

KARL KÖNIG

**Abstinenz, Neutralität und  
Transparenz in psychoanalytisch  
orientierten Therapien**

Klett-Cotta



Konzepte der  
Humanwissenschaften



# Konzepte der Humanwissenschaften

**Karl König**

**Abstinenz, —————  
Neutralität und Transparenz  
in psychoanalytisch orientierten  
————— Therapien**

**Klett-Cotta**

*Karl König*, Professor Dr. med., ist Lehranalytiker und Supervisor am Psychoanalytischen Institut in Göttingen. Er war lange Jahre Vorsitzender des Instituts und Leiter des Bereichs Klinische Psychotherapie Erwachsener am Landeskrankenhaus Tiefenbrunn, ferner Leiter der Abteilung für Klinische Gruppenpsychotherapie der Universität in Göttingen.

Klett-Cotta

[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

© 2013 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Philippa Walz, Stuttgart

Printausgabe: ISBN 978-3-608-94402-0

E-Book: ISBN 978-3-608-10438-7

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20095-9

Das E-Book basiert auf der 1. Auflage 2005 der Printausgabe.

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.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> . . . . .	11
<b>Zur Theorieentwicklung</b> . . . . .	15
Zur Entwicklung der Psychoanalyse in den USA, in Großbritannien und in Deutschland . . . . .	15
Kleinianer, Interventionstechnik . . . . .	16
Gegenpositionen in der Geschichte der Psychoanalyse . . . . .	18
Radikale wissenschaftstheoretische Positionen . . . . .	19
Paradigmen . . . . .	20
Vertikale und horizontale Erweiterungen, abgeschottete Schulen, Ausbrüche oder Grenzverkehr . . . . .	21
Integrationsversuche . . . . .	22
Hypothesen und ihre Schicksale . . . . .	23
Psychoanalyse als angewandte Wissenschaft, Co-Morbidität als Fehlerquelle . . . . .	24
Überzeugungen . . . . .	25
Die psychoanalytische Identität . . . . .	26
<b>Objektivität und Subjektivität:</b> <b>Was kann ein Therapeut erkennen?</b> . . . . .	28
Interpersonaler Konsens nach W. Loch . . . . .	28
Direktivität, subjektive Einschätzung durch den Therapeuten . . . . .	29

Zur Position von Renik . . . . .	32
Renik und Selbstenthüllung . . . . .	36
Subjektivität:	
Was ändert sich, wenn man sie anerkennt? . . . . .	30
Interventionsstil und Persönlichkeit des Therapeuten . . .	40
Trennungen . . . . .	41
Subjektivität und Differentialindikation . . . . .	42
Ein abgestuftes Plädoyer für Wahrheit in der Psychoanalyse . . . . .	43
Subjektivität und Lehranalyse . . . . .	47

**Abstinenz:**

<b>Was darf ein Therapeut dem Patienten geben und was darf er von ihm bekommen? . . . . .</b>	<b>53</b>
---	-----------

Warum ist Abstinenz in der Psychoanalyse so wichtig? . . . . .	53
Bedürfnisbefriedigung in verschiedenen psychoanalytischen Schulen . . . . .	55
Objektivierung und Subjektivierung . . . . .	56
Weitere Hinweise zur Befriedigung von Patientenwünschen und -bedürfnissen . . . . .	57
Wünsche und vitale Bedürfnisse . . . . .	60
Private Wünsche des Therapeuten und ihre Folgen . . . . .	61
Fällt Abstinenz leicht oder schwer? . . . . .	61
Wünsche und Charakterstrukturen von Patienten . . . . .	63

**Neutralität in der Therapie –**

<b>Nutzen und Möglichkeiten . . . . .</b>	<b>67</b>
---	-----------

Verschiedene Formen von Neutralität . . . . .	67
Berufliche Rollen und Neutralität . . . . .	69

Meine Auffassungen von Neutralität . . . . .	72
Was für einen Analytiker wünscht sich ein Patient? . . . . .	76
Professionelle Neutralität als Kongruenz zwischen Vorschriften und Verhalten . . . . .	76
Aktivität und Passivität . . . . .	78
Neutralität und Allparteilichkeit . . . . .	79
Weitere Gründe für Verstöße gegen die Neutralität . . . . .	80
Übertragungsauslöser statt Anonymität . . . . .	81
Projektive Identifizierung und Neutralität . . . . .	84
Neutralität in der Beurteilung der Lebensverhältnisse des Patienten . . . . .	87
Neutralität des Psychoanalytikers bei der Differentialindikation . . . . .	89
Methodenwechsel . . . . .	90
<b>Neutralität und Direktivität:</b>	
<b>Darf der Therapeut den Patienten lenken? . . . . .</b>	<b>91</b>
Fokussierung . . . . .	91
Direktivität und Widerstand . . . . .	92
Direktives Selegieren in Kurzzeittherapie und Langzeittherapie . . . . .	95
Psychotherapie nach dem Coaching-Modell . . . . .	99
Normen in der Gruppentherapie . . . . .	101
Die Arbeitsbeziehung . . . . .	105
Aktuelle Beziehungen und Beziehungen in der Primärfamilie . . . . .	106
Direktivität und Neutralität in der Paartherapie . . . . .	107
Stationäre Psychotherapie und Direktivität . . . . .	110
Direktivität in der analytisch orientierten und in der Verhaltenstherapie . . . . .	115



<b>Neutralität und Asymmetrie: Sind Patient und Therapeut gleichberechtigte Partner in verschiedenen Rollen?</b> . . . . .	117
Grundsätzliches zu Asymmetrie und Neutralität . . . . .	117
Asymmetrie in Gruppen . . . . .	118
Asymmetrie und Expertenwissen . . . . .	120
Asymmetrie und Therapeutenstruktur: Eine Übersicht . . . . .	121
Mutualität und Arbeitsbeziehung . . . . .	125
Arbeitsbeziehung und Expertenwissen . . . . .	126
<b>Neutralität und Transparenz: Was darf und was soll der Patient vom Therapeuten erfahren?</b> . . . . .	128
Transparenz und asymmetrische Beziehung . . . . .	128
Transparenz in der interaktionellen Therapie . . . . .	129
Ich-Funktionen und ihre Beeinflussung . . . . .	130
Interaktionelle Therapie, »Erbarmen« und Respekt . . . . .	131
Nähe und Therapeutenstruktur: Eine Übersicht . . . . .	133
Beabsichtigte und unbeabsichtigte Transparenz . . . . .	138
Auswirkungen von Transparenz . . . . .	139
Kanäle der Transparenz . . . . .	142
Schamgefühle und Transparenz . . . . .	143
Mentalisierung und Transparenz des Therapeuten . . . . .	144
Therapeutenverhalten und Elternverhalten . . . . .	146
Momente der Begegnung . . . . .	153
Normen in der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie . . . . .	158
Dosierung der Interventionen und Transparenz in der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie . . . . .	159

<b>Erbe und Umwelt</b> . . . . .	161
Grundsätzliches zu Erbe und Umwelt . . . . .	161
Relationale Theorien und das Erbe-Umwelt-Problem . . .	162
Hermeneutik und Biologie: Ein falscher Gegensatz . . . .	164
Integrationsversuche von Mitchell und Kernberg . . . . .	168
Gegenübertragungsanalyse und Programme . . . . .	169
<b>Ausblick</b> . . . . .	173
<b>Literaturverzeichnis</b> . . . . .	174
<b>Register</b> . . . . .	182



## Vorwort

In diesem Buch geht es um einen Themenkreis, der unter Psychoanalytikern immer wieder Gegenstand lebhafter Diskussionen ist: Abstinenz, Neutralität und Transparenz.

Die Psychoanalyse ist in einer Zeit entstanden, als Wundinfektionen und Infektionen bei Geburten die medizinische Fachwelt beschäftigten. Freud hat mehrere Jahre als Physiologe gearbeitet. Im Labor geht es immer wieder darum, störende Einflussfaktoren, »Dreckeffekte«, wie es im Laborjargon heißt, zu vermeiden oder unter Kontrolle zu bringen. Im ersten Traum der Psychoanalyse, dem Irma-Traum, geht es um eine Spritze, die möglicherweise »nicht rein« war. Der Träumer, Freud, macht sich darum Sorgen.

Neutralität und Anonymität des Analytikers sollten verhindern, dass der Patient in seinen Übertragungsmöglichkeiten beeinflusst wurde. Der Therapeut sollte keine spezifischen Übertragungsauslöser bieten. Um objektive Befunde zu gewinnen, sollte er auf den analytischen Prozess keinen richtunggebenden Einfluss nehmen. Abstinenz des Patienten bedeutete seinen Verzicht auf Wunscherfüllungen, die seiner Therapie schaden und das Erreichen ihrer Ziele behindern würden. Abstinenz des Therapeuten bedeutete einen Verzicht auf die Erfüllung eigener Wünsche, die die Therapie behindern und dem Erreichen ihrer Ziele im Wege stehen würden.

In der amerikanischen Ich-Psychologie wurde die Forderung nach Neutralität auf die Spitze getrieben. Der Psychoanalytiker hatte sich als Wissenschaftler zu verhalten, und dazu gehörte eine Neutralität, die subjektive Einflüsse nicht wirksam werden lässt. Noch zu Freuds Lebzeiten wurden aber alternative Positionen vertreten, insbesondere durch Ferenczi.

Unter *relationalen Psychoanalytikern* wird eine Gruppe von Analytikern verstanden, die ihre therapeutische Arbeit auf die Beziehungen zwischen dem Patienten und dem Therapeuten konzentrieren: geklärt werden soll, was sich in Interaktionen zwischen beiden abspielt. Im Sinne einer *Zwei-Personen-Psychologie* geht es um den Anteil beider am aktuellen Geschehen.

Die Relationisten sehen sich in einem Gegensatz zu Vertretern der amerikanischen *Ich-Psychologie*, die sich in der Sicht der Relationisten auf die Psyche des Patienten konzentrieren und im Sinne einer sogenannten *Ein-Personen-Psychologie* die Klärung der psychischen Prozesse im Patienten durch einen neutralen Therapeuten erreichen wollen. Die Relationisten bestreiten hingegen, dass sich ein Therapeut überhaupt neutral verhalten *kann*.

Die relationistische Position wird überwiegend von Analytikern außerhalb der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung vertreten bis auf wenige Ausnahmen wie z. B. Owen Renik, einem Kritiker der Ich-Psychologie.

Heute beginnt sich eine indikationsbezogene Differenzierung durchzusetzen. Abstinenz im Sinne eines Verweigerens von Triebbefriedigung ist bei Neurosen nach wie vor erforderlich; allerdings wird die Abstinenz für verschiedene Triebwünsche unterschiedlich definiert. Unter Neutralität versteht man heute ein *professionelles*, dem Patienten und der therapeutischen Aufgabe angepasstes Verhalten des Therapeuten, der auf die Erfüllung privater Wünsche verzichtet.

Bei den so genannten Frühstörungen geht es darum, dass innere Objekte, also die inneren Bilder vom Gegenüber, nachreifen. Nicht ausgereifte Objektbilder lösen intensive, unvereinbare Gefühle aus und werden daher in archaischer Weise in »gut« und »böse« aufgespalten. Sie können nicht als realitätsnahe Modelle für den Umgang mit Erwachsenen im Alltag dienen.

Zur Entstehung eines reifen Objektbildes in der Beziehung zum Therapeuten, eines Objektbildes, das dem Patienten dann als Muster für erwachsene Beziehungen dient, kann Transparenz

verhelfen, im Sinne dosierter Mitteilungen des Analytikers über sein Erleben, seine Ansichten und seine Handlungsimpulse.

Hier teilt der Therapeut Persönliches nicht mit, um sich selbst emotional zu entlasten oder eigene Wünsche zu befriedigen und auch nicht, um die Neugier des Patienten zu stillen. Er will etwas in der Beziehung Patient-Therapeut verändern, von dem er annimmt, dass es dem Patienten auch in anderen Beziehungen nützen wird.

Ich danke wieder allen Patienten, die sich mir anvertraut haben, und allen Ausbildungskandidaten, mit denen ich in der Supervision zusammengearbeitet habe. Für anregende Diskussionen danke ich den Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich im Krankenhaus für psychogene und psychosomatische Erkrankungen Tiefenbrunn, am Lou-Andreas-Salomé-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie in Göttingen und an der Abteilung für klinische Gruppen-Psychotherapie der Universität Göttingen gearbeitet habe, besonders Herrn Med. Dir. Dr. med. Mohammad Ardjomandi, Herrn Dipl. Psych. Dr. rer. pol. Johann Biskup, Herrn Prof. Dr. med. Franz Heigl †, Frau Prof. Dr. med. Anneliese Heigl-Evers †, Frau Dipl. Psych. Gerlinde Herdieckerhoff-Sanders, Herrn PD Dr. med. Reiner Kreische, Herrn Prof. Dr. phil. Falk Leichsenring, Herrn Prof. Dr. med. Ulrich Rüger, Herrn PD Dr. med. Hermann Staats, Herrn Prof. Dr. med. Ulrich Streeck MA, und Herrn Prof. Johannes Zauner †. Herrn Dr. med. Andreas Dieckmann, Berlin danke ich für anregende Diskussionen anlässlich eines Besuchs in seiner Großgruppe. Herrn Dr. phil. Heinz Beyer vom Verlag Klett-Cotta danke ich wieder für die sehr angenehme und anregende Zusammenarbeit und Frau Susanne Held-Hummeler für das sorgfältige Redigieren des Manuskriptes.

Frau Martina Eibach half mir beim Suchen von Literatur und bei der Strukturierung des Manuskripts von den Vorarbeiten bis zu dessen Fertigstellung. Frau Elisabeth Beucke beschaffte Literatur und half beim Erstellen des Literaturverzeichnisses, dem

Abgleichen der einzelnen Kapitel und Abschnitte und bei der Endredaktion. Frau Doreen Peter kam in den letzten Wochen der Arbeit am Manuskript hinzu. Sie half ebenfalls beim Abgleichen des Manuskripts und bei der Endredaktion. Allen danke ich für ihre sehr kompetente Mitarbeit in angenehmer Arbeitsatmosphäre. Frau Erika Dzimalle danke ich für das gewohnt zuverlässige Schreiben des Manuskripts in mehreren Versionen. Meiner Frau, Dr. med. Gisela König, meinem Sohn, Dr. med. Peter König, und seiner Frau, Dr. phil. Inke König, danke ich für ihr Interesse, für kritische Stellungnahmen und anregende Diskussionen.

## Zur Theorieentwicklung

Zur Entwicklung der Psychoanalyse in den USA,  
in Großbritannien und in Deutschland

Die Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten wurde, jedenfalls innerhalb der Amerikanischen Psychoanalytischen Gesellschaft, lange durch die ich-psychologische Schule in der Nachfolge von Hartmann, Kris und Loewenstein beherrscht. Ihre prominentesten Vertreter sind heute Rangell, Smith und Wallerstein, wobei die letzten beiden anderen Sichtweisen gegenüber offener sind als der konservative Rangell. Psychoanalytiker der interpersonellen Schule, die sich zentral mit der aktuellen Beziehung zwischen Patient und Psychoanalytiker befasst, arbeiteten am William-Alanson-White-Institut in New York. Viele sind Mitarbeiter des Postdoctoral Program of Psychoanalysis der New York University. Zu den interpersonell ausgerichteten Psychoanalytikern gehören die Relationisten. Bekannte Vertreter dieser Richtung sind Aron und der früh verstorbene Mitchell. Levenson ist ein konservativer Interpersonalist in der Nachfolge von Sullivan. Auch die relationalen Psychoanalytiker, z.B. Mitchell, der aber Elemente der britischen Objektbeziehungstheorie berücksichtigt, beziehen sich auf Sullivan.

Aus deutscher und wohl auch aus englischer Perspektive erscheint vieles, was die relationalen Psychoanalytiker in den USA neu einführten, im Grunde bekannt. Mitchell integrierte Aspekte der in Großbritannien entstandenen Objektbeziehungstheorie von Fairbairn, Guntrip und Winnicott in die relationelle Psychoanalyse.

In Deutschland orientierten sich Psychoanalytiker beider Fach-



gesellschaften, der DPG und der DPV (Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft und Deutsche Psychoanalytische Vereinigung) lange an dem Technik-Lehrbuch von R. Greenson (1967), der Aspekte der Objektbeziehungs-Theorie implizit in seine Auffassung von Psychoanalyse integrierte.

In Europa gab es, im Unterschied zu den USA, nie *eine* die Institute beherrschende Form der Psychoanalyse, wozu die Dreiteilung des Londoner Instituts beigetragen hat.

Gegen die interpersonelle Psychoanalyse behaupten sich in den USA die Auffassungen von Kernberg, der sich zur Aufgabe gesetzt hat, Aspekte der Ich-Psychologie und Aspekte der Objektbeziehungs-Theorie zu verbinden. Er kann als ein Pionier gelten, der den Entwicklungen unseres Faches eine neue Richtung gewiesen hat, indem er eine Synthese zwischen verschiedenen Aspekten psychoanalytischer Theoriebildung ermöglichte.

## Kleinianer, Interventionstechnik

Das technische Vorgehen der Kleinianer unterscheidet sich erheblich von dem anderer Psychoanalytiker. Insbesondere spielt die Aufhebung der Kindheitsamnesie kaum eine Rolle, weil die unbewussten Phantasien, von denen angenommen wird, dass sie aus der Kindheit stammen, unter Benutzung der Kleinianischen metaphorischen, körpernahen Sprache direkt angesprochen werden. Wenn man das therapeutische Vorgehen der Kleinianer dem Schichtenmodell von Sandler und Sandler (1985) zuzuordnen versucht, in dem infantiles Unbewusstes und Gegenwartsunbewusstes unterschieden werden, kann man sagen, dass das Gegenwarts-Unbewusste von den Kleinianer umgangen wird. Erschlossene unbewusste Phantasien, die dem *infantilen* Unbewussten zugeordnet werden können, werden über Metaphern direkt angesprochen.

Annemarie Sandler hat 2004 in Lindau in ihrem Vortrag

»Übertragung und Gegenübertragung« versucht, das infantile Unbewusste mit dem performativen Gedächtnis gleichzusetzen; das Gegenwarts-Unbewusste mit dem deklarativen Gedächtnis. Die Kleinianer würden also in erster Linie das performative Gedächtnis ansprechen.

Sie kümmern sich wenig um Abwehrmechanismen, die das infantile Unbewusste abriegeln. Sie konzentrieren sich auf Abwehrmechanismen, die sich interpersonell äußern; z.B. Introjektion, Projektion und projektive Identifizierung. Verdrängung wird durch die Anwendung der metaphorischen Sprache umschifft.

Balint (1968) hat die körpernahe Metaphernsprache der Kleinianer als »mad language« bezeichnet. So mag sie zunächst wirken. Wenn der Patient aber die »mad language« gelernt hat, haben die Äußerungen des Analytikers für ihn einen Sinn und er merkt, dass sie etwas bei ihm auslösen und verändern können.

Die zeitgenössischen Kleinianer um Betty Joseph propagieren allerdings eine neue Art des technischen Vorgehens, die mit den Empfehlungen von Gill (1982) bezüglich eines direkteren und stärker fokussierenden Umgangs mit der Übertragung Ähnlichkeit hat.

Auch Melanie Kleins ursprüngliches Konzept der projektiven Identifizierung hat sich bei den Kleinianern gewandelt. Ein interaktioneller Anteil der projektiven Identifizierung wird akzeptiert. (Melanie Klein hat sich ja nicht darum gekümmert, *wie* ein Analysand im Analytiker bestimmte Gefühlsempfindungen hervorruft).

Die Selbstpsychologie von Kohut und seinen Nachfolgern, von manchen der relationistischen Richtung zugerechnet, hat in den USA und in Deutschland Verbreitung gefunden. Auf sie soll hier nicht näher eingegangen werden.

## Gegenpositionen in der Geschichte der Psychoanalyse

In der Geschichte der Psychoanalyse geschah und geschieht es immer wieder, dass Psychoanalytiker sich *gegen* etwas gestellt und ihre Theorien *gegen* andere Theorien entwickelt haben. Das führte zu radikalen Positionen. In den USA richtete sich die Psychoanalytische Vereinigung *gegen* die Ausbildung von Psychologen und musste erst durch einen Prozess dazu gezwungen werden, sie zuzulassen. Wenn sich die Relationisten *gegen* zentrale, von den amerikanischen Ich-Psychologen vertretene Theoriestücke Freuds wenden, tun sie das auch aus einer Gegenposition zur früher bestehenden, jetzt aufgelösten Dominanz der Ich-psychologischen Richtung in den USA. Die Kleinianische Form der Psychoanalyse hat sich *gegen* die Sexualität als zentralen motivierenden Faktor gerichtet, indem sie die Oralität in den Mittelpunkt stellte.

Aus Gegenpositionen könnten fruchtbare Kompromisse entstehen. Leider wurden im Verlaufe der Entwicklung der Psychoanalyse Kompromisse mit den Positionen Adlers und Jungs; mit den Positionen der Kulturalisten wie Karen Horney, Fromm und Frieda Fromm-Reichmann sowie mit den Interpersonalisten in der Nachfolge von Sullivan durch Ausgrenzung behindert. Auch heute wird die Bildung von Kompromissen, die der Wahrheit näher sind als Extrempositionen, durch ein hartnäckiges Verteidigen der gegensätzlichen Positionen verhindert. So sind Interpersonalisten wie Levenson und Aron in ihrer Ablehnung der Berücksichtigung biologischer Aspekte der Psychoanalyse ähnlich radikal wie es die Ich-Psychologen in der Ablehnung der interpersonalistischen Konzepte früher waren und zum Teil noch sind. Erst in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts hat sich in den USA ein Dialog entwickelt.

Dass Verständigung schwer fällt, hat vielleicht damit zu tun,

dass der Psychoanalytiker sich während seiner Arbeit in eine persönliche, intime, aber nicht private Beziehung mit einem anderen Menschen begibt und daher Überzeugungen braucht, die den Emotionen standhalten, die sein Patient in ihm hervorruft. Vielleicht ist auch ein religiöses Bedürfnis im Spiel, der Wunsch, etwas zu glauben, das der eigenen Arbeit Sinn gibt.

Wenn die eigenen Positionen in Frage gestellt werden, dann wird auch die Identität dessen gefährdet, der sie eingenommen hat. Am radikalsten wurden immer Neuerungen bekämpft, die etwas mit dem Selbstverständnis der Menschen zu tun hatten.

## Radikale wissenschaftstheoretische Positionen

Manche wissenschaftstheoretischen Positionen, auf die sich psychoanalytische Autoren beziehen, etwa Objektivismus oder Konstruktivismus, sind inkompatibel. Umso mehr wundert man sich darüber, dass auf sie in den USA so Bezug genommen wird, als ob diese Positionen die einzig möglichen seien und es nur noch darum gehe, ihre Inhalte in der Praxis anzuwenden. Man gewinnt den Eindruck, dass die Wissenschaftstheoretiker von den Psychoanalytikern in ähnlicher Weise als Autoritäten und Verkünder nicht hinterfragbarer Wahrheiten missbraucht werden wie Psychoanalytiker das oft mit Freud gemacht haben. Der Missbrauch Freudscher Schriften zur Begründung von Aussagen, die anders begründet werden sollten und vielleicht auch könnten, wird durch einen Missbrauch der Wissenschaftstheorie abgelöst, wobei die radikalsten Positionen offenbar einen besonderen Grad von Attraktivität haben. Es wird ein »radikaler Intersubjektivismus« und ein »radikaler Konstruktivismus« vertreten.