

Hansjörg Pfannschmidt / Ursula Wienberg

Deutung und Traumdeutung in der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Therapie

Vorbemerkung:

Um Traum und Traumdeutung für die analytische Arbeit fruchtbar zu machen, sehen wir es als notwendig an, uns zunächst mit dem Thema der psychoanalytischen Deutung allgemein zu beschäftigen.

Abgrenzung Psychoanalyse - tiefenpsychologisch fundierte Therapie

Unseres Erachtens wird die Bezeichnung *tiefenpsychologisch fundiert* häufig falsch verstanden, und zwar in der Weise, als wäre dieses Therapieverfahren nicht psychoanalytischer Natur. (oft wird dann gefordert, ressourcenorientiert oder stützend zu arbeiten, was letztlich darauf hinaus läuft, nicht den unbewussten Konflikt anzugehen, sondern an die Einsicht des Patienten zu appellieren). Das kann zu der Fehleinschätzung führen, dass die Übertragung nicht zu beachten sei und die unbewussten Anteile des Prozesses vernachlässigt werden können.

Zutreffend ist jedoch, dass die Handhabung der so genannten tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie die Kenntnis und Beherrschung der psychoanalytischen Therapie voraussetzt. Sie ist keine leichtere oder einfachere Therapie, sondern eine spezielle Handhabung der Psychoanalyse unter bewusster Vermeidung einer zu deutenden Übertragungsbeziehung zum Analytiker.

Insofern ist es als Voraussetzung für die Handhabung der tiefenpsychologisch fundierten Therapie wichtig, sich zunächst die psychoanalytischen Grundbegriffe und ihre Bedeutung für eine psychoanalytische Therapie vor Augen zu führen. Darauf erst und in Abwandlung davon baut dann die tiefenpsychologisch fundierte Therapie unter einer bestimmten Indikation auf.

> 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.

Die – selbstredend immer notwendige - Empathie in das Erleben, die Schwierigkeiten und Leiden des Patienten, spielt sich nicht im Bereich des Unbewussten, sondern in den bewussten und vorbewussten Bereichen des Individuums ab, sei es beim Patienten oder beim Analytiker. Wenn sich der Patient also von uns in diesem Bereich verstanden fühlt, (für Freud ist das der Bereich der milden, positiven Übertragung, welche die Voraussetzung für einen analytischen Prozess ist), so hat das noch nichts mit dem Unbewussten zu tun. Ein schönes Beispiel für die Arbeit mit dem Unbewussten ohne die Induktion einer Übertragungsneurose ist die Schilde-

rung des Falles „Katharina“ von Freud (GW I, S.142-147). Man kann sie als Beispiel für tiefenpsychologisch fundierte Therapie ansehen.

Die Übertragung

ist in ihren entscheidenden Inhalten unbewusst, was in gleicher Weise für die so genannte 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. (ediktion diskord, Tübingen 1995)*. Weil Übertragung und Gegenübertragung nur zwei Aspekte der einen psychoanalytischen Beziehung darstellen, möchten wir statt dessen lieber mit Georg Richard Gfäller vom *Übertragungsraum* sprechen.

Die therapeutische Regression

ist der psychoanalytische Weg, mit Hilfe des Wiederholungszwanges die infantilen Entwicklungsdefizite und Traumata, welche die normale Entwicklung des Analysanden behindert oder blockiert haben, in der so genannten Übertragungsneurose, das heißt, in der Beziehung zum Analytiker, wieder zu beleben und zu bearbeiten. Daher ist für diesen Prozess ein deutliches Beziehungsgefälle konstitutiv, ähnlich wie es auch für das Verhältnis Eltern – Kind charakteristisch 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 Störungen 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*. 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 (*H. Pf.*) 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 hier nicht meine Vorgaben den Verlauf des Gespräches bestimmen, ich auch keine Anweisungen gebe, sondern dass der Patient das Wort hat, auch wenn ihn das zunächst erheblich verunsichern kann. Dabei ergibt sich oft auch die erste Möglichkeit einer Übertragungsdeutung.

Das Problem mit dem Fragen.

Nach dem Erstkontakt wird die *Anamnese* erhoben, bei der es nötig ist, den Patienten zu befragen. Dabei ist es wichtig, diese Interaktion deutlich von dem Erstkontakt abzuheben, in dem ich (*H. Pf.*) 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 (*H. Pf.*) 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).

Der Beginn der Analyse wird dadurch akzentuiert, dass gewartet wird, bis der Patient zu sprechen beginnt. Wenn spürbar wird, dass ihm dies nicht möglich ist, kann eine allgemeine Deutung der Hemmung - am besten aus dem Material der Vorgespräche - hilfreich sein. Dadurch kann deutlich werden, dass diese Hemmung kein Fehlverhalten ist, sondern Gegenstand unserer Arbeit und – dies ist entscheidend - Analytiker und Patient bleiben 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 aus folgenden Gründen erhebliche Konsequenzen für den derzeitigen Verlauf der Analyse:

- > Da eine Frage sich immer an die Reflexion wendet, holt man damit den Patienten aus der Regression in die Reflexion;
- > Da eine Frage sich immer an die bewussten, allenfalls an die vorbewussten Inhalte wendet, wird dem Unbewussten des Patienten mit Fragen höchstwahrscheinlich das Signal gegeben, dass der Analytiker sich vor diesen unbewussten Anteilen fürchtet und lieber an der Oberfläche bleibt.
- > Da der Analytiker mit dem Beginn der Analyse vom Patienten die Aufgabe übernommen hat, mit ihm zusammen herauszufinden, was der unbewusste Sinn seiner Störung ist, gibt man ihm, durch Fragen, zumindest für die augenblickliche Situation, den Anteil des Analytikers an der Sinnsuche zurück und fordert 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.
- > Etwas anderes ist es, wenn im Laufe der Analyse der Eindruck entsteht, dass der Patient bestimmte Inhalte und Themen konsequent ausspart, wenn er beispielsweise nichts über die Beziehung zu einer wichtigen Bezugsperson der Kindheit erzählt, oder wenn Aussagen und Schilderungen unlebendig und unanschaulich sind. Hier ist es notwendig, die Abwehr, die in dem Verbergen wichtiger Inhalte zum Ausdruck kommt, bewusst zu machen und unter Umständen konkret nachzufragen.
- > 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 in der Analyse (analytischen Psychotherapie)

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, schambesetzte, die Konvention verletzende Inhalte erzählt, vom Analytiker nicht beurteilt wird,
- > 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.

Hilfreich für das Verständnis von Deutung sind aus unserer Sicht die Ausführungen von *Henry Ezriel, Übertragung und psychoanalytische Deutung in der Einzel- und Gruppen-Psychotherapie. Psyche 9, S.496-523 (1960)*. Ezriel 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 befürchteten „Katastrophe“, jeweils in der Analysestunde zwischen Analytiker und Patient wieder herstellt. Dabei muss der Patient unbewusst versuchen, die verdrängte Katastrophe (beispielsweise die Abwendung der Mutter, wenn er sich ihr Schutz suchend zuzuwenden versuchte), zu vermeiden. In der Stunde muss der Analytiker nun beispielsweise bei der Distanz haltenden 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, vom Analytiker geschützt zu werden, 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 distanzierter 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 spürbar werden zu lassen, ja, es als solches auch selbst 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 Defizits seinen Widerstand gegen hilfreiche Zuwendung spüren und abbauen.

Was unseres Erachtens zusätzlich zu bedenken ist, ist die Tatsache, dass der Analytiker 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 unbewusste Abwehr der elementaren verdrängten Bedürfnisse des Patienten darstellt. Hier führt, wie schon oben erwähnt, die Analyse der eigenen unbewussten Abwehr zum Verständnis der unbewussten Abwehr des Patienten.

Die Deutung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

In der tiefenpsychologisch fundierten Therapie soll im Gegensatz zur Analyse diese Regression und damit auch die tiefe Abhängigkeit vom Analytiker vermieden werden. Versteht man in der Analyse ausführliche Berichte des Analysanden über das, was außerhalb der analytischen Beziehung geschieht, tendenziell als Abwehr der in der Beziehung zum Analytiker gefürchteten Verletzungen, so sind in der tiefenpsychologisch fundierten Therapie Aussagen, welche die Beziehung zum Analytiker problematisieren, tendenziell als Abwehr der Arbeit an den unbewussten Konflikten mit den realen Beziehungspersonen zu deuten. Die Konflikte des Patienten sollen nicht in der Übertragung zum Analytiker behandelt werden, sondern die unbewussten Anteile der Konflikte zu den Bezugspersonen sind Gegenstand der Therapie. Über diese unbewussten Anteile spricht der Therapeut mit dem Patienten, sie werden also nicht in der Therapiestunde zwischen den beiden Beteiligten reinszeniert. Im Erleben wie in den unbewussten Erwartungen des Patienten soll so vermieden werden, dass der Therapeut in die Rolle der Eltern und der Patient in die Rolle des abhängigen Kindes gerät.

Der Therapeut ist also in diesem Verfahren nicht der „Protheus“, der sich in jede beliebige Bezugsperson aus der Kindheit verwandeln lassen kann, sondern der Gesprächspartner, der mit dem auf der Erwachsenenebene angesprochenen Patienten als Fachmann für unbewusste Prozesse und Verstrickungen, fungiert. Wir können uns vorstellen, dass dazu ein interessiertes, fragendes und auf Austausch angelegtes Gesprächsklima förderlich ist.

Die Vorteile bei diesem Verfahren liegen auf der Hand. Es entsteht keine tief gehende Abhängigkeit vom Therapeuten, ein Therapeutenwechsel zum Beispiel aus beruflichen Gründen muss keine Katastrophe sein. Regressionen auf Zustände, die keine geordnete Realitätsbewältigung mehr zulassen, sind nicht vorgesehen, und können auch, wenn die Indikation richtig war, vermieden werden. Die Behandlungsfrequenz mit in der Regel einer Wochenstunde ist ein weiterer Vorteil.

Die Grenzen des Verfahrens liegen da, wo nur eine Übertragungsneurose die Voraussetzung dafür schafft, frühe Bedrohungen und Blockierungen zu reinszenieren und in der Bearbeitung, das heißt in der Analyse der Übertragungsbeziehung, aufzulösen.

Geeignet für dieses Verfahren sind somit Patienten, die in der Lage sind, Deutungen, die ihr Unbewusstes ihren Bezugspersonen gegenüber betreffen, zuzulassen und zu verarbeiten, ohne dass sie dazu das uneingeschränkte Containment des Analytikers benötigen, der als frühe Mutter zur Verfügung steht oder den sie als „böse Brust“ wieder beleben können, damit sie in der Phantasie und der Atmosphäre der Analysestunde versuchen können, ihn zu vernichten, um dann erleichtert zu erfahren, dass er überlebt hat.

Die Funktion der Deutung als Kriterium für das Psychoanalytische am Verfahren der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Zunächst: unbewusst bleibt unbewusst! Man kann sich die Umsetzung dieser Erkenntnis in der Therapie am besten mit dem Freudschen Begriff der *illusionären Wunscherfüllung* vor Augen führen. Dazu ist die Darstellung des Onkeltraumes aus der *Traumdeutung* (S. Freud, *GW II/III*, S. 142-147) gut geeignet. Wenn man diese Darstellung auf sich wirken lässt, wird nachvollziehbar, dass die beunruhigenden Gedanken, die so unerträglich sind, dass sie einen nicht mehr weiterschlafen lassen würden, von der Traumzensur so bearbeitet werden, dass sie sich in ihr beruhigendes Gegenteil - eben in die *illusionäre Wunscherfüllung* - verwandeln, wobei das

Traumgefühl mit der größten Evidenz und Intensität gerade das ist, was die effektivste Realitätsverkennung kennzeichnet (wie im Onkeltraum die Liebesgefühle dem Onkel gegenüber).

Traumdeutung als „via regia“ zum Unbewussten in der *tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*

In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie geht es darum, ohne Übertragungsdeutungen auf den Therapeuten mit dem unbewussten Material des Patienten zu arbeiten. Dazu eignet sich der Traum in besonderer Weise.

Der Traum ist ein unbewusster Ausdruck des Menschen in all seinen Aspekten und Bezügen. Wenn wir das voraussetzen, ist klar, dass es nicht *die* richtige, umfassende Deutung eines Traumes geben kann. Ebenso wie wir einen Menschen nach ganz unterschiedlichen Aspekten seiner Existenz betrachten können, zum Beispiel nach seinen Ängsten, oder nach dem Verhältnis zu seinen Angehörigen oder nach seinen beruflichen Interessen und Aktivitäten, oder nach seinem Verhältnis zu sich als seinem Körper, und auf die jeweilige Fragestellung ganz unterschiedliche Antworten erhalten, ebenso hat auch der Traum nicht eine bestimmte Bedeutung, die man entziffern kann, wenn man die Traumsymbole übersetzt (wie das in den populären Traumbüchern versucht wird), sondern der Traum kann nur Antwort auf die Fragen geben, die an ihn gestellt werden.

Werden wir in der Analyse immer den Aspekt der Übertragung auf den Analytiker im Auge haben, so in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie die Frage nach dem konkreten Konflikt in seinem gegenwärtigen sozialen Umfeld, dessentwegen der Patient in Therapie kommt (wir verweisen hier auf die spannende Darstellung des *Glockentraumes* von Werner Kemper).

Wir gehen davon aus, dass die problematischen Anteile jedes Konfliktes unbewusst sind, dass die Einsicht in die wahren Gründe dieser Konflikte, auch in den Träumen, abgewehrt wird. Diese Abwehr zeigt sich in der Übertragung dergestalt, dass wir zunächst normalerweise instinktiv die Abwehrsicht des Patienten teilen. – An dieser Stelle ist es unsere Aufgabe, den eigenen Anteil der gemeinsamen Abwehr zu analysieren und uns zu fragen, in welcher Weise wir – ähnlich wie der Patient – seine wirkliche Lage und das Anliegen des Traumes verkennen.

So, wie Freud die Traumarbeit beschreibt, funktioniert auch die Bearbeitung unbewusster bedrohlicher Inhalte bei den neurotischen Leiden der Patienten. Nehmen wir als Beispiel den Patienten, der immer wieder in berufliche Schwierigkeiten kam, weil er sich konsequent und mutig gegen die ungerechte Behandlung durch seine Vorgesetzten wehrte. Er hat dem Therapeuten eine Darstellung seiner Situation und der sie begleitenden Umstände geben, die dieser gut nachempfinden konnte. Sein Verständnis für die missliche Lage und aufrechte Haltung des Patienten tat diesem gut und er hatte das Gefühl, dass er in der Therapie gut aufgehoben war, doch je wohlthuernder der Kontakt zwischen ihm und dem Analytiker wurde, desto verfahrenere schien sich seine berufliche Situation zu entwickeln. Man kann bei dieser Lage davon ausgehen, dass sich der Therapeut mit dem Patienten in einer gemeinsamen unbewussten Abwehr befindet. Diese Abwehr könnte zum Beispiel so strukturiert sein, dass schon die Schilderungen des Patienten über seine Kindheit, über die gespannte Beziehung zum autoritären Vater und seine Solidarität mit der durch den Vater unterdrückten Mutter beim Therapeuten auf fruchtbaren Boden fielen. Soweit die verständliche Kommunikation auf der bewussten Ebene.

Wie könnte nun die Kommunikation von Unbewusst zu Unbewusst aussehen? Nehmen wir einmal an, dass der Therapeut seinen Beruf unter anderem aus dem Grund gewählt hat, weil er selbst von seiner Mutter einen Helferauftrag hatte, der in seiner eigenen Analyse nicht genügend aufgearbeitet werden konnte, weil sein Analytiker auch zu dieser nicht gerade seltenen Spezies Therapeut gehörte. Das würde verständlich machen, dass er nicht in der Lage ist, seine eigene Selbstaufgabe durch den mütterlichen Auftrag, seine Trauer um die fehlende Identifikation mit einem potenten, ihn vor den unangemessenen mütterlichen Ansprüchen schützenden Vater zu spüren und dadurch zu einer eigenen männlichen Identität zu finden. Den tatsächlichen Konflikt des in seiner Konfliktlage ähnlich strukturierten Patienten könnte der Therapeut nur dann erkennen, wenn er - vielleicht durch eine Supervision - die Möglichkeit bekäme, sich mit seinen inneren Eltern auseinanderzusetzen. Das würde dann natürlich auch heißen, daß seine kindlichen Bedrohungen und Verlustängste, reaktiviert würden. Wir fassen also die Möglichkeit ins Auge, dass die partielle Blindheit des Therapeuten in der unbewussten Infragestellung seiner Existenzberechtigung begründet sein könnte, die an die Aufgabe geknüpft ist, die (innere) Mutter zu beschützen auf Kosten der Beziehung zum (inneren) Vater.

Das Unbewusste des Patienten könnte so dem Therapeuten signalisieren: „Du wirst doch nicht behaupten wollen, daß mein Kampf gegen meinen Vater (Chef) auf einem fundamentalen Irrtum beruht; dass ich mich von meiner Mutter habe ausbeuten lassen, um nicht völlig verlassen zu sein; wenn du das denkst, dann müsstest du dich genauso bekämpfen und ablehnen, wie meinen Vater, dann wärest du nämlich nicht einfühlsam und hilfreich, sondern grob, ungerecht und unsensibel, ich könnte dich dann nicht mehr als Therapeuten akzeptieren“.

Diese potentielle Bedrohung der jeweiligen Existenzberechtigung wird gemeinsam abgewehrt durch die Harmonie und die gegenseitige Bestätigung im bewussten Bereich der therapeutischen Beziehung, allerdings auf Kosten der eigenen Selbstbestimmung und auf Kosten der Auflösung des neurotischen Anteils der Übertragung.

Die richtig verstandene Aufgabe des Therapeuten wäre es nun, gegen den eigenen Widerstand und den des Patienten die eigene Abwehr zu analysieren, sich seiner unbewussten, verdrängten Impulse bewusst zu werden und von da aus dem Patienten - natürlich im Bewusstsein von dessen Abwehr - die Orientierung zu geben, die er benötigt, um sich von seinen inneren und äußeren Abhängigkeiten zu lösen. Der Therapeut müsste versuchen, die verleugneten und verdrängten Sehnsüchte des Patienten aufzuzeigen, seine abgespaltene Wut ausfindig zu machen und ihm diese ganzen unheimlichen, beängstigenden Affekte langsam vertraut werden zu lassen. Ein wichtiges Mittel ist die Deutung von Träumen, mit deren Hilfe man einen fruchtbaren Dialog mit dem Unbewussten des Patienten beginnen kann, ohne diesen durch Übertragungsdeutungen an den Therapeuten zu binden. Die Deutung des unbewussten Materials soll dabei ähnlich behandelt werden, wie Freud das in seiner Falldarstellung *Katharina*, oder in seinem *Onkeltraum* vorgeführt hat. Psychoanalytische Deutung ist somit nicht einfühlsames Verstehen, sondern Deuten des Widerstandes, das heißt, dem Patienten verständlich zu machen, wozu er seine Symptome braucht und welche phantasierten Katastrophen er glaubt, damit vermeiden zu können.

Traumdeutung bei Kindern und Jugendlichen

Wenngleich Freud in einer ersten Einschätzung Kinderträume als „simple“ Wunscherfüllung und daher als „nicht weiter interessant“ ansah, erweiterten sich seine eigenen Einschätzungen und die seiner Nachfolger bedeutend. Schulen übergreifend gibt es heute einen weit gehenden Konsens darüber, dass die Träume der Kinder neben Aspekten der Wunscherfüllung vielfältige

und vielschichtige Inhalte, Funktionen und Qualitäten beinhalten, wie: Selbstdarstellung (die auftretenden Personen verkörpern eigene Persönlichkeitsaspekte), Versuch von Konfliktbewältigung (Inszenierung Konflikt lösender und vorausschauender Prozesse), Äußerung kommunikativer Wünsche (Adressat der Träume, Projektion von Selbstanteilen) etc. Insofern gilt bei Kindern und Jugendlichen genauso wie bei Erwachsenen, dass der Traum als „Königsweg zum Unbewussten“ fungieren kann.

Hier ist noch zu bedenken, dass bei der Therapie von Kindern eine Abgrenzung zwischen analytischer und tiefenpsychologischer Haltung nicht so präzise möglich ist, wie bei Erwachsenen. Das hängt damit zusammen, dass Kinder den Therapeuten sowohl als *reales Objekt* wie auch als *Entwicklungsobjekt* und als *Übertragungsobjekt* gleichzeitig erleben und benötigen (siehe auch die Ausführungen von **Hans Hopf**: „Träume von Adoleszenten mit unterschiedlicher Struktur in Diagnose und Therapie“).

Schlüsselbegriffe:

Analytisch
 Empathie
 freie Assoziation
 Gegenübertragung
 gleichschwebende Aufmerksamkeit
 illusionäre Wunscherfüllung
 korrigierende emotionale Erfahrung
 tiefenpsychologisch fundiert
 therapeutische Regression
 Traumdeutung
 Übertragung
 Übertragungsneurose
 Übertragungsraum
 das Unbewusste

Literatur:

Pflichtlektüre für das Seminar: **Sigmund Freud**: Der Traum ist eine Wunscherfüllung.
 Aus: Die Traumdeutung, GW II, S.127 – 147

Empfohlene Literatur zur Vertiefung des Themas:

Henry Ezriel: aus: Übertragung und psychoanalytische Deutung in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie *Henry Ezriel, Übertragung und psychoanalytische Deutung in der Einzel- und Gruppen-Psychotherapie. Psyche 9, S.496-523 (1960);*

Sigmund Freud: Katharina. Aus den Studien über Hysterie von 1895 (GW I, S. 184-195).

Andrea Gysling, „Die analytische Antwort“, Eine Geschichte der Gegenübertragung in Form von Autorenportraits. (edition diskord, Tübingen 1995).

Hans Hopf: „Träume von Adoleszenten mit unterschiedlicher Struktur in Diagnose und Therapie“ (aus: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Heft 131, 3/2006, Brandes & Apsel-Verlag)

Werner Kemper: *Der Glockentraum* aus: Der Traum und seine Bedeutung (rowohlts deutsche enzyklopädie) 4 Hamburg

G.Rudolf; U.Rüger: Zur Differentialindikation zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie

Maria Luisa Tricoli: „Der Traum und die Kohärenz des Selbst“ (aus: Forum der Psychoanalyse 2007, 23:34-43)