

TAMARA FISCHMANN, MARIANNE LEUZINGER-BOHLEBER &
HORST KÄCHELE

Traumforschung in der Psychoanalyse: Klinische Studien, Traumserien, extraklinische Forschung im Labor*

Übersicht: Auch heute noch betrachten viele klinisch tätige Psychoanalytiker den Traum als die »Via regia zum Unbewussten«, als zentrale Quelle von Erkenntnissen in ihrer »spezifischen Wissenschaft des Unbewussten«. Im ersten Teil dieser Arbeit wird skizziert, dass als Ergänzung dazu in den letzten Jahrzehnten weitere, interessante methodische Zugangsweisen in der klinischen und extraklinischen Traumforschung der Psychoanalyse entwickelt wurden. Wie durch einen Einzelfall aus der noch laufenden LAC-Depressionsstudie illustriert wird, können wir im Rahmen dieser Studie einerseits anhand von differenzierten Einzelfallstudien einen Beitrag zur klinisch-psychoanalytischen Traumforschung leisten. Andererseits stehen uns heute dank der Entwicklungen in der Therapieforschung eine Reihe von anspruchsvollen extraklinischen Methoden zur Verfügung, um die Veränderung des manifesten Traum inhalts während Psychoanalysen zu untersuchen. Ergebnisse, die mit solchen Methoden gewonnen wurden, werden auch von Vertretern der nichtpsychoanalytischen Wissenschaftswelt akzeptiert und öffnen daher neue Türen zum interdisziplinären Dialog. Besonders überzeugend scheint uns die Möglichkeit, Träume, wie sie in der klinisch-psychoanalytischen Situation erzählt wurden, mit solchen zu vergleichen, die von dem jeweiligen Analysanden, völlig unabhängig davon, zum gleichen Zeitpunkt im Schlaflabor berichtet wurden.

Schlüsselwörter: klinische und extraklinische Traumforschung; Veränderung latenter und manifester Traum inhalte in Psychoanalysen; experimentelle Schlaftraumforschung; LAC-Depressionsstudie

1. Vorbemerkungen

Im Erscheinen von Freuds *Traumdeutung* (1900a) sehen viele die Geburtsstunde der Psychoanalyse. Auch heute noch betrachten viele klinisch tätige Psychoanalytiker den Traum als die »Via regia zum Unbewussten«, als zentrale Quelle von Erkenntnissen in ihrer »spezifischen Wissenschaft des Unbewussten« (vgl. Leuzinger-Bohleber 2010a). Doch haben sich, wie wir im Folgenden illustrieren möch-

* Bei der Redaktion eingegangen am 19.03.2012.

ten, in den letzten Jahren für die psychoanalytische Traumforschung neue Chancen für den interdisziplinären Dialog mit den angrenzenden Wissenschaften ergeben (vgl. u.a. Fonagy et al. 2012).

Um die Mitte des letzten Jahrhunderts ging mit der Veröffentlichung einer monographischen Übersicht zur Literatur der Traumforschung und Traumdeutung (Siebenthal 1953) eine Epoche zu Ende; denn mit der Entdeckung der raschen Augenbewegungen bei Säuglingen (Aserinsky & Kleitman 1955) begann ein neues Denken. Von nun an wurde dem biologischen Traumprozess intensive Aufmerksamkeit geschenkt (Hartmann 1967), während die Psychologie des Träumens und die Deutung dieser Phänomene im Papierkorb des Biologismus zu verschwinden drohten. Nach einer Phase der Dominanz dieser Betrachtungsweise meldeten sich wissenschaftliche Positionen zurück, die, statt in radikal zugespitzten Alternativen zu denken, eine integrative Verbindung der verschiedenen Ebenen Biologie und Psychologie zu gewinnen suchten (Globus 1987; Kaplan-Solms & Solms 2003; Ellman & Weinstein 2011). Träumen und Traum waren obwohl kategorial verschieden wieder gleichermaßen respektierte wissenschaftliche Sachverhalte. Eine der bekanntesten Kontroversen zu diesem Thema fand und findet zwischen Allan J. Hobson und Mark Solms statt. In einer neuen Arbeit mit dem Titel »Hobson's protoconsciousness and Freud's primary process« zeichnet Solms (2012) die Annäherung des biologisch orientierten Hirnforschers Hobson an Freuds Traumtheorie nach.

In unserem Beitrag skizzieren wir nach einem verdichteten historischen Abriss die klinisch-psychoanalytische und die extraklinisch-empirische Traumforschung am Beispiel der aktuellen LAC-Depressionsstudie.

2. *Kurzer historischer Abriss: von klinischen Studien zur Untersuchung von Traumserien in der psychoanalytischen Psychotherapieforschung*

Unser Gang durch die verschiedenen Forschungsphasen zielt weniger auf Vollständigkeit als darauf, die Vielfalt der Forschungsansätze herauszuarbeiten. Den Anfang markiert Freuds Darstellung einer fast vollständigen Analyse des Irma-Traums, der als Mustertraum der Psychoanalyse Karriere gemacht hat (Freud 1900a). Mit diesem beispielhaften Deutungsversuch wurde eine Forschungsli-

nie inauguriert, die anhand eines konkreten Traumbeispiels die Möglichkeiten und Unwägbarkeiten eines solchen Unternehmens belegt. Vielfältige Sekundärinterpretationen konnten aufzeigen, dass die Interpretation eines Traumes neue Verstehenshorizonte zu generieren vermochte, die jene von Freud ergänzten oder ihnen sogar widersprachen (Erikson 1955; Schur 1966; Thomä 1987; Peters 1989).

In der hundertjährigen Traum-Geschichte der psychoanalytischen Bewegung lassen sich nur wenige weitere Beispiele für solche exemplarischen Traumberichte finden, die als Grundlage einen konkreten Traumtext haben, an dessen Interpretation sich ganze Generationen von Psychoanalytikern abgearbeitet haben.

Einen weiteren Schritt in der Untersuchung von Träumen markierte die Studie von Franz Alexander über »Traumpaare und Traumreihen« (Alexander 1925); zum ersten Mal wurde das Moment der Wiederholung von Traumgehalten thematisiert. Traumberichte in psychoanalytischen Behandlungen wurden durch ihren seriellen Charakter gekennzeichnet. Der Traum als Problemlösungsparadigma trat nun in den Vordergrund; die Aufgabe bestand nicht mehr darin, den singulären Traum zu interpretieren, sondern das Problem zu lösen, dessentwegen die Traumarbeit sich immer wieder mit demselben Thema abmühen musste. Diese Perspektive prägte auch das Bemühen von Thomas French vom Chicago Institute of Psychoanalysis. Den zweiten Band seines dreibändigen Werks *The Integration of Behavior* (1952, 1954, 1958) leitet er folgendermaßen ein:

»In diesem Band versuchen wir zu zeigen, dass jeder Traum auch eine logische Struktur aufweist und dass die logischen Strukturen verschiedener Träume derselben Person miteinander verknüpft sind, dass sie alle Bestandteil einer einzigen Kommunikationsstruktur sind« (French 1954, S. V; Übers. H.K.).

Aus der deutschen psychoanalytischen Literatur der Mitte des letzten Jahrhunderts möchten wir an ein Dokument erinnern, das auch den Nutzen des systematischen Studiums kompletter Traumserien illustrierte. Alexander Mitscherlichs Studie *Vom Ursprung der Sucht* (1983 [1947]) versuchte auszubreiten, »was die Patientin in Träumen an unbewusster Haltung, Erwartung, kurz an seelischen Inhalten, mitzuteilen in der Lage war« (S. 285). Vom dritten Fallbeispiel liefert er sogar die komplette Liste aller 103 Träume im Anhang. Allerdings sind uns keine Bemühungen bekannt, dieses Traummaterial

weiter systematisch zu untersuchen. Eine formale Affekt- und Beziehungsanalyse in Traumserien von Patienten mit psychosomatischen Krankheitsbildern lieferten Enke und seine Mitarbeiter aus der Psychosomatischen Klinik der Universität Freiburg in Umkirch (Enke, Ohlmeier & Nast 1968). Auf der Basis der ersten per Tonband aufgezeichneten psychoanalytischen Behandlung in der BRD konnte die ödipale und präödipale Deutungsarbeit des Analytikers (H. Thomä) mit dem Patienten Christian Y anhand zweier Traumkonfigurationen nachgezeichnet werden (Geist & Kächele 1979).

Diese durch Tonbandaufzeichnungen geförderte Erschließung von systematischen Traum-Korpora wurde in Ulm dann in weiteren Studien vorangetrieben. Leuzinger-Bohleber führte ihre Untersuchungen zur Veränderung kognitiver Prozesse anhand von Traumberichten aus den Anfangs- und Endphasen von fünf psychoanalytischen Behandlungen durch. Zunächst untersuchte sie exemplarisch die Träume, die durch ein Tagebuch eines Analysanden zugänglich waren (Leuzinger-Bohleber 1987). Mit der dort entwickelten Methodologie analysierte sie dann jeweils Träume der ersten und letzten 100 Analysestunden von vier tonbandaufgezeichneten psychoanalytischen Behandlungen (Leuzinger-Bohleber 1989). In den Träumen der Endphase der erfolgreichen Psychoanalysen erweitert sich das Spektrum der Affekte in den manifesten Traumgehalten (Motive der Freude, der Überraschung, des Stolzes, des Triumphes, der Trauer, der Distanzierung etc.; Angstträume waren seltener als zu Beginn der Behandlung, kamen aber immer noch vor). Zudem finden sich mehr gelungene als misslungene Problemlösungen. Weiter ist das Traum-Ich seltener in der Beobachterposition und aktiver. Schließlich tauchen reifere Objektbeziehungen und mehr Menschen als Tierdarstellungen auf (ebd.).

Zu einem späteren Zeitpunkt wurde untersucht, wie die Entwicklung über den gesamten Verlauf einer dieser vier psychoanalytischen Behandlungen, den der Patientin Amalie X, bewertet werden kann (Kächele, Eberhardt & Leuzinger-Bohleber 1999). Die ausschließliche Untersuchung der Träume der Anfangs- und Endphase der Behandlung lässt offen, wie sich Veränderungsprozesse im Verlauf der Therapie gestalten. Wir fanden sowohl Verläufe von Messgrößen mit Variationen um einen Mittelwert in der Intensität (wie z.B. in den aggressiven und ängstlichen Emotionen) als auch Veränderungen von Parametern, die sich entlang der Zeitachse abwärts oder aufwärts bewegen. Überraschend war der Befund, dass

die Patientin Amalie X schon zu Behandlungsbeginn spezielle Traumfähigkeiten aufweist, nämlich die Fähigkeit, aktiv Beziehungsmuster in ihrem Träumen zu organisieren. Die Veränderungen zeigten sich in der Qualität dieser Beziehungen, die freundlicher und sorgender wurden.

Beeindruckend sind die systematischen Veränderungen über die Zeit in der Traumatmosfera: selbstbezogene negative Emotionen nehmen deutlich ab; hingegen weisen objektbezogene negative Emotionen eine stabile Variabilität um einen Mittelwert auf und zeigen keine Trends, weder auf- noch abwärts. Über den Verlauf setzt sich in den Träumen der Patientin die Fähigkeit zu erfolgreichen Problemlösungsstrategien immer deutlicher durch.

Unser Gang durch die Geschichte der psychoanalytischen Traumforschung wäre jedoch unvollständig, wenn wir die Entwicklung der experimentellen Schlaftraumforschung durch Psychoanalytiker ausklammern würden. Thomas »Bemerkungen zur Bedeutung neuerer physiologischer Schlaf- und Traumuntersuchungen für die psychoanalytische Traumlehre« (1965) richteten die Aufmerksamkeit der Psychoanalyse auf das neue im Schlaflabor situierte Forschungsfeld, welches Charles Fisher als Psychoanalytiker mitinitiiert hatte. Gemeinsam mit der Entdeckung des REM-Schlafes (Rapid Eye Movement = schnelle Augenbewegungen) durch Aserinsky & Kleitman (1955) sowie durch die im Schlaflabor entdeckten regelmäßigen Schlaf-Wach-Phasen (Fisher 1965) entfachten sie ein wissenschaftlich-experimentelles Interesse am Traumprozess. Die Möglichkeit, die physiologischen Merkmale des Schlafes zu messen, erlaubte nunmehr durch gezielte Weckungen aus verschiedenen Schlafphasen eine erlebnisnähere Bestandsaufnahme des Träumens. In Laborexperimenten konnten so u.a. die Beeinflussbarkeit von Träumen durch visuelle und akustische subliminale Stimulation vor dem Einschlafen (Leuschner, Hau & Fischmann 2000; Leuschner 1986; Strauch & Meier 2004; Schredl 1999) sowie die Bedeutung des Traums für das Gedächtnis (Leuschner & Hau 1995) untersucht werden, was nicht zuletzt ein Überdenken der Freud'schen Traumtheorie zur Folge hatte (vgl. u.a. Fiss 1995; Hau 2009).

3. *Systematische klinisch-psychoanalytische Traumforschung im Rahmen der LAC-Depressionsstudie*¹

Wie aus dem historischen Abriss hervorgeht, ist es in der extraklinischen Traumforschung aus methodischen Gründen sehr viel einfacher, den *manifesten* Trauminhalt zu untersuchen: Die Arbeit am *latenten* Trauminhalt u.a. durch ein systematisches Verfolgen der Assoziationen zum Traum in der analytischen Sitzung und dem Versuch, darin Indikatoren für das aktuelle Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen zu finden, stellt extraklinische Forscher vor anspruchsvolle methodische Probleme. Obschon einzelne Psychoanalytiker wie Jiménez (2012) prinzipiell in Frage stellen, ob das Konzept des *latenten* Trauminhalts in der heutigen klinischen Praxis noch relevant ist, zeigen die aktuellen Erfahrungen in der LAC-Depressionsstudie, dass für die psychoanalytischen Kolleginnen und Kollegen durchaus ein Verstehen latenter Sinngehalte von Träumen und deren Bezug zum aktuellen Übertragungsgeschehen wichtiger Teil ihrer Behandlungstechnik ist. Das systematische Nachdenken über latente Sinnstrukturen in den Träumen bildet für viele von ihnen eine wichtige Quelle von Einsichten in bis ins Unbewusste hineinreichende Veränderungen ihrer Langzeitpatienten. Daher scheint uns die Frage nach der Bedeutung des *latenten*

¹ Wie in anderen Arbeiten ausführlich dargestellt, untersucht ein multizentrisches und interdisziplinäres Forscherteam z.Zt. in der LAC-Depressionsstudie die kurz- und langfristigen Ergebnisse von psychoanalytischen und kognitiv-behavioralen Langzeittherapien bei chronisch Depressiven (Leuzinger-Bohleber 2005; Leuzinger-Bohleber et al. 2010). LAC steht für »Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression: Kurz- und Langzeitwirkungen präferierter bzw. randomisierter Therapien« (Projektleitung: M. Leuzinger-Bohleber, M. Beutel, M. Hautzinger, W. Keller, U. Stühr, unterstützt von der DGPT, der Heidehofstiftung und der Research Advisory Board der International Psychoanalytical Association).

Dabei wird versucht, einerseits den Kriterien, die in Zeiten der evidenzbasierten Medizin an Therapievergleichsstudien angelegt werden, zu genügen und andererseits gleichzeitig die klinisch-psychoanalytische Forschung voranzutreiben, ein anspruchsvolles Anliegen, das in unauflösbare Spannungsfelder zwischen klinischer und extraklinischer Forschung in der Psychoanalyse, aber auch zu neuen Erkenntnismöglichkeiten führt (vgl. dazu u.a. Leuzinger-Bohleber 2010a). Dies möchten wir an der systematischen Untersuchung von Traumserien illustrieren.

Traumgedankens immer noch offen. Allerdings kann sie nur durch *klinisch-psychoanalytische Forschung* systematisch verfolgt werden, wie wir im Folgenden kurz illustrieren möchten.

Die Klippen der klinisch-psychoanalytischen Forschung sind bekannt.² Sie reichen von der zufälligen Auswahl und Zusammenfassung des klinischen Materials, um bestimmte theoretische Sichtweisen zu belegen, über hermetisch abgeschlossene Argumentationslinien, narzisstisch anmutende Überlegungen an Stelle von selbstkritisch-offenen Reflexionen klinischer Beobachtungen bis hin zur Präsentation von psychoanalytischen »Starfällen« statt »normaler« oder gar gescheiterter Behandlungen. Ferner besteht vor allem bei Ausbildungsfällen die Gefahr einer (unbewussten) Konstruktion von erwünschten psychoanalytischen Einsichten, die vorherrschenden theoretischen Konzepten entsprechen und diese dadurch immer wieder »bestätigen«. Damit werden neue, innovative Entwicklungen und unkonventionelle Ideen in der Psychoanalyse eher behindert. Dennoch halten wir es für wichtig, das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten und nicht gänzlich auf klinisch-psychoanalytische Traumforschung zu verzichten, denn auf der klinisch-psychoanalytischen Forschung beruhen trotz all dieser Schwierigkeiten die allermeisten bisher in der Psychoanalyse gewonnenen Einsichten zu unbewussten Phantasien und Konflikten.

² Die klinisch-psychoanalytische Forschung findet in der psychoanalytischen Situation selbst statt. Freud (1927a) charakterisierte sie mit dem bekannten und umstrittenen Begriff der »Junktim-Forschung«. Wie an anderer Stelle ausgeführt, wird von vielen Psychoanalytikern diese Art der Forschung immer noch als das Kernstück genuin psychoanalytischer Forschung verstanden. Doch ist die Kommunikation von Einsichten, die in der psychoanalytischen Situation gewonnen wurden, selbstverständlich daran gebunden, diese nachträglich, d.h. nach der analytischen Sitzung mit Kolleginnen und Kollegen oder auch mit nichtpsychoanalytischen Forschern zu teilen, z.B. in Supervisionsgruppen, Fallberichten, klinisch-wissenschaftlichen Arbeiten etc. Die psychoanalytische Expertenvalidierung ist eine Methode, die Kommunikation von Beobachtungen und Einsichten, die in psychoanalytischen Sitzungen gewonnen wurden, zu systematisieren und mit einigen der o.g. Gefahren dieser Form der klinischen Wissenskultur (selbst-)kritisch umzugehen. Zu Recht kann eingewandt werden, dass die Expertenvalidierung »extraklinische Anteile« einschließt, da sie nach der klinischen Situation stattfindet. Doch ist die Erforschung ihres Gegenstandes, von unbewussten Phantasien und Konflikten, an die psychoanalytische Situation gebunden und wird daher als »klinisch-psychoanalytische Forschung« charakterisiert.

Daher versucht u.a. die »Project Group on Clinical Observation« der IPV die Qualität der klinisch-psychoanalytischen Forschung zu verbessern (vgl. www.ipa.org.uk).

Eine Möglichkeit, den eben erwähnten Gefahren klinischer Forschung zu begegnen, ist die *psychoanalytische Expertenvalidierung*, die wir in der DPV-Katamnesestudie entwickelt und seither in verschiedenen Studien angewandt haben (vgl. dazu u.a. Leuzinger-Bohleber et al. 2002; Leuzinger-Bohleber, Engels & Tsiantis 2008). Sie zielt darauf ab, Verzerrungen der subjektiven Wahrnehmung z.B. durch unerkannte Gegenübertragungsprobleme systematisch durch psychoanalytische Experten in einer Gruppe zu erkennen und zu korrigieren. Dadurch wird, wie wir exemplarisch aufzeigen werden, die Qualität der klinisch-psychoanalytischen Forschung erhöht.

Ausgangspunkt für die systematische klinisch-psychoanalytische Traumforschung im Rahmen der LAC-Studie sind die wöchentlichen Konferenzen, in der die laufenden Behandlungen in Intervisionsgruppen regelmäßig vorgestellt und diskutiert werden. Zudem findet dreimal im Jahr ein klinischer Workshop statt, zu dem z.T. Experten eingeladen werden. Die detaillierten klinischen Beobachtungen werden mit den Konzeptualisierungen, wie sie im »Tavistock-Manual der psychoanalytischen Psychotherapie – unter besonderer Berücksichtigung der chronischen Depression« von David Taylor (2010) enthalten sind und in der anfänglichen Schulung der LAC-Therapeuten diskutiert wurden, in Beziehung gesetzt und mit eigenen Überlegungen verbunden. Die in dieser »klinisch-psychoanalytischen Forschung« gewonnenen Einsichten werden von den Therapeuten in systematischen Einzelfallstudien zusammengefasst und nach mehreren »Kontrollschritten«, die in der Methode der psychoanalytischen Expertenvalidierung festgelegt sind, publiziert (vgl. dazu Westenberger-Breuer & Maccarrone Erhardt 2010; Sturmfels 2010; Leuzinger-Bohleber 2012; Goebel-Ahnert, in Vorb.). Da die KollegInnen der klinischen Konferenzen die laufenden Behandlungen gut kennen, wird deren »Expertenwissen« als systematische Hilfestellung beim Verfassen der Fallberichte und dem Verstehen und Verschriftlichen von »narrativen Wahrheiten« genutzt. Sowohl bei der Auswahl des Fokus der Falldarstellung und des klinischen (Stunden-)Materials als auch bei den theoretischen Überlegungen werden die Kolleginnen und Kollegen einbezogen. Die psychoanalytische Peergroup wirkt als sensible Kontrolle der Kommunikation »narrativer Wahrheit« im Fallbericht: Vor den Kol-

leginnen und Kollegen einer Peergroup will eine Autorin nicht als jemand dastehen, der problematisches klinisches Material weglässt, beschönigt oder sogar verfälscht. Die Kolleginnen und Kollegen werden daher schon im Prozess des Schreibens zu guten, aber auch kritischen inneren und äußeren Objekten und dadurch gewissermaßen zu Garanten der »narrativen Wahrheit« der Fallberichte.

Im Folgenden soll ein Eindruck von dieser Form der klinisch-psychoanalytischen Traumforschung vermittelt werden. Anschließend illustrieren wir an einem Beispiel, wie wir in der LAC-Studie diese *klinisch-psychoanalytische* mit *extraklinisch-psychoanalytischer Traumforschung* im Schlaflabor verbinden. Es war für uns überraschend, wie gut sich die klinisch-psychoanalytischen Einsichten der Klinikerin (M. Leuzinger-Bohleber) zu Traumveränderungen mit den »blind« vorgenommenen extraklinischen Analysen der Träume durch T. Fischmann deckten – für uns eine sehr gute Möglichkeit einer externen Validierung von klinisch-psychoanalytischer Forschung.

Ein Fallbeispiel zur Illustration der Arbeit mit Traumserien in der heutigen klinisch-psychoanalytischen Forschung

Wir müssen uns in diesem Rahmen auf einige biographische Informationen, auf eine kurzen Traumserie, die die Veränderungen der *manifesten* Trauminhalte illustriert, und auf einen kleinen Ausschnitt der Arbeit mit den *manifesten und latenten Trauminhalten* in einigen wenigen analytischen Sitzungen beschränken (ausführliche Zusammenfassung der Psychoanalyse bei Leuzinger-Bohleber 2010b, S.206ff.; 2012). Das Verstehen der Träume nahm einen zentralen Stellenwert in der analytischen Arbeit ein. Der Analysand war, möglicherweise bedingt durch das Zusammenbrechen des Urvertrauens infolge der frühkindlichen Traumatisierungen, ein ausgesprochen kritisches Gegenüber und gleichzeitig ein begabter Beobachter seiner Assoziationen zu den Träumen. Oft wurde in späteren Behandlungsphasen gemeinsam auf frühere Träume zurückgegriffen, auch um nach Veränderungen der unbewussten Konflikte und Phantasien des Patienten im Laufe der Behandlung zu suchen, denn die Reaktivierung von extremer, durch die Traumatisierung bedingter Hilflosigkeit, Verzweiflung und seelischer Kapitulation in der analytischen Beziehung war für diesen Analysanden entscheidend. Es war wichtig für ihn, der Analytikerin seine abgrundtiefe Einsam-

keit und Hoffnungslosigkeit zu zeigen, denn seine Eltern hatten vermutlich gerade dies nie ertragen. Sie brauchten die Illusion, das Trauma hätte keine bleibenden Spuren hinterlassen, sondern »alles ist wieder gut«. So erlaubten der Inhalt der Träume und das Verständnis des latenten Traum inhalts durch die sorgfältige Beobachtung der Assoziationen sowohl ein sukzessives Verständnis der erlittenen Traumatisierungen als auch Hinweise auf Anzeichen von therapeutischen Veränderungen.

Der Patient wird zur LAC-Studie überwiesen, weil er einen Rentenantrag gestellt hat. Herr W. leidet seit über 25 Jahren an schwersten Depressionen mit massiven körperlichen Symptomen, unerträglichen Ganzkörperschmerzen, gravierenden Ess- und Schlafstörungen. Oft schlafe er gar nicht. Meist erwache er nach 1½, höchstens 3 Stunden. Er fühle sich zerschlagen und könne sich kaum konzentrieren.

Herr W. hat schon viele erfolglose Therapieversuche hinter sich: eine Verhaltenstherapie, eine Gestalttherapie, eine Körpertherapie sowie mehrere stationäre Aufenthalte in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Er gehört zu der Gruppe von Patienten, die auf Kurztherapien und die meisten Psychopharmaka nicht zu reagieren scheinen und deren Rückfälle sich in immer kürzeren Abständen wiederholen und an Intensität zunehmen.

Zu seiner Frühgeschichte ist bekannt, dass er ein »Schreibaby« war. Die Mutter von Herrn W. erkrankte ernsthaft in seinem 4. Lebensjahr. Er wurde mehrere Wochen in ein Kindererholungsheim gebracht, das offenbar noch nach den nationalsozialistischen Erziehungsprinzipien geführt wurde. In der Psychoanalyse wird deutlich, welche traumatische Erfahrung dieser Heimaufenthalt für ihn gewesen war. Seine couragierte Tante hatte sich schließlich den Zugang zu ihm buchstäblich erstritten und ihn völlig apathisch und schwer krank in einem Isolierzimmer vorgefunden. Offiziell hatte man den Eltern mitgeteilt, der Kleine sei munter, spiele, es gehe ihm gut. Die Tante schlug Alarm: Der Vater holte W. gleich ab. Die früheste Kindheitserinnerung von Herr W. dreht sich um dieses Ereignis: Er erinnert, wie ihn der Vater an der Hand aus dem Heim führt. Eine weitere Erinnerung ist, dass ein Mädchen gezwungen wurde, sein Erbrochenes aufzuessen.

Die Mutter schilderte auf Nachfrage, dass W. nach dem Heimaufenthalt völlig verändert war: Er sei verstummt, wollte nicht in den Kindergarten gehen und sei ein schüchterner, tagträumender Junge gewesen, der »sich hauptsächlich in der Natur wohlfühlte«. In der Psychoanalyse wird deutlich, dass er durch die traumatische Trennung von seinen Liebesobjekten das basale Vertrauen in seine inneren Objekte verloren hatte und während Jahren in einem dissoziativen Zustand lebte. In vielen Träumen erlebt er sich in Todesgefahr, allein gelassen und voll von panischer Angst und Verzweiflung.

Trotz der dissoziativen Zustände und seiner sozialen Isolation war W. ein guter Schüler, absolvierte zuerst eine Lehre und später ein Studium. In der Adoleszenz hatte er einen psychosomatischen Zusammenbruch, bekam aber keine Psychotherapie. In der Spätadoleszenz lösten Trennungen von seinen Freundinnen Depressionen aus, die ihn arbeitsunfähig machten und in Therapie führten. Diese brachten zwar Linderung, »aber keine Heilung« (Herr W.).

Er ist verheiratet und hat eine zu Beginn der Behandlung 3½ Jahre alte Tochter. Die letzte schwere Depression (vor 1½ Jahren) wurde ausgelöst, als ihn seine Frau in einem Zustand der physischen Erschöpfung nach einer monatelangen Doppelbelastung durch die Renovierung der gemeinsamen Wohnung kalt und unempathisch attackierte. Herr W. konnte sich gegen diesen Angriff nicht zur Wehr setzen. Am nächsten Morgen erwachte er in einer schweren, unerträglichen Depression.

Wir können in diesem Rahmen nur einige Träume aus den ersten drei Jahren der Behandlung (meist dreistündig) herausgreifen, um zu illustrieren, dass sich der manifeste Trauminhalt im Laufe der Psychoanalyse in jenen Dimensionen verändert, die wir, wie oben erwähnt, in früheren Studien postuliert haben. Wir versuchen sie mit Hilfe des Kodierungsmodells von U. Moser und von Zeppelin noch präziser zu erfassen. Gleichzeitig möchten wir damit einen fragmentarischen Einblick in die klinische Arbeit mit Träumen (dem Suchen nach dem latenten Trauminhalt durch das systematische Verfolgen von Assoziationen etc. in der analytischen Sitzung) ermöglichen (vgl. unten).

Reaktivierung von Todesangst und traumatischer Ohnmacht in manifesten Träumen in der zweiten Hälfte des ersten Behandlungsjahres. Der folgende Traum ist charakteristisch für eine ganze Serie von Träumen in der zweiten Hälfte des ersten Behandlungsjahres:

»Ich sehe einen Mann am Straßenrand liegen, schwer verletzt – es hängen ihm die Gedärme raus, alles ist voll Blut ... Es kommt ein Hubschrauber. Es ist nicht klar, ob man auf den Mann noch schießt oder ob man ihm helfen will. Eine Person kommt – und meint, der Mann sei tot. Ich merke, dass der Mann noch lebt und wirklich, er öffnet die Augen und sagt: ›Warum hilft mir denn keiner?‹ Die Person gibt ihm einen Kochdeckel – den solle er sich auf die offene Wunde halten ... Ich wache voll Panik auf.«

Die Motive der Todesangst und der traumatischen Ohnmacht tauchen in weiteren manifesten Traumgehalten dieser Zeit auf, wie die folgenden Beispiele zeigen. Sie werden aber auch in der Arbeit an den Assoziationen zu den Träumen deutlich, d.h. dem *latenten* Trauminhalt, der auf destruktive Wünschen gegen das Liebesobjekt verweist, die durch die

erlittenen Traumatisierungen übermäßig stimuliert wurden. Diese Zusammenhänge konnten allerdings in dieser Phase nur sehr vorsichtig thematisiert werden.

»Ich bin in einem dunklen Wald, allein. Plötzlich sehe ich, wie ein brennender Hubschrauber abstürzt ... ich bekomme Panik und wache auf.«

»Ich bin in einem Wald in der Nähe von X. und krieche durch einen langen, dunklen Tunnel. Ich komme zu einem Hotel mit einer großen Terrasse mit Blick auf die Schweizer Berge (die Analytikerin ist Schweizerin). Es ist sehr schön, doch habe ich große Angst, ich könne von der Terrasse in den tiefen Abgrund fallen. Ich getraue mich daher nicht, auf der Terrasse zu bleiben, sondern kehre um, obwohl ich weiß, dass es auf der anderen Seite des Tunnels, im Heimatdorf, auch nicht mehr das Richtige ist.«

»Ich hänge über einer tiefen Schlucht – kann mich kaum noch an einem Stein festhalten. Oben sind zwei Frauen. Sie sehen, dass ich in Not bin, helfen mir aber nicht. Sie kommen dann auf die stupide Idee, ein weißes Band über die Schlucht zu werfen und wollen sich daran entlang hangeln, auf die andere Seite der Schlucht. Ich weiß, dass dies nicht geht, und sehe dann wirklich, wie die beiden zu Tode stürzen. Ich wache in Panik auf.«

Die Assoziationen zu dem letzten Traum führen zu Konflikten mit seiner Ehefrau, aber auch der Analytikerin. Aggressive Impulse und Verachtung den »hilflosen«, »dummen« weiblichen Bezugspersonen gegenüber können als Hinweise auf latente Traum Inhalte (seine Todeswünsche gegenüber dem Primärobjekt, von dem er sich vor allem in den traumatischen Situationen total abhängig und verlassen fühlte) verstanden und vorsichtig angesprochen werden.

Das Ringen um eine aktive Position des Träumers in der 2. Hälfte des 3. Jahres der Behandlung. Im folgenden Traum taucht, wie in anderen Träumen dieser Phase der Behandlung, erstmals eine aktivere Haltung des Traum-Ichs auf, ein Indikator für eine sich anbahnende Veränderung dieses traumatisierten Patienten, der zuvor in allen Träumen passiv von unerträglichen Affekten und Ohnmachtsgefühlen überflutet wurde. Analoges wird immer wieder in der analytischen Arbeit thematisiert, die oft um die traumatische Erfahrung von Verlust und Hilflosigkeit und um das im Trauma zusammengebrochene Urvertrauen in ein helfendes Objekt bzw. um ein Selbst kreist, das sich nicht zur Wehr setzen und schützen kann.

»Ich sitze mit meinem Vater in einem Auto, kann aber den Wagen kaum kontrollieren. Er fährt immer schneller. Plötzlich steht ein hoher Turm mitten auf der Fahrbahn. Das Auto fährt wie wild an seiner Wand hoch und fällt wieder runter. Obschon ich fürchterlich Angst habe, passiert uns nichts. Wir können weiterfahren. Wir sehen ei-

nen Mann, der ebenfalls mit dem Auto den Turm hoch rast und auf ähnliche Weise runterplumpst. Auch ihm geschieht nichts. ... Wir folgen diesem Mann und steigen aus. Er verwandelt sich in einen Mann mit einer glitschig schimmernden Oberfläche, ähnlich wie Data in »Raumschiff Enterprise«. Ich weiß nicht, ob er ein Mann oder ein Roboter ist. Er hat einen schwarzen Hund. Der wird immer größer und legt seine Pfoten mir auf die Schultern. Ich habe Panik, der Hund könnte mir die Kehle durch beißen. Doch dann sehe ich plötzlich, dass der Hund ein Frauengesicht hat und selbst Angst zu haben scheint. Ich sage ihm, er sei ja gar nicht so gefährlich, wie ich zuerst dachte, und mache ihm irgendein Kompliment. Der Hund freut sich offensichtlich darüber.«

(Bedrohte) Zeichen von Hoffnung in den manifesten Traumgehalten Ende des 3. Behandlungsjahres? In den Sitzungen kurz vor der Weihnachtspause im 3. Behandlungsjahr berichtet Herr W. folgende Träume, die neben der depressiven »Wahrheit«, die traumatisierende Katastrophe würde in Trennungssituationen wieder und wieder eintreten, erstmals einige vorsichtig hoffnungsvolle Perspektiven enthalten, wie die folgende kurze Zusammenfassung der konkreten klinischen Arbeit mit den Träumen³ illustrieren mag.

W.: »Ich kann es eigentlich gar nicht begreifen. Letzte Nacht muss ich doch kurz eingeschlafen sein. Ich hatte zwei Träume, die so gar nicht zu meiner jetzigen Verfassung passten. Zuerst träumte ich, dass sich eine Frau in mich verliebte. Ich war verwundert und wusste nicht so recht, ob sie mir wirklich gefällt. Doch sagte sie, dies sei nicht schlimm, es werde schon alles gut ... Dann schlief ich wohl nochmals ein und träumte weiter: Ich saß in einem Vorlesungssaal. Eine sehr attraktive Frau setzte sich zu mir und berührte mich an meinen Oberschenkeln. Dies war sehr angenehm. Sie sagte mir, sie habe sich in mich verliebt. Ich sei so lieb und ruhig. Die Frau gefiel mir sehr. Doch dann überlegte ich noch im Traum, dass ich ihr sagen muss, dass ich nicht ruhig, sondern depressiv bin, dies müsse sie wissen ...«

A.: »Ja, Sie sagen ja oft hier, dass Sie nicht mehr schauspielern möchten, weder in einer Liebesbeziehung noch hier in der Psychoanalyse ...«

W.: »Ja, dies stimmt. Meinen Sie wirklich, der Traum könnte ein Funken Hoffnung enthalten?«

³ Ein Vorteil der LAC-Studie ist, dass die Sitzungen, falls Analytiker und Patient zustimmen, auf Tonband aufgezeichnet werden und nochmals angehört werden können. Dadurch gewinnen die Zusammenfassungen an Qualität, ersetzen allerdings nicht die Narrationen des Analytikers, die bekanntlich andere (auch unbewusste) Informationen enthalten als die Tonbandaufzeichnungen (Beobachtungen zur Übertragung/Gegenübertragung etc.).

Herr W. schweigt nun relativ lange und wirkt entspannt.

In den nächsten 10 Tagen geht es Herrn W. teilweise sichtbar besser, teilweise aber auch wieder sehr schlecht. Auch in den Sitzungen schwankt er zwischen Hoffnung und abgrundtiefer Verzweiflung. Die Analytikerin versucht einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Zuständen herzustellen.

A.: »Der depressive Hund⁴ scheint sich gegen jede Veränderung zur Wehr zu setzen. Er versucht, den Funken Hoffnung gleich wieder zum Verschwinden zu bringen ...«

W.: »Und dann sind die depressiven Löcher und die Körperschmerzen noch schlimmer auszuhalten.«

Nach dem Wochenende vor Weihnachten erzählt Herr W., dass er zwei Angstträume hatte, sich aber nur an den einen erinnert, weil ihn seine Frau geweckt habe, da er laut geschrien habe.

W.: »Der Traum war wie ein Horrorfilm. Ich hatte komischerweise einen Bruder. Er mutierte in ein gefährliches, unheimliches Wesen, das andere Leute tötete. Ich schaute entsetzt zu und dachte zuerst, er wird mich verschonen, er ist ja mein Bruder. Doch dann entdeckte ich, dass er auch mich töten wollte. Ich hatte furchtbare Angst und rannte wie verrückt davon, auf einen Platz – und sah hoch oben in einem Gebäude am Fenster meine Mutter. Ich schrie und schrie – doch sie hörte nichts. Da weckte mich meine Frau.«

Nach längeren Schweigen assoziiert Herr W.

W.: »Mir fiel gleich das Heim ein und meine Sehnsucht nach meiner Mutter, die mich ja nicht hörte, wenn ich schrie und verzweifelt war ... Komisch, dass ich da einen Bruder hatte ...«-

A.: »Der in ein gefährliches, unheimliches Wesen mutierte ...«

W.: »Und Todesangst auslöste ...«-

A.: »Und wie Sie bei John⁵ sahen, hat sich während des Heimaufenthaltes auch das Bild der Eltern verändert – sie wurden vermutlich gefährlich und bedrohlich – der kleine John konnte das liebevolle innere Bild seiner Eltern nicht mehr festhalten – es zerbrach und wurde zu ei-

⁴ Der Analysand kennt das Buch *Mein schwarzer Hund. Wie ich meine Depression an die Leine legte* (Johnstone 2008). Der »schwarze Hund« wurde daher zu einer Metapher in dieser Psychoanalyse.

⁵ Der Analysand hatte sich die berühmten Filme von James Robertson und Joyce Robertson (1952, 1969) angesehen, in denen die Trennungsreaktionen von Kleinkindern gefilmt worden waren. Besonders beeindruckte ihn der kleine John, ein ursprünglich sicher gebundenes, 2½-jähriges Kind, das von den Eltern wegen der Geburt eines Geschwisterkindes 10 Tage lang in ein Kinderheim gegeben wurde (Robertson 1969). Das sukzessive Zusammenbrechen des Urvertrauens von John in seine Eltern während dieser Zeit wird in eindrucksvoller Weise sichtbar.

nem »mörderischen«, verfolgenden inneren Bild – eine furchtbare, lebensbedrohliche Erfahrung.«

W.: »Ja, und nachher war nichts mehr, wie es vorher war.«

A.: »Das Vertrauen in Ihre Eltern war dauerhaft zerbrochen – obschon Sie scheinbar wieder ganz normal waren ...«-

W.: »Aber es war nichts mehr normal ... wie in meinem Körper nichts stimmt mehr, alles tut weh.«

A.: »Und nun steht auch hier eine Trennung bevor – durch die Weihnachtspause. Vielleicht zeigen uns die Träume, wie sehr Sie befürchten, dass auch ich mich während der Trennung in ein »fremdes Monster« verwandeln könnte.«

In der nächsten Sitzung berichtet Herr W. fast amüsiert, dass er von seinem Nachbarn und einer Betonmaschine geträumt habe.

W.: »Dieser Nachbar baut wie ich an seinem Haus – im Sommer höre ich oft das Geräusch seiner Betonmaschine. Oft habe ich ihn bewundert, weil er so viel Energie zu haben scheint und es mit seiner kleinen Familie irgendwie schafft. Vielleicht habe ich doch ein Fünkchen Hoffnung, dass auch ich wieder meine Betonmaschine zum Laufen bringe.«

Nachträglich erschien diese Sequenz der Psychoanalyse als einer der Wendepunkte der Behandlung: Hat Herr W. sein Trauma in der Übertragung wiedererleben und daher teilweise verstehen und psychisch akzeptieren können?

Jedenfalls kommt er nach der anschließenden Weihnachtspause in die erste Sitzung und berichtet, dass er während der Trennung intensiv gegen »den schwarzen Hund« gekämpft habe, mit unterschiedlichem Erfolg. Er habe einen Traum gehabt, der ihn sehr erstaunt habe:

»Ich träumte von einem Paar – sie waren wahrscheinlich kein Liebespaar, aber hatten eine warmherzige Beziehung miteinander. Sie hatten ein Geschäft mit Blumen in Afrika ... (nun fällt mir ein, dass ich am Tag vorher eine Fernsehsendung über ein Paar gesehen hatte, das in Afrika Weihnachtssterne anpflanzte und damit ein gutes Geschäft machte). Ich fühlte mich von den beiden und ihrer warmherzigen Ausstrahlung sehr angezogen und bat sie inbrünstig, mich an ihrem Geschäft zu beteiligen, mich einzuschließen. Sie akzeptierten mich – und die Frau nahm mich sogar in ihren Arm. Ich verkaufte mein Haus und wagte einen Neuanfang.

Ich war so glücklich, als ich aufwachte, dass ich wünschte, ich könnte nochmals einschlafen und den Traum fortsetzen. Vielleicht verändert sich ja doch etwas in mir ...«

Wie dieser Ausschnitt aus dieser Psychoanalyse illustrieren mag, bildete die Arbeit mit der Veränderung der eben skizzierten manifesten Trauminhalte sowie der Versuch, die latenten Trauminhalte (in dem eben aufgeführten Beispiel vermutlich der Wunsch nach einer

libidinös-sexuellen Beziehung zum Liebesobjekt) zu verstehen, einen zentralen Bestandteil der psychoanalytischen Arbeit mit diesem Patienten.

Interessant ist nun, dass analoge *Veränderungen der manifesten Traum inhalte*, völlig unabhängig von der klinisch-psychoanalytischen Forschung, auch mit der elaborierten inhalts-analytischen Methode von Moser & von Zeppelin (1996) nachgezeichnet werden können. Grundlage dafür sind Träume, die am Ende des 1. und 2. Jahres der Behandlung im Schlaflabor erhoben wurden.

4. *Extraklinisch-psychoanalytische Forschung in der LAC-Depressionsstudie*

Eine relativ kleine Anzahl der chronisch depressiven Patienten der LAC-Studie fragten wir, ob sie bereit wären, ihr meist gravierend gestörtes Schlafverhalten auch im Schlaflabor zu untersuchen.⁶ Sie wurden während der ersten REM-Traumphase geweckt und gebeten, ihre Träume zu erzählen. Am Morgen wurden sie erneut gebeten, ihre Träume zu berichten. Die auf Tonband aufgezeichneten Träume wurden transkribiert und nach dem Traumkodierungsmodell von Moser & von Zeppelin (1996) analysiert.

Auch in diesem Modell werden ausschließlich die *manifesten Traum inhalte* untersucht. Doch stützen sich die Autoren auf ein *elaboriertes Modell der Traumgenerierung* und erfassen daher sehr wohl *latente Traum inhalte*, die sie allerdings teilweise anders als in der »klassischen« Traumtheorie verstehen. Kurz zusammengefasst wird in diesem Modell postuliert, dass sogenannte Traumkomplexe aktiviert durch aktuelle Ereignisse sämtliche Informationen ungeklärter Konflikte und traumatischer Situationen während des Träu-

⁶ Die Teilstudie FRED (Frankfurter fMRI/EEG Depressions-Studie) ist eine partielle Replikationsstudie der Hanse-Neuropsychanalyse-Studie (Kessler et al. 2011.). Wir berichten hier nur von der Untersuchung des Schlafes und der Träume im Schlaflabor (Ausführlicheres siehe Fischmann et al. 2012). Wir können in diesem Rahmen die Analogien zwischen den oben skizzierten Veränderungen der Träume, die aus der klinisch-psychoanalytischen Situation stammen, und jenen, die wir im Schlaflabor gewonnen haben (vgl. unten) nicht detailliert diskutieren, doch können diese sich, wie wir hoffen, dem Leser in einer Art »face validity« erschließen.

mens verarbeiten. Der Traum sucht nach einer Lösung oder, besser gesagt, nach der bestmöglichen Adaptation dieser Traumkomplexe. Ein Traum, der in der Regel ein bildhaftes Geschehen ist, besteht aus mindestens einer Situation, die durch einen »Traumorganisator« hervorgebracht wird. Die Traumorganisation ist in diesem theoretischen Verständnis ein Bündel von affektiv-kognitiven Prozessen, die eine Mikrowelt kreieren den Traum und deren Handlungen bestimmen. Innerhalb dieses Systems stellt der Traumkomplex eine Vorlage dar, die die eigentliche Traumorganisation ermöglicht.

So wird postuliert, dass ein Traumkomplex einem oder mehrerer solcher Komplexe entstammt, die im Langzeitgedächtnis gespeichert sind. Diese Komplexe wiederum wurzeln in konflikthaften und/oder traumatischen Erfahrungen, die uns in Form von Introjekten kondensiert wieder begegnen. Sie entsprechen dem Freud'schen latenten Traumgedanken. Aktiviert werden sie durch von außen kommende Stimuli, die strukturell den gespeicherten Situationen der Komplexe ähneln, und drängen dann nach einer Lösung. Die Suche nach einer Lösung dieser Komplexe wird bestimmt durch das Bedürfnis nach Sicherheit und den Wunsch nach Teilhabe. Moser & von Zeppelin (1996) fassten diese Prozesse in den beiden Prinzipien »security« und »involvement« zusammen. Sie steuern die Traumorganisation.

Wünsche spielen innerhalb dieser Komplexe eine spezifische Rolle, indem sie die Vorstellungen vom eigenen Selbst mit denen über andere (Selbst- und Objektmodelle) sowie mit generalisierten Interaktionsrepräsentationen (representation interaction generalised [RIG], d.h. wie das Selbst sich vorstellt, dass das Miteinander in der Regel vonstatten geht) verbinden.

Konflikthafte Komplexe sind Bereiche gebündelter Wünsche, RIGs und Selbst- und Objektmodelle mit repetitivem Charakter, die gekennzeichnet sind durch *ungebundene* affektive Information. Affekte innerhalb solcher Bereiche sind vernetzt durch sogenannte *k-Linien*, aber gleichzeitig blockiert und somit nicht lokalisierbar. Um diese konflikthaften Komplexe zu lösen, ist es nötig, die affektive Information zurück in eine Beziehungsrealität zu holen, um sie so wieder erlebbar zu machen. Dies wird in Träumen versucht, die die Funktion haben, eine Lösung für die Komplexe zu finden. Abb. 1 soll diese Wechselwirkung verdeutlichen.

Hier etwa Abbildung 1

Das Traumkodierungssystem nach Moser & von Zeppelin

Die Traumkodierungsmethode von Moser & von Zeppelin (1996) fußt auf einem Modell kognitiver Affektregulation, das formale Kriterien verwendet, um manifeste Trauminhalte und seine sich verändernden Strukturen zu untersuchen. Nach Moser & von Zeppelin basieren die Regulationsprozesse der Traumorganisation auf:

- dem Positionieren von Elementen in die Traumwelt,
- der Überwachung der Traumaktivität (Monitoring),
- einem Arbeitsgedächtnis, das affektive Feedback-Information für jede Traumsituation und deren Konsequenzen enthält, sowie
- Regulationsprozeduren, die verantwortlich für Veränderungen sind.

Formale Kriterien und Strukturen eines Traumes sind die Anzahl von Situationen in einem Traum, die Art der Plätze und soziale Situationen, die in einem Traum genannt werden (Beschreibungen, Attribute), Objekte, die auftauchen (Beschreibungen, Attribute), Platzierungen, Bewegungen, Interaktionen zwischen Objekten sowie die Frage, ob der Träumer selbst in diesen Interaktionen involviert ist oder ob er als Beobachter ausgeschlossen bleibt.

Ziel des Traumkodierungssystems ist es, diese strukturellen Aspekte des Träumens aufzudecken, um so den Affektregulationsprozessen auf die Spur zu kommen. Wie schon erwähnt, wird angenommen, dass zwei Prinzipien die Affektregulation bestimmen: (1) das Sicherheits-Prinzip und (2) das Involvement-Prinzip. Das Erste wird ersichtlich durch »Positionierung von Elementen«, während das Letztere sich durch »Interaktionen« offenbart. Die regulatorischen Aktivitäten dieser beiden Prinzipien werden via Trajektorien (Bewegungsspuren in den Traumsituationen), die von einer Position zu einer Interaktion und vice versa führen, moderiert. Beiden Prinzipien gemein ist die Regulierung sowohl positiver als auch negativer Affekte, d.h. Angst ist der Motor für eine Erweiterung von Sicherheit, aber auch für Involvement, indem z.B. Interaktionen unterbrochen und neue Situationen generiert werden. Desgleichen ist Hoffnung sowohl im Sicherheits- als auch im Involvement-Prinzip aktiv. Es wird angenommen, dass Problemlösen nur in Interaktionen stattfinden und erprobt werden kann.

Die Kodierungen werden, um sie möglichst transparent zu machen, in drei Spalten festgehalten:

(1) dem Positionsfeld (PF), (2) dem Feld der Trajektorien (Loco Time Motion, LTM) und (3) dem Interaktionsfeld (IAF). Das Positionsfeld enthält alle Objekte bzw. kognitiven Elemente (CE) sowie deren Attribute und Position. Im Feld der Trajektorien werden alle Bewegungen der Objekte und CEs kodiert und im Interaktionsfeld die Interaktionen. Bei Letzterem werden alle Veränderungen des Selbst sowie Reaktions- und Antwortbeziehungen der Objekte festgehalten, wobei darauf geachtet wird, ob diese Veränderungen den Träumer selbst betreffen oder den Anderen oder Objekte, die nur vom Träumer beobachtet werden.

Je mehr Elemente in einer Traumsituation verwendet werden (im PF), desto mehr Möglichkeiten stehen dem Träumer zur Verfügung, seine Affekte zu regulieren und den Inhalt des Traumes zu prozessieren. Verharrt der Traum sozusagen im PF, wird er vom Sicherheitsprinzip dominiert, was darauf hinweist, dass der Träumer es scheut, sich auf Interaktionen einzulassen: Er bleibt unbeteiligt. Bewegungen, Trajektorien im Traum, wie sie in der zweiten Spalte (LTM) auftauchen, bereiten in der Regel eine Interaktion vor. Diese Interaktionen beschreiben sich in Traumszenen entwickelnde Veränderungen und werden in der letzten Spalte (IAF) kodiert. Kodierungen in dieser Spalte kennzeichnen die Fähigkeit des Träumers, sich auf andere einzulassen, auch wenn die Interaktion scheitert oder destruktiv endet.

Ein viertes Element – häufig von Traumforschern vernachlässigt – ist das sogenannte »Interrupt«. Es beinhaltet jede Art von abrupten Beendigungen oder Unterbrechungen einer Traum-Situation, aber auch kognitive Prozesse (/C.P./), die quasi zwischen die Traumszenen gestellt werden, wie z.B. das Kommentieren einer Traum-Situation auf emotionale oder kognitive Weise, wodurch eine Distanzierung vom Traumgeschehen erreicht wird.

Traumserien – erhoben im Schlaflabor

In diesem Rahmen können nur zwei Träume aus einer Traumserie einer vom Ende des ersten Therapiejahres und einer, der ein Jahr später erhoben wurde – diskutiert werden. Im Fokus stehen systematische Veränderungen der manifesten Trauminhalte des oben vorgestellten Patienten (Herr W.) im Verlauf der Therapie. Wir kön-

nen hier nur anhand der tabellarischen Darstellung einen Eindruck davon vermitteln, dass die Kodierung der Traum Inhalte Strukturen der Veränderungen der manifesten Traum Inhalte zum Vorschein bringt, die sonst verborgen bleiben.

Traum 1 Ende des ersten Therapiejahres

»Ich stehe auf einer Brücke einer Talsperre. Rechts und links sind steile Hänge Berge (Situation S1). Es kommt zu einem Erdbeben. Ich sehe den Hang und ein ganzes Haus sehr schnell auf mich zukommen, zurutschen, zurasen (S2). Ich denke, dass ich das nicht mehr schaffe, da wegzukommen (/C.P./?). Ich renne (S3) und bin überrascht darüber, wie schnell ich laufen kann (/C.P./). Ich schaffe es, mich vor diesem herabstürzenden Haus zu retten (S3). Ich bin in Sicherheit am Rand dieser Brücke (S4).«

Um diesen Traum mit der Moser'schen Traummethode zu analysieren, muss jedes genannte Element einer Situation kodiert und in die respektive Spalte eingetragen werden (Tab. 1).

Etwa hier Tabelle 1

Nach einer verlässlichen Kodierung auf der Basis genauer Anweisungen kann der Traum analysiert werden: Die erste Situation des Traumes (S1) ist geprägt vom Sicherheitsprinzip viele kognitive Elemente werden einfach nur platziert. Aber sie birgt auch eine Vielfalt an Beteiligungspotential (Involvement), da für die platzierten Elemente viele Attribute benannt werden. In der zweiten Situation (S2) wird ein erster Versuch unternommen, dieses Potential zu nutzen allerdings noch sehr begrenzt (LTM) und gleichzeitig wird das Potential gesteigert, indem weitere Attribute hinzugefügt werden. Infolgedessen steigert sich die Affektivität derart, dass die Traumszene durch einen Kommentar unterbrochen werden muss (INTERRUPT: /C.P./). In der dritten Situation (S3) gelingt dem Träumer dann eine »geglückte« Interaktion zwischen einem bedrohlichen kognitiven Element (CEU₃ [Haus]) und sich selbst (SP). Zunächst führt dies zu einer weiteren Unterbrechung. Der Träumer ist erstaunt über seine eigenen Fähigkeiten, und endlich gelingt eine kathartische, selbstverändernde Interaktion: er ist in Sicherheit.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Patient eine bedrohliche Situation beschreibt, die zunächst durch ein Bestreben nach Sicherheit bestimmt ist. Die relativ komplexe Beschreibung der ersten Szene birgt Potential, das der Träumer auch voll ausnutzt, um seine ihn bedrohenden Affekte zu regulieren. Der Wunsch, sich selbst in Sicherheit zu bringen, wird in diesem Traum erfüllt.

Traum 2 zweites Therapiejahr

»Ich bin mit meiner kleinen Tochter unterwegs. Andere Kinder und Erwachsene sind dabei. Ein Junge ist dabei, der etwas gegen meine Tochter hat. Es ist Sommer. Es ist warm (S1). Wir wollen einen Wagen oder Anhänger kaufen (S2). Wir laufen am Rhein entlang (S1). Die Kinder sind unterschiedlich alt. Ein Junge ist schon 11 oder 12 Jahre alt. Dieser Junge ist genervt, dass die anderen Kinder und auch meine Tochter so jung sind und er nicht machen kann, was er will, weil die anderen zu klein dafür sind (S3). Dann taucht meine Mutter auf. Sie näht einen Knopf an mein Hemd (S4). Ich weiß nicht, wie sie da reinpasst (INTERRUPT). Ich sage: »Jetzt lass doch endlich mal diesen blöden Knopf in Ruhe.« Das nervt mich (S5). Ich bin dabei, um alles zu beaufsichtigen. Eine Frau ist auch da, sie ist die Mutter dieses Jungen (S1)« (Tab. 2).

Etwa hier Tabelle 2

Dieser Traum beginnt mit einer sehr differenzierten Platzierung von kognitiven Elementen (CE) und einer Bewegungsrelation (LTM). Er ist also von Beginn an vom Involvement-Prinzip reguliert, was auf einen fortschreitenden therapeutischen Effekt schließen lässt. In allen darauf folgenden Situationen tauchen Interaktionen auf: sowohl konnektionistische (verbindende) als auch selbstverändernde Relationen von Prozessoren. Der Träumer (SP) selbst ist involviert und muss sich nicht mehr auf die Beobachterposition zurückziehen, er stellt sich den Affekten zunehmend. Nachdem die vierte Situation (S4) eine Unterbrechung auslöst, kann sich der Träumer (SP) interaktiv mit einer verbalen Relation (V.R.) »wehren«. Es gelingt ihm zunehmend, sich mit dem im Traum-Komplex enthaltenen Affekten interaktiv auseinanderzusetzen und sie in Traumsituationen einzubinden. Die Affekte sind nicht mehr isoliert, was auf eine Einbindung der isolierten Affekte des Traum-Komplexes schließen lässt.

Die Grafik (Abb. 2), die sämtliche Träume des Untersuchungszeitraums berücksichtigt, mag die Veränderungen aus einer eher methodisch-experimentellen Sichtweise verdeutlichen.

Etwa hier Abbildung 2

Deutlich wird die Zunahme an Potentialität (PF) vom Zeitpunkt T1 bis zum Zeitpunkt T2, die in Interaktionen ausgenutzt werden kann (IAF). Dieser Befund einer gesteigerten Fähigkeit sich einzulassen wurde möglich durch die alleinige Betrachtung der manifesten Träume.

Der Traum vom Ende des ersten Therapiejahres zeigt exemplarisch,

dass Herr W. noch voller Ängste und Verlangen nach Sicherheit ist, die ihn davon abhalten, sich auf andere einzulassen. Nichtsdestotrotz lassen sich Potentiale aufzeigen, die man als Ergebnis eines beginnenden gelingenden therapeutischen Prozesses werten kann, so z.B. die Zeichen der Fähigkeit zur Teilhabe immer dort, wo er seine Ängste auf andere projiziert und gleichsam ausprobiert, ob er die aufkommenden Ängste aushalten kann, während er in der Beobachterposition bleibt. Letztendlich überwiegen jedoch die Ängste davor, sich zu engagieren, sich am Geschehen zu beteiligen.

Wie der zweite Traum wiederum exemplarisch zeigt, werden seine gesteigerten Fähigkeiten immer deutlicher (das Involvement-Prinzip dominiert); so tauchen reichlich Interaktionen mit anderen auf, was auf seine gesteigerten Fähigkeiten verweist, sich seinen Affekten zu stellen. Aufkommende Affekte machen zwar zunächst noch eine Unterbrechung des Traumes nötig, werden aber anschließend mit einer Traumszene ganz neuer Qualität fortgesetzt: er wehrt die aufkommenden Ängste mit einer aggressiven Reaktion (verbale Relation in S5) ab, was auf eine progressive Annäherung an den dahinterliegenden (unbewussten) konfliktbeladenen Traumkomplex verweist. Affekte werden nicht mehr isoliert, sondern mehr und mehr in bestehende Gedächtnis-Netzwerke integriert.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch die Analyse der manifesten Traum Inhalte von Herrn W.s Laborträumen mit Hilfe einer empirisch validierten Methode (Döll-Hentschker 2008) klinisch relevante Fortschritte ermittelt werden konnten.

5. Vergleich der klinisch-psychoanalytischen und der experimentellen Befunde

An dieser Stelle möchten wir die experimentellen Befunde mit den aus der klinischen Situation berichteten auf ihre Konsistenz hin vergleichen.⁷

Der Vergleich der klinischen Träume vom Beginn der Psychoanalyse mit jenen aus dem dritten Jahr der Analyse macht Veränderungen in Beziehungsmustern deutlich: das Traumsjekt hat bessere Beziehungen mit anderen (z.B. das helfende Paar im letzten Traumbericht). In den ersten Träumen war der Träumer meist al-

⁷ Wir konnten hier nur einen Ausschnitt der gesamten klinisch-psychoanalytischen Arbeit präsentieren, in der der Behandlungsverlauf und die erzählten Träume zusammengefasst werden (Leuzinger-Bohleber 2012). Die Veränderungen der manifesten Traum Inhalte entsprechen jenen, wie sie in der erwähnten früheren Studie festgestellt wurden (Leuzinger-Bohleber 1989, S. 324).

lein, niemand half ihm, seine Ängste, Panik und Verzweiflung zu ertragen. Der Aktionsraum des Träumer erweitert sich und das emotionale Spektrum wird größer: In den Träumen vom Beginn der Analyse finden wir häufig nur Panik – im dritten Jahr der Analyse beobachten wir Überraschung, Freude, Befriedigung, Humor, aber auch Angst und Schmerz.

Mit der zunehmenden Vielfalt und Intensität der Affekte und der Abnahme der manifesten Angst verändert sich auch die Traumatosphäre beachtlich. Die wachsende Fähigkeit des Träumer, verschiedene und sogar widersprüchliche Emotionen wahrzunehmen, wird immer deutlicher. Neue Gefühle von Ärger und Wut, aber auch positive wie Zuneigung, Zärtlichkeit und sexuelle Anziehung tauchen zum Ende des zweiten Behandlungsjahres auf. Das Traumsujet ist nicht mehr ein (distanzierter) Beobachter, sondern nimmt aktiv teil und ist in intensiven emotionalen Interaktionen mit anderen involviert.

Darüber hinaus weisen die Träume im dritten Jahr der Analyse deutlichere Problemlösungsstrategien (mehr erfolgreiche als nicht-erfolgreiche Problemlösungen) und ein breiteres Spektrum von Problemlösungsstrategien auf. Das Traumsujet ist nicht mehr überflutet, wie es für traumatische Situationen typisch ist, in denen der Träumer extreme Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit erlebt. In seinen Träumen erlebt Herr W. hilfreiche Objekte, die bereit sind, ihn zu unterstützen. Dies ist ein sehr wichtiger Indikator für die veränderte innere Objektwelt des extrem traumatisierten Patienten.

Die Übereinstimmung der Ergebnisse der klinischen und der extraklinischen Analyse ist beträchtlich – ein für die wissenschaftliche Perspektive überaus wichtiger Aspekt. Allerdings bietet die klinische Fallstudie mehr psychodynamisch relevante klinische und strukturelle Information als die extraklinische, die sich mit dem manifesten Trauminhalt begnügt und auch keine weiteren biographischen Daten zur Verfügung hat, mit welchen die Ergebnisse ihrer Analyse untermauert werden könnte. Andererseits konsolidiert die Übereinstimmung der Befunde die Reliabilität der klinischen Fallanalyse, was wiederum die Methode der klinischen Fallstudie untermauert.

6. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurde illustriert, dass wir heute über vielfältige me-

thodische Zugangsweisen in der klinischen und extraklinischen Traumforschung der Psychoanalyse verfügen. Dies öffnet neue Chancen für die Psychoanalyse. Wie wir anhand eines Einzelfalls aus der noch laufenden LAC-Depressionsstudie skizzierten, können wir im Rahmen dieser Studie einerseits anhand von differenzierten Einzelfallstudien einen Beitrag zur klinisch-psychoanalytischen Traumforschung leisten. Andererseits stehen uns heute dank der Entwicklungen in der Therapieforschung, wie sie u.a. an der Universität Ulm (von der Forschergruppe um Horst Kächele und Helmut Thomä) oder an der Universität Zürich (von der Forschergruppe um Ulrich Moser und Ilka von Zeppelin) initiiert wurden, eine Reihe von anspruchsvollen extraklinischen Untersuchungsmethoden zur Veränderung des manifesten Trauminhalts während Psychoanalysen zur Verfügung. Ergebnisse, die mit solchen Methoden gewonnen wurden, werden auch von Vertretern der nichtpsychoanalytischen Wissenschaftswelt akzeptiert und öffnen daher neue Türen zum interdisziplinären Dialog der Psychoanalyse mit anderen Wissenschaften. Besonders überzeugend schien uns die Möglichkeit, Träume, wie sie in der klinisch-psychoanalytischen Situation erzählt wurden, mit solchen zu vergleichen, die unabhängig davon zum gleichen Zeitpunkt im Schlaflabor berichtet wurden.

Klinische und extraklinische Traumforschung miteinander zu verbinden stellt eine große Herausforderung für die heutige Psychoanalyse dar. Es gehört zu den Stärken der klinisch-psychoanalytischen Forschung, dass sie Einsichten in das komplexe Zusammenwirken unbewusster Phantasien und Konflikte bei der Entstehung und dem Überdauern von psychopathologischen Symptomen, wie z.B. einer chronischen Depression, narrativ kommunizieren kann. Falls die Narration gelingt, kann auch Laien ein Eindruck davon vermittelt werden, was in einer psychoanalytischen Behandlung wirklich geschieht. Bekanntlich können manche Erkenntnisse »nur erzählt, und nicht gemessen werden« (vgl. u.a. Leuzinger-Bohleber 2012).⁸

⁸ »Geschichten erzählen ist zentraler Bestandteil jeder Psychotherapie oder Psychoanalyse. Menschen können ihre Erfahrungen nur in Form von Geschichten mitteilen« (Grundmann & Kächele 2012). Die Psychoanalyse stellt nicht nur neue narrative Muster zur Verfügung, sondern entwickelt »zugleich einen fortlaufenden Prozeß der Narrativierung des Selbst, der durch das un-

Auf der anderen Seite ist die Psychoanalyse, wie jede andere wissenschaftliche Disziplin, heute verpflichtet, die kurzfristige und nachhaltige Wirkung ihrer Behandlungen für die Öffentlichkeit nachvollziehbar zu belegen. Dies bedeutet, dass sich auch psychoanalytische Behandlungen in Designs, die den Kriterien der evidenzbasierten Medizin folgen, überprüfen lassen müssen, wie es derzeit in der LAC-Depressionsstudie geschieht (vgl. dazu www.sigmund-freud-institut.de). Wie die einleitende Übersicht über die extraklinische Traumforschung nachzeichnete, haben sich Psychoanalytiker immer schon in der empirischen Forschung engagiert. Heute nutzen sie vielfältige methodische Zugänge wie Untersuchungen im Schlaflabor oder zunehmend auch bildgebende Verfahren.

Sigmund Freud, als Gründer der Psychoanalyse wäre fasziniert zu sehen, wie wir heute in der Lage sind, klinisch-psychoanalytische Traumforschung aus Psychoanalysen mit extraklinischer, auch neurowissenschaftlicher Traumforschung in Beziehung zu setzen. Allerdings kann ein interdisziplinärer Dialog nur »auf Augenhöhe« geführt werden und nicht, wie die Neurowissenschaften gegenwärtig zuweilen beanspruchen, durch eine Unterwerfung der klinisch-psychoanalytischen Disziplin unter eine neue Metatheorie der Biologie der Seele.

Kontakt: Priv.-Doz. Dr. Tamara Fischmann, Sigmund-Freud-Institut, Campus Bockenheim der Goethe-Universität, Mertonstr. 17/Hauspostfach 55, 60325 Frankfurt/M. E-Mail: dr.fischmann@sigmund-freud-institut.de

LITERATUR

- Alexander, F. G. (1925): Über Traumpaare und Traumreihen. *Int Z Psychoanal* 11, 80–85.
- Aserinsky, E. & Kleitman, N. (1955): Two types of ocular motility occurring in sleep. *J App Physiol* 8, 1–10.
- Döll-Hentscher, S. (2008): Die Veränderungen von Träumen in psychoanalytischen Behandlungen. *Affekttheorie, Affektregulierung und Traumkodierung*. Frankfurt/M. (Brandes & Apsel).
- Ellman, S. & Weinstein, L. (2011): REM sleep, dreaming and the role of endogenous stimulation. *Annual of Psychoanalysis* 38/39 (im Druck).
- Enke, H., Ohlmeier, D. & Nast, J. (1968): Eine formale Affekt- und Beziehungsanalyse in

aufhörliche Projekt der Selbstinterpretation in Gang gebracht worden war« (Illouz 2009, S. 86).

- Traumserien von Patienten mit psychosomatischen Krankheitsbildern. *Z Psychosom Med Psychoanal* 14, 15–33.
- Erikson, E.H. (1955 [1954]): Das Traummuster der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal* 8, 561–604.
- Fischmann, T., Russ, M., Baehr, T., Stirn, A. & Leuzinger-Bohleber, M. (2012): Changes in dreams of chronic depressed patients – the Frankfurt fMRI/EEG study (FRED). In: Fonagy, P. et al. (Hg.), 159–183.
- Fisher, C. (1965): Psychoanalytic implications of recent research on sleep and dreaming. *J Am Psychoanal Ass* 13, 197–270.
- Fiss, H. (1995): The post-Freudian dream. A reconsideration of dream theory based on recent sleep laboratory findings. In: Leuschner, W. & Hau, S. (Hg.): Traum und Gedächtnis. Neue Ergebnisse aus psychologischer, psychoanalytischer und neurophysiologischer Forschung. Münster (LIT), 11–35.
- Fonagy, P., Kächele, H., Leuzinger-Bohleber, M. & Taylor, D. (Hg.) (2012): The Significance of Dreams: Bridging Clinical and Extraclinical Research in Psychoanalysis. London (Karnac).
- French, T. M. (1952): The Integration of Behavior. Vol. I: Basic Postulates. Chicago (University of Chicago Press).
- (1954): The Integration of Behavior. Vol. II: The Integrative Process in Dreams. Chicago (University of Chicago Press).
- (1958): The Integration of Behavior. Vol. III: The Reintegrative Process in a Psychoanalytic Treatment. Chicago (University of Chicago Press).
- Freud, S. (1900a): Die Traumdeutung. *GW* 2/3.
- (1927a): Nachwort zur Frage der Laienanalyse. *GW* 14, 287–296.
- Geist, W.B. & Kächele, H. (1979): Zwei Traumserien in einer psychoanalytischen Behandlung. *Jahrb Psychoanal* 11, 138–165.
- Globus, G.G. (1987): Dream Life, Wake Life. The Human Condition Through Dreams. Albany/NY (State University of New York Press).
- Goebel-Ahnert, I. (in Vorb.): Pathologische Trauer und chronische Depression.
- Grundmann, E. & Kächele, H. (2012): Therapie und Geschichten. Wie fiktiv darf eine Fallgeschichte sein? *Z Individualpsychol* (im Druck).
- Hartmann, E. (1967): The Biology of Dreaming. Springfield (Thomas).
- Hau, S. (2009): Unsichtbares sichtbar machen. Forschungsprobleme in der Psychoanalyse. 2., korrigierte Aufl. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Illouz, E. (2009 [2008]): Die Errettung der modernen Seele. Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe. Übers. M. Adrian. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Jiménez, J.P. (2012): The manifest dream is the real dream: the changing relationship between theory and practice in the interpretation of dreams. In: Fonagy, P. et al. (Hg.), 31–48.
- Johnstone, M. (2008 [2005]): Mein schwarzer Hund. Wie ich meine Depression an die Leine legte. Übers. T. Lindquist. München (Kunstmann).
- Kächele, H., Eberhardt, J. & Leuzinger-Bohleber, M. (1999): Expressed relationships, dream atmosphere & problem solving in Amalia's dreams – Dream series as process tool to investigate cognitive changes. A single case study. In: Kächele, H., Mergenthaler, E. & Krause, R. (Hg.): Psychoanalytic Process Research Strategies II. Ulm (Ulmer Textbank), [http://www.horstkaechele.de/\[english section\]](http://www.horstkaechele.de/[english section]).
- Kaplan-Solms, K. & Solms, M. (2003 [2000]): Neuro-Psychoanalyse. Eine Einführung mit Fallstudien. Übers. R. Kranz. Stuttgart (Klett-Cotta).

- Kessler, H., Taubner, S., Buchheim, A., Münte, T.F., Stasch, M., Kächele, H., Roth, G., Heinecke, A., Erhard, P. & Cierpka, M. (2011): Individualized and clinically derived stimuli activate limbic structures in depression: An fMRI study. *PLoS One* 6 (1), 471–481.
- Leuschner, W. (1986): Mitteilung über eine akustische Methode experimenteller Traum-
erregung. *Psyche – Z Psychoanal* 40, 341–354.
- & Hau, S. (Hg.) (1995): Traum und Gedächtnis. Neue Ergebnisse aus psychologischer,
psychoanalytischer und neurophysiologischer Forschung. Münster (LIT).
- , Hau, S. & Fischmann, T. (2000): Die akustische Beeinflussbarkeit von Träumen. Tü-
bingen (edition diskord).
- Leuzinger-Bohleber, M. (1987): Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd.
I: Eine hypothesengenerierende Einzelfallstudie. Ulm (PSZ).
- (1989): Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd. II: Fünf aggregierte
Einzelfallstudien. Ulm (PSZ).
- (2005): Chronifizierende Depression. Eine Indikation für Psychoanalysen und psycho-
analytische Langzeitbehandlungen. *Psyche – Z Psychoanal* 59, 789–815.
- (2010a): Psychoanalyse als »Wissenschaft des Unbewussten« im ersten Jahrhundert
der IPA. *Internationale Psychoanalyse* 18, 24–26.
- (2010b): Depression und Trauma. Aus der Analyse mit einem chronisch Depressiven.
In: Leuzinger-Bohleber, M., Röckerath, K. & Strauss, L.V. (Hg.), 206–226.
- (2012): Changes in dreams – from a psychoanalysis with a traumatised, chronic de-
pressed patient. In: Fonagy, P. et al. (Hg.), 49–85.
- , Engels, E.M. & Tsiantis, J. (Hg.) (2008): The Janus Face of Prenatal Diagnostics: A
European Study Bridging Ethics, Psychoanalysis, and Medicine. London (Karnac).
- , Röckerath, K. & Strauss, L.V. (Hg.) (2010): Depression und Neuroplastizität. Psycho-
analytische Klinik und Forschung. Frankfurt/M. (Brandes & Apsel).
- , Rüger, B., Stühr, U. & Beutel, M. (2002): »Forschen und Heilen« in der Psychoanalyse.
Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Stuttgart (Kohlhammer).
- , Bahrke, U., Beutel, M., Deserno, H., Edinger, J., Fiedler, G., Haselbacher, A., Hautzin-
ger, M., Kallenbach, L., Keller, W., Negele, A., Pfenning, N., Prestele, H., Strecker-
Von Kannen, T., Stühr, U. & Will, A. (2010): Psychoanalytische und kognitiv-
verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression: Die LAC-
Depressionsstudie. *Psyche – Z Psychoanal* 64, 782–832.
- Mitscherlich, A. (1983 [1947]): Vom Ursprung der Sucht. In: *Gesammelte Schriften*, Bd.
1. Frankfurt/M. (Suhrkamp), 141–404.
- Moser, U. & Zeppelin, I. v. (1996): Der geträumte Traum. Wie Träume entstehen und
sich verändern. Stuttgart (Kohlhammer).
- Peters, U.H. (1989): Irma Emma Martha Anna. Einige zusätzliche Bemerkungen zu
Ausführungen von K.R. Eissler und H. Thomä. *Psyche – Z Psychoanal* 43, 830–848.
- Robertson, J. (1952): A Two-Year-Old Goes to Hospital. A Scientific Film.
www.robertsonfilms.info
- (1969): John [Nine days in a residential nursery]. A Scientific Film.
www.robertsonfilms.info
- Schredl, M. (1999): Die nächtliche Traumwelt. Eine Einführung in die psychologische
Traumforschung. Stuttgart (Kohlhammer).
- Schur, M. (1966): Some additional »day residues« on the specimen dream of
psychoanalysis. In: Loewenstein, R.M. (Hg.): *Psychoanalysis. A general psychology*.
New York (IUP), 45–85.

- Sieenthal, W. v. (1953): Die Wissenschaft vom Traum. Ergebnisse und Probleme. Eine Einführung in die allgemeinen Grundlagen. Berlin, Göttingen, Heidelberg (Springer).
- Solms, M. (2012): Hobson's protoconsciousness and Freud's primary process. Ms. eines Vortrags für die DGPT-Jahrestagung 2012 in Lindau.
- Strauch, I. & Meier, B. (2004 [1992]): Den Träumen auf der Spur. Ergebnisse der experimentellen Traumforschung. 2., vollst. überarb. u. erg. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto (Huber).
- Sturmfels, C. (2010): Fallbericht zur Behandlung einer Depression. In: Leuzinger-Bohleber, M., Röckerath, K. & Strauss, V. (Hg.), 197-206.
- Taylor, D. (2010): Das Tavistock-Manual der psychoanalytischen Psychotherapie – unter besonderer Berücksichtigung der chronischen Depression. *Psyche – Z Psychoanal* 64, 833-861.
- Thomä, H. (1965): Bemerkungen zur Bedeutung neuerer physiologischer Schlaf- und Traumuntersuchungen für die psychoanalytische Traumlehre. *Psyche – Z Psychoanal* 19, 801-812.
- (1987): Wer war Freuds »Irma«? Anmerkungen zu K.R. Eisslers »A Farewell to Freud's »Interpretation of Dreams««. *Psyche – Z Psychoanal* 41, 987-991.
- Westenberger-Breuer, H. & Maccarrone Erhardt, R. (2010): »Ich möchte vor allem meine Ruhe haben ...« Der depressive Rückzug. In: Leuzinger-Bohleber, M., Röckerath, K. & Strauss, L.V. (Hg.), 186-197.