

MARGARETE MITSCHERLICH-NIELSEN, HEIDELBERG

BESONDERHEITEN DER BEHANDLUNGSTECHNIK  
BEI NEUROTISCHEN PATIENTINNEN

*Diskussionsbeitrag zu der Arbeit „Betrachtungen über die psychoanalytische Technik bei der Behandlung neurotischer Patientinnen“ von P. C. Kuiper*

*Deutung I*

Den klaren und anregenden Ausführungen *Kuipers* möchte ich einige Gedanken anfügen und mit meinen Worten darzustellen versuchen, wie ich glaube, ihn verstanden zu haben. Der bekannten analytischen Regel, die Abwehr vor dem Inhalt zu deuten, kann man hinzufügen, den Deutungen der Übertragung besondere Aufmerksamkeit zu widmen, da sich der Widerstand in der Übertragung am stärksten zu konzentrieren pflegt, wie das *Freud* bereits in „Zur Dynamik der Übertragung“ dargestellt hat. Wenn es auch keineswegs immer leicht ist, die Übertragung zu sehen und sie richtig zu deuten, so sind wir doch wenigstens im klaren, wann wir eine Übertragungsdeutung gegeben haben. Viel schwerer scheint es manchmal, genau zu wissen, ob unsere Deutung eine der Abwehr ist oder ob sie nicht schon für die Situation zu weitgehend die Deutung des Es-Inhaltes miteinbezieht. Wir müssen bedenken, daß Abwehrmechanismen der Ausdruck von Triebchicksalen sind. Das macht die Schwierigkeit verständlich, hier feiner zu unterscheiden, weil Abwehr und Trieb engstens miteinander verknüpft sind. Zweifellos ist es verkehrt, wenn wir den Patienten mit Symboldeutungen überhäufen oder ihm von seiner Homosexualität, seinem Penisneid, seiner Aggression etc. sprechen in einer Zeit, wo er mit diesen Deutungen gefühlsmäßig noch gar nichts anfangen kann und sie im besten Fall nur als schöne und interessante Geschichten, in denen er die Hauptperson ist, zu erleben vermag. Aber selbst wenn wir nur z. B. dem Patienten zeigen, daß er immer wieder von Situationen berichtet, die gewisse Ähnlichkeiten miteinander haben und in denen er sich mehr oder weniger auf die gleiche Weise verhält, so wird damit notwendigerweise ein Stück der in diesem Verhalten abgewehrten Triebbedürfnisse sichtbar. Er verrät uns, was er verbergen will. Schon indem wir ihn auf sein Verhalten in den immer wieder arrangierten Situationen aufmerksam machen, führen wir ihn in gefährliche Nähe der abgewehrten Triebbedürfnisse.

Ein Beispiel: Eine Patientin, die sich von ihren Eltern als Kind vernachlässigt und mißverstanden fühlte und um keinen Preis ertragen konnte, zu dem Mißlingen dieser Beziehung selbst beigetragen zu haben, brachte sich immer wieder in abhängige und hilfsbedürftige Lagen und führte sehr geschickt Situationen herbei, in denen die anderen sie enttäuschen mußten.

Darauf reagierte sie mit gesteigerter Aktivität, die weit über ihre Kräfte ging und sie dadurch erneut hilfsbedürftig machte. Diese Aktivität verfolgte deutlich die Absicht, den Eltern oder elterlichen Ersatzfiguren darzustellen, was sie von ihnen erwartet hätte und was sie ihr schuldig blieben. So mußte sich diese Patientin z. B. öfters in Krankenhäuser aufnehmen lassen. Dort gelang es ihr mit besonderer Spitzfindigkeit, die sicher tatsächlich vorhandenen Mängel der Ärzte und des Personals herauszufinden. Darauf bot sie sich, sobald sie einigermaßen zu Kräften gekommen war, selber als Hilfskraft an. Bei dieser Tätigkeit fand sie sich immer wieder in der Lage, sich und den Kranken klarzumachen, wie unzureichend die Ärzte und Schwestern sich einsetzten, gemessen an dem, was die Patienten ihrer Meinung nach erwarten durften.

In ganz ähnlich vorwurfsvoller und oft ihre Kräfte übersteigender Hilfsbereitschaft hatte sie für ihre Eltern gesorgt. Schon dadurch, daß man die Patientin auf die sich wiederholenden Situationen aufmerksam machte und ihr das seit der Kindheit gleichbleibende Verhalten näherbringen konnte, war die Patientin unmittelbar berührt. Sie wehrte jedoch sofort heftig ab, da damit bei ihr besonders stark verdrängte Aggressionen und Schuldgefühle angesprochen wurden.

Interpretationen sollten also das Wissen des Patienten über sich selber vergrößern, nicht aber, ihm theoretisches Wissen vermitteln. So ist es sicherlich nicht unser Ziel, den Ödipuskomplex aufzudecken, sondern vielmehr, dem Patienten spezielle individuelle Erfahrungen bewußt zu machen, in denen sich bei ihm der Ödipuskomplex geäußert hat. Übertragungsdeutungen sind deswegen so wichtig, weil sie am unmittelbarsten die Vergangenheit mit der Gegenwart verbinden können und dadurch mehr als andere Deutungen die durch die Verdrängung stattgefundene Trennung des Affektes von seiner Vorstellung wieder aufzuheben vermögen.

Unsere Aufgabe als Analytiker ist es, durch Aufarbeitung der Konflikte die Regression aufzuheben und die Ich-Funktionen und Objektbeziehungen auf eine reifere Stufe zu bringen. Es ist nicht unsere Aufgabe, eine Regression zu fördern und dem Patienten die erwünschte und vermißte elterliche Fürsorge zu ersetzen. Wir sind nicht die Eltern unseres Patienten und können und sollen auch nicht so für ihn sorgen, als wenn wir es wären, jedenfalls wenn es sich nicht um borderline-Fälle handelt. *Freud* warnt davor, den Retter des Patienten spielen zu wollen. Ich erwähne in diesem Zusammenhang *Freuds* Definition, der Analytiker habe der Spiegel des Patienten zu sein. Das ist gewiß in seiner Objektivität nicht erreichbar, denn der Analytiker wird vom Patienten auch als Person wahrgenommen. Das spielt dem Analytiker die Aufgabe zu, sich dauernd zu kontrollieren, nicht

von sich zu berichten und sich immer über seine Gegenübertragung Rechenschaft abzulegen. *Paula Heimann* geht in ihrer Arbeit „Die Dynamik der Übertragungsinterpretationen“<sup>1</sup> ausführlich auf viele der hier erwähnten Probleme ein.

Auch wenn durch diese Selbstkontrolle vom Analytiker Regression nicht gefördert wird, findet schon durch die Position des Liegens und vor allem durch die Methode der freien Assoziation, in der die kontrollierende Funktion des Ich teilweise aufgegeben wird, in gewissem Sinne eine Regression statt. *Kris* spricht von einer Regression im Dienste des Ich. Indem der Patient liegt, sieht er den Analytiker nicht und kann sich dadurch besser auf seine inneren Wahrnehmungen konzentrieren. Diese Situation fördert auch die Neigung zur Projektionsbildung. Ich meine damit nicht die groben pathologischen Projektionen, die sich auf jeden Fall durchsetzen werden, sondern solche Projektionsanteile, wie sie jeder mitmenschlichen Beziehung mehr oder weniger innewohnen. Aber dieser unvermeidlichen Regression kann sich der Analytiker für seine Arbeit bedienen. Er muß dann allerdings zwischen tatsächlichen Ereignissen der Kindheit und wie der jeweilige Patient seine Kindheit erlebte, zu unterscheiden lernen. Damit meine ich, daß der Analytiker vor allem den Projektionscharakter in den Erlebnissen des Patienten herausarbeiten sollte, wie er ihn ständig in der Übertragung erfährt. Es ist wichtiger, mit dem Patienten z. B. herauszuarbeiten, aus welchen inneren Gründen er seine Kindheit auf diese besondere Weise erleben mußte und nicht seine Berichte aus der Kindheit oder über Beziehungspersonen als feststehende Tatsachen und objektive Erfahrungen anzusehen. Unser Mitleid oder unsere Parteinahme nutzt dem Patienten wenig, weder seine Kindheit noch seine Beziehungspersonen würden sich dadurch verändern. Vor allem würde dann dem Patienten der Ansporn zu der Einsicht genommen, daß es in erster Linie wichtig und auch möglich ist, sich selber zu ändern, um sein Leben ändern zu können.

### *Einfälle*

Die Einfälle des Patienten sind oft ohne Zusammenhang, und der Analytiker als das ergänzende Ich des Patienten übernimmt vorerst dessen synthetische Funktionen, indem er mit Hilfe der Einfälle durch Deutungen eine neue Ordnung in die Erlebniswelt des Patienten bringt. Unterstützt durch die Gefühlsbeziehung zum Analytiker lernt der Patient in mühsamen Schritten vieles zu ertragen und zu sehen, was er wegen der sehr schmerzlichen Angst- und Schuldgefühle bisher vom Bewußtsein fernhielt. Im Verlauf einer Analyse vermag er besser seine Assoziationen und Gefühle frei

<sup>1</sup> *Heimann, Paula*: Die Dynamik der Übertragungsinterpretationen. *Psyche* XI, 1957, S. 401—415.

mitzuteilen, sich also von der Kontrolle seines bewußten Ich zeitweilig zu befreien. Andererseits gelingt es ihm häufiger, die synthetische Funktion des Analytikers selbst auszuüben. Gibt dieser zu viele Deutungen, so können sie den Patienten von diesem Lernprozeß abhalten und ihn in Passivität verharren lassen. Gibt er zu wenige Deutungen, vor allem keine, welche die unmittelbare Übertragungssituation betreffen, so wird der Patient mut- und interesselos werden, da er dann kaum zu neuen inneren Erlebnissen kommt. Die Übertragung soll sich von den ursprünglichen Beziehungen dadurch unterscheiden, daß der Analytiker durch Interpretationen das, was die Übertragungsbeziehung unbewußt bedeutet, dem Patienten zum Bewußtsein zu bringen versteht.

Die freie Assoziation ist für viele Patienten nur schwer erreichbar, oder aber es fehlt die synthetische Funktion des Ich, mit deren Hilfe es erst zum einsichtigen Erleben und damit zur Fruchtbarmachung dieser Assoziationen kommen kann. Zwangskranke können z. B. die kontrollierende Funktion nur schwer aufgeben, schwer gestörte, sogenannte borderline-Fälle können dies manchmal nur allzu gut, aber ohne daraus auf eine solche Weise Einsichten zu gewinnen, daß diese zu reiferen Ich-Funktionen führen. Vorwiegend narzißtische Patienten werden vielleicht jede innere Beobachtung genau berichten können, ohne allerdings durch innere emotionale Erlebnisse zu einer Änderung ihrer Erlebnis- und Gedankenwelt zu kommen.

#### *Zur Reihenfolge der Themen beim Durcharbeiten*

*Kuiper* spricht von der Analyse in zeitlich umgekehrter Reihenfolge und meint damit, daß wir von der aktuellen Situation ausgehen, um dann z. B. die Onanieprobleme der Pubertät mit ihren Gewissenskonflikten und Schuldgefühlen durcharbeiten. An die Pubertät können sich die meisten Patienten noch gut erinnern, und da sie uns weitgehend darüber Aufschluß gibt, in welcher Weise der Ödipuskonflikt erlebt und verarbeitet wurde, ist es natürlich von großer Bedeutung, ihren Verlauf zu kennen. So wie der Verlauf der Pubertät vom Erleben des ödipalen Komplexes abhängig ist, zeigt sich im aktuellen Erleben und Verhalten auch die Art der Regression mit ihren Fixierungen, oder, anders ausgedrückt, im gegenwärtigen Verhalten offenbart sich auch immer die Vergangenheit.

Wenn *Kuiper* sagt, nach Durcharbeitung der Pubertät beginnen wir mit der Analyse der Latenzperiode, so bedeutet das keineswegs, daß die Einfälle sich so nach Phasen geordnet beim Patienten einstellen, sondern daß das, was in der Analyse lebendig gemacht werden kann, im großen und ganzen dieser Linie zu folgen scheint. Wenn in dieser Phase der Analyse selbstverständlich auch von aktuellen Erlebnissen oder frühen Kindheits-

erinnerungen gesprochen wird, so lassen sie sich meistens mit der jeweils aktuellen Problematik dynamisch verknüpfen.

In ihrer Arbeit „On Adolescence“ sagt *J. Lampl-de Groot*<sup>2</sup> andererseits, diese werde erst spät in der Analyse wirklich lebendig. Das heißt umgekehrt gewiß nicht, daß es nicht schon vorher Perioden in der Analyse gegeben haben kann, in denen Pubertätsprobleme im Mittelpunkt standen. Aber erst später, nachdem große Teile der Latenzzeit und der frühen Kindheit durchgearbeitet werden konnten, wurden sie in ganz anderer Intensität und mit neuem Bedeutungsgehalt in der Analyse wieder akut. Sicherlich hängt, wie *J. Lampl-de Groot* betont, eine solche Möglichkeit auch vom Verhalten des Analytikers ab, inwieweit nämlich er bereit ist, die aggressive, kleinliche, nörgelnde, aber auch treffende Kritik der Pubertätsperiode zu ertragen, die jetzt nicht nur im Erleben, sondern im Verhalten des Patienten erscheint. Wir wissen, daß in der Pubertät nicht nur die Triebe in besonderer Stärke auftreten und noch einmal den ödipalen Objekten gelten, sondern gleichzeitig mit der sexuellen Reifung um die endgültige Befreiung von diesen verbotenen Sexualobjekten gerungen wird. Ein Kampf, der die Konflikte besonders stark zum Ausdruck bringt und viel Aggression und Trauer mit sich führt.

Eine Analyse in zeitlich umgekehrter Reihenfolge wird vor allem dann gestört werden, wenn wir zu Perioden gelangen, welche Konflikte auslösten, die zu Regressionen führten. Dann werden die regressiven Vorgänge in Erscheinung treten, bevor wir des auslösenden Konfliktes ansichtig werden. Erst wenn wir diesen durcharbeiten konnten, sind die Triebbedürfnisse von ihrer regressiven Fixierung wieder auf eine mehr Ich-gerechte Stufe zu bringen.

#### *Handhabung der „Regeln“*

Gewiß wird es immer wieder notwendig sein, sich zu befragen, ob man die als richtig erkannten Regeln bei dem jeweiligen Patienten auch befolgt und auf welche Weise man das tut und wo man eigentlich mit dem Patienten steht. Aber wenn die Regeln zu einer Art Elternersatz werden, die man befragen *muß* und nach denen man sich richtet, um ein gutes analytisches Gewissen zu haben und sich geborgen fühlen zu können und nicht, weil es sinnvoll und hilfreich ist, sich an sie im gegebenen Augenblick zu erinnern und sie zu beachten, kann eine solche korrekt geführte Analyse dazu führen, daß man den Kontakt mit dem Patienten verliert oder nie gewinnt. Man wird dann nicht in der Lage sein, den Assoziationen des Patienten genügend locker folgen zu können, eigene Einfälle kommen zu lassen und aus seiner Gegenübertragung Nutzen für die Deutungen ziehen zu können.

<sup>2</sup> *J. Lampl-de Groot*: On Adolescence. Psychoanal. Study of the Child XV, S. 95—129.

Da wir Deutschen doch nun einmal besonders gesetzestreue Bürger sind und im glücklichen Besitz feststehender Gesetze geneigt sind, sie einigermaßen rigide zu befolgen, scheint es mir notwendig zu betonen, daß z. B. das Gesetz „Abwehrdeutungen vor Inhaltsdeutungen“ in jeder Situation und bei jedem Patienten anders zu verstehen und individuell verschiedenartig zu verwenden ist, auch wenn es zweifellos typische Situationen gibt, wie sie *Kuiper* an seinen Beispielen so anschaulich dargestellt hat.

### Beispiele

Da gab es die Patientin, die den Analytiker beschimpfte und der man den Penisneid deutete, die aber im Augenblick vor allem deswegen den Therapeuten so schlecht machte, weil sie sich damit, mehr oder weniger unbewußt, ihren sexuellen Wünschen ihm gegenüber glaubte entziehen zu können. Sie fühlte sich schuldig wegen dieser Wünsche, und vor allem war ihr die Vorstellung, sie könnte abgewiesen werden, unerträglich. Wenn man ihr ihren Penisneid deutet, wird sie schon irgendwo ein unbehagliches Gefühl haben, das mag stimmen. Aber diese Deutung wird insofern keine Lösung ihrer Abwehr bringen, weil sie nur ihr Gefühl des eigenen Unwerts steigert, was ihre Liebeswünsche noch aussichtsloser und grotesker erscheinen läßt, so daß sie sich um so mehr in selbstbestrafender aggressiver Weise gegen den Analytiker und gegen ihre eigenen Wünsche verteidigen muß. Vielleicht, so könnte man weiter folgern, bekommt sie auf diese Weise wenigstens Schläge und damit Befriedigung ihrer Schuldgefühle, aber damit auch Erfüllung ihrer sexuellen Wünsche, die wiederum zu neuen Schuldgefühlen führen muß. Die sadomasochistische Beziehung zum Arzt könnte dadurch sich verfestigen und zu einem Abbruch oder doch ganz sicher zu einem Stillstand der Analyse führen. Würde man z. B. zu dieser Patientin sagen: „Schauen Sie, Sie müssen mich so beschimpfen und schlecht machen, weil Sie es nicht ertragen können, daß Sie eigentlich von mir geliebt werden möchten. Solche Gedanken empfinden Sie als schändlich und vor allem haben Sie Angst, ich könnte über Sie lachen. Abweisungen, gleich welcher Art, haben Sie immer so empfunden, als ob Ihnen damit jeder Wert genommen würde. Da scheint es Ihnen schon besser, Sie machen von vornherein jede freundliche Beziehung zwischen uns unmöglich.“ Dann hätten wir, so meine ich, sowohl die Abwehrform wie einen Teil des augenblicklich wichtigen Phantasieinhaltes verstanden und hätten mit diesem Ansprechen ihrer Unwertgefühle bereits die Wurzel ihres Penisneides berührt. Die Patientin hat uns durch ihr Verhalten aber auch schon einen Teil ihrer Konflikte in zeitlich umgekehrter Reihenfolge gezeigt und die für ihr Leben bestimmende Verarbeitung des ödipalen Konfliktes offenbart, nämlich: Sie schimpft und lehnt

den Therapeuten (Vater) ab, da es ja doch aussichtslos ist, von ihm geliebt zu werden und es deswegen besser ist, sich gleich von vornherein die Abfuhr selber zu beschern. Es ist aber auch notwendig, daß sie abgewiesen wird, da sie der Mutter gegenüber Schuldgefühle hat. Darum will sie ja zu einer Therapeutin. So ist es schon besser, sie verzichtet auf den Vater, bleibt gleich bei der Mutter, der gegenüber sie nun aber, zumindest andeutungsweise, ähnliche Enttäuschungen erlebt. Eine Mutter lehnt ihre Tochter sexuell meist insofern ab, als sie sich gegen ihre Onanie und klitorieell phallische Aktivität stellt und ihr den Vater sexuell vorzieht. Das alles führt zu Haß, der wiederum ein strenges Überich sich entwickeln läßt, von dem entsprechende Schuldgefühle und Unwertempfindungen ausgehen, die meist mit einer besonderen Kränkbarkeit korrespondieren und den sowieso vorhandenen Penisneid empfindlich steigern. Die damit ausgelöste Regression wäre dann notgedrungen eine auf die anale Stufe, in der die Patientin ihren Penismangel leugnet und ihre sexuellen Wünsche auf sadomasochistische Weise zu befriedigen versucht, wie sie z. B. in der Schlagephantasie zum Ausdruck kommt. Die Schlagephantasien finden sich bei Patientinnen dieser Art, die mit ihrem Penisneid und ihrer Aggression nicht fertig wurden, so gut wie allgemein, ob sie nun voll bewußt als Phantasie erlebt werden oder sich nur im Verhalten der Patientin äußerten, wie z. B. bei der anderen von *Kuiper* erwähnten Patientin mit der Dreiecksproblematik, die sich deswegen immer in aussichtslose Lieben einließ, weil sie Liebe nur gemeinsam mit Kummer und Erniedrigung zu erleben vermochte.

Die Regel, Abwehr vor Inhalt zu analysieren, bedeutet auch keineswegs, daß es uns nicht erlaubt sein sollte, den Patienten den Inhalt von Phantasien und Wünschen zu konstruieren, die sie durch allerlei Anzeichen deutlich zum Ausdruck bringen. Ich verweise hier auf *Freuds* Arbeiten „Konstruktionen in der Analyse“ und „Ein Kind wird geschlagen“. Die vollständigen Interpretationen, in denen die heutige Abwehr, wie sie vor allem in der Übertragung zum Ausdruck kommt, sich auf das Schicksal des ursprünglichen Triebwunsches, d. h. auf das entsprechende Kindheitserlebnis zurückführen läßt, können meist erst nach längerer Analyse wirklich so lebendig gemacht werden, daß sie zum Erlebnis und damit zur Einsicht werden.

### *Abwehr und Regression*

Abwehrmechanismen können auch dadurch überwunden werden, daß der Analytiker bewußte oder unbewußte Phantasien verbalisiert. Auch deswegen muß er Phantasien zusammenfügen, indirekt geäußerte Gefühle und Kritiken in der Deutung aussprechen, damit der Patient sich verstanden fühlt und nicht zu große Schuldgefühle bekommt oder meint, der Analy-

tiker würde diese Gedanken und Phantasien als zu zerstörend erleben und von ihnen nichts wissen wollen. Das alles würde den Patienten erneut in die Regression treiben.

Daß Regression mehr oder weniger stark depressive Gefühle entstehen lassen kann, hat auch *Kuiper* bei der Patientin mit der Dreiecksproblematik erwähnt, indem er sagt, daß ihre leidenschaftliche Liebe vor allem ein Ausdruck ihrer Depression war. Das hieße, diese Liebe vertrat eine abgewehrte, verdrängte und gegen sich selbst gewandte Aggression. Die Regression auf die präödpale Phase ist es besonders, die zu Depressionen führt, da das starke und gierige Liebesbedürfnis dieser Phase nicht befriedigt werden kann und darum starke Aggressionen gegen die Eltern wiederbelebt, Aggressionen, die wiederum die Überich-Position verstärken können. Die Wendung gegen das eigene Ich bewirkt Lähmung der Aktivität und verhindert reifere Objektbeziehungen.

An einer anderen Patientin mit ähnlicher Dreiecksproblematik möchte ich zeigen, wie Triebäußerungen als Abwehr dienen können, und ein wenig auf die von *Kuiper* erwähnte spezifisch weibliche Problematik eingehen. Diese Patientin zeigte bald eine leidenschaftliche Übertragungsliebe zu ihrem Analytiker. Es war ihr aber bewußt, ohne daß sie einen verstehenden Zugang dazu finden konnte, daß sie durch diese Liebe auch versuchte, ein Haßgefühl dem Analytiker gegenüber abzuwehren, das ihr noch mehr Schuldgefühle verursachte, als es die sexuellen Wünsche schon taten. Die Verliebtheit schien ihr peinlich, aber unüberwindbar. Im Verlauf der Analyse konnte man diesen quälenden Gefühlen erst nahekommen, als man nicht nur das Schuldgefühl und den Drang, sich selber unglücklich zu machen, durcharbeitete, sondern vor allem, indem man ihr ihre Wut dem Analytiker gegenüber verständlicher machte. In diesem Haß und ihrer Angst davor zeigte sich, daß der Analytiker nicht als Mann erlebt wurde, auf den sie neidisch war, sondern daß er deutlich die Mutter darstellte, von der sie bewußt immer glaubte, sie nur geliebt zu haben. Die Verliebtheit in den Analytiker war ein Ausweichen vor dem Haß der Mutter gegenüber, für den sie sich durch diese peinliche Liebe bestrafte. Erst nach der Durcharbeitung dieses Hasses konnte sie gewisse Zusammenhänge ihrer unbewußten Schuldgefühle sehen und überwinden, und erst danach wurden Onaniephantasien erinnert, die sie ihre ganzen sadomasochistisch gefärbten sexuellen Wünsche dem Mann gegenüber wieder erleben ließen. Wenn wir in der peinlichen Verliebtheit der Patientin nur ihre positiven unüberwundenen ödipalen Wünsche gedeutet hätten, wären wir zweifellos nicht weit gekommen und hätten nicht gesehen, daß bei ihr wie auch bei der den Arzt beschimpfenden Patientin diese Triebäußerung etwas verdeckte, wovor die

Patientin noch mehr Angst hatte und womit sie sich gleichzeitig für die Angst- und Schuldgefühle erregenden Triebwünsche bestrafte. Es zeigte sich also auch bei ihr, daß zuerst der Gewissenskonflikt bearbeitet werden mußte, in dem ihre starke Bindung an die Mutter offenbar wurde. Erst danach konnte die besondere Art ihrer Beziehungen zum Vater durchgearbeitet werden. Diese Patientin brauchte ihre Übertragungsverliebtheit dem männlichen Analytiker gegenüber also auch als Abwehr und Strafe für ihre Haßgefühle, die ursprünglich der Mutter galten, an der sie sich gleichzeitig durch die erwähnte Dreieckssituation zu rächen vermochte.

### *Übertragung*

Wenn sich auch die Übertragung bei einem weiblichen Analytiker häufig anders gestalten mag als bei einem männlichen insofern, als die verbietende und gehaßte Mutter unmittelbarer erlebt werden kann, so wird andererseits doch die Übertragungsverliebtheit einer Patientin auch der Analytikerin gegenüber häufig als Abwehr dieses Hasses und der ödipalen Rivalität zum Ausdruck kommen. Nicht allzu selten wird zu einer solchen Gestaltung der Übertragung auch die Therapeutin beitragen, indem sie, ähnlich wie früher die Mutter, es vorzieht, eine liebende und abhängige Tochter zu haben als eine, die sie kritisiert, sie ablehnt und mit ihr rivalisiert. Bei den Patientinnen, welche die Therapeutin ohne die Abwehr der Übertragungsverliebtheit unmittelbar als verbietend und als Rivalin zu erleben vermögen, besteht oft ein großer Widerstand, über ihr Sexualeben zu berichten. Entsprechend ihren eigenen Wünschen haben sie oft das Gefühl, die Therapeutin wolle sich in ihr sexuelles Leben drängen, wie früher die Mutter, um sie dann zu verurteilen und abzulehnen. Mit dem verbietenden Aspekt der Mutter in der frühen Kindheit ist aber auch durch ihre Zärtlichkeiten ihr verführender und stimulierender Aspekt in je verschiedener Intensität verknüpft. Aus diesem Grunde wird auch die Ablehnung der phallisch-klitorischen Phase durch die Mutter, deren Zärtlichkeiten so genossen und auch als Verführung empfunden wurden, als so besonders bitter erfahren.

Im Erleben des Mädchens scheint es meiner Ansicht nach meist nicht der Vater zu sein, der als erster die Onanie verbietet, sondern vor ihm die Mutter. Wenn dazu noch die Ablehnung durch den Vater kommt, wird das Mädchen nicht in der Lage sein, seinen Neid auf diejenigen, die einen Penis haben, die also sexuell aktiv sein dürfen und dafür noch geliebt werden, zu überwinden. Seine Beziehungen zum Mann werden deswegen problematisch bleiben müssen, und es wird an die traumatisch erlebte Ablehnung durch die Mutter fixiert bleiben. Einer weiblichen Therapeutin gegenüber wird eine solche Patientin häufig eine starke homosexuell gefärbte Übertragungsliebe

entwickeln oder aber sich von ihr verfolgt fühlen, vor allem dann, wenn auch in der früheren Kindheit die Beziehung zur Mutter vorwiegend eine negative war.

Nicht nur beim Mann spielt die Phantasie eine Rolle, daß die Frau einen Penis hat. Auch die Frau kann sich oft unbewußt von dieser Vorstellung nicht lösen. Dadurch lebt sie in dem unbewußten Glauben, sie allein sei „kastriert“, und zwar mehr oder weniger durch die Bosheit ihrer Mutter. Ich betone das, um zu zeigen, daß die Übertragungen von Patientinnen auf weibliche und männliche Analytiker sich natürlich unterscheiden, aber doch auch viele Ähnlichkeiten aufweisen. Sicher hat *Kuiper* recht, wenn er meint, daß das Mädchen sich mit seiner Kastration, d. h. mit seiner weiblichen Rolle besser abzufinden vermag, wenn der Vater sie möglichst wenig zurückweist. Allerdings muß dann auch die Mutter der Onanie und klitoriell-phallischen Aktivität gegenüber Verständnis gezeigt haben, ohne dabei allzu verführend gewesen zu sein, um die immer vorhandene Feindseligkeit der Tochter überwinden oder erträglich gestalten zu können.

### *Passivität*

Auch die Unterscheidung zwischen der *infantilen* Passivität, die Mann und Frau gleichermaßen erleben, und der *weiblichen* Passivität, in der die Frau gelernt hat, ihr eigenes Geschlecht zu akzeptieren, scheint mir ein sehr wichtiger Punkt zu sein. Gerade wenn die Frau das Gefühl, kastriert zu sein, nicht überwinden konnte, interferiert das oft mit der Entwicklung ihrer spezifischen aktiven Entfaltung, die es ihr ermöglicht, sich zu behaupten. Sie bleibt bei einem Gefühl der Hilflosigkeit stehen, man hat ihr etwas vorenthalten und sie regrediert in die infantil-passive Phase, in der sie unablässig von anderen etwas haben will.

### *Deutung II*

Bei der Interpretation geht man immer von etwas Bekanntem aus, um etwas dem Patienten noch nicht Bewußtes mit hinein zu flechten. Dafür ist eine genaue phänomenologische Betrachtungsweise von größter Bedeutung. Ich möchte darum kurz von einem Patienten berichten, den *Kris*<sup>3</sup> erwähnt, und den er in zweiter Analyse sah. *Kris* zeigt, wie es ihm durch ein ins einzelne gehendes Studium des Verhaltens möglich war, zu konkreten, direkt aus dem Leben des Patienten genommenen Interpretationen zu gelangen. Dadurch wurde der Zusammenhang zwischen Vergangenheit und Gegenwart und zwischen der Symptomatologie des Erwachsenen und kindlicher Phantasie einsichtig. Dieser Patient litt an einer Arbeitshemmung. Immer, wenn

<sup>3</sup> *Kris, E.*: Ego Psychology and Interpretation in Psychoanalytical Therapy. The Psychoanal. Quarterly XX, 1951, S. 15—30.

er eine wissenschaftliche Arbeit begann, meinte er, irgendwann zu entdecken, daß jemand anderes diese Idee schon vorher gehabt hätte und daß, wenn er diese Arbeit veröffentlichen würde, er ein Plagiat beginge. Der Patient hatte bereits in seiner ersten Analyse sich daran erinnert, daß er in der Pubertät gelegentlich gestohlen hatte. Für ihn war heute noch Aktivität mit Stehlen, wissenschaftliches Arbeiten mit anderen die Ideen Wegnehmen verbunden, so daß er diesen unangenehmen Impulsen nur durch eine weitgehende Hemmung seiner Aktivität und seiner intellektuellen Möglichkeiten entgehen konnte. In seiner ersten Analyse war die Verbindung zwischen der oralen Aggressivität und der Arbeitshemmung erkannt worden, und daß Angst und Schuld ihn daran hinderten, produktiv zu sein. Es stellte sich heraus, daß die in der ersten Analyse erkannten Es-Impulse zwar durchaus den Tatsachen entsprachen, aber nicht das ganze Bild enthielten. Der Patient berichtete eines Tages in der Analyse, in einem merkwürdigen, von Erregung und Befriedigung gemischten Ton, daß er gerade in der Bibliothek eine Abhandlung gefunden hätte, in der der gleiche grundlegende Gedanke bearbeitet war wie in der von ihm begonnenen Arbeit. Wie sich bei näherer Betrachtung zeigte, kannte er diese Abhandlung seit langem. Auch wurde deutlich, daß diese alte Publikation zwar eine brauchbare Unterstützung seiner These war, aber keineswegs die These selber brachte. Der Patient hatte vielmehr dem Autor in den Mund gelegt, was er selber sagen wollte. Dadurch war es möglich, ihm in der weiteren Analyse klarzumachen, daß er deswegen stehlen mußte, weil nur fremder Besitz für ihn von Wert war, und deswegen mußten seine eigenen Ideen, um Wert zu bekommen, anderen in den Mund gelegt werden. Diese Neigung ließ sich letztlich auf seine Beziehung zum Vater zurückführen, der wenig erfolgreich gewesen war und darum den lebenslangen Wunsch des Patienten nach einem großen und erfolgreichen Vater unerfüllt gelassen hatte. Aber nur, so schien es, wenn er sich einen solchen großen Vater einzuverleiben vermochte, konnte auch er, der Patient, Wert bekommen. In den Träumen wurde dieser Wunsch so ausgedrückt, daß er sich mit Hilfe der verschiedensten Symbole immer wieder den großen Penis seines Vaters einverleibte. Ein Bedürfnis, das sich später auf Gedanken und Ideen verschob, so daß er nur dann seine Ideen als wertvoll sich aneignen konnte, wenn sie von einem anderen größeren Mann zu stammen schienen.

#### *Ich-Defekte und Ich-Schwäche*

Ich möchte zum Schluß noch hinzufügen, daß die analytische Technik, so wie wir sie besprochen haben, bei Patienten mit schweren Ich-Defekten nur selten zum Erfolg führen wird. Bei solchen Patienten kommt es bei der

Durcharbeitung ihrer Konflikte nicht zu einer Verstärkung ihrer synthetischen Ich-Funktionen, und sie vermögen sich nicht aus ihren regressiven Triebbefriedigungen zu lösen, die meistens mit einer Regression von Ich und Über-Ich einhergehen.

In „Das Unbewußte“ schildert *Freud* einige Schizophrene, deren Symptome denen von Hysterikern oder Zwangsneurotikern oberflächlich gleichen. Da ist ein Patient, der nicht davon lassen kann, die Mitesser in seinem Gesicht auszudrücken und dieses Verhalten offensichtlich als einen Ersatz für die Onanie verwendet. Die dadurch entstehenden Hautvertiefungen stellen für ihn die Kastration als Strafe für die Onanie dar. Obwohl der Hysteriker alle möglichen Gegenstände mit einem Hohlraum als Symbol für die Vagina zu nehmen vermag, auch die verschiedenartigsten Dinge zum Penisymbol werden können, so besteht doch zwischen dem Ausdrücken der Mitesser und der Ejaculation sowie auch zwischen den vielen Hautvertiefungen und der Vagina eine zu entfernte Sachähnlichkeit, als daß sie der Hysteriker sich zum symbolischen Ersatz erwählen würde. *Freud* schließt daraus, daß es das Überwiegen der Wortbeziehung (herausspritzen, Loch) über die Sachbeziehung ist, die die schizophrene Ersatzbildung von der neurotischen unterscheidet. Die Gleichheit des sprachlichen Ausdrucks, nicht die Ähnlichkeit der bezeichneten Dinge, hat den Ersatz vorgeschrieben.

Patienten, die in den Bereich der eben beschriebenen Symptomatik fallen, werden uns gewiß nicht allzu selten als Hysterien oder Zwangsneurosen geschickt, und wir haben öfters vergeblich versucht, sie mit unserer Technik zu erreichen. So wie diese Patienten nicht zwischen konkret und abstrakt zu unterscheiden vermögen, kann auch die Beziehung zum Analytiker nicht als Übertragung erlebt und einsichtig gemacht werden. Der Analytiker *ist* Vater und Mutter, und der Patient will auf diese konkrete Beziehung nicht verzichten. Allerdings darf ich darauf hinweisen, daß gelegentlich auch von einem schwachen oder defekten Ich gesprochen wird, wenn es dadurch zu einer chaotischen Situation in der Analyse gekommen ist, daß der Analytiker die Konflikte nicht genügend scharf zu sehen vermochte und sie dem Patienten nicht mit unmittelbaren, aus seinem Leben stammenden Worten deutlich machen konnte.

Es ist darum auch wichtig, daß wir uns vergegenwärtigen, wie der Patient außerhalb der Analyse mit der Arbeit und mit seinen Beziehungspersonen fertig wird, und darüber nachdenken, was wir, gemessen an seinen Lebensumständen, seinem Alter und seiner Begabung, als normale Ich-Funktionen betrachten würden.

(Anschrift der Verf.: Dr. med. Margarete Mitscherlich-Nielsen, Heidelberg, Max-Reger-Str. 10.)