

Einige undisziplinierte Gedanken zur Arbeit in der freien Praxis

34 David Bürgi

Neben meiner Tätigkeit in einer Institution, wo ich mich vor allem um schizophrene Menschen therapeutisch kümmere, arbeite ich seit drei Jahren in Delegation mit einem Psychiater zusammen. Es sind neue Erfahrungen, nicht bloss weil es sich um andere „Krankheitsbilder“ handelt, sondern vor allem auch weil der soziale Rahmen nicht vergleichbar ist mit demjenigen von Menschen, die in einem Wohnheim leben. Dass der Psychiater eine Rolle innerhalb des Sozialversicherungswesens einnimmt, dass er Krankschreibung und Ansprüche an Sozialversicherungen mitsteuert, gibt immer wieder Anlass zur Frage, was der Patient eigentlich von einer Therapie will und was meine Rolle sein soll. Huber schreibt von den diffusen Rollenerwartungen an den Psychiater in *Was tut die Psychiatrie*: „Der Ort, der Gegenstand und zum Teil die Art der Behandlung wird weniger bestimmt durch die Störung selber als durch die psychosozialen Folgen.“ Und er fragt: „Wofür sind wir [Psychiater] denn zuständig? Für unsere Kollegen? Für unsere Patientinnen? Für die Versicherungen? Für alle gleichzeitig? Für Entscheidungen, die sonst niemand fällen will? Für verbesserte zeitliche Effizienz anderer Leistungserbringer? Sind wir Dolmetscher, Vermittler, Mediatoren, Berater, Fürsprecher und was befähigt uns zu derart verschiedenartigen Rollen?“¹

Die Frage, was der Patient von einer Therapie erwartet und wie er darin meine Rolle sieht, drängt sich mir aber auch unabhängig von diesen Momenten immer wieder auf, einerseits weil es oft lange nicht ausgemacht ist, welcher Teil am Leiden „neurotisches Elend“ und welcher „gemeines Unglück“ (Freud) ist, und andererseits weil es immer wieder erneut zu klären ist, ob der Patient versucht, mich zu instrumentalisieren, ob er eine Unterstützung und Begleitung von mir wünscht oder ob ich für die Lösung von inneren Konflikten und von Übertragungsneigungen gesucht und auf basale Weise gebraucht werde. Wenn Freud schreibt, – „Die ausserordentliche Verschiedenheit der in Betracht kommenden psychischen Konstellationen, die Plastizität aller seelischen Vorgänge und der Reichtum an determinierenden Faktoren widersetzen sich einer Mechanisierung

der Technik und gestatten es, dass ein sonst berechtigtes Vorgehen gelegentlich wirkungslos bleibt und ein für gewöhnlich fehlerhaftes einmal zum Ziele führt.“² – so ist damit nur ein Aspekt des Fragens und der Verunsicherung getroffen, die mich immer wieder bewegen, denn diese Sätze geben vor, dass es sich um *technische* Probleme handelt, also um Probleme, die innerhalb einer Therapie zu lösen sind. Nicht zufällig spricht Freud an anderer Stelle davon, dass es die erste Aufgabe des Analytikers sei, den Patienten zu erobern, ihn an den Arzt zu attachieren. Damit wird vorausgesetzt, dass das, was der Patient eigentlich sucht, das ist, was ich als Analytiker anbieten kann. Wird damit nicht das Unsichere und Unentschiedene, das die therapeutische Beziehung und Arbeit mitbestimmen, gewaltsam entschieden? Das Buch *Charakteranalyse* von W. Reich ist ein eindrückliches Dokument für diese Art von Gewalttätigkeit.³ Dass sich die in diesem Buch dargestellte Charakteranalyse um den Widerstand herum organisiert, ist nur konsequent, entspricht den inexpliziten Prämissen: Hier *weiss* der Therapeut, was das Gemeinsame und was das Ziel ist. Dabei ist es aber ja oft gerade nicht ausgemacht, ob die Patienten eine *Therapie* suchen und wollen.

Die Unsicherheit, das Fragen, das aber mich immer wieder umtreibt, ist nicht selten auf einer der Technik vorgelagerten Ebene angesiedelt, auf einer Ebene, die allererst eine therapeutische Arbeit ermöglicht. Es soll in diesem Text um irritierende Erfahrungen gehen, die ich nicht einordnen kann, die aber zu Fragen Anlass geben, die grundsätzlich die Voraussetzungen einer therapeutischen Arbeit problematisieren. Es sind Erfahrungen, von denen ich zuweilen nicht einmal recht weiss, in welchem Rahmen sie sich angemessen verstehen und beantworten lassen. Fünf Erfahrungen habe ich herausgegriffen. Als undiszipliniert bezeichne ich die Gedanken insofern, als sie sich bewusst, manchmal auch in polemischen Sinne, ausserhalb oder vor dem disziplinierenden Denken einer selbstbewussten Psychotherapie ansiedeln.

Vorweg dünkt es mich wichtig, gewisse äusserliche Faktoren zu beschreiben, die meine Erfahrung mitbestimmen. Ich arbeite in Frauenfeld, einer Kleinstadt

36 von ca. 25'000 Einwohnern. Mehr als drei Viertel der Patienten werden über die Hausärzte an den Psychiater weitergewiesen. In den drei Jahren habe ich etwa 60 Patienten kennen gelernt, gut die Hälfte sucht Hilfe wegen einer akut sich zuspitzenden Situation – am Arbeitsplatz (8), in Beziehungen (12), wegen psychopathologischen Symptomen (12) oder einer somatischen Erkrankung (3). Im Rahmen einer psychiatrischen Grundversorgung kamen 12 Patienten zu mir – 3 schizophrene Patienten und 9 im Zusammenhang einer IV, 5 Patienten kamen nach einem Klinikaufenthalt, 4 wurden von Angehörigen geschickt und nur 3 Patienten kamen von Anfang an mit einem mehr oder weniger klaren persönlichen Anliegen und benannten eine persönliche Problematik, an der sie etwas ändern wollten. Also nur jeder zwanzigste brachte das von Anfang an mit, was wir Therapeuten als unsere eigentliche Arbeit ansehen, schliesslich denken wir doch, dass wir nicht dazu da sind, soziale Probleme zu lösen, sondern verstehen uns auf die Beziehungsfähigkeit, auf das Selbstverhältnis, auf die innere Entwicklung o.ä.

In einer ganz groben psychopathologischen Einteilung würde ich rund die Hälfte der Fälle den Persönlichkeitsstörungen zurechnen, 25 den neurotischen Störungen, bei 4 Patienten stehen traumatische Ereignisse im Erwachsenenalter im Hintergrund, bei 4 war eine psychotische Erkrankung Grund der Behandlungsbedürftigkeit. Rund die Hälfte der Patienten wurde auch mit Psychopharmaka behandelt.

In der Regel sehe ich die Patienten ein Mal pro Woche oder alle 14 Tage. Mit etwa einem Fünftel vereinbare ich seltener als vierzehntäglich eine Sitzung. Auch wenn ich natürlich spekulieren muss, wie lange die aktuellen Therapien dauern, so denke ich doch, dass ungefähr die Verhältnisse stimmen dürften, wenn ich behaupte: bei einem Drittel dauert die therapeutische Arbeit höchstens ein halbes Jahr, ein Drittel bleibt ungefähr ein Jahr in Therapie, ein weiteres Drittel kommt länger als zwei Jahre zu mir. Dies macht deutlich, dass ich keine Analysen mache.

Wenn Freuds These zutrifft, „Der Wegfall der Regulierung, die doch durch die Bezahlung an den Arzt gegeben ist, macht sich sehr peinlich fühlbar; das ganze

Verhältnis rückt aus der realen Welt heraus; ein gutes Motiv, die Beendigung der Kur anzustreben, wird dem Patienten entzogen.“⁴ dann sind alle Therapien, die ich mache und die von der Krankenkasse finanziert werden, aus der realen Welt herausgerückt. Diese Form der Finanzierung hat auch damit zu tun, dass vermutlich nur ein Drittel meiner Patienten für die Kosten einer Therapie selber aufkommen könnten, bei einem Drittel wäre es wohl nur mit sehr grossen Einschränkungen im Lebensalltag möglich, die Therapie selber zu finanzieren, und beim letzten Drittel wäre es illusorisch, dass der Patient sich die Therapie leisten könnte. Dass ich während dieser drei Jahre nur 5 Selbstanmelder hatte, lässt zumindest an der positiven Einschätzung der Kassenfinanzierung, wie wir sie etwa bei Cremerius oder Thomä finden,⁵ zweifeln.

37

Damit ist kurz der äussere Rahmen umrissen, der meine Erfahrungen ermöglicht und begrenzt. Ich vermute, dass es so oder ähnlich in mancher Praxis aussieht.

1. Wenige Patienten kommen in Therapie, bei denen das Selbstverhältnis so wach und offen ist, dass sie den eigenen Anteil an ihrer Problematik, ihre neurotische Lebensbewältigung benennen oder erahnen können. Es gibt viele Angstpatienten, die nicht zu wissen scheinen, dass sich ihr Leben um ihre Ängstlichkeit herum entwickelt und organisiert hat, es gibt narzisstische Personen, die nicht bemerken, wie stark sie auf Publikum angewiesen sind und sich in grosser Autarkie wähnen, traumatisierte Menschen verstehen nicht, dass ihre „Reaktionsbildungen“, bspw. ihr Kontrollbedürfnis oder ihr Perfektionismus, der Bannung ihrer Angst dient usw. Das müsste eigentlich einen analytisch denkenden Therapeuten nicht sonderlich erstaunen, wird ja gerade in der Psychoanalyse von einem unbewussten Konflikt ausgegangen. Dennoch bin ich gleichsam in naiver Weise über diesen Umstand erstaunt und von ihm irritiert. Die Gründe für diese Verwunderung sind vielfältig. Einer sei herausgegriffen: Es geht ja bei solchen mehr an der Oberfläche bleibenden Wahrnehmungen nicht um Fragen der dunklen Herkunft oder Funktion dieser Abwehrformen, Reaktionsbildungen oder

- 38 Charakterzüge. Schnitzlers Reserve gegenüber der These des Unbewussten bei Freud habe ich immer verstanden. Schnitzler meinte, die Motive der neurotischen Akteure seien ihnen nicht so verborgen und unbekannt, wie von der Psychoanalyse behauptet. „Faktisch ist mir etwas selten gänzlich unbewusst und ist auch mein Handeln kaum jemals von völlig unbewussten Motiven geleitet, sondern ich weiss es und weiss es doch nicht, denke absichtlich daran vorbei, bin mehr oder weniger absichtlich unaufmerksam usw., woraus sich ein diffuses und missverständliches Halbwissen ergibt“, schreibt Holzhey in ihrer Auseinandersetzung mit Sartres *mauvaise foi*.⁶ In irgendeinem Winkel der Seele, weiss doch der Mensch, dass er etwas nicht wissen, nicht wahrnehmen, nicht fühlen will, dass er sich an einer Illusion festhält oder sich selber etwas vormacht. Im Gefolge von Sartre versucht Holzhey das Unbewusste als eine Weise des Sich-zu-sich-selbst-Verhaltens, als Vollzug der Selbsttäuschung zu interpretieren. Geschieht diese Deutung der Verschlossenheit sich selber gegenüber, dieses Sich-Verkennen als – vielleicht dunkel betriebene – *Selbst-täuschung*, moralischer gewendet: als Unaufrichtigkeit zurecht?

Das Rudimentäre, das Unbedarfte oder Tendenziöse des Selbstbewusstseins ist in Psychoanalyse und Daseinsanalyse unterschiedlich interpretiert worden. Faktum scheint zu sein, dass die Selbstverborgenheit des Menschen breit und dunkel ist. Dies ist ein anthropologisches Faktum. Ich muss in naiver Offenheit gestehen, dass ich es trotz einiger Bekanntheit mit der einschlägigen Literatur nicht verstehe, weder in seiner Funktion noch von seinem Ursprung her. Vermutlich steht diese Selbstverborgenheit mit der Unverfügbarkeit des Lebens, der offenen Situation des Menschen, seiner Abgründigkeit, seiner Endlichkeit, mit dem Schwebenden der menschlichen Existenz in einem inneren Zusammenhang. Verdankt sich diese Selbstverborgenheit einem Geschehen im Menschen oder wird sie von Tendenzen und Absichten eines wie auch immer verstandenen Subjekts hervorgebracht? Oder ist dieses Entweder–Oder eine falsche Alternative? Handelt es sich nicht immer um ein Sowohl–Als auch?

2. Verwundert musste ich manchmal feststellen, dass ich bei einfachen neurotischen Störungen kaum Phantasien oder Gedanken über Zusammenhänge, Herkunft und Funktion psychopathologischer Symptome entwickeln konnte, während mir das bei Persönlichkeitsstörungen eigentlich kaum je passiert. Hat das nur damit zu tun, dass ich weniger Erfahrung mit neurotischen Störungen habe, oder muss der Grund dafür im Umstand gesucht werden, dass die Charakterbildungen bei Persönlichkeitsstörungen sich komplexer und dynamischer gestalten als bei Neurosen? Stösst man bei Neurosen schneller auf Persönlichkeitseigenarten, die zwar ein Lebensschicksal und –erfahrungen provozieren mögen, aber selber stumm bleiben und keine Geschichten erzählen, weil sie selber als komplexe lebensgeschichtliche Verwerfungen und Entscheidungen nicht verstanden werden können? „Es besteht kein Grund, die Existenz und Bedeutung ursprünglicher, mitgeborener Ichverschiedenheiten zu bestreiten. Schon die eine Tatsache ist entscheidend, dass jede Person ihre Auswahl unter den möglichen Abwehrmechanismen trifft, immer nur einige und dann stets dieselben verwendet. Das deutet darauf hin, dass das einzelne Ich von vornherein mit individuellen Dispositionen und Tendenzen ausgestattet ist, deren Art und Bedingtheit wir nun freilich nicht angeben können.“⁸ Stossen wir damit nicht vor auf das, was Freud später den „gewachsenen Felsen“⁹ nennt, an dem die analytische Tätigkeit ihr Ende, ihre Begrenzung erfährt? Oder ist es vielleicht nur die gelingende Steuerung der erotischen, narzisstischen und aggressiven Bedürfnisse, ihre Bändigung in Charakterstrukturen oder die gelingende Beruhigung der Seinserfahrungen, die dieses mangelnde Diffundieren von unbewussten Absichten und Wünschen ausmacht, weshalb es eben bei Neurotikern einer Anstrengung bedarf, hinter die präsentierte Oberfläche zu kommen? Oder ist bei schweren Störungen das dynamische und unabschliessbare Projekt der Identität ungeschlichtet aufgebrochen und nicht in einem Selbstverständnis gehalten oder, negativ gewendet, in einem Gehäuse erstartet?

Gerade hier wird der Unterschied zu Therapien mit schizophrenen Menschen deutlich: Hier ist eine grosse Not, die Schicksal ist; wo es um Sein oder Nicht-Sein

40 geht, sind Menschen zwar sehr erfinderisch aber nicht tändelnd. Der Neurotiker dagegen scheint weniger der Macht einer Not gehorchen zu müssen. Ihm ist ein grösserer Spielraum eröffnet, er kann spielen und aufspielen. Er spielt *sein* Spiel und möchte, wird er gestört, eigentlich sein Spiel weiterspielen können. Dieser Wunsch, zum wohltrainierten, ausbalancierten Spiel zurückzukehren, birgt für den Therapeuten besondere Schwierigkeiten. Es ist immer eine Art Gewalt-samkeit dabei, wenn der Therapeut dieses Spiel stört, wenn er den neurotisch ausgedünnten Kontakt zu sich selber erweitern oder in Frage stellen will. Er macht sich dabei schuldig, manchmal muss er auch die Scham aushalten, dass sein Ansinnen aus der Perspektive der eingespielten neurotischen Balance verzärtelt, lebensfremd oder verstiegen erscheinen muss.

Überhaupt fehlt mir, das sei an dieser Stelle angefügt, eine dynamisch ausge-richtete Charakterologie. Weshalb hat die Psychoanalyse nicht das Bedürfnis gehabt, eine solche auszuarbeiten?

3. Manchmal war ich ganz perplex, wenn ich bei Paarproblemen den Partner eingeladen und mit ihm allein ein Gespräch über die Beziehung geführt hatte, denn es machte hie und da den Eindruck, als ob die beiden Parteien nicht vom gleichen erzählen würden, obschon beide offen und ehrlich berichtet hatten. Dass ich aber darüber hinaus keine Phantasie entwickeln konnte, welche Ängste und Wünsche oder welche Kollusion die beiden Positionen in der Realität verbinden, verwirrte mich vollends. Es ist mir ganz unbehaglich zumute, wenn diese Erfahrung den Wirklichkeitsbegriff aufzulösen droht und sich mir der Eindruck aufdrängt, ich hätte es nicht mit einem Erleben und Verhalten gegenüber Realitäten sondern nur noch mit inneren Welten und Phantasien zu tun. Damit wird meine Überzeugung in Frage gestellt, dass man einen Menschen nur versteht, wenn man sich ein einigermaßen adäquates Bild von seinen wichtigen sozialen Realitäten machen kann. Überdies würde sich der Boden, auf dem sich die Therapie bewegt, fundamental ändern: Er würde freier, spielerischer werden – aber auch beliebiger. Kann es aber noch Therapie sein, wenn der

fragende und konfrontierende Blick auf das Verhältnis von Phantasie und Realität wegfällt? Oder anders gefragt: Was machen denn zwei Menschen in einer sog. Therapie, wenn diese Reibung mit der Wirklichkeit ausbleibt?

41

Ich weiss noch nicht, wie diese Erfahrung einzuordnen ist. Ist es einfach die Konfrontation mit der Beschränktheit von uns allen, dass wir eben nur schwer anders können, als dem anderen das eigene Fühlen und Denken zuzudichten, und alsdann verwirrt sind, wenn wir merken müssen, wie verschieden die Menschen sind? Oder wird mir hier grob vor Augen geführt, wie weit neurotische Wahrnehmungs- und Erlebenseinschränkungen gehen können, wie stark der Wirklichkeitssinn des Menschen durch Unterschlagung, bzw. Verfälschung der Position des Anderen gestört sein kann? Wie und was das Individuum in der Rolle des Mitmenschen ist, scheint sich teilweise im Dunkeln zu verlieren. Weshalb?

4. Ich bin erstaunt über die Unklarheit, Vielfältigkeit und Wechselhaftigkeit dessen, was Patienten von mir wollen. Wenn man diejenigen Patienten, die nach einem Klinikaufenthalt zu mir kommen und jene, die von Angehörigen in Therapie geschickt werden, zu jener Hälfte hinzuzählt, die sich wegen einer sich akut zuspitzenden Situation bei einem Therapeuten melden, so sind es sicher zwei Drittel der Patienten, die sich wegen einem realen Störfaktor in therapeutische Behandlung begeben, und deren primäres Ziel es ist, den Störfaktor zu bewältigen. In diesem Rahmen tauchen persönliche Faktoren auf, die der Patient im günstigen Fall als mitbedingende Faktoren einzurechnen bereit ist. Diese persönliche Gleichung sehen wir Therapeuten aber gerne als *den* wesentlichen Grund der neurotischen Entwicklung an und betrachten es als therapeutischen Fortschritt, wenn der Patient anfängt, mit unserer mehr oder weniger klar ausgesprochenen Annahme übereinzustimmen. Doch was geschieht eigentlich hier? Verhält sich der Patient, der eine therapeutische Begleitung dankbar angenommen hat und der bei Besserung des akuten Problems sich aus dem therapeutischen Verhältnis lösen will, blinder, kranker, unvernünftiger, illusionärer als derjenige, der bereit ist, eine mehrere Jahre dauernde Therapie auf sich zu nehmen?

42 Ist dieser Pragmatismus und Egoismus nicht lebensstüchtiger als jene endlosen Projekte der Emanzipation, der Individuation oder der Wahrhaftigkeit gegen sich selbst? Viele Patienten wollen nicht sich selber besser kennen lernen, sie wollen in der Therapie eine Unterstützung erfahren, die in die richtige Richtung weist, und verzichten – es ist ihrem Stolz und Selbstwertgefühl zuträglicher – gerne auf die Unterstützung, wenn sie es sich wieder zutrauen, alleine gehen zu können. Man könnte böse fragen: Hat sich nicht da, wo eine Therapie länger dauert, eine Abhängigkeitsbeziehung entwickelt, die zwar dem Therapeuten ein Gehalt einbringt aber letztlich fürs Leben des Patienten wenig Produktives herausschlägt?

Freud und mit ihm eine breite Basis der Psychoanalyse siedelt den analytischen Prozess nicht in der Gegenwart und Zukunft an sondern im Libidoschicksal, d.h. in der Vergangenheit. So heisst es bei Freud: „Die analytische Arbeit geht nämlich am besten vor sich, wenn die pathogenen Erlebnisse der Vergangenheit angehören, so dass das Ich Distanz zu ihnen gewinnen konnte. In akut krisenhaften Zuständen ist die Analyse so gut wie nicht zu gebrauchen. Alles Interesse des Ichs wird dann von der schmerzhaften Realität in Anspruch genommen und verweigert sich der Analyse, die hinter die Oberfläche führen und die Einflüsse der Vergangenheit aufdecken will.“¹⁰ Wenn die mit der Psychoanalyse intendierte Strukturumwandlung, die Lösung der Libidoentwicklung von pathogenen Fixierungen einer Art „Individuation“ dient, so könnte gemäss diesem Zitat von Freud die eigentlich analytische Arbeit erst dann beginnen, wenn der Alltag einigermassen bewältigt wird. Woher aber soll dann das Motiv zur therapeutischen Arbeit kommen, wenn der Leidensdruck in sich zusammengesunken ist? Die Haltung, die Rilke einem jungen Dichter empfiehlt: „Geduld zu haben gegen alles Ungelöste in Ihrem Herzen und zu versuchen, die Frage selbst lieb zu haben.“¹¹, diese Haltung reicht wohl nicht hin, in die Abgründe der menschlichen Existenz hinabzusteigen. Abgesehen davon, dass diese Metapher verführerisch ist, als sie die Abgründigkeit des Menschen in ein schwer zugängliches Unten verlegt und gleichsam verbietet, sie auch an der Oberfläche festzumachen, darf man fragen, wozu man denn in diese Abgründe hinabsteigen soll. Was ver-

spricht dieser Weg? Wiederherstellung der Arbeits- und Genussfähigkeit, grössere Freiheit, Verantwortlichkeit und Selbstmächtigkeit, eine grössere Liebes- und Beziehungsfähigkeit, grössere Wahrhaftigkeit?

43

Gesetzt den Fall, dass dies tatsächlich die Prämien der therapeutischen Arbeit sind, verdanken sich diese Effekte der Einsicht, der grösseren Wahrheit gegen sich selbst, wie das in guter analytischer Tradition auch Holzhey zu meinen scheint, wenn sie schreibt: „Eine daseinsanalytische Psychotherapie will die Wahrhaftigkeit im Verhältnis zu jenen unbeeinflussbaren Seinsbedingungen, die allem konkreten Tun und Lassen zugrunde liegen, fördern; der Analysand soll dazu ein ehrlicheres und zugleich versöhnlicheres Verhältnis finden.“ Und etwas später: „Der Analysand soll zu einer grösseren Wahrhaftigkeit gegenüber dem eigenen Sein erzogen werden, *um* sein Erleben und Handeln für die ontisch-konkrete Realität und ihre Anforderungen freizubekommen.“¹² Cremerius scheint dies in seiner Arbeit über die Sonderstellung des Durcharbeitens zu bezweifeln: „Es zieht sich also von Anfang an durch die Geschichte der Psychoanalyse wie ein roter Faden die Erkenntnis, dass sich ihre beiden Grundannahmen, ‚Bewusstmachung des Unbewussten‘ und ‚Gewinnung von Einsicht‘ seien die die Heilung bewirkenden Faktoren, nicht mit der klinischen Erfahrung decken. Diese Erfahrung musste für eine als Einsichtspsychologie entworfene Psychologie mit therapeutischem Anspruch schwere Erschütterungen im Gefolge haben. Mit dieser Einsicht läuft, teilweise mit ihr identisch und deshalb oft von ihr verdeckt, eine andere einher, nämlich die, dass zur Überführung von Einsicht in Änderung das rein psychoanalytische Instrumentarium nicht ausreicht.“¹³ Wir bemerken schnell, „dass mit diesem pragmatischen Tun des Analytikers ein Element in den psychoanalytischen Prozess hineinkommt, welches seiner Natur diametral entgegengerichtet ist: Neben das Deuten von infantilen Trieben, Phantasien, Wünschen etc. im Felde von Widerstand und Übertragung tritt jetzt etwas ganz anderes, etwas, das die Änderung nicht durch Einsicht in das Unbewusste erzielen will, sondern durch aktive Massnahmen am bewussten Ich“.¹⁴ Grundsätzlicher als auf der technischen Ebene, wo Cremerius nach den Veränderung bewirkenden, therapeutischen

- 44 Faktoren fragt, setzt Kunz' Kritik am aufklärerischen Habitus der psychoanalytischen Praxis an. In einer Stelle des Aufsatzes *Das Widerstandsargument in der Psychoanalyse*, der sich mit dem Recht, das Widerstandsargument in die wissenschaftliche Diskussion einzuführen, beschäftigt, schreibt Kunz: „Da es hier nur um die *Erkenntnis* der Wirklichkeit geht, so darf vom vitalen ‚Recht‘ solcher Affektwiderstände, die sich zwar einer Wahrheit widersetzen, diese Selbsttäuschungstendenz aber im Dienste der Lebensmöglichkeit aufrechterhalten, abgesehen werden. Ich will jedoch bemerken, dass ich persönlich den unbedingten Wahrheitswillen – den Wahrheits‘fanatismus‘ oder ‚-sadismus‘, wenn es besser gefällt, der offensichtlich zu seiner Voraussetzung eine heftige ‚Lügenhaftigkeit‘ hat – nur innerhalb des Wirklichkeitserkennens gutheissen kann. Praktisch und zumal therapeutisch gibt es fraglos Fälle, bei denen die Rücksicht auf ihre Lebensfähigkeit die Durchsetzung und Freilegung der bzw. ihrer Wahrheit verbietet. Man muss sich unbedingt für die Täuschung bzw. die Selbsttäuschung des anderen entscheiden, zumal man es weder verantworten kann noch das Recht hat, bestimmte Glücksmöglichkeiten und Hoffnungen durch Enthüllung ihres wahren Grundes zu zerstören. Es ist nicht wahr, dass die Wahrheit grundsätzlich fördernd, gar heilend wirkt oder ‚glücklich‘ macht – ich bin der gegenteiligen Meinung, dass sie wesentlich zerstört, und muss deshalb jene erstgenannte Überzeugung für eine ideologische Verdeckung des Erkennens halten.“¹⁵

Die Psychoanalyse scheint dem alten aufklärerischen Glauben anzuhängen, dass Wahrheit und Freiheit – und in gewisser Weise auch Gesundheit – zusammenfallen. Es sei natürlich nicht bestritten, dass es oft einer sich selbst bewussteren Haltung bedarf, um sich von Verstrickungen und „Mechanismen“ zu befreien, aber braucht es dafür eine *Erziehung* zur Wahrheit gegen sich selbst? Mir ist es in der Rolle des Erziehers nicht wohl. Weshalb dieser moralisierende Gestus? Zudem möchte man von einem Handelnden doch vor allem eine Wahrhaftigkeit gegenüber dem anderen verlangen. Als Ziel einer Therapie wäre mir persönlich eine mit Sinnlichkeit verbundene *Selbstoffenheit*

sympathischer, Selbstoffenheit in der Art, dass jemand sich in den Erfahrungen des Lebens selber haben kann – in aller Widersprüchlichkeit –, dass er durch seine Erfahrungen um sich weiss.

45

Dunkel ist das Leben, dunkel ist der Tod, heisst es in Gustav Mahlers Lied von der Erde. Was soll sich der Lebende um die Dunkelheit sorgen? Soll er sich nicht einfach halb unbekümmert und halb vertrauensselig in ihr treiben lassen? Gelingt mit Hilfe der Therapie nicht das Entscheidende, wenn der Patient zum fülligeren, farbigeren, engagierteren Leben findet, wenn sein Leben wieder in Fluss kommt? Oder wenn der Patient wieder besser in Kontakt mit der Realität kommt, weil ihm die Therapie geholfen hat, seinen (verpönten oder abgründigen) Erfahrungen und Wünschen besser standzuhalten? Oder wenn Patient und Therapeut gemeinsam die Freude über den Aufschwung des Lebens (Mut, Hoffnung, Glaube, Liebe) teilen können, der ihn in die Welt hinausziehen lässt?

Es ist Cremerius Recht zu geben, wenn er schreibt: „Eine wirklich tendenzlose Analyse gibt es nicht und kann es nicht geben. Immer sind irgendwelche Tendenzen im Spiel – man kann sie nur mehr oder weniger stark verleugnen.“¹⁶ Doch welche Ziele, Wünsche, Hoffnungen und Überzeugungen verbinden wir mit einer Therapie? Ich bin nach diesen drei Jahren eher mehr verunsichert darüber, was der Patient und ich gemeinsam anstreben und suchen, bzw. suchen sollen. Die Vorläufigkeit aller therapeutischen Ziele, die Übergänge im therapeutischen Prozess, die immer wieder nach einer Klärung der Ziele und des Arbeitsbündnisses verlangen, der Respekt gegenüber Entscheidungen des Patienten, die Achtung seiner Weisheit oder Dummheit und die Rätselhaftigkeit dessen, was eine Veränderung herbeiführt, all das rückt den therapeutischen Prozess in etwas Schwebendes, Unfassbares. Dem therapeutischen Handeln haftet eine Unschärfe an, der methodisch nicht beizukommen ist und die ertragen werden muss. Von da her erstaunt es, dass in therapeutischen Schriften praktisch nie von Hoffnung und Glauben die Rede ist, obschon beide offene Antworten auf dieses Ungreifbare sind. Keine Therapie kann glücken ohne Hoffnung und kein therapeutisches Verhältnis kann stark werden ohne Glauben an den Patienten.

46

5. Noch eine letzte Frage: Woran orientiert man sich in der Therapie, wenn man sich nicht mehr einem „automatisch ablaufenden Libidoprozess“¹⁷ (Ferenczi und Rank, S. 17) anvertrauen kann? – Der Auffassung, dass die Analyse von einem wie auch immer verstandenen Prozess getragen wird, scheint auch Morgenthaler noch in gewissem Sinn anzuhängen, wenn er schreibt: „In der Analyse kreist alles immer um die gleichen Erfahrungen. Unausweichlich auftretende Ziele, die der Analysand und der Analytiker bewusst, vorbewusst oder unbewusst anstreben und erreichen wollen und auch irgendwie gezwungen sind, als Hilfsvorstellungen miteinzubeziehen, werden als eine illusionäre Interpretation der Analyse selbst entlarvt und relativiert. Der analytische Prozess ist ziellos.“¹⁸ – Woran soll ich mich orientieren, wenn in Therapien, die zumeist nur eine Stunde pro Woche, oder noch weniger häufig, stattfinden, grundsätzlich fragwürdig wird, ob ein Beziehungsangebot, ob Verführungen und Abwehren im Sinne von Widerstand und Übertragung verstanden werden dürfen? Die intensive Nutzung eines Übertragungsprozesses wirkt auf mich gewaltsam, gewaltsamer noch die Widerstandsdeutungen. Ich weiss nicht, ob es dem Patienten zugute kommt, wenn der Therapeut ihn mit Hilfe von Übertragungs- und Widerstandsdeutungen in eine engere Beziehung zum Therapeuten zu zwingen versucht. Die Ausrichtung an Abstinenz, freier Assoziation und gleichschwebender Aufmerksamkeit¹⁹ überfordert nicht selten diese Therapien, die mehr aktiv Zugreifendes, ja manchmal sogar Eingreifendes, Verführendes oder Manipulatives zu verlangen scheinen. Ich habe den Eindruck gewonnen, ich müsse als Therapeut deutlich spürbar bleiben. Deshalb ist mir die Aussage von Yalom sympathisch: „Es ist kontraproduktiv, wenn der Therapeut für den Patienten undurchsichtig und im Verborgenen bleibt. Alles spricht dafür, sich dem Patienten zu enthüllen, nichts für Heimlichkeit.“²⁰

Eine analytisch sich verstehende Beziehung müsste in solch niederfrequenten Therapien von einer anderen Basis ausgehen, als sie sich für eine Analyse als fruchtbar erwiesen hat. Die Frage ist nur die von welcher?

- 1 M. Huber, *Was tut die Psychiatrie?* Schweizerische Ärztezeitung 2007, S. 2 und S. 4.
- 2 S. Freud, *Zur Einleitung der Behandlung*. Studienausgabe Ergänzungsband, Frankfurt a. Main 1975, S. 183.
- 3 W. Reich, *Charakteranalyse*, Frankfurt a. Main 1970, S. 129ff.
- 4 S. Freud, a.a.O., S. 192.
- 5 Vgl. J. Cremerius, *Die Präsenz des Dritten in der Psychoanalyse. Zur Problematik der Fremdfinanzierung*. In: *Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik*, Stuttgart-Bad Cannstatt 2008, S. 262ff.; H. Thomä, H. Kächele, *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*, Berlin 1986, S. 204ff.
- 6 A. Holzhey, *Daseinsanalyse*. In: A. Längle, A. Holzhey, *Existenzanalyse und Daseinsanalyse*, Wien 2008, S. 263.
- 7 „Gesucht wird also ein Subjektbegriff, welcher das Subjekt so radikal und zugleich so schwach ansetzt, dass es in allen Formen menschlichen Erlebens und Verhaltens auszumachen ist – auch in jenen, welche als blosse Geschehensprozesse manifest werden.“ (A. Holzhey, *Das Subjekt in der Kur*, Wien 2002, S. 16) Auch wenn Holzheys Versuch, ein solches Subjekt zu denken, vorsichtig ist, wird doch von einer Unhintergebarkeit des Subjekts ausgegangen, wird der Akzent auf die personale Formung und nicht auf das Geschehen im Menschsein gelegt.
- 8 S. Freud, a.a.O., *Die endliche und unendliche Analyse*, S. 380.
- 9 A.a.O., S. 392.
- 10 A.a.O., S. 372.
- 11 I. D. Yalom, *Der Panama-Hut*, München 2002, S. 25.
- 12 A. Holzhey, *Daseinsanalyse*, a.a.O., S. 327.
- 13 J. Cremerius, *Einige Überlegungen über die kritische Funktion des Durcharbeitens in der Geschichte der psychoanalytischen Technik*, a.a.O., S. 158.
- 14 A.a.O., S. 165.
- 15 H. Kunz, *Das Widerstandargument in der Psychoanalyse. Zur Auseinandersetzung mit S. Bernfeld*. In: *Der Nervenarzt*, Berlin 1931, S. 285.
- 16 J. Cremerius, *Die Präsenz des Dritten in der Psychoanalyse. Zur Problematik der Fremdfinanzierung*, a.a.O., S. 303.
- 17 S. Ferenczi, O. Rank, *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*, Wien 2009, S. 17.
- 18 F. Morgenthaler, *Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis*, Hamburg 1991, S. 148.
- 19 Vgl. dazu die interessanten Ausführungen von A. Holzhey, a.a.O., S. 320 ff.
- 20 I. Yalom, a.a.O., S. 98.