

## Sinnsuche und Sinnfindung in der psychoanalytischen Psychotherapie<sup>1</sup>

Horst Kächele

Der allgemeinere Kontext der Fragestellung, wie sie dieser Vortrag scheinbar anzugehen hätte, reicht weit zurück. Der Schweizer Psychiater Binswanger wandte sich von Freud ab und gründete nach dem ersten Weltkrieg seine existentiell-phänomenologische Therapie; die Österreicher Frankl publizierte nach dem zweiten Weltkrieg seinen Grundlagentext „Ärztliche Seelsorge“ (Frankl 1946).

In der Vorbereitung zu diesem Vortrag fiel mir ein Buch aus dem C.G. Jung Institut aus dem Jahre 1964 in die Hände, in dem ein bekannter Jungianer Gerhard Adler einen Text zur der Sinnfrage in der Psychotherapie veröffentlicht hat. Neugierig durfte ich einiges lesen, das mir eher fremd war: die Frage nach dem Sinn sei immer eine doppelte, es sei der Sinn nach der inneren Zeit und nach dem Sinn der objektiven Zeit um uns. Individuelle Probleme seien letztlich doch der Ausdruck einer allgemeineren Menschheitsgeschichte (S.10). Freuds früheste Schriften fallen laut Adler in eine Zeit, in der eine allgemeine Unrast und Beunruhigung in der europäischen Kultur zu beobachten gewesen wäre. .. Die Frage nach dem Sinn würde nur nach der Austreibung aus dem jeweiligen Paradies instinktiver, vorbewusster Sicherheit gestellt...überall wo die Frage nach dem Sinn gestellt würde, habe bereits eine schmerzliche Geburt stattgefunden.....die klassische Psychoanalyse würde die Sinnfrage eben gerade nicht als zur analytischen Behandlung gehörend betrachten (S.16)

So und viel Interessantes mehr ist bei Herrn Adler nachzulesen, und diese Überlegungen haben vielleicht heute wieder in Zeiten der ökonomischen Krisensituation Konjunktur. Trotz scheint mir, die Frage nach dem Sinn des Lebens gehört eher in den seelsorgerlichen Bereich oder, wenn der nicht mehr funktioniert, in eine philosophische Praxis, falls es die schon in Mecklenburg-Vorpommern geben sollte, oder sie wird von einem der vielen esoterischen Gurus beantwortet, die sich in unserer Gesellschaft breit etabliert haben.

Gemeinsam an diesen psychotherapeutischen Richtungen, die noch immer im ehrwürdigen Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie von Viktor Frankl, von Gebattel und I H Schultz nachzulesen sind - falls man ein Exemplar des fünf-bändigen Werkes noch finden kann -, ist eine kritische Distanz zur Psychoanalyse, der ein zu naturwissenschaftlich-reduktiver Ansatz zur Natur des Menschen und damit auch zur Sinnfrage vorgehalten wird.

Dagegen lässt sich nur wenig sagen, solange wir uns auf der Ebene der Freudschen Metapsychologie bewegen, wo beobachtungsferne, abstrakte Wesen wie Libido oder gar Todestrieb ihr Unwesen treiben. Gehen wir jedoch in die Praxis, und folgen den klugen Ausführungen eines damals jungen

---

<sup>1</sup> Aus dem Programm der Tagung

Die Suche nach „Sinn“ sollte einen retrospektiven biographischen Bezug aufweisen, aus dem sich das „Hier und Jetzt“ auf den Ebenen des Erlebens und Verhaltens ableiten lässt und einen Blick nach vorn umfassen, der für die Zukunft Mut und Lebensfreude ermöglicht. Der Erwerb oder der Erhalt von „Sinnlichkeit“ in der Bedeutung von positivem individuellem und zwischenmenschlichem Erleben kann darüber hinaus für den Einzelnen eine Ressource darstellen, unter komplexen und schnelllebigen Zeiten, Ruhe und Entspannung zu finden und auf dieser Basis eigene Werte und Ziele zu reflektieren.

Wissenschaftstheoretikers, Achim Stephan, der unter Anleitung eines Philosophen und eines Psychoanalytikers seine Dissertation verfasste (1989), so finden wir unter dem Titel: Sinn als Bedeutung die zentrale Kategorie der psychoanalytischen Deutungsarbeit. Dieser Richtung der Sinnsuche werde ich folgen.

Das kulturelle Deutungsmuster, dass viele neurotische und/oder psychosomatische Symptome in einem engen, sinnvollen Zusammenhang mit ungelösten interpersonellen und intrapersonellen Konflikten stehen, und durch psychotherapeutische Behandlung beeinflusst werden können, verdanken wir der Psychoanalyse. Die lebensgeschichtliche Verankerung der Entstehung seelischer Störungen hat zwar auch zu manchen Einseitigkeiten geführt, - z.B. dass an allem die Mütter schuld sind. Zu Recht hat dies Anlass zu Kritik und zur Entstehung alternativer, nicht-psychoanalytischer Deutungsmuster geführt. Aber auch diese anderen Formen der Deutung von der Entstehung und Behandlung seelischer Störungen beziehen zunehmend die lebensgeschichtliche Perspektive mit ein, wie in der Verhaltenstherapie, der Gesprächstherapie und der systemischen Therapie immer deutlicher zu bemerken. Das Unbewusste ist kein konzeptuelles Eigentum der Psychoanalyse mehr - die Verortung von Psychotherapie als gesellschaftliche (Spreng)-Kraft beschreibt einen Prozess der Assimilierung therapeutischer Konzepte zu allgemein-gesellschaftlichen.

Das unvermeidliche einschlägige Freud-Zitat, das hier angeführt werden muss, lautet folgendermassen:

Ich sagte Ihnen, die Psychoanalyse begann als eine Therapie, aber nicht als Therapie wollte ich sie Ihrem Interesse empfehlen, sondern wegen ihres *Wahrheitsgehalts*, wegen der Aufschlüsse, die sie uns gibt über das, was dem Menschen am nächsten geht, sein eigenes Wesen, und wegen der Zusammenhänge, die sie zwischen den verschiedensten seiner Betätigungen aufdeckt (Freud 1933a, S. 169).

Freuds Mission galt nicht der Therapie, sondern den Aufschlüssen über das je eigene Wesen von Menschen in ihrer jeweiligen Verschiedenheit. Die Suche nach dem Sinn galt von Anfang an dem Nicht-Verstandenen, das sich der Tendenz zur Herstellung eines subjektiven Kohärenzgefühls entzog.

Die klinische Vorgehensweise wurde durch den Übergang von der themenzentrierten zur freien Assoziation; dies vollzog sich anhand von Erfahrungen, die Freud bei der Behandlung seiner Patienten machte und die ihn dazu brachten, den "Widerstand" bzw. die "Übertragung" als konstituierende Merkmale der unbewussten Einstellung seiner Patienten zu erkennen. Was durch die Hypnose völlig verdeckt und somit einer therapeutischen Bearbeitung entzogen war, konnte durch die Einführung der neuen Methode als wesentliches Moment verstanden werden. Bemerkenswert ist die Mithilfe, die Freud bei der Entwicklung der freien Assoziation von Seiten seiner Patienten erfuhr. So entgegnete z. B. Emmy von N. der Eindringlichkeit Freuds, mit der er in der Behandlung nach dem Ursprung eines Symptoms suchte, mit der Bemerkung, er solle nicht immer fragen, woher das und jenes komme, sondern sie erzählen lassen, was sie ihm zu sagen habe (Freud 1895d, S. 116). Das nun zunehmend im Sinne der freien Assoziation geführte Gespräch

... ist nicht so absichtslos wie es den Anschein hat; es enthält vielmehr die ziemlich vollständige Reproduktion der Erinnerungen und neuen Eindrücke, die

sie seit unserem letzten Gespräch beeinflusst haben, und läuft oft ganz unerwartet auf pathogene Reminiszenzen aus, die sie sich unaufgefordert abspricht (1895 d, S. 108).

Die Herstellung von sinnvollen Bezügen in den Mitteilungen von Patienten ist der Schibboleth therapeutisch-psychodynamischer Arbeit:

Frau Franziska X<sup>2</sup> berichtet in der 1. Sitzung zunächst über ihre Recherchen bei der Krankenkasse; sie erkundigt sich über das Gutachten, das ich für sie schreiben soll. Nach meiner Erläuterung fragt sie, wie lange die Therapie dauern wird. Sie äußert Besorgnis. Ihr Bruder, der etwas davon verstehe, habe gemeint, unter einem Jahr käme sie nicht weg. Nach kurzem Nachdenken sage ich, dass eine genaue Zeitangabe nicht möglich ist, es hänge davon ab, wie wir vorankommen würden.

Dann informiere ich Frau Franziska X über die Äußerlichkeiten der Behandlung. Es sei günstig, wenn sie auf der Couch liege, ich würde hinter ihr sitzen. Sie solle versuchen, alles mitzuteilen, was ihr in den Sinn komme. Nachdem ich mich erkundigt habe, ob sie noch weitere Fragen habe, und sie dies verneint, schlage ich vor, gleich zu beginnen.

P.: *Kann ich gleich erzählen, was mir in den Kopf kommt?*

A.: *Hm.*

P.: *Muß ich gleich an das Abendlied denken "Sieben Englein um mich stehen" (lacht verlegen), weil Sie hinter mir sitzen, am Kopfende. Heute Nacht hab' ich schon davon geträumt, ich wollte hierher kommen. Ich hab' weder Sie noch das richtige Zimmer gefunden.*

Es braucht nicht viel therapeutische Kompetenz, um in diesen ersten Mitteilungen eine Befürchtung zu entdecken, nicht zu finden, was sie sucht. Offen ist noch, was sucht sie? Sie fährt fort:

P.: *Träume werde ich bestimmt viele erzählen können. Ich träume fast jede Nacht. Wenn ich aufwache, erinnere ich mich meist noch. Gestern hab' ich mich furchtbar geärgert. Ich war nämlich übers Wochenende in Freiburg, wo ich studiert hab'. Da hat es mir so wahnsinnig gut gefallen, und ich krieg' immer die Wut, wenn ich wieder nach Ulm muss. In Ulm ist alles so hässlich, keine hübschen Mädchen.*

Es ist unschwer zu sehen, dass wir es mit einer braven Patientin zu tun haben, die prompt der gegebenen Instruktion gefolgt ist. Ihr 1. Einfall zur Situation - sie auf der Couch, ich hinter ihr - erinnert an eine Kinderszene, wo die Engel zur Hilfe gerufen werden, damit das Kind in der Nacht gut geschützt wird. Eine Ängstlichkeit, welche die Patientin mit dem kindlichen Alleingelassensein in Zusammenhang bringt, wird ausgelöst und durch ein verlegenes Lachen abgemildert. Der folgende (2.) Einfall setzt das Thema der Unsicherheit fort. Frau Franziska X sucht im Traum das Sprechzimmer und findet es ebensowenig wie den Analytiker. Der 3. Einfall besänftigt die Spannung durch die Versicherung, dass sie zur Mitarbeit bereit sei und durch Träumen dem Interesse ihres Analytikers entgegenkommen könne. Der 4. Gedanke bezieht sich indirekt auf eine erhebliche Angstsymptomatik, die mit der beruflichen Tätigkeit in Ulm eingesetzt hat. Sie sehnt sich in die Studentenzeit zurück.

Es folgen weitere Einfälle zur Studienzeit in X., zu den Kneipenbesuchen abends, wo sie lange mit Freunden sitzenblieb. Ihr Mann war schon zu Zeiten ihrer Freundschaft darüber böse, er wurde müde und ging allein heim.

---

<sup>2</sup> aus Thomä u.Kächele (1988)

Dann wirft sich die Patientin vor, dass sie nie nein sagen könne, und wechselt das Thema. Sie fragt nach, was beim psychologischen Test herausgekommen sei. Sie sei bestimmt im Intellektuellen ungenügend gewesen, dabei wolle sie doch noch den Doktor machen, das sei ihr in den letzten Tagen klar geworden. Ihr besagter Bruder, den sie auch bei der Behandlung um Rat gefragt habe, habe eben seine Arbeit beendet.

Nach einer Schweigepause erwägt Frau Franziska X, ob nicht alles schlimmer werde, wenn sie zuviel nachdenke. Ihre Eltern hätten an so etwas keinen Gedanken verschwendet. Darüber mit ihnen zu diskutieren, sei völlig sinnlos. Wieder tritt eine Pause ein, in der keine Antwort von mir kommt. Sie habe Angst, Schulden zu machen, sie brauche immer ein Pölsterchen auf der Bank, das sei ihre einzige Sorge bei der Analyse.

In der nun folgenden Pause bemerke ich, dass die Patientin das Zimmer mustert und ihr Blick auf dem altertümlichen Ofen ruht.

P.: *Die Psychotherapie kommt aber schlecht weg in Ulm* (lacht).

A.: *Wegen des alten Ofens?*

P.: *Nicht nur das, auch das andere Haus, in dem ich mein erstes Gespräch mit Dr. A. hatte, fällt ja schier zusammen. Als ich bei ihm war, hatte ich Angst, dass er mich wieder wegschickt wegen solcher Kinkerlitzchen, die ich habe.*

A.: *So wie Sie im Traum das Zimmer nicht finden konnten.*

Die Einfälle sind als Mitteilungen der Patientin an den Therapeuten zu betrachten. Es ist keine einfache Geschichte, bei der der rote Faden sofort erkennbar wäre, sondern es wird eine Collage aufgebaut, deren Einzelteile einen Beitrag zu einem übergeordneten, oft nicht leicht erkennbaren Leitmotiv beisteuern.

Der Gedanke "alles ist häßlich" umfaßt das Sprechzimmer und den Analytiker, der den Hinweis "keine hübschen Mädchen hier" auf das negative Selbstgefühl der Patientin beziehen kann, ohne mit dieser Anspielung auf eine der Patientin bereits bewusste Intention rechnen zu dürfen.

Nun gilt es die psychosoziale Situation der Patienten ins Auge zu fassen. Im Studium in Freiburg war alles noch paletti; die Bächlein plätscherten und die Studentin der Jurisprudenz erfreut sich großer Beliebtheit bei der männlichen Kommilitonen. Mit dem Studienende erfolgte der Wechsel ins triste, graue Ulm, - grau schon deshalb, weil mit dem zweiten Praktikum bei der Staatsanwaltschaft der Sandkasten des Studiums vorbei war; genau dort setzten ihre Angstzustände ein. Warum genau dort, warum nicht während des ersten Praktikums bei der Verteidigung?

Diese auslösende Situation gut zu verstehen, ist nach wie vor die Schlüsselstelle zum Verständnis; was immer die frühen Erfahrungen gewesen sein mögen, in die aktuellen auslösenden Umstände wollen auf ihre Bedeutung hin befragt werden.

Das Modell, das ich meinen Studierenden anempfehle, ist das der Glasscheibe. Man sieht ihr nicht an, welcher Stein sie zum Splintern bringt. Der sog. Klirrfaktor des verwendeten Glases ist in der Regel nicht bekannt – also hilft nur, es auszuprobieren. Wissenschaftstheoretisch lässt sich das auch komplizierter formulieren. Es wäre vom Gesetz und den Randbedingungen zu sprechen.

Das Gesetz entspräche der Summe der belastenden und fördernden biologischen und frühen Erfahrungen; der Stein wäre die auslösende Randbedingung.

Schon in der ersten Darstellung des Ödipuskomplexes, in Freuds Traumdeutung (1900, S. 269), kann man lesen, dass die ödipalen Konflikte einen

verschiedenen Ausgang nehmen können, der jeweilige Komplex sich also aufgrund unterschiedlicher, z.B. familiärer und soziokultureller Randbedingungen in singulärer Weise strukturiert. Gesetzmäßig gerät der Mensch aufgrund seiner psychophysischen Konstitution in den verschiedenen Lebens-Phasen in Konflikte, über deren Ausgang Randbedingungen entscheiden. Bei der Entdeckung des Ödipuskomplexes seiner Patienten war Freud von der biologischen Gesetzmäßigkeit seiner Struktur beeindruckt, wiewohl immer unterschiedliche Formen seiner psychodynamischen Wirksamkeit, ablesbar am Erleben und Verhalten von Menschen beschrieben worden waren. Dass die "Randbedingungen" seiner Entstehung einen großen Raum einnehmen, ergab sich dann aus Erfahrungen mit Neurosen, Perversionen und Psychosen der verschiedenen diagnostischen Kategorien und - last not least - durch anthropologische Feldforschungen (zit. nach Thomä u. Kächele 1973).

Franziskas frühe Lebenserfahrung wurde entscheidend durch die Eklampsie-Erkrankung der Mutter bei einer nachfolgenden Schwangerschaft bestimmt; die damals vierjährige Franziska erinnert zunächst nur die sprachbehinderte Mutter, die auch motorisch eingeschränkt war, sodass der Vater die Versorgung der dann vier Kinder weitgehend übernehmen musste. Franziskas Bewältigungs-Muster wurde sich als Sonnenschein-Kind zu geben, immer nur das Gute zu sehen und sich für die Rechte der Schwachen stark zu machen.

Zu verteidigen fiel ihr leicht; angreifen war nicht in ihrem Verhaltensrepertoire. Mit der aggressiven Vorgehensweise bei der Staatsanwaltschaft konnte sie sich nicht einlassen. Im Zuge der therapeutischen Arbeit wurde die Entfaltung aggressiver Fähigkeiten ein durchgängiges Thema neben vielen anderen.

Herr Ignaz Y<sup>3</sup> war beruflich weit vorangekommen, was ihm nicht in die Wiege gelegt worden war. Als Schweizer Kind aus einem abgelegenen Bergdorf kommend, hatte er viel Einsamkeit und Verlassenheit meistern müssen. In eine Krise geriet er durch die schizophrene Erkrankung seiner Frau, deren auffälliges, finanziell aufwendiges Verhaltens er durch eine Verdopplung seiner beruflichen Belastungen zu kompensieren suchte. Die analytische Therapie war über weite Strecken eine sozialtherapeutische Begleitung, die ihn allmählich eine Zurücknahme seines überengagierten Involviertseins ermöglichte. Erst gelang ihm, sich seiner privaten Innenwelt zuzuwenden.

Im folgenden Beispiel entdecken wir zusammen ein Geheimnis:

P.: *Das ist ja ein komisches Mikrophon, ein drei-teiliges. (Pause) Bin heute morgen so müde, hab' gestern abend 2 Viertel Wein getrunken. (lange Pause)*

A.: *Gibt es weitere Gedanken zum komischen Mikrophon?*

P.: *Bin etwas erschrocken, dachte an ein Abhörmikrophon.*

Der Patient beschäftigt sich dann damit, wo die Tonbandaufzeichnungen hingelangen; er hat lange Zeit geglaubt, dass ich "seinen Mist" doch nicht aufnehme; jetzt macht er sich Sorgen wegen seines beruflichen Weiterkommens, wenn die Aufzeichnungen in die falschen Hände geraten würde.

P.: *Mir wird langsam unheimlich, was ich alles hier so rede . . . vielleicht ist es das Bedürfnis, vor meinem eigenen Mist davonzulaufen . . . Ich habe eigentlich noch nie von meinen dummen Sprüchen erzählt, da habe ich mich bis jetzt immer saumäßig geschämt . . . Vielleicht verstehen Sie es*

---

<sup>3</sup> aus Thomä u. Kächele (1988)

*. . . Dies fällt mir gerade ein, aber ich bin behaftet damit, dass mir Worte einfallen und ich Namen und Begriffe völlig verhunze.*

Der Patient beschreibt, wie er Namen verdreht, die Namen seiner Kinder, seiner Freunde, und dass für ihn diese Wörter mit einem besonderen Gefühl besetzt sind, so eine Art Geheimsprache darstellen. In der Pubertät hat er ganze Passagen von Silbensequenzen erfunden und sich amüsiert, dass er König war in diesem Reich. Es fällt ihm auf, dass ihm diese Namensverdrehungen nur zu Menschen einfallen, mit denen er sich positiv verbunden fühlt.

*A: Das könnte also ein Mist sein, der nur nach außen als Mist erscheint, für Sie persönlich aber etwas sehr Wertvolles ist.*

*P.: Ja, so ist es, obwohl das verdammt kindisch ist, aber ich amüsiere mich königlich mit diesen Lauten, als wär's ein Spielzeug . . . Ich mache die anderen ein bißchen zu meinem Spielzeug . . . So reduziere ich meine Angst, auch bei meinen Kindern, wenn ich so manchmal die Angst habe, die fressen mich auf.*

Im weiteren Verlauf der Stunde wird deutlich, dass die erste Namensverdrehung die wichtigste Bezugsperson seiner Kinderjahre betrifft, seine Tante, eine 7 Jahre ältere Halbschwester, die er mit dem Namen Laila belegte. Mit diesem Kosenamen konnte er sich trösten, die Verlassenheit seiner frühen Jahre füllen. Nachdem er gegen Ende der Stunde die Verhunzung seines Namens preisgibt, kann er auch die Sorge äußern, dass er die Therapie als einen bedrohlichen Saugapparat erlebt, der diese innere Welt aus ihm herauszieht und festhält.

Therapeutische Arbeit beginnt am Konkreten, die den Zugang zu einer inneren Welt ermöglicht. Viele Male, je nach Dauer und Intensität einer Psychotherapie, werden solche Mikroprozesse durchgearbeitet. Der Zugang zur inneren, subjektiven Erlebniswelt ist nicht längst mehr nur der Traumbericht; die Entwicklung der psychodynamischen Psychotherapie hatte zunehmend die Bedeutung der hier-und-jetzt Interaktionsregulierung als *via regia* herausgearbeitet. Hinzugekommen ist neuerdings auch die Wertschätzung dessen, was zu lange als Agieren gebrandmarkt wurde. Heute denken wir, dass im Handeln auch außerhalb der Therapiesituation Unverstandenes sich äußert. Solange dies mitteilbar bleibt, kann es gleichermaßen einbezogen werden. Parallel dazu wurde auch die Entwicklung der Gegenübertragungskompetenz eines Therapeuten zunehmend hoch geschätzt. Wobei nicht alles als einfache Widerspiegelung unbewusster Prozesse dem Patienten zugeordnet werden darf.

Doch wie gestaltet sich die Suche nach Sinn im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen. Ändern sich die Symptome als Ausdrucksweisen von verändernden gesellschaftlichen Bedingungen? Für viele Krankheitsbilder dürfte dies zutreffen. Es dürfte kein Zufall sein, dass das Thema der Sicherheit in den Mittelpunkt rückt und das als Kontrapunkt zur Auflösung psychosozialer und historisch gewordener Strukturen angesehen werden kann. Es ist auch kein Zufall, dass dieses Thema einen so bedeutenden Platz in der Diskussion über die psychotherapeutische Behandlungstechnik einnimmt. Die Wirkung der Innovationen Kohuts war wohl auch darin begründet, dass Patienten und Psychotherapeuten gleichermaßen mit einer reduktiven Konfliktpsychologie unzufrieden waren und vermehrt nach Ganzheit und Bestätigung, nach validierender Sicherheit suchten. Und es ist kein Zufall, dass

gegenwärtig die dialektisch-behaviorale Therapie dieses Konzept der Validierung in den Mittelpunkt rückt.

Heute sehen wir, dass in allen Therapieformen in der Arbeit der haltgebende Aspekt betont wird. Es ist kein Zufall, dass viel von der therapeutischen Allianz die Rede ist, also von einem Bündnis, das geschlossen sein will. Die Therapieforschung hat deren Bedeutung herausgearbeitet; auch wenn der mit der Allianz erklärte Varianzanteil nicht so hoch ist, wie man dem Hörensagen nach, glauben möchte, so ist allein die Wortmächtigkeit des Bildes ein weiteres Nachdenken wert.

Haltgebende Strukturen durch Behandlungssettings scheinen die grosse Gemeinsamkeit der verschiedenen Therapieangebote für Borderline-Patienten zu sein (mündl. Mitt. Fonagy 2009). DBT, TfP, MBT – alle diese angeblich störungsspezifischen Methoden sind spezifisch insbesondere durch die Strukturiertheit ihres Vorgehens. Die durchgängig ähnlichen Behandlungserfolge in Bezug auf die Symptomatik bestätigen dies auch empirisch (Clarkin et al. 2007).

Die meisten Menschen in den westlichen Demokratien leben in einem sozialen Netz, das sie gegen Schicksalsschläge und nicht zuletzt gegen die Risiken bei Erkrankungen absichert. Seelisch Kranke aus allen Bevölkerungsgruppen können auf Kosten der Krankenkasse und damit der Gemeinschaft der Versicherten eine psychotherapeutische Behandlung finden. Damit hat sich in Deutschland, in Holland und in den skandinavischen Ländern die Vorhersage Freuds (1919 a) erfüllt<sup>4</sup>.

Allerdings geht es heute im Rahmen der Evidenz-basierten Medizin vermehrt um den Nachweis der therapeutischen Effektivität der zugelassenen oder noch nicht zugelassenen Verfahren. Psychotherapie als sinnvolle, d.h. sinn-stiftende Tätigkeit muss aus dem Mikrobereich der therapeutischen Arbeit innerhalb eines geschützten Settings heraustreten. Also lautet die aktuelle Frage: wie sinnvoll ist Psychotherapie, und woran macht diese bundesrepublikanische Gesellschaft den Sinn fest?

Betrachtet man die bekannteste Definition von Psychotherapie des Wiener Psychiaters und Psychoanalytikers, Hans Strotzka, so betont diese, dass Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen ist, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden.

Nach Möglichkeit soll ein gemeinsam erarbeitetes Ziel angestrebt werden, und dabei werden Symptomminimalisierung und /oder Strukturänderung der Persönlichkeit genannt.

Hervorheben will ich vor allem die Nennung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen – Verhalten und Erleben werden gleichberechtigt genannt. Das war wohl der entscheidende Durchbruch, den die Einführung der Richtlinien-Psychotherapie im Jahre 1967 erreichte. Allerdings muss daran erinnert werden, dass schon damals und das gilt heute noch, immer zugleich hervorgehoben wird, dass der Lebensgeschichte eine ätiologische Bedeutung zukommen muss. Das Verstehen der Gegenwart muss im Lichte der Vergangenheit plausibilisiert werden.

Dies wurde besonders aktuell, als 1987 die Verhaltenstherapie darauf drängte, auch in den Leistungskatalog aufgenommen zu werden. Mit einer damals beliebten Figur, Verhaltenstherapie ziele auf die „Modifikation eines unerwünschten Verhaltens“ war die Einbeziehung nicht denkbar. Erst als die Verhaltenstherapie sich ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zulegte, konnte der

---

<sup>4</sup> Kächele, H Pirmoradi, S (2009) Psychotherapy in European Public Mental Health Services. Int J Psychotherapy 13: 40 - 48

Rubikon überschritten werden. Biographische Analyse der psychodynamischen Therapie und Verhaltensanalyse der Verhaltenstherapie wurden so zu Schlüsselkonzepten.

Die Einladung zu dem Warnemünder Kongress betont danach zu Recht, dass die Suche nach „Sinn“ einen retrospektiven biographischen Bezug aufweisen sollte, aus dem sich das „Hier und Jetzt“ auf den Ebenen des Erlebens und Verhaltens ableiten lässt.

Doch wie steht es mit dem Blick nach vorn, der für die Zukunft Mut und Lebensfreude ermöglicht?

Darüber können wir nur etwas erfahren, wenn wir den Mut haben, unsere ehemaligen Patienten zu Wort kommen zu lassen. Herr Friedrich Y<sup>5</sup>, der wegen schweren, seit seiner Adoleszenz bestehenden Depressionen mit vielfältigen Arbeits- und Beziehungsstörungen zur Behandlung kam, hat folgendes zum Ende der Behandlung ausgeführt:

### *3. Phase: Ablösung und Ende der Behandlung*

*Wo ich noch arbeiten will: Am Zusammenhang der Seele mit dem Körper. Wann kommt das Kopfweh, der Darm, der Rücken? Wie stehe ich Krankheiten durch? Wie arbeite ich vorbeugend, an den Ursachen? Wochenlang nach dem Ende der Analyse hatte ich Halsweh, Probleme mit der Stimme, Schwierigkeiten beim Singen, am Arbeitsplatz, beim Referieren. Ich stelle mich öffentlich zu meiner Analyse, kann anderen davon berichten, einzelnen Mut machen, selber an sich zu arbeiten. Ich kehre Konflikte mit den engsten Mitarbeitern nicht mehr unter den Teppich, wehre mich, provoziere manchmal. Es schlaucht mich noch, Widerstand, Feindschaft auszuhalten.*

In seinem Rückblick, den der Patient ein Jahr nach Abschluß der Analyse schriftlich ausgeführt hat, äußert er sich auch zu seinem Therapeuten:

### *Wie ich meinen Therapeuten erlebt habe*

*Er war vorwiegend geduldig. Er konnte Schweigen aushalten. Er konnte auch zupackend sein, nicht locker lassend. Er hat oft "kleine" Dinge hinterfragt und mir so weitergeholfen; Gesten, Worte beim Eintreten ins Zimmer, Vergessen einer Stunde, Verabschiedung nach der Stunde usw. Er hat meine Träume behutsam miteinbezogen, mir oft die Augen geöffnet über ihre Bedeutung. Er hat die Ablösung, das Ende der Therapie frühzeitig eingeleitet (nicht zu früh, wie ich einmal versucht war, zu meinem Glück) und auch nach dem Ende der Therapie mir noch die Tür offengelassen. Er hat mir Mut gemacht, nicht zuviel Rücksicht auf ihn zu nehmen (ich wollte ihn manchmal "schonen" - aber er kann sich ja selber wehren).*

*Als ich meine Sparsamkeit - mit seiner Hilfe - zurücklassen konnte, selbstbewußter auftreten konnte, war der Preis für die Therapie für mich kein Problem mehr. Ich habe mir die Therapie bewußt geleistet (keine Kunst, das meiste wurde durch die Krankenkasse erstattet!) und bin froh, dadurch ein hohes Maß an seelischer und körperlicher Gesundheit gewonnen zu haben.*

---

<sup>5</sup> aus Thomä u.Kächele (1988)



Soweit mir bekannt ist, und ich spreche über gute zehn Jahre, unterstreicht bisherige weitere Verlauf, dass der Patient seinem Leben durch die Behandlung eine entscheidende Wende zu geben wusste.

Die Suche nach dem Sinn kann in psychodynamischer Perspektive immer nur an jeweils konkreten Zweifeln, die einen symptomatischen Stellenwert gewonnen haben, untersucht werden; nur dort kann deren Bedeutung erhellt, erweitert und um die jeweils möglichen unbewussten Be-Deutungen angereichert werden. Dass diese Arbeit nur im Rahmen eines verlässlichen therapeutischen Bündnisses geschehen kann, und dass bei strukturellen Störungen eine haltgebende Umgebung die Fähigkeit zum Nachdenken oft erst entwickeln werden muss, ist das Kennzeichen der diversen Behandlungsformen, die sich z.B. der Aufgabe stellen, auch dort Sinn herzustellen, wo allzu oft frühe Entwicklungen sinnvolles und stimmiges Erleben pervertiert haben.

Das von der Londoner Arbeitsgruppe um Peter Fonagy in den letzten Jahren vielfältig bekannt gemachte Konzept der Mentalisierung meint genau dieses: Nachdenken tut not. Gerade in dem Ausmaß, in dem traumatische Erfahrungen die Lebensgeschichte bestimmt haben, ist die Entwicklung reflektiver Kompetenz gefragt. Diese erwirbt man aber immer nun in der Bearbeitung interaktiver und interpersoneller Konflikt. Es ist allerdings auch zur Kenntnis zu nehmen, dass nicht nur im Hier-und Jetzt, im Feuer der Übertragung, diese Arbeit geleistet werden kann. Die jüngste einschlägige Studie aus Oslo (Hoegland 2006, 2008) zeigt nämlich, dass psychodynamische Therapie mit und ohne Übertragung im Vergleich gleiche Effekte zeigt; allerdings zeigen die Frauen bessere Wirkungen bei der Arbeit im Hier und Jetzt. Bedeutsam ist aber auch, dass in dieser Studie Patienten beiderlei Geschlechts mit schlechten frühen Erfahrungen besser mit Übertragungsarbeit zu Rande kommen. Das männliche Geschlecht bevorzugt das Gespräch über externe Sachverhalte, ob dies der Fussball ist oder die Politik, ist nicht entscheidend. Signifikante Andere, an denen Konflikt abgehandelt werden sind schließlich auch Teil der persönlichen Repräsentanzenwelt. Dass die jeweilige private Verfasstheit vom gesellschaftlichen Umfeld abhängt und dies entsprechend zu berücksichtigen ist, ist eine Binsenwahrheit aller Therapeuten.

Wenn ich, nun dem Jungianer Adler folge, zum Abschluß eine persönliche Leseempfehlung aussprechen darf, dann würde ich das Buch des amerikanischen Theologen Tillich „Mut zum Sein“ aus dem Jahre 1958 empfehlen. Eine glänzende Analyse der Formen der Angst über die Jahrhunderte hinweg, die umfassender als F. Riemann's Klassiker nach wie vor einen Gegenwartsbezug und eine Botschaft enthält, die auch in schwierigen Zeiten zum Nachdenken verhelfen kann.

Adler G (1964) Die Sinnfrage in der Psychotherapie. In: Studien aus dem C. G. Jung Institut Zürich (Hrsg) Psychotherapeutische Probleme. Rascher Verlag, Zürich, S 9-37

Clarkin, J F, Levy, K N, Lenzenweger, M F, et al. (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. American Journal of Psychiatry 164: 922-928

Frankl VE (1946) Ärztliche Seelsorge. Franz Deuticke, Wien

Hoegland P (2006) Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. Am J Psychiatry 163: 1739-1746

Hoegle P, Boegwald K, Amlo S, Marble A, Ulberg R, Sjaastad MC, Soerbye O, Heyerdahl O, Johannson P (2008) Transference Interpretations in Dynamic Psychotherapy: Do They Really Yield Sustained Effects? Am J Psychiatry  
[ajp.psychiatryonline.org](http://ajp.psychiatryonline.org)

Stephan A (1980) Sinn als Bedeutung. Bedeutungstheoretische Untersuchungen zur Psychoanalyse Sigmund Freuds. de Gruyter, Berlin

Tillich P (1958) Der Mut zum Sein. Steingrüben Verlag, Stuttgart