

## Deutung

**In welcher Weise strukturiert eine Deutung den Übertragungsprozeß in einer psychoanalytischen Behandlung; wie kommt eine wirkungsvolle Deutung zustande?**

### **Abgrenzung: Psychoanalyse - tiefenpsychologisch fundierte Therapie:**

- in der Analyse werden die unbewußten Anteile der Übertragungsbeziehung zum Analytiker gedeutet.
- in der tiefenpsychologisch fundierten Therapie werden die unbewußten Anteile der Übertragung des Patienten zu den realen Bezugspersonen gedeutet, mit denen der Patient Konflikte hat.

### **Das Unbewußte.**

Es ist nicht einfach, sich immer wieder klarzumachen, daß das Unbewußte tatsächlich unbewußt ist. Es ist somit nicht wahrnehmbar, nicht spürbar, schon gar nicht fühlbar, es ist allenfalls rekonstruierbar. (siehe: S.Freud, "der Onkeltraum" in: *Die Traumdeutung*, S.142-147, GW II/III)

### **Die Übertragung**

ist in ihren entscheidenden Inhalten unbewußt, was in gleicher Weise für die sogenannte Gegenübertragung zutrifft. Die Wandlung des Begriffes Gegenübertragung ist gut nachzuvollziehen in der Veröffentlichung von *Andrea Gysling, "Die analytische Antwort" Eine Geschichte der Gegenübertragung in Form von Autorenportraits. (edktion diskord, Tübingen 1995)*. Weil Übertragung und Gegenübertragung nur zwei Aspekte der einen psychoanalytischen Beziehung darstellen, möchte ich statt dessen lieber mit Georg Richard Gfäller vom **Übertragungsraum** sprechen (s. dazu Pfannschmidt, Übertragung und Gegenübertragung).

### **Die therapeutische Regression**

ist der psychoanalytische Weg, mit Hilfe des Wiederholungszwanges die infantilen Defizite und Traumata, welche die normale Entwicklung des Analysanden behindert oder blockiert haben, in der sogenannten Übertragungsneurose, das heißt, in der Beziehung zum Analytiker, wiederzubeleben und zu bearbeiten. Daher ist für diesen Prozeß ein deutliches Beziehungsgefälle konstitutiv, da das Verhältnis Eltern - Kind auch durch dieses Gefälle charakterisiert ist.

(Im Gegensatz dazu wird in der tiefenpsychologisch fundierten Therapie die Reinszenierung der infantilen Abhängigkeit dadurch vermieden, daß die Beziehung Therapeut - Patient dergestalt definiert wird, daß der Therapeut den Patienten als Erwachsenen auf gleicher Ebene anspricht und ihm sein Fachwissen über die unbewußten Gründe seiner Schwierigkeiten mit seinen Bezugspersonen zur Verfügung stellt.)

Eine sich aus der Regression ergebende immer zu erwartende Belastung des Analytikers ist die Tatsache, daß er in der Übertragung notwendigerweise in die Rolle der Bezugspersonen kommt, die beim Patienten die Traumata verursacht haben.

### **Die Induktion der therapeutischen Regression.**

Mittel, die gewünschte Regression zu ermöglichen, sind von Seiten des Analytikers die *gleichschwebende Aufmerksamkeit*, von Seiten des Analysanden die *freie Assoziation*, (siehe: *S.Freud, Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW VIII, S.376-387*). Mit anderen Worten, der Analytiker stellt sich, soweit ihm das möglich ist, ohne Vorurteile, Erwartungen und Hoffnungen aber auch ohne Wissbegierde, die den Analysanden ausfragt, und ohne Beurteilungen auf das ein, was der ihm mitzuteilen hat. Diese Haltung schafft beim Analysanden im Laufe der Zeit die Möglichkeit, mit immer weniger Hemmung alles mitzuteilen, was in ihm aufsteigt.

Ich selbst habe gute Erfahrungen damit gemacht, zu Beginn der ersten Stunde, die der Patient zu mir kommt, nach der Begrüßung und dem Einnehmen der Plätze, erst einmal zu schweigen. In der Regel wird dann sehr schnell die Abwehr des Patienten spürbar. Weiter verdeutliche ich durch dieses "Nichtverhalten", daß es hier nicht nach meinen Vorstellungen geht, ich auch keine Anweisungen gebe, sondern daß der Patient das Wort hat, auch wenn ihn das zunächst erheblich verunsichern kann. Dabei ergibt sich meist auch die erste Möglichkeit einer Übertragungsdeutung.

### **Die Frage nach dem Fragen.**

Nach dem Erstkontakt wird die Anamnese erhoben, bei der es nötig ist, den Patienten zu befragen. Mir ist es wichtig, diese Interaktion deutlich von dem Erstkontakt abzuheben, in dem ich es so weit wie möglich vermeide, Fragen zu stellen. Am Ende der probatorischen Sitzungen trifft man mit dem Patienten die Therapievereinbarungen über Zeit, Stundenfrequenz, Ausfallregelung, freies Assoziieren, Vermeiden von lebensverändernden Entscheidungen während der Analyse, (wenn sie trotzdem nötig werden, nur nach gründlicher Erörterung mit dem Analytiker) und der Schweigepflicht des Analytikers. Ich erkläre in der Regel dem Patienten an einem Beispiel aus dem Vorgespräch, warum ich normalerweise auf Fragen nicht direkt antworte, deswegen nämlich, weil es eine meiner Aufgaben ist, hinter den in den Fragen liegenden verborgenen Anliegen zu suchen, die durch eine direkte und damit vordergründige Antwort verdeckt würden (natürlich kann man diese Erklärung auch in einer Situation geben, in der man direkt gefragt wird).

Den Beginn der Analyse akzentuiere ich dadurch, daß ich warte, bis der Patient zu sprechen beginnt. Merke ich, daß er Angst bekommt und nicht sprechen kann, versuche ich eine allgemeine Deutung - am besten aus dem Material der Vorgespräche - zu geben, womit seine Angst zu erklären sein könnte. Dadurch mache ich deutlich, daß die auftretende Angst kein Fehlverhalten ist, sondern Gegenstand unserer Arbeit und - für mich entscheidend - ich bleibe damit auf der Ebene der vom Patienten im Moment erreichten Regression.

In dieser Situation den Patienten nach seinem Befinden oder gar nach dem Grund seiner Angst zu fragen, ist zwar sehr verständlich, hat aber meines Erachtens ganz erhebliche Konsequenzen für den derzeitigen Verlauf der Analyse:

- da eine Frage sich immer an die Reflexion wendet, hole ich den Patienten aus der Regression in die Reflexion;

- da eine Frage sich auch immer an die bewußten, allenfalls an die vorbewußten Inhalte wendet, gebe ich dem Unbewußten des Patienten höchstwahrscheinlich das Signal, daß ich mich möglicherweise vor den unbewußten Anteilen fürchte und lieber an der Oberfläche, d.h., bei dem, was man wissen und fühlen kann, bleibe;

- da ich in der Aufnahme der Analyse vom Patienten die Aufgabe übernommen habe, mit ihm zusammen herauszufinden, was der Sinn seiner Störung ist, gebe ich ihm, zumindest für die augenblickliche Situation, meinen Anteil an der Sinnsuche zurück und fordere ihn auf, es allein herauszufinden;

- stellt man bei sich fest, daß sich im Laufe des Analyseprozesses Fragen an den Patienten häufen (obwohl man sich bemüht, nicht zu fragen), wäre es angezeigt, sich nach dem Grund der in der Übertragung induzierten eigenen unbewußten Abwehr zu fragen und zu versuchen, sie zu analysieren. Gelingt dies, hat man in der Regel auch die unbewußte Angst und die Abwehr des Patienten verstanden.

(Eine ganz andere Funktion hat das Fragen in der tiefenpsychologisch fundierten Therapie. Hier dient es dazu, die Beziehungsstruktur zwischen Therapeut und Patient auf gleicher Beziehungsebene zu halten und ihm das Gefühl zu vermitteln, daß man als zwei Erwachsene über die unbewußten Verstickungen des Patienten mit seinen augenblicklichen Bezugspersonen spricht.)

## **Die Deutung unbewußter Inhalte**

setzt einen relativ geschützten regressionsfreundlichen Raum voraus. Das heißt, der Patient macht im Lauf der Zeit die Erfahrung,

daß er, auch dann, wenn er peinliche, abartige, die Konvention verletzende Inhalte erzählt, vom Analytiker nicht beurteilt wird, (Einschub: das heißt jedoch nicht, dass sich die Psychoanalyse in einem wertfreien Raum abspielen würde. Nehmen wir an, ein Patient erzählt uns, dass er eine Handlung plant, die andere oder auch in selbst auf eine nach unseren Vorstellungen unverantwortliche Weise schädigen würde, so ist es unserer Aufgabe als Analytiker nicht, ihn mit der Bösartigkeit seiner Handlung zu konfrontieren, wie wir es bei einem Freund oder Verwandten tun würden, sondern unsere Aufgabe wäre es dann, die verdrängten unbewussten Gründe für sein schädigendes Verhalten herauszufinden und ihm die Möglichkeit zu eröffnen, sich in seinen antisozialen und selbstschädigenden Impulsen besser verstehen und seine Absichten von sich aus ändern zu können.)

- daß er den Analytiker lieben, hassen, bewundern, begehren und ihm die Pest an den Hals wünschen darf, ohne daß dadurch die vertrauensvolle Beziehung zerstört wird;

- daß der Analytiker ihn nicht für seine eigenen Bedürfnisse instrumentalisiert, sondern daß er ihm wie Freud sagt, sein eigenes Unbewußtes als empfangendes Organ zur Verfügung stellt.

In meinem Verständnis von Deutung beziehe ich mich auf die Ausführungen von *Henry Ezriel, Übertragung und psychoanalytische Deutung in der Einzel- und Gruppen-Psychotherapie. Psyche 9, S.496-523 (1960)*. Er geht davon aus, daß sich durch die Haltung des Analytikers und durch den beim Patienten wirkenden Wiederholungszwang die ursprüngliche Konfliktsituation (die zur neurotischen Störung geführt hat) samt der in ihr vorprogrammierten phantasierten *“Katastrophe”*, jeweils in der Analysestunde zwischen Analytiker und Patient oder zwischen Gruppe und Analytiker wieder herstellt. Dabei muß der Patient unbewußt versuchen, die verdrängte Katastrophe (beispielsweise die Abwendung der Mutter, wenn er sich ihr schutzsuchend zuzuwenden versuchte), zu vermeiden. In der Stunde muß der Analytiker nun beispielsweise bei der distanzhaltenden Abwendung des Patienten von ihm, durch die Analyse des Materials aus dem Therapieprozeß und der Störung der Beziehung in der Stunde, herausfinden, daß das Mißtrauen des Patienten ihm gegenüber der unbewußte Versuch ist, sein Schutzbedürfnis zu verdrängen, damit sich der Analytiker nicht wie die Mutter von ihm abwendet, wenn er den Wunsch des Patienten wahrnehmen würde.

Nach Ezriel besteht die Deutung in dem angenommenen Fall nun darin, daß der Analytiker dem Patienten erklärt, daß dieser mit seiner für ihn selbst schmerzhaft distanzierten Haltung dem Analytiker gegenüber (ein ihm selbst nicht verständliches Verhalten, welches ihn immer wieder daran hindert, mit anderen Menschen Kontakt aufzunehmen) versucht, sein Bedürfnis nach Schutz, welches eigentlich sein elementares Anliegen wäre, unter keinen Umständen deutlich werden zu lassen, ja, es als solches auch gar nicht zu spüren, da er sonst befürchten müßte, daß der Analytiker sich bei einer derartigen *“Zumutung”* auf der Stelle von ihm abwenden würde, was nicht auszuhalten wäre. Stimmt diese Deutung, dann kann der Patient Schmerz und Trauer über sein Verlassen-Worden-Sein zulassen und im Durcharbeiten dieses Defizites seinen Widerstand gegen hilfreiche Zuwendung spüren und abbauen.

Was meines Erachtens zusätzlich zu realisieren ist, ist die Tatsache, daß der Analytiker, wenn er sein Unbewußtes als Empfänger dem Patienten zur Verfügung stellt, auch selbst mit in die Abwehrstruktur des Patienten einbezogen wird, so daß er in seiner Übertragung auf den Patienten seinerseits zunächst mit Distanzierung reagiert, was eine gemeinsame Abwehr der elementaren verdrängten Bedürfnisse des Patienten darstellt. Hier führt, wie schon oben erwähnt, die Analyse der eigenen Abwehr zum Verständnis der unbewußten Abwehr des Patienten.

### **Literatur,**

S.Freud: *“Der Onkeltraum “ in: “Die Traumdeutung “ GW II/III S.142—147*

S.Freud: *“Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung” GW VIII, S. 376-387.*

Henry Ezriel: aus: *“Übertragung und psychoanalytische Deutung in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie.” Psyche 9, S.496-523, 1960*

H.Pfannschmidt: aus: *“Der Analytiker und seine Gegenübertragung”.*