

H Kächele & W. Schwendele

DER STUDENT

Die nachfolgenden Beschreibungen des Verlaufs einer psychodynamischen Kurztherapie (Fokaltherapie) mit einem 23jährigen Studenten entstanden aufgrund der wiederholten Betrachtung der mit Video aufgezeichneten Therapiestunden dieser von H.K. durchgeführten Therapie durch eine psychotherapeutisch nicht vorgebildete Beobachterin (W.S.) Die Beschreibung sollte in möglichst theorie-armer Form durchgeführt werden, es ist selbstverständlich, daß die Beschreibung nicht theoriefrei sein kann. Als <Theorie> fungierte der Vorwissen der Beobachterin, die sich in einem sozialwissenschaftlich - praktisch orientierten Ausbildungsgang befindet. Der behandelnde Therapeut (H.K.) hat diese Protokolle zunächst nur soweit überarbeitet, daß die Schilderungen zur Verständnissicherung da und dort mit Hinweisen aus seiner Erfahrung mit dem Patienten angereichert wurden. Er hat nicht versucht, in diesen Protokollen, systematisch psychodynamisch-interpretative Gesichtspunkte einzuführen; dies soll in einer der nachfolgenden Aufbereitungen des Therapie - Verlaufes unter psychodynamisch-technischen Gesichtspunkten durch Einfügung von Kommentaren im Text geschehen.

Die Besonderheit des hier vorgelegten methodischen Vorgehens besteht nun darin, daß die Beobachterin (W.S.) folgenden Arbeitsschritte unternommen hat:

1. sie hat wiederholte Male die gesamte Video-Serie von 29 Stunden plus einer Katamnese-Stunde angeschaut;
2. sie hat einen thematischen Index der gesamten Therapie erstellt: jede Sitzung wurde in 10 Minuten-Segmente unterteilt und es wurde festgehalten, über welche Themen von Patient bzw. Therapeut gesprochen wurde. Der Themenkatalog wurde an dem Material der ersten Stunden erstellt und im Verlauf wurde geprüft, inwieweit der Katalog durch mögliche thematische Veränderungen modifiziert werden mußte. Die Angaben zu den Themen wurden dichotom "vorhanden vs. nicht-vorhanden" festgehalten. Die Auswertung dieser detaillierten Angaben erfolgt durch graphische Darstellung.
3. Darüber hinaus füllte die Beobachterin einen Fragebogen " Fluktuation im psychoanalytischen Prozeß" für jede Sitzung aus, dessen Items wie in einer frühen Studie unsrer Gruppe gezeigt werden konnte, im wesentlichen die Dimension "gute vs. schlechte Stunde" wiedergeben (Kächele, 1970).

Das klinische Material liegt also in drei Versionen vor:

- a. eine Kurzfassung, die auf knappste Weise den Stundeninhalt skizziert und
- b. eine Langfassung, die den Stundenverlauf nachzuzeichnen sucht.
- c. die Verbatimprotokolle der Therapiesitzungen (beziehen über die ULMER TEXTBANK)

Std 1: Langfassung des Erstinterviews (1. Stunde)

Im ersten Gespräch spricht der Patient zunächst von seinen Kontrollzwängen, wie er sie nennt. Diese äußern sich vor allem darin, daß er sich - wenn er ins Haus hineingegangen ist, sich umdrehend auf den Boden schauen muß. Er hat dabei das Gefühl, es fehle ihm etwas, als habe er etwas verloren oder vergessen. Dies passiert auch bei anderen Gelegenheiten, doch hauptsächlich in diesem Rahmen. Im Elternhaus ist der Zwang noch stärker.

Die Symptome traten zunächst phasisch auf, mit einem Ansteigen in den kälteren Jahreszeiten. Es gibt auch heute noch Unterschiede in der Intensität, abhängig von psychischen Belastungen. Der Patient kann sich genau an ein Erlebnis im 12. Lebensjahr erinnern, das er als Auslöser betrachtet. Bei einem Spiel im Wald stieg er zwischen zwei Stapel mit Baumstämmen; darauf setzten sich dann andere Kinder, ältere Buben - und drohten ihm an, ihn nicht mehr heraus zu lassen. Dabei bekam er heftige Angst. Am nächsten Tag fuhr er zu der Stelle zurück und hatte dabei das Gefühl, ihm fehle etwas.

Nach fünf Minuten des Gespräches zieht der Patient seine Jacke aus: man hat das Gefühl, als sei er erst jetzt richtig angekommen. Der Therapeut spricht ihn darauf an, ob er sich hier auch eingengt gefühlt habe, was der Patient jedoch verneint.

Der Patient berichtet weiter, daß er sich beim Lernen selber einen Zwang auferlegt hat, sich eingengt hat, dieses jedoch durch den Erfolg kompensiert und nicht bemerkte. Er habe auch zunächst in * Jura studiert, doch dabei auch zuwenig Freiraum gehabt. Er studiere nun Sozialpädagogik in seiner Heimatstadt, was ihm mehr Spielraum lasse und ihm angenehme Fächer biete.

Er lebt mit einer Freundin und deren dreijährigen Sohn zusammen, den diese aus einer früheren Beziehung mitgebracht hat. Der Patient empfindet das Dasein dieses Kindes als sehr positiv für sich. Er kann nur schwer allein sein; als er in * noch studierte, fuhr er jedes Wochenende nach Hause. Der Patient hat jedoch auch Angst vor psychischer Abhängigkeit; dabei kommt er auf Streitsituationen mit seiner Freundin zu sprechen. Dabei geht es auch um seine Zwangssymptome, die Enge und Verkrampftheit von ihm übertragen sich manchmal auf die Freundin.

An dieser Stelle fragt der Patient, ob die Videoanlage laufe; auf die Bejahung hin meint er, er habe damit gerechnet und es enge ihn nicht ein. Als der Therapeut ihn auf seine Freundlichkeit anspricht, meint der Patient, das werde schon noch anders werden; momentan fühle er sich gefaßt und beherrscht. Dann kommt der Patient auf sein sog. Suchtverhalten zu sprechen, nämlich daß er durch Essen, Trinken und Rauchen psychische Belastungen kompensiere. Allerdings habe er dies durch eine Diät im Griff, nur auf das Rauchen könne er nicht verzichten, dabei kann er Spannungen in die Luft pusten. Der Therapeut bekräftigt, um diese Spannungen ginge es und spricht dann die Erfahrungen mit der Therapeutin an der Studentenberatung an: der Patient meint, dies seien nur Vorgespräche gewesen, doch für ihn war es ein Erfolg, daß sich die Notwendigkeit einer Therapie heraus - kristallisiert habe. Durch die Symptome gehe für ihn nämlich Zeit kaputt und er möchte auch seine Lebensqualität verbessern.

Beim weiteren Bericht übers Studium lacht der Patient, als er über die Schwierigkeiten eine Arbeitsstelle zu kriegen, spricht. Der Therapeut weist ihn auf die unangemessene Reaktion hin, wobei der Patient dann sein Lachen rationalisierend begründet. Finanzielle Enge erlebt der Patient, trotz geringem Einkommen, nicht.

Gegen Ende des zweiten Drittels der Stunde fragt der Therapeut, wie der Patient das Gespräch empfinde. Der Patient meint dazu, vorerst sei es eben an ihm, dem Therapeut Informationen zu geben. Der Therapeut fragt weiter nach dem Vergleich zwischen ihm und der früheren Therapeut bzw. dem Vorinterviewer an der Ulmer Ambulanz. Darauf kann der Patient aber nicht viel Neues sagen.

Der Therapeut meint, im Patient sei etwas, was stärker ist als der Patient zeigen könne; der Patient meint, daß er über beträchtliche Triebpotentiale verfüge.

Der Patient unterstreicht, daß ein Zurückgehen auf die Kindheit sinnvoll wäre. Der Therapeut ergänzt, daß es auch wichtig sei, was heute dazu beitrage, daß der Patient Symptome bilde. Er der Therapeut sieht auch mehr ein Suchen als ein Kontrollieren beim Patient. Gegen Ende der Stunde herrscht Organisatorisches vor: der Patient geht davon aus, daß die Be-

handlung lange dauern wird, da sich die Symptome schon über einen langen Zeitraum entwickelt haben. Er finde auch sonst keine weiteren Anhaltspunkte für eine Entstehung in der Gegenwart, z. B. im sexuellen Bereich habe er keine Schwierigkeiten.

Der Therapeut meint, es werde nicht lange dauern müssen, er schlägt 30 Behandlungsstunden vor. Auf die Frage des Patienten, was dies für eine Therapie sei, ob Verhaltenstherapie, antwortet der Therapeut, keine Verhaltenstherapie, sondern so etwas wie sie es heute gemacht hätten. Der Patient will nicht nur seine Symptome los werden, sondern insgesamt lockerer werden. Zum Schluß berichtet er noch über psychosomatische Beschwerden, über eine hypertone Blutdruckkrise (RR 180) und einen Hörsturz. Der Therapeut weist auf eine Narbe hin, die auf der Stirn des Patient sichtbar sei, worauf sich herausstellt, daß der Patient in einen Autounfall verwickelt war, der für einen Freund des Patient tödlich ausging.

Als der Therapeut meint, die Spannungen hätten etwas mit heftigen, zerstörerischen Gefühlen zu tun, will der Patient gleich eine Vorschrift für sich daraus machen. Der Therapeut erwidert, er sei zunächst wichtig, etwas aufzuzeigen.

Klinische Diskussion

Ich beginne die klinische Diskussion mit der Wiedergabe meiner Geschichte, so wie ich diesen ersten Kontakt mit dem Patienten in einem klinischen Seminar darstellen würde. An einer süddeutschen Universitätsstadt wird an der Beratungsstelle für Studierende ein 23jähriger Mann im Erstinterview gesehen. Er leidet schon länger an einem umschriebenen Zwangssymptom: immer wenn er in ein Haus hineingehe, oder durch eine Tür ein Zimmer betrete, müsse er sich auf der Schwelle suchend umsehen. Darüber hinaus klagt er über Kontaktprobleme am Studienort, weshalb er immer am Wochenende nach Hause gefahren ist. Er berichtet über Engegefühle, das Studium der Juristerei habe seinen Geist in spanische Stiefel eingeschnürt und er habe deshalb das Studium gewechselt und in seiner Heimatstadt an einer Fachhochschule das Studium der Sozialpädagogik aufgenommen. Zuhause, so präzisiert er, ist nicht sein Elternhaus, sondern er wohne mit einer etwas älteren Freundin zusammen, die als Sozialarbeiterin bereits einen festen Job habe und mit ihrem dreijährigen Sohn aus ihrer früheren Beziehung hätten sie so etwas wie eine richtig glückliche Familie. Allerdings kritisiere die Frau an seinem Zwangsverhalten ständig herum und wolle ihn auch vom Rauchen abbringen, da dies dem Jungen nicht guttue. Dieses nörgelnde Kritisieren scheint der aktuell - belastende Hintergrund für seinen Behandlungs - wunsch zu sein.

Von seinen Eltern berichtet er erst auf Nachfragen: Sie hätten drei Kinder und ihn, den Jüngsten, die Mutter sei ständig erschöpft gewesen, und der Vater beschäftige sich mehr mit seinem Auto und Stereoanlagen als mit seiner Frau. Mit dem Patienten selber habe es kaum gemeinsame Unternehmungen gegeben. Er habe als Kind viel allein gespielt, stets in der Nähe der Mutter, mit der er dann in der Pubertät viele Ausflüge unternommen habe, um sie wohl über ihre Einsamkeit hinwegzutrusten. Seine Versuche sich in der peer group zurechtzufinden, waren stets problematisch und er verknüpft den Beginn des Symptoms auch mit einer traumatischen Erfahrung:

Patient: "Ich kann mich bloß noch erinnern ab dem zwölften Lebensjahr da hatt ich so ein Erlebnis - da bin ich mit mehreren spielen gegangen in den Wald - ältere waren das - und dann mußte ich zwischen zwei so Holzstapel - in so eine Rille da - mußte ich hineinklettern das war so der Inhalt vom Spiel - und dann haben die was Dummes gemacht - die haben sich nämlich oben drauf gesetzt und haben gesagt sie lassen mich nicht mehr raus -

- und das ist jetzt meine eigene Phantasie, mein eigener Versuch an das Problem heranzukommen woher das (das Symptom) wohl kommen kann - muß ja nicht sein aber, seit dem Zeitpunkt= war das also, die haben mir da, eine mords Platzangst verschafft durch das Verhalten

Und dann bin ich - das war das erste Mal glaub, nach einem Tag oder so= ich bin also heulend heimgefahren nach dem Erlebnis und nach einem Tag oder so bin ich dann rausgefahren in Wald und hab= hab das Gefühl gehabt (Pat. lacht dabei) dass irgendwas fehlt"

Der Interviewer in der Studentische Beratungsstelle indiziert eine Psychoanalyse und überweist den Patienten nach Ulm, da dies dem Heimatort des Patienten näher liegt. Schon aufgrund dieser zugegebenermaßen kargen Skizze lassen sich Überlegungen anstellen, welche thematischen Leitfäden in einer Psychoanalyse mit diesem noch sehr adoleszent wirkenden Patienten zu erwarten sind:

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

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

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

Weitere Themen lassen sich unschwer finden; ebenso läßt sich eine weitere Ausdifferenzierung dieser globalen thematischen Strukturen vorstellen, die in zunehmendem Maße auch die speziellen psychoanalytischen Theoreme heranziehen würde, z.B. berichtet der Pat. später, daß er ohne Schuldgefühle zuhause masturbiert habe, er sei nie erwischt worden und sein Sperma sei die natürlichste Sache der Welt. Die ausgiebig etablierte Selbstbefriedigung bei gleichzeitiger Zurückhaltung Mädchen gegenüber geben Hinweise auf spezielle Verknüpfung seiner ödipalen Sexualität mit prä - ödipalen Wünschen.

Wir können es bei dieser Skizzierung vorläufig belassen: die in X. gestellte Indikation zu einer Psychoanalyse erscheint einleuchtend, wenn nicht die Interviewerin eine Frau gewesen wäre, deren betonte Hervorhebung der "frühen Bedürftigkeit" des Patienten im Erstinterview-Bericht einen interaktionellen Aspekt schon in der Indikationsstellung beleuchtet. Die von Dantlgraber (1982) vertretene subjektive Indikation wird anhand solcher Beispiele nachvollziehbar; sie stellt aber oft nicht viel mehr als eine Verwirklichung bereits früh angelaufener Übertragungs - Gegenübertragungsverschränkung dar, der - wie ich bereits oben sagte - wir nicht zu entkommen vermögen, der wir aber kritisch auf der Spur sein sollten, besonders dann, wenn wir unsre Lieblingsindikationen stellen.

Aus solchen Überlegungen heraus habe ich für den jungen Mann die Indikation für eine "streng genommene" Psychoanalyse nicht übernehmen können. Mir schien eine adaptive Indikationsstellung sinnvoll, bei der im Rahmen einer zeitlich begrenzten Fokaltherapie zunächst einmal die Überwindung der nicht abgeschlossenen Ablösungsprozesse von den Eltern anzustreben wäre; in diesem Zusammenhang gehört wohl die Bearbeitung der sehr zwiespältigen Bindung in einem ehe- ähnlichen Verhältnis mit einer etwas älteren und lebenserfahreneren Partnerin ganz in der Nachbarschaft der Eltern als ein äußeres Ziel. Die Durcharbeitung seiner Sehnsucht nach dem Vater als einem erreichbaren und faßbaren Identifikationsobjekt und der Erwerb einer Fähigkeit zu einer positiv-ödipalen Rivalität würden das innere Ziel einer solchen Fokaltherapie darstellen.

Mit einer hochfrequenten Behandlung würde der Patient in Gefahr geraten, statt an seine nur in Ansätzen gelebte Adoleszenz anknüpfen zu können, in eine Regression in frühe Bedürfnisse zu geraten, die bei faktischer äußerer Abhängigkeit von der Lebenspartnerin eine wenig günstige Situation für ihn herbeiführen könnte. Dabei kann offenbleiben, ob und wann und für welche Ziele zu einem späteren Zeitpunkt auch eine intensivere Bearbeitung seiner schon jetzt im Ansatz erkennbaren zwanghaften charakterneurotischen Züge sich als notwendig erweisen sollte. Das Zwangssymptom, welches vom Beginn der Pubertät stammt, verweist

auf eine Einschränkung in der Handhabung einer auf Trennung und Ablösung zielen Aggressivität, deren einengende Wirkung auf die gegenwärtig zu lösenden Aufgaben entwicklungspsychologisch im Vordergrund steht. Seine regressiv- sehnsuchtsvolle Bedeutung

- es ist immer dann am stärksten, wenn er im Haus der Eltern in sein eigenes Zimmer eintritt
- verlegt ihm zunächst den Weg in die Adoleszenz.

Therapieverlauf im Spiegel der Kurzfassung (W. Schwendele)

Std.1: Kurzfassung

Der Patient beginnt mit der Schilderung seiner Symptome, als Erklärungsansatz bringt er ein Kindheitserlebnis, andere Kinder hätten ihn in einem Holzstapel festgehalten.

Der Therapeut fragt, ob der Patient sich eingeeengt fühlte und dies auch heute in anderer Weise fühle. Darauf belegt der Patient dies mit Beispielen aus seiner beruflichen bzw. schulischen Werdegang (Jurastudium). Bei der Schilderung seiner Lebensumstände (Student sein, Freundin mit Kind) spricht er seine Schwierigkeit an, allein zu leben; auch erfährt er oftmals Spannungen in sich, die er schlecht abbauen kann. Der Patient schildert auch sein "Suchtverhalten" (Essen, Trinken und Rauchen).

Auf Nachfragen des Therapeuten berichtet der Patient auch über seine bisherigen therapeutischen Erfahrungen. Bei Überlegungen, wie es weitergehen soll, meint der Patient, daß er wohl eine längere Therapie brauche, der Therapeut ist da anderer Meinung. Sie verabreden auf Vorschlag des Therapeut eine Kurztherapie von 30 Stunden.

Std. 2: Kurzfassung

Der Patient spricht seine zerstörerischen Gefühle an. Es wird jedoch klar, daß er nichts wirklich zerstören kann bzw. möchte und daß er eine große Hemmschwelle gegenüber Aggressionen hat, diese nur versteckt herauskommen z. B. beim Schachspiel. Der Therapeut spricht hierbei auch Skrupel des Patienten vor Körperlichem an.

Zu Beginn berichtet der Patient, daß die Zwangssymptome sich abends verstärken. Der Therapeut gibt zu einem späteren Zeitpunkt des Gespräches die Erklärung, daß sich tagsüber Spannungen, Frustrationen anhäufen, die dann zu einer Flucht in die Symptome führen.

Der Patient erzählt auch von seiner Kindheit, daß er als viertes Kind nicht mehr soviel fordern konnte, daß der Vater ihn enttäuschte, weil er nie etwas mit dem Patienten unternahm und mit Liebesentzug arbeitete, daß die Mutter aktiv die Erziehung übernahm.

Im zweiten Teil des Gespräches spricht der Therapeut die häufige Formulierung des Patienten "es ist jemand da" an. Der Patient bestätigt, daß er nicht allein sein kann. Als seine letzte Beziehung zerbrach, war es für ihn eine Katastrophe. Der Therapeut zeigt ihm, daß man sich nur ärgern kann, wenn man das Risiko eingeht, verlassen zu werden. Das kann der Patient nicht.

Als der Therapeut Schluß machen möchte, zögert der Patient die Stunde hinaus und fragt indirekt, ob er seine jetzige Beziehung beenden müßte. Der Therapeut ergänzt 'opfern müßte' und beruhigt ihn, daß es um innere Vorgänge gehe.

Unter der Tür meint der Patient: "Es war anstrengend heute".

Std. 3: Kurzfassung

Dies war ein recht aufschlußreiches Gespräch. Der Patient erzählt von seiner Kindheit, von der Zeit als im das Spielen wichtiger war als das Lernen, und daß er unter dem Schuldruck seine Gefühle/Bedürfnisse immer mehr zurücksteckte und dafür sich mit Schulfächern beschäftigte.

Er erzählt auch innerlich erregt von Spannungen im Elternhaus während seiner Kindheit, aber auch jetzt. Und er berichtet von Schwierigkeiten in der jetzigen Beziehung.

Von der letzten Stunde her beschäftigt ihn, daß er nicht allein kam.

Ich verspürte eine offene und hoffnungsvolle Atmosphäre.

Std. 4: Kurzfassung

Am Anfang der Stunde werden vom Patienten noch einmal seine Probleme mit den Eltern angesprochen, das hat ihn auch von der letzten Stunde her noch beschäftigt.

Dabei versucht der Therapeut auch aktuelle Gefühle des Patienten in der Therapie zur Sprache zu bringen, der Patient wehrt zunächst jedoch eher ab.

Als der Patient von seiner Gefühlswelt berichtet bzw. davon, daß er Angst hat, daß was hochkommt, verwendet er das Wort "Schlick".

Der Therapeut fragt nach Masturbationserlebnissen, worauf der Patient frei und unbefangen antwortet, er habe dabei nie was Schlechtes gesehen bzw. Schuldgefühle bekommen, es sei ja auch "keimfrei".

Der Therapeut fragt noch nach Träumen, der Patient kann jedoch allgemein keine erinnern.

Der Patient spricht dann von seiner Angst krank zu werden, dabei erzählt er von einem Kreislaufkollaps mit 18 Jahren.

Er hat auch ein schlechtes Gewissen bzw. Angst beim Rauchen.

In dieser Stunde war es manchmal ein bißchen ein "Nebenher".

Std. 5: Kurzfassung

Dieses Mal ging es vor allem um die Gefühle des Patienten, die immer vom Verstand beeinflusst bzw. zurückgedrängt werden. Er spricht auch aggressiven Gefühlen, dabei berichtet er über einen Streit mit seiner Freundin, wobei er sie eigentlich ungerecht behandelte/beschimpfte und er sich dabei wohl fühlte. Durch ein inadäquates Lachen des Patienten bei der Schilderung, stellt der Therapeut die Überlegung an, daß der Patient diese Aggression ihm gegenüber abschwächen will und auch sonst nicht emotional zu seinen Aggressionen stehen kann. Auch später in der Stunde lacht der Patient noch einmal unpassend. Der Therapeut schlägt ihm vor, nach der Stunde diese Videoaufnahme anzuschauen, was er dann auch tut.

Insgesamt versucht der Therapeut verstärkt, die Gefühle des Patienten in der Stunde und zu ihm hervorzuheben und zu bearbeiten. Der Patient weicht davor etwas aus. Es entsteht dabei auch eine gewisse Spannung im Gespräch, ich hatte den Eindruck, daß der Patient fast aggressiv dabei wurde.

Das Gespräch kommt auch auf das "Nicht-schwach-sein-Dürfen" des Patienten. Weiter berichtet der Patient von einer momentanen Erleichterung seiner Zwangssymptomatik, dabei erzählt er eine kleine Episode, als er in Gedanken etwas gefunden hatte, was er in nächster Zeit machen möchte, könnte er ganz zwangsfrei zurück ins Haus gehen.

Gegen Ende der Stunde werden noch einmal die Spannungen im Elternhaus während der Kindheit des Patienten und zur Zeit angesprochen.

Am Ende der Stunde war die Atmosphäre wieder gelockerter.

Std. 6: Kurzfassung

Mir erschien der Patient etwas diffus, aufgekratzt. Zunächst erzählt der Patient schon auf dem Gang, daß er sich nicht mehr ganz sicher sei, wann es diese Woche stattfindet. Dabei stellt er fest, daß es nächsten Montag wieder nicht geht. Er spricht auch davon, daß sie sich schon lange nicht mehr gesehen haben. Der Therapeut greift dies auf und spricht von einer Sehnsucht des Patienten nach ihm. Der Patient möchte gerne wissen, was für ein Bild der Therapeut von ihm hat. Der Therapeut versucht ihm aufzuzeigen, wie er den Patienten in der Stunde erlebt. Der Patient berichtet von sich selbst, daß er jetzt wieder fähiger ist, "auf mehreren Herdplatten zu kochen". Dann erzählt er von seiner Kindheit/Jugend, es wird deutlich, daß er sehr nach innerer Ruhe sucht und diese bisher wenig erlebt und kein Vorbild in dieser Weise hatte.

Der Patient erzählt dann von einem bevorstehenden Besuch bei den Schwiegereltern, und daß er sich dort sehr wohl fühlt und gerne mit den Schwiegereltern zusammen arbeitet. Besonders hebt er hier seine Freude/Lust beim Holzmachen hervor. Darauf erzählt er von der Lust, Mädchen nachzuschauen, er freut sich an einer "gelungenen Komposition". Es entwickelt sich fast so was wie ein Männergespräch über Frauen. Der Therapeut spricht dies auch an und fragt weiter, wie dies auf die Freundin des Patienten wirkt.

Am Ende meint der Therapeut zu dem Bild, das er vom Patienten hat, daß er starke Wünsche habe, doch wenn diese drohen, einen Verlust nach sich zu ziehen, dann stoppt/unterdrückt der Patient diese Wünsche.

Std. 7: Kurzfassung

Die Stunde fängt mühsam an, da der Patient sich vorgenommen hatte, diese Mal nicht anzufangen. Der Therapeut verknüpft dies ein Stückweit mit Gefühlen, geht aber nicht stärker darauf ein. Plötzlich bricht es doch aus dem Patienten heraus, und er erzählt über Freizeitaktivitäten, vergangene und geplante. Daraufhin kommt er sehr bald auf seinen schulischen Werdegang zu sprechen, der dann auch zum Hauptthema der Stunde wird. Er spricht viel über bestimmte Schulfächer, lernen, und vom Therapeut darauf hingewiesen, auch von Freunden und Lehrern.

In der zweiten Hälfte der Stunde berichtet der Patient noch von Mädchen bzw. Frauenfreundschaften.

Der Therapeut versucht zwei- bis dreimal aufzudecken, der Patient geht nur geringfügig darauf ein, er kann es akzeptieren, aber nicht sofort damit arbeiten.

Insgesamt war die Stunde vom "Erzählen" des Patienten geprägt.

Std. 8: Kurzfassung

Zunächst weiß der Patient nicht, über was er reden soll, dann erzählt er jedoch sehr ausführlich von einer Bergtour mit einem Freund. Wichtig ist ihm hierbei, daß der Freund so viel Bier mitgenommen hatte bzw. daß er es brauchte, und daß er, der Patient, sich ein Stückweit mitreißen ließ, sich nicht abgrenzen konnte. Er spricht dann viel über Suchtverhalten und der Abhängigkeit von anderen, sprich Freund. Der Patient könnte sich diese Bergtour gut mit seinem Vater vorstellen.

Daraufhin verknüpft der Therapeut die Schilderungen des Patienten mit der Sehnsucht nach Vorbildern und vor allem nach dem Vater. Er macht dem Patienten auch gegen Ende der Stunde deutlich, daß er u. U. eine Vaterrolle bei dem Patienten einnimmt. Der Patient wehrt zunächst ab, kann sich dann jedoch ein Stückweit darauf einlassen. Zwischen Tür und Angel sagt der Patient am Schluß, daß es ihm jetzt nicht gutgehe.

Ich fand die Stunde insgesamt gut, jedoch hat meiner Meinung nach der Therapeut zu sehr in eine Richtung gewiesen.

Std. 9: Kurzfassung

Ich fand diese Stunde anstrengend bzw. ich hatte Schwierigkeiten, dabei zu bleiben.

Die vorherige Stunde ist dieses Mal noch sehr gegenwärtig. Der Patient war von der letzten Stunde sehr bewegt, er hat auch viel darüber nachgedacht. Am Anfang spricht er über seine Unfähigkeit, allein sein zu können. Dabei verknüpft der Therapeut dies mit der Beziehung des Patienten zu ihm. Insgesamt nimmt diese Beziehung in dieser Stunde sehr viel Raum ein, beide lassen sich darauf ein. Der Patient spricht oft vage, nicht faßbar (für mich) darüber.

Ich glaube, daß sich in der letzten und in dieser Stunde viel getan hat und es zu einem neuen Abschnitt in der Therapie kommt.

Std. 10: Kurzfassung

Die Stunde ist geprägt von dem Verhältnis zwischen Patient und Therapeut. Der Therapeut stellt es als Vater-Sohn-Verhältnis dar. Der Patient wehrt sich dagegen, er könnte den Therapeut leichter als größeren Bruder akzeptieren.

Des weiteren erarbeiten Patient und Therapeut, daß der Patient zu jemandem möchte, der mit ihm etwas macht, und zum anderen Angst davor hat, sich dabei zu verlieren.

Der Therapeut brachte immer wieder aktiv die Sprache auf die Beziehung von ihm und dem Patienten.

Es war eine aktive Stunde.

Std. 11: Kurzfassung

Die Stunde beginnt mit den Vorstellungen des Patienten über den Therapieraum. Er sieht ihn eher unpersönlicher, institutionell, er vergleicht ihn mit einer Sporthalle.

Ein wichtiger Punkt ist die Schwierigkeit des Patienten, wieviel Nähe, Persönlichkeit er aushalten kann, und daß er sich und seine Bedürfnisse eher zurücksteckt, damit er keine Enttäuschung erfährt ("lieber viele kleine Enttäuschungen als eine große Enttäuschung", Therapeut). Der Therapeut spricht in diesem Zusammenhang die Mutter des Patienten an.

Der Therapeut macht die Ambivalenz des Patienten (Zuwendung wollen und Abstand halten) an der Beziehung zwischen ihm und dem Patienten fest.

Der Patient scheint mir etwas überfordert, er macht den Eindruck, daß der über das alles noch viel nachdenken wird.

Std. 12: Kurzfassung

Als erstes spricht der Patient über eine Hausarbeit, die sich mit Neurosen beschäftigt: dies hat ihn auch verwirrt und zum Nachdenken angeregt. Dabei berichtet er auch von seiner älteren Schwester und deren Mann, welche an einer Gesprächstherapie teilnehmen. Er erfährt von dem Schwager, daß seine Schwester, anders als er, eher den Vater in Schutz nimmt und der Mutter vorwirft, "sie hätte den Vater draußen gehalten". Der Patient fragt sich, ob der Therapeut Vater oder Mutter für ihn sein kann, er bezweifelt dies.

In der Mitte der Stunde taucht wieder die Frage auf, wieviel möchte der Patient vom Therapeut wissen und "darf" er ihn fragen. Dabei kommt das Gespräch auf Autos. Es entwickelt sich ein richtiges "Männergespräch". Der Therapeut geht voll auf das Thema ein. Sie sprechen darüber, was für eine Aussage ein Auto hat und welcher Fahrer dahinter sitzt. Der Patient möchte mit einem Auto nicht protzen. Dabei kommt sein Selbstverständnis als Mann und sein Verhältnis zu anderen Männern zur Sprache. Er möchte kein Macho sein. Darauf spricht der Patient sein Verhältnis zu seiner Freundin an. Sie möchte eigentlich lieber einen starken, beschützenden Freund, was er nicht ist und nicht sein will.

In dieser Stunde entwickelte sich fast eine intime Atmosphäre zwischen Therapeut und Patient, von Mann zu Mann.

Ich denke, der Patient fühlte sich wohl in dieser Stunde.

Std. 13: Kurzfassung

Zu Beginn der Stunde geht es um das Sicherheitsdenken des Patienten. Er bringt dazu die Beispiele: Entscheidungen zu fällen, die Ambivalenz in seiner Beziehung, und sein Sicherstellen, daß der Therapeut weiß, über was er redet. Sie kommen dann auf die anstehende Pause zu sprechen und der Therapeut macht deutlich, daß es gleichzeitig die Halbzeit ist. Der Patient kann sich das noch nicht recht vorstellen, fragt sich, was sich verändert hat. Der Therapeut meint, die kleinen Schritte sind wichtig.

Im Gespräch über die Beziehung erklärt der Patient, daß er eine Trennung in Betracht zieht. Auf die Frage des Therapeuten, wie die Freundin die Therapie erlebt, meint der Patient positiv. Die Freundin stört vieles an ihm, z. B. seine gebückte Körperhaltung, sie möchte, daß er sie aufbaut. Der Therapeut meint, hinter dem Nicht-Können steht ein Nicht-Wollen. Der Patient kann letzteres nicht sagen.

Der Patient fragt, Ob der Therapeut die Videobänder immer wieder anschaut, daraufhin geht es kurz über die Auswertung der Bänder.

Gegenüber spricht der Therapeut noch einmal die Halbzeit und die dahinter stehende endgültige Trennung an. Der Patient räumt ein, daß er sich schon überlegt hat, ob es ausreicht, doch rationalisiert dann, daß diese Stundenzahl ausgemacht war; traurig wird er schon sein.

Es wird klar, daß er sich schon gut gewappnet hat. Als sie zum Schluß, angeregt durch den Therapeuten, über den Urlaub sprechen, möchte der Patient genau wissen, wo der Therapeut hingeht. Dieser regt ihn an, darüber nachzudenken, was es für ihn bedeutet.

Std. 14: Kurzfassung

Der Patient beginnt mit der Reflexion seiner Beziehung zum Therapeut. Er stellt fest, daß er durch persönliche Fragen an den Therapeut sich ein Bild vom Therapeut schaffen möchte, damit er abschätzen kann, wie der Therapeut ihn sieht bzw. ob er ihn annehmen kann. Es wird klar, daß der Patient vor allem Autoritäten, z. B. Lehrern gegenüber schon immer gefallen wollte. Er ist von ihrem Wohlwollen abhängig und findet keine eigene Autonomie. Der Therapeut bringt den Begriff "veraltete Strategie", dies spricht den Patienten außerordentlich stark an. Er versteht nun vieles und kann es annehmen, allerdings erst mit dem Kopf, gefühlsmäßig noch nicht. Er sieht sich nun in der Lage, daß er erkennt, begreift und dann resigniert fragt "und wie komm ich da raus, wer hilft mir". Der Therapeut hat in dieser Stunde sehr aktiv in den Prozeß eingegriffen. Der Patient konnte jedoch mitgehen.

Std. 15: Kurzfassung

Dieses Gespräch ähnelt fast einem Streitgespräch. Die Deutung, die der Therapeut immer wieder vornahm, wurden vom Patienten heftig abgewehrt, wobei der Therapeut seine Sichtweise verdeutlichen wollte. Es entstand kaum eine Annäherung. Ich empfand eine Aggression zwischen den Gesprächspartnern.

Inhaltlich ging es in der Hauptsache um den Geburtstag des Patienten, den er zunächst verheimlichte. Er erzählte nur von einem Fest bei sich, daß er sich wohl fühlte, jedoch in der Nacht starke Ängste bekam. Der Therapeut versuchte diese Ängste, die in der Nacht vor der Sitzung auftraten, mit dieser in Verbindung zu bringen. Dabei wehrte der Patient ab. Auch bei weiteren angesprochenen Übertragungen wehrte der Patient mehr als bisher ab.

Mir vermittelte der Patient eine Traurigkeit, er löst das Gefühl aus 'der arme Junge, dem muß man doch helfen'.

Std. 16: Kurzfassung

Zunächst verläuft das Gespräch etwas ungerichtet. Der Patient spricht von der vorherigen Stunde, daß er vergessen hat, über was er nicht nachdenken sollte. Dann spricht er unmittelbar von seiner Freundin und deren beginnenden Therapie. Er fragt, ob ein Dabeisein von ihm sich ungünstig auf die Therapie auswirken könnte. Seine momentane Symptomatik wird von ihm angesprochen. Es ist etwas wirr, und der Patient findet sich auch in seiner Gesamtsituation nicht ganz zurecht. Der Therapeut bietet ihm eine Episode an: Vor dieser Stunde mußte er noch was erledigen und ließ den Patienten 10 Minuten warten. Nun fragt der Therapeut nach den Gefühlen/Gedanken, die der Patient dabei hatte. Hier konzentriert sich nun das Gespräch, aber durch aktives Einwirken des Therapeuten. Der Patient bringt rationale, terminliche Gedanken, der Therapeut möchte stärker auf persönliche Gefühle des Patienten kommen. Der Patient kann nur bedingt mitgehen.

Gegen Mitte der Stunde bis fast zum Ende der Stunde geht es um die Beziehung Patient/Therapeut. Der Patient bringt das Gespräch darauf, indem er sich gefragt hatte, ob der Therapeut Arzt oder Psychologe sei.

Am Schluß spricht der Patient seine aktuelle Beziehung zu seiner Freundin an, die Zeit ist fortgeschritten, und der Therapeut beendet unvermittelt mit "ich glaube, es ist Zeit" die Stunde.

Std. 17: Kurzfassung

Zunächst geht es wieder um die Neugierde des Patienten in bezug auf den Therapeuten. Es stellt sich heraus, daß der Patient sich nichts selber nehmen will, z. B. Informationen, sondern sie direkt und freiwillig bekommen will, dahinter steht seine Vorsicht. Beim Vater hat er gefordert und nicht bekommen, das will er nicht mehr riskieren. Ihn beschäftigt es, daß der Therapeut meint, so würde er nicht glücklich werden. Sie erarbeiten, daß der Patient vor den äußeren Grenzen schon innere zieht. Es geht längere Zeit um das Sich-Nehmen, eigentlich möchte das der Patient nicht, das befriedigt ihn nicht.

Der Therapeut erklärt, daß der Patient enttäuschende Erfahrungen innerlich verallgemeinert hat und innerlich vorweg nimmt 'das geht wieder so aus'. Später geht der Therapeut einen Schritt weiter und meint, hält einen Vorwurf an die Eltern aufrecht, 'die haben es mir nicht gegeben, also kann ich es nicht' und es könnte sein, daß er diesen Vorwurf auch dem Therapeuten macht.

Als zum Schluß der Therapeut vorschlägt, sich in den nächsten Stunden die Beziehung zur Freundin und eventuelle Parallelen in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient zu betrachten, überlegt der Patient, ob er seine Freundin mal mitbringen soll.

Std. 18: Kurzfassung

Der Patient beginnt etwas resigniert, später stellt sich heraus, daß er es gerne hätte, wenn der Therapeut mal beginnen würde.

Ihn beschäftigt den Satz, daß er wohl eher unglücklich sein wird, wenn er so weiter macht. Er gibt auch zu verstehen, daß er sich heute nicht fit fühlt. Dann spricht er über die Beziehung zu seiner Freundin. Sie meint, er mache ihr Schuldgefühle; er sieht sie auch als Mitleidende, er fragt sich wieder, ob er die Beziehung beenden soll.

Es geht dann allgemein um eine Verhaltensänderung beim Patienten. Er möchte, daß der Therapeut Baumeister für ihn ist, ihm ein Rezept gibt. Der Therapeut zeigt ihm hier wieder seine resignierte, sehnsuchtsvolle Stimmung, noch etwas zu bekommen, was sich zunächst auf die Eltern bezieht, doch jetzt auch auf den Therapeuten. Der Patient fragt sich, ob sich der Therapeut die Woche über mit ihm beschäftigt. Der Therapeut gibt die Frage zurück und es stellt sich heraus, daß der Patient keinen inneren gefühlsmäßigen Dialog mit dem Therapeuten führt, ebenso wenig mit den Eltern und der Freundin.

Noch einmal auf das 'Rezept geben' zurückkommend meint der Therapeut, der Patient habe ein Rezept, nämlich: er sei zurückhaltend, vorsichtig, sei lieber allein, und dieses Rezept lasse sich nicht durch ein neues verdrängen. Der Patient ergänzt, daß er eine äußerst negative Einstellung habe.

Der Therapeut verdeutlicht, daß er es deshalb fertig bringen würde, immer wieder enttäuscht zu werden, in ihm sei eine Lust am Unglück.

Es ist ein sehr intensives Gespräch. Der Patient wehrt zunächst häufig ab, erkennt dann die Deutungen des Therapeuten doch an. Er macht einen bedrückten Eindruck.

Std. 19: Kurzfassung

Der Patient bringt ein Buch mit, in dem er sich oft wiederfindet. Die Freundin kann nicht mitkommen, da sie krank ist.

In der Beziehung kriselt es stark. Er hält ihre Vorhaltungen, ihr Meckern nicht mehr aus. Er überlegt ernsthaft auszuziehen. Auch sein Pfeifen-Rauchen, was er als Sucht ansieht, ist Thema. Der Therapeut verweist ihn darauf, daß sie die Sucht immer als Sehnsucht ansahen, und er sich die Sehnsucht nach Geborgenheit, Harmonie gewalttätig nehmen will. Die Harmonie hat er auch bei den Eltern und jetzt bei der Freundin gesucht. Wenn er nicht raucht, kommt Angst hoch. Der Therapeut meint, es ist die Angst allein zu sein bzw. die Angst, verlassen zu werden. Hinter dem Alleinsein vermutet der Therapeut den Anspruch, es müßte jemand da sein. Das verbindet sich dann mit Zorn auf jemand, z. B. auf den Therapeuten, daß dieser ihn verläßt. Das streitet der Patient ab, Zorn sei es nicht.

Der Therapeut legt ihm nahe, während der Therapie die Beziehung zur Freundin nicht zu beenden und sie nächstes Mal mitzubringen.

Std. 20: Kurzfassung

Dieses findet zusammen mit der Freundin statt. Es stellt sich ziemlich bald heraus, daß beide das Gleiche im anderen suchen: Halt und Geborgenheit.

Der Therapeut macht klar, daß das auch eine Chance sein kann, sich gegenseitig zu verstehen und zu helfen. Der Patient glaubt, er muß erst für sich selbst Stabilität aufbauen.

Die Freundin spricht das Verhalten des Patienten an, daß er immer das macht, was ihn gerade beeinflußt bzw. was andere zu ihm sagen; er sei ganz selten sich selbst.

Vom Therapeuten darauf angesprochen, erklärt die Freundin, sie fühle sich meist älter, seltener gleich alt und nie jünger als der Patient.

Sie habe sich auch schon ausgelebt, er noch nicht, er habe auch kein Verlangen danach, höchstens für eine kurze Bekanntschaft, eigentlich möchte er bei ihr bleiben.

Im weiteren Verlauf des Gespräches stellt sich heraus, daß sie zu wenig gemeinsam aktiv sind.

Der Therapeut fragt die Freundin nach ihrer Auffassung von Sexualität, sie verbindet dies mit absoluter Harmonie, der Patient hätte gerne öfters sexuellen Kontakt.

Der Therapeut resümiert zum Schluß, daß sie relativ leicht auseinanderkommen und sie mehr darauf achten sollten, wie sie wieder zusammenkommen könnten, und dies könne über Sexualität geschehen.

Lange Passagen reden der Patient und seine Freundin miteinander.

Std. 21: Kurzfassung

Der Patient erzählt, daß sich vieles getan hat. Er hat sich von seiner Freundin distanziert, und diese bemüht sich wiederum stärker um ihn. Gleichzeitig lernte er beim Jogging ein Mädchen kennen. Zu der Episode kam es, als er, sein Freund und das Mädchen in einem Wochenendhaus zusammen in einem Bett lagen und er mit dem Mädchen Zärtlichkeiten austauschte. Als der Freund dies bemerkte, wurde er ärgerlich. Es stellt sich heraus, daß dieser zuvor mit dem Mädchen befreundet war, und das Mädchen nun dachte, sie bedeute ihm noch etwas, was auf Gegenseitigkeit beruht. Der Patient hat sich dann eher zurückgezogen. Doch der Freund kam sich nun überflüssig vor.

Der Therapeut geht auf das fehlende Rivalitätsdenken des Patienten ein. Der Patient ist etwas zwiespältig, doch will er keinem anderen die Frau wegnehmen. Später sprechen sie darüber, daß die Sexualität in den Stunden hier nie Gesprächsthema war. Der Therapeut meint, der Patient könne das unter Männern nicht deutlich machen, er möchte immer der Harmlose sein.

Auch die Beziehung zur Freundin fließt immer wieder mit ein. Das letzte Gespräch hatte große Wirkung. Die Freundin weiß um die Affäre und ist um den Patienten bemüht, sie möchte ihn nicht verlieren. Auf die Nachfrage des Therapeuten beteuert der Patient, daß die Freundin nicht denkt, daß das letzte Gespräch der Grund dafür sei, daß sie auseinandergebracht worden wären. Sie sprechen auch noch einmal über die Aussagen bezüglich der Sexualität in der letzten Stunde. Zum Schluß spricht der Therapeut die Vorstellungen des Patienten über ihn, den Therapeuten, und seine Sexualität an. Doch der Patient kann sich nichts vorstellen.

Der Patient erscheint dieses Mal wie in pubertärer Verliebtheit mit allen dazugehörigen Verwicklungen und auch einem gewissen Stolz der Eroberung.

Std. 22: Kurzfassung

Der Patient erzählt, daß er am Wochenende auswärts Freunde besuchte und (das Mädchen) seine neue Bekannte ungeplant mitfuhr. Sie übernachteten gemeinsam in einem Zimmer; als er zärtlich zu ihr wurde, wehrt sie das ab, was ihn schon traf, doch er akzeptierte es. Für ihn ist es jetzt vor allem das Problem, daß das Mädchen Leute aus seiner Nachbarschaft kennt und er befürchtet, sie könnte diesen Leuten von ihrer Beziehung erzählen. Er und seine Freundin haben nun Angst vor dem Klatsch.

Es kommt das Gefühl hoch, das Mädchen spielt mit ihm. Er stellte auch fest, daß sie immer das bekommt, was sie will, auch von seinen Freunden ließ sie sich gleich eine Arbeit für die Schule schreiben.

Doch vor allem geht es ihm nun um den möglichen Klatsch. Der Therapeut stellt die Vermutung an, ob diese Nachbarn äußeren Eltern sind und stellt später gemeinsam mit dem Patienten fest, daß dessen Ärger darüber, daß das Mädchen ihn abwehrt, nun fehlt, er aber dafür glaubt, Ärger auszulösen. Der Ärger, die Aggression ist in Angst umgeschlagen. Der Therapeut meint, in Angst vor Frauen, und zeigt, daß der Patient sich nicht traut, als Mann gegenüber Frauen gewalttätig zu sein. Der Patient meint, er wolle das auch nicht.

Std. 23: keine Videoaufnahme

Std. 24: Kurzfassung

Der Patient beginnt die Stunde mit dem Vorschlag bzw. der Frage, ob er die gesamten Videos der Therapie am Ende der Behandlung dem Therapeuten abkaufen könnte? Dies ist weniger emotional als praktisch zu sehen. Der Therapeut meldet Bedenken an, ob es für den Patienten gut wäre, wenn er (und u. U. andere, z. B. seine Freundin) sich immer wieder mit den Sitzungen auseinandersetzen würde.

Der Patient knüpft an eine vorherige Stunde an und möchte noch etwas über seine allgemeine negative Einstellung sprechen. Dabei kommt er ins Erzählen über sein Praktikum im Knast. Über das aggressive Verhalten eines Freundes, welches dem Patienten jetzt verständlicher ist, wird das Aggressionsverhalten bzw. das "Nicht-aggressiv-sein-Können" des Patienten zum Hauptthema der Stunde. Dies ist ein zentraler Punkt in der Persönlichkeit des Patienten. Der Therapeut versucht dies in der Beziehung ein Stückweit zu verdeutlichen.

Am Ende der Stunde stellt der Therapeut die Deutung in den Raum, daß der Patient sich hinter der inneren Behauptung bzw. subjektiven Sicherheit 'er sei immer zu kurz gekommen' verschanzt und gemeinsam stellen Patient und Therapeut fest, daß der Patient im Grunde gar nicht allzu 'kurz gekommen ist'.

Std. 25: Kurzfassung

Der Patient verspürt sehr viel ungerichtete Angst in sich, als ein Bekannter von Krebskranken berichtete. Seine Angst richtete sich gleich auf Krankheit und Tod. Er möchte diese Angst aber nicht in Zusammenhang mit dem nahen Therapieende bringen.

In der Beziehung lassen sich er und seine Freundin gegenseitig mehr Freiheit, er geht oft weg, es bleibt aber noch eine Spannung. Er stellt fest, daß sein Kontrollverhalten kaum mehr da ist, dafür verstärkt sich die Angst. Der Therapeut fragt, wie es wäre, wenn die Eltern sterben würden. Es würde ihn schon treffen, doch hat er gegenüber den Eltern resigniert, noch etwas verändern zu können. Wenn er sich vorstellt, selbst zu sterben, dann kommt das Gefühl hoch, noch gar nicht gelebt zu haben. Das Gespräch kommt auf die Freizeitaktivitäten: Schach und Gitarrespielen. Er müßte jetzt mehr machen, um weiter zu kommen. Er möchte jedoch keinen Lehrer, hat Angst, die Hürde nicht zu schaffen. Der Therapeut macht ihm klar, daß er Konkurrenz meidet, was er zum Schluß auch annehmen kann.

Std. 26: Kurzfassung

Der Patient berichtet zunächst von der momentanen Situation mit seiner Freundin. Er ist sich immer wieder unsicher, ob er bleiben oder sich ein eigenes Zimmer nehmen soll. Dabei erzählt er von seinen negativen Erfahrungen mit seiner Zimmerwirtin in Tübingen. Durch seine begrenzten finanziellen Möglichkeiten kann er sich keine Wohnung nehmen und müßte u. U. wieder zu seinen Eltern ziehen, was er nicht möchte. Dabei kommt seine begrenzte Freiheit zur Sprache. Der Therapeut fragt den Patienten immer wieder, wo seine Schauplätze/Kampfplätze sind, auch hier in der Stunde. Dabei kommt das starre Harmoniestreben des Patienten zum Ausdruck. Er spricht auch Überlegungen an, ob er für seinen Beruf geeignet ist. Der Therapeut möchte verstärkt über die Gefühle des Patienten in der Therapie und zu

ihm sprechen. Der Patient spricht aber vor allem über seine Gefühle zu seiner Freundin und deren Kind. Es wird deutlich, daß er gerne dabei Vater und auch Kind sein möchte. Darauf kommt der Patient wieder auf seine Eltern zu sprechen. Der Therapeut beschreibt die Gefühle des Patienten mit "stimmungsvoller Sehnsucht".

Am Ende der Stunde erklärt der Patient, daß er sich die Videoaufnahmen doch nicht kopieren möchte.

Ich fühlte in dieser Stunde eine verstärkte Nüchternheit und vom Patienten auch wieder etwas mehr Distanziertheit.

Std. 27: Kurzfassung

Der Patient überlegt, ob er gemeinsam mit seiner Freundin eine von ihr schon begonnene Gestalttherapie mitmachen soll. Er fragt den Therapeuten um Rat und entschließt sich dann dazu.

Auf die Frage des Patienten, wie der Therapeut ihn sieht, meint der Therapeut, so krank wie er glaubt, sei er gar nicht. Daraufhin zieht der Patient eine allgemeine Bilanz über sich und sein Leben, seine Entwicklung.

Der Therapeut fragt, was für Gefühle bezüglich des Therapieendes bei ihm hochkommen. Der Patient rationalisiert zunächst, räumt dann aber ein, daß er sich überlegt habe, er würde dann Platz frei machen für einen anderen. Ihn interessiert, was dem Therapeut wichtiger war, das Gespräch an sich oder die Aufzeichnung. Als der Therapeut die Frage zurückgibt, meint der Patient, ihm war wohl beides wichtig. Der Therapeut zeigt ihm, wenn er verlangen würde, daß die Bänder gelöscht würden, sähe er das wahre Gesicht des Therapeuten. Soweit will der Patient nicht gehen. Ihm wäre es wichtig, daß der Therapeut die Therapie auswertet, es wäre ihm jedoch unangenehm, wenn Studenten die Aufzeichnungen sehen würden, da er sich fragt, was die Studenten von ihm denken. Dabei kommen sie zu sprechen, wie pathologisch der Patient ist. Der Therapeut glaubt, daß es in ihm einen Wunsch gäbe, pathologisch zu sein, um Vorwürfe gegen die Eltern, aber auch gegen die Freundin und gegen den Therapeuten aufrecht erhalten zu können. Der Patient gibt zu, daß er die Tendenz hat, Vorwürfe aufrechtzuerhalten.

Der Therapeut zeigt ihm, daß es wichtig ist, das anklagende Moment in die Einschätzung zu verwandeln, was er braucht.

Zum Schluß sieht der Patient, daß er das Anklagende vom Vater hat.

Es ist eine harmonische Stunde, in der noch einmal vieles, was bisher erarbeitet wurde, zu Sprache kommt.

Std. 28: Kurzfassung

Der Patient berichtet von einem Ärger mit einem Vorgesetzten, der ihn mit seinen Anforderungen überfahren hat. Es wird hier im speziellen deutlich, der Therapeut sieht es auch im allgemeinen, daß es zwei Möglichkeiten für den Patienten gibt: einerseits sich zu beschweren, andererseits selbst etwas in die Hand zu nehmen. Der Patient handelte bisher verstärkt nach dem ersten Prinzip, sieht aber die Notwendigkeit, von dieser eher passiven Haltung zu aktivem Selbstgestalten zu kommen. Er berichtet auch wieder von unbegründeten Ängsten. Dabei wird klar, daß der Patient Schwierigkeiten hat, Abschied zu nehmen und sich zu trennen. An sich würde er schon noch gerne weitermachen wollen. Auf ein Wiedersehen angesprochen meint der Patient, er habe nicht den Anspruch, daß der Therapeut als Professor sich für ihn dann noch Zeit nehmen könne. Der Titel war ihm doch wichtiger als er zugab. Er fragt auch nach der wissenschaftlichen Auswertung dieser Stunden und ob es dann einmal ein Skript gäbe, das man nachlesen könne. Dem Patienten fallen die Versuche von Milgram ein, er gibt zu, ziemlich autoritätsgläubig gegenüber dem Therapeuten als Professor zu sein.

Std. 29: Kurzfassung

Der Patient weiß zunächst nicht mit was er anfangen soll. Der Therapeut fragt ihn nach seinen Gefühlen, jetzt bei der letzten Stunde. Darauf erzählt der Patient von einem Film über einen Krebskranken, der ihn sehr berührt hat. Später stellt der Therapeut fest, daß der Patient solch starkes Mitfühlen von äußeren Umständen (z. B. Film) braucht, um damit seine eigenen, inneren Gefühle (z. B. Abschied), seine zarten, subtilen Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Der Patient akzeptiert dies und bringt dazu auch Beispiele, daß er, als Freundschaften auseinandergehen, auch andere Anlässe suchte, um seinen Gefühlen Ausdruck zu geben. Der Therapeut möchte dem Patienten auch noch einmal, diesmal im Zusammenhang mit dessen Freundin, aufzeigen, daß er Schwierigkeiten hat, einfach etwas nehmen, was er möchte, und er statt dessen darauf wartet, daß es ihm gegeben wird. Der Therapeut versucht immer wieder die Gefühle des Patienten bezüglich des Therapieendes zu erfahren, doch der Patient ist eher zurückhaltend und spricht nüchtern über die Situation. Der Patient berichtet noch über die aktuelle Situation mit seiner Freundin und deren Kind, dabei steht er jetzt relativ sicher und überlegen da, möchte jedoch noch gerne an der Beziehung festhalten. Am Ende wird vom Therapeuten noch einmal die Schwierigkeit des Patienten mit seinen Eltern angesprochen, seine Ablösung hat eigentlich erst begonnen. Er ist gefühlsmäßig noch stark an die Eltern gebunden, obwohl es keine unbedingt positiven Gefühle sind. Ich glaube, daß der Patient schon sehr traurig ist über den Abschied, es jedoch, vielleicht auch für seine eigene Sicherheit, nicht zeigen kann.

Ergebnis und Katamnese

Betrachtet man die letzte Stunde auf dem Hintergrund der in der Diskussion der ersten Stunde aufgeführten drei Themenbereiche, die sich nach dem Erstinterview als zentral herausgestellt haben, so zeigt sich, daß diese am Therapieende nach wie vor aktuell und dynamisch relevant sind. Allerdings läßt sich eine veränderte Einstellung des Patienten zu diesen Themen beobachten.

Das erste Thema, die Vorstellung des Patienten, zu kurz gekommen zu sein, wird differenzierter und konstruktiv nutzbar, wenn man den Zusammenhang zu "Geben und Nehmen" herstellt. Der Patient sieht nun die unglückliche Verbindung zwischen seinem Mangelempfinden und der eigenen Passivität. Dadurch eröffnet er sich die Möglichkeit, in Zukunft andere Strategien auszuprobieren, durch aktives Handeln seine Umwelt zu gestalten und damit dem Mangelgefühl entgegenzuwirken.

Interpretiert man die Passivität des Patienten auf der Ebene des negativ-ödipalen Konfliktes (Thema 2), so müßte eine Veränderung in einer Überwindung der Identifikation mit der (vom Vater verlassenen) Mutter zu erwarten sein und verstärktes Rivalisieren mit dem Vater erkennbar werden. Dies läßt sich an der Beziehung zur Freundin belegen, die er wesentlich kritischer sieht und in der er die bisherige Rollenverteilung mehr und mehr in Frage stellt.

In seinem Verhalten in der Interaktion mit dem Therapeuten vermittelt der Patient eine diffuse und indifferente Haltung. Er kann seinem Ärger darüber, daß seine geäußerten Erwartungen nicht erfüllt wurden (z. B. ein Patentrezept), keinen Ausdruck verleihen. Die Enttäuschung über das Ende der Therapie wird zwar affektiv-nonverbal spürbar, aber kann inhaltlich nicht durchgearbeitet werden.

Thema 3, das sich um Neid und der daran hängenden Rivalität in der Geschwisterbeziehung dreht, spielt in der 29. letzten Stunde nur eine untergeordnete Rolle.

Insgesamt gewinnt man den Eindruck, daß der Patient sich mit dem aggressiv-kämpferischen Affektbereich in wechselnder Ausprägung auseinandersetzen kann; er kann ihn noch nicht offen verbalisieren. Insgesamt wirkt der Patient weniger verzweifelt, offener, weniger freundlich - wenn wir seine Freundlichkeit als Reaktionsbildung verstehen - und nachdenklicher. Sein Symptom, das ihn in die Behandlung geführt hat, findet in der

letzten Stunde überhaupt keine Erwähnung. Nach Aussage des Therapeuten hat es sich erheblich abgeschwächt und tritt nur noch in besonders belastenden Situationen auf.

3.1 Das erste katamnestische Interview

Psychoanalytische Behandlungen tendieren dazu, zum Zeitpunkt der Beendigung eher eine Intensivierung der Konflikte dadurch eine klinisch schwächere Position des Patienten sichtbar werden zu lassen, da die Abschiedssituation doch recht oft zu einer Wiederbelebung der kindlichen Ängste führt (Strupp u. Binder 1984). Deshalb sind katamnestische Gespräche gut geeignet, nach angemessener Zeit die Verarbeitung der Trennung und die Adaption der Therapieerfahrung aufzuweisen.

Ein Jahr nach der 29stündigen Behandlung meldete sich der Patient spontan, so wie vereinbart worden war.

Zunächst berichtet er über die Veränderungen seit der Beendigung der Behandlung. Er selbst bewertet diese durchaus positiv. Kurz nach Beendigung hat er sich auch von seiner Freundin getrennt und ist zu seinen Eltern gezogen, wo er in einem separaten Stockwerk lebt. Seine Symptomatik habe sich weiter verbessert, sodaß er sich dadurch nicht mehr behindert fühle.

Ausführlich schildert er dann seine Erfahrungen bei einem Berufspraktikum. Er scheint durch die Therapie die Fähigkeit erworben zu haben, mit seinem Ärger und seiner Enttäuschung anders umzugehen als früher: er kämpfe mehr für seine Vorstellungen und sei nicht mehr so kompromißbereit.

Den Therapeuten interessiert sich verständlicherweise für die Ausgestaltung der jetzigen Lebenssituation des Patienten im elterlichen Haus. Gegen die Eltern hatte er sich zum Beginn der Behandlung aus offenkundiger Angst vor regressiven Wünschen sehr abgegrenzt. Er vertrete - so sagt der Patient - offen seine Meinung den Eltern gegenüber, weshalb es gelegentlich zu Auseinandersetzungen - vor allem mit der Mutter - komme. Ihm gelinge es jetzt mehr, sich deren Ansprüchen zu entziehen. Allein um der Geborgenheit willen, würde er sich nicht mehr unterordnen. Diese Beschreibung ist klinisch besonders für den Veränderungsprozeß relevant, denn mit der Mutter war er - wie wir eingangs beschrieben haben - stark identifiziert. Als Anlaß der Trennung von der Freundin beschreibt er ein Ereignis, durch das ihm klar geworden sei, daß es weniger Liebe als vielmehr der Wunsch nach Geborgenheit gewesen sei, was ihn an die Freundin gebunden habe. Er stimmt der Vermutung des Therapeuten zu, die Trennung vom Therapeuten habe ihm die Trennung von der Freundin erleichtert. Braucht er die Stütze (die Therapie) nicht mehr, so kann er auch auf die Krücke (die Freundin) verzichten.

Der Patient thematisiert auch die Rahmenbedingung der Video-Aufnahme. Dies habe ihn während der ganzen Therapie beschäftigt, er sei aber erst jetzt in der Lage, offen darüber zu sprechen, daß er sich dadurch gehemmt gefühlt habe. Er äußert die Befürchtung, die Therapeut habe sich nur aus Forschungsgründen für ihn interessiert, nicht weil er ihn als Person attraktiv gefunden hätte.

Das Gefühl, zuwenig bekommen zu haben besteht für den Patienten noch immer; er führt es nun selbstkritisch auf seine Haltung zurück, sich zu wenig zu nehmen, womit er vielleicht nur eine Identifikation mit der Deutungsstrategie des Therapeuten zeigt oder hat er es für sich akzeptiert? In diesem Gespräch demonstriert er allerdings ein Beispiel für eine Änderung in dieser Einstellung. Er stellt dem Therapeuten direkte Fragen zu dessen Person und läßt sich auch durch dessen Zurückhaltung nicht von seiner Neugier abbringen. Als sein Hauptproblem, das unverändert bestehe, nennt er den Mangel, seine Gefühle adäquat

ausdrücken zu können. Eine mögliche Lösung, mit diesem Mangel umzugehen, liegt für ihn in der Idee, ihn als Bestandteil der eigenen Persönlichkeit zu akzeptieren und sich gelassen auf die eigenen Schwächen einzustellen.

Diese reflektierende Position lässt bezüglich ihrer psycho-dynamischen Eigenart für die beiden externen Verfasser dieser katamnetsichen Berichtes noch Fragen offen. Wirkt der Patient überzeugend oder drückt er eine defensive Bewegung aus: ist das Mangelgefühl existentiell oder ist es der unveränderte, fort-gesetzte Ausdruck eines Vorwurfes an den Therapeuten.

Während des Katamnesengesprächs wirkt der Patient ernst und bedacht. Im Vergleich mit früheren Stunden ist er in seinen Äußerungen differenzierter und klarer. Er schneidet wichtige Themen selbst an und stellt auch selbst Zusammenhänge her. Insofern gestaltet er das Gespräch aktiv und vertritt auch seine Position dem Therapeuten gegen über beharrlich.

Die drei zentralen Themenbereiche des Erstgesprächs sind auch die Kernthemen der ersten Katamnesesitzung.

Zum Thema 1, dem Gefühl des Zu-kurz-gekommen-Seins hatte sich in der 29. Stunde angekündigt, daß der Patient seinem Mangel-empfinden durch größere eigene Aktivität begegnen wollte. Von dieser Ankündigung scheint er in der Zwischenzeit einiges realisiert zu haben, vor allem im Rahmen seiner beruflichen Ausbildung. Offen verbalisiert er auch das Gefühl, in der Therapie zu wenig bekommen zu haben und nutzt die Gelegenheit, sich im Gespräch direkt mehr zu nehmen. Was im Sinne unbewußter und bewußter Wünsche, steckt in dieser Sehnsucht: Brust und / oder Phallus - das ist hier die Frage. Im Sinne des Hauptfokus der Therapie ist es eine phallische Sehnsucht, der aber eine orale Wunschregung durchaus zugeordnet werden kann, was zu einer unbewußten Phantasie des oral-phallischen Kontaktmodus gehören könnte. Der Patient vertritt in den Aussagen über seine persönlichen Schwächen eine selbstkritische Position. Das Ergebnis seiner realitätsorientierten Reflexion ist die Erkenntnis, daß nicht alle Mängel ausgeglichen werden können.

Auch in bezug auf Thema 2 läßt sich eine weitere Entwicklung beobachten. Der Patient hat sich von seiner Freundin getrennt, nachdem ihm die passive Abhängigkeit bewußt geworden war. Seine Lust an aktiven Auseinandersetzungen ist gewachsen; er ist, wie er sagt, streitbarer geworden. Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Bericht von einer Bergtour, eine Anstrengung, die ihm in Gemeinschaft mit anderen Männern Spaß gemacht hat. Das Bild der Bergtour - mit dem gemeinsamen Gipfelbier - fun-gierte in der Behandlung als Metapher für die gemeinsame lust-volle Arbeit, für die lustvolle Auseinandersetzung im Kräfte-messen zwischen zwei Männern, zwischen Vater und Sohn.

Einen weiteren Hinweis auf eine Änderung seines negativ-ödipalen Beziehungsschemas stellen auch seine Überlegungen über seine eigene Attraktivität für Frauen dar. Derzeit will er allerdings keine neue Beziehung eingehen, da er befürchtet, gleich wieder in Besitz genommen zu werden.

Im Gegensatz zur letzten Stunde der Behandlung drückt der Patient in dieser katamnetsichen Sitzung einige Male aggressive Affekte aus. Er äußert seinen Ärger über berufliche Arbeitsbedingungen, über seine frühere Freundin und seine Mutter. Auch dem Therapeuten gegenüber macht er Unzufriedenheit und Enttäuschung deutlich.

Insgesamt ist festzustellen, daß sich der Patient gerade im Hinblick auf die leitenden Themen der Therapie weiter entwickelt hat. Er ist deutlich aktiver und selbstbewußter geworden. Gewachsen ist vor allem seine Fähigkeit zur kritischen Auseinandersetzung mit seiner Umwelt.

Das zweite katamnestische Interview

Das zweite katamnestische Gespräch wird zwei Jahre nach Behandlungsende auf die Initiative des Therapeuten vereinbart. Wie der Patient im Verlauf des Gesprächs angibt, hatte er nicht damit gerechnet. Von dieser Hintergrundinformation ausgehend, ist es interessant, das Verhalten des Patienten zu beobachten. Verhält er sich abwartend? Welche Erwartungen hat er an das Gespräch? Wie nutzt und gestaltet er die Situation?

Der Patient ergreift gleich mit dem ersten Satz die Initiative. Er beginnt, noch bevor er sitzt: Er sei neugierig auf das Gespräch und freue sich über das Interesse des Therapeuten. Dann schildert er seine gegenwärtige Situation. Seine Symptomatik habe sich gebessert, sei aber nicht ganz behoben. Da er jedoch besser mit ihr umgehen könne, sehe er sich durch sie nicht mehr eingeschränkt. Als hilfreich stellt er eine frühere Deutung des Therapeuten dar, seine Symptome stünden im Zusammenhang mit Spannungen, die er nicht richtig verarbeiten könne. Vor einem halben Jahr hat er seine Ausbildung abgeschlossen und arbeitet in seinem Beruf. An diesem Thema macht er deutlich, daß er sich kritisch mit sich und seiner Umwelt auseinandersetzt.

Es kam zu Spannungen zwischen ihm und Kollegen und der Leitung des Betriebes, bei denen er sich auf eine Auseinandersetzung einließ und sich auch durchsetzen konnte. In diesem Zusammenhang fallen für den Patienten ungewöhnliche Sätze ("Ich stelle mich dem Konflikt"). In ihm ist darüber hinaus der Wunsch entstanden, sich beruflich weiter zu entwickeln. Er überlegt sich, das Jurastudium doch noch abzuschließen, was für ihn einerseits mit einem Zuwachs an Macht und Autonomie verbunden wäre, andererseits aber mit der Befürchtung, seine Zwangssymptomatik könne sich dadurch verstärken. Eine andere Möglichkeit besteht für ihn in einer therapeutischen Zusatzausbildung. Er hat den Wunsch, sich dadurch "persönlich zu entwickeln", hat andererseits aber Bedenken, dabei "sein Helfersyndrom auszuagieren".

Der Patient äußert den Wunsch nach größerer persönlicher Entfaltung auch im privaten Bereich. Bei der Schilderung seiner Kontakte benutzt er die in der Therapie vom Therapeuten eingeführte Metapher von verschiedenen Herdplatten, resp. Beziehungen, die er warm hält. Dazu zählt auch seine frühere Freundin, die er trotz der Trennung regelmäßig trifft. Überlegungen, in eine Wohngemeinschaft zu ziehen, hat er vorläufig aufgegeben, er hat sich mit seiner Wohnsituation zu Hause arrangiert. Das ist dadurch möglich geworden, daß er sich gegen die Mutter und ihre Versorgungstendenzen besser abgrenzen kann. Er ist sensibler gegenüber Kontrolle von außen, was sich in seinem Arrangement mit der Mutter niederschlägt: Er ißt nicht mit bei den Eltern, zahlt Miete und hilft ihr mit Reparaturen aus. Seine Antwort auf die kritische Frage des Therapeuten, warum er denn nicht ganz ausziehen wolle, zeigt, daß er sich über dies Problem schon Gedanken gemacht hat und nach einer Lösung sucht, die ihm beruflich und privat einen größeren Handlungsspielraum gestattet. Seit neuestem betreibt er regelmäßig Sport. Er möchte sich in seinem Körper wohl fühlen; die Linie der Autonomie setzt sich fort, da der Patient dies auf seine eigene Weise verwirklichen will. Bisher hatte er sich nach den Vorstellungen der Freundin gerichtet, die sein Eßverhalten kontrollieren wollte. Auch den Vorschlag des Therapeuten im Gespräch, Bodybuilding zu betreiben, weist er zurück.

In den Interaktionen im Gespräch hat der Patient die Initiative. Er greift die Themen durchweg selbst auf, die Interventionen des Therapeuten sind begleitend und weniger konfrontierend als in den früheren Gesprächen. Der Patient wirkt nachdenklich und besonnen; er ist nicht mehr nett und freundlich. Sein Lachen, das seltener auftritt, hat eine andere Funktion als ein Zeichen gesunder Selbstironie. Es entsteht der Eindruck, daß er die Probleme und die Spannung, in der er sich befindet, nicht ignoriert. Er reflektiert selbstkritisch, ohne destruktiv zu sein und bezieht sich dabei immer wieder auf die Deutungen des Therapeuten.

Bei dem Thema Körper und Kontrolle verändert sich die Interaktion, eingeleitet durch eine nonverbale Aktion des Patienten: Der Patient dreht seinen Stuhl herum und wendet sich dem Therapeuten frontal zu; der Therapeut weicht sichtlich zurück. Die aktuelle Beziehung zwischen Therapeut und Klient kommt jetzt direkt ins Gespräch. Der Therapeut wirft die Frage auf, was der Patient von ihm wolle. Daraufhin kann der Patient das Anliegen formulieren, mit dem er wohl schon in die Stunde ge-kommen war: Welches Interesse hat der Therapeut an ihm? Bei der Antwort des Therapeuten spürt man, daß er ins Stocken kommt, der Frage ausweichend antwortet und wissenschaftliche Motive in den Vordergrund stellt. Der Patient kann die Fähigkeit des Therapeuten und seine eigenen Erfolge durch die Therapie anerkennen. Er hat gelernt in der Therapie und sieht zum ersten Mal, welche Rolle die Vaterübertragung dabei spielte. Auf einer direkteren Ebene passieren Themen der Therapie Revue: Mütterliche Enge, Kontakt zu Frauen und seine männliche Attraktivität, der fehlende Vater, der Wunsch nach Gemeinsamkeit mit Männern (Bergwandern, Gipfelbier). Die Wut auf den Vater wird diesmal deutlich spürbar. Der Patient zieht selbst den Vergleich zum Therapeuten, den er als abstrakte Person erlebt hat. Er hätte sich mehr "Rezepte" von ihm gewünscht. An dieser Sequenz fällt auf, wie beharrlich der Patient sein Anliegen verfolgt und dabei in der direkten Auseinandersetzung mit dem Therapeuten bleibt. Der Therapeut erkennt, daß die Klagen des Patienten über mangelnde Rezepte nicht einen Wunsch nach mütterlicher Versorgung darstellen, sondern daß sich in ihnen seine Sehnsucht ausdrückt nach der Unterstützung eines Vaters, der sich für seine Entwicklung interessiert. Mit dieser Deutung beendet der Therapeut das Gespräch, nicht ohne ein weiteres in jedoch unbestimmter Zukunft in Aussicht zu stellen.

Bezogen auf die drei Kernthemen läßt sich eine Veränderung in der Haltung des Patienten erkennen.

Das Thema des Zu-Kurz-Gekommen-Seins (Fokus 1) taucht selten und in veränderter Weise auf: Beispielsweise im Vergleich mit einem besser verdienenden Kollegen an der Arbeitsstelle. Das Erleben eines Defizits lähmt ihn nicht mehr, sondern ist für ihn Anreiz, selbst aktiv zu werden (z. B. durch berufliche Fortbildung) und sich eine bessere Position zu sichern. Insofern kann man von einer gelungenen Bearbeitung dieses Problem-bereichs sprechen.

Hauptthema des Gesprächs ist Fokus 2. Der Patient ist selbst in der Lage, seine Enttäuschung über die mangelnde Unterstützung des Vaters zu verbalisieren. Er geht in eine direkte Auseinandersetzung mit dem Therapeuten und möchte sein Interesse für sich wecken. Seine Autonomie-bestrebungen zeigen, daß er seine kindlich wirkende Abhängigkeit aufgegeben hat, sich von der Versorgung durch Mutter und Freundin abzugrenzen versucht. Er will in verschiedenen Lebensbereichen eine eigene Position beziehen. Unverändert zu Katamnese 1 sind seine Überlegungen zu seiner Attraktivität auf Frauen. In der Haltung des Patienten zum Therapeuten, um dessen Interesse er kämpft,

zeigt sich, daß sich sein negativ-ödipales Beziehungsschema gelöst hat. Der Patient sucht die Auseinandersetzung von Mann zu Mann. Seine gewachsene Fähigkeit, sich konstruktiv auf Rivalität (Fokus 3) einzulassen, macht er an einem Beispiel aus seinem Berufsleben deutlich.

Die beiden Katamnestiker (MH & NS) haben den Eindruck, daß der Patient jetzt sein Leben freier und - durch gesteigerte Eigen-aktivität - befriedigender gestalten kann. Ihre Beurteilung erfolgte ohne vorherige Rücksprache mit dem behandelnden Therapeuten (HK). Im wesentlichen teilt dieser die Bewertungen. Wir denken, dass der Therapeut die Frage des Patienten nach seinem Interesse an ihm, den Patienten, nicht gut beantwortet hat; er wollte wohl jedoch eine direkte Gratifikation seiner noch immer vorhandenen Wünsche nach direkter "väterlicher" Bestätigung vermeiden, die bereits durch seine Aktivität bei der erneuten Einbestellung stimuliert worden sein dürfte. Insgesamt sieht der Therapeut die Bewältigung des Übergangs von der Ausbildung ins Berufsleben sehr positiv, sowie seine Tendenzen sich altersgemäßen Vorstellungen des anders leben zuwenden zu können. Die strittige Frage bei der ersten Katamnese, ob die Rückkehr in die Familie regressiv oder ein unvermeidlicher Umweg zur Progression war, würden wir jetzt eindeutig positiv sehen. Er kann sich innerhalb der Familie doch recht gut abgrenzen

4. Koda

Wieder sind zwei Jahre vergangen. Ein kurzes Telefongespräch war notwendig, um den Patienten um sein Einverständnis zu bitten, die Videoaufzeichnung der Behandlung für einen bestimmten Zweck verwenden zu dürfen. Neu ist, dass der Patient sich erstmals im Detail nach der bisherigen Auswertung der Therapie erkundigt. Dabei erwähnt der Patient, dass er kürzlich geheiratet hat und Nachwuchs sich ankündigt. Er meint nun, Aufwand und Ertrag der Therapie stünden in einem guten Verhältnis. Damit wollen wir es belassen.