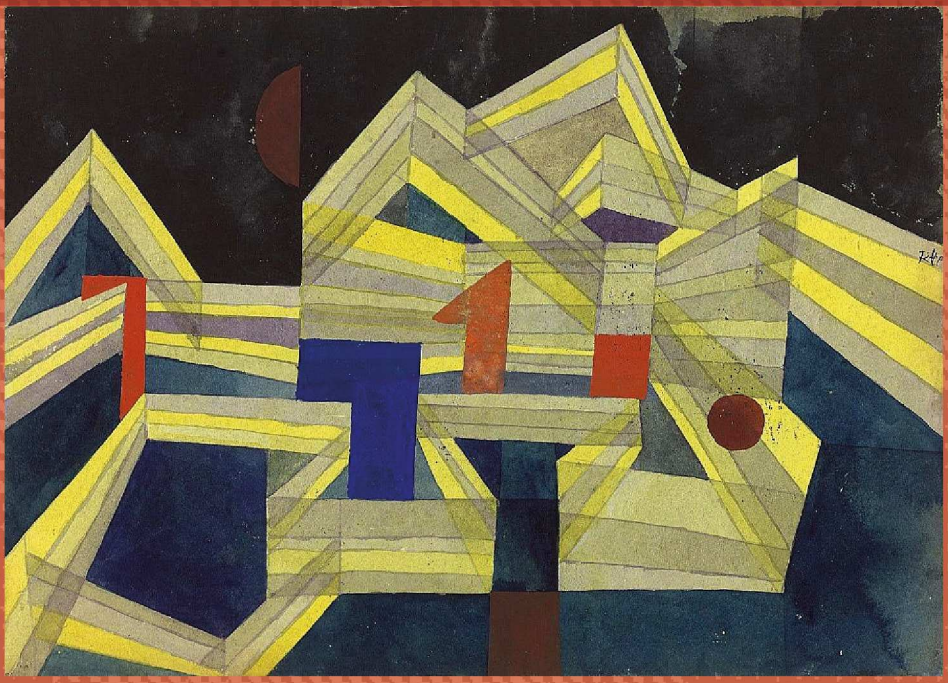
Günter Gödde

Entwicklungslinien psychodynamischer Psychotherapie

Historische Orientierung, aktuelle Situation und zukünftige Perspektiven



Psychosozial-Verlag

Günter Gödde
Entwicklungslinien psychodynamischer Psychotherapie

Das Anliegen der Buchreihe Bibliothek der Psychoanalyse besteht darin, ein Forum der Auseinandersetzung zu schaffen, das der Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft, als Human- und Kulturwissenschaft sowie als klinische Theorie und Praxis neue Impulse verleiht. Die verschiedenen Strömungen innerhalb der Psychoanalyse sollen zu Wort kommen, und der kritische Dialog mit den Nachbarwissenschaften soll intensiviert werden. Bislang haben sich folgende Themenschwerpunkte herauskristallisiert: Die Wiederentdeckung lange vergriffener Klassiker der Psychoanalyse – wie beispielsweise der Werke von Otto Fenichel, Karl Abraham, Siegfried Bernfeld, W. R. D. Fairbairn, Sándor Ferenczi und Otto Rank – soll die gemeinsamen Wurzeln der von Zersplitterung bedrohten psychoanalytischen Bewegung stärken. Einen weiteren Baustein psychoanalytischer Identität bildet die Beschäftigung mit dem Werk und der Person Sigmund Freuds und den Diskussionen und Konflikten in der Frühgeschichte der psychoanalytischen Bewegung.

Im Zuge ihrer Etablierung als medizinisch-psychologisches Heilverfahren hat die Psychoanalyse ihre geisteswissenschaftlichen, kulturanalytischen und politischen Bezüge vernachlässigt. Indem der Dialog mit den Nachbarwissenschaften wiederaufgenommen wird, soll das kultur- und gesellschaftskritische Erbe der Psychoanalyse wiederbelebt und weiterentwickelt werden.

Die Psychoanalyse steht in Konkurrenz zu benachbarten Psychotherapieverfahren und der biologisch-naturwissenschaftlichen Psychiatrie. Als das ambitionierteste unter den psychotherapeutischen Verfahren sollte sich die Psychoanalyse der Überprüfung ihrer Verfahrensweisen und ihrer Therapie-Erfolge durch die empirischen Wissenschaften stellen, aber auch eigene Kriterien und Verfahren zur Erfolgskontrolle entwickeln. In diesen Zusammenhang gehört auch die Wiederaufnahme der Diskussion über den besonderen wissenschaftstheoretischen Status der Psychoanalyse.

Hundert Jahre nach ihrer Schöpfung durch Sigmund Freud sieht sich die Psychoanalyse vor neue Herausforderungen gestellt, die sie nur bewältigen kann, wenn sie sich auf ihr kritisches Potenzial besinnt.

Bibliothek der Psychoanalyse
Herausgegeben von Hans-Jürgen Wirth

Günter Gödde

Entwicklungslinien psychodynamischer Psychotherapie

Historische Orientierung, aktuelle Situation und zukünftige Perspektiven

Psychosozial-Verlag

Für Hilde

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Originalausgabe
© 2021 Psychosozial-Verlag, Gießen
E-Mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert
oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.
Umschlagabbildung: Paul Klee, *Architektur, transparent, strukturell* (1921)
Autorenfoto auf der Umschlagrückseite: privat
Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar
ISBN 978-3-8379-3103-7 (Print)
ISBN 978-3-8379-7800-1 (E-Book-PDF)

Inhalt

Einleitung 11
Teil I: Die Anfänge psychoanalytischer Psychotherapie und ihre Nachwirkungen 14
Teil II: Der Wechsel zur »Zwei-Personen-Psychologie« und zum intersubjektiven Paradigma 15
Teil III: Das therapeutische Konzept der »Lebenskunst« – eine neue Perspektive 16
Teil IV: Zu Gegenwart und Zukunft der psychodynamischen Psychotherapie 16

Teil I
Die Anfänge psychoanalytischer Psychotherapie und ihre Nachwirkungen

1 Der Weg zur Konzeption des »dynamisch Unbewussten« 21
Charcots neurologisches Paradigma der Hysterie 23
Pierre Janets psychologische Annäherung an unbewusste Prozesse 29
Breuers Beitrag zur Hysterie-Forschung und seine Grenzen 32
Die Wende vom neurologischen zum psychologischen Paradigma 36
Freuds Weichenstellung zur Psychologie des Unbewussten 40

2 Von der kathartischen Therapiemethode zum psychoanalytischen Verfahren 45
Die Anfänge der modernen Psychotherapie 46
Das Ursprungsmodell einer kathartischen Psychotherapie 49

Jacob Bernays' Katharsis-Interpretation
als Basis für das kathartische Therapiemodell 52
Die Grundregeln freier Assoziation
und gleichschwebender Aufmerksamkeit 55
Der Übergang von einer »ekstatischen«
zu einer »asketischen« Methode 58
Das Fortwirken des Heilfaktors Katharsis bei Ferenczi
und seinen Nachfolgern 61
Vom »Rapport« zur »Übertragung« –
Phänomene intensiver Gefühlsbeziehung 63

3 Freuds Therapie-Metaphern und ihre Botschaften 67
Zur Bedeutung der Metaphern des therapeutischen Erkennens 70
Therapie-Metaphern in den Frühschriften zur Hysterie 73
Therapie-Metaphern in den Schriften zur Behandlungstechnik 75
Therapie-Metaphern aus verschiedenen kulturellen Sphären 79
Therapie-Metaphern im Wandel – *open to revision* 80

Zwischenfazit I: Zur Aktualität von Sigmund Freud 84

Teil II
**Der Wechsel zur »Zweipersonen-Psychologie«
und zum intersubjektiven Paradigma**

**4 Die Weichenstellung zur therapeutischen Beziehung
als zentralem Therapiefokus** 89
Zur Polarität von »Einsichts-« und »Erlebnistherapie« 90
Von der intrapsychischen Konzeption des Unbewussten
zum Beziehungsparadigma 92
Wende zum sozial-konstruktivistischen Paradigma
der Übertragung 99
Die Bedeutung der Bindungs-, Mentalisierungs-, Säuglings-
und Kleinkindforschung für die intersubjektive Orientierung 102
Weitere Entwicklungsschritte
zum intersubjektiven Paradigma 112
Wechselseitige Anerkennung als intersubjektives Konzept 116
Zur Pluralität der psychodynamischen Konzepte 122

5 Der Takt als emotionaler Beziehungsregulator im therapeutischen Prozess 125
Der therapeutische Takt – ein Randthema im öffentlichen Diskurs 126
Der therapeutische Takt als Basiskompetenz der Deutungs- und Beziehungskunst 128
Empathie-Mängel im Kontext der »psychoanalytischen Situation« 132
Taktprobleme in der Therapeut-Patient-Beziehung aus intersubjektiver Sicht 134
Stufen der emotionalen Annäherung und Beziehungsgestaltung im therapeutischen Prozess 139
Familienähnlichkeit zwischen Takt und »Handhabung der Übertragung« 143
Der Takt als emotionaler Beziehungsregulator 145
Auseinandersetzung mit ethischen Maßstäben 146

6 Zwei Fälle von Depression und Unsicherheit aus therapeutischer Sicht 149
Erste Eindrücke von beiden Patienten 150
Lebensgeschichtliche Aspekte 152
Einschätzung der Unterschiede 154
Erfahrungen in der Therapie 155
Vergleich in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht 157
Der anthropologische Grundkonflikt zwischen Selbst- und Objektbezogensein 159

Zwischenfazit II: Zur Bedeutung der intersubjektiven Wende 163

Teil III
Das therapeutische Konzept der »Lebenskunst« – eine neue Perspektive

7 Lebenskunst als »implizites Konzept« der psychodynamischen Psychotherapie 169
Der aktuelle Diskurs über Lebenskunst 170
Die Kluft zwischen Theorie und Praxis in der psychodynamischen Psychotherapie 173
Behandlungstechnik versus Behandlungskunst 175

Fall-Konstellationen 177
Die implizite Verwendung von Lebenskunst-Konzepten in der psychodynamischen Psychotherapie 181
Implizite Lebenskunstkonzepte des Therapeuten – ein Fallbeispiel 183
Nähe zur existenziellen Psychotherapie 187

8 Erinnern und Vergessen als therapeutische Lebenskunst 191
Freuds Fokussierung auf das Erinnern 192
Nietzsches Fokussierung auf das Vergessen 198
Kunst des Erinnerns und Vergessens in der Psychotherapie 202
Ein therapeutisches Zwei-Stufen-Modell von Erinnern und Vergessen 205

9 Selbstsorge in der psychodynamischen Therapie – ein Fallbeispiel 207
Erschütterung des Selbst durch eine Krise 208
Lebensgeschichtlicher Rückblick 210
Exploration und Experiment in der Therapie 211
Erweiterung der Optionen und Vorbereitung einer Wahl 213
Umsetzung in die Lebenspraxis 217
Integration in einen neuen Lebensentwurf 221
Bezüge zu einer »kritischen Lebenskunst« 223

Zwischenfazit III: Zur therapeutischen Relevanz des Lebenskunstkonzepts 226

Teil IV
Zu Gegenwart und Zukunft der psychodynamischen Psychotherapie

10 Zur wissenschaftlichen und philosophischen Orientierung in der psychodynamischen Therapie 231
Das Problemfeld Wissenschaft 232
Szientismus versus Hermeneutik 235
Psychologie als »empirische Geisteswissenschaft« 237
Psychologie als Wissenschaft der »Komplementarität« 240

Die Frage nach dem Wissenschaftsstatus der Psychoanalyse 242
Der Einfluss der Wissenskulturen 247
Medizinisches versus sozialwissenschaftliches Therapiemodell 248
Wissenschaft und Profession: Nebeneinander statt Hierarchie 250
Keine Wissenschaft und Therapeutik ohne Philosophie 253
Philosophie als kritischer Gegenpart der Wissenschaften 256
Zur Bedeutung impliziter philosophischer Konzepte für die Therapeutik 259

11 Entwicklungslinien und Perspektiven der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie 261
Zur Vorgeschichte der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie 261
Einführung der TP als eigenständiges Richtlinienverfahren für Ärzte (1967) 264
Anerkennung der TP als eigenständiges Richtlinienverfahren für Psychologen (1998) 265
Die erste Konzeptualisierung der TP nach Einführung der Psychotherapie-Richtlinien 267
Die weitere Konzeptualisierung der TP nach Erlass des Psychotherapeutengesetzes 268
Unterschiede zwischen TP und AP im Rahmen der Therapie-Richtlinien 271
Kritische Auseinandersetzung mit der Abgrenzung zwischen TP und AP 272

12 Psychodynamische Psychotherapie im Spannungsfeld von gleichschwebender Aufmerksamkeit und Fokussierung 279
Freuds Empfehlung der »gleichschwebenden Aufmerksamkeit« als Ausgangspunkt 280
Gleichschwebende Aufmerksamkeit als ästhetische Erfahrung 281
»Hören mit dem dritten Ohr« 282
Charakteristika unterschiedlicher Modi des Hörens 284
Die Grenzen freier Assoziation und gleichschwebender Aufmerksamkeit 287
Vernachlässigung und Unterbewertung des fokalen Erkenntnismodus 288

Psychodynamischer Therapieprozess mit wechselnden Foki 290
Die Kunst der Beschreibung
und der »Standpunkt der Standpunktlosigkeit« 292

**Abschließende Diskussion –
zur Kontroverse zwischen Tiefenpsychologisch fundierter
und Analytischer Psychotherapie** 297

Danksagung 303

Literatur 307

Abbildungsnachweise 331

Einleitung

»Psychodynamische Psychotherapie« gilt in Deutschland als Oberbegriff für die beiden »psychoanalytisch begründeten« Richtlinienverfahren der Tiefenpsychologisch fundierten (TP) und der Analytischen Psychotherapie (AP).[1] Dieser Begriff ist international gebräuchlich und stellt explizit auf das zentrale Konzept der »Psychodynamik« bzw. des »dynamischen Unbewussten« ab, findet aber selbst in den angloamerikanischen Ländern und auch in Deutschland unterschiedliche Verwendung. Während die Psychotherapierichtlinien von zwei psychodynamischen »Verfahren« ausgehen, betrachtet der »Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie der Bundesärzte- und Bundespsychotherapeutenkammer« TP und AP nur als zwei »Methoden« eines Verfahrens.

Zwischen den Vertretern beider Therapierichtungen bestehen erhebliche Differenzen, die bisher kaum öffentlich ausgetragen wurden und als unaufgelöste Spannungen und Konflikte spürbar sind. Auf einem TP-Tag der DGPT am 23. Januar 2021 wurde deutlich, dass viele psychodynamisch orientierte Kolleginnen und Kollegen eine *Auseinandersetzung auf Augenhöhe* sehr begrüßen würden, einerseits um die nach wie vor bestehende Hierarchisierung und Konkurrenz im Innenverhältnis abzubauen, andererseits um im Außenverhältnis zur Verhaltenstherapie und zur empirischen Therapieforschung an den Universitäten nicht noch mehr ins Hintertreffen zu geraten.

Während sich die AP an den Essentials des psychoanalytischen Standardverfahrens wie dem Liegen auf der Couch, der Förderung der Regression, der Zentrierung auf die Übertragung und dem Behandlungsziel

1 Für die Tiefenpsychologisch fundierte und die Analytische Psychotherapie werde ich des Öfteren die Abkürzungen »TP« und »AP« verwenden; wenn ich von »Analytikern«, »Therapeuten« und »Patienten« u.ä. spreche, sind alle Geschlechter gemeint.

der strukturellen Persönlichkeitsveränderung orientiert, arbeitet die TP sowohl mit einem anderen Setting, dem Gegenübersitzen mit Blickkontakt und einer niedrigeren Behandlungsfrequenz, als auch mit einer modifizierten Arbeitstechnik, einem stärkeren Akzent auf der Fokussierung, einer stärkeren Gewichtung der Außen- neben der Binnenübertragung und einer Eingrenzung der Behandlungsziele. Bei einer solchen Abgrenzung ist aber Vorsicht geboten, damit nicht Trennungslinien gezogen werden, die die Auseinandersetzung zwischen TP und AP unnötig erschweren.

Der Position der AP entspricht es eher, von einem *Kontinuum mit gleitenden Übergängen* auszugehen, während die TP eher dazu tendiert, ihr Verfahren als eine *qualitativ von der analytischen Psychotherapie unterschiedene und eigenständige Behandlungsform* zu betrachten. Was dieser Unterschied im Einzelnen bedeutet, wird in den Kapiteln 11 und 12 eingehend untersucht und abschließend nochmals zur Diskussion gestellt.

Die TP wurde 1967 in die Kassenversorgung der BRD eingeführt, um eine Alternative zur hochfrequenten Langzeitanalyse anzubieten. An den psychoanalytischen Instituten wurde sie jedoch bis zum Erlass des Psychotherapeutengesetzes von 1998 nur als integraler Bestandteil der psychoanalytischen Weiterbildung betrachtet. So konnten Psychologen eine TP-Ausbildung nur in Kombination mit der analytischen Ausbildung – im Rahmen einer »verklammerten« Ausbildung – absolvieren und waren nach abgeschlossener Ausbildung darauf angewiesen, dass Ärzte ihnen per »Delegation« Patienten überwiesen. Da die Meinung vorherrschte, für die TP bedürfe es keiner gesonderten Ausbildung, wurde sie als eigenständiges Verfahren weitgehend vernachlässigt.

In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse des Forschungsprojekts »Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project« (STOPP), an dem mehr als 700 teils in Psychoanalysen, teils in psychodynamischen Therapien behandelte Patienten beteiligt waren, aufschlussreich (Sandell et al., 1999; Sandell, 2001). Die Therapeuten ließen sich in drei Untergruppen einteilen: Eine erste Gruppe richtete sich in erster Linie an den Idealen der klassischen psychoanalytischen Behandlungstechnik, also betont am Abstinenzprinzip und an den Werten von Neutralität und Einsicht aus. Die beiden anderen als »eklektisch« bezeichneten Gruppen, die sich hauptsächlich hinsichtlich der Dimension Offenheit unterschieden, orientierten sich zusätzlich an Idealen wie Unterstützung, Freundlichkeit und persönliche Zuwendung. Überraschend war, dass Therapeuten, die zum Cluster der »klassischen Analyse« gehörten, bei ihren Analysepatien-

ten erfolgreich waren; bei ihren Psychotherapiepatienten erzielten sie hingegen »signifikant *schlechtere* Ergebnisse« im Hinblick auf Symptomreduzierung und Kohärenzgefühl als Therapeuten mit einem der eklektischen Cluster. Sandell zog aus den empirischen Befunden die »klare Folgerung«, dass »es zwischen Psychotherapie und Analyse große und wichtige Unterschiede gibt«, und weiter, dass (Tiefenpsychologisch fundierte) Psychotherapien »nicht im klassisch analytischen Stil durchgeführt werden« sollten. Bei niedriger Behandlungsfrequenz sei »eine klassisch analytische Haltung dysfunktional« (Sandell, 2001, S. 487f.). Andererseits zeigte die Sandell-Studie auch, dass mit analytischen Langzeittherapien nachhaltigere Therapieerfolge zu erzielen sind – auch *nach* Abschluss der Behandlung. Die Nachhaltigkeit therapeutischer Wirkungen scheint in einer Korrelation mit der Dauer einer Therapie zu stehen.

Angesichts der wachsenden Bedeutung der TP sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung entschloss man sich bei Erlass des Psychotherapeutengesetzes dazu, sie neben der Verhaltenstherapie (VT) und der Analytischen Psychotherapie als *eigenständiges* Richtlinienverfahren mit eigenen Regeln anzuerkennen, sodass sie seither auch innerhalb spezieller Ausbildungsinstitute vermittelt werden kann. In den letzten 20 Jahren ist die AP aus ihrer Vormachtstellung gegenüber der TP verdrängt worden. Ihr Anteil an der Kassenärztlichen Versorgung mit Psychotherapien liegt nur noch bei etwa 5 Prozent, der der TP hingegen bei ungefähr 45 Prozent.

Bei aller Unterschiedlichkeit ist doch eine grundlegende Übereinstimmung und Verwandtschaft zwischen TP und AP anzunehmen, da beide Verfahren an der unbewussten Konflikt- und Strukturdynamik, der Beziehungserfahrung im Hier und Jetzt, der Selbsterforschung im Rahmen der therapeutischen Beziehung und der aufdeckenden Vorgehensweise ausgerichtet sind. Eine deutliche Kluft besteht zu Verfahren, die als einseitig stabilisierend, »zudeckend« oder nur »stützend« zu bezeichnen sind. Angesichts der nachgewiesenen Bedeutsamkeit supportiver oder stützender Elemente in der TP und gleichermaßen in der AP kann es allerdings von Vorteil sein, je nach individuellem Fall mehr analytisch-aufdeckend oder supportiv vorzugehen und mit dieser methodischen Flexibilität ein breites Spektrum von Patienten zu behandeln. Und doch: Werden wesentliche Konflikt- und Strukturthemen nicht genügend analysiert, so besteht die Gefahr, dass sich Therapeut und Patient mit einer »Psychotherapie auf Abwehrniveau« arrangieren und die irrational-unbewussten Anteile des

Psychischen mehr oder weniger unbearbeitet lassen. Die psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten sind sich darüber einig, dass ihre Patienten auf individuell unterschiedliche Art Zeit benötigen, um neue Beziehungserfahrungen zu machen und sie so zu integrieren, dass sie ihnen auch in kritischen Lebenssituationen Halt und Sicherheit geben.

Seit ihren Anfängen im psychoanalytischen Standardverfahren durchläuft die psychodynamische Psychotherapie eine spannungsreiche Entwicklung. In den vielfältigen Auseinandersetzungen zwischen der Tiefenpsychologisch fundierten und der Analytischen Psychotherapie sowie im Verhältnis zur Verhaltenstherapie fordert sie mit ihrem weiten Behandlungsspektrum und ihrer Bedeutung für die psychotherapeutische Versorgung (etwa die Hälfte aller Fälle!) zu einer historischen Einordnung, einer aktuellen Bestandsaufnahme sowie einem perspektivischen Ausblick heraus. Das vorliegende Buch konzentriert sich selektiv auf vier *Entwicklungslinien*.

Teil I: Die Anfänge psychoanalytischer Psychotherapie und ihre Nachwirkungen

Die Anfänge von Sigmund Freuds psychoanalytischer Forschungs-, Therapie- und Denkwelt reichen in die 1880er und 1890er Jahre zurück. Eines seiner Verdienste war es, in kritischer Auseinandersetzung mit Jean-Martin Charcot, dessen Mitarbeiter Pierre Janet und seinem wissenschaftlichen Kollegen und Mentor Josef Breuer die Wende von einem neurologischen zu einem *psychodynamischen Paradigma* der Hysterie und ihr zugrunde liegender unbewusster psychischer Prozesse vollzogen zu haben (Kapitel 1).

Die von Breuer und Freud initiierte kathartische Psychotherapie war »der unmittelbare Vorläufer der Psychoanalyse und trotz aller Erweiterungen der Erfahrung und aller Modifikationen der Theorie immer noch als Kern in ihr enthalten« (Freud, 1924, S. 409). Für die Entwicklung zum psychoanalytischen Behandlungsverfahren waren die Erkenntnisse der Konflikt- und Abwehrdynamik, der Übergang von einer »ekstatischen« zu einer »asketischen« Methode, die beiden Grundregeln von »freier Assoziation« und »gleichschwebender Aufmerksamkeit« sowie die Handhabung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand maßgeblich (Kapitel 2).

Sehr aufschlussreich für Freuds Positionierung als forschender Psychotherapeut ist die große Variabilität seiner Metaphern, die sich auf den Psy-

chotherapeuten und sein therapeutisches Handeln beziehen: Sie reichen vom Archäologen und Chirurgen über den Beichthörer, Erzieher, Lehrer, Künstler bis zum Detektiv, Bergführer und weltlichen Seelsorger. Da sie teilweise fragwürdig, ja irreführend erscheinen, bedarf es heute sowohl ihrer Neuinterpretation als auch neuer Leitmetaphern wie des »intermediären Raums« (Donald W. Winnicott) oder des »intersubjektiven Feldes« (Antonino Ferro) (Kapitel 3).

Teil II: Der Wechsel zur »Zwei-Personen-Psychologie« und zum intersubjektiven Paradigma

Freuds Nachfolger haben sich nicht gescheut, den von ihm angestrebten und mit großer Konsequenz und Leidenschaftlichkeit bewahrten *common ground* der psychoanalytischen Theorie und Praxis zu verlassen und eine Pluralität von Theoriesystemen und Therapiekonzeptionen zu entwickeln. Dabei knüpften Objektbeziehungstheoretiker wie etwa Michael Balint, Donald W. Winnicott, Helmut Thomä und Horst Kächele an Sándor Ferenczis »Therapie der emotionalen Erfahrung« an und gingen von einer nur auf den Patienten bezogenen »Eine-Person-« zu einer »Zwei-Personen-Psychologie« unter Einbeziehung des Therapeuten über. Im Rahmen eines neuen »Beziehungsparadigmas« wurden Übertragung und Gegenübertragung nunmehr interaktionell gesehen (Paula Heimann, Merton Gill, Heinrich Racker u. a.). Je stärker der Anteil des Therapeuten gewichtet wurde, desto mehr gingen intersubjektiv und relational orientierte Psychotherapeuten (Stephen Mitchell, Jessica Benjamin, Robert Stolorow, Donna Orange u. a.) von einer »Wechselseitigkeit« in der therapeutischen Beziehung aus, bis man von einer »intersubjektiven Wende« *(relational turn)* in der Psychoanalyse zu sprechen begann. Von maßgeblicher Bedeutung für diese therapeutische Neuorientierung in der psychodynamischen Therapie waren die Forschungsergebnisse der Bindungs- (John Bowlby, Mary Ainsworth u. a.), Mentalisierungs- (Peter Fonagy, Mary Target u. a.) und Säuglings- und Kleinkindforschung (Daniel Stern, die »Boston Change Process Study Group« u. a.) (Kapitel 4).

Dass die Auseinandersetzung mit dem »therapeutischen Takt« lange Zeit vernachlässigt wurde, deutet auf strukturelle Probleme in der Geschichte der psychoanalytischen Behandlungstechnik und -kunst hin. In einem intersubjektiven Bezugsrahmen betrachtet, ging und geht es dabei

um die Handhabung der »psychoanalytischen Situation«, die für beide Seiten Belastungen mit sich bringt und einer spezifischen – intersubjektiven – Regulierung bedarf (Kapitel 5).

Anhand von Fällen aus der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie werden zwei gegensätzliche Formen von Depression und Unsicherheit miteinander verglichen und mithilfe des Konzepts der »Bipolarität zwischen selbst- und objektbezogenen Tendenzen« (Stavros Mentzos) beleuchtet (Kapitel 6).

Teil III: Das therapeutische Konzept der »Lebenskunst« – eine neue Perspektive

Im Anschluss an den aktuellen Diskurs der philosophischen Lebenskunst (Michel Foucault, Wilhelm Schmid u. a.) wird die Frage aufgeworfen, welcher Stellenwert dem Konzept der Lebenskunst in der therapeutischen Praxis beizumessen ist. Sodann wird die Bedeutung des »impliziten Konzepts« der Lebenskunst näher betrachtet und anhand eines Fallbeispiels verdeutlicht. Die Nähe der therapeutischen Lebenskunst zur existenziellen Psychotherapie (Irvin Yalom, Ralf T. Vogel) ist unverkennbar (Kapitel 7).

Der Umgang mit Erinnern (Freud) und Vergessen (Nietzsche) birgt implizite Konzepte einer therapeutischen Lebenskunst in sich, die nicht gegeneinander ausgespielt, sondern in einem Zwei-Stufen-Modell nutzbar gemacht werden (Kapitel 8).

In einem ausführlichen Fallbeispiel werden dann fünf Stufen eines lebenskunstorientierten Therapieprozesses der »Selbstsorge« beschrieben, die von den aktuellen Problemen eines Patienten und seiner Entwicklung in Kindheit und Jugend über die in der Therapie möglich werdende Erweiterung von Wahrnehmungsmöglichkeiten und Handlungsoptionen bis hin zur Umsetzung dieser Optionen in die Lebenspraxis und zur Herausarbeitung eines neuen Lebensentwurfs reichen (Kapitel 9).

Teil IV: Zu Gegenwart und Zukunft der psychodynamischen Psychotherapie

Zu den Problemfeldern der psychodynamischen Psychotherapie gehören Fragen nach Modellen und Maßstäben für Wissenschaftlichkeit (Hans-

Jörg Rheinberger), nach dem Verhältnis von Hermeneutik und Szientismus (Wolfgang Detel), nach der einseitigen Rezeption Wilhelm Wundts im Sinne einer Verleugnung seiner geisteswissenschaftlichen und philosophischen Orientierung sowie der befreienden Idee einer *Komplementarität* in der wissenschaftlichen Psychologie (Jochen Fahrenberg). Weiterhin geht es um den umstrittenen Wissenschaftsstatus der Psychoanalyse (Alfred Lorenzer), den nicht zu unterschätzenden Einfluss von »Wissenskulturen«, den Gegensatz zwischen einem *medizinischen* und *kontextuellen* Modell von Psychotherapie (Bruce Wampold) sowie um eine *Professionstheorie* der Psychotherapie (Michael B. Buchholz). Die professionelle Psychotherapie sollte die Bestrebungen der Psychotherapieforschung unterstützen, sich aber auch *kritisch* mit deren Maßstäben von Wissenschaftlichkeit auseinandersetzen und sich nicht unnötige und sinnwidrige Beweislasten aufbürden lassen. In diesem Kontext stellt sich auch die Frage, ob die Psychotherapie eines Brückenschlags zur Philosophie bedarf und welche Bedeutung *impliziten philosophischen Konzepten* in der Therapeutik beigemessen werden kann (Kapitel 10).

Im Weiteren werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Verfahren der Tiefenpsychologisch fundierten und der Analytischen Psychotherapie in ihren historischen und aktuellen Dimensionen dargestellt. Daraus ergibt sich die Folgerung, dass es zwischen TP und AP dringend einer Auseinandersetzung auf Augenhöhe bedarf. Sowohl der universitäre und der gesundheitspolitische Kontext als auch der »Zeitgeist der Effizienz« haben zu einer bedenklichen Machtakkumulation der VT beigetragen. Andererseits gibt es eine so große Bandbreite psychotherapeutischer Methoden, die sich unter dem gemeinsamen Dach der psychodynamischen Verfahren versammelt haben, dass der Blick in die Zukunft der psychodynamischen Therapie und Ausbildung nicht frei von Skepsis ist (Kapitel 11).

Eine bis heute anhaltende Kontroverse bezieht sich auf die Polarität zwischen einer Grundhaltung *gleichschwebender Aufmerksamkeit* und einer unumgänglichen *Fokussierung* des therapeutischen Prozesses. Mit der ersteren werden spezifische Momente einer therapeutischen Haltung angesprochen, die in der Philosophie als ästhetische Erfahrung der Muße thematisiert werden. Ihre Bedeutung geht über die einer zugleich rezeptiven und präsenten Grundhaltung hinaus, da sie ein intersubjektives Feld eröffnet, von dem maßgebliche Therapiefaktoren wie Vertrauen, Verstehen und Verständigung abhängig sind. Dennoch kommt der Therapeut nicht

umhin, sich mit seiner gleichschwebenden Aufmerksamkeit »niederzulassen« und auf bestimmte Fokusse zu konzentrieren, um die sich in der Übertragung und Gegenübertragung herauskristallisierenden Konflikte und Strukturdefizite mit dem Patienten »durcharbeiten« zu können (Rolf Klüwer) (Kapitel 12).

In der »abschließenden Diskussion« geht es um Hoffnungen und Befürchtungen hinsichtlich der Zukunft der psychodynamischen Psychotherapie.

Teil I

Die Anfänge psychoanalytischer Psychotherapie und ihre Nachwirkungen

Abbildung 1: Paul Klee, *Katharsis* (1937)

1 Der Weg zur Konzeption des »dynamisch Unbewussten«[2]

In der Geschichte der Psychiatrie kam es im 18. und 19. Jahrhundert zu einer Ablösung von religiösen Deutungsmustern wie Versündigung, Teufelsbesessenheit und Gottesstrafe. In diesem Prozess kann man von drei Phasen ausgehen: Einer Phase der *Säkularisierung* in der Epoche der Aufklärung folgte im 19. Jahrhundert eine *Medizinalisierung* und im Weiteren eine *Verwissenschaftlichung* der Medizin und speziell der therapierelevanten, damals aber noch relativ unverbundenen Disziplinen Psychiatrie und Neurologie (Foucault, 1989 [1961]).

In diesem Kontext ist auch die Entwicklung Sigmund Freuds als Begründer einer neuen Wissenschaft vom Unbewussten und einer eigenen Therapieform – des psychoanalytischen Standardverfahrens – zu sehen. Als 17-Jähriger begann er 1873 mit dem Medizinstudium, um Forscher im Fach Biologie zu werden. Als 20-Jähriger trat er in Ernst Brückes physiologisches Laboratorium ein und widmete sich dort histologischen Forschungen an Fischen und Flusskrebsen. Seinen ursprünglichen Wunsch, eine Universitätskarriere als Forscher zu machen, musste er mit Rücksicht auf seine schlechte materielle Lage aufgeben. Sie hätte es ihm nicht erlaubt, mit seiner Verlobten Martha Bernays eine Familie zu gründen. Daher absolvierte er von 1882 bis 1885 eine dreijährige ärztliche Ausbildung am Wiener Allgemeinen Krankenhaus und spezialisierte sich auf das Fach

2 Gekürzte und bearbeitete Fassung der beiden Aufsätze »Charcots neurologische Hysterietheorie. Vom Aufstieg und Niedergang eines wissenschaftlichen Paradigmas« (1994). In *Luzifer-Amor, Zeitschrift für Geschichte der Psychoanalyse*, 7(14), 7–53; und »Freuds Entdeckung des »dynamischen« Unbewussten im Kontext seiner Hysterieforschung« (2009b). In C. v. Braun, D. Dornhof & E. Johach (Hrsg.), *Das Geschlecht des Unbewussten. Störung der Wissensordnung und Antrieb der Wissensproduktion* (S. 44–61). Bielefeld: transcript (Wiederverwendung mit Genehmigung durch den transcript-Verlag [2021]).

Neuropathologie. Im August 1885 schloss er als 29-Jähriger seine klinische Ausbildung und kurz danach seine Habilitation ab.

Im Winter 1885/1886 verbrachte Freud einen viermonatigen Studienaufenthalt bei dem berühmten Neurologen Jean-Martin Charcot an der Pariser Klinik Salpêtrière. Er war damals noch ein typischer Organmediziner, dessen Herz für die Labormedizin schlug. Der Studienaufenthalt bei Charcot erwies sich dann, für ihn selbst überraschend, als eine Wende in seiner beruflichen Orientierung: von der reinen Körpermedizin zu einer Auseinandersetzung mit Phänomenen der Hypnose, der Hysterie und anderer Neurosen.

Nach seiner Rückkehr aus Paris gründete er im Herbst 1886 eine neurologische Praxis, in der die Behandlung von Neurosen wie Hysterien, Angst- und Zwangsneurosen eine zunehmend größere Rolle spielte und ihn dazu drängte, nach neuartigen Formen von »Psychotherapie« zu suchen. Die Entdeckung unbewusster psychischer Vorgänge und die daraus erwachsende Konzeption eines *dynamisch Unbewussten* stehen am Anfang der psychoanalytischen Therapie als einer ersten Form *psychodynamischer* Behandlung.

Nach der Eröffnung seiner neurologischen Praxis hing in Freuds Behandlungszimmer eine Reproduktion des Ölgemäldes von André Brouil-

Abbildung 2: André Brouillet, *Une leçon de Charcot à la Salpêtrière* (1887)

let, die Charcot bei einer seiner Falldemonstrationen vor einem großen Auditorium zeigt. Das noch heute in einem Pariser Museum zu besichtigende Bild trägt den Titel *Eine klinische Lektion an der Salpêtrière* und ist im Original 4,30 Meter breit und 2,90 Meter hoch (Signoret, 1983). Dieser im 19. Jahrhundert entwickelte Typ von Gemälde sollte der Huldigung an die naturwissenschaftliche Revolution und deren große Repräsentanten dienen. In Charcot sah und bewunderte man den Mitbegründer der modernen Neurologie und den »Napoleon der Neurosen«. Besonderes Aufsehen erregten seine hypnotischen Experimente und seine Hysterieforschung.

Charcots neurologisches Paradigma der Hysterie

Die Erforschung der Hysterie galt in der öffentlichen Meinung stets als Haupterfolg Charcots und seiner Schule der Salpêtrière. Diese neurologische Forschungsgemeinschaft schien, im Einklang mit den positivistischen Wissenschaftsstandards des 19. Jahrhunderts stehend, die Naturgesetzmäßigkeiten dieser rätselhaften Krankheit genauestens empirisch erforscht und in einer neurologischen Theorie »endgültig« erfasst zu haben. Charcot selbst war nach Freuds Einschätzung »des Sieges seiner Lehren von der Hysterie vollkommen sicher« und wiederholte bei verschiedenen Gelegenheiten, »die Hysterie sei allerorten und zu allen Zeiten die nämliche« (Freud, 1893, S. 33).

Auf Brouillets Gemälde wird eine hysterische Patientin in einen somnambulen Zustand versetzt, um mit ihr ein hypnotisches Experiment durchzuführen. Diese Inszenierung vor seinen wissenschaftlichen Mitarbeitern verschafft uns einen unmittelbaren und sehr charakteristischen Eindruck von jener Forschungsgemeinschaft, die gegen Ende des 19. Jahrhunderts aufgrund ihrer beeindruckenden Produktivität als ein »Tempel der Wissenschaft« galt (Ellenberger, 1985 [1973], S. 143ff.; Micale, 1985, S. 709ff.). Sie hat nicht nur in der Geschichte der Neurologie, sondern auch – über Charcots Schüler Pierre Janet und Sigmund Freud – in der Geschichte der psychodynamischen Psychotherapie ihre Spuren hinterlassen.

Brouillet hat sein Gemälde einer Fotografie exakt nachgebildet. Das Medium der Hypnose war Blanche Wittman, die als »Königin der Hysterikerinnen« an der Salpêtrière bezeichnet wurde, da sie eine herausgehobene Rolle als Vorzeigeobjekt spielte. Sie stammte aus einer psychisch

schwer belasteten Unterschichtsfamilie. Im Alter von 12 Jahren hatte sie erstmals Ohnmachtsanfälle erlitten. Drei Jahre später begann sie als Näherin zu arbeiten und machte zu dieser Zeit ihre ersten sexuellen Erfahrungen. Nachdem sie wegen ihrer Anfälle ihre Arbeit verloren hatte, kam sie mit 15 Jahren in die Salpêtrière. Bei den hypnotischen Experimenten Charcots avancierte sie bald zu einer berühmten Versuchsperson. Blanche wurde häufig vorgeführt, gezeichnet und fotografiert und ist – ähnlich wie Augustine, eine andere Lieblingspatientin Charcots und spätere Kultfigur der Surrealisten – auch auf vielen Bildern in der »Iconographie photographique de la Salpêtrière« zu sehen (Didi-Huberman, 1997). Nach Charcots Tod wurde sie Labortechnikerin und schließlich Röntgenschwester im radiologischen Laboratorium der Salpêtrière. Die Geschichte ihrer zweiten Lebenshälfte hat Per Olov Enquist in seinem 2005 erschienenen Roman *Das Buch von Blanche und Marie* verarbeitet. Gemeint sind Blanche Wittman und Marie Curie, die sich aber im wirklichen Leben nie begegnet sind. Der Fall der Blanche Wittman wurde in der Salpêtrière als gewöhnlicher Fall einer neurologischen und hereditären Erkrankung betrachtet und keineswegs als psychologischer Fall erschlossen. Dennoch wirft er ein Licht auf Charcots Annäherung an das Unbewusste.

Abbildung 3: Charcots Patientin Blanche Wittman (1859–1913)

Ein Jahr nach Blanche Wittmans Aufnahme in die Salpêtrière kam Charcot im Rahmen seiner Hysterie-Forschung auf den Einfall, hysterie-ähnliche Lähmungen, wie sie nach Unfalltraumen zu beobachten waren, mittels Hypnose künstlich hervorzurufen. Als ihm dies gelungen war, entschloss er sich zu weiteren Experimenten und gelangte dabei zu der Annahme, dass es in der Hypnose drei aufeinanderfolgende Stadien gebe: die Lethargie (Schlaff-

heit), die Katalepsie (Gliederstarre) und den Somnambulismus (Schlafzustand). Blanche Wittman war es, die gerade diese drei Stadien der Hypnose von allen Versuchspersonen am formvollendetsten demonstrieren konnte (Showalter, 1997, S. 56).

Wie Freud später konstatierte, wurde gerade in den Erscheinungen des Hypnotismus die Existenz *unbewusster* seelischer Vorgänge, »zuerst leibhaft, handgreiflich und Gegenstand des Experiments« (Freud, 1924, S. 407). Wenn hysterische Symptome in der Hypnose künstlich hervorgerufen und wieder rückgängig gemacht werden konnten, musste man annehmen, dass sie der Suggestibilität unterliegen. Bei ihnen gelang der Nachweis, dass sie – in den Worten Freuds – »Erfolge von Vorstellungen seien, die in Momenten besonderer Disposition das Gehirn des Kranken beherrscht haben« (Freud, 1893, S. 34). Für Charcot hätte es eigentlich nahegelegen, diese Vorstellungsdynamik als psychische zu verstehen und dementsprechend weiter nachzuforschen, wie die der Hysterie zugrunde liegenden Vorstellungen beschaffen sind und wie sie entstanden waren. Woran mag es gelegen haben, dass er sich auf ein solches psychologisches Terrain nicht einließ?

Ein Hauptgrund war Charcots organmedizinische Orientierung. Dementsprechend führte er sowohl die hypnotischen Erscheinungen als auch die Symptome der Hysterie auf eine wie auch immer geartete physiologische Veränderung des Nervensystems zurück. Er war zutiefst davon überzeugt, dass es sich bei der Hysterie um eine *funktionelle Nervenkrankheit* handle. Auch seine ätiologische Annahme, dass die Hysterie *hereditären* Ursprungs sei – damals spielte auch das Konzept der »Degeneration« noch eine große Rolle –, sprach gegen die Relevanz psychologischer Wirkfaktoren. Es gebe zwar »Gele-

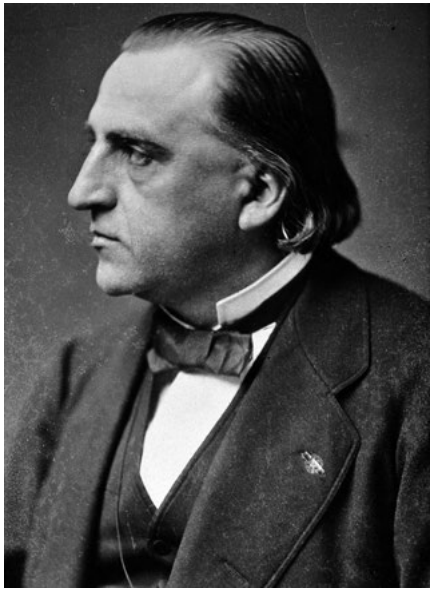


Abbildung 4: Der Neurologe und Hysterieforscher Jean-Martin Charcot (1825–1893)

genheitsursachen« – auch psychologische –; sie seien aber allenfalls *agents provocateurs*, die eine erblich bedingte Disposition zur Auslösung bringen konnten, mehr aber nicht.

Charcot war, wie Freud schrieb, »ein visuel, ein Seher. [...] Er pflegte sich die Dinge, die er nicht kannte, immer von neuem anzusehen, Tag für Tag den Eindruck zu verstärken, bis ihm dann plötzlich das Verständnis derselben aufging« (ebd., S. 22f.). Dabei orientierte er sich an einem semiologischen Beschreibungsschema, das den Bestand einer Krankheitseinheit mit spezifischer Ätiologie sowie spezifischem Verlauf und Ergebnis voraussetzt. Da diese Entität als eine besondere Gruppe von klinischen Zeichen betrachtet wurde, gründete das Wissen über den Patienten »in der Tätigkeit des Sehens, und die Beobachtungen über sein Aussehen und Verhalten sollen zur Konstruktion eines klinischen ›Bildes‹ führen« (Kiceluk, 1996, S. 63).

Charcot glaubte, dass mit dem ihm zur Verfügung stehenden Arsenal empirischer Methoden eine »endgültige« Aufklärung des Rätsels Hysterie möglich geworden sei. Seine Sicht der Hysterie war vom Konstrukt des *Krankheitsbildes* geprägt, während er der Lebensgeschichte kaum Bedeutung beimaß. Es gibt Belege dafür, dass die von den Patientinnen erzählten Geschichten in der Salpêtrière kaum Gehör fanden. So wurden bei einer 1992 veröffentlichten Recherche »lange wortgetreue Transkriptionen der Äußerungen von Patientinnen während hysterischen Anfällen« entdeckt, die »äußerst genaue und oft schreckliche Anspielungen auf frühere Traumen« enthielten, aber weder diagnostisch noch therapeutisch ausgewertet worden waren (de Marneffe, 1992, S. 71). Allem Anschein nach billigte man den Narrationen der überwiegend aus der Unterschicht stammenden Klinikpatienten fast keinen, den an ihren Körpern sichtbaren Krankheitssymptomen aber einen umso größeren Wahrheitsgehalt zu. In den Worten von Elisabeth Bronfen: »Charcot ging es nicht um die intime Geschichte, die dem pathologischen Fall zugrunde lag, sondern vielmehr um die Oberflächenform, die figurative Möglichkeit, einen spezifischen Fall zu einem klinischen Tableau zu verallgemeinern« (Bronfen, 1998, S. 284).

Im Jahre 1888 soll Blanche Wittman sich Jules Janet, dem Bruder Pierre Janets, mit ihren persönlichen Nöten anvertraut und ihm mitgeteilt haben, dass es verborgen unter der kranken »Blanche I« noch eine viel ausgeglichenere »Blanche II« gebe. Diese zweite Persönlichkeit in ihr »habe auch immer alles bemerkt, was bei den vielen Demonstrationen vor sich gegan-

gen sei, wenn ›Blanche I‹ die ›drei Stadien der Hysterie‹ ausagiert habe und, wie man annahm, bewusstlos gewesen sei« (Ellenberger, 1985 [1973], S. 157).

Abbildung 5: Patientin der Pariser Salpêtrière im Zustand der *attitudes passionelles (extase)*

Die Ausrichtung auf das äußerlich Sichtbare reduzierte die Patientinnen der Salpêtrière »auf einen Körper ohne Subjektivität« (Kiceluk, 1996, S. 76). Aber selbst die körperlich sichtbaren Erscheinungen wurden nur selektiv wahrgenommen. In besonderem Maße galt dies für die Wahrnehmung sexueller Phänomene. So charakterisierte Charcot das erotische Moment in den hysterischen Anfällen als »attitudes passionelles«, als »amouröses Flehen«, »Verzückung« und »Ekstase«, betonte aber, dass es sich dabei nur um psychische Wunschvorstellungen, nicht aber um geschlechtliche Begierden handle. Eine sexuelle Pathogenese der Hysterie lehnte er konsequent ab, um sie gleichsam unter vorgehaltener Hand dann doch einzuräumen. Freud hat miterlebt, wie Charcot in einem Gespräch über eine Patientin plötzlich äußerte: »*Mais dans des cas pareils c'est toujours la chose génitale, toujours … toujours … toujours*. Und dabei kreuzte er die Hände vor dem Schoß und hüpfte mit der ihm eigenen Lebhaftigkeit mehrmals auf und nieder« (Freud, 1914a, S. 51).

Was bei Charcot eine öffentlich nicht ausgesprochene Hintergrundannahme blieb, hat Freud später erforscht. In einem unveröffentlichten Manuskript von 1892 stellte er die offenbar von der Mehrzahl der Ärzte geteilte Auffassung, »im hysterischen Anfall eine ›periodische Entladung

der motorischen und psychischen Zentren der Hirnrinde‹« zu sehen, erstmals grundlegend infrage (Freud, 1940b, S. 9). Es sei ihm durch Ausfragen in der Hypnose gelungen, die psychischen Vorgänge während der *attitudes passionelles* zu untersuchen und dadurch »*den sicheren Nachweis eines psychischen Erinnerungsvorganges*« zu erbringen (ebd., S. 10). Hierbei seien nicht nur Erinnerungen an einzelne große Traumen (Eisenbahnunfall, Sturz usw.), sondern auch an eine Reihe von kleinen psychischen Traumen (Schreck, Kränkung, Enttäuschung) zum Vorschein gekommen.

Freuds Schlussfolgerung war, ein hysterischer Anfall sei »eine ins Motorische übersetzte, pantomimisch dargestellte Phantasie sexuellen Inhalts« und damit ein »Äquivalent für den Geschlechtsverkehr« (Freud, 1909, S. 236ff.).

Ein anderer Widerspruch ergab sich daraus, dass Charcot von einer hereditären Grundursache der Hysterie ausging, die bei Männern und Frauen gleich sei. Bei eingehender Betrachtung zeigte sich aber, dass sich in seinen Schriften implizite Vorstellungen von männlicher und weiblicher Natur mit seinen vermeintlich objektiven Beobachtungen der Patienten vermischten:

> »Im Klartext erkrankten Frauen seinen Schriften zufolge aufgrund ihres verletzlichen emotionalen Wesens und ihrer Unfähigkeit, ihre Gefühle zu kontrollieren, während Männer erkrankten, weil sie zu viel arbeiteten, tranken oder kopulierten. Hysterische Frauen litten unter einem Überschuss an ›weiblichen‹ Verhaltensweisen, hysterische Männer an einem Überschuss ›männlicher‹ Verhaltensweisen« (Micale, 1990, S. 406).

Festhalten lässt sich, dass Charcots Forschungsprojekt durchaus Ansatzpunkte für ein Vordringen zu unbewussten psychischen Prozessen geboten hätte, wenn ihm nicht ein medizinisches Denkmodell mit einer hereditären Ätiologie, ein semiologisches Beschreibungsschema und implizite geschlechtsspezifische Vorstellungen den Blick verstellt hätten; wenn er nicht an dem positivistischen Traum festgehalten hätte, dass mit seinen empirischen Methoden eine endgültige Aufklärung des Rätsels Hysterie möglich sei; und wenn der suggestive Einfluss des »ärztlichen Blicks« auf die zu Objekten degradierten Patientinnen, ja, auf die Produktion der Krankheitssymptome, seiner Selbstreflexion zugänglich gewesen wäre.

Pierre Janets psychologische Annäherung an unbewusste Prozesse

Trotz seiner Orientierung an einem neurologischen Paradigma hielt es Charcot für sinnvoll, eine Brücke zwischen Neurologie und Psychologie zu schlagen. Er setzte sich für eine »Erneuerung der Psychologie« ein, die aus der Verbindung einer physiologischen und einer pathologischen Psychologie hervorgehen sollte, und gründete 1885 mit Théodule Ribot und Paul Janet die »Société de psychologie physiologique«:

> »›Man muss eine andere Psychologie schaffen‹, sagte er, ›eine Psychologie, die durch von uns erarbeitete Ergebnisse der Pathologie unterstützt wird. Wir sind dabei, sie unter Mitwirkung der Psychologen zu schaffen, die fortan nicht nur die bisher allein geübte Introspektion berücksichtigen sollten. Der Psychologe schloss sich früher in sein Arbeitszimmer ein und stellte Betrachtungen über sein Inneres an, er war sein eigenes Beobachtungsobjekt. Diese Methode kann zwar gut sein, sie ist aber völlig unzureichend. Um diese Introspektion zu kontrollieren, müssen wir den Spiegel umkehren, indem wir die Neuropathologie zu Rate ziehen‹« (zit. n. Delay, 1963, S. 77).

Entsprechend dieser – neurowissenschaftlichen – Orientierung beauftragte Charcot seinen Mitarbeiter Janet damit, anhand psychologischer Fallstudien die für die Hysterie maßgeblichen psychischen Symptome zu untersuchen.

Janet hatte 1882 seine Studien an der »École Normale Supérieure« mit der »Agrégation de Philosophie« abgeschlossen und war danach sechs Jahre als Gymnasiallehrer in Le Havre tätig. Im Rahmen eines philosophisch-psychologischen Promotionsvorhabens begann er im September 1885 mit Hypnoseexperimenten. Bereits seine ersten Erfahrungen mit einer Hysterikerin namens »Léonie« erregten Aufsehen in der Fachwelt. In den folgenden Jahren wurde ihm im Krankenhaus von Le Havre ein Raum zur Verfügung gestellt, in dem er hysterische Patientinnen untersuchen konnte. Er soll diesen Raum scherzhaft »Salle Saint-Charcot« genannt haben (Ellenberger, 1985 [1973], S. 459). Die ersten Ergebnisse seiner Untersuchungen wurden von 1886 bis 1889 in Fortsetzungen in der *Revue Philosophique* veröffentlicht und bildeten die Grundlage für seine philosophische Doktorarbeit *L'automatisme psychologique* von 1889, in der er sich vor allem mit der Dynamik der Hysterie auseinandersetzte. Im An-

schluss daran begann er in Paris mit dem Zweitstudium der Medizin und widmete sich alsbald einem medizinischen Promotionsvorhaben, das von Charcot betreut wurde. In diesem Rahmen erhielt er an der Salpêtrière die Möglichkeit, Hysterie-Patienten auf ihre psychischen Symptome hin zu untersuchen.

Eines seiner Fallbeispiele war eine Patientin aus der Salpêtrière, die 20-jährige Marcelle. Zu ihren Hauptsymptomen gehörten Bewegungs-, Denk- und Gedächtnisstörungen. Sie hatte eigentümliche Schwierigkeiten, ihre Beine zu bewegen. Es stellte sich heraus, dass automatische habituelle Bewegungen ihr leicht fielen, während Bewegungen, zu denen eine Willensentscheidung notwendig war, behindert waren. Für bestimmte Lebensphasen hatte sie ein normales Gedächtnis, für andere eine partielle oder gar eine totale Amnesie. Der Gedankenfluss wurde häufig unterbrochen durch etwas, das die Patientin »Wolken« nannte – einen Geisteszustand, in dem sie von wirren Ideen und Halluzinationen überwältigt wurde. Von ätiologischer Bedeutung war eine schwere Typhus-Erkrankung im Alter von 14 Jahren. In der Folgezeit flüchtete sich Marcelle in Tagträume. Später litt sie unter der zwei Jahre dauernden Krankheit und dem Tod des Vaters und schließlich unter einer unglücklichen Liebesaffäre. In der Hypnose kamen bei Marcelle immer neue fixe Ideen zum Vorschein, die aus immer früheren Lebensphasen stammten, sodass Janet sich veranlasst sah, bei ihr in immer tiefere Schichten der lebensgeschichtlichen Erfahrung vorzudringen. Im Auffinden und in der Auflösung der »unterbewussten« Ideen, die er als »Krankheitsherd« betrachtete, sah er die beiden

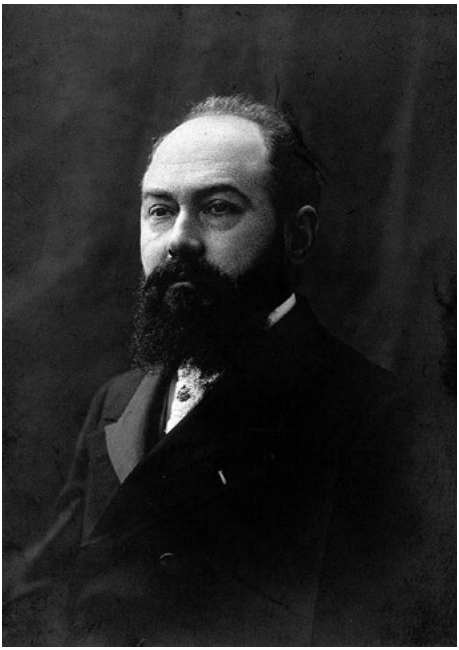


Abbildung 6: Der Hysterieforscher und -therapeut Pierre Janet (1859–1947)

wesentlichen Heilfaktoren seiner Therapie (Janet, 1891, S. 403ff.; Ellenberger, 1985 [1973], S. 497f.).

Durch solche Falldarstellungen wurde der Zusammenhang zwischen lebensgeschichtlichen Traumen, der Wirksamkeit »unterbewusster« Vorstellungen und der daraus resultierenden »Bewusstseinsspaltung« eindrücklich erhellt. Schon mehrere Jahre vor Breuer und Freud hat Janet die hysterischen Symptome auf die Macht unbewusster Gedanken zurückgeführt. Von ihm stammt der oft zitierte Satz: »Man sollte das ganze Gebiet der Geisteskrankheiten und einen Teil der physischen Erkrankungen durchgehen, um zu zeigen, welche geistig-seelischen und körperlichen Störungen daraus resultieren, dass ein Gedanke aus dem persönlichen Bewußtsein verbannt wird« (zit. n. Ellenberger, 1985 [1973], S. 491). Dies kann man als Anspielung auf seine frühen Konzepte der »Dissoziation« bzw. »Spaltung des Bewusstseins« und der von ihm erstmals nachgewiesenen Wirksamkeit »unbewusster fixer Ideen« verstehen.

Die psychologischen Fallstudien bildeten die Grundlage für Janets medizinische Dissertation *Der Geisteszustand der Hysterischen*. In dieser 1894 ins Deutsche übersetzten Abhandlung hat er seinen neuen psychologischen Denkansatz ausgearbeitet. In der Einleitung macht er geltend, dass in der Hysterie nicht nur die physiologischen, sondern auch die psychologischen Vorgänge gestört seien. Darum halte er es für notwendig, »den Untersuchten in bezug auf Lebensgang, Erziehung, Charakter und Ideen gründlich zu kennen [...] und Wort für Wort die Gedankensprünge eines Geisteskranken aufzuzeichnen« (ebd., S. 2f.). Auf der Grundlage zahlreicher psychologischer Fallstudien führte Janet dann eine Analyse der für die Hysterie maßgeblichen psychischen Symptome (»Stigmata«), nämlich der Empfindungs-(Anästhesien), Gedächtnis-(Amnesien), Willens-(Abulien), Bewegungs-(Dyskinesien) und Charakter-störungen durch. Die Anästhesien betrachtete er als einen Zustand psychischer Zerstreutheit, der die Hysterischen daran hindere, gewisse Empfindungen dem Ich-Bewusstsein einzuverleiben; diese Zerstreutheit sei ihrem Wesen nach eine »Einengung des Bewusstseinsfeldes« (ebd., S. 36). Es gebe auch eine Zerstreutheit des Gedächtnisses, wobei auch jene Phänomene berücksichtigt werden, in denen eine »unbewusste« Erinnerungstätigkeit bestimmte Wirkungen entfaltet. Auffällig sei, dass die Erinnerungstätigkeit der Hysterischen wieder gelockert und freigesetzt werden könne, wenn das klare Ich-Bewusstsein zurücktrete, wie z. B. im Traum oder in der Hypnose (ebd., S. 89ff.). Ein wesentliches Charakteristikum sei schließlich die bewusst er-

lebte Willenslähmung. Die Hysterische leide aber nicht nur dadurch, sondern auch »durch das Hereinstürmen aller jener automatischen Vorgänge, denen sie nicht Halt gebieten kann. Man könnte sie mit einem kraftlosen König vergleichen, dessen meiste Untertanen sich in fortwährendem Aufruhr befinden« (ebd., S. 136). Angesichts solcher von Janet angenommenen »Stigmata« wird deutlich, dass hier das Syndrom einer typischen Ich-Schwäche beschrieben wird, deren Hauptmerkmal in der verminderten Fähigkeit zur Ich-Synthese besteht.

Janet hat maßgeblich dazu beigetragen, den strengen Determinismus der hysterischen und hypnotischen Phänomene, der eine Grundannahme der neurologischen Hysterie-Theorie Charcots war, zu revidieren. Allerdings betrachtete auch er jene Symptome, die vom Vorhandensein unbewusster Ideen abhängig sind, lediglich als »Zufallssymptome«. Hinsichtlich der eigentlichen Symptome, der Stigmata, hielt er an einer hereditären Prädisposition im Sinne Charcots und der französischen Degenerationslehre fest.

Breuers Beitrag zur Hysterie-Forschung und seine Grenzen

Abbildung 7: Josef Breuer (1842–1925)

Josef Breuer, der Freund und Mentor des 14 Jahre jüngeren Sigmund Freud, verstand sehr viel von der damaligen *hausärztlichen Heilkunst*, die differenzierte psychologische Kenntnisse umfasste, aber mit Psychotherapie noch wenig zu tun hatte. Und wenn man im Jahre 1880 überhaupt schon von »Psychotherapie« im modernen Sinne sprechen kann, dann war sie allenfalls in zarten Anfängen vorhanden.

Breuer wurde 1867 nach seinem Medizin-Studium und der Promotion erster Assistent bei Johann Oppolzer,