

Dr.phil. Roland Müller, Psychotherapeut FSP,
Kapellgasse 9, CH-6004 Luzern
mail@praxis-roland-mueller.ch

Psychoanalytische Therapie heute.

Auf dem Weg zu neuen Konzeptionen ihrer Praxis.

Überarbeiteter Vortrag vom 28.8.97, gehalten am Psychiatriezentrum Luzern

Sigmund Freud sah in seiner Therapie nicht das wichtigste Stück der Psychoanalyse, obwohl auf dem Boden der Therapie sein ganzes Gedankengebäude entstanden war. Freud definierte die Psychoanalyse: als „Verfahren zur Untersuchung seelischer Vorgänge“, als eine „Behandlungsmethode neurotischer Störungen, die sich auf diese Untersuchung gründet“, sowie als eine „Reihe von psychologischen, auf solchem Wege gewonnenen Einsichten, die allmählich zu einer neuen wissenschaftlichen Disziplin zusammenwachsen“ (1923a, 211).
Fast prophetisch sagt Freud 1926:

„Als(...) Lehre vom seelisch Unbewussten, kann (die Psychoanalyse) all den Wissenschaften unentbehrlich werden, die sich mit der Entstehungsgeschichte der menschlichen Kultur und ihrer grossen Institutionen wie Kunst, Religion und Gesellschaftsordnung beschäftigen. (...). Der Gebrauch der Analyse zur Therapie der Neurosen ist nur eine ihrer Anwendungen; vielleicht wird die Zukunft zeigen, dass sie nicht die wichtigste ist“ (1926, 283).

Eine Prophezeiung ist eingetroffen - das 20. Jahrhundert ist kultur- und wissenschaftsgeschichtlich ohne Psychoanalyse gar nicht zu denken.

Freuds persönliches Interesse galt aber nicht primär der Entwicklung und Verfeinerung seiner Therapiemethode. Dennoch hat er auch mit ihr einen Durchbruch geschafft, ohne den heute jede Psychotherapie undenkbar wäre. Was war Freuds revolutionärer Akt als Therapeut? Er hörte den hysterischen Patientinnen und Patienten zu, und zwar Stunden lang, und er bot ihnen die Möglichkeit, so zu einer andern Sprache als jener der Symptome zu finden.
Das war etwas Unerhörtes im Kontext einer Neurologie und Psychiatrie, die in den Neurosen bloss eine Degeneration des Nervensystems sahen - gar nicht so weit weg von der heutigen biologischen Psychiatrie! Psychisch schwer Kranke anzuhören, sie sprechen zu lassen, sie als Subjekte ihrer Geschichte zu anerkennen war „unerhört“ in einem Klima, das den Patienten eher als Objekt sah denn als Subjekt in eigenem Recht, mit einer eigenen Sprache. Freud liess sich von den Patientinnen gar dreinreden und sagen, wie er sie zu behandeln hätte (Freud 1895d). Statt sich gekränkt zurückzuziehen, liess er sich von ihnen beeinflussen, gewährte ihnen Raum zum Sprechen, sah sie täglich eine Stunde oder mehr zum Gespräch, weil er und sein Weggefährte Josef Breuer erkannt hatten, dass eine „talking-cure“ (wie die Patientin Anna O. das Verfahren nannte) einen therapeutischen Effekt erzielen konnte. Er liess die Patientinnen sprechen und erkannte in ihren Symptomen einen Sinn: er vermutete, dass sie an Reminiszenzen litten, die mit der Erfahrung früher sexueller Traumatisierung zusammenhänge - eine Konzeption, die er 1897 änderte, als er kritisch feststellen musste, dass die PatientInnen nicht alle real sexuell missbraucht worden waren, aber dass sich Phantasien sexueller Attentate und Konflikte in der frühen Kindheit dennoch regelmässig nachweisen liessen.

Ich verstehe die psychoanalytische Therapie in diesem Sinne zunächst einmal als eine wissenschaftlich gestützte *Kunst des Zuhörens* (Makari & Shapiro 1993). Sie lässt sich in konkreten Handlungsregeln für den Analytiker verdichten. Um nur einige zu nennen (Argelander 1979):

- Lockere die Einstellung auf die verbalen Inhalte der Äusserungen des Patienten und achte auf Lücken, Widersprüche, Auslassungen oder ähnliches in seiner Darstellung.
- Höre dem Patienten auf diese gerichtete Weise zu und lass ihn spontan erzählen, was ihm einfällt.
- Verwende Lücken usw. als Einstiegspunkte für die Eröffnung eines unbewussten Sinnes der Äusserungen des Patienten.
- Schau nach einem Stück des logischen Fadens in seinen Äusserungen.
- Achte auf die zeitliche Nachbarschaft von Einfällen, um einen inneren Sinnzusammenhang zu finden. („Sukzession“)
- Achte auf repetitive Muster, damit sie in verschiedenen thematischen Feldern erschöpfend durchgearbeitet werden können.

- Fordere den Patienten auf, alles zu sagen, was ihm durch den Kopf geht, auch wenn er meint, es sei unwichtig, gehöre nicht dazu oder es sei unsinnig. („Grundregel für den Patienten“)
- Bringe allem, was du zu hören bekommst, die nämliche „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ entgegen. („Grundregel für den Analytiker“).

Freud sah den Wirkmechanismus der psychoanalytischen Therapie folgendermassen: bestärkt durch das äussere Setting (hohe Frequenz von 6 Std., mehrmonatige oder sogar mehrjährige Dauer, Couch) und die neutrale Haltung des Analytikers, der sich wie ein leerer Bildschirm oder eine Spiegelplatte verhalten und jede Regung von Gegenübertragung strikte kontrollieren und eliminieren soll, sollte zunächst die an die infantilen Elternimages gebundene Libido ohne jede Kontamination spontan dem Analytiker zufließen. Statt sich an pathogene infantile Szenen erinnern zu können, bleibt dem Neurotiker nur der Weg über die agierende Wiederholung mit dem Analytiker offen. Dadurch wird eine künstliche Neurose, die Übertragungsneurose, entstehen, die eine Neuauflage der infantilen Neurose ist. Aufgabe des Analytikers ist in einer zweiten Phase die Bewusstmachung der Fehlwahrnehmungen, die sich bei diesen Übertragungen alter Beziehungsmuster auf die Analytikerin oder den Analytiker ergeben. Freud: „Die Übertragung auf den Arzt geschieht durch falsche Verknüpfung“ (1895d, 308 f.). Er sah in der Übertragung also eine Realitätsverzerrung, die zu einer Beziehungsstörung in der Analyse führte. Deren Deutung ist vor allem dort indiziert, wo sich aus den Übertragungen Widerstände gegen den Analytiker, die analytische Arbeit oder das Setting ergeben. Der Patient ist in diesem Moment emotional sehr involviert, weil enttäuscht und frustriert, und behandelt den Analytiker so, wie wenn er eine der grossen Figuren der Kindheit wäre. Indem der Analytiker ihm die Realität der Beziehung in der Analyse zeigen und mit der Übertragungsbeziehung kontrastieren kann, entsteht beim Patienten eine emotional getragene kognitive Verunsicherung oder kognitive Spaltung, die den therapeutischen Wandel einleitet. Diese (mutativen) Deutungen der Übertragungswiderstände (Strachey 1934) des Patienten fügen dem Bewusstsein des Patienten etwas Neues, Fremdes hinzu. Dieses kann aufgrund der positiven Arbeitsbeziehung zum Analytiker allmählich angenommen und integriert werden. Damit verringert sich auch die Notwendigkeit, an den alten Übertragungen festzuhalten. Durch wiederholtes Durcharbeiten dieser Widerstände kann der Patient allmählich zur Erinnerung an die pathogenen infantilen Szenen herangeführt werden. Dadurch werden sowohl die künstliche Übertragungsneurose und wie auch die infantile Neurose mit der Zeit aufgelöst.

Das Ziel der psychoanalytischen Therapie in dieser Sichtweise Freuds ist die Auflösung aller Verdrängungs- und Übertragungswiderstände, die das Erinnern an die vergessene, verdrängte Kindheitsgeschichte und den Verzicht auf die infantile Triebbefriedigung gestatten.

Freud legt in seinen technischen Schriften seinen Schülern warnend nahe, jede Beeinflussung und Suggestion des Patienten zu unterlassen. Die Übertragung solle sich quasi naturgesetzmässig entwickeln können, indem der Analytiker sich neutral zurückhalte und wie ein leerer Bildschirm verhalte. Dieser "autonom-endopsychischen" Konzeption der Übertragung (Cremerius 1984) ist er selber aber nicht gefolgt, wenn wir den Berichten einiger seiner Analysanden glauben können. Er war äusserst warmherzig und freundlich mit ihnen, scheute sich auch nicht vor Selbstenthüllungen. Dem „Rattenmann“ liess er z.B. in der Analytestunde ein Frühstück servieren. Dem Psychiater Dorsey sang er zwei Strophen aus Mozarts „Don Giovanni“ vor (Cremerius 1984). Der Lyrikerin Hilda Doolittle zeigte er in einem Nebenzimmer eine Statue der Pallas Athene mit den Worten: „Sie ist vollkommen, nur hat sie ihren Speer verloren“ (a.a.O., 336).

Auch in seinen theoretischen Schriften finden sich viele Spuren, die vermuten lassen, dass Freud eigentlich mehr von der therapeutischen Beziehung wusste oder ahnte, als er in diesem endopsychischen Konzept zu verankern versuchte (Müller 1995). Vermutlich fürchtete er, seine Schüler könnten sich auf sexuelle Beziehungen zu ihren Patientinnen einlassen, wie es z.B. C.G. Jung auch wirklich tat, und so seinem Werk in der Öffentlichkeit Schaden anrichten.

Immerhin ist dieses endopsychische Konzept der Übertragung innerhalb Freuds Gesamttheorie durchaus stimmig. Im Rahmen ihres szientistischen Überbaus mit ihrem Kernstück Trieblehre ergibt sich zwanglos eine endopsychische Konzeption der Übertragung und aus dieser die engen Behandlungsmaximen einer Haltung der Frustration, der Neutralität, der Spiegelplatte oder des leeren Bildschirms. Die Libido wird mit der Metapher eines reissenden, potentiell über die Ufer tretenden, gefährlichen Stromes konzipiert, so dass sich die Tätigkeit des Analytikers konsequent auf Zurückhaltung, Kontrolle, Stauung, Eindämmung und Drainage konzentriert.

Freuds Nachfolger haben in den 40er und 50er Jahren diese Übertragungskonzeption Freuds rigidisiert und dogmatisiert. Offenbar war dies der hohe Preis, den die Psychoanalyse für ihre volle gesellschaftliche Akzeptanz v.a. in den USA nach dem 2. Weltkrieg zu bezahlen hatte. Sie blieb neu einem exquisiten Kreis von wenig kranken, gut angepassten und gut zahlenden Patienten

vorbehalten, die früher 6, später 5 und heute 4 Wochenstunden zahlen konnten - und dies während einigen Jahren - und die einem höchst absurden Indikationsbegriff von „Analysierbarkeit“ entsprachen. „Es sind solche Persönlichkeiten für die klinische Psychoanalyse am besten geeignet, die sich im allgemeinen sozial angemessen verhalten, die eine gute Ich-Stärke und Realitätsprüfung besitzen und über gute Sublimierungsfähigkeiten verfügen; die flexibel reagieren, über Sprache kommunizieren, nach dem Sekundärprozess denken und im Dienste des Ich regredieren, während sie ausreichend intellektuell bleiben, um in der Analyse mitzuarbeiten; ihre Symptome sind nicht vorwiegend schwer, und ihre Diagnosen bleiben innerhalb eines neurotischen Spektrums (usw.)“ (so der repräsentative Literaturüberblick von Bachrach & Leaff 1978, 886 - zit. nach Beland 1985, 23 f.).

Daraus ergibt sich das Paradox, dass „der Patient mit idealen Voraussetzungen für eine Analyse keine benötigt!“ (Tyson & Sandler 1974, 556 - zit. nach Beland 1985, 24)! Welch ein Unterschied zu Freuds Patientinnen und Patienten, die wir heute meist dem Borderline- oder psychotischen Spektrum zuordnen würden.

Neben der Indikation fanden auch eine Verklärung des Settings zu einem „Standardsetting“ (Couch, 6-5-4 Stunden, 50-45 Minuten), statt. Behandelt wurde der Patient mit einer fiktiven Ideal-Technik des viel-Schweigens und Nur-Deutens - alle andern Interventionen wurden als „unanalytisch“ verstanden und sollten nur im Ausnahmefall - und dann höchstens vorübergehend - angewendet werden. Wer nicht mit dieser Technik behandelt werden konnte, dem konnte allenfalls Psychotherapie zugestanden werden, die aber von den Analytikern als nicht analytisch verstanden und selber oft auch nicht angeboten wurde. Als „analytisch“ galt u.a. langes Schweigen. Merton Gill, ein renommierter amerikanischer Analytiker, erzählte von einem seiner analytischen Lehrer folgende Anekdote:

„In meinem ersten Kurs in analytischer Technik sagte der Dozent, dessen Name ich gnädig verschweige, dass der Analytiker in einer idealen analytischen Situation hinter einem Bildschirm wäre und seine Stimme so verändert würde, dass der Patient das Geschlecht des Analytikers nicht kennen würde. Allerdings (...) wäre diese Entstellung für die ersten paar hundert Stunden kaum notwendig, weil der Analytiker vorzugsweise ohnehin nichts sagen sollte in dieser Zeit“ (Gill 1994, 53 – dt. Übers. R.M.). Dieses Verhalten verstand der Dozent als Taktik, welche „den Patienten frustriert, so dass er regredieren sollte, damit das verlangte analytische Material erscheine. In seiner eigenen Arbeit las er (der Dozent) übrigens oft seine Post und spielte Fernschach während den analytischen Stunden!“ (a.a.O.).

Freuds Kunst des Zuhörens wurde so verabschiedet. Mit der Kodifizierung der Freudschen Psychoanalyse verpassten es die Analytikerinnen und Analytiker, sich neuen Herausforderungen zu stellen: z.B. den Psychosen und ihrer Behandlung oder der Psychoanalyse in der Institution. Viele analytisch ausgebildete, begabte und kreative Kolleginnen und Kollegen wandten sich daher von ihr ab – denken wir etwa an Rogers, Selvini-Palazzoli, Lidz oder Stierlin. Die Lehre daraus: Freuds Behandlungstechnik kann nicht einfach aus einem Kontext von 1895 in unsere heutigen Kontexte übernommen werden. Psychoanalyse muss immer neu erfunden werden, aber so, dass wir den Patienten (auch den schwer kranken unter ihnen) *zuhören* können, wie es beim Schach spielenden Lehranalytiker trotz klassisch genanntem Setting und Standardtechnik kaum mehr der Fall gewesen sein dürfte.

Die Gegenbewegung zu dieser Verkrustung und Einengung der Psychoanalyse liess nicht lange auf sich warten. Seit den 50er Jahren zaghaft im Untergrund des psychoanalytischen „Establishments“, seit den 80er Jahren mit einer Beschleunigung und in den letzten Jahren schwungvoll erleben wir einen revolutionären Paradigmenwechsel in der Konzeption der psychoanalytischen Therapie. Das mit der Trieblehre verbundene endopsychische Konzept der Übertragung wird abgelöst durch ein *relationales Modell* oder ein *Konzept der relationalen Matrix* (Greenberg & Mitchell 1983; Mitchell 1988; Gill 1994). Die monadische Ein-Personen-Psychologie des alten Übertragungskonzepts wird abgelöst durch eine systemisch-interaktionelle (Mertens 1997) Zwei- oder Mehr-Personen-Psychologie. Winnicotts berühmter Satz: „There is no such thing as a baby“ lässt sich mühelos auch auf die therapeutische Situation anwenden: es gibt den Analytiker gar nicht, auch nicht den Patienten, nur das dyadische Feld Patient-Analytiker.

Interessanterweise zeigt sich diese Revolution der Behandlungskonzeption gleichzeitig in allen Schulen der Freud-Nachfolger.¹ Im Bereich der Ich-Psychologie sind u.a. Gill, Hoffman und die Sandler zu nennen; bei den Kleinianern u.a. Heimann, Racker, Bion, Rosenfeld und Joseph; im Bereich der Selbstpsychologie Stolorow, Brandchaft, Atwood und D. Stern; bei den Objektbeziehungstheoretikern nach Balint, Winnicott und Fairbairn heute vor allem Ogden; bei den Lacanianern der „Abtrünnige“ Laplanche; bei den Vertretern der Interpersonalen Psychoanalyse u.a.

¹ Ohne hier näher darauf eingehen zu können, halte ich Sandor Ferenczi und Melanie Klein für entscheidende Wegbereiter dieses relationalen Paradigmas.

Mitchell, Greenberg und Ehrenberg. In Europa sind mir bekannte Vertreter variabler relationaler Konzepte z.B. Thomae, Kächele, Buchholz, Bauriedl, von Blarer, Morgenthaler und Mertens.

Was ist in diesem relationalen Modell der Psychoanalyse anders und neu?

Erstens wird die Trieblehre *als Metatheorie der Behandlung* relativiert oder bei einigen Vertretern des relationalen Modells explizit aufgegeben. Gill, Hoffman und Mitchell, die eigentlichen Motoren dieser Bewegung, propagieren als neue Metatheorie eine sozial-konstruktivistische Sichtweise. Diese werde einerseits durch die klinische Erfahrung, andererseits durch neue Entwicklungen in der Linguistik, durch die Säuglings- und Affektforschung sowie den Vormarsch des Konstruktivismus in den Geistes- und Naturwissenschaften nahegelegt. Der Mensch wird nach dieser Auffassung geformt von und ist eingebettet in eine Matrix von Beziehungen mit andern (Mitchell 1988). Diese Matrix von Beziehungen formt das ganze menschliche Erleben, Denken, Sprechen und Handeln von Anfang an und durchgehend, wobei wir darum kämpfen, sowohl unsere Verbindung zu andern aufrechtzuerhalten wie auch uns von ihnen zu differenzieren. Die Grundeinheit der Analyse ist damit nicht mehr alleine das Individuum, dessen Triebwünsche auf inneren und äusseren Widerstand stossen, sondern das interaktionale Feld. Jeder menschliche Wunsch wird immer im Kontext des Bezogenseins auf den Andern erfahren und dieser Kontext bestimmt die Bedeutung. Die menschliche Psyche ist damit nicht mehr primär als Kompromiss zwischen Trieb und Abwehr zu sehen, sondern als Zusammensetzung von relationalen Konfigurationen. Mitchell betont, dass das Konzept „relationale Matrix“ sowohl die intrapsychische wie die interpsychische Sichtweise beinhaltet und *dass damit nicht notwendigerweise ein Verzicht auf eine Konflikt-Psychologie oder die zentrale Rolle der Sexualität und der Aggression impliziert ist. Im Gegenteil: beide werden als zentrale Elemente der Entwicklungstheorie wie einer relationalen Behandlungstheorie von bedeutenden Vertretern dieses Ansatzes (Mitchell 1988, Aron 1996) ausdrücklich beibehalten und auch systematisch berücksichtigt.* Morgenthalers Unterscheidung von Sexualität und Sexuellem (1984) kann auch als Versuch verstanden werden, die Enge oder gar "Diktatur" einer zu eng an der Trieblehre orientierten Behandlungskonzeption aufzulösen und in der Behandlungskonzeption damit einen Platz für jene emotionale Bewegung zu finden, die ihm zentral war.

Neu und anders ist zweitens im relationalen Modell auch die Konzeption der Übertragung bzw. Übertragungsanalyse. Das endopsychische Konzept wird radikal begraben. Eine unkontaminierte Übertragungsentwicklung ist ein Mythos (Gill 1984). Übertragung wird nicht mehr wie bei Freud als „falsche Verknüpfung“ mit der Person des Analytikers und als Verzerrung gesehen. Alle Übertragungs- wie auch Gegenübertragungsreaktionen sind im aktuellen relationalen Feld begründet, daher in variablem Grad als plausibel anzusehen und zu anerkennen. Beide - Analytiker und Patient - sind aktive Teilnehmer an der analytischen Situation und schaffen diese gemeinsam bewusst wie unbewusst (vgl. Müller 1995) - und zwar schon vor dem ersten Telefonanruf. Relationale Psychoanalytiker sprechen hier von „co-creation“ der therapeutischen Situation. Eine erst allmähliche Entwicklung der Übertragungsneurose nach Hunderten von Stunden und nur bei hoher Frequenz ist ein Mythos, der auf einer einseitig triebtheoretischen Konzeption der Behandlungssituation beruhte. Konsequenterweise sind Übertragung und Gegenübertragung als Einheit und Totalität zu sehen, welche aber separat und individuell von Therapeut und Patient erfahren werden (Ogden 1995). Beide - Übertragung und Gegenübertragung - sind durch mehrere Kontexte bestimmt: einerseits die inneren des Analysanden *und* des Analytikers (ihre ubw. Konfliktneigungen wie auch ihre bw. und vbw. Prozessphantasien und -theorien), andererseits die äusseren der Situation und der beiden Personen (wie Alter, Geschlecht usw.). Beide beeinflussen sich in der moment-to-moment-Interaktion ständig - auch dann, wenn der Analytiker z.B. schweigt. In ihrer moment-to-moment-Interaktion schaffen sie das hochspezifische Konglomerat von Übertragung und Gegenübertragung. Dadurch erhält auch die Analyse der Gegenübertragung - als dialektisches Pendant zur Übertragungsanalyse begriffen (Ogden 1995) - eine neue und wesentlich erhöhte Bedeutung. Der Fokus ist daher das Hier und Jetzt der Interaktion - nicht das Dort und Damals. Das Ziel der Behandlung ist nicht primär das Erinnern alter Traumata und pathologischer Konflikte, sondern das Ermöglichen einer neuen Erfahrung von Lebendigkeit, die von alten und reaktivierten Fesseln zu befreien ist; die Lösung unbewusster intrapsychischer Konflikte, die Verminderung der Symptomatik, die Erweiterung der reflexiven Subjektivität und die Erweiterung des Gefühls der persönlichen Autorenschaft sind als dem untergeordnete Ziele zu verstehen (Ogden 1995).

Ich möchte diese veränderte Konzeption der Behandlung mit einem Fallbeispiel erläutern.

Herr A leidet unter einer Agoraphobie mit gelegentlichen Panikattacken und starken Selbstunwertgefühlen. Zu Beginn seiner Therapie (eine Stunde pro Woche im Sitzen) berichtet er immer wieder von Gefühlen des Wertlosseins und des Versagens - obwohl ihm einiges auch ganz gut gelingt. Er verlangt von mir schnelle Hilfe und eine Art Rezept, was er denn gegen die Symptome tun könnte. Ich fühle mich auf den Thron gehoben, damit aber auch unter Leistungsdruck gesetzt. Er ist mir sympathisch, kommt mir aber auch etwas unterwürfig und hie und da penetrant vor.

In der 15. Stunde sage ich ihm, eine Stimme in ihm, wie ein Quälgeist, scheine ihm keine Ruhe und kein gutes Haar an ihm zu lassen - auch wenn einiges ja ganz gut laufe. Auch in der Therapie scheine der ihn unter Druck zu setzen und ihm nicht zu gestatten, auch selber Antworten zu suchen. Da überrumpelt mich der Patient mit der einfachen Frage: „Haben Sie das auch - so einen Quälgeist?“ - mit einem unterwürfig-harmlosen Lächeln. Ich reagiere ungewollt unwirsch: „Ja, so innere Stimmen habe ich auch - aber ich bin ja hier nicht das Thema!“ Der Patient geht nicht weiter darauf ein, akzeptiert diese Abgrenzung scheinbar.

Die nächste Stunde eröffnet der Patient mit der Aussage: „Nach der letzten Stunde bin ich mit einem komischen Gefühl weggegangen. Ich habe das mit dem „Tüfeli“ (ich hatte „Quälgeist“ gesagt) nicht so recht verstanden!“ Heute sei er erstmals nervös auf eine Therapiestunde hin gewesen, meint er lächelnd. Ich frage ihn, was in ihm in der letzten Stunde dieses komische Gefühl hervorgerufen haben könnte. „Ja, ich habe Sie gefragt, ob Sie auch so ein Tüfeli hätten, aber Sie haben gesagt, das gehöre nicht hierher. Das war für mich wie ein Box in den Magen“ (er führt mir mit einer Geste vor, wie er einen Boxhieb in den Magen gekriegt hat). Ich sage: „Meine Äusserung hat Sie also getroffen und verletzt. Da war ich also das 'Tüfeli!'“. Er: „Jee, ich möchte mich *auch* so abgrenzen können - aber ich kann das nie! Es ist ja auch blöd, dass ich überhaupt noch darauf zu sprechen komme und so tue“. Ich beharre auf seiner Wahrnehmung: „Ein Box in den Magen tut doch wirklich weh - Sie müssen mich da gar nicht schonen!“ Der Patient erzählt darauf hin, wie er das überall tue: schonen, wenn er sich verletzt fühlt. Er kriege dann einfach eine Angst - sein grosses Thema -, sich gegen die andern zu wehren. Wir entdecken, dass ihm dann eben dieses nervöse, mulmige Gefühl im Magen zurückbleibt oder wieder kommt, wenn er diese Person das nächste Mal trifft - so wie heute bei mir! Ärger und Wut spüre er aber nie - nein.

Mir geht jetzt auf, wie ich in den Stunden zuvor einen diffusen Ärger auf den Patienten wegen seiner unterwürfigen Haltung gehabt hatte, der sich in meiner Abgrenzungsaktion entlud! Ich hatte neben dem Ärger wohl Angst vor seiner unterwürfigen Penetranz, so dass ich mich abrupt abgrenzen musste. Hatte er meinen Ärger schon vor meinem Ausbruch wahrgenommen? Ich erinnere mich nun noch an eine Stunde vor 1-2 Wochen, wo ich mich übel gefühlt hatte. Hatte er seine schlechten Gefühle mir anzuhängen versucht - und ich habe sie ihm zurückgegeben?

Der Patient fährt fort: „Stattdessen rebelliert wieder mein Magen!“ Dann wechselt er das Thema abrupt und erzählt, er suche übrigens eine neue Wohnung mit seiner Freundin zusammen und hätte auch schon eine gute gefunden. Aber da seien ihm wieder die Zweifel gekommen, und so habe er sich an seine Astrologin gewendet, um Rat zu erhalten. Ich hätte ja zwar zu Beginn der Therapie gesagt, dass nicht zwei Therapien nebeneinander laufen sollten. Aber die Astrologin helfe ihm bei Entscheiden so *konkret* und ausserdem sei ich ja jetzt dann zwei Wochen in den Ferien. Ich muss zuerst einmal Luft holen und frage dann: „Könnte es sein, dass dies nun doch IHR Box ist, den Sie mir als Reaktion auf meinen Box vom letzten Mal geben? Sie sind vielleicht enttäuscht, kriegen hier nicht so konkreten Rat wie bei der Astrologin und fühlen sich von mir vielleicht auch im Stich gelassen, weil ich jetzt dann weg sein werde.“ Er meint: „Also bewusst sicher nicht!“ Ich insistiere: „Im Boxmatch gibt es halt immer zwei.“ Vielleicht sei es für ihn jetzt eben schwierig, weil er denke, ich könnte wieder zuschlagen und es nicht aushalten, wenn er sich über mich ärgere. Er habe ja früher schon von Ängsten vor jähzornigen Menschen gesprochen - etwa bei seinem Vater. Da sei es für ihn auch schwierig gewesen, sich zu wehren - wie hier. Als ich von seinem Vater spreche, fällt mir der Patient ins Wort und sagt: „Sie, der war übrigens früher Boxer!“ Wir sind beide verblüfft und müssen unweigerlich lachen. Er schildert, wie er (der Patient) als Kind dem Vater beim Boxen oft zuschaute und dabei fürchterliche Angst hatte... Diese Episode in der Therapie eröffnet eine neue Phase, worin er versucht, sich von andern besser abzugrenzen - sicher *auch* aus „Höflichkeit“ mir gegenüber, was wir aber wiederum gemeinsam verstehen lernen. Herr A kann die neue Erfahrung in sein Selbstbild integrieren, dass er durchaus nicht immer der Zahme und Lahme ist, sondern hartnäckig und penetrant sein kann - wie bei mir - und dass er dafür dennoch nicht unbedingt zurückgewiesen wird.

Ich habe dieses Fallbeispiel nicht ausgewählt, weil ich auf meine unwirsche Reaktion besonders stolz wäre oder meine angewendete Behandlungstechnik als beispielhaft herausstellen will. In einem Fallbeispiel lässt sich auch nicht alles klinisch Relevante mitteilen. Meine Deutungen sind auch nicht umfassend und lassen wesentliche Aspekte der konkreten Szene aus.

Wichtig ist mir hier nur folgendes: Der Therapeut unterliegt konstant solchen *unbeabsichtigten Selbstenthüllungen*, die der Patient bewusst oder unbewusst registriert und verarbeitet. Das „Material“, das der Patient bringt, ist dadurch mitbestimmt und somit zu einem gewissen Grade immer plausibel. Herr A muss etwas von meinem Ärger auf ihn gespürt haben, als er mir seine Frage stellte, ob ich auch so einen Quälgeist in mir hätte. Sicher hat er ihn aber *nach* meiner Reaktion gespürt, und es wäre m.E. unangebracht gewesen, seine Kränkung bloss als Wiederholung etwa einer frühkindlichen Kränkung abzutun und somit mir selber die Verantwortung für meinen Beitrag zum Konflikt vom Halse zu halten: „es war *nicht* immer der Vater oder die Mutter“, könnte man sagen...

Aufgabe des Therapeuten ist es, dauernd bei sich und gegenüber dem Patienten zu explorieren, wie eine Reaktion mit der Beziehung zusammenhängt - das nervöse Gefühl von Herrn A mit meinem Ärger z.B. *Unbeabsichtigte Selbstenthüllungen sind nicht Fehler des Therapeuten - ausser wenn er ihre Möglichkeit nicht zum Gegenstand der Analyse macht.*

Weiter ist mir beim Fallbeispiel wichtig, dass der Patient eben doch eine wichtige, selber gefundene und emotional „durchschlagende“ Einsicht erreichen kann: er krankt an einer Geschichte mit dem Boxen. Ich glaube, dass es Herrn A möglich war, diese Einsicht selber zu machen, weil ich meine aktive Beteiligung - meinen Boxhieb - nicht ängstlich mit einer vermeintlich klassischen Übertragungsdeutung abwehrte und ihm aufhalste, sondern als meinen Akt anerkannte. Das fördert das Selbstgefühl des Patienten mehrfach: er *kann* selber Antworten finden; er erlebt den Analytiker als jemanden, der Verantwortung für seine Gefühle übernimmt und sie nicht defensiv zurückweist; er kann erleben, dass beide Aggression und Abgrenzen aushalten können, ohne dass es zur befürchteten Katastrophe kommt. Für jeden Patienten, gerade auch einen Phobiker wie Herrn A, scheint mir die Arbeit an solchen interpersonellen Konflikten und ihrer Verarbeitung im Hier und Jetzt - nicht primär im Dort und Damals - vital.

Ich möchte zusammenfassen, welche Ebenen für mich bei einem relationalen Ansatz therapeutisch im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen.

- Fragen zur Interaktion: *Was geht hier vor zwischen meinem Patienten und mir? Was tut der eine, was der andere – und wie könnte beides zusammenhängen – auf bewusster, vorbewusster und unbewusster Ebene? Was sind die Beziehungserwartungen des einen, was jene des andern? Wie erfährt der Patient die Interventionen (z.B. Deutungen, Schweigen) des Analytikers, was macht er daraus (und umgekehrt)? Was tut der Analytiker, wenn er z.B. schweigt, und wie erlebt dies der Patient? Welche Szene führen wir zusammen auf? Usw.usf.* Alle diese relationalen, reflexiven Fragen sind vom ersten Moment der Behandlung an nützlich und sinnvoll. Sie sind eine konsequente Weiterführung von Freuds Kunst des Zuhörens *in einer relationalen Sichtweise*. Diese Haltung der Offenheit und des sich-überraschen-lassens gestattet uns, das zu hören, was der „real existierende“ Patient von uns in der Behandlung braucht. Egal ob Einzelpatient oder Familie, ob Neurotiker, Borderline oder Psychotiker – diese Haltung kann jedem Patienten gegenüber eingenommen werden, ohne dass wir ihn ins Prokrustesbett einer verengten Indikation oder theoretischer Erwartungen legen müssten.

- Exploration des Beziehungserlebens des Patienten: *Wie erlebt der Patient unsere Situation bzw. sich-und-mich? Was an meinem Tun könnte bei ihm dieses ausgelöst haben? Sind seine Schilderungen von aussertherapeutischen Beziehungsepisoden als Anspielungen auf die analytische Situation zu verstehen? Usw.usf.* Bei Herrn A folgte auf diese 15. Stunde hin eine Phase, wo er durchaus von Konflikten berichtete, aber nicht unseren: mit seiner Freundin, deren Sohn oder seinem Chef. Wenn sich für mich genügend Hinweise ergaben, dass eine strukturell ähnliche Szene in unserer Interaktion bestand, habe ich ihn fragend auf die Parallele angesprochen und mit ihm so herausarbeiten können, wie es ihm wegen seiner grossen Angst nicht leicht fällt, dabei bleiben zu können, dass er hier drin solche Konflikte erleben und aushalten kann. Das Explorieren und Ansprechen solcher Anspielungen auf die analytische Beziehung ist ein zentrales Agens der Übertragungsanalyse in dieser relationalen Sicht. Der Patient kann so - wie Herr A - eine neue emotionale Erfahrung machen: Konflikte und Gefühle lassen sich aushalten - ohne Zusammenbruch.

- Exploration des Beziehungserlebens des Analytikers: *Was geht in mir vor, was tue ich, wenn ich mit diesem Patienten zusammen bin? (Phantasien, Gefühle, Körperreaktionen, Handlungen, Gestik usw. im Zustand der „rêverie“)* *Wie erlebe ich den Patienten, wie „bin ich“ bei ihm? Wie erlebt der Patient meine Gegenübertragung (z.B. meine unbeabsichtigten Selbstenthüllungen)? Welche Anspielungen darauf zeigen sich in seinen Äusserungen? Geht meine Gegenübertragungsreaktion eher vom Patienten oder eher von mir aus? Falls vom Patienten ausgehend: konkordante versus komplementäre Gegenübertragung? Konnte ich die induzierte Gegenübertragung aushalten oder gab ich sie dem Patienten defensiv zurück? Soll ich sie verbalisieren? In welcher Form (als mein Erleben? Als Projektion seines Erlebens)? Usw.usf.* Die Analyse der eigenen Beziehungserfahrung und ihrer Wirkungen ist nicht auf spektakuläre Situationen oder Fälle (etwa Borderline) zu reduzieren, wie es in der Geschichte der Psychoanalyse lange postuliert worden war. Gegenübertragung ist nicht ein Hindernis für die Therapie: ihre kontinuierliche Beachtung plus die Beachtung ihrer Rückwirkung auf den Patienten ist bei *jedem* Patienten unerlässlich, um die Interaktion mit ihm umfassender verstehen zu können. Herr A tippte bei mir etwas an, womit ich aus eigenen Konflikten heraus manchmal Mühe habe: *mein* innerer Quälgeist, der mir sagt, ich müsse etwa diesen Vortrag besonders gut machen oder Herrn A möglichst schnell heilen. Volltreffer also, wenn er mich nach meinem Quälgeist fragte! Erst beim Nachlesen meiner Notizen entdeckte ich ausserdem, dass ich schon vor dieser 15. Stunde

während einer Sitzung mit Herrn A einmal Bauchweh hatte, welches schnell aufhörte und welches ich einfach vergessen hatte - und ich verstand plötzlich den ganzen Vorgang anders: der Boxkampf lief wohl schon von Anfang an!

- Aneignung der eigenen Geschichte: *Ist das Sprechen über Vergangenes eine (gemeinsame?) Flucht vor dem Hier und Jetzt? Handelt es sich beim Sprechen über Vergangenes um eine Anspielung auf die aktuelle Beziehung in der Therapie? Oder ergibt es sich aus einer in der aktuellen Interaktion wiederbelebten und durchgearbeiteten wesentlichen Erinnerung? Oder beides? Usw.usf.* Ohne ein Erinnern seiner Vergangenheit besitzt der Mensch keine Zukunft. Diese Erkenntnis behält ihre volle Gültigkeit, doch werden wir nie historische, höchstens narrative Wahrheit über die Lebensgeschichte anstreben können. Das Fallbeispiel zeigt, dass die Patienten auch von sich aus ihre Geschichte zu verstehen versuchen. Unsere Patienten und auch wir tauchen aber gerne vor den Konflikten des Hier und Jetzt ab, indem wir sie kurzschlüssig in die Vergangenheit verbannen. Auch solches Verharren in der Vergangenheit ist als mögliche Anspielung auf die aktuelle Beziehung in der Therapie zu explorieren. Gerade durch das Erleben der Konflikte im Hier und Jetzt, ihr Ansprechen, Aushalten und Deuten wird aufgrund der Übertragungsneigung eine emotional getragene Erinnerung erst möglich, die zur Auflösung von Übertragungen und zu neuen emotionalen Erfahrungen mit andern führen kann.

Merton Gill, lange eine Galionsfigur der US-Psychoanalyse, plädierte (1984) für eine Abkehr von einer auf die *äusseren Faktoren* ausgerichteten Definition von Analyse (wie hohe Frequenz der Sitzungen, lange Gesamtdauer, Couch, neurotische Diagnose des Patienten, psychoanalytische Vollausbildung des Therapeuten). Gill schockte das analytische Establishment in den USA mit seiner revolutionären These, dass die skizzierte analytische Technik so viel wie möglich angewendet werden sollte - sogar wenn der Patient weniger häufig als in einer eigentlichen Psychoanalyse kommt, wenn er sitzt statt liegt, sich nicht auf eine Behandlung langer Dauer einlassen konnte oder wollte, krank ist, als es die Kriterien der „Analysierbarkeit“ vorsahen, und von einem Therapeuten behandelt wird, der relativ unerfahren sei und keine vollständige Analytiker Ausbildung habe. All dies war er bereit, „Psychoanalytische Therapie“ oder „Psychoanalyse“ zu nennen, wenn drei *innere Faktoren* erfüllt wären: 1. Zentralität der Übertragungsanalyse im relationalen Sinne, 2. Verzicht auf eine Manipulation der Übertragung und 3. Exploration und Verbalisierung jeder unbeabsichtigten Manipulation der Übertragung. Gill bestritt damit implizit, dass jede sogenannte Analyse im „Standardsetting“ automatisch als „psychoanalytische“ gelten konnte.

Die Frage der Indikation gewinnt so an Bedeutung: welchen Behandlungskontext muss der Therapeut schaffen, um diesen Patienten hören und mit ihm relational-analytisch arbeiten zu können? War das nicht mutatis mutandis die Frage, vor der Sigmund Freud vor rund 100 Jahren stand? Kreativität bei prinzipieller Treue zu dieser Kunst des Zuhörens ist hier wieder gefragt. Im Gegensatz zu Freud verfügen wir jedoch heute über eine immense Erfahrung und einen immensen Zuwachs an theoretischem Wissen über die Modalitäten der Interaktion - denken wir auch an die Ergebnisse der Säuglings- und der Affektforschung. Diese erlauben es uns heute z.B., niedrigfrequente Settings (mit Sitzen des Patienten) interaktionsanalytisch umfassender zu nutzen, weil wir unsere Aufmerksamkeit auf den gesamten Austausch nonverbaler wie verbaler Signale in uns und zwischen dem Patienten und uns richten können.

Viele vermeintliche innere Faktoren der Behandlung müssen jedoch m.E. radikal überarbeitet und z.T. verabschiedet werden. Es ist Zeit, „heilige Kühe“ zu schlachten, den oftmals fast klerikal-sakralen Nimbus der Psychoanalyse abzulegen und Heucheleien zu beenden – vor allem jene, dass die Mehrzahl der heutigen Analysen aus hochfrequenten Behandlungen auf der Couch bestehe. In aller Kürze einige Andeutungen nötig scheinender Veränderungen: Eine „Idealtechnik“ und ein „Standardsetting“ gibt es für die Psychoanalyse nicht. Relationale Psychoanalyse kann mit Einzelpatienten wie Familien, Erwachsenen wie Kindern, als Langzeit- wie als Kurzzeittherapie erfolgreich durchgeführt werden. „Analysierbarkeit“ als monadisches Eignungskriterium ist durch relationale Kriterien zu ersetzen und auf die Anwendbarkeit der *inneren* Faktoren zu beziehen². Als „freie Assoziation“ ist alles zu betrachten, was der Patient sagt oder tut, nachdem er dazu eingeladen wurde, sich möglichst frei zu äussern. Eine „therapeutische Regression“ über jene Punkte hinaus, wohin der Patient gewohnheitsmässig regrediert, ist für die Therapie nicht notwendig und nicht wünschenswert. Eine „Übertragungsneurose“ besteht bereits vom Erstkontakt an oder noch vorher; sie lässt sich nicht einfach durch Deutung „auflösen“. „Widerstand“ und „Agieren“ sind ubiquitär und sind als willkommene Vehikel der Analyse, nicht als Störungen zu anerkennen. Der Patient soll nicht gezielt mit einer Haltung der unnahbaren „Neutralität“ über das Mass hinaus frustriert werden, in dem er es schon ist.

² Dazu und zum Folgenden siehe Gill 1994.

Gerade Psychoanalytiker bräuchten diese Diskussion und die Beendigung von Denkverboten rund um die Behandlungskonzeption nicht zu fürchten.

Vor einem muss ich allerdings warnen: Psychoanalytische Therapie ist mit einem relationalen Ansatz nicht billiger oder bequemer zu haben! Sie setzt beim Therapeuten uneingeschränkt eine persönliche psychoanalytische Therapie (möglichst in verschiedenen Settings) voraus. Regelmässige Supervision ist eine Selbstverständlichkeit - auch noch nach der Ausbildung. Ferner muss für die Möglichkeit der patientengerechten Wahl des Settings - also auch die Möglichkeit höherfrequenter Sitzungen bei gegebener Indikation - gekämpft werden.

Psychoanalytische Therapie wird nie eine bequeme und billige sein, aber eine, die hilft, den Patienten jenes Gehör zu schenken, das sie brauchen. Sie erfordert Analytiker/Therapeuten, die bereit sind, sich unbequeme Fragen zu stellen und sie neu zu erfinden - wo sie eben arbeiten und mit wem sie eben arbeiten, in Privatpraxis oder Klinik. Sich dieser Aufgabe zu stellen, kostet viel Zeit, Geld, Phantasie und Gedankenarbeit - aber sie ist auch lustvoll. Und hatte nicht gerade Freud verstanden, dass Phantasie und Denken etwas mit Lust zu tun haben?

Literatur:

- Argelander, H. (1979): Die kognitive Organisation psychischen Geschehens. Ein Versuch zur Systematisierung der kognitiven Organisation in der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Aron, L. (1996): A meeting of minds. Mutuality in Psychoanalysis. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bachrach, H.M., & Leaff, L.A. (1978): "Analysability": A systematic review of the clinical and quantitative literature. J. Amer. Psychoanal. Assn., 26: 881-919.
- Beland, H. (1985): Das Problem der Vorhersehbarkeit von Eignung und Nichteignung bei Psychoanalysen. In: Friedrich, V., & Ferstl, H. (Hg.): Bruchstellen in der Psychoanalyse. Eschborn: Fachbuchhandlung für Psychologie. 21-35.
- Cremerius, J. (1984): Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. Seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten. In: Ders.: Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik, Band 2. Stuttgart: Frommann-Holzboog. 326-363.
- Freud, S. (1895d): Studien über Hysterie. G.W., Bd. 1, 75-312.
- Freud, S. (1923a): "Psychoanalyse" und Libidotheorie". G.W., Bd. 13, 211-233.
- Freud, S. (1926e): Die Frage der Laienanalyse. G.W., Bd. 14, 207-286.
- Gill, M.M. (1984): Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. Internat.R.Psychoanal., 11: 161-179.
- Gill, M.M. (1994): Psychoanalysis in Transition. A Personal View. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Greenberg, J., & Mitchell, St.A. (1983): Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Makari, G., & Shapiro, Th. (1993): On psychoanalytic listening: language and unconscious communication. J. Amer. Psychoanal. Assn., 41: 991-1020.
- Mertens, W. (1996): Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie. In: Senf, W., & Broda, M. (Hg.): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 86-123.
- Mitchell, St.A. (1988): Relational concepts in Psychoanalysis. An integration. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Morgenthaler, F. (1984): Homosexualität, Heterosexualität, Perversion. Frankfurt a.M.: Qumran.
- Müller, R. (1995): Geschichtenbau – Baugeschichte. Über wechselseitige Symbolisierungen in der Analyse. Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse, 20: 71-103.
- Ogden, Th.H. (1995): Subjects of analysis. London: Karnac Books.
- Strachey, J. (1934): The nature of the therapeutic action in Psycho-Analysis. Int. J. Psycho-Anal., 15: 127-159.
- Tyson, R., & Sandler, J. (1974): Probleme der Auswahl von Patienten für eine Psychoanalyse. Psyche, 28: 530-559.