

Zu den Wurzeln intersubjektiver Bedürfnisse---von der Kleinkindforschung zur psychotherapeutischen Praxis.

Mario Jacoby, März, 2005

Beobachtungen aus der Säuglingsforschung

Am Anfang war Beziehung ----- diese Behauptung ist fundiert durch die Ergebnisse der neueren Säuglingsforschung. Was heute seit den Arbeiten von Stolorow et al. (1987/96) als *Intersubjektivität* bezeichnet wird, ist eine Differenzierung von Beziehungserfahrungen in dem Sinne, dass der Fokus auf das innerseelische Erleben der Beteiligten gerichtet ist. Es geht also nicht um Beziehungen im Sinne von Interaktion, in der wir etwas gemeinsames veranstalten—es geht darum, wie die Beteiligten das gemeinsame Zusammensein *erleben*.

In der neueren Säuglingsforschung wurde entdeckt, dass der Säugling sich zunächst kein Bild vom anderen an sich, d. h. von Mutter oder Vater als eigene Personen im Gedächtnis festhalten kann. Es hat noch keine Repräsentanz, also noch keine abrufbare innere Vorstellung von Mutter oder Vater, wenn letztere nicht gegenwärtig sichtbar sind. Sobald aber die Mutter in Erscheinung tritt, wird sie sofort erkannt. Was sich zunächst als Gedächtnisinhalt entwickelt, ist das, was im Beisein der Bezugsperson (Mutter) oder durch das Tun der Mutter in der Erfahrung des Säuglings geschieht, aber auch bereits, auf welche Weise der Säugling auf das Geschehen affektiv reagiert--etwa durch Behagen,

Schreien, Ab—oder Zuwenden etc. Es entstehen die ersten Erwartungen an die Geschehnisse, die mit der Pflegeperson in Bezug stehen. Stern (1992, p. 143 ff)) hat dafür das Kürzel RIGs verwendet, d. h. „Repräsentanzen der *Interaktionen*, die (durch tägliche Wiederholung) generalisiert wurden“. Mit anderen Worten reifen zu allernächst die Repräsentanzen der ersten *Beziehungsmuster* und es dauert mehrere Monate, bis der Säugling das Bild, die Repräsentanz der Mutter oder Pflegeperson jederzeit abrufen kann, auch wenn sie im Moment nicht präsent ist.

Damit ist auch die Organisationsstufe erreicht, in der das Grundbedürfnis zu reifen beginnt, welches als „subjektives Selbstempfinden“ bezeichnet wird. (Stern, 1992. p. 179 ff) Es äusserst sich in dem Bedürfnis, die jeweiligen Erfahrungen mit der Mutter zu teilen und bei ihr adäquate (good enough) Affektabstimmung zu erleben Man kann diese Reifungsstufe besser noch als den eigentlichen Beginn der „*intersubjektiven*“ Bedürfnisse bezeichnen. An sich ist diese Feststellung, angesichts der schon bekannten Erkenntnisse z. B. Balints (1966), Winnicotts (1974 und Kohuts (1973, 1979) keine grosse Neuigkeit. Von einiger Bedeutung ist hingegen die Genauigkeit der einzelnen Beobachtungen, auf welcher subtilen Weise das Selbstempfinden des Kleinkinds durch nahe Bezugspersonen beeinflusst wird, und mit welchen Mitteln spezifische Aspekte der kindlichen Sozialisation stimuliert oder gehemmt werden. Das Kleinkind erfährt jedenfalls, dass es Aktivitäten gibt, die auf Zustimmung stossen und solche, die unwillkommen sind. Mit anderen Worten findet im intersubjektiven Austausch „soziale Vergewisserung“ (social referencing) statt und damit die Beeinflussung des affektiven Erlebens. So können Pflegepersonen bewusst oder unbewusst mit einer Anzahl verschiedenster Signale auf die Aktivitäten und sozialen emotionalen Befindlichkeiten ihrer Kleinkinder einwirken.

Bedeutsam ist das in diesem Alter auftauchende Bedürfnis nach der *Gemeinsamkeit affektiver Zustände*. Dazu ein Beispiel: Man verlockt ein Kind mit Hilfe eines attraktiven Spielzeugs dazu, über eine „visuelle Klippe“ (d. h.

einen scheinbar steilen Abhang, der bei Einjährigen nur ein geringes Ausmass an Angst auslöst) zu krabbeln. In dieser Situation wird das Kind unsicher und schaut hin zur Mutter, um an ihrem Gesicht abzulesen, was sie empfindet. Im Grunde will das Kind sehen, was es selbst empfinden sollte, sucht gleichsam nach einer zweiten Beurteilung der Situation, die ihm aus seiner Unsicherheit hinaushelfen könnte. Wenn die Mutter zuvor angewiesen wurde, ein vergnügtes Gesicht zu machen und zu lächeln, wagt es der Säugling, über die visuelle Klippe zu kriechen. Wurde die Mutter aber von der Versuchsperson beauftragt, ein ängstliches Gesicht aufzusetzen, wendet sich der Säugling von der „Klippe“ ab, zieht sich zurück und wird möglicherweise unruhig. Sicherlich würden sich Säuglinge nicht derart an der Mutter orientieren, wenn sie ihr nicht die Fähigkeit zuschrieben, einen Affekt zu empfinden und auszudrücken, dem eine Bedeutung für ihren eigenen, realen oder potentiellen Gefühlszustand zukommt. Zudem ist an diesem Beispiel gleichsam exemplarisch ersichtlich, welchen Einfluss die jeweilige Einstellung der nahen Bezugsperson auf das Selbstgefühl und auch auf die zukünftige Identitätsentwicklung des Kindes hat. (Siehe Stern 1992, S. 86).

Des weiteren wurde auch ein für die Psychotherapie Erwachsener sehr relevantes Problem eingehend untersucht. Von seiner Geburt an unterhält die Mutter mit dem Kind einen „bedeutungsstiftenden“ Austausch, da für sie jedes Verhalten des Säuglings einen Sinn hat. Sie ist es zunächst, die einem Verhalten stets Sinn zuschreibt und so wird jedes Verhalten bereits in den allerersten Monaten des sog. Kernselbst-Empfindens im Rahmen der von ihr selbst gestifteten Bedeutungen eingeordnet. Sobald das Kind dazu in der Lage ist, wird es den Bedeutungsrahmen gemeinsam mit der Mutter schaffen. (Stern 1992, p. 192). Zu Recht hat man sich auch mit der Tatsache beschäftigt, dass die „Bedeutungen“, die die Mutter herstellt nicht allein in ihren Beobachtungen liegen, sondern auch in ihren Phantasien darüber, wer der Säugling ist und zu welcher Persönlichkeit er sich entwickeln wird. Offenbar beeinflussen die mütterlichen Phantasien das Verhalten des Säuglings und prägen weitgehend

dessen eigene Phantasien. Diese Beziehung zwischen den mütterlichen Phantasien und dem beobachtbaren Verhalten des Kindes wurde auch von Stern (1971) weitgehend untersucht. Damit werden C. G. Jungs Feststellungen verständlich, dass Kleinkinder zunächst mit der elterlichen Psychologie verschmolzen sind und deshalb psychische Störungen des Kindes auf Störungen der psychischen Sphäre der Eltern beruhen. (Jung, 1923, § 106)

Jedenfalls entdeckt das Kind in dieser Phase, in der mit dem subjektiven Selbstempfinden zugleich die Intersubjektivität auftaucht, welche Aspekte seines Erlebens mitteilbar sind und welche nicht. Für die Weiterentwicklung des subjektiven Selbstempfindens wie auch der Intersubjektivität ist es entscheidend, inwieweit ein „affect attunement“ stattfindet, das heisst, wie weit sich Mutter und Kind gefühlsmässig aufeinander abzustimmen vermögen. Im optimalen Falle ist es die einfühlende Haltung der Mutter, die dem Kind eine wichtige Bestätigung gibt, die – wenn sie vom Kind in Worte gekleidet werden könnte -- lauten würde: „Ich weiss, dass du weißt, wie es mir zumute ist“. (Köhler 1988, S. 64). Die grundlegenden intersubjektiven Bedürfnisse, besonders das menschliche Bedürfnis, sich auszudrücken, gesehen, gehört und verstanden zu werden, sind sowohl im Kleinkind als auch im Erwachsenen in ähnlicher Weise wirksam. Sie gehören gleichsam zu unserer archetypischen Ausstattung: „Ich werde gesehen und bewirke eine, wie auch immer beschaffene Reaktion vonseiten der Sorgeperson,--- also bin ich.“. Intersubjektive Bedürfnisse werden also im Alter von 7 bis 9 Monaten zum ersten Mal zentral.

Freud und die Entdeckung der Uebertragung in der Psychoanalyse.

Diese Beobachtungen zur Intersubjektivität und der Bedeutung adäquater Affekt Abstimmungen spielen in manch moderneren Formen analytischer Beziehungsgestaltung eine entscheidende Rolle. Dies wurde aber in den Anfängen der Psychoanalyse nicht so gesehen. Historisch gesehen entstand die

Psychoanalyse aus der Hypnose, welche von Breuer und Freud zwecks Aufdeckung vergessener traumatischer Erlebnisse Verwendung gefunden hatte. Auch nachdem Hypnose als Therapiemethode aufgegeben worden war, stand das Aufzeigen unbewusster Zusammenhänge mittels Deutungen im Vordergrund. Die Entdeckung, dass durch die Person des Arztes beim Patienten oft intensivste Liebes- und/oder Hassgefühle ausgelöst werden, bedeutete für Freud zunächst eine enttäuschende Komplikation seiner Methode. Erst nach weiteren Forschungen konnte er das therapeutische Potential, das in dieser sogenannten Uebertragung steckt, erkennen, indem er zur festen Einsicht gekommen war, dass die Gefühle des Patienten nicht dem Arzt als Person gelten, sondern Wiederauflagen früherer, meist aus der Kindheit stammender Erlebnisse sind. Deutungen wurden nun eingesetzt, um dem Patienten diese Zusammenhänge aufzuzeigen. Anhand der Uebertragung wurde also ein Stück aus früher Kindheit stammender unbewusster Lebens—und Beziehungsgeschichte erfahrbar, insofern sie sich in der Beziehung zum Therapeuten wiederholte und damit analysiert werden konnte. Ziel solcher Analyse war es in Freuds Worten, „die Wiederholungen in Erinnerung zu verwandeln“ (Freud 1917, p. 461)

Natürlich berühren die oftmals komplexen Uebertragungsgefühle des Patienten auch die Gefühle des Therapeuten. Freud hatte zunächst empfohlen, dass der Analytiker dabei seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängen sollte. „Die Rechtfertigung dieser vom Analytiker zu fordernden Gefühlskälte liegt darin, dass sie für beide Teile die vorteilhafteste Bedingung schafft, für den Arzt die wünschenswerte Schonung seines eigenen Affektlebens, für den Kranken das grösste Ausmass an Hilfeleistung, das uns heute möglich ist.“ (Freud 1912, S. 380/1) Diese Regeln sind also vor allem zum Schutze des Analytikers aufgestellt worden, da es ja bekanntlich äusserst schwierig ist, einem Ansturm von Emotionen zu begegnen ohne zu entsprechenden Reaktionen angesteckt zu werden. Falls aber im Analytiker

trotzdem Gefühle gegenüber seinen Patienten auftauchen, so gilt das als schädliche „Gegenübertragung“, welche durch Selbstanalyse möglichst beseitigt werden soll.

CG Jung und die Erkenntnis der gegenseitigen Beeinflussung in der analytischen Situation.

C. G. Jung hat bekanntlich nach der Trennung von Freud die meisten dieser Regeln über Bord geworfen. Vor allem betonte er, dass es, seiner Erfahrung entsprechend, für den Analytiker gar nicht möglich sei, sich von den emotionalen Aufgewühltheiten seiner Patienten vollkommen zu distanzieren. Dies hält er, im Gegensatz zu Freud, auch gar nicht für erwünscht, denn es ist „mit keinem Kunstgriff zu vermeiden, dass die Behandlung das Produkt einer *gegenseitigen Beeinflussung* ist, an welcher das ganze Wesen des Patienten sowohl wie das des Arztes teilhat“. (Jung 1929, § 163).

Zwar hat selbstverständlich auch der Analytiker die Tendenz, eigene Inhalte, die noch unbewusst sind auf gewisse Analysanden zu projizieren und damit in sogenannte „Gegenübertragung“ zu fallen. Wenn er sich beispielsweise seiner eigenen Machtbedürfnisse nicht genügend bewusst ist, genießt er unbewusst die Abhängigkeit gewisser Patienten und deren Idealisierung seiner Person, unterbindet in subtiler Art deren Selbständigkeitsregungen oder fühlt sich persönlich gekränkt, wenn sich ihre Abhängigkeit trotzdem zu lockern beginnt.. Für sein Verhalten kann er immer therapeutisch klingende Rationalisierungen bereithalten, die im Gewand von Fachtermini (z.B. „agieren“ des Patienten, oder „dessen Widerstand gegenüber dem Unbewussten“ etc) die Tatsache leicht verschleiern, dass es sich vorwiegend um seine eigenen unbewussten Bedürfnisse handelt. Insofern also der Therapeut aus eigenen Ängsten oder Bedürfnissen heraus dem Patienten unbewusst eine Rolle zuschieben muss, die dessen Wirklichkeit einengt oder verzerrt, ist die Gegenübertragung nach wie vor der grösste Feind einer fruchtbaren Analyse.

Um diese Gefahr möglichst gering zu halten, haben beide Pioniere, sowohl Freud wie Jung eine gründliche „Lehr“-analyse des Analytikers gefordert. Grösstmögliche Bewusstwerdung der eigenen unbewussten Voraussetzungen soll die grössten Projektionen vonseiten des Analytikers, wenn nicht ganz verhindern, so doch in ihren Auswirkungen mildern.

Ich glaube, dass ein Analytiker nie aufhören sollte, sich und seine Methoden immer wieder in Frage zu stellen, Er muss es nach Möglichkeit vermeiden, sich durch Uebertragungs/Gegenübertragungseinflüsse selbst auf dem Leim zu gehen zum Schaden des Patienten. Bekanntlich sind Uebertragungsphänomene meist sehr vielschichtig.

Hier möchte ich ein Beispiel aus meiner Praxis anführen: Ich erinnere mich an eine Analysandin, die meine „inneren Saiten“ optimal in Schwingung zu versetzen wusste. Soviel wurde mir nach gewissenhafter Selbstprüfung bewusst, dass es sich dabei nicht vorwiegend um Schwingungen erotischer oder sexueller Natur handeln konnte. Ich fühlte mich aber in ihrer Gegenwart stets innerlich angeregt und in feinsten Weise auf sie eingestimmt. Oft war ich selber erstaunt über die Präzision der Deutungen, die mir spontan einfielen und bei ihr auf fruchtbaren Boden fielen. Die Gemeinsamkeit unserer „Wellenlänge“ war auffallend und der analytische Prozess fühlte sich in hohem Masse befriedigend an.

Wie erwähnt, sind allerdings gerade in solchen so fruchtbar anmutenden Konstellationen einige selbstkritische Fragen zu stellen. Worauf beruht unsere so „ideal“ gegenseitige Eingestimmtheit? Im Falle dieser Klientin musste ich mir ins Bewusstsein rufen, dass sie in ihrer Kindheit und Jugend feinste Antennen zur Anpassung an die Erwartungen ihrer Umgebung entwickelt hatte. Das war für sie eine sehr notwendige Ueberlebensstrategie. Sie stellte sich stets in grösster Instinktsicherheit auf die Interessen und Bedürfnisse ihres Gegenübers ein, machte sich auf diese Weise beliebt, verlor dabei aber meist ihren eigenen Standpunkt und wurde dem entsprechend ausgenützt. So war es

ihr offensichtlich auch bei mir ein Anliegen, vor allem keine Last für mich zu sein und möglichst solche Themen anzuschneiden, die ihrer Ansicht nach auch für mich von Interesse sind. Damit stellte sich mir die Frage, ob ich in meinen Gegenübertragungsreaktionen diesem, für sie wenig bewussten Verhaltensmuster auf den Leim ging. Verstand sie es, mich so zu animieren. meine „anima zu konstellieren“ (Siehe Jung 1950, GW. 9 II, §20-42), dass ich mich in ihrer Gegenwart möglichst inspiriert und grossartig fühlen sollte und sie dafür lieben würde? Es war selbstverständlich sehr wichtig für mich, als ihr Therapeut, diesen Aspekt unserer Interaktion im Auge zu behalten.

Genauso wesentlich war es aber auch, nicht ausschliesslich auf ihre aus innerer Not geborenen „Verführungskünste“ fixiert zu bleiben. Auf jeden Fall wäre es sicher verfehlt gewesen, unsere Beziehung frühzeitig mit einer solchen Interpretation zu entwerten und die Analysandin möglicherweise zu beschämen. Zwar war das Wiederholungsmuster offensichtlich, war aber nur die halbe Wahrheit. Es war mir trotz allem deutlich, und darauf vertraute ich, dass unsere gegenseitige Uebereintimmung zugleich auch ein entscheidend wichtiges Erlebnis für sie bedeutete. Es war die Erfahrung einer echten „gemeinsamen Wellenlänge“, einer tiefen Begegnung im intersubjektiven Bereich. Und darin liegt ein notwendiges kreatives Potential für den Prozess seelischer Entwicklung, eine von früher Kindheit an wirkende Grundbedingung für ein überwiegend positives Selbstgefühl und damit für die Entwicklung eines in der Realität verankerten Ichs. Hätte ich—skeptisch gegenüber meiner Gegenübertragungs-Reaktion—nur das Wiederholungsmuster gedeutet, wäre wahrscheinlich eine entscheidende Möglichkeit therapeutischen Neubeginns verfehlt worden. Hätte ich aber nicht gleichzeitig auch wahrgenommen, dass sie in mir Grössenphantasien hervorruft, so hätten wir wahrscheinlich lange in einer „folle à deux“ gegenseitiger Idealisierung oder narzisstischer Kollusion verharret.

Zur psychoanalytischen Intersubjektivitätstheorie

Bevor ich weiterhin auf wesentliche Gesichtspunkte Jungs und heutiger Jungianer eingehen werde, möchte ich vorerst darauf hinweisen, dass auch innerhalb der Vielfalt Freudianisch-psychoanalytischer Metapsychologien eine eigene moderne Intersubjektivitätstheorie entstanden ist. So schreibt Chris Jaenicke: „Da alle psychoanalytischen Metapsychologien aus der subjektiven Sicht desjenigen entstehen, der sie beschreibt, braucht die Psychoanalyse eine eigene Theorie der Subjektivität, einen verbindenden Bezugsrahmen, der sich nicht nur auf die von den einzelnen Theorien angesprochenen Phänomene bezieht, sondern die Theorien selbst zum Thema macht.“ (Jaenicke 2000, S. 165). In diesem Sinne haben R. D. Stolorow und G. Atwood (1998), die beide zu den eigentlichen Begründern der heutigen Intersubjektivitätstheorie gehören, wichtige Aspekte der Freudschen psychoanalytischen Doktrin in Frage gestellt und als „Mythen“ kritisiert. Dabei geht es vor allem um die sogenannte „Neutralität“ des Analytikers, die weder in ihrem Anspruch auf dessen „Abstinenz“ noch auf dessen „Anonymität“, und schon gar nicht auf die Möglichkeit von „Deutungen ohne Suggestion“ etc. der therapeutischen Wirklichkeit entspricht. Auch die Vorstellungen der „reinen Uebertragung“, der „Objektivität“ des Analytikers und der „isolierten Psyche“ werden kritisch in Frage gestellt. Als Alternative wird die „empathisch-introspektive Erforschungsmethode“ postuliert. Das bedeutet eine „der psychoanalytischen Situation angemessene Haltung, die sich als dyadisches intersubjektives System gegenseitigen und gemeinsamen Einflusses versteht, in dem beide Teilnehmer kontinuierliche, mitbestimmende Beiträge leisten.“ (Stolorow/Atwood, 2002, S. 198). Dies ist eine Methode, die versucht, die folgenden drei Prinzipien zu erhellen: 1.) Prinzipien, die unbewusst die Erfahrungen des Patienten organisieren. (Empathie). 2.) Prinzipien, die unbewusst die Erfahrungen des Analytikers organisieren (Introspektion) und 3.) das oszillierende psychologische Feld, das durch das Zusammenspiel der beiden oben genannten

Prinzipien entsteht. Wichtig dabei ist die Feststellung der Autoren, dass eine solche Haltung vom Analytiker eine ständige Reflexion erfordert in Bezug auf „das unvemeidliche Verwickeltsein in die persönlich-subjektiven und theoretischen Annahmen, die auf die laufenden Prozesse einwirken“ (Stolorow/Atwood, 2002, S. 198). Weiterhin wichtig scheint mir auch die Betonung der Autoren, dass durch die „empathisch-introspektive Haltung“ keinesfalls die Asymmetrie der Patient-Analytikerbeziehung verleugnet oder verwischt werden soll. Die Auswirkungen der unumgänglichen Asymmetrie sollen vielmehr untersucht und nicht verdeckt werden. Auch schreibt diese Methode nicht vor, dass sich der Analytiker gegenüber dem Patienten persönlich offenbaren soll. Vielmehr sollen Analytiker nach bestem Wissen und Gewissen in jeder Situation abschätzen, inwiefern Selbstoffenbarungen den analytischen Prozess fördern oder stören, d. h. „ob dadurch die Entfaltung, Erforschung, Erhellung und Veränderung der subjektiven Welt des Patienten unterstützt wird“. (Stolorow/Atwood, 2002, S. 198).

Zu C. G. Jungs dialektischem Verfahren.

M. E. ist die Ähnlichkeit von dieser empathisch-introspektiven Methode zu Jungs „dialektischem Verfahren“ frappant---insofern es den Aspekt der therapeutischen Beziehung betrifft. Ich würde Jungs Bezeichnung als dialektisches Verfahren in diesem Fall lieber als „dialogisch“ bezeichnen, handelt es sich doch um Prozesse des seelischen Austauschs, wobei auch gegenseitige „Auseinandersetzung“ durchaus im therapeutischen Sinne fruchtbar sein kann. So sagt Jung: „Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist eine *persönliche Beziehung* innerhalb des unpersönlichen Rahmens der ärztlichen Behandlung.“ (Jung 192, § 163) Hier spricht er auch, wie schon erwähnt, davon, dass es mit keinem Kunstgriff zu vermeiden sei, dass die Behandlung das Produkt einer gegenseitigen Beeinflussung ist, an welcher das ganze Wesen des Patienten sowohl wie das des Arztes teilhat“(Jung 1929, § 163)

Wie erwähnt, hat moderne Säuglingsforschung bereits vom 7. Lebensmonat an intersubjektive Bedürfnisse beobachtet. Die Tatsache, dass diese Grundbedürfnisse auch im Erwachsenenalter noch wirksam sind, weist darauf hin, dass es sich dabei um archetypische Bedürfnisse handelt, die auch in der Gegenwart das Feld des therapeutischen Dialogs weitgehend strukturieren. Somit scheint es mir weniger erstaunlich zu sein, dass sich die Beobachtungen der modernen psychoanalytischen Intersubjektivitätstheorie mit den Jungschen Vorstellungen der analytischen Beziehung nahezu decken.

Auch die Autoren der empathisch-introspektiven Methode betonen, dass letztere vom Analytiker eine ständige Reflexion erfordert bezüglich seines „unvermeidlichen Verwickeltseins in die persönlich-subjektiven und theoretischen Annahmen, die auf die laufenden Prozesse einwirken.“ (Stolorow/Atkins, 2002, S.198). In diesem Sinne sprach schon Jung über die Wichtigkeit für den Therapeuten, seiner jeweils „persönlichen Gleichung“ bewusst zu sein. Er ging soweit, zu behaupten, dass „jede tiefer gehende Behandlung etwa zur Hälfte in der Selbstprüfung des Arztes bestehe“. (Jung 1929, GW 16, § 239).

An dieser Stelle scheint es mir wichtig, eine gewisse Differenzierung vorzunehmen zwischen dem, was wir als Beziehung bezeichnen und dem, was als Uebertragung/Gegenübertragung gilt. Jede Tiefenpsychologie gründet ihre Methoden auf der Tatsache, dass wir immer viel mehr sind als wir von uns selber wissen. So können in der täglichen Praxis Anteile von unserer Person angesprochen werden, die uns unbewusst sind, die wir deshalb nicht als zu uns gehörend erleben. Und so kann es auch einem Analytiker passieren, dass er ein Stück Beziehung vonseiten des Patienten als Uebertragung interpretiert. Oder umgekehrt kann ein Therapeut versucht sein, Projektionen des Patienten, die ihn beispielsweise aufwerten, für bare Beziehungsmünze zu halten und damit die Möglichkeit auszublenden, dass der Patient nicht seine Wirklichkeit wahrnimmt sondern idealisierende Phantasien auf ihn projiziert. Sowohl Patienten als auch

Analytiker können im Namen von Beziehung und therapeutischem Engagement manchmal Uebertragungs- bzw. Gegenübertragungsbedürfnisse ausagieren, ohne es zu merken. Die beiden Phänomene überschneiden sich öfters, wobei die Unterscheidung von Uebertragung/Gegenübertragung und Beziehung, durch die das Gegenüber in seinem eigenen So-Sein erkannt und anerkannt wird, von zunehmender Bedeutung ist. Im Verlaufe eines therapeutisch-analytischen Prozesses gilt es, unbewusster Voraussetzungen, Bedürfnisse oder Ängste, die den Zugang zur Wirklichkeit des Gegenüber verstellen, nach Möglichkeit bewusst zu werden und damit sukzessive Uebertragung in Beziehung zu verwandeln. Dies bedeutet zugleich, mittels „Rücknahme von Projektionen“ ein Stück Eigenwelt neu erkennen zu können und besseren Zugang zu sich selbst zu gewinnen. Zugleich beinhaltet dies eine gewisse Befreiung zu echterer Beziehungsfähigkeit, was eines der Ziele der Psychotherapie oder Analyse ausmacht. Solch grössere Freiheit stellt für den Klienten einen Gewinn dar, verhilft sie doch meistens dazu, seine oder ihre Lebensbeziehungen fruchtbarer zu gestalten.

Zunächst können sich also innerhalb des psychotherapeutischen Rahmens Uebertragungs-Erwartungen und Ängste in Richtung gegenseitiger Bezogenheit wandeln. Als Therapeut spüre ich solche Wandlung meist daran, dass ich mich freier in der therapeutischen Interaktion, im Dialog bewegen kann. Ich fühle mich zunehmend weniger dadurch eingeengt, dass ich Erwartungen einer auf mich projizierten Phantasiefigur zu erfüllen habe.

Trotzdem bleibt innerhalb der therapeutischen Situation, solange die Therapie andauert, die Beziehung therapiespezifisch, auch wenn sie sich von gewissen Uebertragungs-Komplikationen befreien kann. Sie mag zwar tief, intensiv, psychisch stimulierend sein, ist auf ihre Weise echt und vielleicht seelisch intimer als die meisten Lebensbeziehungen—auch für den Therapeuten. Und doch ist sie auf eine merkwürdige Weise eine „als-ob“ Beziehung, das heisst sie hat einen symbolischen, vielleicht modellhaften Charakter, weil sie

ihren Sinn und Zweck nicht in sich selber trägt, sondern ein therapeutisches Ziel anvisiert.. Es wird zwar oft von therapeutischer „Partnerschaft“ gesprochen – wobei allerdings die Bezeichnung „therapeutisch“ nicht vergessen werden darf. Jung war der Ansicht, dass bei einer tiefergehenden Analyse „der Arzt aus seiner Anonymität heraustreten und Rechenschaft von sich selber geben müsse, genau das, was er von seinem Patienten verlangt.“ (Jung 1936, § 23 GW 16). Immer wieder ist die Rede davon, dass auch der Therapeut ständig in Analyse sei und die Behandlung zur Hälfte in seiner Selbstprüfung bestehe. All das kommt dem, was heute unter Intersubjektivität verstanden wird, sehr nahe.

Aber was bedeutet all das für den Alltag unserer Praxis, entspricht das ihrer Wirklichkeit, und ist ein solches Postulat überhaupt realisierbar?

Ich glaube, dass die Idee therapeutischer Partnerschaft und das Phänomen der Intersubjektivität etwas zentral Bedeutsames ist, bedarf aber differenzierender Reflexion und einiges an Relativierung. Es darf vor allem nicht vergessen werden, dass dieser Partnerschaft ein bestimmter Rahmen gegeben ist, der mit einem Auftrag und einer Zielsetzung einhergeht. Es geht stets um Analyse oder Psychotherapie der Befindlichkeit des Patienten, wofür der Therapeut auch ein Honorar erhält. Von daher sind die beiden Partner in einer sehr verschiedenen Situation. Dem Patienten soll möglichst Gelegenheit gegeben werden, vom Therapeuten und von der therapeutischen Situation für seine Gesundheits- und Entwicklungsbedürfnisse „Gebrauch zu machen“ – um mit Winnicott zu sprechen (be able to make use of the therapist!). Der Patient soll sich möglichst frei fühlen, um seine Nöte, Konflikte, Bedürfnisse anzumelden, seine Liebe für und seinen Hass gegen den Analytiker samt seiner Enttäuschungen anzumelden, seine Ansprüche zu erheben. Es ist ihm „Regression“ erlaubt, d. h, er kann sich innerhalb des therapeutischen Rahmens so kindlich wie nötig verhalten.

Der Psychotherapeut hingegen darf sich keinesfalls gehen lassen, auch wenn es ihn aus seinem inneren Wesen danach drängen sollte. Er muss stets die

Situation des Patienten im Auge behalten, möglichst wach und verantwortungsvoll. Er darf deshalb nicht unreflektiert reagieren, zurückschlagen, zurück“lieben“, sich rächen etc.

Freud hat für die Psychoanalyse schon früh eine Behandlungstechnik erarbeitet, die nicht nur beim Patienten mögliches „Ausagieren“ eindämmen, sondern auch den Analytiker vor unzweckmässigen emotionellen Reaktionen schützen soll. In der Jungschen Analyse, wo gegenseitige Beeinflussung als Faktum anerkannt wird, sind keine technischen Regeln vorgegeben. In dieser an sich begrüßenswerten Befreiung gibt es aber für den Analytiker keinen Schutz vor der Gefahr, sich im Namen von Spontaneität, Dialogbereitschaft und gegenseitiger Offenheit auf riskante Situationen einzulassen, die mehr seinem eigenen Bedürfnis als den Erfordernissen der Therapie entsprechen. Umso mehr ist er auf Bewusstheit seiner Verantwortung gegenüber dem therapeutischen Anliegen seiner Klienten verwiesen. Auf jeden Fall ist die Partnerschaft in der therapeutischen Begegnung ungleichgewichtig.

Tatsächlich beklagen sich Patienten öfters über die Einseitigkeit der Beziehung im analytischen Setting . Nicht zu Unrecht heben sie hervor, dass sie vom Privatleben .des Therapeuten kaum etwas wissen, während sie sich rückhaltlos öffnen sollen. Solch ein Ungleichgewicht ist nicht zu verleugnen, und da Wissen zugleich Macht bedeuten kann (wie es schon in einem Sprichwort heisst), ist es nicht verwunderlich, dass manche sich der „Macht“ dessen, der so viel über sie weiss, ausgeliefert fühlen. Bei fortschreitender Behandlung wird es oft – verständlicherweise – als demütigend empfunden, dass der Analytiker zu Zeiten einen so wichtigen Platz im Erleben des Analysanden einnimmt, während der Analysand, zu Recht oder zu Unrecht das Gefühl hat, nur einer unter vielen zu sein und nur von Berufs wegen Wertschätzung zu bekommen.

Zugegebener Weise hängen solche Gefühle stark mit der Realität zusammen, die der psychotherapeutischen Situation anhaftet, und die etwas

„Unnatürliches“ an sich hat –wie sich manche Patienten immer wieder beklagen. Zwar wird diese Situation, entsprechend der Uebertragungserwartungen, individuell verschieden erlebt. Sie steht aber im Gegensatz zu den „natürlichen“ Beziehungen im realen Leben, zu Liebes--oder Freundschaftsbeziehungen, die, wenn sie auf lange Sicht befriedigend verlaufen sollen, auf einem gewissen Gleichgewicht des Gebens und Nehmens, des sich Oeffnens und Abgrenzens beruhen.

Es ist also nicht zu leugnen, dass das analytische Setting an sich etwas Demütigendes haben kann, eine Tatsache, die von den Widerständen des Patienten manchmal benutzt und ins Feld geführt wird. „Ich könnte mich freier fühlen, wenn nur unsere Beziehung, die Situation hier, nicht so unnatürlich wäre.“ Oder: „Warum soll ich mich Ihnen öffnen, irgendwann wird unsere Beziehung ja doch zu einem Ende kommen“. Oder: „Immer wollen Sie alles von mir wissen, ich weiss aber von Ihnen nichts, weiss nicht, was Sie *wirklich denken*. Oder: Was immer Ihre Zuwendung zu mir auch ist, *sie gehört ja schliesslich zu Ihrem Beruf*“. Gerade dieses letzte, eigentlich aus misstrauischer Verzweiflung stammende Argument wird ins Feld geführt aus Angst, sich einzulassen, was meist als ein Zeichen früherer Verwundung von Bedürfnissen nach seelischer Intimität und gegenseitigem Verstehen gesehen werden muss..

Wie kann ein Analytiker in solchen Situationen reagieren oder intervenieren, ohne dass es seinem Analysanden noch ein Mehr an Beschämung aufbürdet? C. G. Jung empfiehlt dem Therapeuten immer wieder, dem Patienten möglichst „auf gleicher Ebene“ zu begegnen, „nicht zu hoch und nicht zu tief“. Er meint, dadurch hätte man mit der Uebertragung (ich möchte hinzufügen, auch mit dem Widerstand, M.J.) viel weniger Mühe. (Jung, 1935, § 337, GW 18/1) Dagegen mussten wir vorhin feststellen, dass es in der Natur des therapeutisch—analytischen Settings liegt, dass die Ebenen gerade nicht „gleich“ sein können. Mir scheint, Begegnung auf „gleicher Ebene“ dort, wo sie therapeutisch notwendig ist, vor allem eine Frage der Einstellung und des

Empathie-Vermögens vonseiten des Analytikers zu sein. Es geht um seine Offenheit, die jeweilige Ebene zu suchen und zu spüren, die Ebene, auf der eine Begegnung mit dem Patienten möglich ist. Die „gleiche Ebene“ mag sich darin zeigen, dass bei auftauchenden Schwierigkeiten und Missverständnissen der Analytiker auch seinen eigenen Anteil zu eruieren sucht und bereit ist, dies zuzugeben. Alles „Besser- Wissen“ und „Autorität- spielen- müssen“ widerspricht der intersubjektiven Haltung, die nicht immer die ganze „Schuld“ an Schwierigkeiten dem Verhalten oder der Pathologie des Patienten zuschieben muss.

Was die Einseitigkeit der therapeutischen Beziehung angeht, scheint es mir am günstigsten, wenn der Therapeut dem Klienten gegenüber zugibt, dass dies der Realität entspricht, aber auch den Notwendigkeiten der Therapie Rechnung trägt. Es ist Verständnis dafür zu signalisieren, dass Patienten unter dieser notwendigen „Ungleichheit“ manchmal leiden, —und es ist meist der Ton solcher Aeusserungen, der darüber entscheidet, ob dies als „Herablassung“ empfunden wird oder nicht. Jedenfalls sollte der Therapeut nicht versuchen, alle diesbezüglichen Schwierigkeiten einzig und allein als Uebertragungs—oder Widerstandsphänomen zu interpretieren.

Letztlich scheint es mir auch sinnvoll zu sein, dass die therapeutische Beziehung ihre unbefriedigenden Aspekte hat. Sie soll ja nicht der Neigung Vorschub leisten, dass Klienten an Therapeuten hängen bleiben. Vielmehr ist es ihr Zweck, zu ermöglichen, dass der Schritt hinaus in ein befriedigendes Leben gelingt.

Schlusswort und Zusammenfassung

Es wurde in dieser Arbeit von der Säuglings- und Kleinkindforschung ausgegangen in der Erkenntnis, dass den verschiedenen Qualitäten im Zusammenspiel von Pflegeperson und Kind ein entscheidender Einfluss auf dessen Reifungsprozesse beigemessen wird. Dabei geht es um die Ur- oder

Grundformen fördernder bis hemmender Interaktion. Es sind Elemente von Ur-Bezogenheit, die auch in erwachsenen Menschen weiterhin wirksam sind, aber von erwachsener „Vernunftsteuerung“, von Abwehren und Kompensationen vielfach überlagert werden. Das Bemerkenswerte an den Ergebnissen der Säuglingsforschung ist aber gerade die Erkenntnis, dass die Grundmotivationen, Grundbedürfnisse und Grundemotionen angeboren sind oder sich sehr früh im Leben zum ersten Mal manifestieren, sich aber in verschiedener Weise durch das ganze Leben erhalten, da sie zur menschlichen Grundausrüstung gehören. (Jacoby, M, 1998, S. 248). Somit ist auch im therapeutischen Feld das frühkindliche interpersonale und, vom 7. bis 9. Lebensjahr an auch das intersubjektive Modell enthalten, als Grundvoraussetzung jeglicher Kommunikation. (Siehe Jacoby, M. 1998),

Allerdings ist hier anzufügen, dass die so modern klingenden, seiner Zeit vorauseilenden Ansichten Jungs ausserhalb der engeren Jung-Schule wenig bekannt sind. Seine diesbezüglichen Anregungen wurden weder von ihm selbst noch von der ersten Generation seiner Schüler wirklich differenziert in der Praxis beachtet. Jungs Interesse hatte sich nach der Trennung von Freud fast ausschliesslich den *Inhalten* des Unbewussten und dessen symbolischer Aussagen zugewandt, sei es in der Therapie, sei es in der Anwendung auf weitere kulturelle oder religionspsychologische Bereiche. Die Frage, wie sich das Unbewusste im Hier und Jetzt des therapeutischen Austauschs und dessen emotionellen Begleiterscheinungen manifestiert, blieb weitgehend ausgeblendet. Es fehlte in der Jungschen Analyse also weitgehend die Mikroanalyse des intersubjektiven Geschehens. Daher kommt es, dass in vielen modernen Textbüchern zur psychoanalytischen Selbstpsychologie (Kohut, Ornstein, Wolf, Lichtenberg etc.), zur Erforschung der Intersubjektivität (Stolorow, Atkins, Brandshaft, Orange etc.), oder zur sogenannten psychoanalytischen Postmoderne (Renick, Michell etc.) Erkenntnisse und Neuerungen abgehandelt werden, zu denen ein Jung-Kenner sagen muss: Aber solch ähnliche, wenn nicht

sogar fast identische Ideen hat ja Jung schon vor längster Zeit, in den frühen Dezennien des 20. Jahrhunderts vorgetragen. Das stimmt bis zu einem gewissen Grad, aber sie gehörten für Jung zu seinen „schnell hingeworfenen Gedanken,“ wie er sich gegenüber J. Jacobi ausdrückte. „die von seinen Schülern noch systematisch aufgearbeitet werden sollten“ (Siehe Brief vom 24. September 1984, in Jacobi, 1965, p7) Als Beispiel für die moderne Einstellung zum Phänomen der Intersubjektivität habe ich einige Gesichtspunkte der „empathisch-introspektiven Erforschungsmethode von Stolorow et. Al. angeführt. Diese Forscher kommen ursprünglich aus der Freudschen Psychoanalyse und ich finde es begrüßenswert, dass diese ursprünglich so gegensätzlichen Schulen nicht mehr so fein säuberlich getrennt werden können und müssen, Für solch theoretische Toleranz möchte ich zum Schluss noch ein Wort Jungs zitieren, der schrieb: „Der Patient ist (letztlich) dazu da, behandelt zu werden, und nicht, um eine Theorie zu verifizieren“ (Jung,, 1951, § 237)

Literaturliste

- Balint, M. 1966 „Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse“. Bern, Huber.
- Freud, S. 1912 „Ratschläge für den Arzt“, GW Bd. VIII
- Freud, S. 1917 „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse“ GW XI
- Jaenicke Chris 2002 „Einführung in die Intersubjektivitätstheorie“ Frankfurt a/M. Brandes und Apsel, in „Selbstpsychologie 3.Jg 2 pp 174-188
- Jacobi, J. 1965 „Der Weg zur Individuation, Zürich und Stuttgart, Rascher
- Jacoby, M. 1998 *Grundformen seelischer Austauschprozesse“, Zürich und Düsseldorf, Walter

- Jung, C.G. 1923 „Die Bedeutung der analytischen Psychologie für die
Erziehung“ GW 17
- Jung. C.G. 1929 „Probleme der modernen Psychotherapie“, GW 16
- Jung. C. G. 1935 „Grundsätzliches zur praktischen Psychotherapie“ GW 16
- Jung. C. G. 1935a „Ueber Grundlagen der analytischen Psychologie“, GW 18
- Jung. C. G. 1950 „Aion“ GW 9/ii
- Jung. C. G. 1951 „Grundfragen der Psychotherapie, GW 16
- Köhler, L. 1988 „Neuere Forschungsergebnisse auf Dem Gebiet der
Kleinkindforschung. Seminar Nov. 1988 in Zürich
- Kohut. H. 1973 „Ueberlegungen zum Narzissmus und zur narzisstischen Wut“
Stuttgart, Klett, Psyche Jg. 27, Heft 6
- Kohut. H. 1974 „Narzissmus“. Frankfurt a/M. Suhrkamp
- Stern. D. N. 1971 A microanalysis of mother- infant interaction: Behaviors
regulating social contact between a mother and her three-and-
a-half- month-old twins. Journal of American Academy of Child
Psychiatry, 501-517
- Stern, D. N. 1992 “Die Lebenserfahrung des Säuglings“ Stuttgart, Klett-Cotta
- Stolorow, R.D./Brandchaft,B/Atwood, G.E.(1987) “Psychoanalytische
Behandlung, Ein integrativer Ansatz. Frankfurt a.M. (Fischer) 1996
- Stolorow, R.D./ Atwood G.E. (2002) „Der Neutralitätsmythus in der
Psychoanalyse“ Frankfurt a.M. in „Selbstpsychologie“ 8, 3.Jg Heft 3, 189-209
- Winnicott, D. W. (1974) „Reifungsprozesse und fördernde Umwelt“. München, K
Kindler