

Kapitel 4

Macht und Ohnmacht in der psychoanalytischen Arbeit – eine Fallstudie

In diesem Kapitel wird zunächst der Patient Christian Y vorgestellt; die Angaben basieren auf dem in der Krankenakte befindlichen Erstinterview.

4.1 Erstinterview – Bericht über den Patienten Christian Y¹

Überweisung

Der 21,5 jähriger Student der Volkswirtschaft aus einer mittelgroßen Stadt wurde an die universitäre Ambulanz der Abteilung Psychotherapie von seinem Hausarzt, Dr. W. überwiesen, nachdem er dort nach einem Anfall von paroxysmaler Tachykardie stationär-internistisch behandelt werden musste.

Beschwerden

Seit Monaten bestehen diffuse, generalisierte Angstzustände mit Übelkeit und Brechreiz; diese machen es dem Patienten unmöglich, allein das Haus zu verlassen. Außerdem bestehen erhebliche Minderwertigkeitsgefühle, ein durchgängiges Gefühl der Unsicherheit und der Existenzangst. Diese Schwierigkeiten behindern den Patienten so vollständig, dass er seine Ausbildung unterbrechen musste.

Erscheinung des Pat.; Art und Weise seiner Selbstdarstellung

Der mittelgroße junge Mann ist schlicht, aber gut gekleidet. Sein Aussehen ist sehr ansprechend, man könnte ihn als ausgesprochen hübsch bezeichnen. Seine Manieren zeigen sofort, dass er aus gutem, bürgerlichem Elternhause kommt. Er ist allerdings von einer so ausgesuchten Höflichkeit und Zuvorkommenheit, dass es manchmal zu dick aufgetragen wirkt, obwohl man spürt, dass dies dem Patienten nicht bewusst ist.

Bei der Schilderung seiner Beschwerden entfaltet er eine sehr differenzierte Sprache, die seinem Ausbildungsstand entsprechen dürfte. Inhaltlich scheint er jedoch das Ausmaß seiner Beschwerden eher zu bagatellisieren; offensichtlich eine Verweigerung der Anerkennung seiner Einschränkungen.

Wichtige Daten aus der Lebensgeschichte

a) die Symptomvorgeschichte:

¹ Das Schema des Erstinterview-Berichtes folgt dem sog. Tavistock-Schema (Thomä u. Kächele 1985 / 2006a, S.195)

In der Kindheit bis zum Schuleintritt bestanden zahlreiche starke infantile Ängste. Der Patient wuchs als ältester Sohn in Abwesenheit des Vaters auf und entwickelte eine sehr enge Bindung an seine Mutter. Seine Ängste im Dunkeln und beim Alleinsein verstärkten sich im Laufe der Jahre. Etwa im vierten Lebensjahr kam der Vater zurück. Im Zusammenhang mit Träumen, in denen der Patient durch böse Blicke eines Mannes oder durch dessen körperliche Bedrohungen (mit einer Kneifzange) bestraft wurde, verstärkten sich die Angstzustände. Bis zum 12. Lebensjahr bestand eine ausgeprägte Schulphobie. Diese besserte sich unter der verwöhnenden Fürsorge der Mutter, die ihren Sohn während eines längeren Zeitraumes auf dem Schulweg begleitete und ihm die Schulaufgaben abnahm. Der Tod des geliebten Großvaters an Herzversagen führte beim Patienten zur Entwicklung herzbezogener Beschwerden. In der Pubertät erfolgte deshalb eine klinische Untersuchung und Behandlung des Patienten wegen "Herz-Kreislaufbeschwerden". Die von ihm erinnerte Diagnose, "er habe ein schwaches Herz", wurde mit der ärztlichen Empfehlung verbunden, dass der Junge geschont werden müsse. Damit ging eine kurze Phase sportlich-körperlicher Aktivität zu Ende mit Umschlag in Passivität und Abhängigkeit. Vom 12. Lebensjahr an war der Patient bei verschiedenen Ärzten wegen Angstgefühlen, Herzsensationen und Extrasystolen in Behandlung. Wegen eines nächtlichen Angst-anfalles, verbunden mit einer paroxysmalen Tachykardie erfolgte eine Einweisung als Notfall in eine Innere Klinik, einige Monate vor der Überweisung zur Psychotherapie.

b) die Lebensgeschichte des Patienten

Zur Lebensgeschichte des Patienten können die folgenden wichtigen Daten zusammengefasst werden: Neben zwei erheblich älteren Stiefgeschwistern aus der 1. Ehe seines Vaters wuchs der Patient als der älteste Sohn einer kinderreichen Familie auf. Die überängstliche und verwöhnende Mutter war dem Erstgeborenen besonders zugegan und bestimmte das familiäre Klima. Der Vaters, ein recht erfolgreicher Physiker, strebte zurückgezogen seinen beruflichen Interessen nach. Nach dem Krieg war er mehrere Jahre im Ausland dienstverpflichtet und deshalb die meiste Zeit abwesend. Im zeitlichen Zusammenhang mit der Rückkehr des Vaters begann der Patient unter Angsträumen zu leiden. Allerdings bestand eine sehr herzliche und enge Beziehung zum Großvater, dem Vater der Mutter.

Die Verwöhnung durch die Mutter war an die Einhaltung ihrer Ideale durch den Patienten gebunden: So entwickelte sich ein überbraver, überangepasster Junge, der Neugierde und Aktivität extrem einengte, um sich die Liebe der Mutter zu erhalten. Sein Rivalisieren mit zwei jüngeren Brüdern wurde unterdrückt. Seine Leistungen in der Schule blieben weit hinter dem zurück, was er aufgrund seiner guten Intelligenz hätte leisten können. Eine Konzentrations- und Arbeitsstörung war dadurch verdeckt,

dass der Patient jeweils mühelos das Klassenziel erreichte; solange er ohne Anstrengungen zum Ziel kam, fühlte er sich wohl. Schon die geringsten Belastungen führten zu Unlust bzw. Angst und erschütterten sein brüchiges Selbstwertgefühl; obwohl er sich durch seine Wohlerzogenheit überall beliebt machen konnte, erinnert er sich an keine Phase seines Lebens, in der er auf irgendeinem Gebiet mit sich selbst zufrieden war oder eine entsprechende Sicherheit aus einer zwischenmenschlichen Beziehung hätte ziehen können.

Er erwies sich als unfähig, einen sportlichen Konkurrenzkampf bis zum Ende durchzustehen. Es gehörte zu einer seiner Verhaltensstereotypen, dass er kurz vor dem Sieg aufgeben musste. Während der Pubertät versuchte er sich mit starkem Willensaufwand von seiner Mutter zu befreien. In bewusster Entschiedenheit versuchte der Patient die pruden Ideale seiner Mutter über Bord zu werfen, ohne dass er seiner Erfolge bei Mädchen froh werden konnte. Seine Freundschaften hatten narzisstischen Charakter. Sie brachten ihm ebenso wie die Masturbation mehr Schuldgefühle als Befriedigung ein.

Den letzten Rest von Selbstsicherheit verlor der Patient nach einer Zurückweisung durch ein Mädchen. Diese narzisstische Kränkung führte zur Dekompensation und zum Freiwerden frei flottierender Ängste, die fast andauernd als körperlicher Schaden erlebt wurden.

Interaktion im Erstinterview

Der Patient scheint nur mit großer Mühe seine Haltung in den ersten diagnostischen Gesprächen zu bewahren. Er appelliert dadurch sehr deutlich an den ihn interviewenden Analytiker, ihn baldmöglichst in Behandlung zu nehmen. Besonders eindrucksvoll sind die Diskrepanzen zwischen seinen Klagen und der scheinbaren Sicherheit, die er sich gibt. Der Hinweis auf den schon oft geplanten Selbstmord, auf das Gefühl der Sinnlosigkeit seiner Existenz, auf die Einstellung, dass er nur noch aus einer gewissen Verpflichtung seinen Eltern gegenüber heraus lebe, verdeutlichen die Intensität der Ängste, denen sich der Patient ausgesetzt fühlt. Man spürt mit dem Patienten, dass seine ganze Sicherheit nur Schein ist, nur eine brüchige Fassade, die er aufrechterhalten muss, um nicht in den Ängsten über die Brüchigkeit seines Körpers aufzugehen. Besonders beeindruckend sind die minimalen Erschütterungen oder Veränderungen der Umwelt, die beim Patienten zu Ängsten und extremen Unlustgefühlen führten: Schon ganz banale Reize, die ihn treffen, wie z.B. Temperaturunterschiede, Nässe oder Kälte erschüttern sein körperliches Wohl-Befinden.

Diagnostisch-psychodynamische Überlegungen

Phänomenologisch handelt es sich um eine Angstsymptomatik. Bei psychodynamischer Diagnostik muss die Erkrankung als eine Angstneurose eingeordnet werden,

der eine narzisstische Ich-Struktur zugrunde liegt. Seinen sehr körperbezogenen Ängsten vor Zerstörung und Zerfall entsprechen unbewusst grandios-narzisstische Vollkommenheitsideen. Nach ICD-10 ist eine Generalisierte Angststörung zu diagnostizieren.

Die Psychodynamik divergiert in mancherlei Hinsicht von der klassischen narzisstischen Persönlichkeit, insbesondere ist die fulminante Symptomatologie des Patienten eine erhebliche Abweichung von narzisstischen Patienten, die in der Regel eine relativ unauffällige Oberfläche zeigen. Bei Christian Y wird jeder Reiz zum Agens, welches das narzisstische Gleichgewicht stört (der Wind, ein Luftzug, der Anblick eines Verletzten). Der Patient ist unfähig, Spannung zu ertragen, jede Spannung führt zu einem Angstsignal und weiter zu panischen Zuständen. Seine pathologische Selbsteinschätzung ist besonders extrem ausgeprägt. Jede Unterbrechung in den phantasierten Beziehungen führt zur Panik. Die Anwesenheit eines Objektes ist nicht in der Lage, die Angstentwicklung zu verhindern. Die Mutter hat ihn idealisiert und das Realitätsprinzip durch ihre Verwöhnung abgemildert, was in Kombination die Entwicklung seiner Größenvorstellungen begünstigte. Gleichzeitig hat sie ihn manipuliert und zur Anpassung an ihre Wünsche gezwungen, vermutlich als narzisstische Kompensation für den abwesenden Ehemann (emotionaler Missbrauch). Der Vater hat sich nicht für den Patienten interessiert, was ja gerade für einen Jungen eine enorme Kränkung darstellt. In seiner ödipalen Phantasie, die väterliche Stelle im Bett der Mutter einnehmen zu können, hat er sich vermutlich durch die Rückkehr des Vaters bedroht und zurückgewiesen gefühlt, was durch die Angst- und Kastrationsträume verdeutlicht wird.

Aufschlussreich ist der Auslöser der aktuellen Dekompensation, die Zurückweisung durch eine gleichaltrige Adoleszente, eine junge Frau („Mädchen“ in seiner Terminologie), die – im Gegensatz ihm – in sich ruhte.

Die vorliegende Skizze der biographischen Entwicklung wurde einer Psychoanalytikerin vorgelegt, die bereit war, ihre „Psychodynamische Betrachtungen aus einer anderen Sicht“ zu Christian Y darzulegen²:

Ich stelle einige Eindrücke zusammen, die ich gewonnen habe, leider nur skizzenhaft, aber hoffentlich ausreichend verständlich formuliert.

Der junge Mann vermittelt in seiner Erscheinung ein kultiviertes Elternhaus, das heißt, er verweist - in Deiner sprachlichen Darstellung - auf die Eltern, er präsentiert sich als Sohn, und zwar als Kind von Eltern, die ihm Gutes mitgegeben haben, als Kind, das zu schönen Hoffnungen Anlass gibt. Er beeindruckt als Sohn, den man gut ausgestattet hat. Das wäre ein Hinweis auf das Wirksamsein, auch das unmittelbar kommunikativ Wirksamwerden, der infantilen Wunschphantasie vom ewigen Kind, dem Kind also, das nie der elterlichen Liebe entbehren muss, das eine Verheißung darstellt und keinerlei Verantwortung tragen muss.

Herr C beeindruckt zugleich als Sorgenkind, das in parentalten Pflegebeziehungen verbleiben muss. Nehmen wir hypothetisch an, die infantile Wunschphantasie vom ewigen Kind sei als hedonisches Regulativ bei Herrn C wirksam, dann ist Erwachsenwerden und Erwachsensein maximal unerfreulich. Der intakte Kinderleib wächst sich sorgenerregend aus, nichts stimmt mehr. Die Angst um die eigene körperliche Intaktheit mag partiell Ausdruck einer Angstvorstellung vom Intaktheitsverlust sein. Der Großvater war kein Kind, wurde vom Patienten wohl auch nicht als "Brüderchen" angesehen (?), aber er vermittelte die komfortable Vorstellung eines in sich ruhenden unstrapazierten Menschenwesens, das, ohne arbeiten und ohne sich verbrauchen zu müssen, in sich vereinigt und von der Welt erhält, wessen es bedarf. Und plötzlich ist er doch verbraucht und am Ende.

Die Mutter hat nach dem Erstgeborenen weitere Kinder zur Welt gebracht. Der Erstgeborene war damit konfrontiert, mütterliche Aufmerksamkeit zugunsten Jüngerer entzogen zu bekommen. Er stellt - im Pakt mit der Mutter - eine Beziehungssituation her, in der er maximale Aufmerksamkeit und Schonung braucht. Und eine Beziehungssituation, in der es kunstvoll gelingt, die familiäre Einbettung als kleines Kind zu wahren, obgleich der Weg nach draußen - in die Schule - Dezentrierung des kleinkindlichen Familienbezugs fordert sowie den Nachweis von Leistungen, für die man nicht auf der Basis von Liebe gehätschelt, sondern nach kalten Gerechtigkeitsprinzipien eingeschätzt wird, gleichsam ohne Ansehen der Person. Wenn aber die Mutter die Hausaufgaben macht, ist die Selbstpositionierung großartig umgangen, die Schule in ihrer Bedeutung marginalisiert, und man hat noch den Vorteil, auf der faulen Haut zu liegen und die Mutter in Dienst zu nehmen.

An die Stelle des Vaters tritt die Beziehung zum stets zugewandten Großvater, der nicht arbeiten muss, um viel zu wissen. Deiner Darstellung darf man vielleicht entnehmen, dass diese Beziehung Züge der infantilen Wunschphantasie vom ewigen Kind recht anschaulich macht: Der Großvater schöpft aus dem Reich der Fülle, bietet dem Kind immer etwas, lässt es partizipieren am großväterlichen Reichtum des Geistes (sicher auch anderer Güter).

² B. Boothe (Zürich) bin ich dankbar für ihre Mitwirkung.

Sich Bewähren ist Trennung, ist Verlust der schönen Angewiesenheit auf Elterlichkeit. Sich Bewähren wird von Herrn C hinausgezögert, man gibt auf vor dem Sieg. Man wählt kein Mädchen und lässt sich nicht wählen.

Auch ich meine: phallischer Narzissmus ist das nicht, es ist die narzisstische Anspruchshaltung des Kindes, die sich nicht durch initiatives Imponiergehabe geltend macht, sondern durch Liebreiz und Darbietung von Kompetenzen, die hohe familiale Werte spiegeln (kluges Kind, sensibles Kind, wohlerzogenes Kind).

Die "Konstruktion" vom triadischen Spiel, die der Patient gleichsam als kleinen Vortrag darbietet und die lebenspraktisch folgenlos bleibt, redet bei genauem Lesen davon, dass die Eltern übel dran sind, wenn sie das Kind nicht mehr haben, nicht davon, dass er, Herr C, aktiv wirbt, aber vom vereinigten Elternpaar und der elterlichen Autorität auf den Platz des kleinen Jungen zurückverwiesen wird. Letzteres wäre eine initiative ödipale Haltung im Dienst des Anliegens, Intimität herzustellen, erhört zu werden, in privilegierte Position zu gelangen. Seine Diktion macht hingegen deutlich, dass die Eltern einen kaum zu verkraftenden Mangel erleiden, wenn sie ihn nicht mehr haben, besonders die Mutter hat das Nachsehen.

Wenn der kleine Junge nach Rückkehr des Vaters ins häusliche Ambiente die Kneifzange fürchtete etc, so mag es sein, dass er in diesen Angstvorstellungen nicht den strafenden Kastrator sieht, der sein legitimes Vorrecht zur Darstellung bringt, sondern den Eifersüchtigen, der dem Kind die Vorzugsstellung neidet.

Biographische Skizzen können vielerlei Überlegungen anregen, die meist von impliziten Konzepten (Sandler 1983b) gesteuert, die Ausgestaltung biographischer Narrative so vielfältig erscheinen lassen.

Der Behandlungsverlauf

Zum äußeren Ablauf der Therapie sind folgende Stationen und Zeitpunkte hervorzuheben:

Die Analyse begann am Ende der sechziger Jahre und wurde nach weit über 10jähriger Dauer und insgesamt etwa 1300 Sitzungen abgeschlossen. Wegen des Schweregrads der Angstneurose musste Christian Y länger als 1¹/₂ Jahre stationär behandelt werden. Von der 320. Sitzung an konnte er die intensive Therapie mit 5 Wochenstunden ambulant von einer Wohnung einer Verwandten aus fortsetzen. Nach einiger Zeit war er in der Lage, den Weg in das Sprechzimmer im Krankenhaus zu Fuß zurückzulegen und auf den Schutz eines Taxis, das ihn notfalls rasch ins Krankenhaus hätte bringen können, zu verzichten.

Nach etwa 3jähriger Behandlungsdauer konnte Herr Christian Y trotz bestehender Einschränkungen sein Studium beginnen und nach einigen Jahren erfolgreich abschließen. Vom Beginn der Studium an und nachdem er sich qualifiziert hatte, wurde die Behandlungsfrequenz Schritt für Schritt reduziert, so daß sich die Anzahl von 600 Sitzungen auf die ersten 3 und die weiteren 700 Sitzungen einer niederfrequenten Therapie über viele Jahre verteilen. Inzwischen überblicken wir auch eine lange Katamnese. Der heute über 50jährige Mann ist beruflich seit Jahren sehr erfolgreich. Er hat eine Familie gegründet und ist mit Frau und Kindern glücklich, obwohl er immer noch Unzufriedenheit bezüglich seines mangelnden Selbstbewusstseins äußert (Thomä u. Kächele 2006b, Kap. 9.3.2).

Die Darstellung einer traditionellen Fallgeschichte (Ebene I), wie im Ulmer Forschungs-Ansatz vorgesehen wäre, wurde von dem behandelnden Psychoanalytiker zu keinem Zeitpunkt in Erwägung gezogen³. Diesem „Mangel“, oder Schönheitsfehler soll nun in der nachfolgenden Fallstudie abgeholfen werden.

³ Allerdings wurde behandlungstechnisches kasuistisches Material aus der Behandlung im zweiten Band des Ulmer Lehrbuches mitgeteilt (Thomä u. Kächele 1988 /2006b; Kap. 4.3, 7.2, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3).

4.2 Macht und Ohnmacht in der psychoanalytischen Arbeit – eine Fallstudie⁴.

Vorbemerkung

Die Darstellung einer traditionellen Fallgeschichte (Ebene I), wie im Ulmer Forschungs-Ansatz vorgesehen, wurde von dem behandelnden Psychoanalytiker zu keinem Zeitpunkt in Erwägung gezogen. Er hat während seiner beruflichen Biographie zahlreiche Fallstudien verfasst (s. d. Thomä 1981); mit der Aufnahme von Tonbandregistrierungen zahlreicher analytischer Behandlungen jedoch hat sich sein Interesse ganz auf dieses Medium verlegt⁵. Deshalb habe ich gewagt, eine solche klinische Fallstudie vikariierend für ihn zu verfassen. Die Basis der nachfolgenden Fallstudie ist meine umfassende Kenntnis des Falles auf der Grundlage der kontinuierlich verschrifteten Tonbandaufzeichnungen⁶.

Traumberichte

Die Mitteilung von Träumen nahm in der analytischen Literatur schon immer einen besonderen Platz ein. Auf den von Ferenczi (1913) erstmals erwähnten Bedürfnis, einen Traum vorzugsweise der Person mitzuteilen, von der geträumt wurde, baute Kanzer (1955) seine Ansicht auf, dem Traum eine „kommunikative Funktion“ zuzuweisen, mittels derer der Träumer versucht, die Traum Inhalte mit der Realität in Kontakt zu bringen. In diesem Sinne stellte Klauber (1969) in seinen Betrachtungen über das Mitteilen von Träumen in der Behandlungsstunde fest, dass „hier eine bedeutungsvolle Mitteilung angestrebt wird“ und weiter „dass hier ein innerer psychischer Konflikt in Bewegung kommt, in dem nämlich das Ich versucht, eine erträgliche Haltung zum Konflikt zu finden“. Die Traumformulierung stellt dann den Versuch des Ichs dar, „mit dem Analytiker in Kommunikation zu treten und seine Hilfe zu erhalten“ (S. 282-283).

Auf die Rolle des Traumes im Rahmen der Übertragung wurde Freud aufmerksam, als er den Umstand, „dass innerhalb einer Analyse weit mehr des Verdrängten im Anschluss an Träume zutage gefördert wird als mit Hilfe anderer Methoden; für solche Mehrleistungen.....muss es eine unbewusste Macht geben, welche während des Schlafzustandes besser als sonst imstande ist, die Absichten der Analyse zu unterstützen“ (1923a, S. 310).

Diese These soll im nachfolgenden Fallbericht illustriert werden.

⁴ Wörtliche Zitate wurden den Verbatimprotokollen entnommen; allerdings wurden die Transkriptionsregeln der Ulmer Textbank nicht übernommen.

⁵ Behandlungstechnisches kasuistisches Material aus der Behandlung wurde im zweiten Band des Ulmer Lehrbuches mitgeteilt (Thomä u. Kächele 1988 /2006b; Kap. 4.3, 7.2, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3).

⁶ Fiktionale Darstellungen können durchaus eine didaktische Funktion haben, wie Kohuts Fallbericht des Mr. Z belegt hat, den Thomä u. Kächele (2006c, S. 113) als erste Darstellung einer fiktiven Psychoanalyse gekennzeichnet haben.

Der Auftakt der Behandlung

Die Behandlung des Patienten Christian Y war durchgängig vom Thema Macht und Ohnmacht geprägt. Der junge Mann, Christian Y, geplagt von seinen ihn überwältigenden Ängsten, wurde stationär in die Medizinische Klinik aufgenommen, da die fulminanten Tachykardien auch eine internistisch-kardiologische Mit-Behandlung erforderten. Außerdem war in seiner Heimatstadt keine Möglichkeit einer intensiven psychotherapeutischen Behandlung gegeben. Dass diese stationäre Behandlung sich über einen ungewöhnlich langen Zeitraum, fast anderthalb Jahre, erstrecken sollte, war weder geplant noch beabsichtigt. Erstaunlich war, wie schnell sich die Herausnahme aus den Anforderungen des Alltags mitigierend auf die Angstsymptomatik auswirkte.

Die analytischen Sitzungen, die während der stationären Behandlung fünf Mal in der Woche stattfanden, wurden ständig von klagenden Äußerungen des Patienten durchsetzt. Diese Klagen waren vielfältiger Natur; sie bezogen sich nicht nur auf seine manifesten Ängste, sondern erfassten seine Sorgen um körperliche Beschädigungen, seine Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Studium. Im Verlauf zunehmend rückten auch die Beziehungen zu den Eltern in den Klagenkatalog ein. Nur die Beziehung zum Großvater wurde deutlich positiv geschildert, mit dessen Herzsymptomatik sich sowohl die Mutter - Tochter dieses Großvaters - wie auch der Patient selbst identifizierten. Von dem Großvaterbild scheint heute noch wichtig zu sein, dass er vielseitig interessiert, aber nicht besonders aktiv war. Für das Empfinden des Kindes schien ihm alles in den Schoss zu fallen: der Großvater hatte immer Zeit, trotzdem konnte und wusste er vieles. Im Gegensatz dazu ließ seine Mutter wenig Selbständigkeit zu. Vom Vater ist zunächst wenig die Rede; er zeichnete sich sowohl durch reale wie auch psychisch Abwesenheit aus.

Von Beginn an fiel dem Analytiker der Gegensatz auf, wie sehr der Patient eine bewusst positive Einstellung zur Behandlung hatte und doch mit häufigen Schilderungen seiner negativen Erfahrungen mit Ärzten eine unbewusste Ablehnung auch seiner Bemühungen vermittelte. Es war nahe liegend, dass er dem Patienten durch verschiedene technische Manöver wie Ermutigung, direktes Ansprechen von Ängsten, Widerstandsdeutungen und auch die direkte Beantwortung von seinen häufigen Fragen eine Arbeitsbeziehung zu etablieren suchte.

Dies illustriert das Beispiel aus der Behandlung, das sowohl der Förderung der Arbeitsbeziehung dient als auch erste deutende Schritte aufzeigt.

- P. Was soll ich in einem solchen Fall jetzt machen, wenn mir überhaupt nichts einfällt, was ich erzählen könnte, wenn mich kein Gedanke von Bedeutung beschäftigt?
- A. Ja, zunächst hat Sie doch etwas beschäftigt, Sie sagten, keine Gedanken von Bedeutung.
- P. Ja.
- A. Dann sagen Sie die, die Sie haben, auch wenn sie Ihnen unbedeutend vorkommen.
- P. Auch meinetwegen die Feststellung, dass Sie viel englische Literatur haben?
- A. Ja, eben, das ist doch ein Gedanke, den Sie gehabt haben.
- P. Oder die Geräusche draußen? Ich sehe keinen Bezug zur Behandlung.
- A. Nun, das wissen wir nicht. Jedenfalls ist es Ihnen eingefallen

Die Einübung in die analytische Arbeit war nicht leicht; allerdings vermittelte der Patient, dass er sich in der Analyse aufgehoben fühlte. Der Patient war angedockt in seiner intensiven Beziehung zum Analytiker, die ihm ein Grundgefühl der Sicherheit gab.

David und Goliath

Trotzdem beeindruckte den Analytiker die Unfähigkeit des Patienten, aggressive Reaktionen zuzulassen und zu thematisieren. Inhaltlich geht es schon bald um ein Gefühl der Schwäche, das auftritt, wenn der Patient eine anlehnend-zärtliche Einstellung zu seinem Analytiker-Vater eingesteht (Std. 51):

- P. ich meinetwegen in Ihnen meinen Vater sehe wenn ich feststellen würde, dass Sie mir gefallen, es für mich wichtig sein würde, dass ich auch Ihnen gefalle und ich sagte Ihnen, dass ich mich in einem solchen Falle ausgeliefert fühle, schwach.

Die weitere Arbeit bringt dies auf folgenden Punkt:

- P. Sie meinen, dass Sie in meiner Phantasie ein Riese sind, und ich ein Zwerg?

Dieses Bild verschärfe der Analytiker dann mit folgender Deutung:

- T: ja, und auch noch ein Riese, der Ihnen das, was er Ihnen gibt, in einer Weise gibt, dass da ein Stein geschmissen wird, der auf Ihrem Schoß landet und alles kaputt macht.

Es geht vor allem um die Abwehr eines möglichen Rivalisierens; und so bemühte der Analytiker sich – oft vergeblich – die Kränkbarkeit des Patienten zu bearbeiten. Beide geraten immer wieder in sog. Zwick-Mühlen, wenn suizidale Stimmungen aufkommen.

Der Initialtraum

Dem Analytiker gab zu denken, dass der Patient erst in der 78. Sitzung von einem Traum berichtete, den er schon als Kind geträumt hatte. In der Sitzung ging es das erste Mal um konkrete Befürchtungen beim Geschlechtsverkehr. Der Analytiker regte dann an, nach Erinnerungen aus der Kindheit zu suchen. Darauf erinnert der Patient

sich, dass er mit drei Jahren den Wunsch hatte, „Mädchen nackt zu sehen“. Nachfolgend kann er sich „nur verwaschen an einen Traum erinnern“: „Ich weiß nur, drei nackte Mädchen, sonst nichts“⁷.

Der Versuch, an dieser fragmentarischen Traumerinnerung zu arbeiten, ergibt, dass er sich um Frauen in dem Traum gehandelt hat, was ihn überrascht. Dabei kommt die Schwester der Mutter, die bei der Familie lebte, ins Gespräch. Der aktuell geäußerte Ekel vor dem weiblichen Genitale wird vom Analytiker versuchsweise mit frühen Beobachtungen oder Phantasien in Verbindung gebracht. Die folgende Stunde zeigt, dass der Patient auf diese intensive Klärungsarbeit seines Ekels mit einem tachykarden Anfall reagierte. Immerhin kann der Patient dann seinen Herzanfall mit einem akuten Verlangen nach einem Kontakt zu einem Mädchen in Verbindung bringen (Std. 80).

Klagen als Anklage

Immer wieder tauchten depressive Symptome und Suizidgedanken auf, die als Folge der erlebten Wirkungslosigkeit der Behandlung auftreten (Std. 80):

- P. Ich habe auch deshalb keine besonders große Lust, hier weiterzumachen, weil ich fast überzeugt bin, dass es zu nichts führt, zu keinem positiven Ergebnis, sei es, dass ich gesund werde oder auch nicht (P räuspert sich; kurze Pause.) ich glaube einfach, dass es sich nicht lohnt zu leben.

Während der Patient sich selbst anklagt, dass sein ewiges Lamentieren zu nichts gut sei, deutet der Analytiker ihm – an Freud denkend: „Das Lamentieren ist offenbar eine Ihrer Formen der Anklage“ (Std. 101). Und das Ziel dieser Anklagen sei es, den großen Professor dazu zu bringen, die Flinte ins Korn zu werfen. In dieser Sitzung kann der Patient dieses nachvollziehen.

Ideal

In der einschränkten Atmosphäre der Medizinischen Klinik gaben vorübergehende Kontakte des Patienten zu Mädchen und Frauen, mit Patientinnen, immer wieder Anlass, seine Bedürfnisse eingehend zu untersuchen.

- P. Ich erzählte Ihnen ja auch zum Beispiel das, was glaube ich letzte Woche, dass ich äh mich da, mit dieser Frau abgegeben hatte dieser Französin und äh dass ich mich dabei ziemlich kühl, ja äh gelangweilt, verhalten hatte das war wohl äh, mit auch, dieselbe Erscheinung. - ich habe diese Frau gestern wieder getroffen, und dann mich, wieder auf die gleiche Weise mit ihr, abgegeben habe diesmal versucht, sagen wir äh etwas mehr die, Zügel schießen zu lassen, aber äh mit, dem Erfolg den ich befürchtet hatte nämlich, dass mir da schlecht wurde (Std. 103).

⁷ Dieser Traum wurde auch von Döll-Hentscher (2008) detailliert nach der Moserschen Traumkodierung ausbuchstabiert (S. 267).

Solche Kontakte konfrontieren den Patienten mit genau dem, was ihm in seiner Sicht abzugehen schien: sie repräsentierten offenkundig sein narzisstisches Ideal von Stärke, Schönheit, Klugheit. Die Deutung greift den gefürchteten Kontrollverlust auf und versucht einen Übertragungsaspekt zu benennen (Std. 103):

T. Wir verstehen dann auch, dass Sie hier sich so auch so gut, sich kontrollieren müssen um, ja nichts Unvorhergesehenes passieren zu lassen. weil offenbar dies wie ein Machtverlust! erlebt wird -- dass also die Beherrschung zu verlieren auch dann heißt die Herrschaft verlieren.

P. Ja wenn ich sofort sagen würde, was ich denke hier, würde mir das Wort im Hals stecken bleiben.

So sind die ersten hundert Stunden einerseits von der freundlichen, gefassten Haltung des Patienten bestimmt, in der er mit viel Interesse und guter Abwehr sich in den analytischen Prozess einlässt. Andererseits wird die Arbeit durch die beständigen Klagen über die Sinnlosigkeit der therapeutischen Mühen durchsetzt. Die von der psychoanalytischen Theorie postulierte unbewusste Trennungsproblematik wird in der Übertragung nur ansatzweise sichtbar; auch die aggressive Übertragungskonstellation ist vorwiegend unbewusst, wird jedoch durch das Klagen in die Beziehung getragen. Dazu prägen Schuld- und Beschämungsthemen in wechselndem Maße die Themen der Arbeit.

Getrenntsein

Das Thema der Trennung kommt jedoch dann zunehmend stärker zum Vorschein. Zu jemand eine persönlich wichtige Beziehung zu haben, wird an einem Traum deutlich. Er glaubte im Traum, der Großvater wäre erschienen (Std. 123):

P. Das war ein entsetzlicher Schreck, ich hatte richtig das Gefühl, dass mir das Blut gerinnt, und das Herz stand mir einige Augenblicke still. Im Anschluss daran versuchte ich meinen Großvater systematisch zu vergessen.

Diesen Traum konnte der Analytiker mit Erinnerungen an die Mutter verknüpfen, deren Wichtigkeit für ihn er auch „systematisch zu vergessen“ suchte. Seine diesbezügliche Deutung lautete nun:

T. Tatsächlich ist es jedoch so, weil Sie diese Gefühle weggeschoben haben, sich zwar wohler fühlten, aber nun dort wo Sie etwas suchen, eine große Leere empfinden und dann darüber klagen, ich habe niemand, bin allein, finde niemand.

Daraufhin fällt ihm ein Traum ein, als er wohl dreizehn Jahre alt war:

P. Da komm ich nach Hause, von einem Spaziergang oder so, und versuche die Haustür aufzuschließen, dann passt der Schlüssel nicht mehr, und wie ich klinge, schaut jemand Fremdes zum Fenster raus. Der sagte mir, meine Eltern wohnen jetzt nicht mehr da.

Nach einer längeren Schweigepause fällt ihm noch ein weiterer Traum ein, den er zwei Jahre früher geträumt habe:

P. Ich gehe durch einen Wald spazieren und gehe auch nach Hause und äh meine Mutter kennt mich nicht und stellt mir irgendwie sogar nach, irgendwie feindlich.

Der Analytiker hebt hervor, dass es zwei Angstsituationen sind, und der Patient kann mitteilen, dass er als Kind oft das Gefühl hatte nicht mehr zur Familie zu gehören. Sein Versuch, das Gefühl des Ausgeschlossenseins auf eine oedipale Ebene zu heben, den fehlenden Schlüssel als Hinweis auf sein zu kleines Glied zu lesen, mag zunächst für einen kritischen Leser nicht unbedingt zwingend wirken:

- T. Im Traum ist das ja sehr schön dargestellt, - dass der Schlüssel nicht passt; Sie haben dann aus dem Ausgeschlossensein offenbar eine Reaktion entwickelt, Sie werden ausgeschlossen, weil Sie eben zu klein sind, und Ihre Kleinheitsvorstellung wird damit auch zu tun haben, dass der Schlüssel zu klein ist, das Glied zu klein ist.

Stimmig bleibt in den folgenden Stunden von dieser Deutungslineie, dass es den Patienten gekränkt haben dürfte, ausgeschlossen gewesen zu sein, die Mutter nicht erreichen zu können, was dann als Machtlosigkeit apostrophiert werden kann. Den Analytiker sucht dann nachfolgend immer wieder herauszuarbeiten, „was so kränkend an einem sehr intensiven innigen Gefühl der Zuneigung“ ist (Std. 127).

- P. Mir fällt regelmäßig nur ein, dass es mir eben wehtut, dass da keine Erwiderung ist, und dass ich nicht die Möglichkeit habe, das gegenüber dazu zu bewegen, dass ich wiedergeliebt werde.
- T. Das hat dazu geführt, dass Sie Ihre ganze Liebessehnsucht erst einmal versteckt haben, kalt-schnäuzig wurden, wo es Ihnen warm ums Herz ist.....Sie bekommen Angst, weil Zuneigung zu einer Gefahr bzw. zu einer Kränkung wird. Und dies wiederholt sich hier bei uns, in unserer Beziehung.

Der Übertragungsdeutung liegt die Vorstellung zugrunde, dass sein Sprechen über diese Gefühle des Zurückgewiesen-Worden-Seins für die therapeutische Beziehung katastrophale Folgen haben würde, weshalb er sich einen Analytiker wünscht, der „hart wie ein Diamant“ wäre.

Der Patient versteht nun jedenfalls den Ablauf des innerseelischen Geschehens:

- P. Das hieße also, wenn ich die Freundschaft von irgendjemand suche, dann wiederholt sich bei mir unbewusst der Vorgang, der Schlüssel passt nicht ...und das andere ist die Überlegung, passt der Schlüssel hier nicht, passt er in gar kein Schloss.

Diese Aneignung der Deutung war ein wichtiger Schritt, der den Patienten in der nachfolgenden Sitzung (Std. 129) zu folgenden Überlegungen angeregt hat:

- P. Diesem bereits heftig strapazierten Schlüssel-Schloss-Traum lassen sich vielleicht noch folgende Seiten abgewinnen. Ich hatte also den Wunsch, mit meiner Mutter zu verkehren, dies wird auch noch durch einen anderen Traum, an den ich mich erinnere, belegt. Das war natürlich nicht möglich für mich; hier kommt, glaube ich, irgendwie die Gestalt meines Vaters herein, vielleicht ist er derjenige, der mir den Schlüssel, sprich mein Glied unbrauchbar, kaputtgemacht hat.

Einen anderen, bestätigenden Traum (vom Verkehr mit der Mutter) hält der Patient noch zurück; stattdessen schildert er nun eine dazu passende Erinnerung:

- P. Ich erinnere mich da, dass ich mal mit meinen Eltern an der Uferstrasse spazierenging, da war ich vielleicht zehn Jahre alt, und da war auf irgend so einem Terrassencafe Tanz, und da hatte ich einen vagen, aber recht heftigen Wunsch nach Mädchen, nach Haut, nach Berührung, und irgendwie spürte ich dazwischen meinen Vater, möglicherweise drückt er mir hier eine Rolle eines Gegners, eines Rivalen entgegen, so dass ich jedes Mal, wenn ich mich um die Sympathie eines Mädchens bewerbe, es in meiner Vorstellung mit meinem Vater zu tun kriege, der mir eben dieses Mädchen streitig macht.....es gibt ja vielleicht tatsächlich immer jemanden, vielleicht nur in der Vorstellung des Mädchens – dessen Nebenbuhler ich bin

Die These, die der Analytiker dem Patienten bereits mehrere Male zu verdeutlichen suchte, kann dieser nun aufgreifen:

- P. Weshalb ich so eifrig an den Symptomen festhalte, ich habe ja zwar den Wunsch, sie los zu haben, aber wenn ich sie habe, bieten sie mir einen Schutzwall, dass ich nicht gegen meinen Vater antreten muss.

Erleichtert kann der Analytiker nun sein Deutungsangebot vieler Stunden erneut anbringen, dass der Patient dem Vater dauernd Vorwürfe machen kann, dass dieser ihn geschädigt hat; außerdem liegt es auch nahe, dass die Klagen des Patienten vermutlich sogar spezifische Anklagen sind, dass der Vater und Analytiker ihn in eine körperliche Notlage gebracht haben, und dieses dann auch ausbaden sollen. Die Gleichsetzung von Vater und Analytiker in der Übertragung kann in dieser Sitzung gedeutet werden:

- T. der ist schuld, der soll es ausbaden und der soll es wiedergutmachen; Aber wenn er es wieder gutmachen würde, wenn er so ein großer Analytiker wäre, dass er Sie heilen würde, dann würde er Sie erneut kränken und erneut treffen.

Der Patient kann bestätigend fortführen, dass sein Zwiespalt darin bestünde, dass er den Vater als Freund wollte, und andererseits stünde dieser als sein Gegner dar; gleiche Aussagen habe er dem Analytiker gegenüber geäußert. Dieser unterstreicht den Mut, den der Patient in dieser Sitzung gezeigt hat, indem er den Inzest-Traum berichten konnte.

Folgenloses Fazit

In den folgenden Sitzungen rückt jedoch das Thema der Trennungserfahrungen im Kontext, auch von Krankheiten, erneut in den Vordergrund der Arbeit. Immerhin zieht der Patient nach weiteren Sitzungen folgende Bilanz (Std. 141):

- P. Ich hab nochmals versucht eins und eins zusammen zu zählen. Dabei ist folgendes herausgekommen: wenn ich die Mutter liebe, dann mache ich mir den Vater zum Feind, er will mir was antun, Tut er mir was an, dann sterbe ich, damit tue ich wieder der Mutter weh und ich verliere sie wieder. Wehre ich mich, dann tue ich der Mutter ebenfalls weh, sie stirbt auch. Vater und Mutter gehören zusammen, deshalb tue ich weh. Es ist für zwei kein Platz, es ist zu eng, also geh ich. Wenn ich aber geh, dann tue ich der Mutter wieder so weh, dass sie stirbt. Es gibt für mich nur den Ausweg, dass ich die Zuneigung der Mutter verringere....also bin ich so böse, dass sie mich nicht mehr mag....dann verliere ich sie nicht, dann kann ich gehen ---- und ich habe eben vermieden bis jetzt diesen Krach zu machen....übrig bleibt, dass es mir weh tut, lieber sterbe ich als dass die Mutter stirbt.

Der Patient beschreibt sein Dilemma wohl zutreffend, aber er sagt selbst: es ist eine Konstruktion, und demzufolge kann es ihn nicht von seiner Angst befreien. Er hat sich deshalb entschlossen, „endgültig die Behandlung aufzugeben, weil ich keinen Wert sehe, darin weiter zu machen“. Es ist nicht das erste Mal, dass ihn die Verzweiflung übermannt. Dies sind Momente, wo der Analytiker gefordert ist:

- T. Sie wollen Schluss machen mit einer schönen, zusammenfassenden Konstruktion, abtreten mit einer Zusammenfassung vieler Themen, die hier besprochen wurden, mir sagen, - und dort ist die Wirklichkeit und das Leben – dass ich gänzlich machtlos bin, für Sie etwas zu tun.

Der Analytiker weist dann besonders darauf hin, dass diesen Entschluss wieder aufzugeben zur gleichen Situation führen würde, nämlich dass er wieder über den

Patienten gesiegt hätte – eine wahrhaft paradoxe Intervention. Nachfolgende deutet er, der Patient entziehe sich der Angst, dass der Analytiker ihm etwas Gutes tun, ihm zu nahe kommen könnte. Der Patient fragt zu Recht, wie er von seinem Gedankengebäude aus denn seine Angst verlieren soll. Im Augenblick kann der Analytiker nur sagen: „Indem Sie dorthin gehen, wo Ihr Erleben steckt“. Gemeint ist des Patienten triumphales Gefühl, den Analytiker „absurdum geführt zu haben“.

Nach einer längeren Pause fragt der Patient:

P. Wer sind Sie

Wieder folgt ein langes Schweigen, dann sage der Analytiker:

T. In zehn Minuten vielleicht tot - -- ein Toter

Zunächst der Patient noch belustigt, kann aber dann den Hinweis aufgreifen, dass er den aggressiven Aspekt seines angekündigten „Todes als Patient“ unterdrückt hat, um eben „nix“ angestellt zu haben. Darüber kommt es zu einer Rücknahme seines Entschlusses ‚stante pede‘ aufzuhören.

Schlüsselstunden

In einer Schlüsselstunde (Std. 202⁸) wird deutlich, dass der Patient schon mit einer Unruhe von der Station kommt und sich vorher von dem Stationsarzt die Versicherung geholt hat, daß nichts passieren könne. Dann kommt er vor das Sprechzimmer, und das Schild ist vorgezogen: "Bitte nicht eintreten". Er erlebt diesen Moment als abruptes Verlassenwerden, auf das sich eine reaktive Wut entwickelt, die, da sie ihr Ziel nicht erreichen darf, in den Beschwerden stecken bleibt.

Entscheidend ist, daß der Analytiker das auslösende Moment "der verschlossenen Tür" selbst einbringt und auch die befürchteten Konsequenzen für den Patienten ausmalt. Er übernimmt stellvertretend die Verbalisierung der aggressiven Phantasie und benennt das Motiv, weshalb der Patient nicht toben und schreien kann.

Übertragungsgeschenk

Am Ende dieser Sitzung bietet der Analytiker dem Patienten eine Extra-Sitzung an, die dieser dankbar annimmt. In dieser dann folgenden Sitzung (Std. 203) erinnert der Patient erstmals einen rezenten Traum:

P. ha, ich halte mich gerade an so einen, ich habe ja heute Nacht eine ganze Menge eigentlich geträumt, und diesmal konnte ich's mir zum Teil merken, aber nur kuriose Zeug.

⁸ Diese wurde als Illustration einer typischen Trennungsangst-Dynamik im 2. Band dargestellt (Thomä u. Kächele 2006b, S.368ff)

T. ja.

P. das fing damit an, daß ich im. - . saß und einer neben mir, und der hat irgendwelche. gemacht, die mich gestört hatten und dann habe ich dem glaube ich, mit einem Schlagring oder so was, eins auf die Nase gegeben und da ist mir schlecht geworden, bin ich aufgewacht. bin ich wieder eingeschlafen und dann habe ich irgendwie was von einer unbekannten Seuche geträumt und dann hat sich das verwischt, da hatte ich auch Angst und dann wurden irgendwie zwei Männer so in die Büsche gezerrt und erschossen oder so was und dann befand ich mich auf einem Volksfest, das stieß mich ab, ging ich weiter und dann befand ich mich auf einem Lastwagen und da waren die zwei Männer wieder und wollten mir an den Kragen, wollten mich erschießen und da haben sie mir eine Zigarette angeboten, die habe ich genommen und in den Motor geschmissen, damit der hochging, dann bin ich von den zweien weggerannt, dann befand ich mich, immer noch wegrennend, in so einem Gang und da war eine Tür, bin ich raus, dann war ich in einem Käfig. und da stand irgendwas von einer Katze und die hatte eine magische Anziehung auf mich und wie ich die sah, bin ich furchtbar erschrocken und ich kann mich daran nicht erinnern , ich glaube, ich hab sogar vor Schreck geschrien, aber ich kann damit, mit dem ganzen Zeug, nichts anfangen.

T. es ist ja das erste Mal, glaube ich, überhaupt, daß Sie einen Traum aus der Gegenwart, überhaupt während der Behandlung erinnern.

P. weil ich's nie erinnern konnte, ja.

T. und das ist zunächst einmal doch sehr bemerkenswert. und ich glaube, es könnte damit zusammenhängen, daß ich Ihnen heute diese Stunde zusätzlich, extra gebe, daß Sie deshalb auch.

P. gelöster.

T. ja, daß Sie froh waren darüber und.

P. ja, das auf alle Fälle.

T. da ich Sie verschiedentlich gefragt hab, ob Sie träumen, ob Sie Träume erinnern, ..., glaube ich, daß Sie gerade die Träume dieser Nacht erinnern, daß dies etwas damit zu tun hat, daß Sie mir auch etwas mitbringen möchten, etwas Neues, etwas Zusätzliches. auch wenn das jetzt, was Sie mitbringen.

P. undurchsichtig ist im Moment.

T. ... erst einmal ist unklar, was sich da alles abspielt und Sie damit nicht viel anfangen können, gerade wenn man's dann mitbringt und etwas gibt, dann möchte man ja auch, daß der andere etwas damit tut und anfangen kann. gibt es irgendeinen Gedanken, der Ihnen dazu einfällt, zu diesen ja doch recht dramatischen Bildern? nun, irgendetwas haben Sie schon gedacht.

P. ja, die Männer waren weiß, weiß angezogen.

T. alle? sowohl die zwei als auch der im Kino?

P. nein, der nicht.

T. die zwei.

P. das war ein Film, was ich da gesehn hab, soweit ich mich erinnere.

T. mhm, hab ich's recht verstanden, Sie saßen im Kino und sahen einen Film?

P. ja, und da war ich plötzlich selbst beteiligt.

T. die zwei, meinen Sie, die weggezogen wurden, die zwei waren weiß angezogen und die nachher im Lastwagen.

- P. ja, von solchen Räuberpistolen träume ich vergleichsweise oft, bloß bin ich bisher so gut wie nie eigentlich der gewesen, auf den's abgesehen war. ich hab schon jahrelang praktisch nichts mehr geträumt, wovor ich so erschrocken bin, wovor ich solche Angst hatte.
- T. ja, erst mal ging's ja auch gegen die zwei Männer, die allerdings dann nachher auf dem Lastwagen Sie bedrohten, nicht?
- P. aha.
- T. aber die waren ja auch irgendwie, im ersten Teil des Traumes, im andern auch bedroht, oder war das nicht eine Art Überfall aus dem Busch? auf die zwei?
- P. das kann ich nicht sagen.
- T. mhm.
- P. woher ich das überhaupt bringe. fremde Gesichter.
- T. und dieser magische Blick, oder wie das war, eine Katze.
- P. eine Katze, ja.
- T. die hat Sie sehr stark angezogen.
- P. mhm. und dann habe ich diese Angst bekommen. bin ich irgendwie mit Mädchen in Verbindung. ich weiß aber auch nicht wieso.
- T. nun, man sagt ja "die falsche Katze" nicht?
- P. mhm. aber bevor ich sah, was das wirklich war, bin ich aufgewacht.
- T. die Augen der Katze waren besonders wichtig, nicht?
- P. die habe ich nicht gesehen.
- T. nein, nur die Katze hatte so eine magische Anziehungskraft.
- P. war im Käfig. mhm, muss ja wohl eine besondere Bedeutung haben, nachdem ich so erschrocken bin.
- T. könnte das was zu tun haben mit "nicht anfassen", "Achtung nicht anfassen", die Katze.
- P. war ja offen!
- T. ah, war offen. es war ein Gitter, aber ein offenes, also irgendwo eine Türe oder was?
- P. irgendwie sollte das Viehzeug für mich ein Schutz gegen die zwei Männer sein.
- T. hm, mhm, ja und Katzen haben ja was Weiches, weiches Fell. anschmiegsam. hm, Sie haben's wieder verworfen, was Sie gedacht haben.
- P. mir fällt nur ein, auf der einen Seite die Härte und auf der anderen Seite das Gegenteil und ich hatte anscheinend vor beidem Angst, dem einen bin ich ja davongelaufen und das andere war mir scheint's auch nicht so willkommen, sonst wär ja die Angst nicht so groß gewesen. mir fiel darauf, fällt mir gerade ein, ein Traum ein. - . nur ganz, ganz vage, wie ich heimkomme und die Wohnung aufmache, die Tür, da ist auch irgendetwas, wovor ich erschrocken bin. - . im Traum.

In der nachfolgenden Sitzung (204) wird der Traumbericht nur kurz gestreift, aber der Patient versucht seine Gedanken auf das Thema „Angriffslust im Straßenverkehr“ zu richten. Die dann folgende Stunde (205) beginnt mit einer „Beichte“:

P: ich weiß nicht recht, aber ich habe im Moment wieder den Eindruck, daß ich jetzt in einen sauren Apfel zu beißen habe. ich war zu Ihnen insofern unaufrichtig, als ich zu Ihnen am Samstag sagte, diesen Traum mit Mädchen zusammenzubringen in irgendeiner Weise, als ich damit nämlich nicht Mädchen allgemein meinte, sondern ein bestimmtes Mädchen, und zwar hatte ich Ihnen ja von dieser sentimentalten Beziehung andeutungsweise erzählt, diesem Schriftsteller-mädchen. ich weiß nicht, ich hatte immer den Eindruck, daß diese Sache in irgendeiner Weise dazu beigetragen hat, daß es mich letzten Endes umgehauen hat, aber so sehr ich mich auch bemüht habe, daß ich mich an irgend etwas erinnerte, es fiel mir nichts ein, obwohl das erst zwei Jahre jetzt zurückliegt. ich werde jetzt wahrscheinlich auch wieder Mühe haben, daß mir was einfällt, und ich auf der anderen Seite gar nicht weiß, ob sich's lohnt, darüber Worte zu verlieren.

T: dieses Mädchen ist Ihnen eingefallen bei dem Traum von der Katze?

P: ja, ja. das fiel mir dazu gleich ein, noch während des Traums. ich weiß nicht, ob sich's lohnt, darüber zu reden. mir ist jedenfalls gestern, als mir das einfel, wieder den ganzen Tag so schlecht gewesen, daß ich abends wieder eine Spritze brauchte; total fertig. aber jetzt ist schon wieder alles weg.

Die magische Anziehung einer Katze (= ubw. attraktives Mädchen, das ihn zurückgewiesen hat), verdeutlicht den Macht-Ohnmacht-Konflikt, der sich hier gut darstellt. Aber noch ist der Patient weit davon entfernt, sich dieser Auseinandersetzung zu stellen; stattdessen stellt sich sein charakteristisches Symptom der Herzasens ein. Die Verbindung der aktuellen Situation: „Verlassenwerden durch die scheinbar geschlossene Tür zum Analytikerzimmer“ mit dem Verlassenwerden, Sitzengelassen werden durch das Mädchen, scheint zu passen.

Traumserien

Ein weiteres Mal greift der Analytiker aktiv die Mitteilung von Träumen im Verlauf der Behandlung auf. In der Sitzung 225 werden insgesamt vier Träume berichtet, eine für diesen Patienten ungewöhnliche Häufung. Der erste und der vierte Traum stammen aus der vorangegangenen Nacht, während die beiden mittleren Träume von früher sind.

Die vorhergehende Sitzung zentrierte auf die Eigenart des Patienten, bei konflikt-haften Gesprächen und Auseinandersetzungen unter heftiger Übelkeit und Versagensängsten zu leiden. Dies trat immer besonders dann auf, wenn er eine eigene Meinung vertreten wollte oder sollte. Dies wurde in einer längeren Ausführung vom Analytiker als ein Ausweichen interpretiert, mit dem sich der Patient davor schütze, als Repräsentant einer bestimmten Ansicht abgelehnt oder ausgelacht zu werden. Seine daraus entstehende Ohnmacht- und Wutgefühle veranlassen ihn dann, auch

in der Übertragungssituation von dem Analytiker nichts annehmen zu können, was er in Form einer dauernden Kritik an dessen Vorgehen austrägt.

In der nun folgenden Sitzung setzt sich diese Thematik fort, und führt im ersten Teil der Stunde zu einer sehr mühseligen, zähen Dialogsituation. Als der Analytiker dann gegen Mitte der Sitzung konkret die Furcht des Patienten anspricht, für diese seine ablehnende und kritisierende Haltung rausgeschmissen zu werden, bringt der Patient einen Traum aus der zurückliegenden Nacht (Std. 225):

- P. Jedenfalls sitze ich hier auf der Couch und heule ziemlich heftig. Und – was vorgefallen ist – das weiß ich nicht. Es fehlt mir also, wie gesagt, dann kommt immer der nächste Patient rein, geht wieder raus, und das stört irgend etwas – das weiß ich auch nicht mehr genau – und dann gibt's noch einen Wortwechsel, und ich geh dann fort, ziemlich niedergeschlagen; und es geht mir schlecht. Den Rest weiß ich auch nicht mehr.

Der Traum zeigt eine Angstsituation und zeigt darüber hinaus, dass der Patient dieser Gefahr – nicht beachtet zu werden - durch aktive Vorwegnahme zu begegnen sucht. Im Anschluss an den Traumbericht fährt der Patient folgendermaßen fort:

- P. Sonst weiß ich nichts mehr, nur ein Bruchstück. Ich habe die letzten acht Tage versucht, ohne Valium zu schlafen, weil mir dann leichter merken kann, was ich träume. Ich habe eine Menge Träume erwischt inzwischen, aber keine, die ich zu irgendetwas hätte in Beziehung setzen können. Deshalb habe ich sie nicht erzählt – völlig fremde Dinge.

Der Analytiker interpretiert nun das für den Patienten wichtige Abwehrverhalten, das Alles-Alleine-Machen-Müssen und das In-der-Hand-Behalten. Darauf fallen dem Patienten zwei weitere Träume ein, die sich hinsichtlich ihrer Konflikte deutlich von ersten, rezenten Traum unterscheiden, aber sie haben eine klare Materialfunktion in der aktuellen Übertragungsbeziehung:

- P. Da steh ich am Schrank und das sind Gewehre drin – in dem Haus ist irgendwie ein reicher Mann gestorben; und dann sehe ich mich wieder auf der Strasse, ein vornehmes, großes Haus, und dann schieß ich auf irgendwelche Vögel, auf ein paar Leute auch noch; ein Leichenwagen fährt vorbei und hinterher die Polizei.

Unmittelbar nachfolgend fällt dem Patient noch ein weiterer, zurückliegender Traum ein.

- P. Da hab ich doch zusammen mit meinem Bruder ein Haus angezündet, und ich war völlig doof, das weiß ich noch, und wir haben uns selbst angezeigt.

Es fällt nicht schwer den Bezug der beiden Träume zur aktuellen Situation herzustellen. In den Träumen wie in seinem übrigen Verhalten versucht der Patient, die Schuld für Verfehlungen anderen zu zuschieben. So ist im Traum ein reicher Mann gestorben, während er nichts damit zu tun hat, er „schießt ja nur auf Vögel“ oder er zündet zusammen mit seinem Bruder ein Haus an; er ist also wenigstens nicht allein verantwortlich. Genauso trägt der Analytiker die Schuld, dass in der Analyse nichts voran geht. Die folgende Deutung fasst zusammen, dass der Patient einer gefürchteten Auseinandersetzung damit aus dem Wege geht, dass er dem anderen Unvermögen und die Verantwortung für missliche Situationen zuschiebt oder sich selbst als schwach und gehandicapt (durch seine körperliche Symptomatik) zurückzieht:

- T. Das heißt, Sie stellen sich gerade als dumm hin und als machtlos und als schwach; so eine Art von Beschwörungsformel, damit Ihnen ja nichts passiert, Ihnen ja nichts einfällt beim Schiessen und Zündeln.
- P. Ja, das ist mir auch nie was dazu eingefallen, das ist jetzt fasst eine Woche her (kurze Pause) Mir ist bloß jetzt gerade noch ein vierter Traum eingefallen, den ich heute Nacht geträumt habe – Das fehlt das Meiste. Es war so ein altes Haus oder Schloss, ich weiß nicht mehr so genau und da hat's Gespenster. Und das träum ich komischerweise oft. Aber neu war, dass ich diesmal wusste, das sind keine Gespenster, eines hab ich verhauen.

Mit diesem Traum gibt der Patient sich selber auch eine Antwort auf das im ersten Traum dieser Stunde thematisierte Verlassenheitsgefühl: er kann nun erstmals eine gewünschte Aktivität im Umgang mit dem gefürchteten, wenig konturierten Objekt wahrnehmen. Es handelt sich hierbei allerdings um einen ersten Schritt, der noch oft in der Behandlung wiederholt und durchgearbeitet werden musste, wie dies Träume aus späteren Abschnitte der Behandlung zeigen.

Verbotene Lust

So berichtet der Patient einen Traum (Std. 318) über die Lust nackt zu sein und zu stinken, Stuhlgang zu machen. Der Analytiker interpretiert die damit verbundene Gefahr der Zurückweisung (Std. 319):

- T: es ein Abwenden, einfach ein Entzug von Liebe. auf den Traum bezogen, weil Sie stinken, weil Sie riechen, Ihr Geruch nicht positiv als Wohlgeruch aufgenommen wird, das heißt dann, „ich rieche nicht gut, sondern ich rieche schlecht, denn wenn ich gut riechen würde, dann würde er die Nase nicht abwenden“. (Pause.)
- P: ja, das wird ja dann nur auch auf das Tun oder, und auf das Reden sich ausdehnen, ich weiß nicht - . (Pause) ja, mir spuckt immer noch mächtig die Angst im Kopf rum, mir passiert irgendetwas Menschliches.
- T: mhm. (Pause.)
- P: will aber nicht mehr davon reden, meinetwegen, das stinkt mir. (Pause)
- T: ja, ja, das stinkt Ihnen, nicht nur stinkt es Ihnen, ich glaube auch, ich stink' Ihnen.

Die Wendung, die der Analytiker hier dem Geschehen gibt, spitzt die Situation zu. Wenn dem Patienten etwas Menschliches passieren würde, würde es kränkend sein, dass der Analytiker ihn in eine solche Situation bringt:

- P: ja, ja, es ist mir entsetzlich peinlich, ich schwitze vor Angst.

Am Thema der verbotenen Lust, die mit Ausscheidungsvorgängen verbunden ist, wird erneut das Macht-Ohnmacht Thema verhandelt (Std. 320):

- T: an allem Aufregenden. die Lust des Traumes, sich nackt zu zeigen und gut zu riechen und Leute zu haben, die drumrum stehen und dumm gucken und sich daran freuen, das ist gewiss eine angeborene Lust.

Diese Lust wird von vom Analytiker mit einer anstehenden Unterbrechung verbunden, so als ob diese als Folge des vom Patienten ausgehenden Gestanks von ihm betrachtet wird (Std. 327):

T: Die Idee wird abgeleitet daraus, daß ich wenn Sie mir wirklich wichtig wären, dann würde ich mich auch Ihnen so widmen, daß ich jetzt nicht auf die Idee komme, jetzt wegzufahren. das heißt, Sie - es könnte so sein, daß Sie daraus eine Verurteilung ziehen , etwa derart, na ja, das wird dem gerade recht sein, daß er jetzt endlich mal weg ist, denn so viel Gestank wie Sie verbreitet haben, oder der Wunsch, über einen längeren Zeitraum bewundert zu werden, ist auch ein Wunsch, der eigentlich unerhört ist und auf die Nerven gehen muss, daß Sie mein Wegfahren Ihnen zuschreiben als Verursacher.

Diese Sicht des Ablaufes betont erneut, dass schlimme Dinge sich der Kontrolle des Patienten entziehen und ihn dadurch kränken.

Der Patient zeigt sich empört:

P: in drei Kuckucksnamen, wie lerne ich damit zurechtzukommen, wenn Sie es so rumdrehen?

Wie soll er es lernen, dass jede Bewegung eine Gegenbewegung auslösen kann, die sich „unterirdisch“ zu einem Kampf entwickelt? Immer wieder holt ihn der Analytiker auf den Kampfplatz zurück

T: das ist eine Kampfsituation. sie möchten nämlich, daß ich lerne, daß so was einfach nicht passiert. Sie möchten, daß ich lerne, daß man Sie einfach nicht so allein lassen kann und Sie nehmen mir das übel, daß ich das nicht lerne.

Der Patient macht aus der Erfahrung der Machtlosigkeit angesichts einer Urlaubsunterbrechung eine Verkleinerung, weil er das als erneuten Kontrollverlust erlebt. Weil das Tun des Einen zum Tun des Anderen wird (Stierlin 1971), wird es dann auch zur Kränkung, zum Kontrollverlust. Das wird als eine ihm zugefügte Schikane persönlich erlebt, nicht eben als eine bloße Urlaubsunterbrechung, die unvermeidlich ist, sondern es wird ihm zugefügt. Wieder einmal mehr resigniert der Patient:

P: naja, sicher. ich kann ja nichts daran ändern, ich brauche gar nichts daran zu ändern. besonders schlimm ist ja für mich daran nur, daß es mir davon schlecht wird und wenn es mir davon schlecht wird, damit geht mir ja auch noch alles übrige flöten. aber das gehört nicht hierher.

Dieses Gefühl des Stillstandes ist den nachfolgenden Sitzungen überwältigend. Der Patient kommt nicht voran, kann nichts an seinen Problemen machen. Die Hoffnungslosigkeit ist sehr stark. Die Analyse beschützt ihn gegen nichts, ist völlig nutzlos. Der Patient findet keinen Halt, auch nicht an seinen rationalen Einsichten, schon gar nicht an den umfänglichen und wohl zu inhaltsreichen Deutungen des Analytikers. Fast alle Sitzungen beginnen mit Klagen über Ängste, Beeinträchtigungen und Einschränkungen. Durchwegs herrscht eine heftige Wut und Enttäuschung am Analytiker vor, der ein Verständnis abzugewinnen, diesen vermutlich zu mehr Deutungsaktivität gebracht hat, als dem Patienten gut tat.

Angstlust

Dies wird an dem Traummaterial der Sitzung 493 deutlich, wo der Patient unmittelbar mit einem Traumbericht beginnt:

P. na, heute Nacht habe ich mal wieder so etwas geträumt, wovon ich ziemlich Angst bekommen habe. und zwar, ich weiß nicht was es war. es war wohl irgendso etwas wie schreckliche Auto-unfälle. ich hab das gar nicht gesehen, aber neben mir waren Leute, und die hatten eine mords Freude an dem, was da passiert ist, passierte. und ich hab mich versteckt, daß ich das nicht, äh, sehen musste, was da passiert. dann ist mir's schlecht geworden und bin ich aufgewacht. hatte dann einige Zeit da wieder mal mit Angst zu kämpfen.

T: mhm. und den Leuten im Traum hat's Spaß gemacht da zuzuschauen.

P: ja, vielleicht habe ich's auf die geschoben, weil ich so was Böses nicht, äh, denken darf. ich weiß nicht. - . wenn, wenn ich so was sehe, dann, oder wenn ich's überhaupt mitkriege, wenn's, wenn's jemand da schlecht geht, dann, für mich gibt's da bloß Angst in der Hauptsache, - , vielleicht mal ein Ansatz von Schadenfreude, aber der erstickt ja dann, weil ich das nicht denken darf.

dann habe ich noch was geträumt. das fällt mir jetzt, im Moment nicht ein, war mir so peinlich, habe ich auch nur mit Mühe nach heute morgen herübergerettet. ich weiß es nicht mehr, so was.

Nach einigem Hin und Her kommt der Patient auf weiteres Traummaterial zu sprechen:

P. mir ist inzwischen noch ein anderer Traum eingefallen, den, den ich nicht mal erzählen wollte. es ist aber zu lange her, da weiß ich nun nicht mehr viel. das war ein ziemlich langer Traum. - . und, äh, ja, wenn ich das zusammenkriegen würde. - . da, da, hm, war ich nicht mehr zuhause, da war ich bei irgendjemand, das müssen Sie gewesen sein. ich kann das nicht mehr so genau sagen, äh, aber in dem Haus war überhaupt niemand, und da bin ich dann so furchtbar verzweifelt irgendwie fort, einfach weggelaufen. und da habe ich dann einen Haufen Zeug erlebt, das weiß ich aber nicht mehr.

Dann, was ich heute Nacht geträumt habe - ?

Bevor der Patient den nächsten Traum berichtet, greift der Analytiker ein:

T. eine Unterhaltung mit mir. was gibt es, äh, so an Gedanken? war ja neulich auch ein Traum, in dem ich auftauchte, nicht? der Traum, wo ich mich als hässlich bezeichnet habe (A.d.V. siehe Std. 476).

P. mhm. ja. ich, ich träume an und für sich öfters was, wo Sie, wo ich mit, einfach mit Ihnen rede - äh, mir fällt bloß das Merken so schwer. Wenn ich aufwache, dann ist meistens der Großteil weg, dann bleibt nur noch, äh, so was ganz, eben nichts, was man reden kann. nein, ich kriege das nicht zusammen. Was ich heute Nacht geträumt habe. äh, mir schwebt irgend so was vor wie, ich habe mich über mich beklagt, hm, weil ich mich hier, glaube ich, irgendwie blöde anstelle oder so, immer nichts wissen und so. und, äh, dann waren Sie wütend. ja, und dann haben Sie, das weiß ich nun eben nicht mehr, es ist sinnlos, brauch's nicht erzählen, weil ich nichts mehr weiß.....
Sie haben mich auf irgendwelche anderen Patienten, die ich aber nicht kenne, verwiesen und mich dadurch irgendwie getröstet, aber das weiß ich nun wirklich nicht mehr; mehr fällt mir nicht ein.

In der vorangegangenen Sitzung wurde der Konflikt zwischen passiver Haltung und Empfangen wollen des Patienten auf der einen Seite und seinem Kritikbedürfnis am Vorgehen des Analytikers auf der anderen Seite thematisiert. Es konnte heraus-

gearbeitet werden, dass die Absolutheit dieses Akzeptierens oder Ablehnens den eigenen Erwartungen bzw. Größenphantasien entsprechend ist. Der Traum verdeutlicht die Angst des Patienten vor der Zurückweisung wegen Kritik: er „beklagt sich über sich“ als sprachlicher Kompromiss zwischen aktiver Kritik und Unterwerfung. Der Analytiker verweist ihn deshalb (im Traum) an andere Patienten, die sich dümmer als der Patient anstellen.

Lust an der Aggression

In der weiteren Bearbeitung dieser Träume dreht sich der Kampf der beiden Interaktanten nun offen um die Lust an der Aggression:

T: Ihre Lust an den Zusammenstößen ist ja eine versteckte, wie Sie's im Traum darstellen.

P: ja, wenn's überhaupt bei mir Lust an Aggression gibt, dann muss sie wohl versteckt sein - . jedenfalls tritt sie nicht zutage. Ich hab, ich weiß nicht, wie soll ich dieses Verhältnis zu Ihnen auch deutlich machen? weil, ich bin ja nie richtig aggressiv hier. ich tue ja bloß so, und, äh, dann würde ich das albern finden. käme mir vor wie Schmierentheater, wenn ich da plötzlich - . ich weiß das nicht. - ich weiß, ich habe keine Lust, aggressiv zu sein, die wird mir ja versalzen dann draußen durch Mitleid, und was weiß ich.

T: Die Wut stellen Sie ja dar im Traum. Ich bin wütend im Traum. Sie sind im Traum dumm. und ich sag dazu: Sie stellen sich im Traum dumm, so wie Sie das im anderen Teil des Traumes sind; im anderen Traum verstecken Sie sich und die Aggressivität und die Lust daran, schreiben Sie den Anderen zu, damit ich nicht merke, was Sie für eine große Lust haben.

Auffällig an dieser Traumfolge ist, dass die Analysensituation hier manifesten Eingang gefunden hat; in beiden Träumen wird genau der in der Behandlung problematisierte Konflikt dargestellt. Das ist abzugrenzen gegenüber Freuds „Gefälligkeits-träumen“, die der „Analyse nachhinken“, aber nur das reproduzieren, was bereits aus Symptomen und Andeutungen rekonstruiert ist. Die hier vorliegenden Träume verdeutlichen vielmehr die intrapsychischen Aspekte eines Konfliktes, dessen Abwehr in der Behandlung erst bearbeitet wird. Klauber (1969) spricht hier von einer „Neuverteilung von Besetzungen, wodurch der Traumbericht zum Glied einer Reihe wird, die sonst in Symptombildungen hätte gebunden sein können“ (S. 291). Dass die Angst und Lust an der Aggression hierbei in Bezug auf den Analytiker erlebt wird, entspricht der begleitenden Übertragungssituation. Dies lässt sich mit der Annahme von Yasmajians (1964) in Übereinstimmung bringen, der das manifeste Auftauchen des Analytikers im Traum wie alle anderen Elemente als symbolisch entstellende Abwehr

sieht, wobei der rezente Eindruck vom Analytiker als Abwehr in der Form einer „Deckerinnerung“ gegen latente Wünsche eingesetzt wird⁹.

Die Arbeit an dem Thema Macht und Ohnmacht in der analytischen Arbeit war noch nicht zu Ende; noch viele Sitzungen wurde gekämpft. In der Rückschau stellen Thomä u. Kächele (2006b) jedoch fest, dass der behandelnde Analytiker sich bezüglich der Eigenart der Erkrankung getäuscht hat:

Bei der Gestaltung der Therapie wurde zu wenig berücksichtigt, dass sich Herr Christian Y noch in der spätadoleszenten Entwicklungsphase befand. Da für diese Altersgruppe das Macht-Ohnmacht-Problem besonders heikel ist, hätte die Behandlungstechnik stärker von "partnerschaftlicher Kooperation" durchdrungen sein müssen (Bohleber 1982). Darüber hinaus führte seine damalige Behandlungstechnik - die Analyse wurde Anfang der siebziger Jahre begonnen - zu systemimmanenten Fehlern, die sich ungünstig auswirkten. Beispielsweise war es verfrüht, dem Patienten zu empfehlen, Medikamente zu reduzieren oder wegzulassen. Auch hätte eine bessere Kooperation zwischen den behandelnden Ärzten dazu beitragen können, die Sicherheit des Patienten zu erhöhen und die Zahl seiner Niederlagen, die zu einer weiteren Minderung der Selbstsicherheit und der Angstbereitschaft führen, zu verringern“ (s. d. Thomä u. Kächele 2006b, Kap. 9.3).

Da hier die methodologischen Gesichtspunkten, weniger die technischen Fragen, interessieren, habe ich einen in Traumarbeit wissenschaftlich versierten Psychoanalytiker gebeten, einen Kommentar zu der von mir verfassten Fallgeschichte zu schreiben. Er verfügte über kein weiteres Material aus der Behandlung, sondern sein Kommentar demonstriert, was sich aus einer Fallgeschichte an (klinischen) Erkenntnissen heraus destillieren lässt.

⁹ Eine interessante andere Auffassung vertreten Zimmerman et al. (2006) in ihrer empirischen Studie über Träume, Übertragungsträume und Sitzungsträume als Folge von Störungen des psychoanalytischen Rahmens.

4.3 Kommentar zur Fallstudie über den Patienten Christian Y unter dem Aspekt der Mitteilung und Deutung von Träumen¹⁰

1. Eine Annahme zum Verhältnis von Übertragung und Gegenübertragung formuliert aus der Anfangsphase der Analyse unter Einbeziehung des „Schlüssel“-Traumes

Manifest fühlt der Patient sich unsicher und existentiell bedroht. Seine starke Trennungsangst ist insofern symptomatisch, als sie - i. S. des primären Krankheitsgewinnes – ihm den Blick dafür verstellt, dass er unbewusst an einer präambivalenten Beziehung zur Mutter fest hält. Latent ist der Patient mit seinem Schlüssel im Schloss. Er kann das Haus nicht mehr allein verlassen, weil er mit seiner Mutter verschmolzen und zu ihrem phallischen Anhängsel geworden ist. Er kompensiert das Mangelerleben der Mutter. Die phobische Einschränkung ermöglicht ihm - i. S. des sekundären Krankheitsgewinnes - , dass er zu Hause bleiben muss (bewusst) bzw. kann oder darf (unbewusst). Er verbleibt in einer phantasierten unbewussten, präambivalenten und passiven „Schloss-Schlüssel-Beziehung“: Wenn er sie verlasse, müsste er sich *a k t i v* mit Liebe und Hass auseinandersetzen, sich individuieren und konturieren – das jedoch wird durch eine hohe Angstbesetzung verhindert. Evident für seine Aktivitätsrücknahme ist das Einsetzen der starken Symptomatik am Anfang des Studiums, das er deshalb unterbrechen und sich in eine Klinikbehandlung begeben muss.

Eine erste wichtige Gegenübertragung des Analytikers lässt sich im Interview in der Formulierung finden, die subtil abschätzig erlebt werden kann: er (der Patient) scheine sich vor der Anerkennung seiner Einschränkungen „zu drücken“ (S. 74). Wenn er hier als Drückeberger erscheint, rückt ihn das in die Nähe eines Müttersöhnchens, das sich immer wieder an die Mutter drücken und dem Leben ausweichen will. So gesehen kann in der Formulierung „sich drücken“ eine männliche aversive Gegenübertragung gesehen werden, die das passive Triebglück – hier eine permanente „Schloss-Schlüssel-Passung/-Paarung oder -Beziehung“ verachtet; so wird in der Gegenübertragung die Angst vor dieser Art von Beziehung abgewehrt. Dadurch kann genau dieser Zusammenhang nicht bewusst gemacht und für die Veränderung des Patienten genutzt werden. Wenn der Analytiker diese Gegenübertragung längere Zeit nicht bemerkt und nicht bearbeitet, erschwert sie die Analyse und lässt sie schlimmstenfalls stagnieren, weil der Analytiker sich ständig dagegen wehrt, sich in eine präambivalente Verschmelzungsphantasie und den damit verbundenen Entwicklungskurzschluss, die Umgehung

¹⁰ Heinrich Deserno (Sigmund-Freud Institut Frankfurt) bin ich dankbar, dass er diesen Beitrag zur Abrundung der Fallstudie verfasst hat. Diese Fallstudie wird deshalb gemeinsam veröffentlicht (Kächele u. Deserno (2009) Forum für Psychoanalyse, im Druck.

des positiven Ödipuskomplexes, einfühlen. Vermutlich wurde diese Beziehungsfigur bei den diagnostisch-psychodynamischen Überlegungen unter „narzisstischer Ich-Struktur“ subsumiert. Die aversive Reaktion des Analytikers mag außerdem mit einer nicht genügend hinterfragten analytischen „Haltung“ zusammen hängen, die es dem Analytiker verwehrt, sich vorzustellen und nachzuempfinden, er selber könne auch dieser geängstigte Patient sein.

Lebensgeschichtlich spricht für diese Annahme, dass beschrieben wird, dem erstgeborenen Sohn sei die überängstliche und verwöhnende Mutter besonders zugetan gewesen, und weiter, wie früh und wann die Ängste des Patienten einsetzten: als in seinem 4. Lebensjahr der Vater von einer längeren Auslandsverpflichtung zurück kam (S. 75). Dürfen wir ergänzen, dass der Vater als Störenfried, als Bedrohung der besonderen Beziehung zwischen Mutter und Sohn von letzterem erlebt wurde?

Bis zum 12. Lebensjahr soll eine ausgeprägte Schulphobie bestanden haben. Sie besserte sich i. S. einer Wunscherfüllung: die reale Mutter näherte sich der Phantasie ihres Sohnes an, als sie ihn auf dem Schulweg begleitete und ihm die Hausaufgaben abnahm. Diese kompensatorische Besserung war jedoch nicht Ausdruck einer Weiterentwicklung des Jungen. Mit 12 fand der Umschlag kurzer sportlicher Aktivität in Passivität in eine Schonhaltung statt. Seither bestand die in die spätere Behandlung führende Symptomatik von Angstanfällen mit Tachykardien und Extrasystolen.

Weiterhin spricht für die Annahme einer unbewussten exklusiven präambivalenten Phantasiebeziehung zur Mutter, dass der Patient ihr entgegen kam oder treu blieb, indem er überbrav wurde und ohne Anstrengung versuchte zum Ziel zu kommen; so würde er nicht von sich aus zur Loslösung von der Mutter beitragen. Seine spätere Auflehnung gegen die Mutter wird als erfolglos beschrieben, weil ihn die Zurückweisung durch eine Freundin so kränkte, dass er dekompenzierte – weil er die Trennungsaggressivität nicht anders bewältigen konnte? - und in die Klinik musste.

Die hier angenommene zentrale Beziehungsfigur könnte auch in der Besonderheit des Verlaufs zum Ausdruck kommen: in der besonderen Intensität von langer stationärer Behandlung und den nachfolgenden drei Jahren mit 600, dann über viele Jahre verteilten weiteren 700 Stunden. Das lässt an eine „Wiederholung“, fast schon „Wiederherstellung“ der besonderen Mutter-Sohn-Beziehung als latente Übertragungsbeziehung denken; vermutlich wurde im weiteren Verlauf durch „langes Kämpfen“ eine allmähliche „Entwöhnung“ von der beschriebenen problematischen Fixierung erreicht.

2. Zu den Träumen, ihrem Zusammenhang mit der Übertragung und ihrer Deutung

Die Vorbemerkung zur Fallstudie (S. 81) über den Stellenwert der Mitteilung von Träumen überhaupt, deren „kommunikative Funktion“ nach Kanzer (1955), und weiterhin der Hinweis dass Träume dann mitgeteilt werden, wenn das Ich eine neue Einstellung zum Konflikt einnimmt, dies aber regressiv bzw. wunschorientiert ausdrückt (Klauber 1969), führt hin zu Freud, der auf die Rolle des Traumes im Rahmen der Übertragung aufmerksam geworden sei (1923a, S. 310). Hierzu wäre eine Linie in der Literatur zu ergänzen, in der das Verhältnis von Traum und Übertragung explizit und spezifisch thematisiert wird. Sie beginnt meines Wissens bei Bertram D. Lewin und wird - neben den schon genannten Autoren - von F. Morgenthaler (1986) mit dem Begriff der „Traumtendenz“ bzw. der „emotionalen Bewegung im Traum“ fortgesetzt. Morgenthaler verknüpft die emotionale Bewegung im Traum mit der Übertragung. Ich habe diesen Zusammenhang als „funktionales Verhältnis von Traum und Übertragung“ präzisiert (Deserno 1992), was wiederum von Ermann (1992) aufgenommen wurde.

In der Fallstudie wird dann zuerst beschrieben, dass die „Einübung“ in die analytische Arbeit nicht leicht gewesen sei. Früh war dem referierenden Analytiker (H.K.) ein Gegensatz im Patienten aufgefallen, bestehend aus einer positiven Einstellung zur Behandlung und einer unbewusster Ablehnung der Bemühungen des Analytikers (S. 82). Eine wichtige Feststellung ist in diesem Zusammenhang, dass der Analytiker – so seine Deutung – vom Patient als Riese erlebt wird, der einem Zwerg, dem Patient, das Leben schwer macht.

Der erste berichtete Traum (in der 78. Stunde, ein wieder erinnelter Traum aus der Kindheit) ist, wie der Patient selbst sagt, eine „verwaschene“ Erinnerung. Er leitet ihn ein mit Einschränkungen wie: „Ich weiß nur ...“ und beendet ihn mit „sonst nichts“. Dazwischen kommen „drei nackte Mädchen“ vor, ohne jede weitere Beschreibung. Wegen der fehlenden Details muss man eine überstarke Regulierung der Affekte im Sinne einer Unterdrückung annehmen. Dadurch präsentiert sich der Patient dem Analytiker als „Unschuldiger“: „Ich weiß nichts“ bzw. „sonst gibt es nichts“. – Dass der Versuch, den Zusammenhang von Ekel vor dem weiblichen Genitale mit frühen Beobachtungen oder Phantasien zu klären, zum tachykarden Anfall führt, spricht für eine Intensivierung des Widerstandes und der Abwehr – diese Klärung ist nicht von einem Verstehen der aktuellen Situation zwischen Analytiker und Patient „getragen“ – was z.B. mit einer Deutung des Versuches, sich selbst als unschuldig darzustellen eher möglich gewesen wäre. Diese Traumdeutung bleibt im Analytiker-Patient-Verhältnis fragmentarisch.

Erst ab der 123. Std. geht es wieder um Träume. Der Analytiker verknüpft den Traum vom wiedererstandenen Großvater, der den Patient sehr erschreckt, mit der Mutter des Patient, was

zwei Träume „auszulösen“ scheint: den Traum, in dem sein Schlüssel nicht mehr passt, und den Traum, in dem seine Mutter ihren Sohn nicht mehr erkennt. Der Analytiker gibt eine eher von der Theorie des Ödipuskomplexes orientierte Deutung - eine Deutung „von oben“: „... Sie werden ausgeschlossen, weil Sie eben zu klein sind ...“. Diese Deutung nimmt mehrere Schritte auf ein Mal. Dadurch schließt sie den Patient von der Erkenntnis eher aus und macht ihn klein.

Der Patient akzeptiert dennoch diese Deutung, wenn er sagt:

„Diesem bereits heftig strapazierten Schloss-Schlüssel-Traum lassen sich vielleicht noch folgende Seiten abgewinnen. Ich hatte also den Wunsch, mit meiner Mutter zu verkehren. Dies wird auch noch durch einen anderen Traum, an den ich mich erinnere, belegt. Das war natürlich nicht möglich für mich; hier kommt, glaube ich, irgendwie die Gestalt meines Vaters herein, vielleicht ist er derjenige, der mir den Schlüssel, sprich mein Glied, unbrauchbar kaputt gemacht hat.“

Das ist eine bemerkenswerte Passage, auch weil ihr um viele Stunden vorausgeht, dass der Analytiker die schon erwähnte Deutung vom Riesen und vom Zwerg bringt und dabei sagt: „Ja, und auch noch ein Riese, der Ihnen das, was er Ihnen gibt, in einer Weise gibt, dass da ein Stein geschmissen wird, der auf Ihrem Schoß landet und alles kaputt macht.“ Es geht aus dem Zusammenhang nichts hervor, dass diese besondere Formulierung „auf Ihrem Schoß landet und alles kaputt macht“ vorher vom Patient eingeführt worden wäre. Sie kommt vom Analytiker. Mehr als 50 Stunden später wird sie im Zusammenhang mit dem vielstrapazierten Schloss-Schlüssel-Traum vom Patient verwendet: „... mein Glied unbrauchbar kaputt gemacht hat.“ Zwischen dem Analytiker und seinem Patient hat sich eine „Sprachgemeinschaft“ gebildet. Sie scheine sich metaphorisch zu verstehen, wenn vom Riesen, vom Zwerg, vom Steinwurf, vom zu kleinen oder vom unbrauchbar kaputt gemachten Glied die Rede ist. Dieses Verstehen ist allerdings nicht eindeutig. Sie sprechen mehrdeutig über die Beziehung, die sich zwischen ihnen entwickelt hat. Das Schlüssel geht nicht mehr ins Schloss, das Glied nicht mehr in den Schoß – spricht das dafür, dass der reale Vater den Patient als kleinen Sohn aggressiv herabsetzte, ihn für sein Leben „im Mutterschoß“ verachtete? Taucht diese Konstellation in der zu Anfang beschriebenen aversiven Gegenübertragung des Analytikers auf?

Bis zur nächsten Traumerzählung (Stunde 203) und einer wenig später stattfindenden Häufung von Traumerzählungen (Stunde 224) hat sich die Deutungsline des Analytikers, dass er der große Vater ist, der aber machtlos sein, ja auch tot sein soll, ausdifferenziert.

Das alles ist wichtig für das Verständnis der „Schlüsselstunde“ (Stunde 202) und der sich anschließenden zwei Stunden. Der Patient kann nicht in das Zimmer seines Analytikers; er steht vor dem Schild: „Bitte nicht eintreten“. In der Stunde übernimmt der Analytiker stellver-

tretend die Verbalisierung der aggressiven Phantasie des Patienten, und er benennt das Motiv, warum der Patient nicht toben und schreien kann.

In der dann folgenden Stunde erinnert der Patient „erstmals einen rezenten Traum“, der im manifesten Inhalt voller aggressiver Handlung ist. Er endet mit großer Angst des Träumers. Ein langer Dialog zwischen Analytiker wird wiedergegeben, bestehend aus Fragen des Analytikers, Einfällen des Patienten, endend mit einer Selbst-Deutung des Patienten, dass im Traum „das Harte“ und „das Weiche“ sei, und dass er vor beidem Angst habe. Dieser Dialog repräsentiert nicht nur inhaltlich eine enge Zusammenarbeit, die im Kontrast zur früheren Ambivalenz des Patient steht; auch formal, z. B. was *prima vista* die Redeanteile betrifft, bewegen sich beide auf einer Ebene.

Zu der Katze im Traum, die den Patient so stark anzog, war ihm ein Mädchen eingefallen, was er seinem Analytiker aber erst in der nächsten Stunde „gestehen“ kann. Anschließend sei sein Symptom wieder stark aufgetreten. In der Falldarstellung wird überzeugend festgehalten (S. 91), dass sich hier der Macht-Ohnmachts-Konflikt verdeutliche, der Patient aber noch weit davon entfernt sei, dieser Auseinandersetzung sich stellen zu können - stattdessen stelle sich sein charakteristisches Symptom des Herzasens ein.

Die Verbindung der Situation: „Verlassenwerden (und ohnmächtige Wut, H.D.), ausgelöst durch die anscheinend verschlossene Tür des Analytikers“ mit dem Verlassenwerden durch das Mädchen scheint zu passen; zu dieser Verknüpfung von aktueller Analysesituation (inkl. Übertragung), äußerer Lebenssituation würde der ‚link‘ zur Vergangenheit gehören: er musste notwendigerweise die Beziehung zur Mutter verlassen bzw. verlieren. Dieser Verlust wurde durch das Symptom ersetzt, dessen libidinöse Komponente die Beziehung zur Mutter unbewusst wieder herstellt und dessen aggressive Komponente in sein Gewissen aufgenommen und von diesem gegen sich selbst gewendet wird.

Die Zusammenarbeit ist, wie schon gesagt, weniger asymmetrisch, auch wenn sie durch die Symptomatik wieder unterbrochen wird. Dass der erste, in der 225. Stunde erzählte Traum wiederum ein rezenter ist, noch dazu einer, in dem die Analysesituation unmittelbar vor- kommt, spricht m. E. für die erreichte Zusammenarbeit im spannungsreichen Feld von Übertragung und Gegenübertragung. Ich meine auch, dass die Gegenübertragung nicht mehr subtil aversiv ist, sondern eher zugewandt, was dem Patient ermöglicht, auch im Traum die Analysesituation selbst zum Ort der Auseinandersetzung zu machen. Sowohl das Mitbringen rezenten Träume als auch die Verwendung der Analysesituation im Traum spricht für ein Überwiegen positiver Übertragungsanteile, für ein Nachlassen der ambivalenten Spannung in der Vater-Sohn-Übertragung. Es hat den Anschein, als seien die zu Anfang angenommenen aversi-

ven Gegenübertragungsmomente in dieser Sequenz aufgelöst. Der Patient kann seinem Analytiker zeigen, dass er ihm wichtig ist – seine Traumerzählung könnte mit der Deutung fortgesetzt werden, dass es dem Patient – inzwischen - etwas ausmacht, wenn auch noch andere zu seinem Analytiker kommen. Nach einer Abwehrdeutung fallen dem Patienten zwei weitere Träume ein, in denen es um Straftaten und Schuld geht. Sehr schön wird gedeutet, dass der Patient mit seiner spezifischen Übertragung eine „Arbeitsteilung“ zwischen sich und dem Analytiker vorschlägt: der Patient begeht strafbare Taten und der Analytiker ist schuld. Der abschließende Traum vom Gespensterhaus stellt, wie auch beschrieben wird, die beginnende Aktivität des Patienten dem gefürchteten Objekt gegenüber dar. Hier setzt sich ein Wechsel im Übertragungsgeschehen fort, der vielleicht mit den „unentstellten Träumen“ begonnen hat: dass die Analyse und der Analytiker nicht mehr überwiegend mit der hochambivalenten Vater-Übertragung besetzt sind, sondern dass deren Bearbeitung eine Besetzung mit der diffusen Mutter-Übertragung ermöglicht.

Das Traummaterial aus den Stunden 318 und 320 setzt diese Linie fort: der Patient darf jetzt ein stinkender Sohn seiner Mutter sein, er darf nackt sein, was er lustvoll erlebt.

Am Traummaterial aus der Stunde 493 und seiner Bearbeitung wird m. E. deutlich, dass der Patient gegen seine beschriebene Fixierung auf die Mutter ankämpft, dass er das mütterliche Introjekt immer mehr konturiert.

3. Zusammenfassung

Die Zusammenfassung geht von der letzten Passage des Textes aus, in der festgestellt wird, dass die Arbeit am Thema „Macht und Ohnmacht“ noch nicht zu Ende gewesen sei, und die Frage gestellt wird, worum beide so lange gekämpft hätten.

Die analytische Arbeit fand an zwei „Fronten“ statt: auf dem Terrain der unbewussten exklusiven präambivalenten Phantasiebeziehung zur Mutter und auf dem Terrain der unentwickelten Vater-Sohn-Beziehung. Das „Kämpfen“ von Patient und Analytiker richtete sich sowohl gegen die Akzeptanz des Analytikers als Vater-Figur - gegen den der Patient nicht antreten will - als auf die Analysesituation i. S. einer unbewussten exklusiven präambivalenten Phantasiebeziehung, die der Patient nicht aufgeben will.

Es ist auffallend, dass das Analysieren mit Hilfe von Träumen die Analyse voran bringt, selbst dann, wenn die Deutungen zunächst weniger treffend zu sein scheinen. Das liegt daran, dass sowohl das Träumen als auch der in der Analyse erzählte Traum von Patienten als etwas Eigenes erlebt wird, als etwas selbst Hergestelltes, auch wenn es sie erschreckt. Sie sehen darin einen wichtigen eigenen Beitrag zur Analyse, und so kann sich um den Traum des Pati-

enten und seine Deutung eben der gleiche Kampf entwickeln wie um andere Dinge. Zugleich ist der Kampf - anfänglich sehr stark, später dann weniger entstellt – auch im Traumgeschehen enthalten.

Immer wieder erweisen sich – nicht nur in dieser Behandlung - Traum und aktuelle Analyse-situation „funktional“ miteinander verschränkt. Hier kann auf die Parallele von Schlaf-Traum-Zustand und psychoanalytischer Situation zurück gegriffen werden (Deserno 1999): Beiden Situationen ist gemeinsam, dass in ihnen die Motorik bzw. die Handlungsebene herabgesetzt ist, in Schlaf sogar aufgehoben ist. Die Übertragungssituation vermag jedoch, da sie über das Sprechen immer noch mehr Handeln als der Schlaf-Traum-Zustand zulässt, die Traumerlebnisse der Nacht gleichsam an sich zu ziehen. Im Schlaf erfordert der Handlungsaufschub eine (halluzinatorische) Wunscherfüllung über Bilder, in Liegen auf der Couch führt die motorische Einschränkung zu einer Stärkung des sprachlichen Handelns. Die funktionale Verschränkung geht jedoch noch weiter:

„ ... die Bedeutung, die ein Traum in der analytischen Situation bekommt, [ist] durch die Traumarbeit schon vorgebildet“ und: „Was wir schlafend im Traum erkennen, das können wir im wachen Zustand in der Übertragung wieder erkennen“ (Deserno 1992, S. 963).

Wenn der Analytiker sich von der klassischen Traumanalyse mehr löst und in seiner beobachtenden Teilnahme zwischen den erzählten Träumen und der Analysesituation hin und her gehen kann, dann fällt ihm eine Art „Ergänzungsverhältnis“ der unterschiedlichen Ausdrucksmittel von erzählten Traumerlebnissen und anderen Erlebnissen in der Analyse auf. Was der Patient in der Übertragung zu seinem Analytiker „sagt“, das „sagt“ er ihm mit seinen Traumerzählungen in anderer Weise – in der Sprache der Symboltheorie in präsentativer Weise. Zur Hypothese der funktionalen Einheit von Traum und Übertragung gehört auch, dass sie aktuelle Übertragungssituation den Wert eines Tagesrestes für die Traumbildung hat und gleichzeitig über die Transformation des Erzählens in die Auswahl des Geträumten eingreift. Alle diese einzelnen Aspekte des funktionalen Verhältnisses von Traum und Übertragung tragen zusammen genommen dazu bei, dass das Erzählen eines Traumes in der Analyse hochspezifisch ist, eine Auffassung, Morgenthaler vertrat (1986, S. 69). Auf dieses spezifische Moment kann der Analytiker vertrauen, wenn er mit seinem Patienten Träume deutet. Der jeweils erzählte Traum ist spezifisch nicht nur für die Situation, in der er geträumt wurde, sondern auch für die, in der er erzählt wird. Dieses spezifische Moment betrifft auch den Analytiker. Gemeint ist die Übertragung. Analog zur Übertragung, in der die unbewussten Motive des Patienten ihn zu bestimmten Handlungsweisen drängen, ist auch das Traumgeschehen zu verstehen, in dem zum selben Zeitpunkt dieselben unbewussten Motive

verstehen, in dem zum selben Zeitpunkt dieselben unbewussten Motive zum Erzählen drängen. – Dies lässt sich an der vorliegenden Traumsequenz gut nachvollziehen.

4.4 Methodologische Reflexionen

Was nun haben wir vor uns: eine geglückte Darstellung eines klinisch relevanten Themas in Form einer konventionellen Falldarstellung und einem reichhaltigen Kommentar eines versierten Trauminterpretations-Spezialisten. Soviel sicherlich. Trifft nun die Feststellung Stuhls (2004) zu, die in Kap. 2 angeführt wurde:

dass Fallberichte „für die Mitglieder der ‚analytischen Community‘ hinsichtlich didaktischer und identitätsbildender Zwecke von zentraler Bedeutung“ sind, „denn Fallberichte können ein lehrreiches Kommunikationsmittel sein“ (S. 65).

Oder sollte man die Frage der Glaubwürdigkeit, der Veridikalität, aufwerfen dürfen, da immerhin das Rohmaterial, insbesondere das Traummaterial, auf der Basis von tonband-aufgezeichneten Sitzungen generiert wurde? Gewiss sind andere Lesarten dieses Materials denkbar, gewiss haben andere Traumdeuter andere Ideen, wie diese Träume zu lesen, d. h. zu interpretieren seien. Nach Specht (1981) sind nicht beliebig viele Deutungsentwürfe für einen Traum möglich. Er stellt in seiner Arbeit die Aufstellung und Überprüfung einer Traumdeutung dar, wobei er darauf verweist (S. 776), dass psychoanalytische Begriffe und Deutungsregeln einen "Horizont von Unschärfe" haben und behalten, und in Übereinstimmung mit ähnlichen wissenschaftstheoretischen Problemen¹¹ vorschlägt (S. 783), "auch Traumdeutungen als rekommendative Interpretationen und nicht als deskriptive Aussagesätze aufzufassen". Er macht den Vorschlag, den Traum im Sinne des supponierten Wunsches zu verstehen, auch wenn dieser Wunsch dem Träumer nicht bewusst ist. Mutatis mutandis darf man die hier vorgetragene Deutung der Traumserie über den Verlauf der Behandlung hinweg als eine begründet zu unterstellende Sichtweise begreifen, die andere Sichtweisen nicht ausschließt. Ein Kriterium könnte jedoch herangezogen werden, nämlich die weitere Entwicklung des Falles. Denn aus der hier vorgetragenen Deutungslinie lassen sich Erwartungen formulieren, die an dem nachfolgenden Material, das ja reichlich zur Verfügung steht, geprüft werden können.

Damit wäre viel gewonnen. Fest steht, dass das Roh-Material – die Sequenz von berichteten und transkribierten Träumen – sich weiteren Interpretationsansätzen nicht entziehen würde. Es steht einer pluralistischen Diskussion zur Verfügung

¹¹ Z. B. Schüleln (1999)

(Cooper 2007; Jimenez 2008). Diese dürfte jedoch keine wesentlich neuen Gesichtspunkte erbringen, wie die bisherigen Ansätze einer komparativen Diskussion gezeigt haben¹². Jede theoretische Richtung gewinnt dem Material ihre Sichtweise ab und versucht diese dem Patienten mehr oder minder erfolgreich nahe zu bringen (Pulver 1987; Streeck 1994). Sind also die jeweiligen Theoriesprachen des Therapeuten nichts als ‚Sprachspiele‘ für den Patienten, wie sie dem Kind beigebracht werden¹³. Sind Träume als „Sprache der Seele“ (Dieckmann 1978) polyglott? Das würde heißen, dass das Rohmaterial immer erst durch eine theoretische Sichtweise erschlossen werden kann.

Als Gegenbewegung zu der Traumdeutungs-Kunst und ihrer Beliebigkeit, die in der Nachfolge von Freuds „Traumdeutung“ (1900) steht, ist das Werk von Moser und von Zeppelin (1999) zu sehen. In der „Laudatio zu Ulrich Mosers 80. Geburtstag“ führte ich folgendes aus:

„U. Moser u. I. von Zeppelin haben auf Thomas French (Chicago) Anregungen fus- send – den (außer ihren Mitarbeitern) übrigens kaum jemand sonst in der deutsch- sprachigen Psychoanalyse gelesen hat – (oder kennt jemand eine deutsche Über- setzung ?) das getan, was in der Wissenschaft so sein muss. Sie haben aus der Fül- le der Erscheinungen, den erzählten Träumen, den geträumtem Traum postulierend geschaffen, und für diesen dann kognitive Prozesse herangezogen, die jeweils das beste und neueste aus der cognitive science und Entwicklungspsychologie darstel- len. Und diesen schon angenommenen, unterstellten Prozesse wurden noch wieder darunter liegenden, angenommen Prozesse eingeführt, und das Ganze nennen sie ein Generierungsmodell des geträumten Traums. So könnte es funktionieren, sagen sie; das muss es nicht, aber es könnte auf Grund ihrer Annahmen so sein. Dass es funktioniert zeigen sie dann an der Reichweite des generierten Modells, und plötzlich finden wir uns nicht nur in der Praxis der Psychoanalytikers, sondern sehen mit der Brille der Moserschen Mikrowelten das Kind im Spiel, verstehen wie Poesie entste- hen könnte und selbst dem Wahn können wir Neues abgewinnen. War das nicht Freuds Wunsch-Traum – ein Modell für diese vielfältigen Erscheinungen“ (Kächele 2005).

Ein Schluß, der gezogen werden sollte, wäre, diese Traum-Texte mit der Moser- schen Kodierung zu analysieren; nur Mosers Methode ist ausgesprochen aufwendig, sodass er selbst nur exemplarische Beispiele – allerdings vielfältige (Moser 2005)

¹² Bernardi (2002) plädiert m. E. vergeblich. Seine Forderung „for true controversies in psychoanaly- sis“ wird nur dann Wirkung erzielen, wenn Einigkeit über Zielkriterienherzustellen wäre. In diesem Sinne wird auch unser eigener diesbezüglicher Beitrag für eine komparative Psychoanalyse (Thomä u. Kächele 2007) ins Leere stossen, auch wenn Akhtar (2007) eine eindrucksvolle Kommentierung der Ulmer Position verfasst hat

¹³ H. Thomä berichtet ein besonders lustiges Beispiel aus seiner Londoner Zeit bei dem Gruppenana- lytiker Ezriel. Dieser pflegte wohl bei einer gewissen Begeisterung den Ausdruck „penis“ in seinen Deutungen zu verwenden. Ein Patient der Gruppe beklagt sich nun: „but I don t like peanuts“.

vorgeführt hat. Dankenswerterweise hat Doell-Hentschker (2008) – als wissenschaftliche Enkelin des Moserschen Ansatzes vermittelt durch Mosers Schülerin M. Leuzinger-Bohlebers - eine vereinfachte Version der Moserschen Traumkodierung entwickelt, mit der Traumserien analysiert werden können, wie sie auch am Beispiel einiger Träume dieses Patienten gezeigt hat (S. 267ff). Die Verankerung des Traummaterials in genau diesem einen psychoanalytischen Dialog ist jedoch nicht zu hintergehen¹⁴. Damit wird ein ungelöstes Problem der Traumforschung angesprochen, das noch wenig Aufmerksamkeit gefunden hat (s. d. Strauch u. Meier 2004). Wenn wir mit einer bipersonalen Fundierung des therapeutischen Geschehens ernst machen würden (Altmeyer u. Thomä 2006), wäre daraus der Schluß zu ziehen, dass es nicht zufällig ist, dass der Patient Christian Y diesem Analytiker genau diese Auswahl an Träumen angeboten hat. Mit Fontane möchte ich aber sagen: „Ach lass Luise, das ist ein weites Feld“.

¹⁴ Vor vielen Jahren lehnten Gutachter einer hochkarätigen Zeitschrift eine Studie, die Veränderungen der Traumberichte von Freudianern und Jungianern im Verlaufe der Behandlung untersuchte, mit der Begründung ab, eine ‚baseline‘ von Träumen vor Beginn der Behandlung sei erforderlich (Fischer u. Kächele 1980). Dass diese ‚baseline‘ wohl kaum zu haben ist, spielte keine Rolle.