

10. Selbst-Enthüllungen, Enactments und Now-Moments

*Der Teufel selbst könnte viele Analytiker nicht mehr ängstigen,
als der Gebrauch des Wortes „Ich“.*

- Theodore Reik

10.1. Jenseits der Gegenübertragung: Die Subjektivität des Therapeuten im therapeutischen Prozess

Analytiker aller Schulen und Richtungen erkennen heutzutage an, dass die Gegenübertragung wichtige Informationen über den Patienten enthalten kann. Diese Anerkennung der Gegenübertragung hat den Mythos des objektivierenden Analytikers der Spiegelmetapher endgültig entmachtet und ist als „Einführung des Subjekts in die Methode der Forschung“ zu betrachten. Wie bereits erwähnt hat im Laufe der letzten Jahre durch die Einführung der Subjektivität des Therapeuten ein regelrechter Paradigmenwechsel stattgefunden. Das Ideal des anonymen Analytikers wurde durch das Paradigma des „participant constructivist“ (Hoffman 1996) ersetzt. Diese neue Perspektive besagt, dass alles, was der Analytiker tut oder sagt – oder auch nicht tut oder sagt – im weitesten Sinn etwas über ihn selbst mitteilt. Renik (1999) kann deshalb auch behaupten: „Der Anschein von Anonymität ist ein Deckmantel, den der Analytiker trägt, wenn er als maßgebend objektiver Beobachter dargestellt wird, der seine Subjektivität in der Behandlungssituation zu transzendieren vermag“ (S. 939). Eine Haltung der Verschlossenheit verringert paradoxerweise auch nicht die Präsenz des Therapeuten, sondern setzt ihn vielmehr in den Mittelpunkt des Geschehens und lasse ihn als „allwissende Sphinx“ für den Patienten erscheinen. Die moderne und offene Psychoanalyse betont im Gegensatz dazu beziehungsorientierte, systemische und konstruktivistische Sichtweisen. Die ursprüngliche psychoanalytische Vorstellung von einer objektiven Beobachtung des Patienten hinter der Coach weicht in der modernen Psychoanalyse einer immer größeren Gewichtung der persönlichen Note des Therapeuten.

Innerhalb der Psychoanalyse hat es stets eine Tradition gegeben, die sich zwar immer an der Peripherie des analytischen Mainstreams bewegte, die aber diesen mutualen Aspekt betont hat. Dabei sind vor allem Autoren wie Georg Groddeck und Harold Searles zu nennen, Sándor Ferenczi (1931) ist – wieder einmal – einer der frühen Wegbereiter dieser Sicht, der

in seinen Schriften für eine „Elastizität der Technik“ plädiert. Misserfolge in der Behandlung sind für ihn in erster Linie eine Konsequenz des eigenen therapeutischen Ungeschicks und einer fehlenden Flexibilität im Umgang mit den Patienten. Es sind also nicht Widerstände oder der Narzissmus des Patienten, die zu Misserfolgen führen, sondern „vielmehr unsere eigene Bequemlichkeit, die es verschmäht, sich den Eigenarten der Person, auch in der Methodik, anzupassen“ (S. 493). Ferenczi kann mit seiner Betonung der Therapeut-Patient-Beziehung auch als Wegbereiter einer interaktionellen Richtung in der Psychoanalyse betrachtet werden. Er distanzierte sich von der zu seiner Zeit weit verbreiteten, autoritären Haltung der Psychoanalytiker:

„Nichts ist schädlicher in der Analyse als das schulmeisterliche oder auch nur autoritative Auftreten des Arztes. Alle unsere Deutungen müssen eher den Charakter eines Vorschlages, denn einer sicheren Behauptung haben, und dies nicht nur, damit wir den Patienten nicht reizen, sondern weil wir uns tatsächlich auch irren können. [...] unserer Vertrauen zu unseren Theorien kann [...] nur ein bedingtes sein, denn vielleicht handelt es sich im gegebenen Falle um die berühmte Ausnahme von der Regel oder gar um die Notwendigkeit, an der bisherigen Theorie etwas zu ändern [...]. Die Bescheidenheit des Analytikers sei also nicht eine eingelernte Pose, sondern der Ausdruck der Einsicht in die Begrenztheit unseres Wissens.“ (Ferenczi 1928, S. 389f.)

Die Einbeziehung der Möglichkeit, dass sich der Analytiker – wie jeder Mensch – irren kann, führt zwangsläufig zur Einsicht, dass das psychotherapeutische Unterfangen eher den Charakter eines „interaktionellen Aushandelns“ hat, als die Vermittlung von „objektiv gültigen Wahrheiten“. Die Begriffe „interaktionell“ und „interpersonell“ gehören jedoch nicht zum tradierten psychoanalytischen Vokabular, das vielmehr intrapsychische Phänomene betont. In der von Ferenczi gegründeten „Ungarischen Schule“ der Psychoanalyse wurde dieses interaktionelle Element der Therapie daher viel stärker beachtet und zur Wirkung gebracht. In der klassischen Psychoanalyse Wiener Herkunft war dagegen die Vorstellung bestimmend, dass der Patient nur bei der Minimalisierung des Einflusses des Therapeuten als Person zur eigentlichen Heilung kommen könne. Ferenczi war mit seiner großen Experimentierfreudigkeit hinsichtlich des Therapiesettings – die ihm schließlich den Ausschluss aus der psychoanalytischen Gesellschaft einbrachte – ein Revolutionär; seine Arbeit kann als Ausgangspunkt für fast alle nach-„klassischen“ Behandlungsmethoden der Psychoanalyse verstanden werden.

Meines Erachtens ist die entscheidende Frage bei dem Thema der Subjektivität des Psychotherapeuten, ob er bei seiner Arbeit er selbst ist, oder sich von sich selbst entfremdet fühlt. Der Analytiker Winnicott (1974) äußert bezüglich des „wahren Selbst“, dass dieses sich durch die „spontane Geste“ ausdrückt: „Die spontane Geste ist das wahre Selbst in Aktion. Nur das wahre Selbst kann kreativ sein, und nur das wahre Selbst kann sich real fühlen“ (S. 193). In ähnlicher Weise gilt dies auch für die Arbeit des Therapeuten mit seinen Patienten. Die natür-

liche Affektivität des Therapeuten und seine „spontane Geste“ kommen umso mehr zur Geltung, je weniger er sich kontrollieren muss und innerlich keinem „Neutralitätsideal“ nahekommen muss, dessen Verfehlen unweigerlich Scham mit sich bringt. Das wahre Selbst drückt sich für den stark von Winnicott beeinflussten Psychoanalytiker Ogden (2001) u.a. in dem zutiefst persönlichen Gebrauch der Sprache aus. Eine „tote Sprache“ – so beispielsweise eine stereotype, klischeehafte, aufgeblasene oder autoritäre Sprache – spiegelt seiner Ansicht nach in der Regel die Tatsache wider, dass der Analytiker in einem solchen Augenblick dem Analysanden nichts mit seiner eigenen Stimme, von seiner eigenen Meinung, in seinen eigenen Worten zu sagen hat.

„Eine Sprache mit seiner eigenen Stimme zu schaffen ist für sich ein Akt der Freiheit, der eine notwendige Voraussetzung für das Schaffen eines analytischen Rahmens bildet, in dem ein psychischer Wandel vor sich gehen kann.“ (Ogden 2001, S. 155)

In dem Versuch, dem Patienten etwas von den eigenen Ideen und Empfindungen mitzuteilen, muss der Therapeut deshalb aktiv mit der Sprache kämpfen. Dieser Kampf hat das Ziel, das eigene Erleben in eigenen Worten mit der eigenen Stimme auszudrücken. In Ogdens Sicht stellt gerade dies einen sehr großen Teil dessen dar, was es bedeutet, in einer analytischen Beziehung lebendig zu sein. Für ihn ist die Sprache in der analytischen Situation dann am stärksten, wenn sie *verunsichert* – und nicht, wie traditionellerweise angenommen wird, wenn sie zu Einsichten führt.

Bezüglich der Verwendung der Sprache des Analytikers fordert Ogden, dass sie zum Ausdruck bringen muss, dass (in der Sprache) keine feststehenden Bedeutungen existieren. Er kritisiert viele Analytiker darin, dass sie mit einer „geliehenen Stimme“ sprechen, d. h. Deutungen geben, die eigentlich eher auf einen Mangel an Imagination auf Seiten des Analytikers verweisen.

Hinsichtlich der Betonung der eigenen Sprache des Analytikers, in der auch die Gegenübertragungsgefühle zum Ausdruck kommen, liegt eine Verbindung zwischen Thomas Ogden (2001) und Christopher Bollas (1997). Letztgenannter plädiert v.a. bei schwerer gestörten Patienten dafür, dass der Analytiker das Ringen darum, seine subjektiven Zustände verbal zu artikulieren, vor dem Patienten nicht verbergen sollte. Bollas kommt es darauf an, dass der Analytiker seine eigene Subjektivität zum Ausdruck bringt und seine Gedanken so darlegt, dass sich der Patient nicht in die Enge getrieben fühlt oder den Eindruck bekommt, der Analytiker spreche im Namen einer hochhoffiziellen psychoanalytischen Wahrheit. Bollas (1997) fordert, dass ein wichtiger Teil der Gedankenarbeit des Psychoanalytikers darin bestehen sollte, „eine

Sphäre kluger Subjektivität aufzubauen, in der er sich darum bemüht, seine Selbstzustände Sprache werden zu lassen“ (S. 244).

Für Bollas ereignet sich der Heilungsprozess in der therapeutischen Situation zunächst auf einer intrapsychischen Ebene *im* Therapeuten, bevor er sich im Patienten realisieren kann. Ein Hauptteil der analytischen Arbeit findet demnach im Inneren des Analytikers statt. Dies kann Bollas zufolge in der Behandlung schwer gestörter Patienten so weit gehen, dass der Analytiker eine „Art schöpferische Spaltung im analytischen Ich“ entwickelt: Auf der einen Seite ist er für „unterschiedliche Grade des ‘Wahnsinns’“ offen, den das Leben in der Umwelt des Patienten in ihm auslöst, in einem anderen Bereich seines Selbst ist er stets als Analytiker präsent und „hält“ den „gestörten“ Teil seines Selbst. In seinen eigenen Worten beschreibt Bollas (1997) dies folgendermaßen: „Um den Patienten zu finden [müssen] wir ihn in uns selbst suchen. [...] Das macht unmissverständlich deutlich, dass es in der Sitzung zwei ‘Patienten’ und daher zwei einander ergänzende Quellen der freien Assoziation gibt“ (S. 211). Der Analytiker durchlebt in diesem Sinne die inneren Objektbeziehungen des Patienten, die der Patient in ihm stimuliert. In den häufigsten Fällen macht der Patient mit Hilfe der Affekte des Therapeuten von ihm Gebrauch, d. h. der Patient erzeugt in ihm die gewünschten Gefühle. In vieler Hinsicht entspricht das genau der Art, wie ein Baby zu seiner Mutter „spricht“. Nach Bollas findet der Säugling ebenso wie der Patient nur dann eine Stimme, wenn sich der Erwachsene bzw. Kliniker innerlich anrühren lässt. Dabei ist es unumgänglich, dass der Patient eine verstörende Wirkung auf den Therapeuten ausübt, da der Patient den Therapeuten in einem gewissen, unausweichlichen Maße zwingt, die Familienatmosphäre des Patienten unmittelbar selbst zu erleben. Dies setzt voraus, dass der Therapeut sich in einem gewissen Sinne zurücknehmen muss – aber in einem anderen Sinne, als es die Neutralitätsforderung verlangt: „Damit der Patient sich selbst entdecken kann, müssen wir in der Lage sein, unsere Identität, sofern wir uns ihrer sicher sind, innerhalb des klinischen Rahmens zu verlieren“ (Bollas 1997, S. 213).

Die Kultivierung eines „beweglichen emotionellen Spürsinns“ (ebd., S. 211), mit dem sich der Therapeut für die Nachrichten öffnet, die ihn aus dem eigenen Inneren kommen, ist dabei für Bollas entscheidend. Wie vor ihm schon Winnicott (1971) betont hat, sei es wichtig, sich auf ein Spiel mit dem Patienten einzulassen. Folglich spricht sich Bollas (1997) auch gegen ein Neutralitäts-Ideal aus, wie es von der klassischen Analyse errichtet wurde: „Das Ideal, man müsse immer die Neutralität wahren, läuft meiner Meinung nach darauf hinaus, dass sich der Analytiker gegen das Erleben der Gegenübertragung sträubt“ (S. 259). Nicht die Neutralitätshaltung ist für ihn entscheidend, sondern dass der Therapeut einen Weg findet, seine sub-

jektiven inneren Zustände für den Patienten und für sich selbst zu Objekten der Analyse zu machen – auch wenn er nicht weiß, was diese Zustände zu bedeuten haben. Wenn der Analytiker einen inneren Raum in sich offen hält, um in ihm die Übertragung des Patienten zu registrieren, dürfte er dem Ziel besser gerecht werden, das Freud mit dem Konzept der Spiegelfunktion des Analytikers verfolgte. Bollas geht mit diesen Konzepten natürlich weit über die Grenzen hinaus, die durch die von Freud gesetzten Spiegel- und Chirurgen-Metaphern etabliert worden sind, wenn er schreibt: „In diesem Sinne ist das Leben in der Übertragung und Gegenübertragung notwendigerweise ein gemeinsames Wahnsinnigwerden, auf das eine wechselseitige Heilung und die wechselseitige Bildung eines Kern-Selbst folgen“ (S. 263). Für den Therapeuten oder Analytiker bedeutet dies, dass er sich trotz der unausweichlichen und immer gegenwärtigen Ungewissheit über die Gründe seiner Empfindungen im Klaren sein muss und die Erforschung der eigenen Gegenübertragung mit einer gewissen Demut und einem Verantwortungsgefühl betreiben sollte.

Eine Ogden (2001) und Bollas (1997) ähnliche Auffassung der Bedeutung der persönlichen Sprache vertritt Schafer (1995). Er bezieht sich u.a. auf Sullivan, für den der Therapeut in jeder Psychotherapie bis zu einem gewissen Grade persönlich sprechen sollte. Ein solches Verhalten unterstützt Schafer zufolge bei jedem Patienten, dass er von und für sich spricht, während es gleichzeitig klarstellt, dass es dabei Schwierigkeiten gibt. Kritisch bemerkt Schafer (1995):

„In vielen Psychotherapien macht der Therapeut von der Möglichkeit, auf persönliche Art und Weise mit den Patienten zu sprechen, nicht genügend Gebrauch. [...] Für zu lange Zeit waren wir damit zufrieden, automatisch eine fundamental *unpersönliche* Sprache zu verwenden: Sie scheint so sicher und effektiv, so erprobt und richtig.“ (S. 411)

Als Beispiel dafür führt er den Unterschied in der Interaktion an, wenn der Psychotherapeut entweder sagt: „Sie müssen sich schrecklich gefühlt haben!“ oder einfach „Wie schrecklich!“. Schafer (1995) fragt rhetorisch, weshalb sich der Therapeut selbst ausklammern sollte, indem er sich nur darauf bezieht, wie der Patient „sich gefühlt haben muss“. In seinen Augen ist diese gebräuchliche Form, in der Psychotherapeuten ihre Empathie zeigen, ihrem Wesen nach ungewiss, übervorsichtig – sogar herablassend. Die Wirkung dieser Formulierung sei dabei eine nicht wünschenswerte Distanzierung in der therapeutischen Beziehung. Wenn der Psychotherapeut dagegen frei spreche, neige er auch dazu, die Situation emotionaler zu erleben.

„Ich bevorzuge die Aussagen, in denen der Psychotherapeut die Patienten direkt anspricht. [...] Im Grunde unterscheiden sich die von mir empfohlenen Bemerkungen dadurch von den anderen, dass sie nicht „professionalisiert“ wurden. Ihr Beziehungsreichtum wurde nicht unnötigerweise geop-

fert. Wenn der Psychotherapeut für und von sich selbst spricht, schafft er persönliche Präsenz – jene Qualität, welche die Räder aller Therapien zu ölen scheint.“ (Schafer 1995, S. 414)

Diese „Kraft der Persönlichkeit“, die „persönliche Präsenz“, die nach Schafer (1995) „die Räder aller Therapien zu ölen scheint“, ist für ihn eine eklektische Mischung aus Interpretation, Wärme, Führung, Beruhigung, Standhaftigkeit, Ermahnung und anderen absichtlichen oder unabsichtlichen Manipulationen von Übertragungspotentialen.

10.2. Expressiver Gebrauch der Gegenübertragung: Das Problem der Selbstenthüllungen

Worauf bezieht sich diese Subjektivität und „persönliche Präsenz“ aber nun im Konkreten? Wie kann sie sich im therapeutischen Kontext äußern? Anders ausgedrückt: Welche Art von Informationen kann der Therapeut dem Patienten von sich vermitteln, ohne allzu stark in den Therapieverlauf einzugreifen und diesen in eine Richtung zu drängen, in der der Therapeut seine eigene narzisstische Befriedigung erhält? Wie können Mitteilungen aus der Gegenübertragung gemacht werden, ohne den Patienten damit grundlegend in seiner Autonomie einzunengen?

Dieser Bereich der Selbstenthüllungen ist m. E. deshalb so relevant, weil es mit die wichtigsten Entscheidungen sind, die ein psychodynamischer Psychotherapeut oder Analytiker treffen muss, die bestimmen, was er seinem Patienten über seine eigenen Gefühle und darüber, wie er die Beziehung bzw. Interaktion erlebt, mitteilt.

In der angloamerikanischen Literatur zum Thema Intersubjektivität bzw. Expressivität versus Zurückhaltung heißt das Stichwort „*self-disclosure*“, das mit „enthüllen“, „offenbaren“ und „bekannt machen“ übersetzt werden kann. Diese Selbstoffenbarungen stehen in den meisten Fällen im krassen Gegensatz zur Neutralitäts- und Abstinenzregel. Diese Abstinenzregel geht – wie ich oben gezeigt habe – auf die Frustrationstheorie der Analyse zurück, deren Wert in den letzten Jahren zunehmend kritisch hinterfragt worden ist. Es ist aber sicher nicht die Bedürfnisfrustration – genauso wenig wie eine rein auf Bedürfnisbefriedigung ausgerichtete Therapie –, die eine effiziente analytische oder psychodynamische Therapie ausmacht. Wichtiger als die Frustration oder Befriedigung der Bedürfnisse ist vielleicht eher die „Bedürfniserkennung“, d.h., dass der Therapeut in erster Linie die Funktion eines „bedürfnisverstehenden Objektes“ erfüllt. In moderner Auffassung ist das Abstinenzprinzip dann auch eher als Schutz des Patienten vor missbräuchlicher Bedürfnisbefriedigung durch den Therapeuten zu

verstehen. Eine therapeutische Grundhaltung, die den Faktor „Intersubjektivität“ mitberücksichtigt, ermöglicht es dem Therapeuten im positiven Sinne, sich mit seinen eigenen Gefühlen in bestimmtem Maße auf den therapeutischen Prozess einzulassen und u.U. dem Patienten auch Gefühle von Betroffenheit offen zu zeigen.

Tansey und Burke (1989) machen in ihrem Buch *Understanding Countertransference* den Vorschlag, die Diskussion bezüglich der Selbstenthüllungs-Technik der Gegenübertragung und der damit verbundenen Perspektiven in *konservative*, *gemäßigte* und *radikale* Positionen zu unterteilen. Zusammengenommen stellen sie ein Kontinuum dar, das von totaler Abstinenz, über die Verwendung der Gegenübertragung an bestimmten Punkten, bis hin zu einem aktiven und durchgehenden, expliziten Gebrauch des Gegenübertragungsmaterials reicht. Der unterschiedliche Gebrauch der Technik der Gegenübertragungsmittelung muss dabei nach Tansey und Burke (1989) aus dem Kontext des jeweiligen Entwicklungsmodells und Modells der therapeutischen Handlung heraus verstanden werden. Das Entwicklungsstillstands-Modell der Selbstpsychologie zum Beispiel spricht, im Gegensatz zu einem Trieb-Konflikt-Modell, die verzweifelte und kontinuierliche Suche des Patienten nach einem Gegenüber an, das als Unterstützung gesucht wird. Dieses Modell müsste der Verwendung der Gegenübertragung Rechnung tragen und zu einer expressiveren Technik führen.

Gemäß einem anderen Modell, der Bindungstheorie, wird der psychotherapeutische Prozess ebenfalls anders als im klassischen Triebmodell konzipiert. Es geht nicht mehr um Defizite oder um ein Streben nach Gratifikation unangemessener Triebwünsche, sondern um die Suche nach Sicherheit mittels entsprechender interaktiver Strategien, die von „maladaptiven inneren Arbeitsmodellen“ (Grossmann und Grossmann 2002) geprägt sind. Die Verwendung der Gegenübertragung müsste sich aus dieser bindungstheoretischen Sicht demgemäß in der Hinsicht verändern, daß die Bindungswünsche des Patienten angemessen beantwortet werden müssen.

Widerstände gegenüber jeglicher Art von Gegenübertragungs-Selbstoffenbarung können sowohl persönliche als auch theoretische Gründe haben. Persönliche Widerstände gegen diese Mitteilungen könnten den Grund haben, dass der Therapeut sich selbst und seinen Patienten gegenüber eingestehen müsste, dass starke emotionale Reaktionen in der therapeutischen Interaktion ausgelöst werden. Dies ist besonders bei starken, negativen Gefühlen in der Gegenübertragung teilweise schwer anzuerkennen. Als theoretischer Widerstand gegenüber Gegenübertragungs-Selbstenthüllungen kann als Erklärung hinzugezogen werden, dass dies scheinbar dem Konzept der Neutralität und der Abstinenzregel widerspricht.

Im Folgenden werde ich mich auf die von Tansey und Burke (1989) vorgeschlagene Unterteilung in konservative, gemäßigte und radikale Positionen anlehnen, dabei aber einige, von diesen beiden Autoren nicht genannte Analytiker hinzufügen.

Die konservative Position wird durch Autoren wie Heimann (1950), Langs (1978) und Reich (1960) vertreten. Sowohl Heimann, als auch Langs gehen davon aus, dass die Gegenübertragung ein wichtiges Instrument im Verständnis des Patienten darstellt. Heimann (1950) spricht zwar von „der Notwendigkeit, mit seinen Patienten natürlich zu sein“, dazu gehören aber ihrer Meinung nach keine Mitteilungen über die Gegenüberübertragung. Die direkte Mitteilung dessen sei für den Patienten eine Bürde, die ihn zu sehr belasten würde und deshalb zu unterlassen sei. Heimann (1950) schreibt dazu:

„Ich sehe es als nicht richtig an, daß der Analytiker seine Gefühle seinem Patienten mitteilt. In meiner Sicht stellt eine solche Ehrlichkeit eher ihrer Natur nach eine Beichte dar, die den Patienten belastet. In jedem Falle führt sie von der Analyse weg. Die Emotionen, die im Analytiker auftauchen, werden für den Patienten von Nutzen sein, wenn sie als eine Quelle der Einsicht in die unbewußten Konflikte und Widerstände genutzt werden.“ (S. 84).

Annie Reich (1960) stimmt mit Heimann und Langs zwar nicht darin überein, dass starke emotionale Reaktionen auf der Therapeutenseite nützlich sein können, sie schließt sich ihnen aber darin an, dass Gegenübertragungsmaterial nicht mitgeteilt werden sollte.

Eine zweite, tolerantere Position gegenüber den Gegenübertragungsmitteilungen nimmt an, dass die Gegenübertragung vom Analytiker mitgeteilt werden kann, aber eher auf einer unregelmäßigen Basis. Es sollte dabei wohl überlegt werden, wann der Analytiker dies tut. Autoren, die nach Tansey und Burke (1989) zu dieser Kategorie zählen, sind Greenson (1967), Giavacchini (1972) und Winnicott (1974). Winnicott hat in seinem aufsehenerregenden Kapitel über *Haß in der Gegenübertragung* (1949) dafür plädiert, die zum Teil intensiven negativen Gefühle wie Hass, die der Patient im Therapeuten auslöst, diesem von Zeit zu Zeit mitzuteilen. Eine Hauptaufgabe des Analytikers besteht Winnicott zufolge darin, in Bezug auf alles, was der Patient vorbringt, Objektivität zu bewahren. Eine besondere Variante ist dabei die Forderung, dass der Analytiker fähig sein muss, den Patienten „objektiv zu hassen“ (S. 89). Der Analytiker darf diesen Hass nicht leugnen, der im aktuellen Rahmen *gerechtfertigt* ist. Dieser muss Winnicott zufolge ausgesondert und „auf Eis gelegt“ werden, um ihn für eine Deutung zu gegebener Zeit aufzubewahren:

„[I]ch glaube, eine Analyse ist unvollständig, wenn es selbst kurz vor ihrer Beendigung dem Analytiker nicht möglich wird, dem Patienten zu sagen, was er, der Analytiker, für den Patienten getan hat, ohne dass dieser es wusste, und zwar in den Anfangsstadien der Analyse, als der Patient noch sehr krank war.“ (Winnicott 1974, S. 90)

Winnicott beschränkte diese Gegenübertragungs-Selbstenthüllungen und das Äußern selbst solcher intensiven Gefühle wie Hass allerdings auf schwer persönlichkeitsgestörte Patienten.

Tansey und Burke (1989) bezeichnen Analytiker wie Little (1951), Tauber (1954), Searles (1965) und, als zeitgenössischen Autor, Bollas (1983) als radikale Vertreter der Gegenübertragungs-Enthüllung. Gemeinsam ist all diesen Autoren, dass sie einen expressiven Gebrauch der Gegenübertragung favorisieren, indem sie diesen als integralen Teil eines interpersonellen analytischen Prozesses verstehen. Diese radikale Perspektive der Gegenübertragungs-Selbstenthüllung geht davon aus, dass darin ein potentieller Nutzen, aber auch Schaden für den therapeutischen Prozess liegen kann. Durch die Selbstenthüllungen des Therapeuten kann dem Patienten gezeigt werden, welche Gefühle er in anderen Menschen im Allgemeinen auslöst – nicht nur im Therapeuten.

Die britische Analytikerin Margaret Little, die ihre Lehranalyse bei Winnicott absolvierte, war die erste, die Gegenübertragungs-Offenbarungen als ein wichtiges und durchgehendes Element des therapeutischen Repertoires ansah und dies auch offen propagierte. Little (1951) interessiert sich hauptsächlich für die Auswirkungen der Gegenübertragung auf die Übertragung des Patienten. Sie stellt in sehr radikalem Maße den Beitrag, den die Person des Analytikers, seine Gefühle und sein Verhalten im analytischen Prozess leistet, in den Mittelpunkt des analytischen Interesses. Die „phobische Einstellung gegenüber den eigenen Gefühlen des Analytikers“ (1951, S. 149) stellt für Little die größte Gefahr und Schwierigkeit hinsichtlich der Gegenübertragung dar. In ihrem Verständnis „kommt im Verlauf jeder Analyse ein Zeitpunkt, in dem es essentiell für den Patienten ist, nicht nur die Existenz der objektiven und berechtigten Gefühle des Analytikers anzuerkennen, sondern auch seine subjektiven Gefühle“ (Little 1951, S. 38). Dabei definiert Little Gegenübertragung – entgegen der, von Heimann in ihrem ein Jahr zuvor veröffentlichten Artikel vertretenen Definition – *als Übertragung des Analytikers*. Im Gegensatz zu Heimann ist für Little die Gegenübertragung nicht als Teil der Persönlichkeit des Patienten zu verstehen, sondern bloß als eine unbewusste Übertragungseigenschaft des Analytikers selbst. Diese sehr radikale und im Widerspruch zu Freuds ursprünglicher Konzeption der Gegenübertragung stehende Konzeption könnte man so zusammenfassen: Die subjektive und neurotische Gegenübertragung des Analytikers ist deshalb ein so wertvolles therapeutisches Werkzeug, weil sie den Therapeuten in seiner Menschlichkeit und Fehlbarkeit zeigt, die ihm den Patienten näher bringt und eine entlastende Wirkung auf ihn hat. Obwohl dies Little zwar nicht explizit ausführt, so ließe sich diese analytische Haltung doch so interpretieren, dass die Schamgefühle des Patienten gemindert werden, indem die Subjektivität der Therapeuten-Gefühle thematisiert wird. Der menschliche und fehlbare Ana-

lytiker, der sich mit seiner Konflikthaftigkeit und Unvollkommenheit zeigt, ermöglicht es dem Patienten, es ihm gleich zu tun. Little trifft auch nicht die Unterscheidung, die Winnicott hinsichtlich der „objektiven“ oder „subjektiven“ Gefühle des Analytikers getroffen hat. Für Winnicott (1949) und Heimann (1950) sind nur die nicht-neurotischen und „objektiven“ Analytiker-Gefühle bedeutsam. Die Analytikerin Andrea Gysling (1995) kommt bei der Untersuchung der Position Littles zu dem Schluss:

„Die Tatsache, daß selbst der Analytiker sich mit blinden Flecken herumschlagen muß, erlaubt es dem Patienten, sich ohne Schamgefühle eigenen Schwierigkeiten zuzuwenden. [...] Voraussetzung für dieses fruchtbare Geschehen ist allerdings, daß der Analytiker ohne Vorbehalte zu seiner neurotischen Gegenübertragung stehen kann, sie den Patienten entdecken lässt, oder, ist dieser zu scheu dazu, selber zur Tat schreitet und sich dem Patienten enthüllt.“ (S. 197f.)

Little spricht damit implizit der Subjektivität und sogar der Restneurose des Analytikers einen therapeutischen Wert zu. Der Akzent liegt auf den „subjektiven“ und nicht-reaktiven Gegenübertragungsgefühlen. Die Subjektivität, die dem Therapeuten oder Analytiker ein großes Maß an Offenheit, Authentizität und Schamfreiheit abverlangt, wird bei Little quasi zur *Via regia* ins Unbewusste des Patienten. Sie warnt jedoch davor, solche Gegenübertragungsdeutungen ständig einzubringen und den Patienten mit „Geständnissen“ zu belasten.

Der britische Autor Christopher Bollas (1983, 1987) ist sicherlich der bekannteste Vertreter einer radikalen Perspektive der Gegenübertragung. Bollas formuliert zwar den interaktiven Prozess zwischen Therapeut und Patient in einer Sprache, die von Winnicott entliehen ist, sein Ansatz stellt jedoch einen ganz eigenständigen Beitrag zur Gegenübertragungsdiskussion dar. Bollas weist nicht nur auf die Vorzüge der bewussten Anerkennung der Gegenübertragung hin, sondern auch auf ihren „expressiven Gebrauch“ als Bestandteil der therapeutischen Technik. Er betonte die subjektive Erfahrung im Therapeuten als zentrale Quelle der freien Assoziation, die zuerst im Therapeuten stattfinden muss, bevor sie im Patienten bewusst erlebt werden kann. Bollas (1987) befürwortet diesen „expressiven Gebrauch der Gegenübertragung“, wenn er schreibt: „Nach meiner Erfahrung profitieren Patienten davon, wenn der Analytiker in verantwortungsbewusster Weise in der eigenen subjektiven Erfahrung verwurzelt ist und sich dabei wohl fühlt“ (S. 219). Wenn der Therapeut manchmal etwas von sich selbst und seinen Gefühlen spüren lässt, kann dies auch den positiven Nebeneffekt haben, dass dies vom Patienten als eine indirekte Erlaubnis interpretiert wird, auch bei sich selbst bestimmte Gefühle und Phantasien zuzulassen und zu zeigen. Ein wirklich authentisches analytisches oder psychodynamisches Arbeiten wird dann möglich, wenn der Therapeut den Mut zu einer „kontrollierten Subjektivität“ hat. Dabei ist nach Bollas das *partielle* Agieren aus der

Gegenübertragung nicht nur unvermeidlich, sondern dessen absolut vollständige Beherrschung („*containment*“) auch gar nicht erwünscht.

Bollas (1983) trägt auch Winnicott Rechnung, indem er davon ausgeht, dass der Therapeut mit dem Patienten dahingehend spielt, dass er ihm Gegenübertragungs-Mitteilungen gibt, die wie Objekte verstanden werden können, die zwischen Patient und Therapeut hin und her gereicht werden können. Die Haltung des Therapeuten ist dabei mindestens genauso wichtig wie der Inhalt der Selbstenthüllung. In Winnicotts Theorie ausgedrückt geschieht Psychotherapie dort, wo sich zwei Bereiche des Spielens, der Bereich des Patienten und der des Therapeuten, überschneiden. Er behauptet, dass die Arbeit des Psychotherapeuten darauf gerichtet sein muss, den Patienten von einem Zustand, in dem er nicht spielen kann, in einen Zustand, in dem er zu Spielen imstande ist, zu bringen (Winnicott 1971, S. 52). Dieses spielerische Handeln im psychotherapeutischen Kontext ist eine besondere Form des Sich-Einlassens, bei dem beide Beteiligte gefragt sind. Nach Winnicott ist Spielen „Ausdruck von Gesundheit: denn Spielen ermöglicht Reifung und damit Gesundheit“ (ebd., S. 52). Dies trifft aber nicht nur für den Patienten zu, auch für den Therapeuten gilt: „Wenn der Therapeut nicht spielen kann, ist er für die Arbeit nicht geeignet“ (ebd., S. 66).

Tansey und Burke (1989) können in ihrer eigenen Haltung bezüglich Gegenübertragungs-Offenbarungen zu den Vertretern einer gemäßigten Position gezählt werden, da sie keine systematische Enthüllung der Gegenübertragung befürworten. Sie empfehlen nicht, dass der Therapeut seine persönlichen Gefühle und Gedanken quasi „ausschütten“ sollte. Gleichzeitig sprechen sie sich aber auch gegen eine „phobische Einstellung“ (Little 1951) bezüglich Gegenübertragungs-Enthüllungen aus. Tansey und Burke (1989) fassen ihre Sicht folgendermaßen zusammen:

„In der überwiegenden Mehrheit der Fälle ist der Therapeut besser damit beraten, sein Gegenübertragungsmaterial nicht direkt mitzuteilen, sondern still Gebrauch von seinen Antworten auf den Patienten zu machen in dem Bemühen, die Deutungen primär an den subjektiven Erfahrungen des Patienten entlang zumachen.“ (S. 102, Übersetzung J.T.)

Ihrer Meinung nach ist jede Gegenübertragungsoffenbarung nur im Kontext des Bemühens des Therapeuten zu sehen, wie das Verständnis seiner eigenen Erfahrungen die Erfahrungen des Patienten bereichern können.

Entlang der Einteilung der von Tansey und Burke vorgeschlagenen Dreiteilung der Perspektiven bezüglich Gegenübertragungs-Offenbarungen, möchte ich im folgenden einige Autoren aus der interpersonalen, intersubjektiven und relationalen Denkrichtung vorstellen. Während die meisten Interpersonalisten und Selbstpsychologen – wie Gill, Kohut, Stolorow, etc. – die

Wahrnehmungen des Patienten schätzen, sind sie doch alle recht konservativ, wenn es darum geht, die Gegenübertragung wirklich mitzuteilen. Stolorow et al. (1987) stützen – wie bereits beschrieben - ihren intersubjektiven Ansatz auf die Annahme, dass „Übertragung und Gegenübertragung zusammen ein intersubjektives System von wechselseitiger Beeinflussung“ (S. 42) darstellen. Wenn es um die konkrete Technik geht, reduzieren sie die Anerkennung des Übertragung-Gegenübertragung-Zusammenspiels auf eine größtenteils intellektuelle Angelegenheit, die vom Therapeuten ausgeführt wird. In dieser Hinsicht ähnelt ihre Position dem klassischen analytischen Ansatz, der die wichtigsten Informationen über den Patienten und über die Beziehung zu einer exklusiven und stillen Domäne des Analytikers macht.

Interpersonalisten unterscheiden sich grundsätzlich sehr darin, welchen Wert sie Selbst-Enthüllungen beimessen. Entscheidend ist dabei, wo sie sich selber in der Achse *Asymmetrie-Wechselseitigkeit* in Bezug auf die therapeutische Beziehung einordnen. Gill (1983), der seine Sicht aus der Asymmetrie-Perspektive heraus formuliert, geht davon aus, dass zu viel Selbst-Enthüllung des Therapeuten die Exploration der subjektiven Erfahrung des Patienten stilllegt. Levenson (1983, 1990, 1996) dagegen betont die Gegenseitigkeit in der psychotherapeutischen Situation und kann daher eher als Vertreter einer radikalen Perspektive bezeichnet werden. Er konstatiert der modernen Psychoanalyse unserer Epoche ein Verschwinden der Mystik und plädiert für ein egalitäres, interpersonales Konzept, das besagt, dass Angst ansteckend ist und eine geteilte Erfahrung darstellt. Levenson (1996) zufolge „überwachen Patienten ihre Analytiker mit außergewöhnlicher Aufmerksamkeit bezüglich ihrer Angst und sind sehr wachsam für selbstenthüllende Hinweise“ (S. 238).

Levenson (1996) unterscheidet zwischen „*self-revelation*“ und „*self-disclosure*“. „*To reveal*“ ist für ihn ein passiver Akt; man erlaubt, dass etwas bekannt wird, was vorher versteckt war. „*To reveal*“ bedeutet für ihn, etwas Tadelnswertes öffentlich zu machen; und „*to disclose*“ bedeutet demgegenüber, eine Sache bekannt zu machen, die vorher – aus guten Gründen – unter Verschluss war. Hinsichtlich dieser Unterscheidung wäre für Levenson (1996) alles das eine „Selbst-Offenbarung“ („*self-disclosure*“), was der Therapeut willentlich entscheidet, dem Patienten zu zeigen oder zu sagen. Selbst-Enthüllung und Selbst-Offenbarung sind dabei für ihn Dimensionen der Therapeut-Patient-Beziehung.

„Meine Position ist deshalb, dass „Selbst-Enthüllung“ („*self-revelation*“) unvermeidlich ist. Es ist keine aktive Entscheidung auf der Seite des Therapeuten. [...] Die Frage ist deshalb, was Selbst-Offenbarung („*self-disclosure*“) - ein Akt - im Dienste der Selbst-Enthüllung - eine Erfahrung - sein kann.“ (S. 240, Übersetzung J.T.)

Levenson (1996) macht einen wichtigen Punkt dabei deutlich: Die affektive Antwort des Therapeuten auf den Patienten, egal wie intuitiv oder brilliant diese sein mag, ist an sich noch keine Gegenübertragung. *Wirkliche* Gegenübertragung arbeitet jenseits des Bewusstseins und bedarf einer gemeinsamen Anstrengung des Patienten und des Therapeuten, um durch Träume, Fehlhandlungen, dissoziierte Affekte und ähnliches ins Bewusstsein zu gelangen.

Zusammenfassend behauptet Levenson, dass Selbst-Enthüllung unvermeidlich ist. Er glaubt, dass man, wenn man als Therapeut oder Analytiker enthüllt dasteht, dies anerkennen sollte und die Situation als Quelle für wichtiges Material nützen sollte. Vorsichtiger ist Levenson dagegen mit der Selbst-Offenbarung, d.h. dem willentlichen, gesteuerten Mitteilen von Gegenübertragungsmaterial. Die entscheidende Frage ist dabei, wie man entscheidet, was man mitteilt. Was mag eine unpassende Selbst-Offenbarung motivieren? Es gibt dazu eine lange Liste von unbewussten Gründen: Einsamkeit, Reaktion auf die Verachtung des Patienten, der Wunsch, ein Vorbild zu sein, bewundert oder beneidet zu werden, etc. Wie auch immer sich der Therapeut entscheidet, was und aus welcher Motivation heraus er dem Patienten von sich selbst mitteilt, er muss darauf gefasst sein, die Reaktionen des Patienten auf seine Selbst-Offenbarung zu bearbeiten.

Für den Interpersonalisten Levenson (1996) findet Therapie im intersubjektiven Feld zwischen beiden Beteiligten statt. Die Essenz einer interpersonalen Position liegt in der Selbst-Bewusstheit des Analytikers, einer bestimmten Aufmerksamkeit gegenüber der Natur seiner Beteiligung an der therapeutischen Situation. Für einen Interpersonalisten entspringt jede Wahrnehmung des Therapeuten, jede Interpretation, jede Nachfrage, jedes Auslassen einer Nachfrage aus der eigenen Beteiligung des Therapeuten an diesem intersubjektiven Feld. Der Analytiker muss dieser theoretischen Sicht zufolge jeglichen Anspruch auf Richtigkeit und auf die Position desjenigen, der alles weiß, aufgeben. Therapie funktioniert für Levenson nur dann und nur deshalb, weil der therapeutische Rahmen eingehalten wird. Sie ist daher eine Art Spiel und kein „übergeordnetes Stück reales Leben“ (Levenson 1996, S. 242). Psychoanalytiker oder Psychotherapeuten sind nicht gesünder oder pathologischer als irgendjemand sonst.¹⁵ Sie haben keinen Hoheitsanspruch auf emotionale Reife (was deren Partner oder Kinder leicht bestätigen können), aber „wie Schiffskapitäne, sind sie an Bord sehr viel edler und würdevoller, als auf dem Lande“ (ebd., S. 246). Die Einhaltung des Rahmens begrenzt die Beteiligung beider Seiten und somit deren Angstniveau. Je lockerer der therapeutische Rah-

¹⁵ In dem Buch von Kernberg et al. (2005) *WIR – Psychotherapeuten über sich und ihren 'unmöglichen' Beruf* wird allgemein ein recht ernüchterndes Bild von der Therapeuten-Persönlichkeit gezeichnet. Rudolf kommt bei der Frage, wie gesund Psychoanalytiker oder Psychotherapeuten generell sind zu dem Schluss: „Ihre psychischen Symptomwerte liegen bei denen der Durchschnittsbevölkerung, während Körperbeschwerden deutlich seltener angegeben werden“ (Kernberg et al. 2005, S. 125).

men ist, desto risikoreicher wird daher das Spiel. Anders ausgedrückt wird die Elastizität des Prozesses durch die Angst des Therapeuten begrenzt – oder durch seine Grandiositätsvorstellungen.

Ein weiterer, dem interpersonalen oder relationalen Lager zuzuordnender Analytiker, der sich mit dem Wert der Selbst-Offenbarung und -Enthüllung beschäftigt hat, ist der durch seine existentialistischen Beiträge bekannte Autor Irwin Yalom. Nach Yaloms (2001) Ansicht ist es kontraproduktiv, wenn der Therapeut für den Patienten undurchsichtig und im Verborgenen bleibt. Er spricht sich ganz allgemein für eine Eliminierung der Neutralitäts-Vorstellung aus, indem er leidenschaftlich ausruft: „Vergessen sie die leere Leinwand! Sie ist weder jetzt, noch war sie es je, ein gutes Modell für eine effiziente Therapie“ (S. 129). Yalom hat in seinen Schriften eine wichtige Unterscheidung zwischen drei Bereichen der therapeutischen Selbst-Offenbarung getroffen: (1) der Mechanismus der Therapie, (2) die Hier-und-Jetzt-Gefühle und (3) das Privatleben des Therapeuten. Die Selbstoffenbarung ist also keine einzelne Verhaltensweise, sondern vielmehr ein Bündel von Verhaltensweisen, von denen einige die Therapie erleichtern, andere eher kontraproduktiv sind. Für Yalom sind die ersten beiden Kategorien der Selbst-Offenbarung hilfreich. Informationen aus dem Privatleben des Therapeuten dem Patienten mitzuteilen, ist seiner Meinung nach eher kontraproduktiv. Die Enthüllung von Hier-und-Jetzt-Gefühlen (oder Gegenübertragungen) darf nicht wahllos stattfinden, sondern muss immer mit der innerlich formulierten Frage geprüft werden: „Sind sie im Interesse des Patienten?“. In ähnlicher Weise haben sich auch Thomä und Kächele (1985) zu dieser Form der Selbst-Offenbarung geäußert, indem sie bemerkten: „Intuitive Psychoanalytiker, die noch dazu den Mut hatten, mit ihren Erfahrungen vor die Öffentlichkeit zu treten, haben schon immer gewusst, dass diese Art der Teilhabe nichts mit Bekenntnissen aus dem Privatleben zu tun hat“ (S. 137).

Yalom (2001) geht in seinen Ausführungen über den Wert der Selbstenthüllungen noch einen Schritt weiter und gibt den folgenden Rat: „Wir Therapeuten sollten allen unseren dunklen, niederen Seiten gegenüber offen sein und sie gelegentlich auch mit unseren Patienten teilen, damit sie aufhören, sich für ihre eigenen realen oder eingebildeten Verfehlungen zu geißeln“ (S. 233). Diese Form der Selbstoffenbarung bezieht sich Yalom zufolge grundlegend auf die intersubjektive Dimension der therapeutischen Situation und vertieft die therapeutische Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut erheblich. Diese Art der selektiven Offenbarung von Gegenübertragungsgefühlen ist nach heutiger Ansicht besonders bei frühgestörten Patienten hilfreich, wie der schon erwähnte Analytiker Bollas (1987) betont: „Es ist ein wichtiger Bestandteil meiner Technik, insbesondere bei schwerer gestörten Patienten, dass ich das

Ringen darum, meine subjektiven Zustände verbal zu artikulieren, vor dem Patienten nicht verberge“ (S. 217). Dabei ist es Bollas wichtig, dass bei allem, was der Therapeut von sich preisgibt, der Patient das Gefühl bekommt, dass es ganz selbstverständlich zum therapeutischen Prozess dazugehört. Wenn der Patient übermäßig schockiert ist, dann hat der Therapeut einen technischen Fehler gemacht.

Der in mancher Hinsicht geistig mit Bollas verwandte Amerikaner Thomas Ogden (1995) vertritt eine ähnliche Auffassung. Das entscheidende Merkmal der analytischen Beziehung sei, dass der Analytiker sich als Behälter für die Projektionen dissoziierter Dimensionen des Erlebens des Patienten zur Verfügung stellt. Obwohl Ogden (1995) die projektive Identifizierung in den Mittelpunkt seiner therapeutischen Aufmerksamkeit stellt, tritt er für einen eher gemäßigten Umgang mit Gegenübertragungs-Selbstenthüllungen ein, wenn er schreibt: „Meine eigene Technik beinhaltet kaum direkte Gespräche mit dem Patienten über die Gegenübertragung“ (S. 696). Bezüglich der Erzeugung einer einzigartig konstituierten, kombinierten Subjektivität, die seiner Ansicht nach entscheidend für den analytischen Prozess ist, schreibt er:

„Ich sehe Übertragung und Gegenübertragung nicht als voneinander trennbare Phänomene, die in Reaktion aufeinander entstehen, sondern ich verstehe diese Begriffe als Bezeichnungen für Aspekte einer einzigen intersubjektiven Totalität, die vom Analytiker und vom Analysanden separat (und individuell) erlebt wird.“ (Ogden 1995, S. 696)

Bollas (1998) propagiert ebenfalls, dass der Analytiker sich als Subjekt im bipersonalen analytischen Feld etablieren sollte. Aus diesem Grund ermutigt er den Analytiker, seinen Patienten mehr über seine inneren analytischen Prozesse mitzuteilen. Aron (1996) bemerkt scharfsinnig, dass es interessant sei, dass beide, Bollas wie Ogden, nicht so weit gehen, die Wirkung des Analytikers *als Person* auf die sich entfaltende Übertragung des Patienten zu untersuchen und in Betracht zu ziehen.

Der Relationalist Aron (1996) vertritt dagegen die Auffassung, dass „Selbst-Offenbarung keine Wahl, sondern eine Unvermeidbarkeit ist“ (S. 40). Die „intersubjektive Aushandlung“ ist daher für ihn auch die Essenz einer relationalen Perspektive. Die psychoanalytische Situation stelle einen intersubjektiven Austausch dar, der nicht einfach zu einer Zustimmung oder einem Einvernehmen führe, sondern zu einem Dialog, einer Verbindung, einem „*meeting of minds*“ (Aron 1996, S. 91). Arons Erfahrungen nach sind Selbst-Offenbarungen meist nützlich, besonders dann, wenn sie nahe am analytischen Prozess angesiedelt sind, statt sich auf Details über das private Leben des Analytikers außerhalb der Analyse zu beziehen. Aron gibt aber auch zu Bedenken, dass die Etablierung der eigenen Subjektivität in der analytischen

Situation eine essentielle, aber auch problematische Angelegenheit ist. Vorsätzliche Selbst-Offenbarungen seien immer sehr ambivalent und in ihrer Wirkung äußerst komplex.

Aron (1996) stellt die gewagte These auf, dass Menschen, die sich zur Analyse als Beruf hingezogen fühlen, besonders starke Konflikte bezüglich des Wunsches haben, von einem anderen gesehen zu werden, d.h. sie haben Konflikte, die sich auf Intimität beziehen. In traditioneller psychoanalytischer Sprache ausgedrückt, geht es um narzisstische Konflikte bezüglich Voyeurismus und Exhibitionismus. Er stellt deshalb die rhetorische und provokative Frage: „Warum würde sonst jemand einen Beruf auswählen, in dem er sein Leben damit verbringt, in das Leben von anderen zu schauen und ihnen zuzuhören, während man selbst relativ still und verborgen bleibt?“ (Aron 1996, S. 88).

Das Thema der Selbstenthüllung wird von Aron (1996) in einen breiten Kontext gestellt. Es betrifft den gemeinsamen Konflikt zwischen Patient und Analytiker hinsichtlich des Wunsches, durch einen anderen erkannt zu werden auf der einen Seite und sich vor ihm zu verstecken und den Kontakt zu vermeiden auf der anderen Seite. Wenn es um Gesehen-Werden und Sich-Verstecken geht, berühren wir unweigerlich Schamgefühle, da Scham der Affekt ist, der potentiell mit dem Sichtbarwerden von Selbstanteilen verbunden ist. Der Aspekt der „Mutualität“, den Aron (1996) hier anspricht, bezieht sich vor diesem Hintergrund auf die gemeinsamen und im Konflikt stehenden Wünsche und Bedürfnisse, von beiden, Patient *und* Therapeut, nach Privatheit und Sicherheit einerseits und nach Kontakt und Anerkennung andererseits.

Mit der „nicht reduzierbaren Subjektivität“ des Therapeuten hat sich ein anderer Autor beschäftigt, der sich mit der Rolle und dem Problem der Selbstenthüllungen im analytischen und therapeutischen Kontext auseinandergesetzt hat und damit sozusagen ziemlich viel Staub in der analytischen Szene und Diskussion aufgewirbelt hat. Der durchaus als „wilder Analytiker“ zu bezeichnende Owen Renik (1999) vertritt die These, dass wir von einer systematischen Auseinandersetzung mit hilfreichen Formen der Selbstenthüllung des Therapeuten profitieren können. Aufgrund der klassischen analytischen Vorstellung werden Analytiker dazu angehalten, ihre Persönlichkeit so weit wie möglich aus der analytischen Situation herauszuhalten. Sogar ein eher als konservativ einzustufender Analytiker wie Kernberg (1998) bemerkte kritisch dazu: „Ein Therapeut, der sich so starr verhält, dass er als eine Person ohne Eigenschaften erscheint, karikiert unbewusst die psychoanalytische Haltung“ (S. 82). Auch wenn dieses Ideal sich in den letzten Jahren verändert hat, besteht Renik zufolge derzeit noch keine richtige Alternative zu dieser Haltung. Auch wenn viele Analytiker am Ideal des Analytikers als Spiegel zweifeln und den Wunsch haben, es hinter sich zu lassen, haben sie dieses

Ideal noch nicht wirklich ersetzen können. Ein pauschales Prinzip der Anonymität hilft nach Reniks Auffassung nicht bei der Entscheidung, welche Art von Informationen über den Therapeuten die Therapie eher behindern und welche sie erleichtern können. Renik (1999) schreibt:

„Die sorgfältige Untersuchung zeigt, dass der Umgang des Analytikers mit seinen eigenen emotionalen Reaktionen *immer* Folgen hat. Da es sich nun einmal so verhält, lautet die Frage nicht, ob Selbstenthüllungen zulässig sind, sondern *wie* man den unvermeidbaren Zustand fortwährender Enthüllungen handhaben soll.“ (S. 931)

Renik geht äußerst selbstkritisch der Frage nach, welchen Zweck und welche Ursache diese allgemeine Tendenz hat, Selbstenthüllungen zu vermeiden. Dabei kommt er zu dem Schluss, dass es für einen Analytiker persönlich befriedigend sein kann, als Autorität idealisiert zu werden. Anonymität und Abstinenz des Analytikers fördern beim Patienten häufig regressive Idealisierungen. Ebenso häufig fördert eine solche analytische Haltung aber auch eine negative Übertragung. Die Anonymität kann andererseits auch vor Ängsten schützen, die der Analytiker andernfalls im interpersonalen Umgang empfinden kann. Renik (1999) vertritt die These, dass sich der grundlegende Unterschied zwischen der Selbstenthüllung des Analytikers und der des Patienten nicht an dem *Wieviel* festmacht, sondern an der Frage nach dem *Prinzip*, das die Entscheidung über das Wann und Wie der Selbstenthüllung leitet. Ferenczis Experimente zur „mutuellen Analyse“, in denen er die Gleichheit der Therapeut-Patient-Beziehung bis ins Extrem hervorhob, schlugen Reniks Ansicht nach nicht deshalb fehl, weil Ferenczi zuviel von sich selbst preisgab, sondern weil seine Selbstenthüllung auf ein falsches Ziel hin organisiert war. Renik plädiert dagegen für Selbstenthüllungen zum Zwecke der Selbsterklärung, die nicht eine Verwischung der Unterschiede von Patient und Therapeut zum Ziel haben: „Im Großen und Ganzen habe ich festgestellt, dass Selbstenthüllungen, die der Selbsterklärung dienen, die Übertragungsanalyse erleichtern, indem sie eine Atmosphäre authentischer Offenheit schaffen“ (Renik 1999, S. 954). Nach Renik sollte für einen Selbstpsychologen, der eine empathische Wiederherstellung von Defiziten anstrebt, die infolge narzisstischer Kränkungen entstanden sind, die Selbstenthüllung an sich nicht zwangsläufig kontrainduziert sein. In ähnlicher Weise gilt dies für einen *control mastery analyst*, der nach der Theorie von Weiss und Sampson (1986) arbeitet und damit beschäftigt ist, die Tests seines Patienten zu bestehen, um dessen pathogene Überzeugungen zu widerlegen.

Dieses Mitbeteiligt-Sein an der therapeutischen Situation, das Anerkennen der „nicht-reduzierbaren Subjektivität“ des Therapeuten ermöglicht es Renik, einige alte tradierte Vorstellungen und Ideale über das therapeutische Rollenverständnis zu modifizieren und er ist

schnell dabei, bestimmte „heilige Kühe“ der psychoanalytischen Technik zu schlachten. Reniks Sicht des psychoanalytischen Prozesses und der Rolle des Analytikers darin wurde in letzter Zeit von einigen Autoren kritisiert (siehe Schmidt-Hellerau 2002, Altmeyer 2003), die die Gefahr der „inestuösen Verstrickung“ in einer solcherart konzipierten Behandlung sehen. Der Analytiker Bettighofer (2000) äußert sich ähnlich positiv wie Renik über die positive Seite eines neuen Subjektivitätsverständnisses:

„Gilt das partielle Mitagieren bzw. Miterleben einer erlebten Wirklichkeit des Patienten in der Behandlungssituation nicht mehr als analytische Todsünde [...], kann sich auch der Analytiker [...] innerlich entspannen und sich freier seiner Arbeit und dem Patienten zuwenden.“ (S. 134)

Der im Vergleich zu Renik gemäßigte Autor Glen Gabbard (1994) argumentiert, dass Neutralität nicht in gleicher Weise auf Borderline-Patienten anzuwenden ist, wie dies mit neurotischen Patienten geschehen kann. Ähnliches gilt bezüglich der Selbst-Offenbarung in der Borderline-Therapie. In der Arbeit mit diesen strukturell gestörten Patienten braucht es eine authentische Offenheit den Gefühlen im Hier und Jetzt gegenüber, die essentiell sein kann, um das Arbeitsbündnis mit diesen Patienten aufrecht zu erhalten. Der Grad der Offenheit wird dabei nach Gabbard (1994) durch die Fähigkeit des Patienten begrenzt, eine affektive Erfahrung des Selbst in Bezug zu einem anderen zu machen. Diese „klinische Aufrichtigkeit“ (Gabbard 1994, S. 143) im Hier und Jetzt muss vom Therapeuten hinsichtlich ihrer wahrscheinlichen Wirkung auf den Patienten und der Themen, die dadurch im Patienten ausgelöst werden, sorgfältig abgeschätzt werden. Gabbard tritt speziell bei Persönlichkeitsgestörten für die selektive Selbst-Offenbarung ein, die das Ziel hat, den Patienten über seinen interpersonellen und intrapsychischen Gebrauch des Therapeuten zu informieren. Er schreibt aber warnend: „Obwohl Selbst-Offenbarung eine Erleichterung eines Gegenübertragungs-Unbehagens bedeuten kann, sollte das Ziel nie sein, den Therapeuten von einer unangenehmen Erfahrung zu befreien“ (S. 204).

Die Selbstoffenbarung dem Patienten mitzuteilen, bevor sie komplett vom Therapeuten verstanden wurde, birgt das Risiko, dass der Patient sich unnötigerweise belastet fühlt, Sinn aus dem emotionalen Zustand des Therapeuten machen zu müssen. Nach intersubjektiver und relationaler Sicht vermittelt der Therapeut durch seine Mimik, Gestik, Tonlage und körperliche Aktivität ständig etwas über seinen inneren Zustand. Daher sprechen sich Autoren wie Hoffman (1983), Aron (1991) und Mitchell (1988) dafür aus, die Wahrnehmung des Patienten in Bezug auf die Subjektivität des Therapeuten als Teil der Übertragung anzusehen.

Abschließend möchte ich noch die Sicht zweier amerikanischer Autorinnen auf Selbst-Offenbarungen darstellen, da sie meines Erachtens interessante Punkte in die Diskussion einge-

bracht haben, die ich hier kurz anführen möchte. Darlene Bregman Ehrenberg (1992, 1995) und Karen Maroda (2004) nehmen beide eine ausgesprochen radikale Perspektive auf Gegenübertragungs-Selbstoffenbarungs-Phänomene ein, insofern sie die Verwendung dieser Technik in das Zentrum ihres analytischen Ansatzes stellen. Nach Ehrenbergs Überzeugung sollte die Gegenübertragung am besten aktiv und verbal, also nicht schweigend, genutzt werden. Sie definiert Gegenübertragungs-Offenbarung als „Enthüllung der Gefühle des Analytikers in der *Interaktion* mit dem Patienten, oder in der Beziehung zu dem Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt“ (1995, S. 213). Ehrenberg plädiert dafür, die Aufmerksamkeit mit nahezu mikroskopischer Empfindlichkeit auf die Feinheiten zwischen Analytiker und Patienten zu richten. Diesen Grenzbereich zwischen Analytiker und Patient ins Blickfeld zu rücken, ist für sie nicht dasselbe, wie über den Patienten oder den Analytiker nachzudenken. In diesem Grenzbereich finde die Integration, die Qualität des Kontaktes zwischen Analytiker und Patient statt, hier werde affektiv und unbewusst kommuniziert. Diese „intime Grenze“, wie Ehrenberg (1992, S. 17) es nennt, wird im Idealfall zum Punkt der maximalen und anerkannten Berührung in jedem gegebenen Moment in einer Beziehung, ohne dass eine Verschmelzung stattfindet. Das Einzelsein und die Individualität beider Teilnehmer werden dabei nicht verletzt. An dieser intimen Grenze zu arbeiten, bedeutet daher für Ehrenberg (1992) nicht, Distanz zu nivellieren, sondern „Distanzierungstendenzen zu identifizieren und zu erhellen“ (S. 57). Dabei stützt sie sich u.a. auf den britischen Objektbeziehungstheoretiker Harry Guntrip (1969), der hierfür die Metapher, „eines Abgrunds, den der Patient nicht überwinden kann, aber vielleicht der Analytiker, der ihn überwindet, wenn er dem Patienten zeigt, dass er weiß, wie“ (S. 105) verwendete. Für Guntrip ist die Überwindung dieses Abgrundes das Wichtigste in der Analyse. Die Überwindung des Abgrundes kann dann zu den von Guntrip erwähnten „Momenten der realen Begegnung“ führen: „Das Therapeutische ist der Moment der realen Begegnung von zwei Menschen als eine neue, transformierende Erfahrung für einen von beiden“ (Guntrip 1969, S. 353).

Hinsichtlich der Frage, wie die Gegenübertragung am sinnvollsten anzuwenden ist, schlägt Ehrenberg (1992) eine Unterscheidung zwischen der „*reaktiven*“ Dimension und der „*aktiven*“ Dimension der Gegenübertragung vor: Die reaktive Dimension der Gegenübertragung umfasst die emotionale Reaktion auf den Patienten – die oft eher eine Überraschung als eine bewusste Entscheidung ist. Die *aktive* Dimension der Gegenübertragung verwendet diese reaktive Dimension als Information für eine durchdachte und bewusste klinische Intervention. Ehrenbergs Meinung nach können in der Therapie bedeutsame Fortschritte erzielt werden, wenn der Analytiker bewusst wahrnimmt, wie ihn seine Patienten emotional berühren und er

diese Wahrnehmung als Information für seine Arbeit nutzt. Ehrenberg geht aber noch einen Schritt weiter und empfiehlt, den Patienten ihre emotionale Wirkung auf den Analytiker, die sogar eine bedrohliche sein kann, zu vermitteln. Sie schreibt:

„Weder der Patient noch der Analytiker kann sich auf die Position einer bloßen intellektuellen Exploration zurückziehen. Jeder muß sich damit, was er in der unmittelbaren Interaktion erlebt, als mit etwas ganz Realem beschäftigen und nicht, als hätte er es mir irgendeinem schemenhaften klinischen Prozeß zu tun.“ (Ehrenberg 1992, S. 86).

Den Gedanken des Öffnens eines affektiven Zentrums in der Therapie, das auf den Patienten, wie auf den Therapeuten wirkt, hat der Therapeut Friedman ähnlich formuliert:

„Wenn die Behandlung, so wie sie in der Literatur beschrieben wird, als diskursiv und intellektuell und ordentlich und kühl erscheint, dann beruht die Behandlung, so wie sie sich tatsächlich abspielt, vielleicht auf dem, was jeder Psychotherapeut täglich empfindet: persönlichem Sich-Gestoßen-und-Gezogen-fühlen; namenloser, formloser, „wimmelnder“ Interaktion.“ (Friedman 1988, S. 12, Übersetzung J.T.)

Diese „wimmelnden Interaktion“ von Friedman bzw. die Fähigkeit des Therapeuten, an der „intimen Grenze“ mit all ihren Gegenübertragungsgefühlen, die diese in ihm auslösen, arbeiten zu können, ist oft der bestimmende Faktor für die Erfolgchancen einer Psychoanalyse oder Psychotherapie, besonders bei Patienten mit schweren psychischen Störungen. Anders ausgedrückt bedeutet dies die Fähigkeit des Therapeuten, die Gegenübertragung konstruktiv anzuwenden und teilweise aus dem Inneren der Gegenübertragung heraus zu arbeiten.

Wenn der Therapeut sich entschließt, an der intimen Grenze zu arbeiten, muss er hochsensibel sowohl für psychische Veränderungen, als auch für Veränderungen an der Nahtstelle der Interaktion sein, die sich in einer Spirale wechselseitiger, intersubjektiver Einflüsse abspielen. Um sich so in die eigene Gegenübertragung hineinzubegeben und diese auch dem Patienten mitzuteilen, ist es nach Ehrenberg (1992) von besonderer Bedeutung, dass der strenge Rahmen des analytischen Prozesses eingehalten wird:

„Ich bin der Ansicht, daß die Kombination eines strengen analytischen Prozesses mit einem lebendigen, persönlichen, affektiven Engagement entscheidend ist und daß der eine Aspekt ohne den anderen unzulänglich bleibt. Ich glaube, das Wichtigste ist die Integration beider Aspekte; sie funktionieren nicht abwechselnd, sondern nur kombiniert, so daß jeder Aspekt zur Bedingung für den anderen wird.“ (S. 87)

Die Abstinenz – in welcher Form auch immer praktiziert –, die Asymmetrie und der Rahmen unterscheiden die therapeutische von den alltäglichen Beziehungen. Die nicht immer leicht zu bewerkstellende Aufgabe des Analytikers oder psychodynamischen Psychotherapeuten ist es, durch ein Beachten dieser drei Prämissen die Beziehung quasi „in der Schwebel“ zu halten

und damit den „Bühnen-Charakter“, den „Als-ob-Charakter“ zu erhalten. Eine wichtige Frage, die die relationalen, interaktiven Psychoanalytiker aufwerfen, bezieht sich darauf, ob nicht ein Widerspruch auftritt zwischen der Asymmetrie-Forderung und der Auffassung, der Analytiker solle dem Patienten als reale Person – und nicht etwa nur als leere Projektionsfläche – gegenüber treten. Wie kann die therapeutische Beziehung asymmetrisch bleiben und doch authentisch sein? Wenn der Therapeut unwissentlich und unbewusst an der intersubjektiven Dyade mitwirkt, am „analytischen Dritten“ (Ogden 1995), äußert er dann nicht genauso eigene Vorstellungen, Bedürfnisse und Phantasien? Dieser Widerspruch lässt sich weder theoretisch noch praktisch einfach so aus dem Weg räumen. Als Grundregel empfiehlt Hirsch (2004, S. 215) zum Thema Asymmetrie und Selbstöffnung des Analytikers, dass, was immer der Analytiker sagt oder tut, dazu führen soll, dass der Patient etwas über sich erfährt, nicht über den Analytiker.

Der Patient nimmt unweigerlich vieles vom Therapeuten wahr. Autoren wie Levenson (1983), Searles (1979), Hoffman (1983), Ehrenberg (1992), Renik (1995) und Aron (1996) haben alle vom „Mythos des naiven Patienten“ gesprochen – die Annahme, dass die Gefühle des Analytikers für den Patienten nicht sichtbar wären. Diese Autoren haben betont, dass der „naive Patient“ normalerweise eine uneingestandene Kollusion zwischen einem Analytiker, der nicht gesehen werden will und einem Patienten, der gewillt ist, ihm diesen Gefallen zu tun, darstellt. Dies kann als eine Kollusion von Gesehen-Werden und Verbergen-Wollen zwischen Patient und Therapeut verstanden werden. Den Hintergrund bilden dabei potentielle Schamgefühle, wie es Mitchell (2005) in folgendem Zitat andeutet:

„Statt sich mit diesen Themen (der Verstrickung mit dem Patienten) unumwunden auseinander zu setzen, machte die traditionelle psychoanalytische Theorie sie unsichtbar, indem sie die analytische Situation als Ein-Personen-Feld definierte. Überschreitungen berufsethischer Grenzen, die der Öffentlichkeit bekannt wurden, konnten auf Grund dessen als pathologische Verirrungen verstanden werden, über die man stillschweigend hinwegging, und der einzelne Analytiker versuchte mit leidenschaftlichen Empfindungen Patienten gegenüber fertig zu werden, wobei er oft unter einem starken Gefühl der Scham litt.“ (S. 28)

Die zweite Analytikerin, die sich konsequent, aber reflektierend für einen aktiven Gebrauch der Gegenübertragung ausspricht, ist Karen Maroda (2004). Idealerweise sollte die Offenbarung der Gegenübertragung ihr zufolge natürlich und angenehm für den Kliniker sein, wie jede andere Technik auch. Die Beherrschung dieser Technik stellt jedoch eine große Herausforderung dar, die Marodas Ansicht nach einer Neudefinition des analytischen Prozesses auf der Grundlage der „Gegenseitigkeit“ („*mutuality*“) bedarf. Wenn selbst Freud verlangte, dass seine Patienten die Couch benutzen, weil er es selber nicht ertragen konnte, den ganzen Tag

angestarrt zu werden, wie kann man dann erwarten, dass Therapeuten und Analytiker in Freuds Nachfolge die noch um vieles intensivere Mitteilung der Gegenübertragung aushalten können? Geht man dabei nicht das Risiko ein, sich selbst verrückt zu machen und einen unnatürlichen Grad der Offenheit von sich selbst zu erwarten, besonders bei vollzeitarbeitenden Klinikern? Maroda (2004) beantwortet diese Fragen dahingehend, dass jeder Therapeut eine ganz eigene Toleranz für Selbstoffenbarungen hat, die sich von Individuum zu Individuum stark unterscheiden kann. Der Therapeut, der noch nie zuvor seine Gegenübertragung mitgeteilt hat, sollte daher in geringerem Umfang damit beginnen. Er sollte dabei ein Gefühl dafür entwickeln, wie viel er selbst tolerieren kann. Die Offenbarung der Gegenübertragung sollte Stück für Stück vonstatten gehen, jeder der Beteiligten sollte ein Gefühl dafür entwickeln, was angenehm und angemessen ist. Der Therapeut sollte dabei auch zwischen dem ausbalancieren, was der Patient wissen sollte und seinem eigenen Recht auf Privatsphäre. Die Mitteilung von starken Gefühlen dem Patienten gegenüber kann in der Tat kurzfristig erleichternd für den Therapeuten sein, wenn solche Offenbarungen aber nicht im Zusammenhang mit einer Nachfrage des Patienten stattfinden, werden sie ihn eher bedrohen und die Beziehung belasten. Ausgehend von der „Theorie der Gegenseitigkeit“ von Maroda (2004) werden solche ungebetenen Offenbarungen des Therapeuten weder im Interesse des Patienten, noch des Therapeuten sein und letztlich die Beziehung untergraben. Das leitende Prinzip, nach dem die Gegenübertragung mitgeteilt werden sollte, beschreibt Maroda (2004) folgendermaßen:

„Meiner Ansicht nach sollte das Prinzip, das die Offenbarung der Gegenübertragung leitet, folgendes sein: Der Therapeut muss immer das mitteilen, was ihm wichtig erscheint, um die Bewusstwerdung und die Akzeptanz der Wahrheit für den Patienten zu erleichtern. Das leitende Prinzip, wie und wann dies getan werden sollte ist einfach: Das Timing, die Natur und der Umfang der Gegenübertragung können nur dadurch bestimmt werden, dass der Therapeut mit dem Patienten dies konsultiert.“ (S. 87, Übersetzung J.T.)

Einfacher ausgedrückt beantwortet Maroda die Frage „Wie weiß man, was man und zu welchem Zeitpunkt sagen kann?“ mit: „Fragen Sie den Patienten“. Der kritische Faktor, der den Therapeuten bei seiner Entscheidung leitet, ob und wann er dem Patienten etwas aus seiner Gegenübertragung mitteilen sollte, ist der Patient. Maroda geht davon aus, dass der Patient einem alles darüber erzählt, was man wissen möchte – wenn man nur auf ihn hört und ihn konsultiert.

Der aktive Gebrauch der Gegenübertragung erfordert – wie alle Aspekte der analytischen Technik – eine strenge Selbst-Disziplin. Der Psychotherapeut muss sich dabei seiner Bedürfnisse bewusst sein, die er mit ins Behandlungs-Setting bringt und darüber reflektieren, wie sie die Interaktion mit dem Patienten beeinflussen. Die Offenbarung der Gegenübertragung, die

Analyse der Übertragung-Gegenübertragung und seltener, die Analyse der Gegenübertragung alleine stellen zusammengenommen die technische Verwendung der Gegenübertragung dar (Gill 1996). Dabei sind die Gegenübertragungstechniken abhängig von einer stabilen, fortlaufenden Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die ihrer Natur nach analytisch ist, sei dies nun Psychoanalyse oder psychodynamische Psychotherapie. Maroda (2004) empfiehlt Therapeuten, die eine analytische Kurzzeittherapie oder eine zeitbegrenzte psychodynamische Therapie machen, die von ihr vorgeschlagenen grundlegenden Richtlinien für die Verwendung der Gegenübertragung zu beherzigen. Für sie ist es selbstverständlich, dass der psychodynamisch arbeitende Therapeut, der quasi gegen die Uhr arbeitet – und nicht wie in einer tendenzlosen und von seinem Zeitumfang um vieles offeneren Psychoanalyse – mehr Risiken in Kauf nehmen muss. Der Gebrauch der Gegenübertragungs-Selbstoffenbarung sollte ihrer Ansicht nach in zeitbegrenzteren Therapien nicht offensiver sein, indem die Gegenübertragung früher angesprochen wird, sondern so sein, dass der Patient mit Rückmeldungen konfrontiert wird, um zu sehen, ob es das ist, was er wirklich braucht und sucht. Ungeachtet der Tatsache, mit welchem therapeutischen Setting der Analytiker oder Therapeut arbeitet, sollten die Offenbarungen auf die Erfahrungen des Patienten hin ausgerichtet sein und ihnen Rechnung tragen. Der Therapeut sollte auch jegliche hinderlichen, persönlichen Informationen vermeiden und eine einigermaßen ausreichende Kontrolle über seine intensiven Affekte gewonnen haben, bevor er sie mitteilt. Der wesentliche Aspekt der Offenbarung der Gegenübertragung liegt nach Maroda (2004) in der *affektiven Antwort* auf den Patienten und nicht in der *Mitteilung von persönlichen Informationen*. Um die Gegenübertragung effektiv nutzen zu können, muss der Therapeut sich einigermaßen wohl mit seinen Emotionen fühlen, einschließlich Neid, Hass oder sexueller Anziehung. Die Autorin erinnert jedoch daran, dass Sexualität und Aggression die größten Schwierigkeiten für die Patienten darstellen – und daher auch in ähnlichem Maße für den Psychotherapeuten Themen sind, mit denen er u.U. Schwierigkeiten haben kann.

Der Fokussierung auf den Affekt sollte das Hauptinteresse des Therapeuten gelten, nicht nur im Interesse des Patienten, sondern auch in seinem eigenen. Es ist die Interaktion von Affekten, die für das Gefühl von Kontakt verantwortlich ist. Aus diesem Grunde ist für den Analytiker Treurniet (1995) das Problem der Verständigung in der analytischen Situation „größtenteils ein Problem der Affekte. Affekte sind nicht nur beobachtbare Erscheinungen, sondern rufen im Wahrnehmenden eine wiederum affektive Antwort hervor“ (S. 112). Für ihn ist das zentrale klinische Problem, primäre Affekte in der Therapie zu wecken und sie dann aber so erträglich zu machen, dass ein Patient mit ihnen arbeiten kann. So wichtig Gefühle in der

Therapie sind, für Sentimentalität ist nach diesem Autor jedoch kein Platz. Treurniet (1995) erläutert diese Sicht, indem er sich auf Winnicotts Sicht des Übergangsobjektes bezieht. Für Winnicott (1971) ist nicht das Übergangsobjekt *per se* wichtig, sondern der Gebrauch, den man von ihm macht. Wie dieses Übergangsobjekt ist der Therapeut gleichzeitig da und nicht da. Als Objekt gibt es ihn nur so weit, wie er durch den Patienten geschaffen wird – etwa so, wie ein Kuscheltier durch ein Kind geschaffen wird. Das ist Treurniet (1995) zufolge ein wichtiger Aspekt der therapeutischen Existenz: Die Erkenntnis, dass die zunehmende Abwesenheit des Therapeuten das ist, was er seinen Patienten wirklich zu bieten hat. Auf diesem Paradoxon beruht nach Winnicott auch die Bedeutung des primären Objektes. Wenn die Mutter „gut genug“ ist, ist sie in diesem Sinne mehr und mehr „abwesend“. Mit dieser Tatsache der zunehmenden Abwesenheit muss sich der Analytiker oder Therapeut aussöhnen, will er gute Arbeit machen und den Patienten nicht in eine ungute Abhängigkeitsbeziehung führen. Der Therapeut wird dabei nicht als Person gesucht, sondern als Lieferant. Diese Idee vom „Überhaupt-da-Sein“ des Analytikers ist für Treurniet (1995) *nicht* dasselbe wie die Suggestion, dass das „gute“ Objekt den Platz des „schlechten“ einnehmen wird. Der Analytiker bestärkt den Analysanden dabei nicht, dass er eine „bessere“, als seine eigene „schlechte“ Mutter finden kann, wenn er es nur heftig genug probiert. Ein Patient muss sich letztlich mit der Tatsache aussöhnen, dass das primäre Objekt *niemals* wiedergefunden werden kann. Das Bewusstsein der zunehmenden Abwesenheit, das den Therapeuten leiten sollte, ändert nichts daran, dass

„es in vielen Analysen einen Augenblick der Wahrheit gibt, an dem der Patient fühlen muß, daß er echte Gefühle in seinem Analytiker hervorrufen kann. [...] Diese Phasen sind vor allem dadurch heikel, weil sie dem Analytiker immer starke Gefühle bringen, oft Gefühle von Wut, Scham und Schuld, und er sie doch ertragen und in sich behalten („containing“) muß.“ (Treurniet 1995, S. 125)

Der grundlegende therapeutische Nutzen kommt von der gefühlsmäßigen Selbstoffenbarung und dies kann meistens ohne die Mitteilung von ausführlichen persönlichen Informationen getan werden. Der wesentliche Aspekt der Offenbarung ist es, einen Affekt zu zeigen, nicht ihn zu intellektualisieren.

Maroda (2004) liefert einige Richtlinien, mit deren Hilfe man die Gegenübertragungs-Selbstoffenbarung und ihre Wirkung auf den Patienten einschätzen kann:

„Als Daumenregel bewirken Gegenübertragungs-Offenbarungen, die zu viel Affekt enthalten oder schlecht getimt sind, oder die von einem Therapeuten gemacht werden, der nicht in ausreichendem Maße die Kontrolle über seine Gefühle gewonnen hat, eine intensive Angst im Patienten oder einen Zustand der Überstimulation. [...] Offenbarungen, die nicht ausreichend aufrichtig oder emotional

sind, oder den Punkt in irgendeiner Art verfehlen, werden im Patienten Frustration und Ärger auslösen, auf die meistens Depressionen folgen.“ (S. 57, Übersetzung J.T.)

Eins der leitenden Prinzipien von Maroda Ansatz besteht darin, dass der Therapeut nicht perfekt sein sollte und dies auch gar nicht anstreben sollte. Fehler – und damit Schamgefühle – im Mitteilen der Gegenübertragung sind unvermeidbar. Der Freudianer Silverman (1985) bemerkte zu dieser Offenheit, mit der der Therapeut seine eigenen Gegenübertragungsgefühle reflektieren sollte:

„Ein Psychoanalytiker muss gegenüber dem Auftauchen seiner Gegenübertragungsreaktionen wachsam sein, damit er sich ihrer bewusst werden kann, ohne Scham oder Gefühlen von Unangemessenheit oder Versagen.“ (Silverman 1985, S. 198, Übersetzung J.T.)

Die Analytikerin Maroda ermutigt dazu, nicht zu ängstlich und besorgt darüber zu sein, Fehler zu machen. Eine viel gravierendere Auslassung wäre es, aufgrund dieser Angst vor Fehlern die Gegenübertragung insgesamt nicht aktiv zu nutzen. Die Mitteilung der Gegenübertragung in die psychoanalytische Technik mit aufzunehmen, verstärkt die Hier-und-Jetzt-Beziehung und „reduziert die schutzgebende Distanz und persönliche Anonymität, die viele psychoanalytisch Praktizierende gewöhnt sind“ (S. 110).

Zusammenfassend kann man sagen, dass nach moderner, intersubjektiver Sicht unter Abstinenz weniger die Festlegung bestimmter Regeln verstanden wird, sondern eher eine innere Haltung des Therapeuten, eine Art therapeutische Ethik, die eine klare „Funktionsbewusstheit“ des Therapeuten voraussetzt. Der Fokus innerhalb der Psychoanalyse hat sich immer mehr von einer naturwissenschaftlichen auf eine sozialkonstruktivistische Perspektive verschoben, der zufolge es keine vorgefundene Wirklichkeit gibt, sondern diese vielmehr in der Patient-Therapeut-Interaktion gemeinsam konstruiert wird (Hoffmann 1998).

Die mechanische Auferlegung von starren Richtlinien – abstinenter oder selbstenthüllender Art – sind in keinem Fall ein Ersatz für ein gutes klinisches Urteil. Neutralität, Anonymität und Abstinenz sind ihrem Wesen nach negative Prinzipien. Sie umschreiben, was der Kliniker *nicht* tun sollte. Lange Zeit galt daher vor allem für orthodoxe Psychoanalytiker, dass sie sich auf der sicheren Seite bewegt haben, wenn sie geschwiegen haben und emotional an der Oberfläche geblieben sind, d.h. nichts von sich mitgeteilt haben. Stephen Mitchell (2003) beschreibt, wie in der post-klassischen Diskussion (seit den 80er Jahren) in Bezug auf Zurückhaltung und Expressivität in der analytischen Beziehung ein „Ton dramatischer Befreiung“ (S. 184) angeschlagen wird – im Gegensatz zum „Ton weitgehender Zurückhaltung“, der in der klassischen Theorie der Technik vorherrschte. Die hier dargestellten Beiträge der radikalen Vertreter der Selbstenthüllung vermitteln häufig diesen Geist des Sich-Befreiens nach

dem Motto: „Schau dir an, was ich getan habe und wie nützlich es war!“. Nach relationaler Auffassung ist der Analytiker eben kein leerer Bildschirm und damit sind seine eigenen Gefühle, einschließlich seiner leidenschaftlichen Gefühle, unvermeidlich ein Teil des Prozesses, der deshalb reflektiert und teilweise dem Patienten mitgeteilt werden sollte.

Obwohl Stephen Mitchell sicherlich zu den experimentier- und risikofreudigen Analytikern zählt, bemerkt er kritisch, dass es in der post-klassischen Literatur manchmal den Anschein hat, als ob die Selbstoffenbarung dem Patienten gegenüber zu *einem Ziel und zu einer Tugend an sich* geworden seien. Einige dieser Autoren vermitteln den Eindruck, als ob sie die abstinente analytische Haltung als Versteck für die Kleinmütigen betrachten. Mitchell (2003, S. 185) verweist kritisch auf eine kleine Gruppe interpersoneller Analytiker, die er die „Allesbringt-irgendwie-etwas-Schule“ („*It's all grist for the mill-school*“) oder „Platz'-nur-mit-allem-heraus“-Schule („*Blurt-it-all-out-school*“) nennt. Diese kleine Schule der „wilden Analytiker“, die ohne Hemmungen alles tun oder sagen, was ihnen gerade einfällt, darf aber nicht mit dem Großteil der Analytiker mit relationaler Orientierung verwechselt werden.

Der relationale deutsche Analytiker Altmeyer (2000) äußert sich in ähnlicher Weise zu gewissen Spielarten des Intersubjektivismus, die das „inter-“, aus dem Blick verlieren und einen naiven Subjektbegriff wiederaufleben lassen:

„Wenn das intersubjektive Verständnis der psychoanalytischen Situation sich darauf reduziert, dass der Therapeut seine eigene Gegenübertragung als Subjektivität ins Spiel und mit der Übertragung/ Subjektivität des Patienten in einem kreativen Austausch zusammenbringt, ist es bis zur inzestuösen Verstrickung nicht mehr weit.“ (S. 216)

Die meisten relationalen Analytiker legen viel Wert auf Formen disziplinierter Selbstreflexion, oder auf das, was Hoffman (1998) als „Ritual“ bezeichnet. Die grundlegende Blickverschiebung wird heutzutage in dem intersubjektiven Engagement zwischen Patient und Therapeut gesehen, das aus relationaler Sicht immer mehr als das eigentliche Medium für tiefe Persönlichkeitsveränderungen verstanden wird. Die große Herausforderung in unserer heutigen psychoanalytischen Epoche besteht sicherlich darin, eine Theorie des psychoanalytischen und psychotherapeutischen Prozesses herauszuarbeiten, die beide Aspekte, die Fähigkeit, sich auszudrücken und sich authentisch mitzuteilen, ebenso wie die Fähigkeit, sich zurückzunehmen, gleichermaßen akzentuiert.

10.3. Enactments als basale Form des Verstehens

Die Geschichte der Psychoanalyse zeichnet sich durch einen immer wiederkehrenden Streit zwischen verschiedenen Denkschulen aus. Schon in der Entstehungsgeschichte zeugen die Ausschlüsse von führenden Freud-Schülern (Ferenczi, Rank, Jung, etc.) von einer Tendenz der Psychoanalyse, die unterschiedlichen psychoanalytischen Perspektiven der jeweils anderen Schule nicht integrieren zu können und deren wichtige Erkenntnisse nicht als Bereicherung sehen zu können. Stattdessen wurden interaktionelle, vom orthodoxen Neutralitätsideal abweichende Strömungen meist als fundamentaler Angriff auf die Grundpfeiler der Psychoanalyse aufgefasst. Der Vorwurf, ein „Herätiker“ zu sein, wird mitunter sehr schnell in der psychoanalytischen Szene gemacht. Stephen Mitchell erzählt in einem seiner Bücher eine amüsante Geschichte von einem seiner Kollegen, der an unterschiedlichen, orthodoxen psychoanalytischen Instituten über die neue intersubjektive und relationale Psychoanalyse dozierte. Er legte, bevor er mit seinem Vortrag anfang, einen Revolver auf den Tisch. Die Nervosität der Teilnehmer veranlasste irgendwann jemanden aus dem Publikum nachzufragen, warum er denn einen Revolver auf den Tisch gelegt habe. Der Vortragende antwortete darauf, dieser Revolver sei dafür da, auf die Frage, „ob das denn alles noch *richtige Psychoanalyse* sei, wovon er da berichten würde?“, zu antworten.

Diese Anekdote macht auf sehr amüsante Art und Weise deutlich, wie stark die Frage nach der *wahren* Analyse („das Schibboleth“ Freuds) in der analytischen Szene eine Rolle gespielt hat und teilweise auch noch spielt. Historisch gesehen wurde „der andere“ zum Gegner und es wurde viel Energie darauf verwendet, diesen „Strohmann“ zu bekämpfen. Diese Intoleranz zeichnet in grundlegendem Maße die Beziehung zwischen der klassischen und der interpersonalen Psychoanalyse seit der Gründungszeit der Psychoanalyse aus. Interpersonale Analytiker haben die Vertreter der klassischen Schule meistens so dargestellt, als ob sie fast ausschließlich mit Trieben beschäftigt wären und die analytische Situation und Haltung durchgängig durch eine leblose, mechanistische, von Abstinenz- und Neutralitätsgeboten dominierte Atmosphäre geprägt sei. Die interpersonale Kritik richtete sich gegen die Rolle des Analytikers als objektivem, wissenschaftlichem Fachmann, der die Erfahrungen des Patienten deutet, ohne in der analytischen Beziehung wirklich als Subjekt eine Rolle zu spielen. Interpersonale Analytiker kamen daher auch zu dem Schluss, dass klassischen Analytikern wichtige Informationen aus der Interaktion verloren gehen.

Im Gegenzug haben klassische Analytiker den interpersonalistischen Kollegen vorgeworfen, zu oberflächlich zu sein, die Bedeutung der Triebe, der Sexualität, des Körpers und des Un-

bewussten zu unterschätzen und über Bord geworfen zu haben. Ihre Kritik richtete sich grundsätzlich gegen die Tendenz der Interpersonalisten, die Interaktion in den therapeutischen Fokus zu stellen und damit eine Technik zu propagieren, die als zu interaktiv, zu wenig abstinenz, neutral und allgemein als *zu invasiv* angesehen wurde. Aus all dem folgern klassische Analytiker, dass die interaktive, relationale Psychoanalyse nicht *wirklich* psychoanalytisch sei – sogar die ödipale Situation wird ja von einigen als entwicklungsgeschichtlich nicht so zentral erachtet. In der analytischen Situation – so die Kritik der klassisch orientierten Autoren – stehe die Person des Analytikers oder Therapeuten zu sehr im Mittelpunkt und verstelle damit den ungehinderten Blick auf die Psyche des Patienten. Autoren wie Mitchell (1988, 1993), Aron (1996) und Greenberg (1991) haben mit ihren Arbeiten dieser Tendenz der interpersonellen und relationalen Psychoanalyse, den Körper, die Sexualität und die Ödipalität zugunsten der Untersuchung des intersubjektiven Feldes zu vernachlässigen, entgegengewirkt. In all ihren Arbeiten wird der Rolle der in der interpersonellen Psychoanalyse eher unterbelichteten Themen dahingehend Rechnung getragen, dass eine Sichtweise des Körpers, der Ödipalität und der Sexualität konzeptualisiert wird, die im Einklang mit der relationalen und intersubjektiven Sichtweise steht. Auf der anderen Seite hat die klassische Analyse der Mitbeteiligung des Analytikers an der therapeutischen Dyade zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt. Die produktive Verwendung der Gegenübertragungs-Erfahrung und die Rolle der Enactments zwischen Patient und Therapeut kann man demgemäß als den größten Beitrag der interpersonellen Psychoanalyse zu einer klinischen Theorie ansehen.

Mit dem Konzept der Intersubjektivität ist eine Vorstellung der analytischen Situation verbunden, die das Handeln und Inszenieren in der Analyse oder psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Therapie in den Mittelpunkt rückt. Der zentrale Begriff ist das *Enactment*, ein Handeln also, an dem beide, Analytiker und Analysand, Therapeut und Patient beteiligt sind, eine „Zwei-Personen-Psychologie“ im Sinne Balints (1968). Der relationalen Theorie zufolge hat der Analytiker gar keine Möglichkeit, nicht zu agieren, kann es auch nicht vermeiden, sich auf irgendeine Weise an einem „*Re-enactment*“, einer Reinszenierung, zu beteiligen und sich darin zu verwickeln. Diese Form des Agierens aus der Gegenübertragung, des *Enactments*, oder *Reenactments* hat der argentinische Analytiker Heinrich Racker (1968) beschrieben und damit eine ganz neue analytische Herangehensweise auf den Weg gebracht:

„Was ich hier meine, ist eine andere Form des Handelns: es geht nicht um Fordern oder Verboten, sondern darum, daß der Analytiker die ihm vom Patienten zgedachte Rolle kurzfristig tatsächlich spielt, um dann zu analysieren, was da abgelaufen und agiert worden ist. [...] In solchen Fällen kann das Agieren des Analytikers sogar wie eine erste Deutung wirken; im Grunde ist es auch ein Deuten in Form von Agieren.“ (S. 81)

Das klassische analytische Liege-Setting war, ebenso wie das Sitz-Setting später, im Prinzip dafür da, den expressiv-motorischen Bereich des Verhaltens und Erlebens zu blockieren, da Freud davon ausging, dass diese Einschränkung der Bewegung den innerpsychischen Druck verstärkt und dem Patienten damit die Möglichkeit gibt, sich ausschließlich auf seine seelische Tätigkeit zu konzentrieren.¹⁶ In dem Raum zwischen Patient und Analytiker sollte möglichst nichts anderes als der „Austausch von Worten“ (Freud 1916) Platz haben, da „die unbewussten Regungen nicht erinnert werden wollen, wie die Kur es wünscht, sondern sie streben danach, sich zu reproduzieren, entsprechend der Zeitlosigkeit und der Halluzinationsfähigkeit des Unbewussten“ (S. 374). Dieser Versuch Freuds, die *Handlung* aus der „Behandlung“ möglichst zu herauszuhalten, war jedoch ein vergeblicher: Nach heutiger Sicht handelt der Analytiker immer, es ist für ihn überhaupt nicht möglich, nicht zu handeln.

Auf der einen Seite schaffte Freud also ein Setting, dass Interaktion aus der psychoanalytischen Situation möglichst verbannen sollte, andererseits stellte er sehr wohl Überlegungen zur Interaktion zwischen Analytiker und Patient an, denen allerdings im Mainstream der Psychoanalyse wenig Beachtung geschenkt wurde. Das ist seltsam, wenn man bedenkt, dass Freud schon 1915 bemerkte, dass „es sehr bemerkenswert [ist], daß das *Ubw* eines Menschen mit der Umgehung des *Bw* auf das *Ubw* eines anderen reagieren kann“ (Freud 1915, S. 293). In ähnlicher Weise betonte Ferenczi (1933), wie groß der Anteil an nonverbaler Kommunikation zwischen Patient und Analytiker ist. Trotz dieser Tendenz abseits vom analytischen Mainstream, die Interaktion zu beachten, blieb das Handeln in der Psychoanalyse bis weit in die 70er und 80er Jahre hinein ein relativ unbeachteter Bereich. Es gab zwar Ausnahmen wie den Analytiker Harold Searles, der 1949 einen Artikel schrieb, der einer interpersonalen Orientierung sehr nahe kommt. Neben dem erwähnten Heinrich Racker (1968) sind es vor allem die Interpersonalisten Harry Stack Sullivan (1940), Erich Fromm (1955) und Edward Tauber (1954), die die Interaktion als theoretisches Moment innerhalb der Psychoanalyse betont haben. Besonders ein Autor vertrat die Idee, dass „man nicht nicht interagieren“ kann, schon relativ früh: der Interpersonalist Edgar Levenson (1972, 1983). Levenson beschrieb schon in seinem ersten Buch *The Fallacy of Understanding* (1972), dass jeder Analytiker, der glaubt, seine Deutungen würden nicht mehr sein als die Weitergabe von Informationen von einem Analytiker an einen Patienten, dazu verdammt ist, genau durch diese Interpretationen das Problem unbewusst zu wiederholen, weswegen der Patient ursprünglich gekommen ist. Levenson (1972) schreibt:

¹⁶ Das Liege-Setting hatte auch persönliche Gründe, da Freud es nicht ertrug, „acht Stunden täglich (oder länger) von anderen angestarrt zu werden“ (Freud 1913, S. 467).

„Handlung oder Verhalten ist eine Sprache, die eine genaue Darstellung der Worte ist. Worüber der Patient und der Therapeut reden, wird gleichzeitig zwischen ihnen aufgeführt. Zur Wiederholung: *Die Kraft der Psychoanalyse wird davon abhängen, ob darüber geredet wird, was getan wurde.* Das ist ein kontinuierlicher, ganzheitlicher Teil der Therapie, nicht ein zwischendrin auftretender Artefakt einer schlechten Therapie.“ (S. 88, Übersetzung J.T.)

Ohne die entsprechende Anerkennung dafür bekommen zu haben, war Levenson der erste, der festgestellt hat, dass die unvermeidliche, unbewusste Verstrickung des Therapeuten mit seinem Patienten der Dreh- und Angelpunkt einer jeden Therapie oder Analyse ist. Ohne es zu merken, macht der Analytiker eines masochistischen Patienten sadistische Deutungen über Masochismus; der Analytiker eines verführenden Patienten, der trotzdem Angst vor Sexualität hat, wird verführende Deutungen über die Angst des Patienten machen; der Analytiker eines narzisstisch verletzbaren Patienten deutet den Narzissmus in einer Art, die den Patienten verletzt. Dieser eigenartige Sachverhalt, dass genau das unbewusst zwischen den beiden Beteiligten stattfindet, worüber gleichzeitig gesprochen wird, wurde von Levenson als erstem in dieser Form erkannt und benannt. Diesen von ihm als „Isomorphismus“ bezeichneten Sachverhalt, beschreibt er mit folgenden Worten: „Das, worüber gesprochen wird, wird gleichzeitig aufgeführt (*enacted*) – ein verblüffender und therapeutisch äußerst nützlicher Isomorphismus“ (Levenson 1996, S. 246) Es war Levenson, der erstmalig „gemeinsame Enactments“ beschrieb, obwohl der Begriff Jacobs (1986) zugeschrieben wird. Levenson erkannte, dass die kontinuierliche, gemeinsame, unbewusste Beeinflussung notwendigerweise ein gemeinsames Enactment impliziert.

Im Gegensatz zu Levenson ist für Jacobs (1986) die Fähigkeit des Patienten, die Erfahrung und das Verhalten des Analytikers zu beeinflussen, eine *episodische*. Für Levenson (1972, 1983) ist die Beeinflussung eine *kontinuierliche*, die die gesamte Therapie durchzieht und nicht nur episodisch zu bestimmten bedeutungsvollen Momenten wirksam wird. Jacobs zieht den Begriff des „*Enactment*“ dem des „*Acting out*“ vor, weil letzterer für ihn eine gewisse pejorative Konnotation hat. Seither ist der Begriff „*Enactment*“ in den USA und Europa so verbreitet, dass eine ganze Flut an Artikeln über dieses Thema veröffentlicht worden ist (Jacobs 1986, 2000; McLaughlin 1992; Renik 1993; Klüwer 1983 1995; Lachauer 1990; Streeck 2000, 2002; Heisterkamp 2002). Die Definition eines „Gegenübertragungs-Enactment“ ist laut Jacobs die Aktualisierung einer Übertragung, die unwissentlich vom Analytiker eingegangen wird. Jacobs (1986) definiert Enactments vor dem Hintergrund der Einmaligkeit der Person des Analytikers, die unvermeidbar einen Effekt auf den Patienten hat. Er geht, wie die meisten klassischen Analytiker, die das Enactment-Konzept in ihr Repertoire aufgenommen haben, davon aus, dass die Enactments des Therapeuten nur gelegentlich auftreten. Die Aus-

führungen von Jacobs (1986, 1993) zählen zu solchen, in denen sich ein Analytiker sehr stark persönlich offenbart und dem Patienten bzw. Leser viel von seinem Innenleben mitteilt. Obwohl er in seinen Schriften keine Selbst-Offenbarung gegenüber Patienten befürwortet und empfiehlt, wird in den von ihm geschilderten Fallvignetten viel von seiner Persönlichkeit, seinen Gefühlen und Konflikten deutlich.

Jacobs (2000) argumentiert, dass Analyse viel stärker eine Sache der Persönlichkeit des Analytikers ist, als eine Sache seiner Technik. Durch diese Auffassung von Enactments hat Jacobs die Persönlichkeit und das (unbewusste) Handeln des Analytikers viel stärker ins Herz der analytischen Interaktion gerückt. Er schildert in seinen Falldarstellungen eindrücklich, wie Enactments Abwehrzwecken dienen, um zum Beispiel Schamgefühle zu umgehen. Das unbeabsichtigte Enactment als unbewusstes Handeln zu reflektieren hat Jacobs (2000) zufolge aber auch einen großen Einsichtgewinn auf der Seite des Therapeuten: „Das ist einer der großen Vorteile des Enactments: Häufig bereitet es uns unverhofft die Chance, Aspekte der eigenen Psychologie, die uns sonst nicht zugänglich wären, zu erkunden“ (S. 108).

Das „Handeln“ ist ja allgemein kein psychoanalytischer Begriff. In der Regel wurde dann von „Handeln“ gesprochen, wenn darunter „Agieren“ verstanden wurde. Freud (1905) hat das Agieren in zweierlei Hinsichten verwendet: Zum einen im Sinne eines Handelns, mit dem der Patient Zuflucht zur motorischen Aktion sucht; zum anderen im Sinn von Aktualisieren in der Übertragung. Das Agieren im Sinn von Zuflucht zur motorischen Aktivität wird generell als ein Verhalten aufgefasst, das Abwehr- oder Widerstandsfunktionen erfüllt. Der Patient *handelt*, aber er *erinnert* sich nicht. Zu den vorrangigsten Zielen psychotherapeutischer Behandlungen gehört es aber, die Störung des Patienten zu verstehen und den Patienten dabei zu unterstützen, dass er sich erinnert. Wenn der Patient agiert, erinnert er sich nicht an vergangene Erfahrungen, sondern verhält sich aktuell in der Behandlung ähnlich, wie er es früher getan hat (Schafer (1983) spricht von „narrativer Inszenierung“). Da traditionell vor allem diese Widerstandsfunktion des Agierens betont wurde, führte dies dazu, dass das Agieren im Sinn von *Aktualisieren in der Übertragung* ausgeklammert wurde. Bei dieser Art von Agieren ist die therapeutische Beziehung selbst Feld des Handelns. Agieren – so könnte man die klassische Sicht zusammenfassen – steht für Handlungen, die der Patient an Stelle von Erinnerungen produziert.

Schematisch lassen sich somit drei unterschiedliche Perspektiven bezüglich des Agierens ausmachen: Auf der einen Seite werden interaktive Phänomene als Manifestationen von Widerstand gesehen (z.B. Feldman 1997). Dem steht auf der anderen Seite die Ansicht gegenüber, in der das therapeutische Geschehen durchweg als ein interpersonelles Geschehen ver-

standen wird, das in jedem Moment von Patient und Therapeut gemeinsam gestaltet wird (Mitchell 1988, Aron 1996, Stolorow, Branchaft u. Atwood 1996). Noch einen Schritt weiter gehen Psychoanalytiker, die einer sozialkonstruktivistischen Position nahe stehen. Aus dieser Perspektive ist die therapeutische Situation eine soziale, von Analysand und Analytiker in ihrer Interaktion gemeinsam hervorgebrachte Welt von Erfahrungen, deren Bedeutungen sie miteinander konstruieren (Gill 1997, Hoffman 1991, Renik 1993). Eine intersubjektive Sicht des therapeutischen Prozesses und der therapeutischen Beziehung liefert den Hintergrund, vor dem es in den letzten Jahrzehnten zunehmend zu einer Neuberwertung des Konzeptes des Agierens gekommen ist. Zu Freuds Zeiten war das Agieren etwas, das sowohl von Patienten- als auch von Analytikerseite möglichst zu unterlassen ist. Heute wird das Agieren zu einer Möglichkeit, die unbewusste Inszenierung und die darin zum Ausdruck gebrachten „zentralen Beziehungswünsche“ (Luborsky 1995) zu verstehen. Wie Klüwer (2002) andeutet, hat kein anderer psychoanalytischer Begriff eine solche Bedeutungserweiterung im Laufe der Zeit erfahren, wie der des Agierens.

Als diesen Hintergrund des Agierens in der Psychoanalyse berücksichtigend, kann der Enactment-Begriff verstanden werden. Der moderne Begriff des Enactments greift einige schon zuvor entwickelte Konzepte, wie das der „Szene“ und dem „szenischen Verständnis“, auf. Eine *Szene* ist „die Gesamtheit der Aspekte der spezifischen Gestaltung der psychoanalytischen Situation durch den Analysanden nach dem Muster und als Reproduktion einer früheren, infantil und/oder traumatisch bedingten Vorerfahrung“ (Wolf 2002, S. 705). Die Konzepte der Szene und des szenischen Verstehens sind erst von einer hermeneutisch, kommunikationstheoretisch inspirierten Richtung der Psychoanalyse (Argelander 1970, Lorenzer 1970) entwickelt worden und dienen dem Begriff des Enactments u.a. als Basis. Lorenzer (1972) hat den Freudschen Satz „Das Ich ist der Niederschlag der Objektbeziehungen“ umformuliert: „Der Ansatz des Subjektes ist der Niederschlag der Interaktionsformen“ (S. 46). Der Begriff der „Interaktionsform“ postuliert kein Gegenüber zweier, als Subjekt und Objekt getrennt zueinander stehenden Individuen, Subjekt und Objekt sind vielmehr in einem gemeinsamen szenischen Bezugsfeld eingebettet. Vor allem Argelander (1970) hat die *Interpersonalität von Inszenierungen* hervorgehoben. Was die Begriffe des „Enactments“ und des „Handlungsdialogs“ (Klüwer 1983) von dem der „Szene“ unterscheidet, ist die Prozesshaftigkeit der beiden ersten Konzepte, während der Begriff der „Szene“ eher eine statische Momentaufnahme suggeriert.

Der Auffassung, dass *projektive Identifizierungen*, *Rollenübertragungen* und *Enactments* ein wechselseitiges, interaktives Geschehen sind, stimmen heutzutage viele Psychoanalytiker zu.

Es gibt eine gemeinsame Schnittmenge, wo sich diese drei, die Interaktion betonenden Konzepte überschneiden. Sandler (1976), der durch die Arbeiten der britischen Schule der mittleren, unabhängigen Objektbeziehungstheoretiker beeinflusst wurde, sieht die Beteiligung der Gegenübertragung des Analytikers als notwendigen Bestandteil der analytischen Situation. Er beschreibt, wie der Patient den Analytiker in eine bestimmte Rolle quasi unbewusst hineinmanipuliert, so dass er die Rollen des signifikanten Anderen in der verinnerlichten Welt des Patienten übernimmt. Damit beschreibt er die Bereitschaft des Analytikers zur Übernahme der komplementären Rolle in den Übertragungsangeboten des Analysanden. Als Beispiel hat Sandler (1976) einen Patienten beschrieben, der ihn erfolgreich dazu veranlasst hat, während der analytischen Sitzungen mehr als gewöhnlich zu sprechen. Dies gelang dem Patienten – so Sandler – „mittels einer geringfügigen Veränderung seiner Stimme“ (S. 302), indem er jeden Satz so ausklingen ließ, als frage er etwas, ohne aber wirklich eine Frage zu stellen. Sandler (1976) empfiehlt Analytikern, flexibel genug zu sein, damit die Patienten sie für ihre Zwecke gebrauchen können.

Aus Freuds Sicht war der Analytiker der neutrale Experte, nicht aber ein Mitspieler auf einer Bühne. Im Gegensatz dazu sind Enactments, Handlungsdialoge, oder Inszenierungen als „joint creations“ von Patient und Psychotherapeut, als gemeinsam gestaltete Szenen aufzufassen. Ein anderer Psychotherapeut würde mit demselben Patienten andere Inszenierungen auf der Bühne des Behandlungszimmers aufführen und ein anderer Patient andere Inszenierungen mit demselben Therapeuten. Als anschauliches Beispiel eines Enactments in der Analyse sei hier eine Szene von Heisterkamp (2002) zitiert:

„Freitag, kurz vor 18.00 Uhr, meiner letzten Stunde, räume ich wie üblich noch ein paar Sachen in die außerhalb der Praxisräume gelegene Abstellkammer. Um 18.00 hat Herr X wie immer seinen Termin. Es schellt und ich stelle mit Erschrecken fest, dass durch den Windzug die Praxistür zugeschlagen ist und ich keinen Schlüssel dabei habe. Daraufhin gehe ich zur Haustür, um Herrn X hereinzulassen, und teile ihm mit, dass wir leider nicht in die Praxisräume können, weil mir die Eingangstür durch einen Windstoß zugeschlagen ist und ich keinen Schlüssel dabei habe. Dabei fällt mir ein, dass ich wie üblich das Fenster zwischen den Stunden zum Lüften geöffnet habe.

Ich sage zu Herrn X, dass ich bei den Nachbarn versuchen werde, eine Leiter zu organisieren, um von außen durch das geöffnete Fenster in die in der Hochparterre gelegene Praxis einzusteigen.

Herr X macht dann den Vorschlag, ob wir nicht eine Räuberleiter machen sollten. Im ersten Moment bekomme ich einen leichten Schreck (‘Kann ich von der therapeutischen Distanz so einfach umschalten?’). Er hatte ja bislang immer großen Wert darauf gelegt, Distanz zu mir zu halten und nie Gefühle zu zeigen.

Wir gehen dann schnell zu Werke. Von vorne herein ist klar, wer welche Rolle übernimmt: Er schafft die ‘Trittstufe’, ich setze meinen rechten Fuß in seine Hände und ziehe mich dann an der Mauer hoch, sodass ich in das geöffnete Fenster einsteigen kann. Ich öffne dann mit dem Türdrücker, wie sonst auch, die Haustür, er kommt herein und legt sich wie üblich hin.

Daraufhin haben wir einige Facetten des miteinander Erlebten bei Wahrung der bis dahin geübten Distanz besprochen.“ (S. 68)

An diesem Beispiel lassen sich einige für Enactments typische Charakteristika verdeutlichen. Zum einen ist das Enactment etwas, das sich unmittelbar und überraschend ereignet. Diese Szenen, die sich ergeben, sind einmalig und für die jeweilige Patient-Therapeut-Beziehung auf irgendeine Weise typisch. Da sie vom Therapeuten nicht vorhergesehen werden können, wirken sie oft unangenehm und berühren die Schamgrenze beider Beteiligten: „Sie sind umso peinlicher, als sie aus dem gewöhnlichen analytischen Rahmen herausfallen“ (Heisterkamp 2002, S. 68). Da diese Enactments wie vermeintliche Fehlleistungen wirken, werden sie auch meist in Supervisionen und Patientendarstellungen verschwiegen.

Der Analytiker Streeck (2000, S. 31) unterscheidet zwischen mindestens vier verschiedenen Bedeutungen von *Enactment*: 1. Phänomene werden Enactments genannt, die als Folge von Agieren auftreten. Das Enactment bezeichnet hier das Ergebnis, während Agieren die Aktivität meint. 2. Enactments werden als symbolische, aber nichtsprachliche Interaktionen zwischen Analytiker und Patient aufgefasst, die für beide eine unbewusste Bedeutung haben. 3. Als Enactments werden Verhaltensweisen des Patienten bezeichnet, die unbewusst darauf angelegt sind, beim Analytiker eine korrespondierende Reaktion oder ein korrespondierendes Handeln auszulösen. 4. Als Enactments werden Produktionen angesehen, die durch das Handeln des Patienten und durch das des Analytikers gemeinsam gestaltet werden, sogenannte „joint creations“. Dabei sind Enactments in diesem Sinne szenischen Darstellungen vergleichbar, die wie Inszenierungen auf einer Bühne erkennen lassen, „was los ist“.

Der Psychoanalytiker ist in solchen Enactments nicht nur teilnehmender Beobachter, sondern oftmals zunächst Teilnehmer und erst in einem zweiten Schritt Beobachter, und zwar Beobachter im Rückblick auf das, woran er selbst gerade teilgenommen und was er mitgestaltet hat. Wo Inszenierungen nur als agierter Ausdruck verinnerlichter Objektbeziehungen des Patienten verstanden werden (wie zum Beispiel bei Kernberg (1996)), gelten sie nicht als interaktive szenische Darstellungen.

Heisterkamp (2003a) postuliert in einem Aufsatz drei Prinzipien, die in der Psychoanalyse und im weiteren Sinne in der psychodynamischen Psychotherapie Geltung finden. Neben den beiden etablierten Prinzipien der „Deutung“ und „Beziehung“ ein weiteres: das „Handlungsprinzip“. Es geht dabei um die Frage, was Analytiker und Therapeuten eigentlich machen, wenn sie das machen, was sie machen. Dieses Handeln des Therapeuten hat sich in den letzten Jahren stark verändert: „Das Handeln ist in der Psychoanalyse ‘hoffähig’ geworden und steht nicht mehr grundsätzlich unter Abwehrverdacht, wie das bekanntlich nicht einmal bei Freud der Fall war“ (S. 257). Das Agieren bekommt durch diese Sichtweise eine innovative und kreative Seite. Es stellt sogar den wichtigsten Ort psychischer Transformation dar. Aus

dieser Sichtweise ist das Enactment bereits ein kreativer Akt wechselseitiger Behandlung. In den ständigen Such- und Strukturierungsbemühungen organisiert der Patient die sich bietende Szene im Sinne einer unbewusst geahnten Heilung (Heisterkamp 2002a).

Das besonders für die Psychoanalyse typische Prinzip der „Nachträglichkeit“ wird hier um eine neue Dimension ergänzt, die auch in den „Now-Moments“ von Stern (1998, 2000) derzeit angeregt diskutiert wird. Lachauer (1990), Heisterkamp (2002a, 2002b, 2003), Klüwer (1983, 1995, 2000) und Streeck (2000a, 2000b, 2000c) wenden sich in ihren Darstellungen der „Handlungsdialoge“ und „Enactments“ gegen das kaum auszurottende psychoanalytische Vorurteil, dass das Handeln das Denken untergräbt.

Heisterkamp fokussiert (als analytischer Körperpsychotherapeut) vor allem auf die „nicht-sprachliche“ Kommunikation zwischen Therapeut und Patient. Insgesamt gesehen betonen inzwischen immer mehr Psychoanalytiker die Bedeutung nonverbaler Signale, wie Körperhaltung, Mimik und Gestik, für die Analyse der Übertragung und Gegenübertragung (Jacobs 1986; McLaughlin 1981; Poland 1986, 1992; Heisterkamp 1999, 2002, 2003; Klüwer 1983; Streeck 2000, 2002a, 2002b, 2005; Lachauer 1990; Downing 1996).

Die jeweiligen Enactments, die sich in der Therapie herausbilden, sind für Heisterkamp (2002) charakteristisch für den jeweiligen Patienten, den jeweiligen Therapeuten und den speziellen Behandlungsprozess. Er definiert Enactments allgemein als Formen wechselseitiger Behandlung, „in denen es gilt, das eigene Handeln so zu gestalten, dass es für den Patienten entwicklungsförderlich ist“ (S. 276). In seiner Darstellung von Enactments bezieht sich Heisterkamp stark auf die von Klüwer (1983, 1995) und Streeck (1998, 2000, 2002a, 2002b) postulierten Wirkungsmechanismen. Kurz zusammengefasst geht Klüwer davon aus, dass der psychoanalytische Prozess als eine Folge zusammenhängender und auseinander hervorgehender Inszenierungen oder Enactments zu verstehen ist. Der Therapeut sollte dabei nicht versuchen, solche Enactments zu vermeiden, da sie unvermeidbar sind. Klüwer (2000) schreibt, dass wir alle dazu neigen, die Formen der Abwehr und der Selbstsicherung unserer Patienten mitagierend aufzunehmen, d.h. „alltäglich zu beantworten“ (S. 33). Klüwers Konzept hebt daneben auch den kreativen Aspekt des Agierens, seinen Mitteilungssinn hervor. Er hat das Enactment mit „In-Szene-Setzen“ übersetzt und lieferte mit seinem 1983 erschienenen Artikel über „Handlungsdialoge“ im deutschsprachigen Raum den ersten Beitrag zu diesem Thema.

Nach Streeck (2000a, S. 48) sind Enactments folgendes: Der Patient behandelt sein Gegenüber und der Psychotherapeut behandelt den Patienten nicht nur mit Hilfe von Deutungen, *sondern mit allem, was er tut und wie er es tut*. Auch in scheinbar unbedeutenden, rituellen Handlungen wie Begrüßungen und Verabschiedungen sind diese Enactments präsent (Streeck 2002).

Indem sich Patient und Therapeut begrüßen und verabschieden, stellen sie auf ganz konkrete Weise dar, wie ihre Beziehung derzeit ist, in der Vergangenheit war und zukünftig sein soll. Streeck (2002) schreibt:

„Wie sie diese mehr oder weniger flüchtigen interpersonellen Rituale abwickeln, hat Einfluss auf das Erleben des Patienten von der therapeutischen Beziehung und auf die Übertragung. Weil Übertragungswünschen und -phantasien und auch der Gegenübertragung ein Potential innewohnt, sich per Aktualisierung zur Geltung zu bringen, kommt es dabei leicht zu mehr oder weniger flüchtigen Enactments.“ (S. 20)

Diese Begrüßungen und Verabschiedungen sind „Grenzereignisse“, d.h. sie sind zwischen sozialem Alltag und therapeutischem Raum angesiedelt. Daher wickeln Patient und Therapeut während der Begrüßungs- und Eröffnungsphase kleine Ereignisse ab, von denen sie quasi unbewusst voneinander bekunden, dass sie noch nicht zur Behandlung gehören. Es kommt auch nicht selten vor, dass schon in den ersten Momenten der Begegnung der Patient mit der Art, wie er die Begrüßung mit dem Therapeuten gestaltet, viel von sich und der gewünschten Beziehung in Szene setzt. Der Moment der Begrüßung ist allgemein als ein heikler Moment anzusehen, da mit ihm eine soziale und körperliche Annäherung verbunden ist, die für manche Patienten Probleme und Konflikte mit sich bringt. Streeck (2002) weist auch darauf hin, dass Diagnosen von Therapeuten (und auch von Patienten) in der Regel in den ersten Minuten des Zusammentreffens gestellt werden. An diesen „prima-vista-Diagnosen“ ändert sich im weiteren Verlauf häufig nicht mehr viel.

Bei der Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen kommt Streeck (2000) zufolge den Enactments eine hervorragende Rolle zu. Wenn man solche Patienten zum Beispiel am Ende der Therapie oder Analyse fragt, was sie von den Interventionen des Therapeuten oder Analytikers erinnern, erwähnen sie in erster Linie nonverbale Aspekte wie beispielsweise den Tonfall, nicht jedoch den Inhalt der Interventionen. Das Medium des Agierens kann daher die Sprache selbst sein. Daser (1995) schreibt dazu:

„Agieren in diesem Sinne steht schließlich im Hintergrund jeder guten Deutung, insofern sie dem Patienten signalisiert: „Ich verstehe Dich“. Dieses Verständnis gehört nicht zum ausdrücklichen Inhalt, sondern zum tragenden Grund einer Deutung, und es wird nicht formuliert, sondern im verständnisvollen Deuten demonstriert.“ (S. 170)

Nicht nur auf der Seite des Psychotherapeuten mit seinen verbalen Interventionen sind der Tonfall und die körperlich-gestischen Elemente von Bedeutung. Der Aufmerksamkeit im therapeutischen Prozess nach Enactment-Perspektive gilt inzwischen nicht nur dem, *was* der Patient mitteilt, sondern mehr und mehr auch der Art und Weise, *wie* er dies tut. Die Gesten, die Intonation beim Sprechen, die Körperhaltungen, die Art des Schweigens – all diese feinen

Signale treten so zunehmend in den Vordergrund. Der Psychotherapeut muss sich in diesem Verständnis der therapeutischen Behandlung der Wirkung der non-verbale Kommunikation und des Handlungsdialoges aussetzen. Streeck (2000) empfiehlt daher eine therapeutische Grundhaltung und Fokussierung, die er folgendermaßen charakterisiert:

„Der Psychotherapeut muss sich durch das körperlich-gestische Verhalten seines Patienten in das interaktive Geschehen hinein nehmen und muss es zu szenischen Darstellungen kommen lassen, weil sich erst darin die Erfahrung des Patienten zu erkennen gibt; sie ist an dessen Verhalten alleine nicht ablesbar. *Verstehen* kann sich erst entwickeln, nachdem Patient und Therapeut – vermittelt über ihr wechselseitiges *Sich-Behandeln* – solche Koproduktionen auf der Behandlungsbühne in Szene gesetzt haben.“ (S. 44f)

Besonders Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, die sich in erster Linie als Störungen in zwischenmenschlichen Beziehungen manifestieren, reagieren über weite Strecken hinweg nicht zuerst auf den Inhalt dessen, *was* der Psychotherapeut sagt, sondern darauf, *wie* er es sagt, *wie* er sich verhält und was er mit seiner Äußerung *tut* (Streeck 2002b, S. 250). Da Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen Beziehungen oft als versagende, gewalttätige, unempathische Interaktionen erfahren haben, bilden die hervorgebrachten Inszenierungen eine ständige Kulisse für das Geschehen in der Behandlungssituation. Streeck (2000) erinnert uns daran, dass sich auch der Therapeut oder Analytiker den Interaktionserfahrungen in keinem Falle entziehen kann:

„Behandlungstechnische Empfehlungen wie die der Abstinenz und Neutralität zu beachten, kann nicht garantieren, dass er nicht Inszenierungen mitgestaltet. Die Dimension wechselseitigen Handelns ist in Psychotherapie und Psychoanalyse immer präsent.“ (S. 48)

Um zu verstehen, welche Interaktionserfahrungen dem nicht-sprachlichen Verhalten des Patienten zugrunde liegen, muss sich der Therapeut seiner Wirkung aussetzen. Er muss sich von dem Verhalten des Patienten gleichsam anstecken und in *gemeinsame* Szenen und Inszenierungen verwickeln lassen. So betont auch Mitchell (2003): „Was das Enactment von Übertragung und Gegenübertragung analytisch so nützlich macht, ist die Möglichkeit, alte Muster in Frage zu stellen und umzuwandeln“ (S. 177).

Streeck (2002b) geht davon aus, dass die Bedeutung dieses körperlich-gestischen Verhaltens des Patienten erst verstanden werden kann, *nachdem* die Inszenierungen auf der therapeutischen Bühne zur Aufführung gelangt sind. In der Diskussion über Enactments besteht Einigkeit darüber, dass das In-Szene-Setzen innerhalb der Übertragungs-Gegenübertragungs-Matrix zuerst geschehen muss, bevor es in seiner Bedeutung erkannt werden kann. Der Neo-Freudianer Irwin Hirsch (1996) bemerkt daher:

„Der Analytiker wird unvermeidlich gefangen im Gitter der Übertragungs-Gegenübertragungs-Matrix, und die Analyse fängt an, wenn die eine oder die andere Partei beginnt, sich dieser wiederholten Enactments bewusst zu werden. Anders gesagt, der Analytiker muss schlechte Arbeit tun, bevor er gute tun kann. Analytiker müssen mit ihren Patienten die Faksimiles der alten internalisierten, interpersonellen Konfigurationen ausleben.“ (S. 369, Übersetzung J.T.)

Aus diesem Grunde muss sich der Therapeut auf die Beziehung mit dem Patienten einlassen: „Der Analytiker muss emotional engagiert sein, damit die Analyse voranschreitet; das bedeutet aber, dass der Analytiker in der Aufrechterhaltung der analytischen Haltung versagen muss“ (Hirsch 1996, S. 366). Die interpersonale Technik, die von diesen Autoren propagiert wird, besteht in einer verminderten Bedeutung einer vorgeschriebenen Theorie und auch in einer geringeren Relevanz von Deutungen, die auf einer bestimmten Theorie beruhen. Aus dieser Perspektive stellt die Analyse der Interaktion, nachdem sie geschehen ist, den wichtigsten Weg zur intrapsychischen Welt des Patienten dar (Gill 1983, Levenson 1983, Renik 1993, Searles 1979).

Der Autor Boesky (1990) fordert eine Sensibilisierung gegenüber der unbewussten Beteiligung des Analytikers am Widerstand des Patienten. Er sieht Widerstand als eine unbewusste Verhandlung zwischen Patient und Analytiker an, indem beide sich darauf einigen, bestimmte Bereiche nicht zu erforschen. In seinen provokativen Gedanken geht Boesky (1990) so weit zu behaupten, dass ein Analytiker mit einer neutralen, analytischen Haltung notwendigerweise scheitern muss und dass dieses Scheitern nicht einfach als ein Scheitern angesichts eines analytischen Ideals der Technik aufzufassen ist. Er betont: „Wenn der Analytiker nicht über kurz oder lang emotional involviert ist, und zwar in einer Art, die er nicht geplant hat, dann wird die Analyse nicht zu einem erfolgreichen Abschluss finden“ (Boesky 1990, S. 573). Damit sagt er, dass die Gegenübertragung des Analytikers, in der Form eines Enactments, notwendigerweise zu einer Aktualisierung des Übertragungswiderstandes führen muss, damit die Analyse wirklich und tiefgreifend effektiv sein kann. Die Kern-Widerstände müssen daher *vor* ihrer Bearbeitung in der Analyse von Patient und Analytiker gemeinsam durchlebt werden. Dies führt zu einer Untersuchung der Beteiligung des Analytikers an bestimmten, entscheidenden Momenten extremer affektiver Intensität. In anderen Momenten, wenn die Subjektivität des Analytikers eine nicht so entscheidende Rolle in der analytischen Interaktion spielt, kann diese Aufmerksamkeit Boesky zufolge in den Hintergrund treten.

Der Artikel des Analytikers McLaughlin (1981) über Übertragung und Gegenübertragung kann als Vorläufer von Jacobs (1986) Konzept der Enactments angesehen werden. In diesem Artikel, der zu seiner Zeit als ziemlich radikal galt, diskutiert McLaughlin die „psychische Symmetrie“ zwischen Patient und Analytiker. Übertragung ist für ihn eine Sache des „glei-

chen Rechts“ vor und hinter der Couch. Er plädiert dafür, den Begriff „Gegenübertragung“ als ganzen abzuschaffen und stattdessen von der „Übertragung des Analytikers“ (S. 639) zu sprechen. Dass Freud den Analytiker als Subjekt ignoriert hat, liegt für McLaughlin in seiner Angst vor sexuellen Gefühlen seinen Patientinnen gegenüber begründet.

McLaughlins (1981) Sicht der Übertragung und Gegenübertragung ist mit den hier vorgestellten, interpersonalen Enactment-Konzepten kompatibel. Er sieht den Analytiker als unweigerlich mit seiner Subjektivität in eine unbewusste Interaktion mit dem Patienten involviert. Diese Position legt nahe, die Erfahrung des Patienten und die Beteiligung des Analytikers an der analytischen Dyade zu beleuchten, wie dies von interpersonalen Autoren vorgeschlagen wurde (Aron 1996, Hoffman 1983, Searles 1979). Die Akzentverschiebung von einer Ein-Personen Psychologie, in der ein Analytiker die intrapsychische Welt eines Patienten zu verstehen sucht, hin zu einer Zwei-Personen Psychologie, die die Interaktion beider und auch die Subjektivität des Analytikers mit in Betracht zieht, wird im folgenden Zitat von Hirsch (1998) auf den Punkt gebracht:

„Durch die unbewusste Beteiligung des Analytikers im Gegenübertragungs-Enactment hat der Patient die Gelegenheit, seine zentralen, verinnerlichten Beziehungskonfigurationen zu durchleben. Analyse ist nicht nur eine „Darüber-Reden“ Erfahrung („*talking about*“ *experience*), sondern eine „ausgelebte“ Erfahrung („*living out*“ *experience*), in der der Analytiker der unwissentliche Partner im gemeinsamen Re-Enactment der Kern-Widerstands-Themen ist. [...] Wenn die alten verinnerlichten Strukturen nicht zuerst in der Analyse ausgelebt werden, wird es schwierig, jenseits von ihnen zu kommen. Einsicht ist in diesem Schema auch zentral, aber die wichtigste Einsicht kommt normalerweise nach dem Enactment.“ (S. 95, Übersetzung J.T.)

Diese häufig wie therapeutische Fehlleistungen anmutenden „Enactments“ sind als *basale Andeutungen oder Anspielungen* für den Therapeuten ungemein nützlich. Sie sind gleichsam „Fingerzeige des gemeinsamen Unbewussten“. Heisterkamp (2002) postuliert ähnlich wie andere, interpersonal orientierte Autoren (Gill 1983; Jacobs 1986, 2000; McLaughlin 1981; Poland 1986, 1992; Renik 1993), dass bestimmte orthodoxe Neutralitäts- und Abstinenzgebote dazu führen, dass wichtige Informationen nicht zugänglich werden: „Ein streng um die ‘Reinheit’ des analytischen Settings bemühter und distanzlastiger Abstinenzbegriff“, so Heisterkamp (2002), „versperrt leicht den Zugang zu der Ebene, bis zu der die aktuelle Selbstunsicherheit zurückreicht“ (S. 270).

Heisterkamp (2002) zufolge kann jeder Handlungsdialog in drei aufeinander folgende Schritte unterteilt werden: erstens der *Aktualisierung*, zweitens der *Inszenierung* und drittens der *Auflösung*. Dieser Autor erweitert das bisherige Enactment-Konzept um die Unterscheidung zwischen *entwicklungsfördernden* und *entwicklungshinderlichen* Handlungsdialogen. Die unbewussten Verstrickungen, die sich in den entwicklungshinderlichen Handlungsdialogen mani-

festieren, müssen durchgearbeitet werden. Die entwicklungsförderlichen Handlungsdialoge sind dagegen immanent wirksam und nachträglich analysierbar. Wenn der Analytiker oder Therapeut nicht zuallererst verbal deutet oder rekonstruiert, sondern *unmittelbar antwortet und reagiert*, öffnet sich für den Patienten eine neue Erlebensebene. Heisterkamp (2002) kritisiert damit auch die stark abstinenz- und distanzgeprägte Einstellung traditioneller Analytiker: „Ich nehme an, dass im gehemmten Umgang vieler Analytiker mit freudigen Gegenübertragungsgefühlen eine Fülle von Wachstumsquellen ihrer Patienten ungenutzt bleiben“ (S. 274). Interessant für die vorliegende Dissertation um die therapeutischen Implikationen von Scham scheint mir dabei zu sein, dass viele solcher „unmittelbaren Wandlungserfahrungen“ oder Enactments für den betreffenden Therapeuten oder Analytiker subjektiv mit Scham verbunden sind:

„Die unmittelbare Wandlung wird nicht gemacht, sondern sie ereignet sich, sie geschieht mit einem. Die Erfahrungen kommen quasi unvermittelt über einen. Sie ist für Analytiker und Analysand nicht planbar. Im Gegenteil: Sie fühlen sich davon meistens überrascht. Dem Analytiker sind sie nicht selten peinlich. Oft haben sie die Qualität von ‘Fehlleistungen’.“ (Heisterkamp 2003, S. 265)

Ein therapeutisches Arbeiten mit Handlungsdialogen oder Enactments verlangt also vom Therapeuten, sich der intersubjektiv auftretenden Scham in der therapeutischen Dyade stärker auszusetzen. Diese Peinlichkeiten, d.h. die wie Verletzungen der Neutralitäts- und Abstinenzgebote wirkenden und wie Fehlleistungen bewerteten Enactments zwischen Patient und Therapeut, können mit Hilfe einer solchen Sichtweise eine potentielle Quelle für konstruktive *Beziehungserfahrungen* sein. Dies bedeutet, dass der Therapeut oder Analytiker sich nicht nur darauf beschränkt, seine Gegenübertragung im Stillen zu analysieren. Die konsequente Analyse der Gegenübertragung alleine bringt noch keine Klärung. Die Gegenübertragung lässt sich nicht aus der interaktiven Matrix des therapeutischen Geschehens extrahieren, so dass nur noch der Patient mit seiner intrapsychischen Welt übrig bleibt.

In intersubjektiver Sichtweise werden Enactments (Inszenierungen) und Re-Enactments (Reinszenierungen) allgemein nicht als etwas verstanden, das verbalen Interventionen wie Deutungen entgegensteht und von ihnen ablenkt, sie werden vielmehr als zusätzliche Informationsquelle angesehen. Auch Deutungen werden als Form des Enactments verstanden. Nach Lachauer (1990) stellen Deuten und Handeln zwei Ebenen dar, die sich ständig wechselseitig „durchdringen“. Und doch gibt es Unterschiede zwischen Deuten und Handeln. Während sich sprachliche Mitteilungen im therapeutischen Prozess oft auf die Vergangenheit beziehen, betonen Inszenierungen die aktuelle Gegenwart der therapeutischen Bühne.

10.4. Das „etwas mehr“ als Deutung: „Now-Moments“

Klinische und empirische Befunde weisen darauf hin, dass es Einsichten gibt, die keine verändernde Wirkung auf den Patienten haben. Die in der klassischen Analyse vertretene Auffassung, dass Deutungen und damit auch Einsicht der entscheidende Veränderungsfaktor darstellt, wurde in den letzten Jahren mehr und mehr in Frage gestellt. Hohage (1989) fasst diesen Trend zusammen, indem er schreibt: „Der psychoanalytische Anspruch, Veränderungen durch Einsicht – und nur durch Einsicht – im Sinne vermehrter Selbsterkenntnis zu erzielen, lässt sich also nicht mehr halten“ (S. 738). Hohage unterscheidet drei Möglichkeiten, die eine Alternative zur Veränderung durch Einsicht darstellen: erstens Veränderung durch Beziehung, zweitens problemlösendes Handeln und drittens Empathie als Veränderungsfaktor. Bei diesem dritten Faktor stützt sich Hohage (1989) auf die psychoanalytische Selbstpsychologie Kohuts, die Einsicht als Veränderungsfaktor weitgehend durch das Empathiekonzept ersetzt hat. Eine Heilung wird dieser Sicht zufolge als ein Verstehen und ein empathisches Eingehen auf gestörte Selbstfindungsprozesse im Patienten betrachtet. Die Einsicht ist in der Selbstpsychologie also weitgehend eine Sache des Analytikers, nicht des Patienten. Hohages *Veränderung durch Beziehung* soll im Folgenden aus der Perspektive der „now moments“ von Stern et al. (2002) beleuchtet werden.

Historisch gesehen wurde durch den Einfluss der Objektbeziehungstheorien die Übertragungsbeziehung immer häufiger zum einzig wichtigen Heilfaktor gemacht. Der Ausgangspunkt dieser Akzentverschiebung ist die Vorstellung, dass der Patient im analytischen Prozess frühe Anteile der Mutter-Kind-Beziehung regressiv wiederholt. Diese Sicht wurde vor allem von Autoren wie Winnicott (1974), Ferenczi (1931) und Balint (1968) vertreten. Der Analytiker Winnicott sieht zwei Fehlermöglichkeiten für den Psychotherapeuten: Entweder deutet er zu wenig und schweigt zuviel, oder er deutet zuviel. Winnicott (1974) erläutert diese Beobachtung interessanterweise folgendermaßen: „Wenn ich nicht deute, bekommt der Patient den Eindruck, dass ich alles verstehe“ (S. 218). In seinen Augen muss der Patient in bestimmten Phasen des therapeutischen Prozesses die Begrenzungen seines Therapeuten erleben – ebenso wie er in anderen, regressiven Momenten seine schützende und Sicherheit spendende Macht erfahren muss. Mit dieser Auffassung der Deutung des Analytikers als Ausdruck seiner eigenen Begrenzung relativiert Winnicott die Macht der Einsicht: „Ich bin immer überzeugt gewesen, dass eine wichtige Funktion der Deutung darin besteht, die *Grenzen des Verständnisses* des Analytikers aufzuzeigen“ (1974, S. 248). An anderer Stelle schreibt er:

„Ich hoffe, daß meine Deutungen sparsam sind [...]. Ich sage eine Sache oder eine Sache in zwei oder drei Teilen. Ich verwende niemals lange Sätze, außer, wenn ich sehr müde bin. Wenn ich der Erschöpfung nahe bin, dann fange ich an zu dozieren.“ (Winnicott 1974, S. 218)

In diesen Zitaten Winnicotts schimmert eine Sichtweise durch, die von der klassischen Ansicht Freuds über die Macht der Deutung und der Einsicht abweicht. Für Winnicott ist die Praxis der Psychoanalyse natürlich auch eine *Deutungskunst*, aber die reine Interpretation ist bei ihm immer im Zusammenhang mit dem Entwicklungsprozess des Patienten zu sehen. Neben dieser Deutungskunst ist die Analyse seiner Ansicht nach zu einem großen Teil eine *Beziehungskunst*.

Vorläufer dieser Kritik der übersteigerten Bewertung der Einsicht und Deutung waren vor Winnicott die beiden schon häufiger erwähnten Freud-Schüler Ferenczi und Rank (1924), die sich gegen den auf Einsicht und die Aufdeckung von Erinnerung ausgerichteten „Deutungsfanatismus“ aussprachen. Sie stellten der Deutung das „analytische Erlebnis“ der therapeutischen Beziehung gegenüber und nahmen so den kritischen Ansatz Alexanders (1946), der von „korrektiver emotionaler Erfahrung“ spricht, vorweg.

Die Rankschen Begriffe der *präödpalen Phase*, der *analytischen Situation*, der Betonung des *hic et nunc* und der Beziehung sind heute festes Allgemeingut der Psychoanalyse und der Psychotherapie. In seinem Buch aus dem Jahre 1929 führt Rank aus, dass es im Umgang mit der Aktualisierung der frühen Beziehungsdynamik in der analytischen Situation weniger um ein Deuten geht, als vielmehr um die Möglichkeit einer Nachentwicklung. Janus (2002) kommentiert Ranks Ausführungen zum therapeutischen Funktionsverständnis, indem er schreibt: „Der Therapeut selbst in seiner existentiellen Authentizität und Unmittelbarkeit ist das ‘Heilmittel’, an dem sich der Neuanfang des Patienten artikulieren kann“ (S. 6). Bedauerlich ist dabei, dass sowohl Rank als auch Ferenczi das gerade erst für die Psychoanalyse entdeckte „Hier und Jetzt“ bald wieder aus den Augen verloren haben.

Die Betonung der Authentizität und Lebendigkeit des Therapeuten findet sich auch bei Winnicott (1971), von dem wir lernen können, wie wir als Therapeuten für uns selbst und unsere Patienten *wachbleiben*, *gesundbleiben* und *lebendigbleiben* können. Ein großer Teil der therapeutischen Kommunikation spielt sich gerade bei den schwerer gestörten Patienten *jenseits der Worte* ab. Heigl-Evers (1998) bezieht sich auf Winnicott, wenn sie auf die Verwendung des Prinzips „Antwort“ bei der Behandlung schwer gestörter Patienten wert legt:

„Die Ermöglichung eines grundsätzlichen Sicherheitsgefühls in der Beziehung zum Analytiker kann wohl als die wichtigste Voraussetzung für die Behandlung ich-gestörter Patienten angesehen werden. Alle weiteren Interventionsstrategien erscheinen demgegenüber als nachgeordnet.“ (S. 49)

Für Winnicott bedeutet Therapie nicht, dass der Psychotherapeut „besonders geistreiche und geschickte Deutungen gibt. Sondern im Großen und Ganzen stellt Psychoanalyse einen langfristigen Prozeß dar, in dem dem Patienten *zurückgegeben* wird, was er selbst einbringt“ (1971, S. 134).

Diese Sicht des therapeutischen Prozesses, in dem nicht die Einsicht alleine heilt, sondern vor allem die Beziehung, wird in den relationalen und intersubjektiven Ansätzen der modernen Analyse wieder aufgegriffen und ausgearbeitet. Dabei wird betont, dass eine Gefahr besonders in der Psychoanalyse – und in geringerem Maße bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie – darin bestehen kann, dass sich der Therapeut und der Patient übermäßig in „Historisierungen“ ergehen können und dabei die therapeutische Beziehung aus den Augen verlieren. Demgegenüber verstehen relationale und intersubjektive Theorien den Therapeuten immer als Teil eines Beziehungsprozesses – und nicht einfach nur als Beobachter eines innerseelischen Geschehens eines Anderen. Die Erkenntnis, dass Einsicht alleine nicht verändert, hat auch einen veränderten Umgang mit Deutungen zur Folge. Die *Beziehungsqualität* – so wird von vielen Untersuchungen belegt – erscheint als ebenso entscheidend.

Man könnte somit pointiert formulieren: Etwas mehr als Interpretation ist notwendig, damit es zu therapeutischen Erfolgen kommt. Was ist jedoch dieses „etwas Mehr“? Woran äußert es sich? Wie kommt es in der Interaktion zwischen Psychotherapeut und Patient zustande?

Die Bostoner Progress of Change Study Group um Daniel Stern (2002) haben dieses „etwas mehr als Deutung“ in einer Studie genauer untersucht, wobei die Ergebnisse der modernen Säuglingsforschung mit einbezogen wurden. Diese Gruppe stützt sich in ihren Forschungen zu Veränderungsprozessen in der Psychotherapie auf neuere Studien zur Mutter-Kind-Interaktion. Veränderungen bedürfen nach ihren Ergebnissen mehr als Deutung im Sinne eines Bewusstmachens des Unbewussten. Die Forscher unterscheiden dabei zwei Bereiche therapeutischer Veränderungen: den *deklarativen* oder bewussten verbalen Bereich und den *impliziten prozeduralen* oder *relationalen* Bereich (Stern et al. 2002, S. 976). Das deklarative Wissen ist explizit und bewusst oder kann leicht bewusst gemacht werden. Es bildet das inhaltliche Material von Deutungen, die das bewusste Verständnis der intrapsychischen Organisation des Patienten verändern. Im Gegensatz dazu ist das prozedurale Wissen über Beziehungen implizit und entzieht sich sowohl der Aufmerksamkeit als auch der bewussten verbalen Erfahrung. Es wird von den Forschern als „implizites Beziehungswissen“ (Stern et al. 2002, S. 977) bezeichnet. Man kann es mit dem, was Bollas (1987) das „ungedachte Bekannte“ nennt, vergleichen. Wichtig hinsichtlich der Funktion der Deutung ist dabei, dass sich das implizite Beziehungswissen durch interaktionale, intersubjektive Prozesse und nicht durch

Deutungen vermittelt. Analog dazu, wie eine Deutung den therapeutischen Vorgang darstellt, der das bewusste deklarative Wissen des Patienten neu arrangiert, wird nach Stern et al. (2002) ein „Moment der Begegnung“ als derjenige Vorgang bezeichnet, der das implizite Beziehungswissen für den Patienten wie für den Therapeuten neu arrangiert:

„Das Schlüsselkonzept, der ‘Moment der Begegnung’, ist jene emergente Eigenschaft des von uns als ‘moving along’ bezeichneten Prozesses, die die intersubjektive Umwelt und damit das *implizite Beziehungswissen* verändert. Kurz, das *Vorangehen* besteht aus einer Aneinanderreihung von ‘Gegenwartsmomenten’ (present moments), den subjektiven Einheiten, die die kleinen Richtungsänderungen im Prozess des Vorangehens markieren. Manchmal laden sich die Gegenwartsmomente affektiv auf und werden zum Brennpunkt für den therapeutischen Prozess. Diese Augenblicke bezeichnen wir als ‘now moments’. Wenn ein solcher ‘plötzlicher Moment’ ergriffen wird, das heißt, wenn beide Partner mit einer authentischen, spezifischen, persönlichen Reaktion auf ihn reagieren, wird er zu einem ‘Moment der Begegnung’. Dies ist die emergente Eigenschaft, die den subjektiven Kontext verändert.“ (S. 909)

Diese „now moments“ sind also eine besondere Art von „Gegenwartsmomenten“, die für den Patienten – aber ebenso für den Therapeuten – als affektiv bedeutsam und intensiv erlebt werden und bei beiden den Eindruck hervorrufen, stärker in der Gegenwart der therapeutischen Begegnung zentriert zu sein. Die vertraute intersubjektive Umwelt der Therapeut-Patient-Beziehung verändert sich plötzlich und der Zustand der gemeinsamen impliziten Beziehung steht auf einmal in Frage. Ein Beispiel für einen solchen „now moment“ wurde zu Beginn des Abschnitts 8.3. angeführt, eine Szene, in der ein Patient seinem Analytiker eine Narbe zeigen wollte und dieser aufgrund seiner Neutralitätsvorstellungen den Patienten daran gehindert hat. Dieser zitierte Ausschnitt aus einer Analytestunde stellt für Stern (2002) ein prägnantes Beispiel für einen „missed or failed now moment“ (S. 990) dar, der therapeutisch gesehen eine verpasste Chance ist. Wenn ein „now moment“ nicht als solcher erkannt wird oder angemessen darauf geantwortet wird – im Sinne einer intersubjektiven Begegnung, kann die ganze Therapie in Gefahr geraten. Stern et al. (2002) schreiben: „Plötzliche Momente’ können auftauchen, wenn der traditionelle therapeutische Rahmen Gefahr läuft, zu zerbrechen, oder wenn er zerbrochen ist oder aufgebrochen werden sollte“ (S. 991). Diese „now moments“ stellen in gewissem Sinne eine Ausnahmesituation für beide Beteiligten dar, sie erfordern erhöhte Aufmerksamkeit vom Therapeuten, der sich entscheiden muss, ob er im vertrauten Rahmen bleiben will oder nicht. Solche „now moments“ können auch direkt zu einer Deutung führen und Deutungen können zu „Momenten der Begegnung“ führen oder vice versa. Eine Deutung mag korrekt und gut sein, aber die Wahrscheinlichkeit, dass sie ankommt und eine innere Bewegung auslöst, bleibt gering, wenn sie „steril“ erfolgt und falsch getimt ist. Stern (2002) vergleicht solche „now moments“ mit dem antiken Begriff des „Kairos“, des einmaligen, günstigen Augenblicks, den der Mensch ergreifen muss. Das Timing und der Takt – de-

finiert als die Sensibilität für die Schamnähe eines Menschen – kommen damit deutlich ins Spiel.

Jeder der beiden Beteiligten hat zur Konstruktion des „Begegnungsmomentes“ aktiv etwas Einzigartiges und Authentisches seines individuellen Selbst – das auf Seiten des Therapeuten nicht Teil der Theorie oder der therapeutischen Technik ist – beizutragen. Diese „now moments“ fordern den Therapeuten in ganz entschiedener Art heraus, sich nicht hinter seiner Technik oder therapeutischen Rolle zu verstecken. Stern et al. (2002) schreiben:

„Der Therapeut muss einen spezifischen Aspekt seiner Individualität einbringen, dem er seinen persönlichen Stempel aufprägt. Die beiden begegnen einander in diesem Augenblick als Personen, relativ ungeschützt durch ihre gewohnten therapeutischen Rollen.“ (S. 992)

Meines Erachtens werden diese „now moments“ für den Therapeuten auch deshalb zu einem Wagnis, weil er einen Teil seiner Individualität und Subjektivität mit in die therapeutische Situation einbringen muss. Dies löst unter Umständen eine Scham-Angst bei ihm aus, die er automatisch vermeiden und abwehren muss.¹⁷ Freud hatte für den intersubjektiven Charakter solcher „gesteigerter“ Situationen, wie sie in Sterns Konzept des „now moments“ beschrieben werden, keinen Sinn. Das gemeinsame Durchleben des Dramatischen von Patient und Therapeut, dieser Moment der authentischen Person-zu-Person Verbindung, stellt einen intimen und damit in jedem Fall potentiell schambeladenen Moment dar, der häufig von Therapeuten oder Analytikern ungenutzt vorbeigeht. Der Forscher Stern (2002) geht sogar so weit zu behaupten, dass „viele Therapien nicht aufgrund unzutreffender oder nicht angenommener Deutungen scheitern oder beendet werden, sondern weil jene Augenblicke, in denen eine bedeutsame Verbindung zwischen den beiden Beteiligten hätte hergestellt werden können, ungenutzt vorübergingen“ (S. 975).

Psychodynamisch oder tiefenpsychologisch arbeitende Therapeuten legen in der Regel nicht so sehr die Betonung auf das Streben nach Einsicht, sondern betonen eher die Bedeutung heilender Interaktion in der Behandlungsbeziehung. Es gibt daher meines Erachtens auch keinen theoretischen oder praktischen Grund, sich um eine übertriebene Haltung der Anonymität zu bemühen. In dem Moment, in dem sich der Therapeuten im „Hier und Jetzt“ einlässt, in die Beziehungsanalyse hineinwagt, *in* der Übertragung arbeitet, praktiziert er eine „funktionale“ Abstinenz, die nichts mit einem regelhaften Gebrauch zu tun hat (Cremerius 1984).

Alle neueren Ansätze der Psychoanalyse, die vorgestellt wurden, treffen sich darin, dass sie der aktuellen Therapeut-Patient-Beziehung im Sinne einer genuinen und authentischen Bezie-

¹⁷ Man könnte pointiert formulieren, dass diese persönliche Scham-Angst der streng freudianisch arbeitenden Analytiker auch ein wichtiger Grund dafür war, überzogene Neutralitäts- und Anonymitätsideale zu vertreten.

hung zwischen zwei Menschen eine größere Bedeutung beimessen. Dabei ist allen gemeinsam, dass sie versuchen, den Behandlungsfokus mehr und länger in der aktuellen Therapeut-Patient-Beziehung zu halten. Das Ziel dieser neuen Ansätze ist es dabei nicht, die „richtige Deutung“ zu geben, sondern eine authentische *Begegnung* zwischen Patient und Therapeut zu ermöglichen. Für Daser (2003) ist diese „Begegnung im Dienste des Begreifens“ (S. 295) ein wesentliches Charakteristikum einer modernen Psychoanalyse. Dies hat fast zwingend zur Folge, dass Scham oder Schamkonflikten eine viel größere Bedeutung im „intersubjektiven Feld“ der Therapeut-Patient-Beziehung zukommt. Damit ergeben sich aber auch neue Ideale, denen der Therapeut bzw. Analytiker subjektiv gerecht werden möchte. Die Unterschiede zwischen einem „klassischen“ und einem „postklassischen“ Analytiker hat Treurnit (1995) treffend herausgestellt, wenn er bemerkt:

„Der postklassische Analytiker hat es als ‘new object’ zugleich schwerer und leichter als sein klassischer Vorfahre. Er muß die primäre Beziehung handhaben, die Projektionen „containen“, überleben und „entgiften“, die Regression empfangen und auffangen, anwesend sein als jemand, der Zeit und Milieu zur Verfügung stellt, aber nicht als Person; er muß den Prozeß der Desillusionierung und Trennung liebevoll fördern, aber auch deuten und dabei immer entschlossen, aber flexibel die Grenzen des analytischen Raumes handhaben und auch noch dafür sorgen, daß dieser Raum nicht zu einem Vakuum verkommt, in dem der Patient grenzenlos davonfließen kann. Nicht, daß sein klassischer Vorfahre dies alles nicht wußte. Ich bin überzeugt, daß ganz viele Analytiker dieser Prägung das alles damals auch taten, es wurde vielleicht nur nicht so genannt, und wenn man es tat, hatte man doch ein schlechtes Gewissen.“ (S. 127)

Wie bereits erwähnt impliziert das Erreichen-Wollen von Idealen auch immer potentiell die Möglichkeit, daß mit dem Nicht-Erreichen Scham verbunden ist. Dies trifft dem entsprechend auch für die Ideale des „postklassischen“ Analytikers zu.

Dieses, von der Psychoanalyse lange Zeit nicht anerkannte, aber äußerst zentrale Merkmal ist ihre grundlegend *interaktive* Natur. Die Anerkennung des intersubjektiven Wesens der analytischen Situation hat – wie ich in diesem Abschnitt über Gegenübertragungs-Selbstoffenbarung, Enactments und Now-Moments darzustellen versucht habe – mit einer therapeutischen Haltung zu tun, die Scham als ansteckenden und somit intersubjektiv wirksamen Affekt und als ständigen Begleiter der Interaktion wirksam werden lässt.

Durch die stärkere persönliche Involvierung des psychodynamischen Psychotherapeuten oder Analytikers in den intersubjektiven und relationalen Theorien wird die Frage seiner Spontaneität und Authentizität zum Diskussionsfokus. Irwin Hoffman (1998) versteht das Verhalten des Therapeuten als Dialektik von Selbst-Ausdruck und Spontaneität auf der einen und eines rollen- und rahmenbestimmten Verhaltens auf der anderen Seite. Der analytische Rahmen – die Einhaltung des Settings und des Therapievertrags – werden in dieser relationalen Sicht der Analyse nicht etwa irrelevant. Im Gegenteil, sie bedeuten einen Schutz für beide Beteiligten,

da ja gerade die Asymmetrie und der Rahmen die therapeutische von der alltäglichen Beziehung unterscheidet. Trotz aller Interaktion, Enactments, Gegenübertragungs-Selbstenthüllung und „now moments“ seitens des Therapeuten hat der Patient nach wie vor das Vorrecht, die therapeutische Situation zu gestalten. Die Bedürfnisse des Patienten haben absoluten Vorrang, aber „den Analytiker als Beteiligten zu verstehen, bedeutet auch, seine persönliche Expressivität als Teil seiner Arbeit zu betrachten“, wie Gill (1982, S. 225) schreibt.