

Die Angst des Analytikers vor der Macht des Analysanden¹

Ein Gespräch am Forumsabend vom 15. Juni 2017

Exposé

Alice Holzhey

Am 7. April 2016 hat bereits ein Vortrag stattgefunden, der sich – unter dem Leitthema Wille zur Macht – mit dem Problem der Macht im Bereich der Psychiatrie befasst hat. Paul Hoff als stellvertretender Klinikleiter des Burghölzli sprach über „Macht und Machtmissbrauch in der Psychiatrie“. Dabei war ganz klar, wo die Macht liegt, von wem Macht ausgeht, und wer möglichem Machtmissbrauch ausgesetzt ist: Die Macht liegt beim behandelnden Arzt, dem behandelnden Personal, während der Patient möglichem Machtmissbrauch ausgesetzt ist. Täter und Opfer waren also klar definiert, bis in der Diskussion jemand erklärte, es sei hier doch vergessen worden, wieviel Macht gerade der Patient in einer psychiatrischen Klinik heute habe, und wie oft und wie stark sich das Personal (Ärzte, Pflegende, andere Therapeuten) dem Patienten gegenüber in der ohnmächtigen Position befinden würde.

Der heutige Abend ist der letzte, der nochmals unter dem Leitthema „Wille zur Macht“ steht, und wir kommen heute, wenn auch viel spezifischer, auf die Frage nach der Macht im Verhältnis zwischen behandelnden Psychiatern resp. Psychotherapeuten und Patienten zurück. Heute geht es um eben dieses Verhältnis in der *Psychoanalyse*, und damit um das Verhältnis zwischen Analytikern und Analysanden.

Viele von euch mögen sich noch an das Buch von Grawe erinnern, das 1993, also vor bald 25 Jahren, erschienen ist und den Titel hatte: *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Es enthielt einen Generalangriff auf die Psychoanalyse, die mit Konfession gleichgesetzt wurde, und entwarf die Grundzüge einer professionellen Psychotherapie. Dazu nur die entscheidenden Stichworte: Eine Psychotherapie ist dann professionell, wenn sie den Kriterien von Wissenschaftlichkeit genügt, das heisst über ein Arsenal von störungsspezifischen Behandlungstechniken verfügt, die selber wissenschaftlich geprüft sind, und die je

¹ Die männliche Form steht für beide Geschlechter.

weils bei exakt diagnostizierten Störungsbildern von dafür ausgebildeten Therapeuten anzuwenden sind. Das heisst, dass der Psychotherapeut seinen Beruf dann „professionell“ ausübt und sich deshalb als „Experte“ wissen kann, wenn er über ein durch empirische Untersuchungen gewonnenes Expertenwissen über die jeweils vorliegende Störung verfügt und wenn er zertifiziert ist, die nach neuesten Erkenntnissen wirksamste Behandlungs-Technik, die im vorliegenden Fall erforderlich ist, anzuwenden.

Der Vorschlag, heute über „Die Angst des Analytikers vor der Macht des Analysanden“ zu sprechen, stammt von mir. Der Gedanke mag erstaunen. Zuerst muss man festhalten, dass die Psychoanalyse die Entwicklung zur sogenannten „Professionalisierung“ auch nach Grawes Buch nicht mitgemacht hat. Warum nicht? Und warum diese von Grawe und vielen nach ihm so emphatisch vorgetragene Forderung nach Verwissenschaftlichung und Vertechnifizierung der Psychotherapie? Muss man sie vielleicht auf den dringenden Wunsch zurückführen, den Therapeuten vor der Angst zu schützen, der er sich zumindest potenziell aussetzt, wenn er sich im Sinne der Psychoanalyse auf ein Gespräch mit dem Analysanden/Patienten einlässt?

Nun mag es manche Psychoanalytiker geben, die sofort in die Defensive gehen und betonen, dass sie genauso Experten seien, weil auch sie über eine Technik verfügen würden, wenn auch über eine andere als jene, die Grawe im Blick hatte. Doch ich bin der Meinung, dass das psychoanalytische „Expertentum“ nur gerade den Namen gemeinsam hat mit dem, was heute gängig unter Expertentum verstanden wird, und dass dasselbe auch auf die psychoanalytische „Technik“ zutrifft. Paul Ricœur hat meines Erachtens den Nagel auf den Kopf getroffen, wenn er die Technik der Psychoanalyse als eine „Nicht-Technik“ bezeichnet hat, weil sie nicht, wie die Technik im üblichen Sinne des Wortes, auf Beherrschung und damit auf Macht ziele. Sie halte sich nämlich statt in der „Dimension der Beherrschung“ in der Dimension der „Wahrhaftigkeit“ auf, sie wolle nicht manipulieren, sondern einen Prozess der „Desillusionierung“ in Gang bringen (P. Ricœur, *Hermeneutik und Psychoanalyse*, S. 116f.).

Wie sehr die psychoanalytische Technik den Charakter einer Nicht-Technik hat, lässt sich an den beiden „Grundregeln“ zeigen, die nach Freud das psychoanalytische Gespräch bestimmen sollen: die Grundregel der freien Assoziation, die für den Analysanden gilt, und die Grundregel des Zuhörens in gleichschwebender Aufmerksamkeit, an die sich der Analytiker halten soll.

Ich möchte jetzt kurz diese beiden Regeln vorstellen, auch wenn ich weiss, dass Ihnen diese Regeln bekannt sind, und möchte kurz skizzieren, warum ich der Meinung bin, dass diese beiden Regeln, die man Ricœur folgend auch als „Nicht-Regeln“ bezeichnen könnte, dem Patienten eine Machtstellung zuerkennen, die zumindest im Prinzip beim Analytiker Angst hervorrufen *kann*. Ich betone die Möglichkeit („kann“), weil ja sogleich die Frage an meine beiden Kolleginnen gehen wird, ob sie den Sachverhalt auch so einschätzen und wenn ja, wie man in der Freud'schen und in der Jung'schen Richtung mit dieser Bedrohung, die vom Analysanden in der analytischen Gesprächssituation ausgeht, umgeht, ob man davon spricht oder sie verleugnet, und wenn ja, welche Vorkehrungen dem Schutz des Analytikers vor der beängstigenden Macht des Patienten dienen.

Aber jetzt zuerst zu den überaus befremdlichen Grundregeln, die so gar nicht den Charakter von Regeln im üblichen Sinne haben.

Zuerst zur Regel der freien Assoziation, die für den Patienten gilt. Ich will von Freud nur den einen Satz zitieren: „Sagen Sie also alles, was Ihnen durch den Sinn geht“. Diese Aufforderung an den Analysanden bestimmt den Anfang einer jeden Sitzung, was heisst, dass nicht der Analytiker, sondern der Patient das Gespräch eröffnet, indem er sagt, was ihm gerade einfällt. Der Patient beginnt also die Stunde und bestimmt damit auch, was zunächst einmal zur Sprache kommt. Ob man jetzt sagt: der Patient bestimmt, worüber geredet wird, oder ob man sagt: sein Unbewusstes, das ihm diesen oder jenen Einfall zuspielt, bestimmt darüber, scheint mir für unsere Frage, in welche Position der Analytiker dadurch gerät, nicht von Belang. Wichtig ist, dass nicht der Analytiker, sondern der Patient spricht, und damit zuerst einmal die Führung des Gesprächs übernimmt. Das bedeutet, dass der Analytiker nicht einmal wissen kann, was je in einer Stunde auf ihn zukommt,

was ihn erwartet, dass er sich also auf nichts einstellen, sich auf nichts vorbereiten, sich gegen nichts wappnen kann. Das Gespräch zu „führen“ würde heissen, selber als Analytiker das Gespräch zu eröffnen, sei es mit einer Erklärung oder mit einer gezielten Frage, auf die der Patient zu antworten hat: Es würde auch heissen, über die ganze Zeit der Sitzung klar vor Augen zu haben, was für einen Zweck man mit dem Gespräch verfolgt, welche Informationen man gewinnen will, und selber auch bestimmte Techniken anzuwenden, um die nötigen Informationen zu erhalten. – Dass dieser Verzicht auf „Führung“ im üblichen Sinne denkbar unprofessionell erscheinen muss, ist klar. Mancher könnte es auch so auslegen, dass es sich der Analytiker (allzu) bequem macht, statt selber zu Gunsten des Patienten die Arbeit der Gesprächsführung auf sich zu nehmen. Doch diese Position einer verordneten Passivität ist gar nicht besonders erstrebenswert, weil sie eine Schutzlosigkeit beinhaltet. Es ist ungemütlich, nicht zu wissen, was einen erwartet, ungemütlich, aus dem Stegreif reagieren zu müssen, ja überhaupt nur zu re-agieren, statt der Akteur zu sein.

Wie ungemütlich diese Position ist, in die der Analytiker sich begibt, wenn er den Analysanden auffordert, alles zu sagen, was ihm in den Sinn kommt, wird noch deutlicher, wenn wir die Aufforderung etwas genauer betrachten. Erstens sagt Freud nicht: Sie *dürfen* alles sagen, was Ihnen durch den Sinn geht, sondern: *Sagen sie* alles ... Es geht also weniger um eine Erlaubnis als um eine Forderung: Der Patient soll alles sagen, was ihm durch den Sinn geht. Die Forderung, *alles* zu sagen, meint zuerst einmal, nichts absichtlich wegzulassen, mag es einem noch so unwichtig oder blöd oder peinlich erscheinen. Ebenso wichtig ist, dass Freud nicht sagt: Sagen sie alles, was ihnen *über sich selber, über ihr Leben* in den Sinn kommt – sondern einfach: „alles“ – ergo auch alles, was dem Analysanden zum Analytiker und zur Analyse durch den Sinn geht. Und auch hier „alles“, also nicht nur das, was man gerne sagt, weil man denkt, es könnte dem Analytiker schmeicheln, sondern auch all das, was man in einem ‚normalen‘ Gespräch auch unter intimen Freunden allenfalls denken, aber aus Rücksicht nicht sagen würde. Der Analysand soll hingegen in seinem Reden gerade keine Rücksicht nehmen, sondern er soll

auch das sagen, was die Regeln von Anstand und Respekt verletzt. – Damit ist, hoffe ich, das Ausmass der Schutzlosigkeit deutlich geworden, in welche sich der Analytiker nolens volens begibt, wenn er sich auf ein Gespräch einlässt, in welchem das Gegenüber nicht nur das Recht, sondern sogar die Pflicht hat, alles zu sagen, was ihm durch den Sinn geht. Er muss gewärtigen, dass er jederzeit out of the blue sei es mit erotischen Wünschen bedrängt oder aber aufs grösste beschimpft, entwertet, verhöhnt wird. Wobei entscheidend ist, dass auch in solchen Fällen nichts geschieht, was gegen die Regel verstösst, also nichts, was die analytische Therapie behindert, sondern im Gegenteil: der Patient hält sich damit nur an die Regel, die er vom Analytiker bekommen hat. – Meine Frage ist also: Liegt in diesem analytischen Arrangement nicht eine ständige Bedrohung für den Analytiker? Gehört es nicht zum Analytiker-sein, mit einer ständigen Angst leben zu müssen, mag der Analytiker sich diese nun eingestehen oder auch nicht?

Eine kleine Anekdote soll veranschaulichen, wie riesig die Kluft ist, welche ein analytisches Gespräch von einem therapeutischen Gespräch trennt, das die weiterhin geforderten Kriterien von Professionalität erfüllt. Die Anekdote macht deutlich, was hier vom Patienten erwartet wird und was nicht. Sie wurde mir vor ca. einem Jahr von einer Analysandin erzählt, die in einer Klinik arbeitet. Ihre systemisch und verhaltenstherapeutisch ausgebildete Kollegin habe ihr freudig erzählt, es sei ihr jetzt von der Klinik-Leitung ein Flipchart für ihr eigenes Sprechzimmer bewilligt worden. Auf die erstaunte Frage meiner Analysandin, wofür sie denn in ihren Therapiesitzungen mit den Patienten einen Flipchart brauche, habe die Kollegin geantwortet, dass sie darauf jeweils das heutige Thema und die einzelnen Punkte vermerke, damit sie immer dann, wenn der Patient abschweife und Dinge über sich zu erzählen beginne, die sie gar nicht hören wolle, auf den Flipchart zeigen und den Patienten freundlich bitten könne, doch wieder zum heutigen Thema zurückzukommen.

Mit dieser Anekdote ist auch schon die zweite Grundregel im Blick, welche für den Analytiker gilt, und die sagt, wie er zuhören soll, nämlich in „gleichschwebender Aufmerksamkeit“ (vgl. Freud, Ges. Werke VIII, S. 377ff.). Damit meint Freud:

„sich nichts besonders merken wollen“, das heisst zugleich: nicht auswählen wollen, weil man beim Auswählen den eigenen „Erwartungen oder Neigungen“ folgen würde. Das aber muss vermieden werden. Warum? Freud antwortet darauf: weil „man ja zumeist Dinge zu hören bekommt, deren Bedeutung erst nachträglich erkannt wird“.

Halten wir zunächst fest, dass diese Regel, wie Freud selber formuliert, „das notwendige Gegenstück“ zur Regel der freien Assoziation ist: So wie der Analysand „ohne Kritik und Auswahl alles erzählen soll, was ihm einfällt“, so soll der Analytiker ohne Kritik und Auswahl auf das hören, was er zu hören bekommt. Wichtig scheint mir die von Freud gegebene Begründung für dieses bedingungslose Zuhören, die ich schon zitiert habe: Weil man die Bedeutung dessen, was man zu hören bekomme, zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht erkennen könne. – Wenn das stimmt, dann ist der Analytiker nicht nur deshalb in der schwachen Position, weil das Setting so beschaffen ist, dass er zuzuhören hat, statt selber zu bestimmen, was in der Therapiestunde läuft, sondern auch deshalb, weil er selber sogar zu schwach ist, um auf ‚normale‘ Art zuzuhören. Er muss gleichsam wie ein Dummkopf zuhören, soll nicht auswählen, soll nichts dazu denken, sondern soll wirklich nichts als zuhören. Er muss auf diese bedingungslose Art zuhören, weil er nicht in der Lage ist, das, was er vom Analysanden zu hören bekommt, auch schon verstehend einzuordnen und damit seine Bedeutung zu erkennen. Es handelt sich also um ein Zuhören aus eigenem Unvermögen, aus eigener Unwissenheit.

Noch einmal: die Schwäche seiner Position als Analytiker verdankt sich nicht nur dem Setting, sondern das Setting ist nötig, weil er, der Analytiker, selber so unwissend ist, dass er nur warten und hoffen kann, dass sich später das eine zum anderen fügt und plötzlich das, was er zu hören bekommen hat, irgendeinen Sinn macht. Das macht noch einmal die unüberwindliche Kluft zur professionellen Gesprächsführung mit Flippchart deutlich, wo der Therapeut bestimmt, was er vom Patienten hören will und was nicht, weil er aufgrund seines Expertenwissens weiss, was *hörens Wert* ist und was nicht. Genau das kann der Analytiker nicht wissen,

und muss sich darum in Selbstbescheidenheit üben, darf lediglich in „gleichschwebender Aufmerksamkeit“ zuhören. – Durch die Regel des Zuhörens wird die ohnehin schon schwache Position des Analytikers noch schwächer. Vor allem mutet sie ihm auch das kränkende Eingeständnis zu, selber, zumindest über lange Strecken, in der unwissenden Position zu sein. Die Frage scheint also berechtigt: Wie kann der Analytiker ein solches Selbstverständnis überhaupt ertragen? Und wie kann er sich dem Analysanden gegenüber noch als der „Therapeut“ positionieren, der Hilfe anbietet und dafür erst noch Geld will?

Ich schliesse mit der Vermutung, dass es bei diesem analytischen Selbstverständnis nicht bleiben kann, nicht bei den Freudianern und nicht bei den Jungianern: Die Zumutung an den Analytiker ist zu gross. Darum sind wir jetzt gespannt zu hören, wie die Analytiker hier wie dort mit der beängstigenden ‚Schwäche‘ ihrer Position, die zum einen im Setting angelegt, zum anderen aber auch in der eigenen Unwissenheit begründet ist, umgehen, ob und wie sie sich davor schützen, allenfalls ihre Schwäche gar doch noch „ins Gegenteil verkehren“.

Gesprächsbeitrag

Doris Lier

Alice Holzhey geht in ihrem Exposé von zwei Grundregeln des psychoanalytischen Settings aus, der „Grundregel der freien Assoziation“ als Anleitung für den Analysanden und der Grundregel des „Zuhörens in gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ als Anleitung für den Analytiker. Beide Grundregeln, so ihre These, „muten dem Analytiker zu, sich in eine schutzlose Position zu begeben, die Angst machen kann“. Die Frage des Forumsabends ist, wie in der Freud’schen und Jung’schen Psychotherapie mit dieser Schutzlosigkeit umgegangen wird.

Als Jung'sche Psychotherapeutin möchte ich als erstes darauf hinweisen, dass die beiden Grundregeln bei Jung nicht oder nicht in dieser Formulierung vorkommen. Der freien Assoziation steht Jung sogar skeptisch gegenüber, vor allem bezogen auf die Traumdeutung in der therapeutischen Stunde. Jung setzt der freien Assoziation die „gerichtete“ bzw. „gebundene Assoziation“ entgegen, weil mit der freien Assoziation zwar die Komplexe, herauskämen, „aber ein Traumsinn nur ausnahmsweise“.¹

Dennoch gilt auch bei Jung, dass der Patient die Stunde bestimmt und sich der Analytiker in einem ersten Schritt vom Sprechen des Analysanden leiten lässt. Dass diese grundlegende Offenheit des Analytikers auch etwas Ängstigendes haben kann, wird von Jung selbst nirgends diskutiert und wird auch in der Jung'schen Literatur nicht gross hervorgehoben. Doch sind Jung andere Gefahren der Psychoanalyse sehr wohl bekannt. Ich werde unten zeigen, wie Jung diese Gefahren beschreibt und worauf er sie zurückführt.

Zuerst aber gebe ich ein paar Hinweise auf Grundbegriffe in Jungs Analytischer Psychologie, die als Beruhigungsgesten bezüglich der Angst des Analytikers (worauf immer sie sich beziehen mag) gedeutet werden können.

Selbstheilungsprozess der „Seele“ – die Individuation als alchemistischer Prozess
In der Jung'schen Psychologie, jedenfalls, wie sie in der Schweiz gelehrt wird, wird von einem Selbstheilungsprozess der „Seele“, der Psyche ausgegangen. Der Analytiker ist dementsprechend Begleiter eines im Unbewussten ablaufenden psychischen Prozesses, den er erkennen und durch sein Erkennen insofern zu fördern hat, als er dem Analysanden Bewusstwerdung dieses Selbstheilungsprozesses ermöglicht. Hie und da wird sogar auf eine „Weisheit der Psyche“ hingewiesen, die Psyche also als Subjekt genommen, das über höheres, ja aussermenschliches Wissen verfügt.²

¹ Jung, C.G., GW 16, § 320.

² *Handbuch zur Supervision*, Psychotherapeutische Supervision in der Analytischen Psychologie, herausgegeben vom C. G. Jung-Institut Zürich, Küssnacht 1998, S. 4.

Im Zusammenhang mit dem Selbstverwirklichungs- bzw. Individuationsprozess sind die Begrifflichkeiten „Ich-Selbst-Achse« und „coniunctio oppositorum“ wegweisend. Die coniunctio oppositorum, ein anderes Wort für Ganzheit, wird, so die Annahme, vom Selbst, also der Gesamtpersönlichkeit her initiiert. Dies kann so verstanden werden, dass der Analytiker seine Angst (so er welche wahrnimmt) gleichsam in die Hände des Selbst legen kann. Denn das Selbst wird als Gesamtpersönlichkeit des Menschen von Jung und vielen Jung'schen Psychotherapeuten als „Gott in uns“ gedeutet.³ Das ist mit ein Grund, weshalb immer auch wieder darauf hingewiesen wird, dass Jungs Analytische Psychologie die religiöse Dimension menschlicher Erfahrungen mitberücksichtigt.⁴

In dieser Lesart ist der Individuationsprozess nicht einfach nur ein Abgrenzungsprozess von Kollektivnormen, sondern darüber hinaus ein Prozess, der zur Ganzheit führt. Diesen Prozess vergleicht Jung mit dem Prozess in der Alchemie, bei welchem die chemischen Reaktionen Wandlungen des Alchemisten spiegeln. Das heisst, für Jung waren die Bemühungen der Alchemisten ein nach aussen projiziertes psychisches Ganzheitsstreben. Blei, wichtiger Ausgangsstoff in der Alchemie, galt ihm als Symbol für einen bleiernen Zustand, Gold (das ideale Endergebnis) als Symbol für die gelungene Vereinigung der Gegensätze.

Das kollektive Unbewusste als Hilfsmittel zur Ganzwerdung

Doch Ganzheit wird nicht nur individuell angestrebt, sie muss auch kulturell immer wieder neu gefunden werden. Jung postuliert ein kollektives Unbewusstes, in dem der mythische Weltumgang, der im Laufe der Jahrhunderte dem Bewusstsein verloren gegangen ist, gleichsam brachliegt. Durch Re-Integration des mythischen Denkens soll der moderne, einseitig intellektualisierte und damit vom Urgrund abgespaltene Mensch auch kollektiv wieder Ganzheit erreichen. In Band 5 der Gesammelten Werke spricht Jung beispielsweise davon, dass wir moderne Menschen

³ Jung, C.G., GW 7, § 399.

⁴ Siehe u.a.: Ventimiglia, William: «Supervision and the Circumcised Heart», In: *Journal of Jungian Theory and Practice*, Spring Publication 2000, vol. 2, p. 23.

den Weg „durch die verschütteten Substruktionen der eigenen Seele“ betreten und uns „des lebendigen Sinnes antiker Kultur“ – wieder – bemächtigen müssen.⁵ Die einst in den Himmel projizierten Geister und Götter sind jetzt als archetypische Bilder im kollektiven Unbewussten eingeschlossen.

An solchen Textstellen repräsentieren die archetypischen Bilder nicht einfach Strukturelemente des Seelenlebens. Sie sind darüber hinaus sinngebende extramundane Entitäten, die im Lauf der Neuzeit ins Unbewusste gesunken sind und gleichsam darauf warten, wieder entdeckt zu werden.

Bei aller Ungewissheit also, die dem Individuationsprozess anhaftet, kann sich der Analytiker vom Selbst und kollektiven Unbewussten geleitet wissen, was immer das im Einzelnen heissen mag. Die Gewissheit jedenfalls, dass es in der Analyse um Ganzheit geht und diese auch das Ziel der Seele ist, kann als Sicherheitsvorkehrung gegen die Angst des Analytikers vor der Macht des Analysanden bzw. vor den Unberechenbarkeiten seelischer Abläufe gedeutet werden.

Zur Unberechenbarkeit seelischer Bewegung

Das bisher Erwähnte weist aber nur auf den einen Jung. Daneben gibt es den andern, der beispielsweise in Band 16 der Gesammelten Werke in Erscheinung tritt. In diesem Band sind Vorträge publiziert, die Jung zwischen 1935 und 1950, im Alter also zwischen 60 und 75 Jahren gehalten hat. Die Ausführungen sind im Plauderton gehalten und entsprechend nicht sorgfältig begründet. Auch Begriffe werden nicht definiert. Es scheint, dass Jung all die Wirrnisse, die er im Laufe seiner langjährigen therapeutischen Bemühungen erfahren hat, gleichsam als Vermächtnis für spätere Generationen zusammenfassen möchte. Ich folge seinen Ausführungen, ohne einzelnes genauer zu kommentieren. Es geht nur darum, Jungs Offenheit psychischen Unwägbarkeiten gegenüber darzulegen.⁶

⁵ Jung, C.G., GW 5, § 1.

⁶ Jung selbst spricht in diesen Aufsätzen nicht vom «Therapeuten», «Analytiker», sondern vom «Arzt»; ich selbst übersetze, wo es sich nicht um ein Zitat handelt, mit «Therapeut». Zugunsten der Lesbarkeit schliesst die männliche Form die weibliche mit ein.

In einigen Aufsätzen wird Jung nicht müde, darauf hinzuweisen, dass der Therapie, wie er und Freud sie verstünden, Unberechenbarkeiten anhafteten und dass es dafür nur wenig Abhilfe gebe. Er betont mehrmals, dass der Therapeut immer in Gefahr stehe, in die Phantasiewelt des Analysanden bzw. der Analysandin zu geraten und sich dort zu verwickeln. Diese Hinweise erfolgen, wie oben angedeutet, nicht unter den Stichworten „freie Assoziation“ oder „Zuhören in gleichschwebender Aufmerksamkeit“; vielmehr stellt Jung die Begriffe „Individualität“ und „Übertragung/Gegenübertragung“ ins Zentrum therapeutischer Probleme.

Unter der Überschrift „Grundsätzliches zur Praktischen Psychotherapie“ betont Jung, dass jede Anwendung einer Technik Suggestionstherapie sei, da «technische Methoden [...] stets die Gleichartigkeit der individuellen Objekte voraussetzen”.⁷ Jung nennt die Psychotherapie „dialektischer Vorgang“, das heisst bei ihm: eine Wechselwirkung von „zwei psychischen Systemen“. Der Therapeut sei, heisst es, „nicht das handelnde Subjekt, sondern ein Miterlebender eines individuellen Entwicklungsprozesses“.⁸

Kurz darauf kommt Jung auf die mehrfache Deutbarkeit symbolischer Inhalte zu sprechen: Er verweist auf die von ihm selbst propagierte Unterscheidung von analytisch-reduktiver und synthetisch-konstruktiver Deutungsmöglichkeit und betont, dass man als Therapeut nie genau wisse, wann welcher Deutungsansatz angemessen sei. Man müsse auf die psychische Disposition des Patienten schauen. Manchmal sei „eine komplizierte Analyse ohnehin völlig unnütz und gebe man am besten Ratschläge, manchmal aber [...] komme man mit Ratschlägen, Suggestionen und Bekehrungsversuchen zu diesem oder jenem System nirgends hin. In diesen Fällen müsse der Arzt darauf vertrauen, dass seine Persönlichkeit genügend feststehe. Und er müsse erst noch die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass die

⁷ Jung, C.G., GW 16, § 3.

⁸ Jung, C.G., GW 16, § 7. Diese Stelle kann entlastend oder beunruhigend wirken: entlastend, weil die Bedeutung des Therapeuten eingeschränkt erscheint, beunruhigend, weil nie von vornherein feststeht, was als nächstes passiert.

Persönlichkeit des Patienten diejenige des Arztes unter Umständen an Intelligenz, Gemüt, Weite und Tiefe“ überrage.⁹

Unter der Überschrift „Die Probleme der modernen Psychotherapie“ kommt Jung explizit auf die Übertragung zu sprechen. Als erstes betont er, dass die Übertragung „in der Therapie als Symptom veranlasst“, das heisst, überhaupt erst „veranlasst“ werde. Das sei einerseits „ganz normal und menschlich verstehbar“, habe andererseits aber auch etwas Abnormes und Unerwartetes, und zwar wegen der ungemainen „Zähigkeit und Unzugänglichkeit für die bewusste Korrektur“. Jung verweist in dieser Aussage auf Freud und auf die inzestuöse Natur derartiger Übertragungen, wobei Inzestwunsch bei Jung so viel meint wie der Wunsch nach dem Rückgang in die kindliche Situation.¹⁰

Was aber, so fragt Jung einige Paragraphen später, ist die Aufgabe des Therapeuten bei Übertragungen dieses Ausmasses? Unbestritten scheint ihm, dass das Übertragungsverhältnis Aufklärung verlange, denn der Arzt finde sich plötzlich „in einem Gewebe unverständlicher, phantastischer Auffassungen eingesponnen“.¹¹ Das müsse verstanden werden, aber nicht nur reduktiv und retrospektiv (wie bei Freud), vielmehr müsse das Potenzial in der Übertragung gesehen werden.

Doch die Deutungsarbeit bleibt voller Tücken. In einem langen Paragraphen weist Jung auf verschiedenste Stolpersteine hin.¹² Als erstes führt er nochmals die Verschiedenartigkeit der Patienten an: „Es ist eine Sache zum Verzweifeln, dass es in der wirklichen Psychologie keine allgemein gültigen Rezepte und Normen gibt. Es gibt nur individuelle Fälle mit den allerverschiedensten Bedürfnissen und Ansprüchen [...]“

⁹ Jung, C.G., GW 16, § 11.

¹⁰ Jung, C.G., GW 16, § 139.

¹¹ Jung, C.G., GW 16, § 144.

¹² Jung, C.G., GW 16, § 163: Die folgenden Zitate beziehen sich alle auf diesen Paragraphen.

Als zweites weist er auf die gegenseitige Beeinflussung von Therapeut und Patient: „Es ist mit keinem Kunstgriff zu vermeiden, dass die Behandlung das Produkt einer gegenseitigen Beeinflussung ist, an welcher das ganze Wesen des Patienten sowohl wie das des Arztes teilhat.“ [...]

Die gegenseitige Beeinflussung ist bezüglich des Ausgeliefertseins des Therapeuten Jungs wichtigster Punkt:

In der Behandlung findet die Begegnung [...] zweier Menschen statt, die nicht abgegrenzte, bestimmbare Grössen sind, sondern neben ihrem vielleicht bestimmten Bewusstsein eine unbestimmbar ausgedehnte Sphäre von Unbewusstheit mitbringen. Darum ist auch für das Resultat einer seelischen Behandlung die Persönlichkeit des Arztes (sowie des Patienten) oft so unendlich viel wichtiger, als das, was der Arzt sagt und meint [...].

Der Therapeut kann also nicht anders, als Einfluss auf den Patienten zu nehmen, aber eben nur dann, wenn er selbst „vom Patienten affiziert ist“: „Es nützt dem Arzt gar nichts, sich vor dem Einfluss des Patienten zu verbergen und sich mit der Dunstwolke väterlich-professioneller Autorität zu umgeben.“

Was nun den Einfluss des Patienten auf den Therapeuten betrifft, so kann er höchst gefährlich sein. Jung meint sogar, dass dem Arzt nicht selten seelische Schädigungen zugefügt würden, was sich in der Gegenübertragung bemerkbar mache und erkannt werden müsse. Die Wirkungen des Patienten seien oft äusserst subtiler Natur; man könne diese nicht anders formulieren, „als durch die alte Idee der Übertragung einer Krankheit auf einen Gesunden, der dann mit seiner Gesundheit den Krankheitsdämon bezwingen muss, und dies nicht ohne negativen Einfluss auf das eigene Wohlbefinden.“ [...] „In Anerkennung dieser Tatsachen“ habe selbst Freud seine (Jungs) Forderung, „dass der Arzt selber analysiert sein müsse“, aufgenommen

Die Aufgabe des Therapeuten besteht nach Jung unzweifelhaft darin, sich zum einen affizieren zu lassen und zum andern bei sich selber nachzuforschen inwiefern die Phantasien der Patienten einen selbst betreffen. Was dies für den Therapeuten heissen mag, fasst das folgende Zitat zusammen:

Er [der Therapeut, DL] wird bei seinen Nachforschungen eine Minderwertigkeit in sich entdecken, die ihn seinem Patienten bedenklich annähert und vielleicht sogar seine Autorität ankränkelt. Wie wird er mit diesem peinlichen Fund umgehen? Diese gewissermassen 'neurotische' Frage wird ihn selber aufs tiefste angehen, unbekümmert darum, wie normal er sich vorkommen mag. Er wird auch entdecken, dass die letzten Fragen, die ihn so gut wie seine Patienten bedrücken, durch keine Behandlung gelöst werden können [...] und dass, wenn keine Lösung gefunden werden kann, die Frage nur wieder verdrängt werden muss.¹³

Unter der Überschrift „Die Psychologie der Übertragung“ spricht Jung sogar davon, dass der Arzt nicht nur affiziert, sondern „infiziert“ werde und zwar nicht nur durch den Analysanden, vielmehr auch von eigenen Tendenzen, die durch den Analysanden aktiviert würden: „Die grösste Schwierigkeit [...] ist, dass nicht selten beim Arzte Inhalte aktiviert werden, die normalerweise eigentlich latent bleiben könnten.“¹⁴ Dies, weil der Arzt / Therapeut „durch die Projektion“ in die „eigentlich familiär-inzestuöse Atmosphäre“ des Patienten einbezogen werde. Daraus «entstehe zwangsläufig eine, Arzt und Patient aufs Peinlichste berührende, un-wirkliche Intimität, welche beiderseits Widerstand und Zweifel“ hervorrufe.¹⁵

Im inzestuösen Aspekt verbergen sich, so Jung weiter,

¹³ Jung, C.G., GW 16, § 170.

¹⁴ Jung, C.G., GW 16, § 365.

¹⁵ Jung, C.G., GW 16, § 368.

die heimlichsten, peinlichsten, intensivsten, zartesten, schamhaftesten, ängstlichsten, ausgefallensten, unmoralischsten und zugleich heiligsten Gefühle, welche die unbeschreibliche und unerklärliche Fülle menschlicher Beziehungen gestalten und mit zwingender Gewalt ausstatten. Wie die Fangarme eines Octopus schlingen sie sich unsichtbar um Eltern und Kinder und durch Übertragung um Arzt und Patient.¹⁶

Unter dem Titel „Der therapeutische Wert des Abreagierens“ geht Jung dem Thema Übertragung/Gegenübertragung unter dem sexuellen Aspekt weiter nach. Er beginnt mit dem Bedürfnis des Patienten nach Zuwendung: Der Therapeut müsse bedenken, dass der Patient einen psychologischen Rapport dringend brauche. „Je schwächer der Rapport aber“ sei, „d.h. je weniger Arzt und Patient sich“ verstünden, „umso intensiver“ werde „die Übertragung gefördert und zwar hauptsächlich in ihrer sexuellen Form“.¹⁷ Für den Patienten sei es von vitaler Bedeutung, das Ziel der Anpassung zu erreichen, wobei die Sexualität als kompensierende Funktion miteingreife: „Mit ihrer Hilfe soll eine Beziehung erzielt werden, die auf gewöhnlichem Wege und durch gegenseitiges Verständnis nicht hergestellt werden kann.“¹⁸

Mit einem Seitenhieb auf Freud schliesst Jung im selben Paragraphen seine Betrachtung. Er hebt heraus, dass die (unerwünschte) sexuelle Übertragung auch dann besonders gefördert werde, wenn Träume und Phantasien einseitig sexuell gedeutet würden. Der Therapeut werde dann „die einzig sichere Zuflucht in einem Wirrwarr sexueller Phantasien“, und es bleibe „dem Patienten nichts anderes übrig, als sich mittels einer krampfhaften erotischen Übertragung an ihn zu klammern; es sei denn, er ziehe es vor die Beziehung voller Hass abzubrechen.“

¹⁶ Jung, C.G., GW 16, § 371.

¹⁷ Jung, C.G., GW 16, § 276.

¹⁸ Jung, C.G., GW 16, § 277.

In Band 8 der Gesammelten Werke, unter der Überschrift „Theoretische Überlegungen zum Wesen des Psychischen“ fasst Jung die Problematik der komplexen Psychologie kurz zusammen und verweist nochmals darauf, dass die psychologischen Erkenntnisse von der „persönlichen Gleichung“ abhängen. Sein Hauptanliegen an dieser Stelle aber ist, dass das Psychische sich nur in Psychisches übersetzen lasse. Während die Physik vom psychischen Standpunkt aus Physisches betrachte und in Psychisches übersetzen könne, beobachte die Psyche gleichsam sich selber und könne das Beobachtete nur wieder in ein anderes Psychisches übersetzen. Es fehle ein archimedischer Punkt:

Sie [die Psychologie, DL] ist im Grunde genommen ein reiner Erlebnisprozess, bei dem der Eingriff und der Missgriff, die Deutung und der Irrtum, die Theorie und die Spekulation, der Arzt und der Patient eine Symptosis oder ein Symptoma, ein Zusammentreffen und zugleich Anzeichen von Prozessen sind. Was ich schildere, ist also im Grunde genommen nichts als eine Beschreibung von psychischen Vorkommnissen, die eine gewisse statistische Häufigkeit aufweisen.¹⁹

Zusammenfassung

„Die Angst des Analytikers vor der Macht des Analysanden“: Bei Jung selbst und in der Jung'schen Psychologie gibt es einerseits mancherlei Beruhigungsgesten, die auf den Selbstheilungsprozess, die Ganzwerdung, ja auf göttliche Hilfe weisen, andererseits aber bringt Jung selbst die Schutzlosigkeit des Analytikers gegenüber dem Patienten an vielen Stellen, insbesondere in den oben aufgeführten Zitaten, in erstaunlicher Offenheit zur Sprache.

¹⁹ Jung, C.G., GW 8, § 421.

Jung spricht nirgends von der Angst des Therapeuten. Doch beim Lesen obiger Paragraphen kann einem Kandidaten der analytischen Psychotherapie durchaus das Grauen hochsteigen. Wo gibt es, mag er sich fragen, therapeutischen Halt, wenn der Glaube an göttliche Mitbeteiligung als unzulässige Abwehr, als Ablehnung der therapeutischen Verantwortung, erfahren wird?

Jung verweist auf das Wissen, auf eine, wie er meint, „umfassende Kenntnis aller Aspekte der menschlichen Seele“.²⁰ Diese Kenntnis wird in der Begrifflichkeit von Jungs Analytischer Psychologie vermittelt. Was aber die Therapie bzw. Analyse betrifft, ist ihm der Prüfstein (nur) die „Mensch-zu-Mensch-Beziehung“: In dieser psychologischen Situation steht der Patient dem Arzt als Gleichberechtigter und mit derselben unbarmherzigen Kritik gegenüber, die er selber im Laufe der Behandlung durch den Arzt erfahren musste.²¹

Gesprächsbeitrag

Eva Schmid-Gloor

Als Alice Holzhey mich zu diesem Gespräch eingeladen hatte, dachte ich sofort: Ein wesentliches Thema – erstaunlicherweise habe ich explizit dazu in psychoanalytischer Literatur sehr wenig gelesen, ausser implizit in Fallvorstellungen mitenthalten in der Beschreibung von Gegenübertragungspänomenen und dadurch schon irgendwie entschärft.

Deine Frage, Alice, ob im analytischen Arrangement nicht implizit eine Bedrohung für den Analytiker liege, möchte ich nur bejahen.

Was für ein Unterfangen: sich zu verpflichten, sich für eine unbestimmte Zeit, voraussichtlich einige Jahre, einem relativ unbekanntem Gegenüber für einen nicht

²⁰ Jung, C.G., GW 16, § 293.

²¹ Jung, C.G., GW 16, § 289.

vorhersehbaren psychischen Prozess zur Verfügung zu stellen. Was könnte nicht alles passieren, woran man zu Beginn eines solchen Unternehmens lieber nicht denkt, was aber im Hintergrund von schwierigen Phasen in der Kur drohen kann: Die beiden Protagonisten könnten sich in unvorhersehbaren Verstrickungen verirren, was zu ernsthaften Konsequenzen bis hin zu beispielsweise einer ethischen Klage gegen den Analytiker führen könnte, die möglicherweise seine berufliche Existenz in Gefahr bringen würde. Vielleicht kennen erfahrene Analytiker diese Gefahren besser, und sind deshalb vorsichtig in der Auswahl ihrer Patienten.

Deine Sichtweise, liebe Alice, das bedingungslose Zuhören und Nicht-Wissen des Analytikers lasse ihn zunächst wie einen Dummkopf ohne Verständnis erscheinen, kann ich gut teilen, möchte ihr jedoch etwas entgegenstellen. Ich bin der Überzeugung, dass man werdenden Analytikern das Nicht-Wissen als Stärke und nicht als Schwäche vermitteln kann. Dies bedingt jedoch, dass man in einer psychoanalytischen Gruppe, an einem Institut oder in einer Gemeinschaft eine entsprechende Kultur pflegt.

Wenn ich selbst nach einem Arbeitstag auf die Stunden zurückblicke, bin ich unzufrieden mit mir, wenn ich „zu früh wusste“ oder „zuviel wusste“ – das erscheint mir immer als Schwäche in Verbindung mit meiner Abwehr.

Alice, Du sprichst von einer Nicht-Technik der Analytiker, die Ricoeur erwähnt hat. Ich denke, dass Du vollkommen recht hast, – wenn wir freie Assoziation und gleichschwebende Aufmerksamkeit als für die Analyse konstituierend anerkennen. Ich nehme jedoch an, dass heute unterschiedliche Techniken und Schulen mit diesen ursprünglichen Tools verschieden umgehen.

Die Wahl dieser oder jener Technik, die auch die Identität des betreffenden Analytikers bestimmt, wird sicher in gewissen Fällen unbewusst auch zur Beruhigung von Ängsten getroffen, und entsprechend unterschiedlich finden freie Assoziation und gleichschwebende Aufmerksamkeit darin mehr oder weniger ihren Platz oder gehen gar ganz vergessen.

Ich möchte das in meinem Beitrag genauer untersuchen und ziehe dazu Material bei, das einem Buch entstammt, das derzeit am Entstehen ist. Es ist ein

gemeinsames Werk der „Working-Party on Psychosomatics“ der Europäischen Psychoanalytischen Föderation.

Auf Deine Frage, ob die Analytiker – in meinem Fall die Freud’schen Analytiker – über die Angst vor dem Patienten, der frei assoziieren darf und soll, sprechen und ob sie bestimmte Vorkehrungen treffen, möchte ich antworten: Im besten Fall sprechen sie von ihrer Angst, indem sie die darin enthaltenen Anteile an Gegenübertragung zu erfassen versuchen, in anderen Fällen treffen sie Vorkehrungen, indem sie eine Kur gar nicht anbieten, oder sie wenden eine Technik an, die sie schützt.

Du beschreibst, wie wir als Analytiker vor allem reagieren und nicht aktiv führen, d.h. aus einer passiven Position heraus arbeiten. De facto denke ich jedoch, dass es bestimmte Techniken gibt, die den Analytiker – wenn er sich an seiner Theorie festhält – aus der passiven, ungewissen Position befreien, ihn dabei jedoch einschränken im freien Zugang zum eigenen Unbewussten.

Um dies zu illustrieren, möchte ich ihnen eine kurze klinische Vignette vorstellen, die im Einführungskapitel unseres Buches über Psychosomatik steht, um dann zwei Arten der Interpretation dieses Materials darzustellen. Mir scheint, dass die zwei Interpretationsweisen einen unterschiedlichen Umgang mit der Angst auf Seiten des Analytikers zeigen.

Vignette

Der Analytiker hört auf seinem Telephonbeantworter eine weibliche Stimme, die ihn darum bittet, für kurze Zeit zu ihm zur Therapie kommen zu dürfen. Sie weckt im Analytiker unangenehme Gefühle, eine erste negative Gegenübertragung, verbunden mit der Vorstellung, diese Patientin wolle sich auf keinen Fall auf eine länger dauernde analytische Arbeit einlassen.

Zu Beginn der vereinbarten Zeit erscheint die Patientin nicht, ruft jedoch den Analytiker fünf Minuten später an und beklagt sich, er habe die Tür nicht geöffnet. Sie befinde sich immer noch in der Nähe, ob er öffne, wenn sie noch einmal vorbeikomme.

Tatsächlich hatte der Analytiker zur abgemachten Stunde die Tür nicht geöffnet. Er meint, dies könne entweder auf seine Gegenübertragung zurückzuführen sein, oder auf ihre Übertragung, welche bewirkte, dass sie die Glocke zu wenig kräftig gedrückt hatte, so dass sie gar nicht läutete. Er weiss nicht, was zutrifft.

Dieses Geschehnis kann als zentral für die später entstehende Entwicklung der Übertragungs/Gegenübertragungs-Dynamik gesehen werden.

Ich stelle ihnen nun zuerst vor, wie mein Kollege Jacques Press aus Genf diese Szene versteht.

Er betont die Tatsache, dass es um eine Begegnung gehe, die – wegen der Schwierigkeit mit der Türklingel – beinahe nicht stattgefunden hätte.

Hat sie nicht geläutet oder hat der Analytiker sie nicht gehört? Die Klärung dieser Frage bleibt unwesentlich. Das beinahe nicht zustande gekommene Treffen steht für ein zentrales Element ihrer psychischen Konstitution – die spätere Entwicklung der Übertragung und ihre später berichtete Geschichte werden es zeigen: das unmögliche Zusammenkommen mit ihrer Mutter. Die Lösung der Patientin für die verfehlte Primärbeziehung war, die „Mutter abzuschneiden“ – und indem sie dies tat, einen lebendigen Teil von sich selbst „abzuschneiden“.

Für Jacques steht im Zentrum seines Verständnisses, dass das „Nichtantreffen“ primär war und dass das „Abschneiden“ der Mutter – so schwerwiegend dessen Folgen auch sind – als ein Versuch verstanden werden muss, diesem fundamentalen und unerträglichen Versagen die Realität zu entziehen, es inexistent zu machen. Die Patientin entscheidet sich (mit Bion gedacht) für eine Evakuierung, anstelle einer Metabolisation der Frustration. In Winnicott'scher Terminologie würde sie eine Flucht in die Gesundheit antreten, in eine Art desorganisierte Hyperaktivität, nahe einer manischen Abwehr, um eine Konfrontation mit einem Breakdown oder undenkbarer Agonie, die mit der verfehlten Primärbeziehung zusammenhängt, zu entkommen.

Jacques Press geht davon aus, dass Patienten somatisch erkranken, wenn die „Flucht in die Gesundheit“ nicht mehr möglich ist, sei es aus Gründen der Erschöpfung oder aufgrund äusserlicher Umstände.

Für ihn geht es also technisch darum, mit diesen Patienten die undenkbare Agonie, den Breakdown, durchzustehen. Denn nur das containment dieser Zustände könne der Gefahr einer somatischen Entgleisung begegnen und ins Psychische zurückholen, was in den Körper zu entgleiten droht.

Er meint, dass die Haltung der klassischen Pariser psychosomatischen Schule, deren Vertreter innerlich distanziert nach Symptomen der essentiellen Depression bei psychosomatischen Patienten suchten, sie vor einer bedrohlichen Gegenübertragung bewahrten, der man begegnet, wenn man sich beispielsweise auf das Erleben eines Breakdowns einlässt.

In der ersten Sitzung bringt die Patientin einen Traum, in welchem sie ihren Freund nicht mehr findet und panisch reagiert. Jacques geht davon aus, dass hinter ihrem Freund die mütterliche Figur steht und dieser Traum, gleich wie die Eingangsszene das unmögliche Zusammentreffen mit der Mutter darstellt. Sie berichtet einen zweiten Traum, in welchem sie in einer Galerie Bilder betrachtet, „die plötzlich alle verschwunden sind“. Jacques sieht darin ein Beispiel für eine negative Halluzination (Green) und wichtig ist ihm, die negative Halluzination als etwas Sekundäres zu sehen, als aktive Wiederholung von etwas, was ursprünglich passiv erlebt wurde, hier das unmögliche Zusammenkommen mit dem Objekt. Die Patientin lässt aktiv verschwinden, was sie passiv nicht angetroffen hat.

Für Nick Temple, Präsident der britischen psychoanalytischen Gesellschaft, stellt sich der Fall ganz anders dar.

Für ihn zeigt sich in der Anfangsszene der Analyse der Patientin ein für psychosomatische Patienten typischer Konflikt mit einem inneren Objekt. Das Objekt sei ein verfolgendes Objekt, welches das Überich dominiere und den Patienten bedrohe, deshalb wolle sie es verpassen.

Er meint, die Patientin wehre diesen Konflikt ab, indem sie ihn als somatisches Symptom in den Körper abspalte.

Die Patientin sei in einem Zustand der Verfolgung, sobald sie ihren Analytiker aufsuche. Sie erwarte, rausgeschmissen zu werden und das Problem mit der

Klingel bestätige diese Erwartung. Bevor sie den Analytiker treffe, sei sie überzeugt, er werde sie rausschmeissen.

Bei Nick geht es nicht wie bei Jacques um einen Prozess der Negativierung von unerträglichen Inhalten, in welchem Besetzungen aufgegeben werden und verlorengelassen, sondern vielmehr um einen Konflikt mit dem inneren verfolgenden Objekt, welches in den Analytiker projiziert wird. In Jacques Auffassung ist die Beziehung zum Objekt verlorengelassen und erscheint in der analytischen Beziehung als deren Negativierung, was dem Analytiker einiges an Durchhaltewille und Ohnmacht abverlangt. Bei Nick ist das Objekt verfolgend und quälend präsent.

Für die Technik ist dieser Unterschied bedeutungsvoll: Nick kann davon ausgehen, dass er weiss, um welche Inhalte es sich handelt: Er ist das verfolgende Objekt, in welches der Patient seine eigene Aggression projiziert, und es ist die Aufgabe der Analyse, diese Aggression zu integrieren, indem der Analytiker dem Patienten zeigt, dass es seine eigene ist.

Nick hat ein relativ klares Programm vor Augen, worum es in dieser Behandlung gehen wird. Ich gehe davon aus, dass ihm dies Sicherheit gibt und ihn vor Angst schützt.

Für Jacques ist die Lage komplizierter: Er weiss nicht, was auf ihn zukommt. Es geht um das Durchstehen von Unerträglichem (Breakdown und undenkbarer Agonie), da er davon ausgeht, dass die Patientin aktiv abschneidet, was sie nicht erträgt und dass er in seiner Gegenübertragung antreffen wird, was sie nicht integriert hat. Was das genau ist, kann er nicht voraussagen. Er kann sich nur bemühen, es in sich Schritt für Schritt zu erforschen. Er kann dabei keinem Programm und keinem Plan folgen.

Jacques setzt sich einer unklarereren, unübersichtlichen, unvorhersehbaren Situation aus, während Nick einen relativ klaren Weg vor Augen hat.

Ich hoffe, ich konnte Ihnen mit der Darstellung der beiden technischen Herangehensweisen zeigen, wie unterschiedlich Analytiker mit ihrer Angst vor eigenen unbewussten Anteilen umgehen, die ihre Patienten in ihnen aktivieren können.