

Geteiltes Leid ist halbes Leid - Kleine Metapsychologie des analytischen Zuhörens

Dr. Susann Heenen-Wolff

Vortrag, vom 25. April 2008, im Rahmen der
58. Lindauer Psychotherapiewochen 2008 (www.Lptw.de)

Ich möchte Ihnen jetzt einen Vortrag zum analytischen Zuhören und dessen Wirkung halten. Bei der Vorbereitung meines Beitrags ist mir aufgefallen, wie wenig Schriften es dazu gibt. Das Buch „Hören mit dem Dritten“ Ohr, den großen Klassiker von Theodor Reik, kannte ich natürlich, aber sonst habe ich nur wenig zum Thema gefunden.

In Anlehnung an das diesjährige Thema der Lindauer Psychotherapiewochen möchte ich Ihnen zur Einstimmung in meinen Vortrag zum analytischen Zuhören zunächst einen Fall vortragen, bei dem viele Tränen geflossen sind.

Es handelt sich um eine 33jährige Frau, die mich aufsuchte, nachdem sie zwei Kinder verloren hatte. Das erste Kind, ein Junge, war im Alter von eineinhalb Jahren an einer Hirnhautentzündung gestorben. Vom Auftreten der allerersten Symptome über die richtige Diagnose und anschließende Einweisung ins Krankenhaus dauerte es 48 Stunden; zwei weitere Stunden, und das Kind war tot. Das zweite Kind, das einige Monate später gezeugt wurde, kam mit einer schweren genetischen Krankheit zur Welt und verstarb zehn Tage nach der Geburt.

Nach einigen Vorgesprächen, in denen ich mein Entsetzen nicht hatte verbergen können und ich anfangs mit den Tränen gekämpft hatte, entschloss sich die junge Frau zu einer längerfristigen Therapie, um mit ihrer Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und unendlichen Traurigkeit fertig zu werden.

Wie man sich denken kann, stand Trauerarbeit ganz im Vordergrund unserer vielen Therapiestunden. In ihren Sitzungen erzählte die Patientin immer wieder den Ablauf der letzten Tage im Leben ihres Sohnes, stellte sich quälende Fragen, ob sie vielleicht zu spät auf erste Anzeichen von Unwohlsein und das ansteigende Fieber reagiert hatte. Wie häufig bei solchen massiven traumatischen Ereignissen lag die Schwierigkeit für die Patientin darin anzuerkennen, dass ihr etwas Schreckliches zugestoßen war, dem aber kein „Sinn“ im Eigentlichen zugemessen werden kann.

Wenn sie den Tod des Sohnes hätte verhindern können, wäre sie zwar sozusagen daran mit „schuldig“, aber immerhin wäre dieser dann Folge eines nachvollziehbaren Verhalten/Fehlverhalten gewesen, und nicht einfach ein Blitz aus heiterem Himmel.

Gerade die Tatsache, dass dieser Tod wie ein Blitz aus heiterem Himmel erfolgte, machte dessen entsprechende Symbolisierung so schwer; in der Therapie geht es dann demgemäß vor allem darum, Worte für das Geschehen und dessen Erleben zu finden, und so reines Erleben durch die Versprachlichung im Sekundärprozess zu verankern.

Der Tod des ersten Kindes meiner Patientin war durch den Tod des zweiten Kindes neuerlich auf das Schmerzhafte aktualisiert worden und nahm so im Nachhinein noch zusätzlich traumatische

Qualität an. Der Schmerz hinsichtlich dieses zweiten Kindes zentrierte sich vor allem darum, kaum Kontakt zu ihm gehabt zu haben. Deshalb war ihr besonders wichtig, erlebt zu haben, dass sie dem Neugeborenen die Füßchen massiert hatte, und sie das Gefühl gehabt hatte, das Baby habe dies gespürt und reagiert.

Was habe ich getan? Ich glaube, dass es für diese Patientin ganz besonders wichtig war, dass ich nicht mit ihr geweint habe, obwohl mir so oft danach zumute war. Ich habe mich im Großen und Ganzen auf das analytische Zuhören, trotz mitunter aufsteigender Tränen, die ich verborgen habe, beschränkt; dies um ihr als Objekt von Übertragung zur Verfügung zu stehen, in ihrem Fall war ich beschützende Elternimago, die trotz aller Unbill wie ein Fels in der Brandung steht. Jedenfalls hat sie – vielleicht angesichts der in mich projizierten Zuversicht, gerade weil ich nicht mitgeweint habe – neue Hoffnung schöpfen können. Im 9. Monat schwanger hat sie ihre dreijährige Therapie beendet, und einige Wochen später habe ich die glückliche Geburtsanzeige eines gesunden Kindes erhalten.

Im großen und ganzen habe ich die Patientin in ihrem Trauerprozess zuhörend begleitet, und – wie gesagt – mich gehütet, sie mit meinen eigenen – heftigen – inneren emotionalen Bewegungen zu konfrontieren: Wer zwei Kinder verliert, hat nicht das Problem, jemanden zu finden, der mitweint. Viel größer ist das Problem, ein nicht zu erschütterndes Objekt, das sich für Übertragung bereithält, zu finden, – dies in einem strukturierten Raum, in dem darauf gehört wird, wie sich ein solches Trauma in die Vorstellungswelt eines Menschen einbindet.

Der Wert dieses spezifischen Zuhörens erscheint mir so groß, dass ich mir erlaube, auf dessen einzigartige Qualität im Folgenden zurückzukommen.

Selbst in unseren intimsten Beziehungen haben wir häufig den Eindruck, uns würde nicht zugehört, bzw. nicht richtig zugehört. Die wohl am meisten verbreitete Klage in Paarbeziehungen, - und auch in Paartherapien! -, ist ja bekanntlich die, dass der andere nicht richtig zuhört! Und auch wenn uns unsere besten Freunde ihren Kummer erzählen, reagieren wir alle mit dem spontanen Wunsch, dem anderen zu helfen, ihn zu trösten, ihn aufzumuntern: „das kenne ich“, „mir ist es genauso gegangen“, „das kann ich verstehen“, „das wird schon wieder werden“, „Kopf hoch“, „ich mag dich trotz allem“. Dies alles sind wohlgemeinte, Empathie signalisierende Äußerungen, die dem anderen aber nicht den Raum geben, sich seinen inneren Jammer und seine dafür verantwortlichen unbewussten und bewussten Vorstellungen sprechend zu vergegenwärtigen.

Dies alles hört sich vielleicht für viele von Ihnen bekannt, allzu bekannt an, aber ich habe durchaus gute Gründe, so meine ich, auf dieses - so wirkungsvolle - analytische Zuhören zurückzukommen, denn die spezifische Qualität des abwartenden, gleichwebend aufmerksamen Zuhörens ist in der Psychoanalyse in den letzten Jahrzehnten wenig beachtet worden. Im Zuge der immer dominierender gewordenen intersubjektiven Konzeptionen der therapeutischen Situation ist die Beschaffenheit der frühen Objektbeziehungen in das Zentrum der Aufmerksamkeit gelangt, sowie deren unter Umständen traumatisierenden Einfluss. Ein wenig schematisch gesagt: anders als zu Freuds Zeiten ist der Mensch in diesen neueren Auffassungen vom menschlichen Werden nicht mehr deshalb neurotisch, psychotisch oder ein Grenzfall, weil er bestimmte unbewusste Vorstellungen ausgebildet hat, vielmehr weil seine frühe Umgebung nicht ausreichend gut gewesen war. Die frühen Entbehrungen oder mangelnden Einigungsprozesse sollen in der Therapie, das heißt in der Beziehung zum Therapeuten mittels Einfühlung und Verständnis repariert werden. Es ist dies die sogenannte „korrigierende emotionale Erfahrung“.

Im Grunde kehrt man mit einer solchen Sichtweise zur frühen Freudschen Traumatheorie zurück, wobei das Trauma jetzt aber keinen sexuellen Charakter mehr hat, sondern den eines Defizits: frühe Defizite in der Mutter-Kind-Beziehung sind zu Selbst-Defiziten geworden. Wo Freud ein dynamisches psychisches Kräftespiel innerhalb des psychischen Apparates gesehen hatte, ist in den Defizittheorien heute von Entwicklungsstill- oder Missstand die Rede. Nun möchte ich diese neuen Konzeptionen psychischen Leids überhaupt nicht in Frage stellen, hier nur zur Diskussion anregen, ob sie uns nicht teilweise blind für wichtige andere, in der Psyche wirksamen Mechanismen machen

können, und in der Folge dann ebenfalls für das Potential des freien Assoziierens und Zuhörens mit gleichschwebender Aufmerksamkeit.

Worin besteht diese Haltung?

Freud hatte mit der Entwicklung der analytischen Methode – freies Sprechen des Patienten, gleichschwebende Aufmerksamkeit des Therapeuten - etwas radikal Neues geschaffen, hatte dabei aber letztlich auf bekannte Phänomene rekurriert: Dostojewski hatte bereits 1863 in seinen Aufzeichnungen aus dem Untergrund folgende Sätze notiert:

„In den Erinnerungen eines jeden Menschen gibt es Dinge, die er nicht allen mitteilt, sondern höchstens seinen Freunden. Aber es gibt auch Dinge, die er nicht einmal den Freunden aufdeckt, sondern nur sich selbst, und auch das nur unter dem Siegel der Verschwiegenheit. Schließlich aber gibt es auch noch Dinge, die der Mensch sogar sich selber zu sagen fürchtet, und solcher Dinge sammelt sich bei jedem anständigen Menschen eine ganz beträchtliche Menge an. Und zwar lässt sich noch folgendes sagen: je mehr er ein anständiger Mensch ist, desto mehr wird es solcher Dinge bei ihm geben“ (Dostojewski, Aufzeichnungen aus dem Untergrund, 1863/64, zitiert nach Reik, [1948], 1976, S. 107). Diese geheimen Gedanken sich sprechend vergegenwärtigen, hat zunächst die berühmte, von Breuer und Freud hervorgehobene „kathartische Funktion“: „Reinigung, Befreiung vom eingeklemmten Affekt“ (Freud, 1924, GW XIII, S.409).

Katharsis

Zu Freuds therapeutischen Anfangszeiten sollte die Hypnose helfen, traumatische Erinnerungen zutage zu fördern, um so davon befreit zu werden. Wie wir wissen, hat er diese kathartische Methode weiterentwickelt hin zur freien Assoziation der Psychoanalyse: der Patient wird hier aufgefordert, sich seinen spontanen Einfällen hinzugeben, um, wie Freud sagt „die Oberfläche des Bewusstseins abzutasten“ (1924, S. 410).

Demgemäß könnte man als Therapeut sozusagen zunächst einmal ganz gelassen dem Patienten zuhören. Wie der englische Psychoanalytiker Christopher Bollas anmerkt: „Lassen wir uns zunächst betrachten, was Freud nicht verlangt. Er sucht nicht nach den dunklen Geheimnissen des Patienten. Das *Gegenteil* ist der Fall (...). Wenn der Patient vom Alltäglichen spricht, dann kann er frei sprechen, denn nichts scheint bedeutungsvoller als anderes. Während Analysanden zögern, über unangenehme Themen zu sprechen und unangenehme Inhalte abwehren, ist die Ironie, dass wenn sie das Unangenehme abwehren und scheinbar über anderes sprechen, sie *mit der Zeit* doch durch eben dieses Sprechen ihr *unbewusstes Denken* aufdecken“ (Bollas, 2006, EPF Bulletin 60, S. 153).

Mit unserem Patienten schließen wir einen Vertrag: freies Sprechen in einem präzisen Rahmen mit Zusicherung von Diskretion und Neutralität: „Das macht den Eindruck, als strebten wir nur die Stellung eines weltlichen Beichtvaters an. Aber der Unterschied ist groß, den wir wollen von ihm nicht nur hören, was er weiß und vor anderen verbirgt, sondern er soll uns auch erzählen, was er nicht weiß“ (Freud 1938, S. 99).

Damit es dazu kommen kann, bedarf es eines präzisen Rahmens: geschlossener Raum, Diskretion hinsichtlich des Gesprochenen, sprachlicher Austausch ohne Körperkontakt, Aufforderung frei zu sprechen, ein fester zeitlicher Rahmen. Der analytisch orientierte Therapeut wird weitestgehend zu vermeiden suchen, die psychischen Produktionen seines Patienten durch Ratschläge, Erklärungen, Suggestion oder Ermunterung zu beeinflussen. Es geht ja nicht primär darum – wie etwa in der Verhaltenstherapie -, dass der Patient seine konkrete Lebens- und Erlebensweise direkt verändert, vielmehr zielen wir im analytischen Prozess darauf, dass der Patient sich über sein eigenes Denken klar wird, das heißt, seine psychische Realität erkennt.

Dieser analytische Rahmen fördert topische, temporelle, formale und libidinöse Regression beim Patienten, die ihm eine Rückkehr in die Vergangenheit gestattet, insbesondere zu früheren

Wünschen und deren Schicksal. Wir können in diesem Zusammenhang von neuerlich ausgelösten Triebregungen, die in den meisten Fällen seit langem verschüttet waren, sprechen. Man könnte auch sagen, dass der analytische therapeutische Rahmen mit seinem Übertragungsangebot neuerlich die Wunschmaschine des Patienten anwirft, was dann Auslöser konturierter Übertragungsbewegungen und somit Motor von Veränderung sein wird.

Das gleichschwebende Zuhören begünstigt auch beim Therapeuten eine formale Regression, die ihm erlaubt, seine psychische Aktivität in den Dienst des Hörens auf das, was der Patient sagt, *aber vor allem nicht sagt*, zu stellen. Zudem begünstigt das abwartende Zuhören die Bildung von „Ideenketten“ beim Patienten: Wenn der Therapeut sich nicht in eine Gesprächssituation begibt, dann sagt der Patient erst das eine, dann kommt er zu etwas anderem, dann zu etwas Drittem, zwischendurch schweigt er vielleicht und wechselt so im Verlauf der Stunde von einem Thema zum anderen. Solche Ideenketten führen schrittweise zu den latenten Gedanken.

Deren sprachliche Veräußerung verleiht diesen ein neues Gewicht, eine andere Realität, und führt so zu Veränderung oder Neumodellierung der inneren Welt und ihrer Objekte. Ich möchte jetzt ein Fallbeispiel vorstellen, um die Entwicklung von Ideenketten zu illustrieren, die nur bei abwartendem Zuhören des Therapeuten entstehen, von Interventionen dagegen unweigerlich unterbrochen werden.

Es handelt sich um einen dreißigjährigen jungen Mann, der mich wegen seiner, in seinen Augen zu großen Hemmungen aufsucht. Im Erstgespräch hatte er von einem autoritären Vater gesprochen und seine Mutter als eine Frau geschildert, die sich für die Familie aufopferte und unter der Fuchtel dieses hochfahrenden, manchmal gar sadistischen Mannes stand. Zu Beginn der Therapie kommen dem Analysanden viele schmerzhaft Begebenheiten aus seiner Kindheit und Adoleszenz, an die er schon lange nicht mehr gedacht hatte, wieder in den Sinn. Oft hatte er als Kind beschämende Situationen vor allem mit dem als sadistisch erlebten Vater erleben müssen. Es entsteht daneben das Bild einer deprimierten, in sich selbst gekehrten, wenig zugänglichen Mutter, die für ihre Kinder nur sehr wenig Einfühlung zeigte.

Ich höre diesen Schilderungen gleichschwebend aufmerksam zu, ohne dass ich viel dazu zu sagen gehabt hätte.

Das abwartende Zuhören tut dann seine Wirkung, da sich der Patient durch mein Schweigen implizit ermuntert oder gedrängt fühlt, weiter zu sprechen. Das Schweigen des Therapeuten hat ja strukturell destabilisierende Wirkung. Zunächst wird es als stille Anteilnahme empfunden, schließlich führt das kontinuierliche stille Zuhören aber zu einem Trauma a minima, und evoziert deswegen weiteres Sprechen.

Theodor Reik merkte in diesem Zusammenhang an: „Langsam ändert das Schweigen des Psychoanalytikers seine Bedeutung für den Patienten. Es ist ihm etwas eingefallen, was er nicht gern sagt oder was schwierig zu sagen ist. Er spricht über andere Dinge, fühlt jedoch, dass er etwas unterdrückt. Dann schweigt er wie der Psychoanalytiker. Die Situation scheint zum ersten Mal zwar noch nicht unmöglich, aber zum ersten Mal unbehaglich. Der Patient, der so empfindet, beginnt wieder über Nebensächlichkeiten und Banalitäten zu sprechen, der beiseitegeschobene Gedanke kommt jedoch wieder zurück. Es ist, als wolle er ausgesprochen werden und erzwingt Schweigen, da er in jeden anderen Gedankengang eindringt und stört. Der Patient kann sich jetzt vielleicht hilfesuchend an den Analytiker wenden, aber dieser schweigt, als sei dies das Natürlichste auf der Welt, als zähle es nicht, dass man sonst jegliche verlegen machende Stille vermeidet.“ (Reik, S. 140f.).

Kommen wir zu meinem Patienten zurück:

Durch das vorangehende Erzählen der unterschiedlichen Begebenheiten, und ohne dass ich Deutungen hätte geben müssen, kommen zum Bild einer kalten Mutter allmählich noch weitere Attribute hinzu. So erinnert er sich, dass seine Mutter morgens niemals aufstand, um das Frühstück für ihre drei Kinder zuzubereiten; diese mussten ab einem noch recht jungen Alter allein, sich

jeweils auf die anderen Geschwister stützend, zurechtkommen. Er fragt sich, was die Mutter wohl machte, und meint, sie hätte wohl gerne ausgeschlafen. Wir sehen hier eine erste Anspielung auf seine noch unbewussten Phantasien hinsichtlich des Innenlebens der Mutter. Wenig später kommt ihm folgende Begebenheit in den Sinn: Er war an einem Sommernachmittag im elterlichen Garten und spielte. Dann tauchte die Mutter auf und warf ein Holzsplit auf zwei kopulierende Katzen.

Als der Patient dies berichtete, war Erschrecken seinerseits fühlbar, sich diese Szene sprechend zu vergegenwärtigen, denn sie brachte seine Mutterimago in Gefahr. Ich denke, dass mein abwartendes Zuhören ihm wohlgetan hat, um diese neue Perspektive erst einmal zu integrieren und zu verarbeiten.

Wir sehen hier jedenfalls, dass mit dem bloßen Erzählen dessen, was dem Patienten in den Sinn kommt, mit der Bildung von Ideenketten also, sich das Bild der Mutter zu verändern beginnt. Neben ihrer depressiven Abwesenheit wird ihre antisexuelle Passion deutlich; zur Vorstellung einer vor allem kalten Mutter gesellt sich das einer Frau mit autoerotischer Aktivität, mit Eigenleben - jedenfalls morgens im Bett.

Es braucht dann nur noch einen kleinen Schritt, bis der Patient eine Beziehung zwischen der bisherigen Mutterimago – die Mutter als Opfer des Vaters - und seiner allgemeinen Gehemmtheit und der besonderen gegenüber Frauen sieht. Er entdeckt, dass er bisher solche Schwierigkeiten hatte, sich als Mann in seiner Haut wohl zu fühlen, weil er ein Schwarz-Weiß-Bild der Elternbeziehung in sich trug: der sadistische, durchweg negativ gesehene Vater misshandele die nur deprimierte Mutter. In diesem Sinn hatte er seine Gehemmtheit bisher auf sein negatives Bild vom Vater zurückgeführt.

Dagegen meint er jetzt, dass das Ablehnen seiner Mutter all dessen, was mit Sexualität zu tun hat, vielleicht auch zu seinem negativen Selbstbild als Mann beigetragen hat. Diese neue Sicht ermöglicht ihm allmählich, seine Überzeugung, Frauen seien die Opfer von Männern, so wie die Mutter Opfer des Vaters gewesen sei, aufzugeben. Und eine erste Bresche ist geschlagen, um zu einer Neupositionierung gegenüber dieser phantasierten Urszene zu gelangen.

Noch einmal: keine einzige verbal ausgesprochene Deutung war notwendig gewesen, um dem Patienten zu dieser ersten Veränderung der Elternimages zu verhelfen. Das abwartende Zuhören hatte dazu geführt, den Patienten auf dahinter Liegendes, Latentes, zu verweisen, ihn zur Bildung von Ideenketten veranlasst und so seine Repräsentanzwelt erweitert.

Christopher Bollas unterstreicht die Tatsache, dass die Logik solcher Ideenketten sich nur im Rückblick enthüllen kann. „Die Bindungsfäden zwischen den Assoziationen residieren in den unbewussten Verbindungen unter den anscheinend unverbundenen manifesten Inhalten. Um dahin zu gelangen, muss der Analytiker mit möglichst freiem Geist zuhören. Wenn der Analytiker durch eine selektierende Haltung in seinem Zuhören blockiert ist, wenn er auf der Kante seines Sessels lauert, um zum Beispiel eine Übertragungsdeutung im Hier und Jetzt zu geben, dann wird er nicht nur niemals freie Assoziationen hören, sondern diese vielmehr zerstören. Mit seiner Deutung wird er die Assoziationskette unterbrechen und den Analysanden von freiem Denken abhalten“ (Bollas, 2006, EPF Bulletin 60, S. 153). Das häufigste Problem sei, so meint Bollas vor dem Hintergrund seiner Supervisionserfahrungen, dass der allzu aktive Therapeut durch Interventionen „bereits zu Beginn der Stunde die Möglichkeit freier Assoziation zerstört“ (op.cit. S. 159).

Wie kann man sich erklären, dass die nach Freud zentrale Bedeutung des freien Sprechens, der Bildung von Ideenketten und das neutrale zurückhaltende, gleichschwebend aufmerksame Zuhören zur Aufspürung unbewusster Vorstellungen in den letzten Jahrzehnten in der Psychoanalyse zunehmend in den Hintergrund geraten ist? „Mit der Zeit ist es dazu gekommen“, schreibt Bollas, dass Therapeuten „ihre Ziele verändert haben und jetzt mit Modellen arbeiten, die davon ausgehen, dass das Bewusstsein des Therapeuten das Unbewusste des Patienten *in situ* beobachten, erfassen oder deuten kann. Dies ist psychologisch aber nur möglich, wenn wir uns die Theorie vom Unbewussten aus dem Kopf schlagen“ (op.cit., S 157).

Vor allem die Einführung von Hypothesen zu psychischen Defiziten, entstanden in der frühen Objektbeziehung, hat zu dieser Entwicklung, so meine ich, beigetragen. Freud hatte den Seelenzustand des Individuums als Ergebnis eines Prozesses, in erster Linie eines psychischen Kräftespiels verstanden: zwischen Unbewusstem und Bewusstsein, zwischen Über-Ich, Ich und Es. Der Patient präsentiert also einen von der Abwehr ausgehandelten Kompromiss, im besten Fall eine strukturierte Neurose, im schlechteren Fall eine Psychose mit der damit einhergehenden selbstgeschaffenen Neo-Realität. Wenn man nun psychisches Leid metapsychologisch im Sinne von Defiziten denkt, dann gerät die Funktion des Ichs als Verwalter von Widerstand und Abwehrmechanismen aus dem Blickwinkel, was bei narzißtischen Störungen ganz besonders verwundern muss.

Ich erkläre mir in diesem selben Zusammenhang, dass wir immer mehr vom „Selbst“ statt vom topischen Modell Freuds sprechen; „Selbst“ ist die Bezeichnung eines Gesamts, einer möglichen Ganzheitlichkeit, die nicht mehr vom beständigen unbewussten Kräftespiel, so wie Freud es gesehen hatte, spricht.

Warum können wir uns, wie Bollas meint, die Theorie des Unbewussten aus dem Kopf schlagen, wenn wir glauben, das Unbewusste des Patienten *in situ* erfassen zu können?

Nach Freud haben wir in der Therapie niemals sozusagen mit dem ehemals traumatisierten Kind zu tun. Über das Freudsche Konzept der Nachträglichkeit wissen wir, dass jede Erfahrung, traumatisch oder nicht, im Nachhinein in die Vorstellungswelt des Individuums eingebunden werden kann, und auf diese Weise dieser ursprünglichen Erfahrung nachträglich neue, andere Bedeutungen zukommen. So kann etwa eine frühere traumatische Erfahrung im Nachhinein sexualisiert werden, was überhaupt erst den häufig so masochistisch gefärbten Wiederholungszwang verständlich machen kann. Wenn wir also in der Therapie glauben, mit dem „Kind im Erwachsenen“ zu tun zu haben, dann sind wir von der Freudschen Auffassung unbewusster Prozesse weit entfernt. Das uns vom Patienten präsentierte psychische Geschehen kann nur Produkt von Vorstellungs- und Denkprozessen des erwachsenen Patienten sein.

In diesem Sinn sind auch geäußerte Emotionen sozusagen mit Vorsicht zu genießen, da sie unbewusste Affekte und Repräsentanzen verbergen können. Aus Freudscher Perspektive kann man jenen Therapeuten, die zu allererst den Wert des emotionalen Austauschs zwischen Therapeut und Patient in einem Übergangsraum (Winnicott) unterstreichen, die folgende kritische Frage stellen: Wie evaluieren sie die „Wahrhaftigkeit“ der bewusst empfundenen Emotion, denn diese ist doch nach Freud – ebenso wie die unbewußte Vorstellung – Ergebnis von Entstellung? Die bewusste und zugängliche Emotion kann einen *unbewussten* dahinterliegenden Affekt verschleiern!

Nun wird oft dieser Freudschen Haltung entgegengehalten, dass das freie Assoziieren und das Deuten der Psycho-Logik von Ideenketten für neurotisch strukturierte Patienten ja einschlägig sein kann, es aber mit narzißtisch gestörten, Borderline- oder psychotischen Patienten nicht anwendbar sei, da diese zu freier Assoziation, d.h. zur Bildung unbewusst sinnvoller Ideenketten nicht fähig seien. Dieses Argument kommt freilich der Diagnose von Hirntod gleich. Jeder Schizophrene oder sonst wie psychiatrisch Kranke denkt selbstverständlich, wie der Durchschnittsneurotiker, in Ideenketten. Freuds Theorie der freien Assoziation ist bei näherer Hinsicht eine Theorie der bewussten und unbewussten Denkvorgänge überhaupt, die übrigens von der aktuellen neurowissenschaftlichen Forschung bestätigt wird.

Etwas anderes ist die Fähigkeit, diese Ideenketten produktiv in der Therapie zu verwenden. Unsere Patienten sind mehr - oder eben weniger - fähig, sich auf ihr eigenes Denken zu beziehen, dieses zuzulassen, ihm sein Recht einzuräumen, es zu beobachten und schließlich verstehend zur Kenntnis zu nehmen. Die Art und Weise des abwartenden Zuhörens des Therapeuten wird dabei eine ganz entscheidende Rolle spielen. Nur wenn dieser darauf vertraut, dass die Ideenketten des Patienten das Entscheidende zutage fördern werden und eine entsprechende Haltung einnimmt, wird auch der Patient sich entsprechend einstellen können.

Ich möchte nun mit einer weiteren Fallvignette zeigen, wie auch bei extrem fragilen Personen das Zuhören wirkt:

Es handelt sich um eine sehr begabte, erfolgreiche, allerdings immer wieder prä-psychotisch erlebende junge Schauspielerin, die mich seit über zehn Jahren in unregelmäßigen und weiten Abständen aufsucht. Ihre auf Dauer immer misslingenden Beziehungen zu Männern bereiten ihr großes Leid, vor allem auch im Hinblick auf ihre jetzt zehnjährige Tochter, die seit vielen Jahren unter den Streitereien mit den mitunter gewalttätigen wechselnden Partnern ganz offensichtlich leidet.

In ihrer großen Mietwohnung hatte diese junge Frau immer Untermieter aufgenommen, um die monatlichen Kosten leichter tragen zu können. In dem recht alternativ geführten Haushalt musste sie sich stets in ihr Schlafzimmer zurückziehen, um eine gewisse Intimität zu finden. Nach vielem, jahrelangen!, Hin und Her kaufte sie, finanziell unterstützt von ihrem Vater, eine Eigentumswohnung für sich und ihre Tochter. Sie organisiert die Renovierung und den Umzug allein, wird dabei von Freunden und dem Vater unterstützt. Zwei Tage vor diesem Umzug kommt sie auf ihren Wunsch zu mir in die Sitzung, vollkommen erschöpft, ausgebrannt. Sie weint heftig, sagt, es wachse ihr alles über den Kopf, die gegenwärtigen Tage seien einfach zu viel für sie, sie erlebe einen regelrechten Zusammenbruch. Ich warte ab, höre abwartend zu, auch dann, wenn sie kurz schweigt, da ich außer Bekundung von Mitgefühl und Verständnis zu diesem Zeitpunkt nichts hätte beisteuern können, um Latentes zutage zu fördern.

„Die aktive Macht des Schweigens“, so Reik, „lässt die Oberflächlichkeit des Geredes erkennen und zwingt den Patienten dazu, in tiefere Schichten hinab zu steigen als er vorgehabt hatte“ (Reik, S. 141).

Im weiteren Verlauf der Sitzung, da die Patientin ja doch auf eine Reaktion von mir wartet, sie sich also zu weiterem Sprechen gedrängt fühlt, (Freud sprach bereits 1895 von „gläubiger Erwartung“ des Patienten gegenüber dem Arzt oder dem Therapeut) berichtet sie, dass sie für die Umzugswoche und gegen ihre sonstigen Gewohnheiten pro Abend zwei Theatervorstellungen hintereinander in verschiedenen Etablissements der Stadt übernommen hatte!

Ich möchte jetzt nicht darlegen, welche spezifischen psychischen Mechanismen sie zu diesem Kraftakt getrieben haben, vielmehr hier unterstreichen, dass nur mein abwartendes Zuhören ihre aktive Herstellung ihres desolaten Zustandes hat deutlich werden lassen. Ich musste dies übrigens nicht deutend hervorheben. Das Aussprechen ihres Handelns reichte aus, damit sie sich der Verantwortlichkeit für ihre Lage bewusst wurde.

Die trotz der Abwesenheit von empathischen Äußerungen meinerseits wohltuend erlebte Wirkung der Sitzung kann trotz meines Schweigens zurückgeführt werden auf ein Phänomen, das Reik folgendermaßen beschrieben hat: „Zu beachten ist, dass der Patient diesem Schweigen von der ersten Sitzung an eine gewisse Bedeutung zuschreibt. Weshalb sollte er nicht annehmen, dass es für den Analytiker ganz natürlich und notwendig ist, still zu sein, um aufmerksam zuhören zu können? Meistens übt dieses Schweigen eine beruhigende, wohltuende Wirkung aus. Der Patient deutet es vorbewusst als Zeichen stiller Aufmerksamkeit, einer Aufmerksamkeit, die ihm selbst als ein Beispiel der Sympathie erscheint“ (Reik, op.cit., S. 139). Bleger hat den stillen Rahmen der analytischen Therapie als Äquivalent der frühen Mutter beschrieben.

Die implizite Deutung, die ebenfalls im meinem abwartenden Zuhören enthalten war, zielte auf die latenten dynamischen Vorgänge meiner Patientin, in ihrem Fall auf ihre masochistisch gefärbte, infantiler Allmacht und damit dem Wiederholungszwang geschuldete Mitbeteiligung an der Herstellung ihres extremen Erschöpfungszustands. Dies vor dem Hintergrund einer mangelnden Integration einer mütterlich-beruhigenden Funktion, gegen die sie geradezu chronisch ankämpfte; sekundärer Krankheitsgewinn war das hohe Erregungsniveau, das ihr bei ihrer intensiven künstlerischen Arbeit sicherlich äußerst nützlich war. So habe ich mir übrigens auch erklärt, warum sie sich auf keine regelmäßigen Sitzungen einlassen wollte. Mein abwartendes Zuwarten hatte schon

oft die Funktion gehabt, zusammen mit ihr ihre innere Übererregung auszuhalten und so zu temperieren, und ihr in diesem Sinne einen Rahmen zur Verfügung zu stellen, innerhalb dessen diese inneren, mitunter invalidierenden Erregungen abklingen konnten. Dies war aber ihrerseits ambivalent besetzt.

Soweit zu dieser Patientin.

Ich möchte festhalten:

- 1) Abwartendes Zuhören löst die Äußerung von Ideenketten – freie Assoziation – aus; Das Aussprechen von Ideen hat eine Rückwirkung auf den Sprechenden.
- 2) Abwartendes Zuhören verweist den Patienten auf Dahinter liegendes; auf latente Vorstellungen und damit verbundenes Agieren.
- 3) Abwartendes Zuhören im analytischen Rahmen ist unbewusst ein Äquivalent der frühen Mutterfunktion.
- 4) Abwartendes Zuhören bahnt die Fähigkeit, in Gegenwart der Mutter allein zu sein.
- 5) Abstinentes Zuhören ermöglicht dem Patienten einen Subjektivierungsprozess, das heißt Erlebtes mit der eigenen inneren Realität in Verbindung bringen.

1) Abwartendes Zuhören löst die Äußerung von Ideenketten – freie Assoziation – aus;

Wir haben in meinen Fallbeispielen gesehen, inwieweit das abwartende Zuhören Ideenketten und somit Latentes zutage gefördert hat. Bei meinem männlichen Patienten hat die durch das abwartende Zuhören ausgelöste Ideenkette zur Erinnerung an die antisexuelle Passion der Mutter und dem damit einhergehenden Verständnis einer der Gründe für seine Hemmungen geführt. Dadurch ist es zu einer Neupositionierung der inneren Objekte bzw. Imagines gekommen.

Bei der Schauspielerin ist ebenfalls aufgrund der Ideenkette die innere Dynamik für den Erschöpfungszustand meiner Patientin deutlich geworden.

Wenn der Therapeut mehr oder minder schweigend auf das Sprechen des Patienten reagiert, entsteht eine Leere, die der Patient in den allermeisten Fällen spontan zu füllen sucht. Dadurch werden in den allermeisten Fällen Ideenketten angestoßen. Angestrebt wird eine wenigstens minimale Destabilisierung des bisherigen psychischen Gleichgewichts, was sowohl den Therapeuten wie auch den Patienten immer wieder unangenehm berühren kann. Eine solche Destabilisierung ist aber Voraussetzung und Motor von Veränderung und Neuem.

Falls dies überhaupt nicht eintritt, kann man davon ausgehen, dass eine analytisch orientierte Therapie kontraindiziert ist. Wenn im Erstgespräch zum Beispiel deutlich wird, dass das abwartende Zuhören beim Patienten vor allem Angst auslöst, aber keine Ideenketten hervorbringt, wird man zu stützenden Verfahren tendieren, die nicht den Anspruch haben, unbewusste Konflikte zu bearbeiten, vielmehr Katharsis und narzißtische Zufuhr ermöglichen.

Das Aussprechen von Ideen hat eine Rückwirkung auf den Sprechenden

„Der Patient ist oft leicht erschrocken über das, was er gerade gesagt hat, und dennoch erleichtert, weil er es gesagt hat. Das Schweigen des Analytikers wirkt hier ermutigend und bewirkt mehr, als es Worte könnten (Reik, S. 142). Als mein Patient darüber sprach, dass seine Mutter ein Holzscheit auf die kopulierenden Katzen geworfen hatte, war er erschrocken. Dies passte wenig zum Bild einer gedemütigten unterjochten Frau, das er lange Zeit von seiner Mutter in sich getragen hatte. Sein Erschrecken war nicht nur dieser neuen Sicht geschuldet, vielmehr auch der damit implizit geäußerten Anklage der Mutter wegen ihrer Grobheit. Es war dies die erste aggressiv getönte Bewegung der Mutter gegenüber

Keine Intervention hätte hier Platz gehabt, die stille retroaktive Wirkung des Ausgesprochenen reichte völlig aus. Wir kennen sicherlich alle die Erfahrung, wie sehr sich unsere Lage ändert, wenn wir es „einmal gesagt“ haben!

„Es ist eine erstaunliche und kaum beachtete psychologische Tatsache, dass den eigenen Worten, wenn sie einmal ausgesprochen sind, eine andere Wertung beigelegt wird, als wir uns es in Gedanken vorstellen. Das gesprochene Wort hat eine reaktive Wirkung auf den Sprecher. Das Schweigen des Analytikers intensiviert diese Reaktion; es funktioniert als Resonanzboden. Ein Analytiker, der eine Zeitlang dieses innere Ringen verfolgt, bekommt immer mehr den Eindruck, dass sich zwischen Kräften, die nach Ausdruck verlangen, und denen, die sie zum Schweigen bringen wollen, ein Kampf abspielt“. (Reik, S. 141).

2) Abwartendes Zuhören verweist auf dahinter Liegendes; auf latente Vorstellungen und damit verbundenes Agieren;

Bereits durch das Erwähnen der Grundregel: „Sagen Sie einfach, was Ihnen so kommt“ bedeuten wir unseren Patienten bereits, dass wir uns nicht damit zufrieden geben, was sie zunächst vortragen, das Symptom oder Problem vielmehr in Klammern setzen zugunsten einer umfassenderen Erforschung ihres psychischen Realität.

Unser Zuwarten bedeutet dem Patienten während der gesamten Therapie, dass niemals alles gesagt ist, es vielmehr immer noch Latentes und Unausgesprochenes hinter den geäußerten Worten gibt.

Dieses Zuwarten-Zuhören ist der Garant dafür, dass Therapeut und Patient sich nicht zu rasch darauf einigen, was das „eigentliche“ Problem des Patienten sei, bzw. was dessen „eigentliche“ Gefühle sind. Hinter jeder Emotion, die geäußert wird, können, ich sage es noch einmal, unbewusste Affekte und Bilder stehen. Deshalb führt das aktiv emphatische Eingehen auf den Patienten häufig direkt am unbewussten Konflikt vorbei, da es vorschnell zu einer Einigung führt, worin das Problem des Patienten bestehe.

Dies ist ganz besonders augenfällig im Umgang mit missbrauchten Patienten/Patientinnen. Oft wird hier davon ausgegangen, dass dieses traumatische Erlebnis an sich Kern der Psychopathologie sei. Das durch den Missbrauch ausgelöste psychische Kräftespiel, die Art und Weise, wie dieser in die innere Welt eingebaut wird und zu aktuellem Agieren führt, ist aber nur dann erforschbar, wenn sich über die Bedeutung des Missbrauchs nicht vorschnell geeinigt wird. In Belgien gibt es inzwischen spezifische therapeutische Ausbildungsgänge für die Behandlung von missbrauchten Patienten und Patientinnen. Aus psychoanalytischer Perspektive ist dies mit dem Versuch, Unbewusstes zu ergründen, natürlich überhaupt nicht zu vereinen. Dasselbe gilt für Überlebende von Folter, Genozid und Konzentrationslager. Wer solche Menschen vor dem Hintergrund des real Erlebten bereits psychopathologisch einordnet, versperrt den Weg zur Erforschung des Unbewussten und reduziert überdies das Individuum auf reales Geschehen.

Ich komme zu meiner Patientin zurück.

Hätte ich mich vor dem Hintergrund ihrer massiven Erschöpfung einführend-verstehend an die Patientin gewandt, wäre ihr ihr inneres Problem in Zusammenhang ihres Zustands sehr wahrscheinlich nicht bewusst geworden.

Das Schweigen hat insofern deutenden Charakter, als es die Dinge offen lässt, das Weitersprechen und Weiterwünschen auslöst, ohne bereits irgendeine Bedeutung deutend zu fixieren. Die Interventionen des Therapeuten haben ja immer auch die unerwünschte Begleiterscheinung, das freie Sprechen oder Assoziieren des Patienten zu stören und Bedeutungszusammenhänge durch deren Evozierung zu arretieren.

Dazu kommt, dass sich das Sprechen des Patienten nur scheinbar an den Therapeuten richtet sich. Die Zurückhaltung hinsichtlich des Sprechens trägt dazu bei, den Therapeuten als präzente Person in den Hintergrund geraten zu lassen, und dies ist Voraussetzung für die Entstehung eines virtuellen

Raumes, in dem sich Probedenken und Phantasieren ausdrücken kann. Dem Patienten wird so bedeutet, dass der Therapeut sich nicht als direkter Adressat einer Botschaft sieht. Nur dann kann man die Übertragungsbewegungen des Patienten berücksichtigen, die sich ja unbewußt an die primären Objekte richten. Und das Sprechen des Patienten ist in jedem Fall von Übertragung getragen: Diese entsteht durch die Erwartung von Anerkennung, Liebe, Zuwendung, Verständnis. Freud hat dies die „gläubige Erwartung“ genannt.

Wenn der Therapeut viel spricht, bietet er sich unweigerlich als reales Objekt an und tritt damit aus der ihm vom Patienten übertragenen Bedeutung heraus. Reik hat das so ausgedrückt:

„Spricht er dann mit dem Analytiker, einem gewissen Dr. A. oder Dr. B.? Nein, er spricht nicht *mit* ihm, sondern *vor* ihm, und er hat auch Zuhörer, die nicht anwesend sind“ (Reik, S. 118).

3) Abwartendes Zuhören im analytischen Rahmen hat unbewusste Äquivalenz der frühen Mutter.

Ich habe bereits gezeigt, inwieweit abwartendes Zuhören dem Patienten einen stillen Raum, einen Resonanzboden zur Verfügung stellt, der unbewusst wie eine frühe haltgebende Mutter erlebt wird, die hilft, innere Erregung auszuhalten und zu temperieren. Im Schweigen kann man das Niveau der präverbale Beziehung ansiedeln und die damit verbundene wohltuende, strukturierende Funktion. So hat der Schauspieler in der stillen Rahmen wie schon so oft in unseren Sitzungen die Gelegenheit geboten, die Erfahrung einer nicht-erregenden-übererregenden mütterlichen Umgebung zu machen.

Die Position des analytisch arbeitenden Therapeuten ähnelt ja in der Tat der der frühen Mutter: es ist eine rezeptive Position, die Reserve fordert, die Fähigkeit, zu schweigen, Passivität zuzulassen, eine Warteposition, die erst die gleichschwebende Aufmerksamkeit möglich macht. Solche Rezeptivität ist Ergebnis psychischer Regression, die den Therapeuten empfänglich für unbewusstes Material des Patienten macht. Dazu gehört auch, verwirrende, unverständliche Sequenzen auszuhalten, die es zunächst mit wohlwollendem Interesse stehen zu lassen gilt. Dies alles sind Haltungen, die auch die ausreichend gute Mutter ihrem Kind gegenüber einnimmt.

Der Therapeut und sein Schweigen haben die Qualität eines Schattens, der bestimmte psychische Vorgänge erweckt und aufdeckt, und vor allem die Perspektive eines noch Unbekannten enthält.

Eng verbunden mit dieser Äquivalenz der frühen Mutter ist die Fähigkeit des Patienten, sich allein in Präsenz der Mutter denken zu können.

4) Die Fähigkeit, in Gegenwart der Mutter allein zu sein

Wir wissen mit Winnicott, dass die Fähigkeit des Individuums, allein zu sein, einer der wichtigsten Zeichen affektiver Reife darstellt. „Die Fähigkeit zum Alleinsein [ist] fast vollständig synonym mit emotionaler Reife“ (Winnicott, 1958, S. 39).

Dabei gilt nach Winnicott: „Die Grundlage der Fähigkeit, allein zu sein, ist (...) ein Paradoxon; es ist die Erfahrung, allein zu sein, während jemand anders anwesend ist“ (ibid, S. 38). Bei vielen unserer Patienten mangelt es an dieser Fähigkeit, und Abhängigkeit von anderen, von deren Präsenz und Wertschätzung, für die Aufrechterhaltung des narzißtischen Gleichgewichts beherrscht das Feld. Dies wiederholt sich dann mit dem Therapeuten, führt zu dessen visueller Fixierung und mündet in immer wiederholte Sätze wie: „ich verstehe das nicht“, „ich weiß nicht“, „meinen Sie nicht auch?“. Wenn der Therapeut auf freundliche, aber stille Weise dieses Suchen begleitet, wird der Patient mit der Zeit angstfreier sich seinen Gedanken überlassen, das heißt allein in Gegenwart des Therapeuten sein können.

Christopher Bollas sagt vor dem Hintergrund seiner minutiösen Untersuchung des Sprechverhaltens in der analytischen Therapie:

„Einer der bemerkenswertesten Aspekte unserer Arbeit ist die Entdeckung, dass die meisten Analysanden explizit oder implizit Fragen in den Sitzungen stellen. So als ob es einen Wissenstrieb gibt, der unbewusst Fragen stellt und unbewusst Antworten ausarbeitet. Es ist tatsächlich so: wenn ein Patient eine explizite Frage stellt, dann wird er in den meisten Fällen kurz darauf diese Frage mit seinem Sprechen beantworten“ (Bollas, 159). Man kann dies dem Analysanden aufzeigen und ihn auf diese Weise in sein eigenes Unbewusstes einführen.

Auch nach Melanie Klein beruht die Fähigkeit zum Alleinsein auf der Existenz eines guten inneren Objekts in der psychischen Realität, was Vertrauen in die Gegenwart und Zukunft gewährleistet.

Nach Winnicott ist die Mutterbeziehung Matrix von Übertragung überhaupt.

„Nur wenn er allein ist (d.h. in Gegenwart eines anderen Menschen), kann der Säugling sein eigenes personales Leben entdecken. Die pathologische Alternative ist ein falsches, auf Reaktionen auf äußere Erregungen aufgebautes Leben. Wenn der Säugling allein ist, und zwar in dem Sinn, in dem ich den Ausdruck gebrauche, *und nur wenn er allein ist*, kann der Säugling das tun, was man beim Erwachsenen ‚entspannen‘ nennen würde. Der Säugling kann unintegriert werden, herumtasten, in einem Zustand sein, in dem es keine Orientierung gibt; er kann in der Lage sein, eine Zeitlang zu existieren, ohne ein auf äußere Anstöße Reagierender oder ein aktiver Mensch mit gerichtetem Interesse oder gerichteter Bewegung zu sein. Der Schauplatz ist für ein Es-Erlebnis vorbereitet. Mit der Zeit kommt eine Empfindung oder ein Impuls. In diesem Rahmen wird die Empfindung oder der Impuls sich real anfühlen, und wirklich ein personales Erlebnis sein“ (Winnicott, S. 42f). Eben diese Geschehen wäre, was durch das stille Zuhören in der Therapiesitzung erreicht werden könnte. Und um noch einmal Winnicott zu zitieren: „Eine große Zahl solcher Erfahrungen bildet die Grundlage für ein Leben, das anstatt Vergeblichkeit Realität in sich hat. Das Individuum, das die Fähigkeit zum Alleinsein entwickelt hat, ist ständig in der Lage, den persönlichen Impuls wieder zu entdecken, und der persönliche Impuls wird nicht vergeudet, weil der Zustand des Alleinseins etwas ist, was (wenn auch paradoxerweise) immer bedeutet, dass jemand anders da ist“ (ibid. S. 43).

Abstinentes Zuhören ermöglicht dem Patienten in diesem Sinne einen Subjektivierungsprozess.

5) Abstinentes Zuhören ermöglicht dem Patienten einen Subjektivierungsprozess

Der Begriff der „Subjektivierung“ findet sich nicht in den psychoanalytischen Wörterbüchern, ich möchte ihn deshalb hier definieren. Subjektivierung heißt:

- Erlebtes in subjektive Realität umwandeln, sich aneignen;
- Erlebtes mit der eigenen inneren Realität in Verbindung bringen;
- Sich Erlebtes nach dessen Umwandlung aneignen;

Subjektivierung ist also Ergebnis der psychischen Fähigkeit, sich vor in Beziehung zur äußeren Realität über das eigene Geschehen, die inneren psychischen Vorgänge und Vorstellungen, Klarheit zu verschaffen. Nur das Sprechen des Patienten kann eine solche Symbolisierung des Erlebten und der damit verbundenen Gedanken, Phantasien, Affekte hervorbringen.

Zuhören bedeutet, dass die Antworten nicht vom Therapeuten kommen können, sondern sich aus dem therapeutischen Prozess ergeben werden, das heißt vom Patienten selbst.

Nirgendwo sonst im Leben kann man so wie in der analytischen Therapie sprechen. Jemand, dem man alles von sich sagen kann, der eine zurückhaltende, stille Präsenz bildet, sich von jeder Beeinflussung und Meinung zurückhält, vollkommen aufmerksam zuhört und nichts direkt oder indirekt gegen den Sprechenden verwendet. Dieser kann in dieser einzigartigen und privilegierten Situation soziale Zwänge und Alltagskampf hinter sich lassen, um sich neuer Denk- und Vorstellungsfreiheit hingeben, ohne sich um das „was-wird-man-dazu-sagen“ zu kümmern. Er hat so ausgiebige Gelegenheit, Orte und Zeiten der Vergangenheit erneut aufzusuchen, Gefühle und

Phantasien von früher und von heute zuzulassen, die sonst am Rande geblieben wären. Mit Hilfe des Therapeuten, der eine Version dessen, was er gehört und verstanden zu haben glaubt, oder auch ohne diese, wird er neue Verbindungen herstellen, die ihm eine andere als die bisherige Sicht auf sein Leben, seine condition humane erlauben, und darüber hinaus das zutage befördern, was bisher ausgeschlossen war, sowie das Verständnis, warum dieser Ausschluss bislang so wichtig war.

Auf Seiten des Therapeuten sehen wir Entsprechendes: dieser hat die Aufgabe, sich zunächst, so weit es nur geht, mit den unterschiedlichen, vom Patienten kommunizierten Aspekten und der Art und Weise, wie sich dessen Sprechen aufdeckend und verbergend entfaltet, zu identifizieren; sowie zu erfassen, inwiefern die aktuelle Problematik des Patienten mit seinen früheren Objekterfahrungen und -phantasien in Zusammenhang steht.

Die im Laufe einer Therapie gewonnene Lust, in der Sitzung in Gegenwart des Therapeuten zu denken, kann man als Äquivalent von gelungenem Autoerotismus ansehen, was wiederum auf den sekundären Narzißmus wohlthuende Wirkung ausübt.

Zum Abschluß

Warum reden wir zuviel?

Meine Erfahrungen als Supervisorin von jungen, aber auch weniger jungen Therapeuten und Analytikern konfrontieren mich immer wieder mit dem Phänomen, wie groß die Versuchung scheint, mit dem Patienten in eine Gesprächssituation zu gleiten, aus dem einfachen Grund, dass abwartendes Zuhören vom Therapeuten selbst als unzureichend empfunden wird, dieser vielmehr dem Patienten möglichst rasch neue Sichtweisen anbieten will. Er interveniert und versperrt damit dem unbewußten Denken des Patienten die notwendige Zeit, damit die Dinge zum Vorschein kommen können. Dann befinden sich Patient und Analytiker im Widerstand gegen unbewusste Kommunikation zwischen ihnen. Bollas meint, dass eine überraschend große Anzahl von Therapeuten nicht offen sind „für die Sequenzlogik und [sie] verpassen die Methode der freien Assoziation total. Sie können dies selbst ganz einfach feststellen, wenn Sie analytische Schriften lesen und darauf achten, wie selten die Sequenzlogik erwähnt wird. Dabei war dies der Dreh- und Angelpunkt des Freudschen Zuhörens und seiner Theorie der Technik, aber es ist äußerst selten, dies in der Literatur wiederzufinden“ (Bollas, S. 164).

Bereits Theodor Reik machte diese selbe Erfahrung.

„Meine Erfahrung lehrt mich, dass nach der Anfangsphase der Analyse, während der wir mit der Persönlichkeit des Patienten bekannt werden, seine Erlebnisse erfahren und die Art seiner Konflikte, Symptome, Hemmungen und Ängste erkennen, normalerweise eine Zeit der Verwirrung und Unsicherheit folgt, eine Art chaotischer Leere. Wir tapen im Dunkeln und können nicht sehen, wohin wir gehen. Wir sind nicht nur verwirrt und ratlos, sondern auch leicht ungeduldig und sogar ein bisschen ängstlich, wenn wir diese leisen Gefühle auch noch so gut verbergen können. Wir sind ungeduldig gegenüber dem Analysanden, weil wir selbst ungeduldig sind. Weshalb verhält er sich so unvernünftig? Warum flüchtet er sich in seine neurotischen Symptome, anstatt der Realität ins Auge zu sehen und seine Schwierigkeiten wie ein erwachsener Mensch zu überwinden? Weshalb diese Spitzfindigkeiten und Seltsamkeiten, diese überflüssigen Ängste, diese quälenden Gedanken, Phobien und Zwänge? Welche Verschwendung emotionaler und intellektueller Energie, die besser verwendet werden könnte! Wir verstehen es nicht und sind deshalb ungeduldig. Wir schweben in Ungewissheit und sind sehr weit davon entfernt, alle Antworten zu wissen. Unsere anfängliche Sympathie dem Patienten gegenüber scheint gefährdet zu sein, weil wir so schrecklich begierig darauf sind, ihn ‚zu verstehen‘“ (Reik, S. 147).

„Der Psychoanalytiker muss lernen, wie einer zum anderen ohne Worte spricht. Er muss lernen, mit dem dritten Ohr’ zu hören. Es stimmt nicht, dass man schreien muss, um verstanden zu werden. Wenn man gehört werden will, dann flüstert man“ (Reik, S. 165).

„Geteiltes Leid ist halbes Leid“, hatte ich meinen Vortrag genannt. Leid mit Jemandem teilen besteht nicht nur darin, dieses zu kommunizieren und auf Verständnis zu stoßen. Teilen heißt auch Trennen: zu unterscheiden, was aus der psychischen Realität kommt, und was uns durch die menschliche und historische Realität auferlegt wird. Für diese Arbeit braucht es Zeit, die durch die zuwartende Haltung des Therapeuten eröffnet wird. Therapeutisches „Helfen-wollen“, aktive Unterstützung, so hoffe ich deutlich gemacht zu haben, richten - näher betrachtet - Schranken auf, Schranken gegen das Unbewusste und damit auch Schranken gegen Neues, das möglich werden könnte. Als analytisch orientierte Therapeuten oder Psychoanalytiker könnten wir deshalb für uns selbst wie für unsere Patienten gelegentlich an die alte chinesische Weisheit denken: „Wenn Du es eilig hast, mache einen Umweg“.

Literatur

Bollas, Christopher (2006): Vom Unbewussten erarbeitete Transformationen, EPF Bulletin 60, 144-173

Freud, Sigmund (1895): Studien über Hysterie

Freud, Sigmund (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung.

Freud, Sigmund (1924): Kurzer Abriss der Psychoanalyse

Freud, Sigmund (1938): Abriss der Psychoanalyse

Reik, Theodor, [1948], 1976: Hören mit dem dritten Ohr

Winnicott, DW. (1958): Die Fähigkeit, allein zu sein, in: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, Frankfurt, Fischer, 1988, 36-46

Kontakt:

Dr.phil. Susann Heenen-Wolff
Professorin f. Klin. Psychologie an der Université Catholique de Louvain
10, place Cardinal Mercier, 1348 Louvain - Belgien