

## **5 Traumdeutung**

- 5.1 Selbstdarstellung im Traum
  - 5.1.1 Dysmorphophobie und Torticollis spasticus
- 5.2 Eine Traumserie
- 5.3 Ein Traum vom Symptom
- 5.4 Überlegungen zur Psychogenese

### ***Vorbemerkungen***

Die Bedeutung des Traumes in der psychoanalytischen Behandlungstechnik entspricht derjenigen von Übertragung und Gegenübertragung. Der Traumdeutung als „Via regia zum Unbewussten“ begegnet der Leser dieses Buches auf Schritt und Tritt. Er hat den königlichen Weg zumindest als Träumer schon beschritten.

Der Traum ist nicht mit dem Unbewussten gleichzusetzen, sondern im Sinne von Freuds Diktum die Via regia dorthin, die sich dann irgendwo in der Tiefe verliert. Durch die Traumdeutung ist es möglich, den unbewussten Phantasien nahe zu kommen. Die Interpretationen führen zu den latenten, zu den unbewussten Hintergründen des Traumes. Deshalb ist, genauer gesagt, nicht der Traum, sondern dessen Deutung die Via regia zum Unbewussten.

Die nachfolgend wiedergegebene Traumserie ist in einen Behandlungsprozess eingebettet, der eine wesentliche Phase in der Lebens- und Krankheitsgeschichte eines Patienten bildet. Die Kenntnis des lebensgeschichtlichen Hintergrunds und des Krankheitsbilds mit seinen Auswirkungen auf das Selbstgefühl ist unerlässlich, um Traumdeutungen kritisch nachvollziehen zu können.

Die diesbezüglichen Informationen und Diskussionen dienen mehreren Zwecken. Die neurotische und körperliche Erkrankung des Patienten drückt sich auch in der eigenen Darstellung seiner Träume aus. Es liegt deshalb nahe, an diesem Fall allgemeine Probleme der Psychoanalyse und der psychosomatischen Medizin, die über die Traumdeutung weit hinausgehen, zu diskutieren.

*Eine Neurosenanalyse in Träumen* ist der Titel einer Monographie, in der Rank (1924) eine Behandlung als reine Traumanalyse dargestellt hat. Bei der Deutung einer großen Zahl von Träumen während einer nach 150 Sitzungen erfolgreich abgeschlossenen Behandlung wird von ihm nicht zwischen den abstrakten Interpretationen und den einzelnen behandlungstechnischen Deutungen unterschieden. Diese typische Veröffentlichung der 20er Jahre erwähnen wir, weil sich im Vergleich damit der Fortschritt der Behandlungstechnik demonstrieren lässt. Ein weiteres lesenswertes Beispiel der Darstellung einer psychoanalytischen Behandlung hauptsächlich durch eine Traumserie hat French (1954) veröffentlicht. Den systematischen Stellenwert von Traumserien als Mittel der psychoanalytischen Verlaufsforschung am Beispiel der Pat. Amalie X haben Kächele et al (1999) illustriert.

Wir halten es für wesentlich, den Leser mit den einzelnen Schritten der Deutungsarbeit im Dialog mit dem Patienten vertraut zu machen.

### 5.1 Selbstdarstellung im Traum

In Abschnitt 5.2 des Grundlagenbands wurde auf das verwickelte Verhältnis von Wort und Bild in Freuds Theorie aufmerksam gemacht. Dieses Verhältnis ist durch mehrere Transformationen gekennzeichnet, die einerseits zur Unterscheidung des latenten vom manifesten Trauminhalt geführt haben und andererseits mit der therapeutischen Übersetzungsaufgabe zusammenhängen, bei der Bilder in Worte und Gedanken übersetzt werden. Nur wenn man vom latenten Trauminhalt als dem der Traumarbeit zugrundeliegenden *Traumgedanken* ausgeht, wird die plastische Darstellung des manifesten Trauminhalts zu einem vergleichsweise oberflächlichen Ereignis der Traumentstehung. In diesem Sinne spricht Freud vom manifesten Trauminhalt als einer konkreten Verbildlichung, „die ihren *Ausgang* vom *Wortlaute* nimmt“. Zugleich heißt es im widerspruchsvollen Kontext aber auch, dass wir beim Wort längst vergessen haben, „aus welchem konkreten *Bild* es hervorgegangen ist, und erkennen es darum in seiner Ersetzung durch das Bild nicht wieder“ (Freud 1916/17, S. 119 f.; Hervorhebungen von uns).

Inzwischen hat Bucci (1985, 1997) unter Verwendung der „dual code theory“ (Paivio 1971) die widerspruchsvolle und stark vom unhaltbar gewordenen ökonomischen Prinzip (s. Grundlagenband 1.3) abhängige „Zickzacktheorie“ Freuds bezüglich des Verhältnisses von Wort und Bild ersetzt. Damit verschiebt sich die Unterscheidung zwischen dem manifesten Traumbild und dem latenten Traumgedanken in der *Traumentstehung* zugunsten von Stufen der *Traumdeutung*. Die bildhafte Darstellung erhält die Bedeutung zurück, die sie im *Symbol* auch in Freuds Theorie stets hatte. In Eriksons (1955) Konfigurationsanalyse des Traumes ist eine Deutungstechnik vorbereitet worden, die dem Primat der plastischen Darstellung schon weitgehend gerecht wurde. Durch diese einleitenden Bemerkungen möchten wir den Leser darauf vorbereiten, dass die Selbstdarstellungen in der nachfolgenden Serie von Träumen Variationen des bedeutungsvollen Themas des *Körperbilds* sind (s. hierzu 9.2.1).

Die Bilder, die wir von uns selbst haben und die sich unsere Umgebung von uns macht, beziehen sich nicht nur auf persönliche Eigenschaften und Verhaltensweisen oder auf den Charakter, sondern stets auch auf die leibliche Existenz. Selbst- und Fremdbilder umfassen wie die persönliche Identität das Körperbild, das keineswegs einschichtig ist, sondern – in sich spannungsreich – die erlebte Selbstsicherheit wesentlich mitbedingt. Nach Henningsen (2000, S.109) stellt dieses Körperbild ein untereinander verbundenes Ensemble aus verteilten und stark interaktionsbezogenen internen Repräsentationen nicht des „Körpers“, sondern von körperbezogenen Handlungen und Wahrnehmungen dar, das zudem noch einer starken Dynamisierung und Kontextabhängigkeit unterliegt.

Über diese allgemeinen Gesichtspunkte hinaus bringt es die Art der Symptomatik des Patienten, aus dessen Behandlung wir eine Traumserie berichten, mit sich, dass das Körperbild in der Deutungspraxis eine besondere Rolle spielt.

Freud gab den behandlungstechnischen Ratschlag, das Ich des Träumers in der Person zu vermuten, die im Traum einem Affekt unterliege. Bei Patienten, die schon in ihrem bewussten Erleben unter eingebildeten körperlichen Defekten leiden, ist es wahrscheinlich, dass diese in szenischer Abfolge und damit auch bezüglich ihres Entstehungszusammenhangs auf mehrere Personen verteilt sind. Doch bevor wir uns mit Hilfe des Traumes auf den „königlichen Weg zum Unbewussten“ begeben und zu den Inszenierungen und Problemlösungen des träumenden Ich gelangen können, ist es zweckmäßig, von den allgemeinen und speziellen Problemen auszugehen, die dieser Patient als typischer Fall aufwirft.

### 5.1.1 Dysmorphophobie und Torticollis spasticus

Herr Erich Y leidet seit der Adoleszenz, also seit etwa 25 Jahren, an einer Dysmorphophobie. Etwa 3 Jahre vor Behandlungsbeginn trat ein *Torticollis spasticus* hinzu, der gelegentlich auch mit dem gleichbedeutenden Adjektiv *spasmodicus* beschrieben wird. Dieser *Schiefhals* verunsicherte den Patienten so sehr, dass eine depressive Verstimmung ausgelöst wurde.

Die Definition der Dysmorphophobie entnehmen wir der Monographie zur Angst von Strian (1983):

Die ‚Dysmorphophobie‘ ist die unbegründete Befürchtung einer umschriebenen körperlichen Deformität. Die phobischen Vorstellungen beziehen sich auf Körperpartien, denen besondere ästhetische oder kommunikative Funktion zugemessen wird. ... Die Befürchtungen eines unästhetischen, hässlichen oder abschreckenden Aussehens sind fast ausschließlich auf umschriebene Körperpartien und nur ausnahmsweise auf die Gesamterscheinung gerichtet. Am häufigsten beziehen sich die Befürchtungen auf Gesichtspartien oder geschlechtsspezifische Merkmale (S. 197, 198).

Der „Mißgestaltsfurcht“ wird von Küchenhoff (1984) nach Darstellung der Begriffsgeschichte ein eigenständiger Platz in der psychiatrischen Terminologie und Nosologie zwischen hypochondrischen Syndromen und dem „Beachtungswahn“ zugewiesen. Küchenhoffs Literaturübersicht ist zu entnehmen, dass frühe psychoanalytische Fallberichte von dysmorphophoben Patienten handeln, ohne sie so zu nennen (z.B. Freuds Wolfsmann).

In der psychoanalytischen Literatur wurde die Psychodynamik des Körperbilds in der Beziehung zur Triebentwicklung viel zu einseitig betrachtet, um der Vielfalt der eingebildeten Defekte oder Deformitäten genetisch und therapeutisch gerecht werden zu können. Die frühere Reduzierung auf den Kastrationskomplex ist durch die Betonung des Narzissmus ersetzt worden. Schließlich wird der Symptomatik eine Schutzfunktion gegen psychotische Desintegration zugeschrieben, ähnlich wie bei chronischer Hypochondrie (Philippopoulos 1979; Rosenfeld 1981). Wir glauben, dass eine interaktionelle Betrachtung der Entstehung des Körperbilds viele der bisherigen Rätsel aufklären kann (Joraschky 1983).

Nach unserer Erfahrung gewinnt die Dysmorphophobie an Bedeutung, weil nicht wenige Patienten, die den plastischen Chirurgen z.B. wegen einer Rhinoplastik oder Mammoplastik aufsuchen, sich eine Deformität einbilden. Ihre Meinung über ihr vermeintliches unästhetisches Aussehen bleibt auch nach einer eventuellen Operation entsprechend wenig verändert (Mester 1982).

Oft tritt die Angstkomponente bei der Vorstellung, eine partielle „Missgestalt“ zu haben, im Laufe der Zeit gegenüber einer angstarmen hypochondrischen oder zwanghaften Beschäftigung mit dem Mangel und seiner Korrektur zurück. Nach verspäteter Rezeption des Werkes von Schilder wird die Theorie des Körperbilds seit Fisher und Clelands Veröffentlichung (1968) mit dem Gewinn auf das Verständnis und die Therapie der Dysmorphophobie angewandt. Selbstverständlich tragen auch die Identitäts- und Selbsttheorien Eriksons und Kohuts zum Verständnis jener Verunsicherung bei, die für diese Kranken wie für viele andere eine zentrale Stelle einnimmt (Cheshire u. Thomä 1987). Freilich steht bei diesen Theorien der Körper nicht so im Mittelpunkt wie beim „Körperbild“, dessen interaktionelle Entstehung Schilder (1933) so glänzend beschrieben hat (s. 9.2.1).

Herr Erich Y litt seit der Pubertät an einer erheblichen Dysmorphophobie, also an der unbegründeten, eher hypochondrisch als phobisch verarbeiteten Vorstellung, ein fliehendes Kinn, eine krumme Nase und überhaupt einen missgebildeten Kopf zu haben. Durch zwanghafte Haarpflege und andere Maßnahmen wie Vorschieben des Kinns versuchte er, die

vermeintlichen Mängel auszugleichen. Seine Selbstsicherheit war mit entsprechenden Folgen für seine Kontaktfähigkeit zumal deshalb eingeschränkt, weil er zusätzlich unter der Vorstellung litt, sein Glied sei zu klein. Diese Vorstellung wird in der Reihenfolge der Symptome nur deshalb an letzter Stelle genannt, weil dieser Patient wie die meisten seiner Leidensgenossen davon zunächst nicht sprach, was nicht nur auf die für Phobien typische Verschiebung auf andere (Körper)teile zurückzuführen ist. Vielmehr ist die Schamangst oft so groß, dass Patienten erst im Laufe einer Therapie auf den vorbewussten Ausgangspunkt ihrer vermeintlichen Defekte kommen.

Es liegt auf der Hand, dass das labile Selbstgefühl von Herrn Erich Y schwer erschüttert wurde, als ein Symptom hinzukam, das er sich keineswegs nur einbildete: ein typischer *Torticollis* mit Kopfdrehung nach rechts. Seiner Erinnerung nach trat es erstmals bei einer Meditationsübung auf, also in einer Situation, in der er Entspannung suchte. Er gab der Erkrankung sogleich einen Sinn und sah einen Zusammenhang mit einer Krise in seiner Ehe. Vor allem beobachtete er, dass die automatische Kopfbewegung bevorzugt dann auftrat oder sich verstärkte, wenn er angeschaut wurde oder sich in irgendeiner Weise präsentieren sollte. Eine ohnehin vorhandene Beschämungsangst nahm einen erheblichen Umfang an. Deshalb stand Herr Erich Y unter einem starken Leidensdruck, und die depressive Reaktion auf das Symptom, also die Art der Bewältigung, vergrößerte das Leiden.

Etwa 2 Jahre nach Abschluss einer erfolgreichen Psychoanalyse wurde der Patient während einer neuerlichen Ehekrise impotent. In diesem Zusammenhang kam es zu einem Rezidiv der Schiefhalssymptomatik und zur Wiederaufnahme einer niederfrequenten Analyse mit Behebung der seelisch bedingten Impotenz und wesentlicher Besserung der Schiefhalsbeschwerden.

Um deutlich zu machen, dass die Ursache des *Torticollis* auf einer anderen Ebene liegt als die der Dysmorphophobie, geben wir nun eine kurze Beschreibung dieses Krankheitsbilds.

Beim *Torticollis* handelt es sich um eine abnorme, willentlich nicht unterdrückbare Kopfdrehung oder -neigung, häufig tremorartig überlagert, die auf eine vorwiegend einseitige spontane Daueraktivität der Kopfwende- und Nackenmuskeln zurückzuführen ist. Die langsam einsetzenden und nur nach vielen Sekunden träge wieder erschlaffenden Tonussteigerungen der einzelnen Muskeln, die zähflüssig ablaufenden Bewegungen wie auch die Stereotypie in Ablauf und Lokalisation sind als dystone Hyperkinesien im Rahmen einer extrapyramidalen Erkrankung aufzufassen. Diese Bewegungen werden weder reflektorisch durch passive Dehnung ausgelöst noch handelt es sich um eine Tonuserhöhung im Sinne einer Spastik bei einer zentralmotorischen Störung.

Willküranspannung der antagonistisch wirkenden Muskeln oder auch passiver Gegendruck durch einen Außenstehenden oder den Patienten selbst können die dystone Bewegung des *Torticollis* nicht unterdrücken. Im Schlaf und unter Narkose lässt sich nach. Vorwiegend durch Bewegungsintentionen, aber auch durch *affektive Erregung*, Zuwendung der *Aufmerksamkeit* und durch *Exposition* in der Öffentlichkeit verstärkt sich das Symptom. Mit bestimmten Hilfsgriffen, bei denen keine Kraft gebraucht wird, sondern z.B. nur eine Fingerspitze leicht an die kontralaterale Wange oder Gesichtsseite gelegt wird, kann die abnorme Bewegung abgeschwächt oder unterdrückt werden (Magneteffekt).

Die Abhängigkeit der *Aktualgenese* des Symptoms von Umwelteinflüssen ist eine gesicherte klinische Beobachtung, die besonders eindrucksvoll von Bräutigam (1956) beschrieben wurde. In der Einsamkeit der Natur sind viele Patienten symptomfrei. Die unwillkürliche Kopfdrehung tritt bevorzugt dann auf, wenn beunruhigende Blickkontakte aufgenommen werden.

Wesentlich ist nun, welchen Stellenwert man diesen Auslösungen zuschreibt, wobei zwischen der Zuschreibung durch den Patienten und der Interpretation des Fachmanns aufgrund von Befunden zu unterscheiden ist. Dass Personen, die an einem so auffälligen Symptom leiden, verunsichert werden und sich beim Beobachtetwerden der Kopf erst recht und mit äußerster Kraft dreht und neigt und auch ein leichtes Zittern auftreten kann, ist erwiesen. Es bilden sich Erwartungsängste aus, die das Auftreten des Symptoms in die Wege leiten. Aus ärztlicher Sicht kann diese Teilursache verschieden interpretiert werden. Unseres Erachtens sind schwerwiegende Missverständnisse in der Diskussion *psychogen* versus *somatogen* v.a. dadurch entstanden, dass man wegen der Umweltabhängigkeit dieser und anderer körperlicher Erkrankungen den Torticollis als „hysterisch“ fehldiagnostiziert hat. Darauf hat Bräutigam aufmerksam gemacht: „Die Abhängigkeit von den situativen Bedingungen ist sicher einer der wesentlichen Gründe für die lange Verkennung extrapyramidalen Symptome als hysterische“ (1956, S. 97).

Es war von vornherein verfehlt, *psychogene* Anteile an der Symptomentstehung und am Krankheitsverlauf auf das Modell der Entstehung *hysterischer* Symptome einzuschränken. Bei extrapyramidalen Bewegungsstörungen, die hirnganisch determiniert sind, muss man wie bei anderen körperlichen Erkrankungen bezüglich des psychogenen Anteils zunächst mit der Feststellung von Korrelationen beginnen (Alexander 1935; Fahrenberg 1979; Meyer 1987).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass das Auftreten der Schiefhalsbewegung im Zusammenhang mit Belastungen nicht den Schluss erlaubt, dass hier eine Ausdrucksbewegung vorliegt, sei es im Sinne einer Gemütsbewegung oder einer sinnvollen Leistung.

Die Hypothesen über den psychogenen Anteil an Ätiologie und Pathogenese müssen mit den körperlichen Befunden zu vereinbaren sein, um aus dem entweder-oder, aus der Dichotomie somatogen-psychogen herauszukommen. Dann kann, so glauben wir, auch der Neurologe der großen Bedeutung der *seelischen* Disposition der auf Umwelteinflüsse, also auf situative Auslöser, reagierenden Kranken gerecht werden.

Der Analytiker kann seine behandlungstechnischen Mittel überall dort einsetzen, wo durch einen Circulus vitiosus bestimmte Reaktionsbereitschaften – beispielsweise eine übergroße Beschämungsangst – verstärkt in Erscheinung treten. Denn hier besteht eine Änderungschance, weil Reaktionsweisen nicht absolut festgelegt sind. Schon in den ersten diagnostischen Gesprächen hängt viel davon ab, ob es gelingt, die vorhin beispielhaft beschriebenen Einflüsse des Erlebens auf die Verlaufsgestalt des Symptoms mit dem Patienten zusammen zu entdecken bzw. dessen Beobachtungen zum Ausgangspunkt gemeinsamen Nachdenkens zu machen. In abgekürzter Fachterminologie ausgedrückt, könnte man die vielleicht etwas gewagte Aussage machen, dass bei keinem Mann der Ödipuskomplex jemals ganz untergeht, er „schwindet“ nur und „erfordert immer wieder ... irgendwelche Arten der Meisterung im Laufe des Lebens“ (Loewald 1980, S. 39).

Viele klinische und experimentelle Befunde, die Greenberg u. Fisher (1983) gesichtet haben, sprechen dafür, dass Männer bezüglich ihrer körperlichen Integrität unsicherer sind als Frauen. Verjäherte Ängste und überwundene Unsicherheiten können anlässlich neuer Belastungen aktualisiert und beim Auftreten körperlicher Erkrankungen durch realistische Befürchtungen verstärkt werden, so dass die Krankheitsbewältigung erschwert wird. Dieser prinzipielle Gesichtspunkt gilt gleichermaßen für Frauen und Männer, so unterschiedlich auch die körperbezogenen Ängste zwischen den Geschlechtern sein mögen. Es liegt allerdings auf der Hand, dass die unbegründete Befürchtung, eine körperliche Deformität zu haben, bei Frauen einen anderen bewussten und unbewussten Hintergrund hat als bei Männern. Die Entstehung eingebildeter Defekte des Selbstbilds im umfassenden Sinn des Wortes folgt der Typologie psychosozialer Entwicklungsphasen. Alle Faktoren, die eine Unsicherheit des

Identitätsgefühls verursachen, können sich auch auf das Körperbild auswirken. Warum die beklagten Mängel in einem Fall auf der Ebene des Selbstbewusstseins bleiben und im anderen Fall das körperliche Aussehen betreffen, lassen wir als schwierige Frage hier auf sich beruhen.

## 5.2 Eine Traumserie

Selbstdarstellungen im Traum eröffnen u.a. deshalb eine Tiefendimension, weil die „Traumsprache“ szenischen Charakter hat. Deformierungen des Körperbilds treten im interaktionellen Kontext auf. Im Vergleich mit der Traumsprache sind die Beschreibungen der eingebildeten Missgestalt, so bunt die hypochondrischen Klagen auch sein mögen, eindimensional. Der als defekt erlebte Körper – beispielsweise das kleine Kinn, die krumme Nase, der deformierte Hinterkopf, die zu enge Scheide, das beschädigte Herz – und die davon abhängige Minderung des Selbstgefühls werden beschrieben, ohne dass die Entstehungsprozesse dieser oft abstrusen Körperbildvorstellungen sichtbar oder für den Patienten selbst erlebbar werden. Hingegen weisen Selbstdarstellungen im Traum latente Dimensionen auf, von denen sich im bewussten Erleben und in der Symptombeschreibung nur noch das fixierte eingebildete Endprodukt manifestiert. Der szenische Kontext des Traumes erlaubt also Einblicke in die Entstehung und in den Sinn von Beschädigungen, die sich im bewussten Erleben als psychopathologische Phänomene darstellen, als „beschädigtes Körperbild“, wie wir abgekürzt sagen.

Die Lektüre der nachfolgenden Traumserie ermöglicht einen Einblick in die Deutungsarbeit des behandelnden Analytikers. Der Analytiker gab Anmerkungen zu seinem Fühlen und Denken entweder unmittelbar nach der Sitzung oder bald danach aufgrund der Lektüre des Transkripts ab.

### *Traum von der Injektion (37. Sitzung)*

Herr Erich Y erzählt zu Beginn der 37. Sitzung erfreut über die Entdeckung von Gemeinsamkeiten zwischen ihm und seinem Chef, mit dem er früher – „verblendet durch unseren Ehrgeiz“ – viele Auseinandersetzungen hatte. Spontan und ohne ersichtlichen Übergang berichtet der Patient über einen Traum der letzten Nacht: „Ich war in einem Krankenhaus bei einem jüngeren Arzt. Ich habe über meine Krankheit berichtet, und er hat mir Hoffnung gemacht. Er wusste ein Mittel dagegen. Er machte Versuche, indem er mir Spritzen in den Rücken gab, und während er mir die Spritzen gab – das hat sehr lange gedauert –, da bin ich vor ihm zurückgewichen, weil es weh getan hat.“

Herr Erich Y kommt in vager Weise auf wohlthuende Erlebnisse, vielleicht auch mit seiner Frau, zu sprechen. Am Vortage ist ihm Gutes in der Familie widerfahren. Es ist ihm deutlich geworden, wie wichtig die gegenseitige Bestätigung ist. Dem längeren Bericht folgt eine Pause, die ich mit dem Hinweis unterbreche, dass der Patient im Traum etwas Gutes erhalten habe, dass ihm aber auch ein Schmerz zugefügt wurde. Die Ambivalenz des Patienten gegenüber der Therapie wird thematisiert. Vor einigen Sitzungen war der Patient ziemlich ratlos, was er neugierigen Fragern antworten könne, die sich danach erkundigen, was er in der Analyse denn bekomme. Die Erfahrung, häufiger keine konkrete Hilfestellung von mir zu erhalten, könnte dazu geführt haben, dass der Patient sich im Traum an einen jungen Arzt wandte, der, wie ich einflachte, ein besonders gutes Mittel wusste.

P.: Ja, es hat sehr lange gedauert.

A.: Was Ihnen da eingeflößt wurde.

P.: Ja, da bin ich unruhig geworden. Ich wollte das schon hinter mir haben.

A.: Hm.

P.: Es hat mir zu lange gedauert. Und dann kam gleich wieder dieser Gedanke auf, ob das Mittel schon wirkt.



A.: *Ja.*

P.: *Während er mich noch gespritzt hat, habe ich schon versucht, wieder den Kopf zu bewegen.*

A.: *Hmhm.*

P.: *Also hat's gleich angesprochen.*

A.: *Ja, und da kommt wohl die Behandlungssituation ins Spiel mit der sorgenvollen Erwartung: Ja, hilft's? Es dauert hier ziemlich lange.*

Die Erwartung nach rascher Hilfe wird enttäuscht; zugleich bemüht sich der Patient um Geduld, sucht aber eine konkrete und unmittelbar auf das Symptom bezogene Hilfe, die in ihrem unbewussten Bedeutungsgehalt ebenfalls körperbezogen sein könnte.

P.: *Hmhm.*

A.: *Ich sitze hinter Ihnen. Im Traum wird ja an Ihnen etwas gemacht, nicht Hinten.*

P.: *Hmhm.* (lange Pause)

Der Patient prägt das Bild eines Granitfelsens, an dem er selbst oder jemand anderes herummeißelt. Im Kontrast dazu stehen schwache Eindrücke, die an ihm vorbeiziehen, ohne dass er sie beschreiben kann. Auf mich wirkt der Patient etwas unglücklich, und der entsprechende Hinweis wird von ihm bestätigt. In der Mitteilung des Patienten, dass er nichts festhalten kann und dass er sich vorkommt wie vor einer Drehscheibe, sehe ich den Ausdruck eines Widerstands. Daraufhin kommt der Patient auf den Traum zurück und nennt einige Stichwörter: das plötzliche Aufhören, das Weggehen, das er dann zusammenfasst.

P.: *Das wechselt heute wieder so sehr. Lauter schwache Eindrücke.*

A.: *Sie sagen das etwas unglücklich. Als würden Sie zuviel wechseln, oder? Da gibt es irgendeine Stelle, wo Sie das Gefühl hatten, dass Sie da nicht so gerne weitergedacht oder phantasiert hätten, z.B. als ich drauf hinwies, dass Sie hier mehr suchen. Im Traum wird Ihnen ein besonders gutes Mittel eingeflößt. Das ging sehr lange, und da hatten Sie das Gefühl, dass Sie sich nicht gerne weiter damit befassen wollen.*

P.: *Da kommt mir jetzt der Gedanke, auch wieder im Zusammenhang mit der Ungeduld und evtl. mit dem Traum: lange genug dabeizubleiben, nicht frühzeitig aufzugeben, so dass dann nachher eine halbe Sache zurückbleibt.*

Die Enttäuschung löst Unzufriedenheit aus, die aber eher unterdrückt wird. Dieses Thema wird in den nächsten Deutungen aufgegriffen.

A.: *Hmhm. Ja, das ist dann eine Seite, die Enttäuschung, aber der Wunsch ist ja da, der Wunsch, der dahintersteht, ist ja, möglichst schnell möglichst viel zu kriegen, nicht?*

P.: *Ja, ja, ja, ja.*

A.: *Im Traum ist dies vermutlich einer der Wünsche, die Sie haben.*

P.: *Richtig.*

A.: *Und möglichst schnell möglichst viel und etwas ganz besonders Gutes ...*

P.: *Hmhm.*

A.: *... in sich aufnehmen zu können.*

P.: *Wirksam.* (kurze Pause)

A.: *Es ist ein junger Arzt, der Ihnen da etwas gibt und Ihnen einflößt, jünger als ich.*

P.: *Ja, es scheint so.*

A.: *Hm.*

Der Patient greift das übertragungsrelevante Angebot nicht auf, was der Analytiker schweigend zur Kenntnis nimmt.

P.: *Dieses Ungeduldige, das trifft zu, dass ich ungeduldig werde. Es muss sich schnell etwas zeigen. Es muss etwas Wirksames vorhanden sein, etwas Greifbares. Ja, und wenn das nicht der Fall ist, dann werde ich ungeduldig und möchte schon am liebsten das Ganze wieder hinwerfen. Wenn ich das alles richtig abschließe, dann hab' ich viel mehr davon.*

A.: *Dann ist es so, das Sie sich hier fast Gewalt antun, in dem Sie sich in Geduld fassen, nicht? Sie unterdrücken ein natürliches Streben und bemühen sich, ja nicht ungeduldig zu sein.*

Indem hervorgehoben wird, dass die Ungeduld etwas Natürliches ist, wird der Patient entlastet und ermutigt, die in der Ungeduld verpackte, viel stärkere Aggressivität bewusster zu erleben.

P.: *Ja, ja, ja. Ich möchte das aber nicht wahrhaben.*

A.: *Hmhm, hmhm, hm.*

P.: *Also, wenn ich da dran denke, dann kommt mir das Gefühl ...*

A.: *Hmhm.*

P.: *...hoffentlich werde ich nicht von Ihnen fallengelassen.*

A.: *Hmhm. Ja, vielleicht bemühen Sie sich wegen dieser Sorge sehr, ja nicht ungeduldig zu sein, so als würden Sie, wenn Sie mal Ungeduld zeigen, fallengelassen.*

*Kommentar:* Eine typische Formulierung im Sinne einer indirekten Ermutigung: Sie werden nicht fallengelassen, wenn Sie ungeduldig werden. Erst die spätere unmissverständliche Zusicherung ermöglichte dem Patienten, stärker aus sich herauszugehen.

Wir möchten diesen Ablauf dahingehend kommentieren, dass konjunktivische Als-ob-Formulierungen häufig keine ausreichende Sicherheit bei der Entfaltung der Übertragung erreichen. Diesem häufigen Deutungstyp liegt die Annahme zugrunde, der Patient wisse schon, dass seine Angst unberechtigt sei. Durch diese grammatikalische Form wird einerseits eine Offenheit hergestellt, die zum Nachdenken anregt. Auf der anderen Seite wird der Patient auch im unklaren gelassen. Durch Zusicherungen können unbewusste Erwartungen nicht außer Kraft gesetzt werden. So zutreffend diese Beobachtungen auch sind, so sollte doch nicht übersehen werden, dass durch stereotype Als-ob-Deutungen die Selbstsicherheit untergraben werden kann. Wir haben den Eindruck, dass diese Deutungsstereotypen sich häufig bei ungünstigen Behandlungsverläufen finden.

P.: *Öfters hatte ich schon den Gedankengang, dies dürfte meine Chance sein, die ich wahrscheinlich nie mehr in meinen Leben haben werde, so etwas wahrzunehmen, und danach habe ich das Gefühl, noch mehr draus zu machen, noch mehr ...*

A.: *Hmhm.*

P.: *... herauszunehmen und zu schöpfen.*

A.: *Hmhm. Ja, und vielleicht hat der Traum auch einen Bezug dazu, dass Sie gerade heute möglichst viel mitnehmen möchten, weil eine Unterbrechung bevorsteht.*

Der Bezug zu den möglichen situativen Auslösern des Traums wird hergestellt: Unterbrechung und Entfernung.

P.: *Hmhm, kann sein, ja.*

A.: *Um möglichst noch viel aufnehmen zu können.*

P.: *Hmhm.*

A.: *Das Entfernungsthema ist ja auch da, im Blick auf die heutige Stunde wegen der Unterbrechung.*

P.: *Hmhm.*

A.: *Allerdings bewegen Sie sich weg, von der Spritze weg.*

P.: *Hmhm.*

A.: *Vielleicht ist in einer sinnbildlichen Weise auch ein kleiner Schmerz, ein Schmerz dargestellt, ja, es tut auch irgendwo weh, dass jetzt eine Unterbrechung, eine Distanz da ist. (kurze Pause)*

P.: *Ja, ich komme auf einen Gedankengang. Meine Frau hat schon ein paar Mal erwähnt: Was machst Du, wenn du nicht mehr zu deinem Arzt gehen kannst, wenn du wieder alleine dastehst?*

Ist dies eine Bestätigung der in den Deutungen enthaltenen Annahmen?

A.: *Hmhm, hmhm.*

P. (atmet tief durch): *Und ich habe gesagt, ich habe mir eigentlich noch keine Gedanken darüber gemacht und möchte es auch nicht.*

A.: *Ja, ja, erst einmal sind Sie ja noch da, und ich auch.*

P.: *Ja.*

A.: *Ja, hmm, hm. (längere Pause)*

P.: *Ich fühle mich auf einmal so geborgen und denke da an Marionettenpuppen, die laufengelassen werden, aber die gebunden sind, also nicht frei sind. Ich habe schon einen Spielraum, aber es steht jemand – es ist jemand da, der mich führt.*

Mein beruhigender Hinweis, „erst einmal sind Sie ja noch da, und ich auch“, hat eine aufschlussreiche Phantasie ermöglicht und eine Regression eingeleitet. Nun geht es vielleicht nicht mehr darum, durch die Spritze ein Mittel (welches?) zu erhalten, sondern an die väterliche (oder mütterliche) Hand genommen zu werden.

P.: *Ich frage mich gerade innerlich, ja Spielraum, Spielraum, und - ohne überheblich zu sein - dass ich eigentlich alles wagen kann, alles tun kann, weil ich weiß, da ist jemand. (sehr lange Pause) Mir kommt immer wieder dieser Traum von heute nacht in den Sinn, der Arzt steht da, und ich bewege mich.*

A.: *Hmhm, hmhm.*

P.: *Ich bin in einem gewissen Umkreis und taste überall rum.*

A.: *Hmhm, hmhm.*

P.: *Und da kommt dieses und jenes.*

A.: *Hmhm.*

P.: *Und er steht da und beobachtet, beobachtet mich (atmet tief durch).*

A.: *Vorhin hatten Sie Gedanken an Puppen, die sich bewegen, ja an die Hand genommen und bewegt werden, also nicht nur beobachtet werden.*

P.: *Hmhm.*

A.: *Dass Sie tasten können und sich bewegen können und drehen und wenden können, nicht?*

P.: *Ja, ja.*

A.: *Hmhm. Ja.*

P.: *Auf einmal habe ich eine Hilfe. Ich habe jemanden, der da ist. Aus meiner Unsicherheit heraus wusste ich gar nicht, ist es richtig, oder ist es falsch. (lange Pause)*

A.: *Ja, ich muss Schluss machen für heute. Dann geht es also weiter am Montag, den 25.*

P.: *Herr Doktor, ich wünsche Ihnen eine schöne Zeit.*

A.: *Danke. Ich wünsche Ihnen auch eine gute Zeit. Wiedersehen.*

P.: *Wiedersehen.*

*Rückblick* (sofort nach der Sitzung diktiert): Es fällt mir schwer, diese inhaltsreiche Stunde nach Hauptthemen zusammenzufassen. Ein gefühlvoller Abschied in den letzten Minuten. Auch von meiner Seite spüre ich eine besonders enge Beziehung zu dem Patienten als Antwort auf seine harmoniesuchenden Bestrebungen. Ich denke an das Marionettentheater, das mich immer sehr beeindruckt hat, das Kleistsche Marionettentheater, dann an eine Mutter, die ihr Kind an die Hand nimmt. In den letzten Minuten gebe ich eine Deutung, um die Beobachtungsdistanz, die der Patient benannt hat, zu verringern und um das Gefühl auszugleichen, als würde er allein gelassen und nur von außen beobachtet. Die Stimmung ist im Zusammenhang mit dem Traum zu sehen, der den Mittelpunkt der Stunde ausmacht und den der Patient früh berichtet hat. Ich habe den Eindruck, dass er einen Widerstand hatte, dort weiterzumachen, wo er mehr von mir möchte. Er meinte, er würde zuviel Verschiedenes aufgreifen, was ich auch glaube (aus Widerstand gegen passiv-rezeptive, homosexuelle Übertragungswünsche?). Wichtig ist seine Sorge, dass er zurückgewiesen wird, wenn er ungeduldig fordert. Weshalb er sich sehr zur Geduld zwingt. Ich denke an seine oralen und anderen Wünsche, möglichst schnell möglichst viel zu erhalten, und dann an seine Angst, dass er zu kurz kommt, weil er wegen solcher Forderungen vermutlich öfter zurückgewiesen wurde. Ich formuliere seine Angst. Das 3. Thema ist die Unterbrechung. Tatsächlich bringt er auf meine Anregung hin, dass er in der letzten Stunde auch möglichst viel mitnehmen möchte, Bemerkungen seiner Frau: Was machst du einmal, wenn du nicht mehr zum Arzt kannst? Ich bestätige die Kontinuität, indem ich ihm versichere, dass er nicht abgewiesen wird, wenn er ungeduldig wird.

#### *Traum vom Kran (85. Sitzung)*

Herr Erich Y eröffnet die Stunde mit dem Bericht eines Traumes, der ihn offenbar besonders beeindruckt hat und den er mit kleinen Pausen erzählt:

Bei der Montage eines Kranes war ein Nachbar beteiligt, mit dem es gelegentlich Spannungen gab und der viel redet. Der Patient fügt sofort hinzu, dass er den Nachbarn nicht abwerten will. Dann verspricht er sich, indem er statt vom „Traum“ von „Kampf“ spricht. Herr Erich Y war im Traum interessierter Beobachter ohne Funktion. Zur Montage fehlte ein wichtiger Teil, der Ausleger.

P.: *Ich habe mich richtig festgekeilt im Traum; wie könnte der Ausleger aussehen, wie passt er da rein?. Meine Gedankengänge habe ich nicht mehr weggebracht von diesem fehlenden Teil, wie das wohl in der Konstruktion, in der Beschaffenheit aussieht. Mir kam es so vor, als wenn das die ganze Nacht über gegangen ist. Meine Gedankengänge konzentrierten sich darauf, die Vollendung des Krans zu suchen. Ich weiß heute morgen nicht, was die Bedeutung sein könnte, ich sehe keinen großen Sinn.*

Der Patient hat keine Einfälle. Um die Deutungsarbeit in Gang zu bringen, erinnere ich - an den Kastrationskomplex denkend - daran, dass er verzweifelt nach dem fehlenden Teil gesucht hat. Der Patient wiederholt, dass es ihn bis zum Morgen gequält hat: „warum und weshalb fehlt da etwas?“ In der nun folgenden Beschreibung seiner Stimmung fällt ein Stichwort, das die später auftauchenden Erinnerungen an die Traumata bei Kriegsende ankündigt.

P.: *Das Schlimme ist, dass ich so gefesselt bin, als wenn ich irgendwo drinstecke, als wenn ich gefangen wäre. Ich komme nicht mehr raus, es gibt kein Ausweichen. Als Techniker müsste ich dieses Problem doch lösen können. Ich müsste doch die Fähigkeit dazu haben.*

Auf Fragen zum fehlenden Teil beschreibt der Patient die genaue Form und Funktion des Auslegers am Kran. Der Ausleger sei ein wichtiges Verbindungsglied, ohne den das Ganze nicht funktioniere. Er empört sich über die Gleichgültigkeit des Montagepersonals, zugleich

irritiert es ihn, dass er sich ärgert, obwohl er doch bloß als Beobachter dabei sei. Er steigere sich hinein, und das zuständige Personal bleibe gleichgültig.

Sein Affekt ist ein deutliches Anzeichen dafür, dass er keineswegs nur der Beobachter, sondern in hohem Maße der Betroffene ist, wie ich selbst auch! Die Erzählung des Patienten hat mich an eigenes verzweifelt Suchen nach verlegten Gegenständen und an übertriebene Verlustängste erinnert.

*A.: Sie sind nicht nur der Beobachter, Sie sind offenbar deshalb so betroffen, weil Ihnen etwas fehlen könnte. Dann wird auch der intensive Versuch verständlich, mit allen Mitteln das fehlende Teil zu finden.*

*P.: Dann stehe ich aber nicht mehr neben der Sache.*

Er hat sich das Ideal gebildet, neben der Sache zu stehen. Deshalb weise ich auf den Zusammenhang zwischen Betroffensein und Beunruhigung sowie der Reaktionsbildung der Distanzierung hin.

Nochmals betont Herr Erich Y, wie ärgerlich es sei, von diesem eng begrenzten Gebiet, das keine Ausweichmöglichkeit gestatte, nicht wegzukommen. Nach einer kleinen Pause erwähnt er, dass es ihm manchmal gut geht. Diese Feststellung helfe ihm aber nicht weiter.

Dann bringt er überraschend Kindheitserinnerungen aus dem 4. oder 5. Lebensjahr: „Gefangene wurden durch das Dorf getrieben, erst die Russen durch die Deutschen, dann die Deutschen durch die Russen.“ Elend und Hilflosigkeit beleben sich in seiner Erinnerung. Tieffliegerangriffe auf den Bauernhof erscheinen am gegenwärtigen Gedankenhorizont. Noch ohne Angst, fasziniert und neugierig, verließen die Kinder den sicheren Keller. Unter Beschuss brach eine Panik aus; die Tiere rissen sich los und wurden verwundet.

Ich thematisiere „Verletzung“ und „Verlust“, wobei ich absichtlich zunächst seine lebenslange Bemühung hervorhebe, den Verlust von Hab und Gut auszugleichen. Diese Bestätigung der erfolgreichen Wiederherstellung des verlorengegangenen Besitzes wird das Trauma beim Wiedererleben mildern und seine Bewältigung erleichtern.

Dann beschreibt der Patient Szenen der Angst. Angst vor den Russen und Angst um die Mutter. Er stellt eine Beziehung her zu seinem späteren Konflikt im Dreieck von Mutter, Frau und ihm selbst.

*P.: Ich kann mich doch nicht so für meine Frau entscheiden, wie sie es will. Ich kann doch meine Mutter nicht beschimpfen, die Zusammengehörigkeit mit der Mutter ist doch vorhanden.*

Seine Frau habe schon als Kleinkind ihre Mutter verloren. Sie erwarte vielleicht deshalb von ihm, dass er ihr ganz gehöre. Er klagt nun über den Verlust seines Vaters.

*P.: Warum mussten wir ausgerechnet den Vater verlieren, mit ihm hätten wir doch mehr Sicherheit gehabt.*

Der Großvater ist mit großer Güte eingesprungen. Seine Wertvorstellungen haben das Über-Ich des Patienten wesentlich geformt.

Wir betrachten nun, durch mich initiiert, die Funktion des Vaters, der die Verbindung zur Welt hätte erleichtern können. Ich bleibe bei der allgemeinen Bedeutung des Verlusts und versuche, dem Patienten die Selbstdarstellung im Kran näher zu bringen, indem ich das „Hinausragen des Krans in die Landschaft“ als Wunsch darstelle, die vielen Erniedrigungen, die er mit Mutter und Geschwistern auf der Flucht erleben musste, zu kompensieren. Diese leidvollen Erfahrungen bilden den Inhalt seiner weiteren Einfälle. „Wir wurden wie Aussätzige

behandelt.“ Seine Minderwertigkeitsgefühle und sein Bestreben, etwas aus sich zu machen, führt er auf diese Demütigungen zurück.

Unter dem Eindruck weitere Einfälle des Patienten verstärkt sich meine Annahme, dass seine Defekte im Körperbild als Abkömmlinge des Kastrationskomplexes aufzufassen sind. Ich gebe eine zusammenfassende Deutung, wobei ich mich absichtlich einer *traumnahen Bildersprache* bediene, um die körperlichen Empfindungen zu beleben.

*A.: Sie möchten den Kopf freier tragen und den Kran mit seinem Ausleger munter in der Landschaft herumschwenken, hochragend. Dann kommt aber diese verzweifelte Unsicherheit, da fehlt ja alles mögliche. Es ist nicht nur das Symptom, das Sie als solches behindert. Sie können nicht zeigen, was Sie eigentlich sind. In solchen Augenblicken fallen Ihnen alle möglichen Verluste ein. Was Sie vorzeigen, sind Beschädigungen, Folgen von Beschädigungen. So sind Ihnen heute Bedrohungen, Beschießungen eingefallen. Wenn man den Kopfrausstreckt aus dem Loch, dann kriegt man eins drauf.*

Der Patient beklagt daraufhin erneut seinen Mangel an Sicherheit, dass er immer noch 2 Schritte zurückweiche, wenn er einen nach vorne gemacht habe. Werde er in einer Diskussion gefordert oder gar angegriffen und reagiere er dann nicht optimal, sei er eben ein „Versager“.

An dieser Reaktion des Patienten wird einmal mehr deutlich, dass die Benennung traumatischer Ereignisse nur ein vorbereitender Schritt zu deren Bewältigung ist, durch die dann Sicherheit wiedergefunden werden kann.

Selbstkritisch bemerke ich aus meiner heutigen Sicht, dass ich in meiner Begeisterung für die psychodynamischen Zusammenhänge die aktuelle Beschädigung durch den zuviel redenden Nachbarn (den Analytiker) übersehen und möglicherweise kurative Übertragungsdeutungen verpasst habe.

*Kommentar:* Die nachfolgende psychodynamische *Zusammenfassung* wurde erstellt um dem Leser den theoretischen Hintergrund aufzuzeigen, von dem ich irgendwie, mehr oder weniger bewusst, offensichtlich beeinflusst wurde.

Die Wünsche, den Kopf weit herauszustrecken und groß und stark zu sein, scheitern an der unbewusst ausgelösten Angst des Patienten, sich nur als Beschädigter zeigen zu können. Seine neurotisch bedingten Defekte, seine Vorstellungen, ein zu kleines Glied, ein zu kurzes Kinn, eine unansehnliche Nase etc. zu haben, sind durch die neurologische Erkrankung des Schiefhalses verstärkt worden. Ein tatsächlicher Defekt ist für jedermann sichtbar geworden. Ein echter Teufelskreis, ein *Circulus vitiosus* hat sich gebildet, wobei sich weit zurückliegende Traumatisierungen mit den beschämenden Blicken der Mitmenschen auf ihn als einen „Krüppel“ verknüpfen. Die früher nur eingebildete Schädigung ist zur Realität geworden – einerseits dadurch, dass eine körperliche Erkrankung eingetreten ist, und zum anderen deshalb, weil sich innerhalb des beschriebenen Kreisgeschehens auch die Körperbildstörung realistisch ausnimmt.

Ich habe u.a. den Kastrationskomplex als Ausdruck der Triebnatur des Menschen mit einem Mangel und einer defekten Selbstdarstellung verbunden. Diese Aussage enthält mehrere interpretative Zwischenschritte. Es ist ja kein menschlicher Torso dargestellt, dem der Phallus fehlt, sondern ein Kran ohne Ausleger. Es wird also mit einer Gleichsetzung operiert, wobei vom Primat des anthropomorphen Wahrnehmens und Denkens ausgegangen wird. Die vom Menschen gemachten Maschinen sind Extensionen des eigenen Körpers und werden vom Träumer wie im animistischen Denken gesteuert. So dient der Kran der Selbstdarstellung, zu der wir freilich über den interpretativen Schritt der Gleichsetzung gelangen. Auf diesem Weg

sind dann verschiedene Fragen zu lösen. Warum hat sich der Patient nicht als menschlicher Torso ohne Phallus dargestellt, und wenn schon als Kran, warum hat der Träumer keinen riesengroßen Ausleger hinzugefügt, sondern ein verzweifelt Suchen nach einem fehlenden Teil inszeniert? An dieser Stelle hat sich jedenfalls kein omnipotenter phallischer Wunsch durchgesetzt. Wir begegnen statt dessen Reparationswünschen. Ein Mangel wird dargestellt, Ersatz wird gesucht. Das Trauma scheint im Traum wirklich geschehen zu sein; Hilfe wird gesucht. Wir benötigen die Hypothese, dass der Schmerz der Trennung von einem lebensnotwendigen und lustspendenden Körperteil so groß ist, dass der Träumer zu einer indirekten Darstellung greift, die sich ja durchaus mit der Möglichkeit verträgt, selbst noch „ganz“ zu sein. So eröffnet sich auch der Spielraum, die befürchtete Traumatisierung, die aber bereits als Defekt imponiert, doch noch überwinden und wiedergutmachen zu können. Insoweit besteht eine Analogie zwischen Traumdarstellung und Dismorphophobie. Wir betonen nachdrücklich, dass der Schiefhals bezüglich der Ätiologie auf einer anderen Ebene liegt.

Aus dieser Beschreibung ist abzuleiten, wie das Kreisgeschehen therapeutisch unterbrochen werden kann, so dass auch die situativen Auslöser, z.B. Angeschautwerden, für das Auftreten einer primär neurologisch bedingten Bewegungsstörung, wie sie der Schiefhals darstellt, keinen Schwellenwert mehr erreichen. Nun geht es darum, die klinisch gut begründete Theorie der situativen Auslösung und des eben beschriebenen Zusammenhangs in angemessener Weise in die Behandlungstechnik zu transformieren.

#### *Traum von der Autoreparatur(153. Sitzung)*

Im 1. Teil der Stunde ging es um einen Streit mit seiner Frau. Der Patient fasst konstruktive Lösungen ins Auge und schließt damit diesen Teil der Sitzung ab.

*P.: Ich habe versucht, mit ihr zu sprechen. Sag' mir, was du auf dem Herzen hast. Jetzt lass' uns mal darüber sprechen. Ich merke, wenn sie sich so aussprechen kann, dass ihre Aggressionen dann nachlassen. Ich muss noch fester mit mir selbst werden und nach Möglichkeit mich nicht immer wieder angegriffen fühlen, sondern sehen, was sie auf mich alles abladen möchte, weil ich ja ihrer Meinung nach dafür verantwortlich bin, dass sie so geworden ist.*

Es ist ein positives Ergebnis der bisherigen Therapie, dass er auf seine Frau besser eingehen kann.

Nach einer Pause berichtet der Patient einen Traum, den er als eigenartig erlebte.

*P.: Heute nacht hatte ich wieder einen Traum, ganz eigenartig. Ich war mal wieder in einer Autowerkstatt und hatte Probleme mit meinem Auspuff, der war kaputt. Es gab Schwierigkeiten, da wollte so recht keiner ran, man hat angefangen, einen neuen Auspuff zu machen. Es war der Auspufftopf, und es sind immer mehr Leute geworden, die sich daran beteiligt haben, diesen Topf zu machen. Zum Schluss war die ganze Werkstatt an dieser Auspuffanlage zu Gange. Im Nu war es dann fertig. Das Auto stand wieder zur Verfügung, und ich konnte es gar nicht fassen, dass sich so viele daran beteiligt haben, mir zu helfen. Dann sollte ich etwas ausgeben dafür. Ich sagte, das ist doch ganz selbstverständlich.*

Der Traum lässt einen analen Hintergrund seiner hypochondrischen Körperbildstörung vermuten, die sich durch die neurologische Erkrankung verstärkt hat.

Der Patient befasst sich mit den vielen helfenden Händen.

P.: *Heute morgen habe ich im Gebet daran gedacht. Es ist mir sofort der Gedanke gekommen, das sind die Glaubensbrüder, die mir so viel gegeben haben, als ich sonst nirgendwo mehr Hilfe fand. Dort wurde ich noch aufgenommen, dort hat man mich noch in allem wahrgenommen* (dies ist eine bevorzugte Redewendung des Patienten: sich selbst anders und Stärker wahrnehmen und auch wahrgenommen werden), *und da sind Sie auch mit drunter, und ich wollte schon das letzte Mal sagen, je mehr ich von den Belastungen befreit werde, desto tiefer komme ich in den Glauben hinein, und ich erkenne darin so vieles, so viel Geborgenheit.*  
 A.: *Ja, im Traum wird ja auch wieder hergestellt, es wird heilgemacht, was kaputt war.*

Zunächst hat mich die Einreihung in die Gruppe seiner Glaubensbrüder, mit denen er im Gebet geistig verbunden ist, irritiert. Dann fühlte ich, dass der Patient offenbar diese Harmonie benötigt und mich einbeziehen muss, um seine Sicherheit zu stärken. Der Traum mit seiner analen Symbolik begeistert mich. Es ist der erste Traum mit einem solchen Inhalt in der bisherigen Analyse. Ich dachte darüber nach, dass bei manchen extrapyramidalen Störungen als Begleitsymptom eine Koprolalie auftritt. Solche Patienten müssen zwanghaft obszöne Worte, insbesondere aus dem analen Vokabular, aussprechen.

Ich gehe auf die Selbstdarstellung im Traum und auf die von mir angenommene latente anale Bedeutung ein und erwähne direkt anale Inhalte – Luft ablassen, knallen, Spaß machen, Gas geben und stinken. Im weiteren benutze ich auch die Wörter furzen, Scheiße und nehme den Topf wörtlich. Ich vermute, dass diese anale Seite auf Ablehnung stoße, und dass seine Sehnsucht, auch als „Stinker“ geliebt zu werden, groß sei.

P.: *Komischerweise komme ich jetzt auf den Gedanken, in dieser Autowerkstatt war auch eine ledige Frau, die mich sofort fasziniert hat, ich war Junggeselle. Das war überhaupt nicht in Einklang zu bringen mit dem Auspuff.*

Dieser Nachtrag wurde vermutlich durch meine Deutung seiner Sehnsucht ausgelöst, trotzdem geliebt zu werden: Die Frau passt nicht in die anale Männer- bzw. Bubenwelt.

Der Patient erinnert in längeren Ausführungen sexuelle Spielereien aus der Kindheit, die in einigen Details neu sind.

A.: *Im Gebet mit Ihren Glaubensbrüdern fühlen Sie sich aufgehoben. Sie sind dann kein Bösewicht und kein Stinker und kein Furzer.*

P.: *Zu den geschlechtlichen Dingen habe ich eine andere Einstellung, aber meine Frau verurteilt mich immer noch, z.B. wenn ich sie massiere, über den Po, über die Brust und übers Geschlechtsteil streiche.*

A.: *Was ich da über Auspuff, Stuhlgang und Stinken gesagt habe, ist Ihnen offenbar eher fremd, das hat Ihnen nicht recht eingeleuchtet, habe ich den Eindruck.*

P.: *Nicht ganz.*

Meine forcierten Deutungsversuche gingen zu weit. Der Patient ist darauf nicht eingegangen. Deshalb versuche ich, ihm eine Brücke zu bauen, indem ich nochmals darauf zurückkomme und meine Zudringlichkeit selbst in Frage stelle. Ich war mir meiner Sache bezüglich der unbewussten Inhalte zwar sicher, hatte aber Zweifel an der Richtigkeit von Zeitpunkt und Intensität der Deutung bekommen. Ich versuche deshalb, den Patienten an Beobachtungen, die er auf dem heimatlichen Bauernhof gemacht hat zu erinnern. Hierzu bringt der Patient dann viele Details.

P.: *Und da gab es einen Gemeindebullen, wo die Kühe hingeführt wurden zum Decken, und jetzt kommt mir ein Gedanke, ein Erlebnis, das war in der Lehre. Ein Geselle hat mich*



*aufgefordert, mich ausziehen und mit dem Geschlechtsteil am Po rumzumachen und umgekehrt.*

Ich bin überrascht, dass eine vergessene Erinnerung, die thematisch eindeutig ist, bewusst wird.

Es bleibt unklar, wie weit die Verführung ging, und ich wollte nicht zudringlich werden. Bis zum Ende der Sitzung spricht der Patient über dieses Erlebnis, über seine Angst, erwischt und bestraft zu werden, über seine Unterwerfung, über seine Angst, dass etwas dabei kaputtgehen könne, aber auch über seine lustvolle Neugierde.

#### *Traum vom Agenten (216. Sitzung)*

Der folgende Agententraum passe ganz in den Rahmen seiner Probleme, bemerkt Herr Erich Y einleitend zu diesem „typischen Traum“.

*P.: Ein Agent wurde gesucht. Man hatte mich im Verdacht. Um mich der Entdeckung zu entziehen, habe ich mich wie ein Krüppel bewegt.*

Meine abwartende Haltung ermöglicht dem Patienten, die knappe Traumschilderung anzureichern: Ein Beobachter war ihm stets auf den Fersen, wohin er auch ging. Er wurde begleitet und überwacht bei Reisen, auf dem Bahnhof, auf der Toilette.

*P.: Ich musste mir Gewalt antun, ich durfte mich nicht strecken, mich nicht aufrichten, um ja nicht erkannt und entdeckt zu werden.*

Unklar bleibt, weshalb er im Traum verfolgt wurde und welche Taten ihm angelastet wurden – er wurde eben als Agent gesucht, und im Mittelpunkt des Erlebens steht sein Verstecken.

Die einprägsame Schilderung seiner gebückten Haltung und seines angstvollen Vermeidens, sich zu strecken, weil er dann erkannt und festgenommen würde, veranlasst mich zu einer Anspielung auf das Abwürgen seiner Ausdrucksbewegungen. Ich weise darauf hin, dass viele seiner Handlungen mit Schuldgefühlen verbunden sind. Als Agent tue er Dinge heimlich, im Verborgenen.

Eine Übertragungsdeutung wird vorsichtig eingeleitet durch den Hinweis auf die Mehrdeutigkeit, die er meiner Rolle zuschreibt: Für sein bewusstes Erleben sei ich derjenige, der ihm Hilfe anbiete. Unbewusst fürchte er sich davor, was noch alles aufgedeckt und sichtbar werden könne.

*A.: Das ist ja immer so eine Sorge bei Ihnen. Wie können Sie die aggressiven Phantasien geheim halten, ihre Agentenphantasien, wie können Sie die verstecken? Denn Sie dürfen nicht böse sein und dürfen sich nicht in vollem Sinne zu erkennen geben.*

*P.: Ja, das ist richtig. Es gibt viele Punkte, die ich dann abwürge, nur damit ich den anderen, damit ich dem keinen Anhaltspunkt gebe.*

*A.: Das Sie sich also auch dort geduckt, als Duckmäuser verhalten, wo es gar nicht nötig ist – also auch hier bei mir.*

*Kommentar:* Der Leser wird sich vielleicht über diese Vorsicht wundern, weil der Patient weiß, dass der Analytiker weder Polizist noch Geheimdienstler noch Staatsanwalt ist. Trotzdem ist es klärend, die spannungsvolle Ambiguität beim Namen zu nennen. Viele Analytiker verzichten darauf, weil sie davon ausgehen, dass derart simple Klarifizierungen dessen, was der Patient ja genau weiß, überflüssig sind oder bei irgendeinem aktuellen Anlass erfolgen können. Wir glauben, dass der Hinweis auf die Doppelfunktion in der gegebenen

Übertragungsdeutung einerseits beruhigt, aber andererseits auch gerade dadurch das ganze Ausmaß der unbewussten Geheimaktionen zur Entfaltung bringen kann.

Ich habe meine Deutung dahingehend abgerundet, dass ich den Patienten dazu anregte, sich beim Anschauen von Kriminal- und Agentenfilmen in die von ihm bevorzugten Rollen zu vertiefen, um mehr von sich wahrzunehmen.

Daraufhin sucht der Patient nach den Ursachen, „dass ich immer mehr in diese gebeugte, gedrückte Haltung komme, um unerkannt zu bleiben“. Er beschuldigt sich als feige, und wie aus heiterem Himmel fällt ihm dann ein: „Vater werden ist nicht schwer, Vater sein dagegen sehr.“

Wir sind beide von diesem Gedankensprung überrascht, und ohne viel Umschweife greife ich den Einfall des Patienten in einer Deutung auf: „Vater ist man schnell, wenn man den Schwanz nicht einzieht. Den Schwanz mussten Sie immer einziehen, dass nichts passiert.“

Der Patient geht auf die Metaphorik dieser volkstümlichen Redeweise ein und bringt hierfür viele Beispiele. Noch immer fürchtet er, hinausgeworfen zu werden, wenn er sich seinen aggressiven Phantasien überlässt. Er stellt sich als gefangener Vogel dar, der entkommen möchte oder, flügge geworden, das Nest verlässt, aber da kommen sofort Bestrafungs- und Beschädigungsängste auf: „Ja, mir wurden die Flügel genommen.“

Ich biete nun in einer Deutung verschiedene mögliche Ursachen an, nach denen der Patient vorher ratlos gesucht hatte. Um das Spektrum aufzuzeigen und die Perspektive möglichst weit zu öffnen, spreche ich allgemein von Bewegungsunlust. Ich beschreibe Hände, die da und dort nicht hinfassen dürfen, Agentenhände. Eingestreut in den Dialog findet man die direkte Aussage: „Sie sind ein Agent. Sie sehen sehr viel mehr, auch hier im Sprechzimmer, wenn Sie sich umschaue. Dann glauben Sie schon, etwas Verbotenes zu tun.“

Nun macht der Patient, durch meinen direkten Hinweis ermutigt, die hilfreiche Entdeckung, dass er sich selbst die Flügel festbindet, während er bisher immer angenommen hatte, dass ihm diese Einschränkungen von anderen zugefügt werden.

Durch diese Entdeckung wird gewiss nicht aus der Welt geschafft, dass Herr Erich Y im Sinne von Freuds Angsttheorie Realgefahren ausgesetzt war und im Kampf Federn verloren hat. Es bleibt aber die therapeutisch wesentliche Frage, warum der Patient sich heute noch im Sinne seiner Entdeckung wie ein Duckmäuser verhält und den Kopf einzieht. Auf dieses Thema bezieht sich auch die folgende Deutung.

P.: *Ich selbst halte mich in dieser Lage. Ich binde mir die Flügel fest.*

A.: *Eine Bestrafungsangst wird immer wieder neu belebt, dass noch mehr weggeschnitten wird, wenn Sie sich nicht festbinden.*

P.: *Hmhm.*

A.: *Wie war es in dem anderen Traum, als irgendeine Operation an Ihnen gemacht wurde?*

P.: *Ja, hmhm, am Kopf, das Gehirn wurde beschnitten.*

A.: *Sie schützen sich im Traum, damit nicht noch mehr passiert, noch mehr Beschädigungen.*

P.: *Ja, das Eigenartige ist, dass ich meinen Körper und alles, was mir zur Verfügung steht, dass ich mich so weit drücken lasse, dass ich krumm und als Krüppel laufe, mich nicht dagegen auflehne, dagegen angehe. Weshalb und warum?*

Am Ende der Stunde wird das Verhältnis von Verfolgtem und Verfolger thematisiert. Der Patient greift diesen Gedanken auf, indem er aufzählt, wie es wäre, wenn er den Spieß herumdrehen würde und alle Erniedrigungen und Beschämungen heimzahlen würde. In drastischer Weise wird diese Umkehrung im nachfolgenden Amputationstraum dargestellt.

*Traum von der Amputation (223. Sitzung)*

Herr Erich Y erwähnte wie zufällig im letzten Drittel der Stunde einen sehr drastischen Traum: In einem bestimmten Kontext erinnert ihn das Wort *Fuß* daran, einen grausamen Traum gehabt zu haben.

Dem Bericht des Traumes geht ein Thema voraus, das den Patienten sehr beschäftigt und das als Tagesrest wirksam wurde. Er ist in Sorge wegen der weiteren Kostenübernahme durch die Krankenkasse und möchte die Stundenfrequenz reduzieren. Der Patient trägt einen kleinen Anteil der Behandlungskosten selbst, pro Sitzung etwa 10 DM. Als freiwillig versichertes Mitglied einer Ersatzkasse wird Herr Erich Y als Privatpatient behandelt. Dieser Auslöser ist deshalb vorweg zu erwähnen, weil der Patient – kleine Ursachen haben große Wirkung – doch sehr nachhaltig durch diesen Eigenbeitrag berührt wird; er erlebt diesen Betrag unbewusst als schweren Substanzverlust.

Zunächst geht es also um Finanzierungsfragen, Sparen und Geiz. Unterschiedliche Einstellungen führen zu Spannungen zwischen den Eheleuten. Durch geringfügige Schulden nach einem Hausbau ist Herr Erich Y übermäßig beunruhigt. Nach längeren Erwägungen über die rationalen und irrationalen Seiten dieser Angelegenheit fällt ein Stichwort, das ihn an einen Traum erinnert.

P.: *Ich will wieder auf freien Fuß kommen. Zu dem Wort Fuß fällt mir ein grausamer Traum der letzten Nacht ein. Ich war bei Ihnen, Sie sind gehumpelt, haben sich hingesetzt. „Was haben Sie denn?“ fragte ich. „Den letzten Fuß, den hat man mir abgenommen.“ „Was, den letzten Fuß?“ „Ja, das eine Bein, das ist schon ein Holzbein, und jetzt habe ich auch den anderen Fuß verloren.“ Ich konnte das überhaupt nicht fassen und begreifen. Ich habe zuvor gar nicht wahrgenommen, dass Sie schon einen Holzfuß hatten und jetzt den zweiten. Sie haben's ziemlich mit Fassung getragen. Ich bin nicht drüber hinweggekommen. Das ist doch eigenartig, welche Denkkombinationen da ablaufen und im Traum in Erscheinung treten.*

A.: *Ja, Sie möchten mich unversehrt und unverletzt haben und sicher sein, dass mir ja nichts passiert, das bedeutet, dass Sie hier aufpassen müssen und vorsichtig sind, dass Sie mich nicht kränken. Es ging ja da in der letzten Stunde um Verfolgung und Opfer sein, passiv sein gegenüber aggressiv sein, verletzen gegenüber angreifen.*

Assoziationen und Deutungen gehen vom Tagesrest aus. Der Patient hat meiner Forderung nach Selbstbeteiligung eine existenzbedrohliche Bedeutung zugeschrieben. Er ist über die großen gefühlsmäßigen Auswirkungen meiner Erwartung verwundert, ja erschüttert.

In meinen Deutungen stelle ich in den Mittelpunkt, dass der Patient durch Unterwürfigkeit Frieden und Harmonie zu sichern versucht und dass er sich zugleich als Opfer erlebt. Durch geiziges Festhalten und Bewahren seines Besitzes habe er einen Ausgleich gefunden und die Schäden wiederhergestellt.

A.: *Meine Forderung ist also ein Eingriff in Ihre Substanz. Auge um Auge, Zahn um Zahn. Wie du mir, so ich dir.*

P.: *Ich kann mir gut vorstellen, wenn ich die Stunden bei Ihnen ganz selbst bezahlen müsste, dann würde bei mir ein Druck entstehen in der Weise, dass ich möglichst bald und viel entwickeln könnte, um wieder herauszukommen, um wieder eine Entlastung zu finden.*

Ohne die Selbstbeteiligung, die eine natürlich auch dem Analytiker willkommene geringe Erhöhung des Honorars von ca. 80 DM auf 90 DM mit sich bringt, hätten die unbewussten Wünsche und Erwartungen des Patienten eine andere plausible Anknüpfung an eine

realistische Wahrnehmung gefunden. Die Selbstbeteiligung stellt also kein absichtlich eingeführtes Mittel dar, um die Übertragung in eine bestimmte Richtung zu lenken. Plausible realistische Wahrnehmungen, die sich als Kränkungen auswirken können, brauchen nicht künstlich hergestellt zu werden. Wie nützlich die geringe und gut tragbare Selbstbeteiligung in diesem Fall ist, wird durch den Gedankengang des Patienten untermauert.

A.: *Ja, Sie würden so unter Druck sein, und Sie würden es dann etwas leichter haben, wütend zu sein, denn ich wäre der, der Ihnen tief in den Geldbeutel greift und – Ihnen die Beine wegnimmt, auf denen Sie stehen. Wenn Sie alles selbst zahlen müssten, das wäre wirklich eine gewaltige Belastung. Die erleben Sie schon mit 10 Mark. Dann kann man es wieder bagatellisieren, dass es so schlimm doch nicht ist, obwohl es erlebnismäßig sehr schlimm ist für Sie. Das zeigt auch der Traum. Ich greife Sie mit meiner Forderung an, Auge um Auge, Zahn um Zahn. Es ist ein Glück, dass Ihnen das einfiel und dass Sie das überhaupt träumen konnten und dass Sie es dann auch mitgeteilt haben. Ganz plötzlich fiel Ihnen der Traum ein.*  
 P.: *Hmh, ja, mir ist der Traum auch übers Wochenende ein paar Mal eingefallen. Da habe ich mir immer wieder überlegt, wieso und weshalb.*

*Kommentar:* Nicht nur wegen der beunruhigenden Stärke der unbewussten Dynamik, sondern aus prinzipiellen Gründen ist es empfehlenswert, bei der Deutungsarbeit den Sicherheitsaspekt in den Vordergrund zu stellen und bei der Sehnsucht nach Ganzheit, bei den Reaktionsbildungen und bei den Wiedergutmachungsbemühungen zu beginnen. Dieser Deutungsregel folgt der Analytiker in dieser Behandlung. Er geht davon aus, dass der Patient ihn unverletzt haben möchte bzw. den Wunsch hat, dass nichts geschieht oder eventueller Schaden wieder behoben werden kann. Sonst bestünde ja auch für ihn selbst als Krüppel keine Chance.

Dieser Übertragungstraum ermöglicht einen Einblick in die Entstehung von Defekten im Körperbild, denn die Beschädigung wird in ihre interaktionelle Entstehungsgeschichte zurückübersetzt.

In dem im folgenden geschilderten Dekapitationstraum setzt sich das Thema fort.

#### *Traum von der Dekapitation (230. Sitzung)*

Herr Erich Y berichtet zunächst über die Verschlechterung der Symptome im Zusammenhang mit einem Ehestreit.

Ich überlege mir hierzu folgendes: Auf die Pedanterie der Ehefrau reagiert der Patient gelegentlich mit dem Versuch, ja alles recht zu machen – was er verständlicherweise nicht durchzuhalten vermag. Angesichts dieser ehelichen Probleme bin auch ich ratlos, weil das Verhalten der Ehefrau die seelischen Abläufe im Sinne einer Über-Ich-Verstärkung beim Patienten beeinflusst. Sie hat sich aber bisher geweigert, selbst eine Beratung zu suchen, obwohl sie dem Patienten zugleich vorwirft, dass nur *er* die Gelegenheit hat, sich auszusprechen und Entlastung zu finden.

Nach kurzer Pause wechselt die Stimmung, und der Patient erzählt betroffen den „grausamen Traum“ der letzten Nacht.

P.: *Wir waren in einer mir unbekannten kleinen Firma. Zwei Männer haben sich erst so rumgebalgt. Dann wurde es ernst, ein Kampf. Der eine hat dem anderen den Kopf abgerissen*

*und hat mit dem Kopf geworfen, und plötzlich war der Mann, dem der Kopf abgerissen wurde, verschwunden; obwohl ich dabei war, habe ich gefragt, ja, wo ist denn der hin? Der sei weg, den hat man beiseite geschafft, spurlos weg, so sei das auch mit einem Mädchen, von dem mir aufgefallen war, dass sie seit längerer Zeit fehlte. Die sei auch auf ähnliche Weise verschwunden. Nicht ohne Kopf, aber sie sei halt weg. (kurze Pause) Eigenartig, so grausame Träume.*

*A.: Ja, das ist eine Fortsetzung dieses Beinverlusttraums. Jetzt ist die Intensität des Kampfes und des Kämpfens, des Durchsetzens deutlicher.*

Durch diesen Hinweis möchte ich die Kontinuität des Kastrationsthemas in der Übertragung betonen.

*P.: In dem Traum ist es so weitergegangen, dass ich versucht habe, alle Spuren zu verwischen, um Nachforschungen unmöglich zu machen. Es ist um einen Ofen und was weiß ich alles gegangen und um den Inhalt, alles vernichtet und weggeschafft, damit man ja keinen Anhaltspunkt hatte, obwohl ich Zuschauer war bei dem Geschehen. (längere Pause)*

*A.: Sie mussten immer beschwichtigen bzw. zudecken, verstecken, sich verstecken, ja nicht aggressiv sein, nicht einen Wettkampf, ein Duell zu Ende bringen. Auch aus Angst. Dann waren Sie der Unterlegene, Sie waren der Kleine, der Flüchtlingsbub, der den Schwanz einziehen musste, in der Beobachtung eines Zweikampfs um Leben und Tod, zwischen 2 Männern. Sie sind zwar nur der Zuschauer im Traum, aber als Zuschauer intensiv beteiligt beim Vertuschen.*

Das tödliche, das grausame Duell begreife ich als Darstellung der Übertragung und auch als mehrfache Selbstdarstellung des Patienten, der die Folgen früherer Zweikämpfe auf der unbewussten Ebene so verarbeitet hat, dass er derjenige ist, der mit deformiertem Kopf herumläuft. Gleichzeitig hat sich aber eine Distanzierung ergeben oder, wenn man will, eine Abspaltung, so dass er nur noch der unbeteiligte Beobachter ist. Die Abwehrseite des Traumes ist mir zunächst wichtig.

*P.: Aber dass das so grauenhaft ist.*

*A.: Es geht nicht zufällig um den Kopf. Am Kopf spielt sich ja vieles ab. Ihre Kleinheitsvorstellung kommt z.B. davon, dass da was ab ist, obwohl natürlich nie was ab war, aber auf der Bildebene, der Phantasieebene und der unbewussten Ebene setzen sich Wünsche in Taten um, z.B. wenn man einem sagt, es geht um Kopf und Kragen.*

*P.: Hm.*

*A.: Hm. Sie haben sich ja auch gewundert, dass Sie mich beschädigt dargestellt haben.*

Ich stelle eine Beziehung zu dem Traum dar, in dem mich der Patient als amputiert gesehen hat, und ich mache ihn darauf aufmerksam, dass sich nun eine Wendung vollzieht: Er ist nicht nur das Opfer auf der Traumebene, sondern auch der Täter. Die Wendung vom passiven Erleiden zum aktiven Handeln ist nicht nur unter allgemeinen therapeutischen Gesichtspunkten wesentlich. In mir bilden sich immer wieder Vorstellungen darüber, dass sich bei den automatisierten Bewegungsabläufen Handlungspotentiale durchsetzen könnten wie bei Leerlaufreaktionen im Sinne von Lorenz (1968).

P.: *Hm.*

A.: *Sie haben sich über lange Zeit selbst als beschädigt, als das Opfer dargestellt.*

P.: *Hm.*

A.: *Weil Sie viel Angst haben vor sich selbst, waren sie eher das Opfer als der Täter. Sie sind auch sonst bemüht, die Spuren zu verwischen, dass man Ihnen nichts anmerkt und niemand weiß, dass Sie da und dort beteiligt sind. Wie jeder andere sind Sie ein Mensch, der konkurriert, der sich in heftigen Auseinandersetzungen, in Rivalitäten bis hin zu Mord und Totschlag befindet, zwar nicht in Wirklichkeit, aber auf der Phantasieebene laufen solche Regungen ab.*

Durch die Verallgemeinerung, dass er wie jeder andere Mensch stark rivalisiere, versuche ich, seine Angst vor tödlichen Aggressionen so weit zu mildern, dass er diesen unbewussten Seiten mehr Raum geben kann. Aus demselben Grund betone ich die Phantasieebene, nachdem ich vorher zu dick aufgetragen hatte durch die Worte Mord und Totschlag, die den Patienten stark erschrocken hatten. Beim nachträglichen Lesen kommt mir in den Sinn, wie weit der Patient auch Vorbehalte dergestalt hat, dass ich ja mit seinen Gedanken etwas anfangen, wobei er unbewusst nicht sicher ist, ob ich seine Gedanken zu seinem Besten verwende.

P.: *Diese Empfindsamkeit, die ist's. Gestern im Geschäft. Wir haben zur Zeit einen Mann bei uns, der bei einer Zweigfirma Karriere machen soll. Der informiert sich bei uns und wird bei uns eingeschult, und der ist zu mir gekommen und hat mich dies und jenes gefragt. Ich habe ihm Auskunft gegeben, ihn mit Unterlagen versorgt und habe von dem Monatsbericht eine Kopie gemacht, damit er weiß, was an die Geschäftsleitung gemeldet wird. Im nachhinein sagte mein Kollege, der wird mit den besten Unterlagen ausgestattet und ausgerüstet. Er hat gemeint, man sollte ihm keine Starthilfe geben.*

Die übergroße Hilfsbereitschaft des Patienten hat auch eine unechte Seite. Das Rivalisieren und Konkurrieren kommt auf der Ebene des Ideenwettbewerbs als Tagesrest herein. Der Patient hatte, wie sich in den folgenden Einfällen zeigt, eine gute Idee, die ihm ein anderer weggenommen hat. Es geht also darum, dass ihm etwas, was in seinem Kopf entstanden ist, weggenommen wird.

Die folgenden Einfälle zeigen, dass der Patient eine sehr gute Idee hatte, die einen betrieblichen Ablauf wesentlich erleichtert. In verbittertem Schweigen nahm Herr Erich Y hin, dass sich der Abteilungsleiter die Sache zu eigen machte und so tat, als stamme die Idee von ihm.

P.: *Es hat mir sehr wehgetan, aber ich habe es hingenommen.*

A.: *Sehen Sie, der hat Ihnen das, was in Ihrem Kopf war, weggenommen. Der hat Ihren Kopf weggenommen, in der Traumsprache. Das ist eine kleine Rivalitätssituation. Sie haben den Schwanz eingezogen, nicht, also . . .*

Meine Deutung entspringt den implizierten theoretischen Überlegungen. Der Tagesrest hat als kleine Ursache eine große Wirkung!

P.: *Hm.*

A.: *Sie sehen bei den anderen, dass die eher neidisch sind oder ihrem Neid freien Lauf lassen.*

*P.: Aber wenn ich mich ins Licht setze (Patient stöhnt), da komme ich mir vor, als wenn ich mich herausstellen möchte.*

*A.: Ja.*

*P.: Trotzdem tut mir das weh. Eigentlich müsste ich doch zufrieden sein, dass ich die Idee hatte, dass es gelungen ist. Dann okay, das bringt Vorteile, ob das jetzt der oberste Chef weiß, dass alles von mir gekommen ist oder von einem anderen.*

*A.: Sie sehen, wie viel Rivalität da ausgetragen wird. Sie führen Ihre Zweikämpfe. Wenn Sie sich selbst am Kopf berühren, dann kommt es offenbar dazu, dass der Zweikampf, den Sie im Traum führen, zum Kampf zwischen Ihrem Kopf und Ihrer Hand wird.*

Mit dieser Deutung versuche ich, die Verinnerlichung eines Zweikampfs ins Auge zu fassen. Herr Erich Y ist immer wieder betroffen davon, wie er mit seiner Hand im Kampf mit den unwillkürlichen Kopfdrehbewegungen liegt. Je größer seine Wut wird, je mehr Kraft er mit der Hand anwendet, desto stärker werden die Gegenkräfte, die den Kopf nach rechts drehen und wenden. Seine Beobachtungen sind bemerkenswert. Neben dem beschriebenen Zweikampf bringen Berührungen, z.B. beim Rasieren oder auch beim Streicheln der Wangen, mit sich, dass der Kopf sich unwillkürlich dreht. Die gegebene Deutung geht auf die Annahme zurück, dass sich in dieser Symptomen-genese ein innerer Zweikampf darstellt, den ich nun in meinen Deutungen auf die zwischenmenschliche Ebene einschließlich der *Übertragungsbeziehung* zurückzuverlegen versuche.

*A.: Die Hand ist ja zwar die eigene. Die gehört genauso Ihnen wie Ihr Kopf: aber wenn Sie sich berühren, den Kopf berühren, dann wird die Hand offenbar zum Fremdkörper . . .*

*P.: Hm, hm.*

*A.: . . . zum Angreifer.*

*P.: Hm. (längere Pause)*

*A.: Wenn ich Geld fordere, auch wenn es eine ganz kleine Summe ist, es ist ein Betrag, der zur Substanz wird. Als wär's ein Stück von Ihnen. Es wird unbewusst ein ungeheures Verlustgefühl berührt, das die Wut auslöst, die dazu geführt hat, dass Sie mir das Bein abgehackt haben.*

Es ist mir wichtig, den Zweikampf in der Übertragung auf der Ebene aufzuzeigen, die für den Patienten konkret ist. Dort sitzen auch die Affekte.

*P.: Dass dieses Gefühl, dieses Spannungsverhältnis, wie's im Traum ausgedrückt wird, So ungeheuer ist, also gleich das Letzte, wie im Traum, der Kopf ab . . .*

*A.: Ja, ja. (längere Pause)*

*P.: . . . als wenn es keine anderen Wege und Möglichkeiten gäbe.*

*A.: Hm. Ja, nicht umsonst gibt es Kopffäger.*

*P.: Hm.*

*A.: Außerdem ist der Kopf etwas Magisches, Kopf haben, Kraft haben. So wie Geschlechtsteile abschneiden und Kraft daraus ziehen, auf einer Ebene. (längere Pause) Auch die Kannibalen verzehren Menschenfleisch, um die Kraft des Gegners in sich aufzunehmen.*

Mit diesen Deutungen möchte ich die magische Komponente auf verschiedenen Ebenen beleben, um den Patienten für seine eigenen unbewussten Motive offener zu stimmen. Sogleich habe ich das Gefühl, zu weit gegangen zu sein, weshalb ich in der nächsten

Bemerkung auf die Symptomebene und den dadurch stimulierten Neid auf die gesunden Köpfe seiner Mitmenschen zurückgehe.

P.: *Hm.*

A.: *Vieles wird durch Ihre Beschwerden ausgelöst. Könnte ich doch einen anderen Kopf, könnte ich doch dessen Kopf haben. Könnten Sie meinen Kopf haben, also jetzt persönlich bezogen. Erinnern Sie sich: Ich hatte den Schaltplan Ihres Kopfes aufgezeichnet und somit Ihre Ideen übernommen wie der Abteilungsleiter.*

Ich erinnere mich an einen früheren Traum des Patienten, den ich nun aufgreife, um ihm noch deutlicher zu machen, weshalb es ihm in der Traumsprache darum geht, auch meinen Kopf zu haben und sich meine Ideen ganz substantiell anzueignen.

P.: *Jaja, jaja, jaja. Aber das sind doch Gedanken – neandertalerhaft, die ja so weit zurückgehen.*

Der Patient ist ungemein lebhaft geworden. Bei der Wiederholung der bestätigenden Ja's ist seine Stimme voller Begeisterung. Dann kommt die leichte Einschränkung wegen der Primitivität seiner Gedanken.

A.: *Ja, die sind in jedem von uns lebendig.*

P.: *Sicherlich trägt die ein jeder im Rucksack mit sich herum im Unterbewusstsein. Aber dass ich nicht die Herrschaft darüber besitze, und wenn ich alles beherrsche, dann kommen diese Verdrängungen. Aber dieses Besitzenwollen und diese Gewalt, das kann doch nicht in Erscheinung treten, ist ja nicht durchführbar. Wenn da jeder nach diesem Prinzip handeln würde, dann gäb's nur Mord und Totschlag. (lange Pause) Ich denke da jetzt an menschliche Beziehungen, an Reklamationsbesprechungen. Da merkt man ja manchmal, wie der Kunde versucht herauszubekommen, was da alles passiert ist. Ich sehe es so, dass der sich nicht in der Gewalt hat, über die Ziele hinausschießt und dass die Verhältnismäßigkeit überhaupt nicht mehr gewahrt ist. Menschen, die so vorgehen, auch im Alltag, die verabscheue ich.*

Der Patient bemüht sich verständlicherweise darum, die Intensität des Konkurrierens und Rivalisierens halbwegs in humane Bahnen zu lenken, und alle weiteren Tagesreste beziehen sich darauf. Es ist mir wichtig, auch noch die Übertragungskomponente deutlicher zu machen, und zwar im Zusammenhang mit der Selbstbeteiligung von ungefähr 10 DM, die er als Substanzverlust erlebt.

P.: *Sicherlich gibt es Fähigkeiten, Möglichkeiten, Gedanken, die geweckt werden, ohne brutal zu werden. Ja, nützt es mir was, wenn ich meinem Kollegen sage, meinst du, dass das richtig war, mir die Idee wegzunehmen? Aber nützt es mir jetzt noch was? Er weiß es ja, dass es nicht richtig ist. Ich sollte mich doch so in der Hand haben, dass ich nicht erst dann die Befriedigung habe, wenn ich ihm meine Meinung sage. Hm. Ja, ich möchte natürlich auch gut dastehen vor den anderen.*

Dieses Thema und das der Konkurrenzsituation füllen den Rest der Stunde.

P.: *Es ist natürlich ein wichtiger Punkt, das Verletztsein, das Gefühl, übergangen zu werden. Wie Sie sagen, es wird mir etwas weggenommen, ich werde dadurch kürzer gemacht, eingeschränkt, und das ist aber für mich so ein kleinkariertes Denken.*



A.: *Ja, das sieht, glaube ich, nur so aus. Es ist deshalb nicht kleinkariert, weil die Wirkungen im Erleben ungeheuer sind. Es ist fast eher großkariert. Großkariert nämlich in dem Sinne, dass die erlebten Auswirkungen ganz gewaltig sind, und weil das zugleich vertuscht wird, wie sehr Sie das trifft. Da erleben Sie sich zugleich als kleinkariert, weil es vom Bewussten her bei weitem keine so furchtbare Sache ist.*

P.: *Hm.*

A.: *Es ist einerseits ein lächerliches Ereignis, und zugleich doch ein ungeheures Erlebnis.*

P.: *Ja, gefühlsmäßig.*

A.: *Wenn ich Ihnen 10 Mark abnehme, dann geht es um Ihre Substanz, um Sein und Nichtsein.*

P.: *Ja.*

A.: *Oder wenn ich Ihren Schaltplan im Kopf habe, dann möchten Sie meinen Kopf haben, um ihn frei spazieren zutragen wie ich, nicht eingezogen wie der Agent. Sie möchten rein in meinen Kopf, ja, das alles haben, was da drin ist, was ich weiß, dann würden Sie ja auch selbst alles haben. Das ist doch menschlich. Dann wären Sie frei und . . .*

P.: *Hmhm.*

A.: *. . . hätten Stärke und Potenz und was Sie meinem Kopf alles zuschreiben. Man sagt ja auch: die Großkopffeten.*

P.: *Hmhm.*

A.: *Die Großkopffeten sind ja auch die, die viel, viel Geld haben, die reich sind und die Macht haben, die mächtigen Väter, nach denen Sie sich besonders sehnen nach dem frühen Verlust des Vaters und der Flucht, der Heimat- und Besitzlosigkeit. (Pause)*

P.: *Vielleicht mache ich mir immer etwas vor, dass der andere, der groß ist, der alles viel besser im Griff hat, sofort erkennt, dass ich das ausspielen möchte.*

A.: *Hmhm. Aber vertuschen ist auch nicht die beste Lösung, nicht wahr? Wir müssen Schluss machen.*

Das wechselseitige „Auf Wiedersehen“ begleitet der Patient mit guten Wünschen zum Wochenende, die von mir erwidert werden.

*Kommentar:* Es ist nicht nebensächlich, wie Sitzungen beendet werden, mit welchen Worten angekündigt wird, dass die Zeit um ist. Beide Beteiligten sind in unterschiedlicher Weise der Zeit unterworfen. Durch die „Wir-Bildung“ wird die Gemeinsamkeit betont, die nicht suggeriert werden sollte. Denn dem Patienten gehören nur 45 oder 50 Minuten, und es ist der Analytiker, der Schluss machen muss, wenn er seinen Stundenplan einhalten will. Um den Patienten daran zu erinnern, raten wir zu entsprechender Formulierung in der Ich-Form im Wechsel mit der Wir-Form, wenn diese der Stimmung entspricht.

### 5.3 Ein Traum vom Symptom

Es ist nicht weiter verwunderlich, dass Symptome auch im Traum auftreten. Wenn es nach der Wunschtheorie ginge, müsste es sogar häufig vorkommen, dass Kranke sich im Traum über ihre Symptome hinwegsetzen und sich als gesund darstellen. Im nachfolgenden Traum litt Herr Erich Y unter dem Auftreten einer Schiefhalsbewegung. Diese Beobachtung wäre nicht mitteilenswert ohne den Kontext, den der Patient und ich als Analytiker diesem Ereignis gegeben haben. Die Einfälle des Patienten und meine Deutungen zeigen, dass die Kopfdrehungen im Traum als Suchbewegungen verstanden wurden, die denjenigen des Säuglings an der Brust analog sein könnten.

Herr Erich Y berichtet in der 268. Sitzung, dass er in einem Traum ängstlich und ziellos unterwegs war. Seine Firma war weiträumig angelegt. Die Kantine war im Freien, das Werk ganz in die Landschaft einbezogen.

*P.: Ich kam mir klein und verloren vor, dann traf ich eine Sekretärin und einen Assistenten, die sich unterhielten. Mir kam es so vor, als ob ich abseits stünde. Dann sind wir ein Stück gegangen, mein Kopf hat sich zur Seite gedreht. Ich habe ihn nicht unter Kontrolle gebracht, trotz aller Gewalt, es gelang nicht. Gerade in dem Augenblick, wo es drauf ankam, ihn in der Mitte zu haben, da drehte er sich zur Seite.*

Die Verlorenheit im Traum und die große Unsicherheit veranlassen mich, an kindliche Situationen zu denken, bei denen Hilflosigkeit und motorische Ungeschicklichkeit besonders augenfällig sind.

*A.: Ja, und was fällt Ihnen so alles ein zur Stimmung des Traumes? Könnte es sein, dass Sie da etwas darstellen, in der großen weiten Welt sind Sie den Blicken ausgesetzt?*

Der Patient verneint ausdrücklich, dass er sich Blicken ausgesetzt fühlte, um dann fortzufahren:

*P.: Ich habe mich nicht wohlfühlt. Ich stand ganz alleine da. Ich habe keinen Kontakt gehabt. Die von der Geschäftsführung haben sich miteinander unterhalten. Ich fühlte mich abseits. Das war für mich eine andere Welt, etwas . . . (lange Pause) Das hat mit „Kind“ was zu tun, aber ich kann das nicht richtig sagen, das ist so ganz weit weg.*

*A.: Im großen Raum, ausgeliefert und ausgesetzt und ohne Halt und ohne Hand.*

*P.: Ja, ich war überflüssig, vielleicht weil ich da stumm nebenher gelaufen bin, dass ich durch mein Auftreten oder durch meine Zurückhaltung dem entsagt habe. Ich wollte vielleicht dabei sein, mitmachen, aber aufgrund meiner Einstellung und Haltung, wie ich mich bewegt habe, war das gar nicht möglich. Da kommt das irgendwie durch, dass ich die anderen nicht auf mich zukommen lassen kann, obwohl ich das manchmal gern hätte. Das ist ganz komisch, dass ich jetzt an eine Frauenbrust denken muss.*

*A.: Wie, jetzt in Gedanken gerade?*

*P.: In Gedanken, wie das Kind, das die Brust der Mutter sucht, um sich zu stärken – also ohne Ironie gesagt.*

*A.: Ja, ja, Sie hatten die Sorge, dass ich ironisch reagiere.*

*P.: Ich hatte keine sexuellen Gefühle dabei.*

Es liegt mir so fern, das Suchen und Wiederfinden des primären Objekts von der geschlechtlichen Lust im engeren Sinne abzuleiten, dass ich die Sorge des Patienten, seine prägenitale Sinnlichkeit könnte auf ironischen Spott stoßen, nicht auf mich beziehen kann. Seit langer Zeit achte ich darauf, qualitative Unterschiede der Sinnlichkeit nicht libidotheoretisch zu verwischen.

A.: *Ah ja, so als würde ich nur denken, dass Sie sexuelle Lust und nicht eine andere Lust suchen, da wenden die Kinder ja auch den Kopf.*

P.: *Ich komme im Moment nicht weg davon.*

A.: *Ja, warum sollten Sie auch weg von der Brust. Das meinen Sie, ja?*

P.: *Hmhm.*

A.: *Wo Sie gerade dabei sind, sie erst einmal im Traum zu suchen, in dem großen Raum.*

P.: *Das ist schon wieder die Angst, an die Brust zu gehen und daraus was zu ziehen, dass der andere mich falsch einschätzen könnte, dass ich was Falsches tue, immer bei der Äußerung von Gefühlen – die Hemmung – die anderen. (Pause) Das ist in meiner Vorstellung immer so, das ist genau wie in diesem Traum. Die Sekretärin und der Assistent, die kamen mir so groß vor, weil ich sie so vergrößert sehe.*

A.: *Na ja, so wie auch die Brust da irgendwie wahrscheinlich groß ist, sehr groß, im Vergleich zum Mund. Der Mund, der da nach etwas greift, oder das Auge – wenn es nah dran ist an der Brust, ist sie sehr groß. Wenn man nur einen Teil sieht, dann ist der Teil sehr groß.*

P.: *Und da kommt das Gefühl auf, als wenn ich zu meiner Mutter viel mehr Empfindungen habe, als ich das wahrhaben will, als ich das zeige, und dass ich da immer wieder auch als Kind die Liebe gesucht habe, die Zuneigung, dass ich aber immer schon als Kind verschlossen war, nichts über meine Gefühle gesagt habe. Und dann kann es sein, wenn ich solche Zeiten habe oder Stunden, dass ich mich beim Anschmiegen teilweise wie ein Kind gegenüber meiner Frau benehme und sie umarmen und festhalten und lieblosen möchte, dass sie da sagt, ja sag' mal, du übertreibst, das ist nicht natürlich. Und parallel jetzt, das war immer so, das habe ich auch gesucht in der Liebe. Liebe, Liebe, Zuneigung.*

*Kommentar:* Herr Erich Y spricht hier über Liebe im umfassenden Sinn und sichert sich gedanklich gegen seine Frau ab, die seine zärtlich-sinnlichen Gefühle wegen ihrer schlussendlich sexuellen Zielrichtung missdeutet und ihm schon bei „harmlosen“ Berührungen Vorhaltungen macht. Das Suchen von Nähe und Zärtlichkeit wird auf diese Weise in seiner Eigenständigkeit im Keim erstickt. Das Verhältnis von Zärtlichkeit und Sexualität beim männlichen und beim weiblichen Geschlecht führt in der Beziehung zwischen den Geschlechtern zu häufigen und folgenreichen Missverständnissen. Es ist also kein Zufall, dass Freud zwei Theorien über die Zärtlichkeit aufgestellt hat, die besonders von Balint (1935) gründlich untersucht wurden.

## 5.4 Überlegungen zur Psychogenese

Die Einschränkung seines Selbstgefühls aufgrund eingebildeter körperlicher Defekte stand von Anfang an im Mittelpunkt der Therapie. Schon in der 5. Sitzung sah sich der Patient im Traum als beschädigtes Opfer eines Verkehrsunfalls. In der 35. Sitzung wurde von ihm im Zusammenhang mit der Steuerung von Bewegungen und Handlungen die „Marionette“ als Thema eingeführt, das viele Variationen annahm. Defekte Selbstdarstellungen kamen nicht nur in anderen Träumen, sondern auch sonst im Dialog zwischen Patient und Psychoanalytiker häufig vor.

Die ausgewählten Träume kennzeichnen thematische Höhepunkte, die eine Tendenz von der Wahl unbelebter Objekte hin zur Selbstdarstellung durch Personen erkennen lassen. Hierbei handelt es sich aber um keine einfache lineare Progression. Der Frage, welche Veränderungen durch die Untersuchung von Traumserien festgestellt werden können (Geist u. Kächele 1979; Kächele et al. 1999) und welche diagnostischen und prognostischen Schlüsse aus dem Initialtraum gezogen werden können, wurde in früheren Veröffentlichungen aus unserem Kreis nachgegangen (Schultz 1973). Da wir den Behandlungsprozess als fortgesetzte Fokalthherapie mit sich veränderndem Fokus konzeptualisieren (s. Grundlagenband, Kap. 9), benützen wir eine Traumserie zur Demonstration bearbeiteter Probleme. Da es uns darum ging, Selbstdefekte im Traum und ihre therapeutische Bearbeitung in den Mittelpunkt zu rücken, wurden andere Dimensionen des therapeutischen Prozesses, die für eine Synopsis von Verlaufs- und Ergebnisforschung relevant sind, hier vernachlässigt. Wir glauben, dass die Entstehung der Dymorphophobie anhand dieser Traumserie ein gutes Stück aufgeklärt werden konnte. Dieses Symptom liegt mit dem Traum auf dem gleichen Niveau, wenn man von der strukturellen Ähnlichkeit der Kompromissbildungen ausgeht. In der psychoanalytischen Psychopathologie des Konflikts sind Symptom und Traum durch die Idee der Kompromissbildung zwischen den verdrängenden und den verdrängten Kräften und Vorstellungen miteinander verbunden (Freud 1896 b, S.387). Wir wenden die Idee des Kompromisses auf die Symptomentstehung ebenso an wie auf die Traumdeutung und auf die Gesamtheit der Produktionen des Unbewussten.

Freud betont, dass die neurotischen Symptome ... „der Erfolg eines Konfliktes sind ... Die beiden Kräfte, die sich entzweit haben, treffen im Symptom wieder zusammen, versöhnen sich gleichsam durch den Kompromiss der Symptombildung. Darum ist das Symptom auch so widerstandsfähig; es wird von beiden Seiten her gehalten“ (Freud 1916/17, S. 373).

### *Schiefhals: psychosomatisch versus somatopsychisch*

Nach den einleitenden diagnostischen Unterscheidungen handelt es sich hierbei um eine neurologische Erkrankung, die durch seelische Konflikte ausgelöst und in ihrem Verlauf mitbestimmt werden kann (Aschoff u. Halbgewachs 1993; Liedke u. Stienen 1996). In den therapeutischen Gesprächen verwischen sich gelegentlich die Unterschiede zwischen den rein *neurotischen* Symptomen der Dymorphophobie und der *körperlich verursachten* Schiefhalsbewegung: Die neurologisch bedingte Bewegungsstörung wird im Agententraum ebenso wie im Bild der Suchbewegung nach der Mutterbrust in den Kontext von Ausdrucks- und Gemütsbewegungen gerückt. Das *ganzheitliche* menschliche Erleben bringt mit sich, dass

Patienten oft keine Unterscheidung treffen, ob ihre körperlichen Einschränkungen seelisch oder körperlich bedingt sind. Der Analytiker hat demgegenüber eine mehrfache Aufgabe, zu der u.a. gehört, die Gründe für die Vorstellungen des Patienten über seine Erkrankung zu prüfen. Die Zuschreibungen des Patienten, der seine körperlichen Beschwerden beispielsweise als Bestrafung erlebt, sind ein wichtiger Aspekt. Auch eine wissenschaftlich falsche subjektive Theorie über die Entstehung der eigenen Erkrankung ist ein Teil der Krankheitsbewältigung. Beobachtungen und Mutmaßungen von Patienten über ihre Erkrankung eröffnen einen Zugang zu möglichen seelischen Faktoren in Entstehung und Verlauf. Der Analytiker hat die Aufgabe, diagnostische Unterscheidungen zu treffen und den Anteil körperlicher und seelischer Faktoren in Entstehung und Verlauf zu klären. Auf der anderen Seite ist es wesentlich, die persönliche Krankheitstheorie ernst zu nehmen, weil man sonst am Patienten vorbeiredet.

Herr Erich Y ist in seinem Wohlbefinden in hohem Maße davon abhängig, ob er sich aufrichten darf oder aus Sozial- und Über-Ich-Angst als Duckmäuser mit eingezogenem Kopf herumschleichen muss, um nicht erkannt und – im Traum als Agent – erwischt zu werden. Die auffällige Schiefhalsbewegung, die sich der willkürlichen Kontrolle entzieht, hat den Patienten zusätzlich verunsichert, so dass sich ein typischer Teufelskreis gebildet hat, der sich in wechselseitiger Verstärkung vom körperlichen auf das seelische und vom seelischen auf das körperliche Befinden auswirkt.

Schon wegen der neurotischen Vorstellungen über seinen missgestalteten Kopf und anderer Einengungen, die Reich vielleicht als „Charakterpanzer“ beschrieben hätte (s. hierzu Kap. 4), konnte sich Herr Erich Y jahrzehntelang nicht frei und ungezwungen bewegen. Seine spannungsreiche Ehe trug dazu bei, dass seine Selbstsicherheit sehr labil blieb. In diesem Zusammenhang ist die existentielle Bedeutung der aufrechten Haltung und des Sichaufrichtens für das menschliche Selbstgefühl und Selbstvertrauen hervorzuheben.

Die Fähigkeit, sich aufzurichten und sich aufrecht zu halten, gehört zu den grundlegenden menschlichen Erfahrungen, die zum Ausgangspunkt einer Fülle von Metaphern geworden sind.

Phänomenologische und psychoanalytische Beschreibungen (Freud 1930a; Erikson 1950; Straus 1949) sind in den letzten Jahrzehnten durch systematische Untersuchungen der Entwicklung des aufrechten Ganges im Kleinkindalter ergänzt worden (Mahler et al. 1975; Amsterdam u. Levitt 1980). Es liegt auf der Hand, dass eine körperliche Erkrankung, die sich subjektiv als Unfähigkeit auswirkt, Bewegungen zu kontrollieren oder zu koordinieren, latente und lebensgeschichtlich weit zurückliegende Unsicherheiten wiederbelebt. Unter welchen Bedingungen der Verlust von Autonomie mit Beschämung einhergeht und Selbstbewusstsein in Befangenheit umschlägt und wie dieser Umschlag therapeutisch rückgängig gemacht werden kann, spielte in dieser Behandlung eine besonders große Rolle. Neurotische Symptome dieser Art sind gut beeinflussbar.

In seinem Erleben hat Herr Erich Y das körperliche Symptom des Schiefhalses in einen Sinnzusammenhang von Schuld, Angst und Scham gestellt. Der behandelnde Analytiker folgte dieser persönlichen Theorie des Patienten, um sekundäre Neurotisierungen abbauen zu können. Dass sich die Befreiung von neurotischem Leiden auch auf das körperliche Symptom des Schiefhalses auswirken kann, ist eine plausible Annahme, weil dann Erwartungsängste und die mit ihnen einhergehenden Steigerungen des allgemeinen und speziellen Erregungspotentials wegfallen.

Nachdem wir die allgemeinen Prinzipien der Prüfung von Hypothesen in der Therapieforschung in Kap. 1 diskutiert haben, beschränken wir uns hier auf eine weitere Klärung, indem wir die Suchbewegung nach der Brust bezüglich deren Analogisierung mit der (pathologischen) Kopfdrehung untersuchen. Wir erinnern daran, dass Herr Erich Y in seinen

Einfällen zu einem Traum an eine Frauenbrust dachte, die zur stillenden Mutterbrust wurde. In der Übertragung befürchtete der Patient eine Abweisung, gegen die er sich sicherte, indem er betonte, dass er nichts Sexuelles suche. Abweisungen durch die Ehefrau bildeten den aktuellen Anlass für seine Befürchtung, auch vom Analytiker wegen seiner Sehnsucht nach Nähe und Zärtlichkeit missverstanden zu werden. Ohne Zweifel hat diese Szene hohe therapeutische Bedeutung. Doch wie steht es mit der vorhin aufgeworfenen Analogisierung zwischen Suchbewegung und pathologischer Kopfdrehung? Könnte es sein, dass im Torticollis, in der Drehbewegung des Kopfes, ein unbewusstes, reflektorisches Suchen zum Ausdruck kommt, ein Suchen des oralen Objekts?

Die aufgeworfenen Fragen betreffen das Problem des psychogenen Anteils in der Entstehung und im Verlauf des Schiefhalses als einer körperlichen Erkrankung. Die Kenntnis des Behandlungsverlaufs rechtfertigt die in der Einleitung begründete Auffassung, dass seelische Faktoren das situative Auftreten des Symptoms und seine Exazerbation mitbestimmen. Nun möchte man wissen, ob in dieser Einzelfallstudie Beobachtungen gemacht werden konnten, die ein Licht auf die seelischen Auslöser und auf psychogene Bedingungen als Teilursachen im Sinne von Freuds „Ergänzungsreihe“ werfen.

Um dem Leser die Orientierung zu erleichtern, nehmen wir das Ergebnis der nachfolgenden Diskussion vorweg, indem wir eine Gewichtung innerhalb der Ergänzungsreihe vornehmen, die sich aus der von uns vertretenen Theorie der Unspezifität der Pathogenese psychosomatischer Erkrankungen ergibt:

Die körperliche Disposition im weitesten Sinne des Wortes determiniert, welche Erkrankung auftritt. Die jeweilige Symptomatik folgt also biologisch vorgegebenen Mustern, die im Sinne von Freuds Ergänzungsreihe in der körperlichen Konstitution liegen und die im Schema Alexanders als „Organvulnerabilität“ bezeichnet werden (s. 9.7). Zu Veränderungen der körperlichen Reaktionsweisen, also zu Resistenzvermehrung und -verminderung, tragen akzidentelle Momente bei, die in den verschiedenen Dimensionen des seelischen Erlebens zu suchen sind.

Bezüglich der nachfolgend wiedergegebenen Spekulationen kann schon vorweg die kritische Frage gestellt werden, warum sich eine angenommene frühe Störung als seelische Bedingung einer Erkrankung erst so spät im Leben manifestiert.

### *Eine frühe Störung?*

Die allgemeine Annahme einer frühen Störung hat Melitta Mitscherlich (1983) auf die Entstehung des Schiefhalses angewandt. Nachdem sie trotz der schon bei der Ticdiskussion zwischen Abraham (1921) und Ferenczi (1921) zutage getretenen Probleme in früheren Arbeiten den Torticollis als (präöipale) Konversionshysterie beschrieben hatte, trug sie nun die Auffassung vor, der Torticollis repräsentiere ein *präverbales Symbol*. Der Patient sei tief regrediert, so dass er nicht mehr imstande sei, seine Affekte sprachlich zu symbolisieren. In diesem Zustand tiefer Regression greife er nun, weil ihm keine anderen Ausdrucksmittel mehr zur Verfügung stehen, auf eine motorische Ausdrucksweise zurück, die ihr Pendant in der Vor-Ich-Stufe des Kleinkindes finde. Die hierbei benutzte motorische Schablone entspreche dem „Rooting“, einem Steuerungsschema der Saug- und Fühlbewegungen des Säuglings, das von R. Spitz beschrieben wurde, und markiere auch den Beginn des Neinsagenkönnens. In Anlehnung an die „Allmacht der Gebärden“ von Ferenczi (1913) spricht M. Mitscherlich vom magischen Glauben des Torticollis Patienten an die „Allmacht der Bewegung“. Im

motorischen Geschehen selbst stecke die tiefe Ambivalenz mit einer Hinwendung, wie bei einem hungrigen Säugling, oder einer Abwendung, wie bei Sättigung.

*Torticollis kein psychogenes Symptom.*

Das „Rooting“ des Säuglings und analoge Suchbewegungen im Zustand der Regression sind eine Sache, eine andere ist die extrapyramidale Kopfbewegung beim Schiefhals. Wir müssen darauf hinweisen, dass die Torticollisbewegung aufgrund der neurophysiologischen Untersuchungsergebnisse als krankhaft anzusehen ist und keinem natürlichen, frühkindlichen motorischen Bewegungsschema zugeordnet werden kann. Die im Elektromyogramm nachweisbaren Muskelaktivitäten bzw. Hyperkinesen lassen sich neurologisch interpretieren als Desintegration im Entwurf der extrapyramidalen Programme der Bewegungsschemata, die zu einer zentralnervös bedingten Falschaktivierung der beteiligten Muskeln führen. Die Mitinnervation der antagonistisch wirkenden, in Ruheposition bereits angespannten Muskeln bei willkürlichen Kopfdrehbewegungen bilden nach Fasshauer „neben der ohnehin erheblichen Komplexität der Bewegungsanomalie ein Argument gegen eine psychogene Entstehung des Torticollis spasmodicus“ (1983, S. 538). Die Bewegungsanomalie des Schiefhalses ist also kein isoliertes psychogenes Symptom im Sinne einer regressiv entstellten Suchbewegung.

Um diese Theorie zu begründen, müssten viele Hypothesen geprüft und bestätigt werden. Es müsste also nicht nur gezeigt werden können, welche affektiv-kognitiven Prozesse beim Erwachsenen infantile Suchbewegungen auslösen, sondern es müsste v.a. demonstriert werden, wie diese auf dem Wege der Regression in das Bewegungsschema des Torticollis umgestaltet werden. Der Begriff des Präsymbols ist ebenso wenig wie die Annahme einer präödipalen Konversion ein Ersatz für plausible Hypothesen und deren Prüfung. Der Begriff des Präsymbols enthält wie alle anderen Spekulationen über die sog. frühe Entstehung körperlicher Erkrankungen phantasievolle Vermutungen über Spaltungsprozesse. Um nicht missverstanden zu werden, betonen wir ausdrücklich, dass Freuds u. Breuers Entdeckung der Auswirkung verklemmter Affekte und die Bedeutung von Abreaktion und Katharsis in der Therapie zu den Grundlagen der psychoanalytischen Praxis gehören. Würde der Schiefhalsbewegung aber eine Abspaltung umschriebener triebhafter oder affektiver oraler Objektbeziehungen zugrunde liegen, müsste die Wiederentdeckung im kathartischen Urschrei oder in irgendeiner Körpertherapie möglich sein. Davon ist nichts bekannt, und wie die Dinge liegen, ist weder beim Torticollis noch bei ähnlichen körperlichen Erkrankungen zu erwarten, dass eine Abreaktion kausal wirksam werden kann. Denn das Symptom entsteht nicht aufgrund einer abgespaltenen Affektquantität.

*Psychoanalytische Therapieansätze.*

Diese kritischen Anmerkungen zur Psycho(patho)genese somatischer Erkrankungen und des Torticollis im besonderen schränken die Reichweite der psychoanalytischen Therapie zwar ein, geben ihr aber eine wissenschaftlich solide Grundlage. Der vorgelegte Behandlungsbericht zeigt, dass sich seelische Faktoren als psychogene Teilbedingungen auf Krankheitsentstehung und Symptomverlauf auswirken können. Geht man von jenen Faktoren aus, durch die eine Symptomatik aufrechterhalten wird, trifft man auf die typischen Grundängste, die durch die Erkrankung ausgelöst und verstärkt werden und der persönlichen Psychodynamik entsprechend auftreten, so dass sich bestimmte behandlungstechnische Schwerpunkte ergeben.

Im Sinne des im Grundlagenband (9.4) skizzierten Ulmer Prozessmodells haben wir aus der Psychoanalyse von Herrn Erich Y einige Foci als thematische Brennpunkte dargestellt. Diese stehen in der von uns seit Jahren vertretenen Theorie der Entstehung psychosomatischer Erkrankungen in einem *unspezifischen* Zusammenhang mit dem Schiefhals. Wir teilen also die

Auffassung von Bräutigam und Christian, „dass bei den meisten psychosomatischen Erkrankungen *die formgebenden, d.h. krankheitsspezifischen Elemente* in der *körperlichen Disposition* bereitliegen“ (1986, S. 21; Hervorhebung im Original). Auch nach unserer Erfahrung bestimmen seelische und soziale Einflüsse die Krankheitsmanifestation und ihren Verlauf.

Die Vielfalt und Vielgestaltigkeit seelischer Probleme macht es von vornherein unwahrscheinlich, dass für den Schiefhals – und das gleiche gilt für andere körperliche Erkrankungen – spezifische Korrelationen mit bestimmten Belastungen oder seelischen Konflikten gefunden werden können. Trotzdem geht der Eindruck vieler Kliniker, dass sich beispielsweise Schiefhalspatienten irgendwie von anderen Kranken unterscheiden, wahrscheinlich nicht nur auf eine unkritische Verallgemeinerung von Einzelbeobachtungen zurück.

Die beobachteten oder vermuteten Ähnlichkeiten kommen dadurch zustande, dass die gleiche Erkrankung ähnliche psychosoziale Probleme mit sich bringt, die ihrerseits den Verlauf beeinflussen und zur Reaktivierung typischer Ängste und Unsicherheiten führen. Hier liegt der Zugang, durch eine Psychoanalyse nicht nur das subjektive Leiden zu lindern, sondern auch den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen.

Es wäre also ein Irrtum, aus der Unspezifität in der Pathogenese eine geringschätzig-e Einstufung seelischer Faktoren bei Manifestation und Verlauf vorzunehmen. Erfolgt die psychodynamische Diagnostik unter therapeutischen Gesichtspunkten, also zur Bestimmung von thematischen Brennpunkten, begibt man sich mit dem Patienten zusammen auf einen Weg, der Korrekturen zulässt. Etwas anderes ist es, einen Gruppenvergleich durchzuführen. Es hängt von der Perspektive des Untersuchers ab, welcher Typologie die untersuchten Fälle zugeordnet werden. Die erhobenen Befunde lassen sich wegen des Mangels an prospektiven Untersuchungen und wegen der Vernachlässigung der Auswirkung der Erkrankung auf das Befinden nicht verallgemeinern.

Für die Durchführung einer psychoanalytischen Therapie ist die gegen allen Zweifel gesicherte Tatsache, dass es häufig oder regelmäßig zu einer *sekundären Neurotisierung* kommt, als besonders wichtig bzw. als u.E. für eine Indikationsstellung ausreichend anzusehen.

Das Erleben von Hilflosigkeit angesichts einer sozial auffälligen chronischen Erkrankung ist für bereits neurotische Patienten besonders belastend. Bestehende Sozial- und Über-Ich-Ängste verstärken sich häufig bei auffälligen körperlichen Symptomen, so dass es zur Isolierung kommt, um nicht mehr den beschämenden Blicken anderer Menschen ausgesetzt zu sein. Die Verunsicherung führt zu gesteigerter Selbstbeobachtung. Wie die fremden, so richten sich nun auch die eigenen Augen auf sich selbst und bringen das sprichwörtliche Tausendfüßlerphänomen hervor – man stolpert wegen zunehmender Befangenheit über die eigenen Füße. Dementsprechend geht auch die therapeutische Befreiung von erhöhten Fremd- und Selbstbeobachtungen Hand in Hand vor sich, wobei in der Beziehung zum Analytiker beispielhafte Erfahrungen gemacht werden können.

*Vergleich mit dem Schreibkrampf.*

Aus dieser Sicht lässt sich zwanglos die von Bräutigam (1956) beschriebene Abhängigkeit der Symptommanifestation von der Situation, der Stimmung und der räumlichen Lage erklären,



z.B. die automatische Symptomverstärkung durch die Beunruhigung vor dem Erblicktwerden. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt P. Christian (1986) in der Erklärung des Schreibkrampfes, den er mit der Überlastung durch gleichzeitige Verarbeitung affektiver und kognitiver Anforderungen erklärt. Hierbei misslingt der flüssige Handlungsvollzug, weil die gleichzeitige Verarbeitung widerstreitender affektiver und kognitiver Anforderungen die Koordinationsfähigkeit des Patienten überlastet. Agonisten und Antagonisten arbeiten im wörtlichen Sinn gegeneinander und nicht harmonisch miteinander. Der Schreibkrampf hat als zielgerichtete Handlung freilich eine instrumentale Seite, während die pathologische Kopfdrehung des Schiefhalses sozusagen ins Leere läuft. Es sind die Berührung des Schreibinstruments und die Schreibhandlung, die den Krampf auslösen. Hierbei kommt ebenfalls häufig der kritische Blick anderer als symptomverstärkender Auslöser hinzu. Oft tritt der Schreibkrampf überhaupt nur in umschriebenen Situationen oder bei bestimmten Aktionen auf, z.B. beim Abgeben der Unterschrift am Bankschalter etc. Daran wird deutlich, dass der Schreibkrampf wie andere verkrampfte, misslingende Handlungen – beispielsweise beim Spiel eines Musikinstruments – und andere „Tics“ *primär* in einem unbewussten Bedeutungszusammenhang stehen, der beim Schiefhals fehlt.

Wir sind angesichts der Ergebnisse moderner Emotionsforschung (Traue u. Pennebaker 1993a,b) der Meinung, dass diese Vorgänge über weite Bereiche durchaus subliminal ablaufen, also nicht bewusst sind. Da z.B. bei der Kognition „Gefahr“ der gleichzeitig entstehende Affekt „Angst“ die motorische Handlungsbereitschaft „Lokomotion“ – weg vom Objekt – auslöst, dürften auch bei einer unterschwellig ablaufenden, unbewusst entstandenen Angstspannung die Muskeln innerviert werden bzw. die automatisch mitlaufenden Bewegungsentwürfe des extrapyramidal-motorischen Systems die Hyperkinesenaktivität auslösen. Dieser Sachverhalt könnte auf alle habituell gewordenen „Spannungen“ zutreffen, die als persönliche Reaktionsbereitschaften in Erscheinung treten. Bei diesen und ihren Beziehungen zu neurotischen oder somatischen Symptomen setzt die psychoanalytische Therapie an.