

Schweigen und / oder Handeln?  
Psychoanalytische Überlegungen zur Aktivität von Psychotherapeuten

Vortrag bei der Tagung am 28. Juni 2018  
„Psychotherapie und Handeln“  
Klinik Schützen, Rheinfelden

Dr. med. Stephan Schmidt  
Bahnhofstr. 11  
82211 Herrsching

“So sehr es den Analytiker verlocken mag, Lehrer, Vorbild und Ideal für andere zu werden, Menschen nach seinem Vorbild zu schaffen, er darf nicht vergessen, daß dies nicht seine Aufgabe im analytischen Verhältnis ist, ja daß er seiner Aufgabe untreu wird, wenn er sich von seiner Neigung fortreißen läßt” (S. Freud, Abriß der Psychoanalyse (1938), GW XVII, S. 101)

Ich danke Ihnen herzlich für die erneute Einladung nach Rheinfeldern, um gemeinsam mit Ihnen über ein Thema nachzudenken, zu dem Psychoanalytiker lange eigentlich nichts zu sagen haben - oder zumindest sehr lange Zeit nichts gesagt haben: Es gibt bis heute keine spezifische psychoanalytische Handlungstheorie, es gab zwar immer wieder Ideen zum Beispiel zu einer Umsetzung analytischer Konzepte auf die Ebene politischen Handelns wie bei Wilhelm Reich, Otto Gross, in der Frankfurter Schule, in der Kinderladen-Bewegung der 68-Jahre des letzten Jahrhunderts, in neuerer Zeit z.B. bei Horst Eberhard Richter und Thea Bauriedl, hier in der Schweiz im psychoanalytischen Seminar Zürich, es gab Ansätze zu einer psychoanalytischen Pädagogik (A. S. Neill, der Gründer der britischen Reformschule in Summerhill war mit Wilhelm Reich befreundet, Erich Fromm schrieb später das Vorwort zu einem seiner Bücher), es gibt Überlegungen zur einer psychoanalytischen Kulturtheorie und zur Religion, – aber das sind einzelne Stimmen, die bisher eine eher randständige Funktion hatten.

Ganz im Gegenteil gibt es eine durchaus mächtige Tradition, sich für die Ebene der realen Handlungen eben gerade nicht zu interessieren: Dem englischen Kinderarzt und Psychoanalytiker Donald Winnicott wird nachgesagt, er habe während der deutschen Bombenangriffe auf London geäußert: „Was interessieren mich die Bomben da draußen, wenn ich hier drin Psychoanalyse mache?“ Das kann man eine Verleugnung nennen, das kann man kritisieren – und es ist kritisiert worden, aber ich möchte diese Position hier für einen Moment stark machen (und ich möchte dies gerade auch den Kolleginnen und Kollegen mitgeben, die nicht analytisch arbeiten): In dieser Abwendung von den äußeren Realitäten und in der bedingungslosen Einengung der Aufmerksamkeit auf das innere Erleben des Patienten und auf das eigene innere Erleben des Therapeuten liegt eine methodisch begründbare und behandlungstechnisch höchst bedeutsame Basis dafür, alles erst mal aus dem Blickwinkel des subjektiven Erlebens wahrzunehmen. Damit schaffen wir uns dann auch eine Basis, z.B. im Umgang mit schweren Erkrankungen unsere Aufmerksamkeit eben nicht auf Laborwerte, auf Statistiken zur Prognose und zur Metastasierung von Karzinomen usw. zu richten und diesen Realitäten damit sozusagen Gewicht und Vorrang einzuräumen, sondern wir konzentrieren uns auf den subjektiven Anteil, wir gehen mit Krankheiten um wie mit allen anderen Mitteilungen und Symptomen des Patienten sonst auch, das heißt: wir versuchen sie zu verstehen als Äußerungen von Anteilen im Unbewußten des Patienten.

Dazu gehört auch ein zumindest distanzierteres Verhältnis zu der Frage nach Veränderungen und Verbesserungen im Befinden des Patienten. So antwortete ein renommierter Analytiker auf die Frage, ob es seinem Patienten nach langer analytischer Therapie besser gehe: "Dass Leute sich besser fühlen? Gehört das nicht zu den Dingen, die Pharmafirmen versprechen?" (in: Pflichthofer, S. 10)

In dieser Konzentration auf das innere Erleben liegt nicht nicht nur eine behandlungstechnische Maxime, sondern im Hintergrund wird ein grundlegendes theoretisches Prinzip sichtbar, das die Anfangsphase der psychoanalytischen Theoriebildung bestimmt hat: Freud ging bekanntlich zunächst davon aus, daß die Ursache von neurotischen Symptomen in einem real, also auf der Handlungsebene erlittenen Trauma, v.a. in einem real erfahrenen sexuellen Trauma zu sehen ist, das heißt er glaubte seinen meist weiblichen, oft als hysterisch diagnostizierten Patientinnen, wenn diese von Verführung und Mißbrauch durch Väter, Onkel, Nachbarn oder Brüder berichteten. Wir wissen heute, daß viele Patientinnen mit Eßstörungen – und nicht nur diese - Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen gemacht haben, die Statistiken sind hier inzwischen leider recht klar, aber damals – am Ende des 19. Jahrhunderts - erzeugte diese Theorie so viel Aufruhr und Ablehnung, daß aus dem Realtrauma wenig später ein phantasiertes Trauma wurde, also ein Erleben, das sein theoretisches Modell im Oedipus-Komplex fand: Das Kind erleidet keine sexuelle Grenzüberschreitung, z.B. durch den Vater, sondern es phantasiert diese Begegnung, als Wunschbild, als Angstbild, jedenfalls als inneres Bild.

Also: Wir haben hier in den theoretischen Basisannahmen eine Abwendung von der Handlungsebene und eine Verschiebung auf die Ebene des inneren Erlebens. Dem entsprechend taucht das Handeln in der analytischen Literatur meist auf als „Agieren“, ein Wort, das bis heute seinen entwertenden Ton nicht verloren hat. Gemeint war damit, daß ein Patient etwas nicht – wie es die Behandlung eigentlich von ihm verlangt – erinnert, sondern eben auf der Handlungsebene darstellt. Freuds Definition von 1914 heißt:

„... so dürfen wir sagen, der Analysierte erinnere überhaupt nichts von dem Vergessenen und Verdrängten, sondern er agiere es. Er reproduziert es nicht als Erinnerung, sondern als Tat, er wiederholt es, ohne natürlich zu wissen, daß er es wiederholt. Z.B. der Analysierte erzählt nicht, er erinnere, daß er trotzig und ungläubig gegen die Autorität der Eltern gewesen sei, sondern er benimmt sich solcherweise gegen des Arzt. ... Je größer der Widerstand ist, desto ausgiebiger wird das Erinnern durch das Agieren (Wiederholen) ersetzt sein“ (Freud 1914, 129 f)

Was machen wir, wenn der Patient handelt oder handeln will statt zu erinnern? Wir ermutigen ihn – meist schon am Beginn der Behandlung - zur Handlungsabstinenz, also z.B. in der Anregung, während der laufenden Therapie keine wichtigen Entscheidungen zu treffen, die nicht zuvor in der Therapie besprochen worden sind. Vielleicht erläutern wir diese Regel noch durch den Hinweis, daß das Unbewußte extrem erfinderisch darin sei, an die Stelle der Erinnerung an traumatische, unangenehme oder peinliche Erfahrungen lieber eine Handlung zu setzen, die die Aufmerksamkeit vom zu Erinnernden ablenkt.

Für die Interessierten unserer Patienten dürfen wir ergänzen, daß Friedrich Nietzsche einige Jahre vor Freud formuliert hatte: „Das habe ich getan“, sagt mein Gedächtnis. „Das kann ich nicht getan haben“, sagt mein Stolz - und bleibt unerbittlich. Endlich - gibt das Gedächtnis nach“ (Jenseits von gut und böse, 4. Hauptstück, Nr. 68, 1886)

Und wir dürfen darauf verweisen, daß der Handlungsabstinenz des Patienten unsere Haltung der therapeutischen Abstinenz entspricht, daß wir als Therapeuten uns also mit Wertungen und Einflussnahmen und selbstverständlich auch mit handelnden Eingriffen in den Therapieprozess zurückhalten werden. So zumindest in der Theorie – die nicht so schlecht ist...

Die therapeutische Abstinenz stellt neben den Regeln für Anonymität und Neutralität einen wichtigen Baustein dar für die therapeutische Grundhaltung. Sie kennen alle die Metaphern, die bis heute im Über-Ich von Therapeuten wirksam sind: Die „harte Haut“, die einem wachsen muss, um Gegenübertragungsimpulsen stand zu halten; der Chirurg als Vorbild, der seine Affekte kontrolliert, um die Operation so kunstgerecht wie möglich zu Ende zu führen; der Therapeut als Spiegelplatte usw. Dabei geht es – durchaus sinnvoll – um eine freie Fläche für Projektionen des Patienten, eine Fläche die geschützt werden muss, um Platz zu schaffen für ein möglichst freies Assoziieren, heißt: die Entfaltung unbewußter Bilder und Impulse soll so wenig wie möglich gestört werden durch lenkende Einflußnahme und Aktivität des Therapeuten.

Das wissenschaftliche Modell dahinter zielt auf eine möglichst reine, quasi naturwissenschaftliche Erkenntnis, – längst entlarvt als Illusion, aber als Maxime dadurch noch nicht einfach erledigt: Die Abstinenz ermöglicht es uns als Therapeuten aber auch, keine Angst zu haben vor der Schwere der Aufgabe, die Patienten uns stellen (sei es eine schwere körperliche Erkrankung, ein erlittenes Trauma usw). Sondern wir können das, was uns begegnet erst mal annehmen – als Symptom, das heißt: als Hinweis auf ein Thema.

Ich möchte das an einem Beispiel illustrieren: wenige Monate nachdem ich erfahren hatte, daß ein mir sehr nahe stehender Mensch an einem Morbus Parkinson erkrankt war und ich sehr stark

einbezogen war in die Suche nach Ärzten, Medikation, Reha-Planung usw., in dieser Zeit stellte sich bei mir eine Mitte 60-jährige frühere Waldorf-Lehrerin vor, bei der ebenfalls ein Morbus Parkinson diagnostiziert worden war, nachdem sie wenige Monate zuvor ihre Berufstätigkeit aufgegeben hatte. Sie war tief verzweifelt und geängstigt, mußte sich ausgehend von ihren aktuellen neurologischen Einschränkungen mit einer ihr ganzen Leben durchziehenden Lähmung ihrer Lebensimpulse auseinandersetzen.

Sie berichtet, nach einer großen Enttäuschung als junge Frau „habe sie eigentlich nicht mehr gelebt“, nur gearbeitet als Lehrerin, sei in ihrem Beruf aufgegangen, habe dabei immer unter Versagensängsten gelitten. Jetzt, kurz nach dem Übergang in den Ruhestand sei der Parkinson ausgebrochen, „jetzt bin ich frei und fange an zu Zittern“. Die Patientin selbst benennt ihre Krankheit als „die Fortsetzung der Anorexie mit anderen Mitteln“.

Zur Biographie nur ganz kurz: Die Patientin entstammte einer konservativen Familie eines oberbayerischen Kleinstadt, der Vater war während des Krieges Bürgermeister dieser Stadt, arbeitete als Architekt, war dominant und willensstark. Die Mutter kam aus einer preußischen Offiziersfamilie, war streng, hart und bigott. Die Pat. sagt, sie sei „in die Ordnung, die Pflichterfüllung und die Selbstdisziplin hineingewachsen“. Nach dem plötzlichen Tod einer Schulfreundin, in deren Familie sie emotionale Aufmerksamkeit und Zuwendung erfahren hatte entwickelte sie mit 17 Jahren eine Anorexie, sie sei nach mehreren Krankenhausaufenthalten als ungeheilt entlassen worden mit einem BMI von 11 und einem Körpergewicht von 33 kg. In ihrem Studium der Anglistik habe sie zwei Jahre in den USA verbracht, in einem College gewohnt, dort erstmals Beziehungen zu Männern gehabt, die Anorexie sei in dieser Zeit völlig verschwunden gewesen. Während ihrer Promotionszeit in England habe sie sich dann erstmals richtig verliebt, sei mit diesem Mann nach Deutschland zurückgekehrt, sei dann von ihm verlassen worden,

Was machen wir damit? Welche Therapieziele können wir entwickeln?

- Krankheitsbewältigung / Coping?
- „so frei und lebendig wie möglich sterben können“ als Therapieziel?
- M. Parkinson als ein Symptom wie jedes andere auch?

Und Sie können hier einwenden: wir wollen heute über das Handeln reden, was soll da eine Krankheit wie der Morbus Parkinson? Aus psychosomatischer Sicht ist eine Symptombildung und die Entwicklung einer Krankheit eine Handlung, eine Umsetzung von unbewußten Konflikten auf die Ebene der äußeren Realität, also ein Agieren. Das ist – nicht nur für Ärzte - ein schwieriger Gedanke: Wir haben Krankheiten, nicht: wir machen sie... Aber psychosomatisch Denken heißt eben auch, dieses Machen von Krankheiten zu untersuchen, die unbewußten Motive auf zu spüren. Und es heißt auch: Als Therapeuten unterwerfen wir uns dieser Realität nicht, sondern wir suchen nach den Gründen.

Ich möchte Ihnen hier ein etwas irritierendes Zitat nahe bringen von Kurt Eissler (1951), einem der wichtigsten Stellvertreter der orthodoxen nordamerikanischen Ich-Psychologie, ein Zitat über die Eigenschaften des Therapeuten, hier vor allem des Therapeuten, der sich mit der Behandlung von schizophrenen Patienten beschäftigt:

„ Er sollte an seine eigene Allmacht glauben;  
therapeutischer Misserfolg muss für ihn inakzeptabel sein;  
die Gesundung des Patienten muss ihm emotional sehr viel bedeuten; ...  
es darf ihm nicht darauf ankommen, wie viel Zeit er für den Patienten verwendet;  
die Schwere der Situation muss ihn herausfordern und er muss sein etwaiges Scheitern als eine traumatische therapeutische Niederlage empfinden.  
Dann wird der Patient das Gefühl haben, dass ihn der Therapeut in den Mittelpunkt seines Lebens

gestellt hat. ...

Ich betrachte die Wunder, von denen die Evangelien berichten, mit Skepsis. Aber ich bin sicher, dass der Heiland Schizophrene in der akuten Phase zu heilen vermochte... Je mehr der Therapeut dem Patienten im Bild eines modernen Christus erscheinen kann, desto größer sind seine therapeutischen Chancen“.

Bei diesem Zitat erlebe ich in Seminaren meist eine gewisse Irritation: die meisten Therapeuten laufen nicht mit dem selbstverständlichen Grundgefühl herum, sie dürften sich Christus-ähnlich als Erlöser sehen. Aber in sich ein solches Bild neben all den anderen Bildern auch zu haben ist möglicherweise hilfreich, um nicht zu erschrecken und sich zu ängstigen vor der Massivität, die Krankheit und Verletztheit unserer Patienten haben können. Und ein solches Selbstbild zu haben gibt uns auch die Möglichkeit, die idealisierenden Erwartungen der Patienten anzunehmen. Für das kleine Kind sind die Eltern die Garanten dafür, daß das abendliche Einschlafen nicht gefährlich ist und die Sonne am nächsten Tag wieder aufgeht. Solche Heilserwartungen finden wir auch bei unseren Patienten, und keineswegs nur bei den sog. Früh-Gestörten.

Und an dieser Idee wird eben auch deutlich, daß in Therapien nur das geschehen kann, was wir als Therapeuten in uns an Möglichkeiten haben – und hier wird es theoretisch jetzt etwas knifflig, denn die Psychoanalyse der letzten Jahrzehnte (beginnend vielleicht mit Paula Heimanns Vortrag über die Gegenübertragung im Jahr 1949) hat sich zentral um diese Frage herum bewegt: welchen Beitrag hat der Psychoanalytiker eigentlich zum therapeutischen Prozess?

Ich möchte dieses Thema verdeutlichen an einer mir in Supervisionen immer wichtiger gewordenen behandlungstechnischen Grundregel, formuliert in dem viel zitierten „Dreieck der Einsicht“ des amerikanischen Psychiaters und Psychoanalytikers Karl Menninger (1893 - 1990): wir können die uns in der Therapie begegnenden Träume, Symptome, Einfälle und Erinnerungen verstehen

- 1. als Reaktion auf ein Realobjekt, also auf ein in der realen Lebenswirklichkeit des Patienten wichtiges Gegenüber,
- wir können sie 2. verstehen als in der Regel zunächst unbewußte Auseinandersetzung des Patienten mit einem inneren Objekt, also einem Niederschlag früher Objektbeziehungen, die z.B. als introjizierte elterliche Instanzen wirksam sein können
- und wir können sie 3. verstehen als in der Regel ebenfalls zunächst unbewußte Auseinandersetzung mit dem Übertragungsobjekt, die Einfälle oder Träume oder Symptome können als Hinweise verstanden werden darauf, wie der Patient die Beziehung zum Therapeuten in der Übertragung gestaltet.

Und die behandlungstechnische Kunst besteht darin, zwischen diesen Bedeutungsebenen immer wieder zu wechseln und das im Moment des therapeutischen Prozesses Wichtigste in den Vordergrund zu holen. Und dann kann es eben auch heißen, daß uns die Bomben da draußen im Moment erst mal nicht interessieren...

Das könnte bei der Patientin mit dem Morbus Parkinson jetzt heißen: Wir gehen in unserer inneren Einstellung auf die Realität zu, nehmen die Krankheit als Gegebenes an und konzentrieren uns auf den Umgang der Patientin mit dieser ihrer Realität, wir überprüfen die Medikation, die Diagnostik, die alternativen Behandlungsmöglichkeiten usw., - oder aber wir nehmen die Krankheit als Symptom, als Hinweis auf etwas Anderes, zunächst noch Unbewußtes – die Patientin bietet diese Verknüpfung selber an in ihrer Formel vom Parkinson als der Fortsetzung der Anorexie. Dann sind wir auf der Ebene der inneren Objekte: der wohl nationalsozialistisch gesonnene Vater, die rigide und bigotte Mutter, der früh ganz selbstverständlich und ich-synton erlernte Triebverzicht, der durch spätere Beziehungsenttäuschungen bestätigt wurde. Dann ist der Morbus Parkinson eben nicht mehr nur eine neurodegenerative Erkrankung, was er medizinisch natürlich ist, sondern er ist zugleich ein Bild für eine Lähmung von Trieb- und Lebensimpulsen, und unsere Behandlungstechnik könnte

sich – wie in der Analyse mit dieser Patientin - darauf richten, daß sie das Tanzen lernt (oder in einem Bild aus dem späteren Verlauf der Therapie: sich mit einem Skilehrer auf einen der vertrauten heimischen Steilhänge wagt).

Also: Die Haltung der Abstinenz heißt in diesem Fall zunächst, nicht zu erschrecken vor der Krankheit, sondern mit ihr umzugehen wie mit jedem anderen Symptom auch.

Denn es besteht hier durchaus auch ein Risiko, wenn wir uns eben doch auf die Realebene einlassen, also Rezepte ausstellen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder Reha-Anträge ausfüllen, Atteste schreiben – realistisch jeweils sicher sinnvoll, aber in der seelischen, v.a. in der unbewußten Verarbeitung möglicherweise als Anerkennung dieser Realität erlebt, und damit eben auch als Begrenzung des Freiraumes, der es uns und unseren Patienten ermöglicht Symptome und Krankheiten zu hinterfragen.

Aber andererseits kann es dann eben auch sein, daß aus der Anerkennung der äußeren Realität und durch die Arbeit an dieser Anerkennung eine neue seelische Wirklichkeit konstruiert werden kann. Auch dazu ein kurzes Beispiel:

In einer schon seit 3 Jahren laufenden 3-stündigen analytischen Therapie entwickelt die früh traumatisierte Patientin langsam Vertrauen in die Therapie und in mich, wir arbeiten konstruktiv an den depressiven Beschwerden und an ihrer Beziehungsunsicherheit. In einer Sitzung entsteht unter dem Fenster meiner Praxis ein massiver Lärm durch einen Preßlufthammer, die Fenster zittern, und anders als Winnicott während der Bombenangriffe kann ich so nicht arbeiten – ich gehe mit der Patientin aus der Praxis, wir gehen 5 Minuten nebeneinander her an den Rand des Ortes, setzen uns dort auf eine grüne Bank, setzen unsere Stunde fort. Diese grüne Bank steht seitdem im Erleben der Patientin und auch in ihren Träumen als Symbol für Sicherheit und Geborgenheit. Auch nach dem Ende der Analyse bleibt ihr die grüne Bank als Introjekt erhalten.

Inszenierungen wie diese hat es natürlich immer gegeben, aber erst in den letzten Jahrzehnten kam es zu einer Veränderung des theoretischen Schwerpunktes und der behandlungstechnischen Vorgaben in Psychotherapien: bei Bindungstheoretikern, Selbstpsychologen, Interaktivisten werden jetzt anstelle der in der Haltung der Abstinenz erworbenen Einsichten viel mehr die Momente der Bezogenheit, der Gemeinsamkeit, der Anerkennung und der Empathie ins Zentrum gerückt und damit auch die Bewertung von Handlungen der Patienten und der Therapeuten anders gesehen.

Damit wurde das Bild vom abstinenten Therapeuten grundsätzlich erweitert, wir sind als Therapeuten eben nicht mehr objektive, quasi chirurgisch arbeitende Methodiker, sondern wir sind Teil des Prozesses, wir sind „teilnehmende Beobachter“ (Sullivan), wir verändern durch unsere Art des Beobachtens das therapeutische Feld, wir greifen selbstverständlich immer wieder handelnd in dieses Feld ein – ebenso wie der Patient, dessen Handlungen wir ebenso als Hilfsmittel für die gemeinsame Suche nutzen können wie unsere Gegenübertragung.

Das heißt dann z.B. auch, daß unsere Deutungen nicht nur Einsicht ins Unbewußte vermitteln sollen und können, sondern daß Deutungen vor allem auch dem Patienten vermitteln, wie wir als Therapeuten denken. Das heißt: wie wir als Therapeuten den therapeutischen Raum und den Prozeß gestalten wollen. Deuten ist Handeln!

Ein historisches Beispiel einer deutenden Intervention: In der 2. Behandlungswoche der vierjährigen Ruth, die sich gefürchtet hatte, mit der Therapeutin – Melanie Klein - allein zu bleiben, deutete die Therapeutin das Schreien des Mädchens beim Spielen, als sie einen nassen Schwamm neben eine der Puppen legte: Zitat: "Ich deutete dieses Material nun in Verbindung mit ihrem

Protest gegen den großen Schwamm (der den Penis des Vaters repräsentierte). Ich bewies ihr in allen Einzelheiten, daß sie ihre Mutter beneidete und haßte, weil diese sich den Penis des Vaters beim Koitus einverleibt hatte, daß sie, Ruth, den Penis des Vaters und die Kinder im Leib der Mutter stehlen und die Mutter töten wollte. Ich erklärte ihr, daß sie deshalb Angst hatte und glaubte, sie hätte die Mutter getötet und würde von ihr verlassen werden". Zitat Ende.

Das kann man so machen ...

Und eine solche Intervention verrät viel darüber, wie wir denken und den Prozeß handelnd prägen- und möglicherweise deutlich weniger, was diese kleine Patientin gerade beschäftigt hat. Aber wenn wir uns dem stellen, daß wir als Therapeuten durch unsere Einstellung, durch unsere Theorien, aber vor allem auch durch unsere Person und ihre jeweils höchst subjektiven Möglichkeiten und Grenzen die Therapie nachhaltig prägen, dann entsteht eine andere Behandlungstechnik:

"Das Ideal des neutralen und objektiven, undurchschaubaren und weisen Analytikers ist ein ... Bild einer isolierten Psyche. Es erkennt nicht, daß das emotionale Engagement, das im Analytiker geweckt wird, einen tiefen persönlichen Einfluss ausübt, und verleugnet, daß der Analytiker mit seiner eigenen psychischen Organisation auf vielerlei Weise in all die Phänomene einbezogen ist, die er beobachtet und zu behandeln versucht. Um auf die defensive Unantastbarkeit und Allwissenheit der neutralen Haltung zu verzichten, müssen Analytiker bereit sein, die tiefen Gefühle der Verletzlichkeit und ängstlichen Ungewissheit zu ertragen, die mit dem Eintauchen in einen tiefen analytischen Prozess unweigerlich verbunden sind" (Bernstein 1983 in Jaenicke 15).

Der theoretische Hintergrund ist - in einer Formel: Was wir sind, sind wir in Beziehung. Das Ich, auch das des Therapeuten, ist keine abgegrenzte Monade, mit sich selbst identisch, in sich ruhend und von hier aus die Wirklichkeit draußen betrachtend, sondern das "Ich ist sozusagen eine Gruppe", ein Geflecht von Beziehungen, alten wie aktuellen.

Nicht nur die Intersubjektivisten gehen davon aus, daß die therapeutische Situation geprägt wird durch die Persönlichkeit des Therapeuten, der nicht als objektiver Beobachter, sondern als "Ko-Teilnehmer an einem gemeinsamen, wenn auch asymmetrischen Projekt" (Jaenicke 18) gesehen wird. Damit ist das herkömmliche Verständnis von Neutralität und Abstinenz dahin - schon die Säuglingsforschung hat gezeigt, daß wir vom Anfang unseres Lebens an unser Verhalten im Umgang mit Anderen in Bruchteilen von Sekunden gegenseitig beeinflussen. *"Als Therapeuten geben wir uns in der Art und Weise, wie wir unsere Praxis einrichten (zu erkennen); wir offenbaren uns durch die Art, wie wir sprechen, durch unser Mienenspiel und durch jede einzelne Äußerung: Alles, was der Analytiker tut oder sagt - insbesondere die Deutungen, die er anbietet -, ist ein Produkt seiner eigenen psychischen Organisation und verrät dem Patienten zentrale Aspekte in der Persönlichkeit des Analytikers"* (Orange et al 1997 in Jaenicke 22f).

So weit, so gut. Sie werden mir zustimmen, daß wir uns hier in einem sehr anders und deutlich freundlicher wirkenden Feld bewegen als bei der Orientierung an dem Chirurgen. Aber was halten Sie von dem folgenden Text:

„Der Psychoanalyse ist oft der Vorwurf gemacht worden, sie sei als Forschung und Therapie zersetzend .... Sie ist, als Wissenschaft, wie jede Wissenschaft, auseinanderlegend, analysierend. Aber das ist nicht gleichbedeutend mit auflösend und zersetzend. Die Psychoanalyse will, als Wissenschaft wie als Therapie, die unbewussten Anteile der Persönlichkeit, die den neurotisch kranken Menschen in der Betätigung eines ungebrochenen, aufbauenden, schöpferischen Wollens einengen und behindern, seiner bewussten Verfügung und Verantwortung wieder zuführen. Dadurch wirkt sie nicht *auflösend*, sondern *erlösend*, befreiend und aufbauend. ... Die Psychoanalyse bemüht sich, ... Instinktgehemmte zu Instinktsicheren, lebensfremde Phantasten zu Menschen, die den Wirklichkeiten ins Auge zu sehen vermögen, ... liebesunfähige und egoistische Menschen zu

liebes- und opferfähigen, am Ganzen des Lebens Uninteressierte zu Dienern des Ganzen umzuformen. Dadurch leistet sie eine hervorragende Erziehungsarbeit und vermag (einer) ... realitätszugewandten, aufbauenden Lebensauffassung wertvoll zu dienen“ (1138 f).

Die Sprache mutet etwas altertümlich an, der Text stammt auch nicht aus einer Werbebroschüre einer deutschen Krankenversicherung, sondern von Carl Müller-Braunschweig (einem der wenigen nach der Vertreibung der Juden aus Deutschland verbliebenen Psychoanalytiker) in einem Artikel über Psychoanalyse und Weltanschauung aus dem Jahr 1933, abgedruckt im Reichswart, einer Nationalsozialistischen Wochenschrift – ein Versuch, den neuen Machthabern den möglichen Beitrag der Psychoanalyse schmackhaft zu machen.

Damit inhaltlich nicht vergleichbar, aber in der Logik der Argumentation durchaus ähnlich verbunden innerhalb der deutschen Studentenbewegung der 60er Jahre viele mit Wilhelm Reich „die Hoffnung, die Erziehungsfehler der Elterngeneration wiedergutzumachen, indem sie die ‚bürgerlichen‘, restriktiven und autoritären Vorstellungen vom richtigen Leben über Bord warfen. ... (So) glaubten nicht wenige mit Reich, die emotionale und charakterliche ‚Panzerung‘, die sie an sich und ihren Eltern entdeckten, sei charakteristisch für autoritäre, faschistische und post-faschistische Gesellschaften. ... Sie sexuelle Befreiung sollte dazu dienen, ein authentisches, gemeinschaftliches Leben jenseits elterlicher und staatlicher Willkür zu führen“ (Kauders 10)

Zum Abschluß möchte ich Ihre Aufmerksamkeit noch einmal lenken auf diese ganz grundsätzliche Ebene, auf der es um unsere Grundeinstellungen, unser Menschenbild, unsere ethischen und möglicherweise auch unsere politischen Grundsätze geht.

Als Beispiel sei auf Freuds oft zitierten anthropologischen Pessimismus verwiesen, der durchaus auch im Zusammenhang mit dem Desaster des 1. Weltkrieges zu sehen ist, „in dem die aus dem 19. Jahrhundert stammende fortschrittsgläubige Weltsicht des Bürgertums in den Schützengräben unterging“ (Whitebook 2018, 182). Daraus resultierte eine Grundhaltung, daß der Mensch in einem dauernden Kampf gegen destruktive und triebhafte Kräfte stehen muss, und daß die „Absicht, daß der Mensch ‚glücklich‘ sei, ... im Plan der ‚Schöpfung‘ nicht enthalten (ist)“ (Freud 1930, 434).

Wie anders hören sich Texte nicht nur aus alternativen Therapieverfahren an, auch in den Texten von Bindungstheoretikern z.B. über den „kompetenten Säugling“ wird ein sehr viel optimistischeres Menschenbild erkennbar, ebenso aus den Modellen der Studentenbewegung der 60er Jahre. Ich habe Ihnen eine Reihe von Texten über eine Zielbestimmung psychotherapeutischen Arbeitens im Handout zusammengestellt – ziemlich unterschiedliche Texte.

Zusammenfassend wollte ich Ihnen anhand einiger historischer Aspekte das Spektrum deutlich machen, in dem wir uns als Therapeuten jeweils neu zu verorten haben: zwischen der Haltung der Abstinenz auf der einen Seite und dem Wissen um die unausweichliche direkte und indirekte, bewußte wie unbewußte Einflussnahme auf den therapeutischen Prozeß auf der anderen Seite liegen Welten.

Ich persönlich bin im Laufe der Jahre meiner psychotherapeutischen Tätigkeit immer vorsichtiger geworden in der Handhabung meiner eigenen Ziele und Wertvorstellungen.

Aber selbstverständlich wähen wir uns in unserer täglichen Arbeit als Vertreter des Richtigen und selbstverständlich werden wir nicht versuchen, unsere Patienten nach unseren bewußten Entwürfen und Modellen zu formen – aber ...

## Literatur zum Thema

- Eissler, Kurt R.: Remarks on the psychoanalysis of schizophrenia. Internat. J. Psychoanalysis 32 (1951) 139-156. Zit. In: Garcia, Emanuel E.: Bleibende Relevanz. Eine Einführung in die klinischen Beiträge von K. R. Eissler. Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse Bd. 40 (2007) 91 - 107
- Ferenczi, Sandor: Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind (Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft). In: ders., Bausteine der Psychoanalyse III, 511-525
- Freud, Sigmund (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW VIII, 375-38
- , (1914) Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II, GW X, 126-136
- , (1930) Das Unbehagen in der Kultur, GW XIV, 419-506
- Jaenicke, C.: Das Risiko der Verbundenheit - Intersubjektivitätstheorie in der Praxis. Stuttgart (Klett-Cotta) 2006
- Kauders, Anthony D.: Auf dem Weg zum neuen Menschen: Die Rezeption der Psychoanalyse in der frühen Kinderladenbewegung. In: Luzifer – Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse 27 (2014), Bd. 54: Psychoanalyse, Kinderläden, Studentenbewegung, 7 – 24
- Klüwer, Rolf: Agieren und Mitagieren. Psyche 37 (1983) 828 - 840
- Masson, Jeffrey M.: Was hat man dir, du armes Kind getan? Oder: Was Freud nicht wahrhaben wollte. Freiburg 1995
- Müller-Braunschweig, Carl: Psychoanalyse und Weltanschauung (1933). In: Reichswart. Nationalsozialistische Wochenschrift und Organ des Bundes Völkischer Europäer / Organe de L'Alliance Raciste Européene, hg. Von Graf E. Reventlow, 14. Jg., Nr. 42, Berlin 1933 (Abdruck in Psyche 37 (1983) 1136 – 1139
- Parin, Paul: Das Ende der endlichen Analyse. In: Ehebald, U. & F.W. Eickhoff (Hrsg.): Humanität und Technik in der Psychoanalyse. Bern: Huber, 1981, 179-198.
- Pflichthofer, Diana: Spielregeln der Psychoanalyse. Gießen 2012
- Treurniet, Nikolaas: Über eine Ethik der psychoanalytischen Technik. Psyche 50 (1996) 1 – 31
- Whitebook, Joel: Unser doppeltes Erbe. Psychoanalytische Sozialtheorie heute. Psyche 72 (2018) 181-193

## Materialien zum Vortrag

### Schweigen und / oder Handeln? Psychoanalytische Überlegungen zur Aktivität von Psychotherapeuten

Dr. med. Stephan Schmidt

Klinik Schützen, Rheinfelden  
28. Juni 2018

**Bertold Brecht:** "Wenn Herr K. einen Menschen liebte"  
Geschichten vom Herrn Keuner, gesammelte Werke Bd. 12, Frankfurt (Suhrkamp) 1976, S. 386

"Was tun Sie", wurde Herr K. gefragt, "wenn Sie einen Menschen lieben?" "Ich mache einen Entwurf von ihm", sagte Herr K., "und Sorge, daß er ihm ähnlich wird." "Wer? Der Entwurf?" "Nein", sagte Herr K., "der Mensch."

**Sigmund Freud** (1938)  
Abriß der Psychoanalyse, GW XVII, S. 101

„So sehr es den Analytiker verlocken mag, Lehrer, Vorbild und Ideal für andere zu werden, Menschen nach seinem Vorbild zu schaffen, er darf nicht vergessen, daß dies nicht seine Aufgabe im analytischen Verhältnis ist, ja daß er seiner Aufgabe untreu wird, wenn er sich von seiner Neigung fortreißen läßt“

**Thomas Mann (1929)**  
Die Stellung Freuds in der modernen Geistesgeschichte (1929), Vortrag in der LMU München  
In: ders., Schriften und Reden zur Literatur, Kunst und Philosophie I, Frankfurt (Fischer) 1968, 367 – 385

„Sieht man genauer hin, so wird deutlich, dass er unseren ganzen heutigen Kulturzustand im Zeichen und Bilde der Verdrängungsneurose erblickt, was mehr als ein Bild und Gleichnis, was zu gutem Teile ganz wörtlich und eigentlich zu verstehen ist,... Freud sieht in unserer Kultur eine durchaus ungesicherte, durchaus labile Scheinvollkommenheit und Scheinharmonie, dem Zustande verwandt – und nicht nur verwandt -, in dem ein Neurotiker ohne Genesungswillen sich mit seinen Symptomen einrichtet und abfindet; eine Lebensform, `die`, so sagt er, `weder Aussicht hat, sich dauerhaft zu erhalten, noch es verdient`. Hier nun setzt die überraschende und geistesgeschichtlich so bedeutende Verwandtschaft seiner Lehre mit der Bewusstwerdungsphilosophie jener Romantik ein, die NOVALIS vertritt. Sie hat die romantische Gewissensempfindlichkeit gegen die Inhumanität alles Dumpfheitskonservatismus, gegen eine Frömmigkeit, die verfrühte, moralisch

unverdiente und auf Bewußtlosigkeit unsicher ruhende Lebensformen um jeden Preis zu erhalten strebt. Sie bedeutet die Notwendigkeit der Auflockerung, Auflösung solcher unendgültiger Ordnungen durch kritische Einsicht; sie glaubt mit der Romantik an ... höhere Stufen, an die Zukunft. Der Weg, den sie vorschreibt, ist der der Bewusstmachung, der Analyse, auf welchem es kein Halt und kein Zurück, keine Wiederherstellung des `Guten-Alten` gibt; das Ziel, das sie zeigt: eine neue, verdiente, durch Bewusstheit gesicherte, auf Freiheit und Wahrhaftigkeit beruhende Lebensordnung. Man kann sie aufklärerisch nennen... Man kann sie antirational nennen, da ihr Forschungsinteresse der Nacht, dem Traum, dem Triebe, dem Vorvernünftigen gilt und an allem Anfang der Begriff des Unbewussten steht; aber sie ist weit entfernt, sich durch dies Interesse zur Dichterin des verdunkelnden, schwärmenden, zurückbildenden Geistes machen zu lassen. Sie ist diejenige Erscheinungsform des modernen Irrationalismus, die jedem reaktionären Missbrauch unzweideutig widersteht. Sie ist ... einer der wichtigsten Bausteine, die beigetragen worden sind zum Fundament der Zukunft, der Wohnung einer befreiten und wissenden Menschheit“ (385)

**Kurt R. Eissler** (1951): Über den Psychotherapeuten...

Remarks on the psychoanalysis of schizophrenia. Internat. J. Psychoanalysis 32 ( 1951) 139-156.  
Zit. In: Garcia, Emanuel E.: Bleibende Relevanz. Eine Einführung in die klinischen Beiträge von K. R. Eissler. Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse 20, Bd. 40 (2007) 91 - 107

„Er sollte an seine eigene Allmacht glauben; therapeutischer Misserfolg muss für ihn inakzeptabel sein; die Gesundung des Patienten muss ihm emotional sehr viel bedeuten; die ganze Tonleiter der Gefühle muss ihm jederzeit zur Verfügung stehen; die Aktivierung psychischer Energie nahe den Primärvorgängen muss bei ihm ungehemmt sein;... es darf ihm nicht darauf ankommen, wie viel Zeit er für den Patienten verwendet; die Schwere der Situation muss ihn herausfordern und er muss sein etwaiges Scheitern als eine traumatische therapeutische Niederlage empfinden.

Dann wird der Patient das Gefühl haben, dass ihn der Therapeut in den Mittelpunkt seines Lebens gestellt hat....

Ich betrachte die Wunder, von denen die Evangelien berichten, mit Skepsis. Aber ich bin sicher, dass der Heiland Schizophrene in der akuten Phase zu heilen vermochte... Je mehr der Therapeut dem Patienten im Bild eines modernen Christus erscheinen kann, desto größer sind seine therapeutischen Chancen“.

**Theodor W. Adorno**, Aufforderung zum Tanz

In: Minima Moralia. Reflexionen aus dem beschädigten Leben, Frankfurt (Suhrkamp) 1951

„Die Psychoanalyse tut sich etwas zugute darauf, den Menschen ihre Genussfähigkeit wiederzugeben, wie sie durch die neurotisch Erkrankung gestört sei. Als ob nicht das bloße Wort Genussfähigkeit genüge, diese, wenn es so etwas gibt, aufs empfindlichste herabzusetzen. Als ob nicht ein Glück, das sich der Spekulation auf Glück verdankt, das Gegenteil von Glück wäre, ein weiterer Einbruch institutionell geplanter Verhaltensweisen ins immer mehr schrumpfende Bereich der Erfahrung. .... Das verordnete Glück sieht denn auch danach aus; um es teilen zu können, muß der beglückte Neurotiker auch noch das letzte bisschen an Vernunft preisgeben, das ihm Verdrängung und Regression übrig ließen, und dem Psychoanalytiker zuliebe an dem Schundfilm, dem teuren aber schlechten Essen im French Restaurant ... und dem als Sex dosierten Geschlecht wahllos sich begeistern. Das Schillersche `Das Leben ist doch schön`, das immer schon Papiermache war, ist zur Idiotie geworden, seitdem es im Einverständnis mit der omnipräsenten Reklame ausposaunt wird, zu deren Fanalen auch die Psychoanalyse, ihrer besseren Möglichkeiten zum Trotz, Scheite herbeiträgt. ... Es gehört zum Mechanismus der Herrschaft, die Erkenntnis des Leidens, das sie produziert, zu verbieten, und ein gerader Weg führt vom Evangelium der Lebensfreude zur Errichtung von Menschenschlachthäusern so weit hinten in Polen, dass jeder der

eigenen Volksgenossen sich einreden kann, er höre die Schmerzensschreie nicht. Das ist das Schema der ungestörten Genussfähigkeit“ (73 ff)

**Max Horkheimer**, Die Psychoanalyse aus der Sicht der Soziologie (1968)

In: Gesammelte Schriften Bd. VIII, Frankfurt (Fischer) 1985, S. 294-305

„Mir sei ...eine philosophische Bemerkung gestattet, die auf das Ziel der Therapie sich bezieht... Was dem Kranken fehlt, worunter er leidet, soll behoben werden. Einordnung in die Gesellschaft, Anpassung ans Bestehende, Fähigkeit zur Arbeit, zum Genuß in der herrschenden Wirklichkeit, gilt höchst selbstverständlich als die therapeutische Aufgabe. ... Meine Frage lautet jedoch: Gibt es nicht geschichtliche Perioden, in denen reibungslose Einfügung, lust- und arbeitsreiches Leben dem Begriff des Richtigen, somit der Gesundheit, widerstreiten; lassen soziale Konstellationen sich denken, in denen ein normales Leben ohne psychische Symptome pathologisch, wahnhaft ist? ... Ist die Vorstellung allzu gewagt, dass der Begriff der Gesundheit eine Konzeption des rechten, Richtigen, Vernünftigen in sich selbst bewahren könne, die den Widerstand gegen übermächtige soziale und politische Kräfte nicht a priori als Wahn ausschließt...?“ (304)

**Ernst A. Ticho**: Probleme des Abschlusses der psychoanalytischen Therapie

In: Psyche 25 (1971) 44 - 56

"Viele Therapeuten gehen mit den möglichen Erfolgen ihrer Arbeit extrem selbstkritisch um bis hin zu der immer wieder beschriebenen Angst, die eigenen Therapien zum Objekt wissenschaftlicher Untersuchung zu machen. Welche Ansprüche haben wir an uns und an unsere Therapien, welche überspannten Ziele haben wir im Kopf, dass wir so oft unzufrieden mit unserer Arbeit sind? Wir müssen uns darüber klar sein, welche Vorstellungen wir von seelischer Gesundheit haben. Manche Vorstellungen sind unbewusst, werden daher starr verfolgt und machen uns unflexibel. Wir sollten also wissen, welche Erwartungen wir haben, damit wir unsere Erwartungen und Zielsetzungen von denen der Patienten abgrenzen können. Wenn wir die verschiedenen Ziele nicht auseinanderhalten, dann erzeugt jedes Therapieende unvermeidlich Ängste wegen der Begrenztheit unserer professionellen Fähigkeiten, manchmal auch Zweifel an der Methode überhaupt. ... Wir müssen daher bei Beginn einer Behandlung mit den Patienten über ihre Ziele sprechen: diese sind notwendigerweise geprägt von den neurotischen Konflikten, deretwegen ein Patient Therapie sucht, können also auch als „Symptom“ gesehen werden, sind aber dennoch im Auge zu behalten. Wenn ein Patient in den 60ern in die Therapie kommt mit dem Ziel, sich endlich verheiraten und Zugang zu sexuellem Erleben zu finden dann bildet sich hier auch ein unbewußter Wunsch ab, nämlich endlich leben zu können – das Ziel ist im Auge zu behalten, auch wenn die Realisierung des Zieles im Sinne einer Umsetzung auf die Handlungsebene vielleicht nicht so leicht möglich sein wird. Ein wichtiger Aspekt ist dabei, dass wir Gesundheit als allgemeinstes Therapieziel nicht statisch benennen, sondern dynamisch zu fassen versuchen: Vielleicht sollten wir eher sagen, dass sich jemand auf Gesundung hin bewegt, die gesunde Persönlichkeit ist eine sich verändernde, wachsende, die neurotische Persönlichkeit steht still, ist „fixiert“. Deshalb ist es am Ende von Behandlungen wichtiger, auf das Wachstumspotential der Patienten zu schauen als nur auf die erreichten realen, z.B. symptomatischen Veränderungen."