

Unverkäufliche Leseprobe aus:

**Uwe Henrik Peters**  
**Übertragung – Gegenübertragung**  
Geschichte und Formen der Beziehungen zwischen  
Psychotherapeut und Patient

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwendung von Text und Bildern, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags urheberrechtswidrig und strafbar. Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Übersetzung oder die Verwendung in elektronischen Systemen.

© S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main

## *Inhalt*

Einleitung .....	9
Entwicklung und Erkennung einer besonderen psychotherapeutischen »Beziehung« in der Geschichte der dynamischen Psychotherapie .....	11
Beziehungen zwischen Exorzisten und Besessenen ..	12
Beziehungen zwischen Hypnotiseur und Hypnotisier-tem: »Rapport« .....	17
»Rapport« und »Übertragung« in den Anfängen der Psychoanalyse .....	23
Breuers Übertragungsliebe gegenüber Anna O. ....	25
Freuds eigene Übertragungen .....	32
Weitere Entwicklung der Übertragung in der Theorie Freuds .....	38
Negative Übertragung .....	45
C. G. Jungs theoretische Erörterungen zur Übertragung ..	46
Übertragungsliebe .....	50
Gegenübertragung .....	54
Übertragungsneurosen .....	59
Übertragung bei den narzistischen Neurosen .....	62
Übertragungpsychose .....	64
Multilaterale (= multipersonale) Übertragung .....	66
Mehrdimensionale Übertragung .....	66
Technische Handhabung in der Psychoanalyse .....	67
Die psychotherapeutische Beziehung in nicht-analytischen Psychotherapien .....	69
Psychotherapeutische Beziehung in der Gesprächstherapie	70
Psychotherapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie	71
Das Präcox-Gefühl – eine für Schizophrenie spezifische Gegenübertragung? .....	74
Übertragungähnliche Gefühlsreaktionen .....	76
Zusammenfassung und Schluß .....	78
Literaturverzeichnis .....	83
Personen- und Sachregister .....	92

## *Einleitung*

Zur Definition der Übertragung schreibt FREUD in seiner Abhandlung *Zur Dynamik der Übertragung*:

»Machen wir uns klar, daß jeder Mensch durch das Zusammenwirken von mitgebrachter Anlage und von Einwirkungen auf ihn während seiner Kinderjahre eine bestimmte Eigenart erworben hat, wie er das Liebesleben ausübt, also welche Liebesbedingungen er stellt, welche Triebe er dabei befriedigt, und welche Ziele er sich setzt. Das ergibt sozusagen ein Klischee (oder auch mehrere), welches im Laufe des Lebens regelmäßig wiederholt, neu abgedruckt wird, insoweit die äußeren Umstände und die Natur der zugänglichen Liebesobjekte es gestatten, welches gewiß auch gegen rezente Eindrücke nicht völlig unveränderlich ist. Unsere Erfahrungen haben nun ergeben, daß von diesen das Liebesleben bestimmenden Regungen nur ein Anteil die volle psychische Entwicklung durchgemacht hat; dieser Anteil ist der Realität zugewendet, steht der bewußten Persönlichkeit zur Verfügung und macht ein Stück von ihr aus. Ein anderer Teil dieser libidinösen Regungen ist in der Entwicklung aufgehalten worden, er ist von der bewußten Persönlichkeit wie von der Realität abgehalten, durfte sich entweder nur in der Phantasie ausbreiten oder ist gänzlich im Unbewußten verblieben, so daß er dem Bewußtsein der Persönlichkeit unbekannt ist. Wessen Liebesbedürftigkeit nun von der Realität nicht restlos befriedigt wird, der muß sich mit libidinösen Erwartungsvorstellungen jeder neu auftretenden Person zuwenden, und es ist durchaus wahrscheinlich, daß beide Portionen seiner Libido, die bewußtseinsfähige wie die unbewußte, an dieser Einstellung Anteil haben.

Es ist also völlig normal und verständlich, wenn die erwartungsvoll bereitgehaltene Libidobesetzung des teilweise Unbefriedigten sich auch der Person des Arztes zuwendet. Unserer Voraussetzung gemäß, wird sich diese Besetzung an Vorbilder halten, an eines der Klischees anknüpfen, die bei der betreffenden Person vorhanden sind, oder, wie wir auch sagen können, sie wird den Arzt in eine der psychischen ›Reihen‹ einfügen, die der Leidende bisher gebildet hat. Es entspricht den realen Beziehungen zum Arzte, wenn für diese Einreihung die Vater-Imago (nach JUNGS glücklichem Ausdruck) maßgebend wird. Aber die Übertragung ist an dieses Vorbild nicht gebunden, sie kann auch nach der Mutter- oder Bruder-Imago usw. erfolgen. Die Besonderheiten der Übertragung auf den Arzt, durch welche sie über Maß und Art dessen hinausgeht, was sich nüchtern und rationell rechtfertigen läßt, werden durch die Erwägung verständlich, daß eben nicht nur die bewußten Erwartungsvorstellungen, sondern auch die zurückgehaltenen oder unbewußten diese Übertragung hergestellt haben.« (GW VIII, 364–366).

FREUDS Umschreibung der Übertragung hat bis heute nichts an Klarheit eingebüßt. Dennoch erscheint es notwendig, auf einige Einzelheiten besonders hinzuweisen. Hierzu gehört, daß der Übertragungsvorgang für den Betreffenden selbst unbewußt bleibt. Die Übertragungsinhalte sind dagegen bewußt. Für den psychoanalytischen Prozeß ist wichtig, daß die Herkunft der Übertragungen durch diesen Vorgang selbst bereits in die Nähe des Bewußtseins gerückt ist. Es ist ein wichtiger Teil der psychoanalytischen Therapie geworden, die Ursprünge von Übertragungen bewußt werden zu lassen – und die Widerstände, die sich einem Bewußtwerden entgegenstellen. Jede Übertragungsanalyse ist daher zugleich auch eine Widerstandsanalyse.

Übertragung ist aber auch mit Regression verbunden. Hier sind die Zusammenhänge wechselseitig. In der »klassischen« psychoanalytischen Technik liegt der Patient auf der Couch, während der Therapeut aufrecht sitzt. Dies entspricht der normalen Haltung eines Säuglings gegenüber einem Erwachsenen, so daß durch die Herstellung dieser Situation die Herausbildung von an die Kindheit anknüpfenden Übertragungen provoziert wird. Übrigens schon dadurch unterscheidet sich die Übertragungs-Situation der psychoanalytischen Therapie deutlich gegenüber den Übertragungs-Verhältnissen, die sich in anderen Psychotherapien zwischen Therapeut und Patient, zwischen Arzt und Patient oder zwischen verschiedenen Menschen untereinander herausbilden. Regression ist in diesem Bereich der Therapie erwünscht, weil dann am ehesten Wiederholungen, Affekte und ungelöste Konflikte der infantilen Neurose zum Ausdruck gebracht werden. Der »Regression« in der Haltung entspricht daher auch eine »Regression« in der Therapie, die in sich speziell psychoanalytisch ist.

Nachdem sich Übertragungen eingestellt haben, macht sich beim Patienten eine Neigung zum Agieren, zum Ausleben verdrängter infantiler Wünsche, zu ihrer sozialen Realisierung bemerkbar, die mit dem Wiederholungszwang zusammenhängt. Diese Verhaltensweise ist vom Standpunkt der Therapie aus unerwünscht, weil damit die Übertragungen in den Dienst des Widerstandes gestellt werden. Ihre Prozesse sollen daher lieber erkannt und in Worte gefaßt als ausgelebt werden.

Die Übertragungsvorgänge haben durch FREUD ein so klares Bild erhalten, daß nicht nur Psychoanalytiker, sondern auch viele

andere übersehen, daß es ganz ähnliche Vorgänge auch schon in den vor-analytischen, ja selbst in den ältesten Psychotherapien gab und daß es auch heute außerhalb der psychoanalytischen Therapie ähnliche, aber nicht identische Vorgänge gibt. Für sie alle den Ausdruck »Übertragung« zu verwenden, hieße das Spezielle gerade der analytischen Situation zu verwischen.

Dieses Buch trägt zwar den Titel Übertragung-Gegenübertragung, weil der Gedanke darin seine am weitesten verbreitete und klarste Ausformung gefunden hat. Die Darstellung erstreckt sich aber auf den breiteren Rahmen der besonderen »psychotherapeutischen Beziehung«, die sich bei jeder längeren Behandlungsdauer zwischen Psychotherapeut und Patient entwickelt, ganz gleich, welches ihre Technik oder Theorie ist, und ganz gleich, ob die Therapeuten es selbst anerkennen oder nicht.

Unsere Darstellung beginnt daher mit einer kurzen ideengeschichtlichen Darstellung der psychotherapeutischen Beziehung. Einerseits macht die historische Perspektive es leichter, aus den Problemen der Gegenwart herauszutreten und sie dann mit neuen Augen zu betrachten. Andererseits ist aber auch schon die Kenntnis der älteren Entwicklungen verlorengegangen – so daß dann Übertragung zugleich als etwas ganz Neues, Einzigartiges und Allgemeines erscheint –, obwohl FREUD selbst und andere immer wieder auf sie hingewiesen haben. Schließlich versucht das Buch, auf übertragungähnliche Beziehungen auch außerhalb aller Psychotherapien hinzuweisen und darauf, was unter dem Begriff der Übertragung alles verstanden werden kann.

### *Entwicklung und Erkennung einer besonderen psychotherapeutischen »Beziehung« in der Geschichte der dynamischen Psychotherapie*

In der psychotherapeutischen Beziehung werden Erinnerungen und Gefühle von Arzt und Patient in einer zunächst für beide schwer überschaubaren Weise ineinander verwoben. Es ist daher einerseits nicht verwunderlich, daß derartige Erscheinungen erstmalig auftraten, als Therapeut und Patient anfingen, in eine engere Relation zueinander zu treten, und ebensowenig, daß dies beiden lange verborgen blieb. Die Geschichte dieser engeren Arzt-Patienten-Beziehungen ist aber auch deshalb von Interesse, weil darin besonders deutlich wird, daß man es bei dem, was

heute allgemein Übertragung-Gegenübertragung heißt, nicht mit einem isolierten psychoanalytischen Problem zu tun hat.

Wir haben keinen Grund zu der Annahme, daß es in früheren Jahrhunderten nicht zu einer engen Beziehung zwischen Arzt und Patient mit Übertragungscharakter gekommen ist, wenn nur die Bedingung erfüllt wurde, daß es sich um eine länger dauernde Beziehung und um eine psychotherapeutische Einwirkung handelte. Es fehlen aber anschauliche Berichte darüber.

### *Beziehungen zwischen Exorzisten und Besessenen*

Eine frühe und enge Beziehung zwischen Heiler und Krankem tritt im Exorzismus deutlicher zutage. Exorzismus setzt die Krankheitslehre der Besessenheit voraus, die bei vielen Völkern in vielen Teilen der Welt (allerdings nicht überall) und vom Altertum bis ins 19. Jahrhundert eine fast universelle Gültigkeit besaß und somit eine der dauerhaftesten und offenbar auch brauchbarsten Krankheitstheorien darstellt. Erst durch die Einwirkung der Aufklärung verschwanden die Besessenheitsvorstellungen allmählich, ohne doch bis in die Gegenwart ganz ohne Bedeutung zu sein. Nach dieser Krankheitstheorie ist Krankheit (körperliche oder psychische) auf böse Geister zurückzuführen, die in den Körper des Kranken eingedrungen sind. Der Kranke erlebt die Krankheit selbst als eine Art intrapsychischen Parasitismus (T. K. ÖSTERREICH, 1921). Als eine der denkbaren Therapieformen kann die Austreibung der eingedrungenen Geister mit geistigen Mitteln gelten. Tatsächlich ist dieses Vorgehen – neben anderen Methoden – seit dem Altertum und bei vielen Völkern üblich gewesen und hat in der katholischen Kirche als Exorzismus eine offiziell anerkannte Funktion gehabt. Es darf davon ausgegangen werden, daß die exorzistische Technik im Laufe der Jahrhunderte – obwohl im Kern gleichbleibend – verschiedene Wandlungen durchgemacht hat, daß aber das jeweilige Verfahren sich am besten auf die jeweilige soziokulturelle Situation einstellt und damit auch den Bedürfnissen des Einzelindividuums (zeitgebunden wie es ist) am meisten entgegenkommt. An dieser Stelle interessiert hauptsächlich die sich dabei ergebende Beziehung zwischen Exorzist und Besessenem. Es wird dabei sichtbar, daß der Exorzismus bereits eine gut strukturierte Form der Psy-

chotherapie darstellt. Ihre grundlegenden Merkmale sind nach ELLENBERGER (1973) folgende:

»Der Austreiber spricht gewöhnlich nicht in seinem eigenen Namen, sondern im Namen eines höheren Wesens. Er muß zu diesem höheren Wesen und zu seinen eigenen Fähigkeiten absolutes Vertrauen haben, ebenso muß er von der Realität der Besessenheit und des besitzergreifenden Geistes absolut überzeugt sein. Im Namen des höheren Wesens, das er vertritt, spricht er den Eindringling feierlich an. Dem Besessenen spricht er Mut zu; seine Drohungen und Ermahnungen richtet er nur an den Eindringling. Die Vorbereitung des Austreibers auf seine Aufgabe ist schwierig und dauert lange, oft muß er auch beten und fasten. Die Austreibung soll, wenn irgend möglich, an einem heiligen Ort, in einer strukturierten Umgebung und in Gegenwart von Zeugen stattfinden, zugleich muß man Ansammlungen Neugieriger vermeiden.

Der Austreiber muß den Eindringling zum Sprechen bringen, und nach langem Hin- und Herreden wird manchmal ein Handel abgeschlossen. Die Austreibung ist ein Kampf zwischen Austreiber und dem eingedrungenen Geist – oft ein langer, schwieriger und verzweifelter Kampf, der manchmal tage-, wochen-, monate- oder sogar jahrelang fortgesetzt werden muß, bevor ein vollständiger Sieg erreicht werden kann. Nicht selten erlebt der Austreiber eine Niederlage; er ist ständig in Gefahr, selbst von dem Geist besessen zu werden, von dem er den Patienten eben befreit hat . . .« (S. 37f.).

Aus heutiger Sicht erscheint es als wesentlich, daß sich eine eventuell über Jahre dauernde Beziehung zwischen Exorzist und Besessenem herstellen konnte. Dabei ermöglicht die Teilung der Beziehung auf zwei verschiedene Ebenen einen Austausch von Gefühlen und Gedanken ohne die Hemmungen und Beschränkungen der jeweiligen Konvention. Der Besessene spricht einerseits als vernünftiges soziales Wesen, hat aber mit Hilfe des vermeintlich in seinem Leibe wohnenden bösen Geistes eine zweite Stimme, die keinen Beschränkungen unterliegt. Aber auch der Exorzist redet mit der einen Stimme dem Besessenen Mut zu und kann zugleich mit anderer Stimme auf die Gedanken und Gefühle des Besessenen (vermeintlich: der eingedrungenen Geister) Einfluß nehmen. Es wird auch dem heutigen Psychotherapeuten einleuchten, daß diese sich aus der Theorie ergebende technische Möglichkeit ungeheuere Vorteile bietet. Verständlicherweise ist dieses System nur funktionsfähig, wenn Besessener *und* Exorzist fest von der Realität (der zugrunde liegenden Krankheitstheorie) überzeugt sind, und allein aus diesem Grunde heute nicht mehr anwendbar. Eine der eindrucksvollsten Beschreibungen bezieht sich zwar schon auf die Neuzeit, läßt aber vielleicht deswegen

Strukturelemente der Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient deutlicher sichtbar werden. Es handelt sich um den berühmten Exorzismus, der über zwei Jahre hin und am Ende erfolgreich (1842/43) vom Pastor JOHANN CHRISTOPH BLUMHARDT (1805–1880) an der GOTTLIEBIN DITTUS vorgenommen wurde.<sup>1</sup> Pastor BLUMHARDT hatte erst vier Jahre vor der Austreibung, als er 33 Jahre alt war, die Pfarre in Möttlingen im Schwarzwald übernommen. Es wird berichtet, daß die GOTTLIEBIN DITTUS schon in dieser Zeit sein beliebtestes Pfarrkind war. Als er die Pfarre antrat, war sie 24 Jahre alt. Die Besessenheit der Gottliebin ist aus heutiger Sicht als hysterische Symptomneurose zu klassifizieren. Die »besondere Beziehung« wird schon im Vorfeld des Exorzismus durch die Bezeichnung »liebstes Pfarrkind« deutlich. Sie bleibt dauernd erhalten, denn die Gottliebin trat später »an Kindes Statt« lebenslang in die Familie von Pfarrer BLUMHARDT ein, was schon V. v. WEIZSÄCKER (1926) zu der Bemerkung veranlaßte: »Diese Auflösung bedeutet einen Sieg BLUMHARDTS über die Hysterie, einen Sieg der Gottliebin über BLUMHARDT.« Der Preis für die Heilung war die lebenslängliche Bindung, allerdings hier mit gegenseitigen Vorteilen, da BLUMHARDT aus dem gelungenen Exorzismus außerordentliches Ansehen als Geistlicher gewann.

Man kann ferner darauf hinweisen, daß die »Beziehung« zwischen einem gerade in den mittleren Jahren befindlichen Manne und einem hysterischen Mädchen hergestellt wurde, bei der beide auch die darin enthaltene sexuelle Note offensichtlich übersahen und darum arglos vor der Öffentlichkeit ausbreiteten. Solche Beziehungen ergeben sich nicht eben selten im Bereich der dynamischen Psychiatrie. Wir finden sie auch bei der Beziehung CHARCOTS zu seinem bevorzugten Demonstrationsobjekt BLANCHE WITTMANN, »Königin der Hysterikerinnen« genannt. Aber auch BREUERS Beziehung zu Anna O. entspricht dem gleichen Modell, wie später im einzelnen zu zeigen sein wird. Schließlich ist auch innerhalb der gegenwärtigen Antipsychiatrie die Beziehung zwischen R. LAING beziehungsweise J. BERKE und ihrem »berühmtesten Fall« MARY BARNES deutlich nach dem Muster eines nicht durchschauten Übertragungs-Gegenübertra-

<sup>1</sup> BLUMHARDTs eigene Darstellung wird unter dem Titel »Blumhardts Kampf« vom Verlag Goldene Worte, Stuttgart-Sillenbuch 1976, in 14. Auflage verbreitet.

gungs-Verhältnisses zwischen Therapeut und hysterischer Patientin, die sich hier zeitgemäß in die Rolle einer Schizophrenen eingelebt hat, geformt (U. H. PETERS, 1977). Die Natur solcher Beziehungen wird nach diesen Vorbemerkungen ohne weitere Kommentare in dem anschaulichen Bericht BLUMHARDTS deutlich.

»Gottliebin Dittus ist ledig, ohne Vermögen, 28 Jahre alt, und bewohnt seit vier Jahren gemeinschaftlich mit drei gleichfalls ledigen Geschwistern, unter welchen ein halbblinder Bruder, sämtlich älter als sie, ein geringes Parterrelogis in Möttlingen.« Dort war BLUMHARDT am 31. 7. 1838 Pfarrer geworden. Es kam schon bald zu merkwürdigen Erscheinungen. Die Gottliebin hörte manches Unheimliche im Haus und fiel beim Tischgebet bei den Worten »Komm, Herr Jesus« bewußtlos zu Boden. Als sie Dezember 1841 bis Februar 1842 krank war, begann ihr besonderes Verhältnis zu BLUMHARDT, »indem sie, wenn sie mich sah, beiseite blickte, meinen Gruß nicht erwiderte, wenn ich betete, die vorher gefalteten Hände auseinanderlegte«. Also eine Provokation, die bereits des jungen Pfarrers Aufmerksamkeit und Ehrgeiz erregte. Dann wurde von Visionen erzählt, welche die Gottliebin hatte. Es traten Ohnmachten auf, in denen sie wie gestorben wirkte, schließlich kamen Krämpfe, offensichtlich hysterische Anfälle: »Ihr ganzer Leib zitterte, und jeder Muskel am Kopf und an den Armen war in glühender Bewegung, wiewohl sonst starr und steif. Dabei floß häufig Schaum aus dem Mund.« Ein anderes Mal: »Sie verdrehte die Arme, beugte den Kopf seitwärts und krümmte den Leib hoch empor, und Schaum floß abermals aus dem Munde.« Der junge Pfarrer kam öfter und sah in Begleitung anderer »den schrecklichen Konvulsionen zu«. Eines Tages sprach er der Bewußtlosen ins Ohr, sie solle beten »Herr Jesu, hilf mir«. Sie erwachte nach wenigen Augenblicken, tat wie geheißen und war sofort ohne Krämpfe und Beschwerden. Dieser Augenblick des völlig unerwarteten Erfolgslebnisses des Pfarrers entschied über das weitere Leben beider. »Dies war der entscheidende Zeitpunkt, der mich mit unwiderstehlicher Gewalt in die Tätigkeit für die Sache hineinwarf. Ich hatte vorher auch nicht den geringsten Gedanken daran gehabt.« Er hinterließ beim Fortgehen, man solle ihn rufen, wenn die Krämpfe wiederkehren sollten. Das war bereits denselben Abend um zehn Uhr der Fall. Dasselbe Verfahren wurde mit demselben

Erfolg angewendet, jedoch wurde es immer häufiger notwendig. Dann fing eine verstorbene Frau, die sie zuvor wiederholt als Vision gesehen hatte, an, aus ihrem Munde zu sprechen, sie habe zwei Kinder gemordet, der Teufel sei bei ihr. Einige Tage später wiederholte sich das, drei, dann sieben, schließlich vierzehn Dämonen fuhren aus, später waren es Hunderte und Tausende. Der Pfarrer, der kein exorzistisches Ritual, sondern nur Zwiesprache mit den Dämonen, Gebet und Fasten anwendete, war immer wieder erfolgreich, jedoch mußte er stets spätestens nach einigen Tagen von neuem beginnen, manchmal mußte er die ganze Nacht bleiben. Jedes Mal hoffte er, sie werde jetzt das letzte Mal seiner Hilfe bedürfen. Der »Kampf« dauerte aber zwei Jahre, in denen nicht nur Krämpfe bestanden, sondern auch mancher Fremdkörper von BLUMHARDT aus dem Körper der Gottliebin entfernt werden mußte. Endlich am 28. 12. 1843 trat das dramatische Ende des Kampfes ein. »Da dröhnte aus der Kehle des Mädchens zu mehreren Malen, ja wohl eine Viertelstunde andauernd, nur ein Schrei der Verzweiflung, mit einer erschütternden Stärke, als müßte das Haus zusammenstürzen.« Nach diesem »Urschrei« trat »ein so starkes Zittern« auf, als wollten sich alle Glieder voneinander abschütteln. Schließlich brüllte um zwei Uhr morgens der »Satansengel« aus ihr »mit einer Stimme, die man kaum bei einer menschlichen Kehle für möglich halten sollte . . . ›Jesus ist Sieger!‹. Um acht Uhr morgens war sie endgültig und für dauernd von allen Geistern und Dämonen frei. Auch in diesem Ende wird die Parallele zu JANOVs (1973, 1974, 1975, 1976) Primärtherapie noch einmal deutlich.

Die besondere Beziehung zwischen Exorzist und Besessenem läßt somit schon alle Elemente einer psychotherapeutischen Beziehung erkennen. Es gibt eine primäre, unbewußte Anziehung, von der später gesagt wird, daß sie sich nach der Vater-Mutter-Geschwister-Imago richtet. Es entsteht eine langanhaltende, im engeren Sinne therapeutische Beziehung, deren besondere Struktur, wie man heute sagen würde, es erlaubt, unbewußtes Material frei zu äußern. Der Therapie-Erfolg bleibt nicht aus, die Lösung von persönlicher Übertragung und therapeutischer Beziehung gelingt jedoch nicht (über Versuche dazu wird leider nichts berichtet). Aber der ganze Vorgang bleibt für alle Beteiligten und also auch für den Therapeuten noch völlig im verborgenen, obwohl sein Vorhandensein das tragende Element der The-

rapie ist. Die Struktur der exorzistischen Technik schafft einerseits die Nähe, andererseits die Distanz zwischen Therapeut und Patient, was bis heute eine Funktion jeder psychotherapeutischen Technik geblieben ist, allerdings damals in seiner Bedeutung auch noch völlig unerkannt war.

### *Beziehung zwischen Hypnotiseur und Hypnotisiertem: „Rapport“*

Deutlich wird das Phänomen der psychotherapeutischen Beziehung, als mit der Entwicklung der Hypnose und ihrer Vorläufer die immaterielle Beziehung zwischen Arzt und Patient zum Hauptinhalt einer Krankenbehandlung wird. Dies wird schon bei MESMER und den frühen Magnetiseuren deutlich, als mit den ersten Erfahrungen auch schon von MESMER der bis heute gebrauchte Begriff *Rapport* geprägt wird, von dem FREUD viel später sagt, er stelle den »Prototyp der Übertragung« dar, womit FREUD sein Übertragungs-Gegenübertragungs-Modell übrigens deutlich an der Hypnotherapie orientierte. MESMER war tatsächlich der erste, der diese psychotherapeutische Beziehung systematisch zu Behandlungszwecken ausnutzte, freilich immer noch, ohne den Vorgang im einzelnen ganz zu durchschauen.

Es ist nicht ganz klar, was MESMER dazu veranlaßte, diesen Begriff zu wählen. ELLENBERGER vermutet, die Bezeichnung entstamme der physikalischen Sprache der damaligen Zeit, was nicht recht überzeugend ist. MESMER, der Französisch als seine Hauptsprache benutzte, fand das Wort in der Bedeutung des militärischen Berichts, aber auch des ärztlichen Gerichtsgutachtens vor. Möglicherweise wollte er schon das Übergehen von Information deutlich machen. Die Bezeichnung ist noch heute in Gebrauch, hat aber nach Verlassen der Hypnose als alleiniger Therapieform und auch des dazugehörigen Lehrgebäudes seine alte Bedeutung verloren. Heute bezeichnet *„Rapport“* nur noch die während einer Hypnose bestehende Bewußtseinsbeziehung zwischen Hypnotherapeut und Patient.

MESMER lehrt schon ganz explizit, daß man als Vorbedingung für eine magnetische (= hypnotische) Behandlung eine (gefühls-mäßige) *„Einstimmung“* mit dem Patienten herstellen müsse, den *„Rapport“*. Dies meint zunächst nicht mehr, als daß zwischen Arzt und Patient das Gefühl gegenseitigen Verstehens und Vertrauens auf einer averbalen Mitteilungsebene entstehen müsse,

eine Reflexion, die für die damalige Medizin aber völlig neu ist. Erst fast 150 Jahre später meint EUGEN BLEULER (1911) etwas Ähnliches, wenn er feststellt, er habe durch intensives Zusammenleben mit den viele Jahrzehnte für unverständlich gehaltenen Schizophrenen einen »affektiven Rapport« herstellen können. In der weiteren Entwicklung des animalischen Magnetismus wurde dann aber bald deutlich, daß *Rapport* das zentrale Phänomen darstellt. Man beobachtete, daß der Einfluß des Therapeuten weit über die magnetische Sitzung hinausging und nicht nur die 1787 erstmalig beschriebenen posthypnotischen Aufträge beinhaltete. Der Begriff *réciprocité magnétique* hebt die *wechselseitige* Beeinflussung von Therapeut und Patient schon deutlich heraus. BURDIN und DUBOIS warnen aus diesen Gründen 1841 vor zu häufigen und zu lange fortgesetzten Sitzungen. Aber auch das Problem, ob es möglich sei, den Einfluß des Therapeuten so weit auszudehnen, daß der Patient unmoralische Handlungen ausführe, ist zum damaligen Zeitpunkt bereits vorhanden und vermag bis heute Romane und Fernsehsendungen zu füllen. Was aber damals wie heute wenig verstanden bzw. wenig beachtet wurde, ist, wie der Hypnotiseur selbst auf die Hypnose und seinen Patienten reagiert. Es übte damals schon die Wiederholung der Hypnose auch auf den Hypnotiseur eine besondere Anziehung aus. Auch heute kann man noch aus der großen Leidenschaft und oftmals Einseitigkeit und Ausschließlichkeit, mit der manche Hypnotherapeuten Hypnosen durchführen, schließen, daß diese Therapieform auch ihnen selbst eine Genugtuung verschafft, die sie selbst nicht oder nur mangelhaft durchschauen. Solche »Hypnotiseure« haben auch literarische Darstellung gefunden, zum Beispiel im *Wunschkind* von INA SEIDEL.

Man kam immerhin bald dahin, vom eigentlichen Rapport während der magnetischen Sitzungen noch den magnetischen »Zustand« zu unterscheiden, mit dem der Einfluß des Magnetiseurs auf den Magnetisierten zwischen den Sitzungen bezeichnet wurde. SCHUBERT (1940) wies darauf hin, daß manche Patienten nur das tränken, was der Magnetiseur berührt habe, und daß die Patienten medizinische Theorien anzunehmen pflegten, die der Magnetiseur im Sinn habe. GMELIN und HEINECKEN war sogar aufgefallen, daß manche Patienten, die vom gleichen Magnetiseur magnetisiert worden waren, sich voneinander angezogen fühlten. ELLENBERGER weist ferner auf einen anonymen schottischen

Autor hin (›Anonymus‹), der beobachtet hatte, daß solche Patienten einander ›mesmerische‹ Namen gaben und sich als Brüder und Schwestern betrachteten.

Von hier aus sind die Parallelen zur Psychoanalyse nicht schwer zu ziehen, wenn man bei der Betrachtung einmal die Schulen gleichwertig nebeneinander gelten läßt und nicht schulengebunden argumentiert. Es ist unter Analytikern im Prinzip bekannt, daß der persönliche Einfluß des Analytikers bis in die Träume hineingeht und daß ein psychoanalytischer Patient nicht nur dazu veranlaßt werden kann, daß er träumt, sondern auch *was* er träumt (›Gefälligkeitsträume‹). Der Patient eines Freudianers wird freudianisch, der eines Jungianers jungianisch träumen, ohne daß sich Patient und Therapeut über die Wege dieses Einflusses immer recht im klaren sind. Auch die geschwisterliche Beziehung zum Beispiel unter den Schülern (Lehranalysanden) eines Analytikers ist wohlbekannt. Solche durch die gleiche Analyse gegangenen Analytiker bezeichnen sich oft untereinander als »Milchgeschwister« und verspüren gewöhnlich nicht nur eine Anziehung untereinander, sondern entwickeln auch Geschwisterrivalitäten, die oft lebenslang ausgetragen werden. FREUD bezieht sich bei seinen Vergleichen zwischen Hypnose und Übertragung immer nur auf den Rapport während der hypnotischen Sitzung, während die Parallelen in Wirklichkeit viel weiter geht.

Merkwürdigerweise ging um die Jahrhundertmitte, möglicherweise unter dem Einfluß des bald alles beherrschenden Positivismus, die Entwicklung zunächst andere Wege. War schon unter den Magnetiseuren unter der Bezeichnung ›Rapport‹ die psychotherapeutische Arzt-Patienten-Beziehung recht gut strukturiert und damit überschaubar und handhabbar geworden, wurden diese Beziehungen nach und nach immer verschwommener. CHARCOT hatte zwar der alten Therapieform unter ihrer neuen Bezeichnung Hypnose zu wissenschaftlicher Reputation verholfen, schenkte aber der Seite des Rapports keine Beachtung. Dies mag durchaus erklären, warum ihm seine eigene Beziehung zu seinen Vorführpatientinnen, insbesondere zu BLANCHE WITTMANN, entging, er sogar des wissenschaftlichen Schwindels beschuldigt werden konnte, was gegen sein Lebensende seiner wissenschaftlichen Reputation außerordentlich schadete. Aber auch die Schule von Nancy, welche diese Seite an CHARCOTS