

8. Neutralität, Anonymität und Abstinenz

Es ist merkwürdig festzustellen, daß übermäßige Freigiebigkeit nicht ohne Schamlosigkeit vorkommt. Die Scham ist eine Reserve.

- Friedrich Nietzsche

In diesem Abschnitt möchte ich mich mit den Grundpfeilern der psychoanalytischen und psychodynamischen Theorie und Technik auseinandersetzen, um einerseits zu zeigen, wie sie jeweils in der klassischen, relationalen und intersubjektiven Theoriebildung verstanden werden, und um andererseits zu klären, welche Bedeutung diesen ganz konkret im Zusammenhang mit intersubjektiven Schamgefühlen im psychotherapeutischen Prozess selbst zukommt. Der zentrale Gedanke, der mich dabei leitet, ist der, dass einige traditionelle Konzepte der Psychoanalyse angesichts der durch die „intersubjektive Wende“ eingeleiteten Neukonzeptualisierungen revidiert werden müssen. Dies betrifft vor allem die in dieser Arbeit fokussierten Schamgefühle, wie sie im psychotherapeutischen Prozess zwischen Therapeut und Patient auftreten. Wenn man davon ausgeht – wie dies die intersubjektive und relationale Psychoanalyse tut –, dass die Therapeut-Patient-Beziehung als etwas aufgefasst werden muss, was sich in einem „intersubjektiven Feld“ (Stolorow et al. 1996), einer „relationalen Matrix“ (Mitchell 1988) ereignet, dann muss dies auch die klassischen Vorstellungen von Neutralität, Abstinenz, Übertragung bzw. Gegenübertragung und Widerstand betreffen. Meines Erachtens kommt dem Affekt der Scham in der psychotherapeutischen Situation und im gesamten therapeutischen Prozess eine besondere Bedeutung zu, da die Scham und ihr jeweiliges Ausmaß in der hier präferierten Konzeption immer auch von der psychoanalytischen und psychodynamischen *Haltung* des Therapeuten oder Analytikers abhängig ist, und zwar einer Haltung, wie sie „idealtypisch“ und in normativer Absicht durch die Grundpfeiler der Psychoanalyse beschrieben wird. Gleichzeitig werde ich mich mit der derzeitigen intersubjektiven und relationalen Debatte beschäftigen, in der es darum geht, wie Objektivität durch Subjektivität – und genauer: durch Intersubjektivität – ersetzt werden kann und worin die Chancen und Risiken einer solchen Umorientierung bestehen.

8.1. Objektivität und Subjektivität im therapeutischen Prozess

Das Konzept der analytischen Neutralität und die Art und Weise, wie der Therapeut seine Deutungen als „Tatsachen“ begreift und hinstellt, rücken das Bild, das vom Analytiker gegeben wird, in die Nähe des Naturwissenschaftlers, der nach Freud durch objektive Beobachtung zu Erkenntnissen kommt. Die Begriffe der Objektivität und Subjektivität sind für die Metapsychologie und für die allgemeine Theoriebildung Freuds von zentraler Bedeutung. Dies wird u. a. daran ersichtlich, dass in der Standard Edition von Freuds Werken 88 Freud-Zitate über „Subjektivität“ und 105 über „Objektivität“ zu finden sind.

Die für Freud beunruhigende Entdeckung der Übertragung und Gegenübertragung, die sich darin zeigt, dass er die Worte „Indifferenz“ und „harte Haut“ benutzt, um die von ihm als angemessen erachtete Haltung des Analytikers gegenüber solchen Dynamiken zu verdeutlichen, bringt ihn dazu, diese Irritation durch die Forderung nach dem seinerzeit vorherrschenden Wissenschaftsideal des unbeteiligten Beobachters stillzustellen. Freud ging es zu diesem Zeitpunkt (1923) grundlegend um die Verteidigung der Wissenschaftlichkeit der Psychoanalyse sowohl nach außen als auch nach innen. Die Einführung des objektiven Beobachters und die damit verbundene Anlehnung an ein wissenschaftliches, positivistisches Ideal war für Freud nicht zuletzt deshalb so wichtig, weil sich die Psychoanalyse als eine ernst zu nehmende Disziplin ihrer Zeit etablieren sollte. Im Jahr 1933 schrieb Freud ganz explizit, die Weltanschauung der Psychoanalyse sei die der Wissenschaft.

Diese Wissenschaftlichkeit sah er v. a. durch die Gegenübertragung bedroht. In seinen Warnungen vor Gegenübertragungsreaktionen gebrauchte er 1914 erstmals den Begriff der „Indifferenz“, der von Strachey mit „*neutrality*“ übersetzt wurde. Diese Indifferenz bzw. die „*neutrality*“ bei Strachey sollen nicht zuletzt die Objektivität der analytischen Untersuchung sicherstellen. Thomä und Kächele nennen dies die „Utopie einer wertfreien Wissenschaft“ (1985, S. 323), die in Freuds tief verwurzelten Vorstellungen von Objektivität durchschimmert. Der Analytiker ist in dieser Konzeption das Subjekt, welches das Objekt, den Patienten, beobachtet und deutet. Das angestrebte Ideal ist daher die Objektivität (Eizirk 2003). Freud ließ dabei „das Subjekt im extratechnischen Bereich, und dort ist die ‘reale Person’ des Analytikers in der Theorie und Technik bis in die jüngste Zeit geblieben“ (Thomä 1984, S. 31). Eine Gegenthese liefern Thomä und Kächele (1985), derzufolge die Vorstellung von einer „Therapie als wertfreiem Unternehmen“ bereits einen Widerspruch in sich selbst enthält.

Die nicht zu leugnende Dimension der Subjektivität des Analytikers oder Therapeuten ist die psychoanalytische Version eines universellen wissenschaftlichen Problems: des Einflusses

des Beobachters auf das zu Beobachtende. In den letzten Jahrzehnten hat sich aufgrund der „Unbestimmtheitsrelation“ Heisenbergs die Bedeutung des „objektiven Beobachters“ in der modernen Physik radikal verändert. Sogar in den „harten Wissenschaften“ geht man inzwischen davon aus, dass es ein objektives Beobachten nicht gibt und dass jede Beobachtung eine nicht zu reduzierende Beeinflussung mit sich bringt. Wenn man etwas über die externe Welt aussagt, dann bedeutet dies zwangsläufig, dass dies auch eine aktive Konstruktion des Gegenstandes durch den Beobachter mit sich bringt. Diese aktive und perspektivisch gefärbte Hervorbringung beeinflusst und verändert das, was beobachtet wird. Franz Breuer (1991) schreibt über die Bedeutung der Subjektivität aus moderner wissenschaftstheoretischer Perspektive:

„Der Versuch der Gewährleistung wissenschaftlicher Objektivität über die *methodische Elimination der Subjektivität des Wissenschaftlers* führt [...] zu einer Scheinlösung: Der Wissenschaftler wird weitgehend *blind* und *ignorant* gegenüber den Personprozessen, die in seiner Forschungsarbeit eine Rolle spielen.“ (S. 88)

Wenn man ein einfaches Beispiel aus der Physik heranzieht, wird dies deutlicher. Angenommen, man möchte die exakte Temperatur eines Glases mit Wasser bestimmen. In dem Moment, in dem man das Thermometer in das Wasser taucht, verändert man die Temperatur im Wasserglas, die man messen möchte. Es mag nur eine minimale Veränderung sein, aber sie tritt ganz sicher ein. Man kann diesen Effekt in keinem Fall verhindern, und man sollte ihn auch nicht verleugnen. Es ist aber erforderlich, diese Dynamik zu beobachten und die Veränderung in den Beobachtungsprozess einzubeziehen.

Diese Analogie soll verdeutlichen, dass es in der therapeutischen und analytischen Situation nicht darum gehen kann und soll, die Subjektivität des Therapeuten zu verkleinern oder zu eliminieren. Es geht eher darum, dass der Therapeut seine nicht zu reduzierende Subjektivität und deren Auswirkungen anerkennt und mit in seine Überlegungen und Interventionen einbezieht. Was für die Physik und die „harten Wissenschaften“ gilt, trifft im Rahmen dieser Analogie und bezüglich der Dynamik zwischen Beobachter und Beobachtetem auch dann zu, wenn es um das Wissen über das Selbst geht – des eigenen und das eines anderen. „Was jemand in einer anderen Person entdeckt“, so Mitchell, „hängt zum großen Teil davon ab, wer man ist und wie man sich dem anderen nähert“ (2002, S. 109). In den letzten Jahren hat sich in der Psychoanalyse die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine positivistische, experimentalanaloge Subjekt-Objekt-Spaltung nicht einmal ansatzweise vertreten werden kann (Mertens 1998).

Unabhängig davon, ob man es nun vorzieht, die Psychoanalyse als Wissenschaft anzusehen, wie dies Freud tat, oder als Hermeneutik, wie dies gegenwärtig – wie oben bereits erwähnt

beispielsweise von Habermas oder Ricoeur – getan wird: Es besteht inzwischen ein allgemeiner Konsens darüber, dass ein Mensch unmöglich den Geist eines anderen erforschen kann, ohne dass beide Personen und ihre Wirkungen aufeinander in Betracht gezogen werden müssen. Dies steht in krassem Gegensatz zu der Metatheorie Freuds, der seine Triebtheorie nach einem monadischen Prinzip konzeptualisierte, demzufolge die Psyche des Menschen grundsätzlich in einem Zustand der Isoliertheit betrachtet wird. Nach diesem Modell blickt ein isolierter Geist auf eine äußere Welt. Dies entspricht – mit einer Analogie aus der Literaturtheorie – einem „Heldenmythos“, der den Menschen so darstellt, als ob er von der äußeren Welt getrennt wäre. Dieser Mythos, den Orange et al. (2001) den „Mythos vom isolierten Geist“ nennen, findet sich ebenso in Freuds Verständnis der Psyche als Apparat, der endogene Triebenergie verarbeitet. Dies ist eng mit dem Ideal eines neutralen und objektiven, für den Patienten undurchschaubaren und weisen Analytikers verbunden. Aus heutiger Sicht wird so aber vernachlässigt, in welchem tiefgreifendem Maße der Therapeut mit seiner eigenen psychischen Organisation zu der therapeutischen Situation beiträgt, die er objektiv vorzufinden meint. Die Vorstellung eines isolierten Geistes ist eine Illusion, die aus intersubjektivistischer Sichtweise jeglicher Grundlage entbehrt.

In der therapeutischen Realität leugnet der „Mythos von der Objektivität“ (Orange et al. 2001) demnach in noch grundlegenderem Maße die Tatsache, dass zwischen dem Beobachter und dem Beobachteten keine absolute Trennung besteht. Dieser Mythos verdeckt die Tatsache, dass die „analytische“ und „therapeutische“ Wahrheit gemeinsam konstruiert wird. Orange et al. (2001) gehen so weit zu behaupten, dass „unter einem intersubjektiven oder perspektivistischen Blickwinkel gesehen die Wahrnehmungen des Analytikers an sich nicht zutreffender als die des Patienten sind“ (S. 63). Dies schließt aber nicht aus, dass der Therapeut theoretische Konzepte benutzt, um die innere Realität des Patienten und die Beziehungsrealität zu verstehen. Diese Einwände bewirken eine Bewusstmachung dahingehend, in welchem grundlegendem Maße dem Therapeuten durch seinen eigenen Orientierungsrahmen Grenzen im Verständnis der subjektiven Welt des Patienten gesetzt sind. Der häufig als objektiv dargestellte sogenannte „Widerstand“ oder die „Untherapierbarkeit“, die von manchen Therapeuten und Analytikern diagnostiziert wird, muss dieser Sicht zufolge innerhalb des Systems Patient-Therapeut untersucht werden und als eine grundsätzlich an den Kontext – und nicht allein an den Patienten – gebundene Gegebenheiten verstanden werden. Die zwangsläufige Verwobenheit der Interaktion zwischen Therapeut und Patient kann nicht mit der Behauptung einer illusorischen Objektivierbarkeit ausgelöscht werden. Die relationale Analytikerin Ehrenberg

(1992) fasst diese Kritik an der Position des Analytikers als objektiver Interpret der Erfahrung des Patienten folgendermaßen zusammen:

„Wenn wir die Macht der interaktiven Kräfte in der psychoanalytischen Praxis anerkennen, werden nicht nur viele traditionelle Glaubenssätze über therapeutisches Handeln in Frage gestellt, sondern wir müssen auch einsehen, wie unhaltbar die traditionelle Auffassung ist, die den Psychoanalytiker für einen objektiven Teilnehmer des analytischen Prozesses hält.“ (S. 12)

In der modernen Psychoanalyse wird die psychoanalytische Situation als das Interagieren zweier Personen begriffen, die sich beide in ihrer Subjektivität verstehen müssen. Diese als „epistemologische Grundhaltung“ der Psychoanalyse zu bezeichnende Position unterscheidet sich stark von der Grundhaltung der Psychoanalyse in ihren Anfängen. Man kann sich nach heutigen Maßstäben der Diskussion zu dieser Subjektivität im Erkenntnisprozess bekennen, ohne als Mystiker oder als unwissenschaftlich eingeschätzt zu werden. Mertens (1998) hat dies wie folgt formuliert:

„Es ist das Zulassen eines subjektiven Fühlwissens, das zu einem besseren Verständnis von Inter-subjektivität führt und nicht eine zwanghafte Objektivität, deren Ideal die affektisolierte Metrisierbarkeit ist.“ (S. 67)

Diese Anerkennung des subjektiven Faktors im Erkenntnisprozess wirft aber eine Reihe von wichtigen metapsychologischen Fragen auf: Wie kann bei so viel subjektiver Beeinflussung eine klinisch relevante Form von Neutralität im tiefenhermeneutischen Erkenntnisprozess erreicht werden? Wie muss aus intersubjektiver Sicht die Abstinenz- und Neutralitätsperspektive neu konzipiert werden? Wie stark werden die Deutungen des Therapeuten oder Analytikers von seiner eigenen Subjektivität geformt? Welcher Wahrheitsgehalt kann demnach den Deutungen zugesprochen werden? Wie lassen sich unter einem intersubjektiven Gesichtspunkt die voneinander getrennten Konzepte der Übertragung auf der einen und der Gegenübertragung auf der anderen Seite verstehen? Wie verändert sich das psychoanalytische Konzept der Neutralität, wenn die Subjektivität des Analytikers oder psychodynamischen Therapeuten – und damit die *unbewusste* Beziehung zwischen Therapeut und Patient – viel stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit rückt.

8.2. Formen der analytischen Neutralität

Anhand eines Beispiels aus einer Analyse, das Daniel Stern (2002) in einem Artikel anführt, möchte ich das Konzept und die praktische Umsetzung der analytischen Neutralitäts- und

Abstinenzregel illustrieren. Nicht zufällig geht es in diesem Beispiel um Schamgefühle und -konflikte des Patienten, die beim Analytiker bestimmte Gegenübertragungsreaktionen auslösen.

„David, ein junger Mann, hatte eine Analyse aufgenommen, und nachdem einige Monate vergangen waren, kam er in einer Sitzung auf eine schwere Verbrennung zu sprechen, die er sich als Kleinkind zugezogen hatte. Die Wunden hatten einen Großteil seines Oberkörpers bedeckt, und er machte sich Gedanken darüber, wie sich dieser Unfall auf seine spätere Entwicklung ausgewirkt haben mochte. Zurückgeblieben war eine entstellende Narbe, die nicht zu übersehen war, wenn er eine Badehose oder Shorts trug. Sie machte ihn sehr befangen und diente als Fokus für eine Reihe von Problemen, die sich auf seinen Körper konzentrierten. In jener Sitzung ergriff David spontan den Saum seines Hemdes und wollte es hochziehen. Dabei sagte er: „Hier, ich zeig’s Ihnen. Dann verstehen Sie mich besser.“ Abrupt, noch bevor David die Narbe entblößt hatte, unterbrach ihn sein Analytiker: „Nein! Halt, das ist nicht nötig!“ Beide waren von dieser Reaktion überrascht. Später konnten sie sich gemeinsam darüber verständigen, dass dieses Verhalten nicht hilfreich gewesen war. David hatte aber das Gefühl und fasste es auch in Worte, dass die nachfolgende Reaktion des Analytikers den Fehler noch verstärkt hatte: Statt zu sagen, dass er seine Reaktion bedauerte, hatte er lediglich angemerkt, dass er seinen eigenen Standards nicht gerecht geworden sei.“ (Stern et al. 2002, S. 997)

Der Analytiker pocht in diesem sehr dichten Moment der Therapie, den Stern einen potentiellen „now moment“ nennt, auf seine Neutralität, wobei sein Bestehen auf der Einhaltung einer neutralen Position durch das Bloßlegen der Verbrennungsnarbe und des damit verbundenen Wunsches des Patienten nach authentischer Reaktion des Analytikers ausgelöst wurden.

Anhand dieses Beispiels aus der analytischen Praxis lassen sich die drei Grundpfeiler der Neutralität, Anonymität und Abstinenz innerhalb der klassischen Orthodoxie verdeutlichen. Der große Wert dieser Grundpfeiler für die analytische Technik ist eindeutig der, dass sie dem Kliniker ganz allgemein helfen, Entscheidungen zu treffen. Die Wurzeln dieses Konzeptes des neutralen und abstinenter Analytikers reichen bis in die Anfänge der inzwischen mehr als hundertjährigen Geschichte der Psychoanalyse zurück und prägen bis zum heutigen Tag die analytische Theorie und Praxis.¹¹ Obwohl es in den letzten Jahren zu Kritik an diesem Neutralitätskonzept kam, die speziell von der relationalen Psychoanalyse (Mitchell 1988, Renik 1993), der konstruktivistischen Richtung (Gill 1997, Hoffman 1994) und der intersubjektiven Psychoanalyse (Stolorow et al. 1996) vorgebracht wurde und die psychoanalytische Diskussi-

¹¹ Selbstverständlich gibt es nur noch wenige Analytiker, die sich auf eine solch starke Version der abstinenter und neutralen Haltung berufen, wie sie v. a. in den 50er und 60er Jahren in der amerikanischen Ich-Psychologie in Extremform praktiziert wurde, als Psychoanalytiker versuchten, sich und ihre Behandlungszimmer frei von jeglicher persönlichen Note zu halten, darüber diskutierten, ob man Patienten die Hand geben oder ihnen sein Beileid zu einem Todesfall aussprechen darf. Trotz der Revision dieses „Modells“ des abstinenter, stillen und anonymen Analytikers, das als „lackierter Blechaffe“ karikiert wurde, existierte bis vor kurzem keine *theoretische* Fundierung einer Veränderung der Behandlungsratschläge, obwohl in der *praktischen* Tätigkeit längst von dieser überzogenen Form der Abstinenz, Neutralität und Anonymität Abstand genommen wurde.

on angeregt hat, bleibt eine gewisse Unsicherheit hinsichtlich der Konsequenzen dieser Kritik für die Neuformulierung einer Alternative zum Neutralitätsgedanken.

Anhand der vier Formen der Neutralität – Abstinenz, Anonymität, Äquidistanz und Empathie – möchte ich im Folgenden zuerst die klassisch analytische Technik und dann die Kritik an diesen Konzepten darstellen. Anschließend werde ich mich genuin intersubjektiven Vorstellungen und Alternativen zum Neutralitätskonzept widmen. Stolorow und Atwood (1997) stellen diese vier Formen der Neutralität überblicksartig dar, und zwar so, wie sie sich in den letzten hundert Jahren in der Psychoanalyse durchgesetzt haben. Zwei davon stammen noch von Sigmund Freud selbst, eine dritte hat seine Tochter Anna Freud vorgeschlagen, die vierte geht auf Heinz Kohut zurück.

1. *Neutralität als Abstinenz.* Hier wird Neutralität häufig mit Freuds Diktum gleichgesetzt, „die Kur muss in der Abstinenz durchgeführt werden“ (1915, S. 313). Als Grund für diese Abstinenz und das Schweigen des Analytikers wird die „zweite Grundregel“ genannt: „Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehrung – Abstinenz – durchgeführt werden“ (Freud 1919, S. 187). Und: „Es ist zweckmäßig, ihm (dem Patienten, Anm. J.T.) gerade die Befriedigung zu versagen, die er am intensivsten wünscht und am dringendsten äußert“ (ebd., S. 189). Dies wird gewöhnlich so interpretiert, dass der Analytiker seinen Patienten keinerlei Triebbefriedigung gewähren dürfe.

Dieses Abstinenzkonzept Freuds basiert auf folgender theoretischer Prämisse: In der Analyse versuchen verdrängte Triebimpulse auf verdeckte Weise Befriedigung zu finden – und dies vor allem mittels der Übertragung. Wenn diese Triebimpulse jedoch an die Oberfläche zu kommen drohen, setzen zuerst die beschriebene Angst und darauf folgend die Abwehrmechanismen ein, die diese Impulse ursprünglich aus dem Bewusstsein fern gehalten haben. Die Gratifikation der verdrängten Triebimpulse, die sich v. a. in der Übertragung manifestieren, läuft nach Freud dem Ziel zuwider, diese Triebimpulse bewusst zu machen und sie durch die Intervention der genetischen Deutung auf ihre Ursprünge zurückzuführen. Der Patient kann dann in diesem Idealmodell auf die Gratifikation verzichten und seine Triebstrebungen sublimieren.

Um diesen Abstinenzbegriff Freuds zu verstehen, ist es notwendig, sich zu vergegenwärtigen, dass er die Abstinenzregel aufgrund seiner Erfahrungen im Umgang mit hysterischen Patientinnen (seinen eigenen und denen seiner Kollegen wie z. B. Carl Gustav Jung, Sandor Ferenczi und etlichen anderen) formuliert hat, vor deren Verliebtheit sich der Analytiker schützen musste. Diese Versagung von Triebwünschen dem Patienten gegenüber, die sich in Freuds Abstinenzgebot manifestiert, ist auch durch eine gewisse „Feindseligkeit“ der Psychiatrie den

Patienten gegenüber dieser Zeit zu begreifen. Es ist demnach wichtig zu verstehen, dass es gerade die an sogenannter „Hysterie“ leidenden Frauen waren,¹² an denen Freud die Notwendigkeit der Abstinenz erkannte. Diese Verbindung des Abstinenzbegriffs mit den Triebbedürfnissen der Hysterie ist für Freud zeitlebens erhalten geblieben. Vor diesem geschichtlichen Hintergrund hatte das Abstinenzgebot u. a. eine *defensive* Funktion, indem es die männlichen Analytiker vor der Übertragungsliebe schützen sollte. Man könnte auch mit Cremerius (1984) sagen, dass „eine Wurzel der Abstinenz-Regel [...] in Männerphantasien über Frauen dieser Epoche“ liegt (S. 774). Johannes Cremerius hat in seiner Kritik des „regelhaften Gebrauchs der Abstinenz“ auch darauf hingewiesen, dass dieses Konzept von Freud in den letzten Jahrzehnten an Eindeutigkeit und Überzeugungskraft verloren hat, was wiederum eine Relativierung des Abstinenzbegriffs zur Folge hatte.

Der Analytiker versucht demnach nicht mehr die Intensität der libidinösen oder aggressiven Übertragung durch Abstinenz zu ignorieren, sondern richtet seine Aufmerksamkeit auf die beziehungs- und objektbezogenen Seiten des Patienten. Damit rückt die Dort-und-Damals-Rekonstruktion des Patienten in den Hintergrund zugunsten einer Fokussierung auf die Hier-und-Jetzt-Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Diese Umorientierung hat aus objektbeziehungstheoretischer Sichtweise eine Veränderung des Abstinenzbegriffs zur Folge, weil in der Übertragung nicht mehr nur die Triebwünsche berücksichtigt werden, sondern auch die „Objektsuche“, d. h. die beziehungsorientierte Seite des Patienten. Cremerius (1984) fasst die Entwicklung von der Triebtheorie zur Objektbeziehungstheorie und ihre Auswirkungen auf den Abstinenzbegriff wie folgt zusammen:

„Sucht die Libido in der Übertragung nur Lust und eine Lösung der Spannung nach den Modalitäten, die der Aktivität jeder erogenen Zone angepasst sind, so Freuds Annahme, ist Frustration angezeigt – sucht sie jedoch nach dem Objekt, wie Fairbairn und Balint annehmen, führt ein abstinentes Verhalten des Analytikers zu einer Schädigung des Patienten.“ (S. 788)

Es stellt sich zusätzlich die Frage, ob eine in dieser Weise abstinente Haltung noch sinnvoll als „neutral“ bezeichnet werden kann. Aus dem Blickwinkel des Patienten wird diese Abstinenz, d. h. die absichtliche Frustration seiner Wünsche und Bedürfnisse, sicher nicht als neutrale Haltung erlebt. Aus einem intersubjektiven Ansatz heraus wird deutlich, dass die bewusste Frustration der Wünsche und Bedürfnisse des Patienten – definiert als Abstinenz – von diesem niemals als neutral im Sinne von indifferent erlebt werden kann. Gill (1997) betont dabei, dass hinsichtlich der infantilen Wünsche, Bedürfnisse und Phantasien des Patienten

¹² „Sogenannt“, weil sich an Freuds Fällen oft eine Debatte über die Richtigkeit seiner Diagnosen aus heutiger Sicht entfacht hat.

ten nie wirklich angemessen nachgewiesen wurde, dass diese aufgegeben werden können oder sollen. Stattdessen schlägt er eine alternative Idee vor: „Innerhalb einer erweiterten und weiter entwickelten seelischen Organisation können sie willkommen sein, wie jeder wertvolle Besitz seinen Platz auf dem Kaminsims findet, um zu speziellen Anlässen benutzt zu werden“ (S. 146). Er schlägt vor, das Prinzip der strikten Abstinenz durch die Regel zu ersetzen, dass die Interventionen des Analytikers soweit wie möglich von einer kontinuierlichen Einschätzung dessen geleitet werden sollten, was den Prozess der Erhellung, der Entfaltung und der Umwandlung der subjektiven Welt des Patienten wahrscheinlich erleichtern oder erschweren würde.

Die radikale Kritik an der traditionellen Forderung nach der Einhaltung der Abstinenzregel besagt also zusammengefasst, dass diese auf der Seite des Analytikers den therapeutischen Dialog und die Beziehung entscheidend und alles in allem nachteilig verzerrt, indem sie Feindseligkeit und heftige Konflikte erzeugen kann, die nicht so sehr ein Ausdruck der Pathologie des Patienten, sondern eher eine Folge der Haltung des Analytikers sind. Cremerius (1984) kommt zu dem Schluss: „Was gestern bei Hysterien zum Schutz des Analytikers und als Forschungsprinzip begründet schien, ist heute bei anderen Neuroseformen unbegründet und schadet dem Patienten. Auch macht es die psychoanalytische Behandlungsmethode wirkungslos“ (S. 782).

2. *Neutralität als Anonymität.* Die Abstinenzregel ist aufs Engste mit dem frühen Spiegel-Chirurgen-Anonymitäts-Konzept Freuds verbunden. Freud gibt den Ratschlag (1912), der Analytiker solle „undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt wird“ (S. 384). Auch gibt er die Empfehlung, mit der Kühle eines Chirurgen ans Werk zu gehen. Neutral zu sein, bedeutet für Freud, emotional möglichst nicht beteiligt zu sein. Er verwendet allerdings selbst nie den Begriff „Neutralität“, sondern spricht – wie schon erwähnt – von „Indifferenz“ und einer „harten Haut“, die man sich im Kontakt mit Patienten zulegen müsse.

Dies macht den Zusammenhang zwischen der Abstinenzforderung an den Analytiker und der Spiegel-Chirurgen-Neutralitäts-Anonymitätsforderung deutlich. Neutralität und Abstinenz sind geschichtlich und konzeptuell eng miteinander verbunden. Sie wurden beide als Aspekte der psychoanalytischen Technik von Freud eingeführt, um dem Analytiker zu ermöglichen, mit der Übertragungsliebe seiner Patientinnen umzugehen. Die Reflexion und Kontrolle der Gegenübertragung sind dabei der sicherste Weg, diese Haltung der Neutralität zu erreichen. Mithilfe des Konzeptes der Neutralität versicherten sich die frühen Analytiker ebenfalls darin, dass ihre Analysen sich von denjenigen Therapien unterschieden, die auf bloßer Suggestion

beruhen. Diese Versicherung hat jedoch aus heutiger Sicht den Preis einer Selbst-Täuschung. Fast schon eine Karikatur der Neutralität ist das Konzept der sogenannten „Verhaltensneutralität“. Neutralität ist in der Tat auch der Aspekt der Psychoanalyse, der am häufigsten in Karikaturen der populärwissenschaftlichen Literatur aufgegriffen wird. Wie Gill (1997) kritisch anmerkt, wurde die Passivität des Analytikers häufig als Neutralität missverstanden.

Die meisten aktuellen Definitionen der Neutralität beruhen auf diesem Modell der leeren Leinwand, selbst wenn sie durch die konservative Kritik dieses Modells modifiziert wurden. Seit dem II. Weltkrieg hat sich das Interesse der analytischen Gemeinschaft weg von der Abstinenz und hin zur Neutralität verschoben. Moderne, konstruktivistische Ansichten der Neutralität, wie sie zum Beispiel im englischsprachigen Raum von Gill (1991) und Hoffman (1994), im deutschsprachigen Raum von Thomä (1999) und Bettighofer (2000) vertreten werden, haben den aktiven und maßgeblichen Anteil des Psychoanalytikers am therapeutischen Prozess deutlich hervorgehoben. Dabei wird die reale Person, die bisher aus der Behandlungstechnik ausgeklammert wurde, wieder eingeführt. Das „Ideal der reinen Spiegelung“ ist nach diesen Autoren nicht nur deshalb aufzugeben, weil es unerreichbar ist, sondern weil der Patient ein reines Zurückspiegeln – im Sinne einer schlechten Neutralität – als Abweisung und Ausweichen erleben kann.

3. *Neutralität als Äquidistanz.* Dieses dritte Neutralitätskonzept, das ursprünglich von Anna Freud (1936) eingeführt wurde, besagt, dass der Analytiker seine Arbeit „von einem Standpunkt aus, der von Es, Ich und Über-Ich gleichmäßig distanziert ist“ (S. 34) zu machen hat. Die Konzeption dieser „technischen Neutralität“ oder „Äquidistanz“ meint mit anderen Worten, dass der Analytiker die gleichermaßen große Distanz zu den in den intrapsychischen Konflikten des Patienten enthaltenen Extremen zu wahren hat, besonders, wenn solche Konflikte in der Übertragung aktiviert werden. Anna Freud setzt diese Haltung mit „klarer Objektivität“ und „Unparteilichkeit des Analytikers“ (ebd.) gleich. Auf dieses Neutralitätskonzept beruft sich aktuell vor allem Kernberg (1999), obwohl er diese Äquidistanz nicht mit einer „verdrossenen Indifferenz“ gleichgesetzt sehen will: „So verstanden, bedeutet technische Neutralität meiner Meinung nach weder Anonymität noch die Wahrung einer ruhigen, emotional neutralen Haltung“ (S. 885). Das trotz aller Revision eher als „klassisch“ zu benennende Konzept von Kernberg ließe sich dahingehend zusammenfassen, dass der Analytiker das Erleben und Verhalten des Patienten in der Übertragung als technisch neutraler, aber einfühlsamer Beobachter zu verstehen und seine eigene Gegenübertragung zu kontrollieren hat, oder als Weg zum Verständnis der Übertragung zu nutzen versuchen sollte. Kernberg (1999) schließt sich trotz seiner insgesamt sehr der Tradition verpflichteten Position doch auch der

Kritik an der klassischen Psychoanalyse an, die in den letzten Jahren vorgebracht wurde. Er macht gegenüber dieser Kritik aber wiederum geltend, dass die Betonung der persönlichen Züge des Analytikers, wie sie von den Konstruktivisten (Gill 1991, Thomä 1999) hervorgehoben werden, aus seiner Sicht übertrieben sei. Damit versucht er einerseits bezüglich der Kritik anzuerkennen, was diese am klassischen Modell als anachronistisch ausweist und was darum aufzugeben sei, andererseits versucht er das zu erhalten, was er als essentiell ansieht. Seine Strategie besteht grundlegend darin, dass er zwischen „Anonymität“ und „technischer Neutralität“ zu unterscheiden versucht. Diese Art von Neutralität sieht er als eine Einstellung oder Haltung des Analytikers bzw. psychodynamischen Therapeuten¹³ an, die immer wieder verloren geht und dann erneut angestrebt werden muss. In seinen Augen ist dies eine Art „Hochsitz“, von dem der Analytiker immer wieder heruntergeworfen wird und den er dann erneut besteigen muss.

Stolorow und Atwood (2001) kritisieren dieses Neutralitätskonzept Anna Freuds und Otto Kernbergs, da die Deutungen, die von diesem metaphorischen, von den drei Instanzen gleichermaßen weit entfernten Standpunkt aus gegeben werden, den Patienten ermuntern sollen, sich die Überzeugungen des Analytikers über die Struktur der Psyche zu eigen zu machen. In diesem Sinne sind diese Deutungen aber Suggestionen, die aus einem wertgeladenen theoretischen Glaubenssystem – dem dreiteiligen Modell der Psyche nach Freud – kommen. Infolgedessen kann der Analytiker auch nicht neutral oder unvoreingenommen sein.

Im Gegensatz zu Analytikern wie Schafer (1995), der die Psychoanalyse als hermeneutische Disziplin versteht, geht Kernberg (1999) von der Überzeugung aus, Psychoanalyse sei eine Wissenschaft, in welcher der Analytiker dem Patienten ein objektives Verständnis seiner Konflikte vermittelt. In Mitchells (2005) Kritik des Kernbergschen Neutralitätskonzeptes wird deutlich, dass Kernberg zwar durch seine Loslösung vom Anonymitätskonzept den traditionellen Anspruch auf Unsichtbarkeit aufgibt, aber trotzdem weiterhin daran festhält, dass der Analytiker keinen nennenswerten Einfluss auf den therapeutischen Prozess nimmt, weil er keine persönliche Wirkung auf den Patienten hat. Mitchell kritisiert dieses Beharren auf einer Sichtweise gemäß der klassischen Ein-Personen-Psychologie, vor deren Hintergrund Kernberg versuche, das Erleben des Patienten als Verzerrung und die Absichten des Analytikers als die einzig maßgebliche Realität darzustellen. Kernberg schein entschlossen zu sein, diesen Anspruch des Analytikers auf Objektivität um jeden Preis verteidigen zu wollen. Ebenso stellt Mitchell Anna Freuds Definition der Neutralität im Sinne des geometrischen Begriffs

¹³ Die Bezeichnung „Analytiker“ und „tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapeut“ bzw. „psychodynamischer Psychotherapeut“, die im folgenden auftauchen, werden – wenn nicht explizit Thema, wie in Kap. 8.5. – synonym verwendet, weil es beide Methoden gleichermaßen betrifft.

der Äquidistanz in Frage, auf die sich Kernberg bezieht. Er stellt folgende Frage in den Raum: „Ob Äquidistanz gegeben ist, hängt völlig von der Definition der Punkte ab, zu denen man gleichen Abstand wahren soll. Wo genau sollen wir in diesem Augenblick das Es, das Ich, das Über-Ich und die äußere Realität lokalisieren?“ (Mitchell 2005, S. 237). In ähnlicher Weise kritisieren Thomä und Kächele (1985) dieses Neutralitätskonzept, indem sie anmerken, dass gleichmäßige Distanz zu allen Instanzen nicht automatisch die Richtigkeit und die Angemessenheit eines Standpunktes sichert. Die klinische Arbeit am Unbewussten ist in ihren Augen unausweichlich mit Einseitigkeit behaftet: „Dennoch erwecken erstaunlich viele Publikationen den Eindruck, als wäre alle Einseitigkeit vermeidbar, wenn die Analytiker nur *noch* mehr Neutralität an den Tag legten“ (S. 326).

5. *Neutralität als Empathie*. Nach Stolorow und Atwood (1997) hat der „Mythos vom neutralen Analytiker“ auch in der analytischen Selbstpsychologie überdauert. Obwohl sich Kohut (1977) gegen die Gleichsetzung von Neutralität mit abstinenter Reaktionslosigkeit wendet, definiert er die analytische Neutralität als den „Widerhall, den man im Durchschnitt von Personen erwarten kann, die ihr Leben der Aufgabe gewidmet haben, anderen Menschen mit Einsichten zu helfen, die sie durch das empathische Eintauchen in deren inneres Leben erhielten“ (S. 254). Obwohl Kohut in seinem Abstinenzverständnis die Wichtigkeit der emotionalen Responsivität für die Förderung der Entwicklung des Selbstgefühls betont, wurzelt seine Beschreibung auf ähnlichen Grundsätzen, wie sie von Sigmund und Anna Freud beschrieben wurden. Kohuts Verständnis von Neutralität steht zwar fast diametral zur traditionellen Sichtweise der Neutralität, indem er Neutralität als *empathische Responsivität* ansieht, er behauptet jedoch, dass diese Empathie „im wesentlichen neutral und objektiv“ (1980, S. 483) sei. Auch in dieser Konzeption der Empathie wird ein Ideal der Wertfreiheit strapaziert. Im Gegensatz dazu meinen Thomä und Kächele:

„Die Entscheidung, sich in zwischenmenschlichen Beziehungen nicht wertend zu verhalten, steht uns nicht offen. Selbst wenn man sich einem anderen Menschen gegenüber auf einen reinen Beobachtungsstandpunkt stellt, ist dieser Standpunkt das Ergebnis einer Wertentscheidung, zu der es bessere oder schlechtere Alternativen gibt.“ (Thomä und Kächele 1985, S. 325)

Diese Auffassung, dass sich ein Analytiker gegenüber der Subjektivität eines Patienten neutral oder objektiv verhalten könne, läuft nach Stolorow und Atwood (2001) darauf hinaus, dass „der Analytiker seine eigene psychische Organisation aus dem analytischen System verbannen solle“ (S. 59). Dies sei – so die Autoren weiter – unter einem interaktionellen und intersubjektiven Gesichtspunkt ein unmöglicher Kraftakt – vor allem, wenn sich die Äußerungen der Subjektivität des Patienten auf den Analytiker richteten.

8.3. Freud: ein abstinenter und neutraler Analytiker?

Nur wenige analytische Autoren dürften gegenwärtig bereit sein, die alte Idee zu verteidigen, dass es sinnvoll sei, dass der Analytiker „alle seine Affekte [...] beiseite drängt“ (Freud 1912, S. 380), dass der Analytiker „undurchsichtig für den Analysierten“ und lediglich „wie eine Spiegelplatte“ (ebd., S. 384) für die Projektionen des Patienten zu sein habe. Es soll deshalb im Folgenden auch nicht der Eindruck erweckt werden, dass hier ein Strohmännchen aufgebaut wird, so, als ob die meisten gegenwärtigen Positionen noch dieser überholten Sicht anhängen, was faktisch nicht mehr der Fall ist. Dennoch denke ich, dass es im Rahmen meiner Argumentation durchaus Sinn macht, die klassischen Vorstellungen von analytischer Neutralität und Abstinenz aus der Sicht der intersubjektiven Psychoanalyse zu beleuchten, um darzulegen, wie sehr diese die interaktive und intersubjektive Natur der therapeutischen Beziehung verkennen.

Es scheint mir besonders wichtig, im Hinblick auf Freuds Neutralitätskonzept etwas klarzustellen. Bräutigam (1983) und Kaplan (1982) haben anschaulich dargelegt, dass die bisher als „klassisch“ bezeichnete Technik nicht unbedingt dem entspricht, was Sigmund Freud darunter verstanden wissen wollte. Freud sei in der Praxis viel weniger neutral als die Mehrzahl der heute praktizierenden Analytiker gewesen (Bräutigam 1983, S. 221). Es gibt erhebliche Diskrepanzen zwischen dem, was Freud innerhalb seiner *Behandlungsratschläge* formulierte und der Art und Weise, wie er seine *Behandlungspraxis* selbst gestaltete. Er folgte demnach seinem eigenen Ideal nicht immer und gelangte häufig zu wertenden Aussagen. Freud selbst hatte nämlich laut seinen Analysanden eine Haltung, die als „freundlich“, ja „herzlich“ beschrieben wurde. Er war großzügig mit Lob und Anerkennung, kritisierte seine Patienten manchmal, gab auch Geschenke und lud seine Patienten auch schon mal zum Essen ein. Er nahm eine sehr viel weniger strenge und abstinente Haltung ein, als es seinen theoretischen Ausführungen entsprechend zu erwarten wäre, und er war somit sicherlich kein „objektiver“ Psychoanalytiker. Joan Riviere liefert einige anekdotische Beispiele für dieses Verhalten Freuds:

„Er begann seine erste Sitzung mit mir – auf eine keineswegs empfehlenswerte Art und entgegen allen Regeln – mit den Worten: „Also, ich weiß schon etwas über Sie: Sie hatten einen Vater und eine Mutter.“ Damit wollte er so etwas zum Ausdruck bringen wie: Also, ich kann nicht mit allen Ihren Hemmungen auf Sie warten, ich will etwas, das mir von Anfang an von Nutzen ist; geben Sie mir ein Schema, auf das ich mich stützen kann! [...] Sein Interesse [...] äußerte sich in einer merkwürdig unpersönlichen Art. Es entstand der Eindruck einer gewissen Zurückhaltung hinter seiner Gier. In dieser unpersönlichen Gier lag eine Einfachheit, die vielleicht das Bezeichnendste an ihm war. Er konzentrierte sich derart auf die Untersuchung, dass sein eigenes Ich nur als Werkzeug handelte. Seine durchdringenden und aufmerksamen Augen hatten nicht nur diese Einfachheit und

diesen klaren und unschuldigen Blick eines Kindes – für das nichts zu klein und nichts zu ordinär oder schmutzig ist –, sondern neben einer Haltung persönlicher Ergründung auch die Geduld und Vorsicht eines reifen Mannes.“ (zit. nach Ruitenbeek 1973, S. 145)

Freud nahm aktiv an den Sitzungen teil, er machte persönliche Bemerkungen über Persönlichkeiten, die er kannte, oder Werke, die er gelesen hatte. Er war keineswegs streng, hart oder schweigsam, sondern zeigte sich sehr präsent, aufmerksam und respektvoll gegenüber dem Anderen, mitunter sogar humorvoll, hin und wieder ungeduldig, wenn er ostentativ mit den Fingern auf der Sessellehne trommelte, und manchmal sogar wütend. Als Kardiner (1977, S. 25) eines Tages etwas über Freuds Theorie des Urvatermordes sagte, bekam er zu hören: „Oh, nehmen Sie das nicht zu ernst. Das ist etwas, was ich mir an einem regnerischen Sonntagnachmittag ausgedacht habe“.

Lynn und Vaillant (1998) kommen in einer interessanten Studie zu dem Schluss, dass in jeder der 43 von ihnen untersuchten Analysen Freuds eine einzigartige emotionale und persönliche *Interaktion* zwischen Freud und seinen Analysanden entstanden sei, und zwar durch seine Offenherzigkeit und seine Tendenz zu kraftvoller Direktivität. Wahrscheinlich könne man die Ergebnisse seiner Analysen viel eher aus den *Qualitäten dieser Interaktionen* herleiten als aus Einsichten, die in seinen theoretischen Abhandlungen zur Übertragung zu finden sind. Bezüglich der persönlichen Involvierung Freuds kommt auch Gysling (1995) zu folgendem Schluss:

„Freud war in der täglichen Praxis ein herzlicher, spontaner, oft sogar impulsiver Mensch, der mit Meinungen nicht zurückhielt und sich als Gesamtperson einbrachte. Das knochentrockene, blutleere Unperson-Ideal, das er gesetzt hatte, strafte er täglich Lügen.“ (S. 43)

Gyslings Einschätzung zufolge strotzten Freuds therapeutische Beziehungen nur so vor „subjektiven Keimen“, die reale Person Freuds spielte in ihnen eine entscheidende Rolle. Der Umgang, den Freud mit seinen Patienten pflegte, war sehr persönlich und zum Teil das komplette Gegenteil von reiner Abstinenz und Passivität. Das Wort „Neutralität“ kommt in Freuds Werk nirgendwo vor, und Freud selbst verhielt sich – wie die Beispiele zeigen – seinen Patienten gegenüber alles andere als „neutral“. Lipton (1977, 1983) vertritt sogar die Ansicht, er sei ein „extremer Interaktionist“ gewesen. Diesem Autor zufolge seien extreme Ausmaße einer analytischen Mitbeteiligung das Charakteristikum von Freuds Technik gewesen. Lipton glaubt, dass Freud seine Persönlichkeit in der Interaktion klar zum Ausdruck gebracht hat, und er führt das Freudbild des „Chirurgen-Analytikers“ und die Annahme einer konsequent „stillen Technik“ auf die europäischen Analytiker zurück, die nach Amerika ausgewandert sind.

Alles in allem handelte Freud diesen Berichten zufolge in keiner Weise so, wie wir es heute als „leere Leinwand“ umschreiben würden. Seine technischen Aufsätze beziehen dagegen in dieser Hinsicht eindeutig eine Position im Sinne der dargelegten „Neutralität“. Eine Erklärung für diese Diskrepanz liegt vermutlich darin, dass Freud in der Zeit, als er an den technischen Aufsätzen schrieb, auch an der Konzeptualisierung der Triebtheorie und an dem topologischen Modell arbeitete. Letzteres impliziert nun ganz zentral, dass der Analytiker mit allem, was er tut – oder vielmehr nicht tut –, die Funktion einer leeren Leinwand anzunehmen habe. Das Leere-Leinwand-Konzept ist jedoch eine deskriptive, theoriegebundene Konstruktion, nicht so sehr eine Vorschrift – obwohl dies Freuds Nachfolger nicht immer anerkannt haben. Schachter (1994) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Freud gewöhnlich eine Methode aus persönlichen oder praktischen Gründen übernahm und ihre theoretischen Grundlagen erst später formulierte. Seine Vorstellung von Abstinenz schien ursprünglich darauf abzuzielen, seine eigene, störende Gegenübertragung einzudämmen. Durch die Darlegung seiner theoretischen Behandlungsratschläge, die sich zum Teil diametral zu seiner eigenen Praxis lesen lassen, trug Freud aber wesentlich zur Errichtung eines strengen therapeutischen Über-Ichs und zum Ideal des unbeteiligten und „spiegelnden“ Analytikers bei. Es ist in diesem Zusammenhang auch verwunderlich, dass der Terminus „Beziehung“ im Gesamtregister von Freuds Werken nicht ein einziges Mal auftaucht.

8.4. Neutralität und Abstinenz aus intersubjektiver Sicht

In der Literatur zur intersubjektiven Perspektive der analytischen Behandlungssituation finden sich immer häufiger Kritiken, die sich auf die, in den technischen Ratschlägen Freuds postulierte, neutrale und abstinenten Rolle des Analytikers oder Therapeuten beziehen. Hoffman (1983) unterscheidet in seinem Artikel *The Patient as Interpreter of the Analyst's Experience* zwischen einer Standardsicht, einer konservativen und einer radikalen Kritik des Modells der leeren Leinwand. Hans Loewald (1980) wäre aus dieser Sicht ein Vertreter der konservativen Kritik. Eine radikale Kritik der leeren Leinwand kommt von Konstruktivisten wie Gill (1983, 1997) und erkennt den interpersonalen Charakter der analytischen Situation in fundamentaler Weise an. Gill (1997) bemerkt dazu: „Die Herstellung der psychotherapeutischen Situation wird durch den Therapeuten gefördert, und dies stellt einen massiven Beitrag seinerseits dar“ (S. 70). Diese von Hoffmann (1983) als „soziale Situation“ definierte analytische Situation geht davon aus, dass der Analytiker zur neurotischen Übertragung des Patienten einen signifi-

kanten Beitrag leistet. Der Analytiker wird als Teilnehmer der Analyse angesehen, dessen Verhalten einen interpersonalen Einfluss auf die Ko-Konstruktion oder Mit-Entstehung der Übertragung hat.

Dabei ist selbst die Zurückhaltung eine Form der Kommunikation. Das „metakommunikative Axiom“ von Watzlawick et al. (1967) – „Man kann nicht nicht kommunizieren“ – gilt auch für die analytische Situation. In einer zwischenmenschlichen Kommunikation wie in der Analyse oder Therapie ist es nicht möglich, sich persönlich herauszuhalten und nicht zu kommunizieren. Auch Nicht-Kommunikation ist ein kommunikativer Akt, der vom Anderen wahrgenommen und interpretiert wird. Der relationale Analytiker Gabbard (1994) umschreibt dies folgendermaßen:

„Ein Verhalten, das im Namen von Neutralität stattfindet, ist einfach eine Art und Weise, wie am therapeutischen Dialog partizipiert wird und ist deshalb auch nicht weniger einflussreich als jede andere Art, an ihm teilzuhaben.“ (Gabbard 1994, S. 152, Übersetzung J. T.)

Diese neutrale und abstinente Haltung der klassischen Analytiker mag einem Laien sehr bizarr vorkommen, wie dies Merton Gill (1997) anschaulich darstellt:

„Warum sollte man einem fremden Menschen vertrauen, der hinter einem sitzt, einen auffordert, sich hinzulegen und seine persönlichsten Gedanken zu erzählen, während dieser fremde Mensch – wenn überhaupt – nur sehr wenig sagt und so wenig wie möglich von sich selbst preisgibt?“ (S. 167)

Insofern sieht Gill (1997) auch das Schweigen des Analytikers oder Therapeuten als Interaktion an. Er plädiert dafür, dass der Analytiker sogar *etwas* tut, wenn er *nichts* sagt. Die Welt der Psychoanalyse steht nach Gill immer noch unter dem Diktum Freuds, wonach der Analytiker zwar den analytischen Prozess in Gang bringen könne, dieser aber danach seinen eigenen Verlauf nehme (vgl. Freud 1913, S. 463). Dieses Diktum geht deutlich von der monadischen Konzeption der Analyse aus. Freud hat Gill zufolge nie einen durchgehenden analytischen Zugang zu dem Problem des „menschlichen Einflusses“ in der analytischen Situation bekommen. Stattdessen schlägt Gill (1997) vor, dass der Therapeut sich folgendes Prinzip zu eigen machen sollte: Was er auch unternimmt oder nicht unternimmt, ist eine Handlung, die im interpersonalen Kontext eine Bedeutung hat. Dabei trägt er die Verantwortung dafür, diese spezifische Bedeutung herauszufinden und bei ihrer Interpretation anzuerkennen, dass seine Reaktion – hierzu zählt auch das Schweigen – ein Stimulus ist, der eine Reaktion auf Seiten des Patienten erzeugt. Dies führt Gill zu der Frage, wie sich ein Analytiker verhalten soll, wenn die psychotherapeutische Situation in eine Zwei-Personen-Situation umgewandelt wird. Seine Antwort darauf ist, dass der Therapeut anerkennen sollte, dass er sich tatsächlich bei

verschiedenen Patienten unterschiedlich verhält. Statt zu versuchen, sich einer Uniformität zu verschreiben, sollte er eine gewisse Spontaneität zulassen. Hin und wieder sollte er von dieser wieder Abstand nehmen und die Interaktion, die sich zwischen Übertragung und Gegenübertragung entspannt, einschätzen. Das Ziel sollte demnach sein, dass der Analytiker oder Therapeut darauf hinarbeitet, dass eine „psychoanalytische Situation“ entsteht. Dies ist Gill zufolge eine Situation, in der Analytiker und Patient der Idee verpflichtet bleiben, dass das Nahziel das ist, die Beziehung zu verstehen und sich nicht nur einfach darauf einzulassen. Das Fernziel ist, die Psychopathologie des Patienten vor dem Hintergrund seiner Entwicklung zu verstehen. Bezüglich der Asymmetrie der therapeutischen Situation äußert sich Gill (1997) dahingehend:

„Eine Therapie ist eine asymmetrische Situation, aber ich denke, dass – zumindest in vielen Fällen – die Asymmetrie weitaus geringer sein kann und sogar sollte, als man es üblicherweise für wünschenswert oder notwendig hält.“ (S. 174)

Aus moderner, konstruktivistischer Sicht schlägt Schachter (1994) vor, ein *interaktionell orientiertes* Neutralitätskonzept zu verwenden: „Das wesentliche eines interaktionellen Neutralitätsbegriffs besteht darin, dass der Analytiker für seinen Einfluss die innere Verantwortung übernimmt und sich dazu bekennt“ (zitiert nach Bettighofer 2000, S. 137). Thomä und Kächle (1985, S. 327) schlagen vor, die Bezeichnung „Neutralität“ durch die Begriffe „Wertoffenheit“ oder „Bedachtsamkeit“ zu ersetzen. Sie vertreten die Ansicht, „dass die Forderung nach analytischer Neutralität sich nicht aus dem Ideal einer Wertfreiheit begründen lässt und dass auch die strikteste Neutralität in der Psychoanalyse noch keine Wertfreiheit schafft“ (S. 325). Im Gegenteil muss das Neutralitätsgebot als Ausdruck einer bestimmten Werthaltung der therapeutischen Arbeit betrachtet werden.

Nach Körner und Rosin (1995) ist es sinnvoller, von einer „kontrollierten Subjektivität“ oder einer „subjektiven Abstinenzhaltung“ auszugehen. Laut Körner (2002) wurzelt das objektive Abstinenzkonzept noch in einer Ein-Personen-Psychologie. Als Alternative schlägt er folgende Haltung vor:

„Je mehr hingegen ein Analytiker den psychoanalytischen Dialog als ein interaktionelles Geschehen auffasst und den Beitrag des Analytikers als unvermeidlich einflussreich gewichtet, desto stärker befürwortet er eine elastischere Handhabung der Abstinenzregel mit der Empfehlung an den Analytiker, sich auch in seiner Besorgnis und seinem Wohlwollen zu zeigen.“ (S. 3)

Als Beleg für diese neue Konzeptualisierung von Neutralität bezieht sich Körner u. a. auf die von Krause (1997) durchgeführte, multikanale Psychotherapie-Prozessforschung. Diese habe

gezeigt, wie sehr insbesondere das non-verbale Verhalten von Patient und Therapeut die Interaktion schon in der ersten Stunde steuert.

Die Analytiker, die sich einer intersubjektiven Richtung der Psychoanalyse zugehörig fühlen, sehen in der Neutralität den deutlichsten Ausdruck einer objektivistischen Konzeption der Psychoanalyse. Sie verstehen das Konzept der analytischen Neutralität als „grandiose defensive Illusion“ (Stolorow u. Atwood 2001, S. 66), die durch die Alternative der „empathisch-introspektiven Erforschung“ ersetzt werden muss. Dabei sehen sie die analytische oder therapeutische Situation als ein dyadisches, intersubjektives System an, in dem beide Beteiligte – Therapeut und Patient gleichermaßen – sich wechselseitig beeinflussen. Diese ständige Beeinflussung kann nicht mit einer Forderung nach Abstinenz, Neutralität und Anonymität „eingedämmt“ werden. Stolorow und Atwood (1997) postulieren, dass Analytiker oder Psychotherapeuten vor allem dann geneigt sind, Neutralitätsansprüche geltend zu machen, wenn die Übertragungszuschreibungen ihrer Patienten bedeutsame Aspekte ihres eigenen Selbstgefühls bedrohen. Sie schlagen stattdessen eine Haltung der empathisch-introspektiven Erforschung vor, die eine kontinuierliche Reflexion der unvermeidbaren Beteiligung der persönlichen Subjektivität mit einbezieht und diese sogar fordert.

„Im Gegensatz zur Haltung der Neutralität versucht die Haltung der empathisch-introspektiven Erforschung nicht, den Einfluss, den die psychische Organisation des Analytikers auf das Erleben des Patienten ausübt, abzulenken, zu minimieren oder zu verleugnen. Stattdessen erkennt sie diesen Einfluss als inhärenten Aspekt des zutiefst intersubjektiven Charakters des analytischen Dialogs an und versucht, ihn konsequent zu *analysieren*.“ (S. 67)

Eine absolute Anonymität ist nach Stolorow und Atwood also unmöglich. Die Haltung der empathisch-introspektiven Erforschung bedeute aber nicht, dass die Asymmetrie der Patient-Therapeut-Beziehung verleugnet oder verschleiert werden soll. Stolorow et al. (1996) schreiben:

„[W]ir würden deswegen gern die Abstinenzregel und das ihr korrespondierende Konzept der Neutralität abschaffen und durch eine Haltung nachhaltiger empathischer Untersuchung ersetzen, welche Äußerungen des Patienten aus dessen Sicht und seinem subjektiven Bezugsrahmen zu verstehen sucht.“ (S. 66)

Die Bedeutung und Auswirkung dieser Asymmetrie, in welcher der Patient alles offen legen muss, während der Analytiker oder Therapeut so wenig wie möglich von sich zeigt, soll einer konsequenten Analyse unterzogen werden.

Einer der provokantesten und schillerndsten Repräsentanten der relationen Psychoanalyse ist Owen Renik, der sich in einigen Artikeln äußerst kritisch zum Konzept der analytischen Abstinenz geäußert hat. Renik (1996) geht so weit zu behaupten, dass die Abstinenz des Analyti-

kers dem psychotherapeutischen Prozess schade. Er hat auch die traditionelle Annahme, ein Streben nach Neutralität erzeuge etwas, das der Objektivität nahe kommt, scharf kritisiert: „Da wir in der analytischen Situation ständig auf Grund persönlicher Motivationen handeln, derer wir uns erst *nach begangener Tat* bewusst werden können, ist unsere Technik, das Zuhören eingeschlossen, *unvermeidlich* subjektiv“ (Renik 1993, S. 560). Nach seiner Ansicht besteht jede klinisch praktizierte Psychoanalyse oder Therapie aus einer Interaktion zwischen einem Patienten und einem Analytiker und deren individuellen Psychen – einschließlich der Annahmen, Werte und psychologischen Idiosynkrasien. Die Beiträge des Analytikers werden mit Bezug auf das Konzept der Gegenübertragung untersucht, wobei als Leitlinie gilt, dass dieser reflektieren und nicht agieren solle. An dieser traditionellen Auffassung der Psychoanalyse kritisiert Renik, dass aus dem Gegenübertragungsgagieren des Analytikers und den darauf folgenden Reaktionen des Patienten nicht nur eine Menge gelernt werden kann, sondern dass die Gegenübertragung erst bewusst werden kann, *nachdem* sie bereits stattgefunden hat, da „das Bewusstsein der Gegenübertragung immer retrospektiv ist, Gegenübertragungs-Enactments gehen ihm voraus“ (Renik 1993, S. 556).

Renik nimmt hier eine sehr provokative und innovative Position ein, indem er so weit geht, selbstkritisch zu behaupten, dass „das Konzept der analytischen Neutralität eine entscheidende Rolle in unserer Vermeidung gespielt hat“ (S. 509). Weiter schreibt er:

„Das technische Konzept der Neutralität ist ein Überbleibsel einer inzwischen weitgehend verworfenen Konzeption des analytischen Prozesses, der auf der Vorstellung basiert, dass der Patient seine oder ihre Psychologie auf eine möglichst leere Leinwand wirft.“ (ebd., S. 505)

Der unsichtbare und anonyme (schizoid-zwanghafte) Analytiker, der noch in Freuds Augen keine persönlichen Züge haben durfte (Chirurgenmetapher) wurde in der Nachfolge Freuds im ungünstigen Fall zu einer „Deutungsmaschine“. Diese Form der analytischen Anonymität führte auch zu einer Idealisierung des Analytikers, gegen die Freud selber nichts einzuwenden hatte. Renik (1999) kommentiert dies selbstkritisch:

„Die Strategie der ‘Nicht-Preisgabe’ und der Aufrechterhaltung des Ideals des ‘anonymen’ Analytikers hat uns indirekt die Möglichkeit gegeben, Idealisierungen in Gang zu setzen und zu akzeptieren, obwohl wir vorgeben, sie vorbehaltlos zu analysieren.“ (S. 941)

Als Alternative schlägt Renik (1996, S. 512) vor, dass der Autonomie des Patienten am besten damit gedient ist, wenn die Interventionen und Deutungen dem Patienten als das angeboten werden, was sie sind: persönliche Beurteilungen, die oft durch Theorien beeinflusst sind, aber immer im Kontext der emotionalen Beteiligung des Analytikers am analytischen Geschehen

stehen. Renik hat damit einen entscheidenden Beitrag dazu geleistet, den Therapeuten oder Analytiker für die eigene Subjektivität zu sensibilisieren und sich vor einem Festhalten an starren Verhaltensregeln in Acht zu nehmen.

„Zu behaupten, dass ein Analytiker die Kommunikation seiner eigenen, individuellen Psychologie – emotionale Reaktionen, persönliche Werte, Konstruktionen der Realität usw. – minimieren könne, läuft in meinen Augen auf die Empfehlung hinaus, einer Illusion nachzujagen.“ (1995, S. 931)

Renik (1993, S. 562) vertritt die überzeugende Ansicht, dass „Analytiker ihre nicht reduzierbare Subjektivität erkennen und ihre Wirkungen untersuchen können“ und spricht sich zu diesem Zweck für eine systematische und umfassende Theorie der analytischen Technik aus, die die unvermeidbare und alles durchdringende Subjektivität des Analytikers mit berücksichtigt. Er betont in diesem Zusammenhang: „Jede vom Analytiker getroffene Wahl ist auf die eine oder andere Weise in seinen persönlichen Meinungen und Annahmen über die Welt begründet“ (1995, S. 90).

Auf der Suche nach neuen Leitmetaphern versteht er den Analytiker als „Skifahrer“ oder als „Surfer“ und versucht so, die traditionellen Metaphern des Analytikers als Chirurgen oder als reflektierenden Spiegel zu ersetzen. In diesen Leitmetaphern werden die Selbst- und Objektbilder deutlich, mit denen ein Beziehungsanalytiker wie Renik arbeitet:

„Statt den Analytiker als Chirurg oder reflektierenden Spiegel zu verstehen, könnte unsere Leitmetapher der Analytiker als Skiläufer oder Surfer sein – jemand, der sich zugesteht, dass mächtige Kräfte auf ihn einwirken, wissend, dass diese eher zu handhaben und zu zähmen als vollständig zu kontrollieren sind. Natürlich sind die Kräfte, mit denen ein Analytiker zu kämpfen hat, innere Kräfte. In diesem Sinne sollten wir uns eine effektive klinische psychoanalytische Praxis vielleicht als etwas vorstellen, das einem guten Sex nicht unähnlich ist, insofern das erwünschte Ergebnis nur dann erreicht werden kann, wenn in gewissem Maße die Selbstkontrolle als Ziel aufgegeben wird.“ (Renik 1999, S. 565)

In den hier geäußerten Leitmetaphern wird jeder Anspruch auf Objektivität aufgegeben. Das angestrebte Ideal ist dagegen die Suche nach Erkenntnis der Bedeutungen, die aus der intersubjektiven Situation eines einzigartigen analytischen Paares resultieren. In dieser Hinsicht ist Renik ein radikaler Vertreter des Postmodernismus und Konstruktivismus. Die Gefahr des Begriffs Neutralität liegt für ihn in der absoluten Unmöglichkeit, die Subjektivität des Analytikers zu überprüfen und zu kontrollieren. Durch Reniks Ideen wurde die Debatte über die analytische Neutralität in den letzten Jahren stark aufgeheizt und kontrovers diskutiert (siehe Schmidt-Hellerau 2002).

Eine etwas gemäßigtere Haltung als Renik nimmt unter den Relationalisten Stephen Mitchell ein, obwohl er die Idee der „nicht reduzierbaren Subjektivität des Analytikers“ von Renik

übernimmt. Mitchells (2005) interaktives Verständnis des analytischen Prozesses mündet nicht unmittelbar in eine bestimmte Art zu handeln, in eine bestimmte analytische Haltung, in bestimmten Anweisungen, an denen sich der Kliniker in seinen Entscheidungen orientieren kann. In Mitchells Konzeption liegt der Akzent nicht auf bestimmten Verhaltensweisen oder -einschränkungen, sondern auf exaktem Denken, auf „selbstreflexivem emotionalen Engagement“ und auf „fantasievoller Teilnahme“ (ebd., S. 11). Wie alle relationalen Analytiker kritisiert er den von ihm beschriebenen „Mythos vom generischen Analytiker“ (ebd., S. 29), der das verdrängte Material des Patienten durch Deutung befreien soll und bei dem seine gesamte Subjektivität keine Rolle spielen darf. Die Ideale der Neutralität, Abstinenz und Anonymität – die tragenden Säulen der klassischen Technik – verstärken Mitchell zufolge diesen Mythos, indem sie es als möglich erscheinen lassen, dass der Analytiker nicht wirklich präsent und sichtbar ist. Die Autonomie des Patienten kann in dieser Art von klassischen Verhaltensregeln nicht ausreichend gewahrt werden. Stattdessen schlägt er folgende Alternative vor:

„Der konstruktivste Schutz für die Autonomie des Patienten ist nicht das Leugnen des persönlichen Einflusses des Analytikers, sondern die Anerkennung des interaktiven Wesens des analytischen Prozesses, sowohl in unseren theoretischen Konzepten als auch in unserer klinischen Arbeit.“ (Mitchell 2005, S. 48)

Die wichtige Frage, mit der er sich auseinandersetzt, ist die nach einer Alternative zu dem Beharren auf der Vorstellung, dass der Analytiker einen neutralen „Hochsitz“ hat, auf dem seine Autorität ruht. Diese Alternative, die von relationalen Autoren wie Aron (1996), Greenberg (1986, 1995) und Spezzano (1993) vertreten wird, besteht darin, die subjektive Teilnahme des Analytikers am therapeutischen Prozess als unvermeidlich anzusehen. In Mitchells (2005) Worten:

„Im Lichte dieser alternativen Sichtweise erscheint die Gegenübertragung in geringerem Maße als ein Sturm, aus dem man hin und wieder auftaucht, um erneut den „Hochsitz“ zu besetzen, und sie gleicht eher dem Wetter selbst.“ (S. 234)

Der Analytiker ist trotz bester Absichten in eben jenes Netz verstrickt, das zu erforschen er die Patienten anregen möchte. Aus diesem Grunde ist das Erleben des Analytikers oft von den Affekten, Dynamiken und Konflikten durchtränkt, deren Durchschauen und Verstehen er dem Patienten nahebringen möchte. Damit gibt es aber auch keine Standardlösung oder Standardtechnik nach Mitchell. Das Denken und die Entscheidungen des Analytikers finden stets im Kontext einer einzigartigen Situation statt. Daher sind auch jegliche Metaphern und Leitbilder für den Kliniker obsolet: „Aus unserer heutigen Sicht gleicht der Analytiker nicht so sehr dem

Chirurgen, den wir uns nach Freuds Willen vorstellen sollen, sondern eher dem sprichwörtlichen Zauberlehrling“ (Mitchell 2005, S. 68).

Mitchell (2005) bezeichnet seine eigene psychoanalytische Haltung als „selbstreflexive Empfänglichkeit einer bestimmten (psychoanalytischen) Art“ (S. 248). Gute analytische Technik besteht deshalb nicht darin, dass man bestimmte „korrekte“ Handlungen ausführt, sondern sie erfordert intensives, diszipliniertes Denken, einen Prozess fortlaufender Reflexion auf der einen Seite, ein hohes Maß an Flexibilität und Sensibilität dafür, welche Art von Präsenz für den jeweiligen Patienten hilfreich wäre auf der anderen Seite. Es gibt keine einzig und allein richtige klinische Handlung – allerdings einige außerordentlich falsche. Seine eigene „Haltung“ beschreibt Mitchell in einem eindrucksvollen Abschnitt, den ich hier in ganzer Länge zitieren möchte:

„Mein Eindruck ist, dass das Streben nach Zuständen wie dem der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ (Freud), der „analytischen Haltung“ (Schafer) und der „Träumerei“ (Bion) andere Möglichkeiten, andere Arten der Empfänglichkeit meinen Patienten gegenüber ausschließt. In manchen Situationen erscheint es mir als nützlich, dass meine Aufmerksamkeit stark fokussiert ist, also eben *nicht* „gleichschwebend“; es gibt auch Situationen, in denen ich das Gefühl habe, dass für meine Patienten eine authentische Reaktion von mir wichtig ist, also *keine* Haltung; und es gibt Situationen, in denen mir gemeinsames sorgsames Nachdenken als fruchtbarer erscheint als Träumen. Ich habe festgestellt, dass ich den produktivsten Gebrauch von mir mache, wenn ich mich bemühe, zu verstehen, wie ein Patient sich mir in einer bestimmten Sitzung darstellt, und ich dann darüber zu reflektieren versuche, wie ich darauf reagiere. Welche Version von mir wird durch die Präsenz des Patienten am heutigen Tag evoziert? Wer bin ich? Wie bin ich, wenn ich mit dem Patienten zusammen bin?“ (Mitchell 2005, S. 249)

Dem schließt sich auch sein Kollege Greenberg (1991) in seiner Konzeption von analytischer Neutralität an. Er hebt hervor, dass es nahezu unmöglich sei, einen neutralen „Platz“ einzunehmen:

„Neutralität, definiert nicht als konkretes Verhalten oder bezogen auf die Intention des Analytikers, sondern in dem Sinne, der für den jeweiligen Patienten persönlich bedeutungsvoll ist, kann nicht *a priori* festgelegt werden, sondern ist nur in der interaktiven Arbeit mit jedem einzelnen Patienten zu erreichen.“ (Greenberg 1991, Übersetzung J. T.)

Neutralität als etwas anzusehen, was in einer Reihe von Verhaltensanweisungen verkörpert ist, erscheint ihm unangemessen. Greenberg (1986) und Aron (1991) liefern außerdem in diesem Zusammenhang eine interessante Definition der Neutralität aus relationaler Perspektive. Als Ziel der Neutralität definiert Greenberg (1986) die Richtlinie, dass der Therapeut zwischen zwei Wahrnehmungsweisen seiner selbst aus der Sicht des Patienten eine Balance halten soll, und zwar zwischen ihm als „neuem“ und als „altem“ Objekt. Greenberg (1986) bemerkt dazu: „Wenn der Analytiker nicht als neues Objekt wahrgenommen werden kann, nimmt die Analyse nie einen Anfang; wenn er nicht als altes Objekt wahrgenommen werden

kann, nimmt sie nie ein Ende“ (S. 98). Aus diesem Grunde hält sich der Analytiker zu gleichen Teilen als „altes“ und als „neues“ Objekt für den Patienten zur Verfügung.

8.5. Neutralität und psychodynamische Psychotherapie

Historisch gesehen hat die Entwicklung der Objektbeziehungstheorie der englischen (Fairbairn, Guntrip, Winnicott) und der ungarischen Schule (Ferenczi und sein Schüler Balint), die sich besonders durch die Behandlung schwer gestörter Patienten hervortat, auch zu einem veränderten Abstinenz- und Neutralitätsbegriff geführt. In der Praxis wurde offensichtlich, dass die Einhaltung von Abstinenz und Neutralität sich als unzutraglich, unangebracht und teilweise schädigend auswirkte. Die klassische Couchlage wurde durch ein Gegenübersitzen ersetzt, die Einstellungen der Abstinenz, Neutralität und Anonymität wurden relativiert. In dem Maße, in dem der Analytiker vom „spiegelnden“ zum „aktiven Analytiker“ (Thomä 1981) wurde, verlor auch die Abstinenz-*Regel* ihre theoriebestimmte Vormachtstellung. Der aktive Analytiker wurde für den Patienten als Person sichtbarer als der spiegelnde Analytiker, er löste sich aus der passiven Position, die er „klassischerweise“ einnehmen zu müssen glaubte. Die therapeutischen Grundeinstellungen orientierten sich insgesamt mehr an dem von Winnicott (1974) beschriebenen *holding* und dem von Bion (1962) postulierten *containing*.

Die Wendung zur prägenitalen Störung durch die Objektbeziehungstheorie war somit mit einer Änderung der Abstinenzhaltung des Analytikers verbunden. Der Patient darf nach dieser Theorie im prägenitalen Bereich tief- und weitreichende Befriedigung erfahren. Winnicott (1962) spricht im Zusammenhang mit der bedeutsamen Rolle der Mutter gegenüber dem Säugling im Patienten von „liebvoller Präsenz“, Khan (1963) von „Nicht-Interpretation zugunsten der Existenz Erfahrung“. Und Balint (1968) stellt die These auf, dass der Therapeut sich von Patienten, die auf die Stufe der Mutter-Kind-Dyade regrediert sind, gebrauchen lassen sollen wie der Boden, auf dem man wächst, und wie die Luft, die man einatmet. Die technischen Experimente von Ferenczi und Balint bei präödipl gestörten Patienten machten deutlich, dass eine klassisch neutrale Haltung im Sinne des Heilungsprozesses äußerst kontraproduktiv sein kann.

In der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie nach Heigl-Evers (1998), die sich besonders auf die Behandlung von frühen Störungen konzentriert, wurden daraus später die Einstellungen der *Präsenz*, des *Respektes* und der *Akzeptanz* dem Patienten gegenüber. Heigl-Evers bemerkt: „Entsprechend muss der Therapeut in der interaktionellen Psychotherapie die psy-

choanalytischen Prinzipien der Abstinenz, der Anonymität und der Neutralität zugunsten des Prinzips Antwort partiell verlassen“ (ebd., S. 156).

Bei strukturell Ich-Gestörten ist häufig kein ausreichendes Holding und Containing von Seiten der frühen Bezugspersonen angeboten worden, und somit konnte auch keine Objekt Konstanz erreicht werden. Aus diesem Grunde wird in der interaktionellen Psychotherapie die Wichtigkeit äußerer Objekte betont, mit denen das Individuum in mannigfaltigen Wechselbeziehungen steht. Die neuere Säuglingsforschung legt eine angeborene „*social responsiveness*“ des Säuglings nahe, anders, als dies in den ersten triebtheoretischen Konzepten über die frühe Kindheit vermutet wurde. Das Ziel dieser auf die Behandlung von Frühgestörten ausgerichteten psychodynamischen Therapieform wird von Heigl-Evers folgendermaßen umschrieben:

„Das zentrale Ziel der psychoanalytisch-interaktionellen Psychotherapie ist die Veränderung der mangelnden Differenzierung von Objekt- und Selbstrepräsentanzen aufgrund basal gestörter innerer (Teil-)Objektbeziehungen in Richtung auf triadische Ganz-Objektbeziehungen.“ (Heigl-Evers u. Ott 1998, S. 153)

In ähnlicher Weise wie in der von Heigl-Evers postulierten Veränderung der Neutralitäts- und Abstinenz-Vorstellung in der Behandlung von strukturell gestörten Patienten wird auch in der modernen psychoanalytischen Traumatherapie die Persönlichkeit des Therapeuten stärker in den Vordergrund gerückt. Matthias Hirsch (2004) bemerkt dazu: „In der Therapie von persönlichkeitsgestörten Patienten ist der Analytiker zuallererst eine reale Person, handelt authentisch und emotional“ (S. 201).

Dabei ist grundsätzlich anzumerken, dass die Diskussion über die Bedeutung der therapeutischen Neutralität in analytischen Kreisen ihren festen Platz hat und dass sie für die von ihr abstammenden psychodynamisch arbeitenden Verfahren meines Erachtens in noch viel größerem Maße zentral ist. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wurzelt ebenso wie die klassische Psychoanalyse im Werk Freuds. Einige der von Freud durchgeführten Therapien waren Kurzzeittherapien, die ein klares Behandlungsziel vor Augen hatten. Wie Maroda (2004) ausführt, war Psychoanalyse in Freuds Zeiten normalerweise auf einen Zeitraum von sechs bis achtzehn Monate begrenzt. Durch eine erhebliche Verlängerung der Behandlungszeiten für eine psychoanalytische Behandlung von inzwischen fünf bis sieben Jahren (manchmal sogar von zehn bis fünfzehn Jahren) stellt sich eine Situation her, die sich sehr von der unterscheidet, wie sie zu Freuds Zeiten war. Vor diesem Hintergrund der erheblich verlängerten Behandlungszeiträume, stellt sich Karen Maroda (2004) die Frage:

„Wie um alles in der Welt kann eine formale, einseitige Beziehung so lange überdauern? Warum haben sich unsere Ideen über die Natur und Qualität dieser Beziehung nicht verändert, um mit die-

ser dramatischen Veränderung der Behandlungsdauer Schritt halten zu können?“ (S. 8, Übersetzung J. T.)

Die Veränderung der Behandlungsdauer und des Sitz-Arrangements durch die Einführung der psychodynamischen Therapie reicht zwar bis in die Anfangszeit der Psychoanalyse zurück, wurde aber meines Erachtens erst in den letzten Jahren in all ihren theoretischen und praktischen Konsequenzen beachtet.

Historisch ergab sich die eigentliche Fundierung der tiefenpsychologisch ausgerichteten Psychotherapie durch die beiden Autorenpaare Ferenczi und Rank (1924) auf der einen und Alexander und French (1946) auf der anderen Seite. Diese beiden Autorenpaare beschrieben erstmalig zeitbegrenzte Behandlungen mit einer aktiven Rolle des Therapeuten unter Beibehaltung der klassischen psychoanalytischen Theorie. Der Analytiker Ludwig Janus (2002) legt in einem Artikel über die Entwicklung und Eigenständigkeit der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie dar, dass diese nur dem Namen nach eine deutsche Besonderheit darstellt, inhaltlich aber dem entspricht, was international als „Psychodynamische Psychotherapie“ (*psychodynamic psychotherapy*) bezeichnet wird. Die sogenannte *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* orientiert sich theoretisch an dem psychoanalytischen Theorierahmen, auch wenn sich ihre formalen Setting-Bedingungen und die inhaltlichen Begrenzungen von der klassischen analytischen Behandlungspraxis unterscheiden. Die entscheidende Modifikation gegenüber dem psychoanalytischen Ansatz ist die Zentrierung auf soziale Probleme, deren unbewusste Verwurzelung und ihre Bearbeitung außerhalb der Übertragung (Ermann 1995). Daneben wird ein regressiver interaktioneller Prozess durch eine geringere wöchentliche Stundenfrequenz (1–2 Stunden pro Woche) und durch eine Gesamtbehandlungsdauer von maximal 100 Stunden begrenzt. Inhaltlich ist nach Meinung der meisten Kliniker die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nicht einfach nur eine analytische Psychotherapie mit weniger Zeitkontingent. Die Verkürzung erfordert vielmehr eine Veränderung der Zieldefinition, des Prozessverständnisses, der Interventionsstrategie sowie eine Veränderung der Indikationskriterien. Tenbrink (2002) hat die Eigenständigkeit der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wie folgt umschrieben:

„Es handelt sich bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie also weder um ein ‘All-Round’-Verfahren, das sich für eine allgemeine Psychotherapie mit universeller Indikation eignet, noch um eine verkürzte Form einer Psychoanalyse. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie lässt sich vielmehr definieren als ein psychoanalytisch begründetes Behandlungsverfahren mit eigenen Zielen, Prozessmerkmalen, Interventionsstrategien und Indikations- und Prognosekriterien. Solange dies hinreichend Beachtung und Berücksichtigung findet, und das Verfahren in die psychoanalytische Erfahrungsbildung eingebunden bleibt, dürfte der Wert dieses Verfahrens unbestritten sein. (S. 140)

Zusammenfassend kann man sagen, dass die psychodynamische Therapie all jene Therapieformen bezeichnet, deren gemeinsames Merkmal der Bezug zur Psychoanalyse ist. Die in diesem Kapitel dargelegten neuen Strömungen innerhalb der Psychoanalyse sind demnach nicht nur für die Neukonzeptualisierung in klassisch psychoanalytischen Kreisen relevant, sondern treffen mehr oder weniger auf alle Richtungen innerhalb der Therapieszene zu, die mit den psychoanalytischen Konzepten des Widerstandes und der Übertragung bzw. der Gegenübertragung arbeiten.

Obwohl die tiefenpsychologisch fundierte oder psychodynamische Psychotherapie häufig – vor allem von etablierten Psychoanalytikern – als „Kupfer im Gegensatz zu Gold der Langzeitpsychoanalyse“ angesehen wird, ist sie die Therapieform, die in Deutschland zurzeit am häufigsten praktiziert wird (Hoffman u. Schüßler 1999). Wie die Analytikerin Eva Jaeggi (2004, S. 169) bemerkt, gibt es aus Sicht der meisten Psychoanalytiker bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie erfreulicherweise nicht nur weniger Regression und kein Anwachsen der Übertragungs-Neurose, sondern auch eine Steuerung der Übertragung und mehr Bearbeitung aktueller Konflikte. Jaeggi (2004) äußert sich kritisch dazu, dass die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie meist durch das „Weniger“ des Guten definiert wird. Somit erscheint sie immer ein klein wenig defizitär (als ob sie sich schämen müsste vor der „Mutter“ Psychoanalyse). Nun gibt es jedoch sehr viele Bereiche, wo „weniger“ mehr ist.

Seit dem Jahre 1967 ist die tiefenpsychologisch fundierte Therapie überhaupt erst eine Kassenleistung in Deutschland. Wie Janus (2002) anführt, sind die Wirkungsmechanismen auch vom klassisch analytischen Establishment noch nicht angemessen honoriert und erforscht worden:

„Praktisch funktioniert die sogenannte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, wie ausgedehnte klinische Erfahrung zeigt, viel besser als sie eigentlich funktionieren dürfte, oder anders ausgedrückt, in der dynamischen Psychotherapie passiert viel mehr, als der durch die klassische Psychoanalyse bestimmte Theorierahmen wiedergibt.“ (S. 9)

Zurecht kritisiert Janus die Eingrenzung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie auf bestimmte „Fokalkonflikte“, da in der Konflikt- und Notfallsituation, in welcher der Patient zur Psychotherapie kommt, in jedem Fall auch „die ganze archaische Konfliktdynamik unserer komplexen Identitätsentwicklung von der vorsprachlichen Zeit bis zur Erwachsenenzeit präsent ist“ (ebd.). Eine Störung in der momentanen Konfliktlage und in der Affektdysregulation steht dabei immer vor dem Hintergrund der konflikthafter Lebensgeschichte und Affektdysregulation, wie sie sich über die gesamte Lebensspanne entwickelt hat. Eine Fokussierung auf einen oder mehrere Fokalkonflikte wäre damit äußerst problematisch, da diese un-

trennbar mit lebensgeschichtlich entwickelten Beziehungs- und Interaktionsmustern verbunden sind und von diesen auch in der therapeutischen Praxis nicht zu trennen sind.

Gegen die weitläufige Auffassung, die „extrinsischen Kriterien“ einer Therapie (Sitzungsfrequenz, Verwendung der Couch oder des Sessels, Behandlungsdauer, formale Ausbildung des Therapeuten) als Differenz zwischen Psychotherapie und Psychoanalyse gelten zu lassen, wendet sich Gill (1997), indem er die Möglichkeit einer klaren Unterscheidung dieser beiden Verfahren zurückweist. Er beschäftigt sich in dem Buch *Psychoanalyse im Übergang* mit der Beziehung zwischen (psychodynamischer) Psychotherapie und Psychoanalyse, indem er sie als jeweils spezielle Techniken auffasst. Nach vorherrschender Meinung handelt es sich hierbei um zwei unterschiedliche Techniken, und es wird oft betont, wie wichtig es sei, sie auseinander zu halten (siehe Tenbrink 2002). Die Motivation, diese Techniken strikt zu trennen, entspringt Gill zufolge aus der Sorge, dass Psychoanalytiker ständig anfällig dafür seien, die psychoanalytische Technik durch psychotherapeutische „Kontaminierung“ aufweichen zu lassen. Gill (1997) zitiert Lipton (1972), der spottet, ein wesentliches Ziel einiger zeitgenössischer psychoanalytischer Techniken scheine zu sein, eine Therapie vor der Anklage zu schützen, sie sei „bloß“ Psychotherapie. Die Psychoanalyse als Behandlungsform – nicht als theoretisches Gedankengebäude – scheint sich derzeit in gewisser Weise in Auflösung zu befinden. Die Analyse als Therapie hat in den letzten Jahren viel von dem Prestige verloren, das sie einmal besaß. Dies zeigt sich u. a. an zunehmend gesunkenen Zahlen der Bewerber für die Ausbildung an Instituten. Da die Psychoanalyse ein sehr zeit- und kostenintensives Verfahren ist, sind immer weniger Menschen bereit, sich einer mehrjährigen, hochfrequenten Analyse zu unterziehen. Ein weiterer Faktor für den Prestigeverlust der Analyse als klassische Behandlungsform ist die zunehmende Desillusionierung, was das Ergebnis der Psychoanalyse als Therapie betrifft. Mit den relativ groben Mitteln der Outcome-Forschung betrachtet, sind die Unterschiede zwischen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Psychoanalyse nicht besonders markant zu machen. Eva Jaeggi (2004) schreibt: „Es gibt viele Analysen, die eigentlich Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie auf der Couch sind“ (S. 174).

Das entscheidende Kriterium, das zwischen Psychotherapie und Psychoanalyse zu differenzieren gestattet, ist Gill (1997) zufolge der Umstand, dass die Übertragung – d. h. die Art, wie der Patient die Interaktion erlebt – in der Psychoanalyse so eingehend wie möglich analysiert wird. In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wird sie hingegen mehr oder weniger *absichtlich* nicht in dieser Tiefe analysiert. Gill befürwortet demnach das Prinzip, dass der Analytiker oder Therapeut die analytische Technik ungeachtet der äußeren Dimension der Therapie praktiziert. Die „analytische Situation“, wobei dieser Begriff üblicherweise im Zu-

sammenhang mit der herkömmlichen Psychoanalyse verwendet wird, kann sich nach Gill auch entwickeln, wenn mit dem Patienten eine geringere Sitzungsfrequenz vereinbart wird, als dies in der klassischen Analyse üblich ist. Gill (1997) definiert diese „analytische Situation“ folgendermaßen: „Es handelt sich dann um eine psychoanalytische Situation, wenn beabsichtigt ist, die Interaktion so tiefgreifend wie möglich zu analysieren; ist dies nicht der Fall, handelt es sich um eine psychotherapeutische Situation“ (S. 104). Er hält es allerdings für wichtig, immer zu versuchen, in der Therapie eine analytische Situation herzustellen:

„Meiner Ansicht nach können Therapeuten häufig keine analytische Situation herstellen, weil sie sich von einem Patienten, der sich gegen die Exploration der Interaktion sträubt, zu leicht die Laune verderben lassen. Viele Therapeuten sind in dieser Hinsicht Feiglinge, weil sie immer noch unter dem Bann des Verbots der Interaktion jener stehen, welche ihre Ubiquität nicht anerkennen.“ (Gill 1997, S. 230)

Der Analytiker Thomä (1999) hat für die Psychoanalyse am Übergang in das zweite Jahrhundert ihrer Geschichte einen kaum mehr überschaubaren Pluralismus, Subjektivismus und Eklektizismus festgestellt. Dies gilt umso mehr für die von der Psychoanalyse abgeleiteten Verfahren wie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Wöller und Kruse (2001) stellen in ihrem Lehrbuch *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* als zentrales Merkmal den „theoretischen Eklektizismus“ und „behandlungstechnischen Pluralismus“ (S. 15) in den Vordergrund. Diese Methode der Psychotherapie zeichnet sich durch zwei überaus bedeutsame Grundorientierungen aus: ihre Perspektivenvielfalt und die Adaptivität des therapeutischen Vorgehens. Und das betrifft unter anderem auch die Konzeption der Neutralität bzw. Abstinenz, wie sie aus der Sicht der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie vertreten wird. Bei Wöller und Kruse (2001) wird Abstinenz als die Einstellung definiert, die Folgendes beherzigt:

„Unter Abstinenz möchten wir vielmehr den *Verzicht auf die Verfolgung eigener – bewusster oder unbewusster – Bedürfnisse zu Lasten des Patienten* verstanden wissen. Dies bedeutet einen Verzicht auf die Befriedigung eigener heimlicher Triebimpulse sowie auf die Realisierung eigener Wert- und Normvorstellungen.“ (S. 71)

Dies entspricht nahezu exakt der Bestimmung der Abstinenz bei Mertens (1998), der sie ganz explizit als „Einstellung, den Patienten nicht für eigene narzisstische Zwecke zu missbrauchen“ (S. 1) definiert. Ganz allgemein wird in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, inklusive Traumatherapie, weniger Wert auf strenge Neutralität und abstinente Haltung des Therapeuten gelegt.

Eva Jaeggi (2004) schreibt in einem Artikel über *Beziehungsgestaltung in zeitbegrenzten Psychotherapien*, dass der Therapeut in diesen psychodynamischen Therapieformen insgesamt

realer gesehen wird und sich weniger an starre Regeln zu halten hat, als dies beim „freudianisch“ arbeitenden Analytiker der Fall ist:

„In der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist es nicht möglich, sich an starre Behandlungsregeln zu halten, weil es nur wenige gibt, wenn diese Therapieform nicht als eine ‚kleine‘ Psychoanalyse betrachtet wird. Flexibilität, Sensitivität und Nonkonformismus – alles Bestandteile von Kreativität – sind dabei in hohem Maße erforderlich.“ (S. 173)

Eine höhere Kreativität und Flexibilität wird demnach von dem Therapeuten verlangt, der nach dieser Methode arbeitet. Die Tatsache, dass der Therapeut mehr als „reale Person“ in der therapeutischen Situation auftaucht, heißt aber auch für Jaeggi, dass die operative Seite im Sinne des „Enactments“ bedeutsamer wird. Ein aktiver, ressourcenorientierter, die Intervention je nach Situation wechselnder Therapeut stellt die eigene Person stärker in den Mittelpunkt, „er liefert sich dem Patienten in seiner Person aus, wird auch angreifbar und verletzlicher“ (ebd.). Der Traumatherapeut und Analytiker Matthias Hirsch (2004) sieht in der Verbindung von Abstinenz und Flexibilität die angemessene Haltung: „Die Kunst wäre eben, eine gewisse gebotene Aktivität, persönlichen Stil und individuelle Kreativität im therapeutischen Dialog mit einer grundlegenden Haltung der Abstinenz zu verbinden“ (Hirsch 2004, S. 113).

8.6. Klassische und moderne Neutralitätskonzepte und deren Bezug zu Scham

Was bedeuten nun diese hier vorgestellten klassischen und modernen Neutralitätskonzepte unter dem Blickwinkel der Scham? Wie verhält es sich mit den Schamgefühlen und -ängsten des Therapeuten, wie mit denen des Patienten? Die hier als Grundpfeiler der analytischen Orthodoxie dargestellten Prinzipien von Abstinenz, Neutralität und Anonymität haben ohne Zweifel zu einem Ideal des neutralen, zurückspiegelnden Analytikers geführt, der jedoch immer eine literarische Kunstfigur war. Diese idealisierte Standardtechnik, die von der Psychoanalyse – wenigstens theoretisch – über lange Zeit vertreten wurde, hat einen Über-Ich-Charakter angenommen:

„Man achte einmal darauf, wie häufig in psychoanalytischen Publikationen Sätze vorkommen, in denen festgelegt wird, was ‚der Analytiker‘ zu tun hat bzw. was die Psychoanalyse ist. Wer immer sich in den genannten Merkmalszuschreibungen (z. B. „Neutralsein“) entzieht, ist kein wirklicher Analytiker, bzw. er handelt unanalytisch.“ (Thomä u. Kächele 1985, S. 327)

Cremerius bemerkt dazu weise: „Ideale, die man nicht erreichen kann, gefährden die Wahrheit“ (1984, S. 794). Von diesem Zitat ausgehend könnte man aber auch die These aufstellen: „Ideale, die nicht erreicht werden, erzeugen Scham“. Dabei ist anzumerken, dass mit dem Nicht-Erreichen des klassischen Ideals einer makellos technisch-analytischen Haltung Generationen von psychoanalytischen und psychodynamischen Ausbildungskandidaten ein Gefühl der Scham verbunden haben (Mitchell 2003 a, S. 81). Bettighofer (2000) erwähnt ebenfalls diese (Scham-)Angst der Analytiker, wenn sie sich nicht an die propagierten analytischen Idealvorstellungen halten, indem er schreibt: „Die Überich-Angst der Analytiker, die Befürchtung, nicht analytisch zu arbeiten und aus der psychoanalytischen Gemeinschaft ausgeschlossen zu werden, scheint nach wie vor weltweit so groß zu sein“ (S. 34). Aus diesem Grunde ist es eines der bestgehütetsten Geheimnisse der Psychoanalytiker, wie sehr sie entgegen ihrer eigenen Idealvorstellungen immer wieder diese Neutralitäts- und Abstinenzvorstellungen in einer subjektiv mit Schamgefühlen verbundenen Weise durchbrechen. Theoretisch wurde dieses Bemühen um Neutralität damit begründet, dass die Autonomie des Patienten angeblich durch Ausschaltung persönlicher Einflussnahme des Analytikers erhalten bleiben sollte. Dieses strikte Beharren auf Askese und Zurückhaltung spiegelt sich in dem früher populären Ausdruck „*streng* freudianisch“ wider. Die Autoren Orange, Atwood und Stolorow (2001) bemerken selbstkritisch, dass „häufig sogar beziehungstheoretisch orientierte Analytiker und Therapeuten die Neutralität als ehrwürdiges, wenn gleich unerreichbares Ideal hochhalten und dass Abweichungen von diesem Ideal Scham oder reaktive Schamlosigkeit wecken“ (S. 56). Nicht nur aufgrund des Über-Ich-Charakters einer idealisierten Standardtechnik wird meines Erachtens Scham erlebt. Ein nicht unwesentlicher Teil der Anonymitätsvorstellungen kann aus der Tatsache erklärt werden, dass der Analytiker sich als Person – mit all seinen Idiosynkrasien, Verletzlichkeiten und Scham anfälligkeiten – hinter einem Schutzwall verbergen möchte, der rationalisierend mit Abstinenz- und Neutralitätsidealen gerechtfertigt wird. Patienten erleben diese abstinente Haltung in der Regel nicht als neutral. Obwohl die analytische Neutralität theoretisch als eine Haltung verstanden wird, in welcher der Therapeut so wenig wie möglich die eine oder die andere Seite eines Konfliktes des Patienten einnimmt, wurde Neutralität häufig als eine passive und unbeteiligte Haltung missverstanden. Auch die Selbstpsychologen Lansky und Morrison (1997) stellen dies heraus:

„Für viele Patienten ist eine abstinente, unbeteiligte Haltung definitiv nicht neutral. Das Versagen optimaler Responsivität wird für einige Patienten als emotionales Im-Stich-Lassen, Retraumatisierung und offene Demütigung erlebt – nicht nur als eine imaginierte Kränkung der grandiosen oder infantilen Phantasie, sondern als eine tatsächliche Beraubung eines stützenden Objektes, dessen Fehlen intensive Scham erzeugt.“ (S. 36, Übersetzung J. T.)

Man kann ohne weiteres erkennen, dass sich hinter dem rigiden und betont reservierten Verhalten des Analytikers, das Stone (1973, S. 136) als „roboterartige Anonymität unserer neoklassischen Periode“ charakterisiert hat, sehr wohl ein von Ängstlichkeit, Kontrollbedürfnissen und narzisstischer Grandiosität ausgehender Omnipotenzanspruch verbirgt, der den Analytiker davor schützen soll, als „reale Person“ für den Patienten erkennbar zu sein und sich mit dem Patienten auf eine intersubjektive Situation einzulassen. Ehrenberg (1992) führt das Argument an, dass es „viele Gründe für die Abstinenz des Psychoanalytikers gibt, sie kann aber auch auf seiner Angst beruhen, sich auf die Situation einzulassen“ (S. 13). In ähnlicher Weise äußert sich Hirsch (2004) über die Motivationen, die sich hinter einem starren Neutralitätsgebot verbergen:

„Letztlich muss man das „Neutralitätsgebot“ wie auch die Verwendung von Techniken („korrekte Deutung“) als Abwehr des Eingehens einer emotionalen Beziehung zum Patienten verstehen, in die man zu sehr hineingezogen werden könnte und zu involviert die Professionalität zu verlieren befürchten müsste.“ (S. 112)

Traditionell wird die psychoanalytische Technik in ihrer Strenge dadurch gesichert, dass man bemüht ist, Interaktionen zu vermeiden (Gill 1994). Die analytische Strenge wird bei den relationalen Techniken der zeitgenössischen Psychoanalyse dadurch gesichert, dass man die als unvermeidlich betrachteten Interaktionen ständig reflektiert und selbst auf eine Weise gestaltet, die maximal zur Ergiebigkeit des analytischen Prozesses beiträgt. Viele Faktoren haben dieser Auffassung allmählich zum Durchbruch verholfen, unter anderem: (1) dass der Begriff „Objektivität“ heute von der Wissenschaftsphilosophie generell als problematisch angesehen wird; (2) dass mittlerweile zahlreiche psychoanalytische Schulen entstanden sind, die die Produktionen des Patienten in einem anderen Sinne verstehen; (3) dass heute selbst die konservativen Kreise (Silverman 1985, Abend 1986) zugestehen, dass die Gegenübertragung keineswegs eine Seltenheit oder eine Verirrung, sondern in der analytischen Praxis unvermeidbar ist; (4) die sich durchsetzende Erkenntnis, dass trotz angestrebter Bemühungen, die Anonymität des Analytikers zu wahren, der Patient vieles über dessen Person mitbekommt (Hoffman 1983, Aron 1996); und (5) die Einsicht, dass die analytische Beziehung, so sehr man sich auch bemühen mag, sie „asketisch“ zu gestalten, zwangsläufig die verschiedenen widerstreitenden Bedürfnisse des Patienten befriedigt, statt sie nur zu frustrieren.

Indem der Therapeut oder Analytiker aus relationaler Sichtweise stärker als reale Person in Erscheinung tritt, als dies klassisch der Fall war, benötigt er ein weitaus größeres Maß an Flexibilität und (Scham-)Angstfreiheit. Ein Festhalten an einer Standardtechnik mit bestimmten Verhaltensregeln ist aus dieser Sicht nicht mehr möglich. Ferenczi hat in den 20er Jahren des

letzten Jahrhunderts diese „Elastizität der Technik“ sehr anschaulich mit den Schamgefühlen des Analytikers in Verbindung gebracht:

„Elastizität der analytischen Technik [...] Man hat, wie ein elastisches Band, den Tendenzen des Patienten nachzugeben, doch ohne den Zug in der Richtung der eigenen Ansichten aufzugeben, so lange die Haltlosigkeit der einen oder der anderen Position nicht voll erwiesen ist. Keinesfalls darf man sich nicht schämen, früher gemachte Irrtümer rückhaltlos zu bekennen“ (Ferenczi 1927, S. 390)

Ferenczi hat die „reservierte Kühle“ und „berufliche Hypokrisie“ (1932, S. 512) mit der dahinter versteckten Antipathie gegen den Patienten auch deshalb so kritisiert, weil er davon ausgeht, dass diese Situation sehr jener in der Kindheit ähnelt, die den Patienten ursprünglich krank gemacht hat. In moderner Weise hat Treurneit (1995) zwischen einer „echten funktionalen Neutralität“ und der „klassischen Neutralität“ in Bezug auf Scham und Retraumatisierung hingewiesen. Diese funktionale Neutralität ist eine Neutralität, welche die Wahrnehmung berücksichtigt, die der Patient von der Haltung des Analytikers hat. Treurneit (1995) führt weiter aus:

„Das impliziert eine Haltung, die sich flexibel und empathisch den Bedürfnissen des Patienten in dem Moment anpasst, in dem seine Scham und Selbstabwertung ihn hindern, sich frei auszudrücken, während die klassische Neutralität einfach bedeutet, die punitive Selbstkritik des Patienten implizit zu unterstützen.“ (S. 121)

Aus moderner intersubjektiver Sicht haben Orange et al. (2001) dieses Wagnis beschrieben, sich ohne eine auf Objektivität und Strenge bedachte Haltung auf den Patienten einzulassen:

„Um auf die defensive Unantastbarkeit und Allwissenheit der neutralen Haltung zu verzichten, müssen Analytiker bereit sein, die tiefen Gefühle der Verletzlichkeit und ängstlichen Ungewissheit zu ertragen, die mit dem Eintauchen in einen tiefen analytischen Prozess unweigerlich verbunden sind.“ (S. 65)

Die Intersubjektivitätstheorie nimmt gegenüber der Neutralität einen radikalen Standpunkt ein. Sie erkennt an, dass sich „zwei subjektive Welten in einer spezifischen psychoanalytischen Situation oder in einem intersubjektiven Feld kontinuierlich zu erkennen geben und gleichzeitig zu verbergen versuchen (Orange et al. 2001, S. 47). Mitchell (2005) befürwortet ebenfalls eine Haltung, die den Therapeuten oder Analytiker aus einer Sicherheit gebenden Position herauslöst und ihn damit unweigerlich mit seiner eigenen Affektivität – inklusive der Schamgefühle – mehr in den Vordergrund rückt. Mitchell (2005) betont:

„Doch die interessantesten und produktivsten Augenblicke und Perioden analytischer Arbeit sind oft genau diejenigen, die wir außerhalb jenes vertrauten, Sicherheit vermittelnden professionellen

Selbst verbringen – Situationen, in denen Verwirrung, Furcht, Begeisterung, Ärger, Sehnsucht oder Leidenschaft die dominierenden Affekte sind.“ (S. 249)

Mitchell vergleicht in einem seiner Bücher den psychoanalytischen Prozess mit einer musikalischen Aufführung und erläutert diesen Vergleich mit einer Anekdote. Als Stravinskys Violinkonzert zur Aufführung geprobt wurde, habe der Geiger während der Proben die Noten vom Pult gerissen und dem Komponisten mit der wütenden Bemerkung vor die Füße geschmissen: „Das sei unspielbar!“ Ruhig lächelnd soll der Komponist geantwortet haben: „Natürlich!“ Denn er wolle auch nicht, dass es klinge, als könne das jemand spielen, sondern es solle klingen, als versuche jemand, das zu spielen. Eine wunderbare Deutung dafür, dass es Patienten oft hilft, wenn sie erleben, dass der Therapeut versucht, sie ausdauernd zu verstehen, selbst wenn es nicht immer gelingt. Die Anekdote zeigt sehr anschaulich, dass es letztlich weniger wichtig ist, *was* in der Behandlung geschieht, sondern dass es eher um die Absichten geht, die in diesem Bemühen zum Ausdruck gelangen. Ob die jeweilige psychoanalytische Schule und Tradition vorgibt, neutral, empathisch, „containment“ gebend, authentisch, spontan, selbstenthüllend etc. zu sein, oder ob nicht - in jedem Fall geht es im weitesten Sinne darum, bestimmte festgelegte Techniken und „Regeln“ möglichst flexibel und individuell zu gestalten. Die selbstreflexive Empfänglichkeit dem Patienten gegenüber sollte in dieser Hinsicht der grundlegende Kompass bei der analytischen und psychodynamischen Arbeit sein, die Befreiung von verpflichtender Kontrolle.