

FRITZ RIEMANN, MÜNCHEN

## DIE STRUKTUR DES THERAPEUTEN UND IHRE AUSWIRKUNG IN DER PRAXIS

Die Besonderheit der Beziehung zwischen Arzt und Patient in der Psychotherapie bringt es mit sich, daß wir in der Psychotherapie mit der Persönlichkeit des Therapeuten selbst als entscheidend wichtigem Faktor in ganz anderem Maße rechnen müssen als in der somatischen Medizin. Man hat immer wieder gemeint, die persönlichen und als solche „störenden“ Einflüsse weitgehend ausschalten zu können, indem man eine gleichsam überpersönliche Methode zu entwickeln versuchte, die unabhängig von der Persönlichkeit des Arztes oder Patienten verlässlich sein sollte. Dieses Bemühen ist verständlich aus der Herkunft der Psychoanalyse von einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin. Auftretende Schwierigkeiten, die deutlich im Therapeuten selber liegen, werden ganz folgerichtig als Gegenübertragung bezeichnet, worin bereits zum Ausdruck kommt, daß der Therapeut in solchem Fall versagt hat in der Ausschaltung alles Persönlichen und damit der souveränen Handhabung der „Technik“. Das dahinterstehende unausgesprochene Ideal einer „reinen Methode“ läßt aber zu leicht übersehen, wie sehr eine solche im Bereich des Lebendigen immer nur in Grenzen möglich ist, zumal bei einem ausgesprochen zwischenmenschlichen Geschehen wie der Psychotherapie. Wie wir meines Erachtens unsere Arbeitsweise neurosenspezifisch der Struktur des Patienten anpassen sollten, müssen wir auch mit der Eigenstruktur der Persönlichkeit des Therapeuten rechnen, die immer ihre spezifischen Probleme mit sich bringen wird.

Erfahrungen aus der eigenen Praxis und aus langjähriger Tätigkeit als Lehr- und Kontrollanalytiker liegen den folgenden Ausführungen zugrunde, die vor allem dem Lernenden helfen sollen, mögliche Fehlerquellen, die in ihm selbst liegen, zu erkennen. Neben allem Unbeschreibbaren, einmalig Individuellen einer Persönlichkeit lassen sich bestimmte Typen von Therapeuten beschreiben mit ihren entsprechenden struktureigenen Problemen, die übersehen zu wollen einer Verdrängung gleichkäme. So wichtig dafür die Lehranalyse ist, so wenig vermag sie allein diese Probleme zu lösen, die über die Lehranalyse hinaus wohl nur auszugleichen sind durch zunehmende Reifung, Einsicht, Ausweitung der Gesamtpersönlichkeit. Wenn man seine Strukturzugehörigkeit und die in ihr liegenden Gefahren für die Therapie und für bestimmte Patienten kennt, ist es fruchtbarer, seine Persönlichkeit in die Therapie einzubeziehen, als sie hinter der Methode zu verbergen,

worin immer die Gefahr liegt, daß das angestrebte Überpersönliche zum Unpersönlichen und damit oft Unmenschlichen wird.

Kommen wir nun zur Darstellung der vier Persönlichkeitstypen. Der Therapeut mit *hysterischen* Strukturanteilen vermag im allgemeinen sehr rasch etwas im Patienten auszulösen, zu aktivieren, in Gang zu bringen. Es kommt meist zu Patient und Therapeut gleichermaßen erfreuenden Anfangserfolgen, zu einer gegenseitigen „positiven Übertragung“, gleichsam zu Flitterwochen in der Therapie, in denen alles gut läuft. Tauchen dann die ersten größeren Schwierigkeiten auf, empfindet der Therapeut sie leicht als persönliche Kränkung, der Patient „enttäuscht“ ihn, er kann fast beleidigt reagieren, und es entsteht die Gefahr, daß sein Interesse plötzlich erlahmt. Er stellt für sich oder auch ausdrücklich eine pessimistische Prognose, der Patient spürt die veränderte Einstellung, ist nun seinerseits enttäuscht.

Depressive Patienten bekommen das Gefühl, versagt zu haben, reagieren mit Schuldgefühlen; die Unmöglichkeit zu verstehen, was sie falsch gemacht haben, kann sie in verzweifelte Hoffnungslosigkeit absinken lassen. Hysterische Patienten neigen an solchen Stellen zum Abbruch, was dann vom Therapeuten oft als Widerstand umgedeutet wird, wenn er den eigenen Anteil an dessen Zustandekommen nicht zu sehen bereit ist. Oder aber der Therapeut gerät nach der guten Anfangsphase in die Lage des *Goetheschen* Zauberlehrlings: er hat soviel aktiviert, auch an Übertragung, daß es ihm nun über den Kopf zu wachsen droht, er plötzlich Angst bekommt, abwehrt, abweisend wird, was wiederum zu einer Krise führen kann, wenn die Zusammenhänge nicht erkannt werden. Dieser Typ meint zu leicht, sich über Methodisches hinwegsetzen zu können — die tradierte Methode erscheint ihm als altmodisch, überholt, „ungenial“, oft bevor er sie gründlich erlernt hat —; so riskiert er zuviel, was nicht genügend unterbaut ist. Hierher gehört auch der Therapeut, in den sich alle Patienten, vor allem die gegengeschlechtlichen, rasch verlieben; er realisiert nicht, wie er dies durch seinen Narzißmus provoziert und konstellierte. Er fordert überhaupt leicht zu früh Übertragung heraus, z. B. indem er zu früh und zu ausschließlich bei Traumfiguren, Traumgeschehen — vor allem positivem — sich selbst als Übertragungsfigur anbietet, für Traum- und reale Kritik weniger empfänglich ist. Bleibt die Analyse in dieser Phase stecken, so fühlt der Therapeut sich mehr und mehr hilflos, was nur aufgefangen werden kann, indem er sich mehr der Kritik des Patienten stellt und mehr Realität in die Übertragungssituation hereinnimmt. Eine Gefahr dieses Therapeuten ist auch die Ungeduld, die rasche Erfolge für den eigenen Narzißmus sehen möchte und dadurch die Patienten leicht überfordert, wieder vor allem depressive, aber auch zwanghafte Patienten, die von ihm leicht als „langweilig“ emp-

funden werden. Dieser Therapeut liest Depressionen leicht als Hysterie und kann dadurch schwere Fehler begehen.

All das beginnt schon in der Vorbesprechung, wo der Therapeut „wirken“ will, auf den Patienten Eindruck machen will. Hysterische Patienten pflegen das rasch zu durchschauen, und wenn sie nicht wegbleiben, kommt es statt zu ernsthafter Arbeit zu einem Geplänkel, einem „Katz-und-Maus-Spiel“ zwischen Patient und Therapeut, bei dem der Therapeut meist verliert. Geschlechtsgebundene Ressentiments, Personahafes, Identifikation mit Rollen („der große Heiler“ u. a.) werden dem hier beschriebenen Therapeuten leicht zur Gefahr, Unechtheit in irgendwelchem Sinne. Allgemein neigt er dazu, zu früh zum Risiko, zur Entscheidung, Veränderung einer Lage, zum Sich-Stellen und zur „Begegnung“ zu drängen. So gut das sein kann, so falsch ist es, wenn es nicht aus organischer Entwicklung des Patienten sich ergibt, wenn der Patient dem noch gar nicht gewachsen ist. In Krisen hat bei ihm gewöhnlich der Patient Unrecht. Kommt es durch eigene Fehler zu solchen, kann im schlimmsten Falle der Patient als paranoid bezeichnet werden, wenn er etwa dem Therapeuten berechtigte Vorwürfe macht, die dieser nicht anzunehmen bereit ist. Oder die Krise wird vom Therapeuten aus Schuldgefühl wegen der zu eigenwilligen, unmethodischen Arbeit panikartig überschätzt bis zur scheinbaren Psychosegefährdung des Patienten. Am häufigsten ist es aber in solchen Krisen so, daß der Therapeut die Lust verliert, Angst vor dem Patienten bzw. seiner Übertragung bekommt, bewußt oder unbewußt den Patienten in Widerstände treibt, etwa durch Stellen von Bedingungen, Terminsetzungen u. ä., die zum Abbruch führen. Oft wird an solcher Stelle auch dem Patienten — rationalisiert auf verschiedene Weise — nahegelegt, den Therapeuten zu wechseln, so einem Abbruch von seiten des Patienten zuvorkommend und scheinbar noch die Führung in der Hand habend.

So hat dieser Therapeut Schwierigkeiten bei Schizoiden, weil er deren scharfer Kritik nicht standhalten kann, bei Zwanghaften, weil ihm für diese die Geduld, der lange Atem für gründliche Kleinarbeit zu fehlen pflegt; depressive Patienten werden leicht falsch gesehen und überfordert, mit Hysterikern kommt es zu dem beschriebenen Geplänkel.

Die Keimsituationen, in denen dieser Therapeut sowohl seine Eigenart therapeutisch glücklich einsetzen als auch den oben beschriebenen Gefahren unterliegen kann, scheinen mir vor allem folgende zu sein: die Bereitschaft zur Spontaneität der Reaktion, die sowohl eine fruchtbare Unmittelbarkeit des Kontaktes zum Patienten herstellen kann, wie sie die Gefahr enthält, den Patienten zu überrennen, zuviel vorwegzunehmen, sich selbst zu sehr in den Vordergrund des Geschehens zu spielen; die Bereitschaft,

sich als „psychodramatischer“ Gegenspieler einzulassen, zu affektiver Beteiligung, mit der Gefahr, sich zu sehr einbeziehen zu lassen und aus der mangelnden Distanz die Übersicht zu verlieren; die Intensität der persönlichen Zuwendung mit der Gefahr, zu sehr um Sympathien zu werben, anfangs zu optimistisch zu sein, falsche Erwartungsvorstellungen zu wecken und diese Zuwendung nicht gleichmäßig durchhalten zu können.

Kommen wir zu den spezifischen Schwierigkeiten des Therapeuten mit *zwanghaften* Strukturanteilen. Dieser Typ neigt dazu, sich hinter starren Prinzipien, Regeln, Methoden zu sichern; er hat, wie man sagen könnte, sein Über-Ich in die Methode verlegt und wagt nichts, was nicht vorgeschrieben, gelernt ist; er riskiert nicht, sich eigenen Einfällen und Reaktionen seines Unbewußten zu überlassen. Hierher gehören die Dogmatiker aller Schulen, die es gleichsam dem Patienten übelnehmen, wenn er ihren theoretischen Erwartungsvorstellungen nicht entspricht. Daraus kann es zu einer Vergewaltigung der Eigenart des Patienten kommen, die man vom Typischen her nicht erfassen kann; der Patient wird in theoretische Schemata gepreßt und die Analyse bleibt zu rational-intellektuell. Durch die starre Haltung konstellierte dieser Typ besonders leicht Widerstände im Patienten; bei ihm pflegt daher die Widerstandsanalyse eine große Rolle zu spielen. Gerade weil er ja *lege artis* „sauber“ arbeitet und die Technik beherrscht, hält er diese Widerstände als unvermeidlich zum Prozeß der Analyse gehörig, ohne unter Umständen den eigenen Anteil an ihrer Auflösung zu erkennen. Gefährlicher wird das, wenn dahinter noch ein Stück unbewußten Sadismus steht, wenn der Therapeut etwa im zu starren Einhalten von Grundregeln, die nur richtungsweisend sein sollten, zum lastenden Über-Ich für den Patienten wird. So ist er auch in Krisen nicht geneigt, seine Methode zu lockern, er versucht im Gegenteil eher, durch straffere Anwendung der Technik etwas zu erzwingen, überzeugt von der Richtigkeit seiner Haltung. Ist bei diesem Typ positiv die verlässliche Ausdauer, Geduld, Gründlichkeit und Konsequenz, das bemühte Sich-Zurücknehmen in überpersönliche Sachlichkeit, so wird ihm doch zu leicht das „Fahrzeug“ wichtiger als das Ziel. Er verspricht sich am meisten von einer Verfeinerung der Technik, von immer klarerem Durchschauen von „Mechanismen“; er strebt eine objektive Methode an, die immer „richtig“ ist, übersehend, daß im Bereich des Menschlichen die Kategorie „richtig-falsch“ durch die höhere „wahr-unwahr“ ersetzt werden sollte. Solche Therapeuten können dann auch folgerichtig z. B. eine Genese vollständig erklären, weil man mit jedem theoretischen Vor-Urteil beweisen kann, was man beweisen will. Trotzdem, oder besser, gerade deshalb, fühlt sich der Patient oft bei ihm

nicht individuell verstanden, erlebt sich zu leicht als „Fall“, der dem Therapeuten vor allem wissenschaftlich interessant ist. Die Illusion einer möglichen „richtigen“ Analyse pflegt zunehmend die Intuition zu hemmen, und konsequenterweise wird nun, was Beginn, Durchführung und Beendigung der Analyse betrifft, immer feiner und spezieller herausgearbeitet, so daß im Therapeuten eine immer klarere Vorstellung davon entsteht, wie eine „richtige“ Analyse gesetzmäßig verlaufen müsse, wann was an Material kommen darf usf. Wie schon versucht wird, den Anfang der Analyse (Anamnese) in stereotypen Regeln festzuhalten, so bestehen gleich starre und regelhafte Vorstellungen von den Kriterien für das Ende einer Analyse, bzw. kann vor lauter Perfektionismus kein Ende gefunden werden. In der Identifikation mit der vollkommenen Methode wird der Therapeut mehr und mehr unpersönlich, was er selbst als Vorzug sieht, und erscheint so bei allem Bemühen wachsend „unmenschlich“, keiner echten Beziehung fähig. Hier können gute Theoretiker entstehen, die aber in der Praxis oft unsicher sind. Aus dem Stück Unsicherheit ist dieser Typ dann oft zu sehr behauptend, er weiß alles besser als der Patient; d. h. eigentlich nicht er, sondern seine Theorie, was die Lage für den Patienten noch schwieriger macht, weil die Theorie unangreifbarer ist. Dieser Therapeut wird vom Patienten lange als „vollkommen“ erlebt, ihm passiert sicher keine Gegenübertragung. Honorar und Zeit werden ebenfalls zu starr gehandhabt, und die Analyse kann mehr und mehr zu einem gekonnten Zeremoniell werden. Aus der Eigenstruktur ist dieser Typ oft zu abwartend, er kann den Patienten schwer zum Risiko, zu Entscheidungen ermuntern.

Im allgemeinen hat er besondere Schwierigkeiten mit hysterischen Patienten, weil sie in ihrer Regellosigkeit nicht in sein System passen wollen, für die er oft zu starr ist, und die er gern in seine eigene Richtung drängen möchte. Er ist bei ihnen meist für „drakonische Maßnahmen“, nicht zuletzt aus uneingestandenem Ressentiment wegen der, gerade hysterischen Patienten gegenüber, empfundenen eigenen Enge und Festgelegtheit. Depressive Patienten spüren die Verlässlichkeit, die für sie so wichtig ist, aber auch die Unerbittlichkeit der Forderung, daß sie anders sein sollten, ohne daß ihnen Ziele angeboten oder Wege gezeigt werden. Schizoide Patienten können bei diesem Therapeuten überwertige Vorstellungen von Psychosegefährdung auslösen, soweit er in sich die Grenzen zu sorgfältig gemieden hat, die ihn in Unsicherheit und Gefährdung führen könnten; er arbeitet oft zu lange an den negativistischen, aggressiv-destruktiven Seiten des Patienten und deren Genese, ohne neue Erlebnismöglichkeiten zu vermitteln.

So sind die wichtigsten Keimsituationen dieses Therapeuten: seine Neigung zu stabiler Beharrlichkeit mit der positiven Seite verlässlicher Konsequenz

und zäher Durchhaltekraft, mit der Gefahr, spontane Reaktionen nicht zuzulassen; die Konzentration der Kräfte, die oft mit unnötigem Kraftaufwand eine Entweder-oder-Lösung anstrebt, wo man mit größerer Elastizität mehr lebendige Spannung sehen könnte; seine Gründlichkeit des Bemühens um die Krankheitszusammenhänge, die nicht zu überwertigem kausal-genetischen Bedürfnis werden und Raum lassen sollte für das Vertrauen in die lebendigen Kräfte des Lebens, die heilend sein können, auch wenn der Prozeß nicht voll verstanden wird; wie dieser Therapeut überhaupt lernen sollte, das Irrationale anzunehmen.

Die Therapeuten mit *depressiven* Strukturanteilen haben die Hauptschwierigkeit, daß sie sich vom Patienten, vor allem vom hysterischen und depressiven, überfordern lassen. Dank der eigenen Struktur sind sie bereit, alles ernst und schwer zu nehmen, sehen deshalb auch oft die Hysterie als Depression. Sie identifizieren sich zu sehr mit dem Patienten und können so oft nicht die wahre schöpferische Distanz einhalten, aus der allein man echt helfen kann; sie sind dem Patienten zu nahe. Haben sie oft überdurchschnittliche Einfühlung und Verstehen, so fehlt es ihnen dafür leicht an der gesunden, auch fordern könnenden Härte. Sie lassen sich zu weit mitfühlend mit dem Patienten ein, trösten zuviel, wo sie analysieren sollten, und können so, wie auch durch zu niedrige Honorarforderung, ausgenutzt werden. Auch mit der Zeit sind sie leicht zu nachgiebig. Sie neigen zu Schuldgefühlen, weil sie nicht besser oder schneller helfen können, sind zu bereit, entsprechende Vorwürfe, vor allem hysterischer und schizoider Patienten, anzunehmen. Bei ihnen hat überwertig immer der Patient recht. Alle Probleme, Krisen und Rückfälle sind sie bereit, als eigenes Versagen zu lesen. Aus ihrer Schuldgefühlsbereitschaft neigen sie dazu, zu verwöhnen, zuviel anzubieten, es dem Patienten zu leicht zu machen. Dabei sind sie aufopfernd, geduldig, sich einsetzend und imstande, auch ein großes Liebesdefizit in hingebender Arbeit auszugleichen, können aber unter Umständen Patienten aus eigenem unbewußtem Liebesbedürfnis schwer loslassen.

Weil sie schwer fordern können, fallen ihnen schizoide und hysterische Patienten besonders schwer; sie lassen sich oft von ihnen quälen bis zu masochistischen Haltungen, die dann keinem mehr nützen. Sie haben immer das Gefühl, der Patient müsse vor allem nachholen, halten sich dafür hin, übernehmen die Mutterfunktion und können so im schlimmsten Falle mit dem Patienten in eine Regression verfallen, aus der sie dann nicht mehr herausfinden. Sie trauen sich selbst meist zu wenig zu, überschätzen die Folgen wirklicher oder vermeintlicher „Fehler“ und resignieren zu früh,

was ihr Wissen und Können anbelangt. Sie können daher schwer überzeugen und mitreißen, oft auch, weil sie unbewußt eine depressiv-resignierte Einstellung zur Methode, zur Theorie als solcher haben, ihr nicht ganz trauen. Das einführende Mitleid kommt oft schon in der Vorbesprechung zum Ausdruck, in Haltung, Stimme, Mimik und Art des Vorgehens (schonend), hüllt den Patienten ein und prägt so schon dessen Erwartungsvorstellung von der Therapie, konstellierte schon hier die Neigung zur Überforderung, zur Mutterprojektion.

Hier kommt es selten zu Abbrüchen, am ehesten bei hysterischen und schizoiden Patienten, welche die dahinterliegende Schwäche erkennen und verachten, sich nicht genügend straff angefaßt fühlen oder sich scheuen, den Therapeuten zu verletzen. Das kann besonders problematisch werden, wenn der Patient solchen Therapeuten gegenüber seine Aggressionen nicht loswerden kann. Auch das Vertrauen in die eigenen Einfälle und Traumdeutungen ist leicht zu erschüttern, wenn der Patient sie ablehnt. Die Fälle gehen ihnen Tag und Nacht nach, sie grübeln, was sie hätten besser machen können. Aus der eigenen Struktur sehen diese Therapeuten oft zu schwer oder zu spät Chancen, wo der Patient fordern, zugreifen könnte, und sie arbeiten unbewußt mehr in der Richtung der Anpassung, des Hinnehmens und Verzichtens. Es kann aber auch das genaue Gegenteil auftreten, wenn der Therapeut dieses Typus in der unbewußten Identifikation mit dem Patienten „durch“ diesen all das miterleben möchte, was ihm selbst versagt blieb oder nicht geglückt ist; dann kann auch er überfordern, ohne es zu realisieren.

Wie sich aus den Schilderungen ergibt, hat dieser Therapeut die meisten Schwierigkeiten mit hysterischen und schizoiden Patienten, vor allem durch seine überwertige Bereitschaft, hinzunehmen und zu verstehen. Depressiven Patienten gegenüber kann er versagen durch seine verwöhnenden Haltungen, die keine fruchtbaren Impulse setzen helfen und zu lange „nachholen“ lassen; zwanghafte Patienten werden zu schwer ihre Aggressionen los gegenüber der Aufopferungsbereitschaft und Selbstlosigkeit des Therapeuten.

So sind die Keimsituationen dieses Therapeuten vor allem: seine große Einfühlungsgabe mit der Gefahr zu weitgehender Identifikation und des Verlustes an schöpferischer Distanz; seine mitfühlende Hilfsbereitschaft mit der Gefahr der Verwöhnung; seine geduldige Tragfähigkeit mit der Gefahr des Gewährenlassens und zu späten Forderns. Seine lockere Einstellung zur Methode bewahrt ihn einerseits vor den Fehlern zu strenger Prinzipien, kann aber andererseits zu der beschriebenen Verwöhnung werden, wo eine straffere Führung therapeutisch fruchtbarer wäre.

Die Therapeuten mit *schizoiden* Strukturanteilen sind vor allem leicht zu distanziert zu ihren Patienten. Wo der hysterische Therapeut sich selbst zu persönlich einläßt, der zwanghafte sich hinter die Methode stellt, der depressive sich zu sehr identifiziert, bleibt dieser Therapeut zu fern, zu kühl, zu abstrakt. Dadurch wird bei ihm, ähnlich wie beim zwanghaften, doch unabhängiger vom Methodischen, die Analyse zu intellektuell, er wehrt sich aus unbewußter Angst vor zuviel Nähe gegen die Übertragung, analysiert sie sofort auch da wo sie erst einmal anwachsen sollte, was oft schon in der räumlichen Distanz zum Patienten zum Ausdruck kommt. Aus dieser Distanz neigt er oft zur Anwendung von Tricks oder Tests, die ihm das ersetzen sollen, was er in einfühelndem Nahkontakt erfahren könnte. Das macht viele Patienten mit Recht mißtrauisch; sie haben das Gefühl von technischer Routine oder Raffinement, von „Detektivhaltungen“, die es dem Patienten nun seinerseits erschweren oder unmöglich machen, sich locker und natürlich vertrauend zu geben, Kontakt zu bekommen. So kann es hier zu einer Analyse im gefühlsleeren Raum kommen bei meist ausgezeichnetem intellektuellem Verstehen. Es wird vieles gemeinsam begriffen, geklärt, aber es ändert sich wenig, weil Einsicht ohne emotionale Beteiligung (Übertragung) nicht „heilt“. Dabei werden Affekte des Patienten durchaus angenommen, auch Kritik, aber der Therapeut hat zu große Scheu vor positiver Zuwendung des Patienten und wehrt sie ab. Positive Zuwendung gleichgeschlechtlicher Patienten liest er z. B. zu leicht als Homosexualität, entwertet sie damit dem Patienten nicht nur, sondern kann auch unnötige Schuldgefühle setzen. Aus der eigenen emotionalen Kühle beurteilt er Gefühlswärmere leicht von sich aus und versteht sie nicht. Das zu frühe Bewußtmachen der Übertragung wird vom Patienten als nicht Angenommenwerden erlebt. Dazu besteht meist eine labile Ambivalenz vom Therapeuten zum Patienten wegen eigener Empfindlichkeiten, die oft überspielt werden in Form einer neutralen Indifferenz und Unverletzlichkeit, so daß für den Patienten der Therapeut in keiner Weise emotional erreichbar scheint. Dabei haben diese Therapeuten oft eine ausgezeichnete Intuition, sie erfassen Details und Verknüpfungen oft geradezu genial, aber es fehlen die emotional verbindenden Zwischenglieder, das mit dem Patienten gemeinsame Erleben. So kann der Patient diese intuitiven Sprünge nicht mitvollziehen, es besteht sogar die Gefahr, daß solche mitgeteilten, an sich richtigen, aber zu abstrakten *Aperçus* schaden können, weil sie nicht emotional gebunden sind und der Therapeut nicht übersieht, was er dadurch im Anderen auslöst. Aus der eigenen Labilität und Grenz-nähe sieht dieser Therapeut Symptome oft zu bedrohlich, was vom Patienten gespürt werden kann. Andererseits hat er gerade wegen dieser Eigen-



schaften auch wieder eine besondere Verständnismöglichkeit für Grenzzustände und ist bereit, mit dem Patienten sich in gefährliche Abgründe zu begeben. So kann dieser Therapeut unbewußt chaotisierend wirken, wenn es ihm an der synthetisierenden Kraft des Liebesvermögens fehlt; so gut er gerade schwer Gefährdete verstehen kann, so schwer vermag er dann über das Verstehen hinaus zu helfen.

Die Schwierigkeiten dieses Therapeuten sind Grundprobleme seines Wesens und werden ihm in ähnlicher Weise bei allen Patienten begegnen können; bei depressiven Patienten wird am ehesten deren Gefühlswärme nicht richtig angenommen, bei Hysterikern kommt es am leichtesten zur Abwehr der großen Übertragungsbereitschaft. Mit zwanghaften und schizoiden Patienten „kann“ es dieser Typ am besten, mit der Einschränkung, daß dann die Neigung zu überwertiger Rationalität bei Patient und Therapeut besteht und die Analyse noch mehr in intellektuellen Bahnen verlaufen kann.

Die Keimsituationen dieses Therapeuten liegen also vor allem im Bewahren der Distanz, was sowohl eine fruchtbare Spannung setzen als auch ein Gefühl der emotionalen Unerreichbarkeit und Ferne im Patienten auslösen kann; im raschen intuitiven Erfassen von Zusammenhängen mit der Gefahr, aus der emotionalen Distanz Deutungen falsch zu „dosieren“ und sie zeitlich nicht immer glücklich anzusetzen; in der Schärfe und Präzision der Erkenntnis, die nur getragen bleiben sollte vom gefühlsbeteiligten Miterleben.

Aus dem Gesagten wird wohl über die Lehranalyse hinaus die Notwendigkeit gründlicher Kontrollanalysen deutlich. In der eigenen praktischen Arbeit wird der Ausbildungskandidat mit ganz neuen menschlichen und fachlichen Problemen konfrontiert; er begegnet in der Praxis anderen, oft ich-fernen Strukturen. Hatte er bisher sich selbst und die eigene Lehranalyse als Maßstab, so erlebt er nun, daß in der Buntheit der Praxis immer wieder Probleme vorkommen, die er aus sich selbst und seiner Lehranalyse nicht kennt, und fühlt sich oft hilflos. Gerade in der Kontrollanalyse ist es darum so wichtig, die Eigenstruktur des Ausbildungskandidaten zu erkennen und ihm bewußt zu machen. Je mehr man als Kontrollanalytiker nur die Methode vertritt oder zu ausschließlich auf die Traumdeutung eingeht, um so weniger pflegt man die Strukturelemente des Ausbildungskandidaten zu sehen und ihm zeigen zu können. Es ist daher besonders wesentlich, genau zu erfragen, was im einzelnen gesehen, gesagt, getan worden ist, um gerade auch die möglichen Fehler, die in der Eigenstruktur des Ausbildungskandidaten liegen, aufzeigen zu können. Deshalb sind zumindest anfangs dichte Kontrollen anzuraten, die möglichst nicht mehr als zwei Behand-

lungsstunden umfassen sollten, damit der Ausbildungskandidat von Anfang an angehalten ist, dem Kontrollanalytiker und vor allem sich selbst Rechenschaft über sein therapeutisches Tun und seine therapeutische Wirkung zu geben.

Der wichtigste Lehrmeister bleibt aber die praktische Erfahrung, die wachsende Einsicht, das Erkennen der eigenen Grenzen und Schwierigkeiten. Der gute Therapeut ist nicht der, der seine Methode einseitig immer mehr zu verbessern sucht, sondern der, welcher seine Arbeitsweise elastisch und lebendig dem Patienten anzupassen versucht, immer bereit, von ihm hinzuzulernen, gerade auch, was seine eigene Wirkung im Anderen jenseits vom Technischen betrifft. Der Lösungsversuch in Richtung einer verbesserten Technik, die ihre nicht zu mindernden Werte und Vorzüge hat, sollte immer ergänzt bleiben von dem Bewußtsein der Vielfältigkeit des Lebendigen, der wir nur gerecht werden im Bemühen, über das Typische hinaus den Patienten in seiner Einmaligkeit zu verstehen und zu erfassen; dann werden wir es vermeiden können, die Grenzen unserer eignen Persönlichkeit zur Norm zu machen, und werden in der Lage sein, über diese Grenzen hinauszuwachsen.

(Anschrift des Verfassers: Fritz Riemann, München 27, Oberföhringer Straße 27)