

# Das Erfassen der Praxis des Psychoanalytikers gemäß ihrem eigenen Wert<sup>1</sup>

Juan Pablo Jiménez

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente,  
Universidad de Chile, Av. Salvador 486, Santiago, Chile

[jjimenez@med.uchile.cl](mailto:jjimenez@med.uchile.cl)

“La théorie c’est bon, mais ça n’empêche pas d’exister” (Charcot)

“Psychoanalysis is what is practised by psychoanalysts” (Sandler)

*Übersicht:* Man kann die Konvergenzen und Divergenzen in der psychoanalytischen Klinik nicht untersuchen, ohne zu wissen, was Psychoanalytiker *tatsächlich* in ihrer Praxis tun. Es wird eine Phänomenologie der klinischen Praxis und der Validierungsprozesse der Interventionen entworfen; es werden Methodologien vorgeschlagen, die Praxis ihrem eigenen Wert gemäß zu studieren.

## Abstract

*Das zentrale Ziel dieses Vortrags ist es, die Hindernisse zu reflektieren, die sich der vorgeschlagenen Aufgabe des Kongresses von Chicago entgegenstellen, nämlich die Konvergenzen und Divergenzen in der psychoanalytischen Praxis zu untersuchen. Der Autor stellt die Haupthindernisse vor. Zunächst die epistemologischen und methodologischen Probleme, mit denen die Theoriebildung in der Psychoanalyse behaftet ist, vor allem die Unmöglichkeit, auf*

---

<sup>1</sup> Grasping Psychoanalysts’ Practice in its Own Merits. Keynote Lecture. 46<sup>th</sup> Congress of the International Psychoanalytical Association. Chicago, 29 July – 1 August 2009.

zuverlässige Weise Zugang zu gewinnen zu dem, was die Psychoanalytiker tatsächlich in der Intimität ihrer Praxis tun. Es wird vorgeschlagen, zumindest teilweise die psychoanalytische Theorie von der psychoanalytischen Praxis zu trennen, um so die Praxis der Psychoanalytiker ihrem eigenen Wert nach zu erfassen. Im folgenden wird eine Phänomenologie der Praxis der Psychoanalyse entworfen, in der aufgezeigt wird, daß der Analytiker sich bei seiner Arbeit mit dem Patienten mehr von praktischen als von theoretischen Erwägungen leiten läßt, das heißt, seine Interventionen sind eher Voraussagen als Erklärungen. Die praktischen Erwägungen müssen ständig in der analytischen Beziehung nach ihren Wirkungen validiert werden, weshalb der Autor sich mit dem Thema der Validierung der zentralen Theorie der therapeutischen Veränderung im klinischen Kontext beschäftigt, nämlich mit den Voraussetzungen, die die klinische Praxis erfüllen muß, um der These der untrennbaren Verbindung zwischen Erkenntnisgewinn und Einsicht zu genügen. Es wird der Kern der psychoanalytischen Theorie der Veränderung infrage gestellt, mit dem Argument, daß diese weder der Praxis der Psychoanalytiker noch dem heutigen Wissen über Prozesse und Mechanismen der therapeutischen Veränderung gerecht wird. Schließlich wird vorgeschlagen, die Praxis von der Theorie zu entkoppeln, um sie so nach ihrem eigenen Wert zu untersuchen, nämlich gemäß ihren Auswirkungen auf den Patienten, mit Hilfe einer Vielfalt von Methoden, die von der systematischen Forschung bis zur neuartigen Methodologie der „Working Parties“ reichen.

## 1. Einleitung

Das Panorama der zeitgenössischen Psychoanalyse ist komplex. Die Kontroverse um ihren epistemologischen Status hat das Innere der psychoanalytischen Bewegung erreicht wie nie zuvor. Das Thema dieses Kongresses spricht für sich. Nicht nur die theoretische Einheit der Psychoanalyse, sondern auch die Einheit ihrer Praxis wird in Zweifel gezogen. Wir sind also aufgerufen, über das, was uns verbindet, und das, was uns trennt, zu reflektieren. In diesem Vortrag möchte ich zeigen, daß die gestellte Aufgabe

schwer zu überwindende Hindernissen in sich birgt, erstens aufgrund der Bedingungen, unter denen die Theoriebildung in der Psychoanalyse stattfindet, und zweitens wegen der Schwierigkeiten, auf zuverlässige Weise Zugang zur Praxis der Psychoanalytiker zu gewinnen, also zu dem, was die Psychoanalytiker *tatsächlich* in der Intimität der therapeutischen Beziehung *tun*. Gewiß ist dies ein Thema, das die Psychoanalyse transzendiert und auch die klinische Praxis der psychosozialen Gesundheitsversorgung betrifft. Als junger Psychiater, der davon träumte, Psychoanalytiker zu werden, empfand ich Unbehagen angesichts der Leichtigkeit, mit der die Kollegen das Wissen, das sie bei der Untersuchung eines einzelnen Patienten erworben hatten, verallgemeinerten. Aber mehr noch beunruhigte mich etwas anderes, nämlich der Verdacht, daß die Kliniker, wenn sie über ihre Erfahrung mit Patienten berichten, dazu neigen, die klinische Realität zu verzerren, bis sie in vorgegebene Kategorien, in bevorzugte Theorien oder in das Denken des jeweiligen Modeautors paßt. So reden sie letzten Endes nicht darüber, was *tatsächlich* in der klinischen Praxis geschieht oder darüber, was sie tatsächlich im Behandlungszimmer tun (oder sagen), sondern darüber, was sie gern getan (oder gesagt) hätten, das heißt, sie stellen eine idealisierte Klinik dar, was den Austausch unter Kollegen enorm erschwert (Jiménez 2005 S. 608). Natürlich bin ich mir bewußt, daß es sich hierbei von Seiten desjenigen, der das klinische Material vorstellt, nicht in erster Linie um ein mehr oder weniger absichtliches Verschleiern handelt, als Ergebnis der Zugehörigkeit zu psychoanalytischen Schulen und Ideologien, oder der Unterwerfung unter das "technische Überich", das den öffentlichen "politisch korrekten" Austausch unter Psychoanalytikern regelt (Figuera 1994), sondern auch um die Auswirkung impliziter Theorien (Canestri et al. 2006), das heißt um die Wirkung von nicht bewußten Gründen, die das praktische Handeln mit den Patienten leiten. Hiermit möchte ich herausstellen, wie schwierig es offenbar in den psychoanalytischen Diskussionen ist, den Kontakt zum Patienten zu halten, ohne die Diskussion rasch auf verschiedenste Ebenen von Theorien *über* die Praxis abdriften zu lassen oder sogar auf Ideen psychoanalytischer Autoren, die ihrerseits *Theorien* über die Praxis konstruieren. Dies hat vielleicht mit der in allen psychoanalytischen Kulturen vorherrschenden Tendenz zu tun, allzusehr auf theoretische Definitionen zu vertrauen, die einen weiten Rahmen von

Ungenauigkeit offenlassen, gepaart mit großem Mißtrauen gegenüber empirisch fundierten Untersuchungen (Tuckett 2006). Dies wird zu einem Problem, wenn wir der Freudschen Behauptung treu bleiben wollen, daß die Psychoanalyse, ganz gleich wie weit sie gelangt ist, "... ihren Mutterboden nicht aufgegeben [hat] und ... für ihre Vertiefung und Weiterentwicklung immer noch an den Umgang mit Kranken gebunden [ist]." (1933a, S. 163).

Es ist sicherlich deutlich geworden, daß ich von der Annahme ausgehe, daß es zumindest teilweise möglich ist, in der Psychoanalyse die Theorie von der Praxis zu trennen, und daß es außerdem lohnend ist zu versuchen, die Praxis der Psychoanalytiker in ihrem eigenen Wert zu begreifen. Ich weiß, daß viele diese Behauptung in Frage stellen. Meine Antwort ist pragmatisch: Bevor sie aus „theoretischen“ Gründen abgelehnt wird, lade ich dazu ein, den heuristischen Wert solch einer Trennung zu untersuchen.

Ich habe mich in meiner beruflichen Laufbahn sehr früh für die klinische Epistemologie und vor allem für die Methodologie interessiert (Jiménez 2005), wobei ich darunter die Untersuchung der Regeln und Wege verstehe, die zu „guten“ Schlußfolgerungen führen, und von dort ausgehend zur Bereicherung validen klinischen Wissens, das geeignet ist, Konsens herzustellen, mitteilbar und vor allem widerlegbar zu sein, zumindest mittels kollektiver Diskussion und rationaler Argumentation. Darüberhinaus schuf die epistemologische Reflexion, gestützt auf meine vorherigen Studien der Philosophie, in mir eine wachsende Unzufriedenheit mit der klinischen Methode als einzigem Weg zur Erkenntnisgewinnung in der Psychoanalyse. Sie brachte mich dazu, mich für die systematische Forschung in der Psychoanalyse in ihren verschiedenen Ausrichtungen zu interessieren: empirische Prozeß- und Ergebnisforschung, Erforschung der frühen Mutter-Kind-Beziehung, Konzeptforschung. In den letzten Jahren, zum Teil angeregt durch die Notwendigkeit des akademischen Austauschs mit meinen psychiatrischen Kollegen, habe ich über die Entwicklung der neuen „Biologie des Geistes“ gestaunt (Jiménez 2006), die es uns erlaubt, den Weg der „neuropsychanalytischen“ Integration wieder aufzunehmen, den Freud 1895 verlassen hatte. Während 25 Jahren der Suche nach Wegen der Verknüpfung des psychoanalytischen Wissens mit verwandten

Disziplinen habe ich Methoden unterschiedlicher Verfeinerung kennengelernt, die sich auf die „Spuren“ bzw. Aufzeichnungen psychoanalytischer Prozesse anwenden lassen. Unlängst erfuhr ich von faszinierenden Kombinationen zwischen Aufzeichnungen subjektiver prozessualer Variablen und dynamischen Abbildungen der Hirnfunktion.

Die theoretische und praktische Vielfalt in der Psychoanalyse ist eine Tatsache, die gegenwärtig von wenigen diskutiert wird. Bereits 1966 zeigte Philip Seitz, daß erfahrene Psychoanalytiker zu keiner zuverlässigen Übereinstimmung bezüglich ihrer Deutungen komplexer innerer Zustände gelangen. Später kamen Pulver (1987a, 1987b) und Bernardi (1989) zu ähnlichen Ergebnissen. Es ist jedoch fragwürdig, diese Situation als Pluralismus zu beschreiben, denn es scheint lediglich eine Pluralität vorzuliegen oder, noch schlimmer, eine theoretische und praktische Fragmentierung, da uns eine Methodologie fehlt, um die verschiedenen Theorien und die technischen Fragestellungen systematisch miteinander zu vergleichen. Ricardo Bernardi (2005) wirft die Frage auf, was nach dem sogenannten Pluralismus kommt, wenn nicht die notwendigen Bedingungen geschaffen werden, damit die beobachtete Vielfalt zum Fortschritt und nicht zur Zerstörung der Psychoanalyse beiträgt. Seine Untersuchungen (Bernardi 2002, 2003) dazu, wie wir Psychoanalytiker in unseren Kontroversen argumentieren, vermitteln ein Gefühl von Pessimismus bezüglich unserer Fähigkeit, uns auf einem gemeinsamen Terrain zu treffen. Tuckett dagegen sieht diese Situation als eine Chance zum Wandel: „Die Zeit ist gekommen, nicht nur unsere Methodologie zur Erschließung unserer Wahrheiten zu revidieren, sondern auch neue Fragestellungen zu entwickeln, die es ermöglichen, für neue Ideen offen und gleichzeitig in der Lage zu sein, deren Nutzen mit Hilfe von begründeten Argumentationen zu evaluieren. Die Alternative wäre der Turmbau zu Babel“ (Tuckett 1994a, S. 865).

Natürlich ist die überbordende Vielfalt der Theorien das unvermeidliche Ergebnis der klinischen Praxis. In seiner Bemühung, die Lebendigkeit der analytischen Situation aufrecht zu erhalten, wird der Analytiker zwangsläufig seine Technik auf mehr oder weniger idiosynkratische Weise modifizieren,

wobei er manchmal erheblich von der „Standard“-Technik abweicht, das heißt von der Technik, die er als die „korrekte Analyse“ verinnerlicht hat. Solche technischen Modifikationen stehen eher mit einer „im Wesentlichen privaten Theorie [über] das Material des Patienten in Beziehung als [mit] den offiziellen öffentlichen Theorien, die der Analytiker bewußt unterschreiben kann“ (Sandler 1983, S. 38). Wir Psychoanalytiker sind Experten im Konstruieren von Erzählungen, die in ihren Einzelheiten die Einmaligkeit der Subjektivität der Patienten einzufangen versuchen. Es ist höchst wahrscheinlich, daß die Weiterentwicklungen in der psychoanalytischen Theorie im Laufe ihrer Geschichte gerade davon herrühren, daß einige dieser privaten Theorien „officialisiert“ wurden. Darin liegt nicht das Problem, sondern im unmerklichen Übergang, in der Verwechslung der Abstraktionsebenen. Diesen Theoriefragmenten, den Produkten induktiver Schlußfolgerungen, die wohl auf einen einzelnen Patienten angewandt werden können, wird eine allgemeine Gültigkeit zugeschrieben, die sie nicht haben, was eine „überspezifizierte“ offizielle Theorie hervorbringt (Fonagy 2006). Diese falsche Verallgemeinerung ist letzten Endes die Ursache der „Sprachverwirrung“ bei der Theoriebildung in der Psychoanalyse.

## **2. Schritte zu einer Phänomenologie der psychoanalytischen Praxis**

Die Frage, die ich mir in Bezug auf die psychoanalytische Praxis stelle, läßt sich wie folgt formulieren: *Wie können wir sicher sein, die klinische Praxis so zu sehen, wie sie ist, sie in ihrer eigenen Wirklichkeit zu erkennen und nicht einfach unsere eigenen Theorien auf sie zu projizieren?* Es ist offensichtlich, daß konzeptuelle Systeme absolut notwendig sind für denjenigen, der sich vorgenommen hat, irgendeine Wirklichkeit zu beobachten und das Beobachtete in gültiger Form zu kommunizieren; jedoch wird, wenn wir es mit intersubjektiven Prozessen zu tun haben, bezüglich derer die Forderung nach Validität ebenso notwendig wie schwierig ist, das Risiko des Apriorismus in der schematischen Darstellung zum Problem. Allzulange haben wir die Komplexität der klinischen Situation unterschätzt und eine einfache und direkte Beziehung

zwischen Theorie und Praxis in der Psychoanalyse vorausgesetzt.<sup>2</sup> Die nicht zu leugnende Existenz unterschiedlicher Praktiken zwingt uns dazu, eine Methode zu entwickeln, die es ermöglicht, solche Unterschiede auf zuverlässige Weise zu beschreiben.

Beim Studium der während der 70er Jahre in Buenos Aires und Montevideo geführten Debatten, als die Kleinschen Ideen mit der Denkweise Lacans in Berührung kamen, hat Bernardi (2003) aufgezeigt, daß die Schwierigkeit, echte Kontroversen auszutragen, die im Dienste der Entwicklung einer Disziplin stehen, nicht so sehr von den Eigenheiten der Theorien selbst abhängt (wie zum Beispiel ihrer Unvereinbarkeit), sondern von Abwehrstrategien, die die Prämissen jeder dieser Theorien vor den Argumenten der Gegenseite schützen sollen. Daher beruhen die Schwierigkeiten des Dialogs nicht so sehr auf theoretischen als auf praktischen Gründen. Gewiß hat die beschriebene Situation des Fehlens echter Konfrontation zwischen unterschiedlichen Gesichtspunkten die Bildung eines kohärenten theoretisch-praktischen Corpus in der Psychoanalyse verhindert. Die Schwierigkeiten multiplizieren sich jedoch, wenn es darum geht, sich über die klinische Praxis als solche zu verständigen.

Das erste Hindernis liegt eben darin, daß der Praxis kein eigener, von der Theorie unabhängiger Status zuerkannt wird. Statt einer Debatte, die sich auf klinische Beispiele und Argumente stützt, ergibt sich für gewöhnlich eine rein „theoretische“ Debatte, wobei die Besonderheiten der Praxis umgangen werden. Das zweite Hindernis ist noch heikler. Seine im Rahmen der Serie *Psychoanalytiker bei der Arbeit* im *International Journal of Psychoanalysis* veröffentlichte Untersuchung bringt Tuckett zu der Aussage, daß „die Tradition der psychoanalytischen Diskussion von klinischem Material darin besteht, es sozusagen zu supervidieren“ (Tuckett 2007 S. 1047). Die Supervision des vorgestellten Materials scheint ein übliches Diskussionsmuster in den psychoanalytischen Gesellschaften und auf den internationalen Kongressen zu sein. Auf dem psychoanalytischen Kongreß in New Orleans war es meine

---

<sup>2</sup> Etchegoyen beispielsweise stellt eine biunivoke Beziehung zwischen Theorie und Praxis her, indem er behauptet: „So wie eine *rigorose Wechselbeziehung* der psychoanalytischen Theorie mit der Technik und der Forschung besteht, ergibt sich, auf einzigartige Weise, in der Psychoanalyse auch die Beziehung zwischen Technik und Ethik“ (Etchegoyen 1986, S. 27; Hervorhebung d. Verf.).

Aufgabe, einen Abschlußbericht verschiedener Podiumsdiskussionen zu erstellen, in denen von Helmut Thomä vorgestelltes klinisches Material diskutiert worden war. Thomä hatte zuvor seine Besorgnis geäußert, daß man ihn nicht verstehen und nicht in seinen eigenen Begriffen diskutieren könnte, und daß er stattdessen, ausgehend von den Lieblingstheorien der Podiumsteilnehmer „supervidiert“ werden würde (Thomä, Jiménez u. Kächele 2006, S. 193f.)<sup>3</sup> In einer kürzlich erschienen Arbeit führen Thomä und Kächele aus, daß „es, um aus der vergleichenden Psychoanalyse ein fruchtbares Unterfangen zu machen, wesentlich ist, zu evaluieren, wie der behandelnde Analytiker sein berufliches Wissen in spezifischen Interaktionen anwendet“ (S. 651). Ein zentrales Problem ist demnach, daß in den Fallvorstellungen derjenige, der vorträgt, sich für gewöhnlich nicht darum kümmert, die Beweggründe zu erklären, aus denen heraus er so intervenierte, wie er es tat, und derjenige, der diskutiert, sich ebenso wenig dafür interessiert, die Beweggründe des Vorstellenden zu eruieren. So entsteht ein Dialog unter Taubstummten, die sich niemals auf einem gemeinsamen Terrain treffen, und der zu Mißverständnissen und einer wachsenden Babelisierung führt.

Im Folgenden versuche ich, Schritte in Richtung der Konstruktion einer Phänomenologie der Praxis der Psychoanalyse zu unternehmen. Kurz gefaßt, bedeutet die Verwendung der phänomenologischen Methode, sorgfältige und wohlüberlegte Aufmerksamkeit darauf zu lenken, wie eine Realität uns erscheint, wobei wir die Vorurteile, die wir ihr gegenüber haben, auszuklammern versuchen (Jiménez 2003). Es ist so, als wenn wir die analytische Situation, wie Freud zu sagen pflegte, *in statu nascendi* sehen, das heißt, in ihrem Ursprungsmoment.

Eine nutzbringende Art, sich einem Phänomen zu nähern, ist die Erkundung der ursprünglichen Bedeutung der Wörter, die es bezeichnen. Das Wort „Praxis“, das in allen europäischen Sprachen vorkommt, kommt aus dem

---

<sup>3</sup> Allerdings bedeutet Supervidieren nicht zwangsläufig, das fremde Material vom Gesichtspunkt der vom Supervisor bevorzugten offiziellen und öffentlichen Theorien zu betrachten. Imre Szecsy, ein ungarisch-schwedischer Psychoanalytiker, hat eine Methode analytischer Supervision mit einer starken empirischen Grundlage entwickelt, bei der es darum geht, in der Beziehung mit dem Supervisanden eine Situation *mutativen Lernens* zu schaffen, in welcher Letzterer lernt, das *Interaktionssystem*, das er mit seinem Patienten herstellt, zu erkennen (Szecsy 1990).



griechischen „praxis“ und bedeutet nicht nur Handeln, Handlung, Aktion, Aktivität, Ausübung, Ausführung, Verwirklichung, sondern auch Handlungsweise, Wesensart, Ergebnis, Konsequenz. So ist etwas „Praktisches“ eben etwas, das wirkt, etwas Aktives, Wirksames (Mendizabal 1959). In diesem Sinne benutzt Owen Renik das Wort in seinem Buch „Practical Psychoanalysis for Therapists and Patients“ (2006). Nach Renik ist der Patient in einer *praktischen* Psychoanalyse in der Lage, mit seinem Analytiker verschiedene Aspekte der Art und Weise zu revidieren, in der er oder sie die Realität konstruiert, mit dem Ergebnis, daß er/sie sich besser fühlt. Ich würde es begrüßen, daß Sie diese Definition präsent haben, wenn wir im Weiteren die sogenannte These des *Junktim* überprüfen, nämlich der untrennbaren Verbindung von Erkenntnisgewinn und Heilung in der Psychoanalyse.

Lassen Sie uns einen weiteren Schritt unternehmen und versuchen, uns in das „Hier und Jetzt“ der Situation des Analytikers mit seinem Patienten zu versetzen und diese Situation mit der einer Supervision zu vergleichen. Während einer Supervision schauen wir das Geschehen an, nachdem es passiert ist, folglich ist es natürlich, nach dem Warum des Geschehens zu fragen. Es wird also nach einer Erklärung gesucht; dies ist der eigentliche Moment der psychoanalytischen Theorien im Sinne von erklärenden Gründen. Wenn wir uns aber in die Situation des Geschehens versetzen, das heißt, an die Stelle des Analytikers, während er mit seinem Patienten interagiert, ist es klar, daß die Aufgabe nicht so sehr mit Erklärungen als mit Vorhersagen zu tun hat, es geht also darum, zu bestimmen, was in der Zukunft geschehen wird, wie der Patient reagieren wird, wenn der Analytiker so oder so interveniert. Die Aufgabe der Vorhersage erfordert praktische Beweggründe und keine theoretischen.<sup>4</sup> Die praktischen Gründe versuchen, ausgehend von einer Reihe von Alternativen – von denen noch keine in die Tat umgesetzt wurde –, die Frage zu beantworten, welche von diesen die Beste ist, das heißt, was zu tun

---

<sup>4</sup> Die Unterscheidung zwischen theoretischen und praktischen Gründen ist ein altes philosophisches Thema, das sich bis zu Aristoteles zurückverfolgen lässt. Sie unterscheiden sich durch die Art ihres Zieles; der praktische Grund wird durch das Ziel des Verlangens stimuliert. Die Scholastiker folgten dieser Tradition, indem sie zwischen spekulativem Grund und operativem Grund unterschieden, und diese Unterscheidung wurde von Kant wieder aufgenommen, wenn er hervorhebt, dass die theoretische und die praktische Vernunft nicht zwei verschiedene Arten von Vernunft sind, sondern ein und dieselbe, die sich in ihrer Anwendung unterscheidet (siehe José Ferrater Mora 1969).

ist. Es handelt sich also nicht um die Frage nach Fakten und ihre Erklärung, sondern um Wertefragen, um das, was zu tun wünschenswert ist.

Während der Analysestunde vollzieht sich im Kopf des Analytikers eine ständige Bewegung zwischen theoretischen Gründen, die es ihm als „Mini-Teiltheorien“ erlauben, die jeweilige Interaktion vor dem Hintergrund des im Prozeß erworbenen Wissens zu verstehen und zu erklären, und praktischen Überlegungen, die seine Entscheidungen bezüglich dessen leiten, was er sagt und wann und wie er interveniert. Wenn wir Material einer Sequenz von Sitzungen zur Hand haben, finden wir sicherlich die Bestätigung oder Widerlegung der Vorhersagen, die der Analytiker während einer bestimmten Sitzung wagt. Dies ist jedoch etwas, das nicht der Realität des betreffenden Augenblicks entspricht, handelt es sich hierbei doch nicht darum, *ex post facto*-Erklärungen zu finden, sondern voraussagende Hypothesen zu wagen über etwas, das noch nicht geschehen ist. Bei den praktischen Überlegungen sucht der Handelnde seine Gründe zu bewerten und einzuschätzen, um zu handeln, abzuwägen, was für oder gegen die Handlungsalternativen spricht, die sich ihm eröffnen. Darüberhinaus wird diese Wahl definitiv in der ersten Person getroffen, nämlich, vom subjektiven Standpunkt aus betrachtet, im Sinne des Prädikaments, in dem man sich in diesem Moment befindet. Die Entscheidung zu intervenieren bringt so die ganze Einzigartigkeit einer Begegnung mit dem Anderen im *Hier und Jetzt* zum Tragen. Es ist dies ein ideographischer, kreativer und unbeschreibbarer Moment, in dem der Analytiker ein Risiko eingeht, das aus prinzipiellen Gründen niemals ganz von der erklärenden Theorie erfaßt werden kann, es ist sozusagen ein theorie“entleerter” Moment.

Wenn wir jedoch über den äußeren Anschein hinausgehen, ist dieser vermeintlich theorie“enleerte” Moment nicht wirklich „leer“, sondern der Analytiker macht hier Gebrauch von primär nicht bewußtem theoretisch-praktischem Wissen und wendet es an, ohne sich bewußt zu sein, daß er dies tut. Vor 25 Jahren wies Joseph Sandler darauf hin:

“Mit zunehmender klinischer Erfahrung und Kompetenz wird sich der Analytiker vorbewußt (deskriptiv gesprochen: unbewußt) eine ganze Reihe von

theoretischen Teilaspekten konstruieren, die direkt mit seiner klinischen Arbeit zu tun haben. *Sie sind Produkte unbewußten Denkens, weitgehend Teiltheorien, Modelle oder Denkfiguren, die sozusagen in Reserve zur Verfügung stehen, um nach Bedarf abgerufen zu werden.* Daß sie einander möglicherweise widersprechen, ist kein Problem. Sie existieren glücklich nebeneinander, solange sie unbewußt sind" (Sandler 1983, S. 38, Hervorhebung d. Verf.).

Wenn das so ist, sind wir Analytiker, ebenso wie die Neurotiker, nicht „Herren im eigenen Haus“ und arbeiten mit unseren Patienten, ohne recht zu wissen wie. Ein wichtiger, wenn nicht der wichtigste Teil der analytischen Arbeit entfaltet sich auf der impliziten Ebene. Victoria Hamilton erinnert daran, daß „sogar die strukturiertesten Denker in der Praxis auf unstrukturierte, persönlichere und idiosynkratischere Weise arbeiten“ (Hamilton 1996, S. 317). Das Gesagte hat wichtige Folgen für die klinischen Diskussionen, denn die Diskussionsteilnehmer pflegen dabei von ihren eigenen expliziten, das heißt offiziellen und öffentlichen erklärenden Theorien auszugehen, während derjenige, der das Material vorstellt, wahrscheinlich die praktischen impliziten Beweggründe, die ihn dazu veranlaßten, so oder so zu intervenieren, nicht vollständig wahrzunehmen und erst recht nicht mitzuteilen vermag. Selbstverständlich behindert diese Situation die Möglichkeit eines konstruktiven klinischen Dialogs.

Wahrscheinlich ist dies einer der Gründe dafür, daß es bei der Tradition, in den klinischen Diskussionen zu supervidieren, mißlingt, das Wesen der Arbeit des Analytikers mit seinem Patienten zu erfassen. Die Einzigartigkeit der therapeutischen Beziehung baut auf der Verflechtung der Vorhersagen und Validierungen (bzw. Widerlegungen) auf, die den Dialog zwischen Analytiker und Patient ausmachen. In diesem Sinne ist es nützlich, sich die analytische Arbeit als eine handwerkliche Arbeit vorzustellen. Ein Handwerker pflegt begrenzte Mengen von Materialien und theoretisch-praktischen Werkzeugen zu verwenden, um seine Produkte herzustellen. In ähnlicher Weise bedient sich der Analytiker heterogener Information, die er während seiner Ausbildung und Erfahrung angesammelt hat, und die kreativ an jeden konkreten Fall angepaßt

werden muß. Bei unserem psychoanalytischen Handwerk verwenden wir in der Regel vorhandene Materialien (Arbeitsmodelle, Teiltheorien, Schemata). Die Kombination von gleichschwebender Aufmerksamkeit und freier Assoziation erleichtert das spontane Erinnern dieser Modelle von einem Augenblick zum anderen in der dyadischen Interaktion. Die Arbeit wird von den Theorien oder Meta-Modellen des Analytikers bezüglich der „besten Art und Weise“ des Analysierens geleitet. Kurz gesagt beschreibe ich hier die konstruktivistische Natur der klinischen Arbeit, gemäß der der Analytiker von Materialien unterschiedlicher Herkunft und Beschaffenheit ausgeht (Jiménez 2008). Nach Canestri „sollten [wir] die Zahl der Elemente verschiedenster Art und verschiedensten Ursprungs, die zur Konstruktion dieser ‚Theorien‘ oder Teilmodelle beitragen, nicht unterschätzen. Dazu können gehören: die spezifischen Inhalte, die im Unbewußten und Vorbewußten des Analytikers vorhanden sind; seine ‚Weltanschauung‘; die Common-Sense-Psychologie; seine Zugehörigkeit zu einer psychoanalytischen Gruppe oder Schule, die spezifische Ausprägung dieser Zugehörigkeit und sein Verhältnis zu den psychoanalytischen ‚Autoritäten‘; seine wissenschaftlichen und vorwissenschaftlichen Überzeugungen; seine individuelle Ausgestaltung psychoanalytischer Konzepte; seine Gegenübertragung usw. [...] Wenn die Besonderheit der klinischen Praxis berücksichtigt wird, sieht man, daß psychoanalytische Konzepte nicht ein für allemal feststehen, sondern beständig umgestaltet und weiter ausdifferenziert werden.“ (Canestri 2006, S. 13f).

Ich glaube jedoch, daß in diesem Prozeß der ständigen Umgestaltung und Ausdifferenzierung der Konzepte die Rolle des Patienten unterschätzt wird. Wir treffen hier auf das Thema einer intersubjektiven Heuristik, geht es doch um die Rolle, die wir der Interaktion zwischen zwei zusammen arbeitenden psychischen Apparaten zuschreiben. Hiermit möchte ich die These vorschlagen, daß im Kopf des Analytikers ein kontinuierlicher Prozeß des Treffens von Entscheidungen abläuft, der, vor dem Hintergrund des „impliziten Gebrauchs expliziter Theorien“<sup>5</sup>, ständig von der Aktion und Reaktion des

---

<sup>5</sup> Der „implizite *Gebrauch*“ deutet auf einen Entscheidungsprozess hin, der von praktischen Gründen bestimmt ist, die den Gebrauchswert bzw. den *Nutzen* der expliziten Theorien in einem bestimmten Moment beurteilen. Die Frage, an der wir uns in diesem Fall orientieren, ist nicht *Warum* sondern *Wozu*.

Patienten beeinflusst ist. Im Verlauf dieser Interaktion finden die Prozesse der Validierung und Widerlegung der Interventionen des Analytikers statt.

Ich habe weiter oben bemerkt, daß die analytische Arbeit von den Theorien oder Meta-Modellen des Analytikers bezüglich der „besten Art und Weise“ des Analysierens geleitet wird. Im Folgenden sollten wir nun genauer überprüfen, was unter der „besten Art und Weise des Analysierens“ zu verstehen ist, was uns zu den unterschiedlichen Arten führt, die psychoanalytische Theorie der Veränderung zu verstehen.

### **3. Die zentrale Theorie der therapeutischen Veränderung in der klinischen Praxis**

Wie Thomä und Kächele (1987) mit Recht hervorgehoben haben, wurde der Kern der kausalen Konzeption der Theorie der therapeutischen Veränderung in der Psychoanalyse von Freud im *Nachwort zur „Frage der Laienanalyse“* (Freud 1927a) formuliert:

„In der Psychoanalyse bestand von Anfang ein Junktum zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht behandeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben. Unser analytisches Verfahren ist das einzige, bei dem dies kostbare Zusammentreffen gewahrt bleibt. Nur wenn wir analytische Seelsorge treiben, vertiefen wir unsere eben aufdämmernde Einsicht in das menschliche Seelenleben. Diese Aussicht auf wissenschaftlichen Gewinn war der vornehmste, erfreulichste Zug der analytischen Arbeit“ (Freud 1927a, S. 293f).

Ursula Dreher (2000) weist darauf hin, daß, obgleich zu Freuds Zeiten ein solches Zusammentreffen von Heilen und Forschen wohl nicht problematisch war, diese behauptete Verbindung nach heutigem Verständnis der Ausarbeitung bedarf. Jedoch lassen sich, ohne näher auf die Kontroverse einzugehen, was unter Forschung zu verstehen ist, wichtige Unterschiede in der Art und Weise beschreiben, wie die Psychoanalytiker in der klinischen Praxis die Verbindung von Erkenntnisgewinn und Heilung verstehen. Dies

Thema hängt mit der Frage der Ziele bzw. Absichten der psychoanalytischen Therapie zusammen.

Die Geschichte der Psychoanalyse zeigt, daß nie große Übereinstimmung bezüglich der Ziele bzw. Absichten der analytischen Behandlung bestanden hat (Sandler u. Dreher 1996). Seit Freuds Zeiten hat es eine Vielfalt von Meinungen gegeben, die sich von der Vorstellung, daß die Psychoanalyse eine Wahrheitssuche in Bezug auf den Patienten sei (Segal 2006), bis hin zu der Ansicht erstrecken, daß ihr Ziel die Beseitigung bzw. Verminderung von Symptomen mit Hilfe von wirksameren und adaptativeren Kompromißbildungen sei (Brenner 1982). In der Praxis scheint eine Polarisierung zwischen zwei unerwünschten Extremen vorzuliegen, einerseits dem sogenannten *furor curandi*, und andererseits der Durchführung von Behandlungen, die ohne klar abgesteckte Ziele verlaufen. Diesbezüglich erklären Gunderson und Gabbard: „Bei unserer Erfahrung als Berater anderer Therapeuten und Analytiker haben wir beobachtet, daß endlos mäandernde Behandlungen nicht selten sind. Sie werden manchmal mit dem Einführen einer Unterscheidung zwischen ‚analytischen‘ und ‚therapeutischen‘ Zielen gerechtfertigt“ (Gunderson u. Gabbard 1999, S. 694). Renik scheint derselben Meinung zu sein, wenn er versichert: „Die meisten Psychoanalytiker bieten [...] eine lange Reise der Selbstfindung an, während derer eine übertriebene Besorgnis um die Befreiung von Symptomen als kontraproduktiv angesehen wird.“ (Renik 2006, S. 1).

Marilia Aisenstein weist darauf hin, daß die in französischen Psychoanalytikerkreisen wohlbekannte Frage „tritt die Heilung als Nebenprodukt der psychoanalytischen Behandlung ein?“ häufig Lacan zugeschrieben wurde“. Lacan machte aus dieser ursprünglich Freudschen Idee „praktisch einen Imperativ: der Psychoanalytiker darf sich nicht für die Therapie interessieren, und dieser Standpunkt hat einen weitreichenden Einfluß auf die Psychoanalyse in Frankreich gehabt“ (Aisenstein 2003, S. 263). Obgleich Aisenstein betont, daß es ein Irrtum sei, das therapeutische Ziel vom psychoanalytischen Prozeß zu trennen, bestätigt sie, daß die Wahrheitssuche die Grundlage für die Besserung des Befindens in der Psychoanalyse darstellt. Die Idee, daß man die Wahrheit des Unbewußten suchen solle, und daß die

Heilung sich dann von selber einstellen werde, ist allerdings in der Psychoanalyse weit verbreitet und ist nicht nur eine Eigenheit der französischen psychoanalytischen Tradition.

Zweifellos besteht unter den Psychoanalytikern der verschiedensten Richtungen weitgehende Übereinstimmung darüber, daß „sich im Verlauf einer Therapie, vor allem einer erfolgreichen, das deutliche Gefühl einstellt, allmählich eine *Wahrheit* über den Patienten zu finden und zu formulieren“ (Strenger 1991, S. 1, Hervorhebung d. Verf.). Hanna Segal drückt es so aus: „Die Art von Wahrheit, die die Psychoanalyse betrifft, ist die Wahrheit bezüglich der psychischen Realität, des Funktionierens der Psyche und seiner unbewußten Wurzeln“ (Segal 2006, S. 284). Die auseinandergehenden Meinungen treten zutage, wenn es darum geht, im Einzelnen darzustellen, was man darunter versteht, die Wahrheit über den Patienten zu finden und zu formulieren. Hier sind die Unterschiede bedeutend.

Selbst wenn wir uns darüber einig sind, daß es darum geht, die Wahrheit des Patienten zu suchen, erhebt sich natürlich die Frage: Wer bestimmt, was die Wahrheit des Patienten ist? Wie beurteilen wir, was die Wahrheit des Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt ist? Hier ist der Ursprung der meisten divergierenden Meinungen zu finden, mit den weitestgehenden Konsequenzen für die Praxis. Bei der Beantwortung dieser Fragen lassen sich grundsätzlich zwei Ansätze unterscheiden. Einerseits eine monadische Konzeption, die dem Analytiker die Rolle eines Experten zuspricht, der das Funktionieren der Psyche des Patienten und seiner unbewußten Wurzeln „am besten kennt“, und andererseits eine dyadische Konzeption, die davon ausgeht, daß die Wahrheit in der interpersonalen und intersubjektiven Interaktion zwischen Patient und Analytiker gemeinsam konstruiert wird.

Die monadische Konzeption wird von einer Phänomenologie der psychoanalytischen Praxis nicht gestützt. Ich denke vielmehr, daß bei dieser Konzeption die Kriterien, um „das Funktionieren der Psyche des Patienten und seiner unbewußten Wurzeln“ zu evaluieren, tendentiell eher von den „Theorien“, die der Analytiker im Kopf hat, als vom Patienten ausgehen. Die dyadische

Konzeption dagegen bereitet den Analytiker darauf vor, sorgfältiger darauf zu achten, was der Patient in der Behandlung sucht, nämlich im Allgemeinen, sich besser zu fühlen, auch wenn natürlich viele Patienten dies durch eine Erweiterung der Selbsterkenntnis anstreben. Die Linderung der Symptome wird so zu einer Leitlinie bei der Wahrheitssuche des Patienten. Für Renik sollten „viele der vom Analytiker getroffenen Entscheidungen – was zu erforschen ist, wie er interveniert – davon bestimmt sein, ob der Patient therapeutischen Nutzen erfährt“ (Renik 2006, S. 26). Für Thomä und Kächele (2007, S. 662) „wird das *Junktim* nur dann erfüllt, wenn ein therapeutischer Nutzen erwiesen ist“. Für diese Autoren sollte im Mittelpunkt der Behandlungsberichte, d.h. der Vorstellungen von klinischem Material, das Aufzeigen von Veränderungen beim Patienten stehen.

Ogleich es stimmt, daß lange Zeit die Idee vorherrschte, das Ziel der Psychoanalyse sei die Suche nach der Wahrheit des Unbewußten, „läßt sich“ in den letzten Jahrzehnten „eine Neudefinition [ihres] Studienobjekts in Richtung auf die besondere von der Analytiker-Patient-Beziehung gebildete intersubjektive Figur beobachten“ (Canestri 1994, S. 1079). In diesem Sinne ist es nicht länger möglich, die Erforschung des Unbewußten von der Berücksichtigung dessen zu trennen, was Patient und Analytiker mit dieser Suche verfolgen, und was über die Betrachtung der vermuteten Wahrheit des Unbewußten hinausgeht. Um mit Sandler und Dreher (1996) zu sprechen, können wir nicht weiter ignorieren, „was Analytiker und Patienten wollen“. Die Suche nach der Wahrheit des Patienten findet nicht in einem Vakuum statt, sondern ist eingebettet in eine Beziehung zwischen zwei Personen, was uns darauf verweist, das Thema der Validierung im klinischen Kontext zu vertiefen.

Die Validierung im klinischen Kontext, das heißt innerhalb der Sitzung mit dem Patienten, ist ein ständiger und unvermeidbarer Prozeß. Wie Tuckett (1994b, S. 1162) postuliert, „ist es ein wesentlicher Teil der akzeptierten analytischen Technik, unser Verständnis und unsere Deutungen gemäß einer ständigen subjektiven Überwachung der ‚Wahrheit‘ dessen, was unserer Meinung nach vor sich geht, zu korrigieren“.



Vom Standpunkt der Validierung der psychoanalytischen Arbeit während der Sitzung aus lassen sich die klassischen Kriterien der Wahrheit, Kohärenz, Übereinstimmung und des Nutzens der Erkenntnis als Abstraktionen eines einzigen und umfassenden Validierungsprozesses betrachten, der *Beobachtung, Gespräch und Interaktion* einschließt (Kvale 1995). Um dies auf die psychoanalytische Realität anwenden zu können, muß die klassische Vorstellung der Erkenntnis als Reflexion der Wirklichkeit durch eine Konzeption ersetzt werden, in der die Erkenntnis eine gemeinsame soziale und linguistische Konstruktion der intersubjektiven Realität zwischen Patient und Analytiker ist. In der analytischen Situation interpretieren und verhandeln Analytiker und Patient fortwährend die Bedeutung der Beziehung, wobei dies zum Gegenstand der Kommunikation zwischen beiden wird. Das Gespräch wird zum ultimativen Kontext, innerhalb dessen das Erkennen zu verstehen ist (Rorty 2000). Die Wahrheit entsteht durch den Dialog, die gültige Erkenntnis tritt als Ergebnis von alternativen und im Konflikt stehenden Deutungen und Handlungsmöglichkeiten zutage, die nach den Regeln der psychoanalytischen Methode diskutiert, verhandelt und ausgesondert werden.

Im klinischen Kontext interessiert uns die Beziehung zwischen Bedeutung und Handeln, zwischen Deutung und Aktion. Wenn wir die Dichotomie zwischen Tatsachen und Werten beiseitelassen, kommt zum Thema der Wahrheit das der Ästhetik und der Ethik hinzu. Da es sich um eine soziale Konstruktion handelt, steht die Schönheit und der Gebrauchswert der konstruierten Erkenntnis im Vordergrund. So vollzieht sich eine Abwendung vom Psychoanalysemodell, das sich auf die Archäologie stützt, wo das Objekt die Entdeckung einer verborgenen Wahrheit ist, hin zu einem *architektonischen Modell*, bei dem das Entscheidende der Bau eines neuen Hauses ist. Die Betonung liegt jetzt auf der pragmatischen Überprüfung durch das Handeln. Die Frage nach dem Wert der Erkenntnis gehört nicht mehr in einen von der „wissenschaftlichen“ Erkenntnis getrennten Bereich, sondern ist intrinsisch mit der Gewinnung und Anwendung derselben verbunden.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Peter Fonagy hat vor kurzem ähnliche Gedanken formuliert: „Die psychoanalytische Theorie, wie jede andere Theorie, dient unbewußt dazu, das Handeln zu organisieren. So ist die Wahrheit einer Theorie nicht mehr als etwas zu sehen, das absolut auf ihre Beziehung zu einer äußeren Realität beschränkt ist.“

In einer analytischen Sitzung zu validieren, ist demnach ein permanenter Prozeß der Überprüfung von Hypothesen und Mutmaßungen, der Infragestellung derselben und des Vergleichs mit den Theorien und Modellen, die der Analytiker im jeweiligen Moment zur Hand hat. In diesem Prozeß wird die Kohärenz des Diskurses als solchem zu einem Validierungskriterium. Validieren bedeutet aber auch, die Erkenntnis mit dem Patienten zusammen zu überprüfen. Über den Dialog gelangen Analytiker und Patient zu Übereinstimmungen bzw. gleichen ihre Differenzen über das Beobachtete ab, über das, was für sie als „klinischer Befund“ und seine Bedeutung zu betrachten ist.

Die Validierung im klinischen Kontext wird jedoch nicht mit dem Erreichen von übereinstimmender Erkenntnis bezüglich der Beobachtungen und ihrer Bedeutungen erschöpft. Die pragmatische Validierung der Deutungen geht über die kommunikative Validierung hinaus. Das Interesse – das die praktischen Beweggründe leitet, den Patienten zu helfen, die gewünschte Veränderung zu erreichen – ist dem therapeutischen Tun inhärent. Für Freud ist ja gerade eine der Besonderheiten der Psychoanalyse, daß Forschung und Heilung Hand in Hand gehen. Während die kommunikative Validierung einen ästhetischen Aspekt beinhaltet, impliziert die pragmatische Validierung eine ethische Dimension. Für Freud war die kommunikative Validierung nicht ausreichend; das „Ja“ oder „Nein“ des Patienten auf die Intervention des Therapeuten hin war für ihn nie eine Bestätigung oder hinreichende Validierung. Er empfahl indirektere Validierungsweisen, mittels der Beobachtung von auf die Deutung folgende Änderungen im Verhalten des Patienten, wie Veränderungen bei den Assoziationen, Träumen, Auftauchen von Erinnerungen oder Wechsel der Symptome. Für Ricoeur stellt „der therapeutische Erfolg [...] ein unabhängiges Validierungskriterium dar“ (1977, S. 868). Die narrative Wahrheit wird in der therapeutischen Begegnung konstruiert, bringt die Überzeugungskraft einer „guten Geschichte“ mit sich und muß sowohl gemäß ihrem ästhetischen Wert

---

Vielmehr beruht die Gültigkeit einer Theorie auf ihrer Fähigkeit, Handeln zu ermöglichen. Die Erkenntnis ist nicht die Kenntnis [awareness] absoluter Tatsachen, sondern die Fähigkeit, ein Ziel innerhalb eines spezifischen Kontextes zu erreichen“ (Fonagy 2006, S. 83).

als auch nach der heilenden Wirkung ihrer rhetorischen Kraft beurteilt werden (Spence 1982).

Zusammenfassend bringt uns eine Untersuchung der Validierungsprozesse in der klinischen Situation zu dem Schluß, daß die Bemühung um das Verstehen eigenen und fremden klinischen Materials vor allem darin bestehen muß, die praktischen Gründe, die den Interventionen des Analytikers zugrunde liegen, und ihre Beziehung zu den beim Patienten beobachteten Veränderungen aufzudecken.

#### **4. Jenseits der ‚untrennbaren Verbindung‘: die Untersuchung der Praxis gemäß ihrem eigenen Wert**

Nach dem Entwurf einer Phänomenologie der psychoanalytischen Praxis war es notwendig, die Theorie der therapeutischen Veränderung nachzuzeichnen. Im Folgenden werde ich in einem weiteren Schritt das Kernstück der psychoanalytischen Theorie der Veränderung infrage stellen. Ich schicke die Behauptung voraus, daß die Idee des *Junktim*, das heißt, daß in der psychoanalytischen Behandlung „die Erkenntnis [...] den Erfolg [bringt], man [...] nicht behandeln [kann], ohne etwas Neues zu erfahren, man [...] keine Aufklärung [gewinnt], ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben“ (Freud 1927a, S. 293f), nicht als allgemeingültige Wahrheit aufrecht erhalten werden kann. Ich bin mir des Ernstes dieser Behauptung bewußt, bin aber überzeugt, daß die Idee des *Junktim* weder der Wirklichkeit der Praxis der Psychoanalytiker noch dem heute verfügbaren Wissen über die therapeutische Veränderung gerecht wird. Um es zu wagen, eine in Freuds Denken so zentrale These infrage zu stellen, stütze ich mich auf seine eigenen Worte, als er bewundernd über Charcot schrieb, daß dieser „niemals müde [wurde], die Rechte der rein klinischen Arbeit, die im Sehen und Ordnen besteht, gegen die Übergriffe der theoretischen Medizin zu verteidigen“ (Freud 1893f, S. 23). Im Nachruf auf Charcot erinnert sich Freud, wie einer seiner Schüler den Einwand vorbrachte, daß ein gewisser klinischer Befund nicht sein könne, da er der Theorie widerspreche. Charcot „erwiderte nicht: ‚Um so ärger für die Theorie, die Tatsachen der Klinik haben den Vorrang‘“, er schloß jedoch mit einem Satz, der

den jungen Freud tief beeindruckte: „La théorie c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister" (S. 24).

Soweit ich weiß, war der erste, der die Reichweite der Idee der untrennbaren Verbindung zwischen Erkenntnisgewinn und Heilung ausdrücklich einschränkte, ein lateinamerikanischer Psychoanalytiker. José Bleger bemerkte in seiner posthumen Schrift aus dem Jahre 1971 „Heilungskriterien und Ziele der Psychoanalyse“, daß es nicht selten sei, daß „der Patient von einer psychoanalytischen Behandlung profitiert, ohne daß er von den Beschwerden geheilt wurde, die er kurieren wollte. [...] In anderen Fällen wird als guter Fortschritt und gute Beendigung der Behandlung angesehen (wenn nichts anderes erreicht werden kann), daß der Patient seine Symptome, Irrtümer, Einschränkungen und Schwierigkeiten erkennt und akzeptiert. Das heißt, daß [...] mæeutische Ziele bzw. Ergebnisse (im Sinne von Selbsterkenntnis) und nicht die der Heilung erzielt werden" (Bleger 1973, S. 79).

Natürlich kennen wir als Kliniker auch den umgekehrten Fall, nämlich Patienten, bei denen das Ausmaß der im Laufe des Prozesses gewonnenen Selbsterkenntnis zu den erreichten symptomatischen und strukturellen Veränderungen in keinem Verhältnis steht. Die Bostoner Arbeitsgruppe zum Studium des Veränderungsprozesses (PCSG 1998, Stern 2004) bietet eine Erklärung zu diesem klinischen Befund. Sie formulieren ein Modell der Veränderung in der psychoanalytischen Therapie, das postuliert, daß die therapeutische Wirkung der Analytiker-Patient-Beziehung in den intersubjektiven und interaktiven Prozessen liegt, die zu dem führen, was sie als *implizite relationale Erkenntnis* bezeichnen. Diese stellt ein nicht symbolisches Feld dar, in Abhebung von der deklarativen, expliziten, bewußten oder vorbewußten Erkenntnis, die symbolisch in einem verbalen oder imaginären Modus repräsentiert wird. Historisch gesehen konzentrierte sich die Theorie der therapeutischen Veränderung auf die Deutung der auf der symbolischen Ebene repräsentierten intrapsychischen Dynamik und nicht auf die impliziten Regeln, die die eigenen Transaktionen mit den Anderen beherrschen. Diese Regeln sind nicht bewußt; sie sind im prozeduralen Langzeitgedächtnis festgehalten. Die verschiedenen Interaktionsmomente zwischen Patient und Therapeut

geschehen in einem sequentiellen Prozeß, welcher durch den verbalen Austausch geleitet wird, der vielfältige Interventionen einschließen kann. Der locus mutativus in der Therapie ergibt sich jedoch, wenn das Hin und Her der intersubjektiven „Verhandlung“ zu *Momenten der Begegnung* führt, in denen das Verstehen der gegenseitigen impliziten Beziehung geteilt wird und damit eine Rekontextualisierung der impliziten Beziehungserkenntnis des Patienten geschaffen wird. In diesen Momenten entsteht zwischen Patient und Analytiker ein wechselseitiges Erkennen dessen, was der Andere im Sinn hat in Bezug auf die gegenwärtige Beschaffenheit und den Zustand der gegenseitigen Beziehung. Das wechselseitige Erkennen führt Patient und Analytiker in einen Bereich, der die „professionelle“ Beziehung transzendiert, ohne sie aufzuheben, und befreit sie damit teilweise von den Schattierungen der Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung. Die geteilte Erkenntnis kann später bewußt validiert werden. Sie kann jedoch auch implizit bleiben.

Allerdings muß das von der PCSG formulierte Modell noch validiert werden; meiner Meinung nach ist die klinische und empirische Bedeutung dessen, was von ihnen „Moment der Begegnung“ genannt wird, nicht klar. Was jedoch klar ist, ist, daß die Ideen der Bostoner Gruppe über die zentrale psychoanalytische Theorie der Veränderung in der Psychoanalyse hinausgehen und auf die Rolle abzielen, die die Qualität der intersubjektiven Beziehung, das heißt die sogenannte therapeutische Allianz, als unabhängiger Heilungsfaktor in der Therapie spielt. Tatsächlich ist der Wert der Erfahrung des Patienten in der Interaktion mit dem Analytiker als prognostischer und Heilungsfaktor seit Ferenczis Zeiten anerkannt worden. Er hat jedoch in der Theorie der Veränderung nie einen Platz gehabt, der dem der Deutung und der Einsicht vergleichbar wäre, und ist auch in der zeitgenössischen Psychoanalyse noch ein umstrittenes Thema. Das folgende Zitat aus einem kürzlich erschienenen Artikel Hanna Segals belegt dies: „Die ‚Middle Group‘ [...] führte ein neues Modell der Psyche ein, abgeleitet von Ferenczi und weiterentwickelt von Balint, Winnicott und später in den USA von Kohut. Der grundlegende Unterschied zwischen diesem Modell und jenen Freuds, Kleins und ihrer Schüler besteht nicht in der Tatsache, daß es neue klinische Evidenzen berücksichtigt, sondern vielmehr in der Art, wie es von der klinischen Evidenz Gebrauch macht. Es trat

ein neues Interesse zutage, das sich auf unterschiedliche Ideen von Heilung und Veränderung richtet, die nicht auf dem Erreichen der Wahrheit beruhen und die die persönlichen Einflüsse des Analytikers [...] als integralen Bestandteil des analytischen Prozesses betrachten. Hierbei sind die Veränderungen der Technik so beschaffen, daß sie im Wesentlichen nicht mehr als analytische zu betrachten sind. Sie widersprechen der analytischen Bemühung, die Veränderung durch die Wahrheitssuche zu erreichen" (Segal 2006, S. 289f).

Obwohl die Qualität der Beziehung als Faktor der therapeutischen Veränderung nicht zum Kern der Heilungstheorie gehört, müßte man in diesem Punkt mit Freuds an Charcot angelehnten Satz antworten: „Um so ärger für die Theorie“, denn die Ergebnisse von über 50 Jahren empirischer Prozeß- und Ergebnisforschung in der Psychotherapie stützen die Idee, daß die Qualität der therapeutischen Beziehung der mächtigste Veränderungsfaktor in allen Arten von Therapie, einschließlich der psychoanalytischen, ist. Die spezifischen Interventionen, in diesem Fall die Deutung und der Gewinn von Einsicht, erklären nur einen geringen Teil von Abweichungen bei den Behandlungsergebnissen (Wampold 2001, Jiménez 2007). Vom klinischen Standpunkt aus gesehen bedeutet dies, daß die Techniken und Interventionen nicht in sich bzw. für sich wirksam sind. Es ist evident, daß die Therapie eine professionelle Beziehung ist, bei der die Qualität der persönlichen Beziehung zwischen Patient und Analytiker ein Schlüsselfaktor in der Steigerung (bzw. der Einschränkung) der Wirkung der therapeutischen Verfahren ist (Orlinsky u. Ronnestad 2005). Gewiß bedeutet das auch, daß die Bandbreite der Techniken, die erfolgreiche Analytiker anwenden, viel größer ist als das, was die offizielle Techniktheorie vorschreibt.

Im Hinblick hierauf betont Carlo Strenger: „... die Konsequenz dieser Tatsachen für die Frage der Verbindung zwischen rekonstruktiver Wahrheit und therapeutischer Wirkung scheint folgende zu sein: Die Beziehung zwischen diesen beiden Eigenheiten der Deutung ist gewiß nicht so kategorisch, wie Freud glaubte. *Die rekonstruktive Wahrheit ist weder eine notwendige noch eine ausreichende Bedingung für die therapeutische Effizienz*" (Strenger 1991, S. 140; Hervorhebung d. Verf.).

Die Besonderheit der Psychoanalyse in der *realen Praxis* der Psychoanalytiker wurde auch durch die vergleichende psychotherapeutische Forschung infrage gestellt. Ablon u. Jones (1998) haben gezeigt, daß psychoanalytische Behandlungen vielfältige Gruppen von Interventionen einschließen, bei denen die Therapeuten über die Anwendung von als psychodynamisch zu betrachtenden Strategien hinaus in signifikativem Maße auch technische Interventionen anwenden, die für gewöhnlich mit dem verhaltenstherapeutischen Ansatz assoziiert werden. Mit anderen Worten, in der Art und Weise, wie Therapeuten verschiedener Richtungen Behandlungen durchführen, scheint eine signifikante Überschneidung von theoretischen Modellen zu existieren, die vermeintlich unterschiedlichen Interventionsstrategien entsprechen. Ihre Untersuchungen sind vergleichbar mit anderen (Goldfried et al. 1998; Jones u. Pulos 1993), die eine weitgehende Überschneidung von psychoanalytischen, interpersonalen und Verhaltenstherapien festgestellt haben. Allerdings fand man auch Unterschiede zwischen den Ansätzen, zum Beispiel, daß die Verhaltenstherapie die Kontrolle der negativen Affekte mittels des Gebrauchs von Intellekt und Rationalität, kombiniert mit einer kräftigen Stimulierung, Stützung und Verstärkung seitens der Therapeuten förderte; in den psychoanalytischen Therapien dagegen lag die Betonung auf dem Hervorrufen von Affekten, im Bewußtmachen von beunruhigenden Gefühlen und der Integration von aktuellen Schwierigkeiten in die frühere Lebenserfahrung, wobei die Therapeut-Patient-Beziehung als Agens der Veränderung genutzt wird. Obgleich sich diese Untersuchungen auf Kurztherapien bezogen, können wir annehmen – solange es keine Befunde von psychoanalytischen Langzeit- und Hochfrequenztherapien gibt, die das Gegenteil beweisen – daß in letzteren ebenfalls die beschriebene Überschneidung vorliegt.

Damit befinden wir uns einem neuen Feld gegenüber, welches weitere Forschung erfordert. Zum Beispiel ist nicht klar, ob Slanders Vorstellungen bezüglich der vom Analytiker benutzten impliziten Theorien, von Fonagy

*Grundlage des impliziten psychoanalytischen Wissens*<sup>7</sup> genannt, gleichbedeutend sind mit dem impliziten Beziehungswissen der Bostoner Gruppe. Dies ist ein noch nicht ganz geklärtes Thema, das auf die Beziehung zwischen dem expliziten, deklarativen und symbolischen Wissen und dem impliziten, prozeduralen nicht symbolischen Wissen abzielt. Das letztere wird in der nonverbalen Interaktion agiert (im Sinne des *Enactment*), und ein großer Teil davon erreicht wahrscheinlich *nie* die explizite Ebene (Jiménez 2006).

Gabbard u. Westen beziehen sich auf neue Ergebnisse der systematischen Forschung in verwandten Disziplinen der Neurowissenschaften und der psychotherapeutischen Prozeß- und Ergebnisforschung, die eine Reihe von technischen Interventionen validieren, die anscheinend privat von vielen Analytikern in ihrer täglichen Arbeit angewendet werden, obgleich sie nicht Teil der offiziellen psychoanalytischen Veränderungstheorie sind. Die Autoren haben vorgeschlagen, daß wir „die Fragestellung vertagen [sollten], ob diese Techniken überhaupt analytisch sind, und uns vielmehr darauf konzentrieren [sollten], ob sie denn *therapeutisch* sind. Ist die Antwort auf diese Frage positiv, folgt daraus die Frage, wie sie [offiziell] in die psychoanalytische und psychotherapeutische Praxis integriert werden können in der Weise, die dem Patienten am meisten hilft“ (2003, S. 826; Hervorhebung im Original). Für diese Autoren muß eine moderne Theorie des therapeutischen Handelns sowohl das beschreiben, was sich verändert (die Behandlungsziele), als auch die mutmaßlich nützlichen Strategien, um diese Veränderungen herbeizuführen (die Techniken). Sie fügen hinzu, daß wir an einem Punkt angelangt sind, an dem die Theorien eines einzigen therapeutischen Aktionsmechanismus – gleichgültig, wie komplex sie sind – sich als in diesem Sinne wenig hilfreich erwiesen haben, um die Veränderung in der Richtung solcher Ziele zu erreichen, wegen der Vielfältigkeit der Veränderungsziele und der Unterschiedlichkeit effizienter Methoden.

---

<sup>7</sup> „Diese [...] theoretische Rekonstruktion hat in der öffentlichen Theorie der Psychoanalyse noch nicht stattgefunden. Sie befindet sich in einem unerforschten, irgendwie geheimnisvollen Gefäß, das man die *Grundlage des impliziten psychoanalytischen Wissens* nennen könnte“ (Fonagy 2006, S. 83; Hervorhebung im Original).



Zuletzt führt mich die Argumentation, die ich im Laufe dieses Vortrags entwickelt habe, dazu zu postulieren, daß der Moment gekommen ist, die Praxis von der Theorie zu befreien, um sie so ihrem eigenen Wert nach zu erfassen. „Wenn die Theorie von der Praxis abgekoppelt wird, könnte die Technik sich auf rein pragmatischer Basis fortentwickeln, auf der Grundlage dessen, was offensichtlich funktioniert. Die psychoanalytische Theorie des psychischen Funktionierens könnte dann der Praxis folgen und dabei integrieren, was in letzter Zeit mit Hilfe von neuen Methoden klinischer Arbeit entdeckt worden ist“ (Fonagy 2006, S. 70). *Dies ist ein methodologischer und kein epistemologischer Ansatz, denn eine vollständige Trennung von Theorie und Praxis ist unmöglich.* Dieser Ansatz besteht darin, die impliziten Minitheorien zu legitimieren, das heißt, ihnen die Möglichkeit zu geben, sich zu entfalten und zum Ausdruck zu gelangen, damit sie ihrem eigenen Wert gemäß untersucht werden können.

Dieses Forschungsprogramm ist eine Erweiterung des von Sandler in seinem Artikel von 1983<sup>8</sup> formulierten Vorschlags, denn es integriert verschiedene Arten moderner Forschung in den psychologischen Disziplinen (Jiménez 2006). Es handelt sich um die Konstruktion eines neuen Paradigmas, das auf den Prinzipien des methodologischen Pluralismus gründet und das meiner Meinung nach die Psychoanalyse aus ihrer Jahrhundertisolierung herausführen kann (Luyten, Blatt u. Corveleyn 2006). Wenn ich von systematischer Forschung in der Praxis spreche, beziehe ich mich sowohl auf die empirische Prozeß- und Ergebnisforschung als auch auf die jüngste qualitative Methodologie, die die Bewegung der wissenschaftlichen Erneuerung der *Working Parties* eingeführt hat (Canestri 2006; Tuckett et al. 2008).

Ich möchte diesen Vortrag mit einer hoffnungsvollen Botschaft abschließen: Die von der *Europäischen Psychoanalytischen Föderation* angeregte wissenschaftliche Initiative (Tuckett 2002, 2003), die das Entstehen der *Working Parties* ermöglicht hat, bietet uns eine Methodologie zum kollektiven

---

<sup>8</sup> „Es ist meine feste Überzeugung, daß die Untersuchung der impliziten privaten Theorien klinisch arbeitender Analytiker der psychoanalytischen Forschung einen sehr wichtigen neuen Weg eröffnet“ (Sandler 1983, S. 38).

Erforschen eines wichtigen Teils des Feldes des Impliziten in der psychoanalytischen Praxis. Für die Argumentation, die ich im Laufe dieses Vortrags entwickelt habe, ist es besonders bedeutsam festzustellen, daß die in den *Working Parties* zur Diskussion klinischen Materials verwendete Methodologie vom Respekt vor der folgenden Grundregel ausgeht: *Psychoanalyse ist das, was von Psychoanalytikern praktiziert wird* (Sandler 1982, S. 44), was bedeutet, daß „jeder Vortragende von der Gruppe als Psychoanalytiker angesehen wird, unabhängig davon, was er zeigt“ (Tuckett 2007, S. 1051). Meine eigene Erfahrung als Vortragender von klinischem Material während der Jahrestagung der Europäischen Föderation im März 2007 bestätigt meine Überzeugung, daß wir uns an einem Neuanfang befinden. Ich glaube fest daran, daß diese neue Art und Weise, sich der Praxis der Psychoanalytiker anzunähern, einen Kulturwandel mit sich bringt, der zu einer Neubelebung der Psychoanalyse führen wird.

## Bibliographie

- Ablon, J.S. u. E.E. Jones (1998): How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychother Res* 8, 71–83.
- Aisenstein, M. (2003): Does the Cure come as a Byproduct of Psychoanalytic Treatment? *Psychoanal Quart* LXXII, 263–273.
- Bernardi, R. (1989): The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding. *Int J Psychoanal* 70, 341–357.
- Bernardi, R. (2002): The need for true controversies in psychoanalysis: The debates on Melanie Klein and Jacques Lacan in the Rio de la Plata. *Int J Psychoanal* 83, 851–73.
- Bernardi, R. (2003): What kind of evidence makes the analyst change his or her theoretical and technical ideas? In: Leuzinger-Bohleber, M., A.U. Dreher u. J. Canestri (Hg.): *Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis*, London (IPA), 125–36.
- Bernardi, R. (2005): What after pluralism? Ulysses still on the road. *Psychoanal Inq* 25, 654–66.
- Bleger, J. (1973): Criterios de curación y objetivos del psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis APA* 30(2), 317–342.
- Brenner, C. (1982): *The Mind in Conflict*. New York (International University Press).
- Canestri, J. (1994): Transformations. *Int J Psychoanal* 75, 1079–1092.
- Canestri, J. (2006): *Psychoanalysis from practice to theory*. West Sussex (Wiley).
- Dreher, U. (2000): *Foundation for Conceptual Research in Psychoanalysis*. Psychoanalytic Monograph. London (Karnac).
- Etchegoyen, R.H. (1986): *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires (Ammorortu Editores).
- Ferrater Mora, J. (1969): *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires (Editorial Sudamericana).
- Figuera, S.A. (1994): Toward the dissection of the psychoanalyst's mind: The psychoanalytic technical superego. In: *The analyst's mind: From listening to interpretation*. London (International Psychoanalytical Association), 31–41.
- Fonagy, P. (2006): The failure of practice to inform theory and the role of implicit theory in bridging the transmission gap. In J. Canestri (Hg.): *Psychoanalysis from practice to theory*. West Sussex (Wiley), 69–86.
- Freud, S. (1893<sup>f</sup>): Charcot. *SE* III, 7–23.
- Freud, S. (1927<sup>a</sup>): Postscript to The Question of Lay Analysis. *SE* XX, 251–258.
- Freud, S. (1933<sup>a</sup>): New introductory lectures on psycho-analysis. *SE* XXII, 1–182.
- Gabbard, G.O. u. D. Westen (2003): Rethinking therapeutic action. *Int J Psychoanal* 84, 823–41.
- Goldfried, M.R., P.J. Raue u. L.G. Castonguay (1998): The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive–

- behavioral and psychodynamic–interpersonal interventions. *J Consult Clin Psychol* 66:803–10.
- Gunderson, J.G. u. G.O. Gabbard (1999): Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *J Am Psychoanal Ass* 47(3), 679–704.
- Hamilton, V. (1996): *The analyst's preconscious*. Hillsdale, NJ (The Analytic Press).
- Jiménez, J.P. (2003): A psychoanalytical phenomenology of perversion. *Int J Psychoanal* 85, 65–82.
- Jiménez, J.P. (2005): The search for integration or how to work as a pluralist psychoanalyst. *Psychoanal Inq* 25, 602–34.
- Jiménez, J.P. (2006): After pluralism: Towards a new, integrated psychoanalytic paradigm. *Int J Psychoanal* 87, 1–20.
- Jiménez, J.P. (2007): Can research influence clinical practice? *Int J Psychoanal* 88, 661–679.
- Jiménez, J.P. (2008): Theoretical plurality and pluralism in psychoanalytic practice. *Int J Psychoanal* 89, 579–599.
- Jones, E.E. u. S.M. Pullos (1993): Comparing the process in psychodynamic and cognitive–behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol* 61, 306–16.
- Luyten, P., S.J. Blatt u. J. Corveyleen (2006): Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research. *J Am Psychoanal Ass* 54, 571–610.
- Kvale, S. (1995): The social construction of validity. *Qualitative Inquiry* 1(1), 19–40.
- Mendizabal, R. (1959): *Diccionario griego-español ilustrado*. Madrid (Razón y fe).
- Orlinsky, D.E. u. M.H. Ronnestad (2005): *How Psychotherapists Develop. A study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington (American Psychological Association).
- PCSG (1998): Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. *Int J Psychoanal* 79, 903–21.
- Pulver, S.E. (1987a): How theory shapes technique: perspectives on a clinical study. Prologue. *Psychoanal Inq* 7, 141–145.
- Pulver, S.E. (1987b): How theory shapes technique: perspectives on a clinical study. Epilogue. *Psychoanal Inq* 7, 289–299.
- Renik, O. (2006): *Practical Psychoanalysis for therapists and patients*. New York (Other Press).
- Ricoeur, P. (1977): The question of proof in Freud's psychoanalytic writings. *J Am Psychoanal Ass* 25, 835–871.
- Rorty, R. (2000): Pragmatism. *Int J Psychoanal* 81, 819–823.
- Sandler, J. (1982): Psychoanalysis and Psychotherapy. The training analyst's dilemma. In: Joseph, E.D. u. R.S. Wallerstein (Hg.): *Psychotherapy. Impact on psychoanalytic training. The influence of practice and theory of psychotherapy on education in psychoanalysis*. *Int Psychoanal Assoc monograph series n. 1°*. New York (International University Press), 39–47.

- Sandler, J. (1983): Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int J Psychoanal* 64, 35-45.
- Sandler, J. u. A. U. Dreher (1996): What do psychoanalysts want? The problem of aims in psychoanalytic therapy. London (Routledge).
- Segal, H. (2006): Reflections on Truth, Tradition, and the Psychoanalytic Tradition of Truth. *American Imago* 64(3), 283-292.
- Seitz, P. F. D. (1966): The consensus problem in psychoanalytic research. In: Gottschalk, L. A. u. A. H. Auerbach (Hg.): *Method of research in psychotherapy*. New York (Appleton-Century-Crofts), 209-225.
- Spence, D. (1982): Narrative and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis. New York (Norton).
- Stern, D. N. (2004): The present moment in psychotherapy and everyday life. New York, (Norton).
- Strenger, C. (1991): Between hermeneutic and sciences: An essay on the epistemology of psychoanalysis. Madison, CT (International UP). (Psychological Issues, Monograph 59).
- Szezsödy, I. (1990): The learning process in psychotherapy supervision. Stockholm (Karolinska Institut).
- Thomä, H., J. P. Jiménez u. H. Kächele (2006): Vergleichende Psychoanalyse – textnahe klinische Forschung. In: Thomä, H. u. H. Kächele (Hg.) *Psychoanalytische Therapie. Forschung*. Heidelberg (Springer), 177-198.
- Thomä, H. u. H. Kächele (1987): *Psychoanalytic Practice. 1. Principles*. Heidelberg (Springer).
- Thomä, H. u. H. Kächele (2007): On the Basis of a New Form of Treatment Report. *Psychoanal Inq* 27 (5), 650-685.
- Tuckett, D. (1994a): The conceptualization and communication of clinical facts in psychoanalysis. Foreword. *Int J Psychoanal* 75, 865-870.
- Tuckett, D. (1994b): Developing a grounded hypothesis to understand a clinical process: the role of conceptualisation in validation. *Int J Psychoanal* 75, 1159-1180.
- Tuckett, D. (2002): The New Style Conference and Developing a Peer Culture in European Psychoanalysis. Presidential Address, Prague. *EPF Bulletin* 56, 2002.
- Tuckett, D. (2003): A Ten-Year European Scientific Initiative. Presidential Address, *EPF Bulletin* 57, 2003.
- Tuckett, D. (2006): The search to define and describe how psychoanalysts work: preliminary report on the project of the EPF Working Party on Comparative Clinical Methods. In: Canestri, J. (Hg.): *Psychoanalysis from practice to theory*. West Sussex (Wiley), 167-200.
- Tuckett, D. (2007): Wie können Fälle in der Psychoanalyse verglichen und diskutiert werden? Implikationen für künftige Standards der klinischen Arbeit. In: *Psyche – Z Psychoanal* 61, 1042-1071.
- Tuckett, D., R. Basile, D. Birksted-Breen, T. Böhm, P. Denis, A. Ferro, H. Hinz, A. Jernstedt, P. Mariotti

u.J.Schubert(2008): Psychoanalysis Comparable & Incomparable. The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches. London (Routledge).

Wampold,B.E.(2001): The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings. Mahwah, NJ (Erlbaum).