

Kritische Bemerkungen zu den Begrenzungen der einzelnen Therapiesysteme

Ludwig Janus

Überblick

Die heutige Psychotherapielandschaft ist in einer schwer zu verantwortenden und auch nicht nach außen zu vermittelnden Weise zersplittert. Verschiedene Therapiesysteme werden nebeneinander praktiziert, ohne dass diese Verschiedenheiten begründet oder reflektiert würden. Es bilden sich Gruppen um bestimmte Grundannahmen und Perspektiven, die ihren Wahrheitsanspruch aus dem Gruppenkonsens beziehen, der geglaubt werden muss, um die Zugehörigkeit zur Gruppe zu wahren, und dies trotz offensichtlicher Widersprüche, Fehler und praktischem Scheitern. Diese Charakteristika sind typisch für pseudoreligiöse Glaubensgemeinschaften und genügen nicht dem heute selbstverständlichen Anspruch nach reflektierter Begründung und Übernahme von Verantwortung (Pollack 2014). Wenn man diese Szenerie auf sich wirken lässt, drängt sich der Eindruck auf, dass das therapeutische Geschehen von unklaren Kräften gesteuert wird und in seiner Richtung und seinen Richtungswechseln durch Ängste und Tabus bestimmt wird. Vermutungen zu dem Hintergrund für diesen merkwürdigen Eindruck sollen mit einigen Überlegungen näher bestimmt werden. Wesentlich sind dabei ein Widerspruch zwischen den realen Begrenzungen der einzelnen Therapiesysteme und einem weit darüber hinaus gehenden Anspruch, der eben nur durch den Gruppenkonsens "gesichert" erscheint. Ich will dies für beispielhaft für vier Systeme näher ausführen, die Psychoanalyse, die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, die Verhaltenstherapie und die Körpertherapie.

Dabei möchte ich vorausschicken, dass die persönliche Zuwendung in den verschiedenen therapeutischen Situationen und das mitmenschliche Verständnis in sich etwas tiefes und heilsames sind und in diesem Sinne auch therapeutisch wirksam sind, weshalb die jetzt zu besprechenden Begrenzungen oft nicht so auffällig sind. Das heißt auch, dass die im Folgenden ausgeführten Begrenzungen der einzelnen Therapiesysteme durch die Potenziale des jeweiligen Therapeuten und natürlich auch des Patienten relativiert oder sogar aufgehoben sein können, wie dies ja auch die Psychotherapieforschung mit ihrer Aufdeckung der Bedeutung des persönlichen Faktors

gezeigt hat. Diese Begrenzungen sollen hier jedoch um der Klarheit willen und um eine Reflexion anzuregen, scharf dargestellt werden:

Psychoanalyse: Hier besteht in der Hinsicht ein Widerspruch zwischen der methodischen Perspektive, aktuelle Konflikte auf vergangene Belastungen zurückzuführen, und dem gleichzeitigen Ausschluss frühester vorsprachlicher Erfahrungen vor, während und nach der Geburt, ohne dass dies eine weitere Begründung erfährt (Janus 2015a, 2016a, Janus 2017b). Zu der Ausblendung der frühen Mutter-Kind-Wirklichkeit bemerkte Whitbook (2018, S. 409), „dass eine Lakune in Freuds Entwicklung sein gesamtes theoretisches Werk beeinflusste und ihm Grenzen setzte. Einfach ausgedrückt: seine Schwierigkeiten mit der Figur der frühen Mutter wurde zum Ursprung einer Reihe fragwürdiger theoretischer Formulierungen.“ Das hat die praktische Konsequenz, dass in der therapeutischen Situation die vorsprachlichen Abkömmlinge aus dieser anfänglichen Lebensphase nicht oder unzureichend erfasst und auch in ihrer Dynamik nicht ausreichend berücksichtigt werden (Janus 2013, 2015b). Deshalb können Belastungen aus dieser Zeit in der Regel auch nicht bearbeitet und gelöst werden. Das hierdurch bedingte Missverhältnis zwischen Anspruch und therapeutischer Wirklichkeit kann dazu führen, dass die Behandlungen sich immer weiter verlängern. Ein Potenzial der Psychoanalyse besteht sicher darin, dass sie für den einzelnen Therapeuten aus ihrer überreichen Tradition und der Entfaltung sehr verschiedenartiger therapeutischer Aspekte sehr verschiedene Identifikationsmöglichkeiten und Möglichkeiten der individuellen Entfaltung seiner Potenziale bietet. Und ein latentes Potenzial der Psychoanalyse besteht in dem Paradox, dass sie eigentlich ein Wissen um die Erlebnisbedeutung vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrungen in einer abgespaltenen Weise in ihrer Tradition mitführt (Rank 1924, 1926-1931, Janus 2000, 2016b, 2017a, 2017b, 2019a, Kramer 2015).

Verhaltenstherapie: Insofern hier die in einem therapeutischen Rahmen eigentlich selbstverständliche Frage nach dem Hintergrund oder dem Ursprung einer Störung oder Schwierigkeit ganz abstrakt meist ohne die biografische Wirklichkeit als „Fehlern“ in einer generalisierten Weise beantwortet ist, braucht im konkreten Falle auch diesem Hintergrund nicht oder nur unvollständig nachgegangen werden, und man kann sich sofort der Pragmatik der Veränderung widmen. Diese systematische Begrenzung hat, ohne dass dies meines Wissens eingehender reflektiert wäre, den praktischen

Vorteil, dass dadurch die Wirksamkeit der Abkömmlinge früher vorsprachlicher Erfahrung in der Symptomatik und der Störung in den Mittelpunkt des therapeutischen Feldes gerät und auch dort das therapeutische Agens der „Exposition“ wirksam werden kann (Janus 2018). Wegen des weitgehend fehlenden entwicklungspsychologischen Hintergrunds und damit einem fehlenden Verständnis für die biographische Lebenswirklichkeit des Patienten kann die erreichte Veränderung nur sehr bedingt in die Sinnstrukturen des eigenen Erlebens integriert werden.

Körpertherapie: Die Körpertherapie hat den großen Vorteil, dass die vorsprachliche Erfahrungserinnerung unmittelbar im therapeutischen Feld repräsentiert ist (Janus 1988, 2007). Hier besteht jedoch oft das Problem, dass der Therapeut trotz seiner körpertherapeutischen Orientierung mit der gesellschaftlich üblichen Identifizierung mit der Sprachebene weitgehend verbunden ist und damit auch mit deren Ausblendung vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrungswirklichkeit. Es werden zwar die Folgewirkungen frühester Belastungen in Form von Verspannungen und Empfindlichkeiten wahrgenommen, ohne aber deren Hintergrund ausreichen in der inneren Wahrnehmung zu haben, was auch die Wahrnehmungsfähigkeit des Klienten begrenzt.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Hier besteht ein Problem darin, dass diese Therapie vor der Integration in das Kassensystem durch eine große Vielfalt und Kreativität von Methoden aus der Humanistischen Psychologie gekennzeichnet war und diese Vielfalt und Kreativität durch die Verpflichtung auf eine psychoanalytische Orientierung gewissermaßen eingeebnet wurde und zudem ein Problem darin bestand, dass die methodischen Perspektiven der Psychoanalyse, die auf einen viel umfangreicheren Behandlungsformen bezogen waren, aus der kassenärztlichen Pragmatik heraus in einer ganz unsystematischen Weise auf den begrenztem Rahmen des Settings der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie reduziert wurden. Es zeigte sich jedoch, dass dieser Rahmen, der in einer intuitiven Weise aus psychotherapeutischer Erfahrung und gleichzeitiger Berücksichtigung von pragmatischen Gegebenheiten entwickelt worden war, in einer sehr beachtlichen Weise potenzialreich war. Entscheidend waren einfach die Wirksamkeit des mitmenschlichen Verstehenspotenzials in der psychotherapeutischen Situation und besonders auch die konstruktiven Elemente der zeitlichen Begrenzung, die der Lebenswirklichkeit von Klienten und aber auch der seelischen Wirklichkeit oft entsprechen: der Klient braucht in einer für

ihn allein unlösbarer Konfliktsituation den Entwicklungsraum einer therapeutischen einfühlsamen Beziehung, die ihm auch geboten wird, ohne eben die oftmalige Überforderung und die auch oft unklare Zielsetzung der zeitlich unbegrenzten und „tendenzenlosen“ Therapiesituation der Analyse mit einer fiktiven Aufarbeitung aller Lebensproblematik ausgesetzt zu sein. Zudem entspricht die zeitliche Begrenzung der Lebensrealität, dass das Leben insgesamt begrenzt ist und auch die einzelnen Lebensvollzüge zeitlich begrenzt sind. Aus der zeitlichen Begrenzung entspringt zudem in sich eine konstruktive Dynamik, wie dies Otto Rank als „Vater der Kurztherapie“ erschlossen hat (Janus 1995, 1996, 2019a, Lieberman 1994). Diese gewissermaßen „gesunden“ Aspekte der therapeutischen Situation in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sind ein Teil ihres beachtlichen Potenzials und beugen der Gefahr vor, dass die Therapie zum Selbstzweck wird und ihn von seiner Lebenswirklichkeit abhält.

Ich will es bei diesen etwas schematisierenden Charakterisierungen der Begrenzungen belassen, die man natürlich auch für andere Therapiesysteme noch ausführen könnte. Der wesentliche kritische Aspekt ist ja der, dass die jeweils deutlichen Begrenzungen nicht ausreichend reflektiert werden, weil die allgemeinere Gültigkeit der Grundannahmen und Perspektiven durch einen „glaubensmäßigen“ Gruppenkonsens „gesichert“ ist, der auch deshalb so wirksam ist, weil die Gruppe jeweils so etwas wie eine Familie ist und gleichzeitig oft auch die Garantie des Lebensunterhalts. Den Hintergrund hierfür sehe ich in einem unzureichenden Verständnis der magischen Aspekte unseres Erlebens und deren entwicklungspsychologischen Hintergrund.

Entwicklungspsychologische Klärungen

In den vorangehenden Überlegungen spielte ja das Argument, der unzureichenden entwicklungspsychologischen Klärung der Hintergründe von Störungen und Schwierigkeiten eine entscheidende Rolle. Das soll nun weiter differenziert werden. Die entwicklungspsychologischen Annahmen in der Psychoanalyse erfolgten gewissermaßen in der einengenden Perspektive des Triebgeschehens von der ödipalen Situation aus, unter Beachtung von den Vorbedingungen in der oralen, analen und phallischen Phase. Diese Konzepte konnten die reiche klinische Erfahrung der analytischen Situation nur bedingt und auf einer relativ abstrakten Weise erfassen. Die konkrete Eröffnung des Blicks auf die Wirklichkeit der frühen Mutterbeziehung durch Otto Rank war für den damaligen patriarchal geprägten Zeitgeist noch nicht nachvollziehbar. Doch wurde nach

dem Tod Freuds die Wahrnehmung der Bedeutung früher Mutterbeziehung unabweisklich, aber aus Loyalität zu dem Freudschen Theoriegebäude nur im Bezug auf die nachgeburtliche Beziehung in den relativ abstrakten Theoretisierungen Melanie Kleins. Die pragmatischere und auch einfühlsamere Erfassung der Sicherheitsaspekte der frühen Mutterbeziehung durch Bowlby in der Bindungstheorie und ihre Begründung in der biologischen Nachfolgereaktion war mit den Perspektiven Melanie Kleins nicht kommensurabel. Die Differenz wurde durch Ausschluss Bowlbys aus der psychoanalytischen Community gelöst. Die größeren pragmatischen Qualitäten der Bindungstheorie schufen ihr jedoch allgemeine Anerkennung. Dies führte jedoch wieder dazu, dass der Bindungsbegriff unzulässig die Zeit des ersten Lebensjahrs und sogar auf die vorgeburtliche Zeit vereinheitlichend angewandt wurde, obwohl es sich hier um ganz unterschiedliche Bezogenheiten handelt, was durch den Begriff „Bindung“ nicht nur nicht erfasst wird sondern geradezu verdeckt wird, wie ich dies in einem anderen Beitrag im Einzelnen erläutert habe (Janus 2019b).

Kurz zusammengefasst besteht die vorgeburtliche Beziehung in einer vitalen Abhängigkeit vom mütterlichen Organismus, was sich im magischen Erleben eines Eingebundenseins in einen lebendigen Organismus widerspiegelt. Das Kind wird beatmet, genährt, gewärmt, getragen und geschützt. Die Situation im ersten Lebensjahr ist wegen der Unreife des Säuglings insgesamt und speziell des Hippocampus und frontaler Hirnstrukturen ebenfalls durch eine existenzielle Abhängigkeit gekennzeichnet: die Eltern erscheinen mit ihren verschiedenen Befindlichkeiten wie unterschiedliche göttliche Personen, von denen alles Geschehen abhängt, wie sich dies im Erleben der Mythen spiegelt. Im zweiten und dritten Lebensjahr entwickelt sich dann mit der Fähigkeit zu realistischer Orientierung und der freien Bewegungsfähigkeit im Gehen eine Autonomie, die eine Sicherung durch die Nachfolgereaktion in der Bindung an die Mutter möglich macht.

Es ist deutlich, dass die frühe Entwicklung in wesentlicher Hinsicht im Voranschreiten von einer Entwicklungsebene zur anderen einen transformativen Charakter hat. Freud (1950) hat in einem ähnlichen Zusammenhang von „Umschreibungen“ gesprochen. Paradigmatisch ist dieser transformatorische Charakter beim Weltenwechsel der Geburt, der sich beim Menschen wegen seiner „physiologischen Frühgeburtlichkeit“ gewissermaßen noch in einem fötalen Erlebenshorizont vollzieht, weshalb die menschlichen Geburt gleichzeitig magisch-imaginatives Erleben und reales Geburtsgeschehen ist

Von der vitalen Abhängigkeit vor der Geburt landet das Kind in dem durch die Unreife bedingten Zwischenstadiums der existenziellen Abhängigkeit des „extrauterinen Frühjahrs“, während der kleine Elefant mit 21 Monaten direkt in der realen frühen Bindungswelt in der Nachfolgereaktion zu seiner Mutter landet.

Abschließende Gedanken

Die genannten Zusammenhänge sind der Hintergrund für die genuine Kreativität des Homo sapiens, wie dies Rank in seinem Werk dargestellt hat, insbesondere in seinem Hauptwerk „Kunst und Künstler“ (1932, s. auch Janus 2014). Diese besondere Fähigkeit, sich selbst und seine Umwelt immer wieder neu zu kreieren gilt für die kulturpsychologische Entwicklung, aber in gleicher Weise auch für die Dynamik des individuellen Lebensprozesses. Lebensgeschichtliche Belastungen können die Kraft, dieser Herausforderung eines „Stirb und Werde“ im persönlichen Leben schwächen und ein Hintergrund für die Notlösung von Symptomen und Verhalten Schwierigkeiten sein. Die Erwartung des Patienten besteht eben eigentlich gerade darin, im therapeutischen Raum die jeweilige transformatorische Entwicklung oder Herausforderung, an der er gescheitert ist, doch noch zu realisieren. Hier besteht nun das Problem, dass die geschilderte Neigung der psychotherapeutischen Therapiesysteme zu einer Verabsolutierung gerade dieser Notwendigkeit zu einer Transformation nicht gerecht wird oder sie behindert. Das therapeutische Potenzial hängt dann gewissermaßen davon ab, inwieweit der jeweilige Therapeut sich vom Bann seines Therapiesystems emanzipieren kann und dadurch den Freiraum schaffen kann, den der Patient für seine Entwicklung und die Entfaltung seiner kreativen Potenziale braucht, um die Veränderung zu realisieren, die eine tiefe Wurzel in der transformativen Kraft der Geburt hat. Im anderen Fall kann sich gewissermaßen die Ohnmachts- und Schreckensseite des initiatischen Stirb-und-Werde Prozesses einer wirklichen Veränderung zur Erreichung eines neuen Lebensniveaus inszenieren oder wiederholen. Im positiven Fall sollte der therapeutische Prozess ja eher eine „Heldenfahrt“ sein, in der sich der Klient aus dem Wideranschluss an seine ursprüngliche Vitalität die Gefährdungen und Herausforderungen einer wirklichen Individuation bestehen kann. Auf diesem Hintergrund ist vielleicht die Forderung der tiefenpsychologischen Psychotherapeutin Ines Brock (2018) nachvollziehbar: „Der Geburtsmodus gehört in die Psychotherapie“.

Literatur

- Brock I (2018) Der Geburtsmodus gehört in die Psychotherapie. In: Brock I (Hg.) Wie die Geburtserfahrung unser Leben prägt. Psychosozial, Gießen.
- Evertz K, Janus L, Linder R (Eds.) (2019) Handbook of Prenatal Psychology. Springer, New York (im Druck).
- Freud S (1950) Entwurf einer Psychologie. In: Aus den Anfängen der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt.
- Janus L (1988) Zur Erlebniswirksamkeit von perinatalen Einflüssen im Traum, im Körpererleben und in der Phantasie. In: W Schüffel (Hg.) Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Springer, Heidelberg.
- Janus L (1995) Kreative Anregungen aus dem behandlingstechnischen Werk Otto Ranks. In: K Bell, K Höhfeld (Hg.) Psychoanalyse im Wandel. Pfeiffer, München.
- Janus L (1996) Überlegungen zur zeitlich begrenzten Psychoanalyse Otto Ranks. In: Hennig H u. a. (Hg.) Kurzzeitpsychotherapie in Theorie und Praxis. Pabst, Lengerich.
- Janus L (2000) Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt Psychosozial, Gießen.
- Janus L (2007) Körper und Pränatale Psychotherapie. In: Marlock G, Weiss H (Hg.) Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer, Stuttgart.
- Janus L (Hg.) (2013) Die pränatale Dimension in der Psychotherapie. Mattes, Heidelberg.
- Janus L (2014) Otto Rank: Der Mensch als Künstler – Kreativität als Wesenskern des Menschen. In: Gödde G, Zirfaß J (Hg.) Lebenskunst im 20. Jahrhundert – Stimmen von Philosophen, Künstlern und Therapeuten. Fink, Paderborn.
- Janus L (2015a) Die Freud-Rank-Kontroverse – Konsequenzen für die Theorie und Praxis der Psychoanalyse. Psychoanalyse im Widerspruch 27/53: 83-94.
- Janus L (2015b) Geburt. Psychosozial, Gießen.
- Janus L (2016a) Freud und die pränatale Dimension des Erlebens. Forum der Psychoanalyse 19: 285-298.
- Janus L (2016b): Die prä- und perinatale Zeit des Lebens (-9 Monate bis 0 Monate/Geburt). In: Poscheschnik, G., Traxl, B. (Hg.) Handbuch Psychoanalytische Entwicklungswissenschaft. Psychosozial, Gießen. (241-262).
- Janus L (2017a) Die Urheimat vor der Geburt als Tiefendimension von Heimat - ihre Entdeckung und Ausblendung in der Psychoanalyse und die Folgen für die Praxis. In: Salzmann G (Hg.) „heimatlos“. epubli, Berlin. (72-95).

- Janus L (2017b) Thoughts on Some Basic Assumptions of Psychoanalysis. In: Egloff G (ed.). Child-Rearing: Practices, Attitudes and Cultural Differences“. Nova Science, New York.
- Janus L (2018) Pränatale Psychologie als Ressource für die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen 14, 1+2: 9-15.
- Janus L (2019a) Übersicht zur „Technik der Psychoanalyse“ von Otto Rank. Download von www.Ludwig-Janus.de.
- Janus L (2019b) Überlegungen zum Zusammenspiel von vorgeburtlichen und nachgeburtlichen Erfahrungen. Download von www.Ludwig-Janus.de.
- Kramer R. (2015) “I am boiling with rage”: Why did Freud banish Rank? Psychoanalyse im Widerspruch 27 /53: 3-24.
- Lieberman E J (1994) Trennung und Selbsterschaffung – Leben und Werk von Otto Rank. Psychoanalyse im Widerspruch 12: 57-64.
- Pollack T (2014) Psychoanalyse als Religion. Psyche 11: 1108-1138 .
- Rank O (1924) Das Trauma der Geburt. Psychosozial, Gießen 1997.
- Rank O (1926, 1928, 1931) Technik der Psychoanalyse. Band I–III. Neuausg., hg. von L. Janus u. H.-J. Wirth. Psychosozial, Gießen 2005.
- Rank O (1932) Kunst und Künstler. Psychosozial, Gießen 2000.
- Whitebook J (2018) Freud. Sein Leben und Denken. Klett-Cotta, Stuttgart.

Adresse des Autors:

Dr. med. Ludwig Janus
Jahnstr. 46, 69221 Dossenheim
janus.ludwig@gmail.com