

Kächele H, Thomä H (2008) Die psychoanalytische Sicht der therapeutischen Beziehung. In: Hermer M, Röhrle B (Hrsg) *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2. DGVt-Verlag, Tübingen, S 1179-1194*

Die psychoanalytische Sicht der therapeutischen Beziehung

Horst Kächele & Helmut Thomä

Zusammenfassung

Die psychoanalytische Sicht der therapeutischen Beziehung hat im Laufe der Jahrzehnte vielfältige Interpretationen erfahren. Die ursprünglich von Freud gemeinte „unanstößige Übertragung“, die lebengeschichtlich angelegt sei, kann heute durch neuere bindungstheoretische Vorstellungen gut belegt werden, auch wenn diese nicht überinterpretiert werden sollten. Monadische und dyadische Perspektiven bestimmten über Jahrzehnte verschiedene Praxisauffassungen. Dabei wurde immer wieder versucht, Arbeitsbeziehung und Übertragung gegeneinander zu setzen, auch wenn beide stets miteinander vermittelt sein müssen.

Schlüsselwörter

Arbeitsbeziehung, Übertragung, therapeutische Beziehung

Summary

The psychoanalytic view of the therapeutic relationship has seen many variations in the course of the last decades. Freud's original concept of the unobjectionable transference, which was assumed to be basically acquired early in life has received considerable support by more recent findings on attachment which however are in danger of being overinterpreted. Monadic and dyadic perspectives have dominated in various degree the prevailing notions in therapeutic practice. Working alliance and transference are related concepts that have to be differentiated while also kept in balance.

Key words

Working alliance, transference, therapeutic relationship

1 Das Modell der frühen Mutter-Kind-Beziehung

In Freuds Werk stößt man allenthalben auf die Person des Arztes, an den sich der Patient "attachiert". Weiterhin stolpert man in Freuds Werk über die "reale Beziehung", deren Stabilität ein Gegengewicht gegen die Übertragung bildet. Dann aber trifft man auf die "unanstößige Übertragung", die einen stillen, lebensgeschichtlich früh angelegten tragfähigen Vertrauenshintergrund für die Beziehungsaufnahme bildet. Dieser wird durch die realen mütterlichen Beziehungspersonen vermittelt; ihnen schreibt die Psychoanalyse den größten Einfluss beim Aufbau vertrauensvoller Einstellungen zur Umwelt zu. Diese Sichtweise lässt sich heute mit bindungstheoretischen Vorstellungen gut belegen (Kächele et al. 1999). Ist also die therapeutische Beziehung im Kern eine Bindungsbeziehung (Strauß 2000)? Allerdings handelt es sich um eine sehr umschriebene „Bindungsbeziehung“, denn das motivationale System der Bindung wird nur dann aktiviert, wenn es um Situationen von Trennung und Verlust geht. Deshalb ist es – allgemein gesprochen – eine primäre Aufgabe eines Therapeuten, eine sichere Basis zu vermitteln (Bowlby 1995). Allerdings geht dies nicht ohne die verschiedenen Bindungsmuster zu kennen, um gewisse Beziehungskonstellationen verstehen zu können. Zum Beispiel sollte ein Analytiker bei einem Patienten, der eine distanzierte Bindungsrepräsentation mitbringt, möglichst wenig im Sinne einer "abweisenden schweigenden Mutter" reagieren, da dies den Patienten zu sehr in die wohlbekannte Beziehungskonstellation hineinmanövriert und vermeidende Bindungsstrategien mobilisiert (Harris 2003; Köhler 1998). Damit ist deutlich, dass es im konkreten Einzelfall alles andere als einfach ist, hilfreiche Beziehung, Bindungsbeziehung und Übertragung zu differenzieren.

Da derzeit früh erworbene Bindungsmuster sehr populär geworden sind, wird meist vergessen, dass diese organisierten Muster keine Psychopathologie repräsentieren. Deshalb bleibt für die Einleitung einer Behandlung folgende einfache Sachverhalt bestehen: Überwiegt bei einem Patienten das aktuelle Vertrauen gegenüber seinem Misstrauen, kann man eine stabile unanstößige Übertragung im Sinne der Terminologie von Freud erwarten.

Bis zur Einführung des Behandlungsbündnisses ("treatment alliance") bestand eine Konfusion, weil Freud unter der positiven Übertragung sowohl die unanstößige als auch die „anstößige“, libidinöse Übertragung verstanden hat. Eine erste Klärung erfolgte durch Zetzel (1956), die die therapeutische Allianz nach dem Modell der frühen Mutter-Kind-Beziehung konzipierte. Nach ihrer Auffassung entsprechen die frühen Phasen einer Analyse in mancher Hinsicht den frühkindlichen Entwicklungsphasen. Für die therapeutische Allianz zog Zetzel daraus die Folgerung, dass der Analytiker besonders zu Beginn der Therapie sein Verhalten nach dem der guten Mutter modellieren sollte. Die Klärung des Verhältnisses der Übertragung gegenüber der realen Beziehung bestimmte einen Großteil theoretischer und technischer Diskussionen in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts (Deserno 1990). Dabei ging es um die vielen Elemente, die in der analytischen Situation, in der Interaktion zwischen Patient und Analytiker, bewusst oder unbewusst gegenwärtig und wirksam sind und die nicht nur in der Vergangenheit entstanden sein können.

2 Monadische und dyadische Praxisauffassungen

Die Begriffe, mit denen über Übertragung und Arbeitsbeziehung verhandelt wird, gehören verschiedenen Praxisauffassungen an. Das Konzept der Übertragung ist ebenso wie das der Ich-Spaltung und das des fiktiven Normal-Ichs monadisch konzipiert; alle Beziehungsbegriffe sind dyadisch angelegt und ausgerichtet. Es macht einen Unterschied, ob man von der Übertragungsbeziehung als einer

Objektbeziehung im Sinne M. Klein spricht, denn dann bewegt man sich weiter im Rahmen der Einpersonenpsychologie oder ob man im Rahmen der von Balint inaugurierten Zwei- und Dreipersonenpsychologie Übertragung als Beziehungskonfiguration konzipiert.

Warum Freud die Übertragung monadisch gefasst hat, hängt mit seinem Ziel zusammen, die Psychoanalyse als Naturwissenschaft des Seelischen zu etablieren. Die interaktionell-dyadischen Begriffe entwickelten sich jedoch im Untergrund der praktischen Arbeit und entfalteten eine so größere Wirksamkeit. Nimmt man Freuds Kapitel "Zur Psychotherapie der Hysterie" (1895 d) zur Hand, findet man dort eine wunderbare Beschreibung, wie man den Patienten zum "Mitarbeiter" für die Therapie gewinnen kann (S. 285). Auch später hat Freud in erster Linie versucht, sich mit dem Patienten "zu verbünden" und mit ihm eine "Partei" zu bilden. Zum Beispiel führt er noch im Spätwerk aus, dass nicht "jede gute Beziehung zwischen Analytiker und Analysiertem, während und nach der Analyse, als Übertragung einzuschätzen [sei]" (Freud 1937 c, S. 66). Gleichzeitig behauptet Freud, die positive Übertragung sei das stärkste Motiv für die Beteiligung des Analysierten an der gemeinsamen Arbeit geworden (1937 c, S. 78). Die Beziehung wird nun im "Vertrag" oder "Pakt" formalisiert. Wie die "Bündnistreue" gepflegt wird, blieb bei Freud unausgesprochen, wenn er auch wiederholt betonte: Das Menschliche verstehe sich von selbst. [Die in Anführungszeichen gesetzten Wörter stammen aus Freuds Spätwerken (1937 c, 1940 a)]. Es ist aufschlussreich, dass Freud sich in seinem Spätwerk einerseits eher an monadisch konzipierten Ich-Veränderungen orientiert, die das Einhalten des Vertrags nicht zulassen. Andererseits betonte er nach wie vor, dass der Analytiker als "Vorbild", als "Lehrer" wirkt und "dass die analytische Beziehung auf Wahrheitsliebe, d. h. auf die Anerkennung der Realität gegründet ist" (1937 c, S. 94). Der Kontext macht deutlich, dass es zumindest auch um die Realität des Analytikers als Person geht. Doch wie diese die Übertragung beeinflusst, bleibt bei ihm offen.

Zwischen den monadischen Begriffen wie "unanstößige Übertragung", "Ich-Spaltung" (Sterba 1934), "fiktives Normal-Ich" (Freud 1937 c) und den dyadischen Konzepten wie die "Wir-Bildung" (Sterba 1934),, die ihre umgangssprachlichen Vorformen in Freuds Werk haben, befinden sich die "therapeutische Allianz" (Zetzel 1956, dt. 1974, S. 184 ff.) und das "Arbeitsbündnis" (Greenson 1967 dt. 1973).

Ganz wesentlich ist für das Verständnis der weiter bestehenden Kontroversen ist, dass im Konzept der Übertragung die subjektive, seelische Wahrheit betont wird, die gerade deshalb Verzerrungen enthält. Wenn die negativen Übertragungen die Oberhand gewinnen, können diese die analytische Situation völlig aufheben, so heißt es. Dann wird die Existenzbedingung der Kur, nämlich die realistische Beziehung, untergraben. Hier führte Freud eine scheinbar objektive oder äußere Wahrheit - Patient und Analytiker sind an die reale Außenwelt angelehnt (1940 a, S. 98) - ein, die, genauer betrachtet, freilich nicht weniger subjektiv ist als jene, die der Übertragung entspringt. Die Einführung der realen Person, des Subjektes, in das Arbeitsbündnis tut der Wahrheitsfindung keinen Abbruch, im Gegenteil: Die Subjektivität unserer Theorien wird dadurch nur offenkundig.

3 Ich-Spaltung als Prototyp der monadischen Konzeption

In der Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung brachte Sterba (1934) folgende Beschreibung Freuds auf einen einprägsamen und einflussreichen Begriff: Die Situation, in der die Analyse allein ihre Wirksamkeit erproben könne,

sieht in ihrer idealen Ausprägung bekanntlich so aus, dass jemand, der sonst sein eigener Herr ist, an einem inneren Konflikt leidet, den er allein nicht zu Ende bringen kann, dass er dann zum Analytiker kommt, es ihm klagt und ihn um seine Hilfeleistung bittet. Der Arzt arbeitet *Hand in Hand* mit dem einen Anteil der *krankhaft entzweiten* Persönlichkeit gegen den anderen Partner des Konflikts. Andere Situationen als diese sind für die Analyse

mehr oder weniger ungünstig ... (Freud 1920 a, S. 275; Hervorhebungen von uns).

Aus der umgangssprachlich einleuchtenden ‚Entzweiung‘ wurde der technische Begriff der ‚Spaltung‘, und die Fähigkeit des Patienten, innere Konflikte als Bedingung seiner Erkrankung anerkennen zu können, wurde zu einem besonders wichtigen Indikationskriterium der Technik. Schließlich schienen nur noch solche Personen für eine Psychoanalyse geeignet zu sein, deren innerseelische Konflikte auf der ödipalen Ebene liegen. So konnte Kohut durch die Einführung der selbstpsychologischen Behandlungstechnik narzisstischer, prä-oedipaler Persönlichkeitsstörungen eine Ergänzung der klassischen Therapie ödipaler Konflikte präsentieren. Dies verdeutlicht, welche Folgen die Ich-Spaltung als missverstandenes Schlagwort hatte (s.u.). Sicher ist es einfacher, wenn der Patient ein Konfliktbewusstsein bereits mitbringt, aber notwendig ist es in jedem Fall, dass der Analytiker seine Hand zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung reicht. Bei der späteren Rezeption der Ich-Spaltung ist weitgehend verloren gegangen, wie man die Wir-Bildung unter Einbeziehung der nichtübertragungsbedingten Beziehungselemente fördert, obwohl Sterba (1934) die Identifizierung mit dem Analytiker, die Wir-Bildung, als Grundlage der Therapie hervorgehoben hatte.

4 Psychoanalyse als "Beziehung einer Nichtbeziehung"

Durch eine einseitige und eher negative Konzeptualisierung der psychoanalytischen Kur werden die genuinen und ungemein lustvollen Erfahrungen bei der Entdeckung neuer Lebensbereiche anlässlich von Einsichten und Wir-Bildungen unterschätzt, sofern sie nur als Sublimierungen verstanden werden. Deklariert man das Verhältnis von Analytiker und Patient wie Fürstenau (1977) als "Beziehung einer Nichtbeziehung", bleibt man innerhalb eines Therapieverständnisses, das die Bedeutung des Psychoanalytikers eher negativ und paradox bestimmt. Auf der anderen Seite ist

die Rede von Beziehung, Partnerschaft oder Begegnung irreführend, wenn unklar bleibt, wie diese Dimensionen therapeutisch gestaltet werden (s. Altmeyer & Thomä 2006). Freud rückte die Analyse der Übertragung in den Mittelpunkt, die Beziehung verstand sich für ihn von selbst. Dies führte allerdings auch dazu, dass Übertragung und Beziehung in seiner Behandlungsführung unverbunden nebeneinander herliefen. Heutzutage geht es um die Erkenntnis ihrer gegenseitigen Beeinflussung und deren Interpretation. Deshalb halten wir es für verfehlt, die analytische Situation und die sie konstituierende besondere zwischenmenschliche Beziehung negativ zu definieren, sei es als Beziehung einer Nichtbeziehung, sei es nach ihrer Asymmetrie, so als wären natürliche menschliche Beziehungen (als Tisch-, Bett- und Berufsgemeinschaften) deckungsgleich-symmetrisch wie geometrische Figuren. Die Interessengemeinschaft zwischen Analytiker und Analysand hat gewiss auch Ungleichheiten. Wesentlich ist, wovon ausgegangen wird: von den ungleichen Positionen oder von der Aufgabe, die nur durch gemeinsame, wenn auch wiederum unterschiedliche Anstrengungen zu lösen ist. Es ist u. E. ebenso verfehlt, aus der Interessengemeinschaft eine Partnerschaft zu machen, wie es sich andererseits antitherapeutisch auswirken muß, wenn man die Asymmetrie so betont, dass Identifikationen erschwert oder sogar verhindert werden.

5 Multiforme Übertragung und Arbeitsbeziehung

Aus praktischen und theoretischen Gründen wurde es unerlässlich, den multiformen Übertragungen ein ergänzendes Konzept beizugesellen. Denn die Theorie der Übertragung versucht das gegenwärtige Verhalten des Patienten und seine sog. Analysierbarkeit von der Vergangenheit her zu erklären. Letztlich ginge die Fähigkeit des Patienten, seine negativen und positiven Übertragungen bzw. Übertragungswiderstände zu überwinden, auf die milde positive und unanstößige Übertragung zurück, die in der frühen Kind-Mutter-Beziehung

erworben wurde. Dann wäre der Einfluss des Analytikers hierbei im Wesentlichen sekundärer Natur, also nur abgeleitet.

Diese Theorie der Übertragung war theoretisch und praktisch nicht ausreichend. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass die psychoanalytische Ich-Psychologie mit Sterbas therapeutischer Ich-Spaltung in das Arbeitsbündnis als behandlungstechnischem Pendant zur Theorie der autonomen Ich-Funktionen einmünden musste. Sobald der Patient mit Hilfe der Interpretationen des Analytikers oder von sich aus über seine Mitteilungen reflektiert oder sich selbst beobachtet, tut er dies nicht von einem leeren Standort aus. Das Ich des Analytikers mag hinsichtlich seiner Normalität als Fiktion zu denken sein. Was er, der Analytiker, aber über seinen Patienten denkt und fühlt und wie er dessen Übertragung wahrnimmt, ist keine fiktive Angelegenheit. Ebenso wie der Patient, aus seinen Übertragungen heraustretend, nicht in ein Niemandsland gerät, so fällt auch der Analytiker nicht ins Leere, wenn er über die unbewussten Phantasien seines Patienten spekuliert oder seine Gegenübertragung zu ergründen versucht. Was er an den Patienten heranträgt, ist von seinen Ansichten über die Übertragung ebenso beeinflusst wie von seinen Auffassungen über die realistischen Wahrnehmungen des Patienten. Lebensgeschichtlich begründete Herleitungen reichen nicht aus. Man benötigt immer einen Platz außerhalb derselben, der es uns ermöglicht, Übertragungsphänomene als solche zu erkennen und zu benennen. Auch der Patient befindet sich partiell außerhalb der Übertragung, sonst hätte er nicht die Möglichkeit, neue Erfahrungen zu machen, die der Analytiker durch seine innovativen Gesichtspunkte fördert. Die Übertragung bestimmt sich also von der Nichtübertragung her - und umgekehrt.

Dass es etwas außerhalb der Übertragung gibt, zeigt auch das Schicksal der therapeutischen Beziehung, die sich nach Beendigung der Behandlung nicht auflöst. Das Ideal der Auflösung der Übertragung entsprang einem monadisch

konzipierten Behandlungsprozess, und so ist es nicht weiter verwunderlich, dass man sie in Wirklichkeit nicht findet. Freilich wurden hier schon immer bewertende Unterscheidungen getroffen: Die unanstößige Übertragung war jedenfalls bei Freud nicht Gegenstand der Analyse und stand somit außerhalb der Auflösbarkeit.

6 Greensons Arbeitsbündnis

Populär wurde besonders das Konzept von R. Greenson (1967 S. 207-216). Er sprach vom Arbeitsbündnis als einem Übertragungsphänomen, obwohl er zugleich betont, dass es sich um parallele antithetische Kräfte handle. Wie lässt sich dieser Widerspruch lösen? Sofern man Übertragungen mit Objektbeziehungen (im analytischen Sinn) in der therapeutischen Situation gleichsetzt, ist auch das Arbeitsbündnis eine Objektbeziehung mit unbewussten Anteilen und damit interpretationsbedürftig. Dies ist nur verständlich, wenn man die ideengeschichtliche Entwicklung in Rechnung stellt. Einerseits wurden nichtübertragungsbedingte Elemente (therapeutische Beziehung) betont und andererseits wurde die Erweiterung des Übertragungsbegriffes propagiert. Die Anerkennung nichtübertragungsbedingter Elemente und das Verständnis der Übertragung als umfassende Objektbeziehung (Übertragungsbeziehung) sind aus unterschiedlichen Traditionen der psychoanalytischen Praxis entstanden, die auf gemeinsame Wurzeln zurückgehen.

7 Britische Objektbeziehungstheoretiker

Den wesentlichen Beitrag zur Erweiterung des Übertragungsbegriffes leisteten M. Klein und die ihr theoretisch nahestehenden "britischen Objektbeziehungstheoretiker" Balint, Fairbairn, Guntrip und Winnicott (Sutherland 1980). Da den unbewussten objektgerichteten Phantasien durch

Klein eine ahistorische, also nahezu unwandelbare Qualität zugeschrieben wird, sind sie zu jeder Zeit gegenwärtig und außerordentlich wirksam. Im Hier und Jetzt lassen sich also auch sofort tiefe Interpretationen unbewusster Phantasien geben (Segal 1982; Nuttall 2000).

Die Übertragung erhielt in der Schule M. Kleins einen einzigartigen Platz im Rahmen ihrer speziellen, monadisch konzipierten Objektbeziehungstheorie. Ihre Ablehnung des primären Narzissmus hatte zunächst fruchtbare therapeutische Konsequenzen. Unbewusste Übertragungsphantasien richten sich dieser Theorie zufolge sofort auf das Objekt, auf den Analytiker, und - wichtiger noch - sie scheinen nicht durch Widerstände verdeckt und somit sofort interpretierbar zu sein. Während man sich in der ichpsychologischen Richtung den Kopf über Deutungsstrategien zerbricht, die durch die Schlagworte: Oberfläche, Tiefe, positive oder negative Übertragung, Widerstandsdeutung etc. zu kennzeichnen sind, legt die Theorie Kleins und ihrer Schule nahe, vermutete unbewusste Phantasien sofort als Übertragungen zu interpretieren. A. Freud (1936, S. 27) hingegen bezog Übertragungsdeutungen fast ganz auf die Vergangenheit und räumte nur dem Widerstand eine situative Genese ein. In der strengen Widerstandsanalyse unterbrach der Analytiker sein Schweigen nur noch durch gelegentliche Deutungen des Widerstandes. Klein brachte also Bewegung in die erstarrte Front der Widerstandsanalyse und ersetzte das Schweigen allerdings durch ein neues Stereotyp: durch sofortige Übertragungsdeutungen unbewusster und objektgerichteter Phantasien und ihrer typischen Kleinianischen Inhalte der "guten" und v. a. der "bösen" Brust.

In der Theorie Kleins wird das Hier und Jetzt gänzlich als Übertragung im Sinne ahistorischer Wiederholungen begriffen (Segal 1982). Nun ist es mehr als fraglich, ob man den unbewussten Anteilen des Erlebens eine zeit- und geschichtslose Sonderexistenz zuschreiben kann. Denn das Unbewusste hat keine Sonderexistenz, es ist an die menschliche Existenz in ihrer Geschichtlichkeit gebunden. In der Kleinianischen Auffassung der Übertragung

nimmt die Wiederholung einen so großen Raum ein, dass die Zeitlichkeit, also Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft aufgehoben zu sein scheinen. Deshalb wurde die Frage der Veränderung durch neue Erfahrungen in dieser Theorie lange Zeit vernachlässigt (Segal 1964). Der Patient muss sich aber mit dem Analytiker und dessen Auffassung über Gegenwart und Vergangenheit und ihre seelischen Wirklichkeit verständigen, um sich von der Übertragung befreien zu können und für die Zukunft offen zu werden. Das Hier und Jetzt kann höchstens partiell auch ein Dort und Damals sein - sonst gäbe es keine Zukunft, die sich, aufschlussreich genug, nicht durch ähnlich griffige Adverbien lokalisieren lässt. Deshalb beschränkte sich die traditionelle Definition der Übertragung ja auf alles, was *nicht neu* in der analytischen Situation entsteht, also auf die sich wiederholenden, aus vergangenen Objektbeziehungen stammenden Neuauflagen von intrapsychischen Konflikten und ihren automatischen Auslösungen in der Behandlungssituation.

8 Ich-psychologische Deutungstechnik

Da jedoch in der Therapie Neues vermittelt wird, wurde es unerlässlich, diese Seite der Beziehung zwischen Analysand und Analytiker durch besondere Bezeichnungen hervorzuheben. Zugleich blieb aber die ichpsychologische Deutungstechnik der Vergangenheit und dem intrapsychischen Konfliktmodell verhaftet. Da die Übertragung als umschriebene Wahrnehmungsverzerrung aufgefasst wurde, stellt sich der ichpsychologisch arbeitende Analytiker die Frage: Was wird momentan mir gegenüber wiederholt, welche unbewussten Wünsche und Ängste werden jetzt inszeniert, wie werden sie abgewehrt und - vor allem - wem haben sie gegolten? Welche Mutter- oder Vaterübertragung wird jetzt an mir abgebildet? Es ist offensichtlich, dass diese Fragen primär der Vergangenheit gelten, die sich, für den Patienten unbemerkt, wiederholt. Um die Wiederholung möglichst eindrucksvoll werden zu lassen und um sie

überzeugend auf unbewusst konservierte, dynamisch aktiv gebliebene Erinnerungen zurückführen zu können, ergeben sich behandlungstechnische Verhaltensregeln. Der Analytiker verhält sich passiv und wartet solange ab, bis die milde positive Übertragung zum Widerstand angewachsen ist. Er gibt schließlich Widerstandsdeutungen. "Das Hier und Jetzt ist hauptsächlich deshalb wichtig, weil es in die Vergangenheit zurückführt, von der es abstammt." Diese Feststellung Rangells (1984, S. 128) charakterisiert u. E. sehr gut eine Deutungstechnik, die sich primär an Erinnerungen wendet und die gegenwärtige Beziehung, also die interaktionelle Betrachtungsweise, auf den zweiten Platz verweist. Übertrieben könnte man sagen, dass hierbei von der dyadischen Natur des therapeutischen Prozesses nur die Übertragungsanteile zur Kenntnis genommen werden und rasch auf die Vergangenheit und auf Erinnerungen zurückgegangen wird. Rangell erkennt zwar die Bedeutung der Arbeitsbeziehung an, wenn er feststellt, dass erst Deutungen gegeben werden können, nachdem sich eine solche zufriedenstellend gebildet habe, aber er betont, dass es hierzu keiner besonderen Pflege durch den Analytiker bedürfe (1984, S. 126). Sterba (1934) war da noch anderer Ansicht, indem er zur Wir-Bildung ermutigte:

„Von Anfang an wird der Patient zu "gemeinsamer" Arbeit gegen etwas aufgefordert. Jede einzelne Analytestunde gibt dem Analytiker wiederholt Gelegenheit, das Wort ‚Wir‘ auf sich und den realitätsgerechten Anteil des Ichs des Patienten anzuwenden“ (S. 69).

Es geht also um behandlungstechnische Prioritäten. Dass Übertragungen objektbezogen sind, ist unbestritten. Denn die vom Unbewussten ins Vorbewusste aufsteigenden Wünsche sind primär mit Objekten verbunden, auch wenn diese am Anfang des Lebens noch nicht mental repräsentiert sind. Dieser intrapsychische Ablauf bildet nach Freuds *topographischer* Theorie der Übertragung, wie sie in der Traumdeutung aufgestellt wurde, die Grundlage der klinischen Übertragungsphänomene. Die theoretischen Annahmen entsprechen der Erfahrung, dass die Übertragungen - wie die Traumbildung "von oben" -

durch einen realen Tagesrest ausgelöst werden. Die realistischen Wahrnehmungen, die unterschiedlich ablaufen, betreffen also den Analytiker. Es ist ein schweres und oft folgenreiches Versäumnis, wenn in Übertragungsdeutungen dieser Tagesrest und damit die Interaktion vernachlässigt wird. Die allgemeine Vernachlässigung des Tagesrestes bei Übertragungsdeutungen ist theorieimmanent, und sie hängt außerdem damit zusammen, dass die *realistischen Verknüpfungen* mit der Person des Analytikers vermieden werden, weil sie dem behandlungstechnischen Paradigma der Spiegelung zuwiderlaufen. So erklärt sich aus der bisherigen klinischen Theorie und Praxis der Übertragung die auffällige Diskrepanz zwischen der üblichen Traumdeutung von oben, die am Tagesrest anknüpft, und dem Übergehen des Tagesrestes bei Übertragungsdeutungen.

9 Veränderungen und Konsequenzen

Die Erweiterung der Theorie der Übertragung hat generell zu erheblichen behandlungstechnischen Veränderungen geführt. Sandler (1983) führt die wesentlichen Gesichtspunkte auf:

Es scheint klar zu sein, dass die Einführung und Beschreibung dieser objektbezogenen Prozesse, insbesondere der objektgerichteten Abwehrprozesse, eine wesentlich neue Dimension der analytischen Arbeit und des Übertragungsbegriffs erkennen lassen. Die Analyse des Hier und Jetzt der analytischen Interaktion hat hinsichtlich des Zeitpunktes von Deutungen gegenüber der Rekonstruktion der infantilen Vergangenheit den Vorrang erhalten. Wenn der Patient in der analytischen Situation Abwehrprozesse zeigte, die sowohl ihn selbst wie den Analytiker betrafen, wurde dies als Übertragung betrachtet und rückte mehr und mehr in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit des Analytikers. Die Frage: "Was geht jetzt vor sich?" wurde vorrangig gestellt, und dann erst wurde die Frage aufgeworfen: "Was zeigt das Material des Patienten über seine Vergangenheit auf?" Mit anderen Worten: die analytische Arbeit wurde,, mehr und mehr darauf fokussiert, wie der Patient in seinen unbewussten Wunschphantasien und Gedanken den Analytiker im Hier und Jetzt benützt, d. h. in der Übertragung, wie sie ausgesprochen oder unausgesprochen von den meisten Analytikern verstanden wird - trotz der eingeeengten offiziellen Definition des Begriffs (Sandler 1983, S. 41).

Es liegt nämlich in der Natur des Übertragungsbegriffs, dass er ergänzungsbedürftig ist, um der therapeutischen Praxis und einer umfassenden Theorie der Heilung gerecht werden zu können. Das gleiche gilt auch für die Alternative zwischen dem intrapsychischen und dem interaktionellen Modell der Therapie (Thomä 1999).

10 Kohuts Theorie der Selbstobjekte

Kohuts (1971, 1984) umfassendes Verständnis der Übertragung im Rahmen seiner Theorie der Selbstobjekte ist umfassend in dem Sinne, dass Kohut die zwischenmenschlichen Beziehungen und den Lebenszyklus als die Geschichte unbewusster Prozesse des Suchens und Findens von Selbstobjekten betrachtet. Bei diesen handelt es sich um archaische Objektbeziehungen, bei denen Selbst und Gegenstand, Ich und Du miteinander verschmolzen sind. Die Objekte werden als Teil des Selbst und das Selbst als Teil der Objekte beschrieben. Deshalb wird die Bezeichnung Selbstobjekt auch ohne Bindestrich geschrieben. Entsprechend sind die speziellen Übertragungen, die Kohut beschrieben hat, beispielsweise die Zwillings- und Verschmelzungsübertragung, Variationen innerhalb einer interaktionellen Einheit. Kohuts Theorie unterscheidet sich von anderen Objektbeziehungstheorien durch die außergewöhnliche Betonung der grandios-exhibitionistischen Erwartungen, die dem Kleinkind zugeschrieben werden. Von der Erwidern und Anerkennung dieser Erwartungen ist nach Kohut die Entwicklung eines stabilen Selbstgefühls abhängig. Kohuts Theorie der Selbstobjekte bringt also Objektbeziehungsstörungen mit Selbstgefühlsstörungen in einen genetischen Zusammenhang, wobei die eidetische Komponente, das Sichzeigen und das Gespiegeltwerden im Auge der mütterlichen Beziehungsperson, eine ganz hervorragende Rolle spielt.

Da die menschliche Abhängigkeit von der Umgebung lebenslänglich erhalten bleibt, hat Kohuts Theorie der Selbstobjekte eine allgemeine und eine spezielle behandlungstechnische Konsequenz. Alle Patienten sind wegen ihrer Selbstunsicherheit auf Anerkennung angewiesen, und sie übertragen entsprechende Erwartungen auf den Analytiker. Kohut hat außerdem spezielle Selbstobjektübertragungen beschrieben und deren Interpretation genetisch, d. h. auf ihre Entstehung hin begründet.

Die therapeutische Beziehung zum Analytiker ist von umfassenden unbewussten Erwartungen geprägt, die eine ganz andere Art von Spiegelung erforderlich zu machen scheinen als jene, die Freud mit der Spiegelanalogie einführte. Bei den Deutungen der Selbstobjektübertragungen wird deshalb u. E. verdeckt sehr viel Anerkennung vermittelt. In diesem Sinne schreibt Kohut (1977, dt. 1979):

„Die menschliche Wärme des Analytikers z.B. ist kein zufälliger Begleitumstand seiner wesentlichen Aktivität –Deutungen und Konstruktionen anzubieten –, die von seinen kognitiven Prozessen ausgeübt wird. Sie ist ein Ausdruck der Tatsache, dass die ständige Beteiligung der Tiefe der Psyche des Analytikers eine *condition sine qua non* für die Aufrechterhaltung des analytischen Prozesses ist“ (S.253).

11 Verhältnis Arbeitsbündnis – Übertragungsneurose

Es ist deshalb notwendig, das Arbeitsbündnis (die reale Beziehung Freuds) als therapeutisch wesentlichen Anteil der analytischen Situation zu erkennen und systematisch zu berücksichtigen. Sonst bliebe man in dem Paradox gefangen, dass sich die Übertragung wie Münchhausen am eigenen Zopf aus dem Sumpf ziehen müsste. Schimek (1983, S. 439) hat in diesem Sinne von einem klinischen Paradox gesprochen, nämlich dass man die Kraft der Übertragung benütze, um eben diese Kraft aufzulösen. In der Tat, es dürfte ein Ding der Unmöglichkeit sein, den Patienten mit Hilfe der Liebe zum Arzt dazu zu bringen, auf diese Liebe zu verzichten.

Der Aufbau eines Arbeitsbündnisses durch den Patienten ist keine Angelegenheit, die als Folge feststehender Persönlichkeitsmerkmale betrachtet werden kann. In der therapeutischen Dyade kann durch den Beitrag des Analytikers das Arbeitsbündnis positiv verstärkt oder negativ geschwächt werden. Der Psychoanalytiker und Therapieforscher Luborsky hat seit der Veröffentlichung seiner Arbeit zur "helping alliance" im Jahre 1976 die Klärung eines immer schwierigen Verhältnisses in empirische Bahnen gelenkt und hat hierfür, wie er selbst in einem Rückblick (2000) darstellt, Bahnbrechendes geleistet. Verlauf und Ausgang nicht nur von analytischen Therapien werden systematisch, replizierbar und valide messbar beeinflusst, wie durch die jüngste Übersichtsarbeit von Hentschel (2005) erneut belegt wird. Der Nachweis der Veränderung rechtfertigt und begrenzt den Spielraum der psychoanalytischen Methode und den Einfluss, den der Psychoanalytiker bei der Handhabung von Arbeitsbeziehung und Übertragung als wesentlichen Bestandteilen des analytischen Prozesses nimmt.

- Altmeyer M, Thomä H (2006) Einführung: Psychoanalyse und Intersubjektivität. In: Altmeyer M, Thomä H (Hrsg) Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart, S 7-31
- Bowlby J (1995) Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Dexter Verlag, Heidelberg
- Buchheim A (2005) Bindung, Bindungsforscher und Psychotherapeuten. In: Kernberg OF, Dulz B, Eckert J (Hrsg) WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren »unmöglichen« Beruf. Schattauer, Stuttgart, S 80-91
- Deserno H (1990) Die Analyse und das Arbeitsbündnis. München: Verlag Internationale Psychoanalyse
- Freud A (1936) Das Ich und die Abwehrmechanismen. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien
- Freud S (1895 d) Studien über Hysterie. GW Bd 1, S 75-312
- Freud S (1920 a) Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität. GW Bd 12, S 269-301
- Freud S (1937 c) Die endliche und die unendliche Analyse. GW Bd 16, S 57-99
- Freud S (1940 a) Abriß der Psychoanalyse. GW Bd 17, S 63-147

- Fürstenau P (1977) Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse. In: Pongratz LJ (Hrsg) Klinische Psychologie. Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich (Handbuch der Psychologie, Bd 8/1, S 847-888)
- Greenson RR (1967) The technique and practice of psychoanalysis, vol I. International Universities Press, New York.
- Harris T (2003) Implications of attachment theory for developing a therapeutic alliance and insight in psychoanalytic psychotherapy. In Cortina, M, Marrone, M (Eds) Attachment theory and the psychoanalytic process. Philadelphia, PA, US: Whurr Publishers, Ltd. S. 62-91.
- Hentschel U (2005) Die therapeutische Allianz. Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. Psychotherapeut 50: 305-317
- Kächele H, Buchheim A, Schmücker, G, Brisch KH (1999) Entwicklung, Bindung und Beziehung - Neuere Konzepte zur Psychoanalyse. In: Helmchen H, Henn FA, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart. Springer, Berlin, Heidelberg . Band 1, 4. Auflage, S. 605-630
- Köhler L (1998) Zur Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Psyche 52: 369-403
- Kohut H (1971) The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. Int Univ Press, New York.
- Kohut H (1977) The restoration of the self. Int Univ Press, New York.
- Kohut H (1984) How does analysis cure? Univ Chicago Press, Chicago London.
- Luborsky, I (1976) Helping alliance in psychotherapy: the groundwork for a study of their relationship to its outcome. In Claghorn JL (Ed) Successful psychotherapy. New York, Brunner-Mazel
- Luborsky L (2000) A pattern-setting therapeutic alliance study revisited Psychotherapy Research 10: 17-29
- Nuttall, J (2000) Modes of therapeutic relationship in Kleinian psychotherapy. British Journal of Psychotherapy 17: 17-36
- Rangell L (1984) The analyst at work. The Madrid congress. Synthesis and critique. Int J Psychoanal 65: 125-140
- Sandler J (1983) Die Beziehung zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis. Psyche 37: 577-595. Engl (1983) Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. Int J Psychoanal 64: 35-45
- Schimek JG (1983) The construction of the transference. The relativity of the here and now and the there and then. Psychoanal Contemp Thought 6: 435-456
- Segal H (1964) Introduction to the work of Melanie Klein, 1st edn. Basic Books, New York; dt. (1974) Melanie Klein. Eine Einführung in ihr Werk. Kindler, München.
- Segal H (1982) Early infantile development as reflected in the psychoanalytic process. Steps in integration. Int J Psychoanal 63: 15-22

- Strauß B (2000) Ist die therapeutische Beziehung eine Bindungsbeziehung?
Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 21: 381-397
- Sterba RF (1934) Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. Int Z
Psychoanal 20: 66-73
- Sutherland JD (1980) The British object relations theorists. Balint, Winnicott,
Fairbairn, Guntrip. J Am Psychoanal Assoc 28: 829-860
- Thomä H (1999) Zur Theorie und Praxis von Übertragung und
Gegenübertragung im psychoanalytischen Pluralismus. Psyche - Z
Psychoanal 53: 820-872
- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band
1: Grundlagen Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo; 3. Auflage
Psychoanalytische Therapie. Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006
- Zetzel ER (1956) Current concepts of transference. Int J Psychoanal 37: 369-376

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. Horst Kächele

Klinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Am Hochsträss 8

89081 Ulm

FRG