



Auf zu neuen Gefilden

Lieber Heinrich,

Du hast diese Ambulanz gegründet, und ihre Entwicklung bis zum letzten Herbst mit großer Anstrengung vorangetrieben. In den letzten drei Jahren durfte ich Dich hierbei begleiten, und für diese Erfahrung bin ich Dir sehr dankbar. Ich bin Dir dankbar, dass Du mich willkommen geheißen hast, und für all das, was ich von Dir lernen durfte. Vieles, mit dem Du die Ambulanz geprägt hast, werden wir kaum ersetzen können. Etwa Deine tiefe klinische Erfahrung oder Deine beängstigende Kenntnis der psychoanalytischen Literatur. Um Kontinuität in einem aber zumindest werden wir uns sehr bemühen: dass die Menschlichkeit, die Du für die Ambulanz verkörpert hast, nicht mit Dir in den Ruhestand geht, sondern dass Dein großes Herz auch weiterhin nicht nur für die Ambulanz, sondern irgendwie auch in der Ambulanz weiterschlägt.

Ich weiss, dass der Symbolbegriff, dass Symbole für Dich eine grosse Rolle spielen. Nun habe ich mich gefragt, welches Symbol steht eigentlich für unsere Beziehung. Sehr bald kam ich dabei auf den Rücken. Zum einen sicherlich, weil Dein Rücken Dich, kaum war ich angekommen, in furchtbar unanständiger Weise, zu einer schmerzhaften Pause gezwungen hat. Das hast Du zum Glück inzwischen weit hinter Dir gelassen. Und dann haben wir uns immer wieder gegenseitig den Rücken gestärkt, manchmal sozusagen Rücken an Rücken gekämpft, und manchmal bin ich auch einfach hinter Deinem Rücken in Deckung gegangen. Manchmal hast Du unter der Vielfachbelastung dieses Berufs wie an einer schweren Last, wie an einem übertollen Rucksack, getragen. Nun hast Du Dich entschieden, diese Last, die manchmal wie ein garstiger Buckel über uns hinauszuwachsen drohte, abzulegen. Da Du ein grosser Sprachliebhaber bist, habe ich mich an ein Gedicht erinnert, welches das Symbol des Rückens benutzt. Die Wünsche, die ich Dir mit auf Deinen neuen Wegabschnitt geben möchte, will ich also mit der Erzählung von Conrad Ferdinand Meyers Fingerhütchen verbinden.

Conrad Ferdinand Meyer
(1825–1898)
FINGERHÜTCHEN

*Liebe Kinder, wißt ihr, wo
Fingerhut zu Hause?
Tief im Tal von Acherloo
hat er Herd und Klaue;
aber schon in jungen Tagen
muß er einen Höcker tragen;
geht er, wunderlicher nie
wallte man auf Erden!
Sitzt er, staunen Kinn und Knie,
daß sie Nachbarn werden.*

*Körbe flicht aus Binsen er,
früh und spät sich regend,
trägt sie zum Verkauf umher
in der ganzen Gegend,
und er gäbe sich zufrieden,
wär' er nicht im Volk gemieden;
denn man zischelt mancherlei:
daß ein Hexenmeister,
daß er kräuterkundig sei
und im Bund der Geister.*

*Solches ist die Wahrheit nicht,
ist ein leeres Meinen;
doch das Volk im Dämmerlicht
schaudert vor dem Kleinen.
So die Jungen wie die Alten
weichen aus dem Ungestalten –
doch vorüber wohlgenut
auf des Schusters Räppchen
trabt er. Blauer Fingerhut
nickt von seinem Käppchen.*

*Einmal geht er heim bei Nacht
nach des Tages Lasten,
hat den halben Weg gemacht,
darf ein bißchen rasten,
setzt sich und den Korb daneben,
schimmernd hebt der Mond sich eben:
Fingerhut ist gar nicht bang,
ihm ist gar nicht schaurig,
nur daß noch der Weg so lang,
macht den Kleinen traurig.*

*Etwas hört er klingen fein
nicht mit rechten Dingen,
mitten aus dem grünen Rain
ein melodisch Singen:
„Silberfahre, gleitest leise“ –
Schon verstummt die kurze Weise.
Fingerhütchen spähet scharf
und kann nichts entdecken,
aber was er hören darf,
ist nicht zum Erschrecken.*

*Wieder hebt das Liedchen an
unter Busch und Hecken,
doch es bleibt der Reimgespan
stets im Hügelstecken.
„Silberfahre, gleitest leise“ –
Wiederum verstummt die Weise.
Lieblich ist, doch einerlei
der Gesang der Elfen,
Fingerhütchen fällt es bei,
ihnen einzuhelfen.*

*Fingerhütchen lauert still
auf der Töne Leiter,
wie das Liedchen enden will,
führt er leicht es weiter:
„Silberfahre, gleitest leise“ –
„Ohne Ruder, ohne Gleise.“
Aus dem Hügel ruft's empor:
„Das ist dir gelungen!“
Unterm Boden kommt hervor
kleines Volk gesprungen.*

*„Fingerhütchen, Fingerhut“,
lärmst die tolle Runde,
„faß dir einen frischen Mut!
Günstig ist die Stunde!
Silberfahre, gleitest leise
ohne Ruder, ohne Gleise!
Dieses hast du brav gemacht,
lernst es, ihr Sänger!
Wie du es Zustand gebracht,
hübscher ist's und länger!“*



*Zeig dich einmal, schöner Mann!
Laß dich einmal sehen!
Vorn zuerst und hinten dann!
Laß dich einmal drehen!
Weh! Was müssen wir erblicken!
Fingerhütchen, – welch ein Rücken!
Auf der Schulter, liebe Zeit,
trägst du grause Bürde!
Ohne hübsche Leiblichkeit
was ist Geisteswürde?*

*Eine ganze Stirne voll
glücklicher Gedanken,
unter einem Höcker soll
länger sie nicht schwanken!
Streckt euch, verkrümmte Glieder!
Garstger Buckel, purzle nieder!
Fingerhut, nun bist du grad,
deines Fehls genesen!
Heil zum schlanken Rückengrat!
Heil zum neuen Wesen!“*

*Plötzlich steckt der Elfenchor
wieder tief im Raine,
aus dem Hügelrund empor
tönt's im Mondenscheine:
„Silberfahre, gleitest leise
ohne Ruder, ohne Gleise.“
Fingerhütchen wird es satt,
wäre gern daheime,
er entschlummert blaß und matt
an dem eignen Reime.*

Dass Du den neuen Wegabschnitt genauso leichtfüßig wie Fingerhütchen begehen mögest, dass Dir wie ihm Flügel wachsen sollen, und Du ganz viel Rückenwind für alles Kommende habest – das wünsche ich Dir. Und nachdem die Arbeitslast bereits heruntergepurzelt ist, wäre ich auch wirklich optimistisch, wenn nicht mein Geschenk Dich schon wieder mit einem grossen Gewicht beschweren würde. Aber ich bin zuversichtlich, dass Du das schaffst, und ansonsten kannst Du Dich auf meine Hilfe verlassen. Lieber Heinrich, alles Liebe und Gute für Dich und Susanne für das Kommende!

*Schlummert eine ganze Nacht
auf derselben Stelle;
wie er endlich aufgewacht,
scheint die Sonne helle:
Kühe weiden, Schafe grasen
auf des Elfenhügels Rasen.
Fingerhut ist bald bekannt,
läßt die Blicke schweifen,
sachte dreht er dann die Hand,
hinter sich zu greifen.*

*Ist ihm Heil im Traum geschehn?
Ist das Heil die Wahrheit?
Wird das Elfenwort bestehn
vor des Tages Klarheit?
Und er tastet, tastet, tastet:
Unbebürdet! Unbelastet!
„Jetzt bin ich ein grader Mann!“
jauchzt er ohne Ende,
wie ein Hirschlein jagt er dann
über Feld behende.*

*Fingerhut steht plötzlich still,
tastet leicht und leise,
ob er wieder wachsen will?
Nein, in keiner Weise!
Selig preist er Nacht und Stunde,
da er sang im Geisterbunde –
Fingerhütchen wandelt schlank,
gleich als hätt' er Flügel,
seit er schlummernd niedersank
nachts am Elfenhügel.*

Für mich besteht kein Zweifel, dass Du es bist, dem ich das Gelingen meines Aufbruchs in ein neues berufliches Leben vor allem zu verdanken habe. Ich kann mich sehr genau daran erinnern, wie Du mich in einem der ersten Seminare für die Teilzeitstudenten des Jahrgangs 2010, das uns mit klinischen Interventionsmodellen bekannt machen sollte, ganz praktisch in die Gruppe „hineingeholt“ hast, mich, die damals ganz und gar nicht sicher war, ob sie in diesem Kreis „richtig“ war und die sich deshalb an den „Rand“ gesetzt hatte. Genau das aber hast Du immer wieder getan – mich „hineingeholt“: zuerst etwa ein Jahr später in die von uns so genannte „Hustvedt-Gruppe“, in der wir uns anhand von Siri Hustvedts Romanen und Essays mit den Konzepten von Spaltung und Dissoziation und der Frage ihrer kreativen Integration durch die Entstehung eines gemeinsamen Dritten auseinandersetzten, später zum Praktikum in die Ambulanz, das letztlich dazu führte, dass ich heute noch dort tätig bin.

Ich muss daran denken, wie Du einmal meinem Sohn Lennart sehr geduldig die Frage beantwortet hast, was denn das Wort „Kompetenzen“ bedeutet. Er war ganz begeistert davon zu erkennen, wie viele Fähigkeiten er damals schon besaß. Du warst jedoch sprachlos, als er logischerweise die Frage anschloss: „Und Sie, Herr Professor, was haben Sie eigentlich für Kompetenzen?“ Schließlich ist es nie Deine Intention gewesen, besonders herauszustellen, was Du alles kannst oder bist, denn Deine wirklich große Fähigkeit, Verbindungen aller Art herzustellen, beruht ja gerade darauf, dies nicht zu tun. Beispielhaft für Dein Vermögen steht mir nach wie vor die intensive Arbeit in der „Hustvedt-Gruppe“ vor Augen: nicht nur, weil es uns gemeinsam gelungen ist, Siri Hustvedt zu einer Vorlesung nach Berlin zu holen und sie ganz aus der Nähe zu erleben, sondern auch, weil sie mich mit meinen „Brüchen“ konfrontiert hat, zu denen ich inzwischen Verbindungen herstellen kann – was sich wiederum fruchtbar für meine wissenschaftliche Arbeit erweist. Schließlich hätte ich es mir ohne Deinen Zuspruch und Deine gezielten „Interventionen“ nicht getraut, das schwierige Thema meiner Dissertation zum Antisemitismus als Weiblichkeitsabwehr so präzise zu fassen, dass eine Hamburger Stiftung nicht umhin konnte, mir für drei Jahre die Zeit zu verschaffen, sie auch zu schreiben.

Für all das danke ich Dir sehr und hoffe, dass wir noch viele gegenseitig inspirierende Gespräche führen werden.





„Ich gebe meinem Therapeuten noch ein Jahr, dann fahre ich nach Lourdes.“ Woody Allen

Ich bin sehr froh, Dich als erfahrenen Analytiker kennenlernen und erleben zu dürfen. Für mich hatte es nach der Ausbildung tatsächlich etwas Heilsames, einen Analytiker zu sehen, der nach all den Berufsjahren begeistert und dennoch nicht ideologisch verbohrt ist, Genauigkeit in der Arbeit zeigt, aber dennoch eine gewisse Leichtigkeit im Umgang mit Patienten und in der Anwendung der Psychoanalyse vermittelt. Und dann bringst Du noch diesen Kampfgeist für die Wissenschaft im Dienste der Analyse mit, der keine ideologischen Eitelkeiten und faulen Ausreden duldet. Zusammen mit Deiner warmherzigen, menschlichen Art mir als junge Kollegin auf Augenhöhe zu begegnen, war Balsam auf meine geschundene Ausbildungsseele. Du hast für mich schlicht genau das Umfeld bereitgehalten, was ich zu diesem Zeitpunkt sehr gebraucht habe und schon lange vermisst hatte. Dafür bin ich Dir sehr dankbar.

Ich freue mich, dass Du uns weiter im klarer umgrenzten Rahmen erhalten bleibst. Ich glaube, dass die Übergabe an Herrn Wittmann so gut vorbereitet und toll gelungen ist, dass Du Dich beruhigt zurückziehen darfst. So bleibst Du Dir mit Deinem Schritt treu, und das begrüße ich trotz meines Bedauerns. Wir reden immer so viel über Grenzen und finden dann wir selbst kein gescheitertes Ende – wie oft hast Du das in Fallbesprechungen vermittelt. Dabei wissen wir doch, welche Kräfte erst durch Begrenzung und Fokussierung freigesetzt werden können. Auch deshalb habe ich das Zitat von Woody Allen ausgewählt. Außerdem passt es so schön zu dem,

was ich an Dir mag, die Analyse zu lieben, aber dabei so schön unheilig zu bleiben. Wir bringen keine Erlösung, auch wenn wir immer weiterackern. Ich habe es auch ausgewählt, weil ich es mag, wie Du Dich mit dem Weltgeschehen beschäftigst in der Politik, im Alltag und im Film. Ich hatte immer den Eindruck, dass diese äußeren Entwicklungen bei Dir nicht außen bleiben und künstlich aus dem Behandlungszimmer und unseren Überlegungen ausgespart werden, sondern Anerkennung, Berücksichtigung und konkrete Beteiligung erfahren. Von dem Credo unserer Berufsgruppe „Bloß nicht handeln, sondern denken“ hast Du den Weg vom „Nur-Nachdenken“ zum „Auch-Überlegten Handeln“ gefunden. Ich wünsche Dir, dass Dir nun viel Zeit bleibt für all das, was vielleicht manchmal warten musste und doch letztlich wichtiger ist. Enkel wünsche ich Dir, überhaupt viel Freude mit der Familie und Freunden und eine Reise nach Lourdes natürlich ...

Ich wünsche Dir von Herzen alles Gute!



Mir fällt es schwer mich hinzusetzen und Dir etwas zu Deinem Abschied zu schreiben, lieber möchte ich da im Widerstand bleiben, weil es mich doch traurig stimmt. Sicher ist es tröstlich, dass wir weiter in der APS zusammenarbeiten, aber doch verliere auch ich Dich als unseren Ambulanzleiter, der immer Wärme und Geborgenheit vermittelt hat. Sei es mit der regelmäßigen oralen Zufuhr bei den Konferenzen, zu denen Du nur selten ohne Kuchen oder Erdbeeren erschienen bist, sei es mit Deinem stets wohlwollenden Blick und ebensolchen Worten, die dazu führten, dass wir an uns glauben konnten und so oft mehr schafften, als wir vorher dachten. Was die gemeinsame Arbeit in der APS betrifft, so können wir den Erinnerungen, an die ich gerade denke – wie wir zum Beispiel in der Görtzallee Schnitzel stibitzt haben, wie wir in aller Herrgottsfrühe durch Brandenburg fahren und die vielen Situationen, in denen wir in Institutionen oder anderen Situationen manövrierten und immer wieder heile ans Ziel gelangten –, weitere hinzufügen. Ich habe Dich immer als schützend und Mut machend empfunden und dieses Gefühl ist, ich glaube auch unabhängig von der APS und der IPU, ein Teil meiner Arbeit geworden, für den ich Dir sehr dankbar bin. Ich wünsche Dir nun, dass für Dich ein guter neuer Lebensabschnitt beginnt, in dem das aus Deiner aktiven Berufstätigkeit seinen Platz behält, was Du geschätzt und gemocht hast und das Dich in Ruhe lässt, was Dir eine Last gewesen ist. Wie bei allen guten Objekten werde ich Dich in Deiner Abwesenheit dann und wann vermissen und mich über die Momente freuen, wo Du da bist.



Angst, Panik und Persönlichkeit

Die 5. Werkstatt der IPU-Hochschulambulanz

Die Langzeitstudie zu Angst- und Persönlichkeitsstörungen (APS), die in insgesamt fünf Studienzentren deutschlandweit die Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit psychoanalytischer Langzeittherapie im Vergleich zur Kognitiven Verhaltenstherapie untersucht, war das Thema der 5. Forschungswerkstatt der IPU-Hochschulambulanz am 17. und 18. Juni 2016.

Zum Auftakt wies Hermann Staats (Potsdam) in seinem Vortrag „Angst, Angststörungen und ihre Behandlung“ darauf hin, dass Angststörungen in der klinischen Reliabilität in Kombination mit einer anderen komorbiden psychischen Erkrankung einhergehen, was sich in der Forschung bisher nicht abbildete. Diese Befunde stellten den Ausgangspunkt für die APS-Studie dar, deren Einschlusskriterien sowohl eine Panikstörung als auch (mindestens) eine Persönlichkeitsstörung sind. Susanne Kilian-Koçak (Hamburg) sprach über die „Therapieerwartungen von Menschen mit Angst- und Persönlichkeitsstörung“ und stellte Überlegungen zu einer möglichen Anschlussstudie an, durch die sich die Dynamik von Therapieerwartung der Patienten und Therapieerfolg besser verstehen ließe. Das Problem der Studien-Drop-Outs wurde von Svenja Over und Thomas Mingenbach (Berlin) erörtert. Es ging einerseits um einen Erfahrungsbericht und andererseits um interdisziplinäre Lösungsansätze aus Sicht der Betriebswirtschaftslehre. Anknüpfend an die Ausführungen von Staats zur spezifischen Angst vor Bindung und Nähe der untersuchten Patientengruppe wurden psychodynamische Überlegungen und die sich daraus ergebenden Besonderheiten der Studienkoordination und Betreuung diskutiert.

Heinrich Deserno leitete mit kritischen Gedanken zum Thema „Manual-Treue und -Abweichung“ über zu den drei Fallvorstellungen der Studientherapeuten des Berliner APS-Zentrums Sabrina Bergner, Sascha Oerter und Maja von Strempel. Zwar müssten bei Therapiestudien Manuale vorliegen, um die Unterschiedlichkeit der zu vergleichenden Verfahren zu dokumentieren, und den Therapeuten – ob in der Verhaltenstherapie oder in der Psychoanalyse – eine Orientierungshilfe zu bieten. Nicht zuletzt könnten sie der Qualitätssicherung dienen. Eine strikte Orientierung an einem Manual im Sinne von Vorschriften lasse aber nicht die Flexibilität zu, die bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung notwendig sei. Alle drei dargestellten Behandlungsverläufe verdeutlichten diese Problematik und die besonderen Herausforderungen der Behandlung von Patienten mit strukturellen Defiziten und Panikattacken.

Zum Abschluss der Forschungswerkstatt bedankte sich Dorothea Huber, die gemeinsam mit Heinrich Deserno das Berliner Zentrum der APS-Studie leitet, für dessen langjährige Arbeit an der IPU als Professor, Leiter der Hochschulambulanz und Leiter des APS-Zentrums in Berlin sowie für die Planung und Ausführung der Forschungswerkstätten, die unter seiner Leitung insgesamt fünf Mal stattgefunden haben.

Panik und die Übertragung des Missbrauchs

Zustandekommen der Behandlung

Der Patient wurde mir von Svenja Over im März 2013 mit dem Zusatz vermittelt, dass er auf jeden Fall eine weibliche Therapeutin haben will. Er habe einen Missbrauch erlebt. Svenja gab mir das zuversichtliche Gefühl, dass er gut bei mir aufgehoben sein wird.

Zu mir kam ein sehr durchtrainierter, blasser junger Mann, der schnell schwitzte. Wenn ich mich an ihn in dieser Zeit erinnere, denke ich als erstes an die hohe Spannung, den hohen Muskeltonus, den er hatte. Rückblickend kommt mir dazu ein Bild, das viel später noch wichtig werden wird: Wenn ich ihn hauen würde, täte mir die Hand weh, weil er so stählen ist. Dennoch wirkte er nicht kalt auf mich, sondern vor allem angestrengt und bemüht. In seinem Ausdruck fehlte jegliche Modulation. Er sprach sehr ruhig und kontrolliert. Die Sätze klangen deshalb oft abgehackt, standen in der Luft. Dennoch kam durch seinen sächsischen Dialekt eine persönliche Note hinein. Tatsächlich hatte der Patient ständig das Gefühl, sich vor Angriffen wappnen zu müssen. Daher war sein Sport Karate sehr wichtig für ihn. Er trainierte vier bis fünf Mal in der Woche. Er konnte mich bald für sich einnehmen, weil mich seine Anstrengung, sich in einer offensichtlich fremden Welt verzweifelt allein durchkämpfen zu müssen, sehr berührte.

Von seiner Symptomatik erfuhr ich, dass er Angst in öffentlichen Verkehrsmitteln hatte, ebenso in großen Menschenansammlungen (wie Konzerten, im Kino oder auf dem Weihnachtsmarkt). Er zwang sich aber immer wieder dazu, diese aufzusuchen, um seiner Freundin eine Freude zu machen, und weil es ihm wichtig war, dass er es „kann“. Panikattacken kannte er bereits seit seinem siebzehnten Lebensjahr nach einer Operation an den Augen – „weil das Auge immer wegrutschte“. Nun war es in den Vorlesungen seines Informatik-Studiums so oft zu Panik gekommen, dass er es abbrach. Weiter litt er unter Übelkeit, Magenbeschwerden, Rückenschmerzen, Angst vor Schweißausbrüchen, Ängsten vor dem Friseurbesuch. Bisherige Behandlungen in der Tagesklinik und eine ambulante Psychotherapie hatten immer schnell zur Verbesserung seines Befindens geführt. Er war dann überzeugt, keine Therapie mehr zu brauchen und beendete sie vorzeitig. Die Symptome kehrten bald wieder zurück.

Schon in den ersten Stunden machte er neben seiner Symptomatik einen sexuellen Missbrauch durch seinen Stiefvater, Vater seines jüngeren Halbbruders, zum Thema. Dieser erschien ihm wichtig für das Verständnis seiner Probleme. „Mein leiblicher Vater hat mich schon als Baby verlassen“, erzählte er weiter. Über seine Mutter erfuhr ich nur, dass sie den Missbrauch nicht mitbekam, es aber geahnt haben müsse, und dass sie drei Kinder von drei verschiedenen Vätern hat. Über seinen Bruder und seine Schwester, jüngstes Kind der Familie, sprach der Patient wenig. Als wichtige Bezugspersonen tauchten jedoch bald seine Onkel auf. Beide verschafften ihm Arbeit, nachdem er nach der Schule nicht wusste, wohin mit sich. Bei einem der beiden absolvierte er schließlich eine Lehre in der familieneigenen Kfz-Werkstatt.

Sehr wichtig war ihm außerdem, mir von einer Kindheitserinnerung zu erzählen: Er war als Junge auf Grund einer Phimose beschnitten worden. Er schämte sich sehr dafür, dass sein Penis anders aussah als der der anderen Jungen. Bei einem Badeausflug mit anderen Jungen versuchte er deshalb, sich hinter einem Handtuch umzuziehen. Es fiel ihm herunter, und er stand nackt da. Alle anderen Jungen lachten. Diese Erinnerung ist eine der schlimmsten seiner Kindheit, weil er dachte, dass sie sich über ihn wegen seines anders aussehenden Penis lustig machten.

Weiter thematisierte er die riesige Ambivalenz in der Beziehung zu seiner Freundin, mit der er schon lange zusammen ist: Er trennte sich, nachdem sie ihm fremdgegangen war, bekam jedoch solche Angst, dass er die Trennung rückgängig machte. Er verstand gar nicht, warum er mit ihr zusammenblieb, da sie ständig an ihm herummeckerte.

Schon nach den wenigen probatorischen Sitzungen betonte der Patient, wie gut es ihm tat, „alles raus zu lassen“. Alle Vereinbarungen ließen sich wunderbar leicht und unkompliziert mit ihm treffen. Zur letzten dieser Sitzungen kam er jedoch mit spürbar heftiger Angst. Ich griff die Ambivalenz in der Partnerschaft auf und bezog sie auf die therapeutische Beziehung: „Einerseits haben sie hier riesige Erwartungen, dass alles sofort besser wird durch die Therapie, aber andererseits macht genau das ihnen große Angst, weil sie dann so überlegend wichtig und beengend wird. Dann wollen sie weg, befürchten aber, nicht mehr wegzukommen, wie sie es aus der Beziehung zu ihrer Freundin kennen.“ Ich bereitete ihn darauf vor, dass wir es in der Behandlung mit dieser Ambivalenz zu tun bekommen werden, dass dies von zentraler Bedeutung ist und eine Chance etwas zu verstehen, um die Wiederholung der Ausbildungs- und Therapieabbrüche zu unterbrechen. Ich hatte in diesem Moment den Eindruck, dass der Patient mich mit seiner Angst wirklich erreichte und von mir etwas bekam, mit dem er etwas anfangen konnte. So ließ sich diese Situation halten und für die Vorbereitung auf die Therapie nutzen. Er überstand die Wartezeit bis zur Therapiebewilligung gut und kam zu ersten bewilligten Stunde am 29. Mai 2013.

Das erste Behandlungsjahr

Die erste Stunde: Rückblickend frage ich mich, warum ich so selbstverständlich davon ausging, mit dem Patienten dreistündig im Liegen arbeiten zu können und das auch kaum thematisierte. Es gab eindeutige Hinweise auf strukturelle Störungsanteile, dennoch zog ich keine Modifikation in Erwägung. Sicherlich gab es eine unbewusste Einigung zwischen uns beiden, dass er ein „ordentlicher, fleißiger Patient“ ist, der es „richtig“ macht und mir keinen Ärger. Diese Einigung scheint mir jedoch nicht die einzige Erklärung zu sein. Ich traute ihm das Liegen tatsächlich zu. Ich spürte vermutlich sowohl die Entlastung für ihn als auch für mich, die das Liegen für die heftigen Schamgefühle brachte. Außerdem stellte ich es mir für ihn auch ganz körpernah haltend vor, wenn er bei all der Spannung durch eine Couch getragen würde. So erinnere ich von der ersten Stunde vor allem, dass er das Liegen als körperlich angenehm empfand.

In den ersten Behandlungswochen bis zu den Sommerferien kam der Patient mit großem Eifer in die Stunden und auch ich war ganz begeistert von ihm, weil ich spürte, dass er wirklich etwas wollte. Die Symptomatik ging zurück, und er war damit beschäftigt, ein neues Studium aufzunehmen – „Maschinenbau mit dem Schwerpunkt Energie und Umwelttechnik“ an einer technischen Hochschule außerhalb von Berlin.

In Vorbereitung auf das Kommende erinnerte er sich an seine Schulvermeidung als Kind. Während er in der Grundschule noch ein sehr guter Schüler gewesen war, fiel ihm das Gymnasium nicht mehr ganz so leicht. Er übte nicht, ebenso wenig wie er im Haushalt half, obwohl seine Mutter beides „unaufhörlich meckernd“ einforderte. Immer wieder gab er dann vor, krank zu sein oder hatte tatsächlich Bauchweh, um zu Hause bleiben zu können – „Es war so anstrengend in der Schule, davon musste ich mich dann ein paar Tage erholen.“ Dieses Kranksein wurde zu Hause nie besprochen. Vor der ersten Behandlungsunterbrechung im Sommer stand der Entschluss, das Studium aufzunehmen.

In der 18. Stunde erzählte er mir den Initialtraum, der bis jetzt der einzige Traumbericht geblieben ist: „Ich war im Krankenhaus wegen meiner Krankheit. Da habe ich ein Medikament bekommen, das meine körperlichen Symptome von meinen Gefühlen trennt.“ – Das Medikament stellte sich als Spritze heraus, die ich ihm verabreiche. Der Traum wurde von Angst begleitet. In der vorhergehenden Stunde hatte er darüber gesprochen, dass er oft gar nichts fühlt und sich das anders wünschen würde. Stattdessen beobachte er ängstlich kleinste körperliche Veränderungen. Einerseits ermöglicht das von mir gegebene Medikament also etwas, das er sich wünscht und eine wichtige Perspektive für die Therapie darstellt, andererseits gerate ich durch die Spritze in eine sehr invasive Rolle.

Nachdem ich die Ambivalenz aus Wunscherfüllung und Grenzverletzung angesprochen hatte, berichtete der Patient erstmalig über den Missbrauch durch seinen Stiefvater in der Behandlung. Er hatte große Schuldgefühle, weil er nicht Nein sagen konnte, wenn der Stiefvater ihn fragte, ob er bei ihm Bett schlafen möchte, obwohl er doch schon wusste, was dann kam. Die Stunde entlastete ihn sehr, und er sprach in der folgenden von seiner großen Vatersehnsucht diesem Stiefvater gegenüber, der so viel und ausgiebig mit ihm gespielt hatte.

Die Intensivierung der Therapiestunden hatte wohl mit der bevorstehenden Sommerunterbrechung zu tun, deren mögliche Bedeutung sich jedoch kaum besprechen ließ. Sie in irgendeiner Form auf einer Beziehungsebene zwischen ihm und mir zu thematisieren, erschien mir nahezu unsittlich, als würde ich mich einfach übermäßig wichtig nehmen. Schließlich konnten wir uns aber doch darüber austauschen, dass er sich freut, wie es ihm gerade geht, und dass er fürchtet, wenn er über Ängste bezüglich einer Pause spricht, diese sich bewahrheiten.

September 2013 bis Mai 2014: 21. Stunde bis 78. Stunde

Nach den Ferien nahm der Patient sein Studium auf, und in den Stunden hakte es. Es wurde deutlich, dass er seine Gedanken zurückhielt, sodass die Stunden zäh wurden. Er fürchtete, mich zu enttäuschen, äußerte dann aber doch, dass er meine knarrenden Schuhe sehr

peinlich findet und sich selbst nie trauen würde, so herumzulaufen. Einerseits bin ich ihm also peinlich, andererseits scheint er mich für meine Gelassenheit, sich so fehlerhaft zu zeigen, zu bewundern. Darüber konnten wir sprechen. Er selbst stand im Studium (und auch in seinem Sport) unter dem fortwährenden Druck, sich besonders hervorzutun, während ihn gleichzeitig die Angst beherrschte, sich durch einen Makel angreifbar zu machen. Gelang es ihm nicht, sich zu exponieren, und er saß einfach nur in der Vorlesung, verstärkten sich Angst und körperliche Symptome. Das Arbeiten für das Studium fiel ihm schwer: Konnte er etwas nicht sofort verstehen, brach Unruhe aus und er floh in Online-Computerspiele. Auch zwischen uns bildete sich dieses Muster ab: Er wollte gerne etwas von mir gesagt bekommen, aber wenn ich etwas sagte, empfand er mich als sehr kritisch und sich beschämt, weil er allein hätte darauf kommen müssen.

In der 33. Stunde schilderte er eine eindrückliche Panikattacke im Angelladen: Ihm war ein Köder, den ihm ein „Kumpel“ empfohlen hatte, verloren gegangen, und er wollte ihn wieder kaufen. Es gab diesen Köder jedoch nicht mehr. Angesichts der Notwendigkeit, jetzt aus der großen Auswahl einen anderen Köder auswählen zu müssen, bekam er eine Panikattacke. Rückblickend hat diese Situation fast die Qualität eines Traumes, den ich jedoch erst viel später verstehen konnte. Bei dem Köder sehe ich immer einen Wurm vor mir und einen Haken. Der Weg zu seinem Penis und seinem verlorenen oder beschädigten Köder ist von dort aus nicht weit. In der Vorstunde hatte ich gedeutet: „Einer ist groß und einer ist klein. Wer klein ist, muss sich fügen.“ Ich hatte damit an seiner Abwehr von Ohnmachtsgefühlen durch Größenphantasien gerührt, was vermutlich die Abwehr gelockert und Angst ausgelöst hatte. Die traumartige Szene verwies aber auch auf die Fixierung auf seinen Penis und dessen Andersartigkeit. Sein etwas anders aussehender Penis erschien ihm ein völlig unzureichender Ersatz für einen „normalen“ Penis zu sein, so wie der gewünschte, aber verlorene Köder, durch keinen anderen Köder zu ersetzen war.

In der Folge geriet die Behandlung aus inneren und äußeren Gründen in eine erste Krise: Durch die Aufnahme seines Studiums im Berliner Umland entstanden für den Patienten reale zeitliche Schwierigkeiten, er pendelte von zu Hause zum Studienort und dann noch zur IPU, sodass er täglich bestimmt drei bis vier Stunden in der Bahn verbrachte. Weiterhin hing er sehr an seinem Sport, auch wenn er vom Karate zu einem hochintensiven Fahrradtraining in Gruppen gewechselt war. Wir fanden deshalb keine drei gemeinsamen Termine mehr und reduzierten schließlich auf zwei Stunden in der Woche. Im Prozess der Auseinandersetzung darüber fühlte ich mich regelmäßig so, als ob ich ihm die Termine für mich aufnötigte und ihm lästig wäre. Ähnliches kannte er aus der Beziehung zu seiner Mutter. Ich ließ ihn schließlich gewähren – nicht nur, weil ich die Realbelastung sah, sondern weil ich die Aufnahme des Studiums für ihn sehr wichtig fand. Sie stellte einen wichtigen Schritt dar, sich außerhalb des Familienbetriebes im akademischen Umfeld zu behaupten. Rückblickend denke ich, dass er die Auflockerung der Abwehr mit den dazugehörigen Größenphantasien zu diesem Zeitpunkt nicht aushalten konnte und auch deshalb die Intensität reduzieren musste.

In den folgenden Wochen und Monaten beschäftigten wir uns hauptsächlich mit seinem Erleben im Studium – seinen Ängste in den Vorlesungen und die Vorbereitung auf die ersten Prüfungen. Zum Lernen hatte er keine Lust und schob es auf, um es dann auf den letzten Drücker exzessiv zu tun. Triumphierend berichtete er mir dann, es doch wieder geschafft zu haben. Dieses Muster stellte sich als eines mit einer langen Geschichte – insbesondere mit seiner Mutter – heraus. Diese hatte ständig über seine Leistungen „gemeckert“, sie war „nie wirklich“ zufrieden gewesen und setzte all dem hinzu: „Wenn Du nicht so faul wärst, könntest Du das alles.“ Das Schimpfen beflügelte so gleichzeitig Größenphantasien, die so gar nicht zum mühsamen Lernen passen wollten. Er verweigerte sich dem und „zockte“ am Computer, wissend, dass es dann wieder Ärger gab.

Auch ich wurde in dieser Zeit herausgefordert: Seine Vorträge darüber, dass er wieder nichts gemacht hätte, worunter er ja so leide, hatten immer wieder etwas von einer Provokation. Rückblickend denke ich, dass er die Stundenreduktion auch deshalb brauchte, um das Gefühl zu haben, dass es sein Studium ist und ich mich nicht – wie die Mutter – seiner Erfolge bemächtigte. Ich griff auf, dass er mich einerseits herausfordert, ihm zu sagen, wie er es mit dem Lernen machen soll, um die Verantwortung bei mir loszuwerden, und dass er sich andererseits über die Bevormundung ärgert. Daneben sahen wir uns sehr genau die Muster aus riesigem Selbstanspruch, Überforderung, Unruhe und Flucht aus der Lernsituation an. Erschwert wurde die Bearbeitung dieser Themen durch Behandlungsunterbrechungen: Er sollte dringend in der Autowerkstatt des Onkels in Sachsen aushelfen. Die Unterbrechung betraf auch das Studium. Ich ärgerte mich über ihn, spürte aber auch, dass er aus Schuldgefühlen heraus nicht in der Lage war, dem Onkel zu sagen, dass er gerade nicht zur Verfügung stand.

Im November, in der 48. Stunde, teilte ich dem Patienten mit, dass ich schwanger bin und es eine Behandlungsunterbrechung geben wird. Er kam direkt auf seine Themen zurück, als ob nichts gewesen wäre, und dabei blieb es. Obwohl er immer wieder betonte, wie viel ihm die Behandlung bringt, wie viel besser es ihm geht, problematisierte er die anstehende Unterbrechung und die Schwangerschaft an und für sich überhaupt nicht. Nur ich hatte das Gefühl, dass es überall hakte, ohne dass ich in der Lage gewesen wäre, es so anzusprechen, dass wir miteinander in Kontakt kommen konnten. Stattdessen war er plötzlich damit beschäftigt, sich von seiner Freundin trennen zu wollen, die so viel „meckere“, aber gleichzeitig aus der „Umklammerung“, wie er es nannte, nicht herauszukommen. Zumindest ergab sich die Gelegenheit, ein wenig zu explorieren, welche Erfahrungen mit Schwangerschaften er gemacht hatte. Für den jüngeren Bruder hatte sich die Mutter entschuldigt, als sie schwanger war: Er müsse sich keine Sorgen machen, dass damit mehr Arbeit auf ihn zukäme. Nach dem Verlust seines Stiefvaters (Vater des jüngeren Bruders) hatte er keinen anderen Mann mehr als Vaterfigur akzeptiert. Die Schwangerschaft der Mutter mit dem jüngsten Kind – seiner Schwester – war (möglicherweise auch deshalb) sehr angespannt verlaufen, und er musste später viel auf sie aufpassen. Ich war damit beschäftigt, was er mit dieser Vorgeschichte wohl von mir erwartete. Alle Versuche, das aufzugreifen, schienen jedoch an ihm abzuprallen. Ich

fühlte mich ein wenig so, als würde ich unter einem Beziehungswahn leiden, während er doch in Ruhe an seinen Themen arbeiten und die Zeit noch intensiv nutzen wollte, bevor ich erst einmal nicht mehr da sein würde.

Erst langsam stellte sich heraus, wie ärgerlich er es fand, dass ihm eine Unterbrechung etwas ausmachen könnte. Ärger war das einzige Gefühl, das überhaupt benannt werden konnte. Ansonsten beklagte der Patient sich immer wieder, dass er nichts fühle, insbesondere auch nicht zu meinen Interventionen. Er wies sie weder ab, was zu Enttäuschung hätte führen können, noch nahm er sie auf, was eine Berührung zwischen uns möglich gemacht hätte. Als im Mai 2014 die Behandlungsunterbrechung unausweichlich bevorstand, ließen sich die aufkommenden Gefühle der Verunsicherung und des Rückzuges dann doch in den aktuellen Zusammenhang stellen: „Durch die Stunden fühle ich viel mehr, und ich habe Angst, dass das in der Pause wieder verloren geht.“

Wo steht die Behandlung jetzt

Während der viermonatigen Pause war die Symptomatik zwar wieder stärker geworden, der Patient konnte sie aber auch für seine Entwicklung nutzen. Er fällte den Entschluss, mit seiner Freundin an den Studienort zu ziehen. Eine Veränderung, die ihm gut getan hat.

Mittlerweile ist er wesentlich arbeitsfähiger geworden und genießt viel Anerkennung für seine Leistungen im Studium. Der Studienabschluss (Bachelor) steht bevor. Er hat ein Angebot von einem Professor bekommen, als wissenschaftlicher Mitarbeiter ein eigenes Forschungsprojekt zu leiten. Dieses Projekt greift eine Idee des Onkels für ein spezielles, hoch-effizientes energiesparendes Getriebe auf und würde sie fortführen und ausbauen. Damit steht erstmalig die Möglichkeit im Raum, nicht zwingend direkt in den Familienbetrieb zurück-zukehren, sondern etwas außerhalb zu verfolgen, das dennoch in Verbindung zur Herkunft steht.

Die Symptomatik ist inzwischen massiv zurückgegangen. Auch die Beziehung zur Freundin hat sich verbessert. Er kann mehr eigene Interessen ohne sie verfolgen, aber auch auf sie eingehen, ohne sich dabei völlig aus dem Blick zu verlieren. Eigene Wünsche an sie heranzutragen ist immer noch schwer für ihn.

Dem Patienten wird langsam bewusst, wie sehr er sich gegen die Übertragung wehrt bzw. gegen die Existenz einer Beziehung zwischen uns. In unserer Arbeitsgruppe verglichen wir sein hoppelndes und unmoduliertes Kommunikationsmuster mit dem Fahrstil eines Fahr-anfängers: Er drückt heftig aufs Gas und lässt die Kupplung zu schnell kommen. Erschrocken über die eigene Potenz steigt er auf die Bremse. Das abrupte Halten beunruhigt ihn jedoch ebenfalls und er gibt erneut zu viel Gas. Durch die Reaktualisierung von starken Verlassenheitsgefühlen in der Übertragung bringt der Patient wichtiges biografisches Material ein, das dieses Muster verständlicher macht: Als Fünfjähriger war er wegen der Phimose am Penis operiert worden. Damals war ein Besuchsverbot verhängt worden, und er war ganz allein im Krankenhaus. Die Operation misslang und musste wiederholt werden, wodurch sich die Trennung von der Mutter noch verlängerte. Der Patient erzählt, dass er nach

dem Aufenthalt ein völlig verändertes Kind gewesen sei, das sich sehr zurückgezogen habe. Wir konnten herausarbeiten, dass der andersartige Penis für eine große Verlassenheit steht. Die ständige Beschäftigung mit der eigenen Potenz soll diese verhindern. Der sexuelle Missbrauch verstärkte dieses Muster noch, weil sich der Stiefvater, nach dem sich der Patient sehr sehnte, intensiv mit seinem Penis beschäftigte. Der Patient versucht mit der Versicherung seiner Potenz, furchtbaren Gefühlen von Verlassenheit zu entkommen, um dann aber zu erschrecken, weil hier der Grenzübertritt und damit wiederum der Objektverlust droht.

Zurzeit beschäftigt uns der Umzug in die neuen Behandlungsräume der IPU. Der Patient ärgert sich sehr über die neuen Räume, den Zugang zu den Räumen und den zurückprallenden Schall in diesen Räumen. Es löst Scham bei ihm aus, wie er sich anhört. Zunächst weist er ab, dass es eine Scham mir gegenüber sein könnte und auch ein Ärger, dass ich ihm diesen Umzug zugemutet habe. „Aber irgendwas fehlt da. Irgendwas stimmt da nicht. Dass sie da so gar keine Rolle spielen, das kann ich irgendwie nicht glauben.“ „Nein, dass können Sie nicht glauben, nach all der Zeit, die Sie herkommen und nach all dem, was wir miteinander besprochen haben.“ *Wir lachen beide.*

Es wird Stück für Stück deutlich, wie der zurückprallende Schall eigentlich für eine Mutter steht, die ihm alles mit voller Härte zurückgab – erinnert sei an das Anfangsbild, dass, wenn ich ihn haue, mir die Hand wehtut. Wenn er ihr gegenüber Widerworte gab, irgend-etwas in Frage stellte, gab es eins mit dem Teppichklopper oder mit einer Holzlatte. „Ich glaube gar nicht mehr, dass die Probleme die ich habe, nur von dem Missbrauch von meinem Stiefvater kommen. Das hat irgendwie auch mit der Erziehung von meiner Mutter zu tun.“

Woher der Wunsch rührt, eine Therapie bei einer Frau zu machen, erzählt er mir in den letzten Wochen: Es habe mit einer seiner wenigen guten Kindheitserinnerungen an seine Mutter zu tun –

„Mit dieser Erinnerung an das Sportfest, wo ich falsch geworfen habe, wo ich doch immer so gut war in Sport, und dann noch einen Ball an den Kopf bekommen habe. Wo ich dann zu meiner Mutter gerannt bin und geweint habe, und sie hat mich einfach getröstet. Diese gute Erinnerung, das ist der Grund, dass ich zu einer Frau als Therapeutin wollte.“

„Ich habe das Gefühl, jetzt gibt es kein Zurück mehr.“ Das sagte der Patient mir in einer der letzten Stunden, in der wir darüber sprachen, wie er sich bisher immer einerseits versteckt und jegliche Regung in sich kontrolliert hat, um ja „keine Angriffsfläche zu bieten“, und andererseits dem fortwährenden Drang nachging, sich in „perfekter Weise“ zu exponieren. Die Phantasie, besser als alle anderen zu sein, und die Angst, durch eine auffallende Schwäche entblößt und furchtbar beschämt zu werden, bildeten regelmäßig die Grundlage für eine Panikattacke. Nach nun knapp 200 Stunden in drei Jahren Behandlungszeit kann er jetzt mit mir darüber sprechen, wie er auch mir gegenüber fortwährend etwas zurückhält: „Das ist so in mir drin, dass das verboten ist. Aber jetzt ist es raus, jetzt wissen Sie das. Und es ist was anderes, das für sich zu wissen, oder es auszusprechen. In seinen Gedanken kann man etwas immer noch zurücknehmen.“



Frau Y. – Panik außerhalb und in der Übertragung

Zustandekommen der Behandlung und erste Gespräche

Ich stelle das erste Jahr meiner Behandlung einer alleinstehenden dreißigjährigen Tierwirtin für Schaf- und Ziegenhaltung aus dem Osten von Berlin vor. Die Patientin wurde mir von Svenja Over vermittelt, nachdem sie mit einem anderen Therapeuten nicht zurechtgekommen war. Svenja strahlte Zuversicht aus, dass es bei mir klappen könnte, und ich sagte zu. Ein bisschen nervös war ich schon, denn es war erst meine zweite Patientin im Rahmen der Studie, und ich antizipierte aufgrund der Vorgeschichte bei ihr eine große Erwartungshaltung und eine Therapie, die mir einiges abverlangen würde. Auf der anderen Seite war ich voller Neugier und Vorfreude.

Im Erstgespräch sah ich eine deutlich adipöse Frau mit einem freundlichen Gesicht, für die ich Mitgefühl verspürte, weil sie leidend aussah und sofort zu schluchzen anfang. Sie erzählte, dass sie mir leider nichts erzählen können würde, das habe sie schon bei meinem Vorgänger nicht geschafft, leider, aber so sei sie nun mal, sie würde in solchen Situationen kein Wort hervorbringen. Ich sagte: „Schau’n wir mal.“ Die Patientin schluchzte daraufhin noch mehr, begann jedoch sehr ausführlich, wenn auch zu diesem Zeitpunkt für mich nicht ganz verständlich, ihren Leidensdruck zu schildern. Sie würde von einem Kollegen gemobbt, der sie „raus haben“ wolle, und ihr Chef stünde auch nicht auf ihrer Seite, niemand stünde zu ihr, und wahrscheinlich würde sie ihre Arbeit auf dem Bauernhof am Rand von Berlin verlieren. Sie sei immer, schon in ihrer Familie, das „schwarze Schaf“ gewesen, sie sei „immer schuld an allem“. In der Gegenübertragung war ich zunehmend mit der mich anstrengenden Opferhaltung von Frau Y. beschäftigt – ihrer ausgeprägten Tendenz zur Externalisierung und der von mir bereits angenommenen Anspruchshaltung. Schon jetzt fürchtete ich, in der Wahrnehmung der Patientin bald zum Täter zu werden.

Ihre Symptomatik bestand aus ausgeprägten Panikanfällen. In Situationen, in denen sie sich vom Kollegen gepiesackt fühlte, bekam sie keine Luft mehr, schwitzte und ihr wurde schwindelig. Manchmal musste sie sich auf die Toilette einschließen, um sich zu beruhigen. Panikattacken mit Schwindel, Schwitzen und dem Gefühl, „den Boden unter den Füßen zu verlieren“, traten auch in anderen Situationen mit weniger eindeutigen Auslösern auf – zum Beispiel in Kaufhäusern, wenn diese voller Menschen waren. Um sie zu vermeiden, kaufte sie oft erst spät abends ein, denn „dann ist es leerer“. Die Symptome führten auch im sonstigen sozialen Leben zu Einschränkungen und Rückzug: Zu Beginn der Behandlung hatte sie außerhalb ihrer Arbeit kaum ein soziales Leben, abgesehen von ihrer Betätigung als Trainerin im Hundesport in einem Verein. Sie hatte drei Hunde und ihr Lieblingssport nannte sich „Obedience“ – Gehorsam. Die Hunde mussten sich ihr unterwerfen und zwar möglichst in Perfektion, zum Beispiel auf Turnieren.

Später in der Behandlung wurde deutlich, dass neben der Angst- und Paniksymptomatik eine Zwangssymptomatik imponierte. So hatte sie ein Abschließritual – bevor sie sich schlafen legte, musste die Tür in einer ganz gewissen Art und Weise verschlossen sein (der Schlüs-

sel musste in einer ganz bestimmten Position sein) –, und sie duschte stundenlang, sowohl morgens als auch abends.

Als Auslöser für ihre verstärkte Symptomatik – die sie von früher kannte, aber nicht in dieser Heftigkeit – sah die Patientin das Mobbing, allerdings hatte ihr Vater erst vor kurzem einen Herzanfall erlitten. Er, ein gelernter Kranführer, war bereits seit 1998 wegen einer Herzinsuffizienz berentet, und alle wussten, dass jeder Herzanfall zu seinem Tod führen könnte. Obwohl Frau Y. ihn als cholerisch beschrieb, erinnerte sie doch eine innigere Zeit mit ihm als mit der Mutter, denn er hatte sie zum Beispiel zu Arztterminen begleitet, von denen sie Widersprüchliches berichtete: Wenn sie Spritzen bekam oder beim Zahnarzt war, musste sie oft gezwungen und festgehalten werden, woran sie sich voller Zorn erinnerte. Dass der Besuch beim Arzt auf der anderen Seite ein fürsorglicher Akt war, konnte mitgehört werden, war aber unter dem heftigen Zorn verborgen, der das Erleben bestimmte: Wenn sich jemand um mich gekümmert hat, dann nur mit Gewalt. Schlimmer noch schilderte sie die Beziehung zur Mutter, die sie nie beachtet hätte und auch nicht gestillt: „Sie konnte keine Milch geben, als Kuh hätte man sie aussortiert“, sagte die Patientin, wobei Hass und Verachtung mitschwangen. Gleichzeitig versorgte sie die Mutter, holte ihr Bierkästen abends aus dem Supermarkt und schleppte diese hoch in die Wohnung der Eltern. Überhaupt schien sie stillschweigend Aufmerksamkeit und Dank zu wollen, freilich schon in der Enttäuschungserwartung, doch wieder nichts zu bekommen, was tiefen Groll hervorrief. Ihre Erwartungen drückte sie nicht in Worten aus, der andere sollte es wissen oder errahnen, „das sei doch selbstverständlich“.

Frau Y. ist das dritte von insgesamt vier Geschwistern, die ersten im Abstand von zwei Jahren geboren, nur die jüngste Schwester ist sechs Jahre jünger. Sie hatte immer das Gefühl, den Geschwistern sei es besser ergangen; sie sei am wenigsten beachtet worden und auch in der Schule habe sie sich immer zurückgezogen. Ihre Rettung sei ein Bauernhof gewesen, in der Nähe vom Elternhaus, in dem sie ab dem zehnten Lebensjahr als Aushilfe tätig war. Oft sprach sie mit den Tieren, erzählte diesen ihre Sorgen und fühlte sich „wortlos verstanden“, wobei ihr schon damals die Illusion klar war. „Dennoch war es ein gutes Gefühl“, und sie verbrachte jeden Nachmittag und oft das Wochenende auf diesem Bauernhof. Durch ihre Leistung wurde sie dort auch von den Erwachsenen anerkannt, sie wurde selbstbewusster und wurde mit Aufgaben im Stall betraut, für die allein sie die Verantwortung trug. Außerdem war ihr Berufswunsch, Tierwirtin zu werden, geboren, den sie nach Erreichung des erweiterten Hauptschulabschlusses auch in die Tat umsetzte.

Zurück zur Behandlung: Als auslösend für die schwere Symptomatik sah ich im Gegensatz zur ihr den Herzanfall des Vaters, das Gefühl, „jetzt werde ich auch noch von dem und damit ganz verlassen“.

Entwicklung der Behandlung im ersten Jahr

Im ersten Monat ging es viel darum zuzuhören, die Klagen und Anklagen, die sich auf den Arbeitskollegen, den Chef, Mutter und Vater, jedoch noch nicht gegen mich richteten, auf-

zunehmen. Sie verlor ihre Arbeitsstelle tatsächlich, weil der Chef meinte, „es [ginge] nicht mehr“, und sich gegen sie und für den Kollegen entschied. Ich war überrascht, wie aktiv Frau Y. wurde; innerhalb weniger Wochen hatte sie wieder eine Arbeitsstelle – bei einem Träger, der mit dem Arbeitsamt zusammenarbeitete und Langzeitarbeitslose in Projekten zum Wiedereinstieg in die Arbeitswelt motivieren soll. Sie wurde zu Beginn Projektbegleiterin, „Mädchen für alles“, sollte sich beruflich aber dort noch deutlich fortentwickeln. Schon damals war es ihr erster „Job mit Menschen“, wie sie selbst betonte, also nicht mit Tieren.

Nach vielleicht sechs Wochen bot ich der Patientin eine dritte Stunde an, ich hatte das Gefühl, die Verdichtung könnte ihr gut tun und den Übertragungsprozess intensivieren. Sie war erfreut und stimmte sofort zu. Besonders und nachhaltig gut fand sie, dass wir an Tagen hintereinander Sitzungen hatten – Dienstag, Mittwoch, Donnerstag. Sie bestand jedoch darauf, dass wir weiter im Sitzen arbeiteten. Ich fand dies in Ordnung, weil ich die Regressionsangst der Patientin wahrnahm, auch wenn dieses Setting durchaus anstrengend ist. Etwa ab der 60. Stunde kam es vermehrt zu ausgeprägten Schweigesequenzen. Frau Y. fehlte so gut wie nie – es gibt eine einzige Ausfallstunde in der ganzen Behandlung –, aber vor allem nach den Wochenenden und nach den Pausen schwieg sie fast die ganze Stunde, während ich mich „abrackerte“, ihr zahllose Interventionsangebote machte und nach meinem eigenen Gefühl viel zu viel redete, viel mehr, als ich dies normalerweise tue. Die Patientin selbst litt sehr unter ihrem eigenen Schweigen, hatte das Gefühl, mir nicht zu genügen, und meinte, es „kommen einfach keine Worte“. Sie fühlte sich unter Leistungsdruck und keine meiner Intervention half, ihr diesen zu nehmen, während ich zunehmend das Gefühl entwickelte, „am langen Arm zu verhungern“ – ein Gegenübertragungsgefühl, denn so dürfte sich Frau Y. als Kind sehr oft gefühlt haben. Ich wurde unter dem Eindruck, mit meinen Interventionen nichts bewirken zu können, zunehmend verzweifelter. Ich rief Kolleginnen an und fand etwas Beruhigung und auch die Zuversicht wieder, dass schwierige Phasen in Behandlungen manchmal auch nur „durchzustehen“ sind.

Neben dem Schweigen kam jetzt ein weiteres Symptom in die Stunde: Die Patientin begann zu zittern – nicht symbolisch, sondern wörtlich und konkret. Ihre Hände zitterten, als leide sie an schwersten Entzugserscheinungen – was sie nicht tat, da sie überhaupt keinen Alkohol trinkt. Ich sprach die Angst an, was sie eher zu verstärken schien, und fühlte mich wie ein „Folterknecht“. Schließlich deutete ich ihr – und es war nicht die erste Deutung in diese Richtung –, dass sie mich als sehr bedrohlich und verfolgend, aber gleichzeitig auch abwesend oder abweisend, als nicht für sie da erleben müsse, also zumindest nicht als hilfreiches gutes Gegenüber. Diesmal – es war um die 100. Stunde – wehrte Frau Y. nicht sofort ab, wie sie das sonst mit den Worten „Mit Ihnen hat es nichts zu tun“ tat, sondern sie überlegte und sagte: „Ich erlebe Sie im Moment wie meinen Arbeitskollegen, der mich gemobbt hat, obwohl das völlig unfair ist, und ich nicht weiß wieso, denn sie verhalten sich ja ganz anders.“ In den Folgestunden redete sie mehr und das Zittern ließ nach.

Ich denke, es ging hier weniger um die Richtigkeit der Deutung, die sich auf die abwechselnd als verfolgend (vor allem der Vater) oder als abwesend (vor allem die Mutter) er-

lebten primären Objekte bezog, sondern darum, dass die Patientin es hier zum ersten Mal gewagt hat, sehr vorsichtig etwas Kritisches mir gegenüber zu sagen und damit das negative Übertragungserleben zuzulassen, anstatt es abzuwehren. Sie erlebte dann mit der Zeit, dass eben NICHTS passiert, dass ihre Ängste, von mir verlassen oder feindselig behandelt zu werden, sich in keiner Weise erfüllen.

Zwei Erinnerungen aus der Kindheit

Bereits gegen Ende des ersten Jahres, als das Zittern deutlich weniger geworden war und das durchgehende Schweigen seltener, erinnerte sich Frau Y. an zwei Szenen aus ihrer Kindheit. Die erste Erinnerung nenne ich die „Wickeltischszene“, die Patientin ist sechs Jahre alt: „Ich bin am Wickeltisch meiner jüngeren Schwester, ich stehe dahinter und will Aufmerksamkeit. Ich hoffe darauf, weil meine älteren Geschwister ja auch immer mehr Aufmerksamkeit bekommen haben als ich und jetzt bin ich die ältere Schwester. Aber es passiert nichts, meine Mutter ignoriert mich, ich bin sehr verletzt.“ Die zweite Erinnerung nenne ich „Frühstücksszene“: „Ich bin immer ganz früh aufgestanden, um das Frühstück vorzubereiten und habe Brötchen geholt. Alles war da, wenn die Eltern und meine Schwestern aufgestanden sind; gedankt hat es mir keiner.“

Die Gefühle am Wickeltisch waren auch in der Behandlung präsent: in mir, wenn ich mich fühlte wie einer, den die Patientin am „langen Arm verhungern“ ließ, während der Schweigephasen und in der Patientin, wenn sie das Gefühl hatte, nichts zu bekommen, obwohl sie sich doch so sehr bemühte.

In unserer Intervention verstanden wir dies als „Fütterstörung“: Die Patientin konnte nicht zugreifen, wo es möglich war, sicherlich auch deshalb, weil sie Angst hatte, dort mit ihren aversiven Gefühlen – Neid, Missgunst, Gier – erkannt zu werden. Sie versuchte es stattdessen in Konkurrenzsituationen, in denen nicht viel zu holen war außer die Lust am Klagen und die Bestätigung „Habe ich es doch gewusst, keiner gönnt mir etwas“. Wie in der Wickeltischszene erlebte sie alles als gegen sich gerichtet, obwohl es möglicherweise nur eine völlig unpassende Gelegenheit war, in der sie Aufmerksamkeit bekommen wollte. In einer selbsterfüllenden Prophezeiung bestätigte sie in solchen Situationen immer wieder ihre Enttäuschungserwartung und ihr eigenes inneres Erleben. Die innere Wahrnehmung mit der äußeren Realität abzugleichen und in einem letztendlich triangulären Prozess eigene Erwartungen immer wieder zu prüfen und gegebenenfalls auch zu ändern, dazu war sie nie ermuntert worden. So nahm sie am Wickeltisch nicht wahr, dass die Mutter sich ihr nicht zuwenden konnte, weil sie mit dem Baby beschäftigt war, sondern erlebte die Nicht-Zuwendung als Abwendung, weil sie glaubte, nicht gut genug zu sein, eben das „schwarze Schaf“ in der Familie. In der Familie fehlte es jedoch mit Sicherheit am „holding environment“, wie Winnicott es nennt, um die unvermeidbar im Zusammenhang mit Geschwisterrivalität auftretende Kränkung aufzufangen und zu halten. Eng mit der Fütterstörung verbunden war die „Dosierstörung“, die sich bereits in der ersten Szene zeigte: Entweder sie gab nichts und schwieg oder sie gab alles und überschwemmte den Anderen geradezu mit ihrem Leiden.

Zentrale Interventionen und Verständnis der Symptomatik

Wenn ich rückblickend meine Interventionen betrachte, finde ich eine gewisse, jedoch keineswegs geplante Richtung: Vom ermunternden „Schaun wir mal“ über klarifizierend-beschreibende bis hin zu antwortenden Interventionen (in Hilfs-Ich-Funktion gegebenen) und später auch Deutungen.

Eine zentrale und relativ frühe (vor der 60. Stunde) Intervention formulierte ich so: „Sie bemühen sich bei den Tieren um den Kontakt, den Sie eigentlich zu den Menschen wollen und bekommen dort einen Ersatz, aber eben nicht das Gewünschte.“ Diese Idee zieht sich wie ein roter Faden durch die Behandlung. Eine weitere Intervention war die Konfliktdeutung zwischen dem Objektwunsch (hiermit meine ich alle Wünsche nach Anerkennung, Liebe, Zuwendung und Bestätigung vom wichtigen Anderen) und der Abwehr zum Beispiel durch Schweigen. Der Kompromiss zwischen dem sie beschämenden und daher unbewussten Objektwunsch und der Schamabwehr war die scheinbar altruistische Haltung der Patientin: schweigend zu geben in der stillen und resignativen Hoffnung, doch noch „Anerkennung, Liebe, Zuwendung zu bekommen“. Trat die erwartete Enttäuschung ein, war dies auch ein Triumph, was es wieder besonders schwer machte, dieses Beziehungsmuster zu verändern – schließlich hielt es eine Belohnung parat.

Wichtiger als die Interventionen finde ich die Atmosphäre in der Behandlung, in der sie ihre Wirkung entfalten können oder eben auch nicht. Im Nachhinein bin ich froh, dass das Schweigen und Zittern in die Stunden gekommen ist, denn damit war die zentrale Angst der Patientin vor der Ablehnung und dem Verlust des guten Objektes in der Behandlung angekommen. Das Zittern ist in meinem Verständnis nach der sichtbare Ausdruck des inneren Konfliktes zwischen dem tiefen Begehren, endlich anzukommen bei einem guten Objekt, und der Enttäuschungsangst, was die Patientin unbewusst gegen das verheißungsvolle Objekt, hier den Therapeuten, aufbegehren lässt. Die gleichzeitig aufkeimenden Gefühle wie Neid, Gier und daraus entstehend Schuldgefühle müssen ebenfalls abgewehrt werden, sind sie doch potenziell genau gegen die helfend hingereichte Hand gerichtet, in die möglichst nicht gebissen werden sollte. Die Heftigkeit der aufgewühlten inneren Welt der Patientin spiegelte sich in der Heftigkeit der Symptomatik wider, die dadurch, dass sie in der Behandlung präsent werden durfte, aufgenommen und verstanden werden konnte.

Resümee und Entwicklungslinien in der Behandlung

Die Symptome der Patientin sind inzwischen zurückgegangen, zuerst für die heftige Angstsymptomatik, etwas weniger für die relativ ich-syntone Zwangssymptomatik. Die Patientin sagte mir immerhin zum Schluss, dass sie nur noch ein Drittel der früheren Zeit dusche. Das Schlüsselritual hat sie beibehalten, aber sie „will das auch“, wie sie betont.

Wichtiger finde ich die Entwicklung auf der persönlichen Ebene: Als ich eine Stunde gegen Ende der Behandlung verpasse, kann sie noch mit Uta Grundmann, die in der Ambulanz die Termine koordiniert, darüber scherzen – zu Beginn der Behandlung wäre dies auch schon das Ende der Behandlung gewesen. Sie nimmt soziale, freundschaftliche Kontakte wie-

der auf und intensiviert diese. Beruflich und sozial ist eine Entwicklung der Hinwendung „vom Tier zum Menschen“ klar zu erkennen, auch wenn sie ihr Hobby, den Hundesport, beibehalten hat. Dort feiert sie Erfolge, die sie freuen und zu denen sie sich klar bekennen kann, auch zu der am Ende der Behandlung deutlich werdenden nun bewussten Konkurrenz, in die sie geht. Was ihre berufliche Situation angeht, so ist sie mittlerweile Jobcoach, wofür sie einige Weiterbildungen in Kommunikationstraining absolviert hat, und verdient eintausend Euro mehr als noch vor zwei Jahren.

In der vorletzten Behandlungsstunde fragte ich Frau Y., was ihr aus der Therapie besonders im Gedächtnis geblieben sei. Sie antwortete genau und differenziert: Sehr geholfen habe ihr mein Hinweis, dass ich keine Gedanken lesen könne „Sie müssen das schon in Worte fassen“ –, was ihr anfangs gar nicht so klar gewesen sei. Wie bei den Tieren ging sie von ihrem Wunsch aus, wortlos verstanden zu werden. Außerdem habe sie mehr Zugang zu ihren Aggressionen, besonders zu Konkurrenz und Rivalität bekommen: „Am Anfang hat es mich genervt, wenn Sie immer wieder von der Geschwisterrivalität angefangen haben.“ Zuletzt habe sie jedoch selbst gesehen, „was ich manchmal auslöse“, wo sie in Konkurrenz gehe, „ohne es mitzubekommen“. Heute sei sie dazu „auch direkt und bewusst“ in der Lage. Vorher nicht in den Blick genommen habe sie das, was wir ihr „Helfersyndrom“ nannten, wo sie schweigend die Bierkästen der Mutter schleppte in der heimlichen Hoffnung auf Anerkennung: „Ich habe damit aufgehört, dass aber auch mit meiner Mutter besprochen; überhaupt rede ich mit ihr viel mehr als früher.“ Was sie dagegen sehr verletzt habe, sei eine Bemerkung von mir gewesen, an die ich mich kaum erinnern kann. Ich hätte zu ihr gesagt, dass ich sie nicht jeden Tag auf den Bauernhof gelassen hätte. Das habe sie mit ihrer Mutter besprechen müssen, die meinte: „Siehst Du mal, was wir alles falsch gemacht haben.“ Sie beruhigte die Mutter: „Das war so wichtig für mich, ein Glück, dass ich das durfte.“ Ich bin etwas bestürzt: „Davon höre ich heute zum ersten Mal, nach über einem Jahr, ich wusste nicht, dass Sie das verletzt hat.“ Fruchtbar ist die darauf folgende Klärung: Während die Patientin sich auf ihren Versuch sich zu retten konzentriert hatte, den ich scheinbar angriff, weshalb es ihr so vorkam, als würde ich ihre damalige Lösung gering schätzen, ging es mir um etwas anderes: „Ich fand und finde es sehr okay, dass Sie auf dem Bauernhof waren; nur meine ich auch, dass es nötig ist, mit einem Kind darüber zu reden und dann reichen auch meinerwegen Montag, Mittwoch, Freitag und an den anderen Tagen erzählen Sie über Ihre Erfahrungen, und es ist jemand da, der Ihnen zuhört.“ Die Patientin konnte dies annehmen, und ich war sehr froh, dass wir dies – wenn auch mit erheblicher Verspätung – klären konnten, was weniger Verdienst von mir, sondern vor allem dem Mut der Patientin geschuldet war, etwas zu tun, was so gar nicht in ihrer Psychodynamik vorgegeben war: den Mut zu fassen, sie selbst zu sein und zu ihren Wahrnehmungen auch dann zu stehen, wenn dies einen Konflikt bedeuten kann oder ihr Gegenüber sie ablehnt, und dadurch eine Klärung zu ermöglichen.

Die Sizilianerin – Träume und Übertragung

Wie ist die Analyse zustande gekommen?

Svenja Over übergab mir die Patientin mit der Erklärung, sie vermute, dass diese sich gut bei mir aufgehoben fühlen könnte. Sie ergänzte, die Patientin sei zwar ein „ziemlicher Brocken“ und weise eine „heftige Biografie“ auf, wobei sie insgesamt sehr sympathisch sei.

Damit war meine Neugierde geweckt.

Erster Eindruck

Zur ersten probatorischen Sitzung kommt im April 2014 eine kleine, maskulin wirkende 53-jährige Patientin, deren Äußeres das Klischee eines gewitzten Mafiabosses zu verkörpern scheint. Ihre mit italienischem Akzent und verrauchter Stimme vorgetragenen Erzählungen untermalt sie mit lebhaften Gesten. Sie eröffnet sogleich die erste Sitzung mit einer Aufzählung ihrer Symptomatik: Panikattacken und psychosomatische Symptome seit ihrer Kindheit, verbunden mit ständiger Angst vor Krankheiten wie ALS*, Herzinfarkt, Krebs, Tetanus und klaustrophobische Ängste sowie die Angst, sich zu verschlucken oder zu ersticken. Außerdem habe sie sich mit Zigaretten und Messern selbstverletzt.

In rasantem Tempo trägt die Patientin mir ihr Leid und die Enttäuschungen über ihr Leben vor. Diese erste probatorische Sitzung schließt sie mit der Beschreibung eines initialen Traumbildes ab: *„Ich habe mich als Baby in einer Ecke gesehen und Schmerz im Bauch gefühlt“*, sie fügt dem hinzu: *„Den Schmerz fühle ich heute noch.“*

Während der probatorischen Sitzungen verspüre ich, dass mich die Pat als Gegenüber wahrnimmt, jedoch frage ich mich immer wieder, wer ich eigentlich für sie bin. In meiner Gegenübertragung entsteht kein wirklich fassbares Gefühl, immer wieder versichere ich mir selbst: Ich bin die Therapeutin. Dabei werde ich mir gewahr, dass ich trotz meiner diffusen, mit leichter Erschöpfung verbundenen Gefühle die Patientin bereits in der ersten Stunde spontan „adoptiert“ habe. Wie ein verwahrlostes Baby hat sie sich unmittelbar auf mich eingelassen und mich als „Therapeutin“ angenommen. In unserer Arbeitsgruppe wurden zu diesem Gefühl zwei Buch- beziehungsweise Filmbeispiele vorgetragen: „Trainspotting“ (ein schottisches Filmdrama über eine Heroinclique, in der unter anderem ein Baby an Vernachlässigung stirbt) und „Das Parfüm“, die Verfilmung des gleichnamigen Romans von Patrick Süskind über das Leben eines Parfümeurs, der in einer Fischbude zur Welt kommt und den seine Mutter, eine Fischhändlerin, mitsamt der Fischreste entsorgt; nur dank seines durchdringenden Schreiens retten ihm Passanten das Leben. Diesen durchdringenden Schrei kann ich im ersten Traumbild der Pat (als Baby in einer Ecke mit Schmerzen im Bauch) wiedererkennen.

*Amyotrophe Lateralsklerose: Degeneration der Neuronen, die für die Muskelbewegungen verantwortlich sind. Krankheitsbild: Ausfallerscheinung der Muskeln (auch Rumpfmuskulatur), u. a. Schluckstörung, schmerzhafte Muskelkrämpfe und Lähmung der Atemmuskulatur.

Der Beginn

Nach den probatorischen Sitzungen und der Antragsstellung kann im Juli 2014 die modifizierte analytische Therapie beginnen, angelegt auf zwei Termine pro Woche im Sitzen. Angesichts der schweren Ich-Störung der Patientin und ihrer bereits in den probatorischen Sitzungen geäußerten Sorge, sie könne auf den anstehenden Wegen zur Therapie eine Panikattacke erleiden, lege ich die Stunden auf Dienstag und Donnerstag fest, also mit einem Tag Pause dazwischen. Das erste Behandlungsjahr (bis Juli 2015) umfasst damit 86 Behandlungsstunden, inklusive der probatorischen Sitzungen. In diesem ersten Jahr bringt die Pat in 41 Stunden Träume beziehungsweise Traumreihen ein.

Reaktion auf Unterbrechungen

Nach Urlaubsunterbrechungen berichtet die Patientin zumeist über grausame Träume, mit denen sie sich in der Pause allein gefühlt habe. Sie unterstreicht das durch die Beschreibung besonders heftiger körperlicher Schmerzen, die sie in diesen Pausen intensiver als während der Behandlungszeit verspürt. Sie leide dann unter starken Schmerzen im ganzen Oberkörper und fühle sich wie in ein Korsett eingeschnürt. Diese Schmerzen hat sie nach eigenen Angaben durchgehend, sie seien jedoch vor allem während der Unterbrechungen durch meinen Urlaub besonders heftig aufgetreten.

Zu Stundenabsagen der Patientin kam es eher dann, wenn einzelne Tage ausfielen (beispielsweise wegen der Feiertage). Auf diese Umstände reagierte die Patientin zum Teil ihrerseits mit spontanen Absagen mit der Begründung, es gehe ihr zu schlecht, sie könne nicht kommen. Dass sie im Fall von urlaubsbedingten Unterbrechungen schon vorher Stunden absagte, verstehe ich als unbewussten Versuch, ihrer Verlustangst gewissermaßen zuvorzukommen: Die Patientin hat starke Trennungsängste, die sie jedoch im ersten Jahr noch nicht in Worte fassen kann. Ihre Stundeabsagen nach Feiertagen – diese haben für sie keine Bedeutung, und sie wirkte jedes Mal eher überrascht – können als eine wütende Reaktion aus einem Gefühl von Ohnmacht heraus verstanden werden.

Die Traumserie aus dem ersten Behandlungsjahr

Ihre erste Traumreihe bringt die Pat bereits in der dritten probatorischen Sitzung:

1. *„Da ist das Meer und ich bin über eine wackelige Brücke gelaufen, es war ganz windig und hinter mir lag Palermo. Es ist dunkel geworden und ich dachte: ‚Hier passiert etwas.‘ Ich dachte an meine Familie: ‚Scheiße, die sind zu Hause.‘ Auf der anderen Seite der Brücke ist alles geplatzt, wie bei einem Tsunami. Dann war ich bei jemanden auf dem Balkon und habe ‚Mama‘ gerufen. In dem Moment habe ich den Rücken vom Pfarrer [ältester Bruder der Patientin, wird so genannt, weil er so viel redet] gesehen. Er hat dann gesagt: ‚Es gibt kein zu Hause mehr, alles ist weg.‘“*

2. *„Es hat das Telefon geklingelt und ich wollte nicht ran gehen. Ein Mann hat dann abgenommen und mir das Telefon gegeben. Da war die Stimme meiner Schwester, die sagte: der Pfarrer stirbt.“*

Danach fängt die Patientin zu weinen an und berichtet, dass alle vier Geschwister noch leben. Sie habe jedoch schon vor Jahren den Kontakt zu ihnen abgebrochen. Ihre Mutter sei vor 18 Jahren an den Folgen der ALS durch Atemlähmung verstorben, und sie habe selbst miterlebt, wie die Atemlähmung zum Tod ihrer Mutter geführt habe, es sei ein schrecklicher Tod gewesen. Nach dieser Schilderung wird die Patientin wütend und beginnt über ihren Vater zu schimpfen. Dieser sei vor 14 Jahren an Krebs verstorben, während sie bereits in Berlin lebte.

Diese raschen Wechsel in ihren Gefühlslagen sind ganz typisch für die Stunden im ersten Behandlungsjahr: Sie reichen von Verzweiflung, Einsamkeit und Trauer bis zu Ärger oder Fröhlichkeit; darin eingeschlossen sind dissoziative Momente, sehr viele Tränen und die Artikulation von Ekel. In meinem Innern entsteht ein Bild der Patientin als zerbrochener Spiegel. Alle kleinen Spiegelstücke bilden je eine Welt für sich; ich könnte, so mein Empfinden, der Patientin beim Zusammenfügen behilflich sein oder eine Brücke zwischen ihren disparaten Zügen bilden.

Im gesamten ersten Behandlungsjahr kommt es zu einer Überflutung der Patientin durch Träume und Traumreihen, aber nicht nur durch Träume, sondern auch durch Erinnerungen an sexuellen Missbrauch durch die Stiefgroßmutter und häusliche Gewalt im Elternhaus; so habe der Vater die Mutter und die Kinder regelmäßig bei nicht vorhersehbaren Anlässen verprügelt und sie zum Beispiel mit Desinfektionsspray abgesprüht, wenn sie nach Hause kamen. Die Patientin schildert, sie habe stets versucht, ihre Mutter zu verteidigen und grundsätzlich permanent Angst gehabt, dass ihrer Mutter etwas passieren könnte. Gleichzeitig fühlte sie sich von ihrer Mutter abgelehnt und zurückgewiesen.

In meinem Vortrag möchte ich mich jedoch auf die Traumserie im ersten Behandlungsjahr und die Übertragungsbeziehung fokussieren: Die Patientin bringt die Träume entweder zu Beginn – dies meist nach Unterbrechungen der Behandlung – oder während der Stunde spontan und beispielhaft ein, hingegen nur selten am Ende der Stunde mit Ausnahme des initialen Traumbildes aus der ersten probatorischen Sitzung.

Zu den Traumthemen:

Explosionen, Toiletten, Erdbeben, Hochhäuser und Fahrstühle, Kinder, junge Männer, Chinesen, Brücken, Waffen, Gewalt, brutale Kämpfe, Angst und Verfolgung.

Nachdem sich die Patientin in der ersten probatorischen Sitzung sofort von mir, der „Therapeutin“, hat adoptieren lassen, scheint sie sich erst in darauffolgenden Stunden mit der Frage nach dem Sinn und Ziel der Therapie zu beschäftigen. Dies deutet sich in dem Brückentraum an: Im Traum von der Brücke träumt die Patientin offensichtlich von ihrer Herkunft. Alles ist dunkel, schwankend und windig und auf der anderen Seite der Brücke ist alles geplatzt. Wo geht es hin? Alles ist in viele Stücke zerbrochen, sie sucht nach etwas. Wird sich etwas verändern? Wieviel Angst macht das?

Nachdem ich mich in den ersten Stunden als „die Therapeutin“ gefühlt habe, verändert sich diese Empfindung, dennoch bleibt die Frage: Wer bin ich für die Patientin?

In einer kurzen Phase bringt die Patientin Träume, in denen verführerische Frauen erscheinen. Ein Beispiel: *„Da war eine junge Frau und ich habe versucht, ihr aus dem Weg zu gehen. Wir sind zusammengekommen und plötzlich dachte ich: ‚Scheiße, was mache ich, was mache ich mit B.‘ [der Partnerin der Patientin].“*

Ich habe jetzt das Gefühl, dass die Patientin ein wenig mit mir flirtet, und in mir kommt die Frage hoch: Bin ich eine Person, mit der sie flirten möchte? Oder die sich für die Patientin interessiert? Und bei der sie vielleicht Zuflucht finden kann, um mit dem zersplitterten Inneren nicht allein sein zu müssen? – Die Patientin schildert, dass das Interesse der Stiefgroßmutter an ihr zu einem sexuellem Missbrauch geführt hat, der zwischen ihrem achten und dreizehnten Lebensjahr stattgefunden habe. In diesem Zusammenhang berichtet sie auch von einer kurzen Affäre, die sie mit einer Sozialarbeiterin aus der Klinik gehabt habe, in der sie 2009 nach einem Unfall behandelt wurde. Ich frage mich, ob die Patientin mein Interesse an ihr auch als ein missbräuchliches Interesse erleben könnte. Über solche Phantasien konnte jedoch in dieser Phase der Behandlung noch nicht gemeinsam nachgedacht werden.

In ähnlicher Weise, wie ich die Patientin als zerbrochenen Spiegel imaginiere, sind die Schilderungen ihrer Traumthemen durch abrupte Übergänge gekennzeichnet. Nach dieser kurzen Phase des Flirtens bringt sie viele Toilettenträume in unsere Stunden, womit auch ihre Fassade fällt.

Ein Beispiel: *„Es war wie auf einem Zug und in einer Ecke war eine Toilette. Ich habe dann darauf gesessen. Ein Mann mit zwei Kindern kam reingestürmt, und ein Kind stand vor mir, das war mir peinlich. Meine Schwester war auch im Abteil, und da war ein Vorhang. Danach musste ich das putzen, habe ich aber nicht gemacht.“*

Die Patientin erklärt, sie finde Menschen eklig, und es sei ihr immer peinlich gewesen, auf die Toilette zu gehen, das sei für sie wie ein verbotener Ort. Früher habe sie lieber alles bei sich behalten als auf die Toilette zu gehen. Die Toilettentür im elterlichen Haushalt sei nicht zu verschließen gewesen; deshalb habe jederzeit damit gerechnet werden müssen, dass eines der Familienmitglieder dort auftauche. Über Jahre hinweg bis vor wenigen Wochen habe sie unter Verstopfung gelitten. Im weiteren Verlauf tauchen viele Toilettenträume auf. Über diese Traumberichte kommen die Scham und der Ekel in unsere Stunden. Anstatt jedoch in dieser Phase mit der Patientin in die Tiefe des Traumverständnisses einzutauchen, äußere ich ihr gegenüber, es könnte für sie peinlich sein, sich vor mir so zu öffnen, und vielleicht frage sie sich auch, ob ich das aushalten kann. Sie stimmt dem zu und bemerkt, auf ein im Behandlungszimmer hängendes Bild von Edward Hopper („Lighthouse Hill“) zeigend, dass ich ihr „Faro“ (italienisch für Leuchtturm) sei. Sie fügt dann hinzu, sie habe in ihren bisherigen Therapien stets dafür gesorgt, dass die Gespräche heiter und oberflächlich bleiben. Nun erlebe sie zum ersten Mal, dass sie sich jemandem öffne, sich zeige und vertraue.

Es folgt eine Phase, in der die Patienten sehr viele Träume und Traumreihen erzählt, in denen es oft um Hochhäuser und Fahrstühle geht, ferner tauchen auch Toiletten, Kinder und Chinesen auf. Die Patientin erinnert in dieser Phase Kindheitsgeschichten, die zumeist von dem Gefühl geprägt sind, allein und ungewollt zu sein. Sie berichtet von Schlägen, Beschimpfungen, Erniedrigungen und viel Gewalt. Dabei zeigt sich, dass die Patientin in der Vergangenheit viele Kontraktbrüche verursacht hat, sobald es Konflikte gab oder sie Konflikte befürchtete. Ihr Leben habe aus vielen kurzen Beziehungen zu Frauen, verbunden mit Ortswechseln bestanden. Die Patientin versuchte offensichtlich, ihren unverständenen und unverdauten Ärger wie ihre Wut zurückzulassen; gleichzeitig fühlte (und fühlt) sie sich von ihrer Wut verfolgt.

Deshalb drängen in dieser Phase immer aggressivere Themen in den Träumen an, wie zum Beispiel in einem Traum von ISIS-Kämpfern, die Menschen foltern, vor denen die Patientin flüchten und sich verstecken muss.

In dieser Phase berichtet die Patientin auch über Gedanken, sich eventuell von ihrer Partnerin zu trennen. Es sei das erste Mal in ihrem Leben, dass sie eine richtige Beziehung führe und mit einer Partnerin in einem gemeinsamen Haushalt lebe. Der alltägliche Ärger, ausgetragen über Haushaltsprobleme, versetze sie jedoch in rasende Wut und Verzweiflung, die sie dennoch gegenüber ihrer Partnerin nicht ansprechen könne. Dabei geht es der Patientin um Vertrauen und Nähe – auch zwischen uns –, die für sie etwas sehr Ungewohntes darstellen, da Nähe auch das Zulassen von negativen Gefühlen bedeutet.

Dennoch ist die Behandlung zu diesem Zeitpunkt in einem Stadium, das es noch nicht ermöglicht, negative Gefühle in unserer Beziehung in Worte zu fassen. Es folgen stattdessen Stunden, in denen mich die Patientin mit Träumen überschwemmt.

Die oftmals geballte Wut, die sich in den Träumen ausdrückt, vermittelt eine Ahnung von all den Enttäuschungen und Kränkungen, die die Patientin erlitten hat. Sie möchte wissen, woher der ganze Schmerz kommt. Es folgen tränenreiche Stunden. Ich übernehme der Patientin gegenüber eher eine haltende, Sicherheit vermittelnde Rolle, wie gegenüber einem Kind, das zunächst auf die Beruhigung der Mutter angewiesen ist, wenn es aus einem Alptraum aufwacht. Rückblickend frage ich mich, wie ich diese Überflutung ausgehalten habe. Ich erinnere mich, dass die Patientin am Ende der tränen- und traumreichen Stunden in dieser labilen Phase mich häufig mit warmen Blicken bedenkt und aus tiefem Herzen „Danke“ sagt.

Im weiteren Verlauf kommt es dann zu einer ersten Phase von Träumen, die weniger bedrohlich sind.

So erzählt die Patientin nach etwa zehn Monaten im ersten Behandlungsjahr den folgenden Traum: *„Ich bin in diesem kleinen Fahrstuhl und der ist plötzlich groß geworden. Da waren auch verschiedene Geräte drin. Da musste man den eigenen Namen schreiben. Obwohl die Wände aus Metall waren, gab es keinen Druck, es war angenehm.“*

Ich nehme wahr, dass die klaustrophobischen Ängste der Patientin, das Gefühl, kaum atmen zu können und sich wie in einem Korsett zu fühlen, etwas nachgelassen haben, dass also weniger Druck auf ihr lastet. Gleichzeitig geben die „Wände“ ihr etwas Halt – die zunächst vorherrschende Entgrenzung kann langsam durch Abgrenzung abgelöst werden. Die Therapie entwickelt sich für die Patientin langsam zu einem sicheren Ort. Ich empfinde mich als diejenige, welche sie in ihrem Schmerz nicht allein lässt und fungiere gleichsam als die Wände der Toilette, welche der Patientin einen sicheren Ort geben. Dieser Schutz hat aber auch eine andere Seite. Die Pat beginnt in dieser Phase einige Minuten vor Stundenende, die Stunden zu beenden, indem sie fragt: *„Ist die Zeit vorbei? Muss ich jetzt gehen?“* oder: *„Ich gehe jetzt, die Zeit ist bestimmt vorbei.“*

Dazu passend bringt sie folgenden Traum: *„Meine Mutter und ich waren in einem Raum, die kleine Lilli [der Hund der Patientin] war auch mit dabei. Ich wollte, dass meine Mutter mit Lilli schmust, sie hat sie dann aus dem Fenster geworfen, und ich bin ausgerastet.“*

Wir können anschließend über das Gefühl, rausgeworfen zu werden, reden und darüber nachdenken, warum die Patientin lieber selbst vorher geht als weggeschickt zu werden. Das ist ein für die Patientin bekanntes Muster, Beziehungen zu beenden – zu gehen, bevor sie selbst verlassen oder weggeschickt wird.

Als es einige Wochen später zu einer für sie überraschenden Therapieunterbrechung (aufgrund eines Feiertages) kommt, sagt die Patientin die erste auf diese Unterbrechung folgende Stunde kurzfristig ab. In der folgenden Stunde, in der sie dann erscheint, spreche ich mit ihr über das Ausfallhonorar, das sie formell erst einmal akzeptiert. Bei einem weiteren Termin in derselben Woche kommt die Patientin in die Stunde, berichtet, es gehe ihr schlecht und erleidet während der Stunde eine heftige Panikattacke. Sie gerät unter Atemnot, klagt, weint, kneift sich in die Arme, steht auf, kauert sich, ihren Bauch haltend, auf den Boden und kämpft mit ihren Gefühlen und ihrem Körper. Als sie dort vor Schmerzen und Angst weinend sitzt, gehe ich auf sie zu, hocke mich zu ihr herunter, reiche ihr ein Taschentuch und sage, dass ich für sie da bin. Die Patientin nimmt das Taschentuch und beruhigt sich ein wenig; nach einer Weile setzen wir uns beide wieder auf unsere Stühle.

Der Wendepunkt

In dieser Stunde am Ende des ersten Behandlungsjahres kann die Patientin erstmals ihre Angst und Panik, aber auch ihre Wut auf mich wegen des Ausfallhonorars mit der Panikattacke in die Stunde bringen. Das Bild der am Boden vor Schmerz kauern den Patientin lenkte meine Gedanken auf das initiale Traumbild aus der ersten probatorischen Sitzung: *„Ich habe mich als Baby in einer Ecke gesehen und Schmerz im Bauch gefühlt.“*

Die Wut im Bauch macht Schmerzen und bleibt erst einmal im Körper stecken, darauf verweisen auch die jahrelangen Verstopfungen. Nach dieser Stunde können wir miteinander über diesen Ärger reden. Die Patientin versucht zunächst, ihr Gefühl, mit dem Ausfallho-

norar bestraft worden zu sein, auf die Institution IPU zu verschieben. Sie hat nach wie vor große Angst, mir gegenüber negative Gefühle anzuerkennen oder diese auszusprechen; dies gelingt ihr zunächst auf eine eher humorvolle Art und Weise. Diese Stunde stellt einen Wendepunkt in der Behandlung dar; danach wird es besser möglich, mit der Patientin gemeinsam nachzudenken. Das Containment hat sie in der Therapie gehalten.

Wie habe ich das erste Behandlungsjahr verstanden?

Im ersten Behandlungsjahr hatte ich gegenüber der Patientin lange Zeit eine haltende Funktion. Ich stellte mich ihr zur Verfügung und es gelang mir, ihren, in den Traumberichten deutlich gewordenen Ärger, ihre Ängste und ihren Schmerz auszuhalten. Bereits zum Beginn des ersten Behandlungsjahres entstand in mir das Bild der Patientin als zerbrochener Spiegel mit vielen Splittern. Die Splitter eines Spiegels sind scharf, man kann sich an ihnen schneiden und verletzen. Im Rückblick versinnbildlichen sie für mich nicht nur das fragmentierte Selbstbild der Patientin, die Splitter konservieren gewissermaßen auch ihren Selbstschmerz, vor dem sie ihr gesamtes Leben lang davonzulaufen versuchte. Manchmal gelang ihr das unter ungeheurem Kraftaufwand, inzwischen reicht diese Kraft nicht mehr. Sie will auch nicht mehr von einer Partnerin zur nächsten, von einem Ort zum anderen wandern, sie möchte vielmehr „ankommen“ und ist auf der Suche nach einem Ort, an dem sie so sein kann, wie sie ist. Das Bild vom Spiegel birgt jedoch noch mehr in sich: Der Patientin ist im Verlauf des ersten Behandlungsjahres schrittweise bewusst geworden, dass sie eigentlich gar nicht weiß, wer sie ist. Die Frage, mit der ich mich in Bezug auf meine Person beschäftigt habe – „Wer bin ich für die Patientin?“ –, trifft umgekehrt auch auf die Patientin zu: Wer ist sie für sich selbst? Die scharfen Splitter können neben dem konservierten Selbstschmerz auch die Angst davor darstellen, andere Menschen mit der eigenen unverdauten Wut zu „schneiden“, also zu verletzen. Genauso assoziativ und sprunghaft, wie ich über das zerbrochene Spiegelbild nachdenke, erlebe ich rückblickend auch die vielen Traumphasen im ersten Behandlungsjahr.

Wo steht die Behandlung heute?

Die negative Übertragung konnte im ersten Behandlungsjahr nur ausgehalten und in Traumberichten vermittelt werden, inzwischen kann sie auch zwischen uns angesprochen werden. Einerseits gelingt es der Patientin klarer auszudrücken, dass sie sich den Stunden (auch bezogen auf die Unterbrechungen und Urlaubspausen) ausgeliefert fühlt, weil sie nicht kommen kann, wenn es für sie wichtig ist, dafür aber kommen muss, wenn sie teilweise das Gefühl hat, gar nicht kommen zu können oder zu wollen. Andererseits bringt sie nun insgesamt weniger Träume in unsere Stunden.

Sie beschreibt stattdessen, wie schwer es ihr falle, eigene Wünsche zu äußern oder Grenzen zu setzen, ohne dafür gleich bestraft zu werden – so wie sie es aus ihrem bisherigen Leben kennt. Sobald sie ein Recht für sich herausnimmt – wie eine kurzfristige Stundenabsage –, fühlt sie sich bestraft.

Im zweiten Behandlungsjahr berichtet die Patientin von einer Entwicklung in ihrer Partnerschaft. Hier gelingt es ihr etwas besser, Konflikte zu riskieren; sie ist dann ganz überrascht, dass es nicht zu Katastrophen kommt, sondern eher im Gegenteil mehr Verständnis füreinander entsteht. Außerdem hat die Patientin zu einer ihrer Schwestern den Kontakt wieder aufgenommen.

In unseren Stunden kommt alles ins Fließen, was die Patientin mit ihrem inzwischen täglichen und weichen Stuhlgang beschreibt. Zu einer neuen, interessanten Wendung ist erst in der letzten Woche gekommen: Die Patientin berichtet mir, dass sie entgegen ihrer früheren Aussage, sie sei noch nie mit einem Mann intim gewesen, in ihrer Jugend eine Zeitlang auch mit Männern kurze Beziehungsversuche unternommen habe.

Der zerbrochene Spiegel fügt sich im zweiten Behandlungsjahr nach und nach langsam zusammen.





Von links nach rechts: Lutz Wittmann, Svenja Over, Dorothea Huber, Sascha Oerter, Sabrina Bergner, Maja von Stempel

Gemeinsam träumen

Zwischen dem SFI in Frankfurt und der Abteilung Psychotherapie in Ulm bestand über viele Jahre eine besondere Brücke, die Ulmer Werkstatt für empirische Forschung in der Psychoanalyse. Dort versammelte sich eine besondere Art von Liebhabern, die den oft gehörten Positivismus-Vorwurf an solches Tun nicht besonders ernst nahmen. Heinrich Deserno war einer von jenen, die regelmäßig im Juni nach Ulm pilgerten, um sich an den dort vorgetragenen Forschungsbemühungen zu erquicken. Gewiss von den Ulmer Tonbänderfahrten angestiftet, konnte er sich für die Aufzeichnung einer psychoanalytischen Behandlung entschließen. Mit dem in Ulm etablierten Instrument des ZBKT bewaffnet, debütierte er auch auf der Ulmer Werkstatt „Wiederholen der Übertragung – Das Zentrale Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) der 290. Stunde – Fragen, Probleme, Ergebnisse“ (Deserno et al. 1998). Damit wurde erstmals im deutschen Sprachraum das ZBKT auf eine psychoanalytische Sitzung angewandt. Mit einem gemeinsamen Editorial in der Veröffentlichung plädierten wir beide für die „Psychotherapeutische Einzelfallforschung“ (Kächele & Deserno 1998).

Fast hätte es auch schon früher für Heinrich Deserno zu einem Ortswechsel in Richtung Ulm kommen können, aber dieser Planung standen mancherlei Hemmnisse gegenüber. Um so erfreulicher war nun, dass die IPU im Jahre 2009 rechtzeitig gegründet wurde, um eine konkretere Zusammenarbeit zwischen uns zu ermöglichen. Das gemeinsame Interesse am Thema TRAUM bildete die Brücke für unsere Kooperation. Er, der kompetente Traumdeuter und -forscher, ich eher der Liebhaber der Traumforschung. Traumserien als Forschungsthema und deren Verwendung in der Psychotherapie und Therapieforschung wurden von uns beiden thematisiert (Deserno & Kächele 2013); ein Dokument dieses Interesses war die Studie zu dem Pat. Christian Y zu Macht und Ohnmacht in der psychoanalytischen Arbeit (Kächele & Deserno 2009). Das gemeinsame Interesse an einer selbst-kritischen Psychoanalyse wird uns auch weiter verbinden, wie seine Mitarbeit an der zweiten englischen Ausgabe des Ulmer Lehrbuches zeigt.

Alle Gute, Heinrich, für die gemeinsame vor uns liegende Zeit!



Deserno et al. (1998). „Wiederholen der Übertragung“ – Das Zentrale Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) der 290. Stunde – Fragen, Probleme, Ergebnisse. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (PPMP)*, 48, 287–297. / Deserno & Kächele (2013). Traumserien. Ihre Verwendung in Psychotherapie und Therapieforschung. In: *Der Traum*. Hg. von Janta et al. Gießen: Psychosozial, 233–244. / Kächele & Deserno (1998). Editorial: Psychotherapeutische Einzelfallforschung. In: *PPMP*, 48, 267. / Kächele & Deserno (2009). Macht und Ohnmacht in der psychoanalytischen Arbeit – eine Fallstudie. In: *Forum der Psychoanalyse*, 25, 161–183.

Da wir beide (Du sehr lange und ich eine kurze Zeit) in Frankfurt gelebt haben – was liegt da näher, als sich auf Johann Wolfgang Goethe zu beziehen und ihn zu dir sprechen lassen? – „In einer Stadt wie Frankfurt befindet man sich in einer wunderlichen Lage; immer sich kreuzende Fremde deuten nach allen Weltgegenden hin und erwecken Reiselust.“ (*Dichtung und Wahrheit*)

Deine Frankfurter Erfahrungen – Goethes Satz verinnerlicht, „auch aus Steinen, die einem in den Weg gelegt werden, kann man Schönes bauen“, doch „mit dem Wissen wächst der Zweifel“ – veranlassten Dich, vom Main zur Spree zu wechseln. Da bemerktest Du, obwohl Dir die Lehre auch viel Freude machte: „Es ist ein großer Unterschied, ob ich lese zum Genuss und Belebung oder zur Erkenntnis und Belehrung.“ Du musstest realisieren: „Es hört doch jeder nur, was er versteht.“

Rechtzeitig fielen Dir dann Goethes Sätze ein: „Das Menschenleben ist seltsam eingerichtet: Nach den Jahren der Last hat man die Last der Jahre.“ Und bevor du die Last der Jahre spürtest, sagtest Du Dir: „Es bleibt einem jeden immer noch so viel Kraft, das auszuführen, wovon er überzeugt ist.“

Ich bin überzeugt, dass Du das jetzt mit Freuden umsetzt, und ich wünsche Dir weiter alles Gute!



Über die Trauer, dass Du uns als Kollegen verlassen wirst, hilft nur das Wissen hinweg, dass uns unsere so wunderbare, gewachsene Freundschaft erhalten bleibt. Dafür bin ich sehr dankbar. Ich wünsche Dir von Herzen alles Gute für Deinen nächsten Lebensabschnitt, in dem Dir, auch mit Deinen Liebsten, viele wundervolle „Augenblicke“ beschert sein mögen. Und so möchte ich Dir das von mir sehr geliebte Gedicht „Augenblicke“ von Jorge Luis Borges (1899–1986) mit auf den Weg geben, das er zwei Jahre vor seinem Tod verfasste:

*Wenn ich mein Leben noch einmal leben dürfte,
würde ich versuchen mehr Fehler zu machen.
Ich würde nicht so perfekt sein wollen – ich würde mich mehr entspannen.
Ich wäre ein bisschen verrückter als ich es gewesen bin,
ich wüsste nur wenige Dinge, die ich wirklich sehr ernst nehmen würde.
Ich würde mehr riskieren, würde mehr reisen,
Ich würde mehr Berge besteigen und mehr Sonnenuntergänge betrachten.
Ich würde mehr Eis und weniger Salat essen.
Ich war einer dieser klugen Menschen,
die jede Minute ihres Lebens vorausschauend und vernünftig leben,
Stunde um Stunde, Tag für Tag.
Oh ja, es gab schöne und glückliche Momente,
aber wenn ich noch einmal anfangen könnte,
würde ich versuchen, nur mehr gute Augenblicke zu haben.
Falls Du es noch nicht weißt,
aus diesen besteht nämlich das Leben;
nur aus Augenblicken, vergiss nicht den Jetzigen!
Wenn ich noch einmal leben könnte,
würde ich von Frühlingsbeginn an bis in den Spätherbst
hinein barfuß gehen.
Ich würde vieles einfach schwänzen,
Ich würde öfter in der Sonne liegen.*

Abgewandelter Schluss für Heinrich von Benigna:
„Und sehen Sie ... ich bin erst 70 Jahre alt und weiß, dass ich noch viel Eis essen werde und viele verrückte Dinge tun kann.“



du & ich: therapie

ist ein lied in allen dingen
ist ein leid hindurchgewebt
hab ich um von dir zu singen
stumpfer seele schwaches schwingen
wüste überreich erlebt

trotzdem wetz ich meine klinge
trotzdem schlag ich stein auf stahl
bist du mir im tiefsten innern
unter möglichen gewinnern
doch der einzige nachtmahl

sing ich dir von meiner freude
sing ich dir vom weg der zeit
hörst mich vielleicht hier und heute
gar noch im geschwätz der leute
fühlst es was ich dir bereit



Lieber Herr Deserno,

Ich habe etwa ein Bilderrätsel (Rebus) vor mir: ein Haus, auf dessen Dach ein Boot zu sehen ist, dann ein einzelner Buchstabe, dann eine laufende Figur, deren Kopf wegapostrophiert ist u. dgl. Ich könnte nun in die Kritik verfallen, diese Zusammenstellung und deren Bestandteile für unsinnig zu erklären. Ein Boot gehört nicht auf das Dach eines Hauses, und eine Person ohne Kopf kann nicht laufen; auch ist die Person größer als das Haus, und wenn das Ganze eine Landschaft darstellen soll, so fügen sich die einzelnen Buchstaben nicht ein, die ja in freier Natur nicht vorkommen. Die richtige Beurteilung des Rebus ergibt sich offenbar erst dann, wenn ich gegen das Ganze und die Einzelheiten desselben keine solchen Einsprüche erhebe, sondern mich bemühe, jedes Bild durch eine Silbe oder ein Wort zu ersetzen, das nach irgendwelcher Beziehung durch das Bild darstellbar ist. Die Worte, die sich so zusammenfinden, sind nicht mehr sinnlos, sondern können den schönsten und sinnreichsten Dichterspruch ergeben. Ein solches Bilderrätsel ist nun der Traum, und unsere Vorgänger auf dem Gebiete der Traumdeutung haben den Fehler begangen, den Rebus als zeichnerische Komposition zu beurteilen. Als solche erschien er ihnen unsinnig und wertlos.

„D(außtraumarbeitn Freudn) 900

... mehr Traum, weniger Arbeit wünsche ich Ihnen!

Alles Gute,
Insa Härtel

Lieber Herr Deserno,

die Hochschulleitung der IPU dankt Ihnen für Ihr großes persönliches Engagement für die IPU. Sie sind nach Berlin gekommen und haben in der Aufbauphase ganz wesentlich daran mitgewirkt, dass die IPU so erfolgreich gestartet ist. Sie haben in der Lehre Akzente gesetzt, die bei den Studierenden einen bleibenden Eindruck hinterlassen haben. Ohne Ihren Erfahrungsschatz wäre der Aufbau der Hochschul- und Forschungsambulanz nicht möglich gewesen, Sie haben die Forschungswerkstatt auf hohem Niveau installiert, das APS-Projekt initiiert und in der Selbstverwaltung engagiert mitgearbeitet.

Für all das möchten wir Ihnen unsere Hochachtung und Anerkennung aussprechen. Wir wünschen Ihnen für Ihre Zukunft gemeinsam mit Ihrer Familie alles Gute und hoffen, dass Sie Ihre Wunschträume alle verwirklichen können.

Martin Teising, Lilli Gast, Rainer Kleinholz

