

Bericht über die Analyse eines 35-jährigen Mannes mit Arbeitsstörungen auf der Grundlage einer hysterischen Charakterneurose

Beginn der Behandlung im Juni 1972,
seither 350 Stunden bei 4 Stunden pro Woche.

Übersicht:

| | |
|--|----------|
| Vorgeschichte der Behandlung | Seite 01 |
| Zur Biographie des Patienten | Seite 02 |
| Behandlungsverlauf: | |
| Die Arbeit am Symptom (Std. 1 – 166) | Seite 04 |
| Der Beginn der Arbeit am Charakter (Std. 167 – 245) | Seite 09 |
| Die Auseinandersetzung mit dem Vater (Std. 246 – 350) | Seite 14 |
| Zusammenfassende Überlegungen | Seite 18 |

Die Vorgeschichte der Behandlung:

Der Patient litt seit etwa 10 Jahren unter Arbeitsstörungen, die sich im Studium noch in vorzüglichen Leistungen mit starken seelischen Beschwerden umsetzten. Die Arbeitsschwierigkeiten beschränkten sich damals hauptsächlich auf Prüfungssituationen. Seitdem der Patient jedoch eine Stelle als Studienassessor für Deutsch und Sport innehatte, verschlechterte sich die Arbeitsfähigkeit derart, daß er an Gefühlen der Unfähigkeit, an Depressionen und Schlaflosigkeit litt. In den Wochen vor seiner Anmeldung hatte er bereits mehrfach aus Angst, den Unterricht nicht mehr halten zu können, erbrochen und sich laufend krank gemeldet. Der Patient fürchtete damals, nicht mehr lange durchhalten zu können und beschäftigte sich bereits mit Vorstellungen, diesen Beruf aufzugeben und mit etwas weniger Anspruchsvollem vorliebnehmen zu müssen.

Rückblickend würde ich die Einleitung der Behandlung unter dem Aspekt einer überwältigenden Passivität sehen: seine Eltern hatten die Therapie in die Wege geleitet, ein Stuttgarter Klinikchef hatte den Patient dann nach Ulm empfohlen, dort wurde er von einem an einer Institution tätigen Analytiker an eine niedergelassene Analytikerin als Notfall überwiesen, die mir den Patient nach einer halbjährigen Psychotherapie übergab. Diese Behandlung hatte zwar eine deutliche Verringerung der akuten Versagensängste gebracht, es zeigte sich aber, daß die charakterneurotische Fixierung seiner Beschwerden eine psychoanalytische Behandlung notwendig machte.

Aufgrund der Beschreibung der behandelnden Analytikerin,¹ die auch die Supervision übernahm, hatte ich mich schon vor dem Erstinterview darauf eingestellt, den Patienten in Behandlung zu nehmen. Bei unserem ersten Gespräch beeindruckte mich der Widerspruch zwischen seinem eindrucksvollen, athletischen Aussehen und seinem hilflosen, passiven Verhalten mit einer gewissen pastoralen Feierlichkeit. Seine unauffällige, etwas schulbubenhaft wirkende Kleidung unterstrich diesen Kontrast. Er war darauf eingestellt, nochmals seine Beschwerden zu schildern und seine Absicht zu beteuern, daß er wirklich alles tun wolle, was nötig sei, um diese Schwierigkeiten zu überwinden. Im übrigen überließ er es mir, noch manches zu erfragen, was noch nicht durch frühere Interviews aktenkundig war. Auch wenn seine wuchtige Schwerfälligkeit durch seine Hilflosigkeit bedrückend wirkte, so hatte ich doch das Gefühl, ihn zu schätzen. Nachträglich scheint mir, daß ich bereits damals mit einer fürsorglichen Einstellung ihm entgegengekommen war, was möglicherweise einer Identifikation mit der mütterlichen Analytikerin entsprach.

¹ Für die Supervision dieser Behandlung bin ich Frau Popescu zu großem Dank verpflichtet.

Zur Biographie des Patienten

Der Patient wurde 1940 in der heutigen Tschechoslowakei geboren. Die Familie lebte dort in einem deutschen Siedlungsgebiet. Sein Vater war Textilingenieur, der zunächst zum Arbeitsdienst eingezogen wurde und dann auch zur Wehrmacht mußte. Aus dieser Zeit erinnert sich der Patient an eine Episode bei einem Abschied des Vaters:

„Der Vater habe der Mutter eine Pistole in die Hand gedrückt, damit sie sich im Notfall verteidigen könne. Dabei löste sich ein Schuß, der zum Glück nur in die Decke fuhr“.

Mit der häufigen Abwesenheit des Vaters sind auch Erinnerungen verbunden, sich ein Segelflugzeug zu bauen und an die Front zu fliegen, oder Kriegsgefangene über Fluchtpläne reden zu hören. Bei Kriegsende verlor die Familie den Kontakt mit dem Vater und blieb völlig im Ungewissen über sein Schicksal. Zwei weitere Brüder wurden in den Kriegsjahren geboren, starben aber beide als der Patient drei bzw. fünf Jahre alt war. Diese Brüder wurden nur im Gespräch mit der Sozialarbeiterin erfaßt, in der Behandlung wurden sie lange Zeit vom Patient nicht erwähnt. Bei Kriegsende verlor die Familie den Kontakt zum Vater und blieb vierzehn Jahre lang völlig im Ungewissen über dessen Schicksal. Die Mutter flüchtete dann mit dem Patient und der Großmutter in die Ostzone, wo die Mutter als gelernte Säuglingsschwester in einem Kinderhort tätig war. Für diese Kindheitsjahre des Patienten ist es von großer Bedeutung, daß auch ein Onkel und der Großvater starben, so daß der Patient, was er immer wiederholte, der „einzig übriggebliebene Mann in der Familie“ war. Der Wohnort in der Nähe eines Sees führte besonders zu Einschränkungen durch die Großmutter, was die aggressiv-motorische Entwicklung betraf. So sei er immer schon ein braves, folgsames Kind gewesen, der Augapfel der Frauen um ihn herum. 1954 siedelte die Familie nach Süddeutschland um und dann kam der Vater wieder nach Hause. Im Jahr darauf wurde die heute siebzehn Jahre alte Schwester des Patienten geboren.

Der Vater wird vom Patienten als sehr strebsamer und tüchtiger Mann geschildert, der trotz der seelischen und körperlichen Leiden während der langen Kriegsgefangenschaft sofort nach der Rückkehr mit einer beruflichen Umschulung begann. Er wurde zum Berufsschullehrer ausgebildet. Er habe „wie alle, die sich ohne Studium hochgearbeitet haben“, ziemlich starre Prinzipien und stehe auf dem Standpunkt, daß man alles durch Fleiß und eisernen Willen erreichen könne. In der ersten Schilderung des Vaters wird die Bewunderung bewußt und doch distanziert ausgedrückt; nur ansatzweise wird sichtbar, daß er dem Vater gegenüber erhebliche Aggressionen entwickelte, die er im Hinblick auf die späte Rückkehr des Vaters, seiner körperlichen Schwäche und der von ihm erwarteten Liebe, die er vom Vater sich wünschte, in keiner Weise zum Ausdruck kommen lassen konnte.

Dagegen fühlte sich der Patient seit jeher mit der Mutter eng verbunden. Dieses Enge dokumentierte sich zunächst durch eine auffallende Abwesenheit der Mutter in den Berichten des Patienten, obwohl sie gleichzeitig handelnd anwesend war. Es war ihm eigentlich selbstverständlich, daß seine Mutter die Kontakte bahnte, die zur Psychotherapie führten, wie auch, daß sie das vermittelnde und ihn unterstützende Element in der Familie war, seitdem er sich, nach der Rückkehr des Vaters in die Ecke gedrängt und vernachlässigt fühlte. Die Mutter versorgte auch den Sohn des Patienten für anderthalb Jahre nach der Geburt, während der Berufstätigkeit der Frau, die während der letzten Semester und er Referendarzeit des Patienten die Familie finanziell unterhielt.

Diese um ein Jahr ältere Frau lernte der Patient beim Tanzen kennen. Sie war als Sekretärin in ihrem Beruf sehr tüchtig und erfolgreich. Aus äußeren Gründen, ihr Vater war im Krieg gefallen, konnte sie keine weitergehende Ausbildung machen. Bei der sehr kleinen

körperlichen Statur treffen hier verschiedene Motive für ein ausgeprägtes Minderwertigkeitsgefühl der Frau zusammen. Sie kompensiert dies offensichtlich durch den Wunsch, über ihren Mann an akademischen Würden teilzuhaben bzw. an einer ausgesprochenen Racheeinstellung dem Mann gegenüber, wenn ihr dies vorenthalten wird. Der Patient kränkte die Frau beim Kennenlernen sehr, indem er sofort darauf hinwies, daß aus dieser Beziehung aber keine Heirat werden würde. Als die Frau aber schwanger war, habe er keine Minute gezögert, die Konsequenzen auf sich zu nehmen. Mit diesen Worten beschreibt der Patient auch genau die Über-ich-diktierte Motivation seines Verhaltens. Angst vor der unangenehmen Konsequenz verkehrte er dadurch in einen Teil seiner bewußten Selbstachtung. Die Erkrankung des Patienten verringerte die schon bald einsetzenden Spannungen. Der Patient erzwang durch seine Arbeitsstörung die sorgenvolle Mitarbeit und Rücksichtnahme seiner Frau: sein ewiger Ausspruch ist: „Was hast Du denn schon für Sorgen im Vergleich zu mir“.

Die Geschichte seiner Erkrankung , soweit sie vom Patient selbst begriffen wird, d.h. Nur die Geschichte seiner Arbeitsstörung, läßt sich ziemlich genau zurückdatieren. In der Oberprima war der Patient Lieblingsschüler einer älteren Deutschlehrerin, die mit viel Begeisterung eine Arbeitsgemeinschaft leitete. Der Patient wurde durch sie zum Studium der Germanistik gebracht. Einen Tag vor einem Deutschaufsatz stürzt der Patient beim Turnen, wo er sonst vorzüglich war und eine leichte Gehirnerschütterung sei diagnostiziert worden. Seit damals sei dieses Gefühl der Leistungsunfähigkeit und Minderwertigkeit eigentlich aufgetreten. Beim nächsten Deutschaufsatz sei er vor dem Blatt gesessen und habe nichts mehr herausgebracht. Dies führte zu einer Unterredung mit der Deutschlehrerin, die ihn zu einem anthroposophisch orientierten Psychotherapeuten vermittelt habe. Dies habe ihm zwar geholfen, aber das Gefühl der Peinlichkeit, Beschämung und Minderwertigkeit sei ihm geblieben.

Behandlungsverlauf

Die Arbeit am Symptom

(Std. 1 – 166)

Dieser erste Behandlungsabschnitt wird weitgehend durch die beschriebene Vorgeschichte bestimmt. Der Patient unterwirft sich dem Wechsel, erwartet entsprechend von mir, daß ich ihm nun, in den vier statt der einen Stunde das für ihn passende Rezept verschaffe, wie er seine Arbeitsschwierigkeiten los werden kann.

Die genauere Bestimmung der Art und des Ausmaßes dieser Schwierigkeiten beschäftigt uns in den ersten Monaten. Dabei stellt sich heraus, daß es jedesmal dann zu Störungen der Unterrichtsvorbereitung kommt, wenn von ihm eine festgelegte Leistung verlangt wird.

Aufsatzkorrekturen, allein schon die Erstellung von Aufsatzthemen werden zu Entscheidungssituationen, die der Patient vor sich herschiebt, bis er morgens um sechs vor Schulbeginn unter größtem Zeitdruck sich entscheiden muß. Der Gewinn dieser Verschiebung besteht offensichtlich darin, daß in einer solch aussichtslosen Situation niemand mehr von ihm was besonderes verlangen kann; aber alles was ihm dann noch einfällt, ist etwas besonderes.

„Erst wenn ich an der Wand stehe, dann kann ich etwas tun, um mich zu befreien“

Diese Schwierigkeiten werden um so ausgeprägter, je älter die Schüler sind, die er unterrichten muß, so daß die Oberprima, die der Rektor ihm gleich zutraut, täglich zur befürchteten Kreuzigungsstätte wird. Der Patient entdeckt im Laufe der Zeit, was ihn selber überrascht, daß sein Gedächtnis nur partiell ein Sieb ist, d.h. Nur im Fach Deutsch und auch dort nur in der Vorwegnahme. Im Akt des Notengebens vergleicht er ständig seine phantasierte Unfähigkeit, Aufsätze zu schreiben mit den Leistungen der Schüler und bezweifelt, daß er zu solchen Urteilen wirklich berechtigt sei.

Die Unordnung seines Arbeitszimmers enthält ein Gutteil analer Lust, dynamisch wirksamer ist aber der Aspekt, daß er sich dadurch um die Möglichkeit bringt, die vorhandenen Unterrichtsmaterialien auch rechtzeitig zu finden. So verlegt er auch nach jeder geglückten Stunde seine Skripten wieder, so daß bereits am nächsten Tag die Situation wieder gleichermaßen „gefährlich“ ist. Es stellt sich auch heraus, daß diese Schwierigkeiten nicht nur auf den schulischen Bereich eingegrenzt sind, sondern ganz allgemein eine große Tendenz zum Aufschieben, Verzögern und Vermeiden aller, seine Aktivität implizierenden Situationen besteht. Dabei fällt im Verlauf der Behandlung zunehmend der selbstschädigende Aspekt ins Auge: Geldforderungen werden dabei besonders auf die lange Bank geschoben.

Auch seine Initiative, was den sexuellen Verkehr mit seiner Frau betrifft, ist praktisch gleich Null. Er wartet sehnsüchtig darauf, daß die Frau ihm ein Zeichen gibt. In diesem Zusammenhang berichtet der Patient über seine erste Liebesbeziehung, als Student im Hause der Eltern:

Die Nachbarin, eine Friseurin, kam fast täglich ins Haus und deren Mann war öfters lange weg. Sie gab ihm deutlich zu verstehen - „grünes Licht“ nannte er es – daß sie mit ihm „zusammen sein“ wolle. In der lustvollen Rückerinnerung dominiert noch immer der Geschenkcharakter, die Vorstellung, daß ihm eigentlich alles in den Schoß fallen müßte, kennzeichnet auch seine Einstellung zur Arbeit.

Hierbei ist besonders auffallend, was wir erst allmählich herausstellen können, daß er selbst in der größten Verzweiflung, nie wirklich glaubt, daß er Schiffbruch erleidet. So wird in der täglich wiederholten Verzweiflung bei der Arbeit auch eine Lust deutlich, nämlich der

phantasierten Gefahr zu entinnen. Diese Polarität von Triumph und befürchteter Niederlage reicht zurück bis in das Kindheitserleben. Die stolzen Lobeshymnen der Mutter: „mein Junge wird es schon schaffen“ - und er habe der Mutter auch nie Grund zur Enttäuschung gegeben – werden durch ein Gefühl ergänzt, schon damals überschätzt worden zu sein. Er habe schon als Kind darauf gewartet, eines Tages entlarvt zu werden.

Die analytische Situation gestaltet sich in dieser ersten Zeit analog seiner Situation in der Schule. Sobald das erzählerische vorgebrachte Material auszugehen droht und die Gegenwart der Stunde in seinen Gefühlen auftaucht, wird die Bedrohung, zu versacken, ins Leere zu fallen, auch hier real. Und damit ist eine große Enttäuschung verbunden: „Bei der Frau P. War es anders, die hat mich immer gefragt, wenn es nicht weiter ging“ (Std. 10).

Immerhin zeigt der mit seinem ersten Traum die großen Erwartungen an, die für ihn mit meiner Person verbunden sind:

Er sei heute morgen mit dem Gefühl aufgewacht, sich an einen sehr lebhaften Traum zu erinnern. Seine Familie habe eine Landpartie zum Hohenzollernschloß gemacht. Als die Eltern und seine Frau sich von der Aussichtsplattform wieder zum Gehen wandten, sei er mit seinem Jungen noch zurückgeblieben. Dabei habe er sich einen Moment herumgedreht und vergessen nach dem Jungen zu schauen. Als er nach ihm schaute, stand dieser auf dem Rand des Geländers und er sah den Körper des kleinen Jungen gerade noch hinunterfallen. Er sei an das Geländer gestürzt und habe in einen ganz tiefen Abgrund geschaut, wo er das Ende kaum sehen konnte.

In dem Traum habe er dann der Familie gegenüber sofort alle Schuld auf sich genommen. Später sei er mit einem jungen Mann, dem man ihn als Führer für die Schlucht empfohlen hat, in die man sich allein gar nicht hineinwagen könne, hinabgestiegen. Obwohl schon eine Nacht vorbeigewesen sei, habe er das unbestimmte Gefühl gehabt, daß alles gut enden würde. Tatsächlich beim Näherkommen richtet sich der Junge unverletzt wieder auf (Std. 12).

Anhand der Einfälle des Patienten wurde deutlich, daß er in dem Führer den idealisierten Vater sucht, der ihn nicht richtet, nicht bestraft, sondern ihm bei der Wiedergutmachung beisteht. Diese Seite des Traumes wird vom Patienten recht gut verstanden.

Die ebenfalls deutliche Geschwisterrivalität, die Todeswünsche gegen die jüngeren Brüder, werden über eine starke Identifizierung abgewehrt. Die starke Aggressivität, die dieser Traum zeigt, bleibt in der Übertragung für einige Zeit nur indirekt sichtbar. Der Patient muß danach streben, daß ich ihm als freundlicher Führer erhalten bleibe, denn solange braucht er von mir nichts zu befürchten.

Allerdings, was der Patient in diesem ersten Traum so deutlich zu erkennen gab, verschwand bald hinter einer vorwurfsvollen Haltung, die bei Herannahen der ersten Ferienunterbrechung zum vollen Ausbruch kommt. Mit Enttäuschung äußert der Patient immer wieder, daß er noch immer nicht das Rezept für seine Arbeitsschwierigkeiten bekommen habe.

Das Gefühl, zu wenig von mir gekriegt zu haben, wiederholt seine unbewußten Vorwürfe zum Vater. Als der zurückkam, wurde der damals 14-jährige Patient bald um seine Erwartungen betrogen. Der Vater verdrängte ihn bei der Mutter, erarbeitete sich zielbewußt einen neuen Beruf und der Patient wurde mit seinem eigenen Bild zum „Schmerzmann“, der sich selbst zum lebenden Vorwurf umgestaltete.

Der Wechsel zwischen einer abgewehrten sehnsuchtsvoll-passiven Einstellung und aggressiv-klagenden Regungen bestimmt in unserer Beziehung das Bild dieser Behandlungsphase. Sein

Rückzug in die Passivität kann als Ausweg aus dieser Konstellation verstanden werden. Diese Übertragungskonstellation in ihren ersten schwankenden Ausprägungen zieht auch Wiederbelebungen außeranalytischer Beziehungen nach sich. Der Patient mobilisiert alte Schulfreundschaften mit heute jungen erfolgreichen Managern, an deren widerspruchsvoller Charakterisierung er seine Übertragungsbedürfnisse austrägt. Immer wieder beklagt er die Überweisung von der älteren Analytikerin zu mir. Die stand außerhalb solch beunruhigender Gefühle, sie trägt in seinem Erleben die Züge der Mutter, die ihn angeblich ohne viel Worte verstand und ihn unterstützte.

Mit dem Auftauchen der aggressiven Einstellungen kam eine deutliche Entwertungstendenz der Analyse gegenüber auf, die sich schon bald und dann für lange Zeit am Zuspätkommen und Stundenausfallenlassen festmachte. Deutungen dieses Verhaltens erzeugen einen heftigen Widerstand: „Er komme hierher, um ein Verständnis für seine schulischen Schwierigkeiten zu bekommen, nicht aber um hier mit neuen Konflikten konfrontiert zu werden“ (49. Std.) . Zwar kann er bald intellektuell diesen Widerstand sehen, aber er hält daran fest, daß er mit mir nicht Fraktur reden kann (52.Std.)

Mit „Fraktur“ meint der Patient zwar auch eine deutlich-ärgerliche Redeweise, vielmehr aber jene freundschaftlich-kameradschaftliche Kommunikationsweise, über einen tüchtigen Rippenstoß seine Zuneigung zu mir auszudrücken. Damit grenzt sich der Patient von seinen Wünschen nach Nähe und Zärtlichkeit ab und befestigt seine Abwehr homosexueller Wünsche, die zwar immer wieder anklingen, aber von ihm meist mit fluchtartiger Distanzierung beantwortet werden, wenn ich es wagte, diese ihm näher zu bringen.

In dieser Zeit wechseln seine schulischen Leistungen auch von Tag zu Tag. Er scheitert, wenn er klassische Texte durcharbeiten soll und mit seinem Scheitern erleiden so auch die Klassiker-Väter eine Niederlage. Daraus zieht er dann weiter den lustvollen Vorwurf, daß die Väter ihm etwas schuldig geblieben sind. Die Bearbeitung dieser Zusammenhänge bringen zunehmend Größenvorstellungen des Patienten zu Tage, der sich auch in der Behandlung über meine bescheidene Technik lustig zu machen beginnt. Aber seine Triumpfe büßt er bald wieder durch selbstauferlegte Bestrafungen ein. Durch seine gleichzeitig ablaufende Konsolidierung in der beruflichen Situation wird die innerseelische Determination dieses Geschehens auch dem Patienten deutlich.

Parallel zur Aufdeckung seiner rivalisierenden Einstellung geht eine Aktivierung heterosexueller Wünsche. Mit Hilfe eines Schulfreundes, der lange Zeit eine Nebenübertragungsfigur darstellt, arrangiert er für eine Nacht eine außereheliche Beziehung, was er als große Befriedigung erlebt. (Std. 102).

Sein überstrenges Gewissen sorgt allerdings dafür, daß er entsprechend schnell wieder dafür bestraft wird, aber „er sei immerhin schon einmal aus seinem Gefängnis ausgebrochen.“ Damit wird ein Bild thematisiert, was sich erst später in voller Deutlichkeit ausformen wird.

Die Rekonstruktion dieser Freundesbeziehung in der Studienzeit macht deutlich, daß dieser Freund eine Externalisierung eines väterlichen Ich-Ideals darstellt. Dessen Anwesenheit gewährte Arbeits- und Liebesfähigkeit in geradezu magischer Weise. Als Kindheitserinnerungen kommen in diesen Kontext die Gebete des achtjährigen Jungen, der sich sehnlichst die Rückkehr des Vater wünscht, der ihn sicher nicht so von den wilden Spielen zurückhalten würde wie dies die Großmutter tat (Std. 124).

In unserer Beziehung spielt diese Episode die Rolle eines Versuches, eine kritische Reaktion bei mir zu provozieren. Deutungen dieser Einstellung bringen treibhafte Regungen zutage, vor

denen der Patient immer wieder entsetzt zurückschreckt. Wünsche, den Erfolg seiner Bemühungen als Sportlehrer auch öffentlich einzuheimen, bringen auf der anderen Seite die Angst vor den befürchteten aggressiven Vergeltungen der anderen Kollegen. So sieht sich der Patient am liebsten als einsamer Westernheld, der ganz auf sich allein gestellt die schwierigsten Taten besteht und nach getaner Arbeit bescheiden alleine den Ort des Erfolges wieder verläßt. Wie der Held, kann er die bewundernde Nähe eines anderen nicht genießen (Std. 152).

So will er auch nicht zulassen, daß in der professionellen Beziehung auch eine persönliche enthalten ist. Dies wird vom Patienten in dieser Behandlungsphase wiederholt als bewußter Widerstand eingebracht: erzieht es vor, als „outlaw“, als „Lebenslänglicher auf Urlaub“ in einer tragischen Einstellung zu verharren. Immer wieder stellt sich in diesen Stunden die Frage, wo seine Wünsche nach dem idealisierten Führer-Vater geblieben sind.

Sein Erleben ist weitgehend von den Folgen eines unbewußten Schuldgefühls bestimmt. Erst über suizidale Phantasien – auf dem Weg zur Behandlung zu verunglücken oder über die Vorstellung, an einer malignen Tuberkulose erkrankt zu sein und in einem Zauberberg „nun der Lust zu frönen“ kann ich ihm ansatzweise zeigen, daß seine Glücksmöglichkeiten durch sein eigenes bestrafendes Gewissen eingeschränkt werden: „Erst wenn Sie zum Tode verurteilt sind, verliert der irdische Richter sein Recht auf Sie“ (Std. 160).

Die Arbeit an seinen Schuldgefühlen erweist sich als äußerst mühselig; eine masochistische Grundhaltung, die in weiten Bereichen dem Patienten von früher Kindheit an selbstverständlich ist, zeigt die charakterliche Verankerung dieser Widerstände.

In analoger Weise gestaltet sich seine Beziehung zu seiner Frau. In großen zeitlichen Abständen findet ein befriedigender Verkehr statt, den der Patient zunächst nicht berichtet. Sobald er darüber spricht, verkehrt sich die für wenige Tage freundliche Stimmung zwischen den Ehepartnern in bitterbösen Streit und der schützende Abstand ist wieder hergestellt. So bleibt das Glück an wenige Augenblicke gebunden und das Schuldgefühl des Patienten bestimmt weitgehend sein Erleben. Frauen aktiv zu erobern wird unbewußt als äußerst gefährlich erlebt, weshalb einerseits die Zustimmung der Frau ein Unterpfand für die Unverletztheit des eigenen Genitales wird und andererseits die Aktivität der Frau sein Gewissen beruhigt.

Zusammenfassend führt diese erste Behandlungsphase aus der völligen Passivität über eine vom Analytiker-Vater akzeptierte Aktivität zu einer gewissen Autonomie, die besonders in seiner beruflichen Situation deutlich wird. Dabei werden allerdings seine unbewußten Ängste verstärkt, weil er einerseits die Kastration durch die Frau befürchtet, andererseits in der positiv-oedipalen Einstellung auch mit der Rache des Vaters rechnen muß.

Die Amerikareise, die der Patient in den Sommerferien antritt, bildet für den Patient den Abschluß seiner behandlungsbedürftigen Arbeitsschwierigkeiten und verbindet sich mit dem heftigen Wunsch, die Behandlung zu beenden. Er hat eine schmerzhafteste Prozedur über sich ergehen lassen, die er nun ungeschoren überstanden hat. Die Kränkung, Patient zu sein, verdeckt deutlich die massive Angst, in der passiven Situation der Behandlung überwältigt zu werden. Das intensive Interesse an meinem Alter macht deutlich das jünger sein für den Patient gleichbedeutend ist mit wertlos, schwach, impotent sein, und daß er die neugewonnene Aktivität zum Schutz vor dem Überwältigt-werden einsetzen will.

Der Beginn der Arbeit am Charakter (Std. 167 – 245)

In den Wochen nach den Sommerferien geht es darum, einen Widerstand zu überwinden, den der Patient mit der Vorstellung aufgebaut hat, daß er mit der Symptombesserung eigentlich zufrieden sein könnte, d.h. mehr gar nicht zu erreichen sei. Die charakterologisch fixierte Einstellung, bildlich gesprochen, nur ein „Sträfling auf Urlaub“ zu sein, - ein inneres Bild des Patienten, was er nur langsam wahrnehmen und aus sich herausstellen kann, verursacht eine latent immer vorhandene Abbruchtendenz, die mich dazu bringt, ihn relativ vorsichtig und fürsorglich anzufassen. Oft genug habe ich in dieser Phase der Behandlung den Eindruck, daß er nur einen Grund sucht, um seiner masochistischen Tendenz, das Leben halte dich nichts für ihn bereit, folgen zu können und durch eine Beendigung der Behandlung auf seine „Freiheit“ zu verzichten.

War bislang die schulische Situation des Patienten im Fach „Deutsch“ der Scheuplatz seines Leidens, so kommt nun die Ehe des Patienten als neues Feld des Leidens voll ins Blickfeld. Der bedrohliche Zustand in der Schule erzwang zwischen dem Ehepaar einen Burgfrieden, nun sieht sich der Patient zunehmend mit Ansprüchen seiner Frau konfrontiert und konstellierte erneut eine Situation der sichernden Enttäuschung.

Wir können erarbeiten, daß er im Grunde genommen ein Junggesellendasein führt. Seine Frau rückt in ihrer Charakterisierung in die Nähe des Vater, mit dem diese sich auch gut versteht: sie ist praktisch und zupackend, bewältigt schwierige Situationen mit viel Schwung. Einerseits konstellierte der Patient die Beziehung ständig in der Richtung, daß er diese Fähigkeiten der Frau in Anspruch nehmen kann und entzieht sich andererseits ihren Erwartungen im Rückzug auf kameradschaftliche Beziehungen mit Kollegen. Das führte zu einer chronischen Reizbarkeit der Frau, was immer wieder zu schweren Auseinandersetzungen führt, die dann paradoxerweise für kurze Zeit ein sehr inniges Verständnis der Partner ergeben.

In der Supervision konstellierte sich in dieser Zeit immer wieder eine Kontroverse in der Beurteilung der Ehe zwischen der Analytikerin und mir. Sie sieht in den Konflikten der Frau eine schwere Hypothek für die Entwicklung des Patienten und rechnet möglicherweise mit einer Scheidung. Meiner Meinung nach hängt die Beziehung beider Ehepartner jedoch sehr viel mehr an dem Patient und dessen ungenutzten Fähigkeiten, die Frau zufriedenzustellen. Ganz offensichtlich spielen hier Identifizierungen mit der Mutter, bzw. dem Vater eine entscheidende Rolle für die prognostische Beurteilung der Ehe.

In der Behandlung äußert sich diese Junggesellenphantasie nun in der Weise, daß sich sein Zuspätkommen intensiviert. Er vermittelt das Gefühl, daß ich eigentlich froh sein könne, wenn er überhaupt noch komme und hält außerdem an seiner Autonomie fest, indem er den Anfang der Stunde selbst bestimmt.

Meine Versuche, dem Patienten zu zeigen, daß er nun die Beziehung zu seiner Frau dazu benutzt, sich vor unserer Beziehung zu schützen, daß er die Frau entgelten läßt, was ihn zwischen uns stört, führt dazu, daß der Patient immerhin Ansätze zeigt, die Beziehung zu der Frau aktiv zu verändern. So sprechen sie zum erstenmal über die Möglichkeit ein zweites Kind zu bekommen (Std. 181). In einem Traum aus dieser Zeit erscheint wieder ein verlassenes apathisch-schlaffes Kind am Straßenrand, welches als sein Sohn sowohl ihn selbst auch als auch den eigenen Sohn darstellt. Die schuldhaften und aggressiven Regungen gegen diesen Jungen, der ihn ja zur Heirat zwang, kommen so erstmals ins bewußte Erleben (Std. 185).

Neben dem Zuspätkommen nimmt das Schweigen in dieser Behandlung einen größer werdenden Raum ein. Es hatte schon immer eine Rolle gespielt und war zunächst von mir als Ausdruck der Unfähigkeit des Patienten verstanden worden, unmittelbar wahrgenommene Gefühle zu äußern. Später bekam das initiale Schweigen die Bedeutung eines bewußten

Zurückhaltens. Der Patient wußte, daß er Widerstand leistete, aber es war ihm wichtig zunächst einmal die Kontrolle über die Situation zu spüren. Er pflegte dann regelmäßig zu rekapitulieren, was ihn in den letzten zehn Minuten oder so beschäftigt hatte. Aber dadurch konnte er sich schon selber distanziert beschreiben.

Diesen Abwehrmechanismus der Isolierung wendet der Patient überhaupt in großem Umfang an. Bereits der Weg zur Analyse, eine etwas halbstündige Autofahrt, wurde von ihm für lange Zeit als Fahrt durch einen Tunnel beschrieben, der seine Heimatstadt sorgfältig von Ulm abtrennte und isolierte. So wurden auch die einzelnen Stunden von ihm getrennt. Eine erlebnismäßige Kontinuität der Arbeit konnte er nicht zulassen, so daß für lange Zeit diese Funktion von mir übernommen werden mußte.

Das Schweigen, welches ursprünglich dieser weitgehenden Widerstandsfunktion gedient hatte, änderte aber allmählich seine Qualität. Er wurde weniger trotzend, behauptend, sondern drückte mehr und mehr ein Gefühl der Hilflosigkeit aus. Der begleitende verbale Dialog enthielt dann auch schwere Vorwürfe gegen die Frau:

„Nur wenn man krank ist, pflegt sie einen; sobald man wieder gesund ist, fordert sie nur“ (Std. 186). Wir können langsam erarbeiten, daß das Schweigen nun zu einem Kompromiß zwischen schützender Distanz und gesuchter Nähe ist. Der Patient erlebt, wie er in diesen Schweigeperioden sich befriedigenden Situationen hingibt, in denen vorwiegend frühere Niederlagen Frauen gegenüber ausgeglichen werden. Er schweigt, weil er meine Kritik befürchtet wobei er hier eine Parallele zwischen seiner Frau und mir zieht, die nörgelt auch nur an ihm herum. Unbewußt gewinnt das schweigende Phantasieren aber die Bedeutung meiner Zustimmung, weil er die analytische Situation zunehmend regressiver besetzt.

Eine Stunde, in der ich ihm eine Decke anbiete, weil der Öfen nicht funktioniert, legt eine bisher gut abgewehrte Angst frei: Körper und Seele müssen getrennt bleiben. – Ja, sagt der Patient, Ihre Decke anzunehmen, würde für mich bedeuten auch meinen Körper als Patient mit hier herein zu bringen (Std. 193).

So kommt allmählich ein Verständnis für die körperliche Seite des Schweigens auf, als eine Form sich vollständig fühlen zu können. Im Reden tritt immer eine Trennung ein, da ist der Körper schon nicht mehr anwesend. Gleichzeitig verdeutlicht der Patient, daß schon ein „hum“ meinerseits für ihn zu einer Forderung wird: „Na red doch endlich was.“ Bei kleinen Kindern und älteren Damen, da habe er keine Hemmungen, da fließe es nur so aus ihm raus, sobald aber Forderungen gestellt werden, sei es aus (Std. 198).

In seinem bewußten Erleben repräsentiert die Unschuld des Kindes den Status quo ante, dem man noch nichts übel nehmen kann. Für ihn aber wird jedes Wort zu einem Akt der Entscheidung, er müsse prüfen, ob es sich auch wirklich lohne.

Meine Hinweise, daß er sich zwischen uns eine solche Situation wünsche, in der er das Gefühl der kritischen entwertenden Forderung nicht mehr haben müsse, zeihen eine deutliche Intensivierung der praeverbalen Wunschwelt nach sich. Einschlafen, mit mir Kaffee trinken, einfach schweigen und dabei meiner Zustimmung gewißsein, sind die Themen, die er in der Stunde jetzt äußern kann. Gleichzeitig agiert er die negative Seite dieser frühen Mutterübertragung in einem Streit mit seiner Frau über Heizkostenprobleme aus, der kein Ende nehmen darf, sonst müßte er unsere Eintracht stören.

Meine Deutungsarbeit in dieser Zeit geht dahin, dem Patient zu zeigen, daß er durch das Schweigen sich einen Schutzraum schafft, wo er das in der Realität Unvollständige ungestört zu befriedigenden Bildern umgestalten kann. Darauf kommt als neues Material zunächst die Vorstellung, in einem Kleidergeschäft namens KORD (der Patient irrte, es heißt LORZ) zu sitzen und von allen Seiten bedient zu werden. In der folgenden Stunde deute ich ihm dann seine Zurückhaltung als Ausdruck einer Angst, nicht sicher zu sein, ob er von mir genügend Hilfestellung erhalte, wenn er seine sorgsam gehüteten Vorstellungen vorzeige. Darauf berichtet der Patient, er habe am vorigen Sonntag ein Märchen gesehen, in dem ein König alle Leute für sich arbeiten ließ. Die Leute fragten ihn warum das so sei. Da sagte der König:

„Nur weil ich der König bin, müßt ihr das tun“. Der Ausdruck „nur weil ich so bin“ habe ihn richtig getroffen, das sei genau sein Grundgefühl, um seiner selbst willen geliebt zu werden (Std. 217).

Mit diesem Grundthema können wir vieles zusammenfassen: sein Schweigen, sein Zuspätkommen, seine sexuelle Zurückhaltung.

Der andere soll erst zeigen, daß er ohne Vorleistung akzeptiert wird. Im Anschluß daran fragen wir uns allerdings, wozu er diese Einstellung verwendet. Denn von der Entwicklung der Behandlung her ist es überraschend, daß nach der ersten Behandlungsphase, die eine deutliche Stärkung des Patienten doch gebracht hatte, diese regressive Linie das Bild beherrscht.

Meine Deutung, mit dieser Einstellung vermeide er auch in das Blickfeld möglicher Bewunderer und Rivalen zu geraten, fördert zum erstenmal neurotische Elemente auch in seinem sportlichen Lebensbereich zutage. Er realisiert, daß er eigentlich auch dort immer vermieden hat. Wirklich erfolgreicher z.B. Zehnkämpfer zu sein, und lieber den goldenen Mittelweg wählte.

Damit wird die Übertragungssituation auch wieder etwas klarer. Der Patient berichtet zum Beginn des neuen Jahres (1974), es werde ihm manchmal richtig schwindelig, wenn er feststelle, wie gut er seine Aufsätze korrigieren könne. Er werde dann unruhig und müsse sich schnellstens ablenken (Std. 222).

Er berichtet ebenfalls, wenn auch mit vielen Abschwächungen, von einem Wandertag in der Schule wo er sich eine im Studium für ihn unerreichbare Kollegin als weibliche Begleiterin mitnehmen konnte und sie flirtend zu umwerben versuchte. In dieser Stimmung bringt er dann eine „richtige Verführung“ seiner eigenen Frau fertig, d.h. es gelang ihm zum erstenmal, sie gegen ihren Willen mit viel List und Geduld doch noch zum Verkehr zu motivieren.

In der Übertragungssituation versucht der Patient immer wieder das Vorzeigen solcher Regungen und Taten als beschämend abzuweisen; meine Deutungen richten sich aber auf den Abwehrcharakter der Beschämung, nämlich mir seine exhibitionistischen-phallischen Wünsche zu verbergen. Es klingt fast wie eine Bestätigung der entfalteten Kastrationsthematik, daß er in einer Stunde darum bittet, das Deckenlicht auszumachen, da es ihn blende. Dann berichtet er von einem Besuch auf dem Stuttgarter Flughafen, wo er in der Wartezeit im Restaurant seine Aufsatzhefte ausbreitete. In der Phantasie beschäftigte ihn dabei die Frage, ob man ihn wohl für einen großen Wissenschaftler halten würde (Std. 224).

Diese Erfahrungen wirken auf den Patienten und unsere Beziehung sehr fördernd. Er ist nicht mehr so vorwurfsvoll, sondern kann milde positive Übertragungsgefühle zulassen. Als er das erste Mal sogar zu früh kommt, schweigt er fast die ganze Stunde, um am Schluß zu bemerken, er wolle vermeiden, einen allzuguten Eindruck zu machen (Std. 237).

Am Ende der Stunde, in der wir ganz gut arbeiten konnten, bittet er mich um zehn Mark, er habe kein Benzin mehr im Tank und vergessen, sich Geld einzustecken. Ich bin verdutzt und überrascht aber habe sofort das Gefühl, ihn an die Sekretärin zu verweisen, wäre eine zu große Zurückweisung. In den weiteren Stunden vergißt der Patient mir das Geld zurückzugeben; gleichzeitig beherrschen Abbruchsphantasien die Stunden und der Patient bringt sich selbst in eine Unzufriedenheit.

Ich deute ihm den Zusammenhang zwischen seinem Vergessen und der Stimmungsänderung. Wir entdecken dann seine Wunschvorstellung, daß er erwarte, das Geld behalten zu können, schließlich wäre das der deutlichste Ausdruck einer freundlichen Beziehung.

Daß er mich gleichzeitig aber beraubt, macht ihm Schuldgefühle, die er dann zu einem Vorwurf an mich verkehrt: Nicht er nimmt mir etwas, sondern ich bleibe ihm etwas schuldig. (Std. 239).

Im Anschluß daran greifen wir erstmals den genetischen Aspekt seiner aggressiven Regungen auf. „Möglicherweise hat sich in Ihrer kindlichen Vorstellung eine Beziehung zwischen dem

Verschwinden des Vaters, der Brüder und dem Großvater hergestellt und Ihren aggressiven Wünschen“.

Dazu bringt er dann eine Kindheitserinnerung, die ihm von der Mutter später erzählt wurde. Beim Tod des einen Bruders habe er als Fünfjähriger befriedigt gesagt:

„Jetzt habe ich endlich mein Spielzeug für mich allein“.

Mit diesen Stunden gewinnen wir für die weitere Arbeit eine entscheidende Erfahrung; der Patient realisiert, daß er nicht nur Opfer, sondern auch Aggressor sein kann, was er bis dahin sorgfältig von sich zu verbergen wußte (Std. 245).

Die Auseinandersetzung mit dem Vater (Std. 246-350)

In dem sich anschließenden Vierteljahr bringt der Patient sehr variable Einstellungen zur Behandlung, zu meiner Person zum Vorschein. Von seiner wohlbekannten Tendenz, die „Halbgötter in Weiß“ zu entwerten, über immer wieder auftretende Schweigeperioden, die meist am Anfang der Stunde die unterschiedlichsten Widerstände beinhalten, kommen aber auch die bereits vertrauten Wünsche nach Verständnis, Kaffeetrinken und Freundlichkeit, die sich zeitweilig in eine ausgesprochen letztselige von-oben-herab-Einstellung meiner Person gegenüber verwandeln. Er prüft die Belastbarkeit unseres Verhältnisses, deute ich ihm immer wieder.

Es geht ihm dabei um meine Zustimmung als bewunderter oedipaler Vater, der ihn nicht einschränkt, sondern ihn in der Entwicklung fördert, indem er ihn auch als Vorbild sich zur Verfügung stellt. Beispielhaft fokussieren sich diese Wünsche des Patienten in der Vorstellung, einmal eine Stunde schlafend zu verbringen. Darin würde für ihn zum Ausdruck kommen, daß er sich wirklich akzeptiert fühlen könnte. Allerdings wehrt er diesen Wunsch mit der beschämenden Vorstellung ab, ich würde dann alle Mitglieder der Abteilung herbeiholen und ihn schlafend vorzeigen (Std. 275). Seine exhibitionistischen Wünsche sind so von der Grandiosität einerseits geprägt und andererseits von der Gefahr der traumatischen Hilflosigkeit bedroht.

Die Bearbeitung dieses Zwiespalts führte dazu, daß der Patient die erste Stunde nach einer kurzen Ferienunterbrechung zu einem uns beide überraschenden Acting-in nützte. Er kam direkt von der ferienfahrt in die Stunde und legte sich hin. Als ich nach einigen Minuten realisierte, daß er heute nicht in seinem üblichen Anfangsschweigen versunken war, sondern richtig schlief, war ich von der Fähigkeit des Patienten, sich diesen Wunsch zu erfüllen, zu sehr beeindruckt, als daß ich auch nur daran gedacht hätte, ihn aufzuwecken.. Der Patient wachte am Ende der Stunde spontan pünktlich auf und in den folgenden Stunden kehrte er immer auf die große Zufriedenheit zurück, die sich für ihn mit diesem Ereignis verband. Das Gefühl der kränkenden Zumutung, zur Analyse zu müssen, verwandelte sich langsam in ein positiveres Verhältnis. Er hatte sich die Analyse ein Stück weit angeeignet: die Einschlafstunde wurde so zum Meilenstein für ihn. Die deutliche Verbesserung der Arbeitsbeziehung zeigte sich in den folgenden Monaten an der Fähigkeit des Patienten, sich seiner inneren Welt zu nähern, von der bisher relativ wenig verbalisiert worden war. (Juni – Dezember 1974).

Die Beschreibung, daß er das Gefühl habe, innerlich eine Wüste zu haben, die zwar weit und großartig sei, aber auch menschenleer ist, verknüpft sich mit dem früher bereits verwendeten Bild des einsamen Helden und greift das Gefühl auf, von allen lustspendenden Zufuhren abgeschnitten zu sein. Er könne sich schon vorstellen, daß bei genügender Bewässerung aus der Wüste ein Garten werde, aber die Frage sei, wo die Wasserhähne sind. Meine Intervention richtet sich darauf, daß er genügend Ressourcen habe (=Wasserhähne), aber die Frage sei, was ihn veranlasse, diese zuzusperren.

Der Hinweis auf die Schulproblematik bringt die im Bild der Wüste verlorengegangenen Objektbeziehungen wieder ins Bild. Der Patient entfaltet sich nämlich parallel zu der oben beschriebenen analytischen Entwicklung in der Schule im zwischenmenschlichen Bereich. Er wird mit überwältigender Mehrheit zum Vertrauenslehrer gewählt, er greift auch die aktive Linie in der Beziehung zu Schülern (z.B. gibt zum erstenmal Einträge ins Tagebuch) und bringt sich in Situationen, wo er bereits über andere Kollegen zu „Gericht“ sitzen muß. In der Behandlung beschäftigt er sich viel mit delinquenten Schülern und das Thema der Rebellion gegen das analytische Setting wird immerhin schon mit vorsichtigen Fingern angefaßt. Vor einem Jahr hatte er sich darauf beschränkt, das Buch vom „Elende der Psychoanalyse“ zu

kaufen, zu lesen wagte er nicht. Nun freut er sich am Bild der langsam vergehenden Zeit in der Stunde, wo die Minute wie beim Gaszähler eine Mark kostet.

Die Lust an der Kritischen Einstellung bleibt aber nicht draußen; nicht nur bei der „Psychoanalyse“, sondern verdichtet sich auch in der Beziehung zu mir. Er beginnt die kleinen Vorgänge, die sich zwischen meiner Sekretärin und mir so abspielen, in dem Sinne auszudeuten, daß ich der böse Mann bin, der gar nicht weiß, was für ein Goldstück er mit der Sekretarin (=Mutter) in der Hand hat. Er verbündet sich in Gedanken mit ihr, so wie er sich mit der Mutter verbunden fühlte. Daß der Vater die Mutter, ohne sie groß zu fragen, wieder in die Küche schickte, wird vom Patient hier erneut in Szene gesetzt. Die Bearbeitung dieser lebhaften Vorstellung verlebendigt auch für den Patient das Ausmaß der aggressiven Regungen, die bei der Heimkehr des Vaters nicht geäußert werden konnten. Der offensichtliche Vergleich mit dem Vater, den der Patient anstrebt – indem er sich in der Küche als geheimer Vertrauter anbietet – wird von ihm noch immer in weiser Vorsicht zurückgewiesen: „Ich sehe von Ihnen doch nur die Spitze eines Eisberges“ (Std. 301).

Die Bearbeitung der rivalisierenden Regungen gibt allerdings die Möglichkeit, seine Wünsche nach mehr Vertrautheit mit mir einzubringen. So kommen von der sexuellen Beziehung zu der Frau ihm erste Details über die Lippen: sie verträgt es nicht, wenn seine Eichel beim Verkehr feucht wird. Sie wischt dies dann immer gleich mit einem Taschentuch ab. Kein Wunder, daß ihm die Lust dabei verloren gehe, meint er. Ich hingegen wundere mich, daß er sich so behandeln läßt. Es wird in der weiteren Bearbeitung deutlich, daß er diese kastrierende Haltung der Frau benutzt, um seinen Rückzug begründen zu können. „Die will zuerst nur den kleinen Finger und eh man sich's versieht, schluckt sie einen ganz.“ (Std. 304). Seine Übertragungswünsche richten sich mit diesen Äußerungen auf den Vater, der ihm identifikatorische Sicherheit im Umgang mit Frauen geben könnte. In der Tat, der Patient räumt ein, er pflege manchmal mit mir in Gedanken zu reden; besonders dann, wenn er sich wieder mal gegen seine Frau nicht habe durchsetzen können: Können Sie (bzw. DU) mir nicht zeigen, wie man solche Weiber behandelt! (Std. 328).

Einerseits macht er mich zum Lehranalytiker, indem er eine Patientin als Ausbildungskandidatin ansieht und mit ihr in Gedanken Kontakt aufnimmt, wobei er sich mit dieser Patientin sehnsuchtsvoll identifiziert. Gleichzeitig rivalisiert er mit mir, indem er mit meinen Patientinnen in Gedanken anbändelt: „Mich hält nur das Gefühl zurück, daß Sie ja doch alles gleich brühwarm erfahren“ (Std. 315).

Mit deinem Traum wird deutlicher, daß die sehnsuchtsvollen Seiten auch der Abwehr seiner eigenen Rivalitätswünsche dienen: „Er sei vor einem Restaurant gestanden, aber das war schon zu. Dann kam ein Boss (so eine Art Gangsterchef) und trat die Türe ein. Er beschimpfte die Kellnerin und erzwang, daß man für ihn und seine Leute noch Essen brachte. Einer der Gangmitglieder sagt dem Patient dann: Du kannst die Kellnerin ja trösten. Diese ging die Treppe rauf und weinte. Als er ihr nachsah, hatte er das undeutliche Gefühl daß sie sich dabei entkleidete.“ (Std. 321).

Zunächst war der Patient sehr wütend über sich, daß er auch im Traum nur ein Tröster geknickter Frauenherzen sei, es reiche ihm, wenn das im Leben häufig genug vorkomme. Dann fiel ihm ein, daß sein Freund J., dem er sonst immer solche Frauenbekanntschaften verdankt hatte, eine Freundin verlassen hatte. Gestern habe er gedacht, die könntest Du eigentlich mal besuchen. Daran schließt sich die Vorstellung an, daß er vielleicht doch auch mal ohne den Freund sein Glück versuchen könne.

So zeigt sich, daß der Traum Triebwunsch und Abwehr zugleich darstellt. „Nicht ich bin der gewalttätige Mann, sondern der Boss, ich tröste die Frauen nur“: So wie der Patient die Mutter nur getröstet hatte, die brutal vom Vater wieder in Besitz genommen wurde, verschiebt er hier die Aggressivität auf den Gangster, mit dem er zugleich identifiziert ist.

Damit wird für den Patient seine erwünschte und gefürchtete sexuelle Aggressivität ein Stück weit zugänglich. Seine kleine, zierliche Frau dient so auch der Abwehr: mit ihr kann er erst gar nicht richtig loslegen, die würde das nicht überstehen.

Der Patient reagiert erleichtert auf die Deutung seiner aggressiven Wünsche. Daß ich ihm seine Rivalitätswünsche nicht übelnehme, führt nun wieder auf das Thema der Partnerschaft, der Kooperation zurück, das für den Patient zwar im Initialtraum so deutlich darstellbar war, in seinem Erleben sich jedoch so eng mit homosexuellen Einstellungen verbindet, daß er es panisch gemieden hatte.

Nun kann er selbst – anhand einer Fernsehsendung von Prof. Richter – sich mit der Frage beschäftigen, wie unsere Beziehung hier aussieht. Da waren einige Bilder, immer einer oben, der andere unten, ein Katz- und Maus – Spiel. Dier er sofort als zutreffend empfand; nur wer eigentlich oben und wer unten, das blieb schwankend. Zunächst bestimmte er mich zum Löwen und sich zum Mäuschen: „Aber das timmt ja wohl nicht, so habe ich mir das immer zurecht gemacht, vermutlich wird es umgekehrt sein“. (Std. 334). Darauf schweigt er! Da ich die Sendung selbst nicht kannte, fragte ich nach weiteren Konstellationen. Schnell fällt ihm noch eine Weitere ein:

Die frühere Analytikerin sei wohl der über seinem Sessel schwebenden Analytikerin so wie der Gott von Michelangelo in der Sixtinischen Kapelle. Dann schweigt er wieder. Der Hinweis auf sein offenkundiges Widerstandsverhalten ergibt dann untergroßen Mühen, es hätte da auch ein Bild gegeben, das ihm gar nicht gefallen habe, das gehen ihm einerseits nicht aus dem Sinn und doch sei es ihm unbehaglich zumute, wenn er daran denke: beide, Patient und Analytiker, liegen auf der Couch.

Zum Ende des Jahres 1974 ist deutlich, daß dieser Bereich noch vor uns liegt. Der Patient reagiert auf diese Einsicht mit einem beachtlichen Rückfall in sein Zuspätkommen und Schweigen. Die Weihnachtsferien verlängert er eigenmächtig und voller vorweggenommener Wut, ich würde das ihm doch nicht gönnen, mit seiner Frau skifahren zu gehen. Im Neuen Jahr jedoch setzt die Behandlung genau an jenem Punkt wieder ein. Der Patient verknüpft zum erstenmal in dieser Behandlung selbst die Stunden vor und nach der Ferienunterbrechung, indem er mich auf eine offene Terminfrage hinweist. Er setzt damit ein Stück Kontinuität, die er bisher verweigert hatte, aus Angst, die Nähe könnte unerträglich werden.

Zusammenfassende Überlegungen

Als bisherigen Hauptnenner möchte ich die Arbeit an seinen unbewußten Schuldgefühlen bezeichnen. Die auslösende Situation der Arbeitsschwierigkeiten kann als „Scheitern am Erfolge“ verstanden werden. Seine Liebe zu der Lehrerin wiederholt die oedipale Einstellung zur Mutter, mit der die Kastrationsangst noch sehr diffus ist, und in einer idealisierenden Weise der Bearbeitung vom Patient entzogen wurde, es liegt doch die Vermutung nahe, daß die Mutter als phallische Mutter den Sohn für den abwesenden Vater in die Rolle des Kornprinzen gebracht hat. Die Angst, entlarvt zu werden, verbunden mit der Angst, überschätzt zu werden, die der Patient seit seiner Kindheit verspürte, weist auf den hoch ambivalenten Charakter dieser Einstellung des Patienten zu Frauen hin. Der Rückzug in die Passivität in der Beziehung zu Frauen stellt somit eine Kompromißbildung dar: in der phallisch-passiven Einstellung (Loewenstein, 1935) sichert sich der Patient vor der befürchteten Kastration durch die Frau. So läßt sich auch seine Partnerwahl als Kompromiß verstehen. Die kraftvollen Sportlerinnen, die er sich immer gewünscht hat, aber sich nie zu erobern traute, werden durch eine körperlich unscheinbare Frau ersetzt; der Patient verachtet und depotenziert diese Frau wegen ihrer körperlichen Beschaffenheit. Aber ihr energisches und bestimmendes Verhalten erleichtern es ihm, eine phallisch-aktive Mutterimago auf sie zu projizieren. So überläßt sich der Patient, wenn auch unter viel Protest, ihrer Führung.

Die Abwesenheit des Vater in den formativen Entwicklungsphasen könnte verständlich machen, daß der Patient zwar ein hochidealisiertes Bild eines Heldenvaters sich ausgestaltete, das aber in der Auseinandersetzung mit den verführerisch und drohend zugleich wirkenden Frauenfiguren nicht konkret wird. Die Zuspitzung der positiv-oedipalen Situation mit ihren aggressiven Seiten – alles Männer um ihn herum verschwinden, besonders auch die beiden Brüder als Rivalen – wird zu der Entwicklung des mächtigen Schuldgefühls entscheidend beigetragen haben. Von da aus konnte sich die masochistische Einstellung entwickeln, die im Bild des „Schmerzensmannes“ gipfeln sollte.

Die Enttäuschung am Vater bei dessen Rückkehr stellt einen wichtigen Punkt in der charakterologischen Ausgestaltung der Persönlichkeit dar. Statt eines Helden kommt ein kranker Mann heim, der zunächst wegen der tatsächlichen Schwäche, später wegen seine eingleisigen Ausrichtung auf die notwendige berufliche Umschulung vom Patient überhaupt nicht gestört werden durfte. D.h. sowohl die oedipale Rivalität wie auch die Identifikation mit dem Vater war stark eingeschränkt. Da auch die Mutter von diesem Vater „rücksichtslos“ aus ihrem Beruf wieder an den Kochtopf geschickt wurde, bot sich die Mutter als Ersatzobjekt an. Als „Schmerzensmann“ sichert er sich die Verwöhnung der Mutter und zieht sich regressiv in sehr narzistisch besetzte Bilder von Größe und Einsamkeit zurück, wo er als Held dann wiederum seine sehnsuchtsvolle Identifizierung mit dem Vater findet.

Diese in der Arbeitsstörung enthaltenen grandiosen Aspekte stehen aber im Dienst der Abwehr von schuldhaft erlebten Rivalitätswünschen. Er vermeidet über die Arbeitsstörung, sich wirklich in die als tödlich phantasierte Auseinandersetzung einzulassen. Unsere Übertragungsbeziehung widerspiegelt in ihrer wechselnden Ausgestaltung diese Linien sehr deutlich. Über Umwege, nämlich die regressiv-versorgenden, ihn bewundernden Positionen versichert er sich meiner, entsprechend können wir allmählich seine entwertenden Einstellungen den Vätern gegenüber langsam aufarbeiten. Die Aussöhnung mit dem Vater als Übertragungsobjekt bringt die sehnsuchtsvollen Wünsche nach einem Vorbild = Führer auf der Ebene einer gleichberechtigten = gleichgeschlechtlichen Beziehung zum Vorschein:

zusammen auf der Couch liegen. Allerdings sind die praeödpalen und ödipalen Anteile dieser latenten Homosexualität genetisch noch unklar. Wahrscheinlich sucht er in der noch angstvoll besetzten Phantasie eine phallisch-narzistische Objektbeziehung, um sein männliches Selbstgefühl zu stärken, aber sicher gehen auch praegenitale Aspekte in die Charakterentwicklung ein. Er ist eher anal-passiv, in seiner Tendenz, vieles vor sich

herzuschieben und auf sich zukommen zu lassen als anal-aggressiv. Der Sport zieht allerdings in der betonten körperbezogenen Sinnlichkeit erhebliche Mengen Aggressivität an sich, die dort ich-synton abgeführt werden könne. Die motorische Bestätigung führt somit auch zu einer kontinuierlichen narzistischen Befriedigung, die gerade in den schlimmsten Zeiten ihn von einer Dekompensation geschützt haben dürfte.

Der Anteil einer narzistischen Störung bei der Pathogenese ist mir noch unklar. Es gibt eine Reihe von Hinweisen für Verunsicherungen auf der Ebene der frühen Mutter-Kind-Beziehung, woraus besonders eine diffuse leichte Kränkbarkeit resultierte, die behandlungstechnisch immer wieder den Vorrang vor anderen Problemen einnahm. Mein Eindruck blieb aber, daß die narzistischen Probleme mehr im Dienste der Abwehr von Triebkonflikten stehen. Hierfür spricht m.E. auch die positive Veränderung des Patienten im Bereich seiner schulischen Arbeit, wo er inzwischen zu einem recht selbstsicheren Lehrer geworden ist, der seine Forderungen an die Schüler mit seinen Wünschen nach persönlichen Beziehungen zu ihnen, in ein ausgeglichenes Verhältnis zu bringen weiß.

Vermutlich wird aber die Bearbeitung der noch sehr labilen Beziehung zu seiner Frau hier eine weitere Klärung möglich machen.