

Thomä., H., J. P. Jimenez, et al. (2006). 5.1 Vergleichende Psychoanalyse - textnahe klinische Forschung. H. Thomä and H. Kächele: Psychoanalytische Therapie. Band 3 Forschung. Heidelberg, Springer MedizinVerlag. S. 177-198

5.1 Vergleichende Psychoanalyse - textnahe klinische Forschung

Helmut Thomä. Juan Pablo Jimenez, Horst Kächele

5.1.0 Wozu brauchen wir eine vergleichende Psychoanalyse

Obwohl wir ständig im beruflichen wie im privaten Bereich vergleichen, d.h. Ähnlichkeiten und Unterschiede ausfindig machen, ist der Ausdruck "komparative Psychoanalyse" neu in unserem Vokabular. Soweit uns bekannt ist, wurde er jüngst von Scarfone (2000) verwendet¹. Schon länger hat sich bei uns der Ausdruck "vergleichende Kasuistik" (Jüttemann 1990) eingebürgert. Er verweist auf einen qualitativen Vergleich verschiedener Formen von Fallberichten aus Forschungsfeldern, in denen Ereignisse erzählend veröffentlicht werden, was gewiss für die Psychoanalyse zutrifft. Seitdem Pulver (1978a) seine bekannte, vergleichende Untersuchung durchgeführt hatte, die von Streeck (1994) abgewandelt repliziert wurde, sorgt die vergleichende Bewertung von klinischem Material für eine stets ähnliche Erfahrung, die schon Seitz (1966) so kommentiert hatte: „We agree that we disagree“. Im Hinblick auf die offizielle Anerkennung des Pluralismus in der Psychoanalyse, die durch Wallersteins (1988, 1990) Mut zum Leitthema internationaler Kongresse wurde, sind wir nun mehr denn je gehalten, die verschiedenen psychoanalytischen Techniken und ihre theoretischen Annahmen auch im Hinblick auf die Ergebnisse miteinander zu vergleichen. Denn Prozessforschung ist kein Selbstzweck, sondern steht im Dienst der Optimierung der Therapie. Um klinisches Material – Stundenberichte, Mitschriften etc.- vergleichen zu können, sind verlässliche und wesentliche Vergleichskriterien von Nöten. In den Bewerbungen zur Mitgliedschaft in psychoanalytischen Fachgesellschaften und in veröffentlichten Fallberichten sind solche Kriterien in der Regel nur impliziert oder fehlen ganz. Eagle's (1984) Klage ist nach wie vor berechtigt: „Es ist geradezu paradox, dass psychoanalytische Autoren klinische Daten für fast jeden Zweck benutzen, nur nicht für das wofür sie am geeignetsten sind, für die Bewertung und das Verständnis therapeutischer Prozesse“(zit. nach 1988, S. @)..

¹ Scarfone's (2002) commentary in Barros' (2002) paper in the series "The analyst at work" of the *International Journal of Psychoanalysis* was subtitled "An essay in comparative psychoanalytic practice".

Bd 3, Kap. 5.1

Ein erster Schritt der „vergleichenden Psychoanalyse“ kündigt sich im wachsenden Interesse an, wie klinischen Fakten dokumentiert werden sollen. Dazu wurden in den letzten Jahren eine Reihe eindrucksvoller Originalarbeiten veröffentlicht. In seinem Vorwort zu der Jubiläumsnummer des „International Journal of Psychoanalysis“ zum 75. Jahrgang, die dem Thema „Konzeptualisierung und Kommunikation klinischer Fakten“ gewidmet war, schrieb Tuckett: „Nach 75 Jahren wird es Zeit nicht nur unsere Methodologie zur Ermittlung der Wahrheit, sondern auch Ansätze zu entwickeln, die es uns erlauben für neue Ideen offen zu sein und deren Nützlichkeit durch vernünftige Argumente zu evaluieren. Die Alternative würde sonst nur der Turm von Babel sein“ (S.865). Um vergleichende Ansätze praktisch fruchtbar zu machen, ist es notwendig zu dokumentieren, wie Analytiker professionelles Wissen in ihren therapeutischen Interventionen umsetzen.

Aus heutiger Sicht sind Freuds Fallgeschichten nicht geeignet weder als Modell für die Rekonstruktion der Ätiologie noch als Beispiel wie Behandlungen dargestellt werden müssen. Die Aufgabe, die für Veränderung günstigen Bedingungen her zu stellen, ist keine leichte und stellt viele Herausforderungen.. Nach Grünbaums Kritik formulierte Edelson (1985) ein ideales Modell wie heutzutage ein Behandlungsbericht würde geschrieben werden müssen, um daran Hypothesen testen zu können. Eingelöst hat er diese Anforderung selbst jedoch nicht.

Ers erscheint uns essentiell, dass eine Behandlungsbericht wenigstens einige Elemente des von Spence (1986) geforderten Genres enthält:

“Was wir brauchen ist eine neue Art und eine neue Weise des klinischen Berichtens und wir sollten uns an Eissler Vorhersage erinnern,” sollte ein Fallbericht von der Qualität der fünf Säulen, auf denen die Psychoanalyse bis heute ruht (Freuds fünf Fallberichte) veröffentlicht worden sein, dann wir die Psychoanalyse in eine neue Phase eingetreten sein (Eissler, 1963, S. 678). Wir brauchen eine klare Trennung von dem, was ich die Sherlock Holmes Tradition nenne, und müssen Methoden entwickeln, die es jedem Leser erlauben, die vorgeschlagenen Verknüpfungen von vorgebrachter Evidenz und Schlußfolgerung nach zu vollziehen., Und die eine Möglichkeit der Zurückweisung, der Widerlegung und Falsifizierung erlauben, was derzeit nicht möglich ist. Das neue Genre würde uns auch einem Archiv mit Muster Interpretationen, Muster-Träumen und Muster-Fällen bringen, die für jeden Leser zugänglich sein werden, vielleicht sogar Fälle aus anderen psychoanalytischen Schulen, und die in einer kumulativen Weise die Kombination von Daten vieler Patienten und vieler Analytiker erlauben” (Spence, 1986, p. 14)

Dieses “neue Genre” verkörpert ein wissenschaftliches Ziel, das von dem der Freud’schen Fallgeschichten sich entfernt, denn solche Untersuchungen werden auf therapeutische Interventionen und Veränderungen fokussiert sein. Als D. Spence dieses Forschungsprogramm skizzierte, war die Ulmer Arbeitsgruppe schon seit längerem dabei, die materialen Voraussetzungen für ein solches Unternehmen zu schaffen. Thomä hatte 1968 mit Tonbandregistrierungen analytischer Behandlungen begonnen; Kächele folgt diesem Vorbild, in dem er seine beiden ersten psychoanalytischen Behandlung aufzeichnete. In den nachfolgenden Jahren

Bd 3, Kap. 5.1

vergrößerte sich der Fundus in Ulm. Eine methodische Konsequenz war dann die Entwicklung der Ulmer Textbank (Kap.4.02), die die Handhabung des Korpus mittels computer-gestützter Archivierung unterstützte. Zum Internationalen Psychoanalytischen Kongress in New Orleans 2004 wurden wir von R. Bernardi aufgefordert, ein Beispiel für den vergleichenden Austausch von psychoanalytischen Sichtweisen zu stellen. Wir griffen auf eine psychoanalytische Sitzung der Patientin Amalie X, die Stunde 152, zurück, die Thomä (1981) als Demonstration seiner Behandlungstechnik veröffentlicht hatte und präsentierten gleichzeitig zusammenfassend die hier dargestellten Ergebnisse zu unseren Untersuchungen an diesem Fall (Kächele u. Thomä 1993; Kächele et al. 2006). Das dort präsentierte Fall-Material wird hier zusammen mit den Hintergrundüberlegungen veröffentlicht (Thomä & Kächele 2005).

Im Folgenden stellen wir die das Denken des Analytikers leitenden theoretischen Überlegungen (Kap. 4.01.2), den klinischen Dialog (4.01.3) und die zusammenfassende Diskussionsbemerkung von Jimenez in New Orleans als Beitrag zur Frage : “Ist eine vergleichende Psychoanalyse möglich” dar.

5.1.1 Die Identifizierung des Patienten mit dem Psychoanalytiker

Behandlungstechnische Probleme sind generell unter dem Gesichtspunkt des Aufbaus einer tragfähigen Beziehung zu betrachten. Traditionell sind Psychoanalytiker, weil sich diese Seite der Therapie lange von selbst und deshalb oft nicht verstand, hier wenig geschult. In einseitiger Rezeption Stracheys (1934/1935) wurde mit wenigen Ausnahmen, aus denen der Beitrag von J. Klauber (1972) hervorsticht, dem Verhältnis der Deutung zu den nicht interpretierten Aspekten der Beziehung und zu anderen Bestandteilen der Behandlung zu wenig Beachtung geschenkt. Strachey hat diesen anderen Komponenten wie Suggestion, Angstberuhigung, Abreagieren usw. einen wichtigen Platz als Elementen einer „hilfreichen Beziehung“ (Luborsky eingeräumt).

Interpretative Interventionen dürften u.E. eine spezielle Wirkung zu haben, wenn sie so angelegt sind, daß sie die *Identifizierung* des Patienten mit dem Psychoanalytiker als *Hilfs-Ich* stärkt. Diese wesentliche Seite des therapeutischen Prozesses, die zu einer Unterbrechung des neurotischen Circulus vitiosus führt, sollte behandlungstechnisch nicht nur stillschweigend vermittelt werden.. Zunächst kam es nämlich infolge des großen Einflusses des originellen Beitrages von Strachey zu einer neuen Form eines "Deutungsfanatismus", den Ferenczi und

Bd 3, Kap. 5.1

Rank (1924)² kritisiert hatten. Die beiden Autoren bezogen sich damals im wesentlichen auf rekonstruktive Nicht-Übertragungsdeutungen, die zu einer Vernachlässigung der emotionalen Seite im Hier und Jetzt führten. Strachey hat mit seinem Konzept der „mutativen Deutung“ als Übertragungsdeutung aufmerksam gemacht, daß sich die große Mehrheit der Deutungen außerhalb der Übertragung abspiele (S. 514).. Allerdings schränkt ein "Übertragungsdeutungsfanatismus" die therapeutische Wirksamkeit der Psychoanalyse ebenso wie ihre Erkenntnismöglichkeiten ein. Diese Einschränkungen sind darin begründet, daß reine Übertragungsdeutungen ihrer Natur nach an der Vergangenheit orientiert sind und die Gegenwart sowie die Zukunft nur indirekt enthalten. Dadurch wird der Aufbau einer gegenwarts- und zukunftsbezogenen Begegnung erschwert. Zu ihr tragen ganz wesentlich jene Grundlagen bei, von denen her der Psychoanalytiker interpretiert: sein Wissen und seine Einstellungen, die er Schritt für Schritt vermittelt und dem Patienten zur kritischen Prüfung und zum eventuellen Nachvollzug zur Verfügung stellt.

Der Psychoanalytiker erfüllt hier eine humane Aufgabe, die nicht auf Vater oder Mutter in einer geschlechtsspezifischen Weise reduziert werden kann.. P. Heimann (1978) hat diese Tätigkeit als Ergänzungs-Ich bezeichnet, sie lebensgeschichtlich auf die Mutter zurückgeführt und als "mütterliche Funktion" bezeichnet. Wegen der Gefahr der reduktionistischen Erklärung möchten wir das therapeutische Ergänzungs- oder Hilfs-Ich nicht als mütterliches deklarieren, und nur die Kennzeichnung der *Funktion* übernehmen, die das Wesentliche trifft:

"Das Ergänzungs-Ich bietet dem Kind (dem Patienten, Referent H. Th.) Begriffe an, die es selbst nicht hat. Die Mutter (der Analytiker, Referent) lehrt das Kind (den Patienten) neue Begriffe, neues Denken und bringt es (ihn) so auf den Weg des Fortschritts" (Heimann 1978, S. 228).

Unter Beachtung dieses Gesichtspunktes besteht die Funktion des Psychoanalytikers vor allem darin, eine neue Sicht zu vermitteln. Um Dinge und Zusammenhänge anders benennen zu können, erhalten auch Übertragungsdeutungen jene Verankerung im Kontext einer Beziehung.. Allerdings können sich wegen der besonderen Wertschätzung dessen, was der Psychoanalytiker sagt, ihm zuliebe Besserungen einstellen, die scheinbar auf den speziellen oder gar spezifischen Inhalt dessen zurückgeführt werden, was gesagt wurde, obwohl die Veränderungen selbst vom Deutungsinhalt unabhängig sein können. Dieses Problem hat Klauber (1972) folgendermassen thematisiert:

Er bezeichnet die Interpretation als eine Ersatzbefriedigung: "Anstatt direkte sexuelle Befriedigung zu erhalten, hat sich der Patient mit einer intellektuellen Formulierung zufrieden zu geben" (S. 390). Die primäre Qualität des analytischen Prozesses im allgemeinen und der Deutung im besonderen liege darin, daß sie die sexuelle Sehnsucht erregen. Im Unbewußten werde die Möglichkeit einer erfolgreichen Kur mit sexueller Befreiung und mit dem Versprechen gleichgesetzt, daß die sexuelle Sehnsucht schließlich erfüllt werde. Deshalb werde die Interpretation zum sexuellen Objekt und der Patient reagiere darauf ganz angemessen, wenn er

² Oder war es Rank u Frenzi 1925 Literatur ??=

Bd 3, Kap. 5.1

diese libidinisiere, was er regelmäßig tue. Diese Libidinisierung oder Besetzung der Deutung führt folgerichtig zur Annahme, daß es bei erfolgreichen Analysen zu einem Besetzungszug oder aber zu einer Umbesetzung mit neutralisierter Libido kommen müsse. Über diese Besetzung der Interpretation vollzieht sich auch eine Verschiebung des Interesses weg vom Analytiker: die stimulierende sexuelle Rolle, die die Interpretation spiele, ebne dem Patienten den Weg, die Funktion des Analytikers und nicht seine Person zu introjizieren, und der Analytiker könne sich so eher für die Beziehung zu seiner Arbeit als zum einzelnen Patienten begeistern. Diesen Prozeß der Besetzung und des Besetzungszugs bzw. von Libidinisierung und Neutralisierung erklärt Klauber als den Modus operandi einer erfolgreichen Analyse. Es sei für den Patienten besonders schwierig, die Besetzung der Person des Analytikers zurückzunehmen.

Hierzu sind zwei Fragen aufzuwerfen: Ist es unvermeidlich, daß diese Komplikationen eintreten, und ist die Erklärung, die J. Klauber gibt, stichhaltig? Beide Fragen hängen unseres Erachtens insoweit zusammen, als die gegebene Erklärung die beobachteten Phänomene zum Teil auch determiniert. Klauber beschreibt Probleme, die jedem Psychoanalytiker bekannt sind. Sie wären in der Tat unvermeidlich, wenn die Sexualität vom gesprochenen Wort Besitz ergriffe. Diese libidinöse Annahme ist aber angesichts der Ich-psychologischen Autonomieerklärungen des Denkens in Frage zu stellen. Es bleibt die Alternative zu bedenken, inwieweit das *Sprechen* über Sexualität und Sinnlichkeit und die damit zusammenhängenden zwischenmenschlichen Themen, die das tägliche Brot des Psychoanalytikers ausmachen, der Ersatzbefriedigung in einem speziellen situativen Sinn dienen (als "Übertragungsliebe"). Hierbei wird Sprechen als Ersatzhandlung deklariert.

Wir plädieren dafür, die Alternativen im Kontext des Aufbaus der Beziehung von Patient und Analytiker zu suchen. Es mag dann im konkreten Fall ganz natürlich sein, daß das Sprechen über sexuelle Themen und entsprechende Übertragungsdeutungen für den Patienten zur "Ersatzbefriedigung" wird, weil das Sprechen eo ipso einen Bezug zum Handeln hat. So kann es auch die reale szenische Darstellung vorwegnehmen oder ersetzen. Es wäre nun ganz unproblematisch, im Fachjargon abgekürzt von einer Libidinisierung zu sprechen, wenn sich damit kein triebökonomisch definierter Realitätsbegriff verbinden würde. Er beinhaltet eine scheinbar plausible energetisch-biologistische Erklärung für die "Ersatzbefriedigung". Gibt man sich mit dieser Erklärung zufrieden, versäumt man, dem Sprechen und seiner Funktion im Kontext der analytischen Situation die ihr zukommende Aufmerksamkeit zu widmen. Der in dieser Hinsicht bedeutsamer Gedankenaustausch und seine Begründung werden deshalb in der nachfolgenden Darstellung des psychoanalytischen Dialogs in den Mittelpunkt gestellt.

5.1.2 Beispielhafte Ausschnitte aus der psychoanalytischen Therapie von Amalie X³

Es kann davon ausgegangen werden, daß sich die kognitiv-affektiven Inhalte des sprachlichen Austausches innerhalb der Polarität von Übertragung und Beziehung regulieren. Das Verhältnis von Übertragungs- zu Nichtübertragungsdeutung, von Angstberuhigung und Suggestion hat einen Einfluß darauf, welche Bedeutung das sprachliche Kommunikationsmittel erhält.

Diese allgemeinen Gesichtspunkte möchte ich nun kasuistisch auf spezielle Zielsetzungen einengen: Aus einem Behandlungsabschnitt von fünf Sitzungen aus dem ersten Drittel der Analyse der Patientin Amalie X wurde die Sitzung 152 ausgewählt. Um das Verständnis dieser Episode zu ermöglichen, gebe ich ein psychodynamisches Schema der Symptomatologie, aus dem sich Anmerkungen zur Gestaltung der therapeutischen Situation ergeben. In dem Gespräch geht es darum, der Patientin durch die Analyse der Übertragung neue Identifizierungen zu ermöglichen. Im diesem Beispiel wird der "Kopf" des Analytikers zum Stellvertreter alter, unbewußter "Objekte", sein Inhalt zum Vertreter neuer Möglichkeiten. Durch die Darstellung am "Objekt", die zugleich Selbstdarstellung ist, wird Distanzierung deshalb möglich, weil der Analytiker seinen Kopf zur Verfügung stellt, ihn aber auch behält. So wird er zum Vorbild für Nähe und Distanz.

Bei der Gestaltung der psychoanalytischen Situation ist meines Erachtens jedem Fall darauf zu achten, daß sich das Gefühl des Andersseins durch die Asymmetrie der Beziehung nicht übermäßig verstärkt. Denn das Thema des Nicht-so-sein-könnens-Wie, des Andersseins, also die Frage von Ähnlichkeit und Verschiedenheit, von Identität und Nicht-Identität bilden den allgemeinen Rahmen, innerhalb dessen sich die unbewußten Probleme darstellen. Es gelang relativ rasch - trotz erheblicher Objekt- und Selbstgefühlsstörungen -, eine gute Arbeitsbeziehung aufzubauen. Damit sind die Voraussetzungen geschaffen, die Verinnerlichung alter Objektrepräsentanzen bei der Entwicklung der Übertragungsneurose zu erkennen und ihren Austausch anzustreben. Die erreichte Korrektur ist an den Veränderungen des Selbstgefühls, an der Zunahme der Selbstsicherheit und am Wegfall von Symptomen abzulesen.

Zusammenfassung des fünfständigen Behandlungsabschnittes Std. 150- 155

Die Patientin leidet unter erheblichen Schuldgefühlen, die sich in der Beziehung zum Analytiker aktualisiert haben. Das biblische Talion-Gesetz "Auge um Auge, Zahn um Zahn" verstärkt sich in ihrem Erleben wegen ihrer übertragungsneurotischen sexuellen Wünsche. Das

³ Aktualisiert aus (1981) Über die Identifizierung des Patienten mit dem Psychoanalytiker und seinen Funktionen. In: Thomä (Hrsg) Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S.118-149. Aus nahe liegenden Gründen spricht nun der behandelnde Analytiker in Ich-Form

Bd 3, Kap. 5.1

lebensgeschichtliche Vorbild und Muster für die Inhalte der Übertragungsneurose ist eine phantasierte inzestuöse Beziehung zu einem Bruder. Die Zunahme der inneren Spannungen bewirkt, daß die Patientin sich mit dem Gedanken trägt, erneut ihr Leben der Kirche in der Mission zu widmen oder sich das Leben zu nehmen (als junges Mädchen hatte sie konfessionelle Krankenschwester werden wollen, nach einer Probezeit aber aufgegeben, weil ihr die pietistische Enge unerträglich wurde. Bei ihrem Austritt schaffte sie sich auch eine gewisse Distanz gegenüber den strengen biblischen Geboten). Nun führt sie ihre "alte" Bibel ins Feld gegen den Psychoanalytiker, mit dem sie sich im Kampf bis aufs Messer befindet. Dieser Kampf spielt sich auf verschiedenen Ebenen ab, für die die Patientin eine Reihe von Gleichnissen prägt. Sie hat das Gefühl, daß das "Dogma" des Analytikers, die "Freud-Bibel", mit ihrer christlichen Bibel nicht zu vereinen ist. Beide Bibeln verbieten eine sexuelle Beziehung zum Analytiker. Sie kämpft für ihre Eigenständigkeit und ihre Bedürfnisse und verteidigt diese gegen beide Bibeln. Die Patientin entwickelt eine heftige Abwehr gegen die Interpretationen des Analytikers, und sie hat das Gefühl, der Analytiker wisse schon vorher genau, wo's lang geht, und sie fühlt sich bei ihren Umwegen und Ablenkungen ertappt und gedemütigt. Die Patientin hat den intensiven Wunsch, dem Analytiker etwas zu bedeuten und in ihm zu leben. Sie überlegt sich, ihm eine alte Uhr zu schenken, die bei ihm schön und wunderbar wäre und jede Stunde für ihn schlagen würde.

In diesem Behandlungsabschnitt erhielt ein Thema eine besondere Bedeutung und Intensität: das eben in der Zusammenfassung erwähnte Interesse für meinen Kopf. Was war für die Patientin beim Vermessen meines Kopfes herausgekommen? Es ist nicht zu erwarten, daß es sich dabei um meine Hutgröße dreht. Aber worum geht es? Lange Zeit habe sie gedacht, so sagte Frau E. in einem ähnlichen Zusammenhang, daß ich nach einer Bestätigung dessen suche, was schon da sei - in Büchern, in meinem Denken, in meinem Kopf. Sie wünschte sich, daß etwas ganz Neues herauskomme. Sie suchte selbst nach Deutungen und bemühte sich um ein Verständnis meiner Gedanken. Es liegt nahe, eher im Kopf als sonst wo das Denken zu lokalisieren. Doch wer weiß, was die Patientin dort sucht? Kopflastige Antworten möchten wir auf diese Frage nicht hören, und so wende ich mich zunächst der unmittelbaren Erfahrung zu und entwickle am Ablauf des Gedankenaustausches zwischen der Patientin und mir den Bedeutungsgehalt des "Kopfes". Das kasuistische Beispiel habe ich deshalb ausgewählt, weil es meines Erachtens geeignet ist, meine Argumentation in verschiedener Hinsicht abzustützen. Zwar nimmt mein Kopf durch den unbewußten Verschiebungsvorgang auch eine sexuelle Bedeutung an; diese Verschiebung ändert aber nichts am Primat der gedanklichen Kommunikation zwischen der Patientin und mir darüber, was als Verborgenes im Inneren des Kopfes gesucht wird. Die Suche nach Erkenntnis richtet sich auf die Geschlechtlichkeit. Dieser geheimnisvolle und wohlbehütete (verdrängte) Schatz wird wegen der unbewußten Verschie-

bung im Kopf (als "Übertragungsobjekt") vermutet. Die Wiederentdeckung der "Verschiebung" fördert deshalb etwas zutage, das für die Patientin "neu" ist.

5.1.3 Ein psychoanalytischer Dialog mit Kommentar - Vorbemerkung zur Darstellungsform

Es ist zu fordern, dass die Äußerungen von Patient und Analytiker genau protokolliert werden, so daß sie dem ursprünglichen Wortlaut nahekommen. Bei dieser Aufgabe ist das Vorhandensein eines transkribierten Verbatimprotokolles von grosser Hilfe.

Die Überlegungen des Psychoanalytikers, die den Hintergrund seiner Deutungen bilden, werden ausführlich mitgeteilt und als "Begleitkommentar" neben dem gekürzten Wortlaut aufgeführt. Dieser "Kommentar" ist nachträglich den von mir festgehaltenen Deutungen und den Reaktionen der Patientin hinzugefügt worden. Es ist klar, daß mich nicht nur die wiedergegebenen Überlegungen (und keine anderen) bei der Entstehung meiner Deutungen geleitet haben. Durch den "Begleitkommentar" beabsichtige ich gar nicht, den *Entstehung* der Deutungen in mir selbst nachzugehen und ihren Weg über situatives Sich-Einfühlen in den Patienten, Introspektion etc. zu verfolgen. Denn, wie immer Deutungen entstanden sein mögen: soweit sie dem Patienten tatsächlich mitgeteilt werden, haben sie sich an "kognitiven" Kriterien auszurichten. Ich kommentiere die "kognitiv" und "rational" begründbaren "Endprodukte" - meine Deutungen - und vernachlässige den Entstehungsprozeß und seine irrationalen, im Unbewußten liegenden Komponenten. Es bleibt damit offen, wo mein analytisches Denken jeweils seinen Anfang genommen hat. Geht man davon aus, daß der Wahrnehmungsapparat des Analytikers von seinem theoretischen Wissen, das vorbewußt geworden sein mag, gesteuert wird, ist es sehr schwierig, den Entstehungsprozeß von Deutungen auf seinen "Anfang" hin zurückzuverfolgen. So erleichtert zum Beispiel das theoretische Wissen über die "Verschiebung" auch die vorbewußte Wahrnehmung, es durchdringt seine Intuition und vermischt sich mit der Gegenübertragung (im weiteren Sinne).

Da der "Begleitkommentar" sich am fixierten "Endprodukt", nämlich an den tatsächlich gegebenen Interpretationen und den nachfolgenden Äußerungen des Patienten orientiert, entsteht eine Sukzession voneinander abhängiger oder aufeinander bezogener "Ereignisse". Da sich der "Begleitkommentar" auf festgelegte und bekannte "Größen" bezieht, nämlich auf den verbalen Austausch, ist sein "Spielraum" eingeschränkt.

Es erübrigt sich, daran zu erinnern, daß "der Buchstabe tötet, der Geist aber lebendig macht": Das niedergeschriebene Wort kann nur einen Abglanz des Erlebens wiedergeben, das die Beziehung zwischen Patient und Analytiker kennzeichnet.

Wegen der notwendigen Abkürzung habe ich den Dialog an einigen Stellen zusammengefaßt; sonst erfolgt eine fast wörtliche Wiedergabe, die gelegentlich erreicht und dann in Anführungszeichen gesetzt wird.

Psychoanalytischer Dialog

Die Patientin hat sich über ihren strengen Vorgesetzten geäußert, der sie ungerecht kritisiert hat und gegen den sie nicht aufkommt.

A: Sie vermuten, daß ich hinter Ihnen sitze und "falsch, falsch" sage.

P: Manchmal hab' ich das Gefühl, ich möchte auf Sie zustürzen, Sie am Hals packen und ganz festhalten. Dann denk' ich, der schafft das gar nicht, fällt plötzlich tot um.

A: Ich's nicht aushalte.

Dieses Thema wird variiert, wobei die Patientin insgesamt ihre Sorge zum Ausdruck bringt, mich zu überfordern, so daß ich den Kampf körperlich nicht aushalt.

A: Es ist schon so ein Kampf bis aufs Messer.

P: Wahrscheinlich

Sie stellt daraufhin Überlegungen an, daß sie in all den Jahren immer vorzeitig, bevor es überhaupt richtig zum Kampf kommt, aufgegeben und sich zurückgezogen habe.

P: Ich habe auch nicht mehr daran gezweifelt, daß es richtig war, mich zurückzuziehen. Nach so langer Zeit drängt es mich danach, jetzt wieder aufzugeben.

Begleitkommentar

Übertragungsdeutung

Annahme: P. schreibt mir "Über-Ich-Funktion" zu. Diese Deutung entlastet sie und gibt ihr Mut, sich aufzulehnen (die Patientin hat längst erkannt, daß ich anders bin und sie nicht kritisieren, aber sie ist sich dessen 1. nicht sicher und 2. darf sie es auch nicht glauben, weil sie noch erhebliche unbewußte Aggressionen gegen alte Objekte hat.

Ich vermute sehr viel intensivere Übertragungsgefühle und gehe davon aus, daß sowohl die Patientin als auch ich selbst eine Zunahme der Spannung ertragen können. Ich wiederhole ihre Sorgen, daß ich es nicht ertragen könnte, und formuliere schließlich, "also ist es schon so ein Kampf bis aufs Messer" (diese Deutung läßt ja offen, wer das Messer hat). Mit der Anspielung auf die phallische Symbolik habe ich eine Stimulierung der unbewußten Wünsche im Sinn.

Zu stark dosiert!

Die Patientin reagiert darauf mit einem Rückzug.

Annahme:

Selbstbestrafung

A: Statt des Kampfes bis aufs Messer Rückzug und Selbstaufopferung im Dienst der Mission.

P: Exakt, nervenaufreibend.

A: Dann wäre auch gesichert, daß ich erhalten bleibe. Dann hätten Sie meine Prüfung vorzeitig abgebrochen.

Angst vor Objektverlust ist noch zu groß.

Es geht weiter darum, was ich aushalte, ob ich mich mitreißen lasse in ihren "Wahn". Die Patientin hatte in einem früheren Zusammenhang Vergleiche mit einem Baum angestellt und ob und was sie wohl von diesem mitnehmen könne. Ich gehe auf dieses Bild erneut ein und werfe die Frage auf, was sie mitnehmen wolle, indem sie Äste abbreche.

Baum der Erkenntnis - Aggression

P: Es ist ihr Hals, es ist Ihr Kopf.

Mit diesem Kopf hab' ich's oft.

A: Bleibt er drauf? Mit meinem Kopf haben Sie's oft?

P: Ja, ja, wahnsinnig oft. Von Anfang an vermaß' ich den in allen Richtungen.

A: Hm, es ist -

P: Es ist ganz eigenartig, von hinten nach vorn und von unten. Ich glaub', ich treib' 'nen richtigen Kult mit Ihrem Kopf. Es ist zu komisch. Bei anderen Leuten seh' ich eher, was sie anhaben, ganz unwillkürlich, ohne daß ich sie taxieren müßte.

Gemeinsamkeit herstellen als primäre Identifizierung

(Das Thema erstreckt sich über einen längeren Zeitraum mit manchen Pausen und "hms" des Analytikers.)

P: Ich bin einfach überfordert. Da frag' ich mich manchmal hinterher, daß ich das, einen so einfachen Zusammenhang nicht gesehen habe.

Ihr Kopf interessiert mich unheimlich. Natürlich auch, was drin ist.

P: (bringt dann einen neuen Gedanken) Nicht nur mitnehmend, nein, eindringen

Durch den partiellen Entzug des Objek-

Bd 3, Kap. 5.1

möchte ich in den Kopf, vor allem eindringen.

Die Patientin spricht sehr leise, so daß ich zunächst das Eindringen gar nicht verstanden habe und einbringen hörte. Die Patientin macht es klar und bringt noch ein eigenartiges Bild. Ja, das sagt sich so schlecht vor hundert Augen.

P: Eindringen, ums Eindringen geht es und ums Rausholen.

A: Daß Sie das Messer haben wollen, um konkret eindringen zu können, um noch mehr herauszuholen.

Nach einigem Hin und Her mache ich eine erklärende Zusammenfassung und sage, daß es bei der Beschäftigung beim Thema Eindringen und Kopf und beim Kampf ums Messer um etwas sehr Konkretes gehe.

A: Nicht umsonst hat Ihre Freundin von Schrumpfköpfen gesprochen.

P: Gerade deswegen habe ich ja auch den Gedanken abgebrochen. (Etwa 10 Minuten lang war die Patientin abgewichen auf ein entlegenes Thema.)

Patientin weicht wieder aus, nachdem sie eine Einsicht in ihren Widerstand gegen eine Intensivierung der Übertragung geäußert hatte.

In mehreren Bemerkungen unterbricht sie durch kritische Bemerkungen die Intensivierung,

"weil das momentan so blöd sein kann, so ferneliegend. Ja, es geht um meine Wünsche und Begierden, aber es ist verflucht, ich werde da richtig böse, und wenn jetzt noch ein Kopf und ein Schrumpfkopf kommt -"

Sie lacht - äußert zugleich ihr Bedauern - und schweigt. Ich versuche die Patientin zu ermutigen: "Sie wissen, was in Ihrem Kopf ist."

tes steigert sich unbewußte phallische Aggressivität.

Das Eindringen und Rausholen sehe ich nun im Zusammenhang mit dem Kampfthema.

Die Sexuelsymbolik aufgrund einer Verschiebung von unten nach oben läßt sich unter Einbeziehung einer Geschichte therapeutisch nutzbar machen, von der die Patientin in einer früheren Stunde erzählt hatte: Eine Frau ließ ihren Freund nicht zum Verkehr kommen und masturbierte ihn, was sie in Kopffäger-Analogie brachte und als "Schrumpfköpfe machen" bezeichnete. Die von Penisneid diktierte unbewußte Kastrationsabsicht bedingte eine tiefe Sexualangst und hatte ihre Parallel in einer allgemeinen und speziellen Deflorationsangst. Im Sinne eines sich selbst verstärkenden und sich perpetuierenden neurotischen Kreisgeschehens führten die Ängste wiederum zu einer Frustration, die sich die Patientin unwillkürlich selbst auferlegte. Die nunmehr innerseelisch ablaufende Zurückweisung ihrer sexuellen und

erotischen Wünsche verstärkten die aggressive Komponente intensiven Haben- und Besitzenwollens (Peniswunsch und Penisneid).

Bd 3, Kap. 5.1

P: In meinem bin ich überhaupt gar nicht zu Hause im Augenblick. Weiß ich denn, was dann morgen kommt. Ich muß mir überlegen; ich war grad beim Dogma und bei Ihrem Kopf und wenn Sie nach unten wollen (zum Schrumpfkopf). Ich find's wirklich grotesk.

Die Patientin kommt dann auch äußere Dinge zu sprechen. Sie beschreibt, wie sie den Analytiker und wie sie sich selbst sieht, unabhängig vom Kopf, der dann zunächst wieder in einem allgemeinen Sinne in den Mittelpunkt rückt.

A: Durch Ihre Gedanken über den Kopf versuchen Sie herauszufinden, was Sie sind und was ich bin.

P: Ich vermaß Ihren Kopf manchmal, wie wenn ich Ihr Gehirn biegen wollte.

Die Patientin beschreibt dann ihre Assoziationen, als sie irgendwann einmal ein Bild von mir abgedruckt sah.

P: Ich hab' dabei noch ganz anderes entdeckt. Es war wahnsinnig viel Neid dabei auf Ihren Kopf. Irrsinnig viel. Jetzt komm' ich natürlich auf jeden Fall auf was. Immer, wenn ich wieder an den Dolch denke und manch schönen Traum.

A: Eine Erniedrigung, offenbar in Ihrem Gedanken, als ob ich schon weiß, wo ich das einzuordnen habe, wenn Sie Ihren Neid äußern, also schon weiß, worauf Sie neidisch sind.

P: Das kam halt jetzt gerade, weil Sie vorher auf die Schrumpfköpfe kamen, die ich gar nicht gemacht habe. Aber was mich fasziniert hat, ist dieser Kampf bis aufs Messer, um das Harte zu packen.

P: Ja, das hab' ich befürchtet, daß Sie es nicht aushalten könnten.

Das ist eine ganz alte Befürchtung, daß Sie es nicht aushalten. Mein Vater hat ja

Ich fing deshalb mit den Schrumpfköpfen an, weil ich davon ausging, daß die Patientin kooperationsfähiger sein würde, wenn der neidvolle Objektbezug einer lustvollen Beziehung weichen würde.

Patientin hat sich offenbar ertappt gefühlt und fühlt sich durch ihren eigenen Einfall erniedrigt, so als hätte sie meine Annahme, worauf sich der Neid beziehen könnte, erraten, wobei ich dann allerdings ihr mit diesem Wissen sozusagen vorausgeeilt wäre.

Überraschende Wendung - die Unsicherheit der Patientin, ihr Angst beim Zupacken hat sich "unspezifisch" am

nie was ausgehalten.

Sie glauben gar nicht, wie fad ich meinen Vater finde. Nichts hat er ausgehalten.

A: Um so mehr wird es wichtig, ob mein Kopf hart ist. Das steigert die Härte des Zupackens.

P: Ja, man kann härter zupacken ... und kann, besser, ich sag' einfach kämpfen.

Die Patientin macht dann mehrere Bemerkungen dahingehend, wie wichtig es sei, daß ich mich nicht umschmeißen lasse, und sie kehrt zu ihrem Neid zurück:

"Ich war und bin wahnsinnig neidisch. Es war manchmal schon ganz schlimm."

Sie kommt dann zurück auf ihr Studium und wie sie damals die Köpfe der anderen "vermessen" hat. Sie bringt dann einen neuen Gedanken ein:

P: Ich will ein kleines Loch in den Kopf schlagen und in Fortsetzung dieses Themas (Analytiker bleibt schweigsam) etwas von meinen Gedanken reintun.

Das kam mir neulich. Ob ich nicht so ein bißchen Ihr Dogma gegen meines austauschen kann.

Der Gedanke an dieses Austauschen hat es mir leichter gemacht, das alles über den Kopf zu sagen.

A: Daß Sie weiter hier bleiben, damit Sie mit Ihren Gedanken meinen Kopf weiter füllen können.

P: Ach so - und wirklich fruchtbare Gedanken geben.

Pat. kommt auf ihre Gedanken und Phantasien vor der Stunde zurück und wie sehr sie hin- und hergerissen war. Ob sie wohl überhaupt eine Zukunft habe und ob sie sich nicht in der einen oder anderen Weise zurückziehen und Schluß ma-

Vater gebildet.

Ein konkretistisches Bild "geistigen" Austausches?

Der Gedanke der Patientin über die Gegenseitigkeit des Austausches veranlaßt mich, dem Kampf noch eine weitere Seite abzugewinnen. Durch ihn würde ja auch zum Ausdruck gebracht, wie wichtig es mir ist, daß sie der

Welt (und mir) erhalten bleibt und weder in die masochistische Selbstopferung im missionarischen Dienst noch in den Suizid ausweicht.

Befruchtung im mehrfachen Sinn - Ausgleich und Anerkennung der Gegenseitigkeit.

Die schweren Schuldgefühle für ihre Destruktivität versuchte ich schon am Anfang zu entlasten. Ich greife aber deshalb nochmals darauf zurück, daß ihre Überlegungen zu meiner Stabilität dem Maß ihrer Aggressivität sozusagen proportional sind. Nur in einer starken un-

Bd 3, Kap. 5.1

chen sollte mit allem.

A: Sie möchten natürlich kein kleines Loch, Sie möchten auch nicht wenig, sondern viel reinstecken. Sie haben einen schüchternen Versuch gemacht, die Stabilität des Kopfes zu probieren mit dem Gedanken an das große oder kleine Loch.

A: Sie möchten natürlich kein kleines Loch, Sie möchten auch nicht wenig, sondern viel reinstecken. Sie haben einen schüchternen Versuch gemacht, die Stabilität des Kopfes zu probieren mit dem Gedanken an das große oder kleine Loch.

Die Patientin greift meine Überlegungen mit nachdenklichen kurzen Zwischenbemerkungen auf.

Eine etwas größere Deutung meinerseits, daß die Patientin durch ein größeres Loch auch mehr sehen und dann auch austasten könnte, greift sie auch, indem sie sagt:

P: "Ich möchte sogar in Ihrem Kopf spazieren gehen können." Diesen Gedanken führt sie weiter aus und betont, daß sie auch schon früher, also vor der heutigen Stunde, immer wieder einmal gedacht habe, wie schön es ist, sich bei mir auszuruhen; geradezu eine Bank in meinem Kopf zu haben, und ganz friedlich erwähnt sie, daß ich beim Sterben und im Rückblick auf mein Leben sagen könnte, einen schönen, ruhigen, friedlichen Arbeitsplatz gehabt zu haben.

Die Patientin sieht ihren damaligen Eintritt in ein Mutterhaus nun so, als wäre die Tür weit offen gewesen und als hätte sie sich damals vom Leben abgewandt. Sie zieht nun eine Parallele zum Beginn

umstößlichen Stabilität kann die Patientin Sicherheit gewinnen und ihre Destruktivität sich weiter entfalten lassen. In diesen Zusammenhang gehört wahrscheinlich auch das Thema des Dogmatismus, den sie zwar kritisiert, sowohl, was ihre eigene Bibel angeht, als auch was den mir zugeschriebenen Glauben an die Freud-Bibel betrifft, der aber andererseits Sicherheit verleiht, weshalb der Dogmatismus gar nicht streng genug eingehalten und ausgeprägt sein kann.

Die Ruhe und Friedlichkeit haben deutlich eine regressive Seite, nämlich die des Vermeidens des Lebenskampfes überhaupt.

Bd 3, Kap. 5.1

der Stunde, als die Tür offen war.

P: Da muß' ich wirklich nicht reinbohren. Ja, da könnte ich den Kampf draußen lassen, da könnt' ich auch Sie draußen lassen, und Sie dürften dann Ihre Dogmen behalten.

A: Hm.

P: Und dann würde ich nicht mit Ihnen kämpfen.

A: Ja, aber Sie würden dann auch nicht mit Ihren Dogmen meine befruchten. In der Ruhe würde dann alles unverändert bleiben, aber durch Ihre Eingriffe in meine

Gedanken, in meinen Kopf, wollen Sie ja auch etwas verändern, wollen und können Sie ja auch etwas verändern.

In der nächsten Sitzung kommt die Patientin nach etwa fünf Minuten auf den Kopf und sein Vermessen zurück und darauf, daß sie es gestört habe, daß ich von den Schrumpfköpfen angefangen hatte.

P: Ich hab's Ihnen ja gesagt. Warum wollen Sie denn jetzt einfach vom Kopf runterrutschen.

Dann beschreibt sie, sie sei kaum zu Hause gewesen, da seien ihr ihre Gedanken eingefallen, die sie bei der Begrüßung gehabt habe, die sie dann aber in der Stunde total vergessen habe, nämlich:

P: Er kommt mir ja vor wie in den besten Jahren, und da dachte ich an das Geschlechtsteil und an die Schrumpfköpfe.

Diesen Gedanken habe sie aber ganz schnell zur Seite geschoben und er war wieder ganz weg. "Als Sie mit den Schrumpfköpfen anfangen, da dachte ich, wo holt er das wieder her."

Es geht dann um die Frage meiner Si-

Bd 3, Kap. 5.1

cherheit und meines Dogmatismus, und es wird deutlich, daß die Patientin eine Bemerkung, die ich einmal ganz undogmatisch gemacht hatte, als es um Freud und Jung ging (ich habe den Inhalt vergessen), dogmatisch erlebt hatte.

Die Patientin denkt dann an ein Leben in vollen Zügen und an den Zeitpunkt, als bei ihr alles aufhörte und sie "asketisch" wurde, und ob dies alles noch einmal aufleben könne. Dann kommt sie wieder auf den Kampf und auf den Kopf zurück.

P: Ich hatte wirklich Angst, ihn abreißen zu können, und heut denk' ich, der ist so steif und grad, und ich denke, ich komm' ja in meinen Kopf irgendwie gar nicht richtig rein. Ich bin nicht zu Hause; wie soll ich da in Ihren reinkommen.

Die Patientin kommt dann auf eine Tante zu sprechen, die manchmal auch sehr hart war, so daß man glaubte, mit einer Mauer zu tun zu haben.

Es geht dann weiter, wie hart und wie weich sie den Kopf haben möchte.

Ihre Phantasien drehen sich einerseits um Ruhe und Geborgenheit, andererseits aber ist sie beunruhigt, was im Kopf verborgen sein könnte, so daß eine Gefahr bestünde, verschlungen zu werden.

P: Die Frage, wie sie zu Ihren Gedanken kommen und wie ich zu meinen komme (und sie fügt hinzu: Gedanken stehen hier für vieles.)

A: Wie sie sich treffen, wie sie sich aneinander reihen, wie weit sie eindringen, wie freundlich oder unfreundlich sie sind.

P: Ja, genau.

A: Mhm, na ja.

P: Das haben Sie ab er ein bißchen zu glatt gesagt.

Offensichtlich geht es hier um eine regressive Bewegung. Die Patientin kann keine Ruhe und Entspannung finden, weil sich ihre sexuellen Wünsche mit prägenitalen Phantasien verknüpfen, die in der Gefahr, verschlungen zu werden, projiziert wiederkehren. Diese Komponente findet ihre deutliche Darstellung und in gewisser Weise auch ihren Abschluß anläßlich eines späteren Einfalles über eine Indianergeschichte, bei der Mütter ihren kleinen Söhnen durch Lutschen am Glied Lust verschaffen und es dabei abbeißen.

Bei den Vergleichen der Köpfe und ihrer Inhalte dreht es sich immer wieder um die Frage des Zusammenpassens und des Nicht-Zusammenpassens.

Die Patientin überlegt sich, was sie alles abschreckt, und sie kommt nochmals auf die Schrumpfköpfe zurück. "Ich fühlte mich da so auf die Sexualität festgelegt. Das war ein zu großer Sprung."

Da Thema setzt sich fort in der Frage nach ihrer Geschwindigkeit und nach meiner Rücksichtnahme auf sie und ihr Tempo. "Aber es stimmt schon, es war natürlich nicht bloß ihr Kopf, sondern das Glied."

Frau Amalie X. war nun in der Lage, mit einer sich steigernden und dann verschwindenden Angst die Lust der gedanklichen Verbindung von der sexuellen Lust zu differenzieren: die Couch wurde zum gedanklichen Ort einer sexuellen Vereinigung, das Ausruhen in meinem Kopf zum Symbol prägenitaler Harmonie und schließlich auch zur Lokalisierung gedanklicher Gemeinsamkeit und Einsicht.

4.01.5 Kritische Diskussionen

Dieses genaue Protokoll einer Sitzung wurde von Psychoanalytikern unterschiedlicher Orientierung kritisch diskutiert. Wie zu erwarten, waren die Reaktionen sehr vielfältig: Doch schrieb nicht Bernardi (2002) über die Notwendigkeit von wahren Kontroversen? Juan Pablo Jiménez hat folgenden zusammenfassenden Kommentar dieser Diskussionen verfasst⁴:

„Vor mehreren Monaten hat Thomä den Teilnehmern dieses Panels seinen Aufsatz geschickt. Auf der Basis dieses Textes und meiner Bekanntschaft mit Thomä glaube ich, dass sein Beitrag implizit eine Befürchtung und eine Vorhersage darüber enthält, was in den folgenden Panels über den Fall Amalie geschehen würde. Im ersten Teil seines Vortrages weist Thomä darauf hin, dass seiner Erfahrung nach „isolated microanalytic descriptions of reports about sessions, especially if they are just audio-taped and not annotated upon, do not lead to very fruitful discussions... The lack of consensus between analysts is often a result of the failure to take the colleague's point of view seriously before thinking about alternatives“. Die Unmöglichkeit, in der Psychoanalyse einen Konsens zu erzielen, und die damit verbundene Fragmentierung oder der Pseudo-Pluralismus seien auf den Mangel eines von allen Kommentatoren akzeptierten Bezugsrahmens zurückzuführen. Genau dieser

⁴ Vortrag beim IPA Kongress, New Orleans 2004 zum Panel im Themenblock „Multiple Approaches to a Clinical Case“: Conclusions. Psychic Change: what and how?

Mangel eines Bezugsrahmens ist es, dem man durch die Entwicklung von Methoden für die klinische, theoretische und empirische Forschung in der Psychoanalyse entgegenzutreten versucht. In seinem Beitrag hat sich Thomä die Mühe gegeben, einige Pfeiler seiner epistemologischen und methodologischen Einstellung und insbesondere über die Probleme der Einzelfallstudien (single case) und der Behandlungsberichte (treatment reports) zu erklären. Außerdem hat er uns durch die in das Transkript eingefügten „considerations“ Auskunft darüber gegeben, was er sich bei seinen Deutungen gedacht hat. Das Fehlen an Information über seine Gefühle in der Sitzung, d.h. über die Gegenübertragung – etwas, was wahrscheinlich viele, zu denen auch ich zähle, vermisst haben dürften – hat er durch seine Ablehnung dessen, was er „contemporary countertransference subjectivism“ nennt, begründet. Aber diesen Punkt werde ich hier nicht kommentieren.

.....

Die Befürchtung von Thomä in Bezug auf die Diskussion des klinischen Materials von Amalie – das ist meine Vermutung – bezieht sich darauf, dass sein Standpunkt nicht erst genommen werden könnte und dass die unterschiedlichen Kommentatoren, ausgehend von ihren eigenen Veränderungstheorien, voreilig seine Deutungen bemängeln könnten, mit der Folge, dass bei der Diskussion seines Beitrags die interne Kohärenz außer Acht bliebe. Nach seinem epistemologischen Ansatz stellt die Information über den Bezugsrahmen den für das Verstehen des Textes unentbehrlichen Kontext dar. Die vorhin erwähnte Vorhersage erscheint ganz natürlich: Wenn unter den Kommentatoren keine gemeinsame Methode oder Disziplin für die Diskussion vorhanden ist, was hier mit großer Wahrscheinlichkeit der Fall ist, dann werden die Ergebnisse dieser Bemühungen um den von meinem Freund Ricardo Bernardi für diesen Kongress ersonnenen Austausch zwischen Analytikern keinen anderen Effekt haben, als noch einmal auf die dringende Notwendigkeit hinzuweisen, sich über Methoden zu einigen, die authentische Debatten ermöglichen. Damit meine ich Diskussionen, in denen die Unterschiede nicht durch den Rückgriff auf einfache Lösungen unterdrückt werden, so z.B. die Disqualifizierung der Technik des Anderen als nicht psychoanalytisch oder alternativ die beschwichtigende Behauptung, dass alle dasselbe meinen – der wohlbekannte „common ground“ – auch wenn wir unterschiedliche Metaphern anwenden.

.....

Die erste wichtige Frage, die immer wieder auftauchte, beschäftigte sich damit, was ein klinisches Material überhaupt sei. Es liegt auf der Hand, dass, wenn es um die Präsentation eines klinischen Materials von Hunderten von Sitzungen geht, die Frage aufgeworfen wird, wie Komplexität reduziert werden soll, ohne dadurch die Verständlichkeit einzuschränken oder den Inhalt zu verdrehen. In diesem Zusammenhang könnten wir uns fragen, ob es einen Unterschied gemacht hätte, wenn die Sitzung anders editiert worden wäre, wenn wir z.B. die Tonbandaufnahme gehört hätten, oder wenn eine andere Sitzung vorgestellt worden wäre, z.B. die erste oder die letzte Therapiestunde. Was ist eigentlich „das Material“? Sind die Daten das, was der Patient sagt oder das, was der Analytiker vom Patienten denkt, dass er meint? Freilich hat Thomä kontextuelle Daten mitgeliefert, damit man zumindest nachvollziehen kann, worum es in der Sitzung seiner Meinung nach ging. Aber diese Frage, die in der Debatte offen geblieben ist, spielt eine wichtige Rolle bei der Klärung des wissenschaftlichen Status der Psychoanalyse. Wissenschaftliche Daten müssen der Öffentlichkeit zugänglich sein.

Auf der anderen Seite ist zu fragen: Wenn ein Analytiker klinisches Material präsentiert und daraus Schlussfolgerungen zieht, ist er dann dabei, seine Hypothesen zu belegen oder veranschaulicht er nur seine Theorien, welche in diesem Fall bloß als Metaphern zu verstehen sind? In seinem Vortrag hat Daniel Widlocher behauptet, dass „a written case is not a

clinical fact. It is used as kind of fiction which may be listened to otherwise. By exposing his or her own 'listening', the discussant proposes a new fiction". Ich frage mich, ob man mit dieser Behauptung die Psychoanalyse aus dem wissenschaftlichen Gebiet herausnimmt und sie der Sciencefiction gleichstellt. Jedenfalls, ohne dass irgend jemand behauptet hätte, diese Fragen endgültig beantwortet zu haben, konnte man sich einigermaßen darauf einigen, dass es Wege gibt, zu argumentieren und Hypothesen zu untermauern, die diese plausibler werden lassen.

Die zweite wesentliche Frage ging dahin, wie klinisches Material diskutiert werden soll. Vielleicht ist das die interessanteste Frage im ganzen „clinical track“, weil sich jeder einzelne Referent diese Frage im Vorfeld stellen und dafür eine eigene Antwort finden musste. In der Regel hat man in den Vorträgen versucht, ein optimales Gleichgewicht zu wahren zwischen der Betrachtung des Materials aus der eigenen Theorie und dem Versuch, sich ihm aus seiner inneren Logik heraus zu nähern; anders gesagt, zwischen der Betrachtung des Materials aus der internen Kohärenz nach der von Thomä in seiner Einführung vorgestellten Theorie und dem Verlauf der Sitzung aus der Sicht der Referenten heraus. Mit anderen Worten haben die meisten versucht – ich glaube mit Erfolg – sich der Verlockung einer öffentlichen Supervision zu entziehen. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass eine Diskussion des Materials mit Rücksicht auf seine eigene Logik eine empathische Annäherung, eine vorläufige Aussetzung des kritischen Urteilsvermögens voraussetzt, um zunächst das, was der Autor gemeint hat, zu verstehen. Das ist es, was der alte scholastische Spruch „credo ut intelligam“ meint, d.h. um den anderen zu verstehen, muss ich erst an ihn glauben; die erste Phase des Verstehens bezieht einen liebevollen Akt mit ein. Freilich besagt der zweite Spruch „intelligo ut credam“, d.h. um jemandem zu glauben muss ich ihn verstehen können, und dafür muss ich auf meine eigenen Theorien zurückgreifen und sie mit jenen des Autors vergleichen. So bildet sich ein System kognitiv-emotionaler Rückkopplung, der Identifikation und ihrer Auflösung. Dieser Kreis ist über die Debatte hinweg in Bewegung geblieben

Diese Erfahrung ist für mich extrem wichtig, da sie zeigt, dass sich die Dinge in der IPA merklich verändert haben. Wenige Kongresse zuvor wurde ernsthaft die Nützlichkeit der Vorstellung klinischen Materials in Frage gestellt, dessen Diskussion nur dazu führte, die Kluft zwischen den unterschiedlichen Ausrichtungen zu vertiefen und eine durch Aggression und Unversöhnlichkeit geprägte, bedrückende und unangenehme Atmosphäre entstehen zu lassen. Ich glaube, Sie wissen schon, was ich damit meine.

Die dritte Dimension, die ich hervorheben möchte, ist die Beziehung zwischen Theorie und Praxis in der Psychoanalyse, d.h. das Problem der Technik in der Behandlung. Angeblich ist das die zentrale Frage in diesem abschließenden Panel, dessen Titel lautet „was und wie sich im Fall Amalie verändert hat?“ Freilich ist es an dieser Stelle, wo ich am meisten Schwierigkeiten habe, Ihnen einen ausreichend durchdachten Kommentar, der dieser fruchtbaren Debatte gerecht wird, zu bieten. Ich habe den Eindruck, dass ich dem nicht gewachsen sein werde. Meiner Meinung nach steht diese Frage im Mittelpunkt der aktuellen Diskussion über den wissenschaftlichen Status der Psychoanalyse und der Konsenskrise innerhalb der psychoanalytischen Bewegung. Jahrelang schien die öffentliche psychoanalytische Diskussion davon auszugehen, dass sich die Technik aus der Theorie ableiten ließ. Aber die Vermehrung der Theorien und der Eindruck, dass sich die Patienten unabhängig von der Theorie ihrer Analytiker verbesserten, hat dazu geführt, dass der eindeutige Charakter der Beziehung zwischen Theorie und Praxis in Zweifel gezogen wird. Alain Vanier hat sich am Ende seiner Diskussion des Falls aus dem lacanschen Standpunkt heraus

gefragt, ob bei der Betrachtung des tatsächlichen Verlaufs der Behandlung Amalies der ausgedachten Theorie überhaupt irgendeine Bedeutung zukommt. Mit anderen Worten lautet die konkrete Frage: Warum wirkt die Analyse? Und wir glauben doch, dass sie wirkt, trotz der starken theoretischen und technischen Unterschiede, die die derzeitige Psychoanalyse wie eine Vielzahl von Verschiedenheiten erscheinen lassen. Andere Kollegen behaupteten, dass – wie Lacan zu sagen pflegte – die Analyse trotz des Analytikers wirkt. Was bedeutet das? Wie soll man das verstehen? Was ist denn der Status unserer Theorien? Wozu so viel Mühe und Überfluss? Als erstes jedenfalls eine Anmerkung: die Trennung zwischen Theorie und Praxis anzuerkennen, auch wenn wir dadurch mit enormen epistemologischen und methodischen Problemen konfrontiert werden, hat uns von dem in den vergangenen Dekaden üblichen Dogmatismus befreit. Der Dogmatismus war nur aufgrund der autoritären Struktur der psychoanalytischen Institutionen möglich.

Was können wir im Grunde darüber sagen, was und wie sich im Fall Amalie verändert hat? Man ist sich hier einig, dass die präsentierte Sitzung etwas zeigt, was man üblicherweise einen funktionierenden psychoanalytischen Prozess nennen würde. Auf unterschiedliche Art und Weise wurde hervorgehoben, dass die Sitzung zwei miteinander dialektisch verbundene Bewegungen zeigt. Die erste ist die Bewegung in Richtung des gegenseitigen Verständnisses. Amalie bemüht sich, die Deutungen ihres Analytikers zu kapiert und zu verarbeiten; gleichzeitig nimmt der Analytiker die Mitteilungen Amalies auf und versucht, sie zu verstehen. Aber da tritt ein Bruch auf, nämlich dann, wenn Thomä die Mitteilungen der Patientin aufnimmt und in einen anderen Kontext einfügt. Da fühlt sich die Patientin nicht verstanden. Dieser von allen beobachtete Umstand führt zu einem Problem in Bezug auf das technische Konzept der Übertragung, auf die Idee, „die Übertragung auszuhalten“. Es geht um die alte Diskussion über Deutung und emotionale Erfahrung. S. Akhtar⁵ hat in seiner Diskussion ausgeführt, dass in der Technik von Thomä Strachey und Loewald integriert werden, d.h. es handelt sich um eine Deutungsarbeit, die irgendwie in die Entwicklung einer neuen intersubjektiven emotionalen Erfahrung übergeht und somit Veränderung ermöglicht. Dieser qualitative Wechsel stellt die zweite Bewegung des Nicht-Verstehens dar. Aber – wie auch gesagt wurde – Thomä scheinen diese Tatsache und der spekulative Charakter seiner Deutungen vollkommen bewusst zu sein, und er ist sogar bereit, mögliche Fehler einzuräumen, was er in der Sitzung auch tut. Dass genau darin seiner Meinung nach der kurative Effekt bestehe, hat er übrigens in der Diskussion gesagt. Dies verleiht der Technik von Thomä einen zwischenmenschlichen Charakter. Meine persönliche Bekanntschaft mit ihm ermöglicht mir, da eine theoretische Verwandtschaft mit Ferenczi zu erkennen; nicht umsonst war Thomä bei Balint in der Analyse – auch wenn man Unterschiede zwischen beiden feststellen kann. Die von Thomä vorgestellte analytische Arbeit nähert sich der so genannten aktiven Technik. Seltsamerweise entsteht hier ein Paradox. Jemand hat mir in diesen Tagen gesagt, dass die Technik von Thomä im Fall Amalie nicht demokratisch sei, weil er zu oft durch seine Interventionen neue Bedeutungen einführte, die in den Mitteilungen der Patientin nicht vorhanden waren. Dennoch ist das Gegenteil mein Eindruck; darin besteht der Widerspruch. Die Tatsache, dass Thomä die Assoziationen Amalies in einen ganz anderen, gutartigeren Kontext einfügt; dass trotz der Meinungsverschiedenheiten die Patientin sie aufnehmen und sich zu Eigen machen kann; dass Thomä seine Fehler gleichzeitig einräumt und bereit ist, sie zu korrigieren; all dies verhilft Amalie schließlich dazu, ohne dabei an Unterstützung zu verlieren, eigenständig zu denken und anzuerkennen, dass ihr Analytiker nicht allmächtig ist. Eine Technik, die sich beschränkt,

⁵ Akhtar, S. (2007). "Diversity without fanfare: Some reflections on contemporary psychoanalytic technique." *Psychoanalytic Inquiry* 27: 690-704.

„die Übertragung auszuhalten“, läuft für Thomä Gefahr, Bedingungen für die Retraumatisierung der Patienten zu schaffen, d.h. das originäre Verlassenwerden zu wiederholen. In diesem Punkt ist eine Debatte in der lacanschen Ecke über den „sujet supposé savoir“ entstanden und darüber, ob man auf der Ebene des Imaginären oder des Symbolischen arbeiten soll. In diesem Zusammenhang bin ich wie Daniel Widlocher auch der Meinung, dass die Analytiker – das sind meine Worte, nicht seine – sich das Imaginäre so weit wie möglich entwickeln lassen und gleichzeitig das Erreichen des Symbolischen den Patienten überlassen sollten. In diesem Zusammenhang, wenn ich es richtig verstehe, hat sich Amalie dadurch verändert, dass sie auf der Ebene des Imaginären den idealisierten Kopf ihres Analytikers durchdringen konnte, nicht zuletzt weil ihr Analytiker die Bedingungen dafür geschaffen hatte, ohne dass er bei diesem Versuch vernichtet worden wäre, um am Ende zu entdecken, dass das, was sie sich so sehnlich wünschte, nicht in ihm zu finden war. So kamen die Enttäuschung und damit die psychische Weiterentwicklung.

Zum Schluss eine letzte Anmerkung. Ich fand die große Diskrepanz in den Debatten zwischen der Vielfalt der von den verschiedenen Referenten vorgetragenen Theorien, und der geringen Aufmerksamkeit, die einer detaillierten Analyse der Sitzung und der verwendeten Technik geschenkt wurde, bemerkenswert. Manchmal erreichten die Interventionen die höchsten Höhen der Metapsychologie und entfernten sie sich dabei immer weiter von der konkreten Realität der Interaktion zwischen Amalie und ihrem Analytiker⁴.

Was ist unser Fazit dieser Diskussionen? Ist eine vergleichende Psychoanalyse möglich? Notwendig ist sie gewiss. Doch wir sollten uns daran erinnern, dass konkretes therapeutisches Handeln immer schon eingebettet in großflächige theoretische Rahmenkontexte ist, die nach Habermas allgemeine Interpretationfolien genannt werden können (s. Kap. 1). Ohne eine Verständigung um das jeweilige theoretische Umfeld bleibt es fast unmöglich, am jeweils konkreten Text Konsensus zu erzielen.