

Stellungnahme zu David Bürgis „Undisziplinierten Gedanken zur Arbeit in der freien Praxis“¹

56 Daniela Sichel

Zweifel, Irritation, Gefühle der Desorientierung oder Ernüchterung, der Unwissenheit oder Begrenzung sind unabdingbar mit unserer Tätigkeit als praktizierende psychoanalytische Therapeuten verbunden, gehört sie doch zum dritten „jener ‚unmöglichen‘ Berufe, in denen man des ungenügenden Erfolgs von vornherein sicher sein kann“². Darum bin ich David Bürgi dankbar, dass er seine Unsicherheit, seine Fragen, seine „irritierenden“ Erfahrungen offen mit uns teilt und so unsere therapeutische Arbeit problematisiert. Er betont, seine Fragen seien nicht „technischer“ Natur, sondern würden die Voraussetzungen unserer Arbeit betreffen. Ich möchte im folgenden zu jenen Punkten seiner Ausführungen Stellung nehmen, welche die Praxis der analytischen Therapie am unmittelbarsten ansprechen.

In seiner längeren Einführung stellt David Bürgi die Frage, was der Patient eigentlich von einer Therapie erwarte und wie sich der Therapeut dazu verhalten solle.

Vorab erwähnt er die Rollenvielfalt, die ein Psychiater innerhalb des Sozialversicherungswesens einnehmen könne. Darauf möchte ich nicht eingehen, denn obwohl auch Psychotherapeuten heute mehr als früher vom Sozialversicherungswesen abhängen, ist unsere Rolle eine andere und ist auch klarer definiert als die eines Psychiaters im Rahmen der Grundversorgung.

Für David Bürgi ist die Beantwortung der Frage, was der Patient von uns will und was unsere Rolle sein soll, deshalb schwierig, weil „oft lange nicht ausgemacht ist, welcher Teil am Leiden ‚neurotisches Elend‘ und welcher ‚gemeines Unglück‘ (Freud) ist...“ Er hält es für notwendig, immer wieder von Neuem zu klären, ob der Patient nur Unterstützung und Begleitung wünscht oder ob er eine Lösung von inneren Konflikten sucht.

Mir scheint, dass für David schon von Anfang an beantwortbar sein sollte, was doch gerade einen Teil unserer Arbeit ausmacht, nämlich mit dem Patienten herauszufinden, was seine eigene Problematik ist und was äussere Probleme sind, mit denen er einen Umgang finden muss. Erst dann kann klar werden, was er von

einer Therapie brauchen und was er erwarten kann. Hat aber nicht jeder Patient, bei den ersten Begegnungen das „Recht“ sich so zu zeigen, wie er eben kann und das zur Sprache zu bringen, was er in der aktuellen Notsituation für wichtig erachtet? Wie oft begegnen wir Menschen, die mit einem bestimmten Anliegen zu uns kommen und erst allmählich, nachdem sich die Beziehung zwischen uns gefestigt hat, zu erzählen beginnen, was sie tatsächlich beschäftigt.

Wenn man davon überzeugt ist, dass ein Teil der Motivation des Patienten, in einer Therapie zu bleiben, sich der bewussten Erfassung entzieht, dann ist man offen dafür, dass sich erst im Laufe des therapeutischen Prozesses zeigen wird, was hinter der manifesten Symptomatik verborgen ist, ob es sich um eine neurotische Lebensbewältigung handelt und wie der Patient eine Therapie nutzen kann – daseinsanalytisch ausgedrückt: auf welche Grundbedingungen der *conditio humana* der Patient besonders hellhörig ist und wie er innerhalb der therapeutischen Situation darauf antwortet.

Am Anfang meiner psychotherapeutischen Ausbildung bin ich immer wieder angeleitet worden, in den ersten Gesprächen den Patienten zu fragen, was er von einer Therapie erwarte. Die Antwort mag einen wichtigen informativen Wert haben, muss aber genau so offen gehört und auf den verschiedenen Ebenen hinterfragt werden wie alles, was in der Therapie zur Sprache kommt. Was nämlich den Patienten mit seiner Symptomatik zu mir führt, ist meistens nur die vordergründige und äusserste „Schale“ seiner Problematik und sagt noch nicht viel darüber aus, wie der Patient aus dem therapeutischen Angebot und der therapeutischen Beziehung Nutzen ziehen will und kann. Ich möchte dazu den englischen Psychoanalytiker Patrick Casement zitieren: „Die therapeutische Offenheit für das Unbekannte am Patienten lässt diesem mehr Raum, zum weiteren Erarbeiten von gemeinsamem Wissen beizutragen; ... Auf diese Weise hat der Patient die Rolle, dem Therapeuten herausfinden zu helfen, was der Patient in seiner Therapie braucht“³.

Der Psychoanalytiker Christian Kläui definiert das Wort „Therapie“ seiner Herkunft nach nicht als „heilen“ oder „ändern“, sondern als „zum Gedeihen brin-

58 gen, dass etwas so sein kann, wie es ist“.⁴ Darin sieht er eine moralische Haltung, die auch dem psychoanalytischen Arbeiten zugrunde liege: „Eine Haltung der Bereitschaft, offen dafür zu sein, dass jemand einen Weg für sich findet und geht, den ich nicht zu bewerten und zu beurteilen habe.“ An anderer Stelle: „Es soll ein unabdingbares Recht sein, dass alle Menschen mit ihrem Anliegen, ihrer Geschichte und ihren Fragen zu Wort kommen und Gehör finden können“⁵.

Weiter hegt David Bürgi den Zweifel, ob das, was der Patient sucht, tatsächlich dem entspricht, was ich als Analytikerin zu bieten habe, und ob wir ein Recht haben, Hilfesuchende zu einer Therapie zu „verführen“ oder, wie Freud zitiert wird, „den Patienten zu erobern“ und „ihn an der Arzt zu attachieren“. „Wird damit nicht das Unsichere und Unentschiedene, das die therapeutische Beziehung und Arbeit mitbestimmt, gewaltsam entschieden?“

Mit dieser Frage drückt er seine Befürchtung aus, der Therapeut könnte seine Position und sein Wissen dazu (miss-)brauchen, dem Hilfesuchenden etwas zu „verkaufen“, was dieser weder sucht noch will.

Die meisten Patienten – auch die, die nicht von jemandem „geschickt“ werden – kommen vordergründig mit dem Wunsch, von ihrem Leiden befreit zu werden und hoffen durch unsere Hilfe auf eine rasche Besserung des Leidens. Die wenigsten haben Vorstellungen darüber, wie eine (analytische) Psychotherapie verläuft, was über eine unterstützende Begleitung hinaus angeboten wird. Und doch machen wir nicht selten die Erfahrung, dass auch Menschen mit wenig Schulbildung dann, wenn sie sich akzeptiert fühlen, dem Nachdenken über sich selber einiges abgewinnen und sich auf einen Verstehensprozess und auf die therapeutische Beziehung einlassen können.

Als analytische Psychotherapeutin kann ich nicht anders als „analytisch“ zuhören, denken und arbeiten. Also werde ich auch den Patienten, die nicht mit einem „persönlichen Anliegen“ und einer „klar definierten Problematik, an der sie etwas ändern wollen“ zu mir kommen, die therapeutische Offenheit entgegenbringen, die nötig ist, um ihr Anliegen zu verstehen, und werde ihnen meine Art, therapeutisch zu arbeiten, anbieten.

Dazu zwei Beispiele:

1) Vor einiger Zeit hat mich ein Student aufgesucht, der von seinem immer stärker werdenden Unbehagen, vor Publikum zu reden, befreit werden wollte. Dieses sei immer drängender und störender aufgetreten und beschäftige ihn sehr. Nach einer ersten Sitzung, in der er mir das Problem klar geschildert hatte, äusserte er sehr enttäuscht, ich hätte ihm gar nicht geholfen, keine Anweisungen oder Ratschläge gegeben, wie er mit dem Problem umgehen könne. Er schien tatsächlich sehr perplex und negativ überrascht zu sein, wie die Stunde verlaufen war, anscheinend hatte er eine Vorstellung von Therapie als verhaltensändernder Massnahme. Nach der Klarstellung, dass in meiner Arbeitsweise meistens weder Ratschläge noch sonst Verhaltensanweisungen Platz finden würden, sondern dass sie darin bestehen würde, mit ihm gemeinsam zu verstehen zu versuchen, womit seine Hemmungen zusammenhängen, stellte ich ihm zur Wahl, noch einige Male zu mir zu kommen oder andere Therapieformen zu suchen. Er entschied sich nach fünf Sitzungen, die Therapie weiterzuführen und kommt nun sogar ziemlich gerne. Seine Exhibitions hemmung ist immer noch vorhanden, wird aber fast nicht mehr zum Thema gemacht.

2) Eine Frau, Mitte 60, meldete sich an, weil sie vom Pflegen der alten, sterbenden Mutter erschöpft sei und sie nicht mehr ein und aus wisse. Sie habe in ihrem Leben noch nie psychologische Unterstützung gebraucht und nie daran gedacht, eine solche in Anspruch zu nehmen. Vom ersten Gespräch an fühlt sie sich wohl, blieb mehrere Jahre, in denen sie sich vor allem mit ihrer langjährigen Ehe und dem Familienleben auseinandersetzt und ihre Tendenz, alle Menschen wichtiger zu nehmen als sich selber, reflektiert und daran *arbeitet*.

In Punkt 3 stellt David Bürgi mit Erstaunen, ja fast mit Erschrecken fest, dass sich die innere Realität des Patienten ganz entschieden von der äusseren Wirklichkeit unterscheiden kann. Der Gedanke, dass er es oft nur mit „inneren Welten und Phantasien“ statt „mit einem Erleben und Verhalten gegenüber Realitäten“ zu tun habe, verunsichert ihn sehr. Er sei der Überzeugung, man

60 *könne einen Menschen nur verstehen, wenn man sich auch ein adäquates Bild von seinen wichtigen sozialen Realitäten machen könne.*

Als Beispiel erwähnt er Gespräche mit den jeweiligen Partnern von Patienten, die er regelmässig sieht und die ihm die Situation vollkommen anders schildern, als er sie vom Patienten selber gehört hat. Ich mache nicht selten analoge Erfahrungen im Zusammenhang mit Therapien von Jugendlichen, bei denen die Eltern involviert sind. Auch hier kann die Wahrnehmung der äusseren Realität durch die Beteiligten ziemlich krass voneinander abweichen. Andererseits stellen Patienten nicht selten selber fest, dass ihre Einschätzung der äusseren Realität sich enorm von der ihrer nächsten Umgebung unterscheidet. Immer dann, wenn wir als Therapeuten mit der realen Welt des Patienten konfrontiert sind, können starke Diskrepanzen auffallen nicht nur zur Realität, die durch den Patienten geschildert wurde, sondern auch zum Bild, das ich mir als Therapeutin von dieser Wirklichkeit gemacht habe.

David Bürgi spricht dann von neurotischen Wahrnehmungs- und Erlebens-einschränkungen und fragt sich „wie stark der Wirklichkeitssinn des Menschen durch Unterschlagung, bzw. Verfälschung der Position des Anderen gestört“ sein könne.

Ich frage zurück: Gehören nicht alle Übertragungsphänomene, durch „Verkennung der Ähnlichkeit als Gleichheit“ (Patrik Casement) dazu? Prinzipiell bin ich mit der Psychoanalyse darin einig, dass für jeden Menschen zwei Arten von Realitäten existieren, nämlich eine „äussere“ und eine „innere“. Die äussere Realität wird so erlebt, wie die innere es zulässt; diese ist ihrerseits von früheren Erfahrungen und „der ständigen Tendenz geprägt, auch die Gegenwart im Sinne früherer Erfahrungen zu interpretieren“ (vgl. Casemant, a.a.O., s. 14).

Als Daseinsanalytikerin würde ich davon sprechen, dass die Diskrepanz zwischen den zwei Welten, der „inneren“ und der „äusseren“, durch das Mass der individuellen Hellhörigkeit für bestimmte ontologische Bedingungen mitbestimmt wird. Wenn jemand z.B. von der ontologischen Wahrheit stark betroffen ist, dass man im Leben immer wieder von äusseren Einflüssen abhängig ist, dann wird er

nicht nur bemüht sein, seinem ontologischen Wunsch entsprechend diese Wahrheit zu verneinen, indem er z.B. so autonom, unabhängig und autark wie möglich sein Leben führen wird, sondern auch die Tendenz haben, ganz konkret Abhängigkeiten in allen möglichen realen Situationen zu verkennen bzw. nicht wahrhaben zu wollen. Dies kann zu ebenso starren wie irrigen Überzeugungen führen wie etwa, er brauche nicht zu arbeiten, um sich den Lebensunterhalt zu sichern, oder nicht zu essen, um zu leben. Verkennungen gibt es aber auch in der umgekehrten Richtung, indem aufgrund einer überstarken Betroffenheit Abhängigkeiten nicht bagatellisiert, sondern im Gegenteil übertrieben stark erlebt werden. Dazu nochmals Casement: „Ein Therapeut muss daher Wege finden, beiden Realitäten – und obendrein dem konstanten Wechselspiel beider – Raum zu geben und zu ihrem Recht zu verhelfen“ (a.a.O., S. 14).

61

Nicht wenig erstaunt haben mich im letzten Seminar von Michael Ermann⁶ die folgenden Resultate seiner Studie über Kriegskinder in Deutschland: Bei den meisten Erwachsenentherapien von Menschen, die im 2. Weltkrieg in Deutschland ihre Kindheit verbracht haben, wurde das Thema Krieg und vor allem die Bedeutung dieser Zeit für das eigene Leben weder vom Patienten noch vom Therapeuten thematisiert. Noch viel weniger wurden traumatisierende Erfahrungen angegangen, war doch die emotionale Bedeutung der historischen Realität des Krieges aus dem Bewusstsein der Psychoanalytiker selber verbannt (Kollektive Verleugnung, kollektives Agieren).

Immer dort, wo eine übermächtig starke Abwehr bzw. eine überstarke Betroffenheit im Spiel ist, wo idealisiert, projiziert, verdrängt oder verleugnet wird, stimmen äussere und innere Wirklichkeiten auf auffallende Weise nicht mehr überein. Dazu ein Beispiel aus der Literatur: In der Geschichte „La petite fille de Monsieur Linh“ von Philippe Claudel wird der alte Monsieur Linh durch Kriege in seiner Heimat gezwungen, sein verwüstetes Land, wo er alle Familienmitglieder ausser seiner kleinen Enkelin verloren hat, zu verlassen. Durch die ganze Erzählung hindurch werden wir ihn als Leser bei seinen neuen Erfahrungen mit seiner kleinen Enkelin in der Fremde begleiten. Wir werden viel Mitgefühl für

62 diesen alten Mann, für sein akribisches Umsorgen des kleinen Babys empfinden, bis wir am Ende der Erzählung erfahren und davon erschüttert sein werden, dass es sich bei der kleinen Enkelin in Wirklichkeit nicht um ein lebendes Wesen handelt sondern um die Puppe, die er neben der toten Enkelin gefunden und die er in seiner Traumatisierung immer so behandelt hatte, als wäre sie die reale Enkelin.

In der Geschichte des „Monsieur Linh“ verfolgen wir als Leser das Bild der äusseren Realität des Alten, ohne daran zu zweifeln, dass sie stimmt. Es fällt uns allenfalls auf, dass das Kind selber nie zu Wort kommt. Der Autor schildert uns Monsieur Linh als besorgten, viel zu alten Grossvater, der sich im Exil, unter dramatischen Umständen und mit grossem Aufwand um seine viel zu junge Enkelin kümmern muss. Die Wahrheit über das wahre Wesen des kleinen Kindes, die uns in den letzten Seiten enthüllt wird, trifft uns mit nicht wenig Irritation. Erst im Nachhinein wird uns Unverständliches, Auffallendes (z.B. dass nie beschrieben wird, dass das kleine Kind weint oder stört) klar, begreifen wir das Verhalten des alten Mannes und erfassen seine psychische Situation.

In der therapeutischen Situation haben wir von Anfang an bessere Möglichkeiten, Verzerrungen der Realität auf die Spur zu kommen, indem wir genau hinhören, darauf achten, was uns auffällt, die Stimmung sowohl des Patienten wie auch die eigene erfassen, die Beziehung zwischen uns und dem Patienten reflektieren und nicht zuletzt in dem wir seine Träume auslegen.

David Bürgi fragt weiter: „Kann es aber noch Therapie sein, wenn der fragende und konfrontierende Blick auf das Verhältnis von Phantasie und Realität wegfällt? Oder anders gefragt: Was machen denn zwei Menschen in einer sog. Therapie, wenn diese Reibung mit der Wirklichkeit ausbleibt?“

Setzt man diese Inkongruenz zwischen Phantasie und Realität mit dem Mangel an Wissen über den Patienten gleich, dann kann eine geduldige und offene Haltung gegenüber dem Unbekannten und Verborgenen und somit Unverstandenen jedem Patienten zu Hilfe kommen. Denn: „Wer das Nicht-Wissen ertragen kann, begreift allmählich, dass therapeutische Kompetenz auch bedeutet, Gefühle der Unwissenheit oder Inkompetenz aushalten zu können. Ebenso ge-

hört dazu die Bereitschaft zu warten (und auch lange zu warten), bis etwas wahrhaft Relevantes und Bedeutungsvolles aufzutauchen beginnt“ (Casement, S. 17).

63

Bei Punkt 4 wirft David Bürgi – erstaunt darüber wie unklar, vielfältig und wechselhaft die Wünsche der Patienten hinsichtlich der Inanspruchnahme einer therapeutischen Hilfe sein können – die Frage auf, wie es sich verhält, wenn ein Patient nach überstandener Krise bzw. nach Besserung des Problems, das ihn in die Therapie geführt hat, sich aus dem therapeutischen Verhältnis lösen will. „Verhält er sich blinder, kranker, unvernünftiger, illusionärer als derjenige“, der bereit ist, sich auf eine längere Therapie einzulassen?

Damit werden zwei Möglichkeiten einander entgegengesetzt: Pragmatismus und Egoismus als Ausdruck von Lebenstüchtigkeit hier, Projekte der Emanzipation, der Individuation oder der Wahrhaftigkeit gegen sich selbst dort. „Viele Patienten wollen nicht sich selber besser kennen lernen, sie wollen in der Therapie eine Unterstützung erfahren, die in die richtige Richtung weist, und verzichten – es ist ihrem Stolz und Selbstwertgefühl zuträglicher – gerne auf die Unterstützung, wenn sie es sich wieder zutrauen, alleine gehen zu können.“ Diese Gegenüberstellung kulminiert in der Frage: „Hat sich nicht da, wo eine Therapie länger dauert, eine Abhängigkeitsbeziehung entwickelt, die zwar dem Therapeuten ein Gehalt einbringt, aber letztlich fürs Leben des Patienten wenig Produktives ausschlägt?“

Obwohl eine polemische und provokative Note unverkennbar ist, betrifft diese Art von Fragen unsere Arbeit, sie fordert uns zu unbequemen Reflexionen auf. In der Tat soll und kann nicht jeder Mensch bereit sein, sich auf eine analytische Arbeit einzulassen. Und wie dankbar und wohltuend sind für uns Therapeuten bestimmte Kriseninterventionen, bei denen es jemandem nach relativ kurzer Zeit viel besser geht, die Symptome verschwunden sind und der Patient zufrieden ist! Wollen diese Menschen dann mit der Therapie aufhören, sind sie ja aus ihrer Sicht im Recht. Sie wollen sich der Bewältigung des Alltags - die ja an sich heutzutage normalerweise schon genügend belastend sein kann - und ihren sonstigen Interessen widmen, glücklich dabei, ihre Funktionstüchtigkeit wieder erlangt zu

64 haben. Tägliches Funktionieren, wie Alice Holzhey in ihrem Aufsatz „Zurückgejagt in den Grund der Dinge – zum Unterscheid von neurotischem Elend und gewöhnlichen Unglück“ feststellt, hat in der Tat die Funktion „uns in einem spezifischen Sinne von uns selbst, nämlich der reflexiven Beschäftigung mit uns selbst abzulenken“ und uns in der „Dimension von Sinn“ aufhalten zu lassen.

In diesem Zusammenhang fragt David Bürgi, woher die Motivation zur therapeutischen Arbeit kommen soll, wenn der Leidensdruck verschwunden ist. Was haben wir dem Patienten dann noch anzubieten?

Niemand kann alleine, ohne die Hilfe eines anderen, etwas über die eigenen Selbsttäuschungstendenzen erfahren und dazu bieten wir in einer analytischen Therapie Gelegenheit. In vielen Fällen erkennen wir nämlich auch im Rahmen einer Krisenintervention hinter den konkreten unbewältigten Sorgen und Problemen, die zur Krise geführt haben, die besondere Problematik des Patienten, die auf den Kampf mit einer bestimmten ontologischen Wahrheit, für die er besonders hellhörig ist, verweist. Dieser Kampf, der zum Scheitern verurteilt ist, „tendiert dazu, sich endlos zu repetieren und dabei übermässig viel Energie zu verschlingen“ (Holzhey, ebd.). In solchen Fällen versuche ich, den Patienten zu motivieren, sich auf eine längere analytische Arbeit einzulassen, obwohl er sich mit den Resultaten der Gespräche im Moment durchaus zufrieden geben könnte.

„Wenn wir uns als Analytiker mit unseren Analysanden auf den langen Weg der Kur begeben“ – so drückt es Kläui aus – „gehen wir davon aus, dass ihr sich wiederholendes Scheitern damit zu tun hat, dass in ihrem Denken, Fühlen und Handeln etwas ihnen selbst Unbekanntes als ungelöste, ungehörte Frage insistiert“ (a.a.O., s. 44).

Unter dem Oberbegriff der Selbsterkenntnis unterscheidet A. Holzhey für die Daseinsanalyse „Erziehung zur Wahrheit gegen das eigene Sein“ und „Verzöhnung mit der *conditio humana*“ als Ziele einer analytischen Therapie. Daraus resultieren Veränderungen, die auch den konkreten Lebensvollzug betreffen. „Der Analysand soll zu einer grösseren Wahrhaftigkeit gegenüber dem eigenen Sein erzogen werden, um sein Erleben und Handeln für die ontisch-konkrete

Realität und ihre Anforderungen freizubekommen.“⁷ Dagegen lässt David Bürgi die Stimme von Hans Kunz zu Wort kommen, der aus grundsätzlichen Überlegungen gegen die Durchsetzung und Freilegung der Wahrheit im therapeutischen Rahmen plädiert. Wahrheit zerstöre mehr als dass sie heilen, fördern oder glücklich machen würde. David selber stösst sich überdies an der Rolle des „Erziehers“, die ihm durch Freuds Definition „Erziehung zur Wahrheit gegen sich selbst“, auf die sich auch Holzhey bezieht, zugewiesen wird. Er macht aber keine Vorschläge, welche andere Rolle er sich als Therapeut zuschreiben würde.

65

Als Ziel einer Therapie schlägt David „eine mit Sinnlichkeit verbundene Selbstoffenheit“ vor, eine „Selbstoffenheit in der Art, dass jemand sich in den Erfahrungen des Lebens selber haben kann, (...) dass er durch seine Erfahrungen um sich weiss“. Wodurch unterscheidet sich in der Sache selber diese Bestimmung des Zieles von dem, was A. Holzhey im Rahmen unseres Forschungsseminars als letzten idealtypischen Veränderungsschritt einer Therapie vorschlägt? „Der Patient gewinnt den Mut, sein Leben unter Akzeptierung unveränderlicher Seinsbedingungen als eigenes zu führen und die dabei auftauchenden Gefühle existentialer Angst, Schuld und Scham auszuhalten.“ Mir scheinen solche Definitionsstreitigkeiten an den konkreten durchaus berechtigten Fragestellungen vorbeizugehen. Es geht darum - so verstehe ich David Bürgi - herauszufinden, mit welchem Recht wir jemanden auf einem Weg begleiten, von dem wir nicht wissen können, wohin er führen wird. Sollen wir dem Patienten nicht einfach dabei behilflich sein, seine Funktionstüchtigkeit erneut zu erlangen, ohne sein ganzes Leben in Frage stellen zu müssen? Der therapeutische Prozess ist etwas „Schwebendes“, „Unfassbares“, Vorläufiges – da gebe ich ihm Recht! Die analytische Arbeit ist „eine Bewegung des Suchens, die das Nicht-Wissen konstitutiv voraussetzt, weil sie die Kluft zwischen Ursache und Wirkung, zwischen Unbewusst und Bewusst nie schliessen kann“(Kläui, S. 55).

Alois Hicklin drückt das so aus: „Der Beruf und die Arbeit des Psychotherapeuten sind nicht darauf ausgerichtet, Gewissheit zu erlangen, sondern zu fragen – sich selbst und den Patienten. Und das Allerschwierigste ist vielleicht,

66 diesen Mangel an Gewissheit zu ertragen und dabei nicht etwa in Resignation das Fragen aufzugeben.“⁸

Welche Ziele, Wünsche, Hoffnungen und Überzeugungen, verbinden wir mit einer Therapie? – will David Bürgi weiter wissen. Vielleicht die Erfahrung, dass es sich in vielen Fällen lohnt, daran zu bleiben!

- 1) Publiziert im Bulletin 2010.1
- 2) Sigmund Freud (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. Studienausgabe Ergänzungsband, Frankfurt a. Main, 1975, S. 338.
- 3) Patrick Casement, Vom Patienten lernen, Stuttgart 1989, S. 41. Dieses Buch war mir am Anfang meiner therapeutischen Tätigkeit sehr hilfreich. Um auf David Bürgis Aufsatz zu antworten, habe ich es wieder hervorgegriffen und darin erneut viele Anregungen und Präzisierungen gefunden.
- 4) Cristian Kläui, Psychoanalytisches Arbeiten, Bern 2008, S. 19.
- 5) Ders., a.a.O., S. 19.
- 6) Das Seminar hat am 8. Januar 2011 im daseinsanalytischen Seminar stattgefunden.
- 7) Alice. Holzhey, Daseinsanalyse. In: A. Längle, A. Holzhey, Existenzanalyse und Daseinsanalyse, Wien 2008, S. 327.
- 8) Alois Hicklin, Die psychotherapeutische Haltung, in: Daseinsanalyse 1993; 10: S. 192.