



ERICH
FROMM

Wirkfaktoren
der psycho-
analytischen
Behandlung

A blue-tinted portrait of Erich Fromm, an older man with glasses, looking slightly to the left. The background is a solid blue color.

ERICH
FROMM

Wirkfaktoren
der psycho-
analytischen
Behandlung

 OPEN
PUBLISHING

Wirkfaktoren der psychoanalytischen Behandlung

(Causes for the Patient's Change in Analytic Treatment)

Erich Fromm
(1991c [1964])

Als E-Book herausgegeben und kommentiert von Rainer Funk
Aus dem Amerikanischen von Rainer Funk.

Englischer Vortrag aus dem Jahr 1964. Deutsche Erstveröffentlichung unter dem Titel *Wirkfaktoren der psychoanalytischen Behandlung*, in: E. Fromm, *Von der Kunst des Zuhörens*, hg. von Rainer Funk (Schriften aus dem Nachlass, Band 5), Weinheim (Beltz Verlag) 1991; Reprint als Heyne Sachbuch 1995 beim Heyne Taschenbuchverlag in München. Überarbeitet fand der Beitrag 1999 Aufnahme in die *Erich Fromm Gesamtausgabe in zwölf Bänden*, München (Deutsche Verlags-Anstalt und Deutscher Taschenbuch Verlag), Band XII, S. 237-257. – Eine Erstveröffentlichung im englischen Original erfolgte 1991 unter dem Titel *Causes for the Patient's Change in Analytic Treatment* in: *Contemporary Psychoanalysis* (New York: The William Alanson White Institute, Jahrgang 27, Nr. 4, Oktober 1991, S. 581-602).

Die E-Book-Ausgabe orientiert sich an den von Rainer Funk herausgegebenen und kommentierten Textfassungen der *Erich Fromm Gesamtausgabe in zwölf Bänden*, München (Deutsche Verlags-Anstalt und Deutscher Taschenbuch Verlag) 1999, Band XII, S. 237-257.

Die Zahlen in [eckigen Klammern] geben die Seitenwechsel in der *Erich Fromm Gesamtausgabe in zwölf Bänden* wieder.

Copyright © 1991 by The Estate of Erich Fromm; Copyright © als E-Book 2015 by The Estate of Erich Fromm. Copyright © Edition Erich Fromm 2015 by Rainer Funk.

Inhalt

Wirkfaktoren der psychoanalytischen Behandlung

1. Die therapeutischen Wirkfaktoren nach Sigmund Freud und meine Kritik daran
2. Benigne und maligne Neurosen. Mit einem Fallbeispiel für eine gutartige Neurose
3. Konstitutionelle und andere Wirkfaktoren

Literaturverzeichnis

Der Autor

Der Herausgeber

Impressum

1. Die therapeutischen Wirkfaktoren nach Sigmund Freud und meine Kritik daran

Zur Frage, welche Faktoren bei der psychoanalytischen Behandlung ausschlaggebend sind^[1], hat Freud mit seiner Schrift *Die endliche und die unendliche Analyse* (S. Freud, 1937c) meines Erachtens den wichtigsten Beitrag geleistet. Die Schrift ist nicht nur brillant, sondern auch äußerst couragiert geschrieben, wobei es Freud in keinem seiner Werke an Courage fehlte. Sie entstand kurz vor seinem Tode; in gewisser Weise fasst er in ihr seine eigenen Ansichten über die Wirkung der analytischen Behandlung zusammen. Ich möchte im Folgenden zunächst die wichtigsten Gedanken dieser Schrift kurz darstellen, um dann ausführlich auf sie einzugehen und weiterführende Vorschläge zu machen.

An erster Stelle fällt auf, dass Freud in dieser Schrift eine Theorie der Psychoanalyse vorstellt, die sich seit den frühesten Tagen kaum verändert hat. Die Neurose fasst er als Konflikt zwischen den Trieben und dem Ich auf: Entweder ist das Ich nicht stark genug, oder die Triebstärke ist zu groß; in jedem Fall aber wird das Ich wie ein Damm gesehen, der dem Ansturm der Triebkräfte nicht widerstehen kann, weshalb es zur Ausbildung einer Neurose kommt. Diese Vorstellung liegt in der Konsequenz und auf der Linie seiner frühen Theorie, die er, ohne Verbesserungen und Veränderungen zu machen, im Kern hier wieder aufnimmt. Aus ihr ergibt sich, dass die analytische Kur im wesentlichen in einer Stärkung des Ichs besteht. Dieses Ich war von der Kindheit her zu schwach und wird durch die analytische Kur dazu befähigt, jetzt mit den Triebkräften fertig zu werden. Die Stärkung des Ichs gegen den Ansturm der Triebkräfte ist das Wesen der analytischen Therapie.

Zweitens ist zu fragen, was nach Freud eine erfolgreiche analytische Behandlung ist. In *Die endliche und die unendliche Analyse* (S. Freud, 1937c, S. 63) nennt Freud als erste Bedingung, dass „der Patient nicht mehr an seinen Symptomen leidet und seine Ängste wie seine Hemmungen überwunden hat“. Es gibt aber noch eine zweite sehr wichtige Bedingung.

Freud glaubt nicht, dass die Befreiung von Symptomen, also das Verschwinden der Symptome allein, bereits Heilung bedeutet. Nur wenn der Analytiker davon überzeugt ist, dass ausreichend unbewusstes Material an die Oberfläche gebracht wurde, das erklären kann, warum die Symptome sich aufgelöst haben, kann von einer Heilung gesprochen und davon ausgegangen werden, dass die früheren [XII-240] Symptome nicht mehr wiederkehren. Freud spricht im Zusammenhang mit dem analytischen Prozess von der „Bändigung der Triebe“ und davon, dass „der Trieb (...) allen Beeinflussungen durch die anderen Strebungen im Ich zugänglich ist“ (S. Freud, 1937c, S. 64 und S. 68). Zuerst also werden die Triebe zu Bewusstsein gebracht – denn wie sollten sie sich sonst bändigen lassen? –, dann wird in der analytischen Kur das Ich gestärkt und gewinnt jene Stärke, die es in der Kindheit nicht entwickeln konnte.

Des Weiteren ist nach den Faktoren zu fragen, die Freud in *Die endliche und die unendliche Analyse* für das Ergebnis einer Analyse – für die Heilung oder für das Scheitern der Analyse – verantwortlich macht. Er erwähnt drei Faktoren: erstens den „Einfluss von Traumen“, zweitens die „konstitutionelle Triebstärke“ und drittens die „Ichveränderung“ im Prozess der Abwehr gegen den Ansturm der Triebe (S. Freud, 1937c, S. 68). Eine ungünstige Prognose ergibt sich nach Freud, wenn eine konstitutionell gegebene Stärke der Triebe auf ein in der Abwehr geschwächtes Ich stößt. Da Freud selbst diese Konstellation in *Die endliche und die unendliche Analyse* nicht ganz klärt, konzentriere ich mich hier auf die beiden ersten Faktoren, auf den Einfluss der Traumen und auf die konstitutionelle Triebstärke.

Es ist hinlänglich bekannt, dass der konstitutionelle Faktor der Triebstärke für Freud hinsichtlich der Heilung einer Krankheit von entscheidender prognostischer Bedeutung war. Es ist schon sehr seltsam, dass Freud quer durch sein ganzes Werk, von den frühen Schriften bis zu seinen allerletzten, die Bedeutung der konstitutionellen Faktoren unterstrich, und dass Freudianer wie Nicht-Freudianer diesen Faktoren, die Freud so wichtig waren, höchstens Lippenbekenntnisse gezollt haben.

Für Freud war also der eine die Heilung ungünstig beeinflussende Faktor die konstitutionelle Triebstärke, und zwar selbst bei normaler Ichstärke. Aber auch der zweite die Heilung ungünstig beeinflussende Faktor, die Ich-Verschiedenheit, kann konstitutionell sein. Es gibt für Freud deshalb auf beiden Seiten einen konstitutionellen Faktor: auf der Seite der Triebe und

auf der Seite des Ichs. Schließlich gibt es einen weiteren Faktor, der sich ungünstig auswirkt, nämlich jenen Teil des Widerstands, der seine Quelle im Todestrieb hat. Dieser zusätzliche Faktor taucht erst mit Freuds späterer Theoriebildung auf. Im Jahre 1937, als *Die endliche und die unendliche Analyse* entstand, sah Freud auch in diesem Faktor einen die analytische Kur ungünstig beeinflussenden Faktor (vgl. [S. Freud, 1937c](#), S. 88^of.).

Welche Voraussetzung sieht Freud als günstig für die analytische Behandlung an? Eigenartigerweise nehmen die wenigsten wahr, dass Freud in der Schrift *Die endliche und die unendliche Analyse* die These vertritt, dass die Chancen für die Heilung umso günstiger sind, je größer das Trauma ist. Ich möchte der Frage nachgehen, warum dies so ist und wohl auch von Freud so vertreten wurde, auch wenn er nur wenig darüber schreibt. Der andere für den therapeutischen Erfolg günstige Faktor ist nach Freud die Person des Psychoanalytikers. In dieser letzten Schrift macht Freud eine sehr interessante Bemerkung zur analytischen Situation, die es wert ist, zitiert zu werden: Beim Psychoanalytiker sei zu fordern, „dass er auch eine gewisse Überlegenheit benötigt, um auf den Patienten in gewissen analytischen Situationen als Vorbild, in anderen als Lehrer zu wirken. Und endlich ist nicht zu vergessen, dass die analytische Beziehung auf Wahrheitsliebe, das heißt auf die Anerkennung der Realität gegründet [XII-241] ist und jeden Schein und Trug ausschließt“ ([S. Freud, 1937c](#), S. 94). – Meines Erachtens macht Freud mit dieser wichtigen Feststellung sehr klar, dass der Ausschluss von Schein und Trug ein entscheidender Faktor auf Seiten des Analytikers ist, der dazu beiträgt, dass ein Patient von seinen Symptomen loskommt.

In meiner Kritik an der Freudschen Sicht möchte ich zuerst auf eine Freudsche Vorstellung zu sprechen kommen, die er nicht eigens ausdrückt, die sich aber doch – wenn ich ihn richtig verstehe – unterschwellig durch sein ganzes Werk durchzieht: seine durchgängig mechanistische Betrachtungsweise des therapeutischen Prozesses. Bekanntlich war Freud ursprünglich der Ansicht, dass das Auf- oder Entdecken des verdrängten Affektes die Wirkung habe, dass der Affekt sich sozusagen mit dem Bewusstwerden auflöse. Dieser Vorgang wurde „Abreagieren“ genannt, wobei ein ganz mechanisches Vorstellungsmodell Pate stand, etwa so, wie wenn Eiter aus einem entzündeten Pickel ausfließt, was als natürlicher und automatischer Vorgang angesehen wird.

Freud und viele andere Psychoanalytiker merkten, dass dies nicht wahr sein

konnte. Dieser Vorstellung zufolge müssten jene, die ihre Irrationalität am meisten ausleben, die gesündesten Menschen sein. Doch sie sind eben nicht die gesündesten. Deshalb wurde die Theorie aufgegeben und durch eine weniger deutliche ersetzt. Gemäß dieser verschwinden die Symptome einfach, sobald ein Patient Einsicht zeigt oder – um ein anderes Wort zu benutzen – sobald er seiner unbewussten Realität gewahr wird. Der Patient muss sich dabei in Wirklichkeit nicht besonders anstrengen; er muss lediglich kommen und frei assoziieren und die damit notwendigerweise verbundenen Ängste durchstehen. Vorausgesetzt, es gelingt ihm, seine Widerstände zu überwinden und das verdrängte Material zum Vorschein kommen zu lassen, wird es ihm gut gehen. Das Ergebnis ist aber nicht eine Frage der besonderen Anstrengung und des besonderen Willens des Patienten. Diese Sicht ist zweifellos nicht mehr so mechanistisch, wie Freuds ursprüngliche Theorie des „Abreagierens“ es war. Dennoch beinhaltet sie in meinen Augen noch immer mechanistische Vorstellungen. Sie impliziert, dass der Prozess reibungslos verlaufen und es dem Patienten gut ergehen wird, wenn das Material nur aufgedeckt wird.

Nachfolgend möchte ich einige weiterführende Gedanken und einige Revisionen der Ansichten Freuds über die Wirkfaktoren beim therapeutischen Prozess mitteilen. Hinsichtlich der Frage, was eine analytische Behandlung ist, stimme ich mit der aller Psychoanalytiker gemeinsamen Überzeugung überein, dass nach Freud *die Psychoanalyse als eine Methode definiert werden kann, die die unbewusste Wirklichkeit eines Menschen aufzudecken versucht* und die annimmt, dass ein Mensch bei diesem Aufdeckungsprozess die Chance hat, dass es ihm bessergeht. Dieses Ziel vor Augen, reduziert sich der Streit unter den verschiedenen Schulen beträchtlich. Wer immer dieses Ziel verfolgt, weiß, wie schwierig und trügerisch es ist, die unbewusste Wirklichkeit in einem Menschen aufzuspüren, so dass man sich nicht zu sehr über die verschiedenen Wege, auf denen man dies versucht, ereifern muss. Vielmehr sucht man, welcher Weg, welche Methode, welcher Zugang für dieses Ziel, das für die Psychoanalyse kennzeichnend ist, passender ist. Andererseits behaupte ich, dass jede therapeutische [XII-242] Methode, die dieses Ziel nicht verfolgt, zwar therapeutisch sehr wertvoll sein mag, jedoch nichts mit Psychoanalyse zu tun hat. Ich würde genau an dieser Stelle eine ganz klare Trennungslinie ziehen.

Ich möchte hier nicht gegen die Vorstellung Freuds, dass mit der therapeutischen Arbeit sozusagen der Damm gegen den Ansturm der

Triebkräfte verstärkt wird, argumentieren. Es spricht durchaus vieles zugunsten einer solchen Vorstellung. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf eine Abgrenzung wie der zwischen Psychose und Neurose, denn hier geht es wirklich um die Brüchigkeit des Ichs und um die eigenartige Frage, warum der eine unter der Wucht bestimmter Impulse zusammenbricht, der andere aber nicht. Ich verneine deshalb die Gültigkeit der allgemeinen Vorstellung nicht, dass die Ichstärke etwas mit dem therapeutischen Prozess zu tun hat. Trotz dieses Zugeständnisses ist für mich das Hauptproblem der Neurose und ihrer Heilung aber gerade nicht so zu begreifen, dass es auf der einen Seite irrationale Leidenschaften gibt und auf der anderen Seite ein Ich, das den Menschen dagegen schützt, krank zu werden.

Für mich gibt es eine andere Gegenüberstellung, nämlich die zweier Arten von Leidenschaften, die sich bekämpfen: Es gibt archaische, irrationale und regressive Leidenschaften, die im Kampf mit anderen Leidenschaften des Menschen liegen. Unter den archaischen Leidenschaften verstehe ich näherhin eine starke Mutterbindung, intensive Destruktivität und extremen Narzissmus.

Mit starker Bindung meine ich eine symbiotische Fixierung – oder in Freudscher Terminologie: eine prägenitale Fixierung – an die Mutter. Ich verstehe darunter jene tiefe Bindung, deren Ziel die Rückkehr in den Bauch der Mutter oder die Rückkehr ins Tote ist. Freud selbst hat in seinen späteren Schriften gesagt, er habe die Bedeutung der prägenitalen Fixierung unterschätzt, hatte er doch in seinem gesamten Werk die genitale Fixierung betont und dabei das Problem des Mädchens nicht gewürdigt. Für den Jungen konnte er plausibel machen, dass alle Probleme mit der erotisch-sexuellen Bindung an die Mutter beginnen sollten; beim Mädchen gibt dies jedoch keinen rechten Sinn. Freud erkannte schließlich eine starke prägenitale Bindung an die Mutter – also eine nicht-sexuelle Bindung im engeren Sinne des Wortes –, die es beim Jungen und Mädchen gleichermaßen gibt und der er in seinen Schriften grundsätzlich zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt hatte. Doch auch diese Bemerkung Freuds ist in der psychoanalytischen Literatur irgendwie verlorengegangen. So kommt es, dass die Psychoanalytiker, wenn sie von der ödipalen Phase, dem ödipalen Konflikt und allem, was damit zusammenhängt, sprechen, im allgemeinen in Begriffen der genitalen und nicht der prägenitalen Fixierung oder Bindung an die Mutter denken.

Mit Destruktivität meine ich hier nicht jene Destruktivität, die ihrem Wesen nach defensiv ist und im Dienste des Lebens steht; es geht mir auch nicht

einmal um jene Destruktivität, die sekundär in der Verteidigung des Lebens steht wie etwa der Neid oder die Enttäuschung, sondern um jene Destruktivität, bei der der Wunsch zu zerstören Selbstzweck ist. Ich nenne diese Art von Destruktivität „Nekrophilie“. (Vgl. zu den hier genannten Faktoren und Quellen wirklich schwerer Pathologien die Ausführungen, die ich in *Die Seele des Menschen* (1964a, GA II, S. 179-185] gemacht habe.) [XII-243]

Starke Mutterbindung, nekrophile Destruktivität und extremer Narzissmus sind maligne Leidenschaften, insofern sie bei schweren psychischen Erkrankungen vorkommen und für diese ursächlich sind. Gegen diese böartigen Leidenschaften gibt es meiner Überzeugung nach auch gegenläufige Leidenschaften im Menschen: die Leidenschaft zu lieben und das leidenschaftliche Interesse an der Welt – also alles, was man mit Eros umschreiben könnte. Zu diesen Leidenschaften gehört nicht nur das leidenschaftliche Interesse an Menschen, sondern auch das leidenschaftliche Interesse an der Natur, an der Wirklichkeit, dazu gehört die Lust am Denken, dazu gehören alle künstlerischen Interessen.

Es ist heute modern geworden, über das, was die Freudianer „Ichfunktionen“ nennen, zu sprechen. Dies kommt mir allerdings so vor, als würde man jetzt Amerika entdecken, obwohl es vor langer Zeit schon entdeckt worden ist. Denn außerhalb der Freudschen Orthodoxie zweifelte niemand im Ernst daran, dass es viele seelische Funktionen gibt, die nicht das Ergebnis von Instinkten im sexuellen Sinne sind. Die neue Betonung des Ichs, wie sie die Ich-Psychologie vertritt, geht auf Kosten der Betonung der Leidenschaften, also des wertvollsten Teils des Freudschen Denkens. Sicherlich ist der Begriff der Ichstärke in gewisser Weise sinnvoll, doch das Ich ist vor allem der Vollstrecker von Leidenschaften, und zwar sowohl von böartigen als auch von gutartigen Leidenschaften. Worauf es beim Menschen ankommt, was sein Handeln bestimmt, was seine Persönlichkeit ausmacht, dies alles hängt davon ab, welche Leidenschaften ihn bewegen. Um ein Beispiel zu geben: Es kommt alles darauf an, ob ein Mensch von einem leidenschaftlichen Interesse an allem, was tot, zerstörerisch und leblos ist, bestimmt wird, also von dem, was ich „Nekrophilie“ nenne, oder ob er von der „Biophilie“ bewegt wird, also dem leidenschaftlichen Interesse an allem, was lebendig ist. Beide sind Leidenschaften und keine logischen Produkte; beide sind nicht im Ich, sondern Teile der gesamten Persönlichkeit. Sie sind keine Ichfunktionen, sondern vielmehr zwei Arten von Leidenschaften.

Ich schlage deshalb folgende Revision der Freudschen Theorie vor: *Das Hauptproblem ist nicht im Kampf des Ichs gegen die Leidenschaften zu sehen, sondern in zwei verschiedenen Arten von Leidenschaften, die sich bekämpfen.*

2. Benigne und maligne Neurosen. Mit einem Fallbeispiel für eine gutartige Neurose

Bevor ich mich der Frage zuwende, was ich unter einer psychoanalytischen Behandlung verstehe und welche Wirkfaktoren zur Heilung führen, gilt es, sich der Frage zuzuwenden, welche Arten von Neurosen es gibt. Nun gibt es zahlreiche Klassifikationen der Neurose und viele Änderungen bei den Klassifikationen. Karl Menninger hat bekanntlich vor kurzem die Meinung vertreten, dass die meisten dieser Klassifikationen wertlos sind, ohne allerdings eine neue Klassifikation vorzuschlagen oder ein wesentliches Klassifizierungskonzept zu empfehlen. Ich möchte hiermit eine in gewisser Hinsicht sehr einfache Klassifizierung vorschlagen, indem ich zwischen einer benignen und einer malignen Neurose unterscheide.

Zu einer *benignen* oder leichten *Neurose* kommt es bei Menschen, die nicht von einer der genannten malignen Leidenschaften ergriffen sind, sondern deren Neurose Ausdruck ernster Traumata ist. Ich stimme hier ganz mit Freud überein, der einer psychoanalytischen Kur die besten Erfolgschancen bei jenen Neurosen einräumte, bei denen ein Patient an sehr schweren Traumata litt. Wenn nämlich ein Patient ein schweres Trauma überlebt, ohne psychotisch zu werden oder schwere und äußerst alarmierende Erkrankungsformen zu entwickeln, dann zeigt dies, dass er konstitutionell mit einer großen Stärke ausgestattet ist. In diesen Fällen ist das, was ich gerne den „Kern der Charakterstruktur“ nenne, nicht ernsthaft beschädigt. Diese Menschen sind nicht durch ernste regressive Kräfte, durch die schweren Formen maligner Leidenschaften gekennzeichnet, so dass hier eine Psychoanalyse die besten Chancen hat. Natürlich erfordert auch eine solche Analyse intensive Arbeit, und natürlich muss das, was der Patient verdrängt hat, geklärt und zu Bewusstsein gebracht werden: die Natur der traumatischen Faktoren sowie die Reaktionen des Patienten auf diese traumatischen Faktoren, in denen ja häufig deren wahre Eigenart verleugnet wird.

Ich möchte eine benigne Neurose mit folgendem *Fallbeispiel* einer 25-

jährigen Patientin illustrieren^[2]: Die Frau ist unverheiratet und kommt wegen ihrer Homosexualität. Seit ihrem 18. Lebensjahr hatte sie nur homosexuelle Beziehungen zu anderen Frauen. Als sie den Psychoanalytiker aufsucht, lebt sie gerade in einer homosexuellen Beziehung zu einer Kabarett-Sängerin, besucht deren Vorstellungen jede Nacht, betrinkt sich und wird depressiv. Sie versucht, aus diesem Teufelskreis [XII-245] herauszukommen, doch sie unterwirft sich ihrer Freundin je neu, obwohl diese sie widerwärtig behandelt. Sie ängstigt sich aber so sehr, diese Freundin zu verlassen, und lässt sich von deren Drohungen so sehr einschüchtern, dass sie bei ihr bleibt.

Das Bild, das sie zeigt, ist ziemlich schlecht: ein Fall von Homosexualität, jedoch charakterisiert durch eine permanente Angst, durch eine leichte Depression, durch eine Ziellosigkeit des Lebens usw. Ihre Lebensgeschichte ist bestimmt durch ihre Mutter, die in einem Land außerhalb der Vereinigten Staaten jahrelang die Geliebte eines reichen Mannes war. Die Mutter blieb immer nur die Geliebte dieses einen Mannes. Die Patientin war das Ergebnis dieser Beziehung, die kleine Tochter. In gewisser Weise war der Mann durchaus vertrauensvoll, unterstützte auch immer Mutter und Kind, doch er trat nie als Vater vor anderen auf, so dass er für die Patientin als Vater nicht präsent war. Die Mutter allerdings war sehr intrigant und benützte das kleine Mädchen nur, um vom Vater der Patientin mehr Geld herauszuholen. Sie schickte die Patientin zum Vater, um ihn zu erpressen; sie nützte die Tochter aus, wann immer sie konnte. Die Schwester der Mutter besaß ein Bordell. Dort wurde versucht, die Patientin in die Prostitution einzuführen; sie war auch in späteren Jahren zweimal dort und trat gegen Geld nackt vor Männern auf. Vermutlich bedurfte es einer Menge Widerstandskraft in ihr, um nicht mehr zu tun. Sie war sehr in Verlegenheit, als sie von den Kindern ihres Viertels mit Namen belegt wurde, die zeigten, dass sie nicht nur ein Mädchen ohne Vater war, sondern auch die Nichte einer Bordellbesitzerin.

Die Patientin hatte sich mit 15 Jahren zu einem verängstigten, zurückgezogenen Mädchen entwickelt, das keinerlei Vertrauen ins Leben hatte. Da sandte sie der Vater in einer seiner Launen in ein College in die Vereinigten Staaten. Man kann sich kaum einen plötzlicheren Wechsel der Szenerie für das Mädchen vorstellen: Sie kam in ein ziemlich vornehmes College, stieß dort auf ein Mädchen, das sie auf eine bestimmte Art mochte und ihr herzlich zugetan war, und begann mit diesem Mädchen eine homosexuelle Beziehung. Daran ist eigentlich nichts Verwunderliches. Ich

denke, es ist ganz normal, dass ein so verängstigtes Mädchen mit einer solchen Vorgeschichte eine sexuelle Beziehung mit jedem Wesen, das ihm wirklich herzlich zugetan ist, beginnt, sei dies ein Mann, eine Frau oder ein Tier. Es war das erste Mal, dass sie aus ihrer Hölle herauskam. Danach hatte sie noch andere homosexuelle Beziehungen. Sie kehrte in ihr Heimatland zurück, geriet wieder in das gleiche Elend mit der immer gleichen Ungewissheit und dem gleichen Gefühl der Beschämung. Dann traf sie auf die eingangs erwähnte Frau, die sie in einem Zustand der Hörigkeit festhielt. In dieser Situation kam sie zur Psychoanalyse.

In der etwa zwei Jahre dauernden Psychoanalyse verließ sie zuerst die homosexuelle Freundin und lebte einige Zeit alleine. Dann verabredete sie sich mit Männern, verliebte sich in einen von ihnen und heiratete ihn. In der sexuellen Beziehung zu ihm war sie nicht einmal frigide. – Offensichtlich lag bei der Patientin kein Fall von Homosexualität im echten Sinn des Wortes vor. Ich sage „offensichtlich“, denn manche mögen mir in meiner Einschätzung nicht folgen. Meiner Meinung nach aber war nicht mehr Homosexualität im Spiel, als vermutlich den meisten Menschen als Potenzial zu eigen ist.

In Wirklichkeit ging es darum, dass diese Frau geradezu eine Todesangst vor dem [XII-246] Leben hatte, was sich auch in ihren Träumen zeigte. Sie war wie ein Mädchen aus einem Konzentrationslager, dessen Erwartungen und Ängste völlig von dieser Erfahrung geprägt sind. Verglichen mit der sonst üblichen Dauer von Psychoanalysen entwickelte sich diese Patientin innerhalb einer relativ kurzen Zeit zu einer völlig normalen Frau mit normalen Reaktionen.

Mit diesem Fallbeispiel möchte ich darauf hinweisen, eine wie mächtige Rolle meiner – und, wie ich glaube, wohl auch Freuds – Meinung nach das Trauma im Unterschied zu den konstitutionellen Faktoren bei der Entstehung von Neurosen spielt. Ich bin mir darüber klar, dass, wenn Freud vom Trauma spricht, er etwas anderes meint als ich; Freud würde nach einem Trauma Ausschau halten, das im wesentlichen sexueller Natur ist; und er würde nach einem Trauma suchen, das sich in früheren Zeiten ereignet hat. Meiner Überzeugung nach ist das Trauma oft ein fortdauernder Prozess, bei dem eine Erfahrung auf die andere folgt, so dass schließlich ein ganzer Turm von aufeinander aufgeschichteten Erfahrungen entsteht und es, vergleichbar in bestimmter Hinsicht mit den Kriegsneurosen, schließlich zu einem Zerreißpunkt kommt und der Patient erkrankt.

In jedem Fall ist die Erkrankung auf Grund eines Traumas etwas, das sich in der Umwelt ereignet und eine echte Lebenserfahrung ist. Bei der beschriebenen Patientin und bei derartigen Patienten gibt es solche Traumatisierungen, doch der Kern ihrer Charakterstruktur wurde durch die Traumen nicht ernsthaft beschädigt. Auch wenn das äußere Bild eine schwere Erkrankung nahelegt, so ist es doch auf Grund des intakt gebliebenen Kerns der Charakterstruktur und der konstitutionellen Gesundheit durchaus möglich, mit Hilfe des therapeutischen Prozesses die reaktive Neurose innerhalb einer relativ kurzen Zeit zu heilen.

Ich möchte in diesem Zusammenhang unterstreichen, dass bei einer benignen oder reaktiven Neurose die traumatische Erfahrung immer etwas ganz „Massives“ sein muss, das hinreichend erklärt, warum es zu einer neurotischen Erkrankung kam. Wird das Traumatische zum Beispiel im schwachen Vater und in einer starken Mutter gesehen, dann erklärt dieses Trauma nicht, warum jemand erkrankt, denn es gibt viele Menschen, die einen schwachen Vater und eine starke Mutter haben und doch nicht neurotisch erkranken. Wer also eine Neurose mit einem traumatischen Ereignis erklären möchte, der muss annehmen, dass die traumatischen Ereignisse von so außerordentlicher Natur sind, dass es undenkbar ist, dass Menschen unter den gleichen traumatischen Ereignissen psychisch gesund bleiben. Deshalb ist es in den Fällen, in denen nur ein schwacher Vater und eine starke Mutter aufzuweisen sind, näherliegend, an die Auswirkung konstitutioneller Faktoren zu denken. Diese Faktoren lassen dann einen Menschen zu einer neurotischen Entwicklung geneigt sein, in der ein schwacher Vater und eine starke Mutter nur deshalb traumatisierend werden können, weil die konstitutionellen Faktoren bereits das Neurotische in sich tragen. Unter idealen Bedingungen müsste ein solcher Mensch nicht notwendig neurotisch erkranken.

Es ist deshalb für mich nicht akzeptabel, die schwere Erkrankung eines Menschen mit Gründen plausibel machen zu wollen, die in gleicher Weise auch für viele andere Menschen gelten, ohne dass diese schwer erkranken. Genauso wenig überzeugend ist es für mich, wenn bei einer Familie mit acht Kindern, von denen eines psychisch [XII-247] erkrankt, argumentiert wird, dass die Neurose dieses einen Kindes damit zu erklären ist, dass es das erste oder das zweite oder das mittlere usw. ist und dass es eben diese Erfahrung ist, die das eine von allen anderen unterscheidet. Eine solche Argumentation ist für die, die es bequem haben wollen, sehr schön, weil sie glauben, das Trauma entdeckt zu haben; für mich zeigt sich darin nur ein

ganz unlogisches Denken.

Natürlich gibt es auch den Fall, dass eine traumatische Erfahrung während der Psychoanalyse nicht zum Vorschein kommt. Und wenn es einem erfahrenen Psychoanalytiker gelingt, eine echte und außerordentlich starke traumatische Erfahrung ausfindig zu machen, und er aufzeigen kann, wie dieses Trauma für die Entwicklung der Neurose entscheidend war, dann ist dies nur gut. Ich möchte hier nur betonen, dass man etwas nicht einfach zu einer traumatischen Erfahrung erklären kann, was sich in vielen anderen Fällen nicht als traumatisch herausstellt. Dies bedeutet nicht, dass es nicht eine große Zahl von wirklich traumatischen Erfahrungen gibt. Der Fallbericht sollte hierfür ein Beispiel sein.

Ich möchte an dieser Stelle noch ein anderes Beispiel erwähnen, das schwierige Fragen aufwirft. Es betrifft den modernen Organisationsmenschen und die Frage, wie krank dieser eigentlich ist, wenn er so entfremdet, narzisstisch, ohne Bezogenheit, ohne wirkliches Interesse für das Leben ist. Wie krank ist ein Mensch, der sich nur für Apparate und Maschinen interessiert und den ein Sportwagen mehr bewegt als eine Frau?

Einerseits kann man sicher einwenden, dass der moderne Mensch sehr krank ist, was sich auch an bestimmten Symptomen zeigt: Er hat Angst, ist unsicher und benötigt eine andauernde Bestätigung seines Narzissmus. Andererseits könnte man sagen, dass nicht eine ganze Gesellschaft in diesem Sinne krank sein kann, denn schließlich funktionieren die Menschen ja. Das Problem für diese Menschen besteht meiner Meinung nach darin, sich erfolgreich an die allgemeine Krankheit – an das, was man die „Pathologie der Normalität“ nennen kann – anzupassen. Das therapeutische Problem ist in diesen Fällen sehr schwierig, denn der moderne Organisationsmensch leidet ja an einem Kernkonflikt, das heißt, an einer tiefen Störung in seinem Persönlichkeitskern, also an einer extremen Form des Narzissmus und an einem Mangel an Liebe zum Leben. Wollte man ihn heilen, bedürfte es in erster Linie einer Veränderung in der gesamten Persönlichkeit; gleichzeitig hätte man fast die gesamte Gesellschaft gegen sich, denn die Gesellschaft begünstigt seine Neurose. So ergibt sich die paradoxe Situation, dass man es theoretisch mit einem kranken Menschen zu tun hat, der aber vom Standpunkt der Gesellschaft aus nicht als krank gilt. Zu bestimmen, was in diesem Fall die Psychoanalyse tun könnte, ist deshalb auch für mich ein sehr schwieriges Problem.

Bei den benignen Neurosen ist die therapeutische Aufgabe vergleichsweise

einfach, denn man hat es mit einem intakten Kern der Energiestruktur, der Charakterstruktur zu tun. Man befasst sich mit traumatischen Ereignissen, die die etwas pathologische Deformation erklären. In der psychoanalytischen Atmosphäre, das heißt einerseits durch das Herausarbeiten des Unbewussten und andererseits durch die Hilfe, die die therapeutische Beziehung zum Analytiker darstellt, haben diese Menschen eine gute Chance, wieder gesund zu werden. [XII-248]

Bei den *malignen Neurosen* hat der Kern der Charakterstruktur Schaden genommen, so dass die Menschen entweder sehr nekrophile oder narzisstische oder muttergebundene Tendenzen zeigen, wobei in besonders schwerwiegenden Fällen gewöhnlich alle drei zugleich auftreten und die Tendenz haben, sich einander anzunähern. Die Aufgabe der psychoanalytischen Behandlung ist hier, die Energieladungen innerhalb der Kernstruktur zu verändern, das heißt, bei der Behandlung müssen der Narzissmus, die Nekrophilie und all die inzesthaften Fixierungen eine Veränderung erfahren. Auch wenn sie sich nicht völlig ändern lassen, so bringt doch schon eine geringe Energiezufuhr bei den – wie die Freudianer sagen – „Besetzungen“ dieser verschiedenen Formen eine spürbare Veränderung für diese Menschen mit sich. Wenn es einem solchen Patienten gelingt, seinen Narzissmus zu reduzieren oder seine Biophilie ein wenig mehr zu entwickeln oder zu einem echten Interesse am Leben zu kommen, dann hat dieser Mensch eine gewisse Chance zur Besserung.

Die Chancen für eine analytische Behandlung von malignen Fällen unterscheiden sich sehr von denen benigner Fälle. Dessen sollte man sich meines Erachtens immer bewusst sein. Es geht beim Unterschied zwischen den benignen und malignen Fällen nicht um den Unterschied zwischen Neurosen und Psychosen, denn viele der hier als maligne bezeichneten Charakterneurosen haben nichts Psychotisches. Mir geht es bei den malignen Neurosen um ein Phänomen, das man bei neurotischen Patienten mit Symptomen und ohne Symptome finden kann, die weder psychotisch noch psychosenah sind, ja vermutlich niemals psychotisch werden, bei denen aber die Frage der psychoanalytischen Behandlung eine gänzlich andere ist.

Ein wichtiger Unterschied in der Behandlung maligner Neurosen betrifft die Eigenart des Widerstands. Bei einer benignen Neurose resultiert der Widerstand im Großen und Ganzen aus einer Unentschlossenheit, aus einer gewissen Angst usw., so dass der Widerstand, eben weil der Kern der Persönlichkeit gesund ist, auch relativ leicht zu überwinden ist. Ganz anders

verhält es sich mit dem Widerstand bei den malignen, schweren Neurosen. Hier ist der Widerstand tief verwurzelt, denn ein solcher Mensch müsste sich und vielen anderen bekennen, dass er in Wirklichkeit völlig narzisstisch ist und sich um gar niemand anderen kümmert. Er muss also gegen die Einsicht mit einem viel größeren Nachdruck kämpfen als einer, der an einer benignen Neurose leidet.

Welche *therapeutischen Methoden* sind bei schweren Neurosen anzuwenden? Ich teile nicht die Auffassung, dass es im Kern nur um eine Stärkung des Ichs geht. Meines Erachtens geht es bei der analytischen Behandlung im wesentlichen darum, dass der Patient den irrationalen, archaischen Teil seiner Persönlichkeit mit den eigenen gesunden, erwachsenen und normalen Teilen konfrontiert. Diese Konfrontation erzeugt einen Konflikt, der seinerseits Kräfte aktiviert, die in jedem Menschen mehr oder weniger stark vorhanden, jedoch konstitutionell gegeben sind und die nach Gesundheit und nach einem besseren Gleichgewicht zwischen dem Einzelnen und der Welt streben. *Das Entscheidende der psychoanalytischen Behandlung liegt für mich in eben diesem Konflikt, der durch das Aufeinandertreffen des irrationalen und des rationalen Teils der Persönlichkeit erzeugt wird.*

Diese Sicht der Dinge hat natürlich Konsequenzen bezüglich der psychoanalytischen [XII-249] Technik. Eine Konsequenz ist, dass der Patient in der Psychoanalyse sozusagen auf zwei Gleisen fahren muss: Er muss sich einerseits wie ein kleines Kind von zwei oder drei Jahren zeigen und das, was ihm unbewusst ist, selbst erleben; andererseits aber muss er gleichzeitig ein erwachsener und verantwortlicher Mensch sein, der sich mit diesem Teil von sich konfrontiert, denn nur in eben dieser Konfrontation kann er den Schock und den Konflikt fühlen sowie ein Gespür für die notwendigen Schritte erwerben, die bei der psychoanalytischen Behandlung notwendig sind.

Im Vergleich hierzu ist die Freudsche Methode ganz anders, wobei es hier zwei Extreme gibt. Bei dem einen Extrem der Freudschen Therapie wird der Patient letztlich künstlich zum Kind gemacht; diesem Zweck dient das ganze Setting mit der Couch und dem dahinter sitzenden Analytiker. Wie schon René Spitz zeigte, ist die künstliche Infantilisierung der wirkliche Zweck der analytischen Situation. Sie soll bewirken, dass mehr vom unbewussten Material hochkommen kann. Ich glaube jedoch, dass diese Methode den großen Nachteil hat, dass der Patient sich nie mit diesem

archaischen und infantilen Material wirklich konfrontiert; vielmehr wird er gleichsam zu seinem Unbewussten, er wird ein Kind. Das, wozu es kommt, ist in gewisser Weise ein Traum, ein Traum im Wachzustand. Alles kommt hoch und tritt in Erscheinung, doch der Patient ist nicht da.

Es stimmt eben nicht, dass der Patient ein kleines Kind ist. Wenn wir für einen Moment einmal annehmen, dass es sich nicht um einen an einer schweren Psychose Erkrankten handelt, dann gilt, dass der Patient zugleich immer ein normales, erwachsenes Wesen ist, das mit Sinnen, Intelligenz und mit den verschiedensten Reaktionsmustern ausgestattet ist, die es zu einem normalen Wesen machen. Und eben dies ist der Grund, warum er auf sein eigenes Kindsein in ihm reagieren kann. Kommt es nicht zu dieser Konfrontation – und nach der Freudschen Methode kommt es im allgemeinen nicht dazu –, dann wird auch nicht der Konflikt in Erscheinung treten. Wird dieser Konflikt aber nicht in Gang gebracht, dann fehlt der psychoanalytischen Behandlung meines Erachtens eine ihrer wichtigsten Voraussetzungen.

Es gibt noch ein anderes Extrem Freudscher psychotherapeutischer Methode, das manchmal auch Psychoanalyse genannt wird. Hier degeneriert der gesamte psychoanalytische Prozess zu einer psychologischen Unterhaltung zwischen dem Analytiker und dem Erwachsenen im Patienten, wobei das Kind im Patienten überhaupt nicht mehr in Erscheinung tritt. Der Patient wird behandelt, wie wenn es überhaupt keine archaischen Kräfte in ihm gäbe. Man hofft, dass man den Patienten durch eine Art Überredung heilen wird, indem man ihm sagt: „Ihre Mutter war schlimm, Ihr Vater war schlimm, aber ich werde Ihnen helfen, Sie können sich bei mir sicher fühlen.“ Vielleicht kann eine sehr leichte Neurose auf diese Weise geheilt werden, doch gibt es dafür wahrlich kürzere Methoden als eine fünfjährige Psychoanalyse. Eine schwere Neurose wird sich niemals heilen lassen, es sei denn, man hat – wie Freud sagte – ausreichend unbewusstes und bedeutsames Material ausgegraben und aufgedeckt.

Für mich ist die psychoanalytische Situation sowohl für den Patienten als auch im gewissen Sinne für den Analytiker eine paradoxe: Der Patient ist in der psychoanalytischen Situation weder nur ein Kind und ein irrationaler Mensch mit allen möglichen verrückten Phantasien, noch ist er nur der Erwachsene, mit dem man sich auf intelligente [XII-250] Weise über seine Symptome unterhalten kann; vielmehr muss der Analysand fähig sein, sich in derselben Stunde gleichzeitig als beides zu erleben, so dass er eben jene

Konfrontation spüren kann, die das Entscheidende in Gang bringt.

Der entscheidende Punkt bei der psychoanalytischen Behandlung ist für mich der wirkliche Konflikt, der sich im Patienten auf Grund dieser Konfrontation zuspitzt. Dies lässt sich weder theoretisch bewältigen noch mit Worten erledigen. Was bedeutet es, wenn zum Beispiel ein Patient sagt: „Ich habe so sehr Angst vor meiner Mutter?“ Geht es um die Angst, die wir alle kennen, wenn wir uns vor dem Lehrer in der Schule fürchteten oder vor einem Polizisten oder wenn wir Schläge erwarteten? Eine solche Angst ist nicht weltbewegend. Der Patient kann aber auch, wenn er von seiner Angst vor seiner Mutter spricht, eine Angst meinen, die sich etwa so umschreiben lässt: „Ich soll in einen Käfig gesteckt werden. In diesem Käfig ist aber ein Löwe. Jemand tut mich hinein und schließt die Türe, und ich spüre panische Angst.“ Dass es um eine solche Angst geht, zeigt sich oft in den Träumen, wenn ein Alligator oder ein Löwe oder ein Tiger den Patienten anzufallen droht. Allein mit den Worten „Ich habe Angst vor meiner Mutter“ kommt man nicht an die wirkliche Angst heran, mit der der Patient zu kämpfen hat.

3. Konstitutionelle und andere Wirkfaktoren

Unter den weiteren günstigen und ungünstigen Wirkfaktoren für die Therapie sind an erster Stelle die konstitutionellen zu nennen. Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass meines Erachtens die konstitutionellen Wirkfaktoren viel wichtiger zu nehmen sind. Hätte ich vor 30 Jahren über konstitutionelle Wirkfaktoren das gehört, was ich jetzt gleich darüber ausführen werde, dann hätte ich mich sehr darüber entrüstet. Ich hätte wohl von einer reaktionären oder faschistischen Art von Pessimismus gesprochen, der keinerlei Veränderung zulasse. Im Laufe meiner psychoanalytischen Arbeit kam ich aber auf Grund meiner eigenen Erfahrung (und nicht auf Grund theoretischer Überlegungen, zumal ich kaum etwas über Vererbung weiß) immer mehr zu der Überzeugung, dass die Annahme einfach nicht wahr ist, dass die Schwere der Neurose proportional zu der Schwere der traumatischen und der umwelthaften Umstände ist.

Wenn man bei homosexuellen Patienten herausfinden kann, dass sie eine sehr strenge Mutter und einen sehr schwachen Vater hatten, dann lässt sich damit eine Theorie bilden, die die Homosexualität erklärt. Allerdings hat man außerdem noch zehn andere Patienten, die einen ebenso schwachen Vater und eine gleichfalls strenge Mutter hatten, aber nicht homosexuell wurden. Wir haben also ähnliche Umweltfaktoren, und doch ganz verschiedene Auswirkungen. Eben deshalb glaube ich, dass man – abgesehen von den oben angesprochenen Fällen, in denen man außerordentlich traumatische Faktoren ausfindig machen kann – die Entwicklung zu einer neurotischen Erkrankung nie wird wirklich verstehen können, wenn man nicht konstitutionelle Faktoren in die Überlegungen mit einbezieht. Es kann sein, dass diese so stark sind, dass sie allein ausschlaggebend sind; es kann aber auch sein, dass die konstitutionellen Faktoren erst in Verbindung mit bestimmten Bedingungen ihre Wirkung zeigen. Bestimmte konstitutionelle Faktoren lassen Umweltfaktoren traumatisch werden, andere zeigen diese Wirkung nicht.

Im Unterschied zu Freud, für den konstitutionelle Faktoren entsprechend der Libidotheorie im wesentlichen triebhafte Faktoren sind, verstehe ich

konstitutionelle Faktoren viel umfassender. Ohne dies hier im einzelnen ausführen zu können, gehören zu diesen für mich nicht nur das, was man gewöhnlich „Temperament“ nennt, sei es im Sinne der griechischen Lehre von den Temperamenten, oder sei es im Sinne der Sheldon-Typen [vgl. [W. H. Sheldon, 1942](#)], [XII-252] sondern auch Faktoren wie die Vitalität, die Liebe zum Leben, der Mut und anderes. Ein Mensch wird auf Grund seines Chromosomensatzes bereits als ein klar definiertes Wesen empfangen. Die Frage ist dann, was das Leben diesem bereits bei der Geburt besonders ausgezeichneten Menschen zufügt. Für einen Psychoanalytiker ist es eine gute Übung, sich folgendes zu überlegen: Wie wäre dieser Mensch, wenn seine Lebensumstände dem Wesen, als das er empfangen wurde, förderlich gewesen wären? Und was sind die besonderen Entstellungen und Schädigungen, die das Leben und die Umstände diesem Menschen zugefügt haben?

Zu den günstigen konstitutionellen Faktoren gehört das Ausmaß der Vitalität, insbesondere das Ausmaß der Liebe zum Leben. Jemand kann an einer ziemlich schweren Neurose leiden mit einem beträchtlichen Maß an Narzissmus, ja sogar mit einem Gutteil an inzestuöser Fixierung. Es ist meine persönliche Überzeugung, dass das Bild völlig anders aussieht, wenn diesem Menschen die Liebe zum Leben zu eigen ist. Als Beispiele möchte ich Roosevelt und Hitler nehmen. Beide waren ziemlich narzisstisch, Roosevelt sicher weniger als Hitler, aber doch immer noch ausreichend. Beide waren ziemlich an die Mutter fixiert, Hitler vermutlich auf eine malignere Weise und tiefer als Roosevelt. Der alles entscheidende Unterschied zwischen beiden aber war, dass Roosevelt ein Mensch voller Liebe zum Leben war, während Hitler ganz vom Toten angezogen war. Hitlers Ziel war die Zerstörung, auch wenn er sich dessen nicht einmal bewusst war, sonst hätte er nicht viele Jahre lang daran geglaubt, dass sein Ziel die Erlösung sei; in Wirklichkeit aber war sein Ziel die Destruktion, und er fühlte sich von allem angezogen, das zu Zerstörung führte. – Hier haben wir es mit zwei Persönlichkeiten zu tun, bei denen der Faktor Narzissmus und der Faktor Mutterbindung, wenn auch in verschiedenem Ausmaß, so aber doch deutlich erkennbar, vorhanden ist. Sie unterscheiden sich aber grundsätzlich bezüglich des jeweiligen Ausmaßes an Biophilie bzw. Nekrophilie. Wenn ich einen Patienten vor mir habe, der möglicherweise schwer krank ist, bin ich dennoch ganz optimistisch, wenn ich bei ihm biophile Kräfte sehen kann. Wenn ich zu allem anderen nur wenig Biophilie entdecken kann, aber eine Menge Nekrophilie, bin ich

hinsichtlich der Prognose äußerst pessimistisch.

Es gibt noch eine Reihe anderer Wirkfaktoren, die für den Erfolg oder Misserfolg einer Psychoanalyse verantwortlich sind, die wenigstens kurz erwähnt werden sollen. Es handelt sich durchweg um nicht-konstitutionelle Faktoren, über die man sich ziemlich gut während der ersten fünf oder zehn Analysestunden ein Bild machen kann.

Ein erster Wirkfaktor betrifft die Frage, ob *ein Patient wirklich den Tiefpunkt seines Leidens erreicht hat*. Ich kenne einen Therapeuten, der einen Patienten erst dann zur Analyse nimmt, wenn dieser alle in den Vereinigten Staaten praktizierten therapeutischen Methoden durchprobiert hat und keine dieser anderen Methoden erfolgreich war. Natürlich kann eine solche Bedingung auch ein ganz schönes Alibi für den eigenen therapeutischen Misserfolg sein, doch in diesem Fall dient es als Probe dafür, ob ein Patient den Tiefpunkt seines Leidens erreicht hat. Dies herauszufinden, halte ich für sehr wichtig. Harry Stack Sullivan betonte diesen Punkt immer ganz besonders, wenn auch mit etwas anderen Begriffen. Er behauptete, dass der Patient zu beweisen habe, warum er eine Behandlung brauche. Damit meinte er freilich nicht, dass ihm der [XII-253] Patient eine Erklärung für seine Krankheit oder etwas Ähnliches geben sollte. Ihm ging es ganz entschieden darum, dass der Patient nicht mit der Vorstellung kommt: „Ich bin krank. Sie sind der Spezialist, der in Aussicht stellt, kranke Menschen zu heilen. Hier bin ich also!“ Wenn ich einen Satz an die Wand meiner Praxis schreiben sollte, dann würde ich schreiben: „Hier zu sein, genügt nicht!“ – Deshalb ist die erste und wichtigste Aufgabe der Analyse, dem Patienten eher dabei zu helfen, sich unglücklich zu erleben, als ihm Mut zuzusprechen. In Wirklichkeit gibt es keinerlei Grund für eine Ermutigung, mit der man sein Leiden zu lindern und zu mildern versucht; im Gegenteil, dies ist definitiv schlecht für den weiteren Fortgang der Analyse. Ich glaube nicht, dass jemand genügend Initiative und Impulse hat, um die enormen Anstrengungen zu erbringen, die eine Analyse – wenn es wirklich eine Psychoanalyse ist – erforderlich macht, wenn er sich nicht des ganzen Ausmaßes seines in ihm liegenden Leidens gewahr ist. Und dieser Leidenszustand ist noch lange nicht der schlechteste. Er ist weitaus besser als jener Zustand, der einem schattenhaften Land vergleichbar ist, in dem man weder leidet noch glücklich sein kann. Zu leiden ist wenigstens ein ganz reales Gefühl, das zum Leben dazugehört. Wer sich seines Leidens nicht bewusst ist und nur fernsieht oder mit sonst etwas sich die Zeit vertreibt, der ist weder hier noch dort.

Eine zweite Bedingung für eine wirksame Psychoanalyse lautet: Der Patient muss eine Vorstellung von dem haben, was sein Leben sein sollte oder sein könnte; *er muss eine Vision dessen haben, was er mit seinem Leben will*. Ich habe schon gehört, dass Patienten zum Psychoanalytiker kamen, weil sie keine Gedichte schreiben konnten. Dieser Wunsch ist ein wenig ausgefallen, obwohl solche Fälle gar nicht so selten sind, wie man glauben könnte. Viele Patienten kommen einfach deshalb, weil sie nicht glücklich sind. Doch es reicht nicht aus, einfach nur unglücklich zu sein. Würde mir ein Patient sagen, ich möchte gerne eine Psychoanalyse machen, weil ich mich so unglücklich fühle, dann würde ich ihm antworten: „Die meisten Menschen sind nicht glücklich. Dies ist noch nicht Grund genug, Jahre auf eine Kraft kostende, mühsame und schwierige Arbeit mit einer Person zu verwenden.“ – Dass ein Mensch weiß, was er vom Leben will, ist nicht nur eine Frage der Erziehung und Klugheit. Es kann durchaus sein, dass ein Patient noch nie eine Vorstellung davon entwickelte, was er eigentlich mit seinem Leben will – trotz unseres großartigen Erziehungssystems. Dennoch ist es meines Erachtens eine Aufgabe des Psychoanalytikers, am Beginn einer Psychoanalyse herauszufinden, ob der Patient dazu fähig ist, eine Vorstellung von dem zu entwickeln, was das Leben, außer glücklich zu sein, sonst noch bedeuten könnte. Natürlich gebrauchen die Menschen in den Großstädten der Vereinigten Staaten alle möglichen Wörter, um die Frage zu beantworten, zum Beispiel dass sie sich selbst zum Ausdruck bringen möchten, doch dies sind nur Phrasen. Das Gleiche gilt, wenn jemand sich dilettantisch mit Musik beschäftigt und auf Hi-Fi oder sonst etwas „steht“. Ein Psychoanalytiker darf sich mit solchen Antworten nicht zufriedengeben. Er muss auf den Boden der Realität gelangen und den Patienten fragen: Was ist seine wirkliche Intention, und zwar nicht theoretisch? Weswegen kommt er wirklich?

Ein dritter wichtiger Wirkfaktor ist die *Ernsthaftigkeit des Patienten*. Es gibt viele narzisstische Menschen, die eine Psychoanalyse nur deshalb machen möchten, weil sie [XII-254] über sich selbst reden wollen. Es stimmt ja auch: Wo sonst kann man dies tun? Weder eine Frau noch Freunde noch Kinder sind bereit, einem Menschen stundenlang zuzuhören: was er gestern tat, warum er dies tat usw. Nicht einmal ein Barkeeper kann so lange zuhören, weil er noch andere Kunden hat. So zahlt der narzisstische Mensch [umgerechnet] 100 Euro, oder wie viel eine Stunde kostet, und hat jemanden, der ihm die ganze Zeit über zuhört. Natürlich muss er als Patient begriffen haben, dass er in der Psychoanalyse über psychologisch relevante

Dinge reden muss und nicht über Bilder, Gemälde oder Musik. Man muss über sich selbst reden und warum man den Ehepartner nicht ausstehen kann oder warum man ihn gern hatte usw. – In einer Analyse nur über sich zu reden, genügt nicht. Auch für den Psychoanalytiker ist dies nicht ausreichend, es sei denn, es geht ihm nur darum, Geld zu verdienen.

Ein vierter Wirkfaktor, mit dem vorstehenden innerlich verwandt, ist des Patienten *Fähigkeit, zwischen Banalität und Realität unterscheiden zu können*. Im allgemeinen unterhalten sich die Menschen über Banales. Das beste Beispiel hierfür sind die Kommentare in der *New York Times*. Wenn ich hier von Banalität im Unterschied zu Realität spreche, dann meine ich nicht, dass das Banale nicht klug sein kann, sondern dass es unwirklich ist. Wenn ich in der *New York Times* zum Beispiel einen Beitrag über den Krieg in Vietnam lese, dann mutet mich dieser banal an, was natürlich eine Frage der politischen Überzeugung ist, und zwar einfach deshalb, weil er unwirklich ist, denn er handelt von Fiktionen, die so weit gehen, dass plötzlich amerikanische Schiffe auf unsichtbare Ziele feuern und niemand weiß, worauf wirklich geschossen wurde. Dies alles hat dann auch noch mit der Rettung vom Kommunismus und Gott weiß was zu tun. Dies meine ich mit banal. Ebenso banal ist die Art, wie Menschen über ihr persönliches Leben reden, weil sie über unwirkliche Dinge reden. Wenn jemand erzählt, dass der Ehemann dieses oder jenes getan habe oder dass er befördert oder nicht befördert worden ist, oder ob jemand den Freund anrufen soll oder nicht, dann ist dies banal, weil es an nichts Wirkliches rührt, sondern sich nur mit Rationalisierungen beschäftigt.

Ein weiterer Wirkfaktor bei der Psychoanalyse sind *die Lebensumstände des Patienten*. Mit wie viel Neurose ein Patient noch erfolgreich über die Runden kommt, hängt ganz und gar von der Situation ab. Ein Kaufmann kann mit einer bestimmten Neuroseform noch ungeschoren davonkommen, mit der ein College-Professor nicht mehr bestehen könnte, und zwar nicht wegen des verschiedenen kulturellen Niveaus, sondern schlicht und einfach, weil der Professor mit einer bestimmten Art hochnarzisstischen, aggressiven Verhaltens in einem kleinen College untragbar wäre; er würde hinausgeworfen werden. Der Kaufmann hingegen kann mit diesem Verhalten äußerst erfolgreich sein. – Oft sagen Patienten: „Herr Doktor, ich kann einfach nicht mehr so weitermachen.“ Meine Antwort auf diese Eröffnungsrede ist dann gewöhnlich: „Ich kann keinen Grund erkennen, warum Sie nicht weitermachen können. Sie haben 30 Jahre so gelebt, und viele Menschen, ja Millionen von Menschen leben so bis zu ihrem Ende.“

Warum Sie so nicht weitermachen können, kann ich nicht sehen. Ich kann wohl sehen, warum Sie es nicht wollen, doch ich benötige noch einige Belege, warum und dass Sie nicht mehr so weitermachen wollen. Dass Sie nicht können, ist schlichtweg nicht wahr.“ [XII-255]

Einen Wirkfaktor, den ich besonders unterstreichen möchte, ist *die aktive Teilnahme des Patienten*, womit ich auf das oben Gesagte zurückkomme. Ich glaube nicht, dass irgendjemand durch Reden gesund wird, ja nicht einmal durch das Aufdecken seines Unbewussten, genauso wenig wie jemand etwas Bedeutsames erreichen kann, wenn er sich nicht sehr anstrengt, Opfer bringt, etwas riskiert und – um hier die symbolische Sprache zu gebrauchen, wie sie oft in Träumen auftaucht – durch die vielen Tunnel geht, durch die man im Laufe seines Lebens hindurch muss; solche Tunnel bedeuten Zeiten, in denen es nur dunkel ist, in denen man sich ängstigt, in denen man aber auch den Glauben hat, dass es noch eine andere Seite des Tunnels gibt, wo wieder Licht sein wird. Bei diesem Prozess spielt die Persönlichkeit des Psychoanalytikers eine große Rolle. Er muss ein guter Wegbegleiter und fähig sein, das zu tun, was ein guter Bergführer tut: Dieser trägt den, den er führt, auch nicht den Berg hinauf; doch manchmal zeigt er ihm, welches die bessere Route ist, ja manchmal gebraucht er sogar seine Hand, um ihm einen kleinen Schubs zu geben. Aber dies ist auch schon alles, was er tun kann.

Dies bringt mich zu einem letzten Wirkfaktor: *zur Persönlichkeit des Psychoanalytikers*. Aus der Fülle dessen, was hierzu zu sagen wäre, möchte ich einige wenige Punkte herausgreifen. Freud wies bereits auf einen sehr wichtigen Punkt hin: die Abwesenheit von Täuschung und Irreführung. Vom allerersten Augenblick an sollte der Patient an der analytischen Einstellung und Atmosphäre spüren, dass hier eine Welt ist, die sich von der üblicherweise erfahrenen unterscheidet: eine Welt der Realität, das heißt eine Welt der Wahrheit und Wahrhaftigkeit, eine Welt ohne Täuschung. Darüber hinaus sollte der Patient spüren, dass von ihm keine Banalitäten erwartet werden und dass der Psychoanalytiker ihn darauf aufmerksam machen wird, wenn er sich dennoch in Banalitäten ergeht. Auch der Analytiker darf keine Banalitäten erzählen, weshalb er den Unterschied zwischen Banalität und Nichtbanalität kennen muss, was gerade in unserer heutigen Zeit gar nicht so einfach ist.

Eine andere wichtige Voraussetzung auf Seiten des Psychoanalytikers ist die Abwesenheit von Sentimentalität. Einen kranken Menschen heilt man nicht,

indem man nett zu ihm ist, weder in der Medizin noch in der Psychotherapie. Dies mag vielen hart klingen, und sicherlich wird man mir unterstellen, dass ich äußerst roh mit meinen Patienten umgehe, dass ich kein Mitgefühl zeige, autoritär sei usw. Mag sein, dass mich manche so sehen; ich erlebe das, was ich tue, allerdings nicht so, und meine Erfahrung mit meinen Patienten ist anders. Denn es gibt etwas, was ganz anders ist als alle Sentimentalität, aber die Voraussetzung für jedes Analysieren darstellt: Man muss das, worüber der Patient spricht, in sich selber spüren können. Wenn ich in mir nicht erleben kann, was es heißt, schizophren zu sein oder depressiv oder sadistisch oder narzisstisch oder zu Tode geängstigt, selbst wenn ich es in geringerem Maße als der Patient spüre, dann kann ich nicht wissen, wovon der Patient spricht. Und wenn ich diesen Versuch nicht mache, bin ich nicht in Berührung mit dem Patienten.

Es gibt einige Menschen, die eine besondere Veranlagung gegenüber bestimmten Dingen haben. Ich erinnere mich, dass Harry Stack Sullivan zu sagen pflegte, dass von Angst gerittene Patienten nie ein zweites Mal zu ihm in die Praxis kamen, weil er weder Sympathie noch Empathie für diese Art von Angst aufbringen konnte. In solchen [XII-256] Fällen sollte man diese Patienten nicht in Analyse nehmen. Man ist nur für jene Patienten ein sehr guter Therapeut, bei denen man fühlen kann, was sie fühlen.

Dass jemand fähig ist, in sich das zu spüren, was der Patient fühlt, ist ein grundlegendes Erfordernis der Psychoanalyse. Darum gibt es für den Psychoanalytiker auch keine bessere eigene Analyse als die Analyse anderer Menschen, denn im Vollzug des Analysierens anderer Menschen gibt es fast nichts im Analytiker, das nicht zum Vorschein kommt und berührt wird – vorausgesetzt, der Analytiker versucht zu spüren, was der Patient erlebt. Wenn der Analytiker freilich denkt: „Der Patient ist eben ein armer kranker Tropf, weil er zahlt“, dann bleibt er intellektuell und wird nie vom Patienten als überzeugend erlebt werden.

Aus all dem ergibt sich, dass man zwar gegenüber dem Patienten nicht sentimental, aber doch nicht ohne Mitgefühl ist, weil man ein tiefes Gespür dafür hat, dass nichts von dem, was im Patienten vor sich geht, nicht auch in einem selbst vor sich geht. Es gibt keinen Raum, wo man sich zum Richter oder Moralisten aufschwingen könnte oder sich über den Patienten entrüsten könnte, sobald man einmal erfahren hat, dass das, was im Patienten geschieht, auch in einem selbst geschieht. Wer aber das, was im Patienten vor sich geht, nicht als sein Eigenes erleben kann, der versteht es nicht. In

den Naturwissenschaften kann man seinen Untersuchungsgegenstand auf den Tisch legen, wo er dann liegt, wo man ihn sehen und messen kann. In der Psychoanalyse reicht es nicht, dass der Patient sein Inneres auf den Tisch legt, weil das, was er mir zeigt, so lange keine Tatsache ist, solange ich es nicht in mir als etwas, was real ist, sehen kann.

Schließlich ist es für den Psychoanalytiker sehr wichtig, den Patienten nicht als eine Summierung von Komplexen zu sehen, sondern als den Helden eines Dramas. In Wirklichkeit ist jeder Mensch der Held eines Dramas, und dies meine ich nun gar nicht sentimental. Ein Mensch wird mit bestimmten Gaben geboren, doch meistens versagt er, und sein Leben ist ein gewaltiger Kampf, aus dem, was ihm in die Wiege gelegt wurde, etwas zu machen. So kämpft er gegen enorme Hindernisse. Selbst der gewöhnlichste Mensch wird – von außen betrachtet – höchst interessant, wenn man ihn einmal als jenes lebendige Wesen sieht, das in diese Welt geworfen wurde, an einen Ort, den er sich weder gewünscht hat noch der ihm bekannt war, und wie er sich seinen Weg durch das Leben erkämpft. Große Schriftsteller zeichnen sich gerade dadurch aus, dass sie einen Menschen vorstellen, der einerseits ganz gewöhnlich ist, andererseits aber zum Helden wird. Die Figuren bei Balzac zum Beispiel haben meistens nichts Interessantes, und doch werden sie durch die Kraft des Dichters außerordentlich interessant. Wir sind zwar keine Balzacs und können nicht wie er schreiben, aber wir sollten dennoch die Fähigkeit in uns entwickeln, in einem Patienten und schließlich in jedem menschlichen Wesen ein menschliches Drama zu sehen, das uns interessiert, und eben nicht nur einen Patienten, der mit diesem oder jenem Symptom kommt.

Abschließend möchte ich auf die *Frage der Prognose* zu sprechen kommen. Ich bin davon überzeugt, dass die Chancen einer psychoanalytischen Behandlung bei den von mir so genannten benignen Neurosen recht gut sind, während sie für die malignen nicht sehr gut sind. Ich möchte mich hier auf keine Prozentzahlen festlegen. Dennoch [XII-257] dürfte es eine allgemeine Erfahrung sein, dass die Prognosen für die schweren, malignen Neurosen nicht sehr günstig sind. Dieser Befund hat nichts Beschämendes. Wenn es in der Medizin bei einer schweren Krankheit mit einer bestimmten Methode noch 5 % Heilungschancen gibt – und ich glaube, dass die Chancen bei der Psychoanalyse noch etwas besser sind – dann werden alle, der Arzt, der Patient, seine Freunde und Verwandten, die größten Anstrengungen unternehmen, den Erkrankten wieder gesund zu machen.

Der Fehler liegt darin, dass wir nicht den Unterschied zwischen einer benignen und einer malignen Neurose sehen und der Analytiker am Anfang in einer Art Flitterwochenstimmung ist und denkt: „Mit der Psychoanalyse lässt sich schon alles heilen.“ Oft macht er sich dann im Blick auf den Patienten etwas vor, dass die Dinge gar nicht so schwer seien und gar nicht so hoffnungslos, wie sie manchmal sind.

Selbst in den Fällen, in denen ein Patient nicht gesund wird, würde ich dennoch behaupten, dass in einer guten Psychoanalyse zumindest eine Bedingung erfüllt ist: Die Stunden der Psychoanalyse werden, wenn sie lebendig und bedeutsam waren, zu den wichtigsten und wertvollsten Stunden gehören, die ein Mensch in seinem Leben erfuhrt. Dies kann nicht von vielen Therapien gesagt werden. Es kann für den Psychoanalytiker ein Trost sein, der sich mit Patienten abmüht, die nur eine sehr geringe Heilungschance haben.

Bei den nicht-malignen Neurosen ist die Prognose sehr viel besser. Bei diesen leichten Neurosen glaube ich auch, dass es Wege gibt, die eine Heilung in weniger als zwei Jahren Psychoanalyse erlauben. Allerdings muss man den Mut haben, die analytischen Einsichten dazu zu gebrauchen, den Patienten sehr direkt anzugehen, ihn ebenso direkt mit dem Problem zu konfrontieren und möglicherweise das in zwanzig Stunden zu erreichen, was man als Psychoanalytiker sonst in 200 Stunden zu erreichen sich verpflichtet fühlt. Es sollte uns keine falsche Scham davon abhalten, direkte Methoden zu gebrauchen, wenn dies möglich ist.

Literaturverzeichnis

Freud, S.: *Gesammelte Werke* (G. W.) (hier zitierte Ausgabe) Bände 1-17, London 1940-1952 (Imago Publishing Co.) und Frankfurt 1960 (S. Fischer Verlag); *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (S. E.), Bände 1-24, London 1953-1974 (The Hogarth Press); *Sigmund Freud. Studienausgabe* (Stud.) Bände 1-10. Ergänzungsband (Erg.), Frankfurt 1969-1975 (S. Fischer Verlag).

Freud, S., 1937c: *Die endliche und die unendliche Analyse*, G. W. Band 16, S. 57-99; Stud. Ergänzungsband, S. 351-392; S. E. Band 23, S. 209-253.

Fromm, E., *Gesamtausgabe in 12 Bänden* (GA), hg. von Rainer Funk, Stuttgart / München 1999, Deutsche Verlags-Anstalt und Deutscher Taschenbuch Verlag; die Bände I bis X erschienen 1980/1981 bei der Deutschen Verlags-Anstalt sowie 1989 beim Deutschen Taschenbuch Verlag; Band XI und XII der Ausgabe von 1999 enthalten sämtliche nachgelassenen Schriften.

Fromm, E., 1949a: *Die Natur der Träume (The Nature of Dreams)*, GA IX, S. 161-168.

Fromm, E., 1951a: *Märchen, Mythen, Träume. Eine Einführung zum Verständnis von Träumen, Märchen und Mythen (The Forgotten Language. An Introduction to the Understanding of Dreams, Fairy Tales and Myths)*, Zürich 1957 (Diana Verlag); neu übersetzt unter dem Titel *Märchen, Mythen, Träume. Eine Einführung in das Verständnis einer vergessenen Sprache*, Stuttgart 1979 (Deutsche Verlags-Anstalt); GA IX, S. 169-309.

Fromm, E., 1955d: *Anmerkungen zum Problem der Freien Assoziation (Remarks on the Problem of Free Association)*, GA XII, S. 195-200.

Fromm, E., 1960a: *Psychoanalyse und Zen-Buddhismus (Psychoanalysis and Zen Buddhism)*, in: D. T. Suzuki, E. Fromm und R. de Martino, *Zen-Buddhismus und Psychoanalyse*, München 1963, S. 101-178 (Szczyzny Verlag); Frankfurt 1972, (Suhrkamp Verlag), S. 101-179; GA VI, S. 301-358.

Fromm, E., 1964a: *Die Seele des Menschen. Ihre Fähigkeit zum Guten und zum Bösen (The Heart of Man. Its Genius for Good and Evil)* Stuttgart 1979 (Deutsche Verlags-Anstalt). Erste Übersetzung ins Deutsche unter dem Titel: *Das Menschliche in uns. Die Wahl zwischen Gut und Böse*, Zürich 1968 (Diana Verlag); GA II, S. 159-268.

Fromm, E., 1966f (und Richard I. Evans): *Dialogue with Erich Fromm*, New York (Harper and Row).

Fromm, E., 1966k: (et al.) *Der Ödipuskomplex. Bemerkungen zum "Fall des kleinen Hans" (El complejo de Edipo: Comentarios al "Análisis de la fobia de un niño de cinco años")*, GA VIII, S. 143-151.

Fromm, E., 1990f [1969]: *Die dialektische Revision der Psychoanalyse (The Dialectic Revision of Psychoanalysis)*, GA XII, S. 27-71.

Fromm, E., 1991d [1974]: *Therapeutische Aspekte der Psychoanalyse (Therapeutic Aspects of Psychoanalysis)*, GA XII, S. 259-367.

Sheldon, W. H., 1942: *The Varieties of Temperament*, New York/London 1942 (Harper and Brothers).

Zajur, E., 1974: *Un Caso de pseudohomosexualidad femenina*, in: *Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología*, México, Nr. 4, 1974, S. 14-36.

Zajur, E., 2002: *That Other Existence. Psychoanalytic Studies and Case Histories of Dreams and the Unconscious*, Baltimore (American Literary Press).

[1] [Anmerkung des Herausgebers: *Causes for the Patient's Change in Analytic Treatment* lautete der Titel eines Vortrags, den Fromm am 25. September 1964 bei der Harry Stack Sullivan Society anlässlich der Einweihung des William Alanson White Institute in New York gehalten hat. Der im Deutschen unter dem Titel *Wirkfaktoren der psychoanalytischen Behandlung* (1990d) veröffentlichte Beitrag zeichnet sich besonders dadurch aus, dass Fromm hier zwischen einer gutartigen und einer bösartigen Neurose unterscheidet und sehr deutlich die Grenzen der psychoanalytischen Behandlung aufzeigt. Vor allem aber ist der Vortrag einer der wenigen Beiträge Fromms, in dem er ein Fallbeispiel bespricht.

Das, was bei psychischen Erkrankungen therapeutisch wirksam ist und zur Heilung beiträgt, ist mittlerweile – auch unter dem Kostendruck im Gesundheitswesen – eine empirisch sehr gut erforschte Frage. Umso interessanter ist, was Fromm auf Grund

seiner eigenen therapeutischen Erfahrung als Wirkfaktoren ausgemacht hat. Neben konstitutionellen Wirkfaktoren (zu denen Fromm zum Beispiel die *Vitalität* zählt) nennt er unter anderem den *Leidensdruck* („ob ein Patient wirklich den Tiefpunkt seines Leidens erreicht hat“), das *Vorhandensein einer Vision* von dem, „was jemand mit seinem Leben will“, die *Ernsthaftigkeit des Veränderungswunsches* und die *aktive Teilnahme des Patienten*; nicht zuletzt aber ist auch die *Persönlichkeit des Psychoanalytikers* ein wichtiger Wirkfaktor, weshalb sich Fromm bis zu seinem Lebensende täglich Zeit für die Selbstanalyse nahm. – Hingewiesen sei an dieser Stelle noch, dass sich Fromm später nochmals mit der Frage der Wirkfaktoren der psychoanalytischen Therapie beschäftigt hat, und zwar in dem Beitrag *Therapeutische Aspekte der Psychoanalyse* (1991d, GA XII, S. 293–296).

An weiteren Publikationen Fromms zu klinischen Fragen sind zu nennen neben dem Buch *Märchen, Mythen, Träume* (1951a) eine Zusammenfassung seines Verständnisses des Träumens und der Traumdeutung in *Das Wesen der Träume* (1949a, GA IX, S. 161-168), die *Anmerkungen zum Problem der Freien Assoziation* (1955d, GA XII, S. 195-200), das Kapitel „Bewusstsein, Verdrängung und Aufhebung der Verdrängung“ in *Psychoanalyse und Zen-Buddhismus* (1960a, GA VI, S. 320-233, der Beitrag *Der Ödipuskomplex. Bemerkungen zum „Fall des kleinen Hans“* (1966k, GA VIII, S. 143-151) sowie der Abschnitt „Zur Revision der psychoanalytischen Therapie“ in *Die dialektische Revision der Psychoanalyse* (1990f, GA XII, S. 64-71). Eine ausführliche Fallbesprechung enthält der umfangreiche Beitrag *Therapeutische Aspekte der Psychoanalyse* (1991d, GA XII, S. 259–367) auf den Seiten 319-344.

Das in Englisch, Italienisch und einigen anderen Sprachen veröffentlichte Interview, das Richard I. Evans 1963 zu Fragen des Frommschen Therapieverständnisses mit ihm führte und das Evans gegen den Willen Fromms veröffentlichte (1966f), kann nicht als Quelle dienen, da es nach dem Urteil Fromms „in keiner Weise brauchbare Einsichten in sein Werk gibt“ und „weder eine Einführung noch einen ‘Überblick’ über sein Werk“ darstellt.]

[2] [*Anmerkung des Herausgebers*: Das Beispiel ist nicht aus Fromms eigener therapeutischer Praxis genommen, vielmehr hat Eduardo Zajur, damals noch Ausbildungskandidat, in den 1980er Jahren dann Direktor des Mexikanischen Psychoanalytischen Instituts, den Fall als Examensfall im August 1963 Fromm vorgestellt. Eduardo Zajur veröffentlichte seinerseits seine Examensarbeit einige Jahre später (E. Zajur, 1974) und machte sie schließlich in einem Sammelband seiner Schriften auch in englischer Sprache zugänglich (E. Zajur, 2002, S. 1-30).]

Der Autor



Erich Fromm, Psychoanalytiker, Sozialpsychologe und Autor zahlreicher aufsehenerregender Werke, wurde 1900 in Frankfurt am Main geboren. Der promovierte Soziologe und praktizierende Psychoanalytiker widmete sich zeitlebens der Frage, was Menschen ähnlich denken, fühlen und handeln lässt. Er verband soziologisches und psychologisches Denken. Anfang der Dreißiger Jahre war er mit seinen Theorien zum autoritären Charakter der wichtigste Ideengeber der sogenannten „Frankfurter Schule“ um Max Horkheimer.

1934 emigrierte Fromm in die USA. Dort hatte er verschiedene Professuren inne und wurde 1941 mit seinem Buch „Die Furcht vor der Freiheit“ weltbekannt. Von 1950 bis 1973 lebte und lehrte er in Mexiko, von wo aus er nicht nur das Buch „Die Kunst des Liebens“ schrieb, sondern auch das Buch „Wege aus einer kranken Gesellschaft“. Immer stärker nahm der humanistische Denker Fromm auf die Politik der Vereinigten Staaten

Einfluss und engagierte sich in der Friedensbewegung.

Die letzten sieben Jahre seines Lebens verbrachte er in Locarno in der Schweiz. Dort entstand das Buch „Haben oder Sein“. In ihm resümierte Fromm seine Erkenntnisse über die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft. Am 18. März 1980 ist Fromm in Locarno gestorben.

Der Herausgeber



Rainer Funk (geb. 1943) promovierte über die Sozialpsychologie und Ethik Erich Fromms und war von 1974 an Fromms letzter Assistent. Fromm vererbte dem praktizierenden Psychoanalytiker Funk seine Bibliothek und seinen wissenschaftlichen Nachlass. Diese sind jetzt im Erich Fromm Institut Tübingen untergebracht, siehe www.erich-fromm.de.

Darüber hinaus bestimmte er Funk testamentarisch zu seinem Rechteinhaber. 1980/1981 gab Funk eine zehnbändige, 1999 eine zwölfbändige „Erich Fromm Gesamtausgabe“ heraus. Die Texte dieser Gesamtausgabe liegen auch der von Funk mit editorischen Hinweisen versehenen „Edition Erich Fromm“ als E-Book zugrunde.

Impressum

E-Book-Ausgabe 2015

Edition Erich Fromm erschienen bei Open Publishing Rights GmbH,
München

© 1991 Erich Fromm;

für diese digitale Ausgabe © 2015 The Estate of Erich Fromm

für die Edition Erich Fromm © 2015 Rainer Funk

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk darf – auch teilweise – nur mit
Genehmigung des Verlages wiedergegeben werden.

Titelbildgestaltung: Sarah Borchert, München

ISBN 978-3-95912-093-7

Inhaltsverzeichnis

Wirkfaktoren der psychoanalytischen Behandlung	4
Inhalt	6
1. Die therapeutischen Wirkfaktoren nach Sigmund Freud und meine Kritik daran	7
2. Benigne und maligne Neurosen. Mit einem Fallbeispiel für eine gutartige Neurose	14
3. Konstitutionelle und andere Wirkfaktoren	23
Literaturverzeichnis	32
Der Autor	35
Der Herausgeber	37
Impressum	38