

DIE ÜBERTRAGUNGSPROBLEMATIK ALS THERAPEUTISCHE GRUNDBEZIEHUNG. EINE RADIKAL PHÄNOMENOLOGISCHE AUSEINANDERSETZUNG MIT KONZEPTEN DER TIEFENPSYCHOLOGIE UND PSYCHOANALYSE JACQUES LACANS

ROLF KÜHN¹

ABSTRACT. Transference as well as counter-transference are both central to the praxis of psychoanalytical therapy. They emerge from the encounter with the patient who is caught in libidinal conflicts (Freud) and in the imaginary chain of signifiers (Lacan). "Affective effects" stemming from transference must therefore be taken into account in order to clarify their unconscious connection to the symbolic as well as to the real. Phenomenologically speaking, this corresponds to an original dimension of being-affected, a dimension prior to any sort of interpretation. It aims at liberating desire (*désir*) by making *jouissance* possible as an act that does not lead to a hypostasis of the law (*Phallus*).

Keywords: *Affectivity – Interpretation – Phenomenology – Psychoanalysis (Lacan) – Transference*

ZUSAMMENFASSUNG. Die Übertragung und Gegen-Übertragung gehört zentral zur analytisch-therapeutischen Praxis in der Begegnung mit jedem Patienten, der nach Freud in libidinöse Konflikte und für Lacan in die imaginäre Verknüpfung seiner Signifikanten verstrickt ist. Deshalb sind alle "affektiven Effekte" zu berücksichtigen, welche sich aus dem Übertragungsgeschehen ergeben, um sie auf ihre unbewusste Verbindung mit dem Symbolischen und Realen hin zu überprüfen. Phänomenologisch entspricht dies einem originären Affiziertsein, welches noch vor jeder Deutung liegt, um das Begehren so frei zu setzen, dass es eine jeweilige *jouissance* als Aktgeschehen ohne letzte Gesetzshypostase (*Phallus*) ermöglicht.

Schlüsselwörter: *Affektabilität - Deuten - Phänomenologie - Psychoanalyse (Lacan) - Übertragung*

¹ Universität Freiburg-im-Breisgau, AB Christliche Religionsphilosophie, Platz der Universität 3, KG I D-79098 Freiburg i. Br., Email: rw.kuehn@web.de

In der psychoanalytischen Lacanschule wird die Originarität der Subjektivierung des Selbst nicht zuallererst den Affekten und Gefühlen zugeschrieben, sondern der sprachlichen Signifikantenkette, so dass nach dieser Auffassung auch die Übertragung nicht in einer Modalisierung von Gefühlen seitens des Patienten hauptsächlich verankert wird. Vielmehr ist die Übertragung nach solcher Voraussetzung eine Art der in der Analyse/Therapie auftretenden Reproduktion oder Wiederholung als Begehren, welches allerdings weitgehend vom Subjekt nicht bemerkt werde, weshalb auch Kritik an der Inflation des Begriffs der Übertragung innerhalb der zeitgenössischen Psychoanalyse angebracht sei, weil er fast alles bezeichne, was sich in der analytisch-therapeutischen Praxis ereigne. Freud hatte den Übertragungsbegriff nämlich zunächst 1905 in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ eingeführt, um damit auf „Neuaufgaben und Nachbildungen von denjenigen Regungen und Phantasien“ hinzuweisen, die während der Analyse entstehen, wobei eine frühere Person durch die Person des Arztes oder Analytikers ersetzt werde. Dadurch werden einstige psychische Erlebnisse nicht als vergangen erlebt, sondern als aktuelle Beziehung zum Analytiker/Therapeuten, und auf der perzeptiven Ebene kann es sich hierbei um visuelle, auditive, olfaktorische, taktile Wahrnehmungen handeln, die den Analysanden/Patienten an manche Merkmale beim früheren Elternteil oder auch an andere wichtige Personen aus der Vergangenheit erinnern.

Dabei muss es kein reales Merkmal des Therapeuten sein, welches etwa an den Vater oder die Mutter erinnert, sondern es reicht etwa, überhaupt eine Nase oder ein Auge zu haben, die vielleicht im Tageslicht so oder so erscheinen, um vom entsprechend erinnerten Elternteil her reproduktiv projiziert zu werden, weil der Patient vielleicht gerade mit einem inneren Eindruck affektiv wie bedeutungsmäßig stark zu kämpfen hat, der mit dem aktuell gesehenen Gesichtsmerkmal imaginär in Verbindung steht. Es können jedoch auch äußere Merkmale wie Alter, Kleidung, Accessoires etc. sein, bzw. ebenfalls das verwandte Vokabular und die Art zu sprechen oder die Lage und Einrichtung der Praxis, welche besondere sozio-ökonomische, (sub-)kulturelle oder semiotische Kontexte aus der Vergangenheit oder Gegenwart für den Patienten evozieren. Dies kann im Letzten dem Therapeuten nicht alles bewusst sein, aber der Analysand oder Patient hat natürlich die „Freiheit“, all diese für ihn mit Wertehinweisen versehenen Zeichensysteme für sich gemäß seiner Apperzeption zu lesen sowie entsprechend zu interpretieren und affiziert zu sein. Auch können selbstverständlich körperliche oder emotionale Erscheinungsweisen des Therapeuten ähnlich wahrgenommen werden, also zum Beispiel unruhige Hände und Blicke, Muskelanspannungen oder Befürchtungen bis in die Stimme hinein, die den Patienten dann an die schon erwähnten Personen seiner eigenen Vergangenheit erinnern, und solche „affektiven Effekte“, wie Bruce Fink² sie nennt, sind dann

² Vgl. *Grundlagen der psychoanalytischen Technik. Eine Lacanianische Annäherung für Klinische Berufe*, Wien-Berlin, Turia + Kant 2013, 187f.

nicht so sehr mit Bildern und Zeichen als vielmehr mit den libidinösen Besetzungen verbunden. Prinzipiell muss und kann der Therapeut gar nicht alles fühlen, was der Analysand empfindet, sondern in vielen Fällen finden emotionale Projektionen auf ihn statt, welche auf frühere und aktuelle Irritationen verweisen und gerade in der Therapie wieder hervorbrechen.

1) Übertragungsmerkmale und „Verliebtsein“

Freud mag nicht all diese perzeptiven, semiotischen wie affektiven Implikationen als Nährboden für den hier problematisierten Übertragungsprozess im Auge gehabt haben, aber sicherlich hat er nicht all diese Möglichkeiten in ein einseitiges Schema von der Abfolge „positiver und negativer Gefühle“ gepresst, wie ein heute weit verbreitetes Verständnis von Übertragung lautet und für fast jedes Gefühl verwandt wird, welches der Patient gegenüber seinem Therapeuten empfinden kann. Wir möchten daher die Komplexität des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens näher beleuchten, weil wir es auf der einen Seite für zentral für die therapeutische Praxis überhaupt halten und andererseits dem „affektiven Austausch“ als „Mit-Pathos“ eine fundamentale Rolle hierbei zuschreiben können.³ Denn das „Gefühl“ impliziert eine radikal phänomenologische Grundbeziehung, die kaum von der alleinigen Signifikanten- und Zeichenanalyse beantwortet werden dürfte, welche weitgehend dem „Spiegelstadium“ als Grundkonzeptualisierung Lacans verhaftet bleibt, insoweit das „vergangene X der Strebungen, Triebe und Begehren“ seit der Kindheit unbekannt ist.⁴

Damit ist die Übertragung nach Freud und Lacan Wiederholung der vergessenen Vergangenheit innerer Tendenzen und bezieht sich in ihrer möglichen empirischen Totalität von der Wahrnehmungsebene bis hin zur Semiotik auf die verschiedenen Register des Symbolischen, Imaginären und Realen (RSI) im therapeutischen Prozess gleichzeitig. Auch wenn der Analysand/Patient hierbei seine Gefühle kaum offen kundtun sollte und sich trotz allem kooperativ verhält, kann seine innere Haltung dennoch durch heimlichen Protest oder auch Misstrauen gekennzeichnet bleiben, wie sie gegenüber Vater und Mutter empfunden wurden. Ebenfalls kann der sehr häufige Fall eintreten, dass das Verhältnis zu dem einen oder anderen Elternteil in der Vergangenheit als sehr gut bezeichnet wird, aber das Leben des Patienten verlief dennoch mit sehr viel Unterlassungen in Bezug auf Beruf und Beziehungen, was auf unbewusste Verdrängungen hinweisen und in der Therapie zu oppositionellen Verhaltensweisen führen kann, etwa Verspätungen,

³ Vgl. R. Kühn u. R. Stachura, *Patho-genese und Fülle des Lebens. Eine phänomenologisch-psychotherapeutische Grundlegung*, Freiburg/München, Alber 2005, 101ff.

⁴ J. Lacan, *Le Séminaire VI: Le désir et son interprétation*, Paris, Éditions de la Martinière 2013, 261f.

langes Schweigen etc., wenn etwas am Therapeuten den Patienten an die Vergangenheit erinnern sollte. Er kann sogar möglicherweise gute Gründe für sein Verhalten anführen, aber ein „unbewusster Groll“ gegenüber dem früheren Vater ist noch nicht wirklich *zum Gefühl geworden*, denn ein Gefühl muss auch rein phänomenologisch gesehen effektiv gefühlt werden, um als solches aktualisiert zu werden. Die Übertragung offenbart sich also schon hier als sehr komplex, denn es spielen Symptome, Affekte und Vorstellungen dabei ineinander, die eine komplizierte Familienstruktur von einst oder sonstige extreme Lebenssituationen widerspiegeln, so wenn etwa in der aktuellen Therapiesitzung eine Patientin sehr viel schweigt, weil sie früher einmal von einem Arzt vergewaltigt wurde – und sich dabei still verhielt, während ihre Mutter im Warteraum saß und nichts vernehmen sollte. Trotzdem hielt das Schweigen auch nach dieser Offenlegung hartnäckig an, bis sich über Träume herausstellte, dass dieselbe Patientin in der Kindheit ebenfalls von ihrem Vater missbraucht worden war. Das Schweigen hatte daher zugleich die Funktion, den Vater nicht zu verraten, und damit auch nicht die durchlebte Komplizenschaft gegenüber der Mutter. Hieraus wird bereits sichtbar, dass die Übertragung nicht bei der einfachen Feststellung eines vorhandenen oder noch nicht gegebenen Gefühls Halt machen kann, sondern Haltungen, Phantasien, Triebe, Abwehrmechanismen zu integrieren sind, die vielleicht nicht mehr gegenwärtig direkt zur Patientin selbst gehören, aber sich doch auf frühere Personen bezogen, um jetzt wieder aktuell zu werden. Daher kann man mit Lacan⁵ sagen, dass Übertragung dann vorliege, wenn das vom Subjekt geforderte Bild „sich mit der Realität, in der es angesiedelt ist, vermischt“.

Die Therapie besteht also nicht darin, ununterbrochen den Patienten zu fragen, wenn er etwas von sich berichtet hat: „Und wie haben Sie sich dabei (oder daraufhin) gefühlt?“ Denn oft fällt es ihm schwer, etwas zu artikulieren, was zuvor noch nie bei ihm in die Sprache gefunden hat, und nicht jedes Schweigen bedeutet daher einen Widerstand oder eine negative Übertragung auf den Therapeuten. Entscheidender ist es dann vielmehr herauszufinden, welche frühere Situation der Analysand gerade möglicherweise wiedererlebt, denn es ist prinzipiell nicht auszuschließen, dass Widerstände ebenfalls seitens des Therapeuten entstanden sind, weil er vor gewissen Schwierigkeiten (die ihn vielleicht an seine eigene Lage erinnern) den Kopf in den Sand steckt, um solche Schwierigkeiten nicht sehen zu müssen, auch wenn etwas den Verlauf der Therapie im Augenblick offensichtlich stört. Ob es sich nun um das Aufsuchen einer Verdrängung handelt (Psychoanalyse) oder um die Intuition einer neuen individuellen Sinnmotivation (Existenz- und Daseinsanalyse),⁶ der Affekt kann indessen in allen Fällen helfen, Material für das

⁵ *Das Seminar I: Freuds technische Schriften*, Berlin, Quadriga 1990, 302.

⁶ Vgl. A. Längle u. A. Holzhey-Kunz, *Existenzanalyse und Daseinsanalyse*, Wien, Facultas 2008.

Verständnis des Begehrens und der Vorstellungen bzw. Gedanken herbeizuführen, die dann genauer als „psychischer Komplex“ voneinander zu trennen sind. Denn der Patient vermag sich beispielsweise lebhaft an vergangene Ereignisse, etwa aus der Kindheit, erinnern, nicht aber an die damaligen Gefühle, obwohl der gegenwärtige Konflikt ebenfalls eine starke Verdrängung anzeigt, insofern sein Begehren und ein möglicher Sinn stark mit Angst dabei verknüpft sind. Diese Angst wäre dann der Weg zunächst, um eine verdrängte Vorstellung und den damit früher und jetzt verbundenen Affekt wieder zu finden, denn nach Freud ist gerade die Angst „die allgemein gangbare Münze, gegen welche Affektregungen eingetauscht werden, wenn der dazugehörige Vorstellungsinhalt der Verdrängung unterlegen ist“.⁷

Die Angst als Lebensäußerung der reinen Subjektivität *par excellence*, der immer nachzugehen und von Furcht und Phobien zu unterscheiden ist, sagt uns jedoch nicht ohne weiteres, wo das ursprünglich verdrängte Begehren zu suchen bleibt, ebenso wenig eine augenblickliche Trauer, so dass sich der Patient manchmal damit auch zufrieden geben kann, überhaupt eine emotionale Stimmung in sich zu erleben, ohne weiterfragen zu wollen. Angst und Trauer als Beispiele hier sind daher ebenfalls nicht nur als Übertragungsanzeichen für die Beziehung zwischen Patient/Therapeut anzusehen, sondern außer der tiefenpsychologischen Möglichkeit einer frühen Verdrängung ist ebenfalls lebensphänomenologisch auf den Zusammenhang von Angst und Trauer mit dem imaginären Bild vom „Selbst“ einzugehen, insofern das intentionale Ich sich langsam einer radikalen Passibilität nähert, die nicht mehr willentlich zu beherrschen oder zu kontrollieren ist.⁸ Reduktiv betrachtet sind daher alle dogmatischen Theoretisierungen einer einseitigen Technik in der Therapie beiseite zu lassen, um die schmerzhaften wie erfreulichen Affektäußerungen (bzw. das Schweigen und die Widerstände) nicht auf der Ebene jener Anlässe zu belassen, welche gerade in der häufigen neurotischen Übertragung fast immer wieder als Wiederholung neu belebt werden, um das eigene psychische Sicherheitssystem (Ich- oder Persönlichkeitsideal) nicht brüchig werden zu lassen. Somit ist zwar die Übertragung ein zentrales Phänomen der Therapie überhaupt, aber wenn man zusätzlich hier das Beispiel des aufkommenden „Verliebtseins“ während einer therapeutischen Beziehung nimmt, dann zeigt dies ergänzend, wie alltägliche Übertragungen auch im sonstigen Leben stets stattfinden. Gerade beim ersten Kennenlernen kann mir jemand unmittelbar sympathisch sein und es entwickelt sich dann ein nicht weiter begründetes Vertrauen vielleicht, weil der eine oder der andere sich dabei an früher von ihm geliebte Personen erinnert fühlt, die gleichfalls als

⁷ *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1916-17)*, GW 11, Frankfurt/M., Fischer 1940, 318. Über die Angst als radikal phänomenologischen Grundaffekt vgl. ebenfalls mit Bezug auf Freud die Analyse von M. Henry, *Généalogie de la psychanalyse. Le commencement perdu*, Paris, PUF 1985, hier bes. 371ff.

⁸ Vgl. R. Kühn u. R. Stachura, *Patho-genese und Fülle des Lebens* (2005), 51ff.

sympathisch empfunden wurden. Solche Merkmalsübertragungen als „Verliebtsein“ (oder ihr Gegenteil wie Aggression, Scham und Abneigung) können auch in der Therapie häufig stattfinden, wobei eine Steigerung von heftigen Projektionen begehrenswerter Eigenschaften auf den Anderen nicht ausgeschlossen ist – etwa zu einem homosexuellen Partner werden zu wollen, selbst wenn der Therapeut heterosexuell ist und dies bei der notwendigen Gelegenheit auch klar äußert, ohne den Affekt in solcher Projektion selbst zu verdammen. Das heißt, solche Gegenübertragungen sollten prinzipiell aufgegriffen und gemeinsam untersucht werden, um außer nach den Projektionsmechanismen auch nach den Idealisierungstendenzen zu fragen, deren Objekt der Therapeut ist, um auf diesem Wege frühere Identifikationen besser mitempfinden und verstehen zu können.

In einer Therapie erscheint daher vieles zunächst als „inkohärent“, tritt oft nur flüchtig auf, aber gerade in diesen scheinbar widersprüchlichen und unbedeutenden Augenblicken ergeben sich oft die Chancen für die „Wende“ in einer Ek-sistenz, mit anderen Worten als ein Heraustreten aus zutiefst eingeübten Wiederholungen, und dies dank eines plötzlich ganz neu auftretenden Gefühls, einer zugestanden oder erkannten Übertragung bzw. einer vollzogenen Zusammenführung von eigener subjektiver Wahrheit und Realität. In all diesen Hinsichten bedeutet die Gegenübertragung mehr als einen vom Therapeuten gewollten und unterstützten inter-subjektiven Bezug, nämlich eine Intervention, die sich nicht nur damit zufrieden gibt, dass der Patient während der ganzen Sitzung hat sprechen und der Therapeut sich dazu hat seine Gedanken machen können, welche die nächste Sitzung möglicherweise vorbereiten. Die Gegenübertragung unterbricht vielmehr auch die Gefahr, dass der Patient über sein Sprechen in einem gewissen „Genießen“ verharrt, um eine bestimmte Sitzungsdauer nur als ein Spiel zu füllen, was dann besser zu unterbrechen wäre, um die wenigen kostbaren Momente darin fruchtbar zu machen, die sich über Schweigen, Unterbrechen oder Versprechen flüchtig ankündigten – mithin im Sinne einer intervenierenden oder punktierenden Gegenübertragung, welche im Sinne der Lacanschule auch die Skandierung der Sitzung sein kann.⁹ Der Wechsel zwischen den verschiedenen Interventionsebenen, als die man das Existentielle, Projektiv-Imaginäre, Sprachlich-Symbolische und Affektiv-Begehrende (einschließlich des jeweils Verdrängten) bezeichnen kann, muss daher nicht nur – wie beim Verliebtsein oder Enttäuschtwerden – durch bestimmte persönliche Merkmale des Therapeuten bestimmt sein. Geht man nämlich davon aus, dass der Analysand/Patient zumeist unter Leidensdruck eine Therapie beginnt, so bringt er außerdem (bei allen aufkommenden Zweifeln unter Umständen) eine gewisse Hoffnung mit, weil er davon ausgeht, dass der Therapeut über ein größeres oder besseres Wissen verfüge, um Antworten auf die tatsächlichen

⁹ Vgl. B. Fink, *Grundlagen der psychoanalytischen Technik* (2013), 63ff.

oder imaginären Schwierigkeiten zu finden. Es hilft wenig, wenn der Therapeut dann öfters festhält, ein solches Wissen nicht zu besitzen, sondern selbst nur ein bestimmtes „analytisches Begehren“ mitzubringen, das er als Subjekt nicht aufheben kann.¹⁰ Er muss dann dieses (Nicht)-Wissen als sein Begehren wirklich investieren, um über solche Reduktion den Patienten zu dessen eigenem Ort des (Nicht-)Wissens oder der Passibilität zu leiten, wo eine subjektiv erprobte Begegnung mit dem nicht länger imaginär besetzten Ich als „Mich“ stattfinden kann,¹¹ was bei neurotischen Patienten manchmal viel Zeit braucht, weil diese gerade von ihrem Glauben an das Wissen des Therapeuten als Motiv für die Weiterführung der Kur zehren.

Wenn also nicht alles in der Therapie Übertragung sein muss, sondern eine Komplexität von Ordnungen bzw. Registern, und der Blick für sich flüchtig offenbarende Momente der tieferen „Wahrheit“ des Patienten im Vordergrund steht, so sollte des Weiteren bedacht werden, dass der Therapeut für den Patienten zunächst weniger bekannt ist als die meisten anderen Menschen seines Alltagslebens. Mit diesen wird er einerseits kooperativ und andererseits rivalisierend oder unterwürfig umgehen. Aber anzunehmen, dass der Patienten mit allen Menschen so umgeht, wie er es durch Projektionen und Übertragungen mit dem Therapeuten fast zwangsweise tut, um eine Beziehung mit ihm aufzubauen oder aufrecht zu erhalten, die eine gewisse Dauer ermöglicht, ist kaum plausibel. Insofern ist nochmals zu unterstreichen, dass der Analysand nicht immer darauf aus ist, Gefühle der Erniedrigung oder Wertlosigkeit zu vermitteln bzw. Bestätigung zu erhalten, sondern es kann sehr wohl sein, dass gerade die unbewusste oder mitgeteilte Gegenübertragung des Therapeuten durchaus für Verärgerung, Schweigen und Scham seitens des Patienten verantwortlich sei. Es besteht also eine Gefahr darin, prinzipiell in allem von einem „Minderwertigkeitskomplex“ oder der „projektiven Identifikation“ beim Patienten auszugehen, bzw. von einem Interagieren, welches den charakteristischen Funktionsweisen mit Anderen beim Patienten entspräche. Hier dürfte eher eine einseitige Theoretisierung am Werk sein als die geduldige phänomenologische Aufmerksamkeit für sehr nuancenreiche Modalisierungen im immanent selbstaffektiven Leben eines jeden Patienten, die zum Auslöser von weiterführenden Beobachtungen und Fragen werden können.

¹⁰ Vgl. J. Lacan, *Le Séminaire. Livre VII: L'éthique de la psychanalyse* (1959-1960), Paris, Seuil 1986 (dt. *Das Seminar. Buch 7: Die Ethik der Psychoanalyse*, Berlin, Quadriga 1995).

¹¹ Vgl. R. Kühn, *Praxis der Phänomenologie. Einübungen ins Unvordenkliche*, Freiburg/München, Alber 2009, Kap. II,6: „Vom Ich der Vorstellung zum lebendigen Mich“; ebenfalls S. Knöpker, „Passivität in der Lebensphänomenologie“, in: S. Kattelman u. S. Knöpker (Hg.), *Lebensphänomenologie in Deutschland. Hommage an Rolf Kühn*, Freiburg/München, Alber 2012, 149-168.

Mit anderen Worten bedeutet dies, nicht ängstlich oder abwehrend auf mögliche Gegenübertragungen fixiert zu sein (und eher Humor¹² walten zu lassen), sondern einen *lebendigen Austausch* zu fördern, der alle Dimensionen des Existierens anerkennt und zum Ausdruck kommen lässt, anstatt sich *nur* auf das „Unbewusste“ zu kaprizieren, was einer gewissen Hypostase des Menschen und Wirklichen als „Leben“ schlechthin gleichkäme. *Austausch* will nicht besagen, dass der Therapeut vor dem Patienten bei der einen oder anderen auftauchenden Schwierigkeit „sein Herz ausschüttet“, wie etwa bei Verspätungen und Schweigen. Da es wohl kaum möglich sein dürfte, „subjektive Gegenübertragung“ von „objektiver Gegenübertragung“ streng zu unterscheiden, wie Winnicott¹³ es vorschlug, scheint es ratsamer zu sein, die eigenen Gegenübertragungen für sich jeweils „durchzuarbeiten“. Denn nicht nur bleibt der Patient in gewisser Weise der „radikal Andere“, das heißt die Aufhellung des Unbewussten (als immanentes Begehrens) immer unvollendet, sondern auch aufseiten des Therapeuten bleibt die Summe aller Vorurteile, Leidenschaften, Schwierigkeiten und Informationslücken gegeben,¹⁴ welche die Problematik der Gegenübertragung daher zusätzlich zu einer ständigen Frage notwendiger Supervision machen. In diesem Zusammenhang ist ähnlich wie bei einer zu einseitigen Theoretisierung der therapeutischen Technik auch daran zu erinnern, dass bestimmte Begrifflichkeiten ebenfalls dogmatische Vorentscheidungen und Scheuklappen transportieren können, was im schlimmsten Fall dazu führen kann, nur jeweils *eine* psychotherapeutische oder analytische Referenz gelten zu lassen und im gegenteiligen Fall nach jeder Sitzung eine neue Konzeptualisierung aufzusuchen. In diesem Sinne ist ein pauschalierender Satz wie: „Die Geschichte des Subjekts ist nichts anderes als eine Geschichte sukzessiver Trauerarbeit“,¹⁵ ebenso einseitig wie der Versuch, das Leben nur auf eine selbsterotische oder narzisstische Suche des Glücks oder der Lust verkürzen zu wollen, da Trauer wie Freude aus ein und demselben Leben herrühren und von daher in ihrer Einheit zu verstehen bleiben – und dies in einem gemeinsamen phänomenologischen wie tiefenpsychologischen Bemühen als therapeutischem Gesamtrahmen.

Trotz aller „Verliebtheit“ in den Therapeuten, was wir auch so ausdrücken können, dass der Patient ihn als eine hilfreiche und kompetente Person erlebt, kann es sein, dass der Patient selber diese „Übertragung“ in seinen Gefühlen und Erinnerungen an frühere Personen gar nicht als eine solche Übertragung erlebt.

¹² Vgl. M. Titze u. R. Kühn, *Lachen zwischen Freude und Scham. Eine psychologisch-phänomenologische Analyse der Gelotophobie*, Würzburg, Königshausen & Neumann 2010, 148-154, über „therapeutischen Humor“ und seine Methoden.

¹³ Vgl. *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Aus den „Collected Papers“*, Frankfurt/M., Fischer 1997, 78f.

¹⁴ Vgl. J. Lacan, *Das Seminar V: Die Bildungen des Unbewussten*, Wien, Turia + Kant 2006, 237f.

¹⁵ Vgl. S. Lippi, *Transgressions. Bataille, Lacan*, Paris, Érès 2008, 147.

Sein Hingezogensein auf den Therapeuten ist sozusagen im Augenblick gefangen, ohne irgendeine Art Abstand zu diesen Gefühlen zu kennen. Deshalb hat Freud sagen können, dass man sich nicht als Analytiker um jede Übertragung zu bekümmern habe, „solange sie zugunsten der gemeinsam betriebenen Analyse wirkt“.¹⁶ Anstatt also dahinter letztlich stets den Widerwillen einer negativen Übertragung zu vermuten (wie nach Ferenczi oder Reich), sollte diese libidinöse Energie nicht neutralisiert oder aufgelöst werden, solange der Patient dabei fortfährt, sich im therapeutischen Prozess wirklich zu verändern und sein Leben anders zu orientieren, ohne Beschwerliches auf diesem Weg zurückzuweisen. Sicher darf man in solchem Zusammenhang darauf hinweisen, dass einst die Psychoanalyse mit der *talking cure* zwischen Anna O. (Bertha Pappenheim) und dem jungen Arzt Joseph Breuer begonnen hat, der ihr zu allen Stunden Hausbesuche abstattete und dann länger mit ihr sprach.¹⁷ Unabhängig von stärker oder schwächer ausgeprägten erotischen Aspekten hierbei kann man davon ausgehen, dass Anna O., die sonst kaum mit Anderen sprach, intuitiv einer für sie positiven Spur folgte, nämlich dass ein angesehener Arzt sich um sie kümmerte. Der Glaube der Patienten, dass ihnen geholfen werden kann, ist also weniger zu untergraben, als diesen Glauben, der auch eine Hoffnung ist, als Therapeut positiv zu nutzen, ohne dass der Therapeut allerdings sein Wissen im Sinne eines Phantasmas der Allmächtigkeit dabei lebt, was dem Wesen der Autonomie und Selbstfindung im therapeutischen Prozess zutiefst widerspräche.

Der Versuch, lästige Aspekte der Übertragung abzuschwächen, wenn man als Therapeut selbst davon betroffen ist, und zwar durch Kommentare oder Deutungen innerhalb der Übertragung selbst, bleibt also problematisch. Nach Freud stand eine Deutung der Übertragung als „heikelste aller Prozeduren“ dann an, wenn eine bislang nicht weiter störende Übertragung zum Widerstand geworden war.¹⁸ Eine Deutung der Übertragung allerdings, die vom Therapeuten auf den Patienten ausging, bietet daher keinen Weg aus der Übertragung, sondern reproduziert dieselbe bloß. Denn nach Lacan kann man keine „Metaposition“ in der Übertragung annehmen, da auch eine Deutung so gehört wird, wie der Patient sie zu hören gewohnt ist: kritisch, wenn er den Therapeuten mit einem kritischen Elternteil assoziiert, verführend, wenn ihn die Identifikation mit seiner wohlwollenden Mutter leitet. Vermag es mithin keine „Übertragung der Übertragung“ zu geben, dann besteht auch keine Möglichkeit, vollständig aus der Übertragung herauszutreten, um darüber etwa im Sinne einer „Metakommunikation“ sprechen zu wollen.¹⁹ So

¹⁶ *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1940), 81.

¹⁷ Vgl. S. Freud u. J. Breuer, *Studien über Hysterie (1893-94)*, Wien, Outlook 2013.

¹⁸ Vgl. *Zur Einleitung der Behandlung (1913)*, GW 8, Frankfurt/M., Fischer 1943, 454-478, hier 472.

¹⁹ Vgl. J. Lacan, *Schriften I*, Freiburg/Olten, Walther 1973, 179; *Das Seminar V: Die Bildungen des Unbewussten* (2006), 505.

wenig eine Unterscheidung für den Therapeuten im Sinne einer „objektiven“ und „subjektiven Übertragung“ auf den Patienten letztlich möglich ist, so wenig dürfte daher auch eine strenge Unterscheidung vom „erlebenden“ und „beobachtenden Ich“ hinsichtlich des Patienten möglich sein, um ihm auf einer postulierten „rein vernünftigen“ Ebene begegnen zu können.

2) Rationalisieren, Deuten und Ausagieren

Gibt es insgesamt gesehen daher kein Heraustreten aus Übertragungsbeziehungen in der Therapie, dann muss jede Form von „Rationalität“ in solchem Rahmen als sehr problematisch angesehen werden, da der Gegensatz zur „Irrationalität“ ein wiederum rationales Vorurteil voraussetzt, nämlich die Beweisbarkeit oder Verifikation von allem, während Tiefenpsychologie und Lebensphänomenologie gerade aufweisen können, dass Vorstellung und Trieb bzw. Affekt prinzipiell *unterschiedlichen* Erscheinungsweisen gehorchen.²⁰ Der Entweder/Oder-Logik eines Neurotikers sowie der Sowohl/Als auch-Logik eines Perversen bzw. der Weder/Noch-Logik in der Psychose mit einer als „allgemein“ rational angenommenen Logik antworten zu wollen, widerspräche diesen unterschiedlichen phänomenologischen Erlebnis- und Erscheinungsweisen, weshalb in der Therapie insgesamt – und speziell für die Übertragungsphänomene hier – von anderen Begrifflichkeiten wie „vernünftigem, rationalem“ oder auch „gesundem Teil“ im Patienten ausgegangen werden sollte (was deren Existenz in anderen Bereichen der Person nicht negiert). Denn es liegt die Vermutung nahe, dass solche Begriffe nur auf eine Übereinstimmung mit dem Therapeuten abzielen, um den als „hinderlich“ erlebten Aspekten bei der Übertragung aus dem Wege zu gehen. Außerdem implizieren therapeutische Annahmen von Rationalität, objektiver Beobachtung etc. eine Sichtweise vom „gesunden“ Verhalten des Patienten, vor allem ein zusätzliches „objektives“ Wissen von sich selber als Patient zu erwarten. Aber die tiefenpsychologische Erfahrung lehrt, dass ein Wissen um seelische Bedingungen und Verhältnisse noch keine wirkliche Veränderung beinhaltet, die über eine innere affektive Erprobung als subjektiv wahr und angemessen erlebt werden muss, was auch für jeden neuen oder situativen „Existenzsinn“ gilt. Einen rationalen oder gesunden Teil eines Individuums im Realen anzusetzen, um gemeinsam dann in der Therapie „vernünftig“ zu beurteilen, was in der Übertragung vor sich gehe, ist kaum förderlich, denn der „gesunde Teil“ ist möglicherweise gerade das, was sich dem therapeutischen Zugriff (unbewusst) verbirgt, um ein tieferes Begehren erscheinen zu lassen, welches der subjektiven Lebenswahrheit des Patienten mehr entspricht.

²⁰ Vgl. M. Henry, *Affekt und Subjektivität. Lebensphänomenologische Beiträge zur Psychologie und zum Wesen des Menschen*, Freiburg/München, Alber 2005, 13ff.

Übertragungen zu *deuten*, ist demzufolge nicht prinzipiell als eine Möglichkeit auszuschließen, aber die Deutung kann Interaktionsmuster, die sich herausgebildet haben, auch nur bestätigen, anstatt sie aufzulösen oder mit Blick auf die weitere Therapie zu verändern.²¹ So kann eine Deutung auf homosexuelle Tendenzen bei einem Analysanden, der entsprechende Annäherungen seitens des Therapeuten schon länger für sich vermutete, als Bestätigung für seine (wenn auch ungerechtfertigte) Vermutung aufgefasst werden. Oder falls eine Rivalität empfunden wird, kann jede Deutung als Aufforderung zu einem weiteren (eventuell theoretischen) Wettstreit verstanden werden, bei dem es um Sieg oder Niederlage zwischen Patient und Therapeuten geht. Ähnlich können Deutungen auch als Überheblichkeit und Besserwisseri aufseiten des Therapeuten empfunden werden, was mit dem Gefühl verständlicher Herabsetzung und Beschämung einhergehen dürfte. Mit anderen Worten befindet sich der Therapeut niemals in einer neutralen Außenposition, sondern was er sagt (oder auch nicht sagt), erscheint für den Patienten in jener Perspektive, in der er den Therapeuten sieht und erlebt. Therapeutisch/psychoanalytisch muss also durchaus ein Bewusstsein dafür vorhanden sein, dass Deutungen die Übertragung nicht immer beseitigen und aufheben, sondern durchaus noch heftiger werden lassen können, so dass die „Übertragungsneurose“ immer schwieriger zu handhaben ist und die letztlich entscheidende radikale Verschränkung von Affekt/Schmerz als „ursprüngliches Trauma“ nicht mehr berührt zu werden vermag.

In der alltäglichen Vorgehensweise therapeutischer Praxis kann man vielleicht nie aus diesen Schwierigkeiten gänzlich heraustreten, aber es scheint dennoch angezeigt, im Allgemeinen nur sehr kurze Deutungen zu geben, wenn es sein muss, und diese ausgehend von den eigenen Worten des Patienten her zu formulieren. Wird zusätzlich das einleitende „Ich denke“ oder ähnliche Formulierungen für eine deutende Aussage fortgelassen, dann ist der Urheber der Deutung nicht mehr so einfach gegeben, und es dürfte dann dem Patienten auch nicht mehr so leicht fallen, sie als Übertragung seitens des Therapeuten zu empfinden und entsprechend zurückzuweisen.²² Außerdem empfiehlt die Lacanschule in der Verlängerung der Hinweise von Freud, vor allem auf Fehlleistungen, Wortverwechslungen, unvollendete Sätze und Besonderheiten im Sprachgebrauch der Patienten zu achten, um aus solchem empirisch-linguistischen Material indirekte Hinweise auf Übertragungen zu gewinnen, welche der Gefahr entgehen, die Übertragung zum letzten Strohalm einer Sitzung zu machen. Letzteres mag auch vermehrt durch die Tendenz zu Kurzzeittherapien induziert sein, insofern hierbei aus Zeitgründen nicht so ausführlich

²¹ Vgl. W. Datler, „Deutung“, in: R. Brunner u. M. Titze (Hg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie*, München-Basel, Reinhardt, 2. neubearb. Aufl. 1993, 90-95.

²² Vgl. B. Fink, *Grundlagen der psychoanalytischen Technik* (2013), 208ff.

auf die Vergangenheit des Patienten eingegangen werden kann. Auch das Fragen nach (Tag-)Träumen und Phantasien kann die Fixierung auf die ausschließliche Übertragung lockern, aber wenn es bei einer Übertragungsliebe oder einem Übertragungswiderstand länger bleibt, dann stellt sich die notwendige Frage, warum sie sich gerade zu *diesem* bestimmten Zeitpunkt der Analyse manifestieren? Vielleicht konnte der Patient eine traumatische Erfahrung vorher nicht gleich in Worte fassen oder es hat ihn frustriert, über etwas Bestimmtes zu sprechen, so dass seine Aufmerksamkeit von seiner Problematik auf den Therapeuten als Person abschweifte. In diesem Fall hat der Widerstand gegenüber der Arbeit zur Versprachlichung (Symbolisierung) erst zur Übertragung geführt, um sich von einem Problem abzuwenden, mit dem sich der Patient trotz allem innerlich herumschlägt. Mit anderen Worten wirkt die Übertragung hier als Hindernis für das Erinnern als solches, um das Zusammentreffen mit einem Unbewussten zu ermöglichen, wie es an sich wünschenswert wäre. Hier sollte der Therapeut erkennen, dass die Übertragung als Ablenkung vom „pathogenen Komplex“ (Freud) fungiert, was eine therapeutische Feinarbeit erfordert, da es in solchen Situationen immer wieder neu zu Übertragungen kommt, nämlich als ein Zögern des Patienten, gewisse Dinge vor dem Therapeuten auszusprechen, weil er Angst, Herabsetzung oder Kritik seitens desselben befürchtet. Hier wäre dann die Übertragung ein Produkt des Widerstandes und nicht der Widerstand als solcher innerhalb einer Übertragung, da vor allem die Aufmerksamkeit von der Sache auf die Person des Therapeuten verlagert wurde.

Je besser es dem Therapeuten gelingt, seine eigenen Gegenübertragungen auf ein Minimum zu reduzieren, um dadurch den gemeinsamen therapeutischen Prozess in den Mittelpunkt treten zu lassen, desto mehr wird sich der Patient wohl auch nur hierauf beziehen können – und weniger auf die Person des Therapeuten. Denn die Therapie ist immer ein intersubjektives Geschehen, aber von einer besonderen Art, insofern sich hier nicht zwei unterschiedliche Subjekte mit all ihren Projekten und Anliegen begegnen, sondern eine solche Begegnung sollte auf ein subjektives Leben fokussiert sein, welches nicht ausschließlich in interpersonale oder dialogische Verbindungen aufgeht.²³ Vielmehr betrifft das therapeutische Ereignis ein rein immanentes oder pathisches Leben als Subjektivität, welche die eigentliche Wirklichkeit im Sinne von allem Erscheinen betrifft, was mehr darstellt als nur die sichtbare biographische Geschichte. In gewisser Weise tritt dadurch der bloß empirische Teil des jeweiligen Individuums zurück, und damit schließlich auch die existentiellen und unbewussten Verzweigungen von Sinn/Begehren, um diesseits von machtfreier Subjekt-Subjekt-Perspektive die transzendente Geburt

²³ Vgl. auch J.-A. Miller, „Contre-transfert et intersubjectivité“, in: *La cause freudienne* 53 (2003) 7-39.

der immanenten Subjektivität zur intensiven Erprobung werden zu lassen, die keinem Objekt als Wertreferenz für diese Selbstbestimmung mehr unterliegt – und damit eben auch keinen rein psychischen Übertragungsgesetzen mehr. Man könnte folglich sagen, dass die eigentliche „Übertragung“ das *Sich-Übertragen* des Lebens auf die in ihr radikal geborene Subjektivität bildet, wodurch diese „Übertragung“ des Lebens als dessen unzurückweisbares Ankünftigwerden zu einer stets lebendigen Reziprozität wird, welche das Wesen der therapeutischen (wie auch alltäglichen) Übertragung/Gegenübertragung als Vollzug ursprünglicher Gemeinschaftlichkeit sein dürfte. Die empirisch psychischen wie intersubjektiven Gesetzmäßigkeiten als Tribschicksal, Verdrängung, Symbolisierung etc. sind dabei nicht aufgehoben, aber was als phänomenologische Ermöglichung all dessen zählt, ist die selbstaffektive Präsenz des Lebens mit seinen ununterbrochenen Modalisierungen. Das heißt, in der je spezifischen Modalisierung vermag das absolut phänomenologische Leben unmittelbar ergriffen werden, und wird dies prinzipiell im therapeutischen Prozess erprobt, dann erprobt eine Subjektivität ihre Identität mit diesem Leben selbst und kann aus den Konflikten der Fixierung von bestimmten Vorstellungen und Existenzentwürfen heraustreten.²⁴

In dieser Hinsicht sollte die Übertragungsproblematik ebenso wenig als das maßgebliche Hindernis für eine Veränderung des Patienten gesehen werden, so wie auch der scheinbar notwendige Verlauf einer Therapie nach theoretischen Konzeptualisierungen zu relativieren ist. Denn all dem liegt eine radikale Ermöglichung durch das absolut phänomenologische Leben als Ur-Konkretisierung voraus, welche die Wirklichkeit jeder Subjektivität bildet, so dass meta-psychologische Topologie oder strukturell sprachliche Andersheit (Differenz) wie in der Psychoanalyse Lacans²⁵ in ihrer relativen Effektivität aus der genannten innersten Selbstbewegung jeweils schöpfen, sofern sie Teilaspekte der immanenten Lebensteologie als Gesetzmäßigkeiten davon treffen, was aber von anderen Therapierichtungen wie der Existenz- oder Daseinsanalyse ebenfalls gilt. Denn man muss sich wirklich fragen, ob die *Triade* wie „Ich des Patienten“, „das Andere“ und „Ich des Therapeuten“ wirklich als entscheidende Epistemologie für den therapeutischen Prozess aufrecht zu erhalten ist, insofern diese „unbewusste Andersheit“ dann eine Selbständigkeit besäße, welche an sich nur einem in sich autonomen oder autarken Leben zukommen kann. Der „andere Schauplatz“, von dem auch schon Freud hinsichtlich des Unbewussten sprach, ist nur dem ekstatischen Blick

²⁴ Vgl. eine ausführlichere Diskussion in R. Kühn, *Begehren und Sinn. Grundlagen für eine phänomenologisch-tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Supervision – Zugleich ein Beitrag zu Jacques Lacan*, Freiburg/München, Alber 2015.

²⁵ Vgl. P. Widmer, *Subversion des Begehrens. Jacques Lacan oder Die zweite Revolution der Psychoanalyse*, Frankfurt/M., Suhrkamp 1990; H.-D. Gondek u. L. Tengelyi, *Neue Phänomenologie in Frankreich*, Frankfurt/M., Suhrkamp 2011, 304ff.

entzogen, aber dies besagt keineswegs, dass es ein *absolut Anderes* ist. Ebenso wenig impliziert die Relativierung dieser Triade keine fusionelle *Dyade*, wo Patient und Therapeut nur noch die Ebene des Imaginären als Begegnungsfeld besäßen,²⁶ da die affektiven wie sprachlichen Modalisierungen des Patienten stets eine Ipseität offenbaren, welche niemals mit der des Therapeuten zusammenfallen kann. Ob sich also Scham, Angst oder Schweigen in einer Therapiesitzung manifestiert, so setzt deren „Verstehen“ stets voraus, dass der Therapeut selbstaffektiv durch seine eigene transzendente Lebensgeburt unmittelbar weiß, was diese Gefühle sind, auch wenn er nicht dieselben biographischen Erfahrungen gemacht haben muss, in denen der Patient diese Gefühle als bedrängend erlebt hat (oder auch als beglückend). Hier zeigt sich die Kurzsichtigkeit, Subjektivität auf empirische Erfahrung oder strukturelle Andersheit begrenzen zu wollen, denn das „analytische Dritte“ bezieht sich auf (theorieabhängige) *Deutungskonstruktionen*, sei es das „ödipale Dreieck“ oder die symbolische Dimension (Phallus) im Sinne der Lacanschule, welche zur dyadischen Beziehung zwischen Mutter und Kind bzw. Therapeut und Patient hinzutritt. Dagegen haben wir zuvor schon radikal phänomenologisch darauf hingewiesen, dass es eine viel ältere, ursprünglichere Proto-Relation gibt, die weder Trias noch Dyade ist, sondern *Einheit* in jeder Differenz, so dass weder das „Andere“ oder das „Dritte“ noch eine imaginäre Fusion hypostasiert werden muss.

So lässt sich grundsätzlich verstehen, dass die Problematik von Übertragung/Gegenübertragung ein „Drittes“ nicht auszuklammern hat, um irrtümlicherweise in einen Austausch von scheinbar synchronen Subjektivitäten zu verfallen, sondern das „Dritte“ ist das gemeinsame phänomenologische Leben der intensiven oder pathischen Subjektivität, welche in ihrer jeweiligen Andersheit als „affektive Differenz“ gerade das *selbe* Leben ist. Insofern macht es in solcher Perspektive keine Schwierigkeit, den Patienten zu ermutigen, über Dinge zu sprechen, die ihm als sehr belastend erscheinen, auch wenn er dabei diese Belastung als Angst oder Scham auf den Therapeuten in Verbindung mit früheren Personen überträgt. Wenn aus dem immanenten Leben keine „menschliche“ Modalisierung im guten wie schlechten Sinne jemals herausfallen kann oder diesem Leben niemals aufgrund innerer Selbstaffektion fremd ist, dann dürfte eigentlich der Therapie ebenfalls keine subjektive Problematik fremd sein, und jegliche Form von (tiefen-)psychologischer oder technisch-methodischer Interventionstheoretisierung allgemein kann bezüglich auf diese Abyssalität des „menschlichen“ Pathos stets nur den Status einer Annäherung für sich beanspruchen. Die Übertragungsproblematik ist dann jener Bereich, wo alle Äußerungen – kritisch oder zustimmend in Bezug auf den

²⁶ Vgl. J. Lacan, *Le désir et son interprétation* (2013), 39f., 226f., für diese Kritik, auch dualer „Spiegelbezug“ genannt; sowie 244f. zum Vergleich zwischen dem *Schachspiel* und der (Gegen-)Übertragung. Dazu auch J. Rogozinski, *Le moi et la chair. Introduction à l'ego-analyse*, Paris, Cerf 2006, 66ff.

Therapeuten – von dieser Tiefe her gehört werden sollten, wobei der Therapeut seine eigenste tiefste Lebenserprobung nicht dem Patienten aufoktroiert, sondern als Raum der Resonanz zur Verfügung stellt, weil von all dem, was er hört, ihm prinzipiell als *Affektabilität* nichts unbekannt ist – weder Verdrängung noch Begehren oder Genießen und deren (teilweise „unbewusste“) Dialektik. Säuberlich zwischen „imaginärer“ und „symbolischer Übertragung“ trennen zu wollen, scheint daher etwas schwieriger zu sein, als es der konzeptuelle Schematismus von Real, Imaginär und Symbolisch (*RSI*) nach Lacan vorgibt,²⁷ denn in jeder Projektion steckt nicht nur eine zu klärende Vergangenheit. Vielmehr offenbart sich darin vor allem auch eine Aktualität unmittelbarer Selbstaffektion im Sinne leiblich-pathischer Intensität, und wenn diese imaginär sein sollte, so erlaubt sie nicht weniger Zugang zur unmittelbaren Subjektivität als die symbolische Problematisierung über das Sprechen. Denn wenn Affekte sich nur „positionell“ zur Welt als deren Erschließung oder Verschließung verhalten sollten, bzw. Gefühle zueinander nur reziprok sein sollten wie in der Übertragung,²⁸ dann ist damit noch nicht jenes Potenzial wirklich ausgelotet, welches den Zusammenhang von Affektivität/Leben grundsätzlich bestimmt, nämlich als intensive Immanenz, die in keinem Bild (Wort) ihre wirkliche Identität findet, und sei es das Bild des Todes oder des Nichts wie bei Lacan. Erst von diesem radikalen Punkt her scheint uns die Übertragung als „Wiederholung“ aufgebrochen werden zu können, weil dann kein Anlass mehr besteht, Wiederholung von Projektionen auf Andere zu unternehmen, um von diesen eine Antwort auf Sinn/Begehren des eigenen Lebens zu erlangen.

Daher dürfen wir folgern, dass die Gefühle im Verhältnis von Übertragung/Gegenübertragung in der Tat nicht als bloße Effekte von empirischen Individuen zu sehen sind, sondern es mit einer transzendentalen Subjektivität zu tun haben, welche nach Nietzsche von der unbedingten Grundrealisierung von Freude/Schmerz im Sinne ständiger Geburt der absoluten Subjektivität als Kern eines jeden sichtbaren Individuums als „Wille zur Macht“ geprägt wäre, nämlich dergestalt, wie der Held am Ende eines griechischen Dramas dem Dionysischen Abgrund anheim gegeben wird, um dort von aller sichtbaren Individualität entkleidet zu sein. Oder mit anderen Worten aus „Jenseits von Gut und Böse“: „Nicht an einer Person hängen bleiben: sei sie die geliebteste, – jede Person ist ein Gefängnis, auch ein Winkel. Nicht an einem Vaterlande hängen bleiben [...]. Nicht an einer Wissenschaft [...]. Nicht an seiner eigenen Loslösung [...]. Nicht an unsern eigenen Tugenden hängen bleiben und als Ganzes das Opfer irgendeiner Einzelheit an uns werden [...]. Man muss wissen, *sich zu bewahren*: stärkste Probe der Unabhängigkeit.“²⁹

²⁷ Vgl. J.-M. Palmier, *Lacan. Le Symbolique et l'imaginaire*, Paris, Delarge 1972; M. Bousseyroux, *Lacan le Borroméen*, Toulouse, Erès 2014.

²⁸ Vgl. J. Lacan, *Le désir et son interprétation* (2013), 171f.

²⁹ *Kritische Studienausgabe, Band 5*, Berlin, De Gruyter 2005, 59.

Auf dieser Ebene kann man dann letztlich auch nicht mehr nur von einer „symbolischen Ordnung“ sprechen, denn die Oszillation von Freude/Schmerz ist stets ein konkretes und wirkliches Geschehen, welches als Immanenz nicht sprachlich werden muss, um zu „sein“. Angst und Scham, Liebe und Hass, aber auch das Schweigen gerade innerhalb der Therapien sind als mögliche Gefühle und Äußerungen innerhalb des Übertragungsgeschehens in diesem Sinne „wirklich“, und die Verbindung mit bestimmten Personen (einschließlich des Therapeuten) sekundär. Dies heißt nicht, dass diese Personen „nebensächlich“ wären, sondern es will nur besagen, dass die jeweilig effektiven Gefühle die Möglichkeit enthalten, dass der Patient durch diese Affekte unmittelbar zu *seiner* einmaligen Lebensaffektion vorzustoßen vermag, wenn er die Vorstellungsprojektionen als „Vorstellungsrepräsentanz“ (Freud) hinter sich lässt. In einer Wiederholung von Gefühlsprojektionen eine Verdrängung zu erkennen, ist ein Sachverhalt, der seinen entsprechenden therapeutischen Stellenwert besitzt, aber in der Übertragungsproblematik nur diesen Aspekt zu erfassen, um beispielsweise Hass auf Vater und Mutter bzw. Angst vor der Sexualität aufgrund früherer „Doktorspiele“ mit der Schwester und ihrer Vagina zu eruieren, heißt noch nicht, bis zu jenem Begehren vorgedrungen zu sein, welches die „Wiederholungen des Lebens“ als solche in Gang setzt, nämlich jene „Selbstwiederholung“ des Lebens, die nicht anders kann, als durch das Gewicht ihrer eigenen Passibilität die Bewegung der Selbsterfüllung dieses Lebens selbst zu sein.³⁰ Folglich hat auch eine Diskussion der Übertragung sich ihrer anthropologischen, philosophischen wie epistemologischen Voraussetzungen zu versichern, das heißt jene Wirklichkeit zu befragen, welche als begründend oder anfänglich jeweils angenommen wird (Unbewusstes, Differenz, Reales, Begehren etc.).

Dass die Therapie als besonderer Zugang zur „Wahrheit“ der Subjektivität keinem objektivierenden Wissen im Sinne eines Galileischen Methodenideals entspricht, dürfte daher einen gewissen Konsens innerhalb der meisten Therapieschulen darstellen.³¹ Damit ist aber noch nicht geklärt, wie der Zusammenhang von Wissen/Wahrheit als dieser spezifische Zugang zu verstehen bleibt, denn wenn letztlich die Bildlosigkeit für ein *Unaussagbares* steht, welches nur der Einzelne als sein Pathos erproben kann, dann bleibt auch der Bezug zwischen Realem/Symbolischem problematisch. Dies ist daran zu erkennen, dass Lacan mit Recht ein „absolutes Wissen“ im Sinne Hegels ablehnt, weil die

³⁰ Vgl. R. Kühn, *Praxis der Phänomenologie* (2009), Kap. I,2: „Wiederholung als Habitualität und Potenzialität“.

³¹ Eine Ausnahme bilden sicher unter anderem die Arbeiten von K. Grawe; vgl. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*, Göttingen, Hogrefe 1994; *Neuorpsychotherapie*, Göttingen-Bern-Toronto, Hogrefe 2004, wobei mit letzterem Werk überhaupt eine neuere Entwicklung sowohl für Psychotherapie wie Tiefenpsychologie angezeigt ist.

Negation ein *gedachtes* Wissen als „Bewusstsein“ immer nur als vorläufig erweist, ohne jedoch das „Begehren zu wissen“ aufheben zu können. Die Aufhebung der Objekte oder Vorstellungen setzt dieses Begehren unentwegt neu vor ein Nichts des Erfüllens (Genießens), so dass eben ein „absolutes Wissen“ als definitiver Genuss prinzipiell obsolet sein muss, solange man sich ihn als objektives Wissen vorstellt (und sei es in der Form des philosophischen Sich-Selbst-Wissens der durchlaufenen geschichtlichen Wissensformen). Im therapeutischen Bereich spricht unter anderem gegen ein solch abschließbares Wissen das Symptom als zu entzifferndes wie zu befreiendes Begehren, dessen „Wahrheit“ jene Bewegung veranlasst, welche die Psychoanalyse sowohl als *notwendig* wie *kontingent* verstehen möchte und im *sinthome* beim späten Lacan³² als leiblich-affektive *lalangue* neu konzeptualisiert wurde.

Die Notwendigkeit beruht hierbei im traumatisch Realen, welches nur als Mangel oder Fehlen auftritt, während sich zugleich dieses Notwendige als kontingent in der Wiederholung reproduziert. Das Unbewusste ist daher ein Wissen, welches sich ignoriert. Aber während Lacan diesen „Sprung“ als eine transgressive Bewegung in die „Wahrheit“ des Subjekts versteht, kann dies für das (psychoanalytische) Übertragungsgeschehen allein bedeuten, dass sich Wort und Begehren als „Sprechen“ nur jeweils als eine Wahrheit durchdringen, die sich niemals gänzlich sagen wird, sondern sich als „gesagt“ immer nur auf halbem Wege zwischen dem Wissen des Wortes (Signifikanten) und dem unbewussten Nicht-Wissen/Begehren des Unbewussten situiert. So spreche zwar in der Therapie/Analyse die Wahrheit, aber das Subjekt *nähert* sich letztlich nur dem originär Traumatischen oder fundamentalen Phantasma, indem die „Urverdrängung“ es auch wieder davon entferne, indem die Effekte ein unaufhebbares Verschwinden oder Ausweichen vor dieser äußersten Wahrheit darstellen. Wir hatten schon kurz angedeutet, dass Lacan dafür auch die „Freiheit des Todes“ setzt, um in solcher Differenz oder Exzentrizität zu existieren.³³ Als Anfrage bleibt hier aber nochmals zu wiederholen, gerade weil die Übertragungsproblematik genau an diesen Punkt führt, dass das Nichts der Bildlosigkeit radikalisiert werden muss, damit das Schweigen innerhalb dieses psychoanalytischen Sprechens als Verweis auf ein unaufhebbares Fehlen zum Hinweis auf das Schweigen des Lebens in seiner Fülle selbst wird. In dieser Hinsicht gibt es in der Therapie in der Tat kein Wissen (keinen endgültigen „Sinn“), sondern nur eine Wahrheit, die sich selbst begehrt, um in diesem Begehren die namenlose Erprobung der absoluten Subjektivität auszumachen.

³² Vgl. *Le Séminaire XXIII: Le Sinthome*, Paris, Seuil 2005.

³³ Vgl. S. Lippi, *Transgressions* (2008), 213-224: „Savoir ‚scientifique‘ et vérité ‚transgressive‘“; D. Finkelde, *Exzessive Subjektivität. Eine Theorie tathafter Neubegründung des Ethischen nach Kant, Hegel und Lacan*, Freiburg/München, Alber 2015, 268ff.

Wenn mithin beim Patienten eine ganz besondere „Wahrheit“ am Werk ist, nämlich ein sich ständig modalisierendes unmittelbares „Lebenswissen“ seiner Affektabilität, dann kann auch das *Ausagieren* während der Therapiesitzung oder außerhalb davon nicht nur als negativ gesehen werden, selbst wenn es heute zumeist im psychologischen Bereich allgemein mit „unangemessenem Verhalten“ gleichgesetzt wird. Freud³⁴ sah das „Agieren“ dann auftreten, wenn die Übertragung „feindselig“ oder „überstark“ und damit „verdrängungsbedürftig“ wurde, was darauf hinweist, dass der Patient etwas nicht zum Ausdruck bringen konnte, weil er vom Vergessenen und Verdrängten nichts erinnern konnte. Das Agieren ist dann ein Reproduzieren durch das Tun, so wenn etwa mehrere Sitzungen versäumt werden, wozu auch lange Schweigepausen gezählt werden können, da der Patient eine affektive Kälte zu erfahren scheint, die ihm früher seine Familie entgegenbrachte. Manchmal können auch Dinge zerschlagen werden, so dass die Aufforderung, einen Ärger lautstark auszusprechen, durchaus sinnvoll ist, um durch ein solches Agieren den therapeutischen Prozess weiter zu motivieren. Es kann aber außerhalb desselben auch zu autodestruktiven Handlungen kommen, wenn der Patient das Gefühl hat, dass der Therapeut nicht zuhört oder etwas für ihn Wichtiges nicht wirklich ernst nehme. Es lassen sich daher solche Hinweise (ebenso wie Körpersprache, Bewegungen etc.) ebenfalls für das Übertragungsgeschehen fruchtbar machen, denn wenn jede Äußerung radikal phänomenologisch gesehen eine *selbstaffektive* Modalisierung voraussetzt, dann kann auch alles ergriffen werden, um es im Hinblick auf eine tiefere Lebenserprobung anzusprechen, deren Aktualisierung als die ursprüngliche subjektive Wahrheit in der Therapie insgesamt ansteht. Gerade dieses Agieren kann folglich zusammen mit den übrigen therapeutischen Elementen erkennen lassen, dass nicht ein objektivierbares Wissen über das „Selbst“ oder das „Ich“ der eigentliche Erkenntnisgewinn in einer Therapie ist, sondern das empfundene Zusammenfallen mit der eigenen Selbstaffektion als Gewissheit des einmalig subjektiven Lebens.

³⁴ Vgl. „Wiederholen, Erinnern und Durcharbeiten“ (1914), GW 10, Frankfurt/M. Fischer 1946, 126-136, hier 129f. – In der *Daseinsanalyse* wird das „Agieren“ nicht allein als ein Phänomen des Widerstandes gesehen, sondern auch als eine „Verhaltensmöglichkeit“, die bisher unerlaubt war und nicht zum Austragen gelangte; vgl. J. Jenewein, „Das Menschenbild der Daseinsanalyse“, in: H.G. Petzold (Hg.), *Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen*, Wien, Krammer 2012, 549-570, hier 563f. Auf ein noch weiteres Verständnis des „Agierens“ als kreative wie soziometrische „Rolle“ im *Psychodrama* können wir hier nur verweisen; vgl. Ch. Hutter, „Das Menschenbild des Psychodramas bei J.L. Moreno“, *ibd.*, 517-548.

3) Reine Affektabilität und therapeutische Praxis

Was bleibt nun therapeutisch zu tun, wenn der Widerstand so stark andauert, dass sich nichts mehr zu verändern scheint? Abgesehen von Supervisionen für den Analytiker/Therapeuten gerade in dieser besonderen Situation kann eine Neuorientierung der Therapie angebracht sein, wenn der Patient vielleicht doch nicht neurotisch ist, sondern etwa psychotisch, denn gerade eine Verwechslung in dieser Hinsicht kann zu starken negativen Übertragungen führen.³⁵ Interpunktieren, Deutungen oder auch Verfassen von Notizen während der Sitzung können nämlich von Psychotikern als Verfolgung empfunden werden, wobei dann solche Paranoia selbst zum Abbruch der Therapie insgesamt zu führen vermag. War die Übertragung zunächst leicht positiv zu Beginn und ist dann ins Negative umgeschlagen, dann liegt der Schluss nahe, dass der Patient einen starken heimlichen Groll gegen frühere Personen hegt und dies so stark auf den Therapeuten oder die Therapeutin überträgt, dass gerade auch die Gleich- oder Andersgeschlechtlichkeit das Motiv dieses Widerstandes darstellt, weshalb der Verweis auf andere KollegenInnen notwendig erscheint.³⁶ Sackgassen in der Übertragungsproblematik sind also nicht ausgeschlossen, denn abgesehen vom gerade zuvor Ausgeführten lässt sich wohl allgemein sagen, dass negative Übertragung (zeitweise) immer dann sich einstellt, wenn die Verdrängung aufgehoben wird, aber der Patient nichts darüber wissen möchte, was verdrängt wurde. Dies ist dann der Fall, wenn die Deutung zur Aufhebung einer Verdrängung führt, aber etwa ein Zwangsneurotiker daraufhin das Empfinden hat, man habe ihm damit nur beweisen wollen, diese nicht selbst aufheben zu können – und dies dann als Niederlage auf den Therapeuten durch seinen Widerstand überträgt.

Auf der imaginären Ebene sind folglich die Effekte einer reinen „Ich-zu-Ich“-Beziehung als mögliche Sackgasse zu sehen, und wenn das Patienten/Therapeuten-Verhältnis neu geklärt wurde, dann wird sicher auch wieder ein genaueres Hinhören auf das Eintreten, was der Patient im Einzelnen (auch auf der „Mikroebene“) äußert, um symbolische Verbindungen zwischen Personen aus der Vergangenheit und der Gegenwart auszumachen, bzw. zu Träumen, die in derselben Sitzung oder anderen berichtet wurden. Von einer rigiden Spaltung in Selbstbeobachtung und frei flottierende Aufmerksamkeit ist daher eher abzuraten (so als könnte man die Stimme des Supervisors in sich vernehmen), da es wie bei der künstlichen Trennung von „beobachtendem“ und „erlebendem Ich“ seitens des Patienten dann eher zu

³⁵ Zur manchmal schwierigen Diagnose von Neurose/Psychose und ihre Übergänge vgl. R. Tölle, *Psychiatrie*. Berlin-Heidelberg-New York, Springer 1982, 53 ff. u. 199ff.; J. E. Schlimme, „Das Abenteuer des Psychose. Verantwortlich leben mit anhaltendem Wahn“, in: *Psychologik. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur* 10 (2015) 170-192.

³⁶ Vgl. auch J.-A. Miller, *Le transfert négatif*, Paris, Navatin 2005.

einer kaum wünschenswerten Spaltung zwischen dem Erleben und Denken des Therapeuten käme. Auch eine mentale „versuchsweise Identifikation“ mit dem Patienten, um etwa zu antizipieren, wie er auf Deutungen von seinem Empfinden her reagieren könnte, dürfte etwas Künstliches haben, da sie sich imaginär an Effekte der Intervention wie „banal“, „formelhaft“ etc. bindet, und außerdem sollte für eine noch so große Empathie die breite und tiefe Unterschiedlichkeit möglicher Gefühlslagen bei jedem Menschen prinzipiell vorausgesetzt werden.³⁷ Dies schließt eine „doppelte Aufmerksamkeit“ nicht aus, nämlich einerseits auf das Sprechen und die Geschichte des Patienten zu hören und andererseits auf jene immanenten Modalisierungen zu achten, die sich über die Leiblichkeit des Anderen einschließlich des Affektiven in der Stimme mitteilen, um die symbolische Ebene mit der Unmittelbarkeit des intensiven oder pathischen Lebensgefühls zu verbinden. Im Idealfall ist es möglich, die Andersheit des Patienten angemessen wahrzunehmen und gleichzeitig für seine Worte offen zu bleiben, um auf jeden Fall die existentielle Einmaligkeit von Begehren/Sinn darin zu erkennen, obwohl der Therapeut vielleicht einen fundamental anderen Zugang zur existentiellen Wirklichkeit seinerseits pflegt.

Fassen wir für den Fokus der Aufmerksamkeit hinsichtlich des therapeutischen Prozesses einige wichtige angesprochene Punkte hier als Zwischenergebnis zusammen, so wäre Folgendes je nach Sachlage mehr oder weniger stark zu beachten:

- 1) die Einheit oder Zerstückelung der Geschichte des Patienten von der frühen Kindheit bis zu seinem aktuellen Leben
- 2) das gegenwärtig geschilderte Problem und seine Veränderung eventuell durch die Analyse
- 3) Verbindungen zu früheren Personen und aktuellen Übertragungen
- 4) vorübergehende und ständige Symptome sowie ihre Bedeutung für unbewusstes Material und Widerstände
- 5) Phantasien jeder Art mit Bezug zu einem fundamentalen Phantasma, welches die Erwartungshaltungen gegenüber „dem Anderen“ kennzeichnet
- 6) Verifikation der Diagnose und mögliche Revision zusammen mit den Schwierigkeiten, welche in der Therapie bislang auftraten; bzw. Punkte, die bewusst oder unbewusst ausgelassen wurden: scheinbar „nebensächlich“, „unangenehm“, „vergessen“, „fremdartig“ (zum Beispiel bestimmte religiöse oder sexuelle Praktiken) etc.

³⁷ Zur Diskussion über die „projektive Identifikation“ vgl. etwa H. Hinz, „Projektive Identifizierung und psychoanalytischer Dialog“, in: *Psyche* 7 (1989) 615-631; T.H. Odgen, *Projective Identification and psychotherapeutic technique*, Northvale NJ, Aronson 1982.; B. Fink, *Grundlagen der psychoanalytischen Technik* (2013), 239ff.

Aus der Wissenschaftsgeschichte wie aus den Psychosen wissen wir, dass Theorien und Wahnsysteme selbstbestätigend sind,³⁸ weshalb es angezeigt bleibt, die eigenen Apperzeptionsmuster stets neu zu überprüfen, um dem je einmaligen Ereignis eines Patienten gegenüber aufmerksamer und damit gerechter zu sein – denn es gibt keine „allgemeine Wahrheit“, unter der es subsumiert werden könnte. Hierbei sollte man sich auch nicht scheuen, die Voraussetzungen der eigenen therapeutischen Schulrichtung ständig auf den Prüfstand zu stellen, um eine Konformität zu vermeiden, die im therapeutischen Prozess nicht mehr produktiv und kreativ als „Einfall“ sowohl von Seiten des Patienten wie des Therapeuten auftritt.

Es geht des Weiteren hierbei nicht nur darum, eine triviale Erkenntnis zu unterstreichen, dass jede Wissenschaft und Institution von der Kritik und vom Wandel lebt, um sich notwendigerweise weiterzuentwickeln, weil keine Theorie oder Praxis jemals den Anspruch auf ihre endgültige Vollendung erheben kann. Insofern bedeutet die begrifflich durchgehaltene Parallelität von Psychotherapie/ Psychoanalyse in diesem Beitrag nicht das Verkennen ihrer programmatischen und institutionellen Unterschiede, sondern der Versuch, eine Gemeinschaftlichkeit bei allen methodischen wie inhaltlichen Vergleichen und Debatten nicht aus dem Blick zu verlieren. Diese Übereinstimmung vermag keine andere zu sein als das jeweilige *Individuum* im Sinne des „Patienten“, dem der „Therapeut“ wie „Analytiker“ seinerseits in seiner *Individualität* begegnet, die selbst bei äußerster Abstinenz und Reduktion im therapeutischen Vorgehen nicht abgestreift werden kann. Nun ist nichts unsicherer im gegenwärtigen philosophischen, politischen und gesellschaftlichen Diskurs in allen Bereichen (Gesundheitswesen, Erziehung, Ökonomie, Ethik, Menschenrechte etc.) wie der Status des „Subjekts“, da die es begründende Subjektivität in phänomenologischer Hinsicht als *lebendige Ipseität* von so genannten „De-Subjektivierungen“ abhängig gemacht werden soll, die gerade in der jüngeren französischen Diskussion von Bataille bis Nancy über Foucault und Lacan die *Dezentrierung* oder Grunderfahrung der Grenze (Tod) zur Voraussetzung einer effektiven „Selbstverwirklichung“ bzw. „Selbstsorge“ machen.³⁹

³⁸ Vgl. T.S. Kuhn, *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*, Frankfurt/M., Suhrkamp 2001; M. Titze, *Organisation des Bewusstseins: Typenstrukturierte Sinnzusammenhänge in den Welten des normalen, abnormalen und paranormalen Alltags*, Freiburg/München, Alber 2011.

³⁹ Vgl. etwa M. Foucault, *Dits et écrits, t. IV*, Paris, Gallimard 1994, 43, über solche *De-Subjektivierung* als das Herausreißen des Subjekts aus sich selbst, um nur noch seine „Vernichtung“ oder „Auflösung“ zu sein, das heißt ein subversiver Akt im Sinne einer „aktiven Passivität“, die sich nicht selbst aufgibt, aber ihre fundamentale Einheit leugnet. Dieselbe Grundüberzeugung trägt im Übrigen das gesamte Werk von Lacan; vgl. *Le désir et son interprétation* (2013), 262f.: „Das menschliche Wesen hat keinerlei Möglichkeit, eine Erfahrung der Totalität zu erreichen; es ist geteilt, zerrissen, und keine Analyse wird ihm die Totalität zurückgeben.“ – „Das menschliche Wesen: ein Wesen (Sein), in dem etwas fehlt, sei es männlich oder weiblich; es ist ein kastriertes Wesen.“

Soweit die Psychoanalyse seit Freud nicht überhaupt von einer Unterbestimmung phänomenologischer Subjektivität durch ein bloß energetisches oder topologisches Denken als „Psychodynamik“ abhängig ist, führt diese Betrachtungsweise dazu, das „Subjekt“ von einem System bzw. einer Struktur oder Logik abhängig zu machen, in denen es sich als „Unbewusstes“ oder „Selbst“ (Reales) nicht wieder erkennt, da die traditionelle Dichotomie von Allgemein/Partikulär überholt werden soll, was hinsichtlich eines bestimmten Metaphysikbegriffs ontologischer Prinzipien deduktion einen gewissen Sinn macht.

Wenn allerdings als Folge hiervon die absolut phänomenologische Subjektivität nicht als *jeder* Theoretisierung grundsätzlich vorgängig anerkannt wird, kann auch nicht genau diese (transzendente) Gemeinsamkeit aller Psychotherapie- und Analyserichtungen anerkannt werden, da jeder dann ein anderes (epistemologisches) Objekt als „Patient“ bearbeitet. Natürlich bleiben dann maßgebliche Unterschiede in empirischer, hermeneutischer und interventionstechnischer Hinsicht gegeben, aber ihnen allen ist gemeinsam, dass diese diversen Methoden und Praxisleistungen innerhalb des therapeutischen Geschehens aus der gemeinsamen Wurzel einer transzendental konkreten Subjektivität herrühren, die nicht das „leistende Ego“ im Husserlschen Sinne von teleologischer Weltkonstitution ist, sondern das abyssale „Mich“ der Lebenspassibilität, welche nicht nur eine energetische Vitalität bedeuten kann, sondern eine ebenso unaufhebbare wie unhintergehbare *Ipseisierung* darstellt. In seinem immanenten Geboren-Werden ohne substanzhafte Verdichtung bleibt dieses Mich für immer – und damit ständig – unsichtbar und unsagbar, ohne jedoch anonym oder fraktal bzw. differe(ä)ntiell gespalten zu sein, um dergestalt nie sich selbst zu kennen.⁴⁰ Solange dieser immanente Einheitspunkt in der Klärung der Übertragungsproblematik nicht erkannt wird, bleibt es bei einem Beschreibungs- und Interventionsversuch hinsichtlich der *Vorstellungen* von solcher Übertragungsrealität. Letztere stellt das innere Austauschgesetz der Subjektivität unter ihrem Aspekt originärer Affektibilität als Gemeinschaftlichkeit oder Mit-Pathos im Sinne einer „dritten Genealogie“ nach apperzeptiver Dekonstruktion und verdrängtem Unbewussten sowohl in neurotischer wie psychotischer Hinsicht dar – nämlich die Ohnmacht einer unaufhebbar anfänglichen „Traumatisierung“, ohne egohaftes (imaginär-ichliches) Supplement im und aus dem selbstaffektiven Leben geboren zu sein.⁴¹

⁴⁰ Für den notwendigen Rekurs jeder Wissenschaft auf das transzendental gesehene subjektive Empfinden vgl. E. Husserl, *Formale und transzendente Logik. Versuch einer Kritik der logischen Vernunft* (1929), Tübingen, Niemeyer 21981, 140ff. u. 179ff.; M. Henry, *Die Barbarei. Eine phänomenologische Kulturkritik*, Freiburg/München, Alber 1994, 190ff.

⁴¹ Vgl. M. Maeschalck, „Attention et subjectivation. D’une réduction ‚contre-pathétique‘“, in: M. Enders (Hg.), *Immanenz und Einheit. Festschrift zum 70. Geburtstag von Rolf Kühn*, Leiden/Boston, Brill 2015, 46-61.

Präzisieren wir die Übertragungswirklichkeit des therapeutischen Prozesses von diesem äußersten Punkt oder „Ort“ aus, der nicht geleugnet werden kann (es sei denn, man verbliebe in einer ek-statischen oder transzendenten Sichtweise auf das Leben wie Unbewusste), dann ergeben sich noch folgende Schlussbemerkungen. Da sich die Übertragung nicht verhindern lässt, ist sie ein phänomenologischer Hinweis darauf, dass sie jeweils vom Affekt herrührt, der mit der Wahrnehmung und der Einbildung als Bereiche realer und imaginärer Urteile verbunden ist. Die Therapie räumt diesen Manifestationen einen bevorzugten Platz ein, weil sich dadurch die Autonomie wie die Gebundenheit einer Person, ihr augenblicklicher „Sinn“ offenbart, wobei nur ein „Narzissmus zu Zweit“ als *folie à deux* zu vermeiden ist,⁴² damit das Begehren mit seinen Ängsten und Projektionen auch wirklich gehört werden kann. Wenn der Patient in seinem Leben bisher nicht die Antwort auf seine eigene Geschichte gefunden hat, weil sie zu konfliktuell oder traumatisch verlief, dann erwartet er eine solche Antwort notwendigerweise vom „Wissen“ des Therapeuten, der sich aber nicht in den subtilen Mechanismen einer Übertragung durch eine Gegenübertragung zu verfangen hat, da sonst nur Erlebnisse und Überzeugungen vom Patienten verfestigt werden, von denen dieser sich an sich zu befreien versucht. Das Nicht-Handeln des Analytikers in seiner Abstinenz (auch wenn mittlerweile Rückmeldungen für sinnvoll erachtet werden) ist ein Hinweis auf den reduktiv phänomenologischen Verlauf dieses Geschehens, denn eingeklammert werden sollen alle Vorstellungen, welche den Affekt daran hindern, sich selbst in seinem inneren Begehren als Selbstaffektion zu erfassen. Erfolgen dabei „Regressionen“ in die Kindheit, so sind diese zunächst vom Therapeuten mitzugehen, um den Ursprung und die Stärke eines Affekts nachzuempfinden, der in der Folgezeit zu leidvollen Erfahrungen geführt hat, wie etwa die Erfahrung von Verlassenheit oder Misshandlungen jeder Art.

Dieses Mitgehen als „Empathie“ oder sogar „Intro-Pathie“, das heißt als bewusst signalisierte Allianz mit dem Patienten⁴³ kann daher niemals ein negatives oder abschätziges Urteil implizieren, welches etwa den Patienten vermuten ließe, ich hielte ihn für ein Selbst ohne eigene Möglichkeiten. Vielmehr sollte sich der Patient durch das Geschehen von Übertragung/Gegenübertragung hindurch als eine eigenständige subjektive Kraft erfahren, weshalb die phänomenologische Reduktion hierbei impliziert, den Affekt nicht durch äußerliche Deutungen zu verfälschen, sondern seine Stärke von innen her erfahren zu lassen, denn am Ende der Therapie sollte ein Individuum mit der Gewissheit des Empfindens stehen, *sich selbst* in seiner Existenz weiterhelfen zu können. Dazu dient in der Psychoanalyse das

⁴² Über die Möglichkeit eines induzierten Wahns, der am Wahnerleben des Kranken partizipieren lässt, vgl. R. Tölle, *Psychiatrie* (1982), 178f.

⁴³ Vgl. R. Kühn u. R. Stachura, *Patho-genese und Fülle des Lebens* (2005), 112ff.

Geschehenlassen der „Wiederholung“ von Groll, Angst etc. mittels der Übertragung, um über die erkannte Verdrängung zu einer Übertragung zu gelangen, welche im besten Fall die Wiederholung nicht mehr notwendig macht, da der Patient sich seiner eigenen Affekte bewusst geworden ist, die neben den verdrängten ein Eigensein als Subjektivität empfinden lassen, um dadurch auch Abhängigkeitsverhältnisse von Minderwertigkeit oder Unterwürfigkeit bzw. von neurotischen, manischen und hysterischen Allmachtsvorstellungen zu überwinden. Gleiches kann aber auch durch Konfrontation mit Situationen geschehen, in denen der Patient existentiell gezeigt hat, dass er auch „anders“ handeln kann, denn dadurch hebt sich die Hypostasierung einer bestimmten Affekterfahrung auf, indem zusätzlich andere erprobt werden, deren Gegebenheit bzw. Wichtigkeit noch nicht in das Wahrnehmungsspektrum von Sinn und Werten als „Person“ integriert wurde. Um auf diesem Wege das je subjektive Begehren neu zu entdecken und zu festigen, sollte eine Gegenübertragung niemals direktiv in dem Sinne sein, dass etwas vorgeschlagen wird, das der Patient nicht selbst als konkrete Möglichkeit in sich verspürt. Dies hat oft zur Voraussetzung, dass ein tiefes Leiden durchschritten werden muss, wo die Erfahrungen von Einsamkeit und Verstörung so stark sein können, dass der Patient doch wieder nach einem „Helfer“ ruft. In diesem Kontext können dann auch religiöse, spirituelle oder philosophische (weltanschauliche) Fragen aufbrechen, denen der Therapeut sich kundig zu stellen hat, ohne der Versuchung zu erliegen, eine neue Vorstellung anstelle alter Illusionen zu setzen, die ein Leben bisher normiert hatten.⁴⁴

Die *Libido* ist bei diesem Vorgehen keineswegs zu negieren, sexuelle und erotische Probleme im Zusammenhang von Beziehungen oder in Hinsicht auf die eigene Leiblichkeit äußerst ernst zu nehmen, aber jede Libido (Trieb) ist immer auch schon Ausrichtung auf etwas hin, mit anderen Worten der Vorentwurf eines „Sinns“, der dergestalt inchoativ zu ergreifen ist und sich durch die weitere Affektibilität als „Intuition“ (Gewissen diesseits des „Über-Ichs“) genauer präzisiert. All diese Prozesse vollziehen sich dank der Übertragung/Gegenübertragung, die damit eine reziproke Verifikation bildet, dass die Affekte erkannt, vertieft und prospektiv orientiert werden können, wobei die Gegenseitigkeit von Patient/Therapeut hierbei die jeweilige Selbständigkeit nicht aufhebt. Analytisch kann man bei solcher „Katharsis“ stehen bleiben, denn die neuen Intentionalitäten, welche sich existentiell herausbilden, wenn die Gewissheit der eigenen Subjektivität stark genug geworden ist, werden sich im Vollzug eines neuen Existierens und Handelns herausbilden. Da allerdings eine radikal phänomenologische Ipseität grundsätzlich als Einheit von Begehren/Sinn gesehen werden sollte, sind auch die beiden Wirklichkeiten von Begehren und

⁴⁴ Vgl. V.E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*, München, DTV 2007, sowie auch Th. Fuchs u.a. (Hg.), *Das leidende Subjekt. Phänomenologie als Wissenschaft der Psyche*, Freiburg/München, Alber 2014.

Sinn stets korrelativ zueinander durchzuarbeiten und zu verwirklichen, um zu tatsächlichen Veränderungen des Patienten hinzufinden. Diese Katharsis ist in gewisser Weise der Abstieg in ein Nichts der Vorstellungen und deren Tod, aber nicht, um das Subjekt nun von diesen Prämissen her nihilistisch leben zu lassen, sondern aus einer Geburt der „dritten Genealogie“ heraus – mithin in der Einheit von Affekt und Vorstellung, da die ständige Revision der Projektionen mit ihren imaginären Folgen nicht mehr gefürchtet werden muss, wie es zu Zeiten der Abhängigkeit von einem normativen Sicherungssystem der Fall war. In diesem Sinne kann auch der Neurotiker, der „Objekt“ seines Symptoms ist, indem er es erleidet und von ihm geleitet wird, eine mögliche Umkehr entdecken, dass in der Tat sein Begehren in seinem Symptom selbst impliziert ist und letzteres daher nicht völlig nur zu erleiden ist. Wenn also das Symptom der Existenz einen gewissen „Sinn“ verleiht, weshalb es nicht so leicht ist, von diesem symptomalen „Sinn“ zu lösen, so bleibt doch immer auch die Transgression des Lebens gegeben, die immer schon in einem „Mehr“ stattgefunden hat, welches das Symptom seinerseits nicht völlig verdunkeln und vereinnahmen kann.⁴⁵ Ob man dies dann „Freiheit“ oder „Autonomie“ nennt, ist eine Frage des Vokabulars, dem man semantisch und epistemologisch den Vorzug geben will – entscheidend bleibt, dass eine Befreiung oder Transgression prinzipiell vom Leben her möglich wird. Deshalb sind Begriffe wie Wette, Spiel, Zufall oder auch Rätsel/Geheimnis (wie sie unter anderem seit Pascal in die metaphysische Anthropologie eingebracht wurden und sich bis Nietzsche und Bataille durchziehen) eine Täuschung hinsichtlich der Entscheidung, die immer schon gefallen ist: nämlich *dieses* Individuum zu sein, welches sich am Anfang nicht selbst gewählt hat, und Spiel und Zufall etc. lassen glauben, dass die Entscheidung von außen kommen kann, indem irgendwelche Würfeln das Los werfen.⁴⁶

Der Übertragungsaugenblick besitzt daher bei aller Offenheit der Deutung und Weiterentwicklung eine prinzipielle Positivität, dass sich das rein subjektive Leben in diesem Augenblick als eine phänomenologische Bestimmung konkretisiert, als ein *Dieses*, welches als das Nichts (Tod) aller Vorstellungen erlebt werden kann. Es ist jener Punkt, den Freud wohl als „Nabel des Traums“ und Bion als „Null“ nahe der Mystik im Auge hatten, weil er nicht mehr expliziert werden kann und eine unmittelbare Konfrontation mit dem Affekt als Leben impliziert.⁴⁷ Hier wäre eine „inzestuöse“ Gegenproblematik in der Tat für den Patienten sehr gefährlich, wenn er nämlich in eine affektive Beziehung mit dem Therapeuten hineingenommen

⁴⁵ Vgl. J. Godebski, *Le tout dernier enseignement de Lacan. Un renouvellement de la clinique?*, Paris, L'Harmattan 2009, 39ff.

⁴⁶ Dies als kritische Bemerkung gegenüber der Sichtweise von S. Lippi, *Transgressions* (2008), 184ff.

⁴⁷ Vgl. K.-H. Witte, *Zwischen Psychoanalyse und Mystik. Psychologisch-phänomenologische Analysen*, Freiburg/München, Alber 2010.

wäre, die nicht seinen eigenen schweigenden Affekt berührt. Die inneren wie äußeren Bedingungen des therapeutischen Prozesses müssen es also erlauben, diesen Abstieg, sein Durchschreiten und dann seine Hinüberführung in Existenz und Welt zu gewähren, und zwar nunmehr ohne Rückversicherung durch Andere, sei es das „Wissen“ des Therapeuten oder eine andere Hypostase („Name-des-Vaters“; Phallus).⁴⁸ In diesem Durchschreiten gewinnen Bedürfen, Begehren und Handeln eine neue Koloratur, denn Verzweiflung, Angst, Hoffnung und Freude sind nicht mehr dasselbe wie vorher, da das Begehren über das isolierte oder fixierte „Genießen“ (Lacan) hinaus ist, ohne es zu verneinen und das Phantasma vielleicht ganz besiegt zu haben. Übertragung und Wiederholung sind aneinander gebunden, weil einerseits die selbstaffektive oder immanente Modalisierung die Affekte auseinander hervor- und ineinander übergehen lässt (mithin ständig umkehrt), so wie andererseits die unendlichen Welthorizonte einer Wiederholung unserer Möglichkeiten im Sinne einer vertieften und erweiterten Exploration unterliegen. Die Übertragung übt mit anderen Worten eine „neue Gewohnheit“ oder „Fluidität“ ein, die abhängig ist von der Tiefe des Affekts, mit der das eigene subjektive Leben berührt wurde. Insofern kann die Therapie/Analyse weder etwas Empirisches oder Hermeneutisches letztlich sein,⁴⁹ sondern eben eine intensive subjektive *Praxis*, in welche die Übertragungsbeziehung einübt. Die therapeutische Geduld erfordert es dabei nicht, einen Patienten gewalttätig in diese „Tiefe“ hineinzuerwerfen, wenn er noch nicht dazu bereits ist; aber der Therapeut darf aus eigener Angst auch diese Möglichkeit nicht verpassen. Die Übertragung gibt zu verstehen, dass der Patient das Maß und die eigentümliche Zeitlichkeit seines Weges im Sinne einer inneren Historialität vorgibt, die keinen äußeren Kategorien von vermessbarer Objektivität unterliegt.

Radikal phänomenologisch besagt nämlich der Zusammenhang von Wiederholung/Übertragung nicht die zweimal gegebene Vorstellung von etwas Vorgestelltem, sondern die Gegenwärtigkeit einer Präsenz, welche gar nicht anders kann, als stets gegenwärtig zu sein – also nie „unbewusst“ ist, sondern „unmittelbar“ oder „schweigend“ gegeben. Wenn dazu in der Gegenübertragung das Sprechen mit seinen symbolischen Referenzen eingesetzt wird, so kann dies entgegen Lacan allerdings bedeuten, dass das „Unbewusste, das nie unbewusst ist“ – nämlich der Affekt (Freud) – letztlich nicht dort aufgesucht werden muss, wo eine solche Direktheit möglich ist. Wenn der Affekt eine primordiale Kraft ist (Energie, Libido, Begehren), dann kann er dies nur aus sich selbst sein, das heißt im Leben, das keinerlei Differenz oder Abstand in sich kennt. Auf diese Unbezweifelbarkeit der Affektibilität als subjektives Selbstsein im Sinne von Gewissheit einer Kraft zielt

⁴⁸ Vgl. J. Lacan, *Des Noms-du-Père*, Paris, Seuil 2005.

⁴⁹ Dies wäre eine notwendige Abgrenzung von der insgesamt sonst so wichtigen Untersuchung von Paul Ricoeur: *De l'Interprétation. Essai sur Freud*, Paris, Seuil 1965 (dt. *Die Interpretation. Ein Versuch über Freud*, Frankfurt/M., Suhrkamp 1969).

daher die Gegenübertragung diesseits aller Deutung und Interpretation von Lebensschicksal. Mit anderen Worten handelt es sich um die einzige Phänomenalität, welche nie durchgestrichen werden kann, wobei festzuhalten bleibt, dass es im radikalen Sinne nicht um einen besonderen, singulären Affekt geht, der noch als ein „Etwas“ empfunden werden könnte, sondern um die *Selbstimpressionabilität* der Subjektivität als solcher – was nichts anderes als das ist, was in diesem Beitrag als das rein phänomenologische oder selbst-narrative Leben gegenüber allen analytischen oder sonstigen psychotherapeutischen Verkürzungen deutlich machen wollten. Denn wenn es kein einzelner oder besonderer Affekt ist, um den es sich in der Wiederholung/Gegenübertragung handelt, dann ist es auch nicht möglich, sich ihm zu entziehen, weil es sich um das *Selbst-Erleiden* des Lebens handelt, so wie Freud⁵⁰ sagt, dass „das Ich gegen Triebreize wehrlos ist“. Dieses Selbst-Erleiden des Lebens in seiner dichtesten subjektiven Bestimmtheit geschieht mithin als Affektibilität des Affekts noch diesseits jeder Assoziation und Deutung sowie auch Erinnerung und Durcharbeitung – als sprachloses, traumatisches Ausgesetztsein; als Ursprungsort des Begehrens, wohin das Übertragungsgeschehen als konkrete Möglichkeit aller existentiellen Potenzialitäten zurückführen will, die dann der Patient als seine Existenz (wieder) ergreifen kann.

⁵⁰ *Triebe und Triebchicksale (1915)*, GW 12, Frankfurt/M., Fischer 210-232, hier 226; vgl. dazu auch M. Henry, *Affekt und Subjektivität (2005)*, 155f.

