

Wolfgang Mertens

Szene und szenisches Verstehen

Wo Übertragung und Gegenübertragung sich verweben*

ZUSAMMENFASSUNG: Das »szenische Verstehen« nimmt seit den Arbeiten von Hermann Argelander (1966, 1968) und Alfred Lorenzer (1970) einen festen Platz in der Theorie der psychoanalytischen Behandlung ein. Diese Form des Verstehens bildete eine wichtige Erweiterung des Umgangs mit Übertragung und Gegenübertragung sowohl im Erstinterview als auch im Verlauf eines analytischen Prozesses. Szenisches Verstehen zielt auf verdrängte und/oder nur unzureichend symbolisierte unbewusste Prozesse, die zur Entstehung spezifischer Leidenszustände eines Menschen geführt haben und sich auch noch in der Gegenwart in Phantasien und Erwartungen äußern. Mittels Übertragung kommen sie sprachlich wie nichtsprachlich zum Ausdruck. Die jeweilige aktuelle Beziehung zum Analytiker wird dabei als »Szene« oder »Situation« zum Ausgangspunkt des szenischen Verstehens. Seit der intersubjektiven und relationalen Wende scheint das szenische Verstehen aber entweder selbstverständlich geworden zu sein, durch Konzepte angloamerikanischer Autoren an den Rand gedrängt oder theoretisch eingemeindet worden zu sein. Der Beitrag skizziert, wie das szenische Verstehen weiterhin einen zentralen Stellenwert im analytischen Prozess des Zuhörens einnehmen und mit anderen Konzepten verbunden werden kann. Dazu werden anhand einer Szene in einem Erstinterview einige intersubjektive Komponenten des szenischen Verstehens betrachtet, die für das weitere szenische Geschehen sensibilisieren können.

SCHLÜSSELWÖRTER: Agieren; integratives Gedächtnismodell; Enactment; Szene; szenisches Verstehen

CITE AS: Mertens, W. (2023): Szene und szenisches Verstehen. Wo Übertragung und Gegenübertragung sich verweben. *Psyche – Z Psychoanal* 77 (9/10), 824–848. DOI 10.21706/ps-77-9-824

* Bei der Redaktion eingegangen am 30.11.2022.

Übertragung und szenisches Verstehen

In welchem Zusammenhang stehen Übertragung und Gegenübertragung zum szenischen Verstehen? Ist das »kleine Einmaleins psychoanalytischer Methodik« nicht bereits völlig ausreichend? Erübrigt somit das »Erspüren der Gegenübertragung« die Erkenntnishaltung des szenischen Verstehens?

Um dies noch genauer zu klären, gilt es zunächst einen Blick in die innere Architektur von Übertragungen zu werfen. Lange Zeit wurde angenommen, dass sich all die Vorgänge von Übertragung und Gegenübertragung in einem verbalen Dialog äußern, entsprechend der Auffassung Freuds, dass die Analyse eine Sprechkur sei, in der nichts anderes als der Austausch von Worten geschehe. Allerdings wies Freud schon darauf hin, dass bei einer feindseligen oder überstarken Übertragung, »das Erinnern dem Agieren den Platz ab[tritt]« (1914g, S. 131). Und als ein oft zitiertes Beispiel dafür, dass ein Patient überhaupt nichts von dem Vergessenen und Verdrängten erinnert, sondern es agiert, schrieb er:

»Der Analysierte erzählt nicht, er erinnere sich, dass er trotzig und ungläubig gegen die Autorität der Eltern gewesen sei, sondern er benimmt sich in solcher Weise gegen den Arzt. Er erinnert nicht, dass er in seiner infantilen Sexualforschung rat- und hilflos stecken geblieben ist, sondern er bringt einen Haufen verworrener Träume und Einfälle vor, jammert, dass ihm nichts gelinge, und stellt es als sein Schicksal hin, niemals eine Unternehmung zu Ende zu führen« (S. 129).

Damit wurde deutlich, dass sich mittels des Sprechens, aber auch des Schweigens eine trotzig Haltung manifestieren kann, dass mit dem Sprechen offensichtlich auch affektive Regungen und Verhaltensimpulse einhergehen und dass es – neben dem lexikalisch-semantischen Inhalt – eine wichtige Mitteilung enthalten kann.

Sprechen und Verhalten bildeten also schon für Freud keinen Gegensatz, wengleich das Agieren zunächst noch als ein Unwillen, sich zu erinnern, im weitesten Sinne als ein Widerstand betrachtet wurde.

Diese Einschätzung veränderte sich aber schrittweise ab den 1980er Jahren, als sich in der Psychoanalyse immer stärker die Erkenntnis von zwei Gedächtnissystemen durchsetzte: Inhalte des nichtdeklarativen Gedächtnisses, die früh im Leben entstandene Beziehungseindrücke und -muster aufweisen, können nicht willentlich erinnert und sprachlich als erfahrbare Wünsche und Gefühle reflexiv bewusstseinszugänglich werden (Mertens 2010). Die Auffassung, es gehe bei den Inhalten von Verleugnungen und Verdrängungen um prinzipiell erinnerungsfähige Inhalte, die lediglich aus Schuld- und Schamgefühlen sowie anderen selbstwertdienlichen Motiven unterdrückt und verschwiegen würden, wich somit der folgenden Erkenntnis: Es handelt sich dabei zunächst um implizit enkodierte Erfahrungsnachwirkungen aus dem nichtdeklarativen Gedächtnis, die oftmals keine Gelegenheit hatten, sich mit sprachlich zugänglichen Erinnerungen aus dem deklarativen Gedächtnis zu verbinden, so dass sie niemals bewusst werden, sich deshalb auch im späteren Leben überwiegend nur in Handlungen – und somit auch in Übertragungen – äußern können.

Aber schon Freud wusste, dass Erinnerungsvorgänge einen partiellen Konstruktionsprozess aufgrund neu hinzukommender Bedeutungen und Überarbeitungen in Form von Kompromissbildungen und Ersatzhandlungen durchlaufen, anhand deren der ursprüngliche Gedächtniseintrag kontinuierlich umgeschrieben und damit in einen neuen, schrittweise auch sprachlich verfügbaren Bedeutungskontext nachträglich eingebettet wird.

Aus heutiger Sicht kann das früh im Leben Erfahrene deshalb ansatzweise auch »sprechhandelnd« ausgedrückt werden, das allerdings immer noch Spuren der überwiegend implizit enkodierten Form des anfänglichen sensomotorischen Beziehungsverhaltens mit den damit einhergehenden nur mangelhaft regulierten Affekten sowie den entsprechenden Erwartungen und Denkopoperationen eines Kindes aufweist. Bereits im ersten Lebensjahr werden alle kindlichen Äußerungen von mütterlichen prosodischen, musikalischen Lauten begleitet. Visuelle, taktile, motorische Sinnesphänomene eines Kindes verbinden sich mit Klängen und Rhythmen des mütterlichen Sprechens und bilden

eine Matrix für alle späteren geglückten und missglückten Austauschprozesse (Vivona 2019).

Eine implizite Einschreibung im nichtdeklarativen Gedächtnis muss deshalb keineswegs zwangsläufig zur Unmöglichkeit führen, jemals wieder bewusstseinszugänglich und versprachlicht werden zu können, wie es von einigen Forschern in einer Polarisierung dieser beiden Gedächtnissysteme behauptet worden ist. Behandlungstechnisch kann vielmehr von einem integrativen Gedächtnismodell ausgegangen werden, das von der Annahme geleitet ist, dass die bereits früh im nichtdeklarativen Gedächtnis implizit kodierten Beziehungsmuster sich zusammen mit den passiv wie aktiv erfahrenen sprachlichen, episodischen wie autobiographischen Beziehungserfahrungen in Szenen permanent Geltung verschaffen wollen. Das betrifft nicht nur Gesten, Phantasien, Erwartungen und Überzeugungen, sondern auch alle Modi des achtsamen Umgangs mit sich selbst und anderen, die Verfügung über Emotionen, die Bereitschaft, sie zu kommunizieren und andere sogenannte Ich-Funktionen, mit denen sich die diversen Beziehungsmuster ausdrücken. Die Transformation von früh im Leben ausgesendeten, beantworteten und empfangenen Zeichen und Indizes mittels aller Sinneskanäle, die sich als »primäre Repräsentanzen« im Gedächtnis einprägen, bis hin zu voll entwickelten sprachlichen Symbolen ist ein komplexer Prozess, dem die Gegenüberstellung zweier Gedächtnissysteme selbstverständlich nicht gerecht werden kann.

Konzepte aus unterschiedlichen Kulturen stiften Verwirrung

In den letzten Jahren scheint das szenische Verstehen an Bedeutung eingebüßt zu haben, was daran liegen könnte, dass angloamerikanische Konzepte rezipiert wurden, teilweise von deutschen Autoren in leichter Modifizierung übernommen und schließlich manches oftmals mehr oder weniger gleichgesetzt wurde. Ich denke hierbei vor allem an die »Aktualisierung der Übertragungsphtasie«, die »Rollenempfänglichkeit«, die »intra- und interpsychische Rollenbeziehung«, das »handlungsmäßige Inszenieren«, auch »Enactment« genannt, den »Hand-

lungsdialog«, den »interaktionellen Anteil der Übertragung«, das »bewusst agierende Mitgehen in der Übertragung«, die »wechselseitig aufeinander bezogene Behandlung« des analytischen Paares (zur Übersicht siehe z. B. Klüwer 1995; Streeck 2017; Bohleber 2018; Storck 2018). Ergibt es überhaupt noch Sinn, die Vielfalt dieser Begrifflichkeiten zu unterscheiden, oder kommt es bei all diesen Vorgängen letztlich doch immer auf das Erspüren des Szenischen, auf das szenische Verstehen an? Ich denke, dass es vor allem wichtig ist, nicht nur verschiedene Symbolisierungsebenen des Patienten, sondern auch die eigenen Beiträge zum Verständnis des Szenischen zu berücksichtigen. Leider kann die sehr viel komplexere Auffassung von Laplanche über das Unbewusste (z. B. 1999) nur angedeutet werden.

Um diese Betrachtung aber nicht allzu theoretisch werden zu lassen, zunächst einige ganz konkrete Eindrücke und Fragen.

Von offen gelassenen Türen, von Kaffeebechern und Taschen: Szenisches im Erstinterview

Von kasuistisch-technischen Seminaren und Therapieanträgen kennen wir – vor allem im Anschluss an Argelanders Veröffentlichungen zum Erstinterview – die nahezu obligatorische Nennung einer Anfangsszene: So lässt zum Beispiel ein Patient die Tür des Behandlungszimmers beim Hereinkommen immer hinter sich offen; eine Patientin behält ihre Handtasche während des gesamten Erstgesprächs auf ihrem Schoß; ein Patient legt sein Sakko auf den deutlich als solchen erkennbaren Analytikerstuhl; ein Patient betritt mit einem Kaffeebecher das Behandlungszimmer, um während der Stunde mehrfach daraus zu trinken; eine Patientin vergisst immer wieder, vor dem Beginn der Stunde ihr Handy auszuschalten, so dass dieses während der Sitzung klingelt; ein Patient hat nach den Erstgesprächen auf der Couch Platz genommen, streift seine Armbanduhr sowie einen Ring ab und legt beides neben die Couch auf den Boden.

Manchmal wird eine Szene sehr rasch mit der Psychodynamik des Patienten in Zusammenhang gebracht: etwa im Falle des Sich-selbst-

Versorgens mit Kaffee als Manifestation eines »Autarkie- vs. Versorgungs-Konflikts« oder einer Angst vor Abhängigkeit, wenn vergessen wurde, das Handy auszuschalten. Oftmals jedoch verbleibt es bei der Schilderung der anfänglichen Szene, ohne dass im weiteren Text darauf noch einmal Bezug genommen wird. Das hat sicherlich auch damit zu tun, dass es als gewagt erscheint, von diesem individuellen Phänomen unmittelbar auf ein sehr allgemeines klinisches Konzept zu schließen. Zudem tauchen im weiteren Therapieverlauf in der Regel ähnliche und weitere prägnante Szenen auf.

Gleichwohl ist die Frage berechtigt, ob die Anfangsszene, die ja oft nur aus einer winzigen Handlungssequenz besteht, dennoch eine starke Aussagekraft aufweist, mit der sich auf ein zentrales Lebensdrama und dessen missglückte Bewältigungsversuche rückschließen lässt? Enthält diese komprimierte Übertragungsreaktion zumindest in nuce bereits einen wichtigen Schlüssel für das gesamte Drama, so wie in einem Film oftmals im anfänglichen »foreshadowing« bereits ansatzweise das spätere Narrativ zum Ausdruck kommt? Aber kann die Eröffnungsszene nicht auch eine ungeheure Vieldeutigkeit in sich bergen, so wie eine Lebensgeschichte keineswegs ein kohärentes Narrativ von erinnerten, autobiographisch aufeinander folgenden Traumatisierungen und Konflikten, sondern eine überdeterminierte Geschichte mit vielen Mehrdeutigkeiten und immer erneuten Weggabelungen ist? Obwohl in dieser dann doch eine Gestalt in Form einer zentralen Übertragungsphantasie zu erahnen ist.

Eine weitere wichtige Frage taucht auf: Wenn wir die Szene eines Patienten in der analytischen Begegnung lediglich als Ausdruck seiner konflikthafter oder traumatischer Biographie betrachten, verbleiben wir dann nicht in dem, was als »Ein-Personen-Psychologie« kritisiert wurde? Gerade die so häufig und eindrucksvoll beschriebenen Szenen, die in der ersten Begegnung mit einem Analytiker im Rahmen eines Erstinterviews auftreten, scheinen doch noch völlig unbeeinflusst von seiner Person zu sein. Aber ist dem wirklich so?

Inwieweit trägt allein schon die spezifische Erstinterview-Situation zu der vom Patienten gestalteten Szene bei: Welcher Situation liefert

man sich als Patient auf der vom Analytiker bereitgestellten Bühne aus, wenn man einem fremden Menschen von der eigenen inneren Not erzählen soll? Muss man sich da nicht ganz konkret eine Ausweichmöglichkeit schaffen, indem man etwa die Behandlungstür offenlässt? Oder: Wie kann man sein Innerstes, seine Weiblichkeit schützen, wenn man einem Mann, den man nicht kennt, eine Stunde lang gegenüber sitzt? Oder: Wie kann man es anstellen, dass die große Bedürftigkeit und zugleich das Misstrauen, ob ein anderer Mensch jemals dazu bereit wäre, von sich aus etwas zu geben, nicht allzu schnell erkannt wird? Indem man von vornherein signalisiert, dass man sich selbst mit Kaffee versorgen kann und nichts von seinem Gegenüber benötigt?

Ein Patient erzählt, dass er anlässlich einer ähnlichen Begebenheit von seiner früheren Therapeutin gefragt worden sei, ob ihn seine Mutter gestillt habe, was er als ziemlich überraschend und im Nachhinein als überhaupt nicht angemessen empfunden habe. Zu Recht macht er damit auf ein Phänomen aufmerksam, das sich bei manchen Therapeuten einstellen kann, wenn sie über ihren eigenen möglichen Beitrag zu dieser Szene nicht nachzudenken bereit sind und in einer sehr einfachen Vorstellung, auf lebensgeschichtlich Tatsächliches unmittelbar schließen zu können, gefangen sind.

Sollte man darauf verzichten, diese Inszenierungen überhaupt anzusprechen? Manche Therapeuten belassen es bei einem Schmunzeln, andere bemerken es kaum oder finden es ganz natürlich und wiederum andere bekommen Schuldgefühle, weil sie von Kollegen gehört haben, dass sie in ihrem Praxisraum zum Beispiel immer eine Karaffe mit Wasser auf dem Tisch stehen haben, für ihre Patienten Taschentücher bereitlegen und anderes mehr.

Manche Therapeuten, die viel Verständnis dafür aufbringen, wie belastend die Erstinterview-Situation und natürlich auch die anschließende Therapie für das Selbstwertgefühl eines Patienten sein können, versuchen ihren eigenen Beitrag zu den anfänglichen Szenen zu reflektieren. Hat möglicherweise das große imponierende Praxisschild mit diversen Berufsbezeichnungen an der Haustür unbewusst den Impuls bei dem Patienten ausgelöst, beim zweiten Vorgespräch sein Sakko auf

den Analytikerstuhl zu legen? Wollte er damit ebenfalls sein Revier markieren oder seinen Analytiker von Anfang an darauf aufmerksam machen, mit welchen Rivalitäts- und Machtkämpfen er mit ihm zu rechnen habe? Oder wäre darin der unbewusste Wunsch zu erblicken, dem idealisierten Analytiker möglichst nahe zu kommen und an seiner beruflichen Kompetenz teilhaben zu wollen?

Ist es aber nicht maßlos übertrieben, einzelne Charakteristika der Therapie-Bühne, auf der die Inszenierungen stattfinden, so pointiert zu beachten und zu reflektieren? Die Persönlichkeit des Analytikers, zu der auch äußere Attribute wie etwa die Ausstattung des Warteraums und selbstverständlich auch des Behandlungszimmers mit all seinem Interieur gehören, können aber durchaus eine Auswirkung auf die Gestaltung einer anfänglichen Szene haben. So kennen viele Analytiker Äußerungen von Kollegen aus der Vergangenheit, wie sie es erlebt haben und welche Phantasien es in ihnen ausgelöst hat, wenn sie mit Privaträumen ihres Analytikers konfrontiert wurden, sofern – wie es früher nicht selten üblich war – die Praxis in der Wohnung untergebracht war und sie etwa eine Toilette in dem einzigen Bad der Wohnung benutzen mussten, in dem die Schminkutensilien der Therapeutin lagen. Oder sich im Warte- und Praxisraum mit meterlangen Bücherregalen anfreunden mussten, die offensichtlich Gelehrsamkeit dokumentieren sollten.

Gibt es somit nicht überzeugende Belege dafür, dass Setting und bestimmte Vorlieben sowie Persönlichkeitsattribute bereits vor dem eigentlichen Kennenlernen zu der vom Patienten gestalteten Szene beitragen?

Wie nehmen Patienten ihre Therapeuten wahr?

Sobald man die Sichtweise einer gelegentlich noch Geltung beanspruchenden »Ein-Personen-Psychologie« relativiert, taucht deshalb die Frage auf, ob denn nun auch Patienten ihre Therapeuten wahrnehmen, sie differenziert einschätzen und entsprechendes Vertrauen zu ihnen entwickeln können?

Es ist in Teilen der psychoanalytischen Literatur, in kasuistisch-technischen Seminaren und anderen Fallvorstellungen sowie in öffentlich publizierten Vignetten auffallend, dass zwar minutiös die Eindrücke über den Patienten von seinem äußeren Erscheinungsbild, seiner Kleidung, seinem Auftreten angefangen über seine expliziten und impliziten Mitteilungen bis hin zu nonverbalen Phänomenen beschrieben werden, dass aber so gut wie keine Mutmaßungen über die Eindrücke des Patienten seinen Psychoanalytiker betreffend Thema werden. Seit längerem ist aber bekannt, dass Patienten nicht nur formale Erkundigungen im Internet einholen, sich aber mit diesen Äußerlichkeiten keineswegs zufriedengeben. Die oftmals viel bedeutsameren Wahrnehmungen fangen zwar ebenfalls mit der äußeren Erscheinung an, mit der Stimme auf dem Anrufbeantworter oder mit der Art, wie erste Terminvereinbarungen getroffen werden, erstrecken sich dann aber von Aussehen, Alter, Geschlecht und Kleidung über gut erkennbare Verhaltens- und Persönlichkeitsmerkmale bis hin zu nur am Rande des Bewusstseins wahrgenommenen Charakteristika der verbalen und nonverbalen Mitteilungen des Therapeuten, die für die Beziehung zu ihm von Bedeutung sein könnten. Viele Fragen können hierbei einen Patienten beschäftigen.

Aber bewegen sich diese interaktionellen und relationalen Phänomene, die zur Gestaltung einer Szene beitragen können, letztlich nicht doch alle auf einer eher sozialpsychologisch bewusstseinsmäßigen Oberfläche, die die psychische Realität, die stets von Phantasien und Übertragungen gefärbte Wahrnehmung eines Patienten ausklammert? Nehmen wir die Bücherregale als Beispiel, so können sie bei jedem Patienten ganz unterschiedliche Reaktionen hervorrufen: so etwa Erinnerungen an die anheimelnde Bibliothek des Großvaters, in der immer wieder spannende Erzählungen stattfanden; an die einschüchternde Bücherwand des Schuldirektors, zu dem man wegen eines gefürchteten Verweises von der Schule gerufen wurde; an die vielen Bücher in den Bibliothekssälen, in denen man lange einsame Nachmittage verbrachte und ab und zu das Lächeln einer Kommilitonin zu erhaschen suchte. Mit anderen Worten: Es geht bei der Betrachtung der Bühne, auf der

sich eine einzelne oder mehrere Szenen abspielen, nicht nur um das pure Faktum oder das sozialpsychologisch beobachtbare Arrangement; vielmehr gilt es, die psychische Realität der Akteure mit einzubeziehen.

Zurück zum Beispiel der Patientin mit ihrer Tasche auf dem Schoß: Ist ihr das Ungewöhnliche ihres Verhaltens überhaupt bewusst? Danach gefragt, würde sie vermutlich eine durchaus plausible Rechtfertigung vorbringen können. Auf jeden Fall hat der Therapeut diese Inszenierung nicht unpsychoanalytisch unterbunden, indem er etwa seiner Patientin den Hinweis gab, dass sie ihre Tasche ohne Sorge im Wartezimmer abstellen könne. Nein, er betrachtet diese Szene sogar als wertvoll. Denn dieses Phänomen birgt eine ganze Anzahl von Erwartungen, Hoffnungen und vor allem auch Befürchtungen, die sich in diesem Augenblick zwischen der Patientin anhand ihrer psychischen Gesten und ihm abspielen. Wie werden die konkrete Person des Therapeuten und die erwartete, ersehnte, aber gleichzeitig auch befürchtete emotionale Reaktion in der Phantasiewelt der Patientin miteinander verwoben, welche durchaus unterschiedlichen Erwartungen bekommt er damit bewusst und vorbewusst bereits angetragen? Und wie wird er damit umgehen? Die Antworten auf diese Fragen ermöglichen ein Verständnis des szenischen Verstehens.

Szenisches Verstehen

Szenisches Verstehen ist mehr als ein empathisches, probierhalber vorgenommenes Eintauchen in die Erlebniswelt des Patienten, mehr als eine »stellvertretende Introspektion« im Sinne von Kohut, selbst wenn diese mehr oder weniger alle Anmutungen, Überlegungen und Deutungsentwürfe begleitet und sich selbstverständlich nur als »embodied« begreifen lässt.

»Empathie erleben wir nur im leiblichen Kontakt mit anderen, in der ›Zwischenleiblichkeit‹. [...] Und wir verstehen andere nicht erst durch eine ›Theorie des Geistes‹ (Theory of mind), wie die gegenwärtige Entwicklungspsychologie annimmt, sondern bereits intuitiv anhand ihres

leiblichen Ausdrucks, ihrer Gesten und ihres Verhaltens. Bereits wenige Wochen nach der Geburt erkennen Babys die emotionalen Äußerungen der Mutter oder des Vaters, nämlich indem sie deren Melodik, Rhythmik und Dynamik in ihrem eigenen Leib mitvollziehen und mitspüren. Theorien über das Innenleben anderer müssen sich nur autistische Menschen bilden, weil ihnen diese soziale Intuition, gewissermaßen die Musikalität für die Resonanzen der Zwischenleiblichkeit, von Geburt an fehlt« (Fuchs 2020, S. 13).

Szenisches Verstehen geht aber noch einen Schritt weiter, indem es sich nicht nur von dem Intrapyschischen eines Gegenübers »zwischenleiblich« berühren lässt, sondern das Intersubjektive und das Interpsychische zum Ausgangspunkt des Spürens, Begreifens und Nachdenkens macht.

Unvergessen bleiben die Sätze von Alfred Lorenzer (1983, S. 113), in denen er ausführte, dass das Unbewusste nur verstanden werden kann, weil das »Es«, entstanden aus szenischen Beziehungsformeln, sich »über das Verstehen hinaus entschleiern« lässt:

»Gehen wir von dem eben erwähnten Sachverhalt aus, daß das, worauf der Analytiker unablässig blickt, das ›Verhältnis des Patienten zum Analytiker‹ ist und daß sich in diesem Verhältnis die Szenen der Realität draußen und die Szenen der Vergangenheit unablässig spiegeln. Der Analytiker ist niemals ›außerhalb‹ der Erzählungen des Patienten. Nicht weniger entscheidend kommt hinzu, daß dieses Verhältnis vom Psychoanalytiker *real* eingenommen wird. Der Analytiker steht nicht in beschaulicher Distanz zum Patienten, um sich – wie aus einer Theaterloge – dessen Drama anzusehen. Er muß sich aufs Spiel mit dem Patienten einlassen, und das heißt, er muß selbst die Bühne betreten. Er nimmt *real* am Spiel teil. Dieser Sachverhalt hat aber eine entscheidende Konsequenz: Das Verhältnis des Analytikers zum Analysanden wird nicht vom Verstehen her über eine distanzierte Analyse des Mitteilungstextes begründet, sondern umgekehrt gründet das Verstehen vor und unterhalb von allen Verstehensprozessen selbst auf der lebenspraktisch unmittelbaren Teilnahme des Analytikers

am Spiel des Patienten. Das analytische Verstehen ist deshalb genau gesehen keine Textanalyse, sondern Artikulation des eigenen Verhältnisses zum (Mitteilungs-)Text des Patienten. Nicht das Verstehen bildet das Zusammenspiel, sondern die Wirklichkeit des szenischen Zusammenspiels konstituiert das Verstehen« (ebd.).

Klinisches Beispiel

Wie dieses »szenische Zusammenspiel« sich in den allerersten Momenten eines Erstinterviews zu entfalten beginnt, soll das folgende Beispiel verdeutlichen.

Ich hole eine gutaussehende, ziemlich große, schlanke, mit einem anthrazitfarbigen Hosenkostüm bekleidete ca. 40-jährige Frau aus dem Wartezimmer ab. Sie geht mit festem, fast stürmischem Schritt, als sei sie in großer Eile und Ungeduld, auf den von mir mit einer Handbewegung gezeigten Sessel zu. Nachdem sie sich gesetzt hat, stellt sie ihre mitgebrachte Handtasche zunächst auf den Boden neben den Sessel, nimmt sie dann aber wieder hoch, öffnet sie, hält mir ihre Versichertenkarte entgegen, verbunden mit der für mich überraschenden Frage und mit einer hart klingenden Stimme, ob ich sie sehen wolle. »Nein«, antworte ich etwas schroff, über ihre abrupte und heftige Bewegung und Frage ziemlich erstaunt, »später, das hat Zeit. Erst einmal erzählen Sie, was Sie zu mir führt.« Sie steckt die Karte zurück in ihre Handtasche, schließt sie wieder, behält sie jetzt aber auf ihrem Schoß.

Ich bin angesichts ihrer Frage und ihres Verhaltens verwundert, und einige Gefühle und Gedanken tauchen in mir auf. Will sie mit ihrer Frage, die ziemlich förmlich klingt und keine einladende Intonation aufweist, von Anfang an Distanz schaffen? Will sie den Prozess des Sich-Kennenlernens mit einem unpersönlichen Akt beginnen lassen, um damit die Situation als eine eher geschäftliche Beziehung zu deklarieren? Weist ihr Verhalten etwas Unterwürfiges auf? Es entsteht auch der Eindruck, als habe sie mit sich selbst keine Geduld, sei getrieben von Ansprüchen, »möglich rasch weiterzukommen«. Ihre auf mich zielende Handbewegung hat mich irritiert, irgendwie bin ich enttäuscht, fühle mich vor allem durch ihre unmelodische Stimme

zurückgewiesen und ihr zunächst anziehendes Äußeres verliert für mich in diesem Moment an Bedeutung.

Offensichtlich kann ich mit diesen Überlegungen zunächst aber nicht ganz der Versuchung widerstehen, mittels abstrakter Konzepte diese ersten Eindrücke zu vermessen. Es scheint mir damit gelungen zu sein, ein Instrument zwischen meine Patientin und mich zu schieben, um zu versuchen, meiner entstehenden Angst Herr zu werden. Sie ist blitzschnell zu meinem »Erkenntnisobjekt« geworden, das meinen sezierenden Sinnen ausgesetzt ist, wobei ich in einer naturwissenschaftlichen Haltung meine »persönliche Gleichung« offenbar für einen Moment unterdrücken kann. Im Sinne des szenischen Verstehens ist diese Einstellung oder Suchhaltung aber eher kontraproduktiv, denn sie verhindert in diesem Augenblick nachgerade das Spüren meiner leiblichen Korrespondenz mit den körperlich sinnlichen Eindrücken und Ausstrahlungen der Patientin.

Von den verschiedenen theoretischen Möglichkeiten, die dieses Arrangement nun bedeuten kann, wie zum Beispiel Distanz zu mir zu schaffen, sich der eigenen Identität zu vergewissern, die in der Handtasche scheinbar aufbewahrt ist, möglichst rasch die Therapie zu beginnen und sie dann vermutlich auch bald wieder abschließen zu wollen, das eigene Genitale vor Blicken zu schützen, kann ohnehin zunächst immer nur eine überzeugend sein. Aber wie spürt ein Therapeut die für die Patientin passende Bedeutung dieser Szene, ohne vorab unpassende theoretische Schlussfolgerungen vorzunehmen?

In diesem Fall stellen sich nun bei mir ohne jegliches weitere Nachdenken spontan folgende Erinnerungen ein: Ich hatte plötzlich den Schulkorridor meiner Gymnasialzeit vor Augen, auf dem sich die Schüler in Reih und Glied vor dem Klassenzimmer aufstellen mussten, bis ein Lehrer kam und das Zimmer aufschloss. Der Klassensprecher, etwas älter und ziemlich von sich eingenommen, betrachtete es als seine Aufgabe, die wartenden Schüler im Zaum zu halten. Er griff einigen Mitschülern an die Hoden, die dann ihrerseits anderen Jungs an die Hoden griffen, wobei ich den Eindruck hatte, dass sie sich mit einer Art Angstlust diesem Treiben hingaben und vor Vergnügen johlten, während ich eher angewidert versuchte, den von mir als rabiat empfundenen Mitschülern auszuweichen.

War diese sich spontan einstellende Erinnerung, ausgelöst durch die Wahrnehmung der Patientin und ihrer Tasche, bereits ausreichend, um ein für mich stimmiges Verständnis für die momentanen Konflikte und Ängste meiner Patientin gewinnen zu können? War die empfundene Analogie dieser auf den ersten Blick doch sehr unterschiedlichen Phänomene wirklich gerechtfertigt? In dem geschilderten Beispiel war es wichtig, dass sich nicht nur die Erinnerungen an die für mich Ärger auslösenden und abstoßenden Erfahrungen auf dem Schulkorridor einstellten, sondern dass ich es auch zulassen konnte, in diesen Momenten mein Körpererleben annäherungsweise so intensiv wahrzunehmen, wie ich es vermutlich damals als Schulkind erfahren hatte.

In der theoretischen Sprache der Behandlungstechnik ausgedrückt konnte ich es zulassen, zu regredieren und von logischen Argumenten und diagnostischen Erwägungen in sekundärprozesshafter Logik weitgehend Abstand zu nehmen. Aber dies war selbstverständlich keine bewusste Vornahme, sondern ein Geschehen, das sich als »primäre Intersubjektivität« auffassen lässt. Es läuft auf einer nicht-sprachlich symbolischen Ebene ab und beruht auf der Fähigkeit, verschiedene Ausdrucksphänomene bei einem anderen Menschen unbewusst wahrzunehmen und darauf zu reagieren. Bereits Freud hatte davon gesprochen, »daß jeder Mensch in seinem eigenen Unbewußten ein Instrument besitzt, mit dem er die Äußerungen des Unbewußten beim anderen zu deuten vermag« (1913i, S. 445), und seine Methodik der freien Assoziation und der gleichschwebenden Aufmerksamkeit darauf gegründet.

Einem Laien könnte nun die analoghafte Gleichsetzung derartiger Erfahrungszustände als eine abstrus anmutende Parallele erscheinen. Was hat die Tasche der Patientin auf ihrem Schoß mit den Erinnerungen an das Jahrzehnte zurückliegende psychosexuelle Agieren pubertierender Jugendlicher und den dadurch ausgelösten Ängsten sowie möglicherweise abgewehrten Wünschen des Therapeuten zu tun? Lässt sich hier eine Kausalität aufgrund des gesunden Menschenverstands annehmen?

Für die Theoretiker des szenischen Verstehens, Hermann Argelander und Alfred Lorenzer, war es zentral wichtig, bei der Wahrnehmung des szenischen Verstehens von einem Wechsel der Perspektiven, des Verstehens-

horizonts, auszugehen und somit das alltägliche Verstehen, aber auch die im Verlauf einer Ausbildung erworbenen Diagnostiksysteme und Krankheitskonzepte zu überschreiten und hinter sich zu lassen. Denn der an den Kategorien der Erwachsenenlogik orientierte Wahrnehmungs- und Denkmodus ist für das szenische Verstehen nicht angemessen, sondern einzig der kindliche Modus der Welterfassung. Dieser lässt sich je nach theoretischem Bezugsrahmen etwa als Primärvorgang mit seinen Merkmalen der Verdichtung und Verschiebung im Sinne von Freud, als präoperationale Logik im Sinne von Piaget, als prämentalisierende Denkweisen im Sinne von Fonagy, Target und Allen oder als Analogiedenken im Sinne von klassischen philosophischen Auffassungen beschreiben. Er lässt sich aber auch als ein Zurückschreiten auf einer symbolischen Stufenleiter, gleichsam als semiotische Regression auffassen: von narrativ organisierten sprachlichen Symbolen über Bilder zu Indizes, die bereits auf Zusammenhänge hinweisen, bis hinab zu den Zeichen, die lediglich als körperlich seelische Erregungszustände wahrgenommen werden können. Diese wirken auf den Organismus ein, auf muskuloskelettale Strukturen und auf endokrine und hormonelle Vorgänge im Körper. Die Eigenwahrnehmung dieser körperlich kinästhetischen Prozesse kann eine größere Empfänglichkeit für entsprechende Erinnerungen erzeugen (z. B. Freedman 1985; Leikert 2011; Scharff 2010).

Nun könnte aber folgende Frage auftauchen: Verschiedene psychoanalytische Richtungen betonen doch unterschiedliche Schwerpunkte des maßgeblichen kindlichen Erlebens: so etwa die Sichtweise Freuds und der Post-Freudianer das unbewusste Trieb- und Konfliktgeschehen, die ichpsychologische die kognitiv-emotionalen Entwicklungsetappen, die selbstpsychologische die Konsolidierung des Selbsterlebens oder post-bionianische Perspektiven sowie französische Autoren die Zentrierung auf Symbolisierungsniveaus u. a. m.

Aber nicht nur wegen der auf den ersten Blick verwirrenden Vielzahl pluraler Theoriediskurse, sondern wegen der Herausstellung der genuin psychoanalytischen Methode des szenischen Verstehens ist immer wieder nachdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieses zunächst bar jeglicher theoretischer Hintergrundfolien abläuft, ja sich nachgerade dadurch charakterisieren lässt, dass es die alltäglich vertrauten Erklärungsmodi etwa in

Form eines syllogistischen Schlussverfahrens, bei dem auf bekannte Konzepte zurückgegriffen wird, suspendieren muss. Wie bei Argelander, so auch bei Lorenzer geschehen diese versuchsweisen theoretischen Überlegungen immer erst in einem zweiten Schritt (Laimböck 2013, 2015; Reinke 2017).

Zur Theoriesprache der Behandlungstechnik zurückkehrend, lautet nun die Frage, welche diagnostische Relevanz diese szenische Information tatsächlich haben kann, die sich in den ersten Momenten der »leiblichen« Interaktion der Patientin mit mir bereits vermuten lässt? Und dienen meine im Hintergrund bereits lauenden Gedanken möglicherweise meiner Beruhigung vor dem Ängstigenden dieser ersten Begegnung?

Denn verschiedene weitere Gedanken kamen mir doch noch unmittelbar in den Sinn: Warum lässt die Patientin ihre Handtasche auf ihrem Schoß? Verkörpert für sie die Tasche ein weibliches Attribut, ein weibliches Genitale? Bleibt sie damit dem mütterlichen Körper nahe? Gleichsam wie in einer Dualunion von Mutter und Tochter in einer für sie gefährlichen Annäherung an einen Mann? Den sie sich aber dennoch in der Wahl eines männlichen Therapeuten bewusst ausgesucht hat. Möglicherweise auch wegen einer Enttäuschung durch ihre Mutter, von der sie sich anlässlich ihrer Wahrnehmung und Verarbeitung der Urszene mit wenig mütterlicher Einfühlung brüsk weggeschickt fühlte?

Auch wenn sich meine Erinnerungen an die Vorgänge im Schulkorridor einem idiosynkratischen Erleben verdanken, so hatte ich mit meiner Patientin bereits meine »Theaterloge« verlassen und selbst die psychoanalytische Bühne als Mitspieler betreten. Denn möglicherweise hatte sie bereits bei ihrem ersten In-Erscheinung-Treten, bei ihrer ersten Aktualisierung einer Übertragungsphantasie meine Reaktion unbewusst registriert. An meinem leicht verblüfften und erschrockenen Gesichtsausdruck und an der Prosodie meiner Stimme hatte sie vielleicht bereits erkannt, dass sie Männer durchaus einschüchtern und kontrollieren kann.

Es gab auch noch eine zweite Erinnerung, die wohl eher vorbewusst bei mir ausgelöst worden war und die mir erst in der nachträglichen Reflexion einige Stunden später einfiel. Die tendenziell ungeduldige, herrische und lieblose Art der Patientin im Umgang mit sich selbst, aber auch mit mir, erinnerte mich an einen Aufenthalt in einem Nordsee-Ferienheim, in das zur

damaligen Zeit Kinder von ihren Eltern für drei bis vier Wochen »verschickt« wurden, vordergründig wegen des gesunden Klimas, aber tatsächlich, weil in den Köpfen der Eltern häufig noch preußische und nationalsozialistische Erziehungsideale wirkmächtig waren. Oftmals war dieses Abschieben dem Wunsch von Eltern geschuldet, endlich einmal von ihren Kindern in Ruhe gelassen zu werden. In den Heimen wurde zumeist eine sehr strenge Disziplin seitens der Erzieherinnen gepflegt. So durfte zum Beispiel kein Kind während der Nacht eine Toilette aufsuchen; geschah dies dennoch, folgte eine strenge Bestrafung und Beschämung. Ein ungeheurer Zorn und eine ohnmächtige Wut waren die Folge, die aber zumeist mit hilflosem Weinen abgewehrt wurden. Und natürlich mischten sich in dieses Erleben zusätzlich noch ein überwältigendes Heimweh und eine tiefe Angst, die Liebe der Eltern für immer verloren zu haben. Die »preußisch« strenge Art meiner Patientin, ihr übermäßig korrektes und implizit forderndes Auftreten hatten bei mir diese Kindheitserinnerung mit den damit einhergehenden Ängsten, sich selbst stark kontrollieren zu müssen, offensichtlich ausgelöst.

Aber das Zulassenkönnen dieser Erinnerungen machte mich auch sensibel für sehr ähnliche Ängste, die diese Patientin in ihrer Kindheit erlebt hatte, mit der sie im späteren Verlauf ihres Lebens aber mit einem sehr forschenden Auftreten kontraphobisch umzugehen gelernt und es beruflich damit durchaus zu einer beträchtlichen Karriere gebracht hatte.

Es verwundert deshalb auch nicht, dass unsere Therapie recht bald von diesen Inhalten handelte: von ihren Schwierigkeiten in Männerbeziehungen, die nach einer Zeit des Verliebtseins bald wieder scheiterten, von der großen Enttäuschung über beide Eltern, die sie offen verachtete und in späteren Abschnitten der Analyse insbesondere das Gekränktsein, von der eigenen Mutter verlassen worden zu sein, um mit einem Mann – aus der Sicht des kleinen Mädchens – ungestört sexuelle Lust erleben zu können, eine aus der Wut erfolgte unbewusste Identifizierung mit dem Männlichen. Dieses übte als Verkörperung des als lustvoll phantasierten Begehrtwerdens lediglich aufgrund eines anderen Körperteils eine mächtige Anziehung aus, was in verschiedenen lebensalterspezifischen Phantasien zum Ausdruck kam und ihr späteres berufliches wie privates Leben bestimmte. Denn es konnte nicht ausbleiben, dass die sehr widersprüchlich und konfliktreich erlebte Identifi-

zierungsliebe für ihren Vater und seine Anatomie neben der neidvollen Bewunderung vor allem Entwertung und im sexuellen Bereich Ekel auslöste und somit auch ein lustvolles sexuelles Zusammensein mit Männern erschwerte oder gar verunmöglichte.

Bereits die Anfangsszene im Erstinterview eröffnete das Drama zwischen mir und meiner Patientin. Und natürlich war es mir im Verlauf der Behandlung keineswegs immer sofort möglich, meine zunächst ohne bewusste Reflexion erfolgenden Beiträge zu diesen Szenen, meine eigenen »Enactments« zu reflektieren. Immer wieder versuchte ich, darüber nachzudenken, für welche angesonnenen Rollen seitens der Patientin ich besonders empfänglich blieb und woraus meine Kompromissbildungen bestanden, wenn ich etwa zu schnell mit ihr in einen Handlungsdialog verfiel, in dem ich zum Beispiel auf ihre herrisch fordernde Art mit absichtlicher Zurückhaltung oder mit entsprechenden Deutungen reagierte, die keineswegs immer taktvoll und empathisch waren.

Obleich die körperlichen Sensationen, Bilder und Erinnerungen mich für das zu erwartende Drama sensibilisierten, so waren sie beileibe noch nicht der Endpunkt des szenischen Verstehens, sofern es diesen überhaupt jemals geben kann. Denn die eigentliche Arbeit dieser Verstehensform muss vor allem den unbewussten Verschiebungen und Verdichtungen nachspüren.

Ich lernte bei dieser Patientin, wie sehr sie und ich zwar zwei getrennte Individuen mit ihrer je eigenen intrapsychischen Welt waren, dass aber aufgrund meiner Teilnahme und Bereitschaft, den mir in der unbewussten Kommunikation angetragenen Erwartungen nachzusinnen, ein intensives zwischenmenschliches Geschehen ablief, bei dem die verschiedenen Einflussphasen vorübergehend gar nicht mehr voneinander zu trennen waren. Gerade deshalb war es aber so wichtig, immer wieder darüber nachzudenken, wie meine gelegentlich unbedachten Äußerungen sowie expliziten Deutungen von ihr aufgenommen wurden, was sie aus ihnen herausgehört hatte und wie nun wiederum ihre Antworten und Erzählungen offene oder verdeckte Anspielungen auf meine Person enthielten. Freilich wurde uns auf unterschiedliche Weise immer nur ein Teil der unbewusst kommunizierten Botschaften und gelegentlich agierten Handlungen mittels des Sprechens bewusst.

Und schließlich taucht noch eine grundsätzliche Frage auf: Bleibt diese Betrachtungsweise letztlich nur ein vorbewusster, bindungstheoretisch orientierter und psychotherapeutischer Überbau über unbewusste Abläufe, zu denen es keinen szenisch verstehenden Zugang geben kann?

Schlussbetrachtungen

Die einzigartige Chance zum freien Assoziieren eröffnet in einer analytischen Therapie die Möglichkeit, die Dramen der Kindheit und Jugendzeit zu aktualisieren, aber auch, je nach dem therapeutischen Gegenüber, neu zu interpretieren. Das aufgrund der Autonomie menschlicher Phantasietätigkeit sowohl im nächtlichen Träumen wie auch im Tagträumen stattfindende unaufhörliche Verbinden aller Sinneswahrnehmungen, Gefühle und Vorstellungen aus allen Gedächtnisregistern mitsamt den Spuren vergangener Beziehungserfahrungen und individuell gebildeter Phantasien – mögen diese auch noch so bruchstückhaft sein – bildet die Grundlage für die in einer Therapie stattfindenden Inszenierungen.

Mit dem Beginn einer Therapie lösen die Erwartungen an die zukünftige Beziehung mit dem Therapeuten zentrale Phantasien und Interaktionsmuster in einem Patienten aus, die allen prägenden Lebensphasen entstammen. Die bereits im ersten Lebensjahr entstehenden Erwartungen mit entsprechenden Wünschen und Ängsten werden von Beginn an mit »Motherese«, also zumeist mit altersangemessener Prosodie von sprachlichen Äußerungen begleitet, die tröstend, bewundernd, anleitend, lenkend, verbietend, heftig zurückweisend, aber auch rätselhaft sein können. Diese mütterlich stimmlichen Zeichen, oftmals verbunden mit überfordernden oder verwirrenden Kommunikationen, hinterlassen im kleinen Kind unauslöschliche Spuren. Für diese muss es mit dem ihm zur Verfügung stehenden Entzifferungsmöglichkeiten eine Integration des Wahrgenommenen in die ohne Unterlass entstehenden emotionalen Bedeutungsnetzwerke vornehmen. Mittels eines kontinuierlichen Metaphorisierens werden Zeichen und Indizes wie Taktiles, Visuelles, Akustisches, Olfaktorisches im emo-

tionalen Leibgedächtnis miteinander zu verbinden versucht, und die Phantasietätigkeit wird permanent ausgeweitet. Mit diesen Grundlagen entstehen immer neue, bald auch narrative Verknüpfungen, die die ursprünglich erfahrenen Szenen aus dem Mutter-Kind-Dialog anreichern und mittels verbaler Symbole vertiefen. Verdichtung und Verschiebung als Charakteristika des Primärvorgangs, Metapher und Metonymie, bleiben dabei ein Leben lang die Baumeister der Phantasietätigkeit, so dass keineswegs von dem im Hier und Jetzt szenisch Erfahrenen auf die Kindheitsjahre unmittelbar zurückgeschlossen werden kann. Andererseits können aber vor allem repetitive Bindungserfahrungen und massive Traumatisierungen eindruckliche Gedächtniseinträge hinterlassen, die keineswegs immer durch Deckerinnerungen und nachträgliche Konstruktionen verfälscht oder entstellt zu sein brauchen.

Bereits in der ersten Begegnung zwischen Patient und Analytiker werden autobiographische Interaktionsformen abgerufen. Nimmt man das szenische Verstehen im Sinne von Lorenzer ernst, dann werden selbstverständlich auch Erwartungen beim therapeutischen Gegenüber ausgelöst. So wurden im obigen Beispiel von mir bewusst und vorbewusst zugängliche Erinnerungen mitsamt den dazugehörigen Körpergefühlen vis-à-vis meiner Patientin geweckt, wobei diese einem sprachlich und reflexiv zugänglichen Erfahrungssegment entstammten. Natürlich lagen darunter aber noch weitere Interaktionsszenen, die aus früheren Gedächtniseinträgen stammten, sich aber gleichwohl spontan im Verhalten bemerkbar machten, zum Beispiel in einem zu heftigen Tonfall, einem Gesichtsausdruck, mit dem aufsteigender Ärger vielleicht mit einem bemüht freundlichen Lächeln zu verbergen versucht wurde und anderes mehr.

(Entwicklungs-)traumatisierte Patienten brauchen oftmals länger, bis sie die als »unerhört« gespeicherten Wünsche und Affektäußerungen mit aller Vorsicht und oftmals nur in winzigen Dosen ausdrücken können, um dem ursprünglich Unterdrückten, Abgespaltenen, Verleugneten, bislang nicht Übersetzten und psychodynamisch Verdrängten eine Chance für das Lebendigwerden in einer Aktualisierung angesichts

der gegenwärtigen Beziehung einzuräumen. Diese in der Regel unbewussten Vorgänge versucht ein Analytiker mittels gleichschwebender Aufmerksamkeit und Rollenempfänglichkeit (Sandler 1976) als ihm zugewiesene Rollen wahrzunehmen. Wichtig dabei ist, dass diese Erwartungen bezüglich des befürchteten, aber auch erhofften Ausgangs beiden Akteuren keineswegs bewusst zu werden brauchen. Denn die bislang ängstlich unterdrückten und verleugneten Wünsche können sich in mannigfachen Verkleidungen inszenieren, etwa als vorbeugender Angriff, als Entwertung der Therapie, als hartnäckige Verweigerung und als gefühlsmäßige Unerreichbarkeit, aber auch als gefällige Unterwerfung und scheinbare Gesundheit.

Bezüglich der Erwartungen, die im szenischen Verstehen zum Tragen kommen, kann von folgenden Überlegungen ausgegangen werden: Patienten aktualisieren nicht nur die früheren als Bestrafung wahrgenommenen elterlichen Reaktionen sowie ihr dazugehöriges verängstigtes, eingeschüchtertes, beschädigtes, aber auch auf Rache sinnendes Selbsterleben. Sondern sie senden auch immer wieder hoffnungsvolle Erwartungen aus, dass ihr Analytiker sich anders verhalten möge. Unterstützend, Zuversicht ausstrahlend, Anerkennung vermittelnd, Hilfestellung gebend beim Umgang mit sich selbst und seinen heftigen Affekten, wobei manchmal erst viele »Beziehungstests« stattfinden müssen, bevor ein Patient sich aus seinem Kokon, seiner Abwehrfestung, herauswagt.

Im szenischen Verstehen reagieren Analytiker wiederum auf diese Rollenszenarios mit ihren jeweiligen Möglichkeiten: nicht selten mit »Enactments«, also mit eigenen Inszenierungen, in denen sie konflikthaft auf die als Zumutung empfundenen, unterschwellig oder offen ausgesprochenen Erwartungen reagieren. Die häufigste Möglichkeit für das Ausdrücken subtiler Aggressionen sind (Übertragungs-)Deutungen. Manchmal bleiben diese längere Zeit erst einmal unentdeckt, bis ein therapeutischer Stillstand eintritt. Erst dann können Analytiker erkennen, wie sie in einen Handlungsdialog mit ihren Patienten hineingeraten sind, in dem auf beiden Seiten unreflektierte Abwehrvorgänge die Regie übernommen haben.

Aber auch wenn die Reflexion der kontinuierlichen Beteiligung des Analytikers für das von ihm häufig zunächst vorbewusst oder nichtbewusst ausgesendete Verhalten oftmals erst im Nachhinein erfolgen kann, so sensibilisiert ihn das doch für das sich entfaltende Drama.

Das obige Beispiel stellt eine Anfangsszene dar, bei der die Möglichkeit besteht, sowohl gestische als auch mimische Signale gut empfangen zu können. Wenn ein Patient liegt, sind Analytiker noch stärker als im Gegenübersitzen auf den akustischen Wahrnehmungskanal angewiesen und entwickeln für die Prosodie eine besondere Sensibilität. Aber auch Patienten achten sehr auf unsere stimmlichen Äußerungen, ihre Musikalität und Rhythmizität. Dieses »akustische Feld« ist somit ein essenzieller interpsychischer Bestandteil der analytischen Bühne, der häufig wichtiger als der semantische Inhalt des Gesprochenen ist.

Ist das szenische Verstehen nun tatsächlich eine Erweiterung des Verständnisses von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen? Ja, denn das szenische Verstehen wird als ein Geschehen betrachtet, bei dem die Eindrücke von Übertragung und Gegenübertragung als ein gegenseitiges Verwobensein von Emotionen, Handlungsimpulsen und Abwehrbewegungen aufgefasst werden, als ein Vorgang von rekursiven gegenseitigen Einflüssen, die das emotionale Klima jeder Psychoanalyse charakterisieren.

Kontakt: Prof. em. Dr. phil. Wolfgang Mertens, Osterwaldstr. 106, 80805 München.
E-Mail: W.Mertens@lrz.uni-muenchen.de

LITERATUR

- Argelander, H. (1966): Zur Psychodynamik des Erstinterviews. *Psyche – Z Psychoanal* 20, 40–53.
- Bohleber, W. (2018): Übertragung – Gegenübertragung – Intersubjektivität. Zur Entfaltung ihrer intrinsischen Komplexität. *Psyche – Z Psychoanal* 72, 702–733.
DOI 10.21706/ps-72-9-702.
- Freud, S. (1913i): Die Disposition zur Zwangsneurose. *GW* 8, 441–452.
- Freud, S. (1914g): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten *GW* 10, 126–136.

- Fuchs, T. (2020): Verteidigung des Menschen. Grundfragen einer verkörperten Anthropologie. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Klüwer, R. (1995): Agieren und Mitagieren – zehn Jahre später. ZPTP 10, 45–70.
- Laimböck, A. (2013): Nachdenken über »Szenisches Verstehen« – heute. Jahrb Psychoanal 66, 49–80.
- Laimböck, A. (2015): Die Szene verstehen. Die psychoanalytische Methode in verschiedenen Settings. Frankfurt/M. (Brandes & Apsel).
- Laplanche, J. (1999): Kurze Abhandlung über das Unbewusste. Psyche – Z Psychoanal 53, 1213–1246.
- Leikert, S. (2011): Die kinästhetische Semantik: Der Wahrnehmungsakt und die ihm korrespondierende Form der psychischen Organisation. Psyche – Z Psychoanal 65, 409–438.
- Lorenzer, A. (1970): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorstudien zu einer Metatheorie der Psychoanalyse. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Lorenzer, A. (1983): Sprache, Lebenspraxis und szenisches Verstehen in der psychoanalytischen Therapie. Psyche – Z Psychoanal 30, 97–115.
- Mertens, W. (2010): Zur Konzeption des Unbewussten – Einige Überlegungen zu einer interdisziplinären Theoriebildung zum Unbewussten. In: Kettner, M. & Mertens, W.: Reflexionen über das Unbewusste. Philosophie und Psychologie im Dialog, Bd. 009. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 7–76.
- Reinke, E. (2017): »Szenische Evidenz« und »Szenisches Verstehen«. Zur Vermittlung des Werks von Hermann Argelander und Alfred Lorenzer. Jahrb Psychoanal 66, 13–48.
- Sandler, J. (1976): Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. Psyche – Z Psychoanal 30, 297–305.
- Storck, T. (2018): Szenisches Verstehen. In: Gumz, A. & Hörz-Sagstetter, S. (Hg.): Psychodynamische Psychotherapie in der Praxis. Weinheim (Beltz), 57–70.
- Streeck, U. (2017): Denn sie wissen nicht, was sie tun. Über unbewusste Beziehungsregulierung. Forum Psychoanal 33, 235–250. DOI 10.1007/s00451-017-0281-z.
- Vivona, J.M. (2019): The interpersonal words of the infant: Implications of current infant language research for psychoanalytic theories of infant development, language, and therapeutic action. Psychoanal Quart 88, 685–725. DOI 10.1080/0032828.2019.1652048.

ABSTRACT: *Scene and Scenic Understanding. Where transference and countertransference intertwine.* – Since the work of Hermann Argelander (1966, 1968) and Alfred Lorenzer (1970), »scenic understanding« has maintained a firmly established place in the theory of psychoanalytic treatment. Scenic understanding identifies repressed and/or inadequately symbolized unconscious processes that have occasioned specific sufferings in an individual and express themselves in the present

as fantasies or expectations. Via transference they manifest themselves both verbally and non-verbally. The respective present relationship with the analyst is referred to as »scene« or »situation« and functions as the starting point for scenic understanding. However, in the wake of the intersubjective (relational) »turn,« scenic understanding appears to have either become self-evident or to have been ousted by concepts introduced by Anglo-American authors and/or theoretically ingurgitated. The article outlines the way in which scenic understanding can still claim central status in the analytic listening process and also be associated with other concepts. With reference to an initial interview, the author contemplates a number of intersubjective components in scenic understanding that can have a sensitizing effect for further scenic phenomena.

KEYWORDS: acting; integrative memory model; enactment; scene; scenic understanding

RÉSUMÉ : *Scène et compréhension scénique. Quand transfert et contre-transfert s'entrelacent.* – Depuis les travaux de Hermann Argelander (1966, 1968) et d'Alfred Lorenzer (1970), la « compréhension scénique » occupe une place importante dans la théorie du traitement psychanalytique. Cette forme de compréhension a constitué une extension importante du traitement du transfert et du contre-transfert, tant lors du premier entretien qu'au cours d'un processus analytique. La compréhension scénique vise les processus inconscients refoulés et/ou insuffisamment symbolisés qui ont conduit à l'émergence d'états de souffrance spécifiques chez une personne et qui s'expriment encore dans le présent par des fantasmes et des attentes. Par le biais du transfert, ils s'expriment sous une forme verbale et non verbale. La relation actuelle avec l'analyste devient alors le point de départ de la compréhension scénique en tant que « scène » ou « situation ». Depuis le tournant intersubjectif et relationnel, la compréhension scénique semble être devenue une évidence, avoir été marginalisée par des concepts d'auteurs anglo-américains ou avoir été intégrée dans la théorie. L'article évoque comment la compréhension scénique peut continuer à occuper une place centrale dans le processus analytique de l'écoute et être reliée à d'autres concepts. Pour ce faire, quelques composantes intersubjectives de la compréhension scénique sont examinées à

partir d'une scène d'un premier entretien, ce qui peut sensibiliser à la suite des événements scéniques.

MOTS-CLÉS : agir ; modèle intégratif de la mémoire ; enactment ; scène ; compréhension scénique

Lizenziert für Sabine Grosch-Kumbier am 09.02.2025 um 11:15 Uhr

EPIKUR e-therapie ONLINE

Wovon träumen eigentlich Psychoanalytiker?

Natürlich von einem
modernem Praxissystem
mit Mobile App für
Tablet und Smartphone!



Jetzt im Angebot!
www.epikur.de

