

Bedürfnisse, Abhängigkeiten und Abstinenz: Gedanken, Assoziationen und Fragen aus einem langen Leben als Patientin, Analytikerin und körperorientiert-analytisch arbeitende Therapeutin

Needs, dependencies and abstinence: thoughts, associations and questions from a long life as a patient, analyst and body-oriented-analytical therapist

Elisabeth Bingel ¹

¹ Berlin, Deutschland

Kurzzusammenfassung

Der Beitrag ist eine überarbeitete Fassung eines Vortrags, gehalten auf der Tagung der Arbeitsgemeinschaft für körperorientierte psychodynamische Psychotherapie in Isernhagen 2023. Auf der Basis vor allem eigener persönlicher Erfahrungen werden die Konzepte der Abstinenz und der Asymmetrie in der psychotherapeutischen Beziehung kritisch hinterfragt und unter verschiedenen theoretischen Gesichtspunkten diskutiert. Weiterhin geht es um die Frage des Umgangs mit den Bedürfnissen und Bedürftigkeiten des*der Analytiker*in, der Selbstoffenbarung gegenüber den Patient*innen sowie der Bearbeitung von vermeintlichen oder tatsächlichen Grenzverletzungen im psychotherapeutischen Prozess.

Abstract

The article is a revisited version of a lecture held at a conference of the Arbeitsgemeinschaft für körperorientierte psychodynamische Psychotherapie at Isernhagen 2023. Based primarily on my own personal experience, the concepts of abstinence and asymmetry in psychotherapeutic relationships are critically scrutinized and discussed from various theoretical perspectives. Furthermore, the question of how to deal with the needs and requirements of the analyst, self-disclosure to the patient and the handling of alleged or actual violations of boundaries in the psychotherapeutic process will be addressed.

Schlüsselwörter

Abstinenz, Asymmetrie, Bedürfnisse, Bedürfnisbefriedigung, Ethik, Gegenübertragung, Selbstoffenbarung, Supervision

Keywords

abstinence, asymmetry, needs, satisfaction of needs, ethics, countertransference, self-disclosure, supervision

1 *Einleitende Bemerkung*

Den Titel meiner folgenden Ausführungen habe ich natürlich nicht zufällig gewählt: Ich möchte anhand sehr unterschiedlicher Erfahrungen in den verschiedenen Positionen therapeutischer Beziehungen und Settings ein Gespräch, eine Diskussion anregen über vermeintliche oder tatsächliche Selbstverständlichkeiten und Regeln des therapeutischen Handelns, über Grenzen, die um jeden Preis einzuhalten sind und nicht verletzt werden dürfen, damit das Wohl und eine wachstumsförderliche Entwicklung unserer Patient*innen nicht gefährdet werden. Ich werde mich dabei vor allem auf meine eigenen Erfahrungen und Erlebnisse beziehen. Das hat den Vorteil, dass ich nichts anonymisieren oder kunstvoll unkenntlich machen muss und damit vielleicht das Wesentliche verfehle. Gleichzeitig riskiere ich aber auch, dass ich mich öffentlich blamiere, disqualifiziere und ähnliches mehr, je nachdem auf welche – „selbstverständlichen, und daher nicht mehr zu hinterfragenden“ – inhaltlichen Positionen ich treffe, welche Ängste möglicherweise ausgelöst und welche eigenen professionellen oder persönlichen Erlebnisse und Erfahrungen angesprochen werden. Ich kann und will auch keine Antworten oder Lösungen anbieten für die verschiedenen Dilemmata und „unmöglichen Situationen“, in die wir in unserem „unmöglichen“ Beruf immer wieder geraten. Schon S. Freud fasste am Ende seines Lebens diese offenbar zum Wesen der Psychoanalyse gehörende Schwierigkeit mit den folgenden Worten zusammen: „Es hat jedoch beinahe den Anschein, als wäre das Analysieren der dritte jener „unmöglichen“ Berufe, in denen man des ungenügenden Erfolgs von vornherein sicher sein kann. Die beiden anderen, weit weniger bekannten, sind das Erziehen und das Regieren.“¹ Und die Journalistin Janet Malcolm (1980) beschreibt in ihrem Buch „Psychoanalysis: The Impossible Profession“ anhand von fiktiven Gesprächen mit einem anonymen orthodoxen Analytiker die Anforderungen, die die „unmögliche Situation der Psychoanalyse“ sowohl an den/die Analytiker*in wie an den/die Analysand*in stellt und wie „unzulänglich“ und ganz anders die Behandlungen meist verlaufen als die theoretischen Aussagen der behandelnden Analytiker*innen vermuten lassen. Deshalb möchte ich auch keine weitere theoretische Abhandlung zum Thema Abstinenz vorlegen. Vielmehr hoffe ich, mit meinen Ausführungen – die sich vor allem auf die vielen kleinen, scheinbar nebensächlichen Situationen, in der therapeutischen Praxis beziehen – einen wechselseitigen, von Offenheit, Neugier und Respekt geprägten Austausch anzuregen. Dies wird angestoßen über die aufgeworfenen Fragen, die in der Geschichte der Psychoanalyse in den verschiedenen Ausrichtungen immer wieder und höchst kontrovers thematisiert worden sind und auch wohl jeden psychoanalytisch-psychotherapeutischen Prozess begleiten.

¹ S. Freud (1937). Die endliche und unendliche Analyse.

2 *Eine persönliche Ausgangssituation*

Nach diesem Vorspann möchte ich davon berichten, was mich dazu veranlasst hat, mich mit diesem Thema intensiver und nicht nur theoretisch zu beschäftigen. Schon hier muss ich sehr persönlich werden:

Im Herbst 2021 erlitt mein Mann eine massive Hirnblutung, die er nur um Haaresbreite überlebte. Während der ersten, für mich besonders schrecklichen Tage und Wochen der Angst und Unsicherheit, in denen ich nach jedem Strohalm suchte, um mich wenigstens etwas zu beruhigen, entsann ich mich eines Patienten, den ich über viele Jahre betreut hatte. Die Behandlung war vor etwa sechs Monaten beendet worden. Er war früher als Intensivmediziner tätig gewesen und arbeitete jetzt in einer Behörde. Beim Abschied aus der Therapie hatte er mir eindringlich nahegelegt, dass ich mich jederzeit an ihn wenden solle, wenn er mir in Bezug auf medizinische Fragen behilflich sein könne. Da ich mir aber doch unsicher war, ob ich dieses Angebot jetzt tatsächlich aufgreifen dürfte oder ob ich damit das Abstinenzgebot verletzen würde, besprach ich mich mit einer befreundeten Kollegin, mit der ich auch in einer Interventionsgruppe war und die mich ihrerseits in dieser schweren Zeit intensiv durch regelmäßige Telefonate unterstützte. Es stellte sich schnell heraus, dass sie mein Vorhaben nicht billigte. Gleichzeitig wurde mir in unseren Gesprächen deutlich, dass ich ihre Bedenken, dass ich meinem ehemaligen Patienten schaden würde, nicht teilte, unter anderem auch, weil klar war, dass ich dessen Behandlung wegen der bevorstehenden Abgabe meines Kassensitzes aus Altersgründen keinesfalls wieder aufnehmen würde. Im Verlauf der folgenden Monate telefonierte ich wiederholt mit meinem Patienten, und er half mir, die jeweils knappen Informationen, die ich von den meinen Mann behandelnden Ärzten erhielt, zu verstehen und einzuordnen. Bei diesen Telefonaten kamen dann auch gelegentlich seine vor allem beruflich schwierigen Belange zur Sprache.

Beim nächsten persönlichen Zusammentreffen mit meiner Kollegenfreundin kam es zum Eklat: Sie formulierte deutlich ihr Entsetzen, dass ich nicht nur einmalig mit dem Patienten gesprochen, sondern wiederholt dessen Fachkompetenz in Anspruch genommen hatte. Ich hätte dadurch die notwendig gegebene Asymmetrie der therapeutischen Beziehung aufgehoben und im Sinne meiner eigenen Bedürftigkeit verkehrt. Die ethische Grundvoraussetzung therapeutischen Handelns, Patient*innen nicht für die Befriedigung eigener Bedürfnisse in Anspruch zu nehmen, sei damit von mir wiederholt verletzt worden. Ich hätte also meinen Patienten missbraucht und nicht nur ihm, sondern auch mir selbst Schaden zugefügt: Die schweren Schuldgefühle, unter denen ich jetzt ja offensichtlich litte, seien die Folge meines zerstörerischen und unangemessenen Verhaltens. Eine Fortführung der Interventionsarbeit mit mir sei ihr nur vorstellbar, wenn ich meine Grenzüberschreitung in vollem Umfang anerkennen würde. Diese müsse ich auch dem Patienten gegenüber einräumen, um die von mir verursachte Verwirrung der Positionen von Patienten und Therapeutin aufzulösen und die ursprüngliche Ordnung wieder herzustellen. Ich sollte also den Patienten einbestellen, mein Bedauern hinsichtlich meines Fehlverhaltens zum Ausdruck bringen und deutlich machen, dass es auch nach Abschluss einer Behandlung notwendig

sei, das ursprüngliche Setting und die darin enthaltene Asymmetrie der Beziehung zu erhalten. Die anderen Teilnehmerinnen bekräftigten diesen Standpunkt, sodass ich nach weiteren sehr quälenden Auseinandersetzungen die Gruppe, die sich infolge dieses Konfliktes aufzulösen drohte, verlassen habe. Erst dadurch konnte deren Fortbestand gesichert und die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt werden.

Infolge dieses für mich sehr schmerzlichen Geschehens, das gleichzeitig auch massive Wut in mir erzeugt hat, sind mir viele Fragen entstanden: Gibt es überhaupt irgendeine Beziehung, in der nur die Bedürfnisse einer der beteiligten Personen von Bedeutung sein können? Zeichnet sich die therapeutische Beziehung tatsächlich dadurch aus, dass nur der*die Patient*in in seiner*ihrer Bedürftigkeit und mit seinen*ihren Bedürfnissen sichtbar wird und werden **darf** und dass diese Asymmetrie als konstitutiv für einen erfolgreichen Behandlungsprozess anzusehen und deshalb unbedingt zu gewährleisten ist?

3 *Überlegungen zu Bedürfnissen und Bedürftigkeiten in der Therapie*

Meine folgenden Überlegungen möchte ich anhand drei verschiedener Gesichtspunkte gliedern:

- Bedürfnisse und Bedürftigkeiten des*der Patient*in
- Bedürfnisse und Bedürftigkeiten des*der Therapeut*in
- Was konstituiert den therapeutischen Entwicklungsraum und wie kann er geschützt werden?

3.1 *Bedürfnisse und Bedürftigkeiten des*der Patient*in*

Ich fange mit dem – vermeintlich? – einfachsten Bereich an: Bedürfnisse und Bedürftigkeiten des*der Patient*in:

Warum nimmt eine Person Kontakt auf zu einem*einer Psychotherapeut*in? Ganz allgemein ist die Antwort sicher, weil sie Hilfe sucht für Probleme, die sie allein nicht lösen oder bewältigen zu können glaubt. In der Regel sind es Schwierigkeiten im Umgang mit sich selbst, mit wichtigen und nahestehenden Personen und/oder am Arbeitsplatz, wiederkehrende gesundheitliche Beschwerden, für die sich keine behandlungsanleitende organmedizinische Begründung findet, oder akute Krisen und Traumatisierungen durch von außen einwirkenden Ereignissen.

Schon in den ersten Gesprächen zwischen Therapeut*in und Patient*in differenziert sich üblicherweise dieses allgemeine Bild gemäß der bewussten und unbewussten Konflikt- und Bedürfnislagen. Der*die Patient*in kann sich vor allem als leidend und dringend hilfsbedürftig zu erkennen geben und damit seine*ihre Sehnsucht nach Geborgenheit, Entlastung und Anerkennung der eigenen Not in den Vordergrund stellen. In diese Selbstdarstellung kann sich die mehr oder weniger deutliche Anklage gegen einzelne Personen (Ehepartner*in, Mutter, Vater etc.) oder auch die böse Welt im Allgemeinen

mischen, die als verantwortlich dafür angesehen werden, dass das Hilfeersuchen überhaupt notwendig geworden ist. Das Bedürfnis nach der Abwehr von Beschämung kann sich zeigen, nach Anerkennung des heldenhaften Kampfes oder der Ohnmacht gegenüber der erlebten Übermächtigkeit einer feindseligen Außenwelt. Im therapeutischen Prozess werden zwangsläufig viele weitere Bedürfnisse, Wünsche und Sehnsüchte sichtbar – und hoffentlich gelingt es, sie ins bewusste Erleben zu bringen: Grundbedürfnisse wie das nach elementarer Versorgung mit Essen, Wärme, Sicherheit sowie emotionalem Gehaltenwerden und Austausch², narzisstische Bedürfnisse wie das nach Gesehenwerden, Bestätigung und Bewunderung sowie auch nach Autonomie und Selbstwirksamkeit; libidinöse Bedürfnisse nach Zugehörigkeit, Geborgenheit, Versorgung und Sicherheit, nach Lieben, Geliebt werden, Sexualität und körperlicher Nähe, Kontakt und Berührung. Aber auch aggressive Bedürfnisse, deren Wahrnehmung und Anerkennung uns in der Regel schwerer fällt, treten mehr oder weniger offensichtlich zu Tage: die Lust an der Zerstörung – meiner Selbst und anderer sowie von Beziehungen –, das Bedürfnis nach Trennung und Unterscheidung, nach Selbstbestimmtheit und Macht. Ich weiß nicht, ob wir sagen können, es gibt ein Bedürfnis nach Hass und Neid oder Missgunst. Vermutlich würden wir hier eher von Gefühlen oder Triebwünschen sprechen, die aus Traumatisierungen, Versagungen und Enttäuschungen entstanden sind und der Abwehr von Trauer, Scham und Ohnmacht dienen können.

Vielleicht ist es verwirrend, eine mehr oder weniger vollständige Liste von Bedürfnissen erstellen zu wollen, und wir sollten eher von Wünschen, Gefühlen und Handlungsimpulsen reden, die je nach theoretischer Vorliebe und Orientierung als grundlegend-existentiell, narzisstisch, libidinös oder aggressiv sowie entsprechend dem jeweiligen Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen eingeordnet, interpretiert und bearbeitet werden. Auf dieser allgemeinen Ebene und relativ abstrakt formuliert, gibt es so weit vermutlich kaum einen Dissens. Bei der Frage, wie im Konkreten mit Wünschen und Bedürfnissen der Patient*innen umzugehen ist, was und in welchem Umfang befriedigt oder unter dem Gebot der dem analytischen Prozess als förderlich angesehene Versagung und Abstinenz zurückgewiesen wird, ergeben sich bekanntlich erhebliche Unterschiede. Ich komme darauf später zurück.

3.2 *Bedürfnisse und Bedürftigkeiten des*der Therapeut*in*

Welche Bedürfnisse oder auch Wünsche kann ich auf Seiten des*der Therapeut*in annehmen?

Wenn ich mich selbst befrage, warum ich den Beruf der psychoanalytischen Therapeutin gewählt habe, fallen mir viele eigene Bedürfnisse, ja sogar Sehnsüchte ein: das Bedürfnis nach tiefgehendem Kontakt, intensiver Begegnung und Kontinuität; die Suche nach der je individuellen Wahrheit und dem Verstehen von Beziehungsmustern bei mir selbst und anderen, an denen ich im therapeutischen Alltag notwendig beteiligt bin; das Bedürfnis zu helfen und an heilenden Wachstumsprozessen teilzuhaben, sie

² Ferenczi (1932) und Balint (1968) haben als erste in der Geschichte der Psychoanalyse auf diese existenziellen, primären Bedürfnisse hingewiesen.

hoffentlich initiieren und unterstützen zu können; die Erwartung von Entwicklungsanstößen und -herausforderungen für mich selbst – und mit dieser Tätigkeit auch noch meinen Lebensunterhalt zu sichern! Eine Analytikerin, bei der ich als junge Frau in Behandlung war, sagte mir einmal mit einem Schmunzeln, dass der Beruf des*der Psychoanalytiker*in vielleicht der einzige sei, in dem man für den darin enthaltenen Auftrag, sich selbst zu entwickeln, sogar bezahlt werde! Wenn ich ehrlich mit mir selbst bin, gibt es auch das Bedürfnis nach Idealisierung und Bewunderung, es gibt Macht- und Allmachtswünsche und -phantasien, das Bedürfnis nach Kontrolle sowie allgemein die Sehnsucht, eine bedeutsame Andere, ein „gutes Objekt“ und „erwünscht“ zu sein.

Der psychotherapeutische Alltag konfrontiert uns allerdings damit, dass unsere Wünsche und Bedürfnisse von unseren Patient*innen nur selten befriedigt werden. Winnicott (1947) fordert in seinem Aufsatz „Der Hass in der Gegenübertragung“, dass der*die Analytiker*in besonders bei schwer gestörten Patient*innen in der Lage sein sollte, seinen*ihrn Hass auf diese zu erleben, der infolge der Verletzungen und Enttäuschungen entsteht, die ihm*ihr in deren Behandlung zugefügt werden. Er setzt damit die Beziehung zwischen Analytiker*in und Patient*in gleich mit der zwischen Mutter und Baby, wenn er schreibt:

„Eine Mutter muss fähig sein, ihren Hass auf ihr Baby zu ertragen, ohne ihn in ihre Handlungen einfließen zu lassen (...) Wenn sie aus Angst vor dem, was sie tun könnte, nicht angemessen hassen kann, falls das Kind sie verletzt, muss sie auf Masochismus zurückgreifen, und ich glaube, darauf beruht die falsche Theorie vom Masochismus der Frau“ (a.a.O., S.86).

Auch Rudolf Blomeyer bezieht sich auf diese grundlegenden Herausforderungen und spricht mit leichter Ironie von der sadomasochistischen Grunddisposition des*der Psychoanalytiker*in als Voraussetzung für die langfristige Befähigung zur und Zufriedenheit in der psychoanalytischen Arbeit.³

Wir machen laufend die Erfahrung, dass unsere Patient*innen ganz andere Wege einschlagen, als wir für sie „vorgesehen“ hatten. Deutungen und körpertherapeutische Angebote lösen nicht den erhofften Entwicklungsschritt aus oder bewirken sogar das Gegenteil vom Gewünschten. Normatives Ziel unserer Tätigkeit ist die Aufdeckung, Bewusstwerdung und Integration aggressiver und libidinöser Wünsche und Impulse, sodass ein wohlwollender, freundlicher Kontakt mit sich selbst und anderen sowie die Verwirklichung eigener Potenziale im Sinne einer autonomen, selbstbestimmten Lebensgestaltung möglich werden. Freud nennt es die Fähigkeit zu lieben und zu arbeiten, über die wir selbst in unserer eigenen Wahrnehmung vielleicht nur unzureichend verfügen. Während aber die Patient*innen mit vollem Recht auf ihre „Unvollkommenheiten“ bei uns sitzen, liegen oder sich bewegen, bleiben wir mit unserer inneren Frage – und dem Bedürfnis nach einer positiven Antwort –, ob wir denn selbst „ein*eine ausreichend gute*r Therapeut*in“ seien, weitgehend allein und müssen diese Unsicherheit

³ Mündliche Mitteilung; vgl. auch ders.: „Die Spiele der Analytiker“.

und alle damit verbundenen Ängste und Zweifel wie auch den oben erwähnten Hass selbst „containen“ (Bion).

Wenn es gut geht, sind wir uns unserer verschiedenen Bedürfnisse und Bedürftigkeiten einigermaßen bewusst und können mit deren Frustrierung soweit verantwortlich umgehen, dass weder die Patient*innen noch wir selbst Schaden nehmen. In den Ethikrichtlinien der DGPT wird es in den speziellen ethischen Grundsätzen so formuliert:

1. Ein Psychoanalytiker/Psychotherapeut achtet jederzeit die Würde und Integrität eines Patienten.
2. Ein Psychoanalytiker/Psychotherapeut ist verpflichtet, den analytischen/psychotherapeutischen Prozess durch Abstinenz zu sichern. Daraus folgt, dass er niemals seine Autorität und professionelle Kompetenz missbräuchlich dafür einsetzt, durch den Patienten und dessen Familie Vorteile zu erzielen. Insbesondere nimmt er keine sexuelle Beziehung zu Patienten auf. Er achtet das Abstinenzgebot auch über die Beendigung der analytischen/psychotherapeutischen Arbeitsbeziehung hinaus.
3. Aggressives Handeln zerstört den analytischen/psychotherapeutischen Prozess.⁴

Ebenso wie im Hinblick auf die Bedürfnisse unserer Patient*innen werden wir uns auf dieser allgemeinen und abstrakten Ebene schnell einig sein. Der Teufel steckt jedoch auch hier im Detail, also der Frage, was in den verschiedenen konkreten Situationen was bedeutet und wie es uns gelingen kann, uns wechselseitig nicht zu missbrauchen oder missbrauchen zu lassen, uns selbst und die Patient*innen vor uns selbst und voreinander mit unseren Begehrlichkeiten und Enttäuschungen zu schützen. In diesem Sinne verstehe ich das Abstinenzgebot als ein Bemühen um Fürsorge und Unversehrtheit, nicht nur für die Patient*innen, sondern für **alle Beteiligten** im therapeutischen Prozess.

Schon Freud hatte gefordert, dass die psychoanalytische Kur in der Versagung, also in der Abstinenz zu erfolgen habe. Allerdings hat die inhaltliche Bestimmung dieses Gebots im Laufe der Geschichte der Psychoanalyse weitreichende Veränderungen erfahren. Ein ausgezeichneter Überblick und eine kritische Diskussion der Entwicklungen des Abstinenzkonzepts findet sich in der Dissertation von E. Schütz (2020). In ihrer Zusammenfassung kommt sie zu dem Schluss, dass das Thema noch immer weitgehend tabuisiert sei und nicht das Ausmaß öffentlicher – und offener – Diskussion erfahre, das ihm eigentlich zukomme. Vielmehr stehe die harte moralische Verurteilung vermeintlicher oder tatsächlicher Übertretungen, vor allem natürlich sexueller oder offen aggressiver Art, verbunden mit weitreichenden Sanktionen wie öffentlicher Beschämung und Ausschluss aus den psychoanalytischen Gesellschaften und Institutionen, noch immer im Mittelpunkt. Es ist also eine Diskussion, die vor allem von Angst bestimmt ist. Eine Ausnahme habe ich im letzten Tagungsband der DGPT „Angriffe auf den Denkraum“

⁴ Ethik-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT e.V.), S.3.

(2024) gefunden, in dem sich J. Thorwart unter dem Titel „Grenzverletzungen in der Psychoanalyse“ mit „Angriffen auf den Container Psychoanalyse und deren institutionalisierter Verleugnung“ (a.a.O., S. 181) beschäftigt. In einem dringlichen (und mich in meinen Überlegungen bestätigenden) Appell setzt er sich für die Entwicklung eines Denkraumes ein, in dem solche Angriffe nicht nur als individuelles Versagen an die entsprechenden Ethikkommissionen ausgelagert werden, sondern mit Bezug auch auf die unbewussten Dynamiken innerhalb der Institutionen bearbeitet werden können.

4 *Die therapeutische Beziehung und der therapeutische Entwicklungsraum*

Und damit komme ich zur therapeutischen Beziehung und zum therapeutischen Entwicklungsraum. Viele Therapeuten und Therapeutinnen, darunter auch ich, können und wollen aus vielfältigen theoretischen, aber auch persönlichen Gründen mit der konkreten Handhabung des Abstinenzgebotes im traditionell psychoanalytischen Sinn nicht mehr mitgehen.⁵ Wir wollen nicht, wie Freud es empfahl, wie ein*eine Chirurg*in möglichst ohne eine eigene gefühlsmäßige Beteiligung unsere Patient*innen analysieren, am besten unsichtbar hinter der Couch, wir sehen uns nicht als „schafsgesichtige Blechaffen“⁶, unberührbar und in dieser Unberührbarkeit allmächtig gegenüber unseren Patient*innen.

Natürlich ist diese in den Anfängen der Psychoanalyse formulierte Beschreibung der idealen Grundhaltung eines*einer Psychoanalytiker*in auch in den konservativsten psychoanalytischen Kreisen kaum noch aktuell. Vielmehr stehen die Wahrnehmung und die Analyse der eigenen gefühlsmäßigen Antworten auf die Beziehungsangebote und Fantasien der Patient*innen, also die Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in beiden Richtungen inzwischen im Zentrum jeder psychoanalytischen und psychodynamischen Therapie. Große Unterschiede gibt es allerdings hinsichtlich der Einordnung und Bewertung der bei sich selbst und anderen wahrgenommenen Gefühle und spontanen Reaktionen.

Weiterhin gibt es viele Kontroversen, etwa wenn es um die aktive, gezielte Einbeziehung des Körpers, um die szenische, handelnde Darstellung von aktuellen oder traumatischen Konflikten aus der Geschichte der Patient*innen und vor allem um Berührungen geht. Und hier kommen wieder die verschiedenen Bedürfnisse und Bedürftigkeiten – und damit verbunden viele Ängste – ins Spiel. „Angst und Methode in den Sozialwissenschaften“ heißt ein sehr erhellendes Buch des Psychoanalytikers und Ethnologen George Devereux, erschienen 1967. Er beschreibt anhand einer Fülle von Fall- und Beobachtungsbeispielen aus der ethnologischen Forschung wie auch aus seiner eigenen Tätigkeit als praktizierender Analytiker, wie die Angst vor der psychischen Berührung und der Konfrontation mit eigenen abgewehrten Anteilen die Methoden und Ergebnisse des wissenschaftlichen und therapeutischen Vorgehens bestimmen. Devereux betont die jeweils einzigartige, weil lebensgeschichtlich

⁵ Vgl. Geißler und Heisterkamp (2007).

⁶ Stone 1973, zit. nach Krutzenbichler und Essers (1991).

geprägte, „(...) persönliche Verstrickung des Verhaltenswissenschaftlers mit seinem Material und die Realitätsverzerrungen, die diese ‚Gegenübertragungsreaktionen‘ nach sich ziehen (...)“ und kritisiert die „(...) ungenügende Berücksichtigung der emotionalen Verstrickung des Untersuchenden mit seinem Material, das letzten Endes er selber ist und das deshalb unvermeidlich Ängste in ihm erregt (...)“. Er fordert, „(...) die Subjektivität des Beobachters und die Tatsache, dass seine Gegenwart den Verlauf des beobachteten Ereignisses so radikal beeinflusst, wie die Messung das Verhalten eines Elektrons beeinflusst („stört“), zu akzeptieren und auszuwerten“ (a.a.O., S. 28f.). Mit diesen Aussagen geht er weit hinaus über die allgemeine Anforderung an die Lehranalyse, durch die die Persönlichkeit des*der Analytiker*in in ihren unbewussten Auswirkungen auf das analytische Geschehen gewissermaßen „unschädlich“ gemacht werden soll.

Voraussetzung für die praktische Ausübung psychoanalytischer und psychotherapeutischer Tätigkeit ist die mehr oder weniger umfangreiche Lehranalyse und Selbsterfahrung, in der wir mit unseren eigenen unbewussten Konflikten, Wünschen und Bedürfnissen und den dazugehörigen Abwehrstrategien so weit in Berührung kommen sollten, dass wir durch sie gespeiste Impulse, Fantasien und Verführungen wahrnehmen und kontrollieren können. Ein unbewusstes Agieren soll auf diese Weise möglichst vermieden werden. Wir sollen befähigt werden zur laufenden Selbstanalyse oder zumindest zum Erkennen der Situationen, in denen wir uns unsererseits erneut in einen entsprechenden selbstreflektorischen, analytischen Prozess begeben sollten. Das geschieht in der Regel, wenn sexuelle oder aggressive Impulse übermächtig zu werden drohen. In den schon zitierten Ethikrichtlinien der DGPT ist auch diese Forderung festgehalten und trifft damit vermutlich auf breiten Konsens. Jedenfalls in der Theorie. In meiner eigenen inter- wie auch supervisorischen Praxis bin ich jedoch selten auf die Bereitschaft gestoßen, die in der alltäglichen Arbeit mit den Patient*innen ausgelösten Gefühle und Fantasien auch in Bezug auf eigene, biografisch bedingten Übertragungs- und Projektionsbereitschaften zu hinterfragen. Die Untersuchung des Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehens wird trotz der in der Theorie vollzogenen Wende zur Intersubjektivität und den Ausführungen zur Relationalen Psychoanalyse etwa von Autoren wie Stolorow, Atwood, Orange Jänicke und Ogden⁷ in der Praxis immer noch beschränkt und reduziert auf den Anteil, der dem*der Patient*in zugeschrieben wird. Ist es **diese** Asymmetrie, die unbedingt erhalten bleiben muss, weil eine gleichgewichtige Erforschung der unbewussten Dynamik im Behandlungszimmer mich als Therapeut*in zu sehr ins Blickfeld brächte, mich beschämen und zerstören könnte, nachdem wir uns ja in der Lehranalyse schon so weit entblößt haben? Um nicht missverstanden zu werden: Ich will damit nicht sagen, dass solche Erkenntnisse über mögliche eigene biografische Übertragungsbeteiligungen und -bereitschaften unbedingt dem*der Patient*in mitgeteilt werden sollten. Jedoch wünschte ich mir, dass im kollegialen Kreis ohne Angst vor direkten oder indirekten Sanktionen oder Diskriminierungen in wohlwollend-neugieriger Haltung auch

7

Vgl. z. B. Orange, Donna M., Atwood, George E., Robert D. (2015), Jaenicke, Chris (2006).

diese Seite des psychodynamischen Geschehens erforscht und in ihrer gestaltungsmächtigen Bedeutung für den psychoanalytischen Prozess betrachtet und untersucht werden könnte.

Das deutlichste Beispiel für eine angstbestimmte Verleugnung der bewussten und unbewussten Beteiligung des*der Analytiker*in ist wohl der Konflikt zwischen Freud und Ferenczi. Dessen Gedanken und Ausführungen zur Untersuchung der Gegenübertragung des*der Analytiker*in⁸ wie auch seine technischen Versuche und Neuerungen wurden zwar von vielen Autoren*innen aufgegriffen und verarbeitet, ohne sich allerdings explizit auf ihn zu beziehen⁹; die Ächtung Ferenczis als geisteskrank und paranoid-psychotisch, die er durch E. Jones in dessen Biografie Freuds¹⁰ erfuhr, hatte also weitreichende Nachwirkungen. Bemerkenswert erscheint mir aber, dass selbst in den Texten, die sich ausdrücklich der Würdigung von Ferenczi und seine Bedeutung für die Entwicklung des heute in der Psychoanalyse üblichen, weitgefassten Begriffs der Gegenübertragung verschreiben, das Körperlich-Gestische zwar auch mit einbezogen wird; es bleibt aber dennoch bei der einseitigen Betrachtung, dass alle Reaktionen des*der Analytiker*in als *Antworten* auf die bewussten und unbewussten Angebote des*der Patient*in angesehen werden – die Auseinandersetzung mit der radikalen Offenheit, mit der Ferenczi das Gesamtgeschehen im analytischen Prozess in seinem klinischen Tagebuch diskutiert, wird damit noch immer – ängstlich? – vermieden.¹¹

Vielleicht ist das alles etwas zu dramatisch beschrieben. Deshalb jetzt ein paar „banalere“ Beispiele, bei denen es aber dennoch immer wieder um die Frage geht, wann, wie, warum und in welchem Umfang gebe ich welchen Bedürfnissen und Impulsen nach, kommen sie nun von mir oder von dem*der Patient*in – wobei schon diese Unterscheidung unter Umständen gar nicht so eindeutig zu treffen ist wie es zunächst scheint.

5 *Beispiele für Bedürftigkeiten von Patient*innen und Therapeut*innen*

Fall 1: Die erste Patientin, die ich während meiner Weiterbildung zur Psychoanalytikerin behandelte, arbeitete als Erzieherin und kochte gern (und wahrscheinlich auch gut) für die Kinder. Eines Tages, ihre Stunde lag um die Mittagszeit, brachte sie mir eine Portion Erbsensuppe mit – die anzunehmen ich als brave und hoch mit den analytischen Abstinenzregeln identifizierte Ausbildungskandidatin ablehnte. Allerdings war ich sehr erstaunt, dass mein Kontrollanalytiker, nicht gerade bekannt für besondere spontane Herzlichkeit, sich darüber verwunderte: Er hätte die Suppe angenommen und die Patientin an dieser Stelle nicht zurückgewiesen und unnötig frustriert.

8 Ferenczi (a.a.O.)

9 Vgl. Cremerius (1983)

10 Jones (1954–1957)

11 Vgl. Psyche 53, H. 5

Fall 2: Während meiner eigenen Lehranalyse brachte ich meiner Lehranalytikerin nicht nur zu Weihnachten selbstgebackene Kekse, sondern auch im Sommer wiederholt Marmelade mit, die ich aus Früchten aus meinem Garten gekocht hatte. Eine Weile lang nahm sie alle meine Produkte gern an und bestätigte mir auch, dass sie gut gelungen seien. Dann beendete sie diese „Versorgung“ durch mich abrupt, allerdings ohne weitere Erläuterungen, was mich sehr kränkte. Beschämt blieb ich mit dem Gefühl zurück, dass ich etwas Unrechtmäßiges getan hätte.

Im Nachhinein verwundert mich, dass es in beiden Fällen keine Durcharbeitung des aktualisierten Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehens gab. Weder hatte mein Kontrollanalytiker mich angeregt, die Suppe zwar würdigend anzunehmen und mir schmecken zu lassen und dann die darin mehr oder weniger offen liegenden oder versteckten Wünsche und Impulse mit der Patientin bei passender Gelegenheit zu erkunden; er hatte auch mich nicht danach befragt, was mich denn daran gehindert hatte, so zu verfahren. Auch meine Lehranalytikerin hat ihren vielleicht aufgekommenen Ärger über meine Manipulationsversuche oder gar auch die unliebsame Entdeckung eigener Begehrlichkeiten zum Anlass entsprechender Explorationen und Deutungen nicht genutzt. Jedenfalls kann ich mich daran nicht erinnern. Es hätte mir sicher geholfen, mich in vielen ähnlichen Situationen besser zurecht zu finden.

Fall 3: Eine Patientin hat Schuhe an, die mir auch gefallen. Darf ich ihr das sagen und vielleicht sogar nach dem Geschäft fragen, wo sie diese erstanden hat? Darf ich nach dem Namen eines* einer Arztes*Ärztin fragen, der*die mir in den Schilderungen einer*s Patient*in als sehr vernünftig erscheint, wenn ich selbst gerade nach einem* einer solchen suche – oder mir vorstelle, dass ich in eine derartige Situation kommen könnte?

Fall 4: Eine Kollegin erzählt, dass sie eine Patientin, die in der Nähe ihrer Wohnung und Praxis lebte und die sie eigentlich gern in Behandlung genommen hätte, leider ablehnen musste, weil sie sich beim Einkaufen oder auf der Straße hätten begegnen können. Fürchtete sie, auch als reale Person sichtbar zu werden und damit „die Entwicklung der Übertragung“ zu stören? Oder fühlte sie sich nicht in der Lage, außerhalb des therapeutischen Settings, ohne den Schutz ihrer Position als Analytikerin, angemessen „alltätlich“ zu reagieren? Was war so beängstigend an ihren Fantasien?

Fall 5: Darf ich mich mit einem* einer Patient*in nach Abschluss der Behandlung befreunden? In der erwähnten Intervisionsgruppe kam angesichts meiner Verfehlung auch diese Frage auf. Die Kolleginnen bekräftigten sich wechselseitig, dass sie ein „komisches Gefühl“ bei dem Gedanken hätten. Welcher Art diese „komischen Gefühle“ waren, wurde nicht zum Thema. Ist es die Angst vor der Entidealisierung? Die Angst, herauszutreten aus der Deckung, die die Asymmetrie der therapeutischen Beziehung **für uns** bedeutet und die wir mit der Abwehr von Schaden für die Patient*Innen rationalisierend begründen? Thomä (2007) weist in seinem Vortrag „Über ‚Psychoanalyse heute?!‘ – und morgen“ auf der DGPT-Tagung 2006 mit Bezug auf die Forderung nach Tonbandaufzeichnungen psychoanalytischer Sitzungen zu Forschungszwecken (Ulmer Datenbank) darauf hin, dass der Widerstand dagegen vor

allem von den Therapeut*innen ausgehe, da ihr eigenes Tun auf diese Weise auf den Prüfstand gerate. Statt sich dieser Angst zu stellen, werde sie auf die Patient*innen projiziert, um sich selbst zu schützen.

Mit der schon erwähnten Analytikerin, die mich einige Monate behandelte, während ich in Österreich studierte, traf ich mich nach meiner Rückkehr nach Berlin regelmäßig im Café oder im „Beisl“, wenn ich wieder in Österreich war. Ich glaube, die Initiative zu dieser Vereinbarung ging von ihr aus oder geschah jedenfalls in beiderseitiger Übereinstimmung. Die Gespräche waren dann nicht mehr analytisch, sondern wie unter vertrauten Bekannten. Noch heute bedauere ich, dass ich aufgrund der äußeren Umstände die Analyse bei ihr nicht länger in Anspruch nehmen konnte. Gerade weil sie mir auch gelegentlich kleine Einblicke in ihr eigenes Leben gewährt hatte, sie also nicht unberührbar geblieben war, hatte sie dazu beigetragen, dass ich mich mit meinen Unzulänglichkeiten, mit meinen unerfüllten Wünschen und Sehnsüchten nicht mehr so unendlich außerhalb jeder erstrebenswerten Gesellschaft fühlen musste. Vielmehr konnte ich sie eher als Probleme erleben, mit denen auch andere, die einen Platz im Leben gefunden hatten, zu tun haben könnten. Ich weiß nicht, aus welchen Bedürfnissen heraus diese Analytikerin so gehandelt hat. Wollte sie sich als besonders autonome, mit den Vorschriften und Geboten der psychoanalytischen Community souverän umgehende, Analytikerin profilieren? Jedenfalls gestand sie mir, dass sie unter anderem wegen der erwarteten Festlegung auf die „reine Lehre“ den Status der Lehranalytikerin nie angestrebt habe. Die Beweggründe ihres Verhaltens mir gegenüber haben mich nicht besonders beschäftigt. Mein narzisstisches Bedürfnis nach Anerkennung und Gesehenwerden, auch als künftige Kollegin, hat sie auf diese Weise sicher genährt. Eine Verletzung der Abstinenz statt Versagung und Entlarvung meiner narzisstischen Verführungskünste oder Förderung von Realitätsprüfung, Entidealisierung und Ambivalenztoleranz?

Fall 6: Erst in der letzten Sitzung meiner ersten Analyse als Patientin traute ich mich, von meinem Wunsch, selbst Analytikerin zu werden, zu sprechen – ein Wunsch, den zu äußern ich bis dahin als gotteslästerliche Anmaßung empfunden hatte. Zu meiner großen Überraschung eröffnete mir mein Analytiker, dass er selbst oft gedacht habe, dass ich für diesen Beruf gut geeignet sei – aus Abstinenzgründen habe er aber seinerseits diese Gedanken nicht ausgesprochen. Es wäre sicher fruchtbar gewesen, meinen Berufswunsch mit ihm, der mich ja gut kannte, zu explorieren. Seine Bestätigung hätte mich nicht nur sehr gestärkt – gleichzeitig hätte auch meine Angewiesenheit auf eine solche Bestätigung untersucht werden können.

Fall 7: Eine bekannte Psychoanalytikerin, die sich trotz orthodoxer Orientierung sehr für die Einbeziehung des Körpers einsetzt, selbst aber auf Berührungen ausdrücklich verzichtet, stellt für jede*n ihrer Patient*innen ein eigenes Kissen bereit. Will sie sich damit als besonders fürsorglich empfehlen? Oder bringt sie ihre Angst vor Ansteckung, vor Kontamination zum Ausdruck, die jeder Berührung inhärent ist? Wie sehr müsste ich als Patientin vielleicht darauf achten, dass ich sie nicht gefährde und gleichzeitig für ihre Achtsamkeit bewundere?

Fall 8: In meinem Behandlungsraum habe ich Bilder aufgehängt, die mir sehr gefallen. Es sind keine Bilder, die vor allem keinen Anstoß erregen sollen, so wie man sie in öffentlichen Einrichtungen findet. Ich habe mir sogar selbst den „besten Platz“ im Raum ausgesucht und, anders als eine bekannte, körperbetont arbeitende Analytikerkollegin, für mich reserviert. Bin ich also nicht bereit, meine Bedürfnisse zurückzustellen zugunsten meiner Patienten? Oder entlaste ich meine Patienten von der Rücksicht auf mich, indem ich ausreichend für mich selbst Sorge?

5.1 (Beabsichtigte) Abstinenzübertretungen bei Freud, Ferenczi und Balint

Während der Vorbereitung dieses Vortrags stieß ich auf die schon erwähnte, sehr lesenswerte, materialreiche Dissertation von Edith Schütz aus dem Jahr 2020, in der sie mit großer Sorgfalt die Literatur zum Thema Abstinenz von Freud bis heute dargestellt und kritisch kommentiert hat. Viel ist bei den von ihr zitierten Autor*innen vom „reinen Gold der Psychoanalyse“ im Gegensatz zum implizit niederen Geschäft der Psychotherapie die Rede. Fast alle genannten Autor*Innen, Freud inbegriffen, gestehen ein, meist mit einer gewissen Scham und Verlegenheit, dass sie die Regeln der Abstinenz, der Versagung, in vielen Situationen nicht eingehalten haben. Allerdings hätten diese „nicht regelgerechten Interventionen“ oft eine positive Wende in festgefahrenen Behandlungen herbeigeführt. Das berühmteste Beispiel ist wohl der Purzelbaum, zu dem Michael Balint eine Patientin während einer Sitzung ermutigte. Deren weitgehende Gehemmtheit und Unsicherheit wurde durch diesen „erlaubten Triebdurchbruch“ andauernd behoben. In seiner Schrift „Therapeutische Aspekte der Regression“ unterscheidet Balint zwischen „gutartiger“ und „böartiger“ Regression. Im Falle der „gutartigen“ Regression, die vor allem in späteren Phasen von Behandlungen möglich werden und einen Neubeginn kennzeichnen, sei es notwendig, auftretende Wünsche nicht nur zu deuten, sondern sie auch zu befriedigen. In den von ihm zitierten Beispielen, zu denen auch das oben genannte gehört, sei es nicht mehr um Triebwünsche gegangen, sondern darum „(...) dass die genannten Patienten eine gewisse einfache, gewährende Beziehung mit ihrer Umwelt brauchten, und zwar mit dem ihnen damals wichtigsten Objekt, dem Analytiker.“ Balint betont, dass er in diesen Situationen nicht die Deutung der Wünsche durch Befriedigung ersetzt, sondern dass er sie *zusätzlich* befriedigt habe (zit. nach Schütz, 2020, S. 139).

Ich habe mich oben schon auf Sandor Ferenczi bezogen, der wohl der erste war, der statt der von Freud vertretenen, väterlich strengen und abstinenter, versagenden eine eher mütterliche Haltung gegenüber seinen Patient*innen einnahm. Seine Technik der „Verzärtelung“, wie er selbst sie bezeichnete, entwickelte er in der Arbeit mit schwer traumatisierten Patient*innen, die sich gegenüber der klassischen Analyse als behandlungsresistent erwiesen hatten. Solchen Patient*innen, so Ferenczi, dürfe

man die als Kind erlittenen, traumatisierenden Versagungen nicht ein weiteres Mal zumuten, ohne ihnen neuerlichen Schaden zuzufügen.¹²

Dass diese Unterschiede im Umgang mit Patient*innen zu heftigen Konflikten zwischen Freud und Ferenczi führten, dürfte wohl nicht nur an den inhaltlichen Differenzen, sondern an den durch diese ausgelösten Ängsten vor allem auf der Seite von Freud gelegen haben, die sich bei seinem Schüler und Biografen Ernest Jones bis zur Ächtung Ferenczis als geisteskrank gesteigert haben – mit den schon dargestellten, weitreichenden Folgen.

Michael Balint, der seine 2. Lehranalyse bei Ferenczi absolvierte, führte dessen Überlegungen jedoch weiter. Obwohl er sich noch 1933 im Sinne Freuds für die „Keimfreiheit“ und „Reinhaltung der Übertragung der Patienten“ in der Behandlung einsetzte, vertrat er 1939, also nur wenige Jahre später, in seinem Aufsatz „Übertragung und Gegenübertragung“ (zusammen mit seiner Frau Alice)¹³ eine ganz andere Haltung. In dieser Veröffentlichung richtete er den Blick darauf, dass im psychoanalytischen Behandlungszimmer immer **zwei** Menschen miteinander den Prozess gestalten. Er vollzog den Schritt von der Ein- zur Zwei-Personen-Psychologie und legte so den Grundstein für die Entwicklung der Objektbeziehungstheorie. Wenn also auch in der therapeutischen Beziehung zwei Menschen mit ihren Übertragungen, Wünschen und Bedürfnissen aufeinandertreffen, wird das Geschehen zwischen beiden nicht allein durch die innere Situation des*der Patient*in bestimmt. Balint betont zwar, dass „(...) unsere Technik, unser analytisches Verhalten (...) auch für uns selber einen wichtigen ökonomischen Wert [hat], da sie ein **wohlangepasster, wohlrationalisierter, sublimierter** Weg ist, Spannungen zu beheben, vor allem diejenigen, die in uns selbst entstehen, während wir uns dem Patienten zuwenden.“¹⁴ Bedürfnisse im Sinne der Selbsterhaltung und Spannungsreduktion (Grundbedürfnisse) sollen aber auf beiden Seiten Berücksichtigung finden und reguliert werden, nicht nur um die eigene Arbeitsfähigkeit sicher zu stellen, sondern um den Patient*innen neue Wege zu eröffnen. Triebbedürfnisse sexueller oder aggressiver Art sollen hingegen analysiert und nicht befriedigt werden. Dabei ist es natürlich nicht immer leicht, diese von den Grundbedürfnissen zu unterscheiden.

5.2 *Der Aspekt des wechselseitigen Einwirkens in der therapeutischen Beziehung*

Ohne Zweifel werden aber nicht nur Maßnahmen der Selbstregulation und die Sicherung der Arbeitsfähigkeit im analytischen Prozess (wiederum auf beiden Seiten!), sondern auch etwa das Verbot von Berührungen oder die unbedingte Vermeidung von Begegnungen außerhalb der Stunden von der je individuellen Persönlichkeit des*der Analytiker*in mit seinen* ihren trotz Lehranalyse auch unbewussten Anteilen und der daraus abgeleiteten (und dann rationalisierend begründeten) Abstinenzhaltung bestimmt. Deshalb können sie nicht allein als Ausdruck der Sorge um das Wohl des*der Patient*in und

¹² Vgl. auch Sechehaye (1954/1986).

¹³ Balint, Alice und Michael (1939).

¹⁴ Balint (1939), S. 220, zit. nach Schütz (2020), S.118, Hervorh. E. B.

der Sicherung des analytischen Prozesses verstanden werden. Während der Lehranalyse ist es ohnehin unmöglich, diese Empfehlung zu befolgen, was immer wieder zu kontroversen Diskussionen Anlass gegeben hat, ob unter diesen Bedingungen überhaupt eine „richtige“ Analyse durchgeführt werden kann. Auch die Entscheidung eines*einer angehenden Psychotherapeut*in für eine psychotherapeutische Methode oder Richtung ist nicht allein von äußeren Bedingungen, sondern vor allem von der inneren Dynamik der betreffenden Person bestimmt.

Fall 9: Eine Patientin kam völlig durchgefroren zu mir in die Stunde und bat mich um einen Becher heißen Tee, den ich ihr – treu dem Gebot der Abstinenz folgend – verweigerte. Analytische Arbeit war aufgrund ihres Ausnahmezustandes völlig unmöglich, aber ich blieb meinen gelernten Grundsätzen treu. Die Patientin brach nach dieser Stunde die Behandlung ab. Inzwischen ist es mir unschwer zu erkennen, dass der bei der Patientin ausgelöste Zorn nicht nur Ausdruck ihrer „oralen Gier“ und Enttäuschungswut war. Ebenso entscheidend für das Misslingen unserer Beziehung war meine biografisch bedingte Unfähigkeit, die Patientin an dieser Stelle in ihrer primären Bedürftigkeit anzunehmen und zu versorgen. Ich war sehr erstaunt, als ich im informellen Gespräch mit einer erfahrenen Lehranalytikerin über unser Scheitern von ihr hörte, dass sie der Patientin einen Tee gekocht hätte!¹⁵

Die Frage, wie mit den in der Sitzung auftauchenden Wünschen und Bedürfnissen umzugehen ist, ist allerdings nicht immer leicht zu beantworten. Bei Gisela Worm findet sich im schon erwähnten Lehrbuch „Psychoanalyse der Lebensbewegungen“ (a.a.O., S. 211–238 und S. 259–289) eine außerordentlich differenzierte Diskussion, unter welchen Voraussetzungen die Befriedigung von Grundbedürfnissen in der therapeutischen Situation fruchtbar sein kann. Als essenziell bezeichnet sie die Fähigkeit, die jeweilige Übertragungs-/Gegenübertragungssituation so weit analysieren zu können, dass es nicht zu einer Wiederholung – und damit Zementierung – von Ersatzbefriedigungen kommt, die ehemals als Anpassungsleistungen und zur Sicherung der familialen Beziehungsdynamik von der*em Patient*in entwickelt worden sind. Solche Ersatzbefriedigungen können oft mit Vehemenz eingefordert werden, stehen aber im Sinne der Abwehr gegen die Bewusstwerdung und das Wiedererleben der ursprünglichen Verletzungen und des damit verbundenen Schmerzes.¹⁶

Ein Bezug auf die eigene Gewordenheit findet in der psychoanalytischen Literatur nur sehr selten statt: Es geht ja um den*die Patient*in! Und tatsächlich stellt sich die Frage, welcher Erkenntnisgewinn sich dabei ergeben könnte. Wenn ich mich an meine Zeit als Ausbildungskandidatin und die ersten 20 Jahre meiner Behandlungstätigkeit erinnere, hätte aber nicht nur dieser Bezug, der nicht notwendig im Konkreten hätte öffentlich gemacht werden müssen, vielleicht mir und den Patient*innen viele unproduktive und auch schmerzhaft Situationen erspart, in denen beide um die Anerkennung der jeweils eigenen Wahrheit gerungen – und sich verfehlt haben: Aufgrund einer eigenen Identifizierung als schuldbeladene Retterin meiner Familie und deren Verleugnung war ich lange Zeit nicht wirklich in der Lage,

¹⁵ Vgl. auch Fall 1.

¹⁶ Vgl. auch Sechehaye (1954/1986).

Übertragungen und projektive Identifizierungen von Seiten der Patient*innen zu erkennen. So konnte ich sie auch nicht wirklich untersuchen und bearbeiten.

Neuere Entwicklungen wie die „Relationale Psychoanalyse“, die sich in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts in den USA entwickelt hat, stellen das ständige, wechselseitige Aufeinander-Einwirken in **jeder** menschlichen Begegnung und Beziehung – also auch der psychoanalytischen! – ins Zentrum ihrer Betrachtungsweise. Durch diesen radikalen Wechsel der Perspektive verliert der*die Analytiker*in seine*ihre herausgehobene Position, Übertragung und Gegenübertragung können nicht mehr so klar voneinander unterschieden werden, da sie sich gegenseitig hervorbringen. Das verändert notwendig auch die traditionellen Konzepte von Neutralität und Abstinenz. Potthoff weist jedoch in einem kritischen Überblicksartikel zur Relationalen Psychoanalyse darauf hin, dass ein Denken **ausschließlich** in relationalen Bezügen der Komplexität menschlichen Erlebens ebenfalls nicht gerecht wird. Er nennt dabei vor allem das „Dämonische, Triebhafte, Zerstörerische und Lustvoll-Grenzenlose im menschlichen Erleben“ (Potthoff, 2007, S. 333), das von Freud konzeptionell sicher gut erfasst, aber zu einseitig hervorgehoben worden sei, und plädiert deshalb für eine Haltung, die verschiedene Perspektiven und unaufhebbare Widersprüche bestehen lassen kann. Nur mit einer solchen Haltung könne die „multipolare und gleichzeitig global verflochtene Welt“ unserer Gegenwart angemessen erfasst werden (Potthoff, 2007, S. 334).

In jeder Behandlung entsteht ein psychoanalytisches Paar, das, auch wenn es Gemeinsamkeiten mit anderen solchen Paaren aufweist, doch keinem anderen vollständig gleicht. Die von der psychoanalytischen Community aufgestellten Regeln können immer nur eine grobe Orientierung bieten, um sich im Gewirr der unbewussten Beziehungsdynamiken nicht zu verlieren. Wie schon erwähnt, erscheint es in den offiziellen Diskussionen an den Instituten außerhalb der Lehranalyse noch immer nicht selbstverständlich zu sein, dass auch nach Abschluss der Lehranalyse die eigene Person als Behandler*in mit eigenen Übertragungsbereitschaften in die Reflexion des Geschehens einbezogen wird. Als Lehrsupervisorin wie auch in den verschiedenen Intervisionen habe ich nicht nur die Erfahrung gemacht, dass schon die Frage nach möglichen eigenen Betroffenheiten Verwunderung und Angst hervorruft. Wenn ich bei meinen eigenen Falldarstellungen solche Zusammenhänge einbezogen habe, wurde das eher als Unzulänglichkeit und Hinweis auf eine nicht ausreichende Lehranalyse gewertet. Gleichzeitig haben sich oft überraschende Einsichten in bis dahin unverständliche Behandlungsprobleme ergeben, wenn es möglich wurde, die Prozesse im Behandlungsraum tatsächlich als Interaktion zwischen **zwei** Subjekten zu erleben und zu untersuchen.

Schon C. G. Jung spricht von einem „Beziehungsquaternion“, einem quadratisch angeordnetem Schema, das darstellt, „(...) dass in jeder Beziehung (also auch in der therapeutischen, E.B.) durch den vielfältigen Austausch zwischen dem Bewussten und Unbewussten beider Beziehungspartner ein hochkomplexes interaktives Feld entsteht, das selbstregulativ (...) organisiert wird und von dem nur ein kleiner Teil bewusst wahrgenommen und gesteuert werden kann“ (Müller, 2003, S. 62f.). Bei Rieken (2003)

findet sich ein Überblick über die Entwicklung des Gegenübertragungsbegriffs, die er aus der Sicht der Individualpsychologie Alfred Adlers und mit Blick auf die Ausbildungssituation in den Instituten kritisch diskutiert.

Mein eigener Behandlungsstil hat sich im Laufe der Jahre sehr verändert. Allein schon durch die aktive Teilnahme meines Hundes¹⁷, mit dem ich ja während der Sitzungen auch interagiere, bin ich als Person sehr viel sichtbarer geworden: Ich muss ihn manchmal direkt zurechtweisen, kontrollieren, kommandieren, bin aber eben auch freundlich und streichle ihn, werfe vielleicht einen Ball und lasse ihn toben. Ermutigt durch die letzten Veröffentlichungen von Irving Yalom, erzähle ich, wenn es mir therapeutisch sinnvoll erscheint, auch etwas von mir. Anknüpfend an eine Klage des*der Patient*in beschreibe ich vielleicht Situationen, in denen es auch mir schwerfällt, meinen eigenen Anforderungen an mich selbst zu entsprechen, in denen auch ich mich ohnmächtig oder mutlos fühle oder ich mich an kleinen Alltagslichkeiten tröste und erfreue. Nach meiner Einschätzung sind in dem Maße, wie ich es gewagt habe, mich selbst als Person mit Wünschen, Unzulänglichkeiten und Ängsten gelegentlich „blicken“ zu lassen, meine Behandlungen nicht nur weniger anstrengend für mich, sondern auch effektiver geworden. **Mein** Bedürfnis nach Wirksamkeit wird so deutlich mehr befriedigt. Gleichzeitig hat sich paradoxerweise der Druck zu helfen durch die mir selbst gegebene Erlaubnis, meine Ohnmacht nicht nur zu fühlen, sondern eventuell auch zu benennen, verringert. Wo sind aber die Grenzen für solche „Selbstoffenbarungen“? Wie entscheide ich, wann, warum und was ich von mir persönlich mitteile?

Fall 10: In der Woche des Zusammenbruchs meines Mannes hatte ich alle Sitzungen kurzfristig abgesagt, weil ich mich nicht imstande fühlte, mich auf meine Patient*innen zu konzentrieren. Als ich die Arbeit wieder aufnahm, informierte ich diejenigen, die ich schon länger betreute und die mich daher auch besser kannten, kurz über den Grund meiner Absage. Ich wollte vermeiden, dass sie meinen aufgewühlten Zustand bemerken und darüber in Unruhe versetzt werden könnten, ohne die Möglichkeit einer erklärenden Einordnung. Hätte ich besser auf die Regel verweisen, dass die persönlichen Angelegenheiten der Behandlerin nicht Gegenstand der Therapie seien, und sie auffordern sollen, Assoziationen und Fantasien zu meiner wahrnehmbaren Veränderung zu äußern und zu untersuchen?

Fall 11: Eine Patientin nutzt für ihre künstlerische Tätigkeit Atelierräume in einem ehemaligen Studentenwohnheim, in dem ich selbst als Studentin gewohnt habe. Jedes Mal, wenn sie mir die örtlichen Gegebenheiten genauer beschreibt, bin ich versucht, darauf hinzuweisen, dass ich sie ja gut kenne,

¹⁷ Nach dem Tod meiner Mutter hatte ich deren Hund – in der Annahme, dass er gut allein bleiben könne im unteren Teil meines Hauses, in dem ich im oberen Stockwerk meine Praxis habe – übernommen. Diese Einschätzung erwies sich jedoch schnell als Irrtum, sodass ich wegen seines lauten, andauernden Bellens gezwungen war, ihn mit ins Behandlungszimmer zu nehmen. Auf der Couch lag gerade eine Patientin mit einer ausgeprägten Abneigung gegen Hunde. Glücklicherweise legte sich Barry sofort am unteren Ende der Couch auf den Boden und war völlig ruhig. Seine Anwesenheit ermöglichte eine intensive Erkundung und schließlich auch Auflösung der Hundeangst der Patientin. Ich absolvierte auf der Basis dieser (glücklicherweise!) positiven Erfahrung eine 2-jährige Weiterbildung für hundegestützte psychoanalytische Therapie in Wikkegard. Vgl. Bingel (2020, 2021); Ganser (2017).

weil... Ich tue es aber nicht – weil ich für mich wahrnehme, dass ich damit in eine Konkurrenzbeziehung einträte: Ich war schon eher da! Vielleicht würde ich ihr das ihr kostbare Atelier als überaus wichtigen Rückzugsraum sogar nehmen und für mich beanspruchen.

Die Analyse meiner eigenen Gegenübertragungsphantasien hilft mir bei der Entscheidung, ob und wann ich die Asymmetrie der therapeutischen Beziehung kurzfristig aufhebe. Welches Motiv leitet mich, was will ich bewirken, erscheint die Selbstmitteilung dazu geeignet? Warum will ich gerade an dieser Stelle im Prozess unbedingt etwas von mir erzählen, was möchte ich verändern oder abwenden? Wen muss oder will ich schützen oder auch konfrontieren, den*die Patient*in, mich, die analytischen Regeln? Geht es um Kontrolle und Macht, bin ich nachgiebig, weil ich müde oder eigentlich mit anderen Dingen beschäftigt bin?

6 *Schlussreflexion*

Das alles sind nun keine ungewöhnlichen Fragen. Vielmehr sind wir ständig im Behandlungsprozess oder spätestens in der nachträglichen Reflexion damit beschäftigt. Gleichzeitig sollte uns zumindest theoretisch bewusst sein, dass auch wir rationalisieren und intellektualisieren, um nicht auf unsere blinden Flecken zu stoßen und unser je persönliches Gleichgewicht und unsere Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Ich bin sicherlich nicht allein mit meiner Vermutung, dass die Aufstellung und erbitterte Verteidigung technischer Regeln insofern auch immer der Abwehr von Angst und vielleicht auch dem Machterhalt derjenigen dient, die sie dogmatisch vertreten. Ausnehmen würde ich dabei das Verbot sexueller Beziehungen und die Anwendung körperlicher Gewalt.

Braucht es also, solange wir nur genügend selbstreflexiv sind, gar keine „technischen Regeln“ mehr? Dürfen wir alles probieren, „anything goes“ oder „Wer heilt, hat recht?“ Wie schützen wir unsere Patient*innen und uns selbst vor Beliebigkeit?

Freud hat aufgrund seiner eigenen seelischen Struktur – und gemäß der ihn umgebenden gesellschaftlichen Umstände – die Autorität und Vernunft des väterlichen Prinzips als oberste Leitlinie für die Behandlung seiner neurotischen Patient*innen vertreten. Ferenczi und Balint lenkten den Blick auf die wohlwollende mütterliche Atmosphäre und Umgebung als wesentlich für die Behandlung frühgestörter Patienten. Marguerite Sechehaye (1954) entwickelte in der außergewöhnlichen Behandlung von der Patientin Renée, die zeitweilig sogar bei ihr wohnte, das Konzept der symbolischen Wunscherfüllung, auf der Basis ihres psychoanalytischen Wissens und folgend ihrer eigenen Intuition oder „Resonanz“, wie Schellenbaum (2003) es nennen würde. Wesentlich erscheint mir dabei, dass es immer wieder gelingt, das für den*die Patient*in und seinen*ihren jeweiligen Entwicklungszustand passende Verhältnis von Nähe und Distanz, Autonomie und Verschmelzung, Regression und Progression in der therapeutischen Beziehung herzustellen. Wenn es gut geht, können sich am Ende der Behandlung beide, Therapeut*in und Patient*in als Erwachsene begegnen und voneinander verabschieden.

Ich komme auf meine Ausgangsfrage zurück: Bedürfnisse und Bedürftigkeiten im psychoanalytischen Prozess und die Bedeutung von Angst bei der Suche nach Wegen und Antworten. Wie wir wissen, ist Angst ein unangenehmes, aber lebenswichtiges und lebenserhaltendes Signal. Der Extrembergsteiger R. Messner sagte einmal in einem Interview, dass ein Bergsteiger ohne Angst nicht lange lebt! Wir sollten ihr mit Respekt, Vertrauen und Demut begegnen, sie ernst nehmen als Aufforderung zur Untersuchung dessen, wodurch sie hervorgerufen sein könnte; vertrauen, dass wir sie bewältigen und dabei Wichtiges über uns, unser Gegenüber und unsere gegenwärtige Beziehung erfahren können; und uns in Demut üben, da uns das alles nie perfekt gelingen wird – dass es genügt, wenn wir „hinreichend gute Therapeuten“ (Winnicott) sind, die lieben und hassen können, ohne sich von beiden Gefühlen überwältigen zu lassen, und dass wir Patient*innen und Kolleg*innen haben und selbst sein können, die bereit sind, gemeinsam mit uns aus der Wahrnehmung unserer Unvollkommenheiten zu lernen.

Literatur

Balint, Michael (1968). *Therapeutische Aspekte der Regression*. Reinbek: Rowohlt.

Balint, Michael (1969). *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Fischer.

Balint, Alice, Balint, Michael (1939/1969). Übertragung und Gegenübertragung. In Balint, Alice, Balint, Michael (Hg.), *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse* (S. 214–221). Frankfurt am Main: Fischer.

Bingel, Elisabeth (2020). Sammelrezension: Hunde in der Psychotherapie. In *Psychoanalyse & Körper* 37, 19 (2), S. 120–124.

Bingel, Elisabeth (2021). Der Hund hat auch einen Körper. Die Einbeziehung eines Hundes in die psychoanalytische Psychotherapie. In *Psychoanalyse & Körper*, Nr. 39, 20 (2), S.35–49.

Blomeyer, Rudolf (1982). *Die Spiele der Analytiker. Freud, Jung und die Analyse*. Freiburg: Olten.

Cremerius, Jürgen (1983). Sándor Ferenczis Bedeutung für Theorie und Praxis der Psychoanalyse. *Psyche* 37, S. 988–1015.

Devereux, George (1967). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. München: Hanser.

Ferenczi, Sándor (1988). *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*. Frankfurt am Main: Fischer.

Freud, Sigmund (1937). *Die endliche und die unendliche Analyse*. GW, Bd. XVI, S. 57–99. Frankfurt am Main: Fischer.

Ganser, Gerd (2017). *Hundegestützte Psychotherapie. Einbindung eines Hundes in die psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Schattauer.

Geißler, Peter, Heisterkamp, Günter (Hg.)(2007). *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch*. Wien, New York: Springer.

- Jaenicke, Chris (2006): *Das Risiko der Verbundenheit – Intersubjektivitätstheorie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jones, Ernest (1954–1957). *Sigmund Freud. Life and Work*. London: Hogarth.
- Krutzenbichler, H. Sebastian, Essers, Hans (1991). *Muss denn Liebe Sünde sein? Über das Begehren des Analytikers*. Freiburg: Kore.
- Malcolm, Janet (1980/1983). *Psychoanalysis: The Impossible Profession*. dt.: *Fragen an einen Analytiker. Zur Situation eines unmöglichen Berufs*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Martin, Rupert, Jänchen-van der Hoofd, Birgit, Schäfer, Georg (Hg.) (2024). *Angriffe auf den Denkraum. Konsequenzen für die klinische Praxis, Kultur und Gesellschaft*. Gießen: Psychosozial.
- Müller, Lutz (2003). Beziehungsquaternion. In Müller, Lutz und Anette (Hg.), *Wörterbuch der Analytischen Psychologie* (S. 62f.). Düsseldorf, Zürich: Walter.
- Müller, Lutz und Anette (Hg.) (2003). *Wörterbuch der Analytischen Psychologie*. Düsseldorf, Zürich: Walter.
- Orange, Donna M., Atwood, George E., Robert D. (2015): *Intersubjektivität in der Psychoanalyse: Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Frankf./Main: Brandes & Aspel.
- Potthoff, Peter (2007). Relationale Psychoanalyse – auf dem Weg zu einer postmodernen Psychoanalyse. In Springer, Anne, Münch, Karsten, Munz, Dietrich (Hg.), *Psychoanalyse heute?! Tagungsband der 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 2006* (S.319–335). Gießen: Psychosozial.
- Psyche 53, 1999. *Sándor Ferenczi: Zur Aktualität eines lang vergessenen Pioniers*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rieken, Bernd (2003). Gegenübertragungsprobleme, Beziehungsanalyse und Selbstenthüllung im Schatten der Therapieausbildung. Fallbeispiele und Überlegungen aus individualpsychologischer Sicht. In *Zeitschrift für Individualpsychologie* 28, 4, S.332–353.
- Schütz, Edith (2020). *Zur Geschichte der Abstinenz in der psychoanalytischen Behandlung*. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm.
- Schellenbaum, Peter (2003). Leib-Psychotherapie/Psychoenergetik. In Müller, Anette, Müller Lutz, *Wörterbuch der Analytischen Psychologie* (S. 252–253). Freiburg, Olten: Walter.
- Sechehaye, Marguerite A. (1954/1986). *Eine Psychotherapie der Schizophrenen. Die Methode der symbolischen Wunscherfüllung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Springer, Anne, Münch, Karsten, Munz, Dietrich (Hg.) (2007). *Psychoanalyse heute?! Tagungsband der 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 2006*. Gießen: Psychosozial.
- Stone, Leo (1973). *Die psychoanalytische Situation*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Thomä, Helmut (2007). Über „Psychoanalyse heute?!“ – und morgen. In Springer, Anne, Münch, Kasten und Munz, Dietrich (Hg.), *Psychoanalyse heute?! Tagungsband der 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 2006* (S. 271–303). Gießen: Psychosozial.
- Thorwart, Jürgen (2024). Grenzverletzungen in der Psychoanalyse. Angriffe auf den Container Psychoanalyse und deren Verleugnung. In Martin, Rupert, Jänchen-van der Hoofd, Birgit, Schäfer, Georg (Hg.),

Angriffe auf den Denkraum. Konsequenzen für die klinische Praxis, Kultur und Gesellschaft (S.181–198). Gießen: Psychosozial.

Winnicott, Donald (1947). Der Hass in der Gegenübertragung. In *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*, S. 75–88. München: Kindler 1976.

Winnicott, Donald (1951). Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In Winnicott, Donald, *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse* (S. 293–312). München: Kindler, 1976.

Winnicott, Donald (1976). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler.

Worm, Gisela (2007). Zum Umgang mit Handlungsdialogen in der therapeutischen Beziehung. In Geißler, Peter, Heisterkamp, Günter (Hg.) (2007), *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch* (S. 211–238). Wien, New York: Springer.

Worm, Gisela (2007). „Der Körper lügt nicht“? Zur Widerstandsanalyse in der körperlichen Interaktion. In Geißler, Peter, Heisterkamp, Günter (Hg.) (2007). *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch* (S. 259–289). Wien, New York: Springer.

Yalom, Irvin Donald (1999/2000). *Die Reise mit Paula*. München: btb.

Yalom, Irvin Donald (2008/2010). *In die Sonne schauen* München: btb.

Yalom, Irvin Donald (2014/2015). *Denn alles ist vergänglich*. München: btb.

Autorin

Dr. phil. Elisabeth Bingel

Holzungsweg 41

14169 Berlin

Tel.+49308039491

Mail: elisabeth.bingel@mailbox.org

geb. 1948 in Braunschweig, Studium der Musikwissenschaft, Slavistik, Pädagogik, Psychologie und Soziologie, langjährige Forschungstätigkeit im Bereich innerfamiliärer Sozialisation und frühkindlicher Entwicklung, Weiterbildung in Analytischer Psychologie nach C.G.Jung, Psychoenergetik und Leibpsychotherapie nach P. Schellenbaum, Hundegestützter Psychotherapie nach M. Weiler, Wikkegard, Übertragungsfokussierter Borderlinetherapie (TFP) nach Kernberg, zertifizierte Supervisorin, Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Musikerin