176. Sandler, J. (1983): Zum Verhältnis von Therapie und Theorie in der Psychoanalyse. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 37, S. 577-595.
177. Schafer, R. (1976): *A new Language for Psychoanalysis*. Yale University Press, New Haven und London.
178. Scharff, J. M. (2007): Psychoanalysieren und die Kunst der Balance. In: *Analytiker bei der Arbeit. Ihre Theorien und ihre Praxis. Sonderheft Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 61, S. 837-863.
179. Scharff, J. M. (2009): Verwickeln und Entwickeln – das analytische Paar und das Sexuelle. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 63, S. 1-21.
180. Scheidt, C. E. (1995): Sprechhandlungen im psychoanalytischen Dialog. In: *Forum der Psychoanalyse* 11, S. 324-337.
181. Scheunert, G. (1961/62): Die Abstinenzregel in der Psychoanalyse. In: *Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde*, 15, S. 105-123.
182. Schindler, W. (Hg.) (1980): *Wilhelm Stekel: Aktive Psychoanalyse, eklektisch gesehen*. Huber, Bern.
183. Schlieffen, H. Graf v. (1982): Der schweigende Analytiker. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 36, S. 289-306.
184. Schröter, M. (2005): Notiz zur Technik-Debatte zwischen Reich/Fenichel und Theodor Reik (1932-1936). In: *Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse*, 18 (36), S. 16-22.
185. Searles, H. (1964): Phasen der Wechselbeziehung zwischen Patient und Therapeut bei der Psychotherapie der chronischen Schizophrenie. In: *Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde*, 18, S. 494-531.
186. Sechehaye, M.-A. (1955): *Die symbolische Wunscherfüllung. Darstellung einer neuen psychotherapeutischen Methode und Tagebuch der Kranken*. Huber, Bern und Stuttgart.
187. Stierlin, H. (1976): *Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen. Eine Dynamik menschlicher Beziehungen*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
188. Stone, L. (1973): *Die psychoanalytische Situation*. Fischer, Frankfurt am Main.
189. Stuhr, U. (2007): Die Bedeutung der Fallgeschichte für die Entwicklung der Psychoanalyse und heutige Schlussfolgerungen. In: *Analytiker bei der Arbeit. Ihre Theorien und ihre Praxis. Sonderheft Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und*

ihre Anwendungen, 61, S. 943-965.

190. Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P., Nemeskeri, N. und Voracek, M. (Hg.) (2005): Personenlexikon der Psychotherapie. Springer, Wien.
191. Thomä, H. (1974): Zur Rolle des Psychoanalytikers in psychotherapeutischen Interaktionen. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 28, S. 381-394.
192. Thomä, H. (1981): *Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
193. Thomä, H., Schrenk, H. u. Kächele, H. (1985): Der psychoanalytische Dialog und die Gegenfrage-Regel. In: *Forum der Psychoanalyse*, 1, S. 4-24.
194. Thomä, H. u. Kächele, H. (1996): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd. 1: Grundlagen. Springer, Berlin.
195. Thomä, H. u. Kächele, H. (1997): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd. 2: Praxis. Springer, Berlin.
196. Tölle, R. (1999): *Psychiatrie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio.
197. Tuckett, D. (2007): Wie können Fälle in der Psychoanalyse verglichen und diskutiert werden? Implikationen für künftige Standards der klinischen Arbeit. In: *Analytiker bei der Arbeit. Ihre Theorien und ihre Praxis. Sonderheft Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 61, S. 1042-1071.
198. Waelder, R. (1969): *Die Grundlagen der Psychoanalyse*. Fischer, Frankfurt am Main.
199. Will, H. (1995): War Groddeck ein Nazi? Ein Beitrag zum Verhältnis von Psychoanalyse und Politik. In: *Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse*, 8 (16), S. 7-21.
200. Will, H. (2009): Vom Nutzen und Nachteil der Psychoanalysegeschichte für die Psychoanalyse. Vortrag beim Symposium für Michael Schröter in Berlin, 28. März 2009.
201. Winnicott, D. W. (1960): Primäre Mütterlichkeit. In: *Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde*, 14, S. 393-399.
202. Yalom, I. D. (1974): *Every day gets a little closer. A twice-told Therapy*. Basic Books, New York.
203. Yalom, I. D. (1999): *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Ein Lehrbuch. Pfeiffer bei Klett-Cotta, München.

204. Zerssen, D. v. (1964): Stationäre Gruppenpsychotherapie mit relativ jugendlichen Schizophrenen. In: *Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde*, 18, S. 532-545.
205. ZPM aktuell (Ausgabe 04/April 2011): Newsletter des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Thomas Müller, der in einer außergewöhnlich engagierten, interessierten, konstruktiven und inspirierenden Weise diese Arbeit betreut hat. Er hat seine wertvollen Kommentare und Anregungen immer in einer weit über das Ausmaß der Betreuung einer medizinischen Dissertation hinausgehenden Weise gegeben, wodurch sie nicht nur eine Bereicherung für diese Arbeit sondern auch für meinen gesamten fachlichen Horizont darstellten.

Weiterhin denke ich mit Dankbarkeit an den im Jahr 2008 verstorbenen Herrn Dr. Werner Hopmann, der mich im Rahmen meiner fachlichen Weiterbildung mit unermüdlicher Geduld dazu ermutigt hat, meine Gedanken und Fragen niederzuschreiben und sie zum Ausgangspunkt einer wissenschaftlichen Untersuchung zu machen. Ohne seine Anregungen und die überaus konstruktiven Diskussionen wäre diese Arbeit vielleicht nie in Angriff genommen worden.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Edith Schütz
 Geburtsdatum: 27.05.1957
 Geburtsort: Börsborn
 Familienstand: verheiratet

Schulbildung

1964-1972 Grund- und Hauptschule
 1972-1976 Handelsschule und Höhere Handelsschule
 1976-1977 Wirtschaftsgymnasium
 1978-1983 Ausbildung zur Fotolaborantin und Berufstätigkeit als Fotolaborantin bei Firma TSF GmbH in Brücken
 1983-1985 Abendgymnasium Darmstadt
 12/ 1985 Abitur

Studium

1986-1993 Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin
 11/ 1993 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Berufserfahrung

1994-2005 Assistenzärztin in der Abteilung für Psychiatrie des Klinikums Ernst von Bergmann, Potsdam
 06/ 2001 Facharztprüfung für Psychiatrie
 1998-2005 Weiterbildung zur Psychotherapie am Berliner Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse e. V.
 05/ 2005 Anerkennung der Zusatzbezeichnung ‚Psychotherapie‘
 01/ 2010 Anerkennung der Zusatzbezeichnung ‚Psychoanalyse‘
 Seit 08/ 2006 Niederlassung in eigener kassenärztlicher Praxis als psychotherapeutisch tätige Ärztin