

7 Regeln

7.1 Die mehrfache Funktion psychoanalytischer Regeln

Vergleich mit den Regeln des Schachspiels

Die psychoanalytischen Behandlungsregeln verglich Freud mit den Regeln im Schachspiel: Hier wie dort erzeugen die Regeln eine unendliche Vielfalt von Situationen, die nur in der Eröffnungs- und Beendigungsphase eingeschränkt sind.

Es sind Bestimmungen darunter, die kleinlich erscheinen mögen und es wohl auch sind. Zu ihrer Entschuldigung diene, dass es eben Spielregeln sind, die ihre Bedeutung aus dem Zusammenhange des Spielplanes schöpfen müssen. Ich tue aber gut daran, diese Regeln als "Ratschläge" auszugeben und keine unbedingte Verbindlichkeit für sie zu beanspruchen ... Die Plastizität aller seelischen Vorgänge und der Reichtum an determinierenden Faktoren widersetzen sich auch einer Mechanisierung der Technik und gestatten es, dass ein sonst berechtigtes Vorgehen gelegentlich wirkungslos bleibt und ein gewöhnlich fehlerhaftes zum Ziele führt. Diese Verhältnisse hindern indes nicht, ein durchschnittlich zweckmäßiges Verhalten des Arztes festzulegen (Freud 1913c, S. 454f.).

Der Rückgriff auf das Schachspiel liegt nahe, wenn es darum geht, die Variabilität der Behandlungsführung bildhaft darzustellen. Die komplexen interaktionellen Sequenzen, die einer bestimmten Form der Verteidigung oder dem Endspiel im Schach zugrunde liegen, haben Ähnlichkeit mit den Strategien der Behandlungsführung. Für sie lassen sich Ratschläge formulieren, die strategische Überlegungen in Regelform fassen. Anders dagegen sind die eigentlichen Spielregeln im Schach zu verstehen, die z. B. die Bewegungen der Spielfiguren festlegen und gleichsam Gesetzesfunktion haben, da ihre Einhaltung erst das Schachspiel konstituiert.

Während es im Schachspiel einfach ist, zwischen regelwidrigem und unzweckmäßigem Vorgehen zu unterscheiden, ist dies in der Psychoanalyse schwierig. Das liegt zum einen an der historischen Entwicklung der psychoanalytischen Theorie und Technik, zum anderen an den unterschiedlichen Funktionen, die psychoanalytischen Regeln eigen sind. So sei daran erinnert, wie stark die psychoanalytische Situation bei Freud den Charakter eines Assoziationsexperiments hatte, das zur Erforschung der Neurosenentstehung diente. Freud hielt auch in den späteren Behandlungsführungen an Elementen dieser Experimentalsituation fest (Cremerius 1981b). Die striktesten und eindeutigsten Handlungsanweisungen formulierte er hinsichtlich der Rahmenbedingungen für diese Situation; die Regeln schienen eine „soziale Nullsituation“ herzustellen:

Das völlig rationalisierte psychoanalytische Setting ermöglichte es ihm, seinem zweifachen Auditorium - Patienten und wissenschaftlicher Öffentlichkeit - zu beweisen, dass die Produktionen der Patienten nicht vom Therapeuten induziert, sondern aus der psychischen Aktivität des Patienten zu erklären waren (de Swaan 1978, S. 818).

Zuverlässigkeit von Regeln

Dieses Ideal für sozialwissenschaftliche Fragestellungen ist nicht angemessen; dies hat sich längst herausgestellt. Die „soziale Nullsituation“ ist niemals konkret herstellbar gewesen, auch wenn sie als leitende Utopie die psychoanalytische Praxis zu deren Schaden beeinflusst hat. Die strikte Handhabung der Rahmenbedingungen ist darauf zurückzuführen, dass sie von Analytikern überwiegend als **Spielregeln** aufgefasst werden und nicht als Mittel einer günstigen **Behandlungsstrategie**. Die Frage, wie zuverlässig selbst solche scheinbar eindeutigen Regelungen zum Ziel führen, wurde von Wittgenstein in aphoristischer Weise verfolgt:

Eine Regel steht da, wie ein Wegweiser. - Lässt er keinen Zweifel offen über den Weg, den ich zu gehen habe? Zeigt er, in welche Richtung ich gehen soll, wenn ich an ihm vorbei bin; ob der Straße nach oder dem Feldweg oder querfeldein? Aber wo steht, in welchem Sinne ich ihm zu folgen habe; ob in der Richtung der Hand oder (z. B.) in der entgegengesetzten? - Und wenn statt eines Wegweisers eine geschlossene Kette von Wegweisern stünde oder Kreidestriche auf dem Boden liefen, - gibt es für sie nur eine Deutung? - Also kann ich sagen, der Wegweiser lässt doch keinen Zweifel offen. Oder vielmehr: er lässt manchmal einen Zweifel offen, manchmal nicht. Und dies ist nun kein philosophischer Satz mehr, sondern ein Erfahrungssatz (Wittgenstein 1960, S. 332f.).

Habermas hat den Zusammenhang zwischen der Einführung von Regeln und der damit möglichen Herstellung von identischer Bedeutung und intersubjektiver Geltung einfacher Symbole in Anlehnung an den Regelbegriff Wittgensteins herausgearbeitet:

Im Begriff der Regel sind die beiden Momente vereinigt, die den Gebrauch einfacher Symbole kennzeichnen: identische Bedeutung und intersubjektive Geltung. Das Allgemeine, das die Bedeutung einer Regel konstituiert, lässt sich in beliebig vielen exemplarischen Handlungen darstellen (Habermas 1981, Bd. 2, S. 31)

Regeln konstituieren eine Bedeutungsidentität, weil sie dafür Sorge tragen, dass in der Vielfalt der Erscheinungen das Regelgeleitete als Konstante aufgesucht werden kann: sie stellen die „Einheit in der Mannigfaltigkeit ihrer exemplarischen Verkörperungen, ihrer verschiedenen Realisierungen oder Erfüllungen“ her (Habermas 1981, Bd. 2, S. 32). Diese Überlegungen sind für das Verständnis der regelkonstituierten psychoanalytischen Situation von großer Wichtigkeit; sie unterstreichen, dass die Bedeutung des Verhaltens von Analytiker und Patient an die Existenz gemeinsamer Regeln gebunden ist. Die Kleinlichkeit mancher Regelungen, von der Freud im oben aufgeführten Zitat spricht, resultiert aus dem Bestreben, Bedeutungsidentität zu schaffen, auch über die Grenzen der jeweiligen Behandlungssituation hinaus. Gerade in dem von so vielen Unsicherheiten und Widersprüchlichkeiten geprägten Feld der Psychoanalyse haben Regeln die Funktion bekommen, den Zusammenhalt der Gruppe zu stabilisieren. Die Gemeinsamkeit der Regeln dient dabei als professionelles Kennzeichen. Dies erklärt, dass z. B. die Benutzung der Couch und die intensive Stundenfrequenz zu einem wesentlichen Kriterium dafür geworden sind, ob eine Behandlung als Analyse titulierte werden darf oder nicht.

Standardisierung

Der Sinn von Regeln besteht in der Intersubjektivität ihrer Geltung. Die Schaffung von Intersubjektivität ist zugleich eine weitere wichtige Funktion der Regeln, gerade im Bereich der Psychoanalyse. Ein einheitlicher Rahmen soll die Vergleichbarkeit von Befunden garantieren, soll also eine Standardisierung des psychoanalytischen Verfahrens ermöglichen (Bachrach 1983). Eine gewisse „Standardisierung“ ist notwendig, wenn man sich nicht auf das Beobachten irgendwelcher Phänomene von einem x-beliebigen Standpunkt aus beschränken will, sondern klinische Daten vergleichen und Beobachtungen generalisiert werden sollen. So vielfältig Patienten beispielsweise auf die Couch und das Liegen reagieren, besitzt doch der Analytiker ein gewisses Erfahrungsspektrum bezüglich dieser Reaktionen und kann deshalb diagnostische und therapeutische Rückschlüsse ziehen. Die „Standardisierung“ des äußeren Rahmens vermittelt allerdings häufig lediglich einen Anschein von Gleichheit, da die Regeln in ihren Auswirkungen im hohen Maße von zusätzlichen Bedingungen abhängig sind. Festlegungen müssen dort ihre Grenzen haben, wo der therapeutische Prozess behindert wird. Im Sinne Wittgensteins geht es hier um Erfahrungssätze, die den Vergleich zwischen Regel, Weg und Ziel zum Gegenstand haben. Tatsächlich modifizieren wir die Regeln, wenn diese in die Irre führen, z. B. wenn das Liegen auf der Couch eine hemmende Wirkung auf den Patienten hat.

Flexibilität und Vielfalt statt geschlossenem Regelsystem

Die Vielfältigkeit der Randbedingungen ist auch verantwortlich dafür, dass die psychoanalytischen Behandlungsregeln kein geschlossenes und in sich strukturiertes System bilden, sondern eher eine Summe von Anweisungen auf verschiedenen Gebieten und von unterschiedlich imparativem Gehalt sind. Die wichtigsten Behandlungsempfehlungen verteilen sich bei Freud auf mindestens ein Dutzend seiner Schriften. Eine Arbeitsgruppe am Sigmund-Freud-Institut hat 249 solcher Empfehlungen aufgelistet und zu kategorisieren versucht. Die Gliederung in elf Kategorien, die von „Regeln für das Verhalten“ bis zu „Regeln für die Indikationstellung“ reichen, verdeutlicht die Vielfältigkeit und das unterschiedliche Abstraktionsniveau dieser Empfehlungen (s. Köhler-Weisker 1978).

Wie viele dieser zahlreichen Richtlinien wirkliche Spielregeln des psychoanalytischen Schachspiels sind und den konstitutiven Kern darstellen, ist schwer auszumachen. Denn im Unterschied zum Schachspiel gibt es keine Regeln, die nichts anderes bewirken würden, als dass zwei Menschen sich zu einem Spiel zusammenfinden. Spielregeln der Psychoanalyse sind immer zugleich auch Strategieregeln, die in jeder einzelnen Beziehung ausgehandelt und kontinuierlich bestätigt werden müssen. Dies unterscheidet sie vom Regelsystem des Schachs, bei dem Spielregel und Strategieregel klar getrennt sind.

Zweckmäßigkeit wider theoretische Verankerung

Behandlungsregeln sind grundsätzlich zielorientiert, sie lassen sich, wie Tafertshofer (1980) darlegt, als Einzelschritte der psychoanalytischen Methodik begreifen und dadurch mit anderen wissenschaftlichen Methoden vergleichen. Diese Zielorientierung verbietet aber gerade jene Kanonisierung von Regeln, wie sie im Schachspiel selbstverständlich ist. Freud war sich dieser Problematik bewusst, und bei ihm hatte daher die Zweckmäßigkeit Vorrang.

Die kritische Auseinandersetzung mit der Zweckmäßigkeit von Regeln scheint uns innerhalb der Psychoanalyse noch eher schwach entwickelt. Regeln werden allzu häufig nicht mit ihrer Nützlichkeit, sondern mit ihrer Verankerung in der psychoanalytischen Theorie begründet. Nun ist diese theoretische Verankerung eine schwierige Sache. Westmeyer (1978, S. 123) hat in einer kritischen Revision der verhaltenstherapeutischen Regeln Überlegungen angestellt, die auch für das psychoanalytische Regelverständnis gültig sind. Er weist nach, dass die logische Ableitung technologischer Regeln aus Erkenntnissen der Grundlagenwissenschaft eine Utopie ist.

Technologische Regeln sind deshalb auch nicht wahr oder falsch, wie die Aussagen wissenschaftlicher Theorien, die Gesetze, sondern mehr oder weniger wirksam bzw. effektiv - in dem Maße nämlich, wie in der Tat die betreffenden Zielzustände nach Realisierung der empfohlenen Maßnahmen eintreten.

Wir werden zu diesem Problem in ► Kap. 10 ausführlicher Stellung nehmen.

Auf die Psychoanalyse bezogen kann man feststellen, dass ihre Theorien ganz überwiegend nach den Entstehungsbedingungen fragen, die technischen Regeln aber an den notwendigen und hinreichenden Änderungsbedingungen orientiert sind: Die Technik ist in der Psychoanalyse nicht einfach eine Anwendung der Theorie.

Spielregel- und strategische Funktion

Das Verhältnis von Spielregelfunktion und strategischer Funktion jeder einzelnen Behandlungsregel befindet sich in ständigem Fluss. Sicherheitsbedürfnisse und Identitätsprobleme auf Seiten des Analytikers fördern die Verabsolutierung von Regeln. Aufkommende Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess erzwingen häufig eine Überprüfung der Zweckmäßigkeit und damit eine Infragestellung der Behandlungsempfehlungen. Patienten tragen das Ihre zu dieser Fluktuation bei: Es kann einem aufmerksamen Patienten nicht entgehen, dass ein Analytiker in bestimmter Weise

regelhaft vorgeht, selbst wenn dem Patienten dies nicht mitgeteilt wird. Fragen nach der Berechtigung eines solchen Vorgehens werden häufig von den Patienten selbst aufgeworfen. Es ist deshalb nur eine Frage der Zeit, wann in einer Analyse auch die Rahmenbedingungen zum Gegenstand kritischer Fragen gemacht werden. Sie verlieren dann temporär ihren Status als Rahmen und werden heftig umkämpft, bis entweder die unbewussten Determinanten der Infragestellung verstanden und aufgelöst oder die Rahmenbedingungen entsprechend modifiziert worden sind. Behandlungsregeln laden gerade dazu ein, zum Schauplatz der Auseinandersetzung zwischen Patient und Analytiker zu werden; dies ist eine Erfahrung, die nicht nur nicht vermieden werden kann, sondern vielleicht auch gar nicht vermieden werden sollte.

Dass sich in umgekehrter Weise Patienten die Regeln ihrer Analytiker zu Eigen machen und zu verabsolutieren beginnen, hat Cremerius (1977) an Patienten mit Über-Ich-Störungen überzeugend gezeigt. Es erübrigt sich zu sagen, dass die Effektivität der Behandlung durch eine Verabsolutierung von Regeln ebenso stark gefährdet wird wie durch das schrankenlose Infragestellen jeder strukturierenden Vereinbarung. Therapeutisch ist es unerlässlich, Regeln in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation und den Störungen des Patienten zu variieren.

In Umkehr des bekannten Sprichwortes kann man formulieren, dass **in der Psychoanalyse Ausnahmen die Regel** sind. Ob und wie die vom Analytiker eingeführten Regelungen begründet werden, ist entscheidend durch die Art der therapeutischen Beziehung bestimmt. Wir plädieren dafür, dass Regeln im Hinblick auf ihre therapeutische Zweckmäßigkeit sorgfältig erläutert werden und dass dabei die Vorteile für die Arbeitsfähigkeit des Analytikers sowie die Nachteile für das aktuelle Wohlbefinden des Patienten nicht unterschlagen werden. Der analytische Prozess entwickelt sich dann im Wechselspiel zwischen Infragestellung und verstärkter Etablierung der die Behandlung begleitenden Regelungen. Günstigenfalls entwickeln Analytiker und Patient in diesem Wechselspiel gemeinsam das für die Behandlung optimale Regelverständnis (s. auch Mooij 1982).

Abstinenz und Neutralität

Wir erwähnten bereits, dass die Behandlungsempfehlungen im Bereich der Psychoanalyse das ganze Spektrum von theoretischen Grundannahmen, Zielvorstellungen und klinisch gewonnenen Erfahrungen widerspiegelt, und streben in diesem Kapitel keine erschöpfende Darstellung aller wichtigen Behandlungsregeln an. Statt dessen möchten wir zu einigen besonders wesentlichen Empfehlungen Stellung nehmen, unter denen die Hinweise zum Abstinenzproblem eine besondere Rolle spielen, denn sie enthalten ein behandlungstechnisches Grundprinzip. Wir haben an verschiedenen Stellen darauf Bezug genommen - so in der Einleitung, in Ausführungen zum Erstinterview, zur Übertragung bzw. Gegenübertragung und zum psychoanalytischen Prozess. Nicht zuletzt ist das Abstinenzproblem natürlich in der psychoanalytischen Grundregel und in der gleichschwebenden Aufmerksamkeit des Therapeuten enthalten, auf die wir im folgenden Abschnitt eingehen werden. Das Abstinenzproblem sei aber dennoch exemplarisch an dieser Stelle behandelt, da hier die mehrfache Funktion psychoanalytischer Regeln und die sich daraus ergebenden Probleme besonders offenkundig gemacht werden können.

Die Abstinenz hat im Bereich der Psychoanalyse zwei Seiten: Als Abstinenzregel fordert sie spezifische Beschränkungen des Patienten, als Empfehlung zur analytischen Neutralität zielt sie auf Beschränkungen seitens des Therapeuten. So definieren Laplanche u. Pontalis (1972, S. 22) die Abstinenzregel als den Grundsatz, wonach jetzt „die psychoanalytische Behandlung so geführt werden soll, dass der Patient die geringstmögliche Ersatzbefriedigung für sein Symptom findet“. Die Neutralität bezieht sich auf „eine der Qualitäten, die die Haltung des Analytikers bei der Behandlung definiert“ (1972, S. 331). Beide Seiten gehören inhaltlich zusammen, sie sind einerseits durch die Charakteristika aller professionellen Beziehungen, andererseits durch die Eigenarten der analytischen Situation begründet.

Lektor 20.1.06 10:48

Kommentar: Um Wiederholung „... Stellung nehmen...“ und „...Stellung einnehmen ...“ zu vermeiden.

Lektor 20.1.06 10:45

Gelöscht: Stellung einnehmen

Entwicklung der Abstinenzempfehlung bei Freud

Cremerius (1984) hat das Schicksal des Abstinenzbegriffs und der Abstinenzregel eindrucksvoll dargestellt. Er zeigt auf, dass der erste Rückgriff auf diese Regel bei Freud speziell durch die Behandlungsprobleme bei hysterischen Patientinnen notwendig wurde. Ihre Wünsche nach konkreten Liebesbeziehungen drohten die professionelle Beziehung zu gefährden. Zunächst also hat das Abstinenzgebot durchaus die Funktion einer „Spiel-Regel“, die die Fortführung der Analyse sichern soll:

Das Liebesverhältnis macht eben der Beeinflussbarkeit durch die analytische Behandlung ein Ende; eine Vereinigung von beiden ist ein Unding (Freud 1915a, S. 314).

Freud zitiert in diesem Zusammenhang die allgemeingültige Moral, die er durch methodische Überlegungen ersetzen möchte. Streng genommen geht es allerdings nicht so sehr um die allgemeine Moral, als um eine ganz spezifische Norm, die den Rahmen der Beziehung zwischen Analytiker und Patient durchaus im Sinne einer Spielregel festlegt.

Die herausragende Bedeutung der Abstinenzregel resultiert aber aus Freuds Ansatz, die normative Argumentation durch eine methodenorientierte zu ersetzen: Während die ärztliche Moral es nahe legen würde, die Liebesgefühle der Patientinnen strikt zurückzuweisen, empfiehlt Freud, ihre Entwicklung nicht zu stören, um über sie die verdrängten Wunschregungen besser analysieren zu können. Nicht nur aus ärztlich-ethischen Gründen, auch aus methodischen Gründen fordert er, den erotischen Wünschen die Befriedigung zu versagen:

Die Kur muss in der Abstinenz durchgeführt werden; ich meine dabei nicht allein die körperliche Entbehrung, auch nicht die Entbehrung von allem, was man begehrt, denn dies würde vielleicht kein Kranker vertragen. Sondern ich will den Grundsatz aufstellen, dass man Bedürfnis und Sehnsucht als zur Arbeit und Veränderung treibende Kräfte bei der Kranken bestehen lassen und sich hüten muss, dieselben durch Surrogate zu beschwichtigen (Freud 1915a, S. 313).

Die Empfehlung richtet sich hier auf die Erhaltung eines günstigen Spannungspotenzials, von dem angenommen wird, dass es den therapeutischen Prozess in Gang hält. Es sei betont, dass Freud seine Begründung in dieser Textstelle auf die Plausibilität stützt: Die Zweckmäßigkeit der Erhaltung von Spannung kann im Einzelfall überprüft und nachgewiesen werden. Auch die Warnung an den Therapeuten, den Patientinnen nicht aus Gefälligkeit oder in therapeutischer Absicht scheinbar entgegenzukommen, stützt sich auf plausible, klinisch nachvollziehbare Argumente.

Es blieb jedoch nicht bei diesen technischen Begründungen; diese verbanden sich mit den triebtheoretischen Annahmen, durch die Abstinenz und die entsprechende strikte Neutralität des Analytikers untermauert wurden. Freud selbst hat an dieser Entwicklung erheblichen Anteil. Vier Jahre nach seiner ersten Begründung der Abstinenzregel schreibt er:

Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehrung - Abstinenz - durchgeführt werden ...

Sie erinnern sich daran, dass es eine Versagung war, die den Patienten krank gemacht hat, dass seine Symptome ihm den Dienst von Ersatzbefriedigung leisten. Sie können während der Kur beobachten, dass jede Besserung seines Leidenszustandes das Tempo der Herstellung verzögert und die Triebkraft verringert, die zur Heilung drängt. Auf diese Triebkraft können wir aber nicht verzichten; eine Verringerung derselben ist für unsere Heilungsabsicht gefährlich ... Wir müssen, so grausam es klingt, dafür sorgen, dass das Leiden des Kranken in irgendeinem wirksamen Maße kein vorzeitiges Ende finde (Freud 1919a, S. 187f.; Hervorhebungen im Original).

Freud empfiehlt in diesem Zusammenhang, durch Setzen von „empfindlichen Entbehrungen“ Leiden aufzurichten, Ersatzbefriedigungen aufzuspüren und vom Patienten Verzicht zu verlangen, damit die für die Analyse notwendige Energie nicht versickere. Dies gilt besonders

für heimliche Übertragungsbefriedigungen. Im Gegensatz zur Formulierung von 1915 wird hier nicht nur für ein günstiges, sondern für das größtmögliche Spannungspotenzial votiert, der Abstinenzgrundsatz wird also erheblich verschärft. Begründet wird diese Regel mit der Theorie der Symptomentstehung sowie mit triebökonomischen Überlegungen.

Mögliche ungünstige Nebenwirkungen

Wir haben bereits erläutert, dass eine Regelableitung aus der Theorie utopisch und häufig schädlich ist, weil die Frage der Zweckmäßigkeit dabei in den Hintergrund tritt. Die Abstinenzregel in dieser Begründung ist ein besonders eindrucksvolles Beispiel, hat sie doch eindeutig ungünstige Auswirkungen auf die Entwicklung der psychoanalytischen Technik gehabt. So stellt Cremerius (1984) heraus, dass damit die spezifischen Eigenarten der Hysteriebehandlung unzulässig auf die Behandlung anderer Neuroseformen übertragen wurden: Wünsche, die bei hysterischen Patientinnen durchaus Widerstandscharakter haben mögen, können bei Zwangspatienten, bei Phobien und Angstneurosen gänzlich andere Bedeutung haben. Die Sorge des Analytikers, seine Patienten könnten in der Übertragung heimliche Ersatzbefriedigung finden, führt zu einer defensiven Einstellung. Die Abstinenzregel ist nicht mehr dazu da, durch Herstellung eines günstigen Spannungspotenzials eine Entwicklung in Gang zu setzen, sondern dient der Verhinderung befürchteter Entwicklungen. Die Vorstellung von der notwendigen Frustration als Motor von Veränderung ist mehr als fragwürdig geworden und hat v. a. den Blick für die ungünstigen Auswirkungen einer übertriebenen Neutralität des Analytikers auf den therapeutischen Prozess verstellt.

Für die Rechtfertigung des Neutralitätsgebots an den Analytiker sind triebtheoretische Überlegungen durchaus entbehrlich, das lässt sich auch methodisch begründen. Die Neutralitätsforderung bezieht sich dabei auf verschiedene Gebiete:

- auf die Verarbeitung des vom Patienten angebotenen Materials (Verzicht auf die Verfolgung eigener Vorurteile),
- auf den therapeutischen Ehrgeiz (Verzicht auf suggestive Techniken),
- auf das Problem der Zielvorstellungen (Verzicht auf die Verfolgung eigener Werte) und schließlich
- auf die Probleme der Gegenübertragung (Verzicht auf die heimliche Durchsetzung eigener Triebwünsche).

Als methodisches Grundprinzip hatte das Neutralitätsgebot von Beginn an herausragende Bedeutung für die Sicherung von Objektivität und für die Etablierung einer psychoanalytischen Identität. Dabei spielte das empiristische Wissenschaftsideal eine entscheidende Rolle. Kaum eine analytische Regel ist deshalb so stark der Gefahr einer Verabsolutierung ausgesetzt wie die Neutralitätsregel. Inzwischen hat allerdings auf breiter Front eine Gegenbewegung eingesetzt. Bei dem Panel der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung im Jahre 1981 mochte sich keiner der Teilnehmer mehr zu einer uneingeschränkten Bejahung strikter analytischer Neutralität bekennen (Leider 1984). Die Erfahrung, dass einmal mehr und im anderen Fall weniger Befriedigung gewährt werden müsse, bewog Freud zu einer milden Einstellung gegenüber der Abstinenzregel. Auch wir haben nichts gegen pragmatische Kompromisse, sofern sich diese mit dem ärztlichen Ethos vereinbaren und methodisch rechtfertigen lassen. Wir möchten freilich noch einen Schritt weiter gehen und glauben, dass heutzutage Psychoanalytiker der Abstinenzregel aus prinzipiellen Gründen mit großer Souveränität gegenüberzutreten können. Wie wir bereits ausgeführt haben, erhielt die professionelle Befürchtung, dem Patienten zu viel Befriedigung gewähren zu können, eine erhebliche Verstärkung durch triebtheoretische Annahmen. Unter ihrem Einfluss bildete sich das Ideal vollkommener Abstinenz, um durch die Versagung ödipaler Befriedigungen den innerseelischen Druck zu erhöhen und somit die von der Abfuhr abgehaltenen seelischen Energien auf die Wiederbelebung von Erinnerungen umzulenken. Trotz des noch immer gebräuchlichen Jargons haben die meisten Analytiker in ihrer klinischen Arbeit von der Besetzungshypothese – also vom ökonomischen Prinzip – Abschied genommen. Dieser Prozess hat vor Jahrzehnten begonnen, als Balint (1935) in Anlehnung an die von

Lektor 20.1.06 10:56

Gelöscht: verstellt

Lektor 20.1.06 10:57

Gelöscht: ,

Lektor 20.1.06 10:57

Gelöscht: es

Lektor 20.1.06 10:57

Formatiert: SpListDash1

Freud vernachlässigte alternative Theorie der Zärtlichkeit dieser eine eigenständige Bedeutung zuschrieb. Solange Gewährung und Anerkennung nicht als sexuelle Stimuli missverstanden werden, ist auch die Angst des Analytikers unbegründet, schon bei der geringsten Gewährung auf Abwege zu geraten. Am klarsten zeigt sich die Befreiung von den Fesseln der Abstinenzregel in Kohuts Technik narzisstischer Anerkennungen. Angesichts unserer entschiedenen Zweifel an der Existenz eines unabhängigen Narzissmus würden wir freilich davon ausgehen, dass narzisstische Bestätigungen ödipal-sexuelle Konnotationen haben, sodass sie sich durchaus auf die libidinöse Übertragung auswirken werden. Dennoch ist Kohut darin Recht zu geben, dass die Abstinenzregel heute anders verstanden werden muss. Angesichts der von uns diskutierten mehrfachen Funktion von Regeln genügt es, wenn sich in einem einzelnen Bereich Änderungen vollziehen, um eine Korrektur des Ganzen in Gang zu bringen.

7.2 Freie Assoziation als Grundregel der Therapie

7.2.1 Merkmale und Entwicklung der Methode

Nicht nur in der Hierarchie der Regeln steht die freie Assoziation an erster Stelle. Freud erwähnt in einem Brief an Stefan Zweig vom 7.2.1931 (1960a, S. 398-399) mit erkennbarer Zustimmung, dass diese Technik von vielen als bedeutungsvollster Beitrag der Psychoanalyse angesehen werde. Auch Jones (1960, S. 286) zählt neben der Entdeckung der kindlichen Sexualität und des Ödipuskomplexes im Rahmen seiner Selbstanalyse die Einführung der freien Assoziation zur großen Tat im wissenschaftlichen Leben Freuds. Jones kann seine Auffassung darauf stützen, dass mit ihrer Hilfe in der Traumdeutung der Weg zu den latenten Traumgedanken gefunden wird (► Kap. 5). So kann die Traumbildung rekonstruiert werden, weil „...mit dem Aufgeben der **bewussten** Zielvorstellungen die Herrschaft über den Vorstellungsablauf an **verborgene** Zielvorstellungen übergeht“ (Freud 1900a, S. 536; Hervorhebungen durch die Verfasser). Die Assoziationen gelten als Indikatoren für jene Zielvorstellungen oder Phantasien, zu denen der Patient ohne die interpretative Hilfe des Analytikers keinen Zugang finden kann, weil sie dem psychodynamisch Unbewussten angehören.

Zur Grundregel wurde die Methode der freien Assoziation expressis verbis erst später. In einem Autoreferat beschrieb Freud (1923a) ihre Entwicklung wie folgt:

Er versuchte es also, auch seine nicht hypnotisierten Patienten zur Mitteilung von Assoziationen zu drängen, um durch solches Material den Weg zum Vergessenen oder Abgewehrten zu finden. Später merkte er, dass es eines solchen Drängens nicht bedürfe, dass beim Patienten fast immer reichliche Einfälle auftauchen, diese aber durch bestimmte Einwendungen, die er sich selbst machte, von der Mitteilung, ja vom Bewusstsein selbst abgehalten wurden. In der ... Erwartung, dass alles, was dem Patienten zu einem gewissen Ausgangspunkt einfiel, auch in innerem Zusammenhang mit diesem stehen müsse, ergab sich daraus die Technik, den Patienten zum Verzicht auf alle seine kritischen Einstellungen zu erziehen und das dann zutage geförderte Material von Einfällen zur Aufdeckung der gesuchten Zusammenhänge zu verwerten (S. 214).

Zwischen „Einfall“ und „Assoziation“ bestehen bemerkenswerte Bedeutungsunterschiede. Einem guten Einfall kommt eine schöpferische Qualität zu, während der Wortsinn von Assoziation den Zusammenhang betont. Zumindest für das subjektive Erleben sind Einfälle der spontane Ausdruck von Denkprozessen, die zu einer neuen Gestalt führen. Die Assoziationen des Patienten fügt hingegen der Analytiker zu einem sinnvollen Ganzen zusammen. Einfälle haben eine integrierende, der Einsicht nahe stehende Funktion, worauf Niederland (s. Seidenberg 1971) aufmerksam gemacht hat.

Zum Verhältnis zwischen Einfall und Assoziation gibt Strachey in der *Standard Edition* in einer Fußnote, die in den *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (Freud 1916-17) enthalten ist, folgenden aufschlussreichen Kommentar:

Wenn jemand an etwas denkt und wir sagen, dass er einen Einfall hat, dann heißt dies, dass ihm noch etwas anderes eingefallen ist. Wenn wir aber sagen, dass er eine Assoziation hat, dann scheint dies zu implizieren, dass das andere, was ihm eingefallen ist, in irgendeiner Weise mit dem, was er vorher gedacht hat, zusammenhängt. Vieles, was auf diesen Seiten (den 3 Kapiteln über Fehlhandlungen) diskutiert wird, dreht sich darum, ob dieser zweite Gedanke tatsächlich (oder notwendigerweise) mit dem ursprünglichen zusammenhängt - ob der „Einfall“ eine Assoziation ist (Standard Edition vol. 15, S. 48; Übersetzung durch die Autoren).

Entdeckungs- und Entstehungszusammenhang der freien Assoziation sind, wie könnte es anders sein, tief in die Geistesgeschichte verwoben. Wir beschränken uns auf einige Anmerkungen zum zeitgeschichtlichen Kontext. Es lag in der Tradition der Helmholtzschen Schule, in die Freud durch seinen Lehrer Brücke einbezogen war, Phänomene unter das Postulat des durchgehenden seelischen Determinismus zu stellen, dem Freud dann auch die freien Einfälle zuordnete. Ebenso stark waren die Einflüsse Herbarts und Fechners auf die Psychologie des letzten Jahrhunderts, mit der Freud durch seinen Lehrer Meynert und dessen Assoziationstheorie vertraut wurde. Herbart prägte Begriffe wie „innere Apperzeption“ und betrachtete „freisteigende Vorstellungen“ bereits unter dynamischen Gesichtspunkten, nämlich ihrer gegenseitigen Hemmung. Um wenigstens anzudeuten, dass sich die Geschichte der freien Assoziation nicht auf das wissenschaftliche Denken einschränken lässt, erwähnen wir eine ganz andere Quelle. Bakan (1958) vermutet, dass der Ursprung der freien Assoziation in den Meditationstechniken der jüdischen Mystik liegen könnte (s.auch Hölzer u. Kächele 1988).

Es ist hier nicht der Ort, die Originalität der Methode des freien Assoziierens gegenüber irgendwelchen Vorläufern abzugrenzen. Sicher ist jedenfalls, dass sich Freuds Technik allmählich aus der Hypnose und aus dem kathartischen Verfahren Breuers herausentwickelt hat. In seiner Selbstanalyse wurde das freie Assoziieren zum wesentlichen Hilfsmittel Freuds. Es ist nicht übertrieben, wenn wir aus heutiger Sicht sagen: Im Selbstversuch hat Freud durch das Assoziieren die Bedeutung des Phantasierens für die Erkenntnis unbewusster seelischer Prozesse entdeckt (Freud 1926c).

Die Assoziationspsychologie stand bei der Einführung der Methode Pate. Es zeigte sich, dass die Einfälle des Patienten, die sich zu Reihen mit Verkettungen und Knotenpunkten zusammenfügen lassen, durch „unbewusste Komplexe“ gesteuert sind. Man könnte kurz sagen, dass der von Jung konzipierte „Komplex“, der in experimentellen Assoziationsstudien (Jung 1906) die Reaktionen steuert, im Freudschen Denken seine Entsprechung am ehesten in der Überzeugung von der Determiniertheit aller seelischen Phänomene durch unbewusste Wünsche findet. Eine frühe Aussage Freuds (1906c, S. 13) lautet:

Die Aufgabe der Psychoanalyse lautet ganz uniform für alle Fälle, es seien Komplexe aufzudecken, die infolge von Unlustgefühlen verdrängt sind und beim Versuch der Einführung ins Bewusstsein Anzeichen des Widerstandes von sich geben.

Zu ihnen versuchte Freud durch die Hypnokatharsis und Druckprozedur und schließlich durch das freie Assoziieren zu gelangen. Jungs Assoziationsstudien waren in der Lage, so kommentiert Freud,

rasche experimentelle Bestätigungen von psychoanalytischen Tatbeständen zu erbringen und einzelne Verhältnisse dem Lernenden zu demonstrieren, von denen der Analytiker nur hätte erzählen können (Freud 1914d, S. 67).

Die Methode der freien Assoziation - die psychoanalytische Grundregel - steht nach Freuds Ansicht in der Tradition der experimentellen Psychophysikologie Wundts, die sich in Jungs Assoziationsexperimenten fortsetzte. Die historisch-kritische Aufarbeitung der Assoziationstheorie hatte erhebliche Auswirkungen auf das Verständnis der Grundregel (Rapaport 1974; Bellak 1961; Colby 1960; Wyss 1958). Der Studie Zilboorgs (1952,

S. 492) entnehmen wir, dass Freud nicht nur mit der englischen Schule der Assoziationspsychologie vertraut war - er hat bekanntlich ein Werk Mills übersetzt -, sondern dass er vielleicht auch über einen ersten Selbstversuch im freien Assoziieren, dem sich kein Geringerer als Galton unterzogen hatte, informiert gewesen sein könnte.

Da es in der Therapie darum geht, die Teile zu einem Ganzen zusammenzufügen, also die Zusammengehörigkeit der Elemente wie in einem Bilderrätsel oder Puzzle zu finden, waren die von Bernfeld (1934) herausgestellten gestaltpsychologischen Prinzipien von Anfang an impliziert. Wegen der Bedeutung dieser ziemlich unbekannt gebliebenen und unseres Wissens nicht ins Englische übersetzten Veröffentlichung zitieren wir daraus ausführlich:

Traumdeutung, das therapeutische Verfahren der Psychoanalyse, jede einzelne Analysenstunde, aber auch weite Strecken der angewandten Forschungsarbeit der Psychoanalytiker beziehen sich auf Folgen von Gedanken, Bildern, Handlungen, Affekten, die im Wesentlichen in Worten und Sätzen dem Therapeuten und Forscher vorliegen. Das Gesetz dieser Abfolge kennen zu lernen ist seine Aufgabe oder seine Voraufgabe. Auf Grund des Gesetzes der Abfolge vermag er zu erklären, zu deuten, zu beeinflussen. In der ärmlichen Terminologie der älteren Psychologie ist „Vorstellung“ das Wort, das demnach zwar auch in ihr keineswegs richtig und genau, aber fürs erste ungefähr das Forschungsmaterial der Psychoanalyse bezeichnet; Assoziationen von Vorstellungen heißen dann ungefähr die Abfolgen, die dem Analytiker vorliegen und auf deren Gesetz es ihm ankommt. Von Assoziationen zu sprechen rechtfertigte sich in den Anfängen der Psychoanalyse umso mehr, als es sich im Allgemeinen nicht um sachgebundene, sondern um von „inneren“ Kräften und Zwecken bestimmte Abfolgen handelte. Aber eine „Assoziationspsychologie“ ist darum die Psychoanalyse keineswegs (S. 43).

Der Übergang von der themenzentrierten zur freien Assoziation vollzog sich anhand von Erfahrungen, die Freud bei der Behandlung seiner Patienten machte und die ihn dazu brachten, den „Widerstand“ bzw. die „Übertragung“ als konstituierendes Merkmal der unbewussten Einstellung seiner Patienten zu erkennen. Was also durch die Hypnose völlig verdeckt und somit einer therapeutischen Bearbeitung entzogen war, konnte durch die Einführung der neuen Methode als wesentliches Moment verstanden werden. Angedeutet wird an dieser Stelle damit die innige Verzahnung und Wechselbeziehung zwischen Inhalt und Methode der Psychoanalyse bzw. der fruchtbaren Auswirkungen, die die freie Assoziation auf Freuds weitere theoretische Überlegungen haben sollte. Bemerkenswert ist die Mithilfe, die Freud bei der Entwicklung der freien Assoziation von Seiten seiner Patienten erfuhr. So entgegnete z. B. Emmy von N. der Eindringlichkeit Freuds, mit der er in der Behandlung nach dem Ursprung eines Symptoms suchte, mit der Bemerkung, er solle nicht immer fragen, woher das und jenes komme, sondern sie erzählen lassen, was sie ihm zu sagen habe (Freud 1895d, S. 116). Das nun zunehmend im Sinne der freien Assoziation geführte Gespräch

... ist nicht so absichtslos wie es den Anschein hat; es enthält vielmehr die ziemlich vollständige Reproduktion der Erinnerungen und neuen Eindrücke, die sie seit unserem letzten Gespräch beeinflusst haben, und läuft oft ganz unerwartet auf pathogene Reminiszenzen aus, die sie sich unaufgefordert abspricht (1895d, S. 108).

Dieses **Absprechen** scheint dem Abreagieren benachbart zu sein. Emmy von N. brachte fortan spontan ihre Gedanken in das Gespräch ein, als Ergänzung zur Hypnose, wie Freud (1895d, S. 108) bemerkt. Die Heilung durch das Gespräch wurde mit den freien Einfällen als Ausdruck persönlicher Spontaneität und Meinungsfreiheit geboren. Hierzu gehört die Wendung von der bisherigen Passivität des Patienten, der auf Fragen antwortet oder sich hypnokathartisch abreagiert, zur aktiven Teilnahme an der Gestaltung des Gesprächs. Dieser Aufbau der Behandlungstechnik erleichtert das freie Assoziieren. Freud betont (1900a, S. 107), dass es manchen Patienten schwer falle, die auftauchenden Gedanken mitzuteilen. Er berichtet aber zugleich von seiner Erfahrung:

Lektor 20.1.06 11:35

Kommentar: Plural nur, wenn es heißt: Widerstand und Übertragung; bzw. drückt „oder“ aus, d.h. entweder das eine oder das andere - daher Singular.

Lektor 20.1.06 11:33

Gelöscht: e

Lektor 20.1.06 11:36

Kommentar: Großbuchstabe (E) auch im Original?

Und doch ist ... ein derartiges sich in den Zustand der kritiklosen Selbstbeobachtung Versetzen keineswegs schwer. Die meisten meiner Patienten bringen es nach der ersten Unterweisung zustande (1900a, S. 108).

Die freie Assoziation hat sich von der Hypnose her in Richtung auf ein „Gespräch zwischen zwei gleich wachen Personen“ entwickelt (Freud 1904a, S. 5).

7.2.2 Mitteilung der Grundregel

Erweckung innerer Widerstände

Der Kontext, in dem die Grundregel mitgeteilt wird, bedarf **besonderer** Beachtung. Oft werden die Äußerlichkeiten der Behandlung, die allesamt bei den wenigsten Menschen besonders lustvolle Gefühle wecken - nämlich einschränkende Honorar-, Termin- und Ferienabsprachen -, in der gleichen Stunde und fast in einem Atemzug mit der Grundregel erörtert. Tatsächlich verknüpfen sich die verschiedenen Seiten der Verabredung so sehr miteinander, dass in einem weit verbreiteten Missverständnis die Grundregel fast mit einem Vertrag gleichgesetzt wird, also mit der Vereinbarung des Honorars und der Regelung bei Unterbrechungen und ausgefallenen Stunden. Die ohnedies bestehenden Ängste verstärken sich angesichts der ungewöhnlichen Aussicht, einem fremden Menschen die bestgehüteten Geheimnisse offen legen zu müssen. Nicht wenige Patienten denken bei den Informationen über die Grundregel an etwas, das sie für sich zu behalten beschließen - was wir günstigenfalls im Lauf der Therapie erfahren. Von der Lust am Fabulieren bleibt erst einmal nicht viel übrig. Freud hat durch eine Geschichte deutlich zu machen versucht, warum dem Patienten keine Ausnahme eingeräumt werden könne, ein Geheimnis bei sich zu behalten: Wenn man den Strolchen Wiens in der Stephanskirche einen exterritorialen Raum schaffe, hielten sie sich gerade dort auf (Freud 1916/1917, S. 298).

Die Grundregel führt zu einem Konflikt mit den mitgebrachten Idealvorstellungen und Verhaltensnormen, die dem Über-Ich zuzuschreiben sind. Die Aufforderung zum freien Assoziieren wird vom Patienten in eine Reihe von alten Geboten eingereiht, bei deren Übernahme starke Gegenkräfte in den Untergrund gingen. Ist es unvermeidlich, dass es um die Befolgung der Grundregel einen Kampf gibt, wie dies A. Freud (1936) ausgedrückt hat? Entscheidend ist, wie der Patient die Grundregel erlebt, und dieses Erleben ist selbstverständlich keine nur mitgebrachte, sondern eine situative und prozessuale Größe: Je „heiliger“ die Grundregel gehalten wird, desto stärker werden die Gegenkräfte! Worte haben ihr eigenes Gewicht, das sich seine Realitäten schafft. Wenn man vom Kampf spricht, wird auch gekämpft. Soll man überhaupt um etwas kämpfen, wenn allein schon das Wort Gegenkräfte weckt, weil der Patient endlich einmal gewinnen möchte? Es gibt gewiss viele Wege der Selbstbehauptung. Die analytische Erfahrung lehrt, dass sich mit der Reservatio mentalis symbolisch sehr viel verbinden kann: Viele Patienten bewahren lange oder für immer irgendein Geheimnis für sich. Nach der analytischen Theorie müssten Abkömmlinge dieses Geheimnisses und seiner unbewussten Wurzeln **indirekt** zur Bearbeitung kommen. In diesem Fall würden wir u. U. sogar Symptome erwarten, die auf einen psychodynamisch wirksamen, also pathogenen Herd schließen lassen. Freud gewährte keine Ausnahmen von der Grundregel und verpflichtete den Patienten zu absoluter Ehrlichkeit; Ausnahmen zu machen, bewähre sich nicht. Einen durch seinen Amtseid an die Geheimhaltung gebundenen hohen Funktionär behandelte er zwar zu dessen Zufriedenheit, er selbst (1916-17, S. 298) aber war mit dem Ausgang der Therapie unzufrieden und führte dies darauf zurück, dass er eine Ausnahme gemacht hatte. Welchen Sinn hat es, einen Patienten zur Ehrlichkeit zu verpflichten, wenn man zugleich weiß, dass innere Widerstände dies verhindern? Die Forderung absoluter Ehrlichkeit erhöht das schlechte Gewissen des Patienten; sein unbewusstes Schuldgefühl wird also zunehmen und zu negativen therapeutischen Reaktionen führen. Demgegenüber hat es sich für uns vielfach bewährt, um die Grundregel nicht zu kämpfen, sondern Ausnahmen zuzulassen, im Vertrauen darauf, dass der Aufbau einer verlässlichen Beziehung dem Patienten schließlich genügend Sicherheit verleiht, auch gut

gehütete Geheimnisse mitzuteilen. Freud scheint ähnliche Erfahrungen gemacht zu haben, wenn er sagt:

Von der geringen Wirksamkeit solcher Verträge, wie man sie durch die Aufstellung der psychoanalytischen Grundregel mit dem Patienten schließt, kann man sich regelmäßig überzeugen (Freud 1913c, S. 469).

Unsere Kritik an autoritären Formulierungen der Grundregel sollte nicht als Plädoyer für deren Abschaffung verstanden werden. Wir hoffen allerdings, durch unsere Argumente zu einer Handhabung beizutragen, die die Freiheit des Patienten und seine Fähigkeit zum Assoziieren erhöht. Gill hat uns in einer persönlichen Mitteilung darauf aufmerksam gemacht, dass es keineswegs ein Zeichen von Toleranz sei, sondern eher versteckt autoritär, wenn man die Einfälle des Patienten interpretativ benütze, ohne ihn mit dem Sinn der Grundregel vertraut gemacht zu haben. Der Patient muss unbedingt wissen, dass er zum Fortschritt der Therapie beitragen und dem Analytiker das Handwerk erleichtern, aber auch erschweren kann. Denn das **bewusste** Aussparen bestimmter Themen und das Unterdrücken von Einfällen ist und bleibt eine Komplikation, die allerdings häufig **iatrogen** verstärkt wird: Der Patient kämpft gegen die Karikatur an, die der Analytiker vorgezeichnet hat.

Widerspruch von Regel und Freiheit

Die Aufforderung zum freien Assoziieren scheint in ein Dilemma zu führen. Soweit sein bewusstes Bemühen und seine Entscheidungsfreiheit reichen, ist der Patient in der Lage, alles zu sagen. Die Regel soll ihn ermutigen, die bewusste kritische Auswahl zugunsten des spontanen Gedankenspiels aufzugeben. Betrachtet man die vom Patienten beschriebenen Gefühle und Gedanken unter dem Gesichtspunkt ihrer Determiniertheit, so erscheinen sie **unfrei** im Sinne von motiviert. Über den latenten Motivationszusammenhang kann der Patient nicht verfügen, weil die unbewussten und vorbewussten Gedanken und Wünsche in ihrer Entfaltung durch die sog. Zensur unterbrochen werden. Die interpretativen Hilfen bei der Überwindung der Zensur erleichtern dem Patienten sowohl das Erleben seiner Abhängigkeit von unbewussten Wünschen und imperativen Bedürfnissen als auch deren bereichernde Aneignung. Das freie Assoziieren führt also nicht zu einem echten oder gar unlösbaren logischen Paradox, macht aber freilich Widersprüchlichkeiten offenkundig, die in der Spannung von Abhängigkeit und Autonomie liegen. Man könnte sogar die Regel als Sinnbild der Widersprüchlichkeit überhaupt betrachten: Man wird freier, wenn man sich damit versöhnt, abhängig zu sein vom Körper und seinen imperativen Bedürfnissen und von den Mitmenschen, auf die jedermann angewiesen ist.

Es liegt nahe, bei der Mitteilung der Grundregeln **Metaphern** zu verwenden, die von der strengen Verpflichtung, alles sagen zu **müssen**, zu der inneren Freiheit hinführen können, alles mitteilen zu **dürfen**. Ob die in der Literatur vorgeschlagenen Metaphern, von denen wir einige Kostproben geben wollen, diese Funktion erfüllen, hängt natürlich von vielen Umständen ab - nicht zuletzt von ihrem Bedeutungsgehalt.

Wir beginnen mit Freuds berühmter Reisemetapher (1913c, S. 469):

Es ist im Ganzen gleichgültig, mit welchem Stoffe man die Behandlung beginnt, ob mit der Lebensgeschichte, der Krankengeschichte oder den Kindheitserinnerungen des Patienten. Jedenfalls aber so, dass man den Patienten erzählen lässt und ihm die Wahl des Anfangspunktes freistellt. Man sagt ihm also: Ehe ich Ihnen etwas sagen kann, muss ich viel über Sie erfahren haben; bitte teilen Sie mir mit, was Sie von sich wissen. Nur für die Grundregel der psychoanalytischen Technik, die der Patient zu beobachten hat, macht man eine Ausnahme. Mit dieser macht man ihn von Anfang an bekannt: Noch eines, ehe Sie beginnen. Ihre Erzählung soll sich doch in einem Punkte von einer gewöhnlichen Konversation unterscheiden. Während Sie sonst mit Recht versuchen, in Ihrer Darstellung den Faden des Zusammenhanges festzuhalten und alle störenden Einfälle und Nebengedanken abweisen, um nicht, wie man sagt, aus dem Hundertsten ins

Tausendste zu kommen, sollen Sie hier anders vorgehen. Sie werden beobachten, dass Ihnen während Ihrer Erzählung verschiedene Gedanken kommen, welche Sie mit gewissen kritischen Einwendungen zurückweisen möchten. Sie werden versucht sein, sich zu sagen: Dies oder jenes gehört nicht hierher, oder es ist ganz unwichtig, oder es ist unsinnig, man braucht es darum nicht zu sagen. Geben Sie dieser Kritik niemals nach und sagen Sie es trotzdem, ja gerade darum, weil Sie eine Abneigung dagegen verspüren. Den Grund für diese Vorschrift - eigentlich der einzige, die Sie befolgen sollen - werden Sie später erfahren und einsehen lernen. Sagen Sie also alles, was Ihnen durch den Sinn geht. Benehmen Sie sich so, wie zum Beispiel ein Reisender, der am Fensterplatz des Eisenbahnwagens sitzt und dem im Inneren Untergebrachten beschreibt, wie sich vor seinen Blicken die Aussicht verändert. Endlich vergessen Sie nie daran, dass Sie volle Aufrichtigkeit versprochen haben, und gehen Sie nie über etwas hinweg, weil Ihnen dessen Mitteilung aus irgendeinem Grunde unangenehm ist.

Diese Metapher zeigt, was mit frei gemeint ist, nämlich nichts mit Absicht und bewusst von der Mitteilung auszuschließen.

Sterns U-Boot Metapher

Während Freuds Reisemetapher in die Ferne und Weite führt, enthält die von Stern (1966) bevorzugte Analogie eine gefährlichere Reise in eine eingegengte Situation. Er gibt dem Patienten vor, das Sprechzimmer sei wie ein Kontrollturm, wie die Kanzel („control room“) in einem untergetauchten U-Boot, und er fordert den Patienten auf, durch das Periskop zu schauen und alles zu beschreiben, was er draußen sieht (1966, S. 642). Keinem Analytiker wird es besonders schwer fallen, zur U-Boot-Metapher Assoziationen zu liefern, die vom „blank dream screen“ Lewins (1946) angesichts der leeren Weite des Meeres bis zum feindlichen Kriegsschiff als Ausdruck der projektiven Identifikation reichen mögen, von Ferenczis „thalassaler Regression“ ganz zu schweigen. Doch wie wird sich der Patient in dem engen Kontrollraum fühlen? Vielleicht hat er erst einmal Freude an dieser Metapher, weil er vor einiger Zeit im *New Yorker* einen Cartoon gesehen hat, der die unbewusste „Zwillingsübertragung“ Kohuts durch zwei Unterseeboote darstellte, deren Kapitäne sich gegenseitig durch das Periskop in ihren Bewegungen beobachteten, um diese in eine zwillingsgleiche Reiseroute zu bringen. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass dem Patienten ein entlastender Witz dieser Art nicht einfallen wird, ganz abgesehen davon, dass der von uns beschriebene Cartoon frei erfunden ist.

Nehmen wir an, dass der Patient sich noch nie in der Kanzel eines U-Boots befunden hat und ihm auch die analytische Situation aus eigener Erfahrung noch fremd ist. Nehmen wir weiterhin an, dass er nicht allzu gehemmt ist und sich seinen Mutterwitz bewahrt hat. Was würde wohl der Analytiker antworten, wenn es der erste freie Einfall des Patienten wäre, den Kapitän des Schiffes zu bitten, ihm den Umgang mit dem Periskop zu zeigen, er sähe nichts, weil er mit diesem Gerät keine Erfahrung habe. Der Analytiker kann es sich nun leicht machen und auf weitere Assoziationen warten, um den Patienten bei dieser Gelegenheit mit einer anderen Regel vertraut zu machen, die lautet, dass Fragen im Allgemeinen nicht beantwortet werden, sondern durch weitere Assoziationen, also durch den Patienten selbst, eine klärende Antwort erhalten sollen. Wir überlassen es der Phantasie des Lesers, sich auszumalen, ob das Vertrauen in den „Kapitän“ am Ende dieses fingierten Dialogs zu- oder abgenommen haben wird. Offensichtlich ist auch, dass wir mit Ironie auf diese Grundregelmetapher reagiert haben.

Profane Formulierungen der „heiligen Regel“

Anscheinend tun sich die meisten Analytiker nicht leicht, die „heilige Regel“ (Freud 1916-17, S. 298) in eine ihren Sinn bereichernde profane Gestalt zu bringen. Man kann dies daran ablesen, dass die bevorzugten Formulierungen bis ins Detail diskutiert werden. Hierfür wollen wir einige Beispiele geben. Altmann (1976) teilt dem Patienten mit: „Sie sind berechtigt, hier alles zu sagen.“ Glover (1955) äußerte sich kritisch:

Die Grundregel wird am häufigsten in die Formel gekleidet: „Sagen Sie, was immer Sie im Kopf haben.“ Der Patient versteht dies so, dass er alles sagen solle, was er denke. Würde die Instruktion hingegen lauten: „Sagen Sie mir alles über die Gefühle, so wie sie in Ihre Gedanken treten“, würde in den meisten Fällen notwendigerweise auch der Vorstellungsinhalt folgen (Glover 1955, S. 300; Übersetzung durch die Verfasser).

Schafer (1976) instruiert mit den Worten: „Ich erwarte, dass Sie zu mir jedes Mal, wenn Sie kommen, sprechen. Wenn Sie reden, werden Sie bemerken, dass Sie gewisse Dinge zurückhalten“ (S. 147); und anstatt der Formulierung „Was fällt Ihnen ein?“ zieht Schafer vor zu fragen: „Woran denken Sie in diesem Zusammenhang?“ oder „Womit verbinden Sie das jetzt?“ oder „Wenn Sie daran jetzt denken, woran denken Sie dann als nächstes?“ (S. 147, 148). Er verwirft Formulierungen wie: „Sagen Sie alles, was Ihnen in den Sinn kommt“ oder „Sagen Sie, was Ihnen einfällt“; ihr Inhalt steigere die Passivität und fördere die Regression. Schafer sieht in solchen Formulierungen Überbleibsel aus der Hypnose, die mit der Verleugnung der Verantwortung für die eigenen gedanklichen Probehandlungen einhergehen. Indem sich Schafer an den handelnden und denkenden Patienten wendet, dehnt er dessen Verantwortung von vornherein auch auf unbewusste Motive aus. Der Patient ist dann nicht mehr der passive Empfänger seiner Einfälle, sondern ihr aktiver Schöpfer. Durch Schafers Handlungssprache wird also die Verantwortlichkeit des Menschen auch auf unbewusste Wünsche ausgedehnt.

Spence (1982b) kritisierte Schafers Formulierungen, weil sie den ohnedies starken Über-Ich-Aspekt der Grundregel verschärfen. Dass unser Charakter durch unsere Einfälle offenbart wird, heißt nicht, dass unsere Assoziationen als motivierte Aktionen gelten können, für die wir ebenso verantwortlich sind wie für unsere Taten. Diese Verantwortlichkeit besteht nur im weiteren Sinne, wie Moore (1980) ausführt. Auf die Ebene der Verantwortung auch für unbewusst motivierte Sprachhandlungen gelangt man erst bei **Aneignung** der Einfälle als Teil des Ich. Das therapeutische Problem liegt also darin, wie man diesen Prozess der Aneignung erleichtern kann, also in der Art, wie der Kampf um die Einhaltung der Grundregel geführt wird. Wesentlich ist dabei, ob es gelingt, den Patienten mit dieser Regel Schritt für Schritt so vertraut zu machen, sodass er ihr möglichst bald gerne folgt, weil seine Einfälle mit Hilfe des Analytikers zu bereichernden Entdeckungen führen. Morgenthaler (1978) hat hierfür treffende Beispiele gegeben und diese der deformierenden Auswirkung einer Über-Ich-verstärkenden Mitteilung der Grundregel gegenübergestellt.

Es ist eine wahre Begebenheit, dass eine Patientin die weit verbreitete und als Ermutigung gedachte Frage: „Was fällt Ihnen ein?“ ganz anders verstanden hatte, nämlich im Sinne einer tadelnden Zurechtweisung. Dieses ungewöhnliche Missverständnis macht uns auf die möglichen Bedeutungen dieses Satzes aufmerksam, wie sie unbewusst bei vielen Patienten mitschwingen können. Es ist also zu hoffen, dass die überzeugenden Argumente Morgenthalers die Einstellung zur Grundregel verändern und die Kontroversen beenden, die sich über die Jahrzehnte hinweg fortgesetzt haben, obwohl Little (1951) bereits eine ähnliche Überzeugung vertreten hatte, indem sie sagte: „Wir fordern unsere Patienten nicht mehr länger zum freien Assoziieren auf, im Gegenteil, wir erlauben es ihnen“ (S. 39; Übersetzung durch die Verfasser). E. Kris hat dieser veränderten Betonung sehr weit reichende Folgen für die Struktur der analytischen Situation zugeschrieben. Es mache diese persönlicher, da der Analytiker das freie Assoziieren erlaube und es nicht fordere, wodurch er einem Elternteil ähnlich werde, der nichts gegen schlechtes Benehmen einwende (E. Kris 1956a, S. 451).

Maßnahmen zur Einhaltung der Grundregel

Wir glauben nicht, dass es mit einer einmaligen Mitteilung getan ist, halten allerdings auch nicht allzu viel von einer Art von Probeanalyse mit Einführung in das freie Assoziieren, was Greenson (1967) vorschlägt. Greenson geht es hierbei darum, die Fähigkeit des Patienten zum freien Assoziieren abschätzen zu können. Diese Fähigkeit variiert sehr stark, und sie ist ganz ohne Zweifel vom Erkrankungstyp abhängig. In der Literatur sind deshalb typische

Einschränkungen und Widerstände gegen das Assoziieren beschrieben worden. Gemäß unserer allgemeinen Devise interessiert uns bei der Grundregel ganz besonders, was der Analytiker tut, um ihre Einhaltung zu erleichtern, ja zu ermöglichen.

Der provokative Titel Schlieffens (1983) lässt aufhorchen: „Psychoanalyse ohne Grundregel“. Nicht um eine Abschaffung des freien Assoziierens geht es in dieser Veröffentlichung - ohne die freien Einfälle seines Patienten wäre der Analytiker auf verlorenem Posten. Schlieffen greift vielmehr auf Morgenthalers (1978) Darstellung zurück und zeigt, dass die strenge Handhabung der Grundregel eine geradezu deformierende Wirkung auf die Einfallsfähigkeit des Patienten haben kann. Wir möchten diesen Gesichtspunkt beispielhaft an der Frage erläutern, ob es unter assoziationstheoretischen Gesichtspunkten wahrscheinlich ist, dass die vorhin zitierte metaphorische Einführung der Grundregel durch Stern das freie Assoziieren und die Entwicklung einer therapeutischen Regression eher erleichtert oder erschwert.

Da die analytischen Sprechzimmer im Allgemeinen wenig Ähnlichkeit mit einer U-Boot-Kanzel haben, werden den professionellen Lebensraum des Analytikers betreffende Übertragungsneurotische Assoziationen erschwert. Durch diese Metapher wird der Patient in eine ihm besonders fremde Situation versetzt, sodass er noch hilfloser wird, als er ohnedies ist. Die behandlingstechnische Frage lautet selbstverständlich nicht nur, in welcher Weise der Analytiker die Grundregel einführt, sondern auch, was er späterhin zur Erleichterung oder Erschwerung des freien Assoziierens beiträgt.

Unterschied von Regel und Bedingung

Freuds Anweisungen zur Grundregel, die sich von den technischen Schriften bis zur Beschreibung des Abschlusses eines „Pakts“ (1940a) trotz seiner Skepsis gegenüber dem Einhalten von Verträgen eigenartigerweise nicht gemildert haben, müssen heutzutage analytisch auf ihre Auswirkungen untersucht werden („... vergessen Sie nie daran, dass Sie volle Aufrichtigkeit versprochen haben“; 1913c, S. 468). Es ist nicht damit getan, wenn der Analytiker statt eine Regel einzuführen von einer Bedingung spricht, was Epstein (1976) vorschlägt, indem er sich auf die unterschiedliche Bedeutung von Bedingung und Regel beruft. Im Unterschied zum Bedeutungsgehalt von „Bedingung“ beziehe sich das Wort „Regel“ klar und ausdrücklich auf Über-Ich-Funktionen. Nun geht es gewiss nicht nur darum, durch einen Austausch der Bezeichnungen den Über-Ich-Aspekt der Grundregel abzumildern. Man kann mit Altmann (1976) bezweifeln, ob es überhaupt möglich ist, einen Patienten soweit mit der therapeutischen Situation vertraut zu machen, dass die initiale Angst abklingt. An die lustvolle Seite seines Einfallsreichtums wird kaum ein Patient denken, wenn ihm die Grundregel eröffnet wird.

Freie Assoziation und ihr Kontext

Wie die Mitteilungen des Analytikers beim Patienten ankommen, hängt sowohl von der Wortwahl als auch vom Zeitpunkt ab, zu dem sie gegeben werden. Je mehr Über-Ich, desto weniger freie Assoziation - aus dieser Formel ergibt sich unser Vorschlag, den Patienten Schritt für Schritt interpretativ mit den Regeln vertraut zu machen und hierbei besonders sorgfältig auf Wortwahl, Zeitpunkt und v. a. auf die Reaktion des Patienten zu achten.

Für die Einschätzung des speziellen Kontexts kann man im bereits beschriebenen Sinn Nutzen aus der Assoziationstheorie ziehen. Wie soll ein Patient die Lust am Fabulieren entdecken, wenn er gleichzeitig von einschränkenden finanziellen und zeitlichen Verpflichtungen hört, die für unbestimmte Zeit auf ihm lasten werden? Die Absprachen über Ferienregelungen und über die Dauer der Analyse in den verschiedenen Versionen verändern den Bedeutungshof, der sich um die so oder anders formulierte Grundregel bildet.

Greenson beschreibt in einem Panel, dass er recht ausführliche Informationen gibt (Seidenberg 1971, S. 107), wobei er die Vorteile des Vermeidens von Blickkontakt und der Couch-Sessel-Position hervorhebt. Greenson beantwortet auch Fragen des Patienten großzügig. Offensichtlich hat diese Bereitwilligkeit einen nicht genannten Analytiker im

Auditorium zur wohl ironisch gemeinten Frage motiviert, was Greenson tue, wenn ihn ein Patient bitte, das freie Assoziieren zu demonstrieren. Er antwortete, dass er das freie Assoziieren erst zeigen würde, nachdem er herauszufinden versucht hätte, was den Patienten zu seiner Aufforderung motiviert habe. (Mit der Beantwortung von Fragen befassen wir uns unter ► Abschn. 7.4; dort wird genauer begründet, warum wir Greensons fiktive Antwort für falsch halten. Die Kenntnis der Motivation würde nicht die aufgrund der Aufgabenverteilung erforderliche eindeutige Aufklärung bringen. Der Patient muss wissen, dass und warum das freie Assoziieren seine und nicht des Analytikers Aufgabe ist.)

Einer unserer Patienten verstand die Mitteilung, dass er im Liegen seinen Phantasien unbekümmerter als im Sitzen folgen könne, in dem Sinn, dass er sein kritisches Auge nicht auf den Analytiker richten dürfe. Erst spät in der Analyse wurde dieses einschneidende Missverständnis aufgeklärt, zu dessen Entstehung der Analytiker selbst beigetragen hatte. Die Korrektur seiner Auswirkungen auf die unbewussten Abwehrvorgänge war mühevoll und zeitraubend.

Box Start

Aus den geschilderten Gründen ist also darauf zu achten, dass ungünstige Verkettungen vermieden werden. Deshalb lautet die von uns empfohlene Formulierung etwa folgendermaßen: „Bitte versuchen Sie alles mitzuteilen, was Sie denken und fühlen. Sie werden bemerken, dass dies nicht einfach ist, aber der Versuch lohnt sich.“ Besonderen Wert legen wir auf die Empfehlung an den Patienten, er möge **versuchen**, alles zu sagen. Die übrigen Bestandteile der Formulierung scheinen uns von sekundärer Bedeutung zu sein. Der Vorteil einer gewissen Standardisierung liegt darin, dass der behandelnde Analytiker auf einen festen Ausgangspunkt zurückgreifen kann, wenn der Patient die sich wandelnden Missverständnisse oder die Art und Weise, wie er die Regel verstanden hat, zur Diskussion stellt. Auf der anderen Seite bringen genaue Festlegungen die Gefahr der Ritualisierung mit sich, sodass nicht mehr überlegt wird, welche Variationen der Mitteilung für diesen Patienten angemessen sein könnten. Abschreckende Wirkungen stereotyper Grundregelmitteilungen sind besonders bei sog. Unterschichtpatienten zu erwarten (Menne u. Schröter 1980).

Durch unsere bisherigen Ausführungen hoffen wir gezeigt zu haben, dass von Anfang an darauf geachtet werden sollte, was der Analytiker tun kann, um dem Patienten das freie Assoziieren zu erleichtern. Der Aufbau der therapeutischen Beziehung und die Deutungsarbeit ermöglichen fortlaufende Korrekturen ungünstiger Weichenstellungen zu Beginn der Therapie.

Box Stop

7.2.3 Das freie Assoziieren im analytischen Prozess

Der Assoziationswiderstand

Nach weit verbreiteter Auffassung wird der Patient erst spät zum freien Assoziieren fähig. Häufig wird die Meinung vertreten (Merloo 1952, S. 21), der Fall eines Patienten sei dann abgeschlossen, wenn dieser wirklich in der Lage sei, frei zu assoziieren.

Die Gestaltung der ersten Gespräche und die Art und Weise, wie das freie Assoziieren erklärt wird, können den bewussten oder gar den unbewussten Widerstand des Patienten nicht außer Kraft setzen. Trotzdem sollte man beachten, welche unbeabsichtigten Nebenwirkungen strenge Regeln haben können, wenn sie in den Sog von Bekenntniszwang und Strafbedürfnis gelangen. Beim „Kampf um die Befolgung der Grundregel“ (A. Freud 1936) geht es ja um die freie, spontane und nichtselektive Mitteilung einerseits und den Widerstand dagegen andererseits. Die Theorie des Widerstands gilt der Beziehung zwischen Assoziationen und dem bewussten oder unbewussten Widerstreben dagegen. Die spätere Typologie von Widerstandsformen und ihre unterschiedliche Erklärung, die wir in ► Kap. 4 abgehandelt

haben, gehen auf die Beobachtung des Assoziationswiderstands zurück. So schreibt Freud (1895d, S. 269):

Also eine psychische Kraft, die Abneigung des Ich, hatte ursprünglich die pathogene Vorstellung aus der Assoziation gedrängt und widersetzte sich ihrer Wiederkehr in der Erinnerung. Das Nichtwissen der Hysterischen war also eigentlich ein - mehr oder minder bewusstes - Nichtwissenwollen, und die Aufgabe des Therapeuten bestand darin, diesen **Assoziationswiderstand** durch psychische Arbeit zu überwinden (Hervorhebung im Original).

Wir würden uns allzu weit von der Behandlungstechnik wegbewegen, wenn wir nun auch die Theorien diskutierten, mit deren Hilfe Freud den beobachtungsnahen Assoziationswiderstand zu erklären versuchte, und dabei auch bald zu der Erkenntnis kam (Freud 1904a), dass der innere Widerstand als Zensur einen deformierenden Einfluss auf alle seelischen Prozesse hat.

Die freie Assoziation als Prozess zwischen Patient und Analytiker

Ein wichtiges Maß für die gewonnene Freiheit eines Patienten ist tatsächlich seine Fähigkeit, sich im geschützten Raum der analytischen Situation seinen Einfällen zu überlassen. Entsprechende Beobachtungen gehören zum täglichen Brot des Analytikers; umso erstaunlicher ist die geringe Zahl sorgfältiger Assoziationsstudien. Wir stützen uns hier auf die umfassende Darstellung von Mahony (1979), der wir auch sonst wesentliche Anregungen verdanken. Die einschlägige psychoanalytische Literatur besteht häufig, so kritisiert Mahony, in freien Assoziationen über freie Assoziationen. Die Beispiele, die A. Kris (1982) in seiner Monographie gibt, dürften repräsentativ dafür sein, dass die meisten Analytiker all das als freie Assoziationen betrachten, was der Patient mitteilt - sei es verbal oder averbal. Wie Kanzer (1961) bezieht A. Kris alles in den Prozess der freien Assoziation ein: die Verabredung von Terminen und Honorar, das Betreten und Verlassen des Sprechzimmers, die Position, die der Patient auf der Couch einnimmt, etc. - alles könne als Ausdruck der freien Assoziation angesehen werden.

Die Methode und der Prozess der freien Assoziation werden also von A. Kris umfassend verstanden: Es ist ein gemeinsamer Prozess, wobei der Patient versucht, alle seine Gedanken und Gefühle in Worte zu fassen, und der Analytiker - von seinen eigenen Assoziationen geleitet - ihm hilft, diese Aufgabe zu erfüllen (A. Kris 1982, S. 3, S. 22). Frei und freier assoziieren zu können, kann als Ausdruck innerer Freiheit und damit als erstrebenswertes Behandlungsziel betrachtet werden. So weit, so gut. Doch es sind ja nicht die Begleitassoziationen des Analytikers oder seine gleichschwebende Aufmerksamkeit als solche, die dem Patienten den Fortgang erleichtern.

Wesentlich ist, wie im Analytiker hilfreiche Deutungen entstehen und welche Auswirkungen diese auf den Patienten haben. Denn unmittelbar nach jeder Art von Intervention, die, der etymologischen Herkunft des Wortes entsprechend, den Redefluss des Patienten unterbricht, geht es zunächst themenzentriert weiter: Gerade wenn die Deutung links liegengelassen wird, ist das eine Reaktion, die den Analytiker nachdenklich stimmen wird. Seine gleichschwebende Aufmerksamkeit wird nun ihrerseits themenzentriert. Je vielgestaltiger die Assoziationen des Patienten sind und je mehr er vom Hundertsten zum Tausendsten kommt, desto schwieriger wird es, darin noch einen Sinn zu finden. Ist die Methode damit ad absurdum geführt? Nein. Denn nun wird erst recht deutlich, dass der Patient von der anwesenden anderen Person, vom Analytiker, gar nicht absehen kann. Er teilt diesem nun eben Unsinn mit.

Die Abhängigkeit des Analytikers vom Patienten

Der Analytiker findet freilich aus guten Gründen auch in echter oder gespielter Verrücktheit noch einen Sinn. Oft dient nämlich das konfuse Assoziieren als Mittel, das Gleichgewicht der Kräfte wiederherzustellen. Denn aus zerhackten Mitteilungen lässt sich keine gute Gestalt bilden. Der Analytiker ist mit seinem Latein am Ende und schachmatt gesetzt. Dass wir darin einen tieferen Sinn finden, ändert nichts an der Tatsache selbst. Diese ist anzuerkennen, um

Lektor 20.1.06 12:11

Gelöscht: alle

Lektor 20.1.06 12:13

Gelöscht: wird

dem Patienten begreiflich zu machen, welche Macht er hat und wie sehr der Analytiker von ihm abhängig ist. Wie groß auch immer die Ungleichheiten in der Verteilung von Macht und Abhängigkeit sein mögen, sie werden geringer und auf ein erträgliches Maß gebracht, wenn Patienten bei solchen und anderen Gelegenheiten realisieren, wie sehr der Analytiker auf sie angewiesen ist. Nicht selten markieren solche Erfahrungen therapeutische Wendepunkte. Es ist deshalb zweckmäßig, die Mitteilungen von Patienten einerseits unter dem Gesichtspunkt der Kontinuität zu betrachten - Welches Thema der letzten Stunde setzt sich heute fort? - und andererseits die jetzige Sitzung als Einheit - Welches Problem versucht der Patient heute zu lösen? - anzusehen.

Auswertung von Behandlungsberichten

Wir berichten nun über eine Auswertung von Behandlungsberichten, von denen man am ehesten eine Beschreibung des freien Assoziierens erwarten würde. Es handelt sich nämlich um Berichte, mit denen junge deutsche Analytiker ihre berufliche Qualifikation nachweisen. Über die Art und Weise, wie die Grundregel eingeführt wird, und über die Auswirkungen unterschiedlicher Formulierungen im Kontext fand Schlieffen (1983) in einer repräsentativen Stichprobe nicht eine einzige Angabe. Wie steht es mit der wichtigeren Frage: Wie entfaltet sich der Assoziationsprozess im Lauf einer Analyse und wie wird er beschrieben? In zehn Berichten, die wir aufs Geratewohl ausgewählt haben, fanden sich weder Beschreibungen von Assoziationsreihen, noch von Knotenpunkten, zu denen der Patient im Sinne eines Assoziationswiderstands gelangte, und deren Interpretation. Es fehlen auch Hinweise, die die größere Spontaneität des Patienten in den späteren Abschnitten der Analyse durch die zunehmende Freiheit seiner Einfälle belegen würden. Während aufschlussreiche Assoziationsketten, durch die Analytiker und Patient zu latenten Bedeutungen hingeführt werden, fast immer fehlen, finden wir häufig **Hinweise** darauf, dass Patienten Einfälle brachten. Man könnte sagen, darum geht es. Freud sprach bevorzugt vom Einfall oder von Einfällen. Der springende Punkt ist allerdings, dass es nicht genügt, den einen oder anderen Einfall aufzuführen.

Lektor 20.1.06 12:17

Gelöscht: ,

Lektor 20.1.06 12:17

Gelöscht: ,

Systematisierung von Verknüpfungen und scheinbarer Monolog

In der psychoanalytischen Literatur wird nur selten der Versuch gemacht, Verknüpfungen von Einfällen systematisch zu untersuchen (Thomä 1961; Hohage u. Thomä 1982). Unseres Erachtens hängt dies mit sehr schwer lösbaren methodischen Problemen zusammen: Wo lässt sich die Grenze zwischen freiem Assoziieren und dem nicht so freien Berichten innerhalb der Behandlungsstunde ziehen? Gewisse Indizien für freie Assoziation hat man dann, wenn Einfälle zu einer tieferen Bedeutung hinführen. Noch am häufigsten werden Einfälle zu Träumen gesammelt, was sicher historische Gründe hat. Offenbar verhalten sich aber viele Analytiker heutzutage eher zurückhaltend (► Kap. 5) gegenüber den einzelnen Traumelementen, also gegenüber einem themenzentrierten Sammeln von Einfällen im Sinne der klassischen Technik Freuds.

Die Zurückhaltung des Analytikers erleichtert es dem Patienten, alles zu sagen, was ihm einfällt. Wohin führen nun seine Mitteilungen? Und sollen wir alle als freie Einfälle betrachten, die Hinweise auf latente Bedeutungen sein können? Oder warten wir ab, bis der Patient selbst zur Erkenntnis seiner unbewussten Wünsche gelangt ist? Wäre dem so, dann könnte auch ein lange genug fortgesetzter Monolog unter den Bedingungen der freien Assoziation der Selbsterkenntnis dienen. Freuds Selbstanalyse und der jahrelange Selbstversuch von Farrow (1942) können als Beispiele gelten, die in der Medizingeschichte noch keinen angemessenen Platz gefunden haben (Schott 1983). Die psychoanalytische Theorie gibt keine Auskunft darüber, unter welchen Umständen der Verdrängungswiderstand derart überwunden werden kann, dass sich ein Zugang zum dynamisch Unbewussten eröffnet. Der Analytiker erwartet nicht, dass der Patient immer sinnlosere Einfälle bringt und sich schließlich in Selbsthypnose dem primärprozesshaften Denken soweit angenähert hat, dass sein Ich zum Es und sein Es zum Ich geworden ist, sondern er hört solange zu, bis ihm, dem Analytiker, etwas eingefallen

ist, das er nach sorgfältiger Erwägung mitteilen zu können glaubt. Dem nachgelassenen Werk Freuds können wir dazu folgendes entnehmen:

Wir überlegen uns sorgfältig, wann wir ihn [den Patienten] zum Mitwisser einer unserer Konstruktionen machen sollen, warten einen Moment ab, der uns der geeignete zu sein scheint, was nicht immer leicht zu entscheiden ist. In der Regel verzögern wir die Mitteilung einer Konstruktion, die Aufklärung, bis er sich selbst derselben soweit genähert hat, dass ihm nur ein Schritt, allerdings die entscheidende Synthese, zu tun übrig bleibt (Freud 1940a, S. 103).

Ob man nun die Mitteilungen des Patienten als freie Assoziation bewertet oder nicht, in jedem Fall fügen die Deutungen des Analytikers etwas Neues hinzu - selbst wenn er sich (wie ein äußerst nondirektiver, klientenzentrierter Therapeut nach Rogers) darum bemüht, nichts hinzuzufügen und nur den einen oder anderen Satzteil ermutigend hervorzuheben. Denn selbst das papageienhafte Echo fügt etwas hinzu. Je mehr ein Patient im scheinbaren Monolog versinkt und sich vom Verbalisieren weg und zu hypnagogischen Zuständen hin bewegt, desto wesentlicher ist es, wie der Analytiker die Beziehung aufrechterhält. Bei solchen regressiven Zuständen kann es sich immer nur um einen scheinbaren Monolog handeln. Der Rückzug in bestimmte Monologformen in Anwesenheit des Analytikers hat mehrere Aspekte. Auf die Widerstandsseite dieses Rückzugs hat Gill (1982) hingewiesen. Auch in der Regression bleibt der Patient innerhalb der Übertragungsbeziehung. Er sucht vielleicht ein Übergangsobjekt, das der Analytiker benennen kann, auch wenn es der vorsprachlichen Entwicklungszeit zugehört.

Transformation von Bildern in Worte

Freuds Reisemetapher wirft auch die Frage der Transformation von Bildern in Worte auf. Spence (1982a) hat über diese Seite der freien Assoziation und über den **Informationsverlust**, der sich bei der Beschreibung vollzieht, besonders aufmerksam gemacht (S. 82). Er betont, dass der Patient nicht nur ein passiver Betrachter der an ihm vorbeiziehenden Bilder ist, sondern dass er diese **aktiv** konstruiert. Hinzu kommt, dass einmal begonnene Sätze den **Regeln der Grammatik** folgen, wenn auch der psychoanalytische Dialog aufgelockert verläuft. Die Grundregel enthält nach Spence zwei widerspruchsvolle Instruktionen. Als Gesprächspartner kann der Patient nicht gleichzeitig introspektiv sein, und wenn er sich seinen geheimsten Gedanken überlässt, kann er keine Konversation führen. Je freier ein Patient assoziiert, desto weniger kann er verstanden werden. Spence glaubt, dieses Paradox werde in der Therapie dadurch gelöst, dass in erfolgreichen Behandlungen beide Beteiligten neben ihrer eigenen Umgangssprache eine Sprache entwickeln, zu der sie gemeinsam beitragen (S. 85). Auch nach unserer Erfahrung bilden sich in vielen Analysen prägnante Sinnbilder aus, die der jeweiligen Dyade eigentümlich sind.

Widerstände und Missverständnisse

Wir brauchen kaum darauf aufmerksam zu machen, dass - wie alles andere - auch das freie Assoziieren als **Widerstand** benutzt werden kann. Freud beschrieb dieses Problem nicht zufällig bei zwangsneurotischen Patienten. Beim Umsetzen von Gedanken in Worte vollzieht sich immer auch ein **Auswahlprozess**, und nur ein gedankenlos alles aussprechender Schnellredner würde scheinbar die Grundregel vollkommen erfüllen. Der nachdenkliche Patient hat diesen oder jenen Einfall, und beim Aussprechen werden dieses oder jenes Wort oder ein Teilgedanke wieder verworfen oder zurückgestellt. Das Zurückgestellte geht ja dem freien Assoziieren nicht verloren, aber der hochambivalente Zwangsneurotiker beweist, dass Regeln ad absurdum geführt werden können. Absolut gleichzeitig lassen sich tatsächlich zwei verschiedene Gedanken nicht zum Ausdruck bringen.

Doch wir wollen uns hier nicht weiter damit befassen, was Patienten aufgrund ihrer speziellen Pathologie aus der Grundregel machen, sondern was der Analytiker zu ihrem besonderen Regelverständnis beiträgt. Viele Patienten verstehen die Grundregel als Aufforderung zum

sprunghaften, ungeordneten oder unlogischen Denken oder zum Monologisieren in Anwesenheit eines schweigsamen Analytikers. Jedenfalls gibt auch die Mitteilung der Grundregel Anlass zu vielen Missverständnissen, die sowohl der Klarstellung wie der Interpretation bedürfen. Verwirklicht ein Patient die Anregung des Analytikers in Form von Monologisieren, so muss man die Frage aufwerfen, was der Analytiker dazu beiträgt. In diesem Zusammenhang sind Anekdoten recht aufschlussreich. Loewenstein berichtet von einem Patienten, der sagte: „Ich war gerade dabei, frei zu assoziieren, aber ich will Ihnen nun doch lieber sagen, was mich wirklich beschäftigt“ (zit. nach Seidenberg 1971, S. 100; Übersetzung durch die Verfasser).

Zurückhalten von Assoziationen

Die Fähigkeit des Patienten zum freien Assoziieren nimmt zweifellos im Lauf der Therapie zu. Eissler hebt freilich hervor, es sei fraglich, „ob jemals jemand dieser Aufgabe gerecht geworden ist“ (Eissler 1963b, S. 198; dt. 1983, S. 295). Sicher hat sich auch jeder Patient zu irgendeinem Zeitpunkt der Therapie vorgenommen, etwas nicht mitzuteilen. Besonders folgenreich sind vorbewusste Selektionsprozesse, die den Einfallsreichtum des Patienten einschränken, weil er auf empfindliche Stellen bei seinem Analytiker gestoßen ist und manche Indizien dafür sprechen, dass es sich um tatsächlich bestehende Kränkbarkeiten handelt (► Kap. 2 und 3).

Schließlich können wir die Untersuchung der motivationalen Zusammenhänge von Entscheidungsprozessen - also ihre Determiniertheit - durch einen weiteren Gesichtspunkt ergänzen: Wir können die Entscheidungsprozesse von der Ich-Autonomie her ins Auge fassen.

Nehmen wir also an, dass ein Patient sich vorgenommen hat, etwas nicht zu sagen, und auch bei diesem Vorsatz bleibt. Hat der Analytiker dann den Kampf um die Einhaltung der Grundregel verloren? Wir glauben, diese Frage mit nein beantworten zu können, weil wir nun davon ausgehen, dass man darin ein Stück Vorbehalt, eine *Reservatio mentalis* als Dokumentation innerer Freiheit sehen kann. Kanzer (1961, 1972) hat schon lange betont, dass es bei nicht wenigen Patienten unangebracht und ein Fehler sei, auf der Grundregel zu bestehen. Das Bedürfnis, das Selbst vom Anderen zu differenzieren, sei aber gerade ein Teil der gesunden Individuation und bei Patienten mit gestörter Loslösung ein notwendiger Entwicklungsschritt. Die gleiche Ansicht vertritt Giovacchini (1972), wenn er dem Patienten zugesteht, ein Geheimnis vor ihm zu haben. Der Patient versteht, dass der Analytiker nicht neidisch auf seine Autonomie ist und ihm das Sichzurückziehen, Sichabgrenzen zugesteht. Das Recht, mit etwas zurückzuhalten, ermögliche es dem Patienten, sich nicht ständig rigide gegen eine auf den Analytiker projizierte verschlingende Imago absichern zu müssen.

Eisslers obige Feststellung lässt sich nur dahingehend interpretieren, dass an der *Reservatio mentalis*, an der partiellen Verweigerung alles zu sagen, die Selbstbestimmung zum Ausdruck kommt. Die Aufgabe des freien Assoziierens kann, so dürfen wir vermuten, deshalb von niemand vollkommen erfüllt werden, weil dies einer völligen Selbstaufgabe gleichkommen würde. Bei diesem Wortspiel erhebt sich natürlich die Frage: Warum schämt sich der Patient noch vor dieser oder jener Selbstenthüllung, warum macht er seine Autonomie gerade an diesem oder jenem Inhalt seines Erlebens und seiner Erinnerungen fest? Die Motivationsanalyse muss unter dem Gesichtspunkt des Widerstands immer weiter getrieben werden. Auf der anderen Seite sucht der Patient verständlicherweise gerade dort einen Gehalt, wo er sich als unabhängige Person gegenüber dem Analytiker abgrenzen kann: in der Ausklammerung des einen oder anderen Themas.

Demgegenüber hat Dewald in seinem Buch *Der psychoanalytische Prozess* (1972, S. 613) den Standpunkt vertreten, dass das freie Assoziieren zum Primärprozess hinführt:

In nuce tendiert das freie Assoziieren nach Form und Inhalt ... in die Richtung des primärprozesshaften Denkens, und es trägt dazu bei, den Prozess der Regression im Dienste des Ich zu fördern (Übersetzung durch die Verfasser).

Die Untersuchungen von Holt (1967b) über den Primärprozess sprechen ebenso wie klinische Erfahrungen dagegen, dass die freie Assoziation im Lauf des analytischen Prozesses strukturloser wird. Wir zögern sogar, die Erwartung auszusprechen, dass der Patient am Ende der Kur einfallsreicher sein sollte als am Anfang. Denn die größere innere Freiheit kann sich auf mannigfache Weise kundtun - im Schweigen, Sprechen und Handeln.

7.3 Gleichschwebende Aufmerksamkeit

Bedeutung

Die gleichschwebende Aufmerksamkeit des Analytikers und die freie Assoziation des Patienten sind von Freud (1912e, S. 381) einander zugeordnet worden. Die Komplementarität der Prozesse wird noch dadurch unterstrichen, dass neuerdings auch von freischwebender Aufmerksamkeit gesprochen wird, was auf die Rückübersetzung aus dem Englischen zurückzuführen ist. Denn die „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ wurde als „free floating attention“ und „evenly hovering attention“ in die englische Sprachwelt transformiert.

Folgt der Analytiker dieser Regel, so bleibt er offen für alle vom Patienten geäußerten Einfälle. Er lässt dessen Ideen und Phantasien vollen Spielraum. Vor allem: er lässt sich nicht von seinem abstrakten theoretischen Wissen leiten, sondern sieht jeden Patienten in seiner Einzigartigkeit und Unvergleichbarkeit und ist neugierig, etwas Neues zu hören und zu erfahren. Er stellt das Vergleichen zurück, um sich den Zugang zu Unbekanntem nicht zu erschweren. Folgt der Analytiker Freuds Empfehlung, dann schwingt er von einer psychischen Einstellung in die andere, und er schiebt die „synthetische Denkarbeit“ bis zum Behandlungsende auf (1912e, S. 380). Denn solange die Therapie dauert, kann immer wieder etwas Neues erfahren werden, das geeignet ist, das bisherige Bild, die vorläufige Rekonstruktion, zu korrigieren. Die gleichschwebende Aufmerksamkeit soll den Analytiker daran erinnern, dass jeder Fall anders sein kann als die allgemeine und stets vorläufige Theorie und der beschränkte persönliche Erfahrungsschatz erwarten lassen.

Beschränkungen und Forderungen

Bei seinem passiven Zuhören versucht der Analytiker, sich von allem in gleicher Weise beeindrucken zu lassen und - gleichschwebend aufmerksam bleibend - nicht auszuwählen. Hierbei entdeckt er seine Beschränkungen, die auf zwei Ebenen liegen. Die gleichschwebende Aufmerksamkeit wird durch seine Gegenübertragung (im althergebrachten Sinn) gestört, wie das persönliche Voreingenommenheiten gegenüber bestimmten menschlichen Problemen eben mit sich bringen. Diese Störung wird zum Anlass der Selbstreflexion und Selbstanalyse. Im Sinne des neueren Verständnisses der Gegenübertragung können solche Störungen der gleichschwebenden Aufmerksamkeit therapeutisch fruchtbar gemacht werden (► Kap. 3).

Außerdem bemerkt der Analytiker, dass seine gleichschwebende Aufmerksamkeit unwillkürlich in bestimmte Richtungen gelenkt wird: es kann nicht alles gleichmäßig in der Schwebe bleiben. Wenn ihm eine Deutung einfällt, ist damit eine Auswahl unter vielen Möglichkeiten getroffen worden. Wie der freie Einfall des Patienten, so ist auch die Deutung des Analytikers motiviert.

Aufgrund dieser Überlegungen entnehmen wir der Regel der gleichschwebenden Aufmerksamkeit die nicht leicht zu erfüllende Forderung nach selbstkritischer Prüfung der Einstellung zum jeweiligen Patienten in diesem Augenblick sowie nach fortgesetzter Auseinandersetzung mit allgemeinen und speziellen Problemen der psychoanalytischen Behandlungstechnik und Theorie.

Wir sind also mit Freud (1915c, S. 210) der Auffassung, dass wir immer irgendwelche Ideen an unsere Beobachtung herantragen und insofern stets aktiv zuhören. Deshalb ist es prinzipiell unmöglich, allem dieselbe Aufmerksamkeit zu schenken, und wir tun es in der Praxis auch nicht. Wohl ist es aber möglich und nötig, sich selbst und der Gemeinschaft von Wissenschaftlern Rechenschaft über unsere Ideen und ihre Begründung zu geben und

Voreingenommenheiten anhand von Beobachtungen zu korrigieren. Im Austausch mit dem Patienten gibt es hierfür viele Möglichkeiten, und besonders dann, wenn sich interpretativ zum Ausdruck gebrachte Annahmen des Analytikers als Irrtümer erweisen.

Der Leser wird einwerfen, es sollte doch gerade für Analytiker selbstverständlich sein, keine fixierten Vorurteile an den Patienten heranzutragen. Dazu brauchte es doch keine Regel! Und Analytiker müssen nicht daran erinnert werden, dass sie viele und unterschiedliche Ideen zu den Phänomenen haben; denn die Kontroversen zwischen den verschiedenen Schulen gehen darauf zurück. So spiegelt der psychoanalytische Alltag eine Seite der philosophischen Erkenntnis, dass alle Beobachtungen theoriegesteuert sind.

Das Unbewusste des Analytikers als empfangendes Organ

Wir könnten uns mit diesen Anmerkungen zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit begnügen und mit allseitiger Zustimmung rechnen, wenn wir sagen, dass der Analytiker sich der Offenheit befleißigen und in seiner Aufmerksamkeit in der Therapie nicht durch Voreingenommenheiten oder gar Vorurteile festgelegt sein sollte. Doch damit ist die Geschichte nicht am Ende. Denn bis in unsere Tage wirkt sich eine alternative Denktradition aus, die Freud durch eine metaphorische Erklärung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit folgenreich begründete. Er sprach dem Unbewussten des Analytikers die besondere Fähigkeit zu, sich als empfangendes Organ dem gebenden Unbewussten des Kranken zuzuwenden, indem er feststellte:

Wie der Receiver die von Schallwellen angeregten elektrischen Schwankungen der Leitung [gemeint ist die Telefonverbindung] wieder in Schallwellen verwandelt, so ist das Unbewusste des Arztes befähigt, aus den ihm mitgeteilten Abkömmlingen des Unbewussten dieses Unbewusste, welches die Einfälle des Kranken determiniert hat, wiederherzustellen (Freud 1912e, S. 382).

In dieser Feststellung hat die Regel der gleichschwebenden Aufmerksamkeit eine Begründung gefunden, aus der sich auch die notwendige Reinigung von der Gegenübertragung ableitet (► Kap. 3). Freud hat die unbewusste Erkenntnisfähigkeit nach dem damals üblichen Modell der Sinneswahrnehmung konzeptualisiert: Man nahm an, dass in der Perzeption die äußere Realität unmittelbar und korrekt gespiegelt wird. Deshalb wurde dieses Modell auch später als „Spiegeltheorie“ oder als „Doktrin der unbefleckten Perzeption“ bezeichnet (Westerlundh u. Smith 1983).

Lektor 20.1.06 12:35

Gelöscht: s. hierzu

Vertiefung des Modells

Es entsprach also durchaus dem Zeitgeist, die Wahrnehmung des Unbewussten nach der Spiegel- oder Telefonmetapher zu erklären. Dass schon das Kleinkind seine Welt konstruiert und nicht passiv aufnimmt, bestimmt lange nach Piaget die Erforschung der frühen Mutter-Kind-Beziehung (Stern 1977). Durch Freuds Metapher schienen also erst einmal eine Reihe von praktischen und theoretischen Problemen so gut gelöst zu sein, dass ihr Inhalt bis zum heutigen Tag einflussreich geblieben ist und eine Denk- und Praxistradition der Psychoanalyse begründet hat. Die gleichschwebende Aufmerksamkeit wurde durch das „dritte Ohr“ Reiks (1948) popularisiert; es enthält wesentliche Teile der speziellen Empathie, die dann durch Kohut (1959) in das Zentrum des methodischen Vorgehens gerückt wurde. Als „Analysierinstrument“ ist die gleichschwebende Aufmerksamkeit, wie wir von Balter et al. (1980) wissen, durch Isakower technifiziert worden. Nun wurde auch ein besonderer Platz innerhalb des psychischen Apparates des Analytikers postuliert, der erklären soll, dass und warum der Analytiker in der Lage ist, das Unbewusste seines Patienten zu hören. Gleichzeitig gab Spence (1984) seiner kritischen Abhandlung den für sich sprechenden Titel *Perils and Pitfalls of Free Floating Attention*. Er kommt nach einer psychoanalytischen Untersuchung des Verstehens- und Empathieprozesses unter Einbeziehung philosophisch-hermeneutischer Gesichtspunkte (nach Gadamer und Habermas) zu dem Ergebnis, dass es die gleichschwebende Aufmerksamkeit als **passives Zuhören ohne Vorentwurf** nicht gibt.

Lektor 20.1.06 12:38

Kommentar: Auf welche Publikationen bezieht sich das?

Wir legen unseren Kontext des Verstehens an die Mitteilungen des Patienten an. Ersetzt man die hermeneutische Bezeichnung „Vorentwurf“ durch „Idee“, können wir leicht eine Parallele zu Freuds oben erwähnter Auffassung ziehen. Hört der Analytiker **aktiv** zu, kann er seine Ideen, seine Phantasien, seine Gefühle, seine Vorentwürfe, seine Theorien durchaus in der Schwebelage halten und offen bleiben für neue Erfahrungen. Spence bringt sogar überzeugende psychoanalytische Kriterien dafür, dass gerade die Selbsttäuschung unbefleckter Wahrnehmung der unwissentlichen, unbewussten und damit rational schwer zugänglichen Projektion eigener Ideen Tür und Tor öffne.

Funktionen der gleichschwebenden Aufmerksamkeit

Der Mythos von der gleichschwebenden Aufmerksamkeit - als einen solchen betrachtet Spence das scheinbar theoriefreie passive Zuhören - hat wie alle Mythologien, die wissenschaftsgeschichtlich als Prototheorien aufgefasst werden könnten, viele Funktionen. Es handelt sich ja bei der gleichschwebenden Aufmerksamkeit um ein **Mischgebilde**, das wir hier in seine beiden Komponenten zerlegt haben. Sein Überdauern verdankt es gerade der Verbindung wohlbegründeter rationaler Anteile - radikale Offenheit statt Vorbehalten - mit mystischen Erwartungen nach Verschmelzung und Einheit, die das eigene Unbewusste mit dem des anderen so verbindet wie in Freuds Telefonmetapher. Nüchtern betrachtet trägt die Regel der gleichschwebenden Aufmerksamkeit dazu bei, dass sich der Patient verstanden fühlt und damit eine **rationale** Grundlage der Therapie hergestellt werden kann. Wir müssen allerdings, wie wir nun am Beispiel des Hörens mit dem „dritten Ohr“ Reiks und in ► Kap. 8 an der Empathie Kohuts zeigen werden, eine Einbuße an Faszination in Kauf nehmen, um dem Austauschprozess zwischen Patient und Analytiker näher zu kommen. Zunächst stellen wir das „dritte Ohr“ und seine Funktion vor:

Die Psychoanalyse ist in diesem Sinn nicht so sehr ein Herz-zu-Herz-Gespräch wie ein Trieb-zu-Trieb-Gespräch, ein unhörbarer, aber höchst ausdrucksvoller Dialog. Der Psychoanalytiker muss lernen, wie einer zum anderen ohne Worte spricht. Er muss lernen mit dem „dritten Ohr“ zu hören. Es stimmt nicht, dass man schreien muss, um verstanden zu werden. Wenn man gehört werden will, dann flüstert man (Reik 1948, zit. nach 1976, S. 165)

und:

Eine der Eigenarten dieses dritten Ohrs ist, dass es auf zwei Kanälen hört. Es kann erfassen, was andere Leute nicht sagen, sondern nur fühlen und denken; es kann aber auch nach innen gerichtet werden. Es kann Stimmen aus dem Innern hören, die sonst nicht hörbar sind, weil sie vom Lärm unserer bewussten Gedankenprozesse übertönt werden (S. 168).

Das „dritte Ohr“ hat nach Reik enge Beziehungen zur „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“:

Denken Sie beim Psychoanalytiker an jemanden, der sich in seinem Stuhl nach vorn lehnt und mit allen fünf Sinnen auf winzige psychologische Zeichen lauert, voller Angst, eines könnte ihm entgehen? Bei so schwachen Signalen oder Reizen, die eine so inhaltsreiche Bedeutung für die Mutmaßung unbewusster Prozesse erlangen, würde man annehmen, dass die größte und gespannteste Aufmerksamkeit erforderlich ist. Diese Vorstellung ist falsch, und die Aufmerksamkeit des Analytikers ist von anderer Art. Freud definiert diese besondere Art der Aufmerksamkeit als „gleichschwebend“. Zwei Faktoren brachten Freud dazu, solch gleichschwebende Aufmerksamkeit zu empfehlen. Sie erspart die stundenlange Anspannung und vermeidet Gefahren, die im Fall der vorsätzlichen Aufmerksamkeit drohen, die auf ein besonderes Ziel gerichtet ist. Wenn wir unsere Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Punkt richten, wenn wir beginnen, unter den gegebenen Daten auszuwählen und nur einen Bruchteil erfassen, dann, so warnt Freud, lassen wir uns von unseren eigenen Erwartungen und Neigungen leiten. Natürlich besteht die Gefahr, dass wir nie etwas anderes finden als das, auf was wir vorbereitet sind. Folgen wir jedoch unseren Neigungen, ist sicher, dass wir die mögliche Wahrnehmung verfälschen. Die Regel, alles in gleicher Weise

aufzunehmen, ist das notwendige Gegenstück zu der Forderung dem Patienten gegenüber, alles zu sagen, was ihm in den Kopf kommt, ohne Überlegung oder Auswahl (S. 181f.).

und:

Was hat aber nun gleichschwebende Aufmerksamkeit und Sich-Merken miteinander zu tun? Müssen wir nicht, wenn wir uns aus der Fülle der aufeinander folgenden Angaben etwas merken wollen, uns auf einzelne Punkte konzentrieren, ihnen unsere besondere Aufmerksamkeit schenken? Wie kann ich mir etwas merken, ohne meine ganze Aufmerksamkeit darauf zu richten, ohne mit unbedeutenden Einzelheiten genauso zu verfahren wie mit wichtigen? Vielleicht zielt der Begriff „gleichschwebende“ Aufmerksamkeit genau darauf hin, sich alles zu merken und sich an alles zu erinnern. Aber ist das nicht ein Widerspruch in sich, da sich die Aufmerksamkeit immer nur auf bestimmte Gegenstände richtet. Die Aufmerksamkeit, so heißt es, schließt Auswahl mit ein. Wie können wir die Gefahr der Auswahl vermeiden, wenn wir aufmerksam sein wollen? (1976, S. 183).

Reik selbst hat für diese Widersprüche Lösungsvorschläge gemacht, indem er verschiedene Arten von „Aufmerksamkeit“ beschrieb:

Die Art der Aufmerksamkeit in der Psychoanalyse kann durch den Vergleich mit dem Scheinwerfer gut illustriert werden. Die willentliche Aufmerksamkeit, die auf einen engen Bezirk unseres Erfahrungsfelds beschränkt ist, kann mit einem Scheinwerfer verglichen werden, der ein bestimmtes Gebiet absucht. Wenn wir von vornherein wissen, dass der Feind aus dieser Richtung kommt oder dass etwas auf diesem Feld vor sich gehen wird, haben wir das Kommende vorhergesehen. Nehmen wir aber an, dass etwas, z. B. ein Geräusch, unsere Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Gebiet gelenkt hat und wir erst dann den Scheinwerfer darauf richten, dann eilte unsere Aufmerksamkeit der Wahrnehmung nicht voraus, sondern folgte ihr. Dies ist der Fall bei unwillentlicher Aufmerksamkeit. Ein Auto, das mit einem Suchscheinwerfer ständig einen großen Radius absucht, liefert den besten Vergleich mit der Tätigkeit der gleichschwebenden Aufmerksamkeit (1976, S. 188f.).

In diesem Gleichnis entspricht dem „dritten Ohr“ sozusagen ein drittes Auge, das rundherum alles sieht und aufnimmt, ohne die geringste Vorerwartung zu haben. Das dritte Ohr und das dritte Auge sind eine Tabula rasa, also idealiter vollkommen leer und ohne jede Vorerwartung.

Die Lösungsvorschläge Reiks führen zu Widersprüchen, weil der „auskundschaftende“, „selektierende“ Charakter der gleichschwebenden Aufmerksamkeit den Rundumscheinwerfer irgendwann und irgendwo zum Stehen bringen muss. Die gleichschwebende Aufmerksamkeit schwebt nämlich nur so lange, bis sie sich irgendwo niederlässt. Der Vorschlag Reiks ist wahrnehmungs- und denkpsychologisch sowie erkenntnistheoretisch naiv-positivistisch, und er übersieht, dass den Strahlen des Scheinwerfers der gesamte persönliche Wahrnehmungs- und Denkapparat des Beobachters einschließlich seiner theoretischen Erwartungen zugrunde liegt.

Viergliedriger Rezeptionsprozess

Unsere lässige Ausdrucksweise, dass das Schweben nur so lange anhalte, bis der Analytiker mit einer Deutung landet und damit ankommt - oder auch nicht - übergeht die vorausgehenden Selektionsprozesse, die vorbewusst-intuitiv oder bewusst ablaufen. Mit Thomson (1980) kann man die rezeptive Funktion des Psychoanalytikers als Teil eines viergliedrigen Prozesses verstehen, der sich aus passivem und aktivem Zuhören, aus Erleben, Wahrnehmen und Interpretieren zusammensetzt. Wir machen unsere Wahrnehmungen und Beobachtungen und deren Interpretationen im Licht bewusster und unbewusster Theorien. Auch die vorwissenschaftliche Erfahrungsbildung folgt diesem Prinzip, so naiv deren Erwartungshorizont auch sein mag. So finden wir, dass Patienten ihre Wahrnehmungen gemäß ihrer fest in ihrem Unbewussten als Schema verankerten Theorie machen und ihre Erwartungen auch bestätigt finden.

Vorentwürfe und Erfahrungen des Analytikers

Im besten Fall hilft uns die gleichschwebende Aufmerksamkeit jedes Detail der Ansichten des Patienten ernst zu nehmen. Wir folgen den Erklärungen, die der Patient für seine Ängste und Hemmungen gibt und lassen uns ganz auf seine Welt ein - sonst könnten wir ihn ja nicht verstehen. Wir hören auf die Untertöne, wir bemerken Unterbrechungen. Dort wo der Patient vor einem Rätsel steht, wo ihm Zwangssymptome oder Phobien unverständlich sind, wären auch wir mit der Theorie des gesunden Menschenverstands am Ende. Aber auch der „Receiver“ und das „dritte Ohr“ würden den Einfällen des Patienten keinen Sinn mehr abgewinnen können, wären dort nicht viele Programme eingespeist, die dem Analytiker als vergleichende Erklärungsskizzen dienen können. Das „dritte Ohr“ und der Receiver würden jedenfalls nichts Unbewusstes hören können, wären es nicht die Ohren eines Analytikers, der ein möglichst umfassendes Wissen aufgenommen und Erfahrungen gesammelt hat. Die Flexibilität des Zuhörens wird nicht durch ein mit außersinnlichen Fähigkeiten ausgestattetes „drittes Ohr“ gewährleistet, im Gegenteil: Dem wissenschaftlichen Anspruch der Psychoanalyse muss jede Mystifizierung im Wege stehen, die dazu führt, Voreingenommenheiten unbewusst zu verankern.

Ausgewogenheit von Denken und Fühlen

Die Vorstellung, mit dem „dritten Ohr“ höre man am besten, wenn man sich sonst taub stelle, hat einen geheimnisvollen Reiz behalten. So nimmt bei Bion, dem „psychoanalytischen Mystiker“ (Grotstein 1982), die Selbstentleerung des passiv-rezeptiven Analytikers mystische Qualitäten an: Um den Geisteszustand zu erreichen, der für die Praxis der Psychoanalyse seiner Meinung nach wesentlich ist, vermeidet Bion jedes Memorieren; wenn er versucht sei, irgendwelche Ereignisse einer besonderen Sitzung zu erinnern, widerstehe er dieser Versuchung, und er erlaube sich nicht, in seinem Gedächtnis spazieren zu gehen. Er weise jeden Impuls zurück, irgendetwas von dem zu erinnern, was früher passiert sei oder was er bei einer früheren Gelegenheit interpretiert habe (Bion 1970, S. 56). Gleichzeitig fordert er, dass dem Patienten die Evidenz gezeigt werden müsse, die einer Interpretation zugrunde liege, selbst wenn jene sich auf eine Periode von mehreren Jahren des Ausagierens beziehe (S. 14). In gewisser Hinsicht liegt dieser Vorstellung auch die Idee einer endgültigen Überwindung jeder Gegenübertragung im speziellen und allgemeinen Sinn zugrunde, denn Bion verweigert auch allen Wünschen und Sehnsüchten den Zugang zu seinem Denken.

Da ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den beiden Einstellungen - Fühlen und Denken - nicht leicht zu erreichen ist, setzt sich die Diskussion darüber in jeder Generation von Psychotherapeuten und Analytikern fort. Fenichel (1934) hat übrigens in nach wie vor gültiger und heute angesichts der Diskussion über die Empathie wieder aktueller Weise Reiks Einseitigkeit kritisiert, indem er sich auf Ferenczi berief, der gesagt hatte:

Die analytische Therapie stellt also an den Arzt Anforderungen, die einander schnurstracks zu widersprechen scheinen. Einesteils verlangt sie von ihm das freie Spiellassen der Assoziationen und der Phantasie, das Gewährenlassen des **eigenen Unbewussten** ... Anderenteils muss der Arzt das von seiner und des Patienten Seite gelieferte Material logisch prüfen und darf sich in seinen Handlungen und Mitteilungen ausschließlich nur vom Erfolg dieser Denkarbeit leiten lassen (Ferenczi 1919b, zit. nach [1964] I, S. 53; Hervorhebung im Original).

Lektor 20.1.06 18:14

Kommentar: Bitte dieses Zitat prüfen.

Am Ende dieses Abschnitts erübrigt sich fast ein besonderer Hinweis darauf, dass wir uns unversehens immer weiter von der gleichschwebenden Aufmerksamkeit als einer Regel entfernt haben und beim komplexen Erkenntnisprozess des Analytikers angelangt sind. Tatsächlich führt eine direkte Linie von Freuds gleichschwebender Aufmerksamkeit über das dritte Ohr Reiks zu Kohuts (1959) empathisch-introspektiver Methode psychoanalytischer Beobachtung. Diese Linie hat Cohler (1980, S. 81) aufgezeigt. Eine andere Linie führt zu jenen Seiten des Fühlens und Denkens, die heute als Inferenzprozesse im Analytiker

beschrieben werden (Ramzy 1974; Meyer 1981a, 1988; Kächele 1985). Insgesamt geht es hier um Themen, die uns in den folgenden Kapiteln noch weiter beschäftigen werden.

7.4 Der psychoanalytische Dialog und die Gegenfrageregeln

Antworten oder Nichtantworten - das ist hier die Frage

Ist es eine ungebührliche Dramatisierung, wenn wir das Fragen des Patienten und das Antworten oder Nichtantworten des Analytikers durch den Untertitel dieses Abschnitts in die Nähe von Hamlets Monolog (3. Akt, 1. Szene: "To be or not to be, that is the question") stellen? Kann man den Fragen, die im analytischen Gespräch auftauchen, die Tiefe von „Sein“ oder „Nichtsein“ geben? In der Tat: Wir hätten diesen Titel nicht gewählt, wenn wir nicht glaubten, dass dem psychoanalytischen Dialog eine dramatische Spannung innewohnt. Der Patient kommt zum Analytiker, um Antworten auf Fragen zu finden, die er selbst nicht lösen kann. In keinem der vielen früheren Gespräche, die er mit Mitmenschen, Laien, Pfarrern, Heilpraktikern und Ärzten geführt hat, wurden zufrieden stellende, d. h. seine Symptome kurierende Antworten gefunden. Nun, am Ende steht das psychoanalytische Gespräch, bei dem es buchstäblich um Sein oder Nichtsein, um Leben oder Selbstmord gehen kann.

Der Analytiker im Zugzwang

Bisher haben wir von den tiefen, quälenden, aber für ihn gar nicht formulierbaren Fragen gesprochen, vor die der Patient durch seine unbewussten Konflikte gestellt wird. Es braucht nicht mehr betont zu werden, dass letztlich die **Aufklärung** dieser bisher unbeantworteten Fragen nach Freuds Jungtim (► Kap. 10) die wohltätige Wirkung der Analyse ausmacht. Wie steht es nun aber mit **jenen** Fragen, die der Patient stellen kann und auch stellt? Wie ist mit ihnen behandlungstechnisch umzugehen? Geben wir zunächst einige Beispiele:

Wird die Therapie meine Beschwerden heilen oder wenigstens bessern? Wie wirkt die Therapie? Wie lange dauert sie? Haben Sie schon ähnliche Erkrankungen behandelt? Habe ich die gleiche Erkrankung wie mein Vater? Dabei macht es einen Unterschied, ob der Patient solche Fragen vor Beginn der Behandlung stellt, wo noch die Gesprächsregeln der Alltagskommunikation gelten und die Antworten des Analytikers Teil der Aufklärung des Patienten über die bevorstehende Therapie sind, oder ob der Patient sich während der Behandlung mit solchen Fragen an den Analytiker wendet. Hier interessiert er sich bald vielleicht auch für die persönlichen Lebensumstände des Analytikers, für seine Familie, für die Ferienanschrift oder - für den Notfall - die private Telefonnummer.

Versetzt sich der Leser in die Rolle des Therapeuten, so wird er etwas von der Spannung spüren, die durch diese Fragen im Analytiker entsteht. Er ist in Zugzwang gebracht worden; der Patient hat dem Analytiker nahe gelegt, eine Antwort zu geben. Alles, was der Analytiker jetzt tut, wird vom Patienten als Reaktion auf seine Frage verstanden und hat Folgen. Auch Schweigen ist in diesem Sinne eine Antwort. Durch die Fragestellung des Patienten geht die Initiative an den Analytiker über, ob er will oder nicht. Dieser Zugzwang entsteht dadurch, dass Analytiker und Patient miteinander in einen Dialog getreten und deswegen Diskursregeln unterstellt sind, über die sie sich zumindest teilweise (stillschweigend) einig sein müssen, wenn überhaupt ein sinnvoller Dialog möglich sein soll. Es liegt im Wesen der Frage, dass der Frager eine Antwort vom Dialogpartner bekommen will und auch erwarten kann und dass jede Reaktion des Partners im Kontext einer vorangegangenen Frage eine Antwort ist. Gespräche haben ihre eigene immanente Interaktionsordnung, und wer im Alltag davon abweicht, weiß, dass sein Verhalten eine Erklärung oder Rechtfertigung verlangt (z. B. Heritage 1984).

Lektor 20.1.06 18:18

Gelöscht: ver

Alltägliche Kommunikationsregeln

Der mit der analytischen Situation noch nicht vertraute Patient wird erwarten, dass sich das Gespräch mit dem Analytiker nach den Regeln der alltäglichen Kommunikation vollzieht. Er

wird kaum anders können als davon auszugehen, dass Regeln des kommunikativen Austauschs verletzt werden, wenn Fragen übergangen werden, und er wird das Verhalten des Analytikers, der auf seine Fragen hin schweigt, deshalb zu Recht als ein Zeichen dafür auffassen, dass sein Gesprächspartner unwissend oder unwillig ist oder beides.

Indem Fragen Antworten erwarten lassen und das Ausbleiben einer Antwort auf eine Frage hin eine begründungs- und rechtfertigungsbedürftige Verletzung von Regeln der Kommunikation ist – Gesprächsanalytiker nennen diesen erwartbaren Zusammenhang „konditionelle Relevanz“ und sprechen davon, dass bestimmte sprachliche Handlungen der einen Person bestimmte sprachliche Handlungen der anderen Person konditionell relevant machen (z. B. Bergmann 1994), können Fragen als ein Mittel eingesetzt werden, um einen anderen zu einem verbalen Austausch, zu einem Dialog zu drängen. Da die psychoanalytische Therapie vom Gespräch, vom „Austausch von Worten“ (Freud 1916-17, S. 9) lebt und – mehr noch – „Worte ... das wesentliche Handwerkszeug der Seelenbehandlung“ sind (Freud 1890a, S. 302), ist es ausschlaggebend, was und wie der Analytiker antwortet – natürlich nicht nur auf Fragen. Diese dienen uns hier nur als hervorragendes Beispiel für ein weites Spektrum direkter und offener Versuche des Patienten, den Analytiker ad hoc in einen Austausch zu verwickeln; auch andere Äußerungen als Fragen, beispielsweise Bitten, Vorwürfe, oder Feststellungen sind in diesem Zusammenhang zu nennen; auch sie machen bestimmte Reaktionen auf Seiten des Gegenüber „konditionell relevant“ und können die andere Person deshalb unter Druck setzen, ihrerseits mit bestimmten komplementären Handlungen zu reagieren. Zudem kann sich etwas, was zunächst als reine Informationsfrage erschien, im Verlauf des weiteren Diskurses z. B. als ein Vorwurf herausstellen. Es ist dieser auf vielfältige Weise zur direkten Interaktion auffordernde Charakter von Fragen, der den Umgang mit ihnen schwierig macht. Welcher Mutter gingen die bohrenden, neugierigen Fragen ihres Kindes nicht gelegentlich auf die Nerven! Nicht anders ergeht es auch dem Analytiker, wenn er durch Fragen unter Druck gesetzt wird.

Die stereotype Gegenfrage

Eine behandlungstechnische Regel, die zu einem häufig feststellbaren Stereotyp erstarrt ist, scheint alle Schwierigkeiten wie einen gordischen Knoten zu durchschlagen. Das Stereotyp schreibt vor, auf eine Frage des Patienten mit der Gegenfrage zu antworten: „Was fällt Ihnen zu Ihrer Frage ein?“ Taucht in einem Behandlungsbericht beispielsweise die Bemerkung auf, dass sich diese oder jene Frage ergeben habe, die dann „analysiert“ worden sei, dann kann man mit ziemlicher Sicherheit davon ausgehen, dass der Patient eine Frage gestellt hat, die mit der Bitte um Einfälle zurückgegeben wurde oder die der Analytiker an den Patienten zurückgegeben hat, indem er sie durch Schweigen beantwortet und damit als unerwünschtes Verhalten markiert hat.

In der öffentlichen Meinung gehört diese Form der Zurückspiegelung von Fragen zu den charakteristischen Kennzeichen der analytischen Behandlung. Demgemäß heißt es auf dem Umschlag der deutschen Übersetzung des Buches von Malcolm (1980) *Fragen an einen Psychoanalytiker* (1983):

J. M. stellt die Fragen, die jeder Patient schon immer stellen wollte, von denen er aber wusste, dass der Analytiker darauf nur sagen würde: „Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie darüber nachdenken, warum Sie mir diese Frage stellen wollen?“

Auch wir verhielten uns jahrelang nach diesem Stereotyp, bis wir durch die ungünstigen Auswirkungen eines Besseren belehrt wurden. Wie tief eingegraben diese Regel in das professionelle Über-Ich sein kann, bemerkten wir an einem geradezu schlechten Gewissen, das den einen oder anderen drückte, wenn wir uns über die Regel hinwegsetzten. Wir nehmen an, dass es nicht wenigen Analytikern ähnlich gehen dürfte. Wie die nachfolgende Anekdote erkennen lässt, wird dieses Stereotyp offenbar durch Lehr- und Kontrollanalyse von einer Generation zur anderen in der Annahme weitervermittelt, dass nicht zuletzt das

Zurückspiegeln von Fragen eine besonders tiefgehende und strenge Analyse sichere. Umgekehrt wird das Beantworten von Fragen manchmal als Kunstfehler angesehen, als Verhalten, mit dem der Analytiker den therapeutischen Raum für den Patienten einengt oder als Hinweis darauf, dass der Analytiker von dem Patienten induzierte Spannungen nicht aushält und per Agieren zu lösen versucht (z. B. Hall 1998; Hinshelwood 1999). Wie dem auch sei - Kandidaten halten sich nach der folgenden Anekdote, deren Kerngedanke nicht erfunden ist, besonders eng an diese Regel. Sie lautet: Ein Kandidat sagt zu seinem ersten Analysepatienten kurz vor Abschluss der Vorgespräche: „Wenn Sie noch Fragen haben, so stellen Sie diese bitte jetzt. Von der nächsten Stunde an stehe ich unter dem Abstinenzprinzip und kann Ihnen keine Frage mehr beantworten.“

Folgen der Zurückweisung

Unsere nachfolgende Literaturübersicht (► Abschn. 7.4.1) zeigt, dass dieses Stereotyp ein Überbleibsel der triebökonomischen Therapieauffassung darstellt. Es wird dabei angenommen, dass der Patient durch die verweigerte Antwort umso rascher zu Einfällen gelangt, die zur latenten Bedeutung dieser Frage hinführen. Die Regel fände ihre Rechtfertigung also in dem erhofften Gewinn an therapeutischer Erkenntnis. Doch wie steht es mit der zwar nicht beabsichtigten, aber häufig vom Patienten erlebten Zurückweisung bei der Nichtbeantwortung seiner Frage? Welchen Einfluss hat diese Zurückweisung auf die Übertragungsbeziehung und auf den angestrebten Prozess der Umstrukturierung der Selbst- und Objektrepräsentanzen des Patienten? Wir glauben annehmen zu müssen, dass es nicht in erster Linie ein Beleg für Ich-Stärke ist, wenn die in der stereotypen und dem Patienten in ihrem Sinn nicht erläuterten Nichtbeantwortung von Fragen liegende Zurückweisung ohne erhebliche Kränkungen erlebt wird - mit all ihren Auswirkungen auf unbewusste Abwehrprozesse. Eher könnte man fragen, ob nicht eventuell das Gegenteil der Fall ist und Patienten, die ein solches Verhalten wortlos hinnehmen, nicht vielmehr resignierten oder sich unterwerfenden Ich-schwachen, statt Ich-starken Kindern ähneln. Dass für Ich-schwache Patienten das nicht reagierende Verhalten des Therapeuten besonders irritierend ist, liegt nahe.

Solche Regeln der Alltagskommunikation sind keine von außen auferlegten Gesetze. Sie gründen vielmehr in grundlegenden Modi des Aufeinander-Bezogeneins. Darum ist eine Frage mehr als nur eine Einforderung von inhaltlicher Information. Eine Frage ist immer auch ein Kontakt induzierendes und bestätigendes Verhalten, das interessierte Zuwendung zum Ausdruck bringt - wie auch immer diese motiviert sein und zu welchem Zweck sie auch erfolgen mag. Wenn Therapeuten auf Fragen nicht antworten oder stereotyp mit einer Gegenfrage reagieren, ähnelt ihr Verhalten deshalb viel mehr dem der nicht reagierenden Mutter in den Still-face-Experimenten (Weinberg u. Tronick 1996), als dass das Erleben von Zurückweisung auf eine Ich-Schwäche des Patienten schließen lässt.

Zumindest in der Einleitungsphase wird ein Patient es noch nicht als sinnvoll empfinden können, wenn der Analytiker auf seine Fragen mit einer Gegenfrage reagiert. Dadurch kann es aufgrund der erlebten Zurückweisung und Kränkung zu unbewussten Abwehrprozessen kommen, die zu unmerklichen Transformationen der Einfälle führen. Die Zurückhaltung des Analytikers, durch die er den Einfallsreichtum des Patienten fördern möchte, führt also zum Gegenteil.

Die Gegenfrageregeln und ihre Ausnahmen

Wir kommen anhand des Literaturstudiums und aufgrund eigener Erfahrungen zu dem Ergebnis, dass die **Gegenfrageregeln**, wie wir sie fortan der Kürze halber nennen werden, den Tiefgang der Selbsterkenntnis keineswegs sichert, sondern deren Grundlage, den Dialog, zu stören, ja gelegentlich zu zerstören vermag. Diese Feststellung wird durch ein anderes Ergebnis unserer nachfolgenden Untersuchung unterstützt: durch die Ausnahme von der Regel. Bei welchen Patienten darf der Analytiker von der Gegenfrageregeln absehen? Bei jenen, die kein intaktes, toleranzfähiges Ich haben, also bei einer großen Zahl der Patienten,

die den Analytiker aufsuchen! Was geschieht nun, wenn der Analytiker sich nicht mehr an die Gegenfrageregeln hält? Werden dann die gestellten Fragen einfach beantwortet? Keineswegs. Es wird lediglich das rigide Festhalten an einer Regel aufgegeben, weil es mit der bipersonalen Theorie des psychoanalytischen Prozesses ebenso wenig zu vereinbaren ist wie mit den Erfahrungen der Praxis. Ebenso wie die Ich- oder Selbstentwicklung an das dialogische Prinzip gebunden ist, so ist auch die therapeutische Ich-Veränderung und Selbstfindung an die Antwort des neuen Objekts gebunden. Insofern sind die Ausnahmen von der Regel in der Überzahl.

Doch nicht nur bei Patienten mit unsicheren „Objektbeziehungen“ sind wir hellhörig geworden. Da sich in der analytischen Behandlung alle Objekte vorwiegend durch die sprachliche Vermittlung eines antwortenden Subjekts konstituieren, können wir verständlich machen, warum die Variation einer altherwürdigen Regel geboten ist, um den psychoanalytischen Dialog fruchtbarer zu machen. Nicht ums einfache Beantworten kann es gehen, sondern um die Ablösung der Gegenfrageregeln durch eine differenzierte und empathische Anwendungsweise im Sinne des Vorschlags von Curtis (1979, S. 174):

Natürlich ist es Gegenstand analytischer Überlegungen, ob eine Antwort, eine Erklärung oder das Eingehen auf eine den Analytiker geltende Frage oder Beobachtung im besten Interesse des analytischen Prozesses liegt (Übersetzung durch die Verfasser).

Da die Gegenfrageregeln die scheinbar bequeme Handhabung eines komplizierten Problems gestattet, ist es nicht weiter verwunderlich, dass sie sich bisher so stabil erhalten hat. Untersuchen wir nun die Begründung des Stereotyps und seine Geschichte.

7.4.1 Begründung des Stereotyps und seine Geschichte

Eine Begründung für das Stereotyp, Patientenfragen nicht zu beantworten, scheint sich aus dem Abstinenzprinzip abzuleiten. Danach soll die Beantwortung einer Frage für den Patienten eine vom Therapeuten gewährte unzulässige Triebbefriedigung darstellen, die den Fortgang der analytischen Arbeit behindert. Habe der Analytiker erst einmal eine Frage beantwortet, so bestehe die Gefahr, dass der Patient immer weiter frage und sein Fragen schließlich zu einem vom Analytiker selbst induzierten Widerstand werde.

Eine weitere Sorge betrifft die persönlichen Fragen, mit denen der Patient etwas über die Person des Analytikers herausfinden will. Es wird angenommen, dass die Beantwortung solcher Fragen das therapeutische Inkognito des Analytikers lüfte oder seine Gegenübertragung aufdecke, wodurch die Entwicklung der Übertragung gestört werde.

Wegen dieser Befürchtungen hat sich die Nichtbeantwortung von Fragen als behandlungstechnisches Stereotyp herausgebildet, das nicht auf Freud selbst zurückgeht, der sich diesbezüglich flexibel verhalten hat. In seinem Bericht über die Einleitungsphase der Analyse des Rattenmannes finden wir, dass Freud (1909d) seinem Patienten zahlreiche Fragen zur Wirkungsweise und zur Prognose der psychoanalytischen Behandlung direkt beantwortet, wohlgerne ohne das Fragen des Patienten zum Gegenstand einer Deutung zu machen.

Blanton (1971) beschreibt, dass er während seiner Analyse bei Freud diesen häufiger über seine wissenschaftlichen Ansichten befragt hat. Freuds Reaktion war laut Blanton eine direkte Beantwortung seiner Fragen, keine Deutung. Freud ist auf das technische Problem der Behandlung von Patientenfragen weder in seinen technischen Schriften noch sonst in seinem Werk explizit eingegangen, offenbar weil es für ihn kein Problem war.

Ferenczis Regel und ihre Widerlegung

Zu unserer Überraschung ergab das Literaturstudium, dass Ferenczi (1919a) die Regel, Patientenfragen grundsätzlich nicht zu beantworten, mit folgender Begründung aufstellte:

Ich machte es mir zur Regel, jedes Mal, wenn der Patient eine Frage an mich richtet oder eine Auskunft verlangt, mit einer **Gegenfrage** zu antworten, der nämlich, wie er zu dieser Frage kommt. Hätte ich ihm einfach geantwortet, so wäre die Regung, die ihn zu dieser Frage bewog, durch die Antwort beseitigt worden; so aber wenden wir das Interesse des Patienten den Quellen seiner Neugierde zu, und wenn wir seine Frage analytisch behandeln, vergisst er zumeist, die ursprüngliche Frage zu wiederholen; er zeigt uns damit, dass ihm an diesen Fragen eigentlich gar nichts gelegen war, und dass sie nur als Äußerungsmittel des Unbewussten eine Bedeutung hatten (S. 45; Hervorhebung durch die Verfasser).

Ferenczi glaubte, durch Gegenfragen rasch zu den unbewussten Determinanten, zum latenten Bedeutungsgehalt der Frage zu gelangen. Wir meinen nicht, dass Ferenczis Behauptung allgemeine Gültigkeit beanspruchen kann. Von vornherein ist die Wahrscheinlichkeit nicht gering, dass der Patient durch eine rigide Anwendung dieser Technik entmutigt wird, überhaupt noch Fragen zu stellen und diese wie auch die damit zusammenhängenden Gedanken der Analyse entzieht, ohne dass es dem Analytiker deutlich zu werden braucht. Umgekehrt führen im Sinne der Alltagskommunikation konventionelle Antworten des Analytikers auf Fragen des Patienten nicht automatisch dazu, dass sich beide in ein oberflächliches Frage- und Antwortspiel verstricken, das der weiteren Analyse hinsichtlich seiner unbewussten Determinanten unzugänglich ist. Wir konnten die gegenteilige Erfahrung machen, dass nämlich unser wohlüberlegtes Antworten gemäß den Regeln des Alltagsdiskurses einem Patienten erst dazu verhalf, über Gefühle von Zurückweisung sprechen zu können, die er als Folge einer allzu starren Handhabung der Gegenfrageregeln empfunden hatte. Unsere darauf folgende Deutung seiner **Vermeidung** von Fragen ermöglichte es dann dem Patienten, weitere, tiefer gehende Fragen überhaupt erst zu stellen, die dann schließlich als Abkömmlinge bislang unbewusster Tendenzen verstanden und gedeutet werden konnten.

Viele Analytiker haben entsprechende Erfahrungen gemacht und daraufhin ihre Technik variiert. Deshalb konnte sich Ferenczis Regel auch nicht allgemein durchsetzen. Dies geht aus der Umfrage Glovers (1955, S. 261ff.) hervor, die 1938 durchgeführt wurde und deren Ergebnis Glover auch für die 50er-Jahre als repräsentativ ansah. Unter anderem fragte er seine Kollegen, ob sie ihren Patienten gegenüber Stimmungen, Angst oder Krankheit zugeben würden. Die Mehrheit war bereit, entsprechende Beobachtungen des Patienten zu bestätigen, wenn dafür eine Notwendigkeit bestand. Einige richteten ihr Vorgehen nach dem vermuteten Effekt auf den Patienten, waren also insoweit flexibel. Nur eine kleine Minderheit hatte es sich zur Regel gemacht, entsprechende Vermutungen oder Fragen des Patienten weder zu bestätigen, noch zu verneinen. Was die nichtpersönlichen Fragen betraf, so war in derselben Umfrage eine große Mehrheit bereit, sachliche Auskünfte über sexuelle und nichtsexuelle Fragen zu geben. Freilich war dies nur für ein Viertel der befragten Analytiker unproblematisch. Weitgehende Einigkeit bestand darüber, dass Fragen zu analysieren seien. Es sei aber ein Fehler, eine Frage zum Ausgangspunkt einer Motivationsanalyse zu machen, wenn das Geben der Antwort realistisch begründet sei. Das stereotype Analysieren von Fragen steigere die Indifferenz oder den Widerstand des Patienten und sei auch ein Zeichen von unangemessener Ängstlichkeit auf Seiten des Analytikers.

Das Ergebnis dieser Umfrage zeigt, dass Psychoanalytiker in ihrer Praxis flexibel sind. Nur selten findet man in der Literatur eine so klare Stellungnahme gegen das stereotype Übergehen von Fragen wie diejenige von Kohut (1973a):

Zu schweigen, wenn eine Frage gestellt wird, ist z. B. nicht neutral, sondern ungezogen. Es braucht nicht betont zu werden, dass - unter spezifischen therapeutischen Umständen und nach entsprechenden Erklärungen - es Augenblicke in Analysen gibt, in denen der Analytiker nicht auf die pseudorealistischen Forderungen des Patienten einzugehen vorgibt, sondern stattdessen auf der Untersuchung ihrer Übertragungsbedeutung besteht (S. 112).

Allerdings scheint uns Kohuts Hinweis, dass Schweigen als Reaktion auf eine Frage des Patienten schlechtes Benehmen sei, nicht ausreichend in Rechnung zu stellen, dass die Probleme, die daraus entstehen können, nicht auf individuell ungenügendes Verhalten zurückzuführen sind. Sie verweisen vielmehr darauf, in welchem Maße wir an Regeln der Alltagskommunikation und deren impliziter interaktiver Ordnung gebunden sind, die auch in dem therapeutischen „Austausch von Worten“ (Freud 1916) zur Geltung kommen.

Dewalds Technik in der Kritik

Die Hochschätzung von Deutungen, die wir teilen, hat nicht wenige Analytiker übersehen lassen, dass ein therapeutisches Klima dadurch geschaffen wird, dass die Fragen des Patienten auf der manifesten Ebene ernst genommen werden. Unseres Erachtens greifen Analytiker auf die Gegenfrageregeln zurück, weil sie befürchten, die Patienten könnten andernfalls der Oberfläche verhaftet bleiben. Ein Beispiel hierfür findet sich in Dewalds Verlaufsstudie (1972), die den besonderen Vorzug hat, dass die veröffentlichten Verbatimprotokolle einen genauen Einblick gestatten. Am Anfang ihrer ersten Sitzung fragte die Patientin, was sie tun solle, wenn sie schwanger wäre. Dewald erwiderte darauf, dass es notwendig sei zu verstehen, was hinter der Frage stecke, um andere Bedeutungen erkennen zu können als diejenigen, die in der Frage selbst liegen. Tatsächlich war und blieb die Bedeutung der Frage auf der manifesten Ebene dunkel, und der Analytiker bemühte sich auch nicht darum, etwas über die manifeste Ebene zu erfahren.

Wie Lipton (1982) in seiner Kritik bemerkt, bringt Dewald durch seine Technik die Patientin dazu, dass ihre Redebeiträge einen unzusammenhängenden und unlogischen Charakter annehmen; diesen scheint Dewald auch anzustreben, weil er auf diese Weise das Material für seine rein historisch-genetischen Deutungen zu erhalten hofft. Er erreicht dies dadurch, dass er der Patientin durch seine Intervention bei ihrer ersten Frage signalisiert, dass ihn die manifeste Bedeutung ihrer Frage nicht interessiert, und indem er im weiteren Verlauf der Stunde fast ausschließlich nur um zusätzliche Einfälle oder Details bittet. Wir stimmen Lipton darin zu, dass der Analytiker verborgene, latente Bedeutungen überhaupt erst erfassen kann, wenn er die manifeste Bedeutung dessen, was ihm sein Patient sagt, verstanden hat. Durch seine Form der Gegenfrage und sein Bestehen auf zusätzlichen Assoziationen - noch bevor der manifeste Sinn der Frage der Patientin deutlich war -, begab sich Dewald in diesem Beispiel der Möglichkeit, die Frage der Patientin in ihren Übertragungsaspekten zu verstehen und gegebenenfalls zu interpretieren. Um dies tun zu können, wäre das Verständnis der manifesten Bedeutung der Frage und die Kenntnis der situativen Auslöser für deren Äußerung notwendig gewesen. So jedoch blieb gerade wegen der Gegenfragetechnik für das Verständnis der gegenwärtigen Übertragung der Patientin hochbedeutsames Material der Analyse unzugänglich. Wie sich viel später herausstellte, war die Patientin bereits zwei Monate schwanger, als sie Dewald ihre Frage stellte.

Lektor 20.1.06 18:39

Kommentar: Dewald **begab** sich der Möglichkeit ???
Was ist gemeint?

Übertragungskomplikationen durch Gegenfragen

Unsere Bedenken gegen die Gegenfragetechnik beruhen jedoch nicht nur darauf, dass sie ein tieferes Verständnis des Patienten keineswegs immer fördert. Ihre rigide Anwendung kann zu schwierig handhabbaren Komplikationen bei der Entwicklung der Übertragung führen.

Greenson (1967, dt. 1973, S. 289) beschreibt einen Patienten, dessen vorausgegangene Analyse wahrscheinlich deshalb erfolglos verlaufen war, weil sich der Analytiker einer sehr rigiden Technik bedient hatte, zu der u. a. auch gehörte, Fragen nicht zu beantworten und dem Patienten auch niemals eine Erklärung für diese Technik zu geben. Greenson konnte die Analyse an diesem Punkt produktiver gestalten, indem er dem Patienten begründete, warum er seine Fragen nicht beantwortete. Die Anerkennung Greensons, dass der Patient ein Recht habe, für die im Vergleich zur Alltagssituation ungewöhnlichen Diskursregeln der Analyse eine Erklärung zu bekommen, ermöglichte dann dem Patienten, von den Gefühlen tiefer Demütigung und Nichtbeachtung zu sprechen, die er bei seinem früheren Analytiker gehabt

hatte. Dadurch wurde die negative Übertragung des Patienten, die in der früheren Analyse zum Stillstand geführt hatte, der Bearbeitung und Deutung überhaupt erst zugänglich.

Der Leser wird vermutlich erstaunt sein, dass gerade Ferenczi, **der** Analytiker, der als erster glaubte, Mangelzustände und früh entstandene Defekte wieder gutmachen zu können, in einem so empfindlichen Bereich der Kommunikation für Rigidität plädiert hat. Das mag umso erstaunlicher sein, als auch das gegenteilige Verhalten, die Beantwortung von Patientenfragen, häufig unter Hinweis auf Ferenczi kritisiert wird: Denn es waren Ferenczis Experimente mit der wechselseitigen Analyse, die dazu beigetragen haben, jedes Verhalten in Verruf zu bringen, mit dem Analytiker Fragen ihrer Patienten beantworten und dabei etwas von sich selbst und von ihrer Gegenübertragung dem Patienten gegenüber zu erkennen geben („self-disclosure“; Jacobs 1999). Als er die Gegenfrageregel aufstellte, orientierte sich Ferenczi freilich stark am Abfuhrmodell der Therapie und riet zu forcierten Phantasien oder Spannungssteigerungen als Teil der gerade entstehenden aktiven Technik (Ferenczi 1919a). Ist es müßig, über einen Zusammenhang zwischen Rigidität auf der einen und der Bemutterung regredierter Patienten auf der anderen Seite zu spekulieren? Nein, denn unsere heutigen Erkenntnisse machen es sehr wahrscheinlich, dass durch die Verweigerung von Antworten bei entsprechend disponierten Patienten schwere, psychoseähnliche Regressionen ausgelöst werden können. Natürlich behaupten wir nicht, dass allein die von Ferenczi 1918 aufgestellte Gegenfrageregel dazu führte, dass alle in den 20er-Jahren von ihm therapierten Patienten in eine schwere Regression hineinrutschten. Sofern Ferenczi freilich an dieser Regel und ihrem Kontext festgehalten haben sollte, wenn er schwerkranke Patienten behandelte – Letzteres ist erwiesen –, so können wir aufgrund unseres heutigen Wissens fast mit Sicherheit sagen, dass dann iatrogene Regressionen entstehen mussten. Besonders lehrreich sind die Erfahrungen, die bei einem Panel über „severe regressive states during analysis“ (Weinshel 1966) zur Sprache kamen.

Forderung nach mehr Flexibilität

Zahlreiche Falldarstellungen prominenter Analytiker bei diesem Rundgespräch veranlassten Frosch (s. Weinshel 1966, S. 564), unter den Faktoren, die eine schwere Regression auslösen können, an erster Stelle das Schweigen zu nennen und zu empfehlen, in Analysen gefährdeter Patienten mehr zu sprechen und „Fragen bereitwilliger zu beantworten“ (S. 567). Diese Schlussfolgerung liegt auf der Hand, nachdem als Teilursache des iatrogenen Schadens eine rigide Anwendung der Gegenfrageregel und der Einsatz des Schweigens als technisches Hilfsmittel im Allgemeinen oder in Form des schweigenden Übergehens einer Frage bzw. Bitte im Besonderen erkannt worden war. Die geforderte Flexibilität ist freilich aus verschiedenen Gründen nicht ganz einfach zu realisieren. Behandelt man „rite“, hat man die eigene Verantwortung auf Regeln delegiert. Dass allen Regeln eine manipulierende Kraft innewohnt, wird übersehen, sofern man diese zur eigenen Sache gemacht hat und sie befolgt. Erst wenn man die strenge Bindung an eine Regel aufhebt und selbst über das Ob, Wie und Warum der Beantwortung einer Frage entscheidet, wird man sich seiner Verantwortung voll bewusst. Aus der Sicht der Vertreter des Regelsystems beginnt der flexible Analytiker zu manipulieren, selbst wenn er seine jeweilige Entscheidung praktisch und wissenschaftlich begründet. Vom Regelsystem her gesehen wird hierbei selbst das, was für den Patienten empfehlenswert, ja erwiesenermaßen gut und hilfreich ist, zur Manipulation. Demgemäß hat Frosch seine Empfehlung zur behandlungstechnischen Flexibilität bei gefährdeten Patienten mit dem Hinweis versehen, dass es sich hierbei um „Manipulationen“ handle (Behandlung im Sitzen, Mitteilen der privaten Telefonnummer, Verschreiben von Psychopharmaka oder Änderung der Frequenz von Sitzungen). Doch das Regelsystem hat nicht das letzte Wort:

Wenn das Klima, die Einstellung und das Denken von Anfang an analytisch ist, dann wird, so glaube ich, das unmerkliche Hinübergleiten in die klassische psychoanalytische Technik eine ganz natürliche Sache sein, und der Anfang der Behandlung wird mit der gesamten Therapie kontinuierlich und organisch verbunden sein (Frosch, nach Weinshel 1966, S. 567).

Pflege eines analytischen Klimas

Da die Gegenfrageregel im Kontext eines rigiden Regelsystems, wie es beispielsweise von Menninger u. Holzman (1958) vertreten wird, in jeder Phase der Therapie - und nicht nur bei gefährdeten Patienten - ungünstige Nebenwirkungen haben kann, ist die Pflege eines analytischen Klimas im Sinne Froschs stets entscheidend. Die Dosierung der therapeutischen Mittel ist dann jeweils so abzustimmen, dass das Ziel der psychoanalytischen Behandlung, durch die Interpretation von Übertragung und Widerstand Strukturveränderungen zu erreichen, verwirklicht werden kann. Dann wird es Psychoanalysen geben, in denen der Analytiker viele Fragen unbeantwortet lässt, und andere, die mehr supportive Anteile enthalten. Die Aufteilung in supportive, expressive und streng analytische Therapien wird fragwürdig. Betrachten wir folgenden kurzen Austausch, den G. und R. Blanck berichten (1974, S. 330):

Patient:: Ich habe so ein Gefühl, als ob ich heute jeden hasse, besonders alle Frauen (Pause). Sie scheint das nicht weiter zu berühren, wenn ich das sage (Pause). Sie sind kaltschnäuzig. Ich bin traurig. Warum sagen Sie nichts? - Therapeutin: Ich werde etwas sagen. Ich habe nichts dagegen [I don't mind], dass Sie sagen, was Sie empfinden (Übersetzung durch die Verfasser).

Es geht nicht um den Inhalt der Intervention, sondern um den Kommentar der Blancks, dass es in der Behandlung eines Borderlinepatienten **im Gegensatz zur psychoanalytischen Technik** erlaubt sei, der Bitte auf eine Äußerung zu entsprechen.

Die Erfahrungen mit der Gegenfrageregel bis zum heutigen Tag rechtfertigen keine Gebotstafeln.

7.4.2 Kooperations- und Diskursregeln

Fragen und Antworten sind sprachliche Handlungen, die auf eine dialogische Struktur abzielen - im Unterschied zu den eher monologischen Sprechhandlungsmustern, wenn der Patient frei assoziiert. Die Gegenfrageregel hat den Sinn, ein vom Patienten initiiertes interaktives Sprechhandlungsmuster wieder in ein vom Analytiker kommentiertes Selbstgespräch überzuführen. Um begreifen zu können, wie sich ein Abweichen von den alltäglichen Gesprächsregeln auswirkt, ist es zweckmäßig, den Blick auf einige Diskurs- und Kooperationsregeln zu werfen, die den Erfahrungs- und Erwartungshorizont jedes Menschen bilden. Wir beschränken uns dabei auf solche sprachlichen Handlungsmuster, die zum Thema Frage und Antwort gehören.

Sprachliches Handeln

Der Philosoph Austin (1911-1960) war der erste, der auf die Vielfalt der Funktionen aufmerksam gemacht hat, die Äußerungen in zwischenmenschlicher Kommunikation haben, und der dabei insbesondere gezeigt hat, dass viele Äußerungen nicht einfach Informationen übermitteln, sondern dass mit ihnen etwas getan wird, also Handlungen gleichkommen. Jemandem drohen, sich entschuldigen, jemanden warnen oder Glück wünschen, sind keine sprachlichen Äußerungen, die Informationen übermitteln, sondern sind Handlungen, die im Sprechen vollzogen werden. Hier fallen Sprechen und Handeln in eins; die Handlung ist der sprachliche Akt. Austin nannte solche Äußerungen, die sich von Feststellungen, mit denen Informationen übermittelt werden, dadurch unterscheiden, dass sie nicht wahr oder falsch sein können, performative Äußerungen. Auf eine performative Äußerung wie „dafür entschuldige ich mich“ kann die Antwort nicht lauten „das ist falsch“. Performative Äußerungen schaffen eine neue psychische oder soziale Realität in dem Moment, in dem die Äußerung gemacht wird. Mit solchen sprachlichen Handlungen bieten sich dem Handelnden somit spezifische Wege für verändernde Eingriffe in die Wirklichkeit (Ehlich u. Rehbein 1979). Searle (1976) hat in seiner - nicht unumstrittenen - Sprechakttheorie die Auffassung vertreten, dass mit bestimmten sprachlichen Äußerungen bestimmte Handlungen vollzogen werden könnten und hat dementsprechend den Versuch unternommen, die Vielfalt

illokutionärer Akte - das sind eben jene performativen Teile von Äußerungen, bei denen „mit Worten Dinge getan werden“ und „Sprechen gleich Handeln“ ist, nach grundlegenden Typen zu klassifizieren. Sprache als Handlungsmittel ist jedoch, um wirksam werden zu können, auf überpersönliche Verbindlichkeiten und zwischen den Kommunikationsteilnehmern erst immer auszuhandelnde und akzeptierte Regeln angewiesen, die sich als Diskursregeln formulieren lassen. Diese Diskursregeln sind teilweise vom sozialen Kontext einer Sprechhandlung abhängig (vor Gericht gelten andere Diskursregeln als im Gespräch zweier Freunde), und umgekehrt wird durch die jeweils gültigen Diskursregeln die soziale Situation konstituiert und mitbestimmt. Erweitert man die letzte Feststellung psychoanalytisch, so wäre zu sagen, dass nicht nur die manifeste soziale Situation, sondern auch das latente Beziehungsfeld von Übertragung und Gegenübertragung durch die impliziten und expliziten Diskursregeln mitbestimmt wird.

Metakommunikation über Diskursregeln

Damit überhaupt ein sinnvoller Dialog zustande kommen kann, müssen die Partner bereit sein (und diese Bereitschaft auch den jeweils anderen unterstellen), die für ihre soziale Situation gültigen Diskursregeln anzuerkennen und sich zu bemühen, ihre Redebeiträge entsprechend diesen Regeln zu bilden. Treten Störungen des Diskurses durch Missverständnisse oder Regelverletzungen auf, so muss eine Metakommunikation über den vorausgegangenen Diskurs möglich sein, die zur Behebung der Störung geeignet ist, z. B. indem einer der Diskursteilnehmer auf der Einhaltung der Regel besteht (z. B.: „Ich hatte das als Frage gemeint, aber Sie haben mir nicht geantwortet.“). In solchen Metakommunikationen können die verletzten, bis dahin impliziten Regeln explizit gemacht und gegebenenfalls bei dieser Gelegenheit neu definiert werden, womit sich auch der soziale Kontext und, wie wir hinzufügen können, das Feld von Übertragung und Gegenübertragung verändern können.

In der erwähnten Fallvignette Greensons (1967, dt. 1973) verstehen wir die Intervention des Analytikers als eine solche Kommunikation über den Diskurs. Die Gegenfrageregeln wird explizit eingeführt und begründet. Damit entlastet der Analytiker den Patienten von der Befürchtung, der Analytiker verhandle mit ihm willkürlich, d. h. die Einhaltung der allgemeinen Kooperationsregel sei nicht gewährleistet, was dann die Übertragungsbeziehung von einem Stück aggressiver Spannung entlastet.

Schweigen oder Gegenfrage im Verhältnis zu Diskursregeln

Wir wollen nun überlegen, wie sich das Schweigen oder die Gegenfrage auf dem Hintergrund einiger Diskursregeln ausnimmt.

Wenn in der Analyse nicht gesprochen wird, kann das Schweigen ein Schweigen des Patienten sein, ein Schweigen des Analytikers oder ein Schweigen von beiden. Wessen Schweigen ein jeweiliges Schweigen ist, ist nicht eine Frage der subjektiven Absichten des Patienten oder des Therapeuten, sondern ergibt sich aus der Interaktionsordnung, die jedem Gespräch zugrunde liegt. Wenn in der Analyse geschwiegen wird, nachdem der Patient eine Frage gestellt hat, dann ist dieses Schweigen im Anschluss an die Frage des Patienten ein Schweigen des Analytikers, der mit seinem Schweigen eine im Alltag gültige Regel kommunikativen Verhaltens verletzt. Wenn in der Analyse der Austausch von Worten sistiert, nachdem der Analytiker gerade das Verhalten des Patienten gedeutet hat, ist das nachfolgende Schweigen ein Schweigen des Patienten, der der konditionellen Relevanz nicht folgt, demzufolge im Anschluss an eine Feststellung des Analytikers eine Reaktion auf Seiten des Patienten erwartet werden kann. Darum ist Schweigen in der Analyse lange nicht immer ein Schweigen des Patienten und lässt sich deshalb sinnvollerweise auch nicht in jedem Fall als ein besonders motiviertes Verhalten des Patienten verstehen. Wenn der Analytiker auf eine Frage des Patienten schweigt, wird dem Schweigen eine Bedeutung beigelegt. Da sich in Schweigen alles hineininterpretieren lässt, hat der Patient eine Vielzahl von Möglichkeiten, die er je nach situativem Kontext und nach der Form der bestehenden Übertragungsbeziehung ausgestalten wird. Von den Diskursregeln her betrachtet muss der Patient entweder

Lektor 20.1.06 19:23

Gelöscht: ausnehmen

annehmen, dass der Analytiker eine allgemeine Regel des kommunikativen Austauschs nicht beachtet oder das Schweigen als negative Sanktion einsetzt und ihm vielleicht wortlos zu verstehen geben will, dass eine der Vorbedingungen, die seine Äußerung zu einer Frage machen würden, nicht erfüllt ist. Unterstellt der Patient die erste Möglichkeit, so kann dies zum Abbruch der Behandlung führen. Das geschieht nicht, wenn der Patient aus Übertragungsgründen bereit ist, sich dieser Beziehungsdefinition, bei der sich der Analytiker willkürlich verhalten darf, zu unterwerfen. Der Analytiker hat durch sein Schweigen in diesem Fall dazu beigetragen, dass sich dieses Übertragungsmuster der Unterwerfung unter ein willkürliches Regime herausbildet, oder er hat es wenigstens doch verstärkt. Der Umstand, dass der Patient das Ausbleiben einer Antwort von Seiten des Analytikers kommentarlos hinnimmt, könnte in diesem Fall eher ein Hinweis auf eine neurotische Verhaltensbereitschaft des Patienten als ein Zeichen für besondere psychische Gesundheit sein. Aber auch wenn der Patient die zweite Möglichkeit als gegeben ansieht, so wird er vermutlich die wortlose Art der „Mitteilung“ als besonders schroff empfinden, was ebenfalls Rückwirkungen auf seine Übertragungsbeziehung haben muss.

Eine relativ günstige Situation ergibt sich noch, wenn der Patient das Schweigen des Analytikers dahingehend interpretiert, dass dieser nicht über die gewünschte Information verfügt, aber seine Unwissenheit vielleicht nicht eingestehen mag. In diesem Fall könnte die Rückwirkung auf die Übertragung darin bestehen, dass der Patient ein Stück Überidealisierung des Analytikers aufgibt.

Ferenczis Technik der Gegenfrage

Die Gegenfragetechnik Ferenczis - besonders wenn sie ohne Begründung eingeführt wird - kann vom Patienten so aufgefasst werden, dass der Analytiker dem Patienten die gewünschte Information nicht geben will, obwohl er sie möglicherweise hat. Tatsächlich gibt es soziale Kontexte, in denen zwischen Sprecher und Adressat ein Asymmetrieverhältnis (häufig mit einem entsprechenden Ungleichgewicht von Macht verbunden) besteht, das sich darin ausdrückt, dass die Bereitschaft zur Vermittlung von Information nicht gegeben ist, z. B. darf ein Angeklagter seinem Richter keine Informationsfragen stellen (ausgenommen vielleicht Fragen zur Sicherung der verbalen Verständigung), sehr wohl aber ist dies umgekehrt zulässig. Die Regel Ferenczis (auch in ihrer Modifikation durch Greenson) läuft darauf hinaus, die analytische Situation zu einem Interaktionsfeld zu erklären, in dem keine echten Informationsfragen des Patienten zulässig sind. Der Patient wird dies je nach mitgebrachter Disposition in unterschiedlicher Weise in seine Übertragungsphänomene einbauen, in den meisten Fällen jedoch als Ausdruck einer hierarchischen, mit ungleicher Machtverteilung verbundenen Beziehung verstehen. Eine Möglichkeit wäre, dass er die analytische Situation als Gerichtsszene phantasiert. Bei entsprechender Übertragungsdisposition kann er auch annehmen, dass allgemeine Regeln des kommunikativen Austauschs, die auf Reziprozitätsannahmen gründen, nicht eingehalten werden. Wir haben diesen Fall bereits oben beim Schweigen des Analytikers diskutiert. Diese Gefahr ist besonders in der Einleitungsphase groß, wenn der Patient den Sinn psychoanalytischer Regeln noch nicht begreifen kann.

Erläuterung der Gegenfrage

Eine etwas andere Situation ergibt sich, wenn der Analytiker, Greensons Vorschlag folgend, dem Patienten den Sinn der Gegenfrageregeln erläutert. Solche Erläuterungen halten zwar nicht lange vor, stärken aber das Arbeitsbündnis besonders dann, wenn die Information über Regeln interpretativ angereichert wird.

Box Start

Der Patient bringt in die Analyse ein weitgehend vorbewusstes Wissen über Diskursregeln mit, die größtenteils seiner Alltagserfahrung entstammen und in basalen Erfahrungen interaktiven Aufeinander-Bezogeneins gründen. Irritationen und entsprechende Einwirkungen des

Lektor 20.1.06 19:27

Gelöscht: Wir fassen unsere von der Konversationsanalyse angeregten Überlegungen folgendermaßen zusammen:

Analytikern auf die vom Patienten entworfenen Übertragungsmuster können überall da erfolgen, wo er von den Regeln der Alltagskommunikation abweicht, wo er implizit oder explizit neue Diskursregeln einführt (Streeck 2004). Der Analytiker lenkt den Patienten so in Richtung auf ein Übertragungsmuster, das zu den neuen Diskursregeln passt. Welche Übertragungsmuster sich dabei ergeben, hängt somit sowohl von dem Verhalten des Analytikers ab, mit dem er kommunikative Regeln etabliert, als auch davon, welche Übertragungsdispositionen der Patient mitbringt.

Box Stop

7.4.3 Objektfindung und Dialog

Vorsprachliche Interaktion und verbaler Dialog

Unsere Anleihe bei der Konversationsanalyse und der Sprechaktheorie hat am Beispiel des sprachlichen Musters von Frage, Antwort und Erwiderung gezeigt, dass Diskursregeln ein differenziertes System wechselseitig aufeinander bezogener Reaktionen der Dialogpartner formieren. Auf der Ebene nichtsprachlicher Interaktion von Mutter und Kind sind in ähnlicher Weise aufeinander bezogene und abgestimmte Muster bekannt. Spitz (1976) hat dieses aufeinander abgestimmte Verhalten von Mutter und Kind ebenfalls einen Dialog genannt und die Bedeutung dieses Dialogs als Voraussetzung dafür herausgearbeitet, dass das Kind innere Objekte und damit Objekt Konstanz gewinnen kann. Es liegt nun nahe, die Überlegungen von Spitz auf den sprachlichen Dialog in der Analyse anzuwenden, die ja zur Umstrukturierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen führen soll.

Nach Spitz greifen im Dialog zwischen Mutter und Kind nicht nur die Handlungsmuster, sondern auch die vorausgehenden und sie begleitenden Affekte von Mutter und Kind ineinander. Dabei ist es nun nicht so, dass die Mutter jeden Wunsch des Kindes maximal erfüllen könnte oder gar müsste. Der Dialog muss jedoch genügend oft für das Kind in befriedigender Weise verlaufen, um in ihm das Bild einer guten Objektbeziehung entstehen zu lassen (*Nihil est in intellectu quod non prius fuit in sensibus*).

Andererseits werden die Muster des Kindes (sein Bild von der Objektbeziehung) auch ausdifferenziert, indem sich die Mutter seinen Wünschen partiell entzieht und das Kind auf diese Weise lernt, seine Impulse unter Kontrolle zu bringen und die zunächst nur vorübergehende Abwesenheit der realen Person ohne emotional-affektive Überflutung zu überbrücken. Ein gelingender Mutter-Kind-Dialog ist nicht dadurch ausgezeichnet, dass die Mutter die Bedürfnisse des Säuglings fortlaufend befriedigt und das Verhalten der Mutter in diesem Sinne zu der jeweils aktuellen Bedürfnislage des Säuglings „passt“. Ganz im Gegenteil überwiegt bei dem größeren Teil der Mutter-Kind-Interaktionen ein Nicht-Zusammenpassen („mismatching“), das im gelungenen Fall aber fortlaufend repariert wird, um in einem Zusammenpassen („matching“) von Mutter und Kind in Augenblicken erhöhter Erregung zu kulminieren, um sich von Neuem in „mismatchings“ fortzusetzen, die dann wieder repariert werden usw.

Die Analogie des vorsprachlichen Dialogs, wie Spitz ihn beschreibt, mit dem sprachlichen Muster von Frage - Antwort - Erwiderung ist deutlich. Zwischen direkter Antwort einerseits und Erwiderung andererseits spannt sich der Bogen von Befriedigung einerseits zur Frustration andererseits.

Folgen wir unserer Analogie weiter, so hätte also der Analytiker die richtig dosierte Mischung aus beidem zu finden, wenn er die Entwicklung seines Patienten fördern will; auch der therapeutische Prozess würde sich dann als Abfolge von interaktiven „mismatchings“, Reparaturen und Momenten des Verstehens oder „matchings“ - die Boston Change Process Study Group spricht von „moments of meeting“ (z. B. 2002) - darstellen. Hier wird offenkundig, dass eine rigide Anwendung der Gegenfrageregeln eine zu einfache Lösung des Problems darstellt. Einen Teil seiner Fragen müssen wir dem Patienten auf der von ihm thematisierten Ebene beantworten, wenn wir den Aufbau eines tragfähigen

Arbeitsbündnisses erleichtern wollen. Ohne Frustrationen kann es freilich - aus vielerlei Gründen - auch nicht abgehen: z. B. weil der Analytiker die Antwort nicht weiß oder weil er seine Privatsphäre schützen will (so wie die Mutter sich auch vor einer Überbeanspruchung durch das Kind schützen muss); aber auch weil die ganz natürlichen Frustrationen eine realitätsgerechte Ausdifferenzierung der Beziehungsmuster des Patienten fördern. Damit bewegt sich der Analytiker noch ganz im Rahmen der Alltagsdiskursregeln.

Unterschied zu Alltagsdiskursregeln

Wir wollen nun jedoch nicht vorschlagen, dass sich der Analytiker hinsichtlich der Beantwortung von Patientenfragen oder überhaupt im therapeutischen Setting an die Alltagsdiskursregeln halten solle. Aber wir wollen hervorheben, dass die vom Analytiker durch seine Technik eingeführten expliziten und impliziten Regeln wesentliche Determinanten für die Ausgestaltung der Übertragung des Patienten sind.

Flader u. Grodzicki (1978) vermuten, dass Grundregel und Abstinenzregel Übertragungshaltungen induzieren, die die Beziehungsmuster des Kindes zu Personen, von denen es abhängig war, wiederholen. Freilich dürfte es keine Mutter geben, die alle Fragen ihres Kindes unbeantwortet lässt oder nur ausweicht. Stets ist also der iatrogene Anteil bei der Wiederholung zu berücksichtigen (► Kap. 2). Im Übrigen geht es um eine Wiederholung unter günstigeren Bedingungen. Das diskutierte Stereotyp schafft keine fruchtbaren Voraussetzungen, die es dem Patienten ermöglichen könnten, heute bessere Antworten zu finden als früher. Was einem Patienten an Abweichungen von den Alltagsdiskursregeln zugemutet werden kann, muss vom Analytiker nach den zu erwartenden Auswirkungen auf die Übertragungsbeziehung sorgfältig erwogen werden.

Die einzigartigen Möglichkeiten des analytischen Dialogs beruhen darauf, dass seine Diskursregeln gegenüber denen des Alltags erweitert, aber auch eingeengt sind. Die Erweiterungen, zu denen v. a. die Deutung gehört, haben den Zweck, die Bewusstmachung von Unbewusstem zu ermöglichen. Hierin liegt auch der gute Zweck der Gegenfragerregel, der freilich bei rigider Anwendung nicht erreicht wird. So hat der Analytiker seine Arbeit nicht getan, wenn er in konventioneller Weise die Fragen des Patienten einfach beantworten würde. Er muss verstehen, was unbewusst hinter den Fragen des Patienten steht. Nach einer Formulierung von Flader u. Grodzicki (1978) muss er letztlich dem Patienten Fragen beantworten, die dieser bewusst so noch gar nicht stellen kann. Um es an einem Beispiel deutlich zu machen: Das Kind in seiner Angst vor dem Alleinsein fragt die fortgehende Mutter: „Wann bist Du wieder zurück?“ Die Mutter wird diese Frage beantworten und vielleicht noch einen Trost hinzufügen. Der Patient, der die gleiche Frage seinem Analytiker zu Beginn der Sommerferien stellt, wird von diesem möglicherweise die Deutung erhalten: „Sie fragen jetzt, um sich zu versichern, dass ich zurückkommen werde, und dass Ihre Wut über mein Weggehen unsere Beziehung nicht gefährdet.“

Damit entzieht sich der Analytiker teilweise der Antwort auf die gestellte Frage (in diesem Beispiel wird sie freilich insoweit beantwortet, als der Analytiker implizit sagt, dass er zurückkommen wird). In diesem Entzug ist Frustration enthalten. Der Analytiker beginnt stattdessen eine Metakommunikation besonderer Art mit dem Patienten, die unbewusste Anteile von dessen Beziehung zu ihm in einer Übertragungsdeutung beleuchten soll und insofern eine Antwort auf die für den Patienten nicht stellbare Frage darstellt: Warum bin ich so aggressiv, und warum kann ich das nicht zum Ausdruck bringen?

Box Start

In dem Maß, wie sich der Patient in dieser Deutung vom Analytiker verstanden fühlt und sich selbst dadurch besser verstehen lernt, bekommt er etwas, das durchaus auch ein Stück Befriedigung beinhaltet, ihm darüber hinaus aber weiterhilft, seine Konflikte besser zu bewältigen. Insofern wird er für das Stück Frustration, das in der Verweigerung einer direkten Antwort auf seine Frage liegt, mehr als entschädigt. Damit es aber so weit kommen kann, d. h.

damit der Analytiker eine hilfreiche Deutung geben kann, muss sich erst eine therapeutische Beziehung mit bewussten, unbewussten und übertragenen Anteilen entwickeln. Zu dieser Entwicklung trägt der Analytiker durch all sein Tun und Lassen bei. Ein rigides Befolgen der Gegenfrageregel erhöht bei gefährdeten Patienten die Gefahr der malignen Regression oder schränkt die Zugänglichkeit des Patienten für Deutungen ein. Andererseits würde sich durch das bloße Befolgen der Alltagsdiskursregeln das therapeutische Ziel ebenfalls verfehlen lassen. Es kommt darauf an, dass sich der Analytiker um Klarheit bemüht, was er durch seine Interventionen ausgelöst hat, und dass er die Reaktionen des Patienten in seinen weiteren Interventionen berücksichtigt.

Wir vermuten, dass ein rigides Festhalten an der Gegenfrageregel heute unter Psychoanalytikern weniger verbreitet ist als noch vor zehn Jahren. Mit der Ausbreitung interpersoneller und intersubjektiver Ansätze und der größeren Bedeutung, die interaktiven Prozessen für die Gestaltung des therapeutischen Geschehens beigemessen wird, dürfte auch das Bewusstsein dafür gewachsen sein, dass der Analytiker mit seinem Verhalten die analytische Situation und somit auch Übertragungen des Patienten mit konstituiert - mit Worten ebenso wie mit seinem Schweigen. Wenn Regeln wie die Gegenfrageregel starr gehandhabt werden, wird das im Allgemeinen keine günstigen Bedingungen für die Entwicklung des Patienten schaffen.

Box Stop