

## 2 Übertragung und Beziehung

- 2.1 Arbeitsbeziehung und Übertragungsneurose
  - 2.1.1 Förderung der hilfreichen Beziehung
  - 2.1.2 Unterstützung und Deutung
  - 2.1.3 Gemeinsamkeit und Eigenständigkeit
- 2.2 Positive und negative Übertragung
  - 2.2.1 Milde positive Übertragung
  - 2.2.2 Starke positive Übertragung
  - 2.2.3 Verschmelzungswünsche
  - 2.2.4 Erotisierte Übertragung
  - 2.2.5 Negative Übertragung
- 2.3 Bedeutung der Lebensgeschichte
  - 2.3.1 Wiederentdeckung des Vaters
  - 2.3.2 Bruderneid
- 2.4 Übertragung und Identifizierung
  - 2.4.1 Der Analytiker als Objekt und Subjekt
  - 2.4.2 Die Identifizierung mit den Funktionen des Analytikers

### Vorbemerkungen

Die Untergliederung dieses Kapitels folgt nicht genau den Untertiteln, wie sie im Grundlagenband bei der historisch-systematischen Abhandlung über das umfassende Rahmenthema "Übertragung und Beziehung" zu finden sind. So wichtig es ist, Begriffe durch gut abgegrenzte Beispiele zu erläutern, so wesentlich ist es auf der anderen Seite, nicht aus den Augen zu verlieren, daß Begriffe kein Eigenleben führen, sondern - innerhalb von Theorien - bedeutungsvolle Zusammenhänge in der Kette von Ereignissen hervorheben. Deshalb ist es naheliegend, einige Beispiele von Übertragung unter dem Gesichtspunkt des Widerstands zu betrachten und diese in Kap. 4 abzuhandeln.

#### *Aufbau einer hilfreichen Beziehung*

Wir beschränken uns auf einige einführende Worte zu den Hauptthemen. Zunächst geht es darum, eine "hilfreiche Beziehung" (Luborsky 1984; 2000) aufzubauen, innerhalb derer das Verhältnis von Übertragung und Arbeitsbeziehung (2.1) den psychoanalytischen Prozeß kennzeichnet. Dem Beitrag des Analytikers beim Schaffen günstiger Änderungsbedingungen, also beim Aufbau einer hilfreichen Beziehung, gilt unser besonderes Interesse. Es liegt nahe, Beispiele aus den Anfangsphasen von Behandlungen heranzuziehen. In der Einleitung der Therapie versucht der Patient, sich in einer fremden und beunruhigenden Situation zurechtzufinden. Es ist wesentlich, daß eine vertrauensvolle Beziehung entsteht. Die Hoffnung des Patienten, den Problemen des Lebens durch eine Analyse besser gewachsen zu sein als bisher, wird durch Erfahrungen genährt, die in der analytischen Situation gemacht werden.

Das Wechselspiel von Arbeitsbeziehung und Übertragung (Deserno 1990) wird unter 2.2 genauer ausgeführt; die Identifizierung mit dem Psychoanalytiker und seinen Funktionen wird an einem ausführlichen Beispiel verdeutlicht (2.4).

### *Spezifizierung der Übertragung*

Die Wiederbelebung vergangener Erlebnisse in der Übertragung (2.3) thematisiert ein Spezifikum der psychoanalytischen Übertragungstheorie: Um ihrem Namen gerecht zu werden, gilt es herauszufinden, welche verinnerlichte frühere Beziehungsform wieder belebt und auf den Analytiker "übertragen" wird. So sprechen wir von Vater-, Mutter- oder Geschwisterübertragung und meinen damit die Aktualisierung jener Konflikte und/oder unerledigten Wünsche bzw. Bedürfnisse, die mit diesen Vorbildern verbunden sind und zum "Klischee" im Sinne von Freuds Definition geworden sind (Albani et al. 2003).

Eine etwas andere Zentrierung ließe sich auch durch die Zuordnung der Übertragungsinhalte zu typischen Angstformen erreichen, bei denen selbstverständlich der aktualgenetische Kontext zu berücksichtigen ist. Um Ängste von Patienten in und außerhalb der Übertragung begreifen zu können, sind Kenntnisse der psychoanalytischen Angsttheorie erforderlich, in die wir unter 9.1 einführen.

### *Aktualgenetische und retrospektive Übertragungsdeutungen*

Beispiele für das Verhältnis der Gegenwart zur Vergangenheit in der Behandlungstechnik sind auf das ganze Lehrbuch verteilt, da das Hin- und Herpendeln auf der Zeitachse allen Übertragungsdeutungen zugrunde liegt. Zur theoretischen Einführung empfehlen wir die Lektüre der beiden letzten Abschnitte des Unterkapitels 8.4 im Grundlagenband und glauben, daß die anhaltende Kontroverse über das Verhältnis von Übertragungsdeutungen, die sich auf die Gegenwart, und solchen, die sich auf die Vergangenheit beziehen, durch unsere Beispiele in fruchtbare Bahnen gelenkt werden könnte. Zum einen ist es selbstverständlich eine empirische Frage, welches Mischungs- und Ergänzungsverhältnis zwischen aktualgenetischer ("hier und jetzt") und retrospektiver ("dort und damals") Übertragungsdeutung im Einzelfall therapeutisch wirksam ist. Wir führen diese Unterscheidung ein, um deskriptiv Adjektive verwenden zu können. Zugleich wird damit die Verbundenheit zwischen Gegenwart und Vergangenheit betont, die durch die Beobachtung der Wiederholung zur psychoanalytischen Übertragungstheorie führte. Die beiden Adjektive sind in der psychoanalytischen Literatur nicht üblich, weshalb es zweckmäßig ist, ihre Einführung zu begründen.

Übertragungsdeutungen, die sich auf das Hier und Jetzt richten, bedürfen bisher einer umständlichen Umschreibung, durch die gekennzeichnet wird, daß der Analytiker einen Bezug zu sich oder zur psychoanalytischen Situation herstellt oder von der Oberfläche ausgeht. Bei der Aktualgenese bleibt offen, wie tief das gegenwärtige Erleben in der Vergangenheit verankert ist. Daraus ergibt sich auch, daß aktualgenetische Deutungen der Übertragung nicht einfach nach jenem Muster gestrickt werden können, das wahrscheinlich auf Groddeck zurückgeht und sich sprachlich an den Satz anlehnt: "Sie meinen jetzt mich." (s. dazu Ferenczi 1926, S. 109). In den Vorbemerkungen zu Kap. 4 über den "Widerstand" diskutieren wir dieses Thema eingehend.

Die von uns so benannten retrospektiven Übertragungsdeutungen sind dem Leser unter der Bezeichnung *genetische Deutungen* geläufig. Was rechtfertigt diese Bezeichnung, wenn man sich an das Diktum von Occam hält: *Entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem*? Wir zögern deshalb, die Anzahl psychoanalytischer Begriffe zu vermehren. Aber es dürfte nützlich sein, die theoretisch wenig belastete Bezeichnung *retrospektive Übertragungsdeutung* einzuführen. Denn die genetische Übertragungsdeutung befindet sich in der Nähe der Rekonstruktion der Psychogenese und beansprucht, das gegenwärtige Verhalten und Erleben aus der Entstehung erklären zu können. Auf Vorläufer zurückzublicken, ist weit

## 2 Übertragung und Beziehung

weniger anspruchsvoll als bestimmte Übertragungen auf Ursachen in der Kindheit zurückzuführen. Retrospektive Übertragungsdeutungen machen ernst mit dem Prinzip der Nachträglichkeit (s. hierzu 3.3).

Es gibt kaum ein Thema, das die Gemüter so zu erhitzen vermag wie das Verhältnis verschiedener Übertragungsdeutungen zueinander. Obwohl es hierbei auch um die therapeutische Wirksamkeit geht, scheint die polemische Schärfe der Kontroverse, soweit sie nicht berufspolitisch motiviert ist, von Differenzen über die psychoanalytische Methode herzurühren (Fisher 1987). Gills sozialwissenschaftliche Konzeption der Übertragung bringt, sieht man von einigen Übertreibungen ab, die er selbst einräumt (Gill 1984), folgendes mit sich: Es ist davon auszugehen, daß Beeinflussung und Überzeugung Elemente jeder menschlichen Interaktion sind. Dementsprechend sind Übertragungsdeutungen janusköpfig. Sie bewegen sich innerhalb der (gegenseitigen) Beeinflussung und führen diese auf eine *neue* Ebene.

Um dem Analytiker die Interpretation der Übertragung - um welche Inhalte und Formen es sich auch handeln mag und welche Deutungstypen bevorzugt werden mögen - innerhalb einer hilfreichen Beziehung zu ermöglichen bzw. im Wechselverhältnis mit dieser einzusetzen, ist es unerläßlich, daß gewisse Grenzen der Interaktion nicht überschritten werden. Diese salomonische Ansicht Gills (1984) wird allseits Zustimmung finden, denn selbstverständlich benötigt die psychoanalytische Methode einen Rahmen. Wir verweisen den Leser auf unsere Diskussion der Funktion der Behandlungsregeln in Kap. 7 des Grundlagenbands.

Der Leser hat die Möglichkeit, die von uns vorgelegten Behandlungsabschnitte unter dem Gesichtspunkt der Interpretation der Übertragung nachzuvollziehen, ja in gewisser Hinsicht nach zu untersuchen, und er wird sicher viele Schwächen finden, die dem behandelnden Analytiker unterlaufen oder die uns entgangen sind. Abschreckende Beispiele für Grenzüberschreitungen, die keine Interpretation der Übertragung mit therapeutischer Wirkung mehr zulassen würden und die als Kunstfehler zu betrachten wären, finden sich im Psychoboom mehr als genug (s.d. Fähr 2002). Dazu wollen wir keinen Beitrag leisten.

### *Kontroversen*

Wo sind aber jene Differenzen, die sich weitgehend unerkannt in den Kontroversen über die aktualgenetische und die retrospektive Übertragungsdeutung kundtun und die Sandler u. Sandler (1984) als Nothelfer durch den neuen Begriff des "gegenwärtigen Unbewussten" zu einem guten Ende bringen zu können glauben? Danach würden sich die aktualgenetischen Übertragungsdeutungen an das gegenwärtige Unbewusste wenden, und die uns vertraute traditionelle Einteilung verschiedener unbewußter Schichten würde durch eine konzeptuelle Innovation erweitert. Läßt man einige eher terminologische Feinheiten außer Betracht, sind die Unterschiede zwischen dem vorbewussten und dem "gegenwärtigen Unbewussten" in der Sache selbst gering. Tatsächlich richtet sich Gills leidenschaftliches Engagement für die aktualgenetische Übertragungsdeutung vorwiegend auf die vorbewussten Wahrnehmungen des Patienten, und er empfiehlt, von deren "Plausibilität" auszugehen:

Es ist nicht nur so, daß beide, Patient und Analytiker, zur Beziehung, sondern daß beide auch zur Übertragung beisteuern. Weiterhin bringt die sozialwissenschaftliche Konzeption der Übertragung mit sich, daß die Realität relativ und nicht absolut betrachtet wird. Jeder der beiden Beteiligten . . . hat eine jeweils gültige, wenn auch verschiedene Perspektive von ihr. Hoffman und ich plädieren dafür, den üblichen psychoanalytischen Gesichtspunkt aufzugeben, daß man das zwischenmenschliche Erleben und die Erfahrung in der psychoanalytischen Situation im besonderen in einen realitätsgerechten und in einen verzerrten Anteil aufgliedern kann. Wir meinen statt dessen, daß das zwischenmenschliche Erleben stets Grade von *Plausibilität* hat (1984, S. 499; Hervorhebung von uns).

Diese konsequent sozialwissenschaftliche Konzeption der Übertragung, wie sie von Gill, (1984, 1996, 1997), Hoffmann (1991, 1992, 1994), auch von Stolorow u. Lachmann (1984/85) vertreten wird, fordert den Analytiker auf, seine Theorien der Realität zu reflektieren und in Bezug auf den Patienten zu relativieren. Die Betonung der Plausibilität richtet sich gegen die *Dichotomie* von realer oder realistischer Erfahrung einerseits und verzerrtem Erleben (als herkömmliche Definition der Übertragung) andererseits. Bei einem Kontinuum bleibt offen, wo die Verzerrung beginnt. Die psychosoziale Realität kann nicht allgemeingültig definiert werden. Die Auswirkungen dieser Konzeption auf das Verständnis von Übertragungsdeutungen sind sehr weitreichend. Denn es ist nun die Sache der *beiden Beteiligten*, sich darauf zu einigen, wohin eine Erfahrung im Hier und Jetzt gehören könnte. Einfach ist die Sache dann, wenn ein Patient selbst eine Wahrnehmung, eine Erfahrung oder eine Verhaltensweise als ziemlich abnorm einstuft und der Analytiker diese Einschätzung teilt, so daß sich beide mit geteilten Aufgaben an die Untersuchung machen können, um das vom Patienten gesuchte Ziel der Veränderung zu erreichen. Hierbei geht es selbstverständlich therapeutisch nicht um eine abstrakte Diskussion darüber, wo die Grenze der Normalität liegt und auch nicht darum, fortlaufend Meinungsverschiedenheiten zu besprechen, um zu einer Übereinstimmung zu kommen. Wir wollen mit diesen Ausführungen lediglich hervorheben, daß zunächst zwischen den beiden Beteiligten, zwischen dem Patienten und dem Analytiker, zu klären ist, wo gegebenenfalls die Realität in der analytischen Situation verzerrt wird. Darüber hinaus leben Patient und Analytiker nicht allein auf der Welt, sondern in einer vielschichtigen soziokulturellen Realität, in der gewisse Durchschnittswerte - ohne normative Kraft für das Privatleben des einzelnen - gelten. Das intersubjektive Bestimmen eines Kontinuums steht also im Austausch mit den Meinungen, durch die Patient und Analytiker mit ihrer jeweiligen Umwelt verbunden sind.

Der sozialwissenschaftliche Gesichtspunkt bringt die Anerkennung mit sich, daß der Analytiker den Patienten in hohem Maße persönlich beeinflusst, wie dies auch Freud betont hat, als er im Zusammenhang mit der Suggestion auf die Bedeutung dieses Wortes in der angloamerikanischen Sprachwelt ("to suggest", dt. anregen, nahe legen) hinwies. Zugleich hat aber Freud den zum Scheitern verurteilten Versuch gemacht, mit Hilfe des psychoanalytischen Regelsystems kontaminationsfreie Daten zu gewinnen. Sein Verständnis der Auflösung der Übertragung bezog sich auf den Versuch, die suggestive Kraft der mächtigen Gestalten der Kindheit und ihre Wiederbelebung durch den Analytiker zu zersetzen. Diese Orientierung an der *Vergangenheit* hat dazu beigetragen, den großen Einfluß des Analytikers auf die Gegenwart und die Aktualgenese aller seelischen Erscheinungen, einschließlich von Symptomen, zu vernachlässigen. Die praktischen und wissenschaftlichen Probleme der psychoanalytischen Therapie zu lösen, heißt vor allem, von der notwendigen Kontamination der beobachteten Phänomene durch den Einfluß des Analytikers auszugehen und diese bezüglich des Theorie-Praxis-Zusammenhangs zu untersuchen.

## 2.1 Arbeitsbeziehung und Übertragungsneurose

### 2.1.1 Förderung der hilfreichen Beziehung

In der Einleitungsphase kann der Analytiker wesentlich dazu beitragen, daß der Patient rasch mit der ihm unvertrauten Situation zurechtkommt. Schon am Anfang Hoffnungen zu wecken und bei der Entwicklung brachliegender Fähigkeiten behilflich zu sein, ist etwas anderes, als durch plumpe Suggestion Abhängigkeiten und Illusionen zu fördern. Die Entfaltung der

## 2 Übertragung und Beziehung

Arbeitsbeziehung und die Entwicklung der Übertragung können sich wechselseitig verstärken. Bei der Pflege der "hilfreichen Beziehung" - von Luborsky (1976) als "helping alliance" bezeichnet - gedeihen sowohl die Arbeitsbeziehung wie auch die Übertragung. Dem Patienten können schon früh die neurotischen Bedingungen seines Verhaltens und Erlebens, v. a. aber auch die trotz aller Einschränkungen verbliebene Fähigkeit zur Veränderung gezeigt werden.

### *Frau Erna X*

War einziges Kind zweier berufstätiger Eltern in engen Verhältnissen aufgewachsen. Wurde häufig von den Großeltern (mütterlicherseits) betreut. Schon als Kind litt sie an Milchschorf. Die Mutter, obwohl sie wenig Zeit für die Pat. hatte, ist die dominierende Figur nicht nur ihrer frühen Kindheit, sondern ihres ganzes Lebens geblieben. Diese hat sie durchwegs kontrollierend zur Unselbständigkeit abgerichtet. („Die Mutter hat mich viel geschlagen, vor allem auf den Kopf“). Das Bild des Vaters ist nur schwach ausgeprägt; auch er konnte sich bei der Mutter kaum durchsetzen, die die Zügel des kleinen Geschäftes fest in der Hand hatte. Sie beschreibt den Vater als „harmlos, unberechenbar und verschlossen“. Als Ausweg in Krisensituationen blieb dann meist die Oma. Als ängstliches Kind ging sie nur zögernd in den Kindergarten, war in der Schule still und brav, wenn auch stets eine gute Schülerin. Phasentypische adoleszente Erfahrungen waren entsprechend vorwiegend negativ geprägt, es gab keine Ermutigungen, z. B. für sexuelle-weiblichkeitsbildende Erfahrungen. Es war, wie sie selbst sagt, wenig Spielraum für sie da. Zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns war sie 30 Jahre alt, als Beamtin halbtags berufstätig, war verheiratet und hatte zwei Kinder.

In den ersten Gesprächen haben ich erfahren, daß Frau Erna X an zahlreichen neurotischen Symptomen und seit ihrer Kindheit an einer Neurodermitis leidet. Ich bin ihr von Freunden empfohlen worden. Aus Büchern hat sie sich über ihre Erkrankung informiert. Nach den äußeren und inneren Bedingungen können die Gespräche nahtlos in eine Therapie übergehen. Ich formuliere die Grundregel im Sinne des Vorschlags des Grundlagenbands: "Versuchen Sie alles zu sagen, was Sie bewegt, was Sie fühlen und denken, das erleichtert die Therapie."

Frau Erna X beginnt mit einem schon länger bestehenden Konflikt, den sie in den ersten beiden Gesprächen im Sitzen erwähnt hat: ihre Unentschiedenheit bezüglich einer 4. Schwangerschaft. Einerseits ist ihr Kinderwunsch groß, andererseits gibt es Bedenken dieser und jener Art. Sie ist inzwischen bei einer Krebsvorsorgeuntersuchung gewesen. Ihr Frauenarzt habe die Stirn gerunzelt, als sie ihren Wunsch äußerte, ein 3. Kind haben zu wollen. Sie habe ihre Zwiespältigkeit zum Ausdruck gebracht. Auf die Frage des Frauenarztes, wie sie sich gefühlsmäßig entscheiden würde, war ihre Antwort, gefühlsmäßig eindeutig ja, ihr Verstand sage dagegen nein.

*A.: Ich habe den Eindruck, daß Sie hin- und hergerissen sind. Sie wollen es dem Zufall überlassen, damit Sie sich nicht entscheiden müssen.*

Diese Bemerkung enthält die Tendenz, die Entscheidung nicht dem Zufall zu überlassen. *P.: Zur Zeit bin ich ganz auf ein drittes Kind eingestellt. Wenn ich einen Schaufensterbummel mache, freue ich mich schon darauf, eine Babyausstattung kaufen zu können. Mit 3 Kindern müsste ich aber meine Berufstätigkeit aufgeben. Ich würde es körperlich nicht mehr schaffen.*

Ähnliches schildert Frau Erna X am Ablauf eines Allergietestes. Es bedurfte ihres ganzen Mutes, die Untersuchung zu unterbrechen, nachdem sie Stunden um Stunden hatte warten müssen. Sie beklagt sich über die mangelnde Auskunftsbereitschaft der Ärzte. Das Ganze sollte sich noch 3mal wiederholen, dafür könne sie nicht jeweils einen ganzen Nachmittag opfern. Die Patientin freut sich über ihren Mut: "Aus Mut wurde Wut. In der Wut konnte ich mutig sein."

Die Patientin spricht über ihre Pünktlichkeit und über ihr schlechtes Gewissen, wenn sie die Kinder allein läßt. Es wird thematisiert, daß die Patientin sich in zeitliches Gedränge begibt und daß mit zunehmender Anspannung die Hautsymptomatik als auch situative Blutdrucksteigerungen auftreten.

Ich stelle eine Analogie zur Stunde her: Wegen des Termins war sie in zunehmende Spannung geraten. Von der Patientin wird der Unterschied hervorgehoben: Von der Therapie verspreche sie sich etwas, vom Test erwarte sie nichts.

Frau Erna X spricht über ihre extreme Angst vor dem Erröten: "Ich werde oft dunkelrot bis in die Haarwurzeln." Ich präzisiere, sie leide wohl an einer Schamangst. Die Patientin bestätigt, sie wisse das. Sie schäme sich für alles, was mit Sexualität zu tun habe. Sie sagt: "Schon wenn ich an meine Angst denke, werde ich rot."

Die Angst vor der Angst löst das Symptom aus und führt in typischer Weise zu dessen sekundärer Verstärkung. Es fehlen dann, interpretiere ich, alle Gefühle, die ursprünglich das Erröten und die Angst motiviert haben. Es sei also wichtig, zu den Themen zu gelangen, die ihrer Schamangst zugrunde liegen.

Nun berichtet Frau Erna X: Über Sexualität wurde zu Hause nicht gesprochen, es gab keine Aufklärung. Wurde ein Witz erzählt, war sie unsicher, ob sie lachen durfte oder nicht. Sie beschreibt eine beschämende Situation, vor den Lehrmädchen im Geschäft zu sitzen und dunkelrot geworden zu sein. Sie ärgert sich über sich selbst: "Bin ich so blöd?" Die Angst vor dem Erröten tritt besonders im Beruf auf. Ich greife darauf zurück, daß sie mit einem dritten Kind wieder mehr zu Hause und damit auch entlastet wäre.

Während der Schwangerschaften fühlte sie sich wohl. Nach der ersten war sogar die Haut sehr gut, sie nahm nur wenig Kortison. Sie stellt einen Vergleich an zwischen ihrer Jugend und den heutigen 15- bis 16jährigen Mädchen, die unbekümmert seien. "Waren wir dumm!" Ich beschreibe ihren Zustand im Hinblick auf die übrigen Probleme: Immer mit einem schlechten Gewissen herumlaufen zu müssen, führe zu zunehmenden Einschränkungen. Die Patientin bemerkt, sie habe jahrelang dafür gebetet, die Eltern mögen nichts von ihren Streichen erfahren. Zu Hause spielte es eine entscheidende Rolle, wie man vor anderen dand. Die größte Sorge ihrer Mutter sei jetzt, es könne jemand erfahren, daß sie zum Psychotherapeuten gehe.

Es liegt nahe, die Verinnerlichung der Werteskala der Mutter zu interpretieren, um damit indirekt ihre Absicht zu bestärken, von der Mutter unabhängiger zu werden. Es wird die Frage aufgeworfen, wieweit die Patientin eigene Ansichten der Mutter zuliebe zurückstellt. Im Gegensatz zur Mutter hat sie eine positive Einstellung zur Therapie, die bereits eine Entlastung gebracht habe: "Ich lege mich gerne hin. Unterwegs dachte ich, bin ich froh, wenn ich mich entspannen kann." Sie habe es nicht geschafft, die Zeit besser einzuteilen. Ich informiere mich über ihren Dienstplan. Die Patientin beschreibt, wie sie sich unter Druck setze, daß sie immer noch etwas Zusätzliches tun zu müssen glaubt. Ihre Schwierigkeit umzuschalten und einen Plan zu ändern, also die Zwanghaftigkeit der Programmierung wird thematisiert.

Sie meint: "Es bricht dann fast alles zusammen, und dann gibt es auch gleich die Reaktion an der Haut."

Schon Kleinigkeiten versetzen sie in Panik. Dann ist sie ungerecht zu ihrem Mann. Manches nimmt sie nicht in Angriff mit einer vagen Hoffnung, daß ein Wunder geschehen werde.

Wir besprechen nun die realen Möglichkeiten, eine Haushaltshilfe zu finden. Frau Erna X hat sich schon umgeschaut. Sie hat ein schlechtes Gewissen ihren Kindern gegenüber. Nun muß sie noch einige Wochen überbrücken; vielleicht springt ihre Nachbarin ein. Die Frage der Honorierung der Nachbarin kommt auf. In diesem Zusammenhang werden die

## 2 Übertragung und Beziehung

finanziellen Aspekte ihres Familienlebens besprochen. Es gibt zahlreiche Meinungsverschiedenheiten mit ihrem Mann, dessen Kritik sie stark verunsichert.

Es stellt sich heraus, wie ernst sie Kritik nimmt. Ihre Neigung zu vermehrter Selbstkritik wird zur Sprache gebracht. Im Laufe der Ehe wurde Frau Erna X noch mehr verunsichert. Sie ärgert sich darüber, daß ihr Mann nun aus dem Ganzen *ihr* Problem macht, und ist froh, daß sie heute hier darüber sprechen kann. Es ist deutlich, daß Frau Erna X Unterstützung gegen die Argumente ihres Mannes sucht.

Ein längeres Schweigen wird von mir beendet: ob das Schweigen irritiere, ob sie warte, daß etwas geschehe? Sie habe aus Rücksichtnahme auf mich abgewartet, bevor sie weiterspreche, obwohl ihre Gedanken schon weitergelaufen seien.

Ich mache nun deutlich, daß ich von mir aus etwas sage, wenn ich glaube, etwas beitragen zu können. Die Patientin wird ermutigt, frei alles zu sagen, was immer ihr einfallt. Es wird die Frage aufgeworfen, ob sie auch sonst im Leben unter dem Eindruck stehe, daß sie zuviel rede und den anderen nicht zu Wort kommen lasse. In privaten Gesprächen sei sie eher zurückhaltend. Auf den Unterschied zwischen "draußen" und "drinnen", zwischen Leben und analytischer Situation wird angespielt.

Wenn sie ihren Mann erwarte, sei sie angefüllt von dem, was tagsüber passiert ist. Rufe er an, er komme später, dann sei alles vorbei; komme er pünktlich, sei er meist nicht ansprechbar. Manchmal sage sie trotzdem etwas, erreiche ihn aber nicht. Nur ganz selten komme es zu einem Gespräch, das befriedigend verlauge. Manchmal rufe sie eine Freundin an, um ihr Herz auszuschütten. Sie ist überrascht, daß es ihr so gut gelingt, hier frei zu sprechen.

Der Unterschied (drinnen/draußen) wird weiter erläutert. Im Leben sei es so, bemerke ich, daß auch Antworten kämen oder eine weitere Frage aufgeworfen werde; in der Analyse würden manchmal Themen nicht von mir aufgegriffen. Es wird erwogen, daß die Patientin evtl. enttäuscht sei, wenn ich etwas nicht aufgreife und statt dessen schweige.

Jetzt wird die Grundregel im Sinne einer Hilfestellung erläutert. Es sei demnach manches unüblich an der Gesprächsführung und deshalb u. U. auch verunsichernd, weil es ungewohnt ist. Ich betone, daß es nicht meine Absicht ist, sie zu verunsichern, daß dies aber eine unbeabsichtigte Nebenwirkung sein könnte. Frau Erna X ist es nun klarer, daß sie weitermachen darf, wenn eine Pause entsteht.

Sie bleibt an dem Wort Verunsicherung hängen und erwähnt, daß sie die Gespräche fortsetze, wenn die Stunde vorbei sei; z. B. habe sie nach der letzten Stunde weiter über das Thema der Anpassung nachgedacht. In ihrer Unsicherheit rufe sie in Entscheidungsschwierigkeiten wider besseres Wissen ihren Mann an, damit er ihr keine Vorwürfe machen könne.

*P.: Ich scheue eigene Entschlüsse bei ganz banalen Sachen. Das ist auch eine Seite meiner übertriebenen Anpassung an meine Mutter.*

*A.: Gehört dies zur Idee, daß der liebe Gott ohnedies alles weiß und wissen darf?*

*P.: Ja, ich war immer von dem Gedanken besessen, die Mutter hört es doch, sie erfährt es doch früher oder später, und oft war es natürlich auch so. Tatsächlich hat sich oft gezeigt, daß sie recht hatte.*

Ihr Mann macht ihr Vorwürfe, daß sie sich immer an die Mutter wendet. Er steht jedoch häufig nicht zur Verfügung. Das ist *ihre* Kritik an *ihm*. Frau Erna X betont ihre Neigung, ihrer Mutter zu folgen - mit einigen wenigen Ausnahmen.

Der Sohn Jakob bringt schlimme Ausdrücke aus dem Kindergarten mit. Ihre Mutter ist entsetzt, wenn sie diese Ausdrücke hört. Sie selbst hätte da Prügel bekommen, wenn sie sich so etwas erlaubt hätte. Frau Erna X verteidigt ihre Kinder gegen die Über-Ich-Pädagogik ihrer Mutter. Über den Weg der Identifizierung mit den Kindern kann die Patientin ihr Recht auf Eigenständigkeit zum Ausdruck bringen.

Kommentar: Diese frühe Sitzung wurde in präskriptiver Absicht ausgewählt, weil wir glauben, daß eine vorbildliche Mischung verschiedener Elemente, die den Aufbau einer hilfreichen Beziehung ausmachen, erreicht wurde.

### **2.1.2 Unterstützung und Deutung**

Im nachfolgenden Beispiel wollen wir zeigen, daß Deutungen per se unterstützend wirken können. Die psychoanalytische Technik hat insbesondere dann eine supportive Seite, wenn Deutungen so gegeben werden, daß im Patienten die Hoffnung geweckt wird, seine Schwierigkeiten meistern zu können. Der Aufbau der hilfreichen Beziehung mit Analyse der Übertragung vollzieht sich im Wechselverhältnis mit Deutungen. Besonders in der Anfangsphase geht es darum, eine Vertrauensbasis zu schaffen. Demgegenüber ist es sekundär, die interpretative psychoanalytische Technik von der supportiven oder konfliktaufdeckenden Psychotherapie abzugrenzen (Wallerstein 1986).

Herr Daniel Y litt seit Jahren an zahlreichen neurotischen Ängsten mit hypochondrischen Befürchtungen. Die Angst, verrücktwerden zu können, quälte ihn besonders stark. Aus verschiedenen Gründen fiel es Herrn Daniel Y sehr schwer, sich zu einer Analyse zu entschließen. Auch über die Verhaltenstherapie hatte er sich informiert. Da er jedoch nicht nur unter Symptomen litt, sondern sich von seiner Lebensgeschichte wie abgeschnitten fühlte und sich kaum an etwas erinnerte, was vor der Pubertät lag, glaubte er, psychoanalytische Hilfe zu benötigen. Unter der Angstsymptomatik und unter dem Gefühl, von seinen lebensgeschichtlichen Wurzeln abgetrennt zu sein, litt Herr Daniel Y so sehr, daß er alle Bedenken gegen die Psychoanalyse zurückstellte.

Seine Überraschung über den bisherigen Verlauf der Behandlung war groß. Weder fand er einen schweigsamen Psychoanalytiker vor, noch war bisher eingetreten, was der Patient am meisten befürchtet hatte: eine Symptomverschlechterung. Zunächst komme es nämlich in Psychoanalysen zu negativen Schwankungen, und erst nach vielen Durchgangsphasen und nach Auflösung von Konflikten trete gelegentlich auch eine Besserung ein, so hatte er gehört und im Bekanntenkreis auch selbst beobachtet. Daß ich Herrn Daniel Y nicht dem Monologisieren überließ, sondern ihn interpretativ unterstützte, bildete einen befreienden Kontrast zu seiner Vorerwartung. Hierbei folgte ich dem therapeutischen Prinzip, für die *Meisterung* früher passiv erlittener Traumatisierungen die bestmöglichen Bedingungen zu schaffen. Diese therapeutische Einstellung erleichterte es dem Patienten, seine verzweifelte Hilflosigkeit angesichts überwältigender Eindrücke aus Gegenwart und Vergangenheit erstmals in Worte zu fassen und gewissermaßen in die Hand zu nehmen. Wie der Patient, so war auch ich selbst über die Intensität seiner Affekte, insbesondere seines Weinens, betroffen. Meine unveränderte Gelassenheit trug dazu bei, daß sich seine Beschämung über sein kindliches Erleben, das zu seiner erfolgreichen Karriere in so starkem Gegensatz stand, in Grenzen hielt.

Insgesamt hatte sich in der bisherigen Therapie ein ausgewogenes Verhältnis von regressivem Eintauchen in das affektive Erleben und reflektierender Zwiesprache ergeben.

Panikartige Angstzustände, die besonders in engen Räumen auftraten, hatten seit Jahren häufige, zu seiner beruflichen Routine gehörende Geschäftsreisen in Auto, Bahn oder Flugzeug zur Qual werden lassen. Herr Daniel Y war überrascht, daß er sich schon nach wenigen Wochen beträchtlich wohler fühlte und bereits mehrere längere Autofahrten ohne Angstanfall hatte zurücklegen können. Ich führte diese Symptombesserung zum einen darauf zurück, daß der Patient Vertrauen und damit auch Hoffnung gefaßt hatte. Insoweit kann die Symptombesserung als Übertragungsheilung im weiteren Sinne des Wortes betrachtet werden. Zum anderen hatte der Patient in der Analyse schon häufig die Erfahrung machen



## 2 Übertragung und Beziehung

können, daß sich zwar seine Hilflosigkeit und Ohnmacht wiederholten, daß er aber keineswegs mehr allen Belastungen passiv und hilflos ausgesetzt, sondern durchaus in der Lage war, sich mit den alten, konservierten Traumatisierungen und ihrer Auslösung in der Gegenwart aktiv auseinanderzusetzen. Die Besserung konnte also durchaus der analytischen Konfliktbearbeitung zugeschrieben werden.

Bisher gab es keinen Anlass, den Patienten an meinen Vermutungen über diese beiden Aspekte der Therapie teilnehmen zu lassen. Nun stand eine 8tägige Überseereise bevor, die Herrn Daniel Y bedenklich stimmte, hatte es doch in den letzten Jahren keinen Flug ohne Angstanfall gegeben. Im Hinblick auf den bevorstehenden Flug entschloss ich mich zu einer aufklärenden Bemerkung, von der ich eine beruhigende Wirkung erwartete. Ich erinnerte den Patienten daran, daß mehrere Fahrten in Auto und Zug bereits gutgegangen sind, weil er sich im Gegensatz zu früher nicht mehr ausgeliefert fühlt und seine Fähigkeit zur Selbstbehauptung offenbar zugenommen hat. Die Absicht war, den Patienten auf die Vergrößerung seines Handlungsspielraums aufmerksam zu machen und sein eigenes Wissen zu festigen. Der Patient war von dieser Feststellung berührt. Über sein plötzlich auftretendes Schluchzen und heftiges Weinen konnte kaum mehr gesprochen werden. Eingedenk der Erfahrung, daß es eher ungünstig ist, wenn eine Sitzung mit einem starken und unbesprochenen Affekt endet, war es mir beim Abschied nicht ganz wohl. Zugleich hatte ich aber den Eindruck, daß Herr Daniel Y an Sicherheit gewonnen hatte und sich deshalb auch seinen Gefühlen überlassen konnte.

Herr Daniel Y kam in bester Stimmung zurück. Beide Flüge waren vollkommen angstfrei verlaufen - entgegen seiner Erwartung. Vom Hörensagen mit psychoanalytischen Regeln vertraut, hatte er sich inzwischen überlegt, ob meine Hilfestellung erlaubt gewesen wäre. Zugleich bewunderte der Patient, daß ich mich so weit vorgewagt und das Risiko einer Art Vorhersage auf mich genommen hatte. Aber hätte sein Vertrauen in mein Können bei einem Rückfall nicht einen argen Schaden genommen?, überlegte der Patient so vor sich hin. Nun versuchte ich dem Patienten zu erklären, daß ich ein kalkulierbares Risiko eingegangen und insofern nicht leichtfertig und aufs Geratewohl etwas suggeriert hätte. Tatsächlich hatte Herr Daniel Y vergessen, daß ich meine Vermutung, *möglicherweise* könne er angstfrei reisen, mit seinem Zugewinn an Sicherheit begründet hatte.

Den naturwissenschaftlich ausgebildeten Patienten interessierte es zunehmend, mehr über die therapeutischen Wirkungsmechanismen zu erfahren. In einer späteren Stunde kam es zu einem Gedankenaustausch, der in einem heftigen Affektausbruch endete, den ich im folgenden zusammenfasse.

Es beunruhigte Herrn Daniel Y, daß seinem Wissen die Gründe der eingetretenen Freiheit von Ängsten nicht zugänglich waren. Es sei sein nahe liegender Wunsch, etwas über die Bedingungen der Besserung zu erfahren. Schließlich sei er ja auch von seinem Beruf her darauf eingestellt, sich durch die Erkenntnis von Ursachen einer Sache zu versichern bzw. Fehler zu korrigieren. Der Patient schien erleichtert darüber, daß ich seine Neugierde für die therapeutisch wirksamen Faktoren als natürlich betrachtete und als sein gutes Recht bezeichnete. Er hatte damit gerechnet, daß ich die implizierte Frage übergehen oder ihm eine Abfuhr erteilen würde. Zugleich geriet er in Erregung und in eine ängstliche Verfassung. Nun konnte ich ihm die momentane Angstentstehung erläutern. Er wollte mehr von mir wissen, fürchtete aber, mir näherzutreten. Eine starke Ambivalenz kam ins Spiel. Er hoffte, daß ich nicht im dunkeln tappe, zugleich beneidete er mich aber um mein Wissen und um die gelassene Art, wie ich seine Befürchtung hinnahm, vielleicht doch nur mit der Stange im Nebel herumzustochern.

Die Ungleichheit zwischen uns und die Tatsache, daß ich so viel über ihn weiß, erinnerte ihn an kindliche Erlebnisse der Ohnmacht und des Ausgeschlossenseins. Es ermutigte den Patienten, daß ich einige Bemerkungen zur Angstentstehung machte und die Intensität seiner

Gefühle beim Namen nannte. Plötzlich wurde der Patient von einem Ausbruch des Hasses gegen seinen "Onkel" überfallen, der an die Stelle des Vaters getreten war und dem er sich auf Geheiß der Mutter hatte unterwerfen müssen. Die Intensität seines Hasses und die damit zusammenhängende Angst erschütterten ihn. Meine Hinweise zu den Zusammenhängen seines Erlebens während der Sitzung überzeugten ihn. Aus der verhaltenen Kritik an mir und meiner Reaktion darauf gewann der Patient ausreichend Sicherheit, um sich seinen starken Affekten überlassen zu können.

Das ödipale Spannungsfeld hatte sich nun so aktualisiert, daß er unter günstigen Bedingungen an dessen Neuauflage herantreten konnte. Bemerkenswert ist, daß er zwar seinerzeit gegen den "Onkel" gesiegt hatte und dennoch ein tiefes Gefühl des Unvermögens, ja des körperlichen Defekts, mit hypochondrischen Ängsten, bei denen das Herz im Mittelpunkt stand, zurückbehalten hatte. Einige Zeit später konnte er seine Beschämung überwinden und mitteilen, daß es ihn bis zum späten Durchbruch seiner Sexualität schwer bedrückt hatte, bei der Masturbation nicht zum Samenerguss gelangt zu sein. Die Angst vor seinen lustvollen ödipalen Aggressionen hatte zu einer Hemmung und der sie begleitenden Funktionsstörung geführt. Diese wiederum verstärkte trotz aller äußeren Erfolge das tief verankerte Minderwertigkeitsgefühl.

### ***2.1.3 Gemeinsamkeit und Eigenständigkeit***

Die systematischen Untersuchungen von Gill u. Hoffman (1982) haben uns auf die Bedeutung aktueller Wahrnehmungen in der Übertragung aufmerksam gemacht. Ihrem Vorschlag zufolge ist von der Plausibilität der Wahrnehmungen des Patienten auszugehen. Oft genügt es anzuerkennen, daß irgend eine Beobachtung, die sich auf den Analytiker oder auf das Sprechzimmer bezieht, plausibel ist. Häufig ist aber eine weitere Aufklärung erforderlich, die sich nicht nur auf die Phantasien des Patienten beziehen kann. Die damit zusammenhängenden allgemeinen behandlungstechnischen Probleme haben wir im Grundlagenband unter 2.7 und 8.4 abgehandelt. Entsprechende behandlungstechnische Schritte werden durch das folgende Beispiel illustriert.

Der 61. und 62. Sitzung in der Analyse von Herrn Arthur Y, einem bei Behandlungsbeginn x-jährigen Geschäftsmann, entnehmen wir - z. T. wörtlich - einen Gedankenaustausch und möchten zeigen, was es heißt, aktuelle Wahrheiten im Hier und Jetzt anzuerkennen. Die von dem Patienten benutzten Metaphern sind besonders geeignet, seine Stimmung zu vermitteln.

Die beiden Sitzungen liegen vor einer längeren Ferienunterbrechung. Es geht um die Neugierde des Patienten, zu der ich ihn durch Deutungen indirekt ermutigt hatte. Meine Ermutigung, neugieriger zu sein, führt dazu, daß der Patient sich daran erinnert, bei einer früheren Gelegenheit mir gegenüber seine Neugierde unterdrückt zu haben. "Ich habe mich damals eigentlich nicht getraut, und auch heute noch tu ich mich da nicht leicht" - und der Patient sagt auch sofort, woher das kommt: "Ich hätte von meinen früheren Therapeuten keine Antwort bekommen, sondern die Gegenfrage: „Ja, warum interessiert Sie denn das?“ Und wenn man lange genug solche Gegenfragen gestellt bekommt, dann hat man keine Lust mehr zu fragen."

Sein Interesse richtet sich auf meinen Ferienaufenthalt. Bei einer früheren Gelegenheit hatte ich Herrn Arthur Y meine Adresse gegeben.

Herr Arthur Y spricht über eine große, weithin bekannte Skiabfahrt, deren Lage auch ich kenne. Er läßt seiner Neugierde freien Lauf und riskiert die zunächst zurückgestellte Frage. Entscheidend ist, daß ich eine ausweichende Antwort gebe und offenlasse, ob ich selbst die

## 2 Übertragung und Beziehung

Abfahrt gemacht habe. Ich beschränke mich auf einen allgemeinen, nichtssagenden Hinweis: "Als Ulmer kennt man doch diesen Teil der Alpen, das Allgäu."

Erst in der nächsten Stunde wird die Zurückweisung in ihren Auswirkungen erkennbar und, was das Wesentliche ist, auch korrigierbar.

Herr Arthur Y ist zunächst scheinbar mit meiner Antwort ganz zufrieden, aber er bringt seine momentane unterschwellige Frustration in Beispielen aus seinen früheren Therapien unter; ein bedeutungsvolles Gleichnis fällt ihm ein: Das Bild einer Schnecke, die ihre Fühler ausstreckt, man braucht nur an die Fühler zu tippen, und schon zieht sie sich in ihr Haus zurück. "Genauso hab ich mich bei denen [den früheren Therapeuten] benommen." Und dann fällt ihm, in Polarität zur Schnecke, ein großer Hund ein, der die Zähne fletscht. "Den tippt man nicht so leicht an, sonst könnte der einem den Finger abbeißen."

Es scheint offensichtlich zu sein, daß der Patient sich selbst als Schnecke darstellt und die Analytiker als die bissigen Hunde, die man durch Fragen nicht reizen darf. Diese Vermutung wird in der nächsten Stunde vom Patienten korrigiert.

Im ersten Drittel der nächsten Stunde entsteht eine gute Atmosphäre, weil ich Herrn Arthur Y wegen seiner Ängste bezüglich der Diskretion - Mitteilung an die Krankenkasse usw. - beruhigen kann. Der Patient hat nun ausreichend Sicherheit, um wieder auf spezielle Punkte zurückzukommen. Im Zusammenhang mit dem Hund klagt er: "Wenn ich auch nur einmal der Hund gewesen wäre und gebellt hätte." Ich gebe zu bedenken, daß er dieser Bemerkung zufolge nicht gebissen würde, sondern selbst beiße. Er räumt ein, meine Meinung sei nicht ganz falsch. Nachdem er die Kritik so entschärft und mich sozusagen wieder freundlich gestimmt hat, erinnert er sich an die Abweisung, die er durch meine ausweichende Verallgemeinerung bezüglich der Skiabfahrt erlebt hatte. Mein Ausweichen wurde von ihm, wie er sagt, als rote Lampe erlebt - "Frag lieber nicht weiter" -, und ich mache daraufhin eine Anspielung auf Finger, Beißen, Wut des Objekts und Rückzug (als Schnecke). Der Patient macht deutlich, daß ein solcher innerer Rückzug bei ihm als Stachel wirksam bleibe.

Ich bestätige dem Patienten, daß ich ausgewichen sei und daß mein Ausweichen das Verhältnis von Schnecke und Hund zuungunsten der bissigen Neugierde verschoben habe. Meine Deutung lautet: "Tatsächlich bin ich auch ausgewichen, ich hab' ja nicht gesagt, ich kenne die Abfahrt, sondern ich bin allgemein geworden, und dies haben Sie vielleicht als ein starkes Zurückweisen erlebt, weil Sie nicht nur neugierig waren, sondern weil sich mit Neugierde Zudringlichkeit verbindet - der bissige Hund."

Ich sagte also nicht: "Sie hatten dann Angst, mich verletzen zu können", so als habe er sich diese Angst nur eingebildet und als wäre ich nicht irritiert gewesen, sondern ich erkannte die *Plausibilität* seiner Wahrnehmung an. Diese Anerkennung führt wahrscheinlich dadurch zu einer korrigierenden emotionalen Erfahrung, daß Patienten nun in den nächsten Schritten probieren, ob sie mit ihrem Zugewinn an neuen Denk- und Handlungsmustern willkommen sind und bleiben.

Im weiteren Verlauf mache ich eine Bemerkung darüber, warum es auch sinnvoll ist, manchmal Fragen nicht sofort zu beantworten - nachdem ich seine nun expressis verbis gestellte Frage nach der Abfahrt eindeutig beantwortet hatte. Auf meine Erklärung eingehend, faßt der Patient zusammen: "Ja, wenn man Fragen sofort beantwortet, kommt der Denkprozess vorerst zu Ende." Der Patient bestätigt also, daß es durchaus sinnvoll ist, Fragen auch einmal offenzulassen, um den Denkprozess nicht zu beenden.

Seine Wortwahl wird genauer betrachtet, und es ergibt sich, daß er dem Analytiker ein listiges Verhalten zuschreibt, das er von sich selbst kennt und mit dem er manchmal Ziele erreicht, ja sich geradezu über Wasser gehalten hat, nach dem Motto: "Der Zweck heiligt die Mittel."

Die Neugierde des Patienten hat sich nun wieder intensiviert, nachdem schon früher vielfältige Beziehungen zu den Begriffen "bohren", "eindringen" usw. assoziativ hergestellt

worden waren. Der Patient erinnert sich: "Der löchert mich, sagt man." Die bevorstehende Urlaubsunterbrechung kommt zur Sprache. Herr Arthur Y weiß, daß ich nicht ohne weiteres erreichbar bin, was ihn zu *penetranter Neugierde* reizt. Ein Kompromiss wird geschlossen, der den verschiedenen Komponenten des behandlingstechnischen Problems gerecht wird: Auf der einen Seite wird offengelassen, wo ich mich aufhalten werde, und auf der anderen Seite wird sichergestellt, daß er mich notfalls über das Sekretariat erreichen kann.

Am Ende der Sitzung ist mir angesichts der Ferien wichtig, anhand unseres Vertrautseins mit der gleichen Gegend die zwischen uns bestehende *Gemeinsamkeit* gegenüber der *Eigenständigkeit* zu betonen, indem ich passende Gleichnisse verwende, mit denen wir beide uns bereits auf gutem Fuße befinden.

### Kommentar

Die Anerkennung aktueller Wahrheiten gewinnt in der Behandlung situativ dann eine besondere Bedeutung, wenn die therapeutische Beziehung z. B. durch Urlaubsunterbrechungen auf eine besondere Probe gestellt wird. Hinsichtlich der Art und Weise, wie Fragen behandelt werden und wie der Zweck erreicht wird, die Antworten so zu geben, daß sie den Patienten zufrieden stellen und ihm die nötige Sicherheit über den Zeitraum der Trennung hinweg geben, kann i. allg. das Motto "Soviel Gemeinsamkeit wie nötig - soviel Eigenständigkeit wie möglich" als therapeutische Regel gelten.

Am Verlauf der besprochenen Sitzungen wird auch deutlich, daß der therapeutische Prozeß eine fortgesetzte Korrektur der Nebenwirkungen unserer Interventionen ermöglicht; denn diese können neben ihren günstigen Effekten auch unbeabsichtigte negative Nebenwirkungen haben, die oft nicht sofort sichtbar sind.

## 2.2 Positive und negative Übertragung

Die Spannweite der positiven Übertragung ist groß. Sie reicht von milden Formen der Sympathie und Wertschätzung bis zu heftigen Verliebtheiten. Erreichen diese einen Grad, der die Arbeitsbeziehung nachhaltig verhindert, spricht man von erotisierter Übertragung. Oft schlägt die Übertragungsliebe in Haß um. Die negativ-aggressive Übertragung ist deshalb oft als Folge von erlebten Zurückweisungen zu verstehen. Wir illustrieren diese Spannweite durch die folgenden Beispiele.

### 2.2.1 Milde positive Übertragung

Die Patientin, Frau Erna X, kommt auf den autobiographischen Bericht *Lehrjahre auf der Couch* von Tilmann Moser zu sprechen, in dem er heftige aggressive Attacken gegen seinen Analytiker beschreibt (s. auch Kap. 7). Sie selbst hatte es bisher für undenkbar gehalten, daß sie so wütend werden könnte. Inzwischen stehe sie der Abwesenheit negativer Affekte anläßlich einer bevorstehenden Behandlungsunterbrechung, worüber sie enttäuscht ist, skeptisch gegenüber. Da stimme vielleicht etwas nicht.

P.: *Ich war nun doch unzufrieden damit, daß Sie mir nicht gesagt haben, wohin Sie während des Urlaubs fahren. Ich hielt mir aber zugleich vor, daß ich dazu kein Recht habe, und ich schrieb Ihnen zu, daß Sie schon wissen, was Sie mir sagen oder nicht sagen.*

Ich vermute, daß die Patientin den Verdacht hatte, ihr sei eine Antwort vorenthalten worden, um sie wütend zu machen. Nach dem Motto: "Man merkt die Absicht, und man ist verstimmt", wäre es dann konsequent, sich nicht weiter provozieren oder manipulieren zu

## 2 Übertragung und Beziehung

lassen. Ich mache darauf aufmerksam, daß sich vielleicht ein Machtkampf ankündige bzw. in diesem Thema enthalten sei. Eine manipulative Absicht im Offenlassen wird verneint.

Frau Erna X betont, daß sie sich nicht vorgestellt habe, daß ich sie ärgern wolle; sie denke, ich wollte ihr einen Denkanstoß geben. Ich bestätige diese Auffassung.

Das Thema wird von der Patientin ergänzt und im Dialog erweitert und vertieft. Zunächst befasst sich Frau Erna X mit meiner 3wöchigen Abwesenheit. Ihre Zwiespältigkeit hängt mit 2 gegenläufigen Motivationsketten zusammen: Einerseits erwartet sie eine strenge berufliche Pflichterfüllung und ein selbstloses Engagement. Auf der anderen Seite sucht die Patientin ein Vorbild, um das Zusammenleben mit ihrem Mann umgestalten zu können. Ihre Überlegung geht dahin, daß es wohl ziemlich hoffnungslos sei, ihren Mann von seinen geschäftlichen Verpflichtungen zu entlasten und ihn mehr für Familienleben und Urlaub zu gewinnen. Würde ich nun tatsächlich 3 Wochen Urlaub machen, entspräche ich ihrem Ideal. So sehr sie sich selbst diesen Lebensstil wünsche, so befürchte sie auch weitere Komplikationen aus der Diskrepanz zwischen diesem Ideal und ihrer Realität. Wahrscheinlich halte sie deshalb an dem Gedanken fest, daß ich nicht in Urlaub gehe.

Nach einigem Schweigen berichtet die Patientin von einem Traum, der von mir handelt. P.: *Im 2. Traum lag ich mit Ihnen auf einer Couch, nicht hier, sondern in einem anderen Raum. Die Couch war viel größer. An Einzelheiten kann ich mich nicht erinnern, sondern nur an ein Gefühl, nämlich das Gefühl der Geborgenheit. Es war auch ein Gefühl von Stolz und Verwunderung dabei, daß Sie es erlauben, daß Sie mir diese intime Nähe erlauben, daß Sie nicht weggelaufen sind oder mich heruntergeworfen haben. Ein Telefonanruf störte uns. Nun war es doch ein Raum wie das Sprechzimmer. Es war ein Anruf einer Frau, die sagte, daß Sie das Auto vom Kundendienst holen sollen. Ich wollte wissen, welche Frau angerufen hatte. Sie gingen darauf nicht ein. Ich dachte, es war Ihre Mutter oder eine andere Frau. Wir gingen dann zusammen durch die Stadt.*

*Es ist schwierig, das Gefühl zu beschreiben, das man im Traum hat. Ich war irgendwie total gelockert mit Ihnen zusammen. Wenn ich hier bin, dann denke ich immer, ich muß alles recht machen. Im Traum war es ganz anders.*

A.: *Ja, im Traum kann man sich alle Freiheiten nehmen.*

P.: *Am liebsten hätte ich Sie gleich am Morgen angerufen. Nach dem Aufwachen dachte ich nach und war beglückt. Zunächst hatte ich den Gedanken, nein, ich kann es Ihnen gar nicht erzählen, daß ich mich mit Ihnen zusammen auf der Couch träumte. Andererseits wagte ich auch nicht, Ihnen den Traum zu verschweigen. Sonst spreche ich mit Ihnen gern über Träume.*

A.: *Wegen der Intimität, die im Traum dargestellt ist, waren Sie beunruhigt.*

P.: *Ja, es war mir peinlich.*

Ich spreche dann von natürlichen menschlichen Wünschen und betone, daß diese durch die Gespräche angeregt werden.

A.: *Mich in ihre Wunsch- und Traumwelt einzubeziehen, ebenso wie Sie andere Menschen einbeziehen, mit denen Sie persönliche Dinge besprechen, liegt nahe.*

Die Patientin stellte schon vor der Stunde ähnliche Erwägungen an. Ich mache nun auf die Intervention der anderen Frau aufmerksam.

P.: *Ja, es war Eifersucht. Ja, diese andere Frau hat Sie mir weggenommen.*

Ich erinnere die Patientin an einen früheren Traum.

P.: *Ja, Sie sagten im Traum eine Stunde ab. Immer wieder taucht Ihr Auto auf. Ja, Sie haben mich auch im Traum mit dem Auto besucht. Bei der Wahl meines Freundes war wichtig, daß er ein großes Auto hat. In der Pubertät habe ich alle meine Mitschülerinnen beneidet, deren Eltern ein großes Auto hatten. Deshalb spielt wohl das Auto eine besondere Rolle. Ich bin mit Ihnen in der Innenstadt die Straße fast tanzend hinuntergegangen, sehr gelockert. Warum soll*

*ich diesen Wunsch nicht zugeben. Aber natürlich könnte ich diesen Traum meinem Mann nicht erzählen, weil er kein Verständnis dafür hätte.*

*A.: Die Frage ist, ob Sie das Verständnis Ihres Mannes für das Traumthema wecken könnten, nämlich Ihre Wünsche nach mehr Zärtlichkeit und Geborgenheit.*

Geborgenheit, Zärtlichkeit und Sexualität werden von mir in einem Atemzug genannt. Ich weise darauf hin, daß durch die Behandlung auch mehr Wünsche geweckt werden und es nicht einfach sei, ihr Leben umzugestalten und ihren Mann hierfür zu gewinnen. Ihr Mann hänge in seiner eigenen Herkunftsfamilie ja in vergleichbarer Weise drin, wie sie selbst an ihre Eltern gebunden sei.

Die Patientin überlegt sich, warum ich ihr einfalle und nicht ihr Mann.

*A.: Wohl deshalb, weil Sie mit mir mehr darüber sprechen als mit Ihrem Mann.*

Ich interpretiere, daß die Patientin durch ihre Frage eine Entlastung suche.

*P.: Ja, ich hätte mir ja auch selbst die Antwort geben können, aber ich weiß nicht, wie alles weitergehen könnte. Ja, ich will es nicht wahrhaben, daß Sie in jeder Beziehung meinen Wünschen entsprechen. Das Gefühl, das sich im Traum ausgebreitet hat von Verständnis und Geborgenheit, dieses Gefühl wird meinem Mann gegenüber nie aufkommen. Ich bin nun so lange verheiratet, daß ich die Reaktionen meines Mannes einschätzen kann. Es ist so, daß ich eben doch alleine dastehe und er mir nicht hilft.*

Die Patientin gibt ein Beispiel aus dem Alltag mit den Kindern und von der mangelhaften Bereitschaft ihres Mannes, die Versorgung der Kinder mit zu übernehmen.

*P.: So ist es auch zu Hause, wenn ich mich etwas zur Wehr setze bei meiner Mutter und eine zusätzliche Belastung nicht übernehme, dann wird sie ungehalten und spricht sich gegen die nutzlose und zeitaufwendige Therapie aus.*

Einige Tage später intensiviert sich der Kinderwunsch der Patientin. Obwohl alle vernünftigen Erwägungen nach wie vor dagegensprechen und sie erst kürzlich erleichtert bei einer gynäkologischen Beratung erfahren hatte, daß eine von ihr angenommene Schwangerschaft doch nur eingebildet gewesen sei, wünscht sie sich ein drittes Kind. Betroffen von der Zwiespältigkeit ihrer Einstellung suchte sie eine Klärung in den Sitzungen.

Um dem Leser die nachfolgende Interpretation ihres Kinderwunsches verständlicher zu machen, fasse ich eine lebhaft Schilderung zusammen, in der die Patientin die Spiele von Kindern - ihrer eigenen und von Jungen und Mädchen aus der Nachbarschaft - beschreibt: Sie bemerkte mit ungläubiger Überraschung die unbekümmerte Natürlichkeit der 3- bis 5jährigen, die aus ihrer Lust am Sichzeigen, Betasten und Beschauen keinen Hehl machten. Bei den kindlichen sexuellen Spielereien zeigte einer der Jungen sein Glied, was bei einem Mädchen Peniswunsch- und Penisneidreaktionen auslöste. An die Stelle des fehlenden Gliedes hielt dieses Mädchen ein großes Krokodil, mit dem sie den Jungen, der bereits eine umschriebene Phobie entwickelt hatte, demnächst auffressen würde. Mit dem Krokodil - als viel größerem Glied - jagte dieses Mädchen dem Jungen triumphierend Angst ein. Nur mit großer Anstrengung konnte die Patientin die Kinder so lange gewähren lassen, bis diese selbst, nach Befriedigung ihrer Neugierde, ihre Interessen auf anderes richteten. Viel näher hätte ihr gelegen, entweder sofort, wie ihre Mutter, verbietend einzugreifen oder, wie die Großmutter, mit Ausreden auf etwas Schöneres oder Anständigeres abzulenken. Wie ihre Mutter sich während ihrer Kindheit vermutlich zu ihr verhalten hatte, erschloss die Patientin aus den Erziehungsmaßnahmen, denen ihre Kinder bei Besuchen ausgesetzt waren. Wütend beobachtet sie, wie ihre Mutter den Kindern bei allen wesentlichen Fragen etwas vormacht und sie an der Nase herumführt.

Ihr Kinderwunsch äußert sich besonders stark kurz nach Enttäuschungen der verschiedensten Art. Wohl wissend, daß die Belastungen bei einem 3. Kind erheblich ansteigen würden und sie auch mit keiner Unterstützung ihres Mannes würde rechnen können, ist sie dennoch von einem tiefen Glücksgefühl erfüllt, wenn sie an die Augenblicke

## 2 Übertragung und Beziehung

der engen Verbindung beim Stillen und bei den Hautkontakten denkt. Der Kinderwunsch tritt ganz in den Hintergrund, wenn sie sich verstanden fühlt und nach einem anregenden Gespräch noch weiter mit mir im Dialog bleibt. Ihr vielbeschäftigter Mann hat kaum Zeit für sie, und die sexuellen Beziehungen sind unbefriedigend und so selten, daß eine Konzeption unwahrscheinlich ist.

Nach kurzem und betroffenem Nachdenken nimmt Frau Erna X meine Deutung, sie suche in einem weiteren Kind ihre eigene Kindheit, um ihre Entwicklung unter günstigeren Voraussetzungen zu wiederholen, mit großer innerer Bewegung auf. Ihre weiteren Assoziationen, daß sie niemals während der Sitzung den Wunsch nach einer weiteren Schwangerschaft habe, interpretiere ich nicht als Abwehr ödipaler Wünsche, sondern als Ausdruck ihrer Befriedigung, sich verstanden zu fühlen.

Meine absichtlich so allgemein gehaltene Deutung, sie suche in einem weiteren Kind ihr eigenes, noch ungelebtes Leben, fällt auf fruchtbaren Boden und löst eine Fülle von Gedanken aus. Zu Recht vermutet die Patientin, daß ihr Kinderwunsch auch dem Ausweichen vor der Umgestaltung ihres familiären und beruflichen Alltags diene. Die Einschränkungen, die durch ein 3. Kind auf sie zukämen, würden das meiste unmöglich machen, das sie sich nun - von manchen neurotischen Hemmungen befreit - beruflich zutraut. Sie erzählt einen Traum, der durch die Spielereien der Kinder und durch meine früheren Deutungen ausgelöst worden war: In einem Fotoalbum sah sie *mich* als Kind mehrfach photographiert in verschiedenen Szenen am Strand eines Sees.

Ihre Sexualneugier war in der Übertragung angeregt worden. Sie selbst hatte beschämende Situationen am Strand erlebt. Als Mädchen, das einen viel zu großen Badeanzug mit ausgestopftem Büstenhalter trug, war sie ausgelacht worden. Ein Onkel hatte sein Auge auf sie geworfen, aber zugleich so getan, als interessiere er sich gar nicht für sie.

Ich deute den unbewußten Übertragungswunsch, mit mir und von mir ein Kind zu haben. Der Patientin leuchtet diese Deutung sofort ein, obwohl sie bewußt nie einen solchen Wunsch gehabt habe. Nun kann ich anknüpfen an eine Äußerung des Onkels, daß er schon gerne Kinder *mache*, wenn er auch sonst nichts von Kindern wissen wolle.

Einige Sitzungen später variieren die Themen. Andere Aspekte des Fokus kommen zum Vorschein. Die Patientin knüpft an die letzte Sitzung an. Das Anfangen falle ihr heute leicht. Ein Satz, den ich in der letzten Sitzung gesagt habe, habe sie nicht losgelassen: "Heute stehen Sie nicht so da wie damals als Kind. Heute haben Sie etwas zu bieten."

P.: *Was habe ich zu bieten? Ich bin nicht hässlich, ich bin nicht dumm. Manchmal denke ich, ich bin zu anspruchsvoll. Mir ist das alles nicht genug. Dann dachte ich aber auch daran, warum haben Sie mir dies ziemlich am Ende der letzten Stunde gesagt? War ich richtungslos, haben Sie mich moralisch aufrüsten wollen? Sagen Sie mir, was ich zu bieten habe.*

A.: *Ich hab es nicht gesagt, um Sie moralisch aufzurüsten, obwohl diese Seite auch enthalten ist. Ich wollte auf eine Tatsache hinweisen, nämlich darauf, daß Sie heute nicht mehr so hilflos und beschämt dastehen wie als Kind. Daß Sie selbst keinen weiteren Einfall haben und mich fragen, scheint mir weniger eine Folge Ihres erhöhten Anspruchs zu sein als vielmehr eine Begleiterscheinung dessen, daß Sie hier beunruhigt sind von ihrer Spontaneität und ihren Einfällen.*

P.: *Genauso komme ich mir noch vor, beschämt und hilflos und ausgestopft. Ich bin heute noch fast genauso wie zu jener Zeit. Nach der letzten Stunde war ich aber zufrieden.*

Das ist ein anderer Ablauf als damals am Strand. Die Patientin teilt mit, daß sie über die Bedeutung der Worte "hilflos", "beschämt" und "ausgestopft" nachdenkt. Nach längerem Schweigen ermutige ich sie, ihre Gedanken auszusprechen.

P.: *Es ist schwierig. Manchmal fühle ich mich unheimlich hilflos. Dann ist ein genau entgegengesetzter Zustand da. Es sind Extreme, es fehlt die Mitte. Genau wie nach der letzten Stunde, ich ging weg, ich war unheimlich beglückt, aber als ich unten am Auto war, kam in*

*mir schon der Gedanke: Bilde dir bloß nichts ein, wahrscheinlich war es nur sein Schachzug, der mir Mut machen sollte.*

*A.: Also nicht echt.*

*P.: Doch, echt schon, aber mit dem Hintergedanken, mir darüber hinwegzuhelfen.*

*A.: Warum darf dieser hilfreiche Hintergedanke, der Sie auf etwas aufmerksam macht, nicht sein? Es ist tatsächlich der Hintergedanke im Spiel, daß Sie Ihren Körper als Mittel einsetzen können. Von alters her denken Sie, daß Sie nichts haben. Heute haben Sie etwas, das Sie zeigen können. (Die Patientin leidet an einer Errötungsangst.)*

*P.: Ja, aber es ist kein Verdienst. Es ist eine Entwicklungsstufe. Es kam von selbst. Man hat es nicht erworben, und dann ist es offensichtlich für mich nichts. Es sind wohl nur die Dinge wichtig, die man sich selbst erworben hat. (Lange Pause) Ich frage mich, warum es mir so schwer fällt zu glauben, daß ich etwas zu bieten habe.*

*A.: Weil Ihnen dann etwas in den Sinn käme, was verboten ist, und das bestimmte Konsequenzen haben könnte, z. B. daß Sie dann verführerischer wären, als Sie sein dürfen. Daß der Onkel dann noch mehr Übergriffe machen würde bzw. gemacht hätte.*

*P.: Aber wer sagt mir denn, wie ich sein könnte?*

Ich deute an, daß die Patientin durch ihre Erziehung so sehr von außen dirigiert wurde, daß sie ihren eigenen Spielraum nicht austesten konnte. Wenn die Mutter festlegt, was zu geschehen hat, sind klare Verhältnisse geschaffen. Zugleich sähe sie bei ihren Kindern, wie beglückend es ist, etwas selbst auszuprobieren, wenn sie ihnen Spielraum lasse.

*P.: Das Ganze bezieht sich ja nicht nur auf Körperliches, sondern auch auf Seelisches. Da bin ich genauso unsicher. Ja, es liegt im Wesen des Denkens und Fühlens, daß es da auch immer noch andere Seiten gibt. Solange etwas absolut festgelegt ist, ist Sicherheit da. Wenn mehr Offenheit besteht, dann gibt es auch noch Hintergedanken.*

Es ist also beunruhigend für die Patientin, daß ich Hintergedanken habe.

*P.: Ich schreibe Ihnen oft Hintergedanken zu, weil Sie ja etwas im Sinn haben, ein Ziel im Auge haben.*

Ich betone, daß es so sei. Es sei aber zugleich möglich, darüber zu sprechen. Die Patientin hingegen nehme an, daß man darüber nicht sprechen dürfe. Frau Erna X betont daraufhin, daß sie sich tatsächlich nicht so recht traue, danach zu fragen. Manchmal lasse sie sich gern lenken, aber wenn man nicht riskiere zu fragen, dann bestünde auch die Gefahr, daß man manipuliert werde, was sie gewiß nicht wolle. Es ist schön, gelenkt zu werden, aber auf der anderen Seite ist es auch unangenehm.

*A.: Wenn man aber all dies nicht wissen darf, nicht fragen darf, dann kann man auch manipuliert werden. Sie sind viel herumgeschoben und beeinflusst worden. Sie möchten etwas haben, was in ihrem Sinne ist, und das ist nicht ohne weiteres Nachdenken oder Rückfragen zu erreichen.*

*P.: Weil ich nicht aufdringlich sein will und keine dummen Fragen stellen will, bleiben die Hintergedanken unklar, aber ich überlege mir natürlich öfters, welche Absichten Sie haben. In der letzten Stunde war es besonders stark, weil ich tatsächlich gerne auch Ihnen etwas bieten möchte und zugleich eine riesige Unsicherheit habe. Das Wort "ausgestopft" hat mich sehr berührt. Die Leute denken an etwas, was ich gar nicht habe, genau wie in diesem Augenblick des Ausziehens am Strand. Beim Aufdecken kommt dann die Beschämung, und ich werde rot, und dann kommt die Hilflosigkeit. Es sind genau 3 Stufen, nicht von Hilflosigkeit über Beschämung zum Ausgestopftsein, sondern umgekehrt.*

Ich bestätige, daß der Ablauf ganz offenbar so sei, wie es die Patientin nun beschrieben hat. Materielle Dinge sind wohlthuend. Geld und ein schönes Auto sind der Patientin wichtig. Ich erinnere die Patientin weiter daran, daß sie ja bei dem damaligen Erlebnis zu wenig hatte, um es vorzeigen zu können. Es war etwas Künstliches, mit dem sie ausgestopft war.



## 2 Übertragung und Beziehung

P.: *Es kommt mir dazu das Bild eines Luftballons, in den man hineinsticht, und dann ist alles weg. Ja, es ist genau der Ablauf: ausgestopft, beschämt und hilflos. Das ist genau die Situation, in der ich rot werde. Hinter dem Ausgestopften ist aber sehr viel Leben.*

A.: *Das war ja auch vorhanden. Der Büstenhalter war ausgestopft. Aber dahinter war etwas. Nicht nichts. Eine Brustwarze, eine wachsende Brust, das Wissen um das Wachstum aufgrund der eigenen körperlichen Empfindungen und aus dem Vergleich mit anderen Frauen.*

P.: *Aber es war zu wenig, und es war zu klein, und ich war unzufrieden. Niemand hat zu mir gesagt, die Brust werde noch größer. Man hätte eher gesagt, ja, was willst denn du in dem Alter. Du bist ja noch ein Kind. Ich konnte mit niemand darüber reden. Ich war mir selbst überlassen. Ich habe zwar manches dadurch gelernt, daß mich meine Mutter gezwungen hat, etwas zu tun. Sie hat mir dann genaue Anleitungen gegeben, und es klappte auch. Es wurde befohlen. Ich mußte etwas tun und den Ablauf auswendig lernen, wenn es z. B. darum ging, auf ein Amt zu gehen. Aber es war dann eher die Handlung meiner Mutter als meine eigene. Ich hatte keine Wahl. Ich war gezwungen, und ich war es nicht in eigener Person, und deshalb fehlt mir wahrscheinlich das Gefühl, daß ich selbst weitergekommen bin. Zwischen den Extremen: "Ich kann gar nichts - Ich kann sehr viel" fehlt eben die Mitte meines eigenen Tuns.*

Ich greife nochmals die Hintergedanken auf. Welche Gedanken, durch die sie gesteuert wird, bleiben im Hintergrund?

A.: *Sie hatten den Verdacht, da wird wieder etwas beabsichtigt. Da wird manipuliert, und es war sehr gravierend, daß Sie es noch nicht einmal wissen durften. Aus diesem Grund hatten Sie auch eine Scheu, mich zu fragen, was ich mit dieser Formulierung meinte, nach dem Motto: Wir meinen's schon gut mit dir. Da braucht man nicht zu fragen.*

P.: *Ich wurde benützt. Es wurde nicht zu mir gesagt, mach's bitte, ich habe keine Zeit, sondern es wurde so hingedreht; du machst es, ohne Alternative, und ich fühlte dann Hintergedanken, ohne mich zu trauen. Es war unehrlich. Ich wusste um die Unehrllichkeit und konnte nicht darüber sprechen.*

Kommentar: Die ermutigende Deutung des Zögerns der Patientin in der Übertragung hat sich fruchtbar auf die Mitarbeit ausgewirkt. Solche Beobachtungen sind für die Beurteilung des therapeutischen Prozesses außerordentlich wichtig.

### 2.2.2 Starke positive Übertragung

Starke positive Übertragungen bewegen sich innerhalb des Rahmens der Arbeitsbeziehung, der bei erotisierten Übertragungen (s. hierzu 2.2.4) zeitweise überschritten wird. Wegen der Komplikationen, die bei einer erotisierten Übertragung auftreten, wäre es wichtig, schon bei der Indikationsstellung Kriterien an der Hand zu haben, die eine diesbezügliche Voraussage erlauben. Können wir heute eine Gruppe von Patienten benennen, die sich so in ihren Analytiker verlieben, daß die Therapie zum Stillstand kommt? Handelt es sich hierbei auch heute noch um jene Gruppe, die nicht für die Aufklärungsarbeit über seelische Zusammenhänge zu haben ist, sondern die materielle Befriedigung sucht, nur zugänglich "für Suppenlogik mit Knödelargumenten" (Freud 1915 a, S. 315)? Zu viel hat sich seit der Entdeckung der Übertragungsliebe verändert, als daß wir diese noch wie Freud jener Klasse von Frauen zuschreiben könnten, die "keine Surrogate vertragen" oder wegen ihrer "elementaren Leidenschaftlichkeit . . . das Psychische nicht für das Materielle nehmen wollen" (1915 a, S. 315).

### *Emanzipation und Tabuverletzungen*

Zunächst ist darauf aufmerksam zu machen, daß diese Komplikation von jeher besonders in der Analyse von Frauen, die bei einem Analytiker in Behandlung sind, aufzutreten pflegt. Hierfür ist eine Fülle von tiefenpsychologischen, historischen, soziologischen und nosologischen Gründen verantwortlich zu machen. Schließlich waren es zunächst v. a. *hysterische* Patientinnen, die sich bei Psychoanalytikern in Behandlung befanden. Seither hat die *sexuelle Revolution* eine Emanzipation der Frau ermöglicht, die sich nicht zuletzt in der freizügigen sexuellen Selbstbestimmung äußert. Diese späte Errungenschaft hat nichts daran geändert, daß *sexuelle Übergriffe* und Grenzüberschreitungen zwischen Männern und Mädchen weit häufiger sind als zwischen Frauen und Jungen. Ähnliches gilt für das Verhältnis von Vater-Tochter-Inzest zu Mutter-Sohn-Inzest. Die vom Mann geprägte Heterosexualität ist das nach wie vor dominierende Sexualverhalten zwischen den Geschlechtern. Die Erwartung, was alles beim Analytiker passieren könnte, wird von den Erfahrungen motiviert, die weibliche Patienten früher mit Männern - Väter, Brüder und andere Verwandte sowie Lehrer, Vorgesetzte und Ärzte - gemacht haben. Verführung und Verführbarkeit bilden ein Paar, das durch ein kompliziertes Anziehungs- und Abstoßungsverhältnis verbunden ist: "Wenn das damals möglich war, ist alles möglich . . ." Die Beunruhigung, die von diesem Satz ausgeht, hängt ganz wesentlich davon ab, wie real die sexuellen Übergriffe in tabuisierten Lebensräumen waren.

Die sexuelle Selbstbestimmung ist eine Sache. Andererseits werden die sozialen Tabugrenzen immer durchlässiger, so daß althergebrachte Regeln des Sozialverhaltens ihre durchschnittliche Verbindlichkeit verlieren. Der Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen scheint zuzunehmen, und die Dunkelziffer des Vater-Tochter-Inzestes ist beträchtlich. Die Übertragungen nach Mißbrauch im weiteren Sinn des Wortes sind kompliziert. Denn die traumatisierten Patientinnen stellen sich selbst und den Analytiker besonders auf die Probe (Fischer 1990).

In Abschnitt 1.7 des Grundlagenbands haben wir auf ausgesprochene Asynchronien zwischen der Änderungsgeschwindigkeit in familiären Traditionen und historischen und soziokulturellen Prozessen hingewiesen. In der Praxis heutiger Psychoanalytiker findet man also nach wie vor den Typus hysterischer Patientinnen, die sich nicht nur in den Analytiker verlieben, sondern in der Behandlung einen Ersatz für ein unbefriedigtes Leben suchen und an der Illusion seiner Erfüllung durch den Therapeuten festhalten.

### *Diagnostische Frage*

Bezüglich der Vorhersage, also der Wahrscheinlichkeit, ob eine komplikationsreiche erotisierte Übertragung auftreten wird oder nicht, ist es diagnostisch wesentlich, über welche Einschränkungen ihres Liebeslebens Patientinnen klagen. Sind es vorwiegend neurotisch bedingte Schwierigkeiten, die befriedigende sexuelle Beziehungen in bestehenden Freundschaften oder in dauerhaften Bindungen erschweren oder unmöglich machen, ist die Gefahr, daß sich eine unauflösbare Übertragungsliebe bildet, gering. Am ungünstigsten ist die Prognose bezüglich einer illusionären Übertragungsliebe dann, wenn eine schwere neurotische Entwicklung zur Vereinsamung geführt hat und ein Lebensalter erreicht ist, das die Chancen, einen passenden Partner zu finden, gering werden läßt (Hohage u. Kächele 1996).

Trotz aller Emanzipation wirken sich die sozialen Gegebenheiten bei diesen Frauen im Unterschied zu einer vergleichbaren Gruppe von Männern ungünstig aus, denn neurotische und einsame Junggesellen finden in unserer Gesellschaft viel leichter Anschluss als unverheiratete Frauen. Die Verschiedenheiten der männlichen und weiblichen *Psychosexualität* tragen das ihre dazu bei, daß beispielsweise Männer bei der

## 2 Übertragung und Beziehung

Partnerinnensuche über Annoncen weniger jenen Kränkungen ausgesetzt sind, die Frauen bei kurzen Abenteuern erleben.

### *Geschlecht des Analytikers und erotische Übertragung*

Der Leser wird sich fragen, was diese Allgemeinplätze mit dem Spektrum positiver Übertragungen zu tun haben. Zum einen ergibt sich daraus, warum männliche Patienten bei Analytikerinnen bei sonst ähnlichen Bedingungen viel seltener eine erotisierte Übertragung entwickeln als in der umgekehrten Verbindung. Wir scheuen uns nicht, noch einen weiteren groben Gesichtspunkt zu nennen, der sich aus dem bisherigen ableiten läßt und der bei Indikationsstellungen nach unserer Erfahrung sehr ernstgenommen werden sollte. Liegt die oben beschriebene Mischung von lebensgeschichtlichen, beruflichen und sozialen Faktoren vor, die zur Entwicklung einer regressiven erotisierten Übertragung prädisponieren, sollte ein männlicher Analytiker vor der Entscheidung zur Übernahme der Behandlung seine bisherigen Erfahrungen bezüglich erotisierter Übertragungen gründlich vor seinem geistigen Auge vorbeiziehen lassen. Im Zweifelsfall liegt es im Interesse der Patientin, eine Empfehlung an eine Kollegin auszusprechen. Denn männliche Analytiker stimulieren durch ihre Präsenz, also unabsichtlich, sexuelle Übertragungen, die unerfüllt bleiben müssen. Schließlich liegt das Streben nach "materieller", also körperlich-sexueller Befriedigung, zumindest nach der psychoanalytischen Theorie, die aber in diesem Punkt Gültigkeit beanspruchen darf, in der Natur des Menschen. Es entstehen hoffnungslose Abhängigkeiten, wenn Patientinnen ihren Analytiker idealisieren und alle anderen zum Surrogat werden, so dass im Leben keine Befriedigung mehr möglich ist. Nicht wenige Frauen sind deshalb bei gleichgeschlechtlichen Therapeuten von Anfang an besser aufgehoben. Im Zweifelsfall sind rechtzeitig Überweisungen, die zu selten erwogen werden, an eine Kollegin zu empfehlen. Wie es allerdings um die gleichgeschlechtliche Übertragungsliebe zwischen Frauen steht, entzieht sich verständlicherweise unserer Erfahrung (s. d. Person 1985; Lester 1990; Klöß-Rotmann 1993).

Trotz unserer Betonung des dyadischen Charakters der Übertragungsneurose, zu der die Übertragungsliebe gehört, bedingt die jeweilige Disposition eines Patienten eine Eigendynamik, die sich dyadisch verstärken kann, wenn Alter und Lebensumstände des Analytikers wie der Schlüssel zum Schloss passen und eher zur Verwirrung und Verirrung von Gefühlen als zu deren Integration im Leben beitragen.

Doch was heißt Verwirrung und Verirrung? Sind Gefühle, Affekte und Wahrnehmungen in der Übertragung echt oder unecht? Ihre Echtheit wurde auch von Freud nicht bestritten, obwohl die Übertragung impliziert, daß eigentlich nicht der Analytiker gemeint ist, so daß sich die Wünsche und die sexuelle Sehnsucht an die falsche Adresse richten würden. Zweifellos gehört es zur vollen Ausgestaltung eines Gefühls, das intendierte Ziel zu erreichen und im zwischenmenschlichen Austausch den anderen zu einer Antwort und möglichst auch zum Mitmachen zu bringen. Deshalb ist der Analytiker auch immer persönlich gemeint. Er bleibt als Person im Hintergrund, um seine Funktion leichter erfüllen zu können und hierbei als Mutter, als Vater, als Bruder oder als Schwester auch die Rollen übernehmen zu können, die der Patient zur Vervollständigung seines Dramas benötigt.

Die Interpretation des Widerstands gegen die Übertragung führt zur Aufhebung von Verdrängungen, wobei der Analytiker als auslösender Katalysator wirksam wird und im Sinne des von uns erweiterten Bühnenmodells (s. Grundlagenband 3.4, S. 98) eine Neuinszenierung ermöglicht. Deshalb ist es so wesentlich, von der Plausibilität der Wahrnehmungen des Patienten, nicht aber von deren Verzerrung auszugehen. Statt Neuaufgabe sprechen wir deshalb von einer Neuinszenierung mit wechselnden Rollen. Soweit der Analytiker dabei zeitweise als Regisseur fungiert, sorgt er dafür, daß der Patient das ihm

zur Verfügung stehende, also unbewußt angelegte Rollenrepertoire in der Analyse probt und Mut faßt, im Leben aus dem Probehandeln Ernst werden zu lassen.

Wo ist da noch Raum für erotisierte Übertragungen, die keinen kleinen Teil der sog. unendlichen Analysen ausmachen? Zunächst ist die vorhin beschriebene Gruppe von Patientinnen, aber wohl auch eine beträchtlich kleinere Gruppe von Patienten zu nennen, die auch bei einer im Sinne unserer Empfehlungen veränderten Behandlungstechnik aus äußeren und inneren Gründen den Übergang vom Probehandeln ins Leben nur mit Einschränkungen vollziehen können. Je weniger ein Patient in der Lage ist, zu einer tiefen Wechselseitigkeit mit einem Partner zu kommen, desto faszinierender bleibt die einfühlsame, verständnisvolle und zu vielen Neuentdeckungen anregende Haltung des Analytikers zumal deshalb, weil diese ja nicht durch die alltäglichen Enttäuschungen im realen Zusammenleben getrübt werden.

Am nachfolgenden Fall läßt sich an einigen Wendungen etwas Allgemeines aufzeigen. Vieles läuft auf die Frage hinaus, wie Anerkennung trotz Verzicht auf unmittelbare sexuelle Befriedigung erreicht werden kann. Die ödipalen Versuchungen und Versagungen sind ja im Falle eines pathogenen Ausgangs durch Verdrängungen so untergegangen, daß sich die Existenz unbewußter Wünsche entweder nur an der Wiederkehr des Verdrängten in Symptomen ablesen läßt oder an konfliktreichen und unbefriedigenden Partnerbeziehungen. Zur produktiven Wunschwelt einen Zugang zu finden, ist eine Voraussetzung der Umgestaltung. Dabei wächst die Fähigkeit zu neuen Wegen der Problemlösung. So ist beispielsweise die *Anerkennung* von Wünschen, die in der analytischen Situation durch das Arrangement und durch Deutungen stimuliert und verstärkt werden, nicht an deren *Befriedigung* gebunden. Zugleich liegt es in der Natur von Wünschen, intentionalen Akten und Handlungen, zielstrebig zu einem Abschluß zu gelangen, was bekanntlich mit dem Gefühl von Erleichterung und Befriedigung einhergeht. Auf der anderen Seite bringt es das Leben von Beginn an mit sich, daß vielfältige Ansätze, über Versuch und Irrtum das eine oder andere Ziel zu erreichen, scheitern. Werden davon tiefe vitale Bedürfnisse betroffen, entstehen Defekte in der Selbstsicherheit und in der Geschlechtsrolle mit mannigfaltigen Folgen im Verhalten. Die nachfolgend beschriebene Patientin suchte in der Übertragungsliebe nach Sicherheit und Anerkennung.

Nach wie vor führen die technischen Probleme im Umgang mit heftigen Gefühlen zu einer Bewährungsprobe für die Kur, in der zwischen der Scylla der unterschwelligen Verführung und der Charybdis der Abweisung gesegelt werden muß.

### *Franziska X*

Die 26jährige Frau Franziska X kam zur Behandlung, weil sie unter heftigen Angstanfällen litt, die besonders in Situationen auftraten, bei denen sie ihr berufliches Können unter Beweis stellen sollte. Ihre Ausbildung in einem männlich geprägten Beruf hatte sie glänzend abgeschlossen, und sie konnte mit einer erfolgreichen Karriere rechnen, falls sie ihre Ängste überwinden würde. Diese hatten sich nach dem Abschluß der Ausbildung entwickelt, sozusagen als es ernst wurde und die Rivalität mit den Männern nicht mehr den spielerischen Charakter der Lernzeit hatte. Mit ihrem Mann, den sie während der Ausbildung kennen gelernt hatte, verband Frau Franziska X eine befriedigende geistige und seelische Gemeinschaft; dem sexuellen Verkehr konnte sie allerdings in der Ehe wenig abgewinnen; es erfordere viel Konzentration und Arbeit für sie, um einen Orgasmus zu erleben, das könne sie für sich allein viel schneller und einfacher.

Auf die Einleitung der Behandlung reagiert sie mit einer baldigen Verliebtheit, die sich schon in der 4. Stunde mit einem Traum ankündigt, in dem sie zunächst eine Szene zwischen

## 2 Übertragung und Beziehung

einem exhibierenden Mädchen auf der Polizeiwache und einem sexuell darauf reagierenden Mann beschreibt. Der 2. Teil des Traumes stellt eine ärztliche Untersuchung dar, bei der die Patientin mit Röntgenaugen betrachtet wird und nur ein nacktes Skelett sichtbar wird.

Das Thema einer verbotenen Liebe mit nachfolgender Bestrafung oder Abwendung wird immer wieder in den Träumen der Patientin permutiert. Im Erleben pendelt sie auch stark zwischen dem Wunsch, mir zu gefallen, wie ein Schulmädchen ihre Pflicht zu erledigen, und den sie beunruhigenden Wünschen, die sie auch in Einfällen äußert.

In der 11. Stunde bin ich bereits zum "richtig guten Freund" avanciert, den sie für sich habe, der aber gleichzeitig die Bedingung erfülle, daß "es" niemals realisiert werden kann. Was "es" bedeutet, wird durch den nächsten Einfall beleuchtet, denn im Anschluss daran fragt sie mich: "Haben Sie gestern Abend den Film über den Priester gesehen, der ein Verhältnis mit einer konvertierten Frau hatte?" In der 14. Stunde berichtet Frau Franziska X einen Traum.

*P.: Sie haben mir gesagt, Sie seien verliebt, und dann haben Sie mich geküsst, das geht, wenn ich verliebt bin, immer nur bis zum Küssen, das ist das Schönste, das andere kommt halt wohl oder übel nach. Dann sagten Sie, es sei besser, die Analyse zu beenden. Ich war damit zufrieden, weil ich auf diese Weise mehr bekommen habe.*

Die rasch aufkommende Erotisierung scheint dazu bestimmt, die Erfahrung der Analyse als "Durststrecke" (17. Stunde) zu bekämpfen. Bei einem Fortbildungswochenende hat sie sich endlich wieder Anerkennung durch vielfältiges Flirten verschafft, die in den Stunden ausbleibt.

*P.: Ja, es ist mir tatsächlich sehr wichtig, was Sie zu mir sagen. Manchmal denke ich, ich sollte versuchen, meine Erwartungen an Sie doch einzuschränken bzw. ganz zu überwinden, weil ich ja doch nie hoffen kann, daß sie von Ihnen bestätigt werden. Es wäre alles so viel einfacher, wenn ich diese gefühlsmäßigen Einstellungen hier draußen halten und mit Ihnen ein vernünftiges Gespräch führen könnte.*

Ähnliche Äußerungen kann man in jeder Analyse finden. Natürlich wäre es einfacher, Gefühle und Affekte draußen lassen zu können. Damit würde aber gerade jene Aufteilung fortgeführt werden, die der Störung zugrunde liegt. Um eine gewisse Entlastung zu ermöglichen, mache ich die Patientin darauf aufmerksam, daß es am Arrangement, dem Liegen auf der Couch usw., und in der Natur dieser Gespräche liegt, intensive Gefühle zu wecken, deren Anerkennung mir ganz selbstverständlich sei. Es hänge jedoch mit der besonderen Beziehung und den mir übertragenen Aufgaben zusammen, daß ich nicht in der Weise auf ihre Wünsche eingehe, wie sie dies wünsche. Ich sehe eine Analogie zwischen der Unsicherheit der Patientin mir gegenüber und ihrer bisher stets enttäuschten Erwartung, wirklich voll von einem Mann akzeptiert zu werden, und werfe deshalb die Frage nach der Herkunft ihrer Unsicherheit als Frau auf. Dabei habe ich die theoretische Leitidee, daß die Patientin in der Übertragungsliebe wie in ihren Freundschaften mehr die Mutter als den Vater sucht.

Dieses Thema bewegt die Patientin nun. Sie spricht erstmals von Eindrücken ihrer Mutter, von der sie im Erstinterview nur festgestellt hatte, "da gibt es nichts zu sagen". Die Patientin meint, sie habe überhaupt kein Bild von sich als Frau. Sie kommt auf Kindheitserinnerungen zu sprechen und beschreibt Vater und Mutter in der Kirche, wie beide zur Kommunion gehen. Sie selbst bleibt als damals 4jährige zurück, fängt an zu weinen, weiß nicht, was die Eltern da machen. Als die Eltern vom Altar zurückkommen, sich hinknien und die Hände vors Gesicht halten, prägt sich die Patientin diesen Moment mit photographischer Deutlichkeit ein: die Mutter eine hübsche junge Frau mit langem braunem Haar unter einem Kopftuch, wie eine Magd auf einem Bauernhof, die die Hühner füttert, unkompliziert und fröhlich.

Dann folgt in den Einfällen der Patientin ein Umschlag, für dessen Verständnis hier eingeschoben werden muß, daß sie im Alter von 6 Jahren in eine Kinderklinik eingewiesen wurde. Die Mutter war zu der Zeit schwanger und erlitt bei der Geburt der jüngeren Schwester eine Eklampsie mit schwerwiegenden Folgen, von denen sie sich nicht mehr erholte. In den Einfällen taucht nun das Bild der Mutter auf, als die Patientin aus dem Heim kam: eine aufgedunsene Frau, hässlich, Arme und Beine in irgendwelchen Flüssigkeiten zur Elektrisierung von Muskeln. Seitdem nörgele die Mutter ununterbrochen in einer Sprache, die kaum zu verstehen sei - kurzum, ein Bild erschreckenden Verfalls, das dem Zuhörer und Leser nicht nur ödipale Phantasien, mit Schwangerschaft und Rivalität verbunden, nahe legen dürfte.

Von diesen Eindrücken weicht die Patientin aus und kommt, rasch den Affekt wechselnd, auf das schöne Wetter zu sprechen, das es ihr ermöglichen könnte, sich in einem luftigen Kleid zur Analyse zu begeben.

Verliebtheit wird der Motor der Behandlung; nur in dieser Stimmung kann sie sich durchringen, beunruhigende und beschämende Themen zu besprechen. Die Idee, daß es doch nie zu einer Verwirklichung kommen könnte, werde sie nie überwinden können.

Übertragung ja, Arbeitsbeziehung nein, so ließe sich diese Treibhausatmosphäre beschreiben. Die Konstellation verweist auf das Fehlen einer basalen Sicherheit, die durch ödipal anmutendes Sichzeigen und Sichanbieten ausgeglichen werden muß.

In einer der folgenden Stunden (23) beschäftigt sich die Patientin mit der Frage, warum der Analytiker denn keinen weißen Kittel trage. "Sie wären damit viel neutraler, anonym, einer unter vielen Ärzten." In der Arbeit stellt sich heraus, daß dies wohl eine Wunschseite und eine Abwehrseite hat. Im Zusammenhang mit ihren kurzen Sommerkleidern wird deutlich, daß sie sich eine Rollenaufteilung wünscht: Der Analytiker hat anonym zu bleiben, dann kann sie sich um so ungenierter zeigen; je konkreter sie mich als Person erlebe, desto weniger könne sie sich auf der Couch räkeln. Im Sommer fühle sie sich deshalb sehr viel mehr als Frau als im Winter, da sei ja alles versteckt und verpackt.

Ich bezweifle die Brauchbarkeit eines Selbstbilds, das vom Wetterfrosch abhängig ist; dies löst einen Sturm der Enttäuschung aus. Die Patientin spürt, daß dieses plakative erotische Werben mich nicht erreicht, und sie reagiert mit depressiven Verstimmungen.

Der Aufbau der Übertragungsbeziehung in den ersten Wochen und Monaten stabilisierte sich immer mehr in einer Richtung, bei der die ersten Versuche der Patientin, mich für sie zu interessieren, abgelöst wurden durch systematische Befürchtungen, daß ich keinen Schritt auf sie zumachen würde. Die ganze Geschichte ihrer Beziehung zum Vater, der nach der Lähmung der Mutter für vieles einspringen mußte, kann hier nicht erzählt werden. Das ihr vom Vater zuerkannte Urteil war damals und ist noch heute vernichtend: "Bei dir weiß man nie, woran man ist." Dem entspricht das Gefühl der Patientin, daß der Vater für sie unberechenbar war, als Kind habe sie immer nur in Angst und Zittern vor ihm gelebt.

Die Entwicklung der ersten Monate macht es mir möglich, einen wachsenden Vorwurf für die Patientin zu verbalisieren.

A.: (formuliert für die Patientin) „*Ich habe versucht, Sie für mich zu gewinnen, und bin gescheitert; warum kommen Sie nicht mehr auf mich zu, warum sind Sie nicht freundlicher und entgegenkommender*“. Dieses Gefühl wird hier lebendig und läßt Sie resignieren.

P. (nach einer Pause): *Ich wüsste nicht, auf wen sich das beziehen sollte. Doch, ich habe vorhin gedacht, der einzige auf den das eigentlich zutreffen kann, ist mein Vater.* (Schweigen) *Jetzt fällt mir unsere Kirche ein, da ist ein großes Deckengemälde mit einem großen Gottvater, der immer herunterguckt, und dann fällt mir mein Pfarrer ein, vor dem ich furchtbare Angst gehabt habe.*

A.: *Hier geht es nur gut zwischen uns, wenn Sie brav sind und sich gut benehmen, wenn Sie fleißig sind. Wenn Sie anderes im Auge haben, so taucht schnell die Gefahr auf, daß ich*

## 2 Übertragung und Beziehung

*verstimmt bin, und dann werde ich in Ihrem Erleben dem Vater ähnlich: Sie geraten in eine Position, in der Sie darauf warten müssen, daß ich Sie wieder in Gnaden annehme wie ein gefallenes Mädchen, doch dieser Gnadenakt läßt lange auf sich warten, ist im Grunde eigentlich nie zu erreichen.*

*P.: Als 15jährige war ich mit einem anrühigen jungen Mann liiert, meine erste Liebesaffäre, und der hat dann doch gleich ein Küchenmädchen im Konvikt geschwängert; mein Vater hat so mit mir geschimpft, als wäre ich es gewesen.*

*A.: In Ihrem Erleben wird da kein großer Unterschied gewesen sein.*

*P.: Durch solche Sachen ist der Kontakt nie mehr gut geworden. Ich glaube, ich warte noch immer auf das Zeichen des Kreuzes, das der Vater einem zum Abschied auf die Stirn zeichnet. Bei mir hat er das nicht so getan, daß ich's innerlich glauben kann.*

In den folgenden Stunden beschäftigt sich die Patientin mehr mit ihrer katholischen Vergangenheit. Sie hat einen Film gesehen, bei dem eine Frau ihren Vornamen trug und so war, wie sie nach Ansicht des Vaters hätte werden sollen. Ihr fällt ein, daß der Vater ihr mit Beginn der Pubertät ein Aufklärungsheft aus der Kirche in die Hand gedrückt hat, auf dem das Titelbild eines jungen Mädchens in eben dieser Weise dargestellt war: anständig katholisch. Sie könne sich gar nicht vorstellen, daß ihr Vater jemals etwas mit Frauen zu tun gehabt habe. Sie sei darum auch so erschrocken, als ich sie darauf hingewiesen hätte, daß sie in der Zeit in die Kinderklinik gemusst hätte, als die Mutter schwanger war.

Die Patientin beschäftigt sich weiter mit ihren speziellen Beziehungen zu älteren Männern.

*P.: Eigentlich habe ich ja immer davon geträumt, mich in solche Männer zu verlieben, und ich habe auch lange davon geträumt, mit ihnen zu schlafen. Aber in Wirklichkeit habe ich mir einen Mäzen gewünscht, der mich versteht und mich völlig in Ruhe läßt. Das Sexuelle spielt dabei keine Rolle. Komisch, seitdem ich die Analyse begonnen habe, sind diese Träume weg.*

*A.: Das war ja auch Ihre ursprüngliche Vorstellung von der Analyse, in mir einen Mäzen zu finden, dem Sie uneingeschränkt vertrauen können, dem Sie alles tun und sagen dürfen und der Ihnen nicht böse ist.*

*P.: Ja, so war das, und dieses Gefühl habe ich nicht mehr. Ich finde einfach, Sie können sich immer wieder entziehen, und immer wieder stehen Sie außerhalb der Situation, ich kann Sie gar nicht richtig festnageln, eigentlich sind Sie ja mehr wie ein Computer, der Gedanken zusammenordnet und Vorschläge macht, nicht wie ein Mensch, das dürfen Sie ja nicht. Immer wenn ich über Sie nachdenke, gerate ich bald in eine Sackgasse. Denn einerseits fängt es an, daß ich das Gefühl habe, in Ihren Augen die Wärme zu finden, die Vertrautheit, und dann geht alles nicht weiter, und ich fühle mich wie unsanft aus dem Schlaf geweckt, von dem Traum in die Wirklichkeit geschubst, so als ob Sie morgens an meinem Bett sitzen würden und mich wachrütteln, wenn ich in der Nacht von Ihnen geträumt habe. Und eigentlich will ich gar nicht von dem Traum in diese Wirklichkeit zurück.*

Damit ist das behandlungstechnische Problem deutlich geworden, wie eine Patientin Befriedigung und Anerkennung finden kann, wenn sie die Augen aufmacht.

### 2.2.3 Verschmelzungswünsche

In einem bestimmten Kontext stellte Herr Arthur Y mir die Frage, ob ich mit dem bisherigen Verlauf der Therapie zufrieden sei. Die positive Antwort versah ich mit dem Zusatz, er, der Patient, wäre aber wohl noch zufriedener, wenn die Anerkennung in barem Geld zum Ausdruck gebracht würde, in Anspielung auf die erwartete Gehaltserhöhung. Der Patient ging nun auf diese Analogie ein, indem er zunächst von der Erleichterung berichtete, die sich nach meiner positiven Aussage eingestellt hatte. Dann trat aber eine Beunruhigung auf, die der

Patient auf eine möglicherweise doch vorhandene Kritik meinerseits zurückführte. Vielleicht trage er selbst nicht genügend zum Fortschritt bei. An einer Unfallstelle habe er kürzlich alles in seiner Kraft Liegende getan und sich doch später vorwurfsvoll gefragt, ob er wirklich genug getan habe.

Die Höhe der Gehaltsaufbesserung wird im Erleben des Patienten zum Sinnbild, zum Äquivalent von Wertschätzung und Zuneigung. Daß es wunderbar wäre, Zuneigung auch ohne Leistung zu erhalten, hat der Patient aus den Augen verloren. Er kommt nun darauf zurück, indem er in überraschender Weise eine Parallele zu einem (homosexuellen) Internatslehrer während seiner Pubertät zieht. (Das beunruhigende Adjektiv wird von ihm vermieden.)

Zunächst wird das Thema, wie viel Zuneigung er finden könne, ohne ein allzu großes Risiko einzugehen, am Abtasten der Möglichkeiten abgehandelt, die er im bevorstehenden Gespräch mit seinem Chef hat.

P.: *Ich bin also bereit, wesentlich mehr zu tun als das Übliche, aber ich möchte dafür ein Entgelt haben, und wie viel ich da riskieren kann, ohne zurückgewiesen zu werden, das ist das Problem. Ich spüre ganz genau, daß ich vor 2 Dingen Angst habe: davor, daß er meinen Wunsch zurückweisen würde, oder vor der verspielten Chance, wenn ich von vornherein verzichte. Das würde mir stimmungsmäßig sehr zu schaffen machen und etwas Ähnliches läuft hier ab. Ich hatte ja, als ich am Freitag diese Frage stellte, mit der ich heute wieder hier herkam, gesagt, daß meine früheren Therapeuten mir darauf nicht geantwortet hätten, sondern die Frage so zurückgeschmettert hätten wie beim Tischtennis - so einen Schmetterball. Es fiel mir nicht leicht, diese Frage zu stellen, weil ich eben Angst vor der Zurückweisung und der damit verbundenen Blamage, vor der Erniedrigung hatte.*

A.: *Allerdings gab es auch einmal eine Stunde, da schien mir deutlich zu sein, daß Abweisungen zwar schlimm sind, aber auf diese Weise auch wieder eine Distanz hergestellt wird. Die Autoritäten bleiben in der Entfernung .*

P.: *Dieser Punkt scheint mir sehr wichtig zu sein. Es sollte durch die Distanz gesichert sein, daß die sich nicht auf einmal so benehmen wie der [homosexuelle] Lehrer im Internat. Da drängt sich mir die Frage auf, wer garantiert mir denn, daß das nicht so wird, wenn ich zu sehr aus meiner Reserve herausgehe und ich nicht mehr ich und Sie nicht mehr Sie sind, sondern wie in einem Topf, wenn man 2 Stück Butter . . .*

A.: *Ja*

P.: *. . . in einer Pfanne heißmacht.*

A.: *Hmhm.*

P.: *Dann verlaufen die ineinander.*

A.: *Sie garantieren dafür und ich, denn Sie sind Sie und ich bin ich.*

P.: *Ja ja, schon.*

A.: *Hm.*

P.: *Jetzt empfinde ich schon ganz deutlich einen Schlag Ihrerseits, der mir sagt, was erlauben Sie sich eigentlich mit der Bemerkung.*

A.: *Ja. Ja ja, wahrscheinlich haben Sie es als einen Schlag, als eine Zurückweisung erlebt, weil es eben diese Sehnsucht gibt nach dem Zusammenlaufen, wie die Butter. Das ist ein wunderbares Bild einer Vermischung, das etwas sehr Tiefsinniges enthält. Vermischung, Austausch, Gemeinsamkeit.*

P.: *Und weil das nicht realisierbar ist, und darum würde vielleicht der Dr. A. [einer der früheren Analytiker - frei nach Christian Morgenstern] etwas sarkastisch gesagt haben, und drum schließt er messerscharf, daß nicht sein kann, was nicht sein darf, d. h. das schwingt jetzt gleich herein, obwohl ich konsequent bei diesem Thema bleiben wollte, als ich das Wort, das ist so typisch, sagte: messerscharf.*

A.: *Messerscharf.*



## 2 Übertragung und Beziehung

P.: *Messerscharf, da fiel mir wieder ein Mädchen ein, dem ich mit einem Messer etwas antun könnte. Also muß ich dieses Wort "messerscharf" möglichst oft wiederholen und dabei versuchen, an etwas anderes zu denken.*

Der Patient lenkt weiter ab. Ich glaube, den roten Faden halten zu können, indem ich eine Gemeinsamkeit zwischen den beiden Themen benenne:

A.: *Es ging ja um die Vermischung, und im Eindringen des Messers ist auch eine enge Verbindung hergestellt zwischen Messer und . . .*

P.: *Aber eine zerstörende.*

A.: *Zerstörende, ja.*

P.: *Eine unverschämte.*

A.: *Ja, eine Anmaßung ohnegleichen. Kein Zusammenfließen von der Butter in der Pfanne.*

P.: *Nee, nee, eine Anmaßung ohnegleichen von dem, der das Messer hat, dem anderen gegenüber, der damit bedroht oder verletzt wird.*

A.: *Ja, ja, hm, das Messer, ja.*

P.: *Und der Lehrer (der auch die Pflege des kranken Patienten im Internat übernommen hatte) hatte ja so ein Messer - nicht in gegenständlichem Sinn - im Benehmen.*

A.: *In vieler Hinsicht, im allgemeinen Benehmen und im speziellen, mit den Zähnen.*

P.: *Und beim Fiebermessen beispielsweise.*

A.: *Beim Fiebermessen mit seinem Thermometer, das er reingeschoben hat, und im Glied, das irgendwie spürbar war, wenn er Sie auf den Schoß genommen hat.*

P.: *Daran kann ich mich nun (P. unterschlägt den Teilsatz: . . . nicht mehr erinnern) . . . hab' ich mich auch schon gefragt. Aber ich glaub' es nicht. Ich kann das zumindest nicht erinnern.*

A.: *Das kann schon sein, daß das ausgeblendet ist und daß er . . .*

P.: *es verstand . . .*

A.: *zu verstecken, daß das Glied vermutlich steif war.*

P.: *Ja, das ist anzunehmen. Daran kann ich mich also nicht erinnern. Es ist also so weit Gott sei Dank nicht gekommen, aber ich habe mich trotzdem bedroht gefühlt und sehr gefährdet. Ja, so ähnlich wie hier. Auf der einen Seite das Gefühl des Ausgeliefertseins. Ich war ja krank und hatte nicht die Möglichkeit zu sagen, ich möchte einen anderen Pfleger. Kein Vertrauen. Also, es ist ja hier nicht immer so, sondern nur, wenn ich ganz genau versuche darüber nachzudenken. Dann ist irgendwo ein Vorbehalt da, nicht so weit zu gehen, weil ich mich sonst nicht mehr wehren kann. Sicher garantieren meine Persönlichkeit und Ihre, aber indem Sie dies sagten, habe ich schon eine Zurückweisung daraus gemacht.*

A.: *Ja, weil in dem Zusammenfließen eine Sehnsucht zum Ausdruck kommt, nämlich möglichst viel von meinem Fett zur Anreicherung mitzunehmen, also möglichst nicht nur eine Gehaltserhöhung, sondern eine Million an Zuneigung, als Ausdruck von Kraft und Potenz.*

P.: *Ja, das bringt ja alles Sicherheit, was Sie da eben grade gesagt haben. Es drängt sich mir folgendes auf: Okay, was mach' ich dann mit dieser Sehnsucht nach Zuneigung, wenn sie in diesem Maße wie mit diesen beiden Stücken Butter ja nicht möglich ist? Dann also weg damit.*

In einer späteren Stunde erläutert der Patient die Vermischung an 2 Tafeln Schokolade und macht damit die anale Herkunft mit ihren verschiedenen unbewußten Aspekten kenntlich.

A.: *Warum weg damit? Wer sagt denn, daß nichts realisierbar ist und Sie nicht einiges von hier mitnehmen?*

P.: *Ja ja, entweder alles oder nichts.*

A.: *Und Sie mir ein Stück Fett aus den Rippen schneiden mit dem Messer.*

P. (lacht): *Weil ich immer die Tendenz habe, alles oder nichts.*

A.: *Nun, Sie haben auch entdeckt, daß Sie sehr neugierig sein können, um zu mehr zu kommen, nach Möglichkeit von allem.*

P.: *Was meinen Sie da jetzt als konkretes Beispiel?*

A.: Hm.

P.: Weil ich wissen wollte, wohin Sie in Urlaub . . .

A.: Ja, daran hab ich im Augenblick als Beispiel gedacht, weil es ja da auch um die bohrende Neugierde ging. Und Sie möchten dann auch einen standfesten Mann haben, den Sie nicht entwerten können, der seine Eigenständigkeit bewahrt, sonst wäre er ja ganz schwach.

Es ist immer besonders eindrucksvoll und überzeugend, wenn Patient und Analytiker den gleichen Gedanken haben. Der Patient spricht dann, nach einer Pause, über seinen Chef.

P.: Sie gebrauchten das Wort Sehnsucht nach Zuneigung. Da war noch ein anderes Wort. Sehnsucht nach Übereinstimmung.

A.: Gemeinsamkeit.

P.: Ja ja.

A.: Hm.

P.: Das ist etwas, was mir zeitlebens zu schaffen gemacht hat, als ich so die ersten Versuche mit Mädchen machte. Erstmals bei meiner Frau war es dann nicht so, daß ich in dem Moment, in dem meine Zuneigung erwidert wurde, jegliches Interesse verloren habe. Wenn sie schwach geworden war, dann war sie beinahe entwertet.

A.: Ja ja, schwach.

P.: Oder umgekehrt, wenn ich ganz allgemein gesprochen ein Gefühl der Zuneigung zu irgend jemand, wer es auch immer war, erkennbar werden ließ und keine sofortige Erwiderung fand, bin ich aggressiv geworden. Ich habe nicht nur das Ausstrecken meiner Fühler sofort rückgängig gemacht, sondern den Rückzug verstärkt. Es kam mir als ungeheure Erniedrigung vor. Und auch der Umstand, daß wir beide nicht wie die Butter ohne jeden Vorbehalt ineinander laufen können.

A.: Sie haben ja beschrieben, daß Sie früher eher aggressiv waren. Irgendwann muß es ja zu einem Umschlag gekommen sein, zu Selbstentwertung, zu Selbstvorwürfen, daß Sie nichts fertig bringen, zu Selbstbeschuldigungen und Selbstanklagen.

P.: Mir kommt jetzt das Bild von diesen beiden Stücken Butter. In der Religion und im Abendmahl findet man ja genau dasselbe.

A.: In der Kommunion.

P.: In der Kommunion, in der Vereinigung, im Essen des Leibes, also nicht nur ich habe diesen Wunsch, sondern viele Millionen. Also gehört es einfach auch zu mir, weil ich ein Mensch bin.

A.: Ja.

P.: Und nicht, weil ich mal mit diesem Lehrer bekannt geworden bin.

A.: Ja.

P.: Also ist es nichts, was dauernd bekämpft und abgewertet werden muß, was mich als Mensch abwertet, sondern es ist etwas, was zu mir gehört, weil ich auch so bin wie die anderen.

A.: Ja.

P.: Und jetzt kommt sofort, daß Sie auch ein Mensch sind, also haben Sie Gefühle wie ich, und da müsste es doch möglich sein, dies mit der Butter zu realisieren.

A.: Ja.

P.: Auf der anderen Seite, ha ha, aber nun mal langsam, sonst geht das zu weit. Sie haben völlig recht. Das geht so gegeneinander, wie meine Stimmung manchmal innerhalb von Sekunden so vibrieren kann wie eine Waage, die versucht auszubalancieren. Nur bleibt es bei der Stimmung eben nicht in diesem ausgewogenen Verhältnis. Und jetzt denke ich, wenn ich's tatsächlich schaffe und zu meinem Chef gehe und über Geld spreche, vielleicht denkt auch er, nun, der könnte auch mal was umsonst machen. Der fühlt sich dann irgendwo enttäuscht, wenn ich für das, was ich tue, etwas von ihm verlange, da er ja auch nur ein Mensch ist. Ich müsste es schaffen, hier von diesem Alles-oder-nichts-Standpunkt ein Stück aufzugeben, daß

## 2 Übertragung und Beziehung

*hundert minus eins nicht gleich null ist, sondern hundert minus eins immer noch neunundneunzig und hundert minus fünfzig immer noch die Hälfte, verstehen Sie mich? Und das fällt mir so schwer.*

*A.: Na ja, schöner ist schon hundert Prozent, hm.*

*P.: Ja, aber hundert minus eins sind immerhin . . .*

*A.: Neunundneunzig.*

*P.: Und für mich wird aus neunundneunzig dann gleich eins. Mich interessiert dann dieser eine Teil von hundert viel mehr als die restlichen neunundneunzig.*

*A.: Und in diesen einen Teil wird dann alles reingesteckt, und Sie selbst sind dann nichts.*

*P.: Ja, wenn ich da nicht alles haben kann, dann will ich gar nichts. Ich warte aber noch immer irgendwie gefühlsmäßig auf den Knall, den es dann tut, wenn ich so eine Erkenntnis habe wie heute, denn der Dr. B. hat damals gesagt, dann zerplatzen Ihre Ängste wie ein Luftballon. Schwupp, schwupp. Weg sind sie. Damit muß ich mich noch beschäftigen, denn schön wär's, wenn's so möglich wäre.*

*A.: Ich habe das Gefühl, daß Sie sich freuen über Ihre heutigen Entdeckungen, aber sich nicht so recht trauen, Ihrer Freude laut Ausdruck zu geben, daß Sie Ihre Entdeckungen gleich wieder schmälern. Vielleicht sind Sie auch enttäuscht, daß ich keinen Freudentanz aufführe über die von Ihnen entdeckten tiefsinnigen Zusammenhänge.*

Danach denke ich über das Ausbleiben des Knalls nach, den ein früherer Therapeut dem Patienten prophezeit hatte. Daß eine solche Überhöhung, die den Analytiker zum wundertätigen Zauberer macht, unbewußt zu dessen analer Entwertung führen muß, die dann das Eintreten des Knalles und die schrittweise Besserung verhindert hat, zeigt die Krankengeschichte dieses Patienten.

### 2.2.4 Erotisierte Übertragung

Die 33jährige unverheiratete Frau Gertrud X wurde vom Hausarzt überwiesen wegen häufiger depressiver Verstimmungen, die bereits mehrfach zu suizidalen Handlungen geführt hatten. Die Patientin klagte darüber hinaus über häufige Neigung zu Kopfschmerzen. Der Hausarzt hatte in vielen Gesprächen versucht, die Patientin zu stützen, inzwischen war die Beziehung zu ihm aber so gespannt, daß er sich zu weiterer Betreuung nicht imstande sah.

Die Konfliktsituation stellte sich so dar: Die Patientin war Einzelkind, sie verlor mit 3 Jahren den Vater im Krieg. Die Ehe der Eltern muß spannungsreich gewesen sein, die Mutter hat sich seither nicht wieder gebunden. Sie fand zunächst Anschluss an die Familie ihres Bruders, der von der Patientin als Kind sehr verehrt wurde. Dieser Onkel fiel im Krieg, als die Patientin 5 Jahre alt war. Eine wichtige Rolle spielte der Großvater mütterlicherseits, ein autoritärer und dominierender Mann, der wie die ganze übrige Familie streng pietistisch eingestellt war. Die Mutter wurde als eher infantile, von der Meinung anderer abhängige Frau dargestellt, sie suchte die Patientin eng an sich zu binden.

Eine positive Entwicklung hatte sich etwa 6 Jahre vor Beginn der Therapie durch die Bekanntschaft mit einer jüngeren Kollegin ergeben, die Frau Gertrud X eine zunehmende Distanzierung von der Mutter ermöglichte. Diese Kollegin wollte nun heiraten und plante im Zusammenhang damit einen Ortswechsel. Die Patientin sah sich verstärkten anklammernden Bemühungen der Mutter ausgesetzt und reagierte mit aggressiven Auseinandersetzungen. Engere heterosexuelle Freundschaften hatte die Patientin noch nie geschlossen. Ihre Beziehung zu Männern war geprägt vom Bemühen, Anerkennung zu finden, wobei sie das Wohlwollen von Vorgesetzten und Ärzten durch häufige Provokationen stark auf die Probe stellte.

Die Patientin appellierte im Erstgespräch v. a. an meine Hilfsbereitschaft, zumal sie die lange Kette von Verlusterlebnissen plausibel darzustellen wusste. Ich bot ihr deshalb eine Therapie an mit dem Ziel, ihr eine konfliktfreiere Lösung von der Mutter zu ermöglichen und darüber hinaus zu einer konfliktärmeren Einstellung zu Männern zu gelangen.

Zu meiner Überraschung ging Frau Gertrud X zwar auf das Therapieangebot ein, äußerte aber von Beginn an Zweifel am Erfolg der Therapie. Skeptisch war sie v. a. gegenüber meinem Alter: Sie könne, wie sie erklärte, nur zu älteren Männern eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen - ich selbst war etwa gleich alt wie die Patientin.

Angesichts dieser spröden Zurückhaltung achtete ich besonders sorgfältig auf Hinweise, wo in der Interaktion freundliche Regungen, der Wunsch nach Anerkennung oder erotisches Interesse auftraten. Diesbezügliche Deutungen wurden von der Patientin in einer besonderen Weise zurückgewiesen: Sie betonte stets, es habe doch gar keinen Zweck, sich in dieser Weise mit mir zu beschäftigen. Ganz automatisch versuchte ich ihr verstärkt zu zeigen, daß es sehr wohl sinnvoll sein könnte, sich intensiver mit mir zu beschäftigen; dabei versuchte ich nachzuweisen, daß sie entsprechende Regungen verdränge. Diese Deutungen bewirkten lediglich, daß die Patientin ihre Vorsicht erhöhte. Der Versuch, durch Deutung tieferer Es-Inhalte das Eis zu brechen, wirkte ausgesprochen kränkend auf die Patientin, die mit Depression, Suizidgedanken und Rückzug reagierte. Diese Alarmzeichen veranlassten mich, mit konfrontierenden Deutungen sehr vorsichtig umzugehen.

Bei aller abweisenden Zurückhaltung der Patientin war es unübersehbar, daß ihr Interesse an mir wuchs: Sie kam überpünktlich zu den Stunden, beschäftigte sich vermehrt mit dem Inhalt der Stunden (wenn auch ganz überwiegend in kritischer Form) und ging dazu über, ein Parfum zu verwenden, das sie noch Stunden nach dem Termin in meinen Räumen "präsent" machte.

Mit diesen Veränderungen zeichnete sich ein neues Thema in der Interaktion ab: Die Mutter der Patientin reagierte mit zunehmender Therapiedauer eifersüchtig auf die Therapie, zumal ich selbst den Berichten der Patientin zufolge häufig als Kronzeuge in Auseinandersetzungen diene. In 2 Telefonaten versuchte die Mutter, mich für ihre Sache zu gewinnen, indem sie mich anrief und begann, über die Tochter zu klagen. Dieser Versuch wurde von mir schon im Ansatz unterbunden, statt dessen wurde die Selbständigkeit gegenüber der Mutter zu einem bevorzugten Thema der Stunden. Die Patientin erzählte sehr ausführlich von den zahllosen Übergriffen der Mutter, von deren Infantilität und Eifersucht, und sie holte sich bei mir Unterstützung im Kampf um mehr Abgrenzung. In dieser Phase der Therapie war die Interaktion erstmals weitgehend konfliktfrei.

Einen wesentlichen Einschnitt brachte die erste Sommerpause, d. h. eine Unterbrechung von mehreren Wochen. Im Vorfeld war von dieser Unterbrechung nicht viel zu spüren, statt dessen wurden die Konflikte mit der Mutter thematisiert. Erst in der letzten Stunde vor den Ferien erschien die Patientin alarmierend depressiv, negativistisch und abwertend. Ohne es zu wollen, geriet ich in die Rolle des Verteidigers dieser Therapie, während die Patientin ungestört weiter alle positiven Ansätze entwertete. Am Abend desselben Tages erreichte mich ein Anruf der Patientin, bei dem sie ganz offen von Suizidabsichten sprach; dabei verstrickte sie mich in ein langes Telefongespräch, in dem die Inhalte der Stunde noch einmal durchgegangen wurden.

Während meiner Ferien wandte sich Frau Gertrud X erneut dem Hausarzt zu und suchte bei ihm Unterstützung. Es entwickelte sich dann sehr rasch eine heftige Auseinandersetzung, in deren Folge sie eine Überdosis Schlaftabletten schluckte, so daß sie kurzzeitig stationär behandelt werden mußte. Bei der Schilderung dieser Vorfälle schien mir eine Spur Triumph mitzuschwingen. Die Interaktion zu mir ähnelte nach der Sommerpause wieder der zu Therapiebeginn: Die Patientin blieb zweifelnd, negativistisch und bezüglich des Therapieerfolgs abwertend. Ausgehend von den Erfahrungen der Sommerpause betonte sie

## 2 Übertragung und Beziehung

immer wieder, es habe doch gar keinen Zweck, sich hier Hoffnungen zu machen. Spätestens mit dem Therapieende sei sie doch wieder allein und ohne jede menschliche Unterstützung. Den drohenden nächsten Suizidversuch vor Augen, bemühte ich mich darum, der Patientin meine Anteilnahme zu zeigen und ihr zu erklären, daß diese auch über das Therapieende hinaus reichen werde. Der erpresserische Aspekt ihrer Beteuerungen wurde von mir zwar wahrgenommen, aber aus Angst vor weiteren Komplikationen nicht thematisiert.

Konfliktverschärfend wirkte sich in dieser Therapiephase meine eigene private Situation aus: Die Patientin hatte es nicht schwer herauszufinden, daß ich in Scheidung stand und daß meine Familie ohne mich den Wohnort wechselte. Dieser Tatbestand wurde in der Therapie selbst nur sehr kurz gestreift, ich beobachtete aber, daß die Patientin mir außerhalb der Therapiestunden mit dem Auto folgte, um mehr über mein Privatleben herauszufinden. Diese Beobachtung wurde von mir in die Deutung umgemünzt, daß die Patientin neugierig geworden sei und sich eine gemeinsame Zukunft mit mir phantasie. Die Folge dieser Deutung war ein weiterer Suizidversuch mit Schlafmitteln, der zwar keine stationäre Behandlung notwendig machte, der mich aber verstärkt erpressbar machte: Die Anrufe der Patientin nach den Stunden häuften sich. Zwar verwies ich regelmäßig auf die Notwendigkeit, diese Dinge in der nächsten Stunde zu besprechen, dennoch wagte ich nicht mehr, die Telefonate forciert zu beenden, so daß ich mich immer wieder in längere telefonische Auseinandersetzungen verstricken ließ.

Die hier beschriebene Konstellation blieb über einen sehr langen Zeitraum stabil: Die Patientin verhielt sich in den Stunden schweigend, abweisend und betonte die Hoffnungslosigkeit der ganzen Situation. Ich versuchte, sie teils zu ermutigen, teils mit der latenten Ablehnung zu konfrontieren; sie reagierte i. allg. gekränkt und rief mich häufig nach den Stunden an, "um über das Wochenende zu kommen". Daß in dieser Konstellation die sozialen Außenkonflikte sich ein wenig beruhigten, daß die Patientin v. a. mit dem Vorgesetzten weniger in Auseinandersetzungen geriet, wurde von mir zwar registriert, es bedeutete aber für den therapeutischen Prozeß nur wenig. Angesichts dieser Pattsituation wagte ich darüber hinaus nicht auf ein Ende der Therapie hinzusteuern, weil die Gefahr sehr groß war, daß jede Ankündigung eines Endes mit einem manifesten Suizid beantwortet würde.

Höhepunkt und zugleich Ende dieser quälenden Auseinandersetzung bildete ein Anruf, in dem die Patientin berichtete, daß sie soeben eine wohl tödliche Dosis Schlaftabletten zu sich genommen habe. Sie telefonierte von einer Telefonzelle unweit meiner Behandlungsräume aus. In dieser Notlage war rasches Handeln geboten: Ich holte sie sofort mit meinem Auto ab und brachte sie in die Klinik. Diese gemeinsame Fahrt im Auto, die Übergabe an den behandelnden Notarzt usw. boten natürlich eine große Menge an Übertragungsbefriedigung: Für einen kurzen Zeitraum war es, als wären die Patientin und ich tatsächlich ein - wenn auch zerstrittenes - Paar. Hiermit war allerdings auch der Punkt erreicht, wo ich ihr nach der Entlassung aus der Klinik erklären mußte, daß sie mich zu einer aktiven ärztlichen Hilfsaktion bewegen konnte, daß sie mich damit aber zugleich als Therapeut verloren hatte, weil ich ihr als Therapeut nicht weiterhelfen könne. Natürlich fehlte es nicht an Versuchen, diese Entscheidung durch Suiziddrohungen wieder umzustoßen. Meine Festigkeit am Schluß der Behandlung erlaubte aber doch, ein halbwegs versöhnliches Ende zu finden.

Kommentar: Die hier beschriebene Behandlung ist geprägt von einer Reihe von Fehlern, wie sie für Anfänger typisch sind. Anfängerfehler spiegeln aber oft die jeweilige schulgebundene Behandlungskonzeption wider. Im nachhinein lassen sich folgende Fehlentwicklungen erkennen:

1) Die Therapiekonzeption, nach der eine Bewältigung der fortlaufenden Krisensituationen allein durch Bearbeitung von Übertragung und Widerstand versucht wurde, ist unzureichend, wenn damit keine Besserung der realen Lebenslage verbunden ist: Die Patientin mußte sich mit der Möglichkeit, ja sogar Wahrscheinlichkeit, daß sie unverheiratet durchs Leben gehen würde, abfinden, so daß sich das Wecken unrealistischer Hoffnungen antitherapeutisch auswirken mußte. Hier haben auf Seiten des Therapeuten unreflektierte Rettungsphantasien einen ungünstigen Einfluß ausgeübt.

2) Da ein Lebenspartner fehlte, mußte sich auch das Fokussieren auf unbewußte Übertragungswünsche antitherapeutisch auswirken, weil wiederum allein durch die forcierte Benennung von Übertragungswünschen unrealistische Hoffnungen geweckt wurden. In der Anfangsphase ist der Therapeut in die Rolle eines Verführers geraten, und diese Rolle wirkte sich auf den weiteren Prozeß schädlich aus.

3) Unbearbeitet geblieben ist besonders im Anfangsdrittel, daß die Therapie als Kampfmittel gegen die Mutter eingesetzt und der Therapeut zur Parteinahme verführt wurde. Erreicht wurde damit, daß die aggressiven Impulse der Patientin, die sich infolge ihrer enttäuschten Hoffnungen unweigerlich einstellen mussten, auf eine Außenperson verlagert wurden. Damit wurde die spätere ungünstige Kollusion auf den Weg gebracht.

4) Unter dem Eindruck massiver Suiziddrohungen wurde der Patientin mehr Anteilnahme entgegengebracht als im Rahmen einer Therapie eingelöst werden konnte. Die Bearbeitung der Aggression, v. a. des Aspekts der Erpressung durch den Suizid, wurde somit erschwert. Gerade in dieser Phase der Therapie wurde die ohnehin vorhandene Tendenz der Patientin verstärkt, den Analytiker wie einen realen Partner zu behandeln, ohne daß die Funktion der Übertragungsbeziehung (Verbündeter) für die Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls gemeinsam reflektiert worden wäre. Die familiäre Situation des Therapeuten ist allein schon so problematisch, daß sie wohl nur in seltenen Fällen zu befriedigenden Lösungen führt: Wenn eine unverheiratete, mit ihrem Alleinsein nicht zurechtkommende Patientin auf einen ebenfalls allein stehenden, möglicherweise seinerseits unglücklichen Therapeuten passenden Alters trifft, dann ist die soziale Realität dieser Konstellation so stark, daß wohl nur in seltenen Fällen die neurotischen Anteile der Hoffnungen einer Patientin ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken kann. Antitherapeutisch wirkende Erwartungen und Enttäuschungen sind fast zwangsläufig die Folge.

5) Unter dem Eindruck der zumindest mitverschuldeten Enttäuschungen und Verwicklungen ist es fast unausweichlich, daß der Therapeut dem Druck eigener Schuldgefühle nicht standhalten konnte und sich in Telefongesprächen in Rechtfertigungen seines Vorgehens verwickeln ließ. Bei solchem Rechtfertigen geschieht es wie von selbst, daß der Therapeut in seiner Argumentation dem Eigeninteresse und nicht den Bedürfnissen des Patienten folgt, und dies muß wiederum die heimlichen Hoffnungen der Patientin, die Begrenzungen des therapeutischen Settings zu sprengen, fördern. Bezeichnenderweise konnte die therapeutische Rahmensetzung erst in dem Augenblick wieder zur Geltung kommen, in dem der Therapeut sein Scheitern eingestand und wegen dieses Scheiterns das Ende der Therapie ankündigte.

### **2.2.5 Negative Übertragung**

Die negative Übertragung ist eine besondere Form des Widerstands, die den Analytiker funktionsunfähig machen kann. Ist die Therapie zum Stillstand gekommen? Gehört der Patient zu jenen Menschen, die zwar in irgendeinem Winkel ihrer Seele eine Veränderung suchen - denn sonst würden sie ja nicht kommen -, die aber zugleich dem Analytiker jede

## 2 Übertragung und Beziehung

therapeutische Absicht untersagen? Wie ertragen beide, der Patient und der Analytiker, eine chronisch-negative Übertragung, die als Stillstand beobachtbar ist?

Der Analytiker kann sein Interesse aufrechterhalten, indem er versucht, die Gründe des unbeeinflussbaren Negativismus zu erkennen. Damit kann sich die Hoffnung verbinden, den Wiederholungszwang zu unterbrechen und die erstarrten Fronten wenigstens in einen Bewegungskrieg mit offenen Feindseligkeiten umzuwandeln. Diesem kriegesischen Gleichnis ist unschwer zu entnehmen, daß der behandelnde Analytiker unter dem lähmenden Gleichgewicht der Kräfte leidet. Ein Mittel, die Ohnmacht leichter zu ertragen, ist es, die geheimen Befriedigungen aufzufinden, die der Patient daraus zieht, das Gleichgewicht der Kräfte zu bestimmen und dessen Regulation zu kontrollieren. Damit verbindet sich die Hoffnung, daß mit der Erkenntnis der destruktiven Auswirkung dieser lustvollen Kontrolle auch neue Wege der Befriedigung gefunden werden könnten. Sich von eingefahrenen Gleisen wegzubewegen und den freien Raum zu suchen, ist mit einem Verzicht auf Sicherheit verbunden, den niemand gerne auf sich nimmt, solange nicht neue Quellen der Befriedigung viel versprechend locken und, was noch wesentlicher ist, gerade in den Augenblicken sprudeln, die den Erwartungen des Wanderers entsprechen.

Ohne Umschweife hatte ich in der letzten Sitzung die magersüchtige Patientin Frau Clara X darauf hingewiesen, daß zwischen dem Reden hier und dem Verhalten draußen - und allgemein zwischen Reden und Handeln - ein tiefer und breiter Graben bestünde und sie die beiden Lebensbereiche voneinander trenne. Ich versuchte ihr nahezubringen, daß sie zwar darunter leide, aber zugleich die in der Trennung liegende Macht aufrechterhalte und ich nichts dagegen machen könne. Dem Sinn nach hatte ich gesagt: "Sie sind mächtig und ich hilflos, und diese Macht erlebe ich als starke Gewalt." Nach außen hin wirke sie friedlich, sie sei eine friedliche Machthaberin, und sie sei sich ihrer gewaltigen Macht, die mich hilflos mache, gar nicht bewußt.

Mit ihrer ersten Äußerung knüpft die Patientin an den Schlag an, den ich ihr verpasst hatte, indem sie auf die herumliegende Fliegenklatsche mit der Frage verweist: "Schlagen Sie im Winter Fliegen tot?", um sogleich hinzuzufügen: "Schlagen Sie damit Patienten?" Meine Deutung: "Sie denken an die letzte Stunde", greift die Patientin sogleich mit Nachdenklichkeit auf: "Ja, es hat mich sehr getroffen."

*P.: Ich habe den Vorwurf so verstanden, daß ich zwar bedauere, nicht von der Stelle zu kommen, aber mache ich das mutwillig, daß ich auf meinen Gewohnheiten beharre, um mir von Ihnen nicht am Zeug flicken zu lassen, um meine Unabhängigkeit zu bewahren?*

*A.: Nicht aus Mutwillen. Es ist schwierig, aus meinen Gedanken nicht gleich einen Vorwurf zu machen. Sonst könnten Sie Ihre Gewohnheiten selbstkritisch betrachten und vielleicht sehen und spüren, daß es größere, andere Befriedigungsmöglichkeiten geben könnte. Aber indem Sie die Augen verschließen und etwas beibehalten, was sich sehr eingeschliffen hat, bleibt der Spielraum, etwas zu ändern und sich auf den Weg zu begeben, sehr klein.*

*P.: Mein Verharrungsvermögen ist ja noch viel schlimmer, Sie müßten der Frage nachgehen, wie steht es eigentlich mit dem Gewicht.*

Die Patientin spricht dann über ihr einziges Motiv, ihr Verharrungsvermögen aufzugeben, nämlich noch ein weiteres Kind zu haben, dieser Wunsch wird aber sofort durch den Gedanken blockiert, daß sie dann wieder ins Gefängnis einer weiteren Mutterschaft käme.

Ich greife dies auf:

*A.: Nicht mehr zu verharren, würde zu einem zwiespältigen Ziel führen, zur Mutterschaft, die zugleich als Gefängnis erlebt wird.*

*P.: Dann müsste ich einige Eigenschaften noch mehr verleugnen. Dann müsste ich weiblich und geduldig sein, auf den Mann warten, zu Hause sitzen und gemütlich sein und ihm gefallen, möglichst ganz lieb sein und mit leiser, sanfter Stimme sprechen, aber wehe! Lust an*

*körperlicher Bewegung ist da nicht dabei, und sozialen Kontakt muß man sich auch weitgehend abgewöhnen und berufliche Ambitionen müsste ich vergessen. Eine zwiespältige Situation löst die andere ab. Meine unterschwellige Sehnsucht ist, (Pause) daß ich ringsum akzeptiert werde und mich selbst akzeptieren kann.*

*A.: Also aus der Zwiespältigkeit herauszukommen.*

*P.: Mit einem zweiten Kind da herauszukommen, ist ja eine Illusion, da würde ich genau so viele negative Rückmeldungen bekommen, keine richtige Mutter zu sein und alles falsch zu machen.*

*A.: Ich glaube, daß Sie zutiefst die Sehnsucht haben, aus der Zwiespältigkeit herauszukommen, dieses Gefühl aber beunruhigend ist. Sie ziehen diese Beispiele heran, um die Beschämung wegzuwischen, die in der Sehnsucht nach augenblicklicher Stillung liegt. Sie tun alles, um diese Beschämung zu vermeiden, womit auch die Ausdehnung glücklicher Augenblicke verhindert wird.*

Nach dieser Deutung erwidert die Patientin, sie sehe einfach nicht, wie durch Sprechen etwas geändert werden könne.

Überlegung: Ich komme mir so vor, als wollte ich ihr etwas besonders schmackhaft machen - als redete ich mit Engelszungen. Zu dieser Phantasie gelangte ich sicher besonders deshalb, weil die Patientin vor einiger Zeit ein Bild des Präraphaeliten Rosetti "Die Verkündigung Mariä" abgemalt und mit der Bemerkung mitgebracht hatte, die zerbrechliche, ja kachektische Maria des Bildes sei wohl eine "Anorexe".

Mit meiner nächsten Äußerung spiele ich darauf an.

*A.: Ich bin doch gerade wie der Engel, der eine Verkündigung ausspricht, und Sie sind die Anorexe Maria, die ungläubig ist. Ich rede mit Engelszungen, werde aber zum Teufel, der täuscht, und Sie sind klug genug zu wissen, und Sie wissen auch, daß die Engelszungen lügen, denn die Seligkeit, die verkündigt wird, hält nicht an.*

Daraufhin sagt die Patientin - wie im Gebet, nach längerem Schweigen - folgendes:

*P.: Hm, der Dich, oh Jungfrau, in den Himmel aufgenommen hat, gelobt sei die Jungfrau Maria, gebenedeit, natürlich bin ich ungläubig, schließlich habe ich einen Ketzer als Vater gehabt, der sitzt jetzt noch auf einer Wolke im Himmel, nicht weil er in den Himmel gekommen ist, sondern weil die Hölle überfüllt war. Sie haben aber auch zum Ausdruck gebracht, daß er viel zu sehr Ketzer war und viel zu wenig glaubhaft mit Engelszungen geredet hat.*

*A.: Sie könnten mir eine Chance geben, daß meine Worte in Ihren Ohren mehr wie Engelszungen klingen, und v. a. können Sie sich selbst eine Chance geben.*

*P.: Aber Herr Gott nochmal, brauche ich dazu ein zweites Kind, um dieses Gefühl der Zerrissenheit loszuwerden?*

*A.: Nein, das glaube ich nicht, daß Sie noch ein Kind dafür brauchen, Sie haben ja schon in die Überlegung eingebaut, lohnt es sich, ein zweites Kind zu haben? Und da haben Sie dann gleich wieder die Zwiespältigkeit dabei. Das zweite Kind wird zum Gefängnis. Sollen Sie sich auf den Weg machen ins Gefängnis? Das möchte doch niemand gern. Es geht also darum, den Engelszungen und dem eigenen Gehör mehr Chancen zu geben, wenn es um eine Entscheidung geht, mit der Sie im Gefängnis landen. Es geht also um die Lust, die Lust um ihrer selbst willen, die allerdings finden Sie immer noch eher dort, wo Sie sie zur Zeit finden, wenn Sie nachts etwas essen zum Beispiel.*

*P. (nach langer Pause von ca. 4 Minuten): Der Gedanke an Zunehmen und Essen hat nichts mit Lust zu tun oder mit dem Gefühl des Sich-selbst-akzeptieren-Könnens oder auch Akzeptiertseins, Akzeptiertwerdens. Ich kann es nur aus der Einsicht tun, daß es für ein weiteres Kind vielleicht notwendig ist, aber sonst nicht. Wenn ich gut gewappnet bin, dann genieße ich den inneren Zwiespalt als ungeteilte Lust.*

*A.: Um die geht es, um die nichtgeteilte, um die eindeutige und nicht zwiespältige Lust.*



## 2 Übertragung und Beziehung

P.: *Es tut mir leid, das ist eine Sache, das gibt es schon, aber nur sekundenweise und kaum auf den Gebieten, wo es um Brot und um Essen geht oder die klassische Form der Gemütlichkeit. Da habe ich ein komisches Bild vor Augen. Wenn sich die Anorexe darauf einläßt und anfängt, ihre Finger zu strecken, diese merkwürdige zwitterhafte Gestalt da, der Gabriel oder wer das sein soll auf dem Bild, die ist ja derart in der Schwebe gelassen, ob der Engel männlich oder weiblich ist. In der einen Hand hat sie einen Lilienzweig, in der anderen Hand die Fliegenklatsche, und wenn sie die Finger etwas zu weit ausstreckt, dann gibt's auf die Finger eins drauf mit der Fliegenklatsche. Denke daran, daß Mutterschaft eine große Verantwortung ist.*

A.: *Nur nicht die Finger zu weit ausstrecken, und die Lilie wird dem Engel unter die Nase gehalten zum Riechen und dann auch noch das üble Wort Anorexe, auch nicht sehr lieb, Hexe, Anorexe. Was Sie sich sozusagen selbst geben in Vorwegnahme einer Fliegenklatsche, eines Schlages mit der Fliegenklatsche. Sie haben ja das üble Wort hingeschrieben.*

P.: *Das mache ich immer, alle Worte, die einmal auf mich gemünzt waren, die ich als sehr verletzend empfunden habe, wende ich auf mich selbst an. Das macht den Zustand erträglich, eine uralte Technik, den Angriff vorwegzunehmen in der Übernahme der Aggression. Es ist eine hilfreiche Erfindung.*

Dem Leser sollte nicht entgehen, daß Frau Clara X eben eine treffende Definition der "Identifikation mit dem Aggressor" gegeben hat. Therapeutisch ist es nachteilig, daß dieser Prozeß sich anhand meiner aggressiven Deutungen wiederholt und damit verstärkt hat.

Am Ende der Stunde geht es um unmittelbare Äußerungen.

A.: *Sie haben mich nämlich aufgefordert, Wichtiges unverschlüsselt und unverblümt zu sagen, und nicht so, daß es nur indirekt zum Ausdruck gebracht wird. Ich glaube, das ist eine Forderung, die Sie an mich haben und an sich selbst. Sie möchten klar und deutlich hören, was unverblümt und unzweideutig und ungeteilt ist. Sie möchten raus aus der Zwiespältigkeit. Darum geht's immer wieder, darum ging's heute ganz besonders. Ich möchte mich beinahe bedanken, daß Sie mir dazu Gelegenheit gegeben haben.*

Nach längerem Schweigen fallen in der nächsten Sitzung im Rückblick der Patientin die Worte: ". . . Ja, ich hatte nach der letzten Stunde doch ein Gefühl der Eintracht und Zufriedenheit. Beim Reden könnte es wieder kaputtgehen."

A.: *Ja, ums Zulassen ging es. Und ich hatte auch das Gefühl, das Sie haben, ich habe mich ja bei Ihnen bedankt.*

P.: *Obwohl ich nicht weiß, was es da zu danken gibt.*

A.: *Ja, es war ein Ausdruck meiner Freude. Ich hatte das Gefühl, ja, . . . (stockende Redeweise) daß der große Graben, wie mir schien, kleiner wurde.*

P.: *Ja, sehen Sie einen großen Graben?*

A.: *Ja, ich sehe einen großen Graben zwischen Handeln und Verhalten, Handeln, Verhalten und Sprechen und Reden und Denken.*

P.: *Geht es Ihnen nicht auch so, daß wenn man mit dem Reden anfängt, es auch sofort wieder kontrovers wird?*

A.: *Ja, das kann sein, aber es gibt doch auch Übereinstimmungen. Solche gab es ja auch in der letzten Stunde. Denken, Handeln und Sprechen sind nicht das gleiche, doch müssen die Bereiche nicht so weit Auseinanderliegen, wie Sie bei Ihnen an einigen Stellen Auseinanderliegen. Es gibt doch hoffnungsvolle Zeichen, daß sich mehr Annäherungen vollziehen.*

P. (nach Pause von ca. 2 Minuten): *Na ja, deswegen traue ich mich auch nicht zu sagen, was mir im Kopf rumgeht. Ich denke, es könnte Sie wieder enttäuschen. Jetzt können Sie ja sagen, das bin ich ja gewöhnt.*

A.: *Nein, das würde ich nicht sagen - obwohl es auch zutrifft -, ich würde eher sagen, daß es ein mühevoller Weg ist, mit Enttäuschungen . . . Das wissen Sie, daß dem so ist.*

P.: *Was ich mir gedacht habe, ist, warum da wieder neue Enttäuschungen passieren, über das übliche Maß hinaus.*

A.: *Vielleicht hängt es damit zusammen, daß es zu heiß wird, wenn eine Annäherung erfolgt, wenn Sie an jemanden näher heranrücken, daß Beunruhigungen auftreten und wieder ein Rückzug erfolgt.*

Frau Clara X kommt erneut zum Thema ihrer Rolle als Hausfrau und Mutter und zur Frage einer zweiten Schwangerschaft und ob sie sich im Hinblick darauf zu einer Gewichtszunahme zwingen solle. Sie erzählt die Geschichte einer unfruchtbaren Frau und sieht sich selbst als eine Versagerin an, wenn sie kein zweites Kind "schaffe". Dabei wird geklärt, daß ihr Körpergefühl sich in den letzten Monaten - zweifellos als Folge der Therapie - verändert habe. Ich stimme ihr zu, daß die Zielvorstellung eines veränderten Körpergefühls und als dessen Folge eine Normalisierung ihres Gewichts auch von mir vertreten wird. Die Magersucht der Patientin hatte übrigens bald nach der Menarche eingesetzt, so daß sie ganz früh amenorrhöisch wurde. Die Konzeption des gesunden Sohnes wurde durch eine Hormonbehandlung erreicht. Der Patientin ist seit der Aufklärung durch mich bekannt, daß der Zyklus nicht eintreten kann, bevor sie nicht ein bestimmtes Gewicht wenigstens annähernd erreicht hat. Die hormonelle Regulation des Zyklus steht in so enger Korrelation zur Körperfettmasse, daß sich das Sistieren bzw. Wiederauftreten der Menses annähernd am Gewicht ablesen läßt. Im Grenzbereich dieser Korrelation kommen beim Verschwinden und Wiederauftreten der Periode psychogene Faktoren ins Spiel.

Frau Clara X lehnt es ab, erst die notwendigen Voraussetzungen, also ein Normalgewicht, zu schaffen, um dann die Regel zu haben. Das sei keine Zukunftsperspektive, kein Beweggrund für sie.

A.: *Warum ist dieser Weg, der zu einem anderen Körpergefühl führt, nur sinnvoll, wenn Sie ein weiteres Kind haben? Ihr Normalgewicht wäre m. E. die Folge eines anderen Lebensgefühls, das Sie entwickeln könnten mit mehr Lust, vielleicht da und dort auch mit mehr Enttäuschung. Ich sehe da auch noch anderes als ein Kind. Ich bin schon auch ein Normalgewichtsvertreter, aber da werde ich von Ihnen an den falschen Platz gesetzt. Ich bin davon überzeugt, daß Sie sich wohler fühlen können. Wenn Sie meinen, mich zu enttäuschen, hängt es damit zusammen, daß Sie sich an sehr heiße Gefühle angenähert haben, an den heißen Ofen.*

Kommentar: Der Kampf um das Symptom und die Zielvorstellungen einer Veränderung des Körpergewichts haben einen zu großen Raum eingenommen. Die negative Übertragung wurde nicht auf die Enttäuschung des ödipalen Kinderwunsches in der Übertragung zurückgeführt. Eine Anspielung darauf wurde nicht weiter ausgebaut. Mit der Annäherung an den heißen Ofen spielte der Analytiker auf die sexuellen Gefühle der Patientin an, die ihre Empfindungen und ihr Geschlechtsteil häufig so bezeichnet. Freilich gibt es noch eine andere, tiefere Seite, so daß das Versäumnis des Analytikers auch aus einer Unsicherheit herrühren dürfte. Möglicherweise geht es bei dem Thema des 2. Kindes und beim Gespräch über ihr Körpergefühl um ihre Muttersehnsucht. Diese wird von der Patientin im Gleichnis von einer guten Fee zum Ausdruck gebracht, in deren Schoß sie ihren Kopf geborgen hat. In der negativen Übertragung, im Negativismus schützt sich die Patientin nicht nur vor Enttäuschungen, vor Zurückweisungen, sondern auch vor beunruhigenden Verschmelzungen und schließlich auch vor der Trennung.

Frau Clara X hat diesen Bericht durch einen Dialog mit einer fiktiven Leserin ergänzt.

*Leserin:* Ich habe mit Interesse gelesen, was dein Analytiker geschrieben hat, und fand es recht einleuchtend. Was sagst du aus deiner Sicht dazu?

## 2 Übertragung und Beziehung

*Ich:* Als ich den Text zum ersten Mal sehr schnell und fieberhaft überflog, fragte ich mich: Von wem redet er da? Soll ich die Frau X sein? Hat er das jemals zu mir gesagt? Ich fand Formulierungen und Details wieder, die nur aus meiner Analyse stammen konnten. Aber vieles hatte ich glatt vergessen.

*Leserin:* Nun ja - vergessen?

*Ich:* Die beschriebene Passage aus meiner Analyse liegt schon etliche Zeit zurück. Außerdem ist mir diese Frau X zutiefst unsympathisch, sogar widerlich. Ich sehe sie vor mir auf der Couch liegen - ich sitze am Kopfende - wie einen dicken schwarzen Mistkäfer, der unablässig mit den Beinen in der Luft herumpaddelt und knarrt: "Ich komme nicht von der Stelle - oh, ich kann nicht, ich kann nicht!"

*Leserin:* Ein Mistkäfer auf dem Rücken ist wirklich hilflos.

*Ich:* Ja, aber ich fürchte, wenn man dem Käfer Frau X einen Strohalm reicht, an dem er sich hochhangeln und umdrehen könnte, brummt er bloß: "Ich mag kein Stroh! Entweder ich kriege 'ne Orchidee, oder ich bleib liegen!"

*Leserin:* Du wiederholst in einem Bild - das stammt doch von Kafka? -, was dein Analytiker "unbeeinflussbaren Negativismus" genannt hat. Jetzt hast du eben sogar seinen Sitzplatz eingenommen. Trifft es wirklich auf dich zu, was er sagt?

*Ich:* Ich fühle mich getroffen. Es wird wohl leider viel zu wahr sein, und ich schäme mich deswegen. In meiner Vorstellung, wie ich gerne wäre, bewege ich mich auf meinen Beinen selbständig vorwärts. Warum war ich in der Analyse bloß derartig stur?

*Leserin:* Du läßt dir nicht gerne helfen, nicht mal mit einem Strohalm.

*Ich:* Das ist mir nicht neu! Ich möchte mich rechtfertigen; ich möchte auseinanderpflücken, was mich gestört hat, warum ich auf diese Art der Hilfe, die mir geboten wurde, so wenig eingegangen bin. Aber das ergibt nichts als eine Neuauflage des Gejammers, das ich in der Therapie schon produziert habe.

*Leserin:* Lass mich trotzdem hören, was du zu jammern hast.

*Ich:* Ich war immer tief enttäuscht. Ich sehnte mich nach Näherem, Direkterem, nach einem sozusagen handgreiflichen Kontakt. Ich selbst bin viel zu versiert darin, mit Wörtern um mich zu werfen. Ich kann die Sprache, meiner eigenen Sehnsucht zum Trotz, perfekt dazu benutzen, einen Partner auf Distanz zu halten. Mit Worten bin ich großgezogen worden. Meine Eltern haben mehr geredet als gestreichelt. Meine Mutter sagt selbst, sie hätte ihre Kinder erst richtig genossen, als sie mit ihnen sprechen konnte. Mit Kleinkindern, die auf dem Boden herumkriechen, lallen, sabbern, Essen verschmieren, die man auf den Knien reiten läßt, mit denen man schmust und albert, konnte und kann ich nicht viel anfangen. Das Klima bei uns zu Hause war nicht kalt. Aber kühl, so wie die Tage im Vorfrühling. Das Versprechen von Sonnenschein und Veilchen liegt in der Luft, aber du fröstelst noch und brauchst einen Pullover . . .

*Leserin:* Und dieses Versprechen erweckt natürlich eine ungeheure Sehnsucht.

*Ich:* Eben. Der Wonnemonat soll endlich kommen. Statt dessen - die nächste Wolke, der nächste Hagelschauer. Das Kind wird aufgefordert, vernünftig zu sein, sich zu beherrschen, Einsicht zu zeigen. Die Eltern appellieren an seinen Stolz, daß es doch schon "erwachsen" sei . . . Diesen Zustand habe ich in der Therapie wiederhergestellt. Und darunter gelitten. Ich habe das gleiche übrigens auch mit meiner Tochter gemacht. Sie konnte sehr früh sprechen. Wenn sie, als knapp 2-jährige, zu mir in die Küche kam, um in meiner Nähe zu sein, drängte es mich, meine Arbeit zu unterbrechen und sie auf den Arm zu nehmen. Und was habe ich statt dessen getan? Ich habe ihr *gesagt*, daß sie mit den Töpfen spielen dürfe.

*Leserin:* Kannst du nicht durch Sprechen auch Distanz überwinden?

*Ich:* Zum Glück weiß ich, daß ich es kann. Manchmal. Ich mache einen Unterschied zwischen Sprechen und Reden. Du kannst z. B. sagen: die Sprache des Zorns. Oder: die Sprache der Liebe. Aber nicht: das Reden der Liebe. Geredet wird höchstens *über* die Liebe. Das ist mitunter leeres Stroh. Während die Sprache . . .

*Leserin:* . . . das Korn ist, aus dem das Brot gemacht wird.

*Ich:* Du verstehst. Wenn 2 Menschen miteinander sprechen, geschieht wirklich etwas. Ich habe während der Therapie viel kostbare Zeit mit Reden *über* Sachverhalte vertrödelte, mich im Kreise irgendwelcher Symptome gedreht. Ich fürchte, ich habe den Analytiker manchmal an der Nase herumgeführt, unbewußt, und so ist er hinter mir her im Kreise herumgetrabt.

*Leserin:* Meinst du? Zumindest muß er viel Geduld für dich aufgebracht haben.

*Ich:* Ja. Und ich konnte mir nur schwer vorstellen, daß er auch gelähmt sein könnte, wenn die Gespräche so unproduktiv verliefen. Ich gestehe, daß es mich gefreut hat, daß ich ihn zu treffen, zu verletzen vermag. Aber das Kind nimmt immer wieder nur die eigene - vermeintliche - Ohnmacht wahr. Einmal hat er mich schlichtweg einen Tyrannen genannt, um mir einen Widerstand deutlich zu machen. *Das* hat gesessen, und ich werde es nie vergessen. Ich war empört und deklamierte beim Nachhausegehen vor mich hin: "Zu Dionys, dem Tyrannen, schlich Dämon, den Dolch im Gewande . . ." Ich fand das im Grunde ungeheuer erfrischend.

*Leserin:* So was kann die festgefahrenen Verhältnisse in Bewegung bringen, oder?

*Ich:* Bewegung - ja! Das erhoffte ich mir auch, wenn ich versucht habe, Situationen einzufädeln, bei denen er und ich gemeinsam etwas tun würden. Ich bin enttäuscht, daß ich nicht mehr Spontaneität gelernt habe. Zum Beispiel habe ich ihm vorgeschlagen, eine Stunde im Spazieren gehen abzuhalten.

*Leserin:* Was wurde aus dem Spaziergang?

*Ich:* Es blieb bei der Diskussion darüber. Er fand den Vorschlag nicht total absurd, unannehmbar, kindisch. Er ließ es offen - ich selbst habe dann das Thema aufgegeben. Bei mir war die Luft raus. Die Luft und die Lust. Ich bin enttäuscht, daß ich nicht mehr Spontaneität gelernt habe.

*Leserin:* Du bist aber trotz allem gern zur Therapie gegangen?

*Ich:* Ja. Immerhin spürte ich mehr Aufmerksamkeit und Verständnis, als bei den mir angeblich nahe stehenden Menschen, an die ich im Alltagsleben gebunden war. Mein Widerstand war gleichzeitig eine ständige Treue - um nicht zu sagen Liebeserklärung an den Analytiker: "Sieh mal", brachte ich damit unbewußt zum Ausdruck, "ich behalte ein paar Macken, damit ich dich brauche. Ich weiß nämlich, daß es dir, wie jedem Menschen, guttut, gebraucht zu werden."

Ich bringe dir regelmäßig und pünktlich meine Sorgen, meine inneren (manchmal sogar real gemalten) Bilder, mein Geld. Ich trage dazu bei, daß du eine Aufgabe hast und deine Brötchen verdienst. Und gleichzeitig achte ich darauf, daß ich dich nicht zu sehr beanspruche, dir nicht zu viel wegnehme von deiner Zeit und Kraft, denn ich mache äußerlich nur spärlichen Gebrauch von deinen Ratschlägen."

*Leserin:* Hm. Klingt ja ein wenig Größenwahnsinnig, leuchtet mir aber ein.

*Ich:* Deswegen finde ich den Ausdruck "negative Übertragung" unzureichend. Gespeist wurde meine Haltung auch aus Gefühlen, die ich als positiv empfand. Wenn früher meine Mutter sagte: "Um die Tochter brauche ich mich nicht zu sorgen, die läuft so mit, die ist, Gott sei Dank, stabil", dann hörten meine Kinderohren daraus ein dickes Lob. Mein Analytiker, so meinte ich, müsse doch meine Neigung, mir nur sparsamst helfen zu lassen, ebenfalls als positiv anerkennen.

*Leserin:* Mir fällt gerade etwas ein: Wenn uns jemand zuhört, der voreingenommen gegen psychoanalytische Behandlung ist und Gegenargumente sammelt - der hätte jetzt sein gefundenes Fressen: Das therapeutische Verhältnis, das sich selbst aufrechterhält. Klientin konserviert ihre Symptome, weil sie die Couch so gemütlich-familiär findet!

*Ich:* Klar. Solche Leute kenne ich. Sie mögen zuhören, bis ihnen die Ohren klingen. Aufnehmen tun sie eh nur, was sie wollen. Ich aber weiß, daß ich mich verändert habe. In meinen Lebensumständen ist, durch mein eigenes Handeln, ein gewaltiger Umbruch eingetreten. Mit dem emotionalen Rückhalt, den ich in der Therapie hatte, konnte ich einen Knoten lösen, der mir vor Jahren unlösbar erschien und dem ich zu enttrinnen versuchte, indem ich mich in Nichts auflösen wollte. Möglich, daß es nur dieser eine Knoten war, den ich die ganzen Jahre der Analyse hindurch als Aufgabe vor Augen hatte. Die anderen Problembereiche waren mir auch wichtig, aber letzten Endes vielleicht doch zweitrangig.

*Leserin:* Das klingt ja positiv. Darf ich trotzdem einen kritischen Einwand bringen?

*Ich:* Ich weiß - du bist genauso ein aberwitziges Wesen wie ich.

*Leserin:* Hä?

*Ich:* Jemand, der an jede erfreuliche Aussage ein "Aber" anhängt! Schieß los!

*Leserin:* Zu den anderen, angeblich zweitrangigen Problembereichen gehören deine Essensgewohnheiten, dein Gewicht, dein Aussehen, dein Gesundheitszustand, dein Körpergefühl, deine Fähigkeit, Nähe von anderen Menschen auszuhalten, nein, als befriedigend wahrzunehmen und nicht ständig wegzulaufen . . . Mogelst du nicht gewaltig, wenn du das alles auf Platz 2 verweist?

*Ich:* Himmel! Ich betrachte mich nicht als geheilt. Aber ich laste das nicht der Therapie an, noch fühle ich mich deswegen minderwertig. Ich weiß, daß ich gefährdet bin und gerne auf der Grenze entlangbalanciere. Aber vielleicht komme ich in Zukunft besser damit klar. Mittlerweile habe ich genug Spaß am Leben, um mich nicht freiwillig zu "verdünnisieren".

Überlegung: Im nachhinein kann der von Frau Clara X beklagte Mangel nicht mehr behoben werden, und so muß auch die Frage offen bleiben, ob die Therapie erfolgreicher verlaufen wäre, wenn . . . Dieses "wenn" läßt sich mit vielen Konditionalsätzen verknüpfen. Hätte ich sofort aufstehen und mich mit der Patientin zusammen auf den Weg begeben sollen? Und wie hätte der Spaziergang verlaufen müssen, um einen Neubeginn im Sinne der von Frau Clara X ersehnten Spontaneität mit sich zu bringen? Einmal hat mich Frau Clara X unangekündigt zu einem mitgebrachten Frühstück eingeladen und dieses auf dem Besprechungstisch ausgebreitet. Ich war natürlich überrascht, aber nicht irritiert, und ich verhielt mich, jedenfalls nach meiner Selbstwahrnehmung, ganz natürlich. Mein Frühstück hatte ich bereits hinter mir, und so trank ich eine Tasse Kaffee. Frau Clara X nahm Obst und Körner zu sich. Es blieb unklar, was sie sich von ihrem Arrangement erwartete, und im Rückblick war es für Frau Clara X ein verunglücktes Vorhaben. Da nachträgliche Betrachtungen darüber, welche wirklichen oder symbolischen Wunscherfüllungen Frau Clara X einen Neubeginn erleichtert hätten, müßig sind<sup>1</sup>, nenne ich einige allgemeine Gesichtspunkte, die mein therapeutisches Handeln leiten:

Kommentar: Es empfiehlt sich, Klagen und Anklagen in umfassendem Sinn ernstzunehmen. Dann kann der therapeutische Spielraum vergrößert werden, ohne daß es zu Grenzüberschreitungen kommt, die ethisch bedenklich und behandlingstechnisch fatal sind. Als Folge der beunruhigenden Experimente von Ferenczi wurden die Grenzen in der klassischen Technik sicher zu eng gezogen. Man sollte aber bei aller Flexibilität darauf achten, daß Klagen und Anklagen über Entbehrungen und Mängel in der Beziehung zum

<sup>1</sup> T.Moser (1989, S. 153) hat dieser Schilderung eine körpertherapeutische Nachfrage gewidmet, auf die wir hier hinweisen wollen. Ob, wie von ihm unterstellt, „der Rückgriff und Zeichen und Handeln des Körpers einen förderlichen Ausstieg aus der wechselseitigen „ichsyntonon Objektmanipulation“ im Raum der Sprache“ erlaubt hätte, wollen wir offen lassen.

## 2 Übertragung und Beziehung

Analytiker eine Funktion haben, die der neurotischen Unzufriedenheit entspringt. Geht man davon aus, daß Defekte und Mängel daraus resultieren, was einem Menschen in der Kindheit und im Laufe seines Lebens angetan wurde, dann bliebe der therapeutische Spielraum gering. Denn strenggenommen gibt es im nachhinein keine Wiedergutmachung. Auf jeden Fall wären den professionellen Mitteln des Psychotherapeuten jeder Provenienz enge Grenzen gezogen. Anna Freud (1976, S. 263) vertritt diesen Standpunkt, nämlich daß das Ich nur verändern könne, was es getan hat, nicht aber was ihm angetan wurde. Diese These berücksichtigt zu wenig, daß das Nicht-Tun-Können das neurotische Leiden ausmacht. Die Anschuldigungen, in der Therapie zu kurz gekommen zu sein, dienen auch als Schutzbehauptungen, um das Risiko bei der Übernahme des eigenen Denk- und Handlungspotentials nicht eingehen zu müssen. Ganz offensichtlich ist es mir nicht gelungen, Frau Clara X soweit von den selbstinduzierten Einschränkungen zu befreien, daß die Klagen über Mängel in früheren und gegenwärtigen zwischenmenschlichen Beziehungen geringer werden konnten. Auch wenn Magersüchtige verleugnen, daß sie unter dem selbstinduzierten Hungern leiden, so wird dadurch doch fortgesetzt eine Mangelkrankheit aufrechterhalten und verstärkt. Kafkas *Hungerkünstler* klagte über einen fundamentalen Mangel an Mutterliebe als Ursache seiner Erkrankung zum Tode. Nachdem er verhungert war, läßt ihn Kafka im Käfig durch einen Panther ersetzen. Die Novelle endet damit, daß nun der Panther anstelle des Hungerkünstlers dem Publikum vorgezeigt wird. Es ist nicht leicht, sich mit den eigenen pantherähnlichen Selbstanteilen zu versöhnen.

### 2.3 Bedeutung der Lebensgeschichte

#### 2.3.1 Wiederentdeckung des Vaters

Herr Friedrich Y erkrankte vor 20 Jahren mehrmals phasenhaft an schweren depressiven Verstimmungen, deren konstitutionelle Komponente als so schwer betrachtet wurde, daß seinerzeit keine Psychotherapie in Erwägung gezogen wurde. Nach anfänglicher ambulanter thymoleptischer Therapie wurde eine Dauermedikation mit einem Lithiumpräparat eingeleitet, die bis heute weitergeführt wird. Ausgesprochen manische Phasen waren zwar klinisch damals nicht vorhanden, aber Herr Friedrich Y berichtet von Zuständen der Hochstimmung, aus denen er dann in seine schwarzen Löcher geraten sei.

Den Wunsch nach psychotherapeutischer 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 umschaue, 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.

Bei der nächsten Sitzung sagt der Patient schon im Hereinkommen: "Heute muß ich Sie beanspruchen."

Es ist 2 Minuten vor Beginn der Stunde. Die Tür war angelehnt, ich sitze an meinem Schreibtisch.

Er möchte sich heute nicht gleich hinlegen, setzt sich auf die Couch, breit aufgestützt. Ich finde es merkwürdig, in meinem Lehnstuhl zu sitzen, während er auf der Couch sitzt, und sage dann, indem ich auf die 2 Sessel deute: "Es ist dann vielleicht doch bequemer, sich dorthin zu setzen." "Ja", sagt er, "ich will Sie heute mal richtig anschauen. Ich habe das Gefühl, ich kenne Sie viel zu wenig. Das ist mir ja kürzlich auch aufgefallen, als wir uns in der Stadt getroffen haben."

Das Thema des Anschauens, des Genauhinsehens setzt sich fort. Er greift es nicht selbst auf, sondern überläßt es mir, zu sagen: "Sie sind da bisher sehr zurückhaltend gewesen." Ja,

meint er, er habe sich ja auch noch nie genau überlegt, ob das hier eine Freudsche oder eine Jungsche Analyse sei. Er habe einen Freund, der sei bei einem Jungianer in Therapie gewesen. Jetzt sei die Therapie zu Ende, und jetzt würden die beiden zusammen segeln gehen.

Die Frage, ob so etwas hier auch passieren kann, steht im Raum.

A.: *Und da müßten Sie jetzt genau hinschauen: Ist das so? Wenn ich ein Freudianer wäre, dann würde so etwas wohl nicht stattfinden können, denken Sie dann.*

P.: *Nein, so genau weiß ich darüber gar nicht Bescheid. Im Studium habe ich zwar mal die "Traumdeutung" gelesen, aber seitdem habe ich nichts mehr davon wissen wollen. Mich hat es immer gestört, wenn meine Freunde in persönlichen Krisen zu den Schriften der Theoretiker greifen. Aber immerhin (P. lacht dabei) - wahrscheinlich haben Sie doch mal etwas geschrieben, und ich könnte ja auch mal gucken gehen.*

A.: *Das könnten Sie.*

Dann fällt ihm ein, daß er am vergangenen Sonntag in seine Heimatstadt gefahren ist und einen alten Freund des Vaters, der inzwischen 80 Jahre ist, aufgesucht hat, von dem er sich etwas über den Vater hat erzählen lassen. Seit 25 Jahren hat er den Freund des Vaters nicht mehr gesprochen. Er erfährt noch einmal, daß der Vater bei einem Unfall verletzt wurde und mit großen Schmerzen seiner Arbeit nachgegangen ist. Die Schmerzen stammen von einer Krebserkrankung, die auftrat, als der Patient 6-7 Jahre alt war; der Vater verstarb, als der Patient 13 Jahre alt war. Der Patient berichtet weiter, daß mit 6 oder 7 Jahren die sonntäglichen Spaziergänge eingestellt wurden und der Vater nur noch gearbeitet habe, bis in den Sonntag hinein.

Anschließend erinnert er einen Traum von einem Bekannten, mit dem er beruflich zu tun hat; dieser ist vor kurzem von einem Obstbaum gefallen, hat sich einen Wirbel verletzt und ist an einen Rollstuhl gebunden. Im Traum habe er diesen Mann aus dem Rollstuhl geworfen und sich mit ihm auf dem Boden herumgewälzt. Dabei sei ein ganz zärtliches Gefühl in ihm aufgekommen.

Er wundert sich darüber, weil er sich ansonsten mit diesem Bekannten immer streitet und auseinandersetzt. Aber er hat das Gefühl, es hat ihm irgendwie gutgetan, daß er jetzt mal hingelangt hat. Ich verknüpfe dies mit dem Vater und mit dem Gefühl, das er heute hier hereinbrachte, nämlich mich beanspruchen zu dürfen. Er lacht. Es fällt ihm ein, daß er zur Zeit wenig Schlaf braucht, daß er morgens schon um halb sechs wachliegt, aber sich nicht aufzustehen traue, weil seine Frau dann auch aufwachen könne.

A.: *Ja, da sitzt dann die Mutter schon wieder im Raum und wacht darüber, daß Sie den Vater nicht beanspruchen, das heißt, daß Sie nicht morgens schon hinausgehen und einen Waldlauf machen, wenn Sie so früh munter sind.*

Er überlegt sich, ob es damit zu tun habe, daß er das Lithium jetzt schon auf eine Tablette täglich reduziert hat. Zwar brauche er noch immer seinen Mittagsschlaf, eine dreiviertel Stunde tief und fest, aber zur Zeit habe er nachts das Gefühl, daß er weniger Schlaf brauche, er könne Bäume ausreißen.

Eingedenk meiner übernommenen Mitverantwortung beim Absetzen des Lithiumpräparats erkundige ich mich nach den psychiatrischen Konsultationen und nach der Art seiner Hochstimmungen. Im weiteren Nachdenken kann ich diese Sorge auch im Rahmen einer Gegenübertragungsreaktion verstehen; ich spüre auf diesem Weg, wie der Patient beunruhigt ist, ob er im engeren Kontakt zerstörerisch sein könnte, ob sich möglicherweise zu viel Aggressivität entwickelt, er alles umwirft in seiner frohgemuten Entfaltung. Nicht nur seine Frau wäre ein Opfer dieser Expansivität, sondern auch ich. Deshalb deute ich, daß er nach Grenzen und Beschränkungen Ausschau halte.

In der folgenden Stunde beschäftigt Herr Friedrich Y sich gleich damit, daß er am Wochenende sehr zufrieden ein Fest gefeiert hat, bei dem er sich in seiner beruflichen Rolle



gut entfalten konnte. In der Nacht darauf hatte er einen Traum, in dem er sich mit dem Vater wandern sah, in einer Jugendherberge mit dem Vater in den Duschraum ging, in dem auch Frauen waren, nackt - das war für ihn eine Überraschung. Es ist noch beim Erzählen deutlich, wie er den Anblick im Traum genossen hat. Ohne direkt zu Traumelementen zu assoziieren, fährt er fort, daß ihn immer wieder beschäftige, daß der Vater ja 2mal verheiratet war, er aber von der 1. Frau fast nichts wisse. Bei der 2. Ehe des Vaters habe er sich nie vorstellen können, daß Vater und Mutter etwas miteinander zu tun gehabt haben. Der Vater sei bei seiner Geburt ja auch schon 40 gewesen. Er lacht dabei und merkt, daß dieses "schon 40" eine merkwürdige Form der vorzeitigen Alterung ausdrückt, obwohl dies in der Sache wohl kaum gerechtfertigt sein dürfte.

Er denkt weiter über den Vater nach, und es fällt ihm nun auch ein, daß er ja vom Vater doch einiges gelernt hat, nämlich Bäume anzuschauen, sie wie Menschen anzusehen. Im Gegensatz dazu habe die Mutter darauf gedrängt, daß die Pflanzen bestimmt werden, daß man bei allen Blumen genau die Einzelheiten wissen muß. Dies sei so die Mutterwelt. Der Vater sei viel lebendiger mit ihm durch die Wälder gegangen. Auch habe der Vater ihm vermittelt, kleine Wasserrädchen aus Rindenstücken und Zweigen zu machen; das könne er heute noch mit großer Begeisterung tun.

Nachdem bislang die "Milchglasscheibe" vor dem Bild des Vaters war, scheint diese sich aufzuhellen, und zwar Hand in Hand mit einer Verlebendigung seines Interesses an meiner Person, mit Direktheit und dem Wiederlebenswerden von Kindheitserinnerungen, die nun hier auftauchen und ihm zugänglich werden.

Ich runde die Stunde ab mit der Deutung des Traumes, daß er wohl im Traum den Wunsch ausdrücken könne, daß der Vater ihm seine Frauenwelt zugänglich machen solle. Er habe als Bub vielleicht das Gefühl gehabt, der Vater wollte ihn da nicht hinzulassen.

Die folgende Sitzung beginnt der Patient damit, daß er verschiedene Probleme mit einem Mitarbeiter endlich aussprechen kann. Er könne Vorwürfe, Vorbehalte ausdrücken, sich abgrenzen, wobei er allerdings immer wieder die Sorge bei sich bemerke, daß er diesem nicht zu sehr schaden möchte.

Er erinnert sich dann, daß er sich auf dem Weg zur Stunde überlegt hat, wie er seine Biographie, wenn er eine schreiben würde, überschreiben würde. Als erstes Detail fällt ihm ein, daß er als Kind einmal die Handbremse von einem Heuwagen losgemacht hat, der dann auf dem Misthaufen gelandet ist. "Also irgendwann", sagt er, "muß ich so etwas noch eher getan haben können, bis ich dann die Bremse wieder ganz zugemacht habe. Ich hab doch 20 Jahre nur gebremst gelebt."

Dieses Gebremstsein und den vorsichtigen Versuch, die Handbremse jetzt zu lösen, greife ich auf und sage: "Ja, Sie haben in der letzten Zeit verschiedene Versuche gemacht, hier Ihre Bremse zu lösen, hier manches Kritische auch auszudrücken." Dabei beziehe ich mich auf seine verschiedenen Versuche, mich genauer anzusehen, wobei ich sowohl viel Positives als auch hintergründig Kritisches im Auge habe. Zu meiner Überraschung greift der Patient dies auf.

*P.: Ja, also schon länger habe ich manchmal aus dem Augenwinkel heraus ein Mikrofon beobachtet, das hier so auf dem Stuhl vor Ihnen stand. Ich habe mich gewundert, ob Sie wohl Aufnahmen machen werden oder ob Sie wohl Aufnahmen machen.*

(Bei diesem Patienten wurden keine Tonbandaufzeichnungen gemacht, der Bericht geht auf genaue Nachschriften der Stunden zurück.)

*A.: Wenn auch Ihr Verstand Ihnen sagt, daß ich hier keine Tonbandaufnahmen machen würde, ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung zu haben, so scheint es jetzt doch aber eine hintergründige Möglichkeit zu geben, eine lustvolle Idee, daß Sie mich möglicherweise heftig kritisieren könnten, wenn ich hinter Ihrem Rücken so etwas tun würde.*

P.: *Auch wenn ich es Ihnen nicht zutrauen würde, aber das gäbe mir die Möglichkeit, Sie hier mal so richtig anzugreifen.*

A.: *Heftig zu werden.*

P.: *Ja, zur Offensive übergehen. Übrigens hätte ich gar nichts dagegen, wenn sie hier Tonbandaufnahmen machen würden. Ich kann mir vorstellen, daß Sie das interessiert.*

Von diesem kurzen Wortwechsel ausgehend, kommt der Patient zurück zu seinem beruflichen Feld und kann deutlich machen, daß er in der letzten Zeit in gewissen Versammlungen mehr Öffentlichkeit herstellen kann, Sachen, die er sonst nur mit seinem Kollegen, der neben ihm sitzt, heimlich ausgetauscht hat, jetzt im Plenum riskieren kann.

A.: *Ja, Sie suchen die Offensive, Sie möchten die Öffentlichkeit herstellen.*

P.: *Ja, ich habe wohl zu lange vieles für mich behalten. Und selbst wenn ich es meiner Frau erzählt habe, es hat nicht gereicht. Irgend etwas daran ist unvollständig.*

Wir kommen nun zurück zur Behandlungssituation. Der Patient sagt nochmals: "Dieses Umhergucken hier im Raum, dieses Wahrnehmen einzelner Dinge ist doch ein sehr schwieriger Prozeß für mich."

Kommentar: Der Behandlungsverlauf wirft eine Reihe von Fragen auf, die noch kurz gestreift werden sollen. Dem Leser wird aufgefallen sein, daß wir uns vor psychogenetischen Überlegungen zu dem 20 Jahre zurückliegenden Krankheitsbild zurückgehalten haben; trotzdem ist in der Gegenübertragung des Analytikers deutlich zu spüren, daß er von erheblichen Sorgen geplagt ist, ob es durch die zu erwartende Freisetzung expansiver Bestrebungen nach dem Durcharbeiten der eindeutig neurotisch-depressiven Konflikte zu einer Labilisierung jener Persönlichkeitssektoren kommen könnte, die in psychoanalytischen Theorien mit der Genese psychotischer, speziell manischer Zustände in Verbindung gebracht werden (Abraham 1924; M. Klein 1935; Jacobson 1953, 1971). Für ein Verständnis der Dynamik des Falles sind als weitere Komponente die bislang wenig untersuchten Auswirkungen der langfristigen Lithiumeinnahmen auf die Persönlichkeit des Patienten in Rechnung zu stellen (Rüger 1976, 1986; Danckwardt 1978; Schou 1986). Ein psychotrop wirkendes Medikament hat über seine pharmakologische Wirkung hinaus auch unvermeidlich einen psychodynamischen Effekt. Für diesen Patienten wurde das Lithium zum Inbegriff des verbotenden mütterlichen Prinzips. Von typisch adoleszent-hypomanischen, aber für ihn überwältigenden Erfahrungen war er hinabgestürzt, und die medikamentöse Therapie etablierte den Schutzschild, der nicht mehr hinterfragt werden durfte. Behandlungstechnisch war es deshalb wichtig, daß der Analytiker mit dem Patienten primär nicht den Abbau des Lithiums als Ziel ins Auge fasste, sondern zunächst die Bearbeitung der mit der Vaterproblematik verknüpften Arbeitsstörungen in den Mittelpunkt rückte.

### 2.3.2 Bruderneid

Die psychoanalytische Situation fördert Bedürfnisse des Patienten aus der Phase der Dualunion; sie bildet als stiller Hintergrund eine Mutter-Kind-Folie (Stone 1961), bei der unvermeidlich Dritte - z. B. andere Patienten - irgendwann als Störenfriede und Rivalen erlebt werden.

Bei Frau Käthe X löste eine unerwartete Schwangerschaft verstärkt Gefühle aus, die aus frühen Neid- und Eifersuchtserfahrungen stammen können. Da die Patientin einer Schwangerschaft sehr skeptisch gegenüberstand, führten die ersten Zeichen einer möglichen Schwangerschaft sowohl zu verstärkter Aufmerksamkeit für den eigenen Körper als auch zur Zunahme ihres Interesses für Frauen, die schwanger waren oder gerade entbunden hatten. In der berichteten Analysestunde läßt sich die zu vermutende kindliche Erfahrung, der eine nur

konstruierbare singuläre Erinnerung zugrunde liegen mag, mit der erlebten belastenden Situation und einer konflikthafter Konstellation in der therapeutischen Beziehung verbinden.

Am Anfang der Stunde berichtet Frau Käthe X über einen Besuch am Wochenbett einer Arbeitskollegin, die einen Sohn geboren hatte. Während des Besuchs habe bei ihr plötzlich eine leichte Blutung eingesetzt. Es ist ihr aufgefallen: "Ich besuche die im Krankenhaus, dann fängt das an."

Als das Kind gestillt werden sollte, sagte sie zu einem Kollegen, der sie begleitet hatte: "Das schauen wir uns an, das will ich sehen. Ich habe die einfach überrumpelt."

A.: *Genau hingucken, was Sie ja gerne tun.*

Kommentar: Dieser Hinweis richtet sich auf eine Stärke der Patientin, die sie sich im Abwehrkampf gegen Nähe und Verschmelzungswünsche erworben hat: Sie ist ausgesprochen begabt in der distanzierenden Wahrnehmung persönlicher Details.

P.: *Die Kollegin, die ich besucht habe, die ist sonst ziemlich dünn. Jetzt hat sie einen richtigen Busen. Steht ihr aber gut. Ich habe meinen anderen Kollegen davon erzählt. Das Kind sei nett, blaue Augen. Die anderen haben gesagt: "Jetzt sind Sie dran mit dem Kinderkriegen."*

Die Patientin zögert dann, wird unruhig, weshalb ich sage:

A.: *Da wird Ihnen komisch, ganz anders dabei.*

P.: *Ja, ich bin jetzt ganz durcheinander. Daß das jetzt zu bluten anfängt, komisch, wie bei der Menstruation.*

Dann fällt ihr eine Bekannte ein, die einen Abgang im 3. Monat hatte.

Ich stelle fest, daß die Eindrücke des Besuchs sie durcheinander gebracht haben.

P.: *Ich war schon öfters im Krankenhaus. Eigentlich war mir das doch vertraut.*

A.: *Diesmal sind Sie in einer anderen Situation, und Sie glauben, schwanger zu sein. Das berührt sie persönlich sehr. Die Blutung würde besagen, daß Sie doch nicht schwanger sind, eine Art Nein-Entscheidung.*

Überlegung: Obwohl ich die Hypothese hatte, daß die Patientin bisher aus seelischen Gründen nicht schwanger wurde, war dieses Thema von ihr selbst nicht aufgebracht worden.

P.: *Könnte ja sein, daß ich mich getäuscht habe. Die Situation im Krankenzimmer, die weihevoll Stimmung. Das ist ein liebes Kind gewesen. (Pause) Der Vater war auch nett. Die Mutter war noch etwas blass. Das ist eigentlich kein Eindruck, der mich abgeschreckt hat.*

Da die Patientin sich affektiv aus der aktuellen Szene zurückzieht, die für mich - den mit der Lebensgeschichte der Patientin vertrauten Analytiker - sehr eindrucksvoll ist, beschließe ich, ihre Vermeidung und affektive Umwertung ("weihevoll Stimmung") mit einem aktiven Schritt anzugehen und verknüpfe in der folgenden Frage die aktuelle Situation im Krankenhaus mit der Situation der Patientin, die als 2jährige durch die Geburt des Bruders aus der elterlichen Wohnung verdrängt wurde.

A.: *Bei der Geburt von Karl, Ihrem Bruder, wie war es denn da wohl?*

P.: *Es war bei uns zu Hause. Ich hab's gehört, es war keine schwere Geburt.*

A.: *Was hört ein 2jähriges Kind? (Die Patientin war damals etwas über 2 Jahre alt.)*

P.: *Keine Ahnung. Ich erinnere mich an Karl erst, als er in die Kinderklinik kam, ein paar Monate nach der Geburt. Das ist meine früheste Erinnerung. Ich weiß noch genau, wie mich der Vater auf dem Schlitten zum Krankenhaus gezogen hat. Da war der Karl dann in der Klinik.*

Kommentar: Diese früheste Erinnerung kann als Beziehungsparadigma im Sinne von Mayman u. Faris (1960) gelten, wie sie Stiernerling (1974) für 500 Personen quantitativ untersucht hat. Sie repräsentiert den Verlust der Mutter wie auch die innige Beziehung zum Vater.

A.: *Warum war der Karl in der Klinik?*

P.: *Weiß ich nicht. Hab' mich nicht dafür interessiert.*

A.: *Diesmal haben Sie sich für die Geburt der Kollegin interessiert. Warum jetzt?*

P.: *Ja, ich wollte das Kind anschauen. Ja, warum eigentlich? Ja, ein enger Kontakt besteht zu der Kollegin gar nicht. Mich hat das Kind interessiert und wie die Mutter aussieht, wie sie sich verändert hat.*

A.: *So wie wir uns hier für die beginnenden Veränderungen Ihres Körpers interessieren in der letzten Zeit.*

P.: *Ja, ja. Wie die ihr Kind auf den Arm nimmt! Die ist sonst so unweiblich.*

A.: *Also wenn die die Veränderung hinkriegt, dann . . .*

Die Patientin fällt mir ins Wort und führt die eigenen Gedanken weiter.

P.: *Weiß nicht, was jetzt los ist. (Nach einer Pause von ca. einer Minute) Jetzt fällt mir ein, ich habe mich gestern mit Kollegen über Katzen unterhalten. Wir hatten auch mal Katzen. Und zu mir kommt jetzt dauernd eine schwangere Katze. Die wird bestimmt bei uns die Jungen kriegen. Was soll ich da machen? Eine Kollegin hat mal eine junge Katze umgebracht, einfach das Klo runtergespült. Und mir wird jetzt ganz komisch.*

Sie friert, was immer dann auftritt, wenn sie sich mit belastenden Inhalten auseinandersetzen muß, die ihre Abwehr überfordern.

P.: *Mir fällt ein, meine Mutter hat den Ausspruch auch mal gebraucht bei einer Fehlgeburt: das Klo runterspülen.*

A.: *Das ist eine schwer erträgliche Vorstellung.*

P.: *Ja, bei der Mutter kam's zur Fehlgeburt, als der Ehebruch des Vaters durch einen Brief unübersehbar war. Als die Mutter mir das erzählte, dachte ich, sie hat das Kind umgebracht.*

Kommentar: Zwar steckt in dieser Mitteilung der Patientin auch eine hochambivalente Identifizierung mit der Mutter als Geliebte des Vaters, verwickelte doch der Vater die Patientin in eine parentifizierende, in Andeutungen inzestuöse Beziehung; aber es ist auch die Identifizierung mit dem abgetriebenen Kind, als das sie sich erlebt hat, enthalten, was zugleich den Wunsch verkörpert, der Bruder hätte ruhig abgetrieben werden können.

A.: *Und bei Ihnen bahnt sich jetzt etwas Ähnliches an, als ob durch den Anblick der stillenden Mutter etwas ganz Udenkbares in Ihnen hochgekommen ist. Der Anblick von Karl an der Brust der Mutter, wenn ich den wieder loshaben könnte! Und da passt Ihre erste Erinnerung dazu: Da ist der Karl wieder weg, und Sie sind zufrieden.*

P. (lachend): *Ja, ja, das war der richtige Platz für ihn.*

Nach einigem Nachdenken kommt sie wieder auf die Fehlgeburt der Mutter zu sprechen.

P.: *Ich hab's bedauert. Ich hätte es gerne gesehen.*

A.: *Da Sie es nicht verhindern konnten, hätten Sie es wenigstens gerne gesehen. Wie sieht der Eindringling aus? Wie sieht die Mutter aus? Das Schauen ist eine Ihrer Stärken geworden.*

P.: *Geworden? Meinen Sie?*

Kommentar: Der Hinweis auf die konfliktbedingte Entwicklung des Schauens berührt die Patientin. Deshalb greife ich in der nächsten Intervention eine von der Patientin vielfach mitgeteilte Eigenart auf. Sie pflegte früher zu kommen, um die Patientin zu sehen, die vor ihr meine Praxis verlässt.

A.: *So, wie Sie sich in meinem Zimmer umschauen, ob noch alles am alten Platz ist oder ob ich wieder etwas verändert habe, etwas weggenommen habe.*

P. (mich korrigierend): *Ja, das tue ich jetzt nicht mehr, das ist nicht mehr so. Heute habe ich nur den Blumenstock angeschaut.*

Der Blumenstock, ein Hibiskus, steht auf einem Szenokasten, den ich nur selten benutze. Im anschließenden längeren Schweigen vermute ich zu spüren, daß die Patientin ihre Blicke im Behandlungsraum schweifen läßt. Ich stimme der Patientin innerlich zu, daß sie mit ihrer Korrektur etwas sehr Zutreffendes ausgedrückt hat, nämlich daß sie das Zimmer mit seinen Gegenständen nicht mehr misstrauisch auf Veränderungen inspizieren muß, sondern sich

inzwischen behaglich fühlen kann. Die Patientin stellt dann lapidar fest: "Interessant, wozu ein Szenokasten benützt werden kann!" Dann fällt ihr ein Fernsehfilm ein, in dem ein Junge mit einem solchen Spielkasten hauptsächlich 2 Szenen darstellte: Er spülte das Baby das Klo runter oder ließ es vom Krokodil auffressen.

Es schaudert sie bei dem Gedanken daran; sie fand das ganz schlimm, das Baby sei doch arm dran. Ich ziehe es vor, den aggressiven Anteil hervorzuheben: "Es beunruhigt Sie anschauen zu müssen, wie unverhüllt dieser Junge seinen Regungen nachgeben kann. Daß der das störende Geschwister einfach beseitigt". "Die Wut auf die Mutter war dem Jungen ganz bewußt", sagt die Patientin, "eine ganz gewaltige Wut."

Synchron dazu macht sie eine starke gestische Bewegung dergestalt, daß sie ihre Hände zueinander führt und sie gegeneinander reibt.

*P.: Ich hab ja eigentlich nicht mehr so viel Wut auf meine Mutter wie früher, sondern ich merke schon fast, was mich richtig wundert, daß ich mit meinem Mann um die Zuwendung meiner Mutter rivalisiere.*

Sie sagt das leicht spöttisch, überrascht, weil ihr das früher doch ganz ausgeschlossen schien; zwar konnte sie immer deutlich sehen, daß sie ihren Bruder stets beneidete, wie es ihm gelang, von der Mutter bevorzugt zu werden. Die Mutter schenkte dem Bruder schöne Dinge, während sie selbst nur einen Geldschein erhielt. Bei Karl hat die Mutter immer das getroffen, was er sich gewünscht hatte, aber bei ihr? Sie konnte der Mutter tagelang erzählen, was sie sich wünschte, aber es hat nichts genützt; der Mutter fiel nie was ein. "Es ist klar", sagt sie, "der Josef [ihr Mann] hat die Rolle von Karl übernommen. Ich merke, ich kriege Neidgefühle auf meinen Mann, wie meine Mutter ihn gern hat."

Frau Käthe X faßt nun zusammen, wie Mutter und Ehemann sich darin einig sind, daß sie sehr zufrieden sein könne, so jemanden überhaupt gekriegt zu haben. Die Mutter habe sich halt nicht genügend um sie bemüht.

*A.: Ja, zwischen uns beiden geht es darum, ob sich das gleiche Gefühl immer wieder einstellt, das Gefühl nämlich, daß ein anderer meine volle Unterstützung bekommt, Sie aber nicht und Sie nur mit dem Geldschein abgespeist werden.*

*P.: Ich war ja schon wieder auf dem besten Weg dazu, es hier genauso zu sehen wie bei meiner Mutter, genau das gleiche zu erleben.*

Es scheint ihr von innen her kalt zu werden, und sie beginnt zu zittern.

*P.: Wenn ich mir vorstelle, daß die Frau, die vor mir bei Ihnen ist, immer mit vergnügter Miene hier rausmarschiert, das würde mich sehr stören. Da würde ich denken: das läuft viel besser zwischen Ihnen und der als zwischen uns.*

Frau Käthe X schreibt ihrer Vorgängerin verschiedene Rollen in der Übertragung zu, an denen die Geschwisterrivalität abgehandelt wird.

Die Zuspitzung des Konflikts durch die Identifizierung der anderen Patientin mit dem Bruder beinhaltet auch, daß die Patientin fort muß, sobald es ihr besser geht; dies wird in der folgenden Deutung aufgegriffen. Der Neid auf die andere Patientin, die fortgeschickt werden sollte, träfe auch sie, wenn sie etwas Gutes offen zeigen würde.

*A.: Diese Überzeugung ist für Sie selbst eine große Belastung, Sie dürfen sich hier nicht freuen, dürfen keine Fortschritte machen, oder nur sehr verdeckt; ich darf es nicht merken, daß es Ihnen besser geht.*

*P.: Ja, das trifft zu. Meine Fortschritte, die zeige ich draußen. Da können Sie es nicht sehen, und ich kann mich doch dran freuen.*

*A.: Das ist gefahrlos, es anderen zu zeigen.*

*P.: Aber ich zeige es schon auch hier. Es freut mich ja doch, wenn sich manches verändert. Aber vielleicht etwas vorsichtiger, behutsamer.*

Der *Neid auf den Bruder* soll abschließend noch etwas ausführlicher diskutiert werden. Wirft man die Frage auf, worum die Patientin den Bruder beneidet, dann stößt man auf eine von ihr als Kleinkind wiederholt erlebte Ausstoßung aus der Primärfamilie im Zusammenhang mit der Geburt des Bruders. Weil sie schon als Säugling viel geschrien und gequengelt habe, sei sie nach der Geburt des Bruders mit 2 Jahren aus der Wohnung der Eltern zu den im gleichen Haus wohnenden Großeltern ausquartiert worden. Die Lebensumstände der Familie lassen vermuten, daß sie ein unerwünschtes Kind war und daß mit der Geburt des Bruders auch ein Stück weit eine Normalisierung verbunden war. Es liegt also nahe, bei der Patientin statt eines hypothetischen Neides auf die "Brust" eher einen Mangel an erlebter Mütterlichkeit anzunehmen, mit dem sie sich in den folgenden Jahren in der Weise identifizierte, daß sie auch so böse und verstockt wurde, wie es das Verhalten der Mutter rechtfertigte. Tatsächlich gibt es Mangelerfahrungen, die durch nachfolgende Phantasien verstärkt oder auch gemildert werden können. Dieses Spannungsverhältnis betrifft auch die Grundmuster von Neid und Eifersucht, die von M. Klein retrospektiv untersucht und mit der Zwei- oder Dreipersonenbeziehung verknüpft wurden.

Im Grund genommen richtet sich der Neid auf die Schaffenskraft: das, was die beneidete Brust zu bieten hat, wird unbewußt als Prototyp der Fähigkeit zur Produktion empfunden, weil die Brust und die Milch, die sie gibt, als die Quelle des Lebens angesehen werden (1958, zit. nach 1962, S. 185).

Die Chronologie des Auftretens von Neid und Eifersucht ist aufgrund der Kleinkindforschung heute in einem anderen Sinn umstrittener als zu der Zeit der großen Kontroversen zwischen A. Freud und M. Klein (Steiner 1985). Die mikropsychologischen Untersuchungen der Interaktion zwischen Mutter und Kind machen den Prozeß der Spaltung als Ursache des Neides fragwürdig, der mit der griffigen Metapher von der "guten" und "bösen" Brust verknüpft wurde.

Im Unterschied zu der Annahme, daß es sich bei Spaltungen um sehr frühe intrapsychische Prozesse handelt, sprechen die Befunde von Stern (1985, S. 252) dafür, daß das "splitting" - um den geläufigen englischen Ausdruck zu bemühen - an nachkindliche symbolische Operationen gebunden ist. Sterns Kritik betont die klinische Relevanz der Spaltungsprozesse, löst sie jedoch von der hypothetischen Verankerung in der ganz frühen Kindheit.

Die immer wiederkehrenden Erfahrungen, die die ganze Kinderzeit der Patientin durchziehen, führen zu einer Ausgestaltung des Grundmusters: "Wenn ich lieb und brav bin, werde ich gehalten, wenn ich böse und verstockt bin, werde ich fallengelassen." Im klinischen Bild der Patientin ließen sich solche Spaltungsprozesse - Aufteilungen in Gut und Böse - in großer Zahl nachweisen. Diese sind aber als Ergebnisse einer Entwicklung zu begreifen, in deren Verlauf sich wiederholende Erfahrungen zur Stabilisierung dieser frühen Grunderfahrung geführt haben. Die Veränderung dieses unbewußten Schemas in der Übertragungssituation - als Reaktion der Patientin auf eine in ihren Augen noch bedürftigere Mitpatientin, mit der sie sich unbewußt identifizieren kann - verweist auf die bis dahin in der Analyse bereits erzielten Gewinne an basaler Sicherheit. In seinem letzten Werk hat Rosenfeld (1987, S. 266) betont, daß sich der Neid schrittweise verringere, wenn sich der Patient vom Analytiker akzeptiert fühlt. Rückblickend kritisiert er die typischen Kleinianischen Deutungen des Neides, die in Sackgassen führen. Durch stereotype Deutungen des Neides fühle sich der Patient erniedrigt, so daß sich ein antitherapeutischer Circulus vitiosus bildet. Fühle der Patient hingegen, daß er einen Raum habe, um zu denken und um sich zu entwickeln, nehme der Neid schrittweise ab. Diese späte Sinnesänderung Rosenfelds als eines führenden Repräsentanten der Kleinianischen Richtung dürfte für die gesamte Psychoanalyse beträchtlich sein.

## 2.4 Übertragung und Identifizierung

### 2.4.1 Der Analytiker als Objekt und als Subjekt

Die Forderung Freuds, der Kranke dürfe "nicht zur Ähnlichkeit mit uns, sondern zur Befreiung und Vollendung seines Wesens erzogen werden" (Freud 1919 a, S. 190), scheint im Widerspruch zur großen, ausschlaggebenden therapeutischen Bedeutung der Identifizierung des Patienten mit dem Analytiker zu stehen. Bei einem Symposium über die Beendigung von Analysen erklärte Hoffer (1950) die Fähigkeit des Patienten, sich mit den Funktionen des Psychoanalytikers identifizieren zu können, zum wesentlichen Bestandteil des therapeutischen Prozesses und dessen Erfolgs. Das aufgeworfene Thema hat also grundlegende Bedeutung für das Verständnis des therapeutischen Prozesses und für ein Spannungsfeld, das durch die folgenden Zitate gekennzeichnet werden kann:

Wir dienen dem Patienten in verschiedenen Funktionen als Autorität und Elternersatz, als Lehrer und Erzieher . . . So sehr es den Analytiker verlocken mag, Lehrer, Vorbild und Ideal für andere zu werden, Menschen nach seinem Vorbild zu schaffen, er darf nicht vergessen, daß dies nicht seine Aufgabe im analytischen Verhältnis ist, ja daß er seiner Aufgabe untreu wird, wenn er sich von seiner Neigung fortreißen läßt (Freud 1940 a, im unvollendeten *Abriss der Psychoanalyse*, S. 101 und 107).

Eine Reihe von Fragen tauchen auf:

Womit identifiziert sich der Patient? Welche Konsequenzen ergeben sich aus der psychoanalytischen Theorie der Identifizierung für die Optimierung der Praxis in dem Sinne, daß dem Patienten das Nachvollziehen der Funktionen des Analytikers erleichtert wird? Was vermittelt der Psychoanalytiker, und wie tut er es? Lassen sich für das Erleben des Patienten die Funktionen von der Person als ihrem Träger abgrenzen? Wie verhält sich die Identifizierung zur Forderung, daß am Ende der Analyse die Übertragungsneurose aufgelöst sein sollte?

#### *Herstellen der Wahrnehmungsidentität*

Identifizierungen mit Personen der Vergangenheit wiederholen sich am Übertragungsobjekt. Aus verschiedenen Gründen ist es zweckmäßig, zwischen Übertragungsobjekten und dem Subjekt des Analytikers zu unterscheiden. Bedeutungsvolle Personen der Vergangenheit sind zu inneren "Objektrepräsentanzen" geworden und haben sich mit "Selbstrepräsentanzen" verbunden. Von diesen inneren Abbildern und ihren Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten geht jener Vorgang aus, den Freud (1900 a) als Wiederherstellung der "Wahrnehmungsidentität" bezeichnet hat. Dieser affektiv-kognitive Prozeß führt dazu, daß gegenwärtige Situationen mit Mitmenschen im Sinne alter Muster umgestaltet werden. Daraus ergibt sich, daß der Patient aufgrund seiner unbewußten Disposition dem Arzt in typischer Weise Rollen zuschreibt. In der übertragungsneurotischen Konstellation wird dem Analytiker spürbar, wie stark der Druck ist, den der Patient ausübt, um den Analytiker zur Rollenübernahme zu zwingen. Im Sinne des nichtreflexiven Sprachgebrauchs möchte der Patient den Psychoanalytiker benennen können, um sich dann mit ihm z. B. als einem idealisierten Objekt gleichsetzen zu können im Sinne des reflexiven Gebrauchs von "Sich identifizieren mit . . ."

Bei diesen unbewußt gesteuerten machtvollen Versuchen, eine Wahrnehmungsidentität wiederherzustellen, bleibt der andere in seiner Subjekthaftigkeit unberücksichtigt; er wird zum "Objekt" gemacht. Indem sich der Psychoanalytiker darauf einläßt, erkennt er die Diskrepanz zwischen dem, was ihm zugeschrieben wird, und dem, was er ist. Er gewinnt daraus jenen Erkenntnispielraum, der ihm, wie dies besonders F. Morgenthaler (1978)

beschrieben hat, Übertragungsdeutungen erleichtert. Durch Übertragungsdeutungen wird die Vergangenheit gegenwärtig, wobei sich neue Möglichkeiten und Perspektiven eröffnen.

Deshalb geht es uns noch nicht weit genug, den Psychoanalytiker als "neues Objekt" (Loewald 1960) zu qualifizieren. Das "Objekt" umfaßt zwar in der psychoanalytischen Theorie und Terminologie das "Subjekt", aber es ist für die Entwicklung einer psychoanalytischen "Personologie", einer Zwei- und Mehrpersonenpsychologie unerlässlich, dem "Subjekt" auch seine sprachliche Eigenständigkeit zurückzugeben. Denn seine therapeutische Funktion erfüllt der Analytiker genuin als Subjekt und nur partiell auch dadurch, daß er sich zum "Gegenstand" machen läßt.

### *Identifizierungsvorgänge in der Therapie*

Der Versuch, die direkte Einflussnahme auf den Patienten zu vermeiden, hat im Zusammenhang mit Freuds Spiegelmetapher dazu beigetragen, die Untersuchung der Identifizierungsvorgänge in der Therapie zu vernachlässigen, obwohl diese von größter kurativer Bedeutung sind. Wir wollen ja strukturierte, sedimentierte "Objektidentifizierungen" durch neue Erfahrungen verändern. Das Subjekt, das dies anstrebt, nämlich der Analytiker, muß also einerseits für den Patienten akzeptabel sein und aus der "durchschnittlich zu erwartenden Umgebung" im Sinne Hartmanns (1939) nicht herausfallen, um nicht xenophobe Reaktionen beim Patienten auszulösen. Da sich andererseits der Sonderstatus der psychoanalytischen Dyade aber wesentlich von eingefahrener Kommunikation unterscheidet, in der lediglich Klischees sich austauschen - auch eine Art von erstarrtem Sich-im-andern-Spiegeln -, haftet ihr mit der Innovation auch ein Moment von Fremdheit an.

Determiniert der übertragungsneurotische Wiederholungszwang - in starker Abhängigkeit von den situativen Bedingungen, die der Psychoanalytiker schafft - Inhalt und Form beobachtbarer Phänomene, so vermitteln die Identifikationen mit den Funktionen des Psychoanalytikers die Einsicht in bisher unbekannte, unbewußte Zusammenhänge und neue Erfahrungen. Sterba (1929) hat die therapeutische Bedeutung der Identifikation schon sehr früh betont, und zwar in einer Arbeit, die, im Gegensatz zu seiner späteren Veröffentlichung (1934) über die therapeutische Ich-Spaltung, ziemlich unbekannt geblieben ist.

Der Analytiker kommt dem durch die triebhaften Es-Strebungen bedrängten Ich des Patienten zu Hilfe, indem er ihm die Möglichkeit zu einer Identifizierung bietet, die der Realitätsprüfung des Ich Genüge leistet. Diese Identifizierung der realitätsgerechten Anteile des Ich des Patienten mit dem Analytiker wird ermöglicht durch die unentwegte affektreaktionsfreie Betrachtung und Erklärung der psychologischen Situation von Seiten des Analytikers, die wir eben als Deutung bezeichnen. Die Aufforderung zur *Identifizierung* geht vom Analytiker selbst aus. Er spricht schon im Beginne der Behandlung von *gemeinsamer Arbeit*, die im Verlaufe der Kur zu leisten sein wird.

Vom Analytiker häufig gebrauchte Redewendungen wie: "Wir wollen uns doch einmal zusammen anschauen, was Sie da eigentlich gedacht/geträumt/getan haben", enthalten eine solche Aufforderung zur Identifizierung an das Ich des Patienten, ja, in jedem "Wir", das der Analytiker auf den Patienten und sich anwendet, ist sie enthalten. Diese Identifizierung mit dem Analytiker wird, wie bekannt, getragen

1. vom Genesungswunsch des Patienten;
2. von der positiven Übertragung . . . ;
3. sie [die Identifizierung] stützt sich schließlich auf die narzisstische Befriedigung des *Miterlebens der intellektuellen Erkenntnisleistung* in der Analyse (1929, S. 463; Hervorhebungen von uns).

In den eben wiedergegebenen Überlegungen kam Sterba der wichtigen Erkenntnis nahe, daß sich die Identifikation nicht nur auf ein Objekt, sondern auch auf die "gemeinsame Arbeit" richten kann: Es geht also auch um die Kommunikationsform selbst, die den Patienten aus der Neurose herausbringt.

### *Einheit von Person und Funktion*



Wenn auch eine bestimmte Intensivierung der "Wir-Bildung" nicht unproblematisch ist, weil sie als Verführung wirken oder Widerspruch und Eigenständigkeit erschweren kann, so glauben wir doch, daß das Verständnis psychoanalytischer Behandlungsregeln in der sog. klassischen Technik eher dazu geführt hat, die Identifizierung mit den Funktionen des Psychoanalytikers und die von Sterba geforderte Wir-Bildung zu erschweren. Die primäre Einheit von Person und Funktion bringt Komplikationen mit sich, die im Lauf der Behandlung u. E. lösbar sind, z. B. in der identifikatorischen Übernahme als Selbstreflexion. Hingegen ist der Versuch, das Inkognito auf die Spitze zu treiben und die therapeutischen Funktionen unpersönlich zu vermitteln, aus anthropologischen und aus psychoanalytisch-psychogenetischen Gründen verfehlt.

### *Veränderte Spiegelmetapher*

Daß wir manches in einen anderen Zusammenhang stellen und jenem damit eine neue Bedeutung geben, impliziert immer, daß wir dem Patienten auch unsere Ansichten mitteilen und uns persönlich preisgeben. Da die persönliche Identität sich aus psychoanalytischer Sicht sowohl von innen nach außen als auch von außen nach innen entwickelt, sind der Einflussnahme von außen nicht nur aus praktischen Gründen oft Grenzen gesetzt. Trotz unserer Ablehnung einer rein sozialpsychologischen Ableitung der Identitätsentwicklung ("von außen nach innen") ergeben sich aus den Thesen, wie sie beispielsweise Luckmann vertritt, ernste Konsequenzen für das Verständnis der zwischenmenschlichen "Spiegelung".

Der Mensch erlebt sich *selbst* nicht unvermittelt. Nur die Umwelt kann der Mensch unvermittelt erfahren, nur Umweltliches gibt sich dem Bewußtsein direkt. In sozialen Beziehungen erlebt der Mensch andere. Diese anderen sind ihm unmittelbar gegeben: durch ihren Leib. Der Leib von Mitmenschen (genereller: von anderen) wird als Ausdrucksfeld für ihre Bewusstseinsvorgänge erfaßt. Insofern aber nun die Erfahrungen des anderen auf ihn selbst zurückgerichtet sind, "spiegelt sich der Mensch im Mitmenschen". In sozialen Beziehungen, die in einer gemeinsamen Umwelt stattfinden, erfährt der Mensch sich selbst auf dem Umweg über Mitmenschen. Die Fähigkeit zu wechselseitiger "Spiegelung" ist die Grundvoraussetzung dafür, daß der einzelne Mensch eine persönliche Identität ausbildet (1979, S. 299).

Dieses Verständnis von Spiegelung läßt Freuds Spiegelmetapher im Sinne einer vermittelten Selbstreflexion begreifen (s. Grundlagenband 8.4).

Indes erheben sich in Bezug auf die veränderte Spiegelmetapher noch einige Fragen, die nicht unerwähnt bleiben dürfen, auch wenn ihre Beantwortung über den Rahmen der nachfolgenden Kasuistik hinausgeht. Durch die "vermittelte Selbstreflexion" - auf die Spiegelmetapher bezogen - wird die therapeutisch hilfreiche, zu Veränderungen führende Kommunikationsform praktisch und theoretisch noch unzureichend auf den Begriff gebracht. Denn es geht nicht nur um die Wahrnehmung bisher unbewußter "Inhalte" und der mit ihnen verbundenen Emotionen, die dem Patienten "vermittelt" werden. Entdeckung oder Wiederentdeckung vollziehen sich im Rahmen einer besonderen Kommunikation, die es ermöglicht, eine neue Beziehung zu sich selbst zu finden. Das Verhältnis, das der Psychoanalytiker in der Beziehung zu unbewußten Inhalten signalisiert - und das *sein* Verhältnis zu sich selbst im Sinne Tugendhats (1979) impliziert -, wird zum Vorbild des Umbildungsprozesses, der auch das Verhältnis des Patienten zu sich selbst verändert.

### **2.4.2 Die Identifizierung mit den Funktionen des Analytikers**

Frau Amalie X hatte sich in Psychoanalyse begeben, weil die schweren Einschränkungen ihres Selbstgefühls in den letzten Jahren einen durchaus depressiven Schweregrad erreicht

hatten. Ihre ganze Lebensentwicklung und ihre soziale Stellung als Frau standen seit der Pubertät unter den gravierenden Auswirkungen einer virilen Stigmatisierung, die unkorrigierbar war und mit der Frau Amalie X sich vergeblich abzufinden versucht hatte. Zwar konnte die Stigmatisierung nach außen retuschiert werden, ohne daß diese kosmetischen Hilfen und andere Techniken zur Korrektur der Wahrnehmbarkeit des Defektes im Sinne Goffmans (1977) ihr Selbstgefühl und ihre extremen sozialen Unsicherheiten anzuheben vermochten. Durch einen typischen *Circulus vitiosus* verstärkten sich Stigmatisierung und schon prämorbid vorhandene neurotische Symptome gegenseitig; zwangsneurotische Skrupel und multiforme angstneurotische Symptome erschwerten persönliche Beziehungen und führten v. a. dazu, daß die Patientin keine engen gegengeschlechtlichen Freundschaften schließen konnte.

Ich nahm die beruflich tüchtige, kultivierte, ledige und trotz ihrer virilen Stigmatisierung durchaus feminin wirkende Patientin in Behandlung, weil ich ziemlich sicher und hoffnungsvoll war, daß sich der Bedeutungsgehalt der Stigmatisierung wesentlich würde verändern lassen. Ich ging also, allgemein gesprochen, davon aus, daß nicht nur der Körper unser Schicksal ist, sondern daß es auch schicksalhaft werden kann, welche Einstellung bedeutungsvolle Personen und wir selbst zu unserem Körper haben. Freuds Paraphrasierung eines Napoleon-Wortes, die Anatomie sei unser Schicksal (Freud 1912 d, S. 90), ist aufgrund psychoanalytischer Einblicke in die Psychogenese der sexuellen Identität abzuändern. Die Geschlechtsrolle und die Kernidentität ("core identity") entstehen auf der Basis der körperlichen Geschlechtszugehörigkeit unter psychosozialen Einflüssen (s. hierzu Lichtenstein 1961; Stoller 1968, 1975; Kubie 1974; Blos 1985).

Unsere klinischen Erfahrungen rechtfertigen folgende Annahmen: Eine virile Stigmatisierung verstärkt Peniswunsch bzw. Penisneid, sie reaktiviert ödipale Konflikte. Ginge der Wunsch, ein Mann zu sein, in Erfüllung, wäre das zwitterhafte Körperschema der Patientin widerspruchsfrei geworden. Die Frage: Bin ich Mann oder Frau? wäre dann beantwortet, die Identitätsunsicherheit, die durch die Stigmatisierung ständig verstärkt wird, wäre beseitigt, Selbstbild und Körperrealität stünden dann im Einklang miteinander. Doch kann die unbewußte Phantasie angesichts der körperlichen Wirklichkeit nicht aufrechterhalten werden: Eine virile Stigmatisierung macht aus einer Frau keinen Mann.

Regressive Lösungen, trotz der männlichen Stigmatisierung zur inneren Sicherheit durch Identifizierung mit der Mutter zu kommen, beleben alte Mutter-Tochter-Konflikte und führen zu vielfältigen Abwehrprozessen. Alle affektiven und kognitiven Abläufe sind von tiefer Ambivalenz durchsetzt, so daß die erwähnte Patientin es z. B. schwer hat, sich beim Einkaufen zwischen verschiedenen Farben zu entscheiden, weil sich mit ihnen die Qualität "männlich" oder "weiblich" verbindet.

Bei der Gestaltung der psychoanalytischen Situation ist u. E. bei solchen Problemen noch mehr als bei jedem durchschnittlichen Fall darauf zu achten, daß sich das Gefühl des Andersseins durch die Asymmetrie der Beziehung nicht übermäßig verstärkt. Denn das Thema des Andersseins - also die Frage von Ähnlichkeit und Verschiedenheit, von Identität und Nichtidentität - bilden den allgemeinen Rahmen, innerhalb dessen sich unbewußte Probleme darstellen. Es gelang relativ rasch, eine gute Arbeitsbeziehung aufzubauen. Damit sind Voraussetzungen geschaffen, die Verinnerlichung alter Interaktionsformen mit den primären Beziehungspersonen - Eltern und Lehrer - bei der Entwicklung der Übertragungsneurose zu erkennen. Die erreichte Korrektur ist an den Veränderungen des Selbstgefühls, an der Zunahme der Selbstsicherheit und am Wegfall von Symptomen abzulesen (s. Kächele u. Thomä 2003, 2005).

Die wiedergegebenen Behandlungsabschnitte sind trotz ihres zeitlichen Abstands dadurch miteinander verbunden, daß es in beiden darum geht, der Patientin durch die Analyse der Übertragung neue Identifizierungen zu ermöglichen. Der "Kopf" des Analytikers wird

zum Stellvertreter alter, unbewußter "Objekte", sein Inhalt zum Vertreter neuer Möglichkeiten. Durch die Darstellung am "Objekt", die zugleich Selbstdarstellung ist, wird Distanzierung deshalb möglich, weil der Analytiker seinen Kopf zur Verfügung stellt, ihn aber auch behält. So wird er zum Vorbild von Nähe und Distanz. Dadurch wird klarer, welche therapeutische Wirkung von der Einsicht in die Wahrnehmungs- und Denkszusammenhänge des Analytikers ausgehen kann.

Das kasuistische Beispiel haben wir deshalb ausgewählt, weil es u. E. geeignet ist, unsere Argumentation in verschiedener Hinsicht abzustützen. Zwar nimmt der Kopf durch den unbewußten Verschiebungsvorgang auch eine sexuelle Bedeutung an; diese Verschiebung ändert aber nichts am Primat der gedanklichen Kommunikation zwischen der Patientin und mir darüber, was als Verborgenes im Inneren des Kopfes gesucht wird. Die Suche nach Erkenntnis richtet sich auf die Geschlechtlichkeit. Dieser geheimnisvolle und wohlbehütete (verdrängte) Schatz wird wegen der unbewußten Verschiebung im Kopf (als "Übertragungsobjekt") vermutet. Die Wiederentdeckung der "Verschiebung" fördert deshalb etwas zutage, das für die Patientin "neu" ist.

Meine Überlegungen sind nachträglich den Deutungen und den Reaktionen der Patientin hinzugefügt worden. Es ist klar, daß mich nicht nur die wiedergegebenen Überlegungen bei der Entstehung meiner Deutungen geleitet haben. Wie immer Deutungen entstanden sein mögen: soweit sie dem Patienten tatsächlich mitgeteilt werden, haben sie sich, so fordert Arlow (1979), an "kognitiven" Kriterien auszurichten. Ich kommentiere die "kognitiv" und "rational" begründbaren "Endprodukte" - meine Deutungen - und vernachlässige den Entstehungsprozess und seine irrationalen, im Unbewussten liegenden Komponenten. Es bleibt damit offen, wo mein analytisches Denken jeweils seinen Anfang genommen hat. Geht man davon aus, daß der Wahrnehmungsapparat des Analytikers von seinem theoretischen Wissen, das vorbewußt geworden sein mag, gesteuert wird, ist es sehr schwierig, den Entstehungsprozess von Deutungen auf seinen "Anfang" hin zurückzuverfolgen. So erleichtert z. B. das theoretische Wissen über die "Verschiebung" auch die Vorbewusste Wahrnehmung, es durchdringt die Intuition des Analytikers und vermischt sich mit der Gegenübertragung (im weiteren Sinne).

Die Patientin leidet unter erheblichen Schuldgefühlen, die sich in der Beziehung zu mir aktualisiert haben. Das biblische Talion-Gesetz "Auge um Auge, Zahn um Zahn" verstärkt sich in ihrem Erleben wegen ihrer sexuellen Wünsche. Das lebensgeschichtliche Vorbild und Muster für die Inhalte der Übertragungsneurose ist eine phantasierte inzestuöse Beziehung zu einem Bruder. Die Zunahme der inneren Spannungen bewirkt, daß die Patientin sich mit dem Gedanken trägt, erneut ihr Leben der Kirche in der Mission zu widmen oder sich das Leben zu nehmen. (Als junges Mädchen hatte sie konfessionelle Krankenschwester werden wollen, nach einer Probezeit aber aufgegeben, weil ihr die pietistische Enge unerträglich wurde. Bei ihrem Austritt schaffte sie sich auch eine gewisse Distanz gegenüber den strengen biblischen Geboten.) Nun führt sie ihre "alte" Bibel ins Feld gegen mich, "mit dem sie sich im Kampf bis aufs Messer befinde". Dieser Kampf spielt sich auf verschiedenen Ebenen ab, für die die Patientin eine Reihe von Gleichnissen prägt. Sie hat das Gefühl, daß das "Dogma" des Analytikers, die "Freud-Bibel", mit ihrer christlichen Bibel nicht zu vereinbaren ist. Immerhin teilen beide Bibeln das Verbot der sexuellen Beziehung zum Analytiker.

Die Patientin kämpft für ihre Eigenständigkeit und ihre Bedürfnisse und verteidigt diese gegen beide Bibeln; sie entwickelt eine heftige Abwehr gegen meine Interpretationen, und sie hat das Gefühl, ich wisse schon vorher genau, "wo's lang geht". Sie fühlt sich bei ihren Umwegen und Ablenkungen ertappt und gedemütigt. Sie hat den intensiven Wunsch, mir etwas zu bedeuten und in mir zu leben. Sie überlegt sich, mir eine alte Uhr zu schenken, die - schön und wunderbar - jede Stunde für mich (und für sie) schlagen würde.

In diesem Behandlungsabschnitt erhält ein Thema eine besondere Bedeutung und Intensität: das eben erwähnte Interesse für meinen Kopf. Was war für die Patientin beim Vermessen meines Kopfes herausgekommen? Lange Zeit habe sie gedacht, so sagte einmal Frau Amalie X in einem ähnlichen Zusammenhang, daß ich nach einer Bestätigung dessen suche, was schon da sei - in Büchern, in meinem Denken, in meinem Kopf. Sie wünsche sich, daß etwas ganz Neues herauskomme. Sie suche selbst nach Deutungen und bemühe sich um ein Verständnis meiner Gedanken.

Die Patientin hat sich über ihren strengen Vorgesetzten geäußert, der sie ungerecht kritisiert hat und gegen den sie nicht aufkommt.

A.: *Sie vermuten, daß ich hinter Ihnen sitze und "falsch, falsch" sage.*

Überlegung: Dieser Übertragungsdeutung liegt folgende Annahme zugrunde: Die Patientin schreibt mir "Über-Ich-Funktion" zu. Diese Deutung entlastet sie und gibt ihr Mut, sich aufzulehnen (die Patientin hat längst erkannt, daß ich anders bin und sie nicht kritisiere, aber sie ist sich dessen 1) nicht sicher und 2) darf sie es auch nicht glauben, weil sie noch erhebliche unbewußte Aggressionen gegen alte Objekte hat). Ich vermute sehr viel intensivere Übertragungsgefühle und gehe davon aus, daß sowohl die Patientin als auch ich selbst eine Zunahme der Spannung ertragen können. Ich wiederhole ihre Sorgen, daß ich es nicht ertragen könne, und formuliere schließlich, " . . . also ist es schon so ein Kampf bis aufs Messer" (diese Deutung läßt ja offen, wer das Messer hat). Mit der Anspielung auf die phallische Symbolik habe ich eine Stimulierung der unbewußten Wünsche im Sinn. Zu stark dosiert! Die Patientin reagiert darauf mit einem Rückzug. Annahme: Selbstbestrafung.

P.: *Manchmal hab' ich das Gefühl, ich möchte auf Sie zustürzen, Sie am Hals packen und ganz festhalten. Dann denk' ich, der schafft das gar nicht, fällt plötzlich tot um.*

A.: *. . . ich's nicht aushalte .*

Dieses Thema wird variiert, wobei die Patientin insgesamt ihre Sorge zum Ausdruck bringt, mich zu überfordern, daß ich den Kampf körperlich nicht aushalten könnte.

A.: *Es ist schon so ein Kampf bis aufs Messer .*

P.: *Wahrscheinlich .*

Sie stellt daraufhin Überlegungen an, daß sie in all den Jahren immer vorzeitig, bevor es überhaupt richtig zum Kampf gekommen sei, aufgegeben und sich zurückgezogen habe.

P.: *Ich habe auch nicht mehr daran gezweifelt, daß es richtig war, mich zurückzuziehen. Nach so langer Zeit drängt es mich danach, jetzt wieder aufzugeben .*

A.: *Statt des Kampfes bis aufs Messer Rückzug und Selbstaufopferung im Dienste der Mission.*

P.: *Exakt, nervenaufreibend.*

Überlegung: Ihre Angst vor Objektverlust ist sehr groß.

A.: *Dann wäre auch gesichert, daß ich erhalten bleibe. Dann hätten Sie meine Prüfung vorzeitig abgebrochen.*

Es geht weiter darum, was ich aushalte, ob ich mich mitreißen lasse in ihren "Wahn". Die Patientin hatte in einem früheren Zusammenhang Vergleiche mit einem Baum angestellt: ob sie etwas und was sie wohl von diesem mitnehmen könne. Ich gehe auf dieses Bild erneut ein und werfe die Frage auf, was sie mitnehmen wolle, indem sie Äste abbreche.

Überlegung: Baum der Erkenntnis - Aggression.

P.: *Es ist Ihr Hals, es ist Ihr Kopf. Mit Ihrem Kopf hab' ich's oft.*

A.: *Bleibt er drauf? Mit meinem Kopf haben Sie's oft?*

P.: *Ja, ja, wahnsinnig oft. Von Anfang an vermeß' ich den in allen Richtungen.*

A.: *Hm, es ist . . .*

P.: *Es ist ganz eigenartig, von hinten nach vorn und von unten. Ich glaub', ich treib' 'nen richtigen Kult mit Ihrem Kopf. Es ist zu komisch. Bei anderen Leuten seh' ich eher, was sie anhaben, ganz unwillkürlich, ohne daß ich sie taxieren müßte.*

Überlegung: Gemeinsamkeit herstellen als primäre Identifizierung.

(Das Thema erstreckt sich über einen längeren Zeitraum mit manchen Pausen und "hms" des Analytikers.)

P.: *Ich bin einfach überfordert. Da frag' ich mich manchmal hinterher, warum ich das, einen so einfachen Zusammenhang, nicht gesehen habe. Ihr Kopf interessiert mich unheimlich. Natürlich auch, was drin ist. Nicht nur mitnehmen, nein, eindringen möchte ich in den Kopf, vor allem eindringen.*

Überlegung: Durch den partiellen Entzug des Objekts steigert sich unbewußte phallische Aggressivität.

Die Patientin spricht sehr leise, so daß ich zunächst das "Eindringen" gar nicht verstanden habe und "einbringen" verstand. Die Patientin stellt es richtig und bringt noch ein eigenartiges Bild: "Ja, das sagt sich so schwer vor 100 Augen."

P.: *Eindringen, ums Eindringen geht es und ums Rausholen.*

Das Eindringen und Rausholen sehe ich im Zusammenhang mit dem Kampftema. Die Sexualsymbolik aufgrund einer Verschiebung von unten nach oben läßt sich unter Einbeziehung einer Geschichte therapeutisch nutzbar machen, von der die Patientin in einer früheren Stunde erzählt hatte: Eine Frau ließ ihren Freund nicht zum Verkehr kommen und masturbierte ihn, was sie in Kopffägeranalogie brachte und als "Schrumpfköpfe machen" bezeichnete. Die von Penisneid diktierte unbewußte Kastrationsabsicht bedingte eine tiefe Sexualangst und hatte ihre Parallele in einer allgemeinen und speziellen Deflorationsangst. Im Sinne eines sich selbst verstärkenden und sich perpetuierenden neurotischen Kreisgeschehens führten die Ängste wiederum zu einer Frustration, die sich die Patientin unwillkürlich selbst auferlegte. Die nunmehr innerseelisch ablaufende Zurückweisung ihrer sexuellen und erotischen Wünsche verstärkten die aggressive Komponente intensiven Haben- und Besitzenwollens (Peniswunsch und Penisneid).

A.: *Daß Sie das Messer haben wollen, um konkret eindringen zu können, um noch mehr herauszuholen.*

Nach einigem Hin und Her gebe ich eine erklärende Zusammenfassung und sage, daß es bei der Beschäftigung mit dem Thema Eindringen und Kopf und beim Kampf ums Messer um etwas sehr Konkretes gehe.

A.: *Nicht umsonst hat Ihre Freundin von Schrumpfköpfen gesprochen.*

P.: *Gerade deswegen habe ich ja auch den Gedanken abgebrochen.* (Für etwa 10 Minuten war die Patientin abgewichen auf ein entlegenes Thema.)

Die Patientin weicht wieder aus, nachdem sie eine Einsicht in ihren Widerstand gegen eine Intensivierung der Übertragung geäußert hat. In mehreren Bemerkungen unterbricht sie durch kritische Bemerkungen die Intensivierung.

P.: *Weil das momentan so blöd sein kann, so fern liegend. Ja, es geht um meine Wünsche und Begierden, aber es ist verflxt, ich werde da richtig böse, und wenn jetzt noch ein Kopf und ein Schrumpfkopf kommt . . .*

Sie lacht - äußert zugleich ihr Bedauern - und schweigt.

Ich versuche die Patientin zu ermutigen.

A.: *Sie wissen, was in Ihrem Kopf ist.*

P.: *In meinem bin ich überhaupt gar nicht zu Hause im Augenblick. Weiß ich denn, was dann morgen kommt? Ich muß mir überlegen; ich war grad beim Dogma und bei Ihrem Kopf, und wenn Sie nach unten wollen . . .* (zum Schrumpfkopf:) *Ich find's wirklich grotesk.*

Überlegung: Ich fing deshalb mit den Schrumpfköpfen an, weil ich davon ausging, daß die Patientin kooperationsfähiger sein würde, wenn der neidvolle Objektbezug einer lustvollen Beziehung weichen würde.

Die Patientin kommt dann auf äußere Dinge zu sprechen. Sie beschreibt, wie sie mich und wie sie sich selbst sieht, unabhängig vom Kopf, der dann zunächst wieder in einem allgemeinen Sinne in den Mittelpunkt rückt.

A.: *Durch Ihre Gedanken über den Kopf versuchen Sie herauszufinden, was Sie sind und was ich bin.*

P.: *Ich vermesse Ihren Kopf manchmal, wie wenn ich Ihr Gehirn biegen wollte.*

Die Patientin beschreibt dann ihre Assoziationen, als sie irgendwann einmal ein Bild von mir abgedruckt sah.

P.: *Ich hab' dabei noch ganz anderes entdeckt. Es war wahnsinnig viel Neid dabei auf Ihren Kopf. Irrsinnig viel. Jetzt komm' ich natürlich auf jeden Fall auf was. Immer, wenn ich wieder an den Dolch denke und an manch schönen Traum.*

Überlegung: Die Patientin hat sich offenbar ertappt gefühlt; sie fühlt sich durch ihren eigenen Einfall erniedrigt, so als hätte sie meine Annahme, worauf sich der Neid beziehen könnte, erraten, wobei ich ihr dann allerdings mit diesem Wissen sozusagen vorausgeeilt wäre.

A.: *Eine Erniedrigung, offenbar in Ihrem Gedanken, als ob ich schon weiß, wo ich das einzuordnen habe, wenn Sie Ihren Neid äußern, also schon weiß, worauf Sie neidisch sind.*

P.: *Das kam halt jetzt gerade, weil Sie vorher auf die Schrumpfköpfe kamen, die ich ja gar nicht gemacht habe. Aber was mich fasziniert hat, ist dieser Kampf bis aufs Messer, um das Harte zu packen . . . Ja, das hab' ich befürchtet, daß Sie es nicht aushalten könnten. Das ist eine ganz alte Befürchtung, daß Sie es nicht aushalten. Mein Vater hat ja nie was ausgehalten. Sie glauben gar nicht, wie fad ich meinen Vater finde. Nichts hat er ausgehalten.*

Überlegung: Überraschende Wendung - die Unsicherheit der Patientin, ihre Angst beim Zupacken hat sich "unspezifisch" am Vater gebildet.

A.: *Um so mehr wird es wichtig, ob mein Kopfhart ist. Das steigert die Härte des Zupackens.*

P.: *Ja, man kann härter zupacken . . . und kann besser - ich sag' einfach kämpfen.*

Die Patientin macht dann mehrere Bemerkungen dahingehend, wie wichtig es sei, daß ich mich nicht umwerfen lasse, und sie kehrt zu ihrem Neid zurück.

Sie kommt wieder auf ihr Studium und wie sie damals die Köpfe der anderen "vermessen" hat. Sie bringt dann einen neuen Gedanken ein.

P.: *Ich will ein kleines Loch in den Kopf schlagen und in Fortsetzung dieses Themas etwas von meinen Gedanken reinton.*

Überlegung: Ein konkretistisches Bild "geistigen" Austauschs?

Der Gedanke der Patientin über die Gegenseitigkeit des Austauschs veranlasst mich, dem Kampf noch eine weitere Seite abzugewinnen. Durch ihn würde ja auch zum Ausdruck gebracht, wie wichtig es mir ist, daß sie der Welt (und mir) erhalten bleibt und weder in die masochistische Selbstopferung im missionarischen Dienst noch in den Suizid ausweicht.

P.: *Das kam mir neulich. Ob ich nicht so ein bisschen Ihr Dogma gegen meines austauschen kann. Der Gedanke an dieses Austauschen hat es mir leichter gemacht, das alles über den Kopf zu sagen.*

A.: *Daß Sie weiter hier bleiben, damit Sie mit Ihren Gedanken meinen Kopf weiter füllen können.*

Überlegung: Befruchtung im mehrfachen Sinn - Ausgleich und Anerkennung der Gegenseitigkeit.

P.: *Ach so - und wirklich fruchtbare Gedanken geben.*

Die Patientin kommt auf ihre Gedanken und Phantasien vor der Stunde zurück, wie sehr sie hin- und hergerissen war. Ob sie wohl überhaupt eine Zukunft habe und ob sie sich nicht in der einen oder anderen Weise zurückziehen und Schluß machen solle mit allem.

Die schweren Schuldgefühle in Bezug auf ihre Destruktivität versuchte ich schon am Anfang zu entlasten. Ich greife aber nochmals darauf zurück, daß ihre Überlegungen zu meiner Stabilität dem Maß ihrer Aggressivität sozusagen proportional sind. Nur in einer

starken, unumstößlichen Stabilität kann die Patientin Sicherheit gewinnen und ihre Destruktivität sich weiter entfalten lassen. In diesen Zusammenhang gehört wahrscheinlich auch das Thema des Dogmatismus, den sie zwar kritisiert - sowohl was ihre eigene Bibel angeht als auch was den mir zugeschriebenen Glauben an die Freud-Bibel betrifft -, der aber andererseits Sicherheit verleiht, weshalb der Dogmatismus gar nicht streng genug eingehalten und ausgeprägt sein kann.

*A.: Sie möchten natürlich kein kleines Loch, Sie möchten auch nicht wenig, sondern viel reinstecken. Sie haben einen schüchternen Versuch gemacht, die Stabilität des Kopfes auszuprobieren mit dem Gedanken an das große oder kleine Loch.*

Die anschließende Deutung, daß die Patientin durch ein größeres Loch auch mehr sehen und dann auch austasten könnte, greift sie auf:

*P.: Ich möchte sogar in Ihrem Kopf spazieren gehen können.*

Diesen Gedanken führt sie weiter aus und betont, daß sie auch schon früher, also vor der heutigen Stunde, immer wieder einmal gedacht habe, wie schön es wäre, sich bei mir auszuruhen; geradezu eine Bank in meinem Kopf zu haben, und ganz friedlich erwähnt sie, daß ich beim Sterben und im Rückblick auf mein Leben sagen könnte, einen schönen, ruhigen, friedlichen Arbeitsplatz gehabt zu haben.

Überlegung: Die Ruhe und Friedlichkeit haben deutlich eine regressive Seite, nämlich die des Vermeidens des Lebenskampfes überhaupt.

Die Patientin sieht ihren damaligen Eintritt in ein Mutterhaus nun so, als wäre die Türe weit offen gewesen und als hätte sie sich damals vom Leben abgewandt. Sie zieht nun eine Parallele zum Beginn der Stunde, als die Tür offen war.

*P.: Da mußte ich wirklich nicht reinbohren. Ja, da könnte ich den Kampf draußen lassen, da könnte ich auch Sie draußen lassen, und Sie dürften dann Ihre Dogmen behalten.*

*A.: Hm.*

*P.: Und dann würde ich nicht mit Ihnen kämpfen.*

*A.: Ja, aber Sie würden dann auch nicht mit Ihren Dogmen meine befruchten. In der Ruhe würde dann alles unverändert bleiben, aber durch Ihre Eingriffe in meine Gedanken, in meinen Kopf, wollen Sie ja auch etwas verändern, wollen und können Sie ja auch etwas verändern.*

In der nächsten Sitzung kommt die Patientin nach etwa 5 Minuten auf den Kopf und sein Vermessen zurück und darauf, daß sie es gestört hat, daß ich von den Schrumpfköpfen angefangen hatte.

*P.: Ich hab's Ihnen ja gesagt. Warum wollen Sie denn jetzt einfach vom Kopf runterrutschen.*

Dann beschreibt sie, sie sei kaum zu Hause gewesen, da seien ihr ihre Gedanken eingefallen, die sie bei der Begrüßung gehabt habe, die sie dann aber in der Stunde total vergessen habe.

*P.: Er (Analytiker) kommt mir ja vor wie in den besten Jahren, und da dachte ich an das Geschlechtsteil und an die Schrumpfköpfe.*

Diesen Gedanken habe sie aber schnell zur Seite geschoben, und er sei wieder ganz weg.

*P.: Als Sie mit den Schrumpfköpfen anfangen, da dachte ich, wo holt er das wieder her?*

Es geht dann um die Frage meiner Sicherheit und meines Dogmatismus, und es wird deutlich, daß die Patientin eine Bemerkung, die ich einmal ganz undogmatisch gemacht hatte, als es um Freud und Jung ging (ich habe den Inhalt vergessen), dogmatisch erlebt hatte.

Die Patientin denkt dann an ein Leben in vollen Zügen und an den Zeitpunkt, als bei ihr alles aufhörte und sie "asketisch" wurde, und ob dies alles noch einmal aufleben könne. Dann kommt sie wieder auf den Kampf und auf den Kopf zurück.

*P.: Ich hatte wirklich Angst, ihn abreißen zu können, und heute denk' ich, der ist so steif und grad, und ich denke, ich komm' ja in meinen Kopf irgendwie gar nicht richtig rein. Ich bin nicht zu Hause; wie soll ich da in Ihren reinkommen?*

Die Patientin kommt dann auf eine Tante zu sprechen, die manchmal auch sehr hart war, so daß man glaubte, mit einer Mauer zu tun zu haben. Es geht dann weiter, wie hart und wie weich sie den Kopf haben möchte. Ihre Phantasien drehen sich einerseits um Ruhe und Geborgenheit, andererseits aber ist sie beunruhigt, was im Kopf verborgen sein könnte, so daß eine Gefahr bestünde, verschlungen zu werden.

Überlegung: Offensichtlich geht es hier um eine regressive Bewegung. Die Patientin kann keine Ruhe und Entspannung finden, weil sich ihre sexuellen Wünsche mit prägenitalen Phantasien verknüpfen, die in der Gefahr, verschlungen zu werden, projiziert wiederkehren. Diese Komponente findet ihre deutliche Darstellung und in gewisser Weise auch ihren Abschluß anläßlich eines späteren Einfalls - eine Indianergeschichte, bei der Mütter ihren kleinen Söhnen durch Lutschen am Glied Lust verschaffen und es dabei abbeißen.

Bei den Vergleichen der Köpfe und ihrer Inhalte dreht es sich immer wieder um die Frage des Zusammenpassens und des Nichtzusammenpassens.

P.: *Die Frage, wie Sie zu Ihren Gedanken kommen und wie ich zu meinen komme . . . Gedanken stehen hier für vieles . . .*

A.: *Wie sie sich treffen, wie sie sich aneinander reiben, wie weit sie eindringen, wie freundlich oder unfreundlich sie sind.*

P.: *Ja, genau.*

A.: *Hm, na ja.*

P.: *Das haben Sie aber ein bisschen zu glatt gesagt.*

Die Patientin überlegt sich, was sie alles abschreckt, und sie kommt nochmals auf die Schrumpfköpfe zurück.

P.: *Ich fühlte mich da so auf die Sexualität festgelegt. Das war ein zu großer Sprung.*

Das Thema setzt sich fort in der Frage nach ihrer Geschwindigkeit und nach meiner Rücksichtnahme auf sie und ihr Tempo.

P.: *Aber es stimmt schon, es war natürlich nicht bloß ihr Kopf, sondern das Glied.*

Frau Amalie X ist nun in der Lage, mit einer sich steigernden und dann verschwindenden Angst die Lust der gedanklichen Verbindung von der sexuellen Lust zu unterscheiden: Die Couch wird zum gedanklichen Ort einer sexuellen Vereinigung, das Ausruhen in meinem Kopf zum Symbol prägenitaler Harmonie und schließlich auch zur Lokalisierung gedanklicher Gemeinsamkeit und Einsicht. Diese Seite wird einige Zeit später noch deutlicher:

Das Thema der Sitzungen ist von der Symptomatik her gekennzeichnet durch eine Beschädigungsangst als Reaktion auf eine harmlose Blasenentzündung. Die Patientin leidet unter einem anhaltenden Harndrang, den sie darauf zurückführt, daß sie sich bei der Masturbation beschädigt haben könnte. Frau Amalie X versucht, sich mit Hilfe von Anatomiebüchern ein Bild von ihrer Genitalregion zu machen. Sie lokalisiert ihre Beschwerden in den gesamten Unterleib. Sie stellt sich vor, durch Drücken und Reiben einen Muskel kaputtgemacht zu haben, ähnlich wie bei schweren Geburten der Schließmuskel der Blase beschädigt werden kann. Die Patientin ist durch diese Angst stark beeinträchtigt, sie leidet unter Schlaf- und Arbeitsstörungen. Sie befürchtet, man könne an ihrer Hose einen nassen Fleck erkennen. Bei der Selbstbefriedigung überwogen destruktive Phantasien.

Trotz der Zunahme der Beschwerden hat die Patientin eine vertrauensvolle Einstellung. Sie erwartet eine klare Antwort, ob es anatomisch möglich sei, daß sie sich bei der Masturbation beschädigt habe. Meine Versicherung, daß dies nicht der Fall sei, führt zu einer Angstmilderung und vorübergehend zu einer großen Erleichterung, aber auch zu dem Gefühl, mich erpresst oder "irgendwie verführt zu haben". Daraus würden "neue Gefahren" entstehen. Erpressen, Bekennen und Verführen vermischen sich. Sie fürchtet, ich würde sie "irgendwohin führen, wo alles erlaubt ist", so als ob es in meinem Weltbild keine Schuld gebe. Die Patientin schwankt zwischen 2 Vorstellungen: sie sieht in mir einmal den Verführer



und dann den Sittenrichter. Als Ausweg vor der drohenden Grenzenlosigkeit in ihr selbst, die alles durcheinander bringen und kaputtmachen würde, scheint der Rückgriff auf ihre pietistische Frömmigkeit, die ihr aber nur noch wenig bedeutet, zumal sie schon vor der Analyse ihre Beziehung zur Kirche deshalb gelockert hatte, weil sie keine Erleichterung ihrer Nöte, sondern immer wieder neue Belastungen aus den Geboten erfahren hatte.

Eine entscheidende Wende im Verhältnis von Übertragung und Beziehung bringt in dieser Phase die Erfahrung, daß ich eine Erklärung für meine Technik gebe. Frau Amalie X empfindet dies als einen Vertrauensbeweis. Diese Mitteilung erleichtert ihr die Identifikation mit der einsichtvermittelnden Funktion des Analytikers. Meine Bereitwilligkeit, sie an meinem Denken als einen besonderen "Schatz" teilnehmen zu lassen, bringt sowohl die Beziehung als auch die Übertragung auf eine neue Ebene. Einblick zu nehmen und Einsicht gewinnen zu dürfen, also weniger ausgeschlossen zu sein, machen das aggressive Eindringen in meinen "Kopf", das Bohren eines Lochs, überflüssig bzw. bringen Annäherung und Teilhabe auf eine freundlich-lustvolle, spielerische Ebene.

Für mich selbst ist dieses Einblickgewähren in mein psychoanalytisches Denken nichts Besonderes, und es ist, aus meiner Sicht, eine ganz banale Situation, die aber für die Patientin zum Anlass einer neuen Erfahrung wird. In einer Nebenübertragung zu ihrem Vorgesetzten bringt sie einen "ungeheuren Respekt" unter, der sich v. a. auf die Zeitnot des Chefs bezieht, die es nicht erlaube, eine unabgeschlossene kleine Auseinandersetzung in einem weiteren Gespräch zu klären.

Die Patientin erlebt offenbar meine geäußerte Zuversicht als Ausdruck großer Freiheit, so als hätte ich mich von irgendeiner Einschränkung befreit. Es wird dann bearbeitet, daß sie seit langem weiß, was ich zu wesentlichen Themen ihres Erlebens denke und daß sie ja "eindringen und wissen darf".

Die Patientin hat ein Problem mit ihrem Vorgesetzten thematisiert und deutlich gemacht, daß sie sich ihm gegenüber freier fühlt. Sie tritt ihren Erfolg in etwas übertriebener Weise an die Psychoanalyse und an mich ab. Dann geht es um die Frage der Ermutigung, und ich äußere, daß sie durch eine von ihr gewünschte Ermutigung um das Auskosten ihres eigenen Erfolgs gebracht würde. Weiter geht es um den übergroßen Respekt, den sie immer noch habe.

*A.: Das baut sich ein gutes Stück von selbst ab.*

*P.: Ich hab' immer noch eine furchtbare Angst, rausgeschmissen zu werden.*

(Im Sinne eines Minisymptoms verließ die Patientin lange Zeit regelmäßig schon einige Minuten vor Ende der Sitzung das Sprechzimmer. Die vielfache Determinierung dieses Verhaltens hat uns nicht eigens beschäftigt. Es änderte sich Schritt für Schritt von selbst. Unter anderem wollte die Patientin vermeiden, daß durch ein Fortgeschicktwerden die ganze Begegnung "annulliert" werden könnte.)

Die Patientin fragt mich zu meiner Überraschung: "Ist es Ihnen aufgefallen, daß Sie gerade eine Erklärung für Ihre Technik gegeben haben, was Sie ganz selten tun?"

Auf meine Rückfrage erfahre ich, daß die Patientin beeindruckt war von meinem Hinweis, daß sich etwas von selbst abbaut. (Im nachhinein betrachtet: Ich habe also doch eine Ermutigung gegeben, nämlich die, daß vieles von selbst geschieht und nicht alles erkämpft werden muß.)

Die Patientin spricht dann länger darüber, wie unheimlich positiv sie meine Äußerung empfunden habe, und sie sieht sie als Ausdruck meiner Freiheit.

*P.: Gefällt Ihnen die Freiheit nicht, die ich Ihnen da zuschreibe?*

Ich zeige meine Überraschung darüber, daß sie glaubt, nicht in mein Denken eindringen und die Begründung für Äußerungen und Überlegungen erfahren zu dürfen - obwohl sie es seit langem weiß.

*P.: Aber daß ich's aussprechen konnte, das fand ich unheimlich neu.*

*A.: Dann ist es ja fast so, als würde erst mein Aussprechen billigen, daß Sie etwas ganz Selbstverständliches, was Ihnen längst auch bekannt ist, wissen dürfen.*

*P.: Es war noch mehr dabei, nämlich das Image, das sie für mich immer hatten, daß Sie eben Ihren Schatz hüten.*

*Sie lacht.*

*P.: Ich hab' immer das Gefühl gehabt . . . Kopf, Buch und all die Dinge - und wenn Sie selber Ihren Kopf aufmachen, dann muß ich da nicht reinbohren, und das ist einfach etwas völlig anderes. Es ist eben eine Offenheit oder Freiheit, die ausgeht von Ihnen. Irgendein Vertrauensbeweis, find' ich, wenn Sie mal sagen, das tu' ich deshalb und deshalb . . . Ich finde es so oder so. Es scheint noch etwas anderes, wenn Sie das sagen, als wenn ich Ihnen das sage.*

Zu dem offenen Buch ist noch nachzutragen, daß die Patientin zwischenzeitlich eine Veröffentlichung von mir und auch eine gemeinsame Publikation von meiner Frau und mir gelesen hat. Irgendwie hatte sie der "Freud-Bibel" Verbote des Wissenserwerbs zugeschrieben, und die Patientin war offenbar erstaunt, daß ich ihre Neugierde als selbstverständlich ansah, ebenso wie einige Nachforschungen über meinen familiären Hintergrund, über den sie, was meine "christliche" Bibel angeht, schon vor der Analyse eine vage Vorstellung über weitläufige schwäbische Beziehungen hatte.

Mit der Zunahme des Vertrauens und der Identifizierung mit meiner einsichtvermittelnden Funktion als Analytiker entwickeln sich neue, intensivere Übertragungsphantasien. Eine kontinuierliche Arbeitsbeziehung ist gewährleistet, sie versinnbildlicht sich im "stabilen, zuverlässigen Gesicht", im "Ich-bin-da-Gesicht" des Psychoanalytikers und in seinen "warmen Händen".