

Horst Kächele, Ulm

Von der Einheit zur Vielfalt - Formen psychoanalytisch-therapeutischen Handelns
theoretische Binnen-Differenzierung

Am Anfang war Freud und er schuf die Psychoanalyse als Theorie, als Forschungsmethode und als Therapie.

Als Theorie erwies sich die Psychoanalyse bald als ein ziemlich munteres Kind; Freud Auseinandersetzungen mit seinen ersten Mitstreitern wie mit C G Jung - der dann die analytische Psychologie schuf, oder Adler, der die Individualpsychologie kreierte, oder Rank, der das Traum der Geburt zum allumfassenden Erklärungsprinzip ausbaute, waren nur der Beginn einer eindrucksvollen, gedanklichen Vielfalt, die sich auch nur therapeutische Vielfalt umsetzte:

BILD

- # Triebtheorie (Freud I)
- # Strukturtheorie (Freud II, Anna Freud, Brenner)
- # Kleinianische Psychoanalyse (M.Klein, Rosenfeld, Loch, Bott-Spillius))
- # Ich-Psychologie (Hartmann, Kris & Loewenstein)
- # Objektbeziehungspsychologie (Ferenczi, Winnicott, Balint)
- # Lacan'sche Psychoanalyse (Lacan, Dolto)
- # Neo-Psychoanalyse (Schoenberger-Hencke, Dührssen)
- # Selbst-psychologie (Kohut, Henseler)
- # mixed models Psychoanalyse (Kernberg)
- # British Freudian (Sandler, Fonagy)

Als hoch individualisierte, klinische Forschungsmethode für das intensive Studium des menschlichen Innenlebens durch die Methode des empathischen Nachvollzugs und der sorgfältigen Beobachtung der Interaktion zwischen Patient und Analytiker wird sie nach wie vor hoch geschätzt- nicht von allen, aber von hinreichend vielen gebildeten Menschen des westlichen Kulturkreises. Von Philosophen teilweise hoch geschätzt und noch öfter vielfach verdammt, wurde das "erkenne Dich selbst

in einer (therapeutischen Beziehung)" zum dritten Weg einer reflektierenden Sozialwissenschaft (Habermas 1968).

Als therapeutische Methode hat sie sich von einem randständigen, Katakomben Rinnsal zu einem mächtigen öffentlich Strom entwickelt, der sich in vielfältiger Weise der Nachfrage nach Psychotherapie quer durch alle Bevölkerungsschichten und Problembereichen annahm und sich durch eine über die Jahrzehnte wachsende erhebliche Binnendifferenzierung auszeichnet. Auch wenn die Entwicklung welt weit sehr unterschiedlich sein mag, so steht demn Freud.Bashing in den USA ein Dekret des russischen Präsidenten zur offiziellen Wiedereinführung der Psyxchoanalyse gegenüber.

Im Unterschied zum publizierten. gleichsam versteinerten Bild von der Psychoanalyse als hochstandardisierter Behandlungsmethode erinnere ich Sie an folgende Festellung,

BILD

"liegt es nicht vielmehr nahe, ihm (dem Patienten) auch dadurch zu helfen,, dass wir ihn in jene psychische Situation versetzen, welche für die erwünschte Erledigung des Konfliktes die günstigste ist? (Freud 1919, S.187).

Diese Flexibilität der Behandlungsmethode wird aus vielen, komplex determinierten Gründen in der der der organisierten psychoanalytischen Welt selten so offen diskutiert, wie sie praktiziert wird. Da ich nicht über die institutionelle Entwicklung der Psychoanalyse sprechen muß - da kann Prof. Kernberg, der derzeitige Präsident der internationalen psychoanalytischen Vereinigung, viel prägnanter, reicht es mir, ihnen zu vermitteln, dass bei großartiger und empirisch nur wenig überprüfter Theoriebildungsaktivität trotzdem bei den Praktikern der Psychoanalyse die These vom vom sog. common ground (Wallerstein 19@) die Psychoanalytiker aller Ländern frohgemut vereint.

In der Tat folgende drei Momente kennzeichnen nach wie vor das therapeutischen Handeln der psychoanalytischen Therapeuten:

BILD

supportiv - orientiert

beziehungs-konflikt-orientiert

Übertragung

- hier-und jetzt - orientiert

- vergangenheits - orientiert

soviel zur Einleitung, un zur Geschichte meines Themas innerhalb der
Gesellschaft

BILD

"Gegen das Übermaß von neurotischen Elend, das es in der Welt gibt, und vielleicht nicht zu geben braucht, kommt das, was wir wegschaffen können, quantitativ kaum in Betracht.....Für die breiten Volksschichten, die ungeheuer schwer unter den Neurosen leiden, können wir derzeit nichts tun.....Irgendwann einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen... (Freud 1919a, S.192).

In diesem Sinne konnte Ernst Simmel im Rechenschaftsbericht des Berliner Institutes aus dem Jahre 1930 unmissverständlich eine Kosten-Nutzen Rechnung fordern:

"Denn wer je zusammenrechnen könnte was die Krankenkassen unnütz an Geld für Verordnungen verschwenden, gegen all die sog. Psychopathien, das heißt in Wirklichkeit gegen Neurosen ---" und " wer zusammenrechnen könnte, welche großen pekuniären Leitungen die Kassen aufzubringen haben für die Kranken, die immer wieder rückfällig werden müssen, weil ihre eigentlichen neurotischen Störungen nicht diagnostiziert wurde .." und " wer nachrechnen könnte wieviel Renten neurosen dadurch entstehen, das psychische Unfallfolgen nicht schon im Keim psychoanalytisch behandelt und beseitigt werden; wer diese und auch anderes mehr zahlenmäßig erfassen könnte, der würde den Kassen beweisen können, wieviel sie sparen, bzw in sozialhygienischer Beziehung zweckmäßiger verwenden würden, wenn sie die psychoanalytische Behandlung ihren Krankenkassenmitgliedern zugänglich machten"(Simmel 1930, S.9 s.a. Senf 1990).

Die Anerkennung der Psychoanalyse bzw der analytischen Psychotherapie durch die Krankenkassen als erstattungsfähige Krankenbehandlung hat in Berlin ihren Ursprung. 1946 war in Berlin das unter der Leitung von W.Kemper und H.Schultz-Hencke stehende "Institut für psychogene Erkrankungen der Versicherungsanstalt" entstanden. Es war die erste psychotherapeutische Poliklinik, die finanziell von einer halbstaatlichen Organisation, der späteren Allgemeinen

Ortskrankenkasse Berlin, getragen wurde (Dührssen 1972). Damit war ein Grundstein für die Honorierung der psychoanalytischen Therapie durch gesetzliche Krankenkassen gelegt.

Die Studie von Dührssen und Jorswieck, 1965 publiziert, belegte mit einfachen Mitteln die Leistungsfähigkeit von analytischer Psychotherapie mit einer mittleren Dauer von ca 100 Stunden (10-15% hatten bis zu 200 Std, 10-15 nur 50-60 Std).

BILD

Ergebnis bei Katamnese der Behandlung (N =979)		
Sehr gut und gut gebessert	441	45,04
Befriedigend und genügend gebessert	367	37,49
Kaum gebessert und ergebnislos	<u>171</u>	<u>17,47</u>
	979	100,00
Dürssen & Jorswieck 1965		

Diese Studie führt uns in die Gegenwart; nicht nur wegen dieser Studie, aber auch durch diese Studie wurde in der BRD mit der Einführung der Psychotherapie als ambulanter Kassenleistung 1967 eine Entwicklung in Gang gesetzt, die an erfolgreicher Faktizität nichts zu wünschen übrig lässt. Ca 14 000 Psychotherapeuten beteiligen sich derzeit an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung..

Über die ambulante kassenärztliche Versorgungsleistung liegen jährlich aktualisierte Zahlen vor:

BRD 1996/1997 - Psychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung

8002 Ärztliche tiefenpsychologisch/ psychoanalytisch orientierte
Psychotherapeuten

<p>3686 Nichtärztliche tiefenpsychologisch/ psychoanalytisch orientierte Psychotherapeuten davon</p> <p>1309 Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten</p> <p>1249 Ausbildungskandidaten</p> <p>1229 ärztliche Verhaltenstherapeuten</p> <p>3354 psychologische Verhaltenstherapeuten</p> <p>o.A. Ausbildungskandidaten</p>

Die Zahl der Behandlungsfälle weisen den vielleicht überraschenden Befund auf, dass tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Psychotherapie gleichermassen rund 2/3 der Patienten mit Kurzzeitverfahren und 1/3 mit Langzeitverfahren behandeln (Kächele 1996). Mehr als 220 000 Behandlungsfälle werden im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erbracht.

BRD 1996/97 Behandlungsfälle gesamt 297 176		
tiefenpsychologische Psychotherapie		163 649
a) Kurzzeit (Antragsverfahren)	119 947	
Delegation	30 493	
b) Langzeit (Gutachterverfahren)	43 702	
Delegation	10 004	
analytische Psychotherapie		32 851
Delegation	19 188	
Verhaltenstherapie		110 676
a) Kurzzeit (Antragsverfahren)	81 623	
Delegation	73 185	
b) Langzeit (Gutachterverfahren)	30 949	
Delegation	29 053	

Die sog. Richtlinienpsychotherapie - ein Terminus der kassenärztlichen Versorgungsstruktur anerkennt derzeit drei psychotherapeutische Verfahren: dies

sind die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie.

Neben dieser Richtlinienpsychotherapie gab es bislang die sog.

Erstattungspsychotherapie, bei der therapeutisch tätige Psychologen in sog. unterversorgten Gebieten direkt mit den Krankenkassen ohne Einschaltung der kassenärztlichen Vereinigungen direkt abrechnen konnten. Mit der Verabschiedung des Gesetzes für die psychologischen Psychotherapeuten soll eine klar angelegte Flurbereinigung stattfinden; man wird sehen, welche neuen, bislang nicht kassenrechtlich anerkannten Verfahren - wie Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie usw. dann im Katalog der Richtlinien auftauchen.

Für jedes dieser Verfahren wurde durch Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung und der Verbände der Krankenkassen Leistungsgrößen und Verfahrensweisen festgelegt. So existieren für jede der drei Therapiegruppen jeweils eine Variante als Einzeltherapie und als Gruppentherapie.

Die Stellung der analytischen Psychotherapie ist in den letzten Jahren mit einer Beschränkung der Leistungen der kassenärztlichen Versorgung konfrontiert worden (Thomä 1994). Zwei- bis dreistündige psychoanalytische Therapien werden bis zu der Dauer von 300 Stunden finanziert; nur noch phasenweise werden hochfrequente Therapieabschnitte (4-5 Std pro Woche) übernommen. Die mangelnde wissenschaftliche Durchdringung der differentiellen Therapieindikation und ihren Auswirkungen auf die Frequenz macht sich zunehmend bemerkbar (Grawe et al. 1994; Kächele 1994; Sandell, 1998).

Trotzdem ist festzuhalten, dass die psychoanalytisch inspirierten Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie) noch immer quantitativ die ambulante psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung dominieren.

Ergänzend und für die bundesdeutsche Psychotherapie-Szene ebenfalls hochgradig charakteristisch ist die Versorgung psychoneurotisch-psychosomatisch Kranker durch stationäre Psychotherapie in über 50 Fach- bzw. Rehabilitationskliniken mit derzeit über 8000 Betten (Lachauer et al. 1991). Diese in der Welt einmalige Situation ist nicht nur aus Versorgungsengpässen entstanden, sondern basiert - wie Schepank (1988) verdeutlicht - auf spezifischen sozio-kulturellen Bedingungsfaktoren in der BRD:

- 1.) allgemeiner Wohlstand der Bevölkerungsmehrheit und des Staates in Verbindung mit
- 2.) einer die Verteilung der finanziellen Ressourcen regelnden tradierten (Sozial-)Gesetzgebung,
- 3.) das Aufkommen einer psychoanalytisch orientierten psychodynamischen Theorie und Praxis,
- 4.) die eigenständige Etablierung der Psychoanalyse parallel zur traditionellen psychiatrischen Versorgung;
- 5.) unsere freiheitliche - demokratische Grundordnung und schließlich
- 6.) ein sehr weit fortgeschrittener Säkularisierungsprozess.

Entscheidend war die unter Punkt 2) aufgeführte Rolle der (Sozial-) Gesetzgebung, die "eine finanziell und gesetzlich abgesicherte wesentliche Rahmenbedingung zur Einrichtung stationärer psychotherapeutischer Versorgung bieten konnte". Die Rolle der Psychoanalyse ist historisch auch hier bedeutsam wie auch bei der Einführung der ambulanten Psychotherapie; die problemlose Akzeptanz der verhaltenstherapeutisch orientierten Reha- und Fachkliniken (Meermann & Vande-reycken 1991) in diesem System zeigt, dass die Gesetzgebung offen für verschiedene Therapietheorien ist.

Formen der psychoanalytischen Therapien

Was sind nun die verschiedenen Formen der psychoanalytischen Therapien, die sich aus dem Anfang - aus der Psychoanalyse heraus entwickelten. Was macht ihre Gemeinsamkeit aus, und was ihre Unterschiede.

BILD

Gemeinsam ist allen Therapieformen, die sich aus dem Mutterboden der Psychoanalyse heraus bildeten, ihre Orientierung am Paradigma der Übertragung: Dieses betont die Beziehungsdimension, stellt das erlebende Subjekt in den Vordergrund und die unbewußten Anteile des menschlichen Erlebens und Verhaltens.

Vorbedingung aller psychotherapeutischen Bemühungen gleich welcher Art erfordert vom Patienten die Bereitschaft zur Mitarbeit, die Entwicklung einer Bindung und die Entwicklung problemlösender Einstellungen als Folge der therapeutischen Arbeit.

BILD

Die therapeutische Arbeitsbeziehung ist die notwendige, unerlässliche Basis der anderen therapeutischen Operationen. Sie gehört zu den durch die Forschung um besten bestätigten Wirkfaktoren in allen bisher untersuchten Psychotherapieformen. Basierend auf der therapeutischen Arbeitsbeziehung werden in den psychoanalytischen Therapieformen aktuelle Beziehungsprobleme identifiziert, denen aus der lebensgeschichtlichen Entwicklung stammende Strategien zugrundeliegen, die zur Zeit ihrer Bildung, nicht nur in der Kindheit, sondern überhaupt im Entwicklungsprozess entwickelt wurden. Zu der Zeit ihrer Entstehung waren sie Not-Lösungen, aber Lösungen, die in der gegenwärtigen Anwendung jedoch nicht mehr günstig sind. In der Herstellung neuer Erfahrungen im therapeutischen Prozess wird die Sicherheit gewonnen, die alten Problemlösungen zu relativieren und neue zu akzeptieren.

Die Unterschiede der gegenwärtig praktizierten psychoanalytisch inspirierten Therapieformen lässt sich an einem Drei-Faktorenmodell veranschaulichen:

BILD

In allen psychoanalytisch orientierten Therapien werden diese drei Dimensionen wenn auch in unterschiedlichen Ausmass realisiert

Die Dimension des Haltgebens, wird in der neudeutsch als supportive Therapie bezeichneten Behandlungsform, auch als Stütztherapie (Heim) gekennzeichnet, konsequent verwirklicht. Patienten mit akuten, meist sozial veranlassten Problemen finden Unterstützung und Hilfestellung bei der Bewältigung ihrer konfliktiven Situationen. Die Dimension der Übertragung unbewusster Konflikte in soziale Krisensituationen wird von den in tiefenpsychologischer Therapie geschulten Kräften - bei uns in Ulm sind dies meist die Sozialarbeiter der Ambulanz - explizit nicht in therapiepraktischem Sinne berücksichtigt. An der Yale University wurde dieses Vorgehen erfolgreich manualisiert (Klerman et al.) und als "interpersonelle Therapie" bei der Behandlung von affektiven Störungen in methodisch elaborierter Weise als Kurzbehandlungsform mit beeindruckendem Erfolg gezielt eingesetzt. Was im Kassenjargon "tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie" heißt, deckte eine große Variabilität von eklektisch zu beschreibenden Behandlungsweisen ab. Es sollen aktuell wirksame neurotische Konflikte durch Einschränkung des

Behandlungsziels, durch ein konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Tendenzen eine Konzentration des therapeutischen Prozesses erreicht werden (Faber & Haarstrick, 1989, S.39f). Theoretisch sollte die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie vornehmlich exogen veranlasste Aktualkonflikte behandeln, die nicht die Durcharbeitung der infantilen Hintergründe erfordern (Loch 1979, S.186). Praktisch Eine mehr psychoanalytisch orientierte Kurzbehandlung wird durch die Eingrenzung auf einen sog. Fokus erreicht.

Die meist zwei-stündig geführte analytische Psychotherapie - bei uns ein Produkt der neo-psychoanalytischen Theorieentwicklung von Schultz-Hencke - hat sich in den USA unter dem Namen supportiv-expressive Therapie einen guten Namen verschafft, was besonders den ausführlichen Therapiestudien von Mitarbeitern der Menninger-Klinik in Topeka in den fünfziger und sechziger Jahren zu verdanken ist. Die konsequente Durchdringung ihrer operativen Prinzipien führt zu der von L Luborsky aufgestellten Liste der empirisch fundierten Wirkprinzipien (Luborsky 1993):

BILD die acht kurativen Faktoren

Aus einer systematischen Sicht lässt sich die hochfrequente psychoanalytische Behandlung als eine Maximalversion der bisher beschriebenen Ansätze fassen. Die zentrale Arbeit an den unbewussten pathogenen Konfliktmustern, die in der Übertragung/Gegenübertragungsdimensionen im therapeutischen Prozess bearbeitet werden, setzt ein hohes Involviertsein von Patient und Therapeut in diese Arbeit voraus. Die Sicherstellung einer supportiven Dimension wird durch eine hohe Dichte der therapeutischen Arbeit durch die hohe Frequenz gesucht, die intensive Arbeit an den aktuellen Konflikten des Patienten wird durch die therapeutisch angestrebten Intensität der Arbeit an der Übertragung sichergestellt. Dabei hat sich ein Markenzeichen der klassischen Psychoanalyse - die Aufdeckung und Durcharbeitung der persönlichen Vergangenheit - von einem historistischen Verständnis gelöst und wird weitgehend als narrative Figur gehandelt. Die möglichst gründliche Durcharbeitung der unbewussten Konfliktmuster in der aktuellen therapeutischen Beziehung ist unter den Brüdern und Schwester der

psychoanalytischen Gemeinde - zu denen ich mich durchaus auch zähle - nach wie vor das Movens.

BILD

- 1: Die Analyse als Beichte
- 2: Die Analyse als Prüfung
- 3: Die böse Mutter
- 4: Das Angebot der Unterwerfung und heimlicher Trotz
- 5: Die Suche nach der eigenen Norm
- 6: Der enttäuschende Vater und die Ohnmacht der Tochter
- 7: Der distanzierte, kalte Vater und die beginnende Sehnsucht nach der Identifizierungsmöglichkeit
- 8: Ambivalenz in der Vaterbeziehung: Komplizenschaft versus Ablehnung
- 9: Der Vater als Verführer oder Sittenrichter
- 10: Er liebt mich - er liebt mich nicht ?
- 11: Auch der Vater kann aus einem Mädchen keinen Sohn machen
- 12: Das Rockzipfelgefühl
- 13: Das arme Mädchen und der reiche König -
- 14: Wie Du mir, so ich Dir - Die Angst vor der Zurückweisung ihrer Blumen
- 15: Die ohnmächtige Liebe zum mächtigen Vater und die Eifersucht mit dessen Frau
- 16: Erste Trennungsideen zur Abwehr des Verlassenwerdens
- 17: Entdeckung ihrer eigenen Kritikfähigkeit, Anerkennung der Mängel des Analytikers, erneute Probe des Abschiedes
- 18: Die Tochter an der linken Hand - Rivalität mit den Erstgeborenen bei der Mutter
- 19: Haß auf den spendenden Analytiker und Beginn der Abkehr von dieser Erwartung
- 20: Die Kunst des Liebens ist es, Liebe und Haß auszuhalten, die post - ambivalente Einstellung
- 21: Sei allem Abschied voran: die oral-aggressive Phantasie den Analytiker ausgezehrt zu haben
- 22: Abschieds-Sinfonie: die Wiederkehr vieler Ängste und die Entdeckung vieler Veränderungen

Für das kritische Auge des Therapieforschers bleibt viel zu tun.

Ist die Couch noch zeitgemäß: in meiner Arbeit findet sie nach wie vor Verwendung, wenn ich bei einem hinreichend gesunden und zugleich neurotisch erkrankten Individuum eine Intensivierung seiner interaktiven Konflikte in der therapeutischen Beziehung.

Bevor ich anhand von drei kasuistischen Beispielen drei psychoanalytischen Therapieformen erläutere, gebe ich einen Überblick über die quantitative Häufigkeit der Therapieformen an der Psychotherapeutischen Ambulanz Ulm. Diese Ambulanz ist durch und durch psychoanalytisch orientiert, und bietet jedoch eine Versorgungsleistung für einen rel. repräsentativen Querschnitt für die Bevölkerung im Ulmer Raum - das mag in Tübingen anders sein - an. In der ambulanten Versorgung durch psychodynamisch-psychoanalytische Therapeuten wird in der Regel eine andere Verteilung zu sehen sein, da sich der einzelne Praktiker meist spezialisiert.

Therapieformen an der Psychotherapeutischen Ambulanz Ulm

Beratung	13,0%
tiefenpsychol. Psychotherapie	22,1%
Supportive Therapie	17,8%
analyt. Psychotherapie	12,0%
Psychoanalyse	3,9%
Paar- Familientherapie	10,4%
Verhaltenstherapie	5,9%
Gruppentherapie	9,9%
Autogenes Training	5,0%

Diese verschiedenen Kategorien lassen sich durch die Versorgungsintensität zusammenfassen, wie die nach folgenden Schaubilder zeigen.

Wie aus den oben schon aufgeführten Zahlen zu ersehen, stellt eine Stunde Psychotherapie pro Woche den weit überwiegenden Regelfall der psychotherapeutischen Versorgung - übrigens weltweit - dar.

Analysiert man die Dauer der Psychotherapien, so stellt man fest, dass

BILD

BILD

BILD

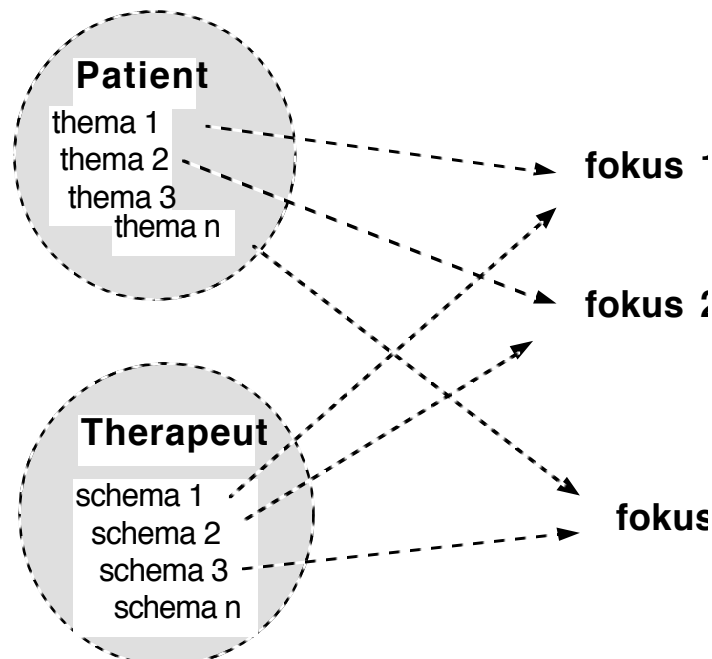
Genug der Zahlen

Nun werde ich an drei Beispielen drei typische Behandlungsformen erläutern:

Psychoanalytische Kurztherapie

Kurztherapien waren eine Erfindung der psychiatrisch-psychodynamisch arbeitenden Polikliniken in den USA in den fünfziger Jahren. Was aus der Versorgungsnot geboren war, wurde immer mehr zu einem faszinierenden Therapeutikum, zunehmend auch theoretisch interessant. Dabei steht in der psychoanalytischen Therapiewelt das Konzept des Fokus im Mittelpunkt (Balint) "Der dynamische Fokus in der Kurzzeittherapie stellt eine Heuristik dar. Der Fokus hilft dem Therapeuten psychotherapeutisch relevante Information zu generieren, zu erkennen und zu organisieren. Dieser aktive und explizite Schritt zur Entdeckung kontrastiert zu dem passiveren, offen explorativen und offenen Modell welches in den zeitlich nicht limitierten Therapien empfohlen wird" ((Strupp u. Binder 1984)(S.65). Aus diesem aktiven Prozess entsteht der klinisch relevante Fokus, wie wir im folgenden Schaubild verdeutlichen:

BILD



Auf das thematische Material des Patienten wirken die konzeptuellen Schemata des Therapeuten selektiv und strukturierend spätestens dann ein, wenn dieser aus der

Untersuchung von Übertragung und Gegenübertragung das Pendant zur aktuellen Konfliktsituation und zur lebensgeschichtlich kritischen Beziehungskonstellationen zu eruieren sucht.

1. Kasuistik

Die 1. Stunde

Der 22jährige Student wurde von einer Analytikerin einer anderen Studentischen Beratungsstelle einer Universitätsstadt an unsere Ambulanz vermittelt. Bis vor einem halben Jahr hatte er in dieser Stadt Jura studiert, inzwischen hat er Studienfach und Studienort gewechselt. Die Therapeutin hatte dem Patienten nach einigen Beratungsgesprächen empfohlen, sich um einen Behandlungsplatz für eine Psychoanalyse in unserer Abteilung zu bemühen. Das erste Gespräch sollte die Frage klären, welche Behandlung eine der Lebenssituation des Patienten angemessen sein könne.

Der etwas behäbig wirkende Patient beginnt das Gespräch mit der Beschreibung seiner Symptomatik, die er selbst als Zwangsverhalten bezeichnet. Dieses äußert sich vor allem darin, daß er sich - wenn er durch eine Tür geht - umdrehen und kontrollierend auf den Boden schauen muß. Er hat dabei das Gefühl, es fehle ihm etwas, als habe er etwas verloren oder vergessen, weiß aber nicht, was das sein könnte.

Das Symptom besteht seit einigen Jahren mit unterschiedlicher Ausprägung, welche er von seiner psychischen Verfassung abhängig macht. Er bringt die Entstehung in Zusammenhang mit einem Erlebnis als 12jähriger: Bei einem Spiel im Wald stieg er zwischen zwei Stapel mit Baumstämmen, worauf sich dann andere Kinder - ältere Buben - setzten und ihm androhten, ihn nicht mehr heraus zu lassen. Dabei bekam er heftige Angst. Der Therapeut interpretiert diese Szene als eine durch Sicherheits- und Kontrollverlust gekennzeichnete Situation.

Der Therapeut nimmt den Hinweis des Patienten, daß es sich um eine aus früheren Zeiten stammende Problematik handele, nicht auf, sondern verbleibt bei der Herausarbeitung der aktuellen Lebenssituation, in der es in verschiedensten Bereichen (erstes Studium, die Art des Patienten zu lernen) auch um das Thema Einengung vs. Freiraum geht. .

Der Patient lebt mit einer etwas älteren Freundin und deren dreijährigem Sohn zusammen. Obwohl er nicht der Vater des Kindes ist, empfindet der Patient das Dasein des Jungen als sehr positiv für sich. Doch wird hier auch Ambivalenz deutlich: er spricht von der Verpflichtung dem Kind gegenüber und im selben Atemzug von der noch immer bestehenden Möglichkeit und Versuchung für ihn, sich bei seinen Eltern verwöhnen zu lassen.

Die Angst vor dem Alleinsein hat ihn lang an sein Elternhaus gebunden, von seinem ersten Studienort ist er jedes Wochenende nach Haus gefahren. Auch jetzt ist die gemeinsame Wohnung mit der Freundin nicht weit vom Elternhaus entfernt. Bei der Beschreibung dieser Angst kommt der Patient auf Streitsituationen mit seiner Freundin zu sprechen. Dabei geht es auch um seine Zwangssymptome, erstmals wird die interpersonelle Auswirkung des Zwangsverhaltens sichtbar und der Therapeut bittet den Patienten, ihm detailliert eine exemplarische Situation zu schildern.

Bei dieser Schilderung fragt der Patient, ob die Video-Anlage laufe, verneint jedoch sofort die Frage des Therapeuten nach einer möglicherweise auch hierin liegenden Beengung. Der Therapeut weist ihn nun auf die Differenz zwischen seiner im Interview gezeigten Freundlichkeit und den Spannungen, die sich möglicherweise dahinter verbergen könnten, hin. Von der Thematisierung seiner verschiedenen Versuche, seine inneren Spannungen zu beherrschen, kommt der Patient auf seine von ihm so benannte Suchtproblematik zu sprechen. Unter Druck fange er an, viel zu essen, zu rauchen oder regelmäßig Alkohol zu trinken.

Im folgenden Abschnitt des Interviews geht es noch einmal um das Thema der Enge in der aktuellen Lebenssituation. Der Patient pendelt zwischen dem Gefühl der Zufriedenheit und Abhängigkeit von seiner Freundin, die durch ihre Berufstätigkeit einen größeren Teil des gemeinsamen Einkommens stellt.

Gegen Ende der Stunde rückt die Frage der Art der Behandlung in den Mittelpunkt. Wieder verweist der Therapeut auf die Wichtigkeit, die aktuelle Situation zu betrachten und formuliert die Frage des Patienten, was in der Kindheit gewesen war, um in: Was trägt heute dazu bei, daß der Patient sich so hilflos wie damals fühle? Außerdem bietet der Therapeut eine andere Sicht des sogenannten Kontrollierens an: die Suche nach etwas, was dem Patienten verloren gegangen sei.

Abschließend schlägt der Therapeut eine 30stündige Kurztherapie mit einer Wochenstunde im Sitzen vor, bespricht diesen Vorschlag mit dem Patienten und vereinbart den nächsten Termin.

Aufgrund der Vorinformationen hatte der Therapeut bereits die Möglichkeit einer fokal orientierten Kurztherapie im Auge. Für ihn galt es zu prüfen, ob sich für das Verständnis der Symptomatik ein umschriebenes Konfliktverständnis auffinden lassen würde. Dabei war es für den Therapeuten von großer subjektiver Bedeutung, daß der Patient ihm einen starken Eindruck eines Jugendlichen machte, des Adoleszenten, der in seinem Ablösungsprozeß gescheitert war. Von seinen Eltern war in diesem Erstgespräch noch nicht die Rede; erst in den folgenden Stunden berichtete der Patient folgendes aus seiner Biographie: Die Eltern hätten drei Kinder und ihn, den Jüngsten; die Mutter sei ständig erschöpft gewesen, und der Vater beschäftige sich mehr mit seinem Auto und Stereoanlagen als mit seiner Frau. Mit dem Patienten selber habe es kaum gemeinsame Unternehmungen gegeben. Er habe als Kind viel allein gespielt, stets in der Nähe der Mutter, mit der er dann in der Pubertät viele Ausflüge unternommen habe, um sie wohl über ihre Einsamkeit hinwegzuträsten. Seine Versuche, sich in der peer group zurechtzufinden, waren stets problematisch und - wie oben berichtet - verknüpft der Patient den Beginn des umschriebenen Zwangssymptoms mit der traumatischen Erfahrung mit anderen Jugendlichen.

Mit diesen biographischen Hinweisen lassen sich Überlegungen anstellen, welche thematischen Leitfäden in einer Therapie mit diesem Patienten zu erwarten wären:

Thema 1: Er ist ein Nachkömmling einer durch ständige Berufsarbeit verbrauchten Mutter, seine drei älteren Geschwister hatten es da besser - so die subjektive Vorstellung des Patienten, er hat zu wenig gekriegt.

Thema 2 : Er ist auch der Liebling, das Nesthäkchen der Mutter, mit ihr identifiziert mit den Vorwürfen gegenüber dem Vater, der sich um sie wie um ihn zu wenig kümmert. Seine jetzige Beziehung, ebenfalls zu einer verlassenen Mutter, wird durch die Identifikation mit dem dreijährigen Sohn geprägt: er spielt Vater sein und Tröster der Mutter zugleich. Dieser negativ-ödipale Konflikt dürfte dynamisch der entscheidende sein.

Thema 3 : Neid und Rivalität gegenüber dem sechs Jahre älteren Bruder, der ihn nur als kleinen Jungen behandelt hat; in der oben zitierten Kindheitserinnerung wird dieses Aggressionsproblem deutlich. Im Schachklub rächt sich der Patient und erledigt alle Gegner. Eine Narbe auf seiner Stirn erinnert den Patient allerdings daran, daß vor zwei Jahren bei einem Autounfall ein Freund von ihm tödlich verunglückte. Seitdem ist er vorsichtig geworden und trinkt nur mäßig.

Der männliche 40jährige Psychoanalytiker stellt für den jungen Mann die Indikation für eine zeitlich begrenzten Fokalthherapie , die das Thema 2 in den Mittelpunkt stellen wird. Ein Ziel soll die Bearbeitung seiner negativ-ödipalen Sehnsucht und der Erwerb einer Fähigkeit zu einer positiv-ödipalen Rivalität ein sein. Mit einer hochfrequenten Behandlung würde der Patient in Gefahr geraten, statt an seine nur in Ansätzen gelebte Adoleszenz anknüpfen zu können, in eine Regression in frühe Bedürfnisse zu geraten, die bei faktischer äußerer Abhängigkeit von der Lebenspartnerin eine wenig günstige Situation für ihn herbeiführen könnte. Nach 29 Sitzungen wird die Behandlung im gegenseitigen Einvernehmen beendet. Nachuntersuchungen nach zwei und fünf Jahren zeigen, dass der Patient seine spät-adoleszente Entwicklung wieder aufgreifen konnte; er trennte sich von der Partnerin, zog bei den Eltern ein und dann wieder aus, lebte allein, beendet seine Studium als war fünf Jahre nach Therapieende verheiratet und stolzer Vater eines Sohnes.

Eine analytische Psychotherapie

Auftakt der Behandlung

Im Erstgespräch stellte sich eine 22-jährige junge Frau vor, die seit ihrem sechzehnten Lebensjahr an Heißhungeranfällen und Erbrechen litt. Im Studium war sie durch die erhebliche Begleitsymptomatik wie chronische Müdigkeit, Kreislaufschwierigkeiten, Konzentrations- und Arbeitsstörungen beeinträchtigt, wenn sie auch ihren Studienverpflichtungen nachzukommen wußte. Ihre sozialen Beziehungen waren erheblich beeinträchtigt; eine stabile engere, intim-sexuelle Beziehung hatte es noch nicht gegeben. Sie drängte sehr, wirkte auch sehr desolat und suizidgefährdet, da sie offenkundig schon mehrere wenig erfolgreiche Therapieversuche hinter sich gebracht hatte. Berührt war ich (HK) durch ihre Mitteilung , daß ein erfahrender Psychoanalytiker ihr gesagt habe, bei Bulimie helfe keine psychoanalytische Einzeltherapie, und ihr eine Selbst-

hilfegruppe empfahl. Mir schien die Indikation zu einer mittelfrequenten, psychoanalytischen Therapie gegeben, die Patientin war hochmotiviert und alles weitere würde sich zeigen.

Die psychoanalytische Therapie wurde mittelfrequent und mittellang, d.h. zwei- und teilweise drei-stündig im Sitzen, geführt und konnte nach 2 Jahren und 2 Monaten in gegenseitigen Einvernehmen beendet werden.

Herkunft

Die Mutter war Sekretärin und hatte wegen der Kinder aufgehört zu arbeiten. Sie sei eigentlich eine einfache und recht liebe Frau. Doch die enorme Leistungsorientierung des Vaters habe sie "untergebuttert". Sie sei im Prinzip zur Angestellten des Vaters degradiert worden, zuständig für das Abfragen von Vokabeln, die Kontrolle der Hausaufgaben und das Lernen von Musikinstrumenten. Ihre Wünsche und Hoffnungen habe sie völlig zurückstellen müssen. Bezüglich Sexualität seien allerdings beide Eltern reichlich prude, konservativ und verbohr.

Sie beschreibt ihren Vater als sehr eigenwillig und leistungsorientiert. Mit 17 Jahren habe er wegen dem Krieg die Schule unterbrechen müssen und das Abitur unter Schwierigkeiten nachgemacht. Er habe sich langsam hochgearbeitet und angefangen zu studieren, wobei er sich selbst finanzierte. Eigentlich sei er ein Dauerstudent mit eigenen bildungspolitischen Vorstellungen, denen gemäß jedes Kind einmal in England gewesen sein sollte, mindestens 2 Musikinstrumente lernen und auf jeden Fall studieren müsse.

Die älteren drei Geschwister haben das Elternhaus früh verlassen. Der jüngere Bruder sei noch da, aber er konnte sich den Eltern stets gut entziehen. Kritiken des Vaters über die Geschwister habe stets sie abbekommen. Hatte er sich abreagiert und war der Rauch verflogen, klappte seine Verständigung mit den anderen wieder. Anlaß zum Nachdenken gäben die Lebenssituationen ihrer Geschwister allemal. Sie selbst sei streng erzogen worden, ihre Rolle im Haus war festgelegt. Sie kochte und backte am Wochenende, mähte den Rasen, wusch das Auto, richtete das Abendbrot usw.

Zu ihrem Körper habe sie kein Gefühl gehabt. Alles, was es dazu zu sagen gab, sei von ihrer Mutter ausgegangen. Ihre körperlichen Veränderungen hätten sie nicht gestört, wohl aber die ständigen Kommentare ihrer Mutter, sie sei zu dick. Sie sei auch nicht

aufgeklärt worden. Sie habe nur das gelesen, was erlaubt war und bezüglich Sexualität habe es diese Erlaubnis nicht gegeben. Also las sie auch nichts darüber. Erst mit 18 J. habe sie Eigeninitiative in diese Richtung entwickelt und sich langsam vorgetastet. Richtig sicher habe sie sich aber nie gefühlt. Ihre Menarche bekam sie mit 12 J. Diese sei damals, im Gegensatz zu heute, sehr regelmäßig gewesen, fiel jedoch für ein 3/4 Jahr völlig aus, als Frau X. so stark abgenommen hat. Die Erlaubnis zum Gynäkologen gehen zu dürfen, holte sie sich bei ihrem Vater ein, der zornig darauf reagierte. Mit ihrer Mutter habe sie über ihre Sorgen nie gesprochen, da diese notorisch überbelastet und froh gewesen sei, wenn die Kinder sich ruhig und unproblematisch verhielten, in der Schule gut waren und nichts zerstörten. Frau X fühlte sich von ihrer Mutter nur geduldet und hatte stets das Gefühl für ihr Recht anwesend zu sein, etwas leisten zu müssen (sprich Hausarbeit). Auch Freunde hatte sie nicht, mit denen sie reden konnte. Bis zu ihrem 16. Lebensjahr hielt sie sich Tiere: Kaninchen, Vögel, eine Schildkröte. Mit 17 J. tat sie sich mit einem gleichaltrigen Jungen aus der Nachbarschaft zusammen, den sie vom Musizieren her kannte und der ebenso allein war wie sie. Innerhalb der Familie spielte sie die Rolle des Diplomaten. Sie wußte als einzige über alle Familienmitglieder Bescheid, und das brachte sie oft genug in schwierige Situationen. Ihre eigene Privatsphäre sei jedoch nicht respektiert worden. So habe ihre Mutter ständig private Aufzeichnungen und geöffnete Briefe gelesen. Die beiden Töchter seien in der Familie generell einer strengeren Kontrolle unterlegen gewesen als die Jungs.

Schon als kleines Mädchen stand für Frau Julia X bereits ihr Berufswunsch fest. Ein Jahr vor Beginn des Studiums riet ihr Vater ihr davon ab. Sie solle doch lieber etwas Leichteres machen. Typisch für ihn, wie Frau Julia X nachdrücklich betont, einerseits hoch leistungsmotiviert andererseits überängstlich. Laut seiner Statistik müsse eines seiner Kinder auf der Strecke bleiben. Er konnte nicht wissen welches, also war Frau Julia X ständig auf der Hut.

Krankheitsgeschichte

Als Kind sei sie gut beieinander gewesen, zumal sie sich nichts aus Sport machte. Sie wurde gehänselt und ihre Mutter kritisierte ständig ihre Figur. Darüber ärgerte sie sich und beschloß mit 16 J. abzunehmen. Sie aß morgens und abends je ein Knäckebrot und

mittags einen Apfel und nahm innerhalb eines 3/4 Jahres von 70 auf 53 kg ab. Nach drei Tagen blieb jegliches Hungergefühl aus, und sie fühlte sich ihrer Umgebung gegenüber überlegen. Natürlich bekam sie auf die Dauer körperliche Beschwerden. Ihr Kreislauf war geschwächt, sie fror, war ständig müde, bekam dunkle Ringe unter den Augen und litt unter Konzentrationsstörungen. Schließlich wollte ihr Vater sie dazu zwingen wieder zu essen. Er verbot ihr, vom Tisch aufzustehen, ehe der Teller nicht leer war.

Es sei bezeichnend für ihre Eltern, daß sie von einem Extrem ins andere verfallen. Nachdem sie anfänglich davon begeistert waren, daß Frau Julia X abnahm, schlug ihre Begeisterung, sowie sie 63 kg erreicht hatte, ins Gegenteil um. Ihr Vater drohte ihr an, sie in eine Klinik zu stecken. Damals begann sie zu erbrechen. Die Eltern merkten das erst 2 Jahre danach, als sie bereits studierte. Als Konsequenz wurde sie jedes Wochenende, wenn sie nach Hause kam, kontrolliert. Sie erbrach alles außer Salate. Ein Bissen zu viel genügte, um ihr das Gefühl zu geben, das sei zu viel und müsse raus.

Sie bekam Schwierigkeiten, länger mit anderen zusammen zu sein. Nach 2 Stunden wurde sie nervös und aggressiv. In Gegenwart anderer konnte und wollte sie nicht essen, verspürte aber das dringende Bedürfnis, sich vollzustopfen und wußte, daß sie danach erbrechen würde. Solche Situationen, in denen sie sich eingesperrt und unfrei fühlte, hatten für sie Zwangsscharakter und lösten die stärksten Heißhungerattacken aus. Die einzigen Nahrungsmittel, die sie sich zugestand, waren Milchprodukte, Salate und Salzsticker. Schlank bleiben war nötig, um Anerkennung von der Umwelt zu erhalten. Zu Hause gab es früher Anerkennung für gute Schulleistungen. Als sie 15 J. alt war sprach allerdings ihr Lehrer mit ihrem Vater darüber, daß sie in der Schule übermäßig ehrgeizig sei und man bei ihr aufpassen müsse, sonst würde sie noch überschnappen. Ab da an gab es kein Lob mehr für gute Noten, und mit dem Abnehmen hatte sich etwas Neues gefunden, das lobenswert war.

Wegen dem Gefühl von den Eltern ständig bedrängt und beobachtet zu werden, wählte sie ihren Studienort fern ihrem Zuhause in U.. Es sei bezeichnend für ihre Eltern, daß sie alles nur bis zu einem gewissen Grad erlaubten. Betrieb man eine Sache mit Übereifer, wurde diese prompt wieder verboten, z.B. das Musizieren, dem Frau Julia X sich leidenschaftlich widmete. So tat sie in ihrem neuen Wohnort zunächst alles, was eine ordentliche Studentin unterläßt. Sie quatschte in den Vorlesungen anstatt

zuzuhören, kam abends spät nach Hause, kümmerte sich ausgiebig um Freundschaften und tat überhaupt alles Mögliche, nur nicht studieren.

Im Oktober kam sie an die Universität und lernte gleich jemanden kennen, eine lockere Beziehung, die dann Jahre hielt. Im November stand bereits eine Clique fest, die sie wie eine Lebensgemeinschaft empfand, denn sie bestand das ganze Studium hindurch. Sie finde es jetzt zwar schade, daß man auseinanderging, trauere dem aber nicht nach.

Bevor sie heiratete, habe es einen ziemlichen Kampf mit ihren Eltern gegeben. Beide habe sie damit geschockt. Zur Verlobung wollte der Vater nicht kommen, weil das einer Scheinehe gleichkäme und die lehne er ab. Wörtlich habe er sie gefragt, ob sie sich ihrem zukünftigen Mann tatsächlich zumuten wolle. Dazu meint Frau Julia X, sie sei zwar das Lieblingskind ihres Vaters, und das wirklich, der "Papa" traue ihr aber nichts zu, hielte sie für unmündig und würde sie ständig gängeln.

Therapieerfahrungen

Nach dem ersten Semester hatte Frau Julia X ihre erste stationäre analytische Therapie. Sie konnte viel über sich nachdenken, aber die Therapiegruppe war bunt zusammengewürfelt: Depressive, Magersüchtige, 2 Psychotiker und 1 Schizophrener. Sie war die einzige Bulimikerin und fühlte sich nicht recht ernst genommen. Die anderen waren der Meinung, sie müsse einfach nur aufhören zu essen. Auch fühlte sie sich damals nicht so recht therapiefähig. Sie fand zwar Zugang zu sich, blockte aber ab einem bestimmten Punkt und brach die Therapie nach 6 Wochen ab. Sie wollte erst mal weiterstudieren. Geändert habe sich für sie nichts. Sie habe zwar etwas mehr verstehen können und sich dadurch nicht ganz so verurteilt, aber ihr Eßverhalten habe sich nicht gebessert.

Ihren zweiten Anlauf nahm sie bei einer Therapeutin, die sie als "meschugge" bezeichnet. Diese lächelte ständig, auch wenn Frau Julia X über noch so ernste und für sie verletzende Dinge sprach. Auf die Bitte doch wenigstens ein neutrales Gesicht zu machen, erklärte ihr die Therapeutin, ihr Lächeln würde ihr solche Schwierigkeiten bereiten, weil sie nie eine Mutter gehabt habe, die positiv auf sie eingewirkt hätte. Frau

Julia X wurde für therapieunwillig befunden und bekam ihre Stunden von 2x die Woche auf 1x die Woche gekürzt. Das Ganze dauerte 8 Wochen.

Sie begann daraufhin eine ambulante Gruppentherapie, in der sie sich sehr schwer tat. Da sie keine Einzeltherapie bekam, konnte sie ihre Erlebnisse schwer bearbeiten. Der Therapeut benützte zudem ständig Kraftausdrücke, vor allem aus dem sexuellen Bereich, was sie ziemlich ärgerte. Nach Meinung des Therapeuten lag dies wiederum daran, daß sie ihre Urtriebe verdränge. In dieser Zeit wurde es mit dem Erbrechen schlimmer. Sie erbrach vor jeder Therapiesitzung, um diese überhaupt durchstehen zu können. Nach 8 Wochen brach sie auch diese Behandlung ab und freute sich auf das neue Semester und auf ihre Freunde.

Das 3. Semester wurde hart, und sie war drauf und dran, sich das Leben zu nehmen. Sie sagt dazu: "Die bisherigen Therapien hatten mir meine Schwächen aufgezeigt, meinen Schutzwall niedergerissen und meine bisherigen Wertvorstellungen zerstört, ohne mir Alternativen aufzuzeigen." Sie fühlte sich hilflos und verzweifelt. Ihren Eltern zuliebe, die sie gebeten hatten, etwas zu unternehmen und auf Anraten eines Therapeuten, der eine Einzeltherapie bei Bulimie für zwecklos hielt, gab sie sich in einer Selbsthilfegruppe eine "Gnadenfrist" von einem halben Jahr, obwohl sie eine Abneigung gegen die Reglements und Rituale dieser Gruppe empfand. Danach hatte sie genug und machte erst mal ihre Zwischenprüfung. Ein niederschmetterndes Erlebnis sei damals für sie die Reaktion ihres Vaters gewesen, der ihr für die bestandene Prüfung keine Anerkennung zollte.

Nach Überwindung dieser Hürde wollte sie noch einmal einen letzten Therapieversuch starten. Sollte auch dieser scheitern, war sie entschlossen, nichts mehr weiter zu unternehmen.

Das katamnestic Interview

Frau Julia X wurde 2 Jahre und 2 1/2 Monate nach Therapieende wurde zum ersten Katamnese-Interview gebeten wird; ein zweites fand zehn Jahre später statt. Zu dem Interview erscheint sie in guter Laune, sprüht geradezu vor Lebhaftigkeit und Vitalität.

Man hat das Gefühl, es mit einem offenen, kontaktfreudigen Menschen zu tun zu haben.

Sie berichtet, die Therapie sei für sie eine "Gesprächsrunde mit jemanden, zu dem man Vertrauen haben und mit dem man reden konnte". Von ihrem Therapeuten habe sie sich angenommen und verstanden gefühlt. Zu Anfang habe sie eine starke Unsicherheit bezüglich ihrer Rolle als Patientin empfunden. Die ganze Zeit etwas zu erzählen und dabei das Wohlwollen des Therapeuten zu haben, sei ihr unvorstellbar gewesen. Ihr sei gesagt worden, sie habe als Patientin Rechte und Pflichten. Ihre Rechte kannte sie wohl, worin aber ihre Pflichten bestehen würden, habe sie nicht verstehen können. Sie habe ständig einen Haken bei der Sache gewittert, habe ihn aber nie gefunden. So sei denn auch einige Zeit nötig gewesen, bis sie zu ihrem Therapeuten habe Vertrauen fassen können.

Am Anfang der Behandlung kreisten die Gesprächsthemen mehr um ihre Kindheit und ihre Eltern. Mit der Zeit verlagerte sich der Fokus auf das aktuelle Geschehen, die Auseinandersetzungen in ihrem Freundeskreis, ihre Schwierigkeiten im Studium, insbesondere ihre Konzentrationsschwierigkeiten. Im Verlauf dieser Therapie habe sie erlebt, wie sie immer mehr Angst bekam. Sie habe angefangen zu zittern und sei immer stiller geworden. Sie berichtet von einer diffusen Angst, die sie sich anfangs nicht erklären konnte. Sie sei zappelig geworden und habe angefangen zu zittern. Nach ihren eigenen Angaben hätte sie früher wahrscheinlich wütend und aggressiv reagiert und etwa mit der Faust auf den Tisch geschlagen. Hier aber habe sie sich hilflos gefühlt und als nicht agierender Teil. Sie habe sich daraufhin, nach Rückversicherungen beim Therapeuten, die Freiheit genommen, ruhig zu sein, ohne ein schlechtes Gewissen zu bekommen.

Sie berichtet, früher immer Angst gehabt zu haben, kontrolliert zu werden. Sie habe selbst die Fäden in der Hand behalten und den Überblick gewinnen wollen. Sie habe das Sitzen als eine gewisse Art von Schutz empfunden. Ihre Aggressionen habe sie im Blickkontakt zum Therapeuten abbauen können. Die Patientin berichtet auch, immer wieder das Bedürfnis gehabt zu haben, aufzustehen und zum Fenster hinauszusehen, um einen gewissen Abstand zu gewinnen, habe sich das aber während der ganzen zwei Jahre nie getraut. Sie hätte dann das Gefühl gehabt, durch ihr Weggehen entlarvt zu sein. Sie habe lange Zeit gebraucht, bis sie soweit war, zumindestens immer mal wieder ein paar Minuten ruhig zu sein, ohne ein schlechtes Gewissen zu bekommen, da sie dachte, aus ihrem Verhalten könne für sie Negatives geschlossen werden. Sie habe Angst gehabt, aus der Therapie geschmissen zu werden. Die Möglichkeit, nichts tun zu müssen, habe im krassem Gegensatz zum Leistungsdruck gestanden, den sie von zuhause her kannte.

Therapie-Ergebnisse

Als wichtigstes Therapie-Ergebnis empfindet sie das Gefühl, nicht nur geduldet zu werden, sondern auch Rechte zu haben und liebenswert zu sein. Ihren Eltern gegenüber empfindet sie Traurigkeit, da sie sich von ihnen noch immer nicht verstanden fühlt. Sie habe allerdings gelernt, sich von ihnen abzugrenzen. Erstmals sei das geschehen, als sie sich das Recht nahm, auch mal wütend zu werden. Damals habe sie zum ersten Mal in der Therapie geweint und hatte eine halbe Woche lang weder Lust zu essen noch sonst etwas zu tun. Die Frage war für sie, wo der Hund begraben lag. Sie führte Tagebuch über den Therapieverlauf, um später Änderungen nachvollziehen zu können. Zu ihrem Vater könne sie auch heute nicht mit Problemen kommen, da sie ihm gegenüber keinen Wunsch äußern und keine Schwäche zeigen wolle, solange nicht auch er ihr seine Schwächen offenbare. Sie empfinde es als demütigend, zu ihrem Vater, der sich gern als glücklichen, zufriedenen und harmonisch lebenden Menschen sehe und darstelle, "wie ein kleiner Wurm angekrochen zu kommen" und lege heute in Fragen Offenheit größten Wert auf Gegenseitigkeit.

Über ihre Mutter sei zu sagen, daß diese, seit die Kinder aus dem Haus seien, mehr unternehme, was zu Streitigkeiten mit ihrem Vater führe, woraufhin die Mutter immer wieder zu ihr komme, um solche Probleme mit ihr durchzusprechen. Sie wiederum frage umgekehrt die Mutter niemals um Rat, da sie von vornherein wisse, daß dieser unannehmbar sei. Sie meint, ihre Eltern inzwischen ein Stück weit erzogen zu haben und fühlt sich heute von ihnen ernster genommen. Z.B. stehe der sonst so glückliche, zufriedene und harmoniebedachte Vater bei einem bevorstehenden Besuch der Tochter mit Ehemann bereits eine halbe Stunde vorher in fiebriger Erwartung vor der Tür, um sie in Empfang zu nehmen. Auseinandersetzungen führe sie mit ihren Eltern nicht mehr, da sie die Erfahrung gemacht habe, daß Streitereien in ihrer Familie nur in eingefahrener Art und Weise niemals aber konstruktiv stattfänden und sich daher nicht lohnten. Als positiv empfinde sie die Auseinandersetzungen mit ihrem Mann, mit dem sie offen und für seinen Geschmack oft zu direkt reden könne.

Heute würde sie sich als geheilt bezeichnen, obwohl sie manchmal noch Freßanfälle bekommt. Sie könne sie aber ganz gut steuern und achte dann darauf, sich das zu nehmen, was sie sich eigentlich wünsche. Um sich darin sicher zu fühlen, brauche sie Zeit, die sie sich heute ohne schlechtes Gewissen einräumen könne.

Zu Beginn ihrer Erkrankung sei sie sehr vom Idealtyp einer schlanken Frau eingenommen gewesen. Sie habe immer so sein wollen wie ihre Schwester, die als typische Frau galt. Mittlerweile habe sie sich jedoch von Medieneinflüssen und gesellschaftlichen Erwartungen befreit und wehre sich heftig gegen Trends und Moden. Wichtiger als das Schlankheitsideal seien heute für sie ein stabiler Kreislauf und gutes Konzentrationsvermögen. Für die Zukunft wünscht sie sich Kinder, Erfüllung in der Familie und Mutterschaft. Das sei ihr wichtiger als beruflicher Erfolg. Einzig ihr Hobby, die Musik, wolle sie sich von niemandem nehmen lassen.

Am Ende des Interviews betont Frau Julia X, noch heute mit dem Aufarbeiten all der Dinge befaßt zu sein, die während der Therapie zutage kamen. Nicht zuletzt aus diesem Grund würde sie erst einmal keine weitere Therapie mehr machen wollen.

Eine Psychoanalyse

Die Wiederentdeckung des Vaters

Herr Friedrich Y erkrankte vor 20 Jahren mehrmals phasenhaft an schweren depressiven Vertherapeutischer Behandlung habe er lange vor sich hergeschoben, er könne ihn sich erst jetzt gönnen und sei auch bereit, lange auf einen Therapieplatz zu warten. Er suche therapeutische Hilfe, weil er sich seit Jahren "eingemauert" fühle. Er beschreibt seinen Zustand mit dem Bild, er lebe wie unter einer Betondecke, die er jeden Morgen nach dem Aufwachen erst einmal durchstoßen müsse; er führt diesen Zustand auf die jahrelange Medikation mit einem Lithiumpräparat zurück. Die Indikationsstellung zur Psychoanalytischer Behandlung habe er lange vor sich hergeschoben, er könne ihn sich erst jetzt gönnen und sei auch bereit, lange auf einen Therapieplatz zu warten. Er suche therapeutische Hilfe, weil er sich seit Jahren "eingemauert" fühle. Er beschreibt seinen Zustand mit dem Bild, er lebe wie unter einer Betondecke, die er jeden Morgen nach dem Aufwachen erst einmal durchstoßen müsse; er führt diesen Zustand auf die jahrelange Medikation mit einem

Lithiumpräparat zurück. Die Indikationsstellung zur Psychoanalyse erfolgte aufgrund der psychodynamisch gut verstehbaren, depressiven Arbeits- und Beziehungsstörungen des Patienten, die mit großer Wahrscheinlichkeit einer neurotischen Konfliktgenese zuzuordnen waren.

Nach 1 1/2-jähriger Behandlung verzeichnet der Patient große Fortschritte besonders in seiner Durchsetzungsfähigkeit am Arbeitsplatz; im Gefolge dieser ihn sehr beeindruckenden Veränderungen möchte er den Versuch machen, ohne Prophylaxe durch Lithium auszukommen. Bei dieser Entscheidung war die Frage von somatischen und psychologischen Nebenwirkungen der Medikation zu berücksichtigen. Schou (1986) gibt an, daß Patienten gelegentlich unter Lithium-Therapie eine Veränderung ihrer Persönlichkeit beschreiben. Unter Würdigung des Gesamtverlaufs wurde die Lithiummedikation in gemeinsam getragener Entscheidung durch den behandelnden Psychiater schrittweise reduziert und schließlich abgesetzt.

Die folgende Sequenz schildert eine Phase aus dieser Zeit, bei der auch meine Sorgen und Ängste angesichts nolens volens übernommener Mitverantwortung sichtbar werden.

Nachdem er mir heute wieder seine großen Fortschritte verdeutlicht hat, beschäftigt mich, wie wenig er vom Vater weiß, worüber wir schon verschiedene Male gesprochen hatten. Seine Erinnerungen an den Vater, der gestorben ist, als der Patient 13 Jahre alt war, reichen kaum weiter zurück als bis ins 8. oder 9. Lebensjahr. Die kindliche Entwicklungszeit ist nur verschwommen verfügbar. Zwar weiß er viel aus der Zeit mit der Mutter, aber vom Vater erinnert er nur einige Sonntagsspaziergänge und daß der Vater in seiner Werkstatt gearbeitet habe "wie ein Verrückter". Der Vater, ein schwäbischer Handwerker, hatte seine Werkstatt im Wohnhaus. Dahin zog er sich auch vor der Mutter zurück. Die Mutter beherrschte das obere Stockwerk mit ihrem Ordnungs- und Gehorsamsideal.

Der Junge durfte nur selten in die Werkstatt, blieb dem Vater entfremdet. Um so mehr geriet er unter die Fuchtel der pietistischen Mutter, unter der schon 2 ältere Schwestern zu depressiv-schweremütigen Menschen heranwuchsen. Ihm erging es nicht anders, und seine schweren Verstimmungszustände brachen aus, als er sich mit Beginn des Studiums von zu Hause zu lösen begann.

Diese Vorgeschichte im Kopf, versuche ich ihn auf die Entfremdung zwischen uns aufmerksam zu machen, indem ich sage, daß er aufregende Entwicklungen

draußen schildere und ich mit viel Freude zusehen könne, wie er sich entfalte, aber es falle mir auf, daß er die Werkstatt - mit Anspielung auf die Übertragung - kaum wahrnehme. Er stürme in das Zimmer herein, lege sich auf die Couch, nehme die Brille ab und sehe nichts mehr von der gegenwärtigen Situation.

Er bestätigt lachend: Gerade heute sei ihm das aufgefallen, als er die Brille abgenommen habe. Übrigens habe es früher mal eine Zeit gegeben, in der er trainiert habe, unscharf zu sehen, um sich ganz seinen inneren Vorstellungen und Gedanken widmen zu können. Als ich sein "Sichblindstellen" betone, fällt er mir ins Wort.

P.: *Das ist hier wie vor einer Milchglasscheibe - so eine Milchglasscheibe, wie sie auch in der Tür zum Eingang in die Werkstatt des Vaters eingebaut war.*

A.: *Ja, das ist eine auffallende Parallele; auffallend ist auch, daß wir nach über 2 Jahren noch immer sehr wenig über Sie und Ihren Vater wissen, so als ob dieser durch den Tod endgültig ausgelöscht worden sei, und daß wir auch wenig darüber wissen, was Sie hier wahrnehmen.*

P. (nach kurzem Schweigen): *Das stimmt. Die großen Fortschritte, die ich mache, freuen mich ja sehr, aber ich weiß eigentlich nicht genau, wie es zustande kommt, wie es funktioniert, ich weiß es nicht, es ist mir ziemlich nebulös.*

A.: *Es muß wohl auch nebulös gehalten werden, um Auseinandersetzungen mit mir zu vermeiden.*

In einer der folgenden Stunden beschäftigt er sich zunächst länger mit dem Vater und dem merkwürdigen Phänomen, daß er ein so eingeschränktes Bild von ihm hat, der immerhin 10 Jahre als Handwerksmeister im Haus gearbeitet hat. Er sei mit dem Gefühl aufgewachsen, immer draußen vor der Tür stehengeblieben zu sein. Es habe ihn wohl enttäuscht, daß der Vater sich nicht gegen die Mutter habe durchsetzen können. Neben der Mutter taucht heute zum ersten Mal die Mutter des Vaters auf, seine Großmutter also. Diese, eine lebenslustige, offensichtlich ihr Leben als Rentnerin genießende Frau, kam täglich zum Essen und verwöhnte die Kinder mit Schokolade - vom Vater darin unterstützt, von der Mutter kritisiert. Anscheinend nahm der Vater an der Freude der Kinder, an der Verwöhnung teil, und die im Alter milde gewordene Großmutter stellte einen Teil seiner eigenen Wunschwelt dar.

Nach dem Tod des Vaters entwickelte sich ein Tagtraum. Der Sohn sah den Vater bildhaft oben im Himmel sitzen und ihn bei der Masturbation beobachten.

Als er diese Vorstellung zum ersten Mal berichtete, schien es, als ob der Vater streng und böse geblickt habe. In der heutigen Stunde versucht er zu differenzieren und meint, es könnte ja sein, daß das strenge, böse Element die Mutter gewesen sei, daß der Vater ihn anders angeschaut habe - so, als ob er sich mit ihm verbunden gefühlt habe in dem, was die Mutter nie akzeptiert hätte.

A.: Es ist also denkbar, daß dieses Bild des Vaters im Himmel eine Verbindung dargestellt hat, daß etwas lebendig geblieben ist zwischen Ihnen beiden und Sie den Tod so überbrückt haben.

P.: Ja, ich konnte überhaupt nicht trauern, ich habe keine Tränen weinen können. Irgendwie war es so, daß ich das gar nicht brauchen konnte. Da stand ich vor der Tür an der Werkstatt und habe mir vorgestellt, daß er sehr weit weg ist.

Der Patient führt die Vorstellung weiter, daß dieser Tagtraum vielleicht einen Wunsch darstellt, mehr Ermutigung durch den Vater erhalten zu haben; dies könne er jetzt auch damit in Verbindung bringen, daß die Mutter ihm nicht erlaubt habe, den Führerschein mit 18 zu machen und er es erst im Studium allein durchgesetzt hat.

An diesem Punkt weise ich den Patienten darauf hin, daß er sich in der letzten Zeit vermehrt heimlich hier im Zimmer umschaute, aber mich ausspart; dies verbinde ich mit dem Hinweis, daß irgendwann die Behandlung beendet sein würde und er dann wieder in einer Situation wie damals wäre, als es nicht offen zwischen dem Vater und ihm zugegangen sei. Daraufhin ist der Patient sehr beunruhigt.

P.: Daran möchte ich lieber noch nicht denken; ich muß hier erst noch einiges mitkriegen, bevor ich gehen kann.

A.: Damit es nicht so wird, daß Sie nur draußen vor der Werkstatttür gestanden haben.

Darauf fängt er an zu weinen. Ich bin überrascht, wie stark die Gefühle sind, nachdem er früher einmal berichtet hatte, daß er beim Tod des Vaters nicht habe weinen können, und eben erst, daß er nicht habe trauern können. Der Patient gehört zu jenen Menschen, die nur selten weinen; solche Momente der Auflockerung gehen besonders bei zwanghaft-depressiven Persönlichkeiten mit heftigen Erschütterungen einher.

Der Patient sagt, nachdem sich das Weinen etwas beruhigt hat: "Das sind Momente, wo ich das Gefühl habe, die Zeit ist immer viel zu kurz. Denn ich spüre es: Jetzt ist die Zeit auch schon wieder rum."

Obwohl dies zutrifft, habe ich den Eindruck, daß der Patient die Zeitgrenze auch benutzt, um sich einzuschränken und mögliche lustvolle Phantasien der Vereinigung mit mir zu unterbinden. Ich sage deshalb: "Nun, für einen frechen Gedanken, der sich an mich herantrauen würde, wären immer noch 10 Sekunden Zeit übrig."

Darauf lacht er ganz entspannt, setzt sich auf und kann es noch einen Moment genießen sitzenzubleiben, bevor er sich erhebt und das Zimmer verläßt.

Nachzutragen bleibt: neulich haben wir eine zweite video-aufgezeichnete Zehn-Jahres Katamnese durchgeführt - es geht ihm gut; etwas länger hätte die Behandlung schon sein können. Noch mehr am Körper arbeiten. Nun er habe sich selbst Feldenkrais gegönnt, das sei schließlich auch sehr gut.

Psychoanalyse ist was Psychoanalytiker tun - und was tun Psychoanalytiker ? sehr viel verschiedenes was von verschiedenen Menschen unterschiedlich gut gebraucht werden kann. Trivial oder tröstlich ?