

Macht und Ohnmacht in der psychoanalytischen Arbeit

Eine Fallstudie

Horst Kächele · Heinrich Deserno

© Springer-Verlag 2009

Zusammenfassung Die Mitteilung von Träumen nahm in der psychoanalytischen Literatur schon immer einen besonderen Platz ein. Klauber (1969) stellte in seinen Betrachtungen über das Mitteilen von Träumen in der Behandlungsstunde fest, dass „hier eine bedeutungsvolle Mitteilung angestrebt wird“ und weiter „dass hier ein innerer psychischer Konflikt in Bewegung kommt, in dem nämlich das Ich versucht, eine erträgliche Haltung zum Konflikt zu finden“. Die hier mitgeteilte Fallstudie nutzt die Verbatimprotokolle einer vollständig tonbandregistrierten psychoanalytischen Behandlung und detailliert das Thema „Macht und Ohnmacht in der psychoanalytischen Arbeit“. Die ausgewählten Transkriptpassagen erlauben die Rekonstruktion dieses Thema über einen längeren Behandlungsabschnitt. Was der Patient in der Übertragung zu seinem Analytiker „sagt“, das „sagt“ er ihm mit seinen Traumerzählungen in anderer Weise – in der Sprache der Symboltheorie im präsentativen Modus. Zur Hypothese der funktionalen Einheit von Traum und Übertragung gehört auch, dass die aktuelle Übertragungssituation den Wert eines Tagesrestes für die Traumbildung hat und gleichzeitig über die Transformation des Erzählens in die Auswahl des Geträumten eingreift. Alle diese einzelnen Aspekte des funktionalen Verhältnisses von Traum und Übertragung tragen, zusammen genommen, dazu bei, dass das Erzählen eines Traumes in der Analyse hochspezifisch ist.

Power and helplessness in psychoanalytic work

A case study

Abstract Reports of dreams always had a special place in psychoanalytic work. In his remarks on the reporting of dreams in sessions Klauber (1969) firmly held the opinion that an internal conflict is mobilized in which the ego tries to find a tolerable attitude towards

H. Kächele (✉)

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum
Universität Ulm, Am Hochsträß 8, 89081 Ulm, Deutschland
E-Mail: horst.kaechele@uni-ulm.de

H. Deserno
Frankfurt, Deutschland

the conflict. This case study uses the verbatim protocols of a completely tape-recorded psychoanalytic treatment and a detailed discussion on the topic of power and powerlessness in analytic work. The selected passages from the transcripts allow the reconstruction of the topic over a longer time span. What the patient communicates to the analyst in the transferential relationship is the same as what he “says” to him in his dream narratives but in a different mode using symbolic language in the presentative mode. The hypothesis of the functional unity of dream and transference implies that the actual transference situation functions as a kind of day residue and likewise shapes the selection of what can be dreamt of. These various aspects of the functional relationship of dream and transference contribute to the fact that relating a dream in the analytic situation is highly specific.

Vorbemerkung zum Berichten von Träumen in der psychoanalytischen Therapie

Die Mitteilung von Träumen nahm in der psychoanalytischen Literatur schon immer einen besonderen Platz ein. Auf das von Ferenczi (1913a) erstmals erwähnte Bedürfnis des Träumers, seinen Traum vorzugsweise der Person mitzuteilen, von der geträumt wurde, baute Kanzer (1955) seine Ansicht auf, dem Traum eine „kommunikative Funktion“ zuzuweisen mittels deren der Träumer versucht, die Traum Inhalte mit der Realität in Kontakt zu bringen. In diesem Sinne stellte Klaubner (1969, S. 282 f.) in seinen Betrachtungen über das Mitteilen von Träumen in der Behandlungsstunde fest, dass „hier eine bedeutungsvolle Mitteilung angestrebt wird“ und weiter „dass hier ein innerer psychischer Konflikt in Bewegung kommt, in dem nämlich das Ich versucht, eine erträgliche Haltung zum Konflikt zu finden“. Die Traumformulierung stellt dann den Versuch des Ich dar, „mit dem Analytiker in Kommunikation zu treten und seine Hilfe zu erhalten“. Auf die Rolle des Traumes im Rahmen der Übertragung wurde Freud aufmerksam, als er den Umstand, „dass innerhalb einer Analyse weit mehr des Verdrängten im Anschluss an Träume zutage gefördert wird als mit Hilfe anderer Methoden; für solche Mehrleistungen ... muss es eine unbewusste Macht geben, welche während des Schlafzustandes besser als sonst imstande ist, die Absichten der Analyse zu unterstützen“ (1923a, S. 310). Diese These soll im nachfolgenden Fallbericht illustriert werden.

Der Auftakt der Behandlung

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

Die analytischen Sitzungen, die während der stationären Behandlung fünfmal in der Woche stattfanden, wurden ständig von klagenden Äußerungen des Patienten durchsetzt. Diese Klagen waren vielfältiger Natur; sie bezogen sich nicht nur auf seine manifesten Ängste, sondern erfassten seine Sorgen um körperliche Beschädigungen sowie auch seine Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Studium. Zunehmend wurden im Verlauf auch

die Beziehungen zu den Eltern in den Klagenkatalog aufgenommen. Nur die Beziehung zum Großvater wurde deutlich positiv geschildert, mit dessen Herzsymptomen sich sowohl die Mutter – Tochter dieses Großvaters – sowie auch der Patient selbst identifizierten. Von dem Großvaterbild scheint heute noch wichtig zu sein, dass er vielseitig interessiert, aber nicht besonders aktiv war. Für das Empfinden des Kindes schien ihm alles in den Schoss zu fallen: Der Großvater hatte immer Zeit, trotzdem konnte und wusste er Vieles. Im Gegensatz dazu ließ seine Mutter wenig Selbstständigkeit zu. Vom Vater ist zunächst wenig die Rede; er zeichnete sich sowohl durch reale wie auch psychische Abwesenheit aus.

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

Dies illustriert das Beispiel aus der Behandlung, das sowohl der Förderung der Arbeitsbeziehung diente als auch erste deutende Schritte aufzeigte¹.

Patient (P): „Was soll ich in einem solchen Fall jetzt machen, wenn mir überhaupt nichts einfällt, was ich erzählen könnte, wenn mich kein Gedanke von Bedeutung beschäftigt?“

Analytiker (A): „Ja, zunächst hat Sie doch etwas beschäftigt, Sie sagten, keine Gedanken von Bedeutung.“

P: „Ja.“

A: „Dann sagen Sie die, die Sie haben, auch wenn sie Ihnen unbedeutend vorkommen.“

P: „Auch meinerwegen die Feststellung, dass Sie viel englische Literatur haben?“

A: „Ja, eben, das ist doch ein Gedanke, den Sie gehabt haben.“

P: „Oder die Geräusche draußen? Ich sehe keinen Bezug zur Behandlung.“

A: „Nun, das wissen wir nicht. Jedenfalls ist es Ihnen eingefallen.“

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

David und Goliath

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

P: „Wenn ich meinerwegen in Ihnen meinen Vater sehe, wenn ich feststellen würde, dass Sie mir gefallen, es für mich wichtig sein würde, dass ich auch Ihnen gefalle, und ich sage Ihnen, dass ich mich in einem solchen Falle ausgeliefert fühle, schwach.“

Die weitere Arbeit brachte dies auf folgenden Punkt:

¹ Wörtliche Zitate wurden den Verbatimprotokollen entnommen, allerdings wurden die Transkriptionsregeln der Ulmer Textbank nicht übernommen.

P: „Sie meinen, dass Sie in meiner Fantasie ein Riese sind und ich ein Zwerg?“

Dieses Bild verschärfte der Analytiker dann mit folgender Deutung:

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

Es geht vor allem um die Abwehr eines möglichen Rivalisierens. So bemühte der Analytiker sich – oft vergeblich –, die Kränkbarkeit des Patienten zu bearbeiten. Beide gerieten immer wieder in sog. Zwickmühlen, wenn suizidale Stimmungen aufkamen.

Der Initialtraum

Ohne dass der Analytiker selbst ein auf Traumdeutung besonders erpichter Analytiker war, gab es ihm zu denken, dass der Patient erst in der 78. Sitzung den sog. Initialtraum berichtete, den er allerdings schon als Kind erinnerte, geträumt zu haben. In der Sitzung ging es das erste Mal um konkrete Befürchtungen beim Geschlechtsverkehr. Der Analytiker regte an, nach Erinnerungen aus der Kindheit zu suchen. Darauf erinnerte der Patient sich, dass er mit drei Jahren den Wunsch hatte, „Mädchen nackt zu sehen“. Nachfolgend konnte er sich „nur verwaschen an einen Traum erinnern“: „Ich weiß nur, drei nackte Mädchen, sonst nichts“.

Der Versuch, an dieser fragmentarischen Trauerinnerung zu arbeiten, ergab, dass es sich um Frauen in dem Traum gehandelt hatte, was den Patienten überraschte. Dabei kam die Schwester der Mutter, die bei der Familie lebte, ins Gespräch. Der aktuell geäußerte Ekel vor dem weiblichen Genitale wurde vom Analytiker versuchsweise mit frühen Beobachtungen oder Fantasien in Verbindung gebracht. Die folgende Stunde zeigte, dass der Patient auf diese intensive Klärungsarbeit seines Ekels mit einem tachykarden Anfall reagierte. Immerhin konnte der Patient dann seinen Herzanfall mit einem akuten Verlangen nach einem Kontakt zu einem Mädchen in Verbindung bringen (Std. 80).

Klagen als Anklage

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

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

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

141 Ideal

142 In der eingeschränkten Atmosphäre der medizinischen Klinik gaben vorübergehende Kon-
143 takte des Patienten zu Mädchen und Frauen, Mitpatientinnen, immer wieder Anlass, seine
144 Bedürfnisse eingehend zu untersuchen.

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

152 Solche Kontakte konfrontierten den Patienten mit genau dem, was ihm in seiner Sicht abzu-
153 gehen schien: Sie repräsentierten offenkundig sein narzisstisches Ideal von Stärke, Schön-
154 heit und Klugheit. Die Deutung griff den gefährdeten Kontrollverlust auf und versuchte
155 einen Übertragungsaspekt zu benennen (Std. 103):

156 A: „Wir verstehen dann auch, dass Sie hier sich auch so gut kontrollieren müssen, um ja
157 nichts Unvorhergesehenes passieren zu lassen. Weil offenbar dies wie ein Machtverlust erlebt
158 wird – dass also die Beherrschung zu verlieren auch dann heißt die Herrschaft verlieren.“

159 P: „Ja, wenn ich sofort sagen würde, was ich denke hier, würde mir das Wort im Hals ste-
160 cken bleiben.“

161 So waren die ersten Hundert Stunden einerseits von der freundlichen, gefassten Haltung des
162 Patienten bestimmt, in der er mit viel Interesse und guter Abwehr sich auf den analytischen
163 Prozess einließ. Andererseits wurde die Arbeit mit den beständigen Klagen über die Sinn-
164 losigkeit der therapeutischen Mühen durchsetzt. Die von der psychoanalytischen Theorie
165 postulierte unbewusste Trennungsproblematik wurde in der Übertragung nur ansatzweise
166 sichtbar. Auch die aggressive Übertragungskonstellation war vorwiegend unbewusst, wurde
167 jedoch durch das Klagen in die Beziehung getragen. Dazu prägten Schuld- und Beschä-
168 mungsthemen in wechselndem Maß die Themen der Arbeit.

169 Getrenntsein

170 Das Thema der Trennung kam zunehmend stärker zum Vorschein. Zu jemandem eine per-
171 sönlich wichtige Beziehung zu haben, wurde an einem Traum deutlich, in dem der Patient
172 glaubte, der Großvater wäre erschienen (Std. 123):

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

176 Diesen Traum konnte der Analytiker mit Erinnerungen an die Mutter verknüpfen, deren
177 Wichtigkeit für ihn der Patient auch „systematisch zu vergessen“ suchte. Die diesbezügliche
178 Deutung lautete:

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

Daraufhin fiel ihm ein Traum aus der Zeit ein, als er wohl dreizehn Jahre alt war:

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

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

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

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

A: „Im Traum ist das ja sehr schön dargestellt, – dass der Schlüssel nicht passt. Sie haben dann aus dem Ausgeschlossenensein offenbar eine Reaktion entwickelt, Sie werden ausgeschlossen, weil Sie eben zu klein sind, und Ihre Kleinheitsvorstellung wird damit auch zu tun haben, dass der Schlüssel zu klein ist, das Glied zu klein ist.“

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

P: „Mir fällt regelmäßig nur ein, dass es mir eben wehtut, dass da keine Erwiderung ist und dass ich nicht die Möglichkeit habe, das Gegenüber dazu zu bewegen, dass ich wiedergeliebt werde.“

A: „Das hat dazu geführt, dass Sie Ihre ganze Liebessehnsucht erst einmal versteckt haben, kaltschnäuzig wurden, wo es Ihnen warm ums Herz ist ... Sie bekommen Angst, weil Zuneigung zu einer Gefahr bzw. zu einer Kränkung wird. Und dies wiederholt sich hier bei uns, in unserer Beziehung.“

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

Der Patient verstand nun den Ablauf des innerseelischen Geschehens:

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

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

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

Einen anderen, bestätigenden Traum (vom Verkehr mit der Mutter) hielt der Patient noch zurück, stattdessen schilderte er eine passende Erinnerung:

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

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

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

Erleichtert konnte der Analytiker nun sein Deutungsangebot vieler Stunden erneut anbringen, dass der Patient dem Vater dauernd Vorwürfe machen kann, dass dieser ihn geschädigt habe. Außerdem lag es auch nahe, dass die Klagen des Patienten vermutlich sogar spezifische Anklagen waren, dass der Vater und der Analytiker ihn in eine körperliche Notlage gebracht hätten und dieses dann auch ausbaden sollten. Die Gleichsetzung von Vater und Analytiker in der Übertragung konnte in dieser Sitzung gedeutet werden:

A: „Der ist schuld, der soll es ausbaden und der soll es wiedergutmachen. Aber wenn er es wieder gutmachen würde, wenn er so ein großer Analytiker wäre, dass er Sie heilen würde, dann würde er Sie erneut kränken und erneut treffen.“

Der Patient konnte bestätigend fortführen, dass sein Zwiespalt darin bestünde, dass er den Vater einerseits als Freund wollte, und andererseits stünde dieser als sein Gegner dar. Dergleichen Aussagen habe er dem Analytiker gegenüber geäußert. Dieser unterstrich den Mut, den der Patient in dieser Sitzung gezeigt habe, indem er den Inzesttraum berichten konnte.

Folgenloses Fazit

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

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

Der Patient beschrieb sein Dilemma wohl zutreffend, aber er sagte selbst: Es ist eine Konstruktion, und demzufolge kommt er nicht von seiner Angst frei. Er habe sich deshalb entschlossen, „endgültig die Behandlung aufzugeben, weil ich keinen Wert sehe, weiterzumachen“. Es war nicht das erste Mal, dass ihn die Verzweiflung übermannte. In diesen Momenten war der Analytiker gefordert:

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

Der Analytiker wies besonders darauf hin, dass diesen Entschluss wieder aufzugeben zur gleichen Situation führen würde, nämlich dass er wieder über den Patienten gesiegt hätte – eine wahrhaft paradoxe Intervention. Nachfolgend deutete er, der Patient entziehe sich der Angst, dass der Analytiker ihm etwas Gutes tun, ihm zu nahe kommen könne. Der Patient fragte zu Recht, wie er von seinem Gedankengebäude aus seine Angst verlieren solle. Im Augenblick konnte der Analytiker nur sagen: „Indem Sie dorthin gehen, wo Ihr Erleben steckt“. Gemeint war des Patienten triumphales Gefühl, den Analytiker „absurdum geführt zu haben“.

Nach einer längeren Pause fragte der Patient:

P: „Wer sind Sie?“

Wieder folgte ein langes Schweigen, dann sagte der Analytiker:

A: „In zehn Minuten vielleicht tot – ein Toter.“

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

„Schlüsselstunden“

In einer Schlüsselstunde (Std. 202²) wurde deutlich, dass der Patient schon mit einer Unruhe von der Station kam und sich vorher von dem Stationsarzt die Versicherung geholt hatte, dass nichts passieren könne. Dann kam er vor das Sprechzimmer und fand das Schild vorgezogen: „Bitte nicht eintreten“. Er erlebte diesen Moment als abruptes Verlassenwerden, worauf sich eine reaktive Wut entwickelte, die, da sie ihr Ziel nicht erreichen durfte, in den Beschwerden stecken blieb.

Entscheidend war, dass der Analytiker das auslösende Moment „der verschlossenen Tür“ selbst einbrachte und die befürchteten Konsequenzen für den Patienten ausmalte. Er übernahm stellvertretend die Verbalisierung der aggressiven Fantasie und benannte das Motiv, weshalb der Patient nicht toben und schreien konnte.

Übertragungsgeschenk

Am Ende dieser Sitzung bot der Analytiker dem Patienten eine Extrasitzung an, die dieser dankbar annahm. In dieser dann folgenden Sitzung (Std. 203) erinnerte der Patient erstmals einen rezenten Traum:

P: „Ha, ich halte mich gerade an so einen, ich habe ja heute Nacht eine ganze Menge eigentlich geträumt, und diesmal konnte ich’s mir zum Teil merken, aber nur kurioses Zeug.“

A: „Ja.“

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

A: „Es ist ja das erste Mal, glaube ich, überhaupt, dass Sie einen Traum aus der Gegenwart, überhaupt während der Behandlung erinnern.“

P: „Weil ich’s nie erinnern konnte, ja.“

A: „Und das ist zunächst einmal doch sehr bemerkenswert. Und ich glaube, es könnte damit zusammenhängen, dass ich Ihnen heute diese Stunde zusätzlich, extra gebe, dass Sie deshalb auch.“

P: „Gelöster.“

A: „Ja, dass Sie froh waren darüber und.“

P: „Ja, das auf alle Fälle.“

² Diese wurde als Illustration einer typischen Trennungsangstdynamik im zweiten Band des Ulmer Lehrbuchs *Psychoanalytische Therapie* dargestellt (Thomä und Kächele 2006b, S. 368 ff.).

A: „Da ich Sie verschiedentlich gefragt hab, ob Sie träumen, ob Sie Träume erinnern ... glaube ich, dass Sie gerade die Träume dieser Nacht erinnern, dass dies etwas damit zu tun hat, dass Sie mir auch etwas mitbringen möchten, etwas Neues, etwas Zusätzliches. Auch wenn das jetzt, was Sie mitbringen.“

P: „Undurchsichtig ist im Moment.“

A: „... Erst einmal ist unklar, was sich da alles abspielt und Sie damit nicht viel anfangen können, gerade wenn man's dann mitbringt und etwas gibt, dann möchte man ja auch, dass der andere etwas damit tut und anfangen kann. Gibt es irgendeinen Gedanken, der Ihnen dazu einfällt, zu diesen ja doch recht dramatischen Bildern? Nun, irgendetwas haben Sie schon gedacht.“

P: „Ja, die Männer waren weiß, weiß angezogen.“

A: „Alle? Sowohl die zwei als auch der im Kino?“

P: „Nein, der nicht.“

A: „Die zwei.“

P: „Das war ein Film, was ich da geseh'n hab, soweit ich mich erinnere.“

A: „Mhm, hab ich's recht verstanden, Sie saßen im Kino und sahen einen Film?“

P: „Ja, und da war ich plötzlich selbst beteiligt.“

A: „Die zwei, meinen Sie, die weggezogen wurden, die zwei waren weiß angezogen und die nachher im Lastwagen.“

P: „Ja, von solchen Räuberpistolen träume ich vergleichsweise oft, bloß bin ich bisher so gut wie nie eigentlich der gewesen, auf den's abgesehen war. Ich hab schon jahrelang praktisch nichts mehr geträumt, wovor ich so erschrocken bin, wovor ich solche Angst hatte.“

A: „Ja, erst mal ging's ja auch gegen die zwei Männer, die allerdings dann nachher auf dem Lastwagen Sie bedrohten, nicht?“

P: „Aha.“

A: „Aber die waren ja auch irgendwie, im ersten Teil des Traumes, im andern auch bedroht, oder war das nicht eine Art Überfall aus dem Busch? Auf die zwei?“

P: „Das kann ich nicht sagen.“

A: „Mhm.“

P: „Woher ich das überhaupt bringe. Fremde Gesichter.“

A: „Und dieser magische Blick, oder wie das war, eine Katze.“

P: „Eine Katze, ja.“

A: „Die hat Sie sehr stark angezogen.“

P: „Mhm. Und dann habe ich diese Angst bekommen. Bring ich irgendwie mit Mädchen in Verbindung. Ich weiß aber auch nicht wieso.“

A: „Nun, man sagt ja 'die falsche Katze, nicht?'“

P: „Mhm. Aber bevor ich sah, was das wirklich war, bin ich aufgewacht.“

A: „Die Augen der Katze waren besonders wichtig, nicht?“

P: „Die habe ich nicht gesehen.“

A: „Nein, nur die Katze hatte so eine magische Anziehungskraft.“

P: „War im Käfig. Mhm, muss ja wohl eine besondere Bedeutung haben, nachdem ich so erschrocken bin.“

A: „Könnte das was zu tun haben mit ‚nicht anfassen‘, ‚Achtung nicht anfassen‘, die Katze.“

P: „War ja offen!“

A: „Ah, war offen. Es war ein Gitter, aber ein offenes, also irgendwo eine Türe oder was?“

P: „Irgendwie sollte das Viehzeug für mich ein Schutz gegen die zwei Männer sein.“

A: „Hm, mhm, ja, und Katzen haben ja was Weiches, weiches Fell. Anschmiegsam. Hm, Sie haben's wieder verworfen, was Sie gedacht haben.“

P: „Mir fällt nur ein, auf der einen Seite die Härte und auf der anderen Seite das Gegenteil und ich hatte anscheinend vor beidem Angst, dem einen bin ich ja davon gelaufen und das andere war mir scheint's auch nicht so willkommen, sonst wär ja die Angst nicht so groß gewesen. Mir fiel darauf, fällt mir gerade ein, ein Traum ein – nur ganz, ganz vage, wie ich heimkomme und die Wohnung aufmache, die Tür, da ist auch irgend etwas, wovor ich erschrocken bin – im Traum.“

Angriffslust

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

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

A: „Dieses Mädchen ist Ihnen eingefallen bei dem Traum von der Katze?“

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

Die magische Anziehung einer Katze (im Unbewussten gleich attraktives Mädchen, das ihn zurückgewiesen hat), verdeutlicht den Macht-Ohnmacht-Konflikt, der sich hier gut darstellte. Aber noch war der Patient weit davon entfernt, sich dieser Auseinandersetzung zu stellen. Stattdessen stellte sich sein charakteristisches Symptom der Herzasens ein. Die Verbindung der aktuellen Situation „Verlassenwerden durch die anscheinend geschlossene Tür zum Analytikerzimmer“ mit dem Verlassenwerden, Sitzen-gelassen-Werden durch das Mädchen, scheint zu passen.

Traumserien

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

Die vorhergehende Sitzung zentrierte auf die Eigenart des Patienten, bei konflikthaften Gesprächen und Auseinandersetzungen unter heftiger Übelkeit und Versagensängsten zu leiden. Dies trat immer besonders dann auf, wenn er eine eigene Meinung vertreten wollte oder sollte. In einer längeren Ausführung vom Analytiker wurde das als ein Ausweichen

interpretiert, mit dem sich der Patient davor schütze, als Repräsentant einer bestimmten Ansicht abgelehnt oder ausgelacht zu werden. Seine daraus entstehenden Ohnmacht- und Wutgefühle würden ihn dann veranlassen, auch in der Übertragungssituation von dem Analytiker nichts annehmen zu können, was er in Form einer andauernden Kritik an dessen Vorgehen austragen würde.

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

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

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

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

Der Analytiker interpretierte nun das für den Patienten wichtige Abwehrverhalten, das Alles-alleine-machen-Müssen und das In-der-Hand-Behalten. Darauf fielen dem Patienten zwei weitere Träume ein, die sich hinsichtlich ihrer Konflikte deutlich vom ersten, rezenten Traum unterschieden, die aber eine klare Materialfunktion in der aktuellen Übertragungsbeziehung hatten:

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

Unmittelbar nachfolgend fiel dem Patienten noch ein weiterer, zurückliegender Traum ein:

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

Es fiel nicht schwer den Bezug der beiden Träume zur aktuellen Situation herzustellen. In den Träumen und in seinem übrigen Verhalten versuchte der Patient, die Schuld für Verfehlungen anderen zu zuschieben. So ist im Traum ein reicher Mann gestorben, während er nichts damit zu tun hat, er „schießt ja nur auf Vögel“. Oder er zündet zusammen mit seinem Bruder ein Haus an; er ist also wenigstens nicht allein verantwortlich. Genauso trägt der Analytiker die Schuld, dass in der Analyse nichts vorangeht. Die folgende Deutung fasste zusammen, dass der Patient einer gefürchteten Auseinandersetzung damit aus dem Wege

gehen würde, dass er dem anderen Unvermögen und die Verantwortung für missliche Situationen zuschieben oder sich selbst als schwach und gehandicapt (durch seine körperliche Symptomatik) zurückziehen würde:

A: „Das heißt, Sie stellen sich gerade als dumm hin und als machtlos und als schwach; so eine Art von Beschwörungsformel, damit Ihnen ja nichts passiert, Ihnen ja nichts einfällt beim Schießen und Zündeln.“

P: „Ja, da ist mir auch nie was dazu eingefallen, das ist jetzt fasst eine Woche her.“ [Kurze Pause.] „Mir ist bloß jetzt gerade noch ein vierter Traum eingefallen, den ich heute Nacht geträumt habe – das fehlt das Meiste. Es war so ein altes Haus oder Schloss, ich weiß nicht mehr so genau und da hat's Gespenster. Und das träum ich komischerweise oft. Aber neu war, dass ich diesmal wusste, das sind keine Gespenster, eines hab ich verhauen.“

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

Verbotene Lust

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

A: „Ein Abwenden, einfach ein Entzug von Liebe. Auf den Traum bezogen, weil Sie stinken, weil Sie riechen, Ihr Geruch nicht positiv als Wohlgeruch aufgenommen wird, das heißt dann, ‚Ich rieche nicht gut, sondern ich rieche schlecht, denn wenn ich gut riechen würde, dann würde er die Nase nicht abwenden‘.“ [Pause.]

P: „Ja, das wird ja dann auch auf das Tun oder, und auf das Reden sich ausdehnen, ich weiß nicht –.“ [Pause.] „Ja, mir spuckt immer noch mächtig die Angst im Kopf rum, mir passiert irgendetwas Menschliches.“

A: „Mhm.“ [Pause.]

P: „Will aber nicht mehr davon reden, meinetwegen, das stinkt mir.“ [Pause.]

A: „Ja, ja, das stinkt Ihnen, nicht nur stinkt es Ihnen, ich glaube, auch ich stink' Ihnen.“

A: „Die Idee wird abgeleitet daraus, dass ich wenn Sie mir wirklich wichtig wären, dann würde ich mich auch Ihnen so widmen, dass ich jetzt nicht auf die Idee komme, jetzt wegzufahren. Das heißt, Sie – es könnte so sein, dass Sie daraus eine Verurteilung ziehen, etwa derart, na ja, das wird dem gerade recht sein, dass er jetzt endlich mal weg ist, denn so viel Gestank, wie Sie verbreitet haben, oder der Wunsch, über einen längeren Zeitraum bewundert zu werden, ist auch.“

Die Wendung, die der Analytiker hier dem Geschehen gab, spitzte die Situation zu. Wenn dem Patienten etwas Menschliches passieren wäre, wäre es kränkend gewesen, dass der Analytiker ihn in eine solche Situation brachte:

P: „Ja, ja, es ist mir entsetzlich peinlich, ich schwitze vor Angst.“

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

A: „An allem Aufregenden. Die Lust des Traumes, sich nackt zu zeigen und gut zu riechen und Leute zu haben, die drum rum stehen und dumm gucken und sich daran freuen, das ist gewiss eine angeborene Lust.“

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

A: „Ein Wunsch, der eigentlich unerhört ist und auf die Nerven gehen muss, dass Sie mein Wegfahren sich zuschreiben als Verursacher.“

Diese Sicht des Ablaufes betonte erneut, dass schlimme Dinge sich der Kontrolle des Patienten entzogen und ihn dadurch kränkten.

Der Patient zeigt sich empört:

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

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

A: „Das ist eine Kampfsituation. Sie möchten nämlich, dass ich lerne, dass so was einfach nicht passiert. Sie möchten, dass ich lerne, dass man Sie einfach nicht so allein lassen kann, und Sie nehmen mir das übel, dass ich das nicht lerne.“

Der Patient machte aus der Erfahrung der Machtlosigkeit angesichts einer Urlaubsunterbrechung eine Verkleinerung, weil er sie als erneuten Kontrollverlust erlebte. Weil das Tun des Einen zum Tun des Anderen wird, wie Stierlin (1971) schon ausführte, wird es auch zur Kränkung, zum Kontrollverlust. Es wird als eine ihm zugefügte Schikane persönlich erlebt, nicht eben als bloße Urlaubsunterbrechung, die unvermeidlich ist. Einmal mehr resignierte der Patient:

P: „Naja, sicher. Ich kann ja nichts daran ändern, ich brauche gar nichts daran zu ändern. Besonders schlimm ist ja für mich daran nur, dass es mir davon schlecht wird, und wenn es mir davon schlecht wird, damit geht mir ja auch noch alles Übrige flöten. Aber das gehört nicht hierher.“

Dieses Gefühl des Stillstands war in den nachfolgenden Sitzungen überwältigend. Der Patient kam nicht voran, er konnte nichts an seinen Problemen ausrichten. Die Hoffnungslosigkeit war sehr stark. Die Analyse beschützte ihn gegen nichts, war völlig nutzlos. Der Patient fand keinen Halt, auch nicht an seinen rationalen Einsichten, schon gar nicht an den umfänglichen und wohl zu inhaltsreichen Deutungen des Analytikers. Fast alle Sitzungen begannen mit Klagen über Ängste, Beeinträchtigungen und Einschränkungen. Durchwegs herrschten eine heftige Wut und Enttäuschung am Analytiker vor, der ein Verständnis abzu-

gewinnen, diesen vermutlich zu mehr Deutungsaktivität gebracht hatte, als dem Patienten gut tat.

Angstlust

Am Traummaterial der Sitzung 493 wird das Erleben von Angstlust deutlich. Der Patient begann unmittelbar mit einem Traumbericht:

P: „Na, heute Nacht habe ich mal wieder so etwas geträumt, wovor ich ziemlich Angst bekommen habe. Und zwar, ich weiß nicht, was es war. Es war wohl irgendso etwas wie schreckliche Autounfälle. Ich hab das gar nicht gesehen, aber neben mir waren Leute, und die hatten eine Mordsfreude an dem, was da passiert ist, passierte. Und ich hab mich versteckt, dass ich das nicht, äh, sehen musste, was da passiert. Dann ist mir's schlecht geworden und bin ich aufgewacht. Hatte dann einige Zeit da wieder mal mit Angst zu kämpfen.“

A: „Mhm. Und den Leuten im Traum hat's Spaß gemacht da zuzuschauen.“

P: „Ja, vielleicht habe ich's auf die geschoben, weil ich so was Böses nicht, äh, denken darf. Ich weiß nicht. – Wenn, wenn ich so was sehe, dann, oder wenn ich's überhaupt mitkriege, wenn's, wenn's jemand da schlecht geht, dann, für mich gibt's da bloß Angst in der Hauptsache – vielleicht mal ein Ansatz von Schadenfreude, aber der erstickt ja dann, weil ich das nicht denken darf. Dann habe ich noch was geträumt. das fällt mir jetzt, im Moment nicht ein, war mir so peinlich, habe ich auch nur mit Mühe nach heute morgen herübergerettet. Ich weiß es nicht mehr, so was.“

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

P: „Mir ist inzwischen noch ein anderer Traum eingefallen, den, den ich nicht mal erzählen wollte. Es ist aber zu lange her, da weiß ich nun nicht mehr viel. Das war ein ziemlich langer Traum. – Und, äh, ja, wenn ich das zusammenkriegen würde. Da, da, hm, war ich nicht mehr zuhause, da war ich bei irgendjemand, das müssen Sie gewesen sein. Ich kann das nicht mehr so genau sagen, äh, aber in dem Haus war überhaupt niemand, und da bin ich dann so furchtbar verzweifelt irgendwie fort, einfach weggelaufen. Und da habe ich dann einen Haufen Zeug erlebt, das weiß ich aber nicht mehr. Dann, was ich heute Nacht geträumt habe – ?“

Bevor der Patient den nächsten Traum berichtete, griff der Analytiker ein:

A: „Eine Unterhaltung mit mir. Was gibt es, äh, so an Gedanken? War ja neulich auch ein Traum, in dem ich auftauchte, nicht? Der Traum, wo ich mich als hässlich bezeichnet habe“ [Anmerk. d. V.: s. Std. 476].

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

In der vorangegangenen Sitzung wurde der Konflikt zwischen passiver Haltung und Empfangenwollen des Patienten auf der einen Seite und seinem Kritikbedürfnis am Vorgehen des Analytikers auf der anderen Seite thematisiert. Es konnte herausgearbeitet werden, dass die Absolutheit dieses Akzeptierens oder Ablehnens den eigenen Erwartungen bzw. Größenfantasien entspricht. Der Traum verdeutlichte die Angst des Patienten vor der Zurückweisung wegen Kritik: Er „beklagt sich über sich“ als sprachlicher Kompromiss zwischen aktiver Kritik und Unterwerfung. Der Analytiker verwies ihn deshalb (im Traum) an andere Patienten, die sich dümmer als der Patient anstellen.

Lust an der Aggression

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

A: „Ihre Lust an den Zusammenstößen ist ja eine versteckte, wie Sie's im Traum darstellen.“

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

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

Auffällig an dieser Traumfolge ist, dass die Analysensituation hier manifesten Eingang gefunden hat. In beiden Träumen wird genau der in der Behandlung problematisierte Konflikt dargestellt. Das ist abzugrenzen gegenüber Freuds „Gefälligkeitsträumen“, die der „Analyse nachhinken“, aber nur das reproduzieren, was bereits aus Symptomen und Andeutungen rekonstruiert ist (Freud 1911e, S. 356). Die hier vorliegenden Träume verdeutlichen vielmehr die intrapsychischen Aspekte eines Konfliktes, dessen Abwehr in der Behandlung bearbeitet wird. Klauber (1969, S. 291) spricht hier von einer „Neuverteilung von Besetzungen, wodurch der Traumbericht zum Glied einer Reihe wird, die sonst in Symptombildungen hätte gebunden sein können“. Dass Angst und Lust an der Aggression hierbei in Bezug auf den Analytiker erlebt werden, entspricht der begleitenden Übertragungssituation. Dies lässt sich mit der Annahme von Yazmajian (1964) in Übereinstimmung bringen, der das manifeste Auftauchen des Analytikers im Traum wie alle anderen Elemente als symbolisch entstellende Abwehr sieht, wobei der rezente Eindruck vom Analytiker als Abwehr in der Form einer „Deckerinnerung“ gegen latente Wünsche eingesetzt wird.

Die Arbeit an dem Thema Macht und Ohnmacht in der analytischen Arbeit war noch nicht zu Ende. Noch viele Sitzungen lang wurde gekämpft. In der Rückschau stellten Thomä und Kächele jedoch fest, dass der behandelnde Analytiker sich bezüglich der Eigenart der Erkrankung getäuscht hatte:

„Bei der Gestaltung der Therapie wurde zu wenig berücksichtigt, dass sich Herr Christian Y noch in der spätadoleszenten Entwicklungsphase befand. Da für diese Altersgruppe das Macht-Ohnmacht-Problem besonders heikel ist, hätte die Behandlungstechnik stärker

von ‚partnerschaftlicher Kooperation‘ durchdrungen sein müssen (Bohleber 1982). Darüber hinaus führte seine damalige Behandlungstechnik – die Analyse wurde Anfang der siebziger Jahre begonnen – zu systemimmanenten Fehlern, die sich ungünstig auswirkten. Beispielsweise war es verfrüht, dem Patienten zu empfehlen, Medikamente zu reduzieren oder wegzulassen. Auch hätte eine bessere Kooperation zwischen den behandelnden Ärzten dazu beitragen können, die Sicherheit des Patienten zu erhöhen und die Zahl seiner Niederlagen, die zu einer weiteren Minderung der Selbstsicherheit und der Angstbereitschaft führen, zu verringern.“ (Thomä u. Kächele 2006, S. 385)

Da hier die methodologischen Gesichtspunkte, weniger die technischen Fragen, interessieren, hat ein in Traumarbeit wissenschaftlich versierter Psychoanalytiker einen Kommentar zu der Fallgeschichte geschrieben. Er verfügte über kein weiteres Material aus der Behandlung. Sein Kommentar demonstriert, was sich aus einer Fallgeschichte an (klinischen) Erkenntnissen herausdestillieren lässt.

Kommentar zur Fallstudie über den Patienten Christian Y unter dem Aspekt der Mitteilung und Deutung von Träumen³

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

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

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

³ Heinrich Deserno bin ich dankbar, dass er diesen Beitrag zur Abrundung der Fallstudie verfasst hat.

in eine *präambivalente Verschmelzungsfantasie* und den damit verbundenen Entwicklungs-
kurzschluss, die *Umgehung des positiven Ödipuskomplexes*, einzufühlen. Vermutlich wurde
diese Beziehungsfigur bei den diagnostisch-psychodynamischen Überlegungen unter „nar-
zisstischer Ich-Struktur“ subsumiert. Die aversive Reaktion des Analytikers mag außerdem
mit einer nicht genügend hinterfragten analytischen „Haltung“ zusammenhängen, die es
dem Analytiker verwehrt, sich vorzustellen und nachzuempfinden, er selber könne auch
dieser geängstigte Patient sein.

Lebensgeschichtlich spricht für diese Annahme, dass beschrieben wird, dem erstgebore-
nen Sohn sei die überängstliche und verwöhnende Mutter besonders zugetan gewesen, und
weiter, wie früh und wann die Ängste des Patienten einsetzten: als in seinem vierten Lebens-
jahr der Vater von einer längeren Auslandsverpflichtung zurückkam. Dürfen wir ergänzen,
dass der Vater als Störenfried, als Bedrohung der besonderen Beziehung zwischen Mutter
und Sohn von Letzterem erlebt wurde?

Bis zum zwölften Lebensjahr soll eine ausgeprägte Schulphobie bestanden haben. Sie
besserte sich im Sinne einer Wunscherfüllung: Die reale Mutter näherte sich der Fanta-
sie ihres Sohnes an, als sie ihn auf dem Schulweg begleitete und ihm die Hausaufgaben
abnahm. Diese kompensatorische Besserung war jedoch nicht Ausdruck einer Weiterent-
wicklung des Jungen. Mit zwölf schlug eine kurze sportliche Aktivität in Passivität, in eine
Schonhaltung um. Seither bestand die in die spätere Behandlung führende Symptomatik
von Angstanfällen mit Tachykardien und Extrasystolen.

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

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

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

Die Vorbemerkung über die Mitteilung von Träumen, ihre „kommunikative Funktion“ nach
Kanner (1955), mit der Bedeutung nach Klaber (1969), dass Träume dann mitgeteilt wer-
den, wenn das Ich eine neue Einstellung zum Konflikt einnimmt, dies aber regressiv bzw.
wunschorientiert ausdrückt, führt hin zu Freud, der auf die Rolle des Traumes im Rah-
men der Übertragung aufmerksam geworden sei (1923a, S. 310). Hierzu wäre eine Linie
in der Literatur zu ergänzen, in der das Verhältnis von Traum und Übertragung explizit
und spezifisch thematisiert wird. Sie beginnt bei Bertram D. Lewin (1948, 1955) und wird
– neben den schon genannten Autoren – von F. Morgenthaler (1986) mit dem Begriff der
„Traumtendenz“ bzw. der „emotionalen Bewegung im Traum“ fortgesetzt. Morgenthaler
verknüpft die emotionale Bewegung im Traum mit der Übertragung. Deserno (1992) hat
diesen Zusammenhang als „funktionales Verhältnis von Traum und Übertragung“ präzisiert,
was wiederum von Ermann (1998) aufgenommen wurde.

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

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

Erst ab der 123. Stunde geht es wieder um Träume. Der Analytiker verknüpft den Traum vom auferstandenen Großvater, der den Patienten sehr erschreckt, mit der Mutter des Patienten, was zwei Träume „auszulösen“ scheint: den Traum, in dem sein Schlüssel nicht mehr passt, und den Traum, in dem seine Mutter ihren Sohn nicht mehr erkennt. Der Analytiker gibt eine eher von der Theorie des Ödipuskomplexes orientierte Deutung – eine Deutung „von oben“: „... Sie werden ausgeschlossen, weil Sie eben zu klein sind ...“ Diese Deutung nimmt mehrere Schritte auf ein Mal. Dadurch schließt sie den Patienten von der Erkenntnis eher aus und macht ihn klein.

Der Patient akzeptiert dennoch diese Deutung, wenn er sagt:

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

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

terschoß“ verachtete? Taucht diese Kindheitskonstellation in der zu Anfang beschriebenen aversiven Gegenübertragung des Analytikers auf?

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

Das alles ist wichtig für das Verständnis der „Schlüsselstunde“ (Std. 202) und der sich anschließenden zwei Stunden. Der Patient kann nicht in das Zimmer seines Analytikers; er steht vor dem Schild „Bitte nicht eintreten“. In der Stunde übernimmt der Analytiker stellvertretend die Verbalisierung der aggressiven Fantasie des Patienten, und er benennt das Motiv, warum der Patient nicht toben und schreien kann.

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

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

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

Die Zusammenarbeit ist, wie schon gesagt, weniger asymmetrisch, auch wenn sie durch die Symptomatik wieder unterbrochen wird. Dass der erste, in der 225. Stunde erzählte Traum wiederum ein rezenter ist, noch dazu einer, in dem die Analysesituation unmittelbar vorkommt, spricht m. E. für die erreichte Zusammenarbeit im spannungsreichen Feld von Übertragung und Gegenübertragung. Ich meine auch, dass die Gegenübertragung nicht mehr subtil aversiv ist, sondern eher zugewandt, was dem Patienten ermöglicht, auch im Traum die Analysesituation selbst zum Ort der Auseinandersetzung zu machen. Sowohl das Mitbringen rezenter Träume als auch die Verwendung der Analysesituation im Traum sprechen für ein Überwiegen positiver Übertragungsanteile, für ein Nachlassen der ambivalenten Spannung in der Vater-Sohn-Übertragung. Es hat den Anschein, als seien die zu Anfang angenommenen aversiven Gegenübertragungsmomente in dieser Sequenz aufgelöst. Der Patient kann seinem Analytiker zeigen, dass er ihm wichtig ist – seine Traumerzählung könnte mit der Deutung fortgesetzt werden, dass es dem Patienten – inzwischen – etwas ausmacht, wenn auch noch andere zu seinem Analytiker kommen. Nach einer Abwehrdeutung fallen dem Patienten zwei weitere Träume ein, in denen es um Straftaten und Schuld geht. Es wird plausibel gedeutet, dass der Patient mit seiner spezifischen Übertragung eine

„Arbeitsteilung“ zwischen sich und dem Analytiker vorschlägt: Der Patient begeht strafbare Taten, und der Analytiker ist schuld.

Der abschließende Traum vom Gespensterhaus stellt, wie auch beschrieben wird, die beginnende Aktivität des Patienten dem gefürchteten Objekt gegenüber dar. Hier setzt sich ein Wechsel im Übertragungsgeschehen fort, der vielleicht mit den „unentstellten Träumen“ begonnen hat: dass die Analyse und der Analytiker nicht mehr überwiegend mit der hochambivalenten Vaterübertragung besetzt sind, sondern dass deren Bearbeitung eine Besetzung mit der diffusen Mutterübertragung ermöglicht.

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

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

Schlussbemerkungen

Ausgangspunkt ist die letzte Passage des Textes, in der erstens festgestellt wird, dass die Arbeit am Thema „Macht und Ohnmacht“ noch nicht zu Ende gewesen sei und zweitens die Frage gestellt wird, worum beide so lange gekämpft hätten.

Die analytische Arbeit fand an zwei „Fronten“ statt: auf dem Terrain der unbewussten exklusiven präambivalenten Fantasiebeziehung zur Mutter und auf dem Terrain der unentwickelten Vater-Sohn-Beziehung. Das „Kämpfen“ von Patient und Analytiker richtete sich sowohl gegen die Akzeptanz des Analytikers als Vaterfigur – gegen den der Patient nicht antreten wollte – als auch auf die Analysesituation im Sinne einer unbewussten exklusiven präambivalenten Fantasiebeziehung, die der Patient nicht aufgeben konnte.

Es fällt auf, dass das Analysieren mithilfe von Träumen die Analyse voranbringt, selbst dann, wenn die Deutungen zunächst weniger treffend zu sein scheinen. Das liegt daran, dass sowohl das Träumen selbst als auch die in der Analyse erzählten Träume vom Patienten als etwas Eigenes erlebt werden, als etwas Selbsthergestelltes, was das Erschrecken, das die Träume auch auslösen können, etwas kompensiert. Patienten sehen in ihren Träumen einen wichtigen eigenen Beitrag zur Analyse, und deshalb wird sich um die Träume und deren Deutung der gleiche Kampf entwickeln wie um andere Dinge. Zugleich ist der Kampf, der sich in der Übertragung abspielt auch im Traumgeschehen enthalten – anfänglich sehr stark, später dann weniger entsteht.

Immer wieder erweisen sich – nicht nur in dieser Behandlung – Traum und aktuelle Analysesituation als „funktional“ miteinander verschränkt. Hier kann auf die Parallele von Schlaf-Traum-Zustand und psychoanalytischer Situation zurückgegriffen werden (Deserno 1999, 2007, S. 921): „Beiden Situationen ist gemeinsam, dass in ihnen die Motorik bzw. die Handlungsebene herabgesetzt ist, im Schlaf sogar aufgehoben ist. Die Übertragungssituation vermag jedoch, da sie über das Sprechen immer noch mehr Handeln als der Schlaf-Traum-Zustand zulässt, die Traumerlebnisse der Nacht gleichsam an sich zu ziehen. Im Schlaf erfordert der Handlungsaufschub eine (halluzinatorische) Wunscherfüllung über Bilder, im Liegen auf der Couch führt die motorische Einschränkung zu einer Stärkung des sprachlichen Handelns.“

Die funktionale Verschränkung geht jedoch noch weiter (Deserno 1992, S. 963): „... die Bedeutung, die ein Traum in der analytischen Situation bekommt, [ist] durch die Traumarbeit schon vorgebildet“ und „Was wir schlafend im Traum erkennen, das können wir im wachen Zustand in der Übertragung wiedererkennen.“ Wenn der Analytiker sich von

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

Literatur

- Bohleber W (1982) Spätadoleszente Entwicklungsprozesse. Ihre Bedeutung für Diagnostik und psychotherapeutische Behandlung von Studenten. In: Krejci E, Bohleber W (Hrsg) Spätadoleszente Konflikte. Indikation und Anwendung psychoanalytischer Verfahren bei Studenten. Verlag f Med Psychol, Göttingen S 11–52
- Deserno H (1992) Zum funktionalen Zusammenhang von Traum und Übertragung. *Psyche – Z Psychoanal* 46:959–978
- Deserno H (2007) Traumdeutung in der gegenwärtigen psychoanalytischen Therapie. *Psyche – Z Psychoanal* 61:913–942
- Ermann M (1998) Träume erzählen und die Übertragung. *Forum Psychoanal* 14:95–110
- Ferenczi S (1913a) Wem erzählt man seine Träume? Erfahrungen und Beispiele aus der psychoanalytischen Praxis. In: Ferenczi S (Hrsg) Bausteine zur Psychoanalyse, Bd III. *Int Psychoanal*, Leipzig Wien Zürich 1938 (Nachdruck Huber, Bern 1964) S 47
- Ferenczi S (1913b) Zur Ontogenese der Symbole. In: Ferenczi S (Hrsg) Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. I. *Int Psychoanal*, Leipzig Wien Zürich 1938 (Nachdruck Huber, Bern 1964) S 101–105
- Freud S (1911e) Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychoanalyse. *GW Bd 8*, S 349–357
- Freud S (1923a) Psychoanalyse und Libidotheorie. *GW Bd 13*, S 209–233
- Kanzer M (1955/1999) The communicative function of the dream. *Int J Psychoanal* 36:260–266
- Klauber J (1969) Über die Bedeutung des Berichtens von Träumen in der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal* 23:280–294
- Lewin BD (1948) Inferences from the dream screen. *Psychoanal Q* 29:224–231
- Lewin BD (1955/1999) Traumpsychologie und die analytische Situation, In: Deserno H (Hrsg) Das Jahrhundert der Traumdeutung. Klett-Cotta S Stuttgart, 113–139
- Morgenthaler F (1986) Der Traum. Frankfurt aM, Qumran
- Stierlin H (1971) Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Thomä H, Kächele H (2006) Psychoanalytische Therapie, Bd 2: Praxis 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Yazmajian RV (1964) First dream directly representing the analyst. *Psychoanal Q* 33:536–551

Horst Kächele, Prof. Dr.med. Psychoanalytiker (DPV/IPV), Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ärztl. Direktor der Universitätsklinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm. Forschungsschwerpunkte: Verlaufs- und Ergebnisforschung, Psychonkologie, Klinische Bindungsforschung (s. www.horstkaechele.de). (Siehe auch Heft 1, 2009.)

Heinrich Deserno, Dr. med., Psychoanalytiker (DPV/IPA), Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leiter der Psychotherapeutischen Ambulanz und der Depressionsprechstunde des Sigmund-Freud-Instituts, Frankfurt M. Forschungsschwerpunkte: Prozessforschung, Traumforschung, Symboltheorie, psychoanalytische Therapie der Depression.