

Probleme mit der Abstinenz

Hans Waldemar Schuch

Zusammenfassung: Probleme mit der Abstinenz

Die Forderung nach Abstinenz in der Psychotherapie hat eine Geschichte, die in die Anfänge der Psychotherapie reicht. Der Essay reflektiert im ersten Teil die Modellvorstellungen von Abstinenz bei Freud und Ferenczi. Er fokussiert im zweiten Teil auf das Abstinenz-Verständnis der Integrativen Therapie. Hier wird Abstinenz ethisch mit dem Gedanken der Alterität begründet. Es werden verschiedene Praktiken aufgezeigt, die Abstinenz bewirken sollen. Im Ergebnis wird dem Abstinenz-Postulat der Rang einer regulativen Idee zugewiesen.

Abstract: Abstinence Problems

The postulation of abstinence has a history that lasts into the origins of psychotherapy. In the first part the essay reflects on the model concepts of abstinence of Freud and Ferenczi. In the second part it focuses on the model concept of abstinence in the Integrative Psychotherapy. Abstinence is being constituted by the ethical idea of alterity. It presents various practices, to create abstinence.

*„Die Kur muß in der Abstinenz durchgeführt werden“
(„Bemerkungen über die Übertragungsliebe“, Sigmund Freud, 1915).*

*„Und außerdem sei nicht jede gute Beziehung zwischen Analytiker
und Analysiertem, während und nach der Analyse, als Übertragung
einzuschätzen. Es gebe auch freundschaftliche Beziehungen, die real
begründet sind und sich als lebensfähig erweisen.“
(„Die endliche und die unendliche Analyse“, Sigmund Freud, 1937).*

Vorbemerkung [1]

Je länger ich therapeutisch tätig bin, desto zentraler und bedeutungsvoller kommt mir das Thema der Abstinenz vor. Ich halte mittlerweile die Abstinenz für eine entscheidende Größe in der Psychotherapie. Was wird entschieden? Es entscheidet sich, welches Verfahren praktiziert, welche Modellvorstellung von Psychotherapie realisiert wird. Abstinenz stellt so etwas wie eine Wasserscheide im Gebirge dar: Sie kann zwei Klimazonen trennen. Abstinenz bildet regelrecht eine Demarkationslinie zwischen disparaten, inkompatiblen Therapieverfahren. Sie qualifiziert die therapeutische Gratwanderung zwischen Simile-Qualität und realer Beziehung. Sprechen wir also über Abstinenz! Kein wirklich einfaches Kapitel. Es lässt sich aber einiges dabei klarmachen.

Historische Perspektiven

Wer therapeutische Abstinenz fordert, kann auf eine lange Tradition zurückblicken. Bereits Hippokrates hatte in seinem „hippokratischen Eid“ - ca. 400 v.Chr. – geschworen, sich zu enthalten „aller Werke der Wollust an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven“ (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 1990, S. 696).

Sigmund Freud (1856 – 1939)

In Sachen Abstinenz wird in der Regel Sigmund Freud als Gewährsmann angeführt. Freud hatte in seinen „Ratschlägen für den Arzt“ dem Analytiker aufgegeben, die Kur müsse in der Abstinenz durchgeführt werden (Freud, 1915). Freud wollte gewährleisten, dass der Patient seine Triebwünsche ohne eine dementsprechende Beantwortung durch den Analytiker per freie Assoziation in die analytische Beziehung einbringen konnte.

Zunächst einmal aus der Ferne betrachtet und nur oberflächlich geurteilt: Sigmund Freud hatte es bezüglich der Abstinenz einfach. Er machte sich wenig Gedanken über das Zusammenspiel von Menschen. Er musste das auch nicht. Er war Triebtheoretiker. Seine Trieblehre zentrierte auf das Individuum und dessen innere Konflikte, insbesondere die zwischen dem „Es“ und dem „Ich“. Sein Abstinenzbegriff, wonach die Kur in der Versagung durchgeführt werden muss, war nicht moralisch gemeint, sondern zielte – gut triebtheoretisch – in erster Linie darauf ab, dass der Analysand nicht durch das Verhalten des Analytikers befriedigt wird. Der Grund für die Abstinenz war eine triebökonomische Spekulation: Freud befürchtete, dass im Zustand der Befriedigung die Assoziationen des Analysanden nur noch wenige oder keine Triebabkömmlinge mehr enthalten. Die Triebabkömmlinge in den Assoziationen des Patienten waren aber das Material für den Analytiker, aufgrund derer er in seiner gleichschwebenden Aufmerksamkeit auf unbewusste, verdrängte Triebkonflikte schließen konnte.

Freuds Arbeitsweise berücksichtigte die reale persönliche Beziehung zwischen Analytiker und Analysand weitgehend nicht (Alexander, 1933). Die persönliche Beziehung war kein Arbeitsfeld für ihn. Er nahm sie und das konventionelle Rollenverhalten als vorgegeben hin. Er verhielt sich in der Regel höflich zugewandt, so, wie es die Konvention seiner Zeit vorgab. Seine „Ratschläge für den Arzt“ in Sachen Abstinenz galten der Handhabung der Übertragung. Sie richteten sich an seine Schüler – die wiederum häufig etwas anderes daraus machten als der Meister.

Für Freud war die Übertragung des Patienten auf den Analytiker ein Irrtum. Die Liebesbezeugungen der Patientin rechnete Freud ihrer Übertragung zu. Sie galten nicht ihm oder seiner Unwiderstehlichkeit, sondern einem „unbekannten Dritten“. Die Übertragungsliebe der Patientin zu beantworten, war für Freud ein technischer Fehler. Dies war jedenfalls sein Argument, nachdem Carl Gustav Jung sich mit Sabina Spielrein sexuell eingelassen hatte und ein Skandal ins Haus stand: Jung hatte seine Gegenübertragung nicht niedergehalten – und damit einen technischen Fehler begangen.

Freuds Vorstellung von Gegenübertragung – die Reaktion des Analytikers auf die Übertragung des Patienten – war, dazu passend, eine defensive: die Gegenübertragung sollte niedergehalten werden. Der Analytiker hatte sich nicht gefühlshaft zu engagieren, sondern im Zustand einer gleichschwebenden Aufmerksamkeit zu arbeiten. Er sollte, das Bild war ein Radioempfänger, aus den Assoziationen des Patienten Triebabkömmlinge heraushören.

Ganz sicher nicht uninteressant: Mittlerweile liegen ja zahlreiche Zeugnisse vor, wie Freud tatsächlich gearbeitet hat (Cremerius, 1981). Unter unserem Gesichtspunkt: Freud verhielt sich in seinen Analysestunden alles andere als abstinente. Freud sagte zum Beispiel zu Ernst Blum (Pohlen, 2006) sinngemäß: Sie sind nicht neurotisch. Gehen sie nach Hause in die Schweiz und werden sie Psychoanalytiker. Freud riet ihm, eine bestimmte Frau zu heiraten – Blum hatte sich

unter anderem wegen einer Ambivalenz in Sachen Frauen zu Freud in Analyse begeben. Vielleicht nicht unwitzig: Blum heiratete die andere, wurde Psychoanalytiker, zum Schluss Daseinsanalytiker. Mit der feministischen Literatin Hilda Doolittle (1956/1975) trug Freud offenbar unverhüllte Machtkonflikte aus. Beispielsweise soll er sie während einer Analysestunde erschreckt haben, indem er mit der Hand auf die Couch schlug und laut lospolterte, sinngemäß, „Sie wollen mich nur nicht lieben, weil ich ein alter Mann bin!“ (Doolittle 1956/1975).

Mit dem amerikanischen Psychiater Smiley Blanton (1975) diskutierte Freud über fachliche Fragen, sprach zum Teil ziemlich indiskret über Kollegen, schenkte ihm eine vierbändige Ausgabe seiner gesammelten Werke und sprach mit ihm über Goethe. Auch Blanton sagte er, dass er nicht neurotisch sei. Erlaubte ihm, als Psychoanalytiker zu arbeiten. Mitunter leitete Freud eine Stunde ein oder unterbrach eine laufende Diskussion mit dem Hinweis, jetzt wieder die analytische Regel anwenden zu wollen.

Letzteres lässt darauf schließen, wie er die Grundregel verstand: als die Definition eines Untersuchungsverfahrens. Freuds Arbeitssetting und Grundregel kombinierten sich so zu einer – wie er meinte - wissenschaftlichen Versuchsanordnung, um dem Wirken des Unbewussten auf die Spur zu kommen. Jenseits dieses Forschungssettings brachte sich Freud im Gespräch immer wieder persönlich stark ein und mischte sich insofern direkt in das Leben seiner Analysanden ein.

Freud war im Hinblick auf Heilungserfolge durch Psychoanalyse bekanntlich eher pessimistisch eingestellt. Seinem Biographen Ludwig Marcuse (1972) galt er als der „resignierteste Ratgeber“ bei der Frage, „Wie werde ich glücklich?“ Freuds Vorstellung von Subjektconstitution im Kontext von Psychoanalyse war vergleichsweise bescheiden ausgelegt: Freud intendierte die Stärkung des Ich durch die Aufhebung der Verdrängung und die Erkenntnis des Unbewussten. Er wollte durch Erkenntnis des Unbewussten, durch das Umschaffen der Wiederholung zur Erinnerung, dem Menschen zu etwas mehr Entscheidungsfreiheit in seiner tragischen, weil unentrinnbar konflikthaften Situation zwischen Kultur und Natur verhelfen. Doch auch dieser Freiheit waren Grenzen gezogen. Auch sie unterlag dem Konflikt. Sah er den Menschen doch unaufhebbar als Konfliktwesen. So bildete Freiheit zwar auf der einen Seite das Ziel seiner therapeutischen Bemühungen, aber auf der anderen Seite hielt er sie letztlich für eine Illusion. Bescheiden war dementsprechend auch sein Ziel: Er wollte psychisches Leid lediglich in „normales Elend“ verwandeln. Freud wollte keinen neuen Menschen kreieren. Er begnügte sich mit der Wiederherstellung von Arbeits- und Liebesfähigkeit. Sein Heilungsziel ging nicht über das „normale Elend“ hinaus.

Sándor Ferenczi (1873 – 1933)

Ferenczi hatte in seiner letzten Schaffensphase, der „Elastischen Psychoanalyse“, bekanntlich das Prinzip der Versagung durch das Prinzip der Gewährung ergänzt (Ferenczi, 1927/28). Ferenczi hatte – in Abweichung von der Freud'schen Trieblehre – zunehmend eine sozialisationstheoretische Perspektive eingenommen. Er war zu der Ansicht gekommen, dass das Kind bereits durch sein Hineinwachsen in die Welt der Erwachsenen traumatisiert würde, falls es der Familie misslang, sich an die Bedürfnisse des Kindes anzupassen (Ferenczi, 1927). Er sah den Patienten weniger als phantasierendes Triebkonfliktwesen, sondern mehr als ein in der Realität zu kurz gekommenes und misshandeltes, ehemaliges Kind.

Seine Vorstellung von Psychoanalyse lief auf eine Art Verwöhnungstherapie hinaus. Ferenczi hatte die fixe Idee, das Kind für seine Widerfahrnisse und Versagungen entschädigen zu sollen. Er konzipierte alsdann „Kinderanalysen mit Erwachsenen“ (Ferenczi, 1931).

Für Ferenczi stellte sich die Frage nach der Abstinenz ganz anders als bei Freud. Seine Version von Psychoanalyse beschränkte sich nicht auf die Anwendung der Grundregel. Mit der Anwendung der Grundregel, eigentlich ihrer triebtheoretischen Verschärfung bei gleichzeitiger Beachtung der Abstinenzregel, hatte er in der Phase seiner Aktiven Psychoanalyse experimentiert. Bis er zu den Kontraindikationen dieser Technik vorstieß (Ferenczi, 1926). Er hatte bei sich väterlich-sadistische Züge entdeckt und nahm schließlich seine „mütterliche Wende“ hin zur Elastischen Technik – seiner letzten Schaffensphase.

Ferenczis Vorstellung von Abstinenz verlagerte sich von Zurückhaltung, Unterlassung, Verweigerung hin zur Reflexion seiner Interventionen. Ferenczi glaubte, durch ein äußerst selbstkritisches Verhalten bei seinen Experimenten, auf der sicheren Seite zu bleiben. Ferenczi untersuchte sich nicht nur radikal, was sich in ihm gegen die Heilung des Patienten formierte, sondern vertrat zudem die Ansicht, dass „ohne Sympathie keine Heilung“ zu bewirken sei. Er meinte damit keine äußerlich sympathische Attitüde, keine Sympathie auf Kommando, sondern „wirkliche Sympathie“. Allerdings mit der Einschränkung, dass erst die „Differenzierung des Gefühls“ die Sympathie heilsam macht (Ferenczi, 1988).

Freud arbeitete „an“ der Übertragung. Er wollte aufklären, indem er gegenüber dem Irrtum der Realität zur Geltung verhalf. Er wollte den Menschen kultivieren: Wo „Es“ war, sollte „Ich“ werden. Ferenczi arbeitete dagegen „in“ der Übertragung. Er löste die Übertragung nicht auf, sondern hielt den Irrtum aufrecht und versuchte sich in der Zuwendung einer guten Mutter, die nicht ruhen wollte, bis ihr Kind zufrieden war. Ferenczis Gegenübertragungsbegriff war – im Unterschied zu Freuds defensivem Gegenübertragungsbegriff - ein instrumenteller. Er wollte das, was die Übertragung des Patienten in ihm auslöste - seine Gegenübertragung - nutzen, um den

Analysanden besser zu verstehen. Ferenczi begründete mit der instrumentellen Handhabung der Gegenübertragung eine moderne Tradition in der Psychoanalyse. Ernst Falzeder (1985) hob hervor, dass Michael Balint – in der Nachfolge seines Lehrers Sándor Ferenczi – durch die instrumentelle Auffassung der Gegenübertragung zu Beobachtungen gekommen sei, welche die Wahrnehmung und das Verständnis der von ihm entdeckten „Grundstörung“ („Basic Fault“) ermöglichten.

Wir kommen indessen nicht umhin, Ferenczis technische Experimente auch kritisch zu sehen. Mich persönlich stört insbesondere die programmatische Infantilisierung des Patienten. An der Stelle wäre mir sicher Freuds Umgangston und Arbeitsweise genehmer. Ferenczi hatte zudem Probleme, am Ende seiner Verwöhnungstherapie die Übertragung wieder aufzulösen. Deshalb wurde die Beendigung von Analysen immer wieder problematisch: Züchtete Ferenczi durch sein wohlthuendes, zugewandtes, interessiertes Verhalten eventuell Abhängigkeit?

Gerechterweise ist zu erwähnen, dass Ferenczi, auch wenn er als Ahnherr der ungarischen Schule der Psychoanalyse angesehen wird, kein allgemeines Psychotherapieverfahren begründen wollte. Seine Arbeitsweise war nur für eine bestimmte Patientenauswahl indiziert. Er entwickelte sein Denken und seine Praktiken an schwer gestörten Patienten. Ferenczi war ein wagemutiger Experimentator. Ein kühner Pionier der Psychotherapie (Lorand, 1966). Er hätte möglicherweise auch noch Kontraindikationen der elastischen Technik formuliert – hätte er nur länger gelebt (Balint, 1966). Ferenczi meinte nicht einmal, mit seinen technischen Experimenten von Freud abzufallen. Ferenczi galt als Mann der letzten Instanz. Er arbeitete nicht selten mit besonders schweren Fällen, die bereits erfolglos von anderen Analytikern behandelt worden waren. Wie verherrlichende Berichte bezeugen (Forest, 1954), scheint er immer wieder erfolgreich gearbeitet zu haben.

Noch ein Blick auf eine Differenz: Freud beachtete weitgehend die Ich-Widerstände des Patienten. Er behandelte ihn wie einen erwachsenen Menschen. Er überließ letztlich dem Patienten, was er von Freud annehmen wollte. Ferenczi dagegen unterlief durch sein empathisches und sympathisches Verhalten die Ich-Widerstände des Patienten (Federn, 1933). Er lockte regelrecht das Kind hinter dem Ofen hervor, hinter dem es sich versteckt hatte.

Durch seine sozialisations- und erlebnistheoretische Orientierung könnte man Ferenczi sozusagen eine Übergangsposition zwischen der Freud'schen Psychoanalyse und dem Petzold'schen Entwurf einer Integrativen Therapie (Petzold, 1993, 2003) zukommen lassen. Zumal die Integrative Therapie einige Ferenczianische Praktiken adaptiert hat. Hierbei sind allerdings grundlegende Differenzen zu beachten.

Integrative Therapie

In der Integrativen Therapie stellt sich das Thema der Abstinenz ganz anders als in der Psychoanalyse und deren Modifikationen und Revisionen. Dies hängt mit der expliziten philosophischen Ausgangslage der Integrativen Therapie zusammen. Die Integrative Therapie gründet im Kern auf der erlebnistheoretischen Phänomenologie von Maurice Merleau-Ponty (1976, 1966, 1986). Sie ist darüber hinaus dem Denken einer Reihe von französischen Philosophen verpflichtet, auf die ich hier nicht im Einzelnen eingehen will. Sie bildet auf diesem Hintergrund in erster Linie ein phänomenologisch-hermeneutisches Verfahren (Ricœur, 1989; Waldenfels, 1983). Das hat weitreichende Konsequenzen für das Verfahren überhaupt, aber insbesondere auch für dessen Praxeologie.

Beginnen wir zunächst einmal wieder allgemein: Die Forschungsweise der Phänomenologie ist bekanntlich vom topographischen Denken geleitet. Darauf hat Bernhard Waldenfels (2006) hingewiesen. Als Verfahrensweise ist die Topographie räumlich orientiert. Sie beschreibt Wege, Grenzlinien, Verbindungen und Kreuzungsstellen. Sie folgt nicht den Ideen systematischer Verknüpfung oder zeitlicher Abfolge. Topographie lässt Heterotopie zu. Ihr kann Fremdes fremd bleiben, weil sie sich nicht des Fremden bemächtigen muss. Sie muss Fremdes nicht systematisch relativieren oder zeitlich zu dem machen, was nicht mehr oder noch nicht zugänglich ist. Nur scheinbar im Widerspruch dazu ist die Integrative Therapie darüber hinaus prozessual orientiert. Das heißt sie sieht Erleben und Verhalten des Subjekts im Kontext von Szenen und Szenenfolgen. Sie greift damit den erlebnistheoretisch-phänomenologischen Gedanken auf, dass die Wahrnehmung immer szenisch – raumzeitlich – gestaltet ist. In seiner Modellvorstellung von Persönlichkeit hat Petzold die Leibphilosophie von Merleau-Ponty mit der Rollentheorie von Moreno konnektiviert (Petzold & Mathias, 1982).

Was bedeutet eine phänomenologische Orientierung? Zunächst der Hinweis, was nicht zu erwarten ist: Um nur einen wichtigen Unterschied hervorzuheben: Phänomenologen denken nicht eschatologisch. Sie erwarten keine Erlösung. Schon gar nicht durch das phänomenologische Verfahren. Sie verfolgen kein Geschichtsziel. Ihnen sind auch Heilungsversprechen fremd. Weil Heilungs- und Erlösungsideen, Wiedergutmachungsideen (Ferenczi), gar Neubeginns- (Balint) oder Wiedergeburtsideen (Perls), dem Denken über Psychotherapie inhärent sind, werfen wir einen kurzen Blick auf deren problematische weltanschauliche Hintergründe. Das eschatologische Denken gründet u. a. im religiösen Denken des Judentums, des Christentums und erstreckt sich von da über die idealistische deutsche Geschichtsphilosophie bis in den Historischen Materialismus (Löwith, 1952; Topitsch, 1988). Hegel und auch Marx konnten noch - eschatologisch infiziert - die Entfremdung als ein Durchgangsstadium begreifen, das der arbeitende Mensch auf dem Weg zu einer Erlösung zu durchschreiten hat. Auf dem Weg zu einem Allgemeinen, zu einer Totalität, einem Reich der Freiheit, in dem die Differenz von Eigenem

und Fremden weitgehend aufgehoben ist. Diese tröstliche, keineswegs unproblematische geschichtsphilosophische Perspektive (Marquard, 1973) wohnt der Phänomenologie nicht mehr inne.

Die Vorstellung einer Zeitlinie, der Zeitpfeil, der auf ein Geschichtsziel weist, hat sich Waldenfels (2006) zufolge mittlerweile zur Vorstellung eines Zeitnetzes verwandelt, ohne fassbaren Anfang und ohne fassbares Ende. Demnach leben wir heute in einer Zeit der Gleichzeitigkeit, des Nebeneinanders, des Raumes. Einer Zeit, in der der Ort den Ton angibt.

Kommen wir zum nächsten Punkt: Integrative Therapie geht vom „Leibsubjekt in der Lebenswelt aus“ (Petzold, 1993/2003; Schuch, 2000). Das Leibsubjekt ist diesem Verständnis zufolge Mittelpunkt einer je eigenen leiblichen Welt. Es realisiert sich, die Welt und sich in der Welt mit seinen Sinnen. Wir sprechen mit Husserl (2008) vom „Leibsubjekt in der Lebenswelt“. Die Erlebens- und Verhaltensweisen des Subjekts sind szenisch. Es ist immer in Kontext und Kontinuum zu sehen.

Das Leibsubjekt ist kein isolierter Einzelgänger, sondern von vornherein intersubjektiv. Wir teilen mit den anderen Leibsubjekten die Welt und ein gemeinsames „Fleisch“. Diese Ansicht hat eine unmittelbare praktische Folge: Intersubjektivität bedeutet, dass ich den anderen als Subjekt denke und nicht als Objekt.

Mit dem Thema der Intersubjektivität kommt unvermeidlich das Thema der Alterität auf. Diesem Thema widme ich im Folgenden etwas Raum, weil sich an ihm die Frage der Abstinenz diskutieren, wenn denn nicht entscheidend beantworten lässt. Hier muss die zweifellos interessante Erörterung zu kurz kommen, dass verschiedene Philosophen der Alterität im Hinblick auf diese unterschiedliche Akzente gesetzt haben.

Was meint Alterität? Alterität bedeutet zuerst, dass ich nie wissen kann, wie sich der Andere erlebt, wie auch der Andere nie erfahren kann, wie ich mich erlebe (Merleau-Ponty, 1964/1986). Was ich von ihm erlebe, ist immer mein Erlebnis. Da ich die Grenzen meines Leibes auch nicht überschreiten kann, muss ich mich allenfalls an die Spur des Anderen halten, die er in meiner Wahrnehmung hinterlässt.

Der Gedanke der Alterität ist in unserem Kontext überaus bedeutungsvoll. Er kann das gesamte konventionell verordnete und lizenzierte Weltbild, das meist auf dem erkenntnistheoretischen Niveau der romantischen Naturphilosophie verharrt, erschüttern. Denn Alterität provoziert die Idee eines gänzlich Anderen und Fremden. Damit ist gemeint, dass ich nicht, wie man es sich vielleicht wohlmeinend, verharmlosend und interessiert vorstellen möchte, zu dem Anderen und Fremden hin reisen und es kennenlernen könnte. Das Andere und Fremde bleibt bereits vom Begriff her stets anders und fremd. Denn wenn ich das Andere denke, wird es nicht als Andersheit gedacht.

Damit nicht genug! Emmanuel Levinas, einer der Referenzen der Integrativen Therapie (Petzold, 1996), sah die Subjektivitätskonstitution als vorgängige Antwort-auf-den-Anderen. Für Emmanuel Levinas war der Andere ein existentielles Ereignis, das vom Subjekt eine Antwort erfordert. Ein zweifellos erschütternder Gedanke: Wenn das Subjekt eine Antwort auf den Anderen darstellt, dann gerät die Vorstellung eines autonomen Subjekts in Zweifel. Ricœur (1996) legte in seiner Auseinandersetzung mit Levinas seine Auffassung dar, dass der Andere keineswegs der gänzlich Andere sei, weil das Ich immer auch eigenes Anderssein enthält. Das eigene Anderssein wird bei ihm vielmehr zur Voraussetzung, die Stimme des Anderen zu vernehmen und ihn dadurch in seinem Anderssein, aber auch ihn als Mitmensch anzuerkennen. Petzold spricht aus guten Gründen von den „Con-sortes“, mit denen wir das Leben teilen, die uns im Konvoi auf Zeit eine Strecke durch unser Leben begleiten (Petzold, 1993/2003).

Waldenfels (2006), der im deutschen Sprachraum derzeit vielleicht radikalste Denker des Anderen und Fremden, spricht von einem Fremden, das nicht mehr systematisch im Zusammenhang von Eigenem und Fremden begriffen werden kann, sondern das radikal als ein gänzlich Anderes und Fremdes vorkommt. Dieses Andere und Fremde ist umgekehrt in der Lage, den Kern der Vernunft und des Eigenen zu infizieren. Waldenfels (2006) spricht von der Zersplitterung der Vernunft und der Dezentrierung des Subjekts. Wie kann man mit dem Fremden umgehen, das einem beunruhigt, ohne ihn seines Stachels (Waldenfels, 1990) zu berauben? Das Fremde als Fremdes erfordert Waldenfels zufolge eine responsive Form von Phänomenologie, die bei dem beginnt, was uns auf befremdende, erschreckende oder erstaunliche Weise herausfordert, herauslockt, herausruft und unsere Möglichkeiten infrage stellt.

Dem Gedanken der Alterität könnte man im psychotherapeutischen Denken eine ähnliche Relevanz wie dem Freud'schen Unbewussten oder dem „Unsichtbaren“ oder dem „Fleisch“ bei Merleau-Ponty (1964/1986) zumessen (Frosthalm, 1978). Das Andere und Fremde ist prinzipiell unzugänglich und dennoch da. Allerdings mit dem entscheidenden Unterschied, dass das Andere und Fremde nicht – wie das Unbewusste bei Freud – sozusagen wie ein geheimnisvolles, im Subjekt verborgenes zweites Subjekt den Ton angibt gegenüber dem Ich, das nicht „Herr im eigenen Haus“ ist (Freud, 1916/17).

Abstinenz wird auf diesem philosophischen Hintergrund in der Integrativen Therapie ethisch begründet. Die Idee geht dahin, dass ich mich bereits in eine ethische Problemzone begeben, wenn ich mir ein Bild vom Anderen mache, ohne zu bedenken, dass es sich um mein Bild handelt. Ich stehe stets in der Gefahr, mit meiner Wahrnehmung von ihm, mich seiner zu bemächtigen. Ich tue mit meiner Wahrnehmung und der darin liegenden Zuschreibung dem andern etwas an. Ebenso wird es ethisch problematisch, wenn ich ihn im Anschluss an meine Zuschreibung zum Objekt meiner Vorstellungen und Praktiken mache und ich mich insofern seiner bemächtige. Offenkundig wird dies schließlich zum Problem, wenn ich mich in irgendeiner Weise am Patienten befriedige – geschehe dieses bewusst oder unbewusst.

Spätestens hier mag der konventionell zugeschnittene, fest in den herrschenden Verhältnissen verankerte Psychotherapeut Einspruch erheben. Wir müssen uns doch ein Bild vom Patienten machen! Psychotherapie besteht doch eben gerade darin, dass man für den anderen etwas will. Das, was man für den Patienten will, ja wollen soll, die Indikationsstellung, sie ergibt sich doch aus der Diagnostik. Die Diagnostik kann doch deshalb gar nicht trefflich genug sein. Man will, soll doch, muss doch Erleben und Verhalten des Patienten so verändern, dass sein Leben wieder leichter wird. Sein Leid soll vermindert werden. Die Erkrankung, die ihn in die Psychotherapie getrieben hat, soll geheilt werden. Er soll sich besser fühlen. Es soll ihm wieder gut gehen und ihm sollen sich wieder neue Handlungsmöglichkeiten auftun.

Der konventionell zugeschnittene Psychotherapeut wird zudem zu bedenken geben, dass wir nicht nur fachlich, sondern auch sogar gesetzlich der Verpflichtung unterliegen, uns diagnostisch ein nachvollziehbares, belastbares Bild vom Patienten zu machen, eventuell per psychologischer oder psychiatrischer Diagnostik. Dem Gesetz zufolge ist Psychotherapie angewandte Wissenschaft. Psychotherapie geschieht entlang eines wissenschaftlich begründeten Verfahrens. Dieser Idee einer wissenschaftlich begründeten Psychotherapie ist zudem aufgegeben, dass man definierte therapeutische Ziele bezüglich des Erlebens und Verhaltens des Patienten verfolgt und Praktiken anwendet, die als solche detailliert dokumentierbar sind und deren Erfolg messbar ist. Hier treffen wir auf Modellvorstellungen von Psychopathologie sowie von Psycho-technologie. Es regiert die Vorstellung, vorher krank, hinterher gesund – per Psychotherapie. Diese Art des Denkens widerlegt indessen nicht die philosophische Argumentation. Diese Art des Denkens stellt sich vielmehr aus der philosophischen Sicht als ein vermeidender Umgang mit existentiellen Themen bloß. Auf einem anderen Blatt steht, dass, bevor überhaupt geklärt war, was eine Psyche sein soll und was deren Therapie sein könnte, die Psychotherapie durch Gesetz geregelt wurde (Schuch, 2014). Weil es ordnungspolitisch so gewollt war, wurde die Psychotherapie als solche „formiert“ (Schuch, 1983).

Wenn wir leibphilosophisch davon ausgehen, dass wir ohnehin immer intersubjektiv sind, dass zwischen zwei sich begegnenden Subjekten unvermeidlich ein Ko-respondenzprozess stattfindet, der alle Ebenen der Strukturbildung umfasst (Petzold, 1980), dann wird die Idee, sich durch förmliche Verstellung, Hemmung, Zurückhaltung der Wahrnehmung des Anderen zu entziehen, prekär. Tilmann Moser (1987) hatte nicht von ungefähr den Psychoanalytiker, der sich an diese Version von Abstinenz hält, dabei geradezu den Körper exkommuniziert, polemisch als „sprechende Attrappe“ bezeichnet. Dieter Beckmann (1974) ist in seiner Untersuchung „Der Analytiker und sein Patient“ sehr zum Leidwesen zahlreicher Psychoanalytiker auf das hohe Maß an Durchlässigkeit der psychoanalytischen Abstinenz gestoßen.

Abstinenz wurde lange Zeit als programmatische Verstellung der Therapeuten verstanden, als Aufforderung zur Vermeidung von und Zurückhaltung im Kontakt. Angesichts der Vorstellung

von Intersubjektivität und der unvermeidlichen Gratwanderung in einer therapeutischen Beziehung muss Abstinenz völlig neu verstanden werden, nämlich als eine Grundhaltung und Selbstpraktik des Therapeuten. Das bedeutet nichts anderes, als die Abstinenz in den Therapeuten hineinzuverlagern.

Das beginnt mit der Bereitschaft zur bedingungslosen Selbstreflexion des Therapeuten, um seine Motive nicht schon offensichtlich oder gar vorsätzlich in die Angelegenheiten des Patienten einzumischen. Ferenczi hatte mit seiner Idee einer instrumentellen Gegenübertragungsanalyse den Weg gewiesen – allerdings auf dem Hintergrund eines Denkens, das wir nicht teilen.

Die mit dem Hinweis auf Alterität ethisch begründete Vorstellung von Abstinenz fordert vom Therapeuten, mit größter Konsequenz immer wieder zu sich zu kommen. Ihm ist aufgegeben, sich wahrzunehmen und sich in einen Prozess der Tiefenhermeneutik des Leibes zu begeben. Die Idee geht dahin, dass er in seiner eigenen Wahrnehmung und seinem Sinnverstehen Hinweise zum Verständnis des Patienten erhält und dementsprechend seine Interventionen abstimmt. Hierbei helfen ihm bewährte Heuristiken, die es ihm ermöglichen, sich die Lebenssituation des Patienten vorzustellen.

Wie realisiert die phänomenologisch-hermeneutisch begründete Integrative Therapie praktisch ihre Bemühung um Abstinenz? Generell lässt sich sagen, dass die umfängliche Kenntnis und die darauf beruhende kunstgerechte Anwendung des Verfahrens die beste Gewähr liefern, abstinenz zu arbeiten.

Hier zeichnen sich zwei Wege ab. Zum einen – und in erster Linie – eine unvermeidliche, konsequente theoretische Bildung, um überhaupt das Problem angemessen zu verstehen und zum anderen eine mit dieser einhergehenden und im Lichte dieser theoretischen Bildung gründlichen Selbsterfahrung. Eine Selbsterfahrung, die insbesondere auf die inneren Antriebe und Motive fokussiert, Psychotherapeut zu werden. Hierfür sind Lehrtherapie und methodenspezifische Supervision vorgesehen.

Fünf wesentliche Aspekte der Abstinenz

Obliques Bewusstsein

Erstens ist die Förderung der Entwicklung eines obliquen Bewusstseins zu nennen, von dem Gernot Böhme (1985) in seiner „Anthropologie in praktischer Hinsicht“ spricht. Obliques Bewusstsein entsteht, räumlich-bildlich gesprochen, durch den schräg abgehobenen Blick auf sich selbst. Die Fähigkeit hierzu gilt als „*Conditio sine qua non*“. Obliques Denken ist ein Denken, daß sich des Anderen, von dem es sich absetzt, von dem es aber zugleich abhängig bleibt, bewusst ist. Oblique Anthropologie ist eine Darstellung des Menschen in der Perspektive seines Anderen:

des Bewusstseins unter Berücksichtigung des Unbewussten, des bestimmten Menschseins unter Einbeziehung des anderen Menschseins, der Vernunft auf dem Hintergrund des Irrationalen, des Wissens in der Differenz zum Sein (Böhme, 1985; Böhme & Böhme 1983).

Wir sprechen - mit einiger Einschränkung - von der Einnahme einer „exzentrischen Position“. Petzold (1993, 2003) schlägt mit dem Blick auf die Aufgabe das Modell einer Mehrebenenreflexion vor: Der Therapeut bedient sich zur Klärung und Reflexion des Geschehens und Handelns in der Therapie der Methode der Mehrebenen-Reflexion, insbesondere der Triplex-Reflexion. Die Triplex-Reflexion ist ihrerseits in philosophische Kontemplation eingebunden. Letzteres kann man als eine weitere Ebene ansehen.

Was bedeutet „Triplex-Reflexion“? Auf der ersten Ebene erfolgt die Betrachtung einer gegebenen Situation durch unterschiedliche Perspektiven und Optiken auf dem Hintergrund von bewährten Heuristiken. Auf der zweiten Ebene kommt es zur Reflexion der eigenen Wahrnehmung, der dabei verwendeten unterschiedlichen Perspektiven und Optiken sowie der zur Orientierung verwandten bewährten Heuristiken. Der Therapeut registriert die Perspektiven und Optiken, die er intuitiv-situativ gewählt hat; Überprüfung der Heuristiken, an denen er sich orientiert hat, eventuell auch Reflexion auf die, gegen die er sich entschieden hat, oder die er intuitiv nicht in Betracht gezogen hat. Auf der dritten Ebene nimmt der Therapeut die sogenannte hyperexzentrische Position ein: Er reflektiert auf die Bedingungen des Beobachtens. Im Hinblick auf die Entdeckung übergeordneter, verdeckter oder auf den ersten und zweiten Blick nicht auffälliger oder bewusster Gesichtspunkte, z. B. unbewusster kultureller Diskurse. Diese dritte Ebene ist in der Regel nur mit Hilfe von Supervision oder Kontrollanalyse durch Therapeuten mit hoher Exzentrizität und durch interdisziplinäre Diskurse zu erreichen (Schuch, 2000).

Szenisches Verstehen

Zweitens. Eine weitere wichtige, für die Abstinenz hochrelevante Praktik bildet das szenische Verstehen. Das szenische Verstehen wird durch die leibphilosophische Ansicht begründet, dass Wahrnehmungsweise und damit Sinnrealisation des Leibsobjektes szenisch strukturiert sind. Das Leibsobjekt – erlebnistheoretisch verstanden – befindet sich demnach immer in Szenen und realisiert demnach immer Szenen.

Was ist eine Szene? Mit Szene bezeichnen wir eine raum-zeitliche Struktur, die alles umfasst, was ich in Wahrnehmung und Handlung erreiche und was mich in Wahrnehmung und Handlung erreicht. Das szenisch Erlebte sedimentiert sich im Leib und strukturiert die weitere Wahrnehmung. Der Leib gilt als das Archiv aller Szenen. Szenen bestimmen sowohl die Art unserer Wahrnehmung als auch deren Inhalt. Eine Szene ist prinzipiell eine lebendige Struktur, die von Subjekten intersubjektiv in Kontext und Kontinuum per Erleben und Verhalten gewirkt wird.

Was bedeutet „szenisches Verstehen“? Allgemein bedeutet es, jedes Erleben und Verhalten raumzeitlich wahrzunehmen und auf seinen Gehalt und seine Bedeutung hin zu interpretieren. In unserem Zusammenhang: Bereits die Zusammenkunft von Therapeut und Patient bildet eine Szene. In diese Szene bringen sowohl Therapeut als auch Patient ihre Szenen mit ein. Dies betrifft das Geschehen in der Therapie, noch vor jeder therapeutischen Gestaltung.

Wir hatten es bereits einmal anhand der Arzt–Patient-Szene thematisiert (Leitner, Schuch Koschier, Höfner & Enk, 2009): Bei der Arzt-Patient-Szene handelt es sich um eine überaus komplexe Situation, in der die zwischenleibliche Beziehung von Arzt und Patient, wie auch die verabreichte Medizin lediglich einen, aber wichtigen Moment des gemeinsam angestrebten Heilungsvorganges darstellt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Heilung immer auch etwas mit der Inszenierung des heilenden Settings sowie der Inszenierung der heilenden Beziehung und damit einhergehend mit der suggestiven Kraft dieser Inszenierungen zu tun hat.

Die Integrative Therapie arbeitet bevorzugt mit der holographischen Evokation von Szenen aus Szenenfragmenten. Das heißt, der Therapeut achtet auf szenische Angebote des Patienten. Diese können in Worten, Blicken, Haltungen, Gesten liegen. Nicht zuletzt auch in aufkommenden Stimmungen und Atmosphären, die vom Patienten ausgehen. Nicht also nur der gesprochene Text wird Gegenstand der Arbeit und die darin präsentierten Geschichten oder das vordergründig präsentierte Gefühl, sondern das szenisch zu verstehende Wie des Sprechens und das im Text verborgene, hinter dem Text liegende, auf die Existenz verweisende.

Das szenische Arbeiten verlangt dem Therapeuten ein permanentes Wechselspiel ab. Er hat auf den Patienten zu achten, gleichzeitig sich im Blick zu behalten und das zwischenleibliche Geschehen. Dies ist zweifellos eine anspruchsvolle Praktik.

Bleibt noch einen Blick auf den Therapeuten zu werfen und die Frage zu stellen, was der Therapeut verleibt. Was geht von ihm aus – bewusst oder unbewusst? Welche Szenen bietet er an? Welche Rollen weist er in seinem szenischen Angebot dem Patienten zu? Wie sieht es mit dem in diese Rollenangebote eingeschriebenen Begehren des Therapeuten aus? Was soll der Patient für ihn erledigen? Wann und aus welchem Grund kommt er zu dem Entschluss, dem Patienten eine „Nachsozialisation“ verpassen zu sollen – sich als Vater oder Mutter zu gerieren?

Abstinenz wird durch Reflexion auf die eigene frühe Not des Therapeuten gefördert. Therapeutische Interventionen sind stets auch unter dem Gesichtspunkt des Hedonismus kritisch in den Blick zu nehmen. Ist es pure Selbstlosigkeit oder der unbewusste Wunsch, der eigenen frühen Not zu entrinnen? Mit all den Implikationen, die das im Hinblick auf Befriedigung, Machtausübung etc. durch das Helfen hat.

Sprechen wir in diesem Zusammenhang noch eine Differenz an: Warum ziehen wir das szenische Verstehen der Idee einer Übertragungs- / Gegenübertragungsanalyse vor (Schuch, 1991)? Wir machen hierfür insbesondere zwei Gesichtspunkte geltend:

Zum einen können wir in Sachen Übertragung gut auf dem Standpunkt Freuds bleiben, für den die Übertragung einen Irrtum darstellte, der aufgeklärt gehört und keine allgemeine Wahrnehmungsweise (Körner, 1990; Schuch, 1991). Der in der Übertragung liegende Irrtum ist lediglich ein Spezialfall dessen, was sich alles in einer therapeutischen Beziehung ereignen kann.

Zum andern halten wir die ausschließliche Konzentration auf die Analyse des Übertragungs- / Gegenübertragungsgeschehen für problematisch, weil die Übertragungs- / Gegenübertragungsanalyse lediglich auf das Individuum und seine Beziehungen gerichtet ist.

Wir halten die Idee des Individuums für eine Abstraktion. Von was wird abstrahiert? Es wird abstrahiert von den Verhältnissen und der Zeit, in denen ein Mensch lebt. Wir sprechen nicht grundlos im Anschluss an Husserl vom „Leibsubjekt in der Lebenswelt“. Wir sehen den Menschen programmatisch als Leibsubjekt in der Lebenswelt.

Wir halten es insofern eher mit Theodor W. Adorno, für den das Individuum eine Lüge war, oder auch gern mit Karl Marx, der das Individuum als ein Ensemble der gesellschaftlichen Verhältnisse begriffen hatte. Der Übertragungsbegriff abstrahiert, der Szenenbegriff abstrahiert nicht. Die Szene umfasst die gesamte Zwischenleiblichkeit und Ko-respondenz und bildet in Kontext und Kontinuum ein reales Geschehen ab. Es geht nicht nur um das individuelle, sondern auch um das soziale Sinnverstehen.

Berührung

Drittens: Ein wichtiger Gesichtspunkt der Diskussion über Abstinenz stellt die Berührung des Patienten durch den Therapeuten dar, aber auch die Berührung des Therapeuten durch den Patienten. Grundsätzlich gilt ja: „Berührung ohne Berührung“ (Kapust, 1999). Petzold spricht von „wechselseitiger Empathie“, insbesondere von der „für den Heilungsprozess notwendigen Bereitschaft, sich von seinem Patienten empathieren zu lassen“ (Orth & Petzold, 1991, S. 868).

Erscheint aber doch eine leibliche Berührung angezeigt, so muss diese szenisch korrekt sein und genau in das in Szene gesetzte Stück passen. Wir unterscheiden in diesem Zusammenhang spezifische und unspezifische Interventionen. Während spezifische Körperinterventionen eher in den Bereich der Körpertherapie fallen, liegen die unspezifischen Interventionen im Spektrum dessen, was sich in einer bestimmten Kultur und einem spezifischen Milieu üblicherweise im Familienleben abspielt. Hier sind kulturelle und milieurelevante Differenzen zu beachten.

Handlung und Geschehen

Viertens: Wir haben unter dem Gesichtspunkt der Abstinenz den Handlungsbegriff und den Geschehensbegriff der Psychotherapie zu unterscheiden. Psychotherapie ist eine vorsätzliche Inszenierung, ein Rollenspiel. In diesem Rollenspiel ergibt sich jenseits der eingenommenen Rollen eine reale zwischenleibliche Konstellation. Deshalb unterscheiden wir zwei Aspekte: Zum einen das bewusste und gewollte Handeln im Rollenspiel und zum andern das subtextuelle, oft genug unbewusste Geschehen der zwischenleiblichen Beziehung. Dem eingedenk ist uns praxeologisch eine klare Abfolge vorgegeben: geschehen lassen, wirken lassen, handeln. Und nicht, handeln, damit nichts geschieht, respektive, dass durch das Handeln das Geschehen überdeckt und nicht wahrgenommen wird. Phänomenologisches Arbeiten bedeutet, sich auf das Geschehen zu konzentrieren. Es geht darum, das Geschehen wahrzunehmen und im Hinblick auf seine Bedeutung zu verstehen. Wir müssen nur wenig tun. Das meiste geschieht von selbst, denn wir sind ohnehin immer intersubjektiv. Der Therapeut braucht sich nicht willentlich intersubjektiv zu verhalten - worauf auch immer das hinauslief. Es geht darum, das ohnehin stattfindende intersubjektive Geschehen wahrzunehmen und im Hinblick auf seinen Sinn zu verstehen.

Macht und Widerstand

Fünftens ist die Abstinenz unter dem Gesichtspunkt von Macht und Widerstand zu thematisieren. Den Blick auf die Macht verdanken wir den Anregungen von Michel Foucault (1977, 1978). Macht ist für ihn keine Entität, sondern etwas, „was sich von unzähligen Punkten aus und im Spiel ungleicher und beweglicher Beziehungen vollzieht“ (Foucault, 1977, S. 115). Foucault spricht vom „strikt relationalen Charakter der Machtverhältnisse“ (Foucault, 1977, S. 117) und deshalb von der „Allgegenwart der Macht“ (Foucault, 1977, S. 114). Es war Wilhelm Reich (1933), der in seiner „Charakteranalyse“ einen wichtigen Beitrag zur Technik der Psychoanalyse geliefert hat, indem er anregte, den Widerstand vor dem Inhalt zu deuten. Reich sah jegliche Intervention des Analytikers als einen Eingriff in die Stabilität des Patienten, auf den dieser mit Widerstand antworten muss. Den größten Widerstand sah Reich übrigens in der beflissenen Zusammenarbeit.

Was haben diese beiden Gesichtspunkte, Macht- und Widerstandsanalyse, mit Abstinenz zu tun? Macht ist ein Strukturelement jeder Beziehung. Jedes Mal, wenn wir von dem oder für den Patienten etwas wollen, rufen wir seinen Widerstand auf den Plan und begeben uns damit in seine Macht. Der Patient hat es ab da in der Hand, uns zu frustrieren, unser gutes Wollen zu entwerten, unsere Hinweise in den Wind zu schlagen, letztlich sein Macht-Stück zu inszenieren – sei es bewusst oder unbewusst. Auf dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte ist anzunehmen, dass wir durch unser Verhalten ihn zu einer Wiederholung verlocken. Eine Wiederholung, zu der wir von ihm durch seine szenischen Angebote verlockt worden sind. Wir sind in sein Stück eingetreten. Wahrscheinlich kolludieren zudem die Szenen des Therapeuten mit denen des Patienten.

Praxeologische Aspekte

Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass wir uns immer auf vielfältige Weise in das Leben der Patienten einmischen. Die Einmischung ist unvermeidlich, sie betrifft alle Strukturebenen und zeigt Wirkung in vielen Bereichen. Nicht zu vergessen: Auch die Patienten mischen sich in unser Leben ein. Es ist zu fragen, in welchem Umfang die psychotherapeutische *Deformation professionelle* nicht auch auf die Einwirkungen der Patienten zurückzuführen ist. Auf letzteres können wir in diesem Kontext nicht weiter eingehen.

Im Folgenden möchte ich einige Spezialfälle ansprechen, die sich zur Thematisierung der Abstinenzprobleme eignen. Diese Spezialfälle bieten Anlass, noch einmal die notwendige Unterscheidung von Moral und Ethik ins Spiel zu bringen. Grundsätzlich gilt, eine normative Ethik ist für die Psychotherapie ungeeignet (Schuch, 1988). Sie führt nur zur Herausbildung einer „doppelten Wahrheit“. Ethisch steht die Integrative Therapie auf dem Standpunkt Arthur Schopenhauers (1840/1977), der der Ethik nicht aufgegeben hatte, wie man sich verhalten soll, sondern die in moralischer Hinsicht höchst verschiedenen Verhaltensweisen der Menschen zu deuten, zu erklären und auf ihren letzten Grund zurückzuführen.

Eine generelle Einmischung, sozusagen eine umfassende Einmischung auf der Metaebene, geschieht schon auf der Ebene unseres Menschenbildes. Psychotherapieverfahren beinhalten immer mehr oder minder latente Anthropologien (Dührssen, 1995). Diese Anthropologien wirken sich bis in die therapeutische Praxeologie gestaltend aus und haben entsprechend eine Bedeutung für die psychotherapeutische Behandlung. Mitunter ohne als solche in Erscheinung zu treten. Falls Anthropologien von Psychotherapieverfahren explizit ausgewiesen werden und als erkenntnisleitend ausgegeben werden, ist gleichwohl nach einer latenten Anthropologie zu fragen: der Anthropologie im Subtext.

Es sind zweifellos gravierende Unterschiede, ob ein Therapeut nicht mehr als das Freud'sche „normale Elend“, nämlich arbeiten und lieben zu können, für möglich hält und dementsprechend frühes Begehren sich an der Realität abarbeiten lässt oder meint, per Verwöhnung erlittenes Leid eines ursprünglich unschuldigen Kindes wiedergutmachen zu sollen und das Begehren des Patienten reichlich bedient (Ferenczi), oder eine „korrigierende emotionale Erfahrung“ zum Ziel hat (Alexander) oder einen „Neubeginn“ durch Regression auf eine prätraumatische Schicht (Balint) anstrebt oder durch Freilegung eines angeblich „wahren Selbst“ zu einer Wiedergeburt (Perls) verhelfen will. In all diesen Zielsetzungen stecken höchst unterschiedliche Bilder vom Menschen, die zu höchst unterschiedlichen Praktiken führen. Die Differenzen lohnten eine Diskussion, die ich hier nicht führen kann.

Wir gestalten die therapeutische Situation bewusst als eine Inszenierung. Wir inszenieren aus therapie-didaktischen Gründen. Wir wollen per Inszenierung Prägnanzen herstellen, Erlebnisse ermöglichen, zu Einsichten verhelfen, Perspektiven eröffnen, Bedrückung nehmen, Not lindern.

Die zwischenleibliche Beziehung ist immer real. Sie spielt sich auf allen Strukturebenen ab. Sie muss nur verstanden werden, soweit sie verstanden werden kann. Es soll also kein aufgesetztes Stück sein, das wir inszenieren. Es geht nicht um „Sympathie auf Kommando“. Das Drehbuch dieser Inszenierung schreibt sich aus der Hermeneutik der zwischenleiblichen Beziehung. Es ergibt sich aus dem Mitgefühl, das uns ergreift – oder eben auch nicht.

Unsere Interventionen beschränken sich bekanntlich nicht nur auf Worte, sondern beinhalten das gesamte Repertoire sittlich vertretbaren menschlichen Verhaltens. Ein wahrscheinlich viel zu häufig gewählter Spezialfall bildet hier die Orientierung an dem Familienmodell. Ein Relikt aus der psychoanalytischen Vater-Mutter-Kind-Triangulation. Im Gegensatz zur Psychoanalyse orientieren sich viele Therapeuten am Modell eines als ideal vorgestellten, am Wohlergehen der anderen Familienmitglieder interessierten, liebevoll zugewandten, verständnisvollen Familienlebens. Eines Familienlebens, in dem sie wie Eltern – je nach dem - unterstützen, halten, schützen, trösten, bergen, lieblosen können, mit den dazugehörigen Stimmtönungen, Haltungen und Gesten. Sie kritisieren durchaus auch, konfrontieren, zeigen Betroffenheit, Trauer, Schmerz. Sie geben sich selektiv authentisch preis – wenn sie das für angezeigt erachten (siehe Petzold, 1991).

Das Familienmodell bildet indessen nur eine mögliche und keineswegs unproblematische Szenerie. Das Familienmodell wird insbesondere dann problematisch, wenn Patienten lediglich in eine ohnehin immer fragwürdige Biographie (Schuch, 2001) hineingeführt werden, ihnen, „auf Trauma und Missbrauch komm raus“, Widerfahrnisse eingeredet werden, damit Regressionen Tür und Tor geöffnet und die Patienten programmatisch infantilisiert, respektive auf ihre Infantilität reduziert werden (kritisch dazu Petzold, Orth & Sieper, 2014; Schuch, 2017).

Dieser von vielen Therapeuten bevorzugten Schwerpunktsetzung auf die Kindheit widerspricht schon die Vorstellung einer lebenslangen Entwicklung, derzufolge wir über das ganze Leben erkranken können. Grundsätzlich – und das erscheint in diesem Zusammenhang, da es um Abstinenz geht, von besonderer Bedeutung - wird glatt übersehen, dass der Patient auch Subjekt seines Leides ist. Ihn lediglich als Objekt von ungunstigen Zufügungen oder Vernachlässigungen zu sehen, fällt demgegenüber ab.

Wir haben deshalb weitere Szenarien zu berücksichtigen, eventuell erst zu entdecken, die auf den Leib einwirken. Hier schauen wir auf das Milieu samt den dazugehörigen Atmosphären, aus dem der Mensch kommt. Wir untersuchen Milieu und Atmosphären entlang bewährter Heuristiken.

Ein weiteres Problem: Um das scheinbar Selbstloseste zu erwähnen, nämlich das Ziel zu verfolgen, der Patient solle zu sich selbst kommen, er soll er selbst werden, in die Lage versetzt werden, sich selbst zu verwirklichen. Ist hier nicht bereits Ideologieverdacht anzumelden? Adorno hat einmal in einem anderen Zusammenhang die Ansicht geäußert, die Menschen seien noch gar nicht sie selbst. Deshalb könnten sie sich auch nicht selbst verwirklichen.

Die Frage ist doch, ob der Patient überhaupt in der Lage ist, „er selbst“ zu sein? Was wäre das auch? Wer ist er selbst? Sind seine Vorstellungen von sich selbst nicht ihrerseits wieder Ausdruck oder zumindest gezeichnet von seiner Erkrankung? Der Patient ist unbestritten Experte für sich. Er ist letztlich der einzige, der weiß, wie es ihm geht, in welcher Lage er sich zu befinden glaubt. Seine Vorstellungen, aus seinen Problemen herauszukommen, sind insofern ernst zu nehmen. Aber taugen seine Vorstellungen, wie er aus seiner misslichen Erlebens- und Verhaltensproblematik herauskommt? Liegt nicht Zynismus darin, z. B. seinen Versuchen zu willfahren, sich zu perfektionieren - sozusagen ein erfolgreicherer Neurotiker (Kopp, 1976) zu werden? Kann das nicht in anderer Hinsicht bedeuten, das zugrundeliegende Problem des Patienten, das ihn in diese Vervollkommnungsaktivität treibt, nicht ernst zu nehmen und ihn insofern in seiner Not im Stich zu lassen?

Andersherum ist der Therapeut zu befragen, ob er das überhaupt aushält, den anderen zu sich kommen lassen – was auch immer das sein mag. Wird seine Persönlichkeit, seine Ambiguitätstoleranz genügend entwickelt sein, wird sein Nervenkostüm und seine weltanschauliche, moralische, politische Orientierung die Differenz zulassen können – ohne sich einzumischen?

Drei Vignetten aus der Praxis zur Diskussion

Vignette 1

Eine Frau, die ihre Sexualität mit mehreren Männern teilte, geriet in die Kritik ihrer Therapeutin. Die Therapeutin sah - sicher nicht ganz zu Unrecht - dieses Verhalten als unmoralisch und selbstschädigend für die Patientin an. Sie sorgte sich um das Wohl der Patientin und begann, sie aus einer mütterlichen Strenge heraus zu ermahnen. Die Patientin erlebte dies als eine Kränkung. Wahrscheinlich handelte es sich um eine Wiederholung. Hier ist die Frage nach der Verletzung der Abstinenz zu stellen. Ich frage: Hätte es nicht der Patientin besser gedient, dieser Aufteilung ihres Sexualverhaltens auf den Grund zu gehen und die Motive hierfür zu verstehen - anstelle der invasiven Intervention?

Vignette 2

Eine Frau befand sich in einer sie auszehrenden, unglücklichen Partnerbeziehung mit einem Mann. Sie geriet darüber in die Kritik ihrer Therapeutin. Die Therapeutin hielt diese Beziehung

für erniedrigend, insbesondere entwertend und für ihre Patientin schädigend. Sie legte ihr nahe, sich von diesem Mann zu trennen. Die Patientin erlebte dies als Übergriff. Sie liebte ihren Partner. Fühlte sich mit ihm verbunden – trotz allem. Auch hier ist die Frage nach der Abstinenzverletzung zu stellen. Ich frage: Hätte es der Patientin nicht besser gedient, wenn die Therapeutin die unglückselige Beziehung der Patientin ertragen hätte und mit ihr untersucht hätte, was sie an diesen Partner bindet, wie sie ihre Liebe erlebt, was sie letzten Endes davon hat, so eine Beziehung zu führen? Nicht zuletzt hätte sich die Therapeutin zu fragen, was mit ihr ist, dass sie die selbstschädigende Partnerbeziehung ihrer Patientin so schlecht aushält.

Vignette 3

Ein Therapeut war stolzer Vater geworden. Er verbreitete diese frohe Botschaft bei vielen Gelegenheiten gern. Am Ende einer Kontrollanalyse drückte die analysierte Kollegin verlegen herum. Sie litt. Ihr fiel es offenkundig schwer, etwas auszusprechen. Schließlich sagte sie, sie hoffe, dass der Kontrollanalytiker sie nicht verurteile und aufgebe. Sie wisse, dass er so ein engagierter Vater sei - aber sie gehe anschließend zu einer Abtreibung. Sie hatte ihm ihre Schwangerschaft verschwiegen. Der Kontrollanalytiker war hoch betroffen. Er hatte durch sein Verhalten der Kollegin die Möglichkeit genommen, ihre Schwangerschaft zu thematisieren und ihre Entscheidung in der Kontrollanalyse zu überprüfen.

Schluss

Wie kann ich meine Ausführungen über Abstinenz resümieren? Was ergibt sich aus meinen Überlegungen? So, wie es sich darstellt, kann es sich bei der Forderung nach Abstinenz wohl nur um eine regulative Idee handeln. Eine regulative Idee, die auf Selbstpraktiken des Therapeuten verweist.

Wie kann ein Therapeut zu geeigneten Selbstpraktiken kommen? Am Anfang hätte die Bereitschaft zu einer umfassenden theoretischen Bildung zu stehen, um das Problem der Abstinenz zu verstehen. Kenntnisse insbesondere aus dem Bereich der Metatheorie sind unabdingbare Voraussetzung für die Praxis von Abstinenz. Dann wären konsequente und nachhaltige Übungen in der Entwicklung eines obliquen Bewusstseins sowie in der Praxis der Mehrebenenreflexion erforderlich. Kunstgerechte Praxis setzt immer Übung voraus. Unverzichtbar erscheint die Bereitschaft zu einer tiefgehenden Selbsterfahrung, insbesondere im Hinblick auf die Reflexion der eigenen Antriebe, Psychotherapeut zu werden. Kaum anders wird man einen zutreffenden Blick für die Dinge gewinnen können, die der Patient für einen erledigen soll. Dies kann zweifellos zu schmerzlichen Selbsterkenntnissen führen. Der Psychotherapeut ist zwar Medium der Therapie, aber es geht nicht um ihn, sondern um den Patienten.

Anmerkung

[1] Ich danke Karin Wolfsberger und Robert Stefan für kritische Begleitung und anregende Kommentare.

Literatur

Alexander, F. (1933). On Ferenczi's Relaxation Principle. *International Journal of Psycho-Analysis*, 14, 183-192.

Balint, M. (1966). Die technischen Experimente Sándor Ferenczis. *PSYCHE*, 20(12), 904-925.

Beckmann, D. (1974). *Der Analytiker und sein Patient*. Stuttgart: Huber.

Blanton, S. (1975). Tagebuch meiner Analyse bei Sigmund Freud. Berlin: Ullstein. (Originalarbeit erschienen 1971)

Böhme, G. (1985). *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Frankfurt: Suhrkamp.

Böhme, H. & Böhme, G. (1983). *Das Andere der Vernunft. Zur Entwicklung von Rationalitätsstrukturen am Beispiel Kants*. Frankfurt: Suhrkamp.

Cremerius, J. (1981). Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. Seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten. In J. Cremerius (2004), *Vom Handwerkszeug des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik* (S. 326–363). Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.

Doolittle, H. (1956/1975). *Huldigung an Freud*. Berlin: Ullstein.

Dührssen, A. (1995). Die Bedeutung einer latenten Anthropologie für psychotherapeutische Behandlungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 41(3), 279-283.

Falzeder, E. (1985). Primäre Liebe und die Grundstörung. Die Untersuchungen Michael Balints über frühe Objektbeziehungen. *WERKBLATT – Zeitschrift für Psychoanalyse und Gesellschaftskritik Nr. 4/5(3/4)*, 51–65.

Federn, P. (1933). Obituary, Sándor Ferenczi 1873 – 1933. *The International Journal of Psycho-Analysis* 14, 467-485.

Ferenczi, S. (1926). *Kontraindikationen der aktiven therapeutischen Technik*. Bausteine II (S. 99-115). Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Ferenczi, S. (1927). *Die Anpassung der Familie an das Kind*. Bausteine III (S. 347-366). Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Ferenczi, S. (1927/28). *Die Elastizität der Psychoanalytischen Technik*. Bausteine III (S. 380-398). Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

- Ferenczi, S. (1931). *Kinderanalysen mit Erwachsenen*. Bausteine III (S. 490–510). Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Ferenczi, S. (1988). *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*. Frankfurt: S. Fischer.
- Forest, I. (1954). *The Leaven of Love*. New York: Harper & Bros.
- Foucault, M. (1977). *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1978). *Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit*. Berlin: Merve.
- Freud, S. (1915). *Bemerkungen über die Übertragungsliebe. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse III*. (GW X, S. 306–321). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1916/17). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. (GW XI). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1937). *Die endliche und die unendliche Analyse*. (GW XVI, S. 57-99). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. & Jung, C.G. (1984). *Briefwechsel*. (Hrsg. McGuire, W. & Sauerländer, W.). Frankfurt: Fischer.
- Frosthalm, B. (1978). *Leib und Unbewusstes. Freuds Begriff des Unbewussten interpretiert durch den Leib-Begriff Merleau-Pontys*. Bonn: Bouvier.
- Husserl, E. (1994). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. Berlin: De Gruyter. (Originalarbeit erschienen 1913)
- Husserl, E. (2008). *Die Lebenswelt. Auslegungen der vorgegebenen Welt und ihrer Konstitution. Texte aus dem Nachlass (1916 – 1937)*. (Hrsg. Rochus Sowa). Berlin: Springer.
- Kapust, A. (1999). *Berührung ohne Berührung. Ethik und Ontologie bei Merleau-Ponty und Levinas*. München: Fink.
- Kopp, S.B. (1976). *Triffst du Buddha unterwegs. Psychotherapie und Selbsterfahrung*. Köln: Diederichs.
- Körner, J. (1990). Übertragung und Gegenübertragung, eine Einheit im Widerspruch. *Forum der Psychoanalyse*, 6(2), 87–104.
- Leitner, A., Schuch, H.W., Koschier, A., Höfner, C. & Enk, B. (2009). Das ärztliche Gespräch im Blickpunkt der Ethik. *Psychologische Medizin*, 20(4), 33–40.
- Lorand, S. (1966). Sandor Ferenczi 1873-1933. Pioneer of pioneers. In F. Alexander, S. Eisenstein & M. Grotjahn (eds.), *Psychoanalytic pioneers* (S. 14–35). New York: Basic Books.
- Löwith, K. (1952). *Weltgeschichte und Heilsgeschehen. Die theologischen Voraussetzungen der Geschichtsphilosophie*. Stuttgart: Metzler.

- Marcuse, L. (1972). *Sigmund Freud. Sein Bild vom Menschen*. Zürich: Diogenes.
- Marquard, O. (1973). *Schwierigkeiten mit der Geschichtsphilosophie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Marquard, O. (1987). *Transzendentaler Idealismus, Romantische Naturphilosophie, Psychoanalyse*. Köln: Dinter.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter. (Originalarbeit erschienen 1945).
- Merleau-Ponty, M. (1976): *Die Struktur des Verhaltens*. Berlin: de Gruyter. (Originalarbeit erschienen 1942).
- Merleau-Ponty, M. (1986). *Das Sichtbare und das Unsichtbare*. München: Fink. (Originalarbeit erschienen 1964).
- Moreno, J.L. (1946). *Psychodrama*. Beacon: Beacon House.
- Moser, T. (1987). *Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe. Eine Streitschrift*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Orth, I. & Petzold, H.G. (1991). *Integrative Leib- und Bewegungstherapie mit erwachsenen Patienten*. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Petzold, H.G. (1980). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. In H.G. Petzold, *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung* (S. 223–290). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996). Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. *Integrative Therapie*, 22(2-3), 319–349.
- Petzold, H.G. (1993/2003). *Integrative Therapie*. 3 Bände. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Mathias, U.(1982). *Rollenentwicklung und Identität. Von den Anfängen der Rollentheorie zum sozialpsychiatrischen Konzept Morenos*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. & Sieper, J. (2014). *Mythen, Macht und Psychotherapie. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit*. Bielefeld: Aisthesis.
- Pohlen, M. (2006). *Freuds Analyse. Die Sitzungsprotokolle Ernst Blums*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Reich, W. (1933). *Charakteranalyse*. o. O.: Selbstverlag.
- Ricœur, P. (1989). *Die Interpretation*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ricœur, P. (1996). *Das Selbst als ein Anderer*. München: Fink.
- Schopenhauer, A. (1840/1977). *Preisschrift über die Grundlage der Moral*. Zürcher Ausgabe. Werke in zehn Bänden, (Band VI, S. 143–315). Zürich: Diogenes.

- Schuch, H.W. (1983). *Formierung psychosozialer Prozesse. Zur Struktur und Ideologie bürokratisch institutionalisierter Hilfe*. Gießen: Focus.
- Schuch, H.W. (1988). Psychotherapie zwischen Wertorientierung und Normierung. *Integrative Therapie*, 14(2/3), 108-131.
- Schuch, H.W. (1991). Alles Übertragung? *Integrative Therapie*, 17(4), 489-507.
- Schuch, H.W. (2000). Grundzüge eines Konzepts und Modells integrativer Psychotherapie. *Integrative Therapie*, 26(2-3), 133-187.
- Schuch, H.W. (2001). Geschichte und Psychotherapie. Chronosophische und diskursanalytische Vorüberlegungen zur Geschichte und Mythologie der Psychotherapie aus integrativer Sicht. *Gestalt (Schweiz)*, 41, 3–27.
- Schuch, H.W. (2014). Ansprache. In H.W. Schuch, *Kann das Gehirn denken?* Wien: Krammer.
- Schuch, H.W. (2017). *Rezension vom 23.03.2017 zu: Hilarion Petzold, Ilse Orth & Johanna Sieper: Mythen, Macht und Psychotherapie. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit*. Zugriff am 09.04.2017. Verfügbar unter <https://www.socialnet.de/rezensionen/19297.php>
- Topitsch, E. (1988). *Gottwerdung und Revolution*. Berlin: UTB.
- Waldenfels, B. (1983). *Phänomenologie in Frankreich*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Waldenfels, B. (1990). *Der Stachel des Fremden*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Waldenfels, B. (2006). *Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden*. Frankfurt: Suhrkamp.

Angaben zu dem Autor

Prof. Dr. Hans Waldemar Schuch, M.A., Vis.-Prof. des Departments für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems. Vortragender in den Studiengängen/Universitätslehrgängen: Integrative Therapie (MSc-Psychotherapie), Supervision und Coaching (MSc), Balintgruppenleitung im Gesundheitswesen. Psychotherapeut (ÖBVP), Lehr- und Kontrollanalytiker (EAG/FPI), Lehrtherapeut für Integrative Therapie (A), Supervisor (DGSv), Coach. Mitherausgeber der Zeitschrift Integrative Therapie.

Kontakt: mail@hwschuch.de

Telefon: 0043 676 670 4670

Korrespondenz-Adresse:

Prof. Dr. Hans Waldemar Schuch
Edmund Hofbauer Straße 16
3500 Krems
Österreich

Zitationsempfehlung

Schuch, H.W. (2017). Probleme mit der Abstinenz. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 5(1), S. 89-112. Zugriff am 15.05.2017. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>