

**Änderungen der Technik und der
berufsethischen Haltung in den
psychotherapeutischen Behandlungen bei
Sigmund Freud auf seinem Weg vom
Neurologen zum Psychoanalytiker**

Ekkehard Tenschert, MSc

Wien 2019-08-12

Inhaltsangabe

Freuds wissenschaftliche Weltauffassung	3
Freud und die Österreichische Philosophie seiner Zeit	3
Freud in der medizinischen Welt	4
Freuds Haltung zur geltenden Normen und Moralvorstellungen	6
Religion	6
Moral	7
Sexualität	8
Von der Neurologie zur Psychopathologie	9
Hypnose, Suggestion, kathartisches Verfahren	10
Widerstand, Übertragung, Unbewusstes	11
Psychoanalytische Vorgehensweisen, technische Regeln	14
Die Psychoanalytische Grundregel	17
Nicht-Agieren	18
Der Umgang mit Übertragung, Übertragungsliebe	19
Körperliche Berührung, Abstinenz	21
Deutungen, Richtiger Zeitpunkt	22
Ärztliche und psychoanalytische Haltung	22
Grundlegende berufsethische Haltungen der Psychoanalyse	27
Vertraulichkeit	27
Aufrichtigkeit	28
Abstinenz	29
Neutralität	29
Patient*innen-Autonomie	30
Schlusswort	31
Literaturverzeichnis	34

Freuds wissenschaftliche Weltauffassung

Sigmunds Freuds Haltung war durch seine berufliche Entwicklung vom Neurologen zum Psychoanalytiker hindurch geprägt von seiner naturwissenschaftlichen Weltauffassung. Waren seine neurologischen Studien an Tieren und Menschen auf die Physiologie und Somatik gerichtet, wandte er sich nach seinem Studienaufenthalt bei Jean-Martin Charcot am Pariser Krankenhaus Salpêtrière der psychologischen Seite zu, der psychischen Verfasstheit der Menschen und insbesondere der Erforschung und Behandlung von Hysterie und Neurosen, für die es zu dieser Zeit noch keine adäquaten Behandlungsmöglichkeiten gab. Es war sein naturwissenschaftliches Forschungsinteresse und seine ärztliche Aufgabe, die ihn trotz massiver Schwierigkeiten der Akzeptanz in der wissenschaftlichen Gemeinde seine Herangehensweise entwickeln und seine für die damalige Gesellschaft unerhörten Erkenntnisse verteidigen ließen.

Diese doppelte ethische Verpflichtung, als Wissenschaftler gegenüber der sorgfältigen und nachvollziehbaren Untersuchung aller relevanten Fakten und Zusammenhänge, und als Arzt gegenüber dem Wohlergehen seiner Patient*innen, bestimmten dabei sein forschendes und therapeutisches Handeln. Seine in Selbst- und Fremdbeobachtung gewonnenen Vorstellungen über Aufbau und Funktionsweise der menschlichen Psyche, sowohl bei kranken als auch bei gesunden Menschen, führten ihn zu einer für seine Behandlungsmethode notwendigen Technik und der dazugehörenden berufsethischen Haltung.

Freud und die Österreichische Philosophie seiner Zeit

Wenn Freud auch Abstand hielt zur Philosophie seiner Zeit, so war er doch maßgeblich beeinflusst von der Österreichischen Schule von Franz Brentano, bei dem Freud auch Seminare besuchte (vgl. Kampits, S. 31), und die im Gegensatz zum deutschen Idealismus eine naturwissenschaftlich orientierte, empiristische, deskriptiv psychologische Richtung vertrat. Auch Aussagen des um die damalige Jahrhundertwende in Wien lehrenden Philosophen Friedrich Jodl zum Spannungsfeld von genetisch gegebenen, auf Lust gerichteten Trieben und geforderten ethischen Vorgaben des sozialen Zusammenlebens (vgl. Giampieri-Deutsch 2006 469f) bildeten ein passendes Umfeld für Freuds Theorie zur Ursache von Neurosen. Freuds gelegentliche Erwähnung von Schopenhauer (vgl. Freud 1917a, S. 12) und Nietzsche (vgl. Freud 1901b, S. 162) stehen seiner wissenschaftlich motivierten Weltauffassung gegenüber, die die Philosophie als Fabrikation von Weltanschauungen grundsätzlich eher ablehnte (vgl. Kampits, S. 33f).

Freuds Denken war durch die wissenschaftliche Ideologie der Kausalität geprägt. Mit dem Ansatz eines methodologischen nichtreduktionistischen Physikalismus, wollte er Beziehungen zwischen allen Dingen, Abhängigkeiten und Determiniertheiten finden und erklären.

Das Lehrgebäude der Psychoanalyse bezeichnete er selbst als Überbau, der in späterer Zeit in Bezug zur Neurobiologie gesetzt werden würde. Geist, Gehirn und Körper sah Freud als kausal zusammenhängendes Kontinuum, er kann somit als Pionier einer psychobiologischen Auffassung des Menschen gesehen werden. Diesem Weg folgend fand Freud Zusammenhänge zwischen dem Physischen und Psychischen, die ihn schließlich bis zur Annahme der Existenz eines Unbewussten führten (vgl. Giampieri-Deutsch 2009, S. 116-119).

Freud in der medizinischen Welt

Viele Ärzt*innen seiner Zeit standen der Psychotherapie grundsätzlich skeptisch gegenüber. Sie erschien ihnen eher als Produkt eines modernen Mystizismus, denn als wissenschaftliche Disziplin (Freud 1905a, S. 14). So wurden auch viele Methoden und Erkenntnisse Freuds von der medizinisch-wissenschaftlichen Gemeinde misstrauisch betrachtet bis offen abgelehnt. Aber sogar der Psychologie weniger abgewandte Mediziner blieben in Distanz zu seinen Theorien. Pierre Janet, der bedeutende Schüler Charcots, kritisierte etwa eine Einengung der Methode der deskriptiven nicht-interpretierenden *Psychologischen Analyse* durch Freuds psychoanalytische Herangehensweise, die, seiner Ansicht nach, psychologisch-analytisch gewonnene Hypothesen zu fundamentalen Prinzipien uminterpretiere:

„[...] psychoanalysis changes this partial hypothesis to a general principle, lays down this principle as fixed, and, consequently, easily interprets all observations by the laws of this fundamental principle.“ (Janet, S. 19).

In der, von Freud so benannten, „Deutschen Ärzteschaft“ wurde speziell der medizinische Einsatz der Hypnose skeptisch beäugt (vgl. Freud 1888-89a S. 109) und Neurosen ohne somatischen Befund laut Freud überhaupt nur ungern studiert (vgl. Freud 1956a [1886] S. 34f, 40). Freuds Beobachtungen und Schlussfolgerungen wurden dementsprechend kritisch aufgenommen (vgl. Freud 1925d, S. 39), oft auch abgewehrt, sodass er sich bemüßigt fühlte, daran zu erinnern, „[...] daß in naturwissenschaftlichen Dingen stets nur die Erfahrung und nie die Autorität ohne Erfahrung die endgiltige Entscheidung über Annahme und Verwerfung herbeiführt.“ (Freud 1888-89a S. 109). In seinen Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, die er 1916/17 zum letzten Mal an der

Wiener Universität gehalten hat, warnte Freud besonders am Beruf der Psychoanalytiker*in interessierte Hörer*innen ausdrücklich:

„Wie die Dinge derzeit stehen, würde er sich durch eine solche Berufswahl jede Möglichkeit eines Erfolges an einer Universität zerstören, und wenn er als ausübender Arzt ins Leben geht, wird er sich in einer Gesellschaft finden, welche seine Bestrebungen nicht versteht, ihn mißtrauisch und feindselig betrachtet und alle bösen, in ihr lauenden Geister gegen ihn losläßt.“ (Freud 1916-17a, S. 8).

Freud warb um Verständnis für die spezielle Schwierigkeit der wissenschaftlichen Untersuchung der psychoanalytischen Behandlung, dadurch dass sie notwendigerweise der direkten Beobachtung entzogen sei. „Es hängt offenbar das meiste davon ab, welchen Glauben Sie dem Gewährsmann schenken können.“ (Freud 1916-17a, S. 10). Indem Freud die Ähnlichkeit wissenschaftlicher Zweifel seiner Gegner mit persönlichen Widerständen von Patient*innen betonte, machte er seine Methode allerdings zusätzlich zu einem schwer kritisierbaren, scheinbar geschlossenen System.

„Die Psychoanalyse will das im Seelenleben Verdrängte zur bewußten Anerkennung bringen, und jeder, der sie beurteilt, ist selbst ein Mensch, der solche Verdrängungen besitzt, vielleicht sie nur mühsam aufrecht erhält. Sie muß also bei ihm denselben Widerstand hervorrufen, den sie bei den Kranken weckt, und dieser Widerstand hat es leicht, sich in intellektuelle Ablehnung zu verkleiden und Argumente herbeizuziehen, ähnlich wie die, welche wir bei unseren Kranken mit der psychoanalytischen Grundregel abwehren.“ (Freud 1910a, S. 39f).

Auffallend ist auch, dass Freud zur Untermauerung seiner aus der Empirie entwickelten Theorien, die er in durchaus kritischer Weise sehr wohl als Hypothesen kenntlich machte, häufig seine Zuhörer und Leser bemühte, seine Vorstellungen an ihrer eigenen Erfahrung zu überprüfen. Hier einige Beispiele:

„Man wird mir gerne zugeben, daß dieses Beispiel auch typisch ist für das Verhalten so vieler anderer Neuropathen gegen die vom Arzt empfohlene Therapie. [...] der Kranke ist stets geneigt, dies Symptom von der letzten ärztlichen Beeinflussung herzuleiten.“ (Freud 1895d, S. 121).

„Ich fordere alle Kundigen auf zu bestätigen, [...] wie selten sich normale Potenz beim Manne und wie häufig sich Frigidität bei der weiblichen Hälfte der Ehepaare findet, die unter der Herrschaft unserer kulturellen Sexualmoral stehen.“ (Freud 1908d, S. 9).

„Es befinden sich hier unter Ihnen einige meiner nächsten Freunde und Anhänger, die die Reise nach Worcester mit mir gemacht haben. Fragen Sie bei ihnen an und Sie werden hören, daß sie alle der Behauptung von der maßgebenden Bedeutung der sexuellen Ätiologie zuerst vollen Unglauben entgegenbrachten, bis sie durch ihre eigenen analytischen Bemühungen genötigt wurden, sie zu der ihrigen zu machen.“ (Freud 1910a, S. 42).

„Wer selbst Psychoanalysen ausgeführt hat, der konnte sich ungezählte Male davon überzeugen, dass es unmöglich ist, den Kranken in solcher Weise zu suggerieren.“ (Freud 1916-17a, S. 470).

Anders als bei naturwissenschaftlichen Forschungen üblich, bleiben seine Häufigkeitsangaben dabei vage, seine aus Beobachtungen gezogenen Schlüsse scheinbar aus dargestellten einzelnen

Erfahrungen abgeleitete Gedankengebäude, deren Gültigkeit über den Einzelfall hinaus leicht in Frage gestellt werden konnte und auch wurde.

Eine Abwehrhaltung seinen Lehren gegenüber, weit über die wissenschaftliche Gemeinschaft hinaus, bewirkte auch sein Postulat des Unbewussten. Diese, nach der Kopernikanischen und Darwin'schen, von ihm so genannte, *dritte narzisstische Kränkung der Eigenliebe der Menschheit* durch die Wissenschaft attestierte den Menschen, zu großen Teilen von unbewussten Vorgängen getrieben, und nicht Herr im eigenen Haus zu sein. „Kein Wunder daher, daß das Ich der Psychoanalyse nicht seine Gunst zuwendet und ihr hartnäckig den Glauben verweigert.“ (Freud 1917a, S. 11).

Dies alles soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass Freud ein schon in seiner Zeit äußerst erfolgreicher Schulengründer war, der schnell eine große Anhängerschaft gewinnen konnte. Seine Lehren verbreiteten sich innerhalb des ersten Jahrzehnts des 20. Jhdts. von Wien über die Schweiz in die USA und viele andere Länder der Welt (vgl. Freud 1914d, S. 69) und erregten international Aufsehen.

Freuds Haltung zur geltenden Normen und Moralvorstellungen

Auch in der außerwissenschaftlichen Gesellschaft war Freud besonders aufgrund seiner Äußerungen zu Religion und Sexualität starken Anfeindungen ausgesetzt. Er war Atheist, fühlte sich aber dem Judentum zugehörig, mit dem ihn „die klare Bewusstheit der inneren Identität, die Heimlichkeit der gleichen seelischen Konstruktion“ (Freud 1926j, S. 52) verband. Nach eigener Einschätzung half ihm auch diese Zugehörigkeit seinen Standpunkt trotz Gegnerschaft einzunehmen und beizubehalten:

„Weil ich Jude war, fand ich mich frei von vielen Vorurteilen, die andere im Gebrauch ihres Intellekts beschränkten, als Jude war ich dafür vorbereitet, in die Opposition zu gehen und auf das Einvernehmen mit der „kompakten Majorität“ zu verzichten.“ (Freud 1926j, S. 52).

Religion

Sein bereits 1907 gezogener Vergleich von Zwangshandlungen und Religionsübungen, die er beide mit psychoanalytischen Methoden psychologisch erklärte, und deren Gemeinsames er in einem zugrunde liegenden Verzicht auf Handlungen fand, die triebhaft konstitutionell im Menschen veranlagt seien, brachte ihm das Misstrauen weiter Teile der bürgerlichen

Gesellschaft. Einen wesentlichen Unterschied erkannte Freud dabei nur darin, dass die von Zwangsneurosen unterdrückten Triebe immer und ausschließlich sexueller Natur seien, während die Religion auch gegen andere egoistische und antisoziale Tendenzen gerichtet sei.

„Nach diesen Übereinstimmungen und Analogien könnte man sich getrauen, die Zwangsneurose als pathologisches Gegenstück zur Religionsbildung aufzufassen, die Neurose als eine individuelle Religiosität, die Religion als eine universelle Zwangsneurose zu bezeichnen.“ (Freud 1907b, S. 138f).

Moral

In der psychoanalytischen Behandlung von Personen führte ihn seine deskriptiv psychologische Herangehensweise zu einer amoralischen Weise der Beschreibung, die Ursachen und Erklärungen für Haltungen und Handlungen ungeachtet ihrer ethischen Bewertung suchte. Wie die Personen sich selbst ethisch bewerteten, bezog Freud allerdings sehr wohl als relevanten Faktor für ihre Befindlichkeit in seine Untersuchungen mit ein. Seine eigenen ethischen Bewertungen hinderten ihn nicht daran, auch gesellschaftlich weniger akzeptierte auftretenden Phänomene als grundsätzlich ergründbare, in ihren Zusammenhängen und Funktionen für die Person verstehbare Dinge zu erforschen.

In seinen Behandlungen scheint er seine persönlichen Bewertungen, die sich in Teilen durchaus im Rahmen damaliger gesellschaftlicher Normalitätsvorstellungen bewegten, wenig eingebracht zu haben. In seinen Schriften attestierte er z.B. aber durchaus einer Patientin eine „tadellose Charakterentwicklung“ (Freud 1895d, S. 160).

Alle kulturellen Einrichtungen und Vorschriften hatten für Freud keinen göttlichen, sondern einen rein menschlichen Ursprung. Ethische Normen sah er als soziale, letztlich auf ökonomische Notwendigkeiten zurückführbare, rational begründbare Forderungen der Gemeinschaft auf einen Triebverzicht des Individuums. Freud lehnte alle Vorstellungen eines ursprünglichen natürlichen Unterscheidungsvermögens zwischen Gut und Böse ab (vgl. Giampieri-Deutsch 2006, S. 473f).

In „ältesten Verboten“ wie Inzest, Kannibalismus und Mord würde die eigene Aggression gegen sich gewendet und dadurch vom Individuum her kontrolliert. Auch dies sei jedoch nicht angeboren, sondern phylogenetisch aus einem Verbot des Urvaters entstanden, und im Totemismus als psychische Instanz verinnerlicht (vgl. Giampieri-Deutsch 2006, S. 476f).

Sexualität

Speziell durch seine weite Auffassung von Sexualität, die er zur lustorientierten Triebkraft der menschlichen Entwicklung bereits ab dem Kindesalter postulierte, war Freud starker Kritik und Gegnerschaft ausgesetzt. In einem Vortrag 1908 an der Clark University in Massachusetts, USA erwähnte er, dass selbst sein Schweizer Kollege Eugen Bleuler, seinen sexuellen Theorien ungläubig und befremdet gegenüberstand, bevor er sich durch eigene Beobachtungen vom Gegenteil überzeugen konnte (vgl. Freud 1910a, S. 45).

„[...] es ist gewiß nicht so, daß der Sexualtrieb zur Pubertätszeit in die Kinder fährt wie im Evangelium der Teufel in die Säue. Das Kind hat seine sexuellen Triebe und Betätigungen von Anfang an, es bringt sie mit auf die Welt, und aus ihnen geht durch eine bedeutungsvolle, an Etappen reiche Entwicklung die sogenannte normale Sexualität des Erwachsenen hervor. Es ist nicht einmal schwer, die Äußerungen dieser kindlichen Sexualbetätigung zu beobachten; es gehört vielmehr eine gewisse Kunst dazu, sie zu übersehen oder wegzudeuten.“ (Freud 1910a, S. 43).

Ohne moralische Scheuklappen schloss er aus Beobachtungen frühkindlichen Verhaltens, dass Sexualität nicht ursprünglich zu Zwecken der Fortpflanzung sondern der Lustgewinnung diene (vgl. Freud 1908d, S. 151). Seine ganzheitliche Betrachtungsweise führte Freud zu einem psychosexuellen Modell, in dem Lustgewinn und Beziehungswünsche die wesentlichen Triebkräfte der kindlichen Entwicklung sind. Eine sexuelle Komponente kindlicher Handlungen und kindlichen Erlebens schien ihm evident. So behauptete er eine sexuelle Komponente in vielen menschlichen und kindlichen Empfindungen, obwohl er Zweifeln an dieser Auslegung auch eine gewisse Berechtigung einräumte.

„Minder ausgemacht scheint es, ob man den Charakter der durch den Reiz hervorgerufenen Lustempfindung als einen “besonderen” bezeichnen darf, wo in dieser Besonderheit eben das sexuelle Moment enthalten wäre. In Sachen der Lust und Unlust tappt die Psychologie noch so sehr im Dunkeln, daß die vorsichtigste Annahme die empfehlenswerteste sein wird. Wir werden später vielleicht auf Gründe stoßen, welche die Besonderheitsqualität der Lustempfindung zu unterstützen scheinen.“ (Freud 1905d, S. 83f).

Freud erinnerte seine Kritiker*innen in seinen Ausführungen immer wieder daran, auch den vollen Sinn zu bedenken, in dem die Psychoanalyse den Sexualbegriff verwendet und auf alle Lustempfindungen ausdehnt.

Auch Fragen wie die, im Judentum eher als im Christentum, erlaubte Empfängnisverhütung behandelte Freud nicht als moralisch zu beurteilende Angelegenheit, sondern als selbstverständlich vollzogene tatsächliche Praxis. „Ein solches Paar findet auch die Kinderverhütung schwieriger als ein gesundes, da die geschwächte Potenz des Mannes die Anwendung der Verhütungsmittel schlecht verträgt.“ (Freud 1908d, S. 164).

Freud erkannte durchaus die problematische Seite seiner Anforderung, das Tabu um das Sexualleben in der Therapie zu durchbrechen, erachtete das aber, angesichts der von ihm festgestellten immensen Bedeutung der Sexualität für das gesamte Leben und die psychische Gesundheit, als unumgänglich. Analog zum ärztlichen Umgang mit Nacktheit, die bei gewissen körperlichen Untersuchungen notwendig ist (vgl. Freud 1915a, S. 228), glaubte er, dass es Patient*innen möglich sein müsse, die üblichen Schamgrenzen zu überschreiten, um eine erfolversprechende Behandlung bekommen zu können. Dass Störungen im Bereich der Erotik für die Entstehung von psychischen Krankheiten der bedeutendste Faktor seien, bezeichnete Freud nicht als theoretisches Postulat, sondern als aus empirischer Beobachtung gewonnene Erkenntnis (vgl. Freud 1910a, S. 41f).

Ungeachtet seiner wissenschaftlichen Herangehensweise, vertrat Freud aber auch in sexuellen Angelegenheiten, wie z. B. Vorstellungen gesunder Entwicklung, Homosexualität oder andern sexuellen Praktiken als Geschlechtsverkehr, durchaus moralische Haltungen, die in großen Teilen damaligen Gepflogenheiten entsprachen. (vgl. Freud 1908d, S. 162f).

Von der Neurologie zur Psychopathologie

„Ich bin nicht immer Psychotherapeut gewesen, sondern bin bei Lokaldiagnosen und Elektroprognostik erzogen worden wie andere Neuropathologen, und es berührt mich selbst noch eigentümlich, daß die Krankengeschichten, die ich schreibe, wie Novellen zu lesen sind, und daß sie sozusagen des ernststen Gepräges der Wissenschaftlichkeit entbehren. Ich muß mich damit trösten, daß für dieses Ergebnis die Natur des Gegenstandes offenbar eher verantwortlich zu machen ist als meine Vorliebe; Lokaldiagnostik und elektrische Reaktionen kommen bei dem Studium der Hysterie eben nicht zur Geltung, während eine eingehende Darstellung der seelischen Vorgänge, wie man sie vom Dichter zu erhalten gewohnt ist, mir gestattet, bei Anwendung einiger weniger psychologischer Formeln doch eine Art von Einsicht in den Hergang einer Hysterie zu gewinnen. Solche Krankengeschichten wollen beurteilt werden wie psychiatrische, haben aber vor letzteren eines voraus, nämlich die innige Beziehung zwischen Leidensgeschichte und Krankheitssymptomen, nach welcher wir in den Biographien anderer Psychosen noch vergebens suchen.“ (Freud 1895d, S. 227).

War Freud zu Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit noch ganz der Neurologie, und somit der Erforschung somatischer Grundlagen von Erkrankungen des Nervensystems zugewandt, änderte sich sein Fokus im Zuge seines Studienaufenthalts in Deutschland und Frankreich 1885-86 auf somatisch unerklärbare psychopathologische Zusammenhänge. Die Salpêtrière in Paris, in dem Freud viereinhalb Monate mitarbeitete, war ein Versorgungshaus für mehr als 5000 alte Frauen mit einer klinischen Abteilung, in der auch nervenranke Männer aufgenommen wurden. Der dort lehrende Chefarzt Prof. Jean-Martin Charcot vertrat die Meinung, dass die Anatomie ihr Werk im

großen und ganzen bereits vollendet habe, und widmete sich daher vorwiegend der Behandlung an Neurosen leidender Patient*innen.

In seinem Bericht an das Professorenkollegium der Medizinischen Fakultät in Wien verteidigte Freud Charcots, in Österreich eher angezweifelte, Methode des Hypnotismus mit dessen naturwissenschaftlicher Herangehensweise, und hob die durch diese Technik gewonnenen, für die Praxis wichtigen Erkenntnisse über die Hysterie hervor. So habe Charcot die Hysterie, die vorher wissenschaftlich nur durch negative Merkmale gekennzeichnet und wenig erforscht gewesen sei, gegen ähnliche Zustände abgegrenzt, so dass es nun möglich sei, diese Diagnose auf Grund positiver Merkmale zu stellen, die „[...] das Walten von Gesetz und Ordnung nicht mehr verkennen läßt“ (Freud 1956a [1886], S. 41).

Freud ging es darum, Ursachen und Zusammenhänge für Phänomene zu suchen, die bisher unerklärbar geblieben waren. Er war beeindruckt von Charcots kollegialem Stil, mit dem er seine Student*innen in seine aktuelle Forschung miteinbezog, obwohl dabei oft noch keine physiologischen Erklärungen zu beobachteten Erscheinungen gegeben werden konnten (vgl. Freud 1956a [1886], S. 42).

Hypnose, Suggestion, kathartisches Verfahren

Die Hypnose hatte Charcot zu einer Theorie der hysterischen Symptomatologie geführt. Er und sein Schüler Pierre Janet erachteten den mit dieser Methode herbeigeführten Bewusstseinszustand als pathologisch und daher bei hysterischen Patient*innen besonders leicht herbeiführbar. Die Hysterie kennzeichneten sie als degenerative Abweichung des Nervensystems und angeborene Schwäche der psychischen Synthesefunktion.

Der französische Psychiater Hippolyte Bernheim widersprach dieser Einschätzung und zeigte mit seinen Versuchen, dass Fremdsuggestion auch bei Gesunden möglich sei, und auch bei ihnen somnambule Zustände herbeigeführt werden können. Zusätzlich bewies er, unter anderem durch posthypnotische Befehle, dass in Hypnose Erlebtes, scheinbar Unverbundenes, sehr wohl im Wachzustand erinnert werden und wirksam sein kann (vgl. Freud 1895d, S. 121).

Für Freud war die Hypnose zuerst eine beeindruckende Technik, mit deren Hilfe traumatische Erlebnisse erkundet werden konnten, die dem normalen Bewusstseinszustand nicht zugänglich waren, das Befinden und Verhalten des Patient*innen aber dennoch maßgeblich beeinflussen konnten:

„In den bekannten Phänomenen der sogenannten posthypnotischen Suggestion, wobei ein in der Hypnose gegebener Auftrag sich später im Normalzustand gebieterisch durchsetzt, hat man ein vorzügliches Vorbild für die Beeinflussungen, die der bewußte Zustand durch den für ihn unbewußten erfahren kann, und nach diesem Muster gelingt es allerdings, sich die Erfahrungen bei der Hysterie zurechtzulegen.“ (Freud 1910a, S. 15).

Freud nutzte, wie Bernheim Fremdsuggestionen und posthypnotische Befehle, um Symptome mit mehr oder weniger Erfolg zu mildern oder zu beseitigen. Später erwartete er sich von solchen lehrhaften Beeinflussungen allerdings immer weniger (vgl. Freud 1895d, S. 130). In den *Studien über Hysterie* beschrieb er, wie er die hypnotische Suggestion und das von seinem Kollegen Josef Breuer entwickelte Verfahren der hypnotischen Ausforschung nutzte, um Patient*innen Erleichterung von ihren Spannungszuständen zu verschaffen. Schon allein das Erzählen und die damit verbundene affektive Beteiligung von aus dem Bewusstsein verdrängten Zusammenhängen und ursprünglich traumatisierenden Szenen hatte eine kathartische Wirkung und brachte ihnen nach der Hypnose eine zeitweilige oder auch dauerhafte Erleichterung (vgl. Freud 1914g, S. 126).

„Ich bekämpfte, wie es in der hypnotischen Psychotherapie gebräuchlich, die vorhandenen krankhaften Vorstellungen durch Versicherung, Verbot, Einführung von Gegenvorstellungen jeder Art, begnügte mich aber nicht damit, sondern ging der Entstehungsgeschichte der einzelnen Symptome nach, um die Voraussetzungen bekämpfen zu können, auf denen die krankhaften Ideen aufgebaut waren.“ (Freud 1895d, S. 158).

Die Bedeutung der Hypnose in seinen Behandlungen nahm aber ab. „Das Aussprechen vor der Hypnose gewinnt immer mehr an Bedeutung.“ (Freud 1895d, S. 118). Mehr und mehr gab er sich damit zufrieden, Patient*innen in einen Zustand der Konzentration zu versetzen (vgl. Strachey 1955, S. 17). Nachdem eigene Beobachtungen bei der Behandlung von Hysteriker*innen dem widersprachen, distanzierte er sich von der Ansicht Charcots, Hysterien seien degenerative Nervenkrankheiten, und wandte sich der Untersuchung des Zusammenhangs hysterischer Symptome mit der Lebensgeschichte der Patient*innen zu (vgl. Freud 1910a, s. 13, S. 18).

Das Erinnern, und das Herstellen und Verstehen von Zusammenhängen mithilfe Deutungsarbeit ihrer Psychoanalytiker*innen sollte Patient*innen von ihren Symptomen befreien. Bei der Anwendung dieser Methode, die von Freud entwickelt worden war, wurden aber auch bedeutende Gegenkräfte der Patient*innen aktiviert (vgl. Freud 1914g, S. 126).

Widerstand, Übertragung, Unbewusstes

Durch den Verzicht auf die Hypnose wurde Freud auf das Phänomen des Widerstands aufmerksam, den Patient*innen der Behandlung entgegensetzten. Die Hypnose hatte Unterdrückungen und

Hemmungen der bewussten Gedanken- und Gefühlswelt der Patient*innen umgangen und außer Kraft gesetzt. Ohne den Einsatz von Hypnose, traten diese Kräfte wieder in den Vordergrund und erschwerten den Zugang zu Erinnerungen und Zusammenhängen, die für die Patient*innen unangenehm waren. Unerklärliche Eigentümlichkeiten in ihrem Verhalten in der Behandlungssituation deutete Freud als Wiederholungen nicht erinnerbarer Szenen, evtl. aus vorsprachlicher Zeit. „Zum Beispiel: Der Analysierte erzählt nicht, er erinnere sich, daß er trotzig und ungläubig gegen die Autorität der Eltern gewesen sei, sondern er benimmt sich in solcher Weise gegen den Arzt.“ (Freud 1914g, S. 129).

Die Entdeckung solcher Phänomene, die Beachtung ihrer Bedeutung und ihre Nutzung in der Diagnose und Therapie führte Freud von der kathartischen Methode Breuers zur Entwicklung seiner psychoanalytischen Herangehensweise (vgl. Strachey 1955, S. 17).

„Erst wenn Sie die Hypnose ausschalten, können Sie die Widerstände und Verdrängungen bemerken und sich von dem wirklichen pathogenen Vorgang eine zutreffende Vorstellung bilden. Die Hypnose verdeckt den Widerstand und macht ein gewisses seelisches Gebiet frei zugänglich, dafür häuft sie den Widerstand an den Grenzen dieses Gebietes zu einem Walle auf, der alles Weitere unzugänglich macht.“ (Freud 1910a, S. 23).

Auch im normalen Wachbewusstsein fand Freud Eigentümlichkeiten im Verhalten oder den Ideen seiner Patient*innen, in denen er Spuren vergessener Erinnerungen vermutete. Wenn er versuchte diese Schranke zu überwinden, indem er ihm einleuchtend erscheinende Zusammenhänge mitteilte, setzten ihm seine Patient*innen teils massiven Widerstand entgegen. Diese Kräfte versuchten anscheinend zu verhindern, dass bestimmte Inhalte ins Bewusstsein zurück gelangen. Freud schloss weiter, dass dies wohl dieselben Kräfte seien, die zu ihrer ursprünglichen „Verdrängung ins Unbewusste“ geführt hatten (vgl. Freud 1910a, S. 20). Die Annahme eines in seiner Größe das Bewusstsein weit übersteigenden Unbewussten, schien Freud wissenschaftlich sinnvoll und notwendig, um sonst zusammenhanglose und unverständliche psychische Akte, wie Fehlhandlungen, Träume, Krankheitssymptome und scheinbar herkunftslose Einfälle besser erklären zu können. Das Verdrängte war in diesem Vorstellungsmodell nur ein kleiner Teil dieses Unbewußten. (vgl. Freud 1915e, S. 264f).

War Freud zunächst vor allem der Entdeckung traumatischer Erlebnisse auf der Spur, die er als Ursache neurotischer Störungen annahm, verlagerte sich sein Fokus zunehmend auf das Aufspüren innerer Konflikte, ausgelöst durch den intrapersonalen Widerspruch von individuellen Wünschen und ethischen, ästhetischen und sozialen Ansprüchen. Nicht immer konnten verdrängte

Erinnerungen die Symptome genügend erklären, und ihre Durcharbeitung sie dauerhaft beseitigen. Freuds neue These war, dass auch Ideen, die mit für das Ego unakzeptablen Bedürfnissen verbunden sind, nicht vollständig vernichtet, sondern aus dem Bewusstsein abgehalten, also verdrängt und vergessen würden. Solche meist aus der Kindheit stammenden Ideen seien oft sexueller Natur und verursachten durch ihr Vorhandensein geistigen Schmerz, der durch die Verdrängung vermieden werde.

„Die Unverträglichkeit der betreffenden Vorstellung mit dem Ich des Kranken war also das Motiv der Verdrängung; die ethischen und anderen Anforderungen des Individuums waren die verdrängenden Kräfte.“ (Freud 1910a, S. 21).

Diese Theorie war eine wesentliche Neuerung gegenüber vorhergegangenen. Sie erklärte psychische Krankheiten aus dem dynamischen Konflikt entgegengesetzter geistiger Kräfte im Individuum.

Ohne grundsätzlich den Anspruch auf einen gesamtheitlichen, auch neurobiologischen Zusammenhang aufzugeben, ist Freud durch seine Fokussierung bei einer rein psychologischen Theorie der Hysterie gelandet, in dem nicht somatische, sondern affektive Prozesse als Ursache und Behandlungsfokus die wesentlichste Rolle spielen (vgl. Freud 1910a, S. 14).

„Unsere Einseitigkeit ist wie die des Chemikers, der alle Konstitutionen auf die Kraft der chemischen Attraktion zurückführt. Er leugnet darum die Schwerkraft nicht, er überläßt ihre Würdigung dem Physiker.“ (Freud 1917a, S. 5).

Die Hypnose Charcots und Janets brachte Freud zur Beachtung psychischer Kräfte, als wesentlichste Einflüsse auf bestimmte neurotische Erkrankungen. Die Suggestionen Bernheims machte ihn auf Verbindungen zwischen außergewöhnlichen und normalen Bewusstseinszuständen aufmerksam. Breuers kathartische Methode zeigte ihm, dass nicht nur Suggestion, sondern schon das affektive Wiedererleben beim Erinnern und Erzählen verdrängter Erinnerungen und Zusammenhänge eine symptomlindernde Wirkung haben kann. Die psychoanalytische Methode des freien Äußerns aller auch unzusammenhängender oder gehemmter Gedanken bei wachem Bewusstsein, zeigte ihm, entlang der dabei auftretenden Widerstände, den Weg zu inneren Konflikten und grundlegenden psychischen Prozessen. „What it tells us is not simply the story of the overcoming of a succession of obstacles; it is the story of the discovery of a succession of obstacles that have to be overcome.“ (Strachey 1955, S. 16).

Die von Freud entwickelte psychoanalytische Behandlungs- und Heilungsvorstellung war, dass verdrängte Inhalte dem Bewusstsein wieder zugänglich gemacht, und die bisher gebundenen, im

Widerstand gegen die Behandlung sichtbar werdenden Energien, einer besseren Verwendung zugeführt werden können.

„Die zur Überwindung der Widerstände erfordernten Affektgrößen stellt sie [die Psychoanalyse (Anm. d. Verf.)] durch die Mobilmachung der Energien bei, welche für die Übertragung bereit liegen; durch die rechtzeitigen Mitteilungen zeigt sie dem Kranken die Wege, auf welche er diese Energien leiten soll.“ (Freud 1913c, S. 477).

Freuds Ziel war die ursächliche Behandlung und vollständige Heilung neurotischer Erkrankungen. Da eine solche Behandlung sehr intensiv ist und viel Zeit beansprucht, setzte sie das Einverständnis und die Möglichkeit voraus, dass Patient*innen eine langdauernde und festgefügte Beziehung zu ihren Psychoanalytiker*innen eingehen wollen und können.

„Dem Psychoanalytiker müssen diejenigen Patienten am liebsten sein, welche die volle Gesundheit, soweit sie zu haben ist, von ihm fordern, und ihm so viel Zeit zur Verfügung stellen, als der Prozeß der Herstellung verbraucht.“ (Freud 1913c, S. 464).

Psychoanalytische Vorgehensweisen, technische Regeln

Diese Behandlungsvorstellung erforderte neue Herangehensweisen, die Entwicklung spezieller Techniken der therapeutischen Begegnung und die bewusste Gestaltung der psychoanalytischen Situation. Freud begründete viele seiner diesbezüglichen Ratschläge auf Erfordernissen einer praktischen Anwendung der Psychoanalyse als Therapie, im Gegensatz zu ihrem Ansatz der wissenschaftlichen Erforschung der menschlichen Psyche. So meinte er etwa, seien vorgegebene Assoziationsexperimente, wie sie von der Schweizer Schule um Carl Gustav Jung entwickelt worden sind, zwar nützlich für die Erforschung von Psychosen, für die therapeutische Praxis mit Neurose Patient*innen hingegen verzichtbar. In der Therapie seien die Methoden mit jeder Äußerung der Patient*innen zu arbeiten, die Traumdeutung als Via Regia der Interpretation des Unbewussten, die Auswertung von Fehl- und Zufallshandlungen und schließlich die Beachtung von Übertragungsphänomenen in der psychoanalytischen Situation der beste Weg, versteckte Komplexe des psychischen Lebens aufzudecken (vgl. Freud 1910a, S. 37f, S. 54-56).

In seinen Schriften zur Behandlungstechnik zwischen 1912-1915 gab Freud Einblicke in seine Herangehensweise, die er als „einzig zweckmäßige für meine Individualität“ beschrieb, wenn auch „[...]eine ganz anders konstituierte ärztliche Persönlichkeit [...] eine ganz andere Einstellung gegen den Kranken und gegen die zu lösende Aufgabe bevorzugen“ (Freud 1912e, S. 376) könne. An anderen Stellen bezeichnete er aber andere als die von ihm vorgeschlagene Herangehensweisen durchaus auch als fehlerhafte Technik (vgl. Freud 1912e, S. 384). Freuds Ratschläge betreffen sowohl die psychoanalytische Technik, als auch das Setting der psychoanalytischen Situation und

sind als Grundlagen für psychotherapeutische Haltungen und Handlungen bis in die heutige Zeit und weit über die Psychoanalyse hinaus wirksam.

Auswahl der Patient*innen

Grundsätzlich unterschied Freud, wie viele vor ihm, zwischen angeborenen oder traumatisch entstandene körperlich-neurologischen Leiden, etwa des Gehirns oder Nervensystems, und psychogenen Krankheiten, die ohne nachweisbare körperliche Faktoren in der Lebensgeschichte entstanden sind. Auch wenn im zweiten Fall die Prognosen günstiger zu sein schienen, hatte die Psychiatrie seiner Zeit keine Behandlungsmöglichkeit für sie entwickelt. „Gegen die schweren Erkrankungen des Gehirns ist die ärztliche Kunst in den meisten Fällen ohnmächtig, aber auch gegen die hysterische Affektion weiß der Arzt nichts zu tun.“ (Freud 1910a, S. 5).

Freud sah die Psychoanalyse als geeignete Methode zur Behandlung von Personen, die einen Normalzustand haben, von dem aus die Bearbeitung des Krankhaften angegangen werden kann, also etwa Menschen mit Hysterien, Zwangszuständen oder krankhaften Entscheidungsschwächen. Nicht geeignet, zumindest ohne Abänderungen der Methode, sei sie für Menschen mit Psychosen, Zuständen von Verworrenheit und tiefgreifender Verstimmung, aber auch für Menschen in akuter Lebensbedrohung, wie z.B. Anorektiker*innen, die vor allem rasche Hilfe benötigen.

Patient*innen müssten einen Leidensdruck haben und aus eigenem Antrieb eine Verbesserung anstreben. Vorsicht sei daher z.B. geboten bei Menschen, die die Kur mit einem Aufschub beginnen möchten (vgl. Freud 1913c, S. 457).

Außerdem müssten Patient*innen in gewissem Maß erziehbar sein, weshalb er eher nur Personen bis zu einem Alter von ca. 50 Jahren als für die Psychoanalyse gut geeignet hielt (vgl. Freud 1905a, S. 20-22). Psychoanalytiker*innen sollten ihren Patient*innen durch erzieherische Suggestion bei der Überwindung ihrer inneren Widerstände helfen (vgl. Freud 1916-17a, S. 469). Andererseits sollten Psychoanalytiker*innen, im Unterschiede zu erzieherischem Handeln, nicht versuchen, das Schicksal ihrer Patient*innen zu formen, oder ihnen ihre eigene Ideale aufzudrängen (vgl. Freud 1919a, S. 190). Vermischungen psychoanalytischer und erzieherischer Ansätze seien aber manchmal notwendig.

„Wir können es nicht vermeiden, auch Patienten anzunehmen, die so haltlos und existenzunfähig sind, daß man bei ihnen die analytische Beeinflussung mit der erzieherischen vereinigen muß, und auch bei den meisten anderen wird sich hie und da eine Gelegenheit ergeben, wo der Arzt als Erzieher und Ratgeber

aufzutreten genötigt ist. Aber dies soll jedesmal mit großer Schonung geschehen, und der Kranke soll nicht zur Ähnlichkeit mit uns, sondern zur Befreiung und Vollendung seines eigenen Wesens erzogen werden.“ (Freud 1919a, S. 190).

Eine positive Erwartungshaltung von Patient*innen hielt Freud für der Behandlung eher abträglich. Er ermutigte Patient*innen ausdrücklich, ihre Skepsis gegenüber der Behandlung zu behalten. Auch kognitive Beschäftigung der Patient*innen mit der Psychoanalyse hielt er für wenig hilfreich, bei manchen könne sie auch dazu dienen, „[...] der Behandlung ins Intellektuelle auszuweichen [...]“ (Freud 1912e, S. 386).

„Wäre das Wissen des Unbewussten für den Kranken so wichtig wie der in der Psychoanalyse Unerfahrene glaubt, so müsste es zur Heilung hinreichen, wenn der Kranke Vorlesungen anhört oder Bücher liest. Diese Maßnahmen haben aber ebensoviel Einfluss auf die nervösen Leidenssymptome wie die Verteilung von Menükarten zur Zeit einer Hungersnot auf den Hunger.“ (Freud 1910k, S. 123).

Wenn Freud es auch ablehnte, Patient*innen auf eine bestimmte Dauer der Behandlung zu verpflichten, so hielt er es doch für notwendig, sie über die Dauer und Frequenz aufzuklären, wobei eine tägliche Stunde sechs Tage/Woche über einen Zeitraum von einem halben Jahr bis zu mehreren Jahren realistisch zu veranschlagen sei (vgl. Freud 1913c, S. 460-464). Diese hohe Frequenz und lange Dauer der Psychoanalyse betrachtete er als notwendig, da die Patient*innen erst eine starke Bindung zu ihren Psychoanalytiker*innen aufbauen müssten, die ihnen die Flucht vor dem schmerzhaft zu Tage tretenden Verdrängten verunmöglichen sollte (vgl. Freud 1910k, S. 95).

Patient*innen dürften auch nicht zu frühzeitig mit Deutungen konfrontiert werden, das diese erst aufgenommen werden können, wenn sie selbst in ihrer Entwicklung schon in die Nähe ihrer verdrängten Inhalte gekommen seien (vgl. Freud, S. 1913c 473f).

Außerdem müssten sie ausreichend Zeit und Geld zur Verfügung haben, um sich ihre Behandlung leisten zu können. Geldangelegenheiten sei besondere Aufmerksamkeit zu widmen, da bei ihnen mächtige sexuelle Faktoren mitbeteiligt seien. Diese Erkenntnis begründete Freud auf der Aussage, „[...] daß Geldangelegenheiten von den Kulturmenschen in ganz ähnlicher Weise behandelt werden wie sexuelle Dinge, mit derselben Zwiespältigkeit, Prüderie und Heuchelei.“ (Freud 1913c, S. 464). Psychoanalytiker*innen sollten hierbei nicht mitmachen und Gelddinge aufrichtig und ohne Scham besprechen. Sein Anspruch war hierbei nicht in erster Linie ein moralischer, sondern folgte seiner empirischen Erfahrung, aus der er seine Einschätzung der Bedeutung von Geldangelegenheiten bezog.

Freud empfahl, aus praktischen Gründen nach dem Prinzip der Stundenmiete vorzugehen: Patient*innen bekommen dabei einen fixen täglichen Termin und müssen auch bezahlen, wenn sie einmal verhindert sind (vgl. Freud 1913c, S. 458f).

Auch seine Empfehlung, arme Menschen nicht umsonst zu behandeln, argumentierte er nicht grundsätzlich sondern mit pragmatisch. Er selbst hat das zu Forschungszwecken durchaus getan (vgl. Freud 1913c, S. 464-467). Einige Jahre später prognostizierte er über die Zukunft seines Berufsstands:

„Irgend einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, daß der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. [...] Diese Behandlungen werden unentgeltliche sein.“ (Freud 1919a, S. 192f).

Die Psychoanalytische Grundregel

Von Anfang an sollten Patient*innen mit der sogenannten „Psychoanalytischen Grundregel“ (Freud 1912e, S. 377) vertraut gemacht werden, ohne Kritik und Auswahl alles zu erzählen, was ihnen durch den Kopf gehe. Jede Vorbereitung der Erzählung der Patient*innen, oder auch nur der Versuch, durch Weglassungen der Erzählung einen roten Faden zu geben, solle vermieden werden und wurde als Widerstand gegen die Behandlung gedeutet (Freud 1913c, S. 469f). Zusätzlich wurden sie aufgefordert, die Behandlung nicht mit anderen zu besprechen, um der Kur dadurch kein Leck zu bereiten (vgl. Freud 1913c, S. 470).

Die Psychoanalytiker*innen auf der anderen Seite hätten die anspruchsvollen Aufgabe, sich sehr viele Namen, Daten und Einzelheiten der Erzählung der Patient*innen merken zu müssen. Dennoch empfahl Freud dabei ausdrücklich, während der Sitzungen keine Hilfsmittel wie Aufschreiben zu verwenden. Dies hinterlasse einen ungünstigen Eindruck bei den Patient*innen und binde einen Teil der geistigen Tätigkeit der Psychoanalytiker*innen. Außerdem komme es dabei zu einer schädlichen Auswahl aus dem dargebotenen Material (vgl. Freud 1912e, S. 378f). Sie sollten vielmehr alle Eindrücke aufnehmen, die sie von ihren Patient*innen gewinnen, auch scheinbar sinnlose, besondere Qualitäten der sprachlichen und gestischen Ausdrucksweise, Fehlleistungen und Missverständnisse, kleine Absonderlichkeiten, die sichtbar werden.

„Ein geistreicher junger Philosoph, mit exquisiten ästhetischen Einstellungen, beeilt sich, den Hosenstreif zurechtzupfen, ehe er sich zur ersten Behandlung niederlegt; [...] Ein junges Mädchen zieht in der gleichen Situation hastig den Saum ihres Rockes über den vorschauenden Knöchel;“ (Freud 1913c, S. 472).

Dies nannte Freud eine Haltung der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“. „Man halte alle bewußten Einwirkungen von seiner Merkfähigkeit ferne und überlasse sich völlig seinem ‚unbewußten Gedächtnisse‘.“ (Freud 1912e, S. 378). Psychoanalytiker*innen sollen „dem gebenden Unbewußten des Kranken sein eigenes Unbewußtes als empfangendes Organ zuwenden“ (Freud 1912e, S. 381) und alle Eindrücke für die Deutung und zur Erkennung des verborgenen Unbewußten verwenden.

Die Steuerung der mitgeteilten Inhalte sollte einzig der spontanen Äußerung der Patient*innen überlassen werden. Eine Steuerung durch die Psychoanalytiker*innen durch eigene Fokussierung würde bestimmte Stücke fixieren, andere dafür aber vernachlässigen. So würden sie nur wieder kennenlernen, was sie schon erwarteten, was sie also bereits wüssten (vgl. Freud 1912e, S. 377). Wenn Psychoanalytiker*innen dagegen versuchten, möglichst nicht auszuwählen, könnten sie auch Dinge aufnehmen, deren Bedeutung noch unklar sei. Diese könnten zu einem späteren Zeitpunkt mit neu hinzugekommenen Äußerungen zusammengefügt und interpretiert werden.

Freud argumentierte außerdem, dass es nicht möglich sei, die Anstrengung der Aufmerksamkeit über viele Stunden aufrecht zu erhalten (vgl. Freud 1912e, S. 377). Man könnte aus dieser Aussage den Schluss ziehen, dass es eben dann nicht verantwortungsvoll möglich sei, mehrere Patient*innen am Tag mit dieser Methode zu behandeln. Freud postulierte allerdings im Gegenteil, dass das möglichst un gelenkt Aufgenommene allen Anforderungen der Behandlung genüge. Das noch nicht geordnete versinke zwar, tauche aber im Gedächtnis bereitwillig wieder auf, wenn die Patient*innen Neues berichteten, zu dem es in Beziehung stehe (vgl. Freud 1912e, S. 378).

Nicht-Agieren

Ein wesentliches Moment, mit dem Freud versuchte, der Tabuisierung mancher Vorstellungen, Einfälle und Gedanken seiner Patient*innen entgegenzuwirken, war die Einführung einer strikten Einschränkung der körperlichen Aktivität während der Sitzungen. Das sollte es den Patient*innen erleichtern, ihre Einfälle in relativer Folgenlosigkeit äußern zu können. Die körperliche Passivität sollte Freiheit in der geistigen und emotionalen Zuwendung zu psychischen Prozessen ermöglichen.

Freud warnte seine Patient*innen davor, während der Zeit der Psychoanalyse in ihrem Leben Entscheidungen von großer Tragweite zu treffen, um sie vor Schädigungen durch das Ausagieren ihrer auftretenden Impulse zu schützen. Sie sollten sich bis zu ihrer Gesundheit ausschließlich im

Schutz der Behandlungssitzungen mit ihren Impulsen auseinandersetzen. Sein Bestreben war es, „den wilden Trieben den Zügel der Übertragung anzulegen [...]“ (Freud 1914g, 133f).

Das Setting im Behandlungszimmer, die gleichbleibende Position zueinander, bei der die Patient*innen liegen und ihre Analytiker*innen nicht sehen, sollte Patient*innen dabei unterstützen, sich möglichst ungestört ihrem inneren Erleben zuzuwenden. Die Psychoanalytiker*innen andererseits sollten sich so bestmöglich ihren unbewußten Gedanken überlassen können (vgl. Freud 1913c, S. 467).

Der Umgang mit Übertragung, Übertragungsliebe

Mit der Deutung, dass im aktuellen Geschehen zwischen Psychoanalytiker*innen und Patient*innen auftretender Widerstand gegen die Gesundung gerichtet sei, bezog Freud Verhaltensweisen seiner Patient*innen in die Behandlung mit ein, die vor ihm weitgehend unbeachtet geblieben sind. Bisher als unbedeutende Randerscheinung erscheinende Aspekte der Ärzt*innen/Patient*innen Beziehung wurden als bedeutungsvoll erkannt, scheinbar außerhalb der eigentlichen Behandlung stattfindende Szenen bei der Begrüßung oder bei der Bezahlung, Fehlleistungen und Missverständnisse fanden Beachtung. Psychoanalytiker*innen sollten die Gefühle ihrer Patient*innen ihnen gegenüber in ihrem Übertragungsaspekt beachten, der Rückschlüsse auf bewusste und unbewusste Vorerfahrungen in sich berge.

Bei somatisch-medizinischen Behandlungen war die Patient*innen/Ärzt*innen Beziehung hauptsächlich auf Vertrauen in die professionelle Versiertheit der Ärzt*innen und deren Wissen über Therapien aufgebaut. Die persönliche Qualität solcher Begegnungen blieb weitgehend außerhalb der professionellen Aktivität angesiedelt. Bei neurologischen psychischen Erkrankungen war die Begegnungsqualität schon zuvor eine wesentliche Informationsquelle für die diagnostischen Einschätzung. Beeinflussungen im Umgang, wie z.B. ein beruhigendes Einwirken, spielten auch in ärztlichen Gesprächen eine Rolle. Die eigentliche Behandlung wurde aber in der Diagnostik und der Verordnung von Medikamenten oder spezieller Behandlungen oder Aktivitäten gesehen, und war außerhalb dieser Begegnung angesiedelt. In der Psychoanalyse dagegen war jetzt eine tragfähige positive Übertragungsbeziehung die notwendige Grundlage und der zentrale Ort der Behandlung. Die Herstellung einer solchen Beziehung werde allerdings sowohl von der Rollenverteilung der Ärzt*innen/Patient*innen Begegnung, als auch von positiven Vorerfahrungen unterstützt.

„Man braucht nichts anderes dazu zu tun, als ihm Zeit zu lassen. Wenn man ihm ernstes Interesse bezeugt, die anfangs auftauchenden Widerstände sorgfältig beseitigt und gewisse Mißgriffe vermeidet, stellt der

Patient ein solches Attachement von selbst her und reiht den Arzt an eine der Imagines jener Personen an, von denen er Liebes zu empfangen gewohnt war. Man kann sich diesen ersten Erfolg allerdings verscherzen, wenn man von Anfang an einen anderen Standpunkt einnimmt als den der Einfühlung, etwa einen moralisierenden [...]“ (Freud 1913c, S. 473f).

Das Ansprechen der Möglichkeit des Auftretens von Liebesgefühlen von Patient*innen zu ihren Psychoanalytiker*innen war ein weiterer Tabubruch Freuds. In der außeranalytischen Welt wurden Liebesgefühle als mit anderen Beziehungen inkommensurabel eingeschätzt, führten lt. Freud also zum Abbruch ärztlicher Behandlungen. In der Psychoanalyse käme es aber sehr häufig vor, dass sich Patient*innen in ihre Analytiker*innen verlieben. Die sei, durch die analytische Situation erzwungen, und hier kein Grund für einen Behandlungsabbruch. Erkannt und richtig behandelt könne das sogar einen wichtigen Beitrag zur Herstellung der Gesundheit leisten (vgl. Freud 1915a), S. 220f). Patient*innen vorbereitend auf diese Möglichkeit aufmerksam zu machen, hielt Freud dabei für absolut unsinnig (vgl. Freud 1915a, S. 309). Solchen Liebesgefühlen gestand Freud durchaus Echtheit zu. Wie jede Liebe wiederhole sie infantile Vorbilder und erinnere eher an abnorme, als an normale seelische Phänomene (vgl. Freud 1915a, S. 227f).

In der psychoanalytischen Kur könne sich der Widerstand dieser Liebesgefühle in vielerlei Art bedienen, etwa auch als vorzeitiges Verschwinden aller Symptome, um die Fortsetzung der Kur zu hemmen (vgl. Freud 1915a, S. 222). Nicht aus moralischen, sondern aus Gründen analytisch-technischer Zweckmäßigkeit müssten PsychoanalytikerInnen bedenken, „[...] dass alles, was die Fortsetzung der Kur stört, eine Widerstandsäußerung sein mag.“ (Freud 1915a, S. 222). „Es wäre ein großer Triumph für die Patientin, wenn ihre Liebeswerbung Erwidderung fände, und eine volle Niederlage für die Kur.“ (Freud 1915a, 225).

Um die Energie des Bedürfnisses und der Sehnsucht der Patient*innen für den Heilungsweg zu nutzen, dürften diese Liebesgefühle weder verleugnet und abgewehrt, noch erwidert werden. Psychoanalytiker*innen müssten wahrhaftig antworten, und den Anteil des Widerstands an diesen Liebesgefühlen betonen (vgl. Freud 1915a, S. 226). Auf keinen Fall dürften sie die Situation zur Befriedigung eigener Bedürfnisse ausnutzen.

Die Frage der Gegenübertragung wurde von Freud wenig behandelt (vgl. Strachey 1958, S. 160), im Zusammenhang mit dem Umgang mit Übertragungsliebe als zu vermeidende, wenn auch nicht zu verleugnende (vgl. Freud 1915a, S. 224, S. 229).

Körperliche Berührung, Abstinenz

Um das Eintauchen in die Übertragung möglichst wenig zu stören, führte Freud nach und nach weitere Regeln ein, deren Einhaltung seiner Erfahrung nach hilfreich seien. So empfahl er Psychoanalytiker*innen eine gewisse persönliche Distanz zu ihren Patient*innen zu bewahren.

„Die Kur muß in der Abstinenz durchgeführt werden; ich meine dabei nicht allein die körperliche Entbehrung, auch nicht die Entbehrung von allem, was man begehrt, denn dies würde vielleicht kein Kranker vertragen. Sondern ich will den Grundsatz aufstellen, daß man Bedürfnis und Sehnsucht als zur Arbeit und Veränderung treibende Kräfte bei der Kranken bestehen lassen und sich hüten muß, dieselben durch Surrogate zu beschwichtigen.“ (Freud 1915a, S. 313).

Freud hatte zu Beginn seiner Hysteriebehandlungen noch wenig Scheu vor außerberuflichen Kontakten. So war er z.B. bei seiner Patientin Frau Emmy v. N. aus Livland mehrere Tage auf ihrem Gut (vgl. Freud 1895d, S. 138f). Später bemerkte Freud, dass jeglicher andersgearteter Kontakt, etwa aus Vorbeziehungen oder Vorbehandlungen, besonders aber soziale Beziehungen abseits der therapeutischen Begegnung der Übertragung abträglich sind. Freundschaftliche oder gesellschaftliche Beziehungen zur Patient*innen oder deren Familien brächten jedenfalls besondere Schwierigkeiten mit sich (vgl. Freud 1913c, S. 456f). Selbst andere gleichzeitig bei den Patient*innen notwendige ärztliche Behandlungen sollten besser von anderen, nicht psychoanalytisch arbeitenden Kolleg*innen durchgeführt werden (vgl. Freud 1913c, S. 471). Diese Erkenntnisse hinderten Freud allerdings nicht daran, fünf Jahre später dennoch seine eigene Tochter Anna in Lehranalyse zu nehmen.

Zu Beginn nutzte Freud noch körperliche Berührungen wie Handauflegen auf die Stirn um Patient*innen in einen Zustand der Konzentration zu versetzen (vgl. Strachey 1955, S. 17). Aber auch sehr viel weitgehendere Berührungen, waren in frühen Behandlungen noch durchaus vorgesehen. So behandelte er etwa die oben erwähnte Patient*in, indem er sie zweimal täglich am ganzen Körper massierte, oder ihr bei Magenschmerzen über den Oberbauch strich (vgl. Freud 1895d, S. 102, S. 117).

Später lehnte Freud, aus Überlegungen des Vermeidens von Agieren und der Beachtung von Übertragungsphänomenen, körperliche Berührungen außer dem Händedruck zur Begrüßung und Verabschiedung mit dem Argument ab, dass sie dem psychoanalytischen Prozess zusätzliche Schwierigkeiten bereiten würden. „In der analytischen Behandlung geht nichts anderes vor als ein Austausch von Worten zwischen dem Analysierten und dem Arzt.“ (Freud 1916-17a, S. 9).

Deutungen, Richtiger Zeitpunkt

Psychoanalytiker*innen sollten das dargebotene Material deuten können und ihre Deutungen den Patient*innen mitteilen. Getragen von einer positiven Übertragungsbeziehung kann dies einen mächtigen suggestiven Einfluss auf die Patient*innen ausüben. Im Unterschied zu erzieherischer Beeinflussung, sollten Übertragungen in der Psychoanalyse aber auch selbst Gegenstand der Behandlung, und immer wieder auch zersetzt und aufgelöst werden. Der eigentliche psychoanalytische Erfolg solle nicht in der Annahme solcher Suggestionen bestehen, sondern in der „[...] mit ihrer [der Psychoanalytiker*innen (Anm. d. Verf.)] Hilfe vollbrachten Leistung der Überwindung innerer Widerstände, auf der in dem Kranken erzielten inneren Veränderung.“ (Freud 1916-17a, S. 471).

Deutungen sollten nicht zu frühzeitig mitgeteilt werden. Als Grundlage müsse zuvor schon eine tragfähige therapeutische Beziehung, „[...]eine leistungsfähige Übertragung, ein ordentlicher Rapport [...]“ hergestellt sein, damit Patient*innen auch Unangenehmes aufnehmen könnten. Therapeutisch effektiv würden Mitteilungen von z.B. Symptomlösungen oder Wunschübersetzungen aber erst, wenn Patient*innen in ihrem Selbsterforschungsprozess schon selbst knapp vor der Lösung stehen (vgl. Freud, S. 1913c 473f). „Eine Veränderung kann erst eintreten, wenn der bewußte Denkprozeß bis zu dieser Stelle vorgedrungen ist und dort die Verdrängungswiderstände überwunden hat.“ (Freud 1913c, S. 476f).

Um die Therapie nicht vorschnell zu beenden, solle die Triebkraft des Leidens der Patient*innen bis zum Ende der Behandlung erhalten bleiben (vgl. Freud 1913c, S. 477).

Ärztliche und psychoanalytische Haltung

Geleitet von wissenschaftlichem Interesse suchte Freud nach Erklärungen und Funktionen der Krankheiten seiner Patient*innen. Er entdeckte sinnhafte Zusammenhänge der Störungen und Symptome mit der Lebenswelt und Lebensvorstellung seiner Patient*innen. Die Suche nach solchen Zusammenhängen führte ihn auch zu Theorien über gesunde psychische Funktionsweisen. Diese aus empirischen Daten gewonnenen Theorien leiteten wiederum seinen beobachtenden Blick und verfestigten sich zu einem Wissenssystem über die menschliche Psyche.

Ähnlich wie bei körperlichen Funktionen und Krankheiten, suchte Freud nach Funktionsweisen, die bei allen Menschen ähnlich sind. Bis 1923 hielt er an einem topographischen, quasi-räumlichen

Modell des menschlichen Geistes fest, und (vgl. Freud 1916-17a, S. 471f). Er glaubte, objektives Wissen über psychische Zusammenhänge erlangen zu können.

Für die Psychoanalyse als Psychotherapie nahm Freud in Anspruch, bestimmte psychische Krankheiten ursachenbeseitigend heilen zu können. Andere Behandlungsformen, wie Suggestivbehandlungen, hatten seiner Auffassung nach hier nur eine vorübergehende heilsame Wirkung.

„Die Übertragung kann häufig genug die Leidenssymptome allein beseitigen, aber dann nur vorübergehend, solange sie eben selbst Bestand hat. Das ist dann eine Suggestivbehandlung, keine Psychoanalyse. Den letzteren Namen verdient die Behandlung nur dann, wenn die Übertragung ihre Intensität zur Überwindung der Widerstände verwendet hat. Dann allein ist das Kranksein unmöglich geworden, auch wenn die Übertragung wieder aufgelöst worden ist, wie ihre Bestimmung es verlangt.“ (Freud 1913c, S. 477f).

Freud gestand dem Bewusstsein nur einen sehr beschränkten Zugang zu Teilen des Unbewussten zu, sah diesen aber gleichzeitig als Möglichkeit Konflikte zu lösen, die dort nicht befriedigend gelöst werden konnten. Dies führte ihn zu einem teilweisen Misstrauen gegenüber dem bewussten Steuern der Aufmerksamkeit der Psychoanalytiker*innen, und auch gegenüber etwaiger geistiger Mitarbeit der Patient*innen, ihren Erklärungs- und Ordnungsversuchen, die ohne Behandlung nicht zu einem ausreichend guten Ergebnis gekommen waren (vgl. Freud 1912e, S. 386).

Die konsequente Suche nach grundlegend hilfreichen Handlungen bei der Begleitung dieses Entwicklungsprozesses führte ihn zu überraschenden Haltungen, die nur mehr wenig mit der klassischen Vorstellung einer Ärzt*innen/Patient*innen Begegnung zu tun hatten.

Als Neurologe akkumulierte er Wissen und arbeitete viel auch mit Präparaten in Labors. Kranke bezeichnete er als "Material" (Freud 1956a [1886] S. 36), an dem er naturwissenschaftliche Daten sammelte und Krankheitszusammenhänge erforschte. Die ärztliche Behandlung, die idealerweise schnelle und verlässliche Hilfe bieten, und für Patient*innen nicht unangenehm sein sollte (vgl. Freud 1916-17a, S. 467), bestand im Verabreichen von Medikamenten und Verordnen von kurativen Behandlungen. Der Fokus beim Arztgespräch lag in erster Linie auf der Erkundung und Diagnose biologischer Zusammenhänge, die die Krankheit mutmaßlich verursachten. Ärzt*innen sollten in erster Linie ihr Wissen anwenden, die Ärzt*innen/Patient*innen Begegnung und Beziehung war ein Nebenschauplatz der Behandlung, der von der fachlichen, manchmal zusätzlich auch persönlichen Autorität der Ärzt*innen geprägt war. Freud zitierte allerdings auch schon über die ärztliche Behandlung von Psychoneurosen: "Es ist keine moderne Rede, sondern ein Ausspruch alter Ärzte, daß diese Krankheiten nicht das Medikament heilt, sondern der Arzt, das heißt wohl die

Persönlichkeit des Arztes, insofern er psychischen Einfluß durch sie ausübt." (Freud 1905a, S. 15). In der Akzeptanz einer positiven ärztlichen Autorität war also auch, wie in allen Beziehungen, Übertragung wirksam, wenn sie auch nur zur Förderung der Compliance und der Annahme der Suggestion genutzt wurde.

Darüberhinaus wirkten bürgerliche Vorstellungen über Moral und ärztliche Würde (vgl. Freud 1915a, S. 307) auf die ärztliche Grundhaltung. Es gab Standesregeln als ethische Vorgaben für Ärzt*innen, wie sie zum guten Teil schon im hippokratischen Eid festgelegt waren: eine Hilfsverpflichtung ohne Ansehen der persönlichen Eigenschaften, Achtung des Lebens, kein sexuelles Ausnutzen der ärztlichen Position, Verschwiegenheit, und das Vermeiden jeder Handlung, die dem Ansehen der Ärzteschaft schaden zufügen würde.

All diese Vorgaben galten natürlich auch für die Psychoanalyse, war sie doch zuerst nur eine besondere Art der ärztlichen Behandlung. Wiewohl auch in der Psychoanalyse davon ausgegangen wurde, dass konkrete Probleme in der Psyche der Patient*innen aufgespürt und technisch richtig behandelt werden müssten, wurde durch die Beachtung von Übertragungsgefühlen jetzt die Patient*innen/Psychoanalytiker*innen Beziehung zum eigentlichen Ort der therapeutischen Behandlung und bekam besondere Beachtung. Somit bekam auch die Frage des professionellen Verhaltens von Psychoanalytiker*innen, ihr Umgang mit positiven und negativen Übertragungsgefühlen ihrer Patient*innen, eine besondere Aufmerksamkeit.

Der Umgang mit Übertragungsgeschehen im therapeutischen Setting war eine der wesentlichsten Veränderungen von einer ärztlichen Beziehungshaltung zu einer psychoanalytischen Haltung. Nicht nur mehr die Inhalte waren jetzt von Interesse, sondern auch wie Patient*innen sich mit ihrem Erleben, ihren Affekten, ihren Träumen und Erinnerungen, ihren Gedankenkonstrukten und Fehlleistungen den Analytiker*innen zeigten.

Es stellte sich heraus, dass die verdrängten Inhalte der Patient*innen nicht immer traumatischen Ursprungs waren. Oft beruhten sie auch auf uneingestandenem Wünschen, die aber gleichzeitig von ihnen nicht akzeptiert werden konnten. Die Patient*innen waren in einem inneren Konflikt zwischen unvereinbaren Aspekten ihrer selbst gefangen. Um diesen Konflikt nicht nur zurückzudrängen und zu überdecken, sondern zugänglich zu machen und aufzuarbeiten, suchte Freud eine völlig andersartige Herangehensweise. Das Wissen der Psychoanalytiker*innen spielte in seiner Vorstellung zwar noch immer eine wesentliche Rolle. Um ihren Patient*innen zu helfen, sollten sie doch Zusammenhänge in deren psychischer Konstruktion in ihrer Bedeutung erkennen

können. Für dieses Wissen, das die Deutung des dargebotenen Materials ermöglichen sollte, nahm Freud dabei durchaus eine objektive Richtigkeit in Anspruch (vgl. Freud 1916-17a, S. 471f). Die bloße Mitteilung dieser Deutungen allein erwies sich aber als unzureichend, da bei den Patient*innen Widerstände auftraten, die das Annehmen der Informationen und den Erfolg der Behandlung verunmöglichten (vgl. Freud 1913c, S. 475). Es handelte sich eben um die besondere Problematik, einen Versuch des Zugänglichmachens aus gutem Grund verdrängter Inhalte zu machen. Deshalb war nicht das Verständnis der Ärzt*innen, sondern das Verständnis der Patient*innen entscheidend. Eine Vorarbeit der Patient*innen war nötig, um schwer akzeptable Inhalte wirklich aufnehmen zu können. Was von Ärzt*innen noch außerhalb ihres Verantwortungsbereichs angesiedelt wurde, nämlich wie Patient*innen ihre Therapievorschlüsse auffassen und akzeptieren konnten, machte Freud zum integralen Teil seiner Behandlung: den Umgang und die Hilfe beim Umgang mit Widerständen der Patient*innen, die gegen die Behandlung gerichtet waren.

Der Zugang zu verdrängten Inhalten war nicht nur für die Patient*innen schwierig. Auch Psychoanalytiker*innen mussten ihre Affekte regulieren, um mit dem Übertragungsgeschehen umgehen zu können und Deutungsarbeit leisten zu können, die zensorische Entstellungen in den Darstellungen der Patient*innen unterlaufen konnten. Freud stellte die psychoanalytische Behandlungstätigkeit als dreifachen Kampf gegen die inneren Mächte der Analytiker*innen, die sie von ihrem analytischen Niveau herabziehen möchten, gegen Kritiker von außen, die ihre Theorien kritisieren, und gegen ihre Patient*innen, die sich zu Beginn der Analyse wie Gegner*innen gebärden, dann aber mit ihren Leidenschaften konfrontieren (vgl. Freud 1915a, S. 230).

Er war mißtrauisch, was den Einsatz bewusst gesteuerter Aufmerksamkeit der Analytiker*innen zum Erkennen unbewusster Zusammenhänge der Patient*innen betraf. Freud glaubte, dass so zu schnell auf bestimmte Inhalte fokussiert, andere dabei aber übersehen würden. So würde einem nur begegnen, was man eh schon wisse, nicht aber noch Ungeordnetes, dessen Bedeutung noch unklar sei (vgl. Freud 1912e, S. 377). Dem Versuch einer bewusst nicht-gesteuerten Wahrnehmung traute er da mehr zu. Psychoanalytiker*innen sollten dem Unbewussten der Patient*innen mit ihrem eigenen Unbewussten begegnen und alle Eindrücke aufnehmen, vorerst ohne bewusst einzugreifen..

„Wie der Receiver die von Schallwellen angeregten elektrischen Schwankungen der Leitung wieder in Schallwellen verwandelt, so ist das Unbewußte des Arztes befähigt, aus den ihm mitgeteilten

Abkömmlingen des Unbewußten dieses Unbewußte, welches die Einfälle des Kranken determiniert hat, wiederherzustellen.“ (Freud 1912e, S. 381f).

Psychoanalytiker*innen rekonstruieren nach dieser Vorstellung also Bedeutungszusammenhänge aus Spuren, die aus dem Unbewussten der Patient*innen stammen und die Zensur ihrer Bewusstseinschranke unterlaufen haben. Patient*innen müssten diese aber auch selbst erkennen und begreifen. Sie dürften zwar der Analyse gegenüber skeptisch sein, um sich allerdings auf den Weg der Heilung zu begeben, müssten Sie sich schließlich darauf einlassen können, ihre Skepsis als Widerstand gegen die Gesundung und als Teil der Krankheit zu sehen.

Freud schrieb in seinen Vorlesungen über die analytische Therapie, dass durch das Nutzen der Übertragungsbeziehung auch Psychoanalyse eine Suggestionstherapie sei (vgl. Freud 1916-17a, S. 469f). Sie nutze dabei aber nicht direkte Suggestion, wie das Verbieten von Symptomen, die Patient*innen potentiell abhängig mache.

„Durch die Überwindung dieser Widerstände wird das Seelenleben des Kranken dauernd verändert, auf eine höhere Stufe der Entwicklung gehoben und bleibt gegen neue Erkrankungsmöglichkeiten geschützt. Diese Überwindungsarbeit ist die wesentliche Leistung der analytischen Kur, der Kranke hat sie zu vollziehen, und der Arzt ermöglicht sie ihm durch die Beihilfe der im Sinne einer Erziehung wirkenden Suggestion. Man hat darum auch mit Recht gesagt, die psychoanalytische Behandlung sei eine Art von Nacherziehung.“ (Freud 1916-17a, S. 469).

Freud sah durchaus auch eine erzieherische Vorbildwirkung für die Rolle der Psychoanalytiker*innen vor, so sollten Patient*innen etwa von ihnen die Überwindung des Lustprinzips lernen (vgl. Freud 1915a, S. 229). Sie sollten ihren Patient*innen aber auch durch erzieherische Suggestion bei der Überwindungsarbeit helfen (vgl. Freud 1916-17a, S. 469). Andererseits sollten Übertragungen in der Psychoanalyse aber auch immer wieder aufgelöst werden, indem diese selbst zum Gegenstand der Behandlung gemacht werden. So trage letztlich nicht die Suggestion, sondern die innere Veränderung der Patient*innen den Erfolg der Behandlung. Sie würden zu autonomen, von ihren Psychoanalytiker*innen unabhängigen Personen (vgl. Freud 1916-17a, S. 471).

Freud betonte, dass Übertragung in allen menschlichen Begegnungen eine Rolle spiele, und auch Psychoanalytiker*innen nicht vor ihnen gefeit seien (vgl. Freud 1910a, S. 54-56). Er schloss sich daher an die Forderung der Zürcher analytischen Schule um C. G. Jung an, Psychoanalytiker*innen müssten sich im Lauf ihrer Ausbildung einer Purifizierung durch eine Psychoanalyse bei erfahrenen Kolleg*innen unterziehen, um beim Erfassen der Darbietungen ihrer Patient*innen nicht von eigenen Defekten gestört zu werden (vgl. Freud 1912e, S. 382).

Analytiker*innen sollten idealerweise übertragungsfrei bzw. sich ihrer Übertragungen bewusst sein, um Eigenanteile erkennen und beiseite legen zu können (vgl. Freud 1912e, S. 378). Sie dürften keine Widerstände in sich dulden und sollten vorurteilsfrei aufnehmen können. Eigene seelischen Defekte und Konflikte müssten gelöst werden, damit möglichst wenig blinde Flecken die analytische Wahrnehmung stören können. Das schien Freud durch Eigenanalyse und später durch Fremdanalyse möglich zu sein (vgl. Freud 1912e, S. 382).

Nach guter Vorbereitung und Ausbildung müssten sie sich während der Behandlungen ihren Wahrnehmungen und Einfällen überlassen können. Sie müssten ihre Einfälle überprüfen und den richtigen Zeitpunkt für ihre Mitteilungen einschätzen können.

Grundlegende berufsethische Haltungen der Psychoanalyse

Patient*innen und Psychoanalytiker*innen gehen eine sehr intensive, beständige Beziehung miteinander ein. Diese braucht, um ihre Funktion für die Heilung der Patient*innen erfüllen und beibehalten zu können, für beide Seiten klare Regeln. „Für den Arzt vereinigen sich nun ethische Motive mit den technischen [...]“ (Freud 1915a, S. 318).

Mit seinem völlig neuen Fokus auf die interpersonelle Begleitung der psychischen Entwicklung der Analysand*innen veränderte Freud die Art und Weise der therapeutischen Begegnung und Behandlung in revolutionärer Weise. Er war sich bewusst, dass sein sehr aufwändiger Behandlungsansatz den Patient*innen einiges zumutete (vgl. Freud 1913c, S. 463f). Da er ihn für die Behandlung mancher Krankheiten aber als einzig zielführenden Weg einschätzte, sah er das aber als unvermeidlich an. Als Grundlage für Technik und Setting beschäftigte er sich ausführlich mit der für seinen Ansatz notwendigen psychoanalytischen Haltung. Seine Überlegungen hatten großen Einfluss auf alle in Nachfolge der Psychoanalyse entstandenen psychotherapeutischen Schulen und haben bis heute einen gewichtigen Niederschlag in berufsethischen Regelwerken und Gesetzen gefunden.

Vertraulichkeit

Vertraulichkeit war schon seit Hippokrates als wichtige Haltung in der Ärzteschaft verankert. Freud betonte die besondere Rolle der Vertrauenswürdigkeit der Psychoanalytiker*innen für ihre Patient*innen wegen der heiklen, oft gesellschaftlich tabuisierten Inhalte über sich selbst und ihre Umwelt, denen sie sich annähern, und die sie ihren Analytiker*innen offenbaren sollten.

Er war sich der Schwierigkeit bewusst, die sich aus dem Umstand der besonderen psychoanalytischen Diskretion, „die im Leben nicht zu entbehren, in unserer Wissenschaft aber nicht zu brauchen ist.“ (Freud 1915a, S. 307) für die Forschung ergab. Obwohl dies seinen Zweifler*innen in die Hände gespielt hat, wies er dennoch auf die unbedingte Notwendigkeit der psychotherapeutischen Verschwiegenheit für die Behandlung hin.

Dass es auch Freud nicht immer gelungen sein soll, sich lückenlos an alle Regeln der Anonymisierung und Verschwiegenheit zu halten (vgl. Fichtner, S. 740), zeigt wie schwierig es ist, den Spagat zwischen den Anforderungen der Wissenschaft und der Behandlung zu bewältigen. Auch die Freud Forschung hat im Namen der Wissenschaft, durch Veröffentlichung vieler ursprünglich nicht für die Öffentlichkeit bestimmter Dokumente, dazu beigetragen, dass auch nicht anonymisierte Patient*innendaten bekannt geworden sind. Das wird zurecht kritisch diskutiert (vgl. Fichtner).

Es ist Freud zugute zu halten, die Wichtigkeit dieses Problems für die Behandlung und Forschung erkannt und angesprochen zu haben, und aktiv damit umgegangen zu sein.

Bis heute ist Verschwiegenheit eine in allen Psychotherapierichtungen anerkannte Notwendigkeit für eine therapeutische Beziehung. In Österreich ist sie seit 1991 als psychotherapeutische Berufspflicht sogar gesetzlich verankert (vgl. Österreichisches Psychotherapiegesetz §15).

Aufrichtigkeit

„Da man vom Patienten strengste Wahrhaftigkeit fordert, setzt man seine ganze Autorität aufs Spiel, wenn an sich selbst von ihm bei einer Abweichung von der Wahrheit ertappen läßt.“ (Freud 1915a, 224). Lt. Freud liegt ein gutes Stück der erzieherischen Wirkung und des ethischen Wertes der Psychoanalyse in der Wahrhaftigkeit der Psychoanalytiker*innen. Die Persönlichkeit der Analytiker*innen übe großen Einfluss auf die Patient*innen aus (vgl. Freud 1905a, S. 15). Um eine positive Übertragungsbeziehung nicht zu stören und auch die Patient*innen in ihrem Mut zur Aufrichtigkeit zu unterstützen, müssten Psychoanalytiker*innen unbedingt glaubwürdig sein, dabei aber das Wohl ihrer Patient*innen im Auge behalten. Keineswegs sollten sie aber alles ungefiltert mitteilen, was in ihnen vorgehe. Ihre Mitteilungen sollten in Bezug auf ihre mögliche Wirkung auf die Patient*innen reflektiert sein. Psychoanalytiker*innen sollten die Wahrheit sagen, „[...]aber doch nicht die ganze, um das Ergebnis unbekümmerte [...]“ (Freud 1915a, S. 317).

Die Wahrheitspflicht hat zwar nicht so tiefgreifend wie von Freud gemeint, aber doch Eingang in das Psychotherapiegesetz gefunden. So müssen Psychotherapeut*innen jederzeit „alle Auskünfte

über die Behandlung, insbesondere über Art, Umfang und Entgelt“ erteilen (vgl. Psychotherapiegesetz §14.4), und „sich jeder unsachlichen oder unwahren Information im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufes“ enthalten (vgl. Psychotherapiegesetz §16).

Abstinenz

Die Vorgabe der Abstinenz geht, wie oben schon angeschnitten (siehe S. 21), viel weiter als die bloße Forderung der Zurückhaltung der eigenen Bedürfnisse der Psychoanalytiker*innen. Sie sollten sich überhaupt möglichst wenig mit ihren persönlichen Haltungen und Erfahrungen einbringen, um die spätere Lösung der Übertragung nicht zusätzlich zu erschweren (vgl. Freud 1912e, S. 384).

In seiner wissenschaftlichen Arbeit zeigte Freud durchaus Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen und individuellen Kräften auf, die zum Teil auch gegeneinander gerichtet seien. Die Psychoanalyse sollte aber weder in der Wissenschaft, noch in der Behandlung eine Moralinstanz sein, sondern „[...] nur einer Tatsächlichkeit Ausdruck geben, die wir in mühseliger Arbeit erkannt zu haben glaubten.“ (Freud 1916-17a, S. 23).

Freud warnte Analytiker*innen eindringlich davor, eigene Inhalte, besonders eigene Schwierigkeiten oder Konflikte in der Behandlung mitzuteilen, etwa um das Vertrauen der Patient*innen zu fördern und ein besseres Gefühl der Gleichgestellttheit zu ermöglichen. Dies würde nur die Aufmerksamkeit der Patient*innen von sich selbst auf die Analytiker*innen verschieben. Psychoanalytiker*innen sollten im Gegenteil undurchsichtig bleiben und den Patient*innen „wie eine Spiegelplatte“ nur reflektieren, was diese von sich selbst zeigen (vgl. Freud 1912e, S. 383f).

Im Berufscodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Österreichischen Gesundheitsministeriums ist Respekt vor den Einstellungen und Werthaltungen der Patient*innen gefordert. Jeder Versuch von Psychotherapeut*innen, ihre persönlichen, sexuellen, wirtschaftlichen, sozialen, emotionalen politischen oder religiösen Interessen im Rahmen ihrer Tätigkeit zu befriedigen, wird als Untreue ihren psychotherapeutischen Aufgaben gegenüber und als Missbrauch gekennzeichnet (vgl. Berufscodex, S. 4, S. 7)

Neutralität

Freud gemahnte daran, dass sowohl erzieherischer als auch therapeutischer Ehrgeiz schädlich seien (vgl. Freud 1912e, S. 385). Analytiker*innen sollten nicht versuchen mehr für ihre Patient*innen zu erreichen, als in deren Möglichkeiten läge. Dementsprechend sollten sie sich auch nicht emotional

engagieren, um sich nicht den Widerständen ihrer Patient*innen auszusetzen und ihre analytischen Fähigkeiten bewahren zu können (vgl. Freud 1912e, S. 381).

Ihre eigenen Affekte sollten ausgespart bleiben, Patient*innen sollten so weder positiv noch negativ verstärkt werden. Als Vorbild diene die chirurgische Gefühlskälte, die selbst menschliches Mitleid beseite lasse, und sich ganz dem geistigen Ziel widme, die an sich schmerzhaft Operation so kunstgerecht wie möglich zu vollziehen. Das bringe für beide Seiten Vorteile, die Analytiker*innen könnten ihr Seelenleben schonen, die Patient*innen bekämen das größtmögliche Maß an Hilfeleistung (vgl. Freud 1912e, S. 381). Es sei wichtig, dass Psychoanalytiker*innen sich ihre analytischen Fähigkeiten bewahren, und alles Mitgeteilte, vorerst ohne Rücksicht, für die Deutung verwenden können.

Die wissenschaftliche Forschung und die therapeutische Behandlung seien in der Psychoanalyse untrennbar verknüpft. Dennoch seien Techniken, die der einen Seite dienen für die andere Seite kontraproduktiv. Der Schutz der Therapien war für Freud allen anderen Interessen vorzuziehen, seien sie zwischenmenschlicher, gesellschaftlicher, oder auch wissenschaftlicher Art. Um Behandlungen vor dem fokussierenden Blick der Wissenschaft zu schützen, empfahl Freud Einzelfallforschung erst nach dem Ende von Behandlungen zu betreiben (vgl. Freud 1912e, S. 380). Aus dieser Haltung folgt, dass Psychoanalytiker*innen alle anderen persönlichen Verbindungen mit ihren Patient*innen meiden sollten. Auch Bekanntschaften aus vortherapeutischer Zeit hätten ungünstige Auswirkungen, Freundschaften müssten den Erfordernissen der Behandlung geopfert werden (vgl. Freud 1913c, S. 456f). Psychoanalytiker*innen sollten aus diesen Beziehungen nichts für sich wollen, was über ihre professionellen Interessen hinausreiche.

Auch das Meiden von außerberuflichen Verstrickungen ist im Berufskodex verankert, und die Verantwortung dafür allein den Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes auferlegt (Berufscodex S. 7f).

Patient*innen-Autonomie

Das Thema Beeinflussung/Autonomie der Patient*innen klingt in vielen Stellen in Freuds Schriften an. In der Vorstellung einer vollständigen Heilung bei Vollendung der Kur bei gleichzeitiger Nicht-Verpflichtung zu einer bestimmten Dauer der Behandlung, viel mehr aber noch im Gemahnen, die Möglichkeiten der Patient*innen, und nicht die Vorstellungen der Psychoanalytiker*innen als Ziel der Entwicklung zu nehmen, steckt sowohl die Fremdbeurteilung, als auch der Anspruch die Autonomie der Patient*innen zu achten. „[...] der Kranke soll nicht zur Ähnlichkeit mit uns,

sondern zur Befreiung und Vollendung seines eigenen Wesens erzogen werden.“ (Freud 1919a, S. 190).

Freud hat empfohlen, den Einfluss der therapeutischen Beziehung zu nutzen, um vor großen Lebensentscheidungen während der Behandlung zu warnen. Patient*innen sollten darauf hingewiesen werden, dass bisher zurückgehaltene Impulse im Rahmen der Analyse durchgearbeitet und nicht im realen Leben ausagiert werden sollen. Allerdings erwähnte er auch, dass dies von Patient*innen nicht immer befolgt werde (vgl. Freud 1914g, S. 133f). Auch hier zeigt sich der Spagat zwischen suggestiver Beeinflussung und Achtung der Patient*innen Autonomie.

Die Erreichbarkeit der Ziele einer Psychoanalyse ist von Gegebenheiten und Potentialen der Patient*innen abhängig. So sei das Ziel der Triebsublimierung bei verschiedenen Patient*innen in unterschiedlichem Maß empfehlenswert. Viele Personen würden gerade an dem Versuch erkranken, „[...] ihre Triebe über das von ihrer Organisation gestattete Maß hinaus zu sublimieren [...]“ (Freud 1912e, S. 385). Es bleibt die Frage bleibt, ob das im Einzelfall gemeinsam festgestellt werden kann, oder vom Gegenüber eingeschätzt werden muss.

Deutungen müssen überprüft und erst nach gründlicher Überlegung und zu geeignetem Zeitpunkt mitgeteilt werden. Solche Mitteilungen sind Eingriffe und haben immer einen Einfluss auf Patient*innen, der durchaus auch Schwierigkeiten für die weitere Therapie mit sich bringen könne (vgl. Freud 1916-17a, S. 477). „Ganz abgesehen davon, daß man manchmal falsch rät und niemals imstande ist, alles zu erraten.“ (Freud 1910k, S. 124). Auch die Einschätzung der Konfrontierbarkeit bleibt ein Seiltanz zwischen Paternalisierung und Respekt vor der Autonomie der Patient*innen.

Die Autonomie der Patient*innen ist im Österreichischen Psychotherapiegesetz (vgl. Österreichisches Psychotherapiegesetz §14(3)) mit der Freiwilligkeit der Behandlung und der freien Wahl der Psychotherapeut*in berücksichtigt. Im Berufscodex ist zudem die Achtung vor der Würde und Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten verankert (vgl. Berufscodex, S. 4).

Schlusswort

Freud zeigt in beeindruckender Weise, wie weit ihn sein konsequent verfolgter wissenschaftlicher Forschungsdrang in der Entwicklung seines Ansatzes leitete und ihn dabei auf völlig neue Wege führte. Er konfrontierte die wissenschaftliche Welt seiner Zeit in sehr offener und selbstsicherer Weise mit seinen Erkenntnissen und suchte den Diskurs. Er scheute sich nicht, auch eigene Einschränkungen, auftretende Schwierigkeiten, Irrtümer und Misserfolge aufzuzeigen, die ihm bei seiner empirischen Tätigkeit begegneten. Hypothesen kennzeichnete er als Hypothesen, wenn sie

auch, durch empirische Erfahrung bekräftigt, mehr und mehr zu Überzeugungen und Wahrheiten zu werden scheinen. Ob er selbst genügend bedacht hat, dass ein theoriegeleiteter Blick auch die Wahrnehmung beeinflusst, ist mir aus meiner beschränkten Kenntnis seiner Schriften nicht bekannt. Die Darstellung seines Umgangs mit psychischen Krankheiten, für die es vorher keine ausreichende Behandlung gab und mit Problemen, die dabei auftauchten, ist jedenfalls äußerst umfassend und sorgfältig. Seine Ratschläge stellen nach mehr als hundert Jahren noch immer eine wichtige Grundlage für die Auseinandersetzung mit wesentlichen Problemen der psychotherapeutischen Tätigkeit dar. Sie werden zurecht weit über die Psychoanalyse hinaus in vielen psychotherapeutischen Ansätzen beachtet.

Die psychoanalytische Behandlung bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen Beeinflussung und Achtung der Autonomie der Patient*innen. Es ist allerdings ihr erklärtes Ziel, diesen Umstand auch zu beachten, zu bearbeiten und zu überwinden.

Einschätzungen wann Patient*innen mit Deutungen konfrontiert werden, die Versagung möglicher Linderungen, Beurteilungen einer behaupteten Gesundheit von Patient*innen als Widerstand gegen die Behandlung müssen wohl doch, trotz aller Versuche Freuds die Forderung nach einer besonderen Begabung eines ärztlichen Taktgefühls durch technische Vorschriften zu ersetzen (vgl. Freud 1910k, S. 124), von Psychoanalytiker*innen auch ohne die Mitwirkung ihrer Patient*innen gemacht werden. Nach welchen Kriterien ordnen und beurteilen aber Psychoanalytiker*innen dabei das präsentierte Material? Wohl nach solchen, die sie selbst als menschlich grundlegend annehmen, und von denen sie glauben, dass sie objektiv und überindividuell gelten. Sie müssen dabei, bei aller aufrechter Fähigkeit zur Selbstkritik, wie Freud sehr überzeugt davon sein, dass ihre Fähigkeiten genügen.

Vielleicht ist die Aussage, was man durch unbewusstes Wahrnehmen bei sich erreiche genüge allen Anforderungen während der Behandlung (Freud 1912e, S. 378), eher ein Hinweis dafür, dass es in der Psychoanalyse weniger um Exaktheit von sicher bestimmbar, objektiven Zusammenhängen mithilfe von Spezialist*innen geht, als um einen persönlichen Entwicklungsprozess in der Begegnung zweier Menschen, in dem die Psychoanalytiker*innen sich in sehr spezieller Weise ihren Patient*innen zuwenden und zur Verfügung stellen?

Darüberhinaus ist es äußerst bemerkenswert, wie umfassend und gültig der Großteil von Freuds über hundert Jahre alten Beobachtungen und Erkenntnissen geblieben sind. Seine Forschung entwarf ein zurecht einflussreiches Modell der psychischen Verfasstheit der Menschen. Die von ihm

entwickelten ethischen Haltungen und therapeutischen Herangehensweisen bieten heute nach wie vor eine verlässliche Grundlage zur Auseinandersetzung mit den Voraussetzungen psychotherapeutischer Forschung und Behandlung.

Literaturverzeichnis

In der vorliegenden Arbeit werden bei Sigmund Freud die Seitenangaben entnommen aus:

Freud, S. Gesammelte Werke. Bde. 1-17. London: Imago Publishing 1940-52 (seit 1960: Frankfurt am Main: Fischer); Bd. 18 und Nachtragsbd. Frankfurt am Main: Fischer 1968 und 1987. <http://www.pep-web.org.uaccess.univie.ac.at> (2019-07)

Die Jahresangaben seiner Publikationen werden bestimmt nach der Bibliographie in:

Meyer-Palmedo, I. und Fichtner, G., Hg. (1989). Freud-Bibliographie mit Werkkonkordanz. Frankfurt am Main: Fischer, S. 15-90.

Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (2017).

https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/7/0/5/CH4043/CMS1415709133783/berufskodex_stand_juli_2017.pdf (2019-08-11 15:45)

Fichtner, G. (1994). Die ärztliche Schweigepflicht, der Analytiker und der Historiker. Eine notwendige Stellungnahme zur Edition des Freud/Ferenczi-Briefwechsels. *Psyche – Z Psychoanal.*, 48(8):738-745.

Freud, S. (1888-89a). Übersetzung mit ›Vorrede des Übersetzers‹ und zusätzlichen Fußnoten von: Bernheim, Hippolyte, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*. G.W., Nachtr., S.109-120.

Freud, S. (1895d). *Studien über Hysterie*. G.W., Bd. 1, S.75-312.

Freud, S. (1901b). *Zur Psychopathologie des Alltagslebens (Über Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum)*. G.W., Bd. 4.

Freud, S. (1905a [1904]). ›Über Psychotherapie‹. G.W., Bd. 5, S.13-26.

Freud, S. (1905d). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. G.W., Bd. 5, S.27, 33-145.

Freud, S. (1907b). ›Zwangshandlungen und Religionsübungen‹. G.W., Bd. 7, S.129-139.

Freud, S. (1908d). ›Die »kulturelle« Sexualmoral und die moderne Nervosität‹. G.W., Bd. 7, S.143-167.

Freud, S. (1910a [1909]). *Über Psychoanalyse*. Fünf Vorlesungen, gehalten zur 20jährigen Gründungsfeier der Clark University in Worcester, Mass., September 1909. G.W., Bd. 8, S.1-60.

Freud, S. (1910k). ›Über »wilde« Psychoanalyse‹. G.W., Bd. 8, S.118-125.

Freud, S. (1912e). ›Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung‹. G.W., Bd. 8, S.376-387.

Freud, S. (1913c). ›Zur Einleitung der Behandlung‹. (›Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse‹, I). G.W., Bd. 8, S.454-478.

Freud, S. (1914d) ›Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung‹. G. W., Bd. 10, S. 43–113..

Freud, S. (1914g) ›Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten‹. (›Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse‹, II). G.W., Bd. 10, S.126-136.

Freud, S. (1915a [1914]). ›Bemerkungen über die Übertragungsliebe‹. (›Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse‹, III). G.W., Bd. 10, S.306-321.

Freud, S. (1915e). ›Das Unbewußte‹. G.W., Bd. 10, S.264-303.

Änderungen der Technik und der berufsethischen Haltung in den psychotherapeutischen Behandlungen bei Sigmund Freud auf seinem Weg vom Neurologen zum Psychoanalytiker. Ekkehard Tenschert 2019

- Freud, S. (1916-17a [1915-17]). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, Wien 1916-1917. G.W., Bd. 11.
- Freud, S. (1917a [1916]). »Eine Schwierigkeit der Psychoanalyse«. G.W., Bd. 12, S.3-12.
- Freud, S. (1919a [1918]). »Wege der psychoanalytischen Therapie«. G.W., Bd. 12, S.183-194.
- Freud, S. (1925d [1924]). »Selbstdarstellung«. G.W., Bd. 14, S.31-96.
- Freud, S. (1926j). Ansprache an die Mitglieder des Vereins B'nai B'rith. G.W., Bd. 17, S.51-53.
- Freud, S. (1956a [1886]). »Bericht über meine mit Universitäts-Jubiläums-Reisestipendium unternommene Studienreise nach Paris und Berlin October 1885 - Ende März 1886«. G.W., Nachtr., S.31, 34-44.
- Giampieri-Deutsch, P. (2006). Ethik in der österreichischen Philosophie. In *Geschichte der österreichischen Humanwissenschaften. Bd. 6.2: Philosophie und Religion: Gott, Sein und Sollen*, hg. K. Acham. Wien: Passagen Verlag, 441-498.
- Giampieri-Deutsch, P. (2009). Geist, Gehirn, Verhalten: Sigmund Freuds wissenschaftliche Weltauffassung in der Gegenwart. In *Geist, Gehirn, Verhalten: Sigmund Freud und die modernen Wissenschaften*, hg. P. Giampieri-Deutsch. Würzburg: Königshausen & Neumann, 115-126.
- Janet, P. (1914). Psychoanalysis. *The Journal of Abnormal Psychology*, 9(1): 1-35.
- Kampits, P. (2006). Die Freudlosigkeit Freuds mit der Philosophie. In *Geist, Gehirn, Verhalten: Sigmund Freud und die modernen Wissenschaften*, hg. P. Giampieri-Deutsch. Würzburg: Königshausen & Neumann, 29-40.
- Meyer-Palmedo, I. und Fichtner, G., Hg. (1989). *Freud-Bibliographie mit Werkkonkordanz*. Frankfurt am Main: Fischer, S. 15-90.
- Österreichisches Psychotherapiegesetz. Fassung vom 29.07.2019. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620> (2019-07-29 8:45)
- Strachey, J. (1955). Editor's Introduction to Studies on Hysteria. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume II (1893-1895): Studies on Hysteria, ix-xxviii.
- Strachey, J. (1958). Editor's Note to Freud, S. (1915). Observations on Transference-Love (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis III). The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works, 157-171.