

6 Vom Interview zur Therapie

- 6.1 Ein Erstinterview
- 6.2 Spezielle Probleme
 - 6.2.1 Schichtzugehörigkeit
 - 6.2.2 Delinquenz
 - 6.2.3 Adoleszenz
- 6.3 Angehörige
- 6.4 Fremdfinanzierung
- 6.5 Gutachten und Übertragung

Vorbemerkungen

In Ergänzung zum Grundlagenband stellen wir in diesem Kapitel den alles entscheidenden Weg vom Erstinterview zur Therapie in den Mittelpunkt. Dies kann in besonderer Weise an jenen Patienten gezeigt werden, die bei selektiver Indikationsstellung oft als ungeeignet für eine konfliktaufdeckende Therapie betrachtet werden. Schichtzugehörigkeit, Delinquenz und Adoleszenz (6.2) werfen erfahrungsgemäß besondere Probleme zumindest in der Einleitungsphase auf. Der Umgang mit Angehörigen (6.3) gehört auch zu jenen Bedingungen, die eine Therapie günstig oder ungünstig beeinflussen können.

Der ausführlichen Darstellung der Probleme der Fremdfinanzierung im Grundlagenband stellen wir ein Beispiel eines psychoanalytischen Behandlungsverlaufs an die Seite (6.4). Die Auswirkungen von Gutachten auf die Übertragung heben wir gesondert hervor (6.5).

6.1 Ein Erstinterview

Dem Erstinterview ging ein kurzes Telefongespräch voraus. Nach mehreren diagnostischen Explorationen hatte der überweisende Psychiater eine Psychotherapie empfohlen und dem Patienten Herrn Ludwig Y die Anschriften einiger niedergelassener Psychotherapeuten gegeben. In den darauf folgenden Monaten gelang es diesem nicht, mit einem der empfohlenen Therapeuten einen Termin zu vereinbaren. Mich bewogen verschiedene Gründe, das Erstinterview kurzfristig zu verabreden. Die höfliche Bescheidenheit seiner Anfrage, der jede emotionale Beteiligung zu fehlen schien, führte mich zur Überlegung, ob diese Eigenschaft des Patienten dazu beigetragen haben könnte, daß er abgewiesen bzw. weiter verwiesen wurde. Es bildete sich während des telefonischen Gesprächs in mir die Vermutung, daß die Not des Patienten sehr viel größer war als er zum Ausdruck zu bringen vermochte.

Herr Ludwig Y kommt auf die Minute pünktlich. Der hochgewachsene, sehr schlanke und elend aussehende etwa 30jährige Mann wird seit Monaten wegen vielfältiger psychosomatischer Beschwerden, v. a. wegen einer Herz-Kreislauf- und einer Magen-Darm-Symptomatik ergebnislos untersucht. Trotz seines schlechten Befindens hat er sich als besonders pflichtbewußter Angestellter nicht krank schreiben lassen.

Schon zu Beginn des Erstinterviews fiel mir die Widersprüchlichkeit zwischen seiner zähen und unermüdlichen Suche nach einer Psychotherapie und einer gewissen Unfähigkeit, seine Wünsche dringlich zu machen, auf. Dieser Eindruck, den ich auch schon während der telefonischen Anmeldung gewonnen hatte, rückte in den Mittelpunkt meiner Überlegung: Dem Mann geht es sehr schlecht, er hält sich gerade noch über Wasser. Meine erste Intervention betrifft den Hinweis auf seine Fähigkeit, die ihm trotz seiner Sorgen und seiner Hilflosigkeit geblieben ist. Als ich ihm sage, den Rat, eine Psychotherapie zu machen, habe er ernstgenommen und nicht nachgelassen, herumzutelefonieren und sich zu bemühen, freut er sich. Ja, meint er etwas zurückhaltend, Hartnäckigkeit sei eine Stärke von ihm. Dann wendet er sich mir zu und wiederholt nachdrücklich: "Hartnäckigkeit".

Ich kann heraushören, wie stolz er auf dieses ihn berührende Wort war. Mein Hinweis auf sein erstaunliches Durchhaltevermögen hat zwischen ihm und mir etwas reinszeniert. Vater und Sohn hatten sich oft in einer vom Alltag abgehobenen, gewählten Sprache miteinander unterhalten und sich eng verbunden gefühlt, wenn sie auf diese Weise ihre ganz einfachen Lebensverhältnisse hinter sich ließen. Später wurde ein anderer Aspekt seiner Beziehung zum Vater deutlich, der sein Durchhalten beim Suchen eines Psychotherapeuten

verständlich machte. Der Vater hatte sich nämlich pedantisch an Empfehlungen, die von oben kamen, gehalten und dient ihm als Vorbild für eine freundliche Art, sich durchzusetzen.

A.: *Was macht Sie so hartnäckig?*

P.: *Meine 2. Ehe droht in die Brüche zu gehen! Es gibt dauernd Krach. Schlimme Worte fallen.*

A.: *Worte, die zwischen Ihnen und Ihrer Frau hin und her gehen?*

P. (schweigt eine Weile): *Streiten kommt für mich fast gar nicht in Frage. Ich kann mich auch nicht ärgern. Über den Psychiater habe ich herausbekommen, alles läge daran, daß ich keine Persönlichkeit habe. Er hat mir - sozusagen - eine Aufgabe gegeben. Ich sollte mir mal überlegen, was ich eigentlich gern habe. Nichts habe ich gern, überhaupt nichts, wovon ich sagen könnte, das mag ich. Wenn ich bei anderen im Zimmer z. B. eine Schallplattensammlung betrachte, kann ich sagen, aha, der liebt Klassiker! Bei mir ist ein Riesenchaos, da geht Jazz und Klassik durcheinander. Und noch was: Wenn mir einer sagt, eine Mozart-Messe erschläge ihn förmlich oder eine Beethoven-Sonate rühre ihn zu Tränen - nein, so was kenne ich bei mir nicht.*

A.: *Sie haben sich eben bei mir umgeschaut!*

Meine Bemerkung ermutigt ihn. Er läßt seinen Blick nochmals und nun ganz offen von einer Ecke zur anderen schweifen. Ich begleite seine Neugier mit den Worten: Jetzt fangen Sie von vorne an! (Wir lachen beide.)

P.: *Ja, ich sehe also Blumen. Und auch auf dem Bild sind Blumen. Sie müssen wissen, ich habe eine Schicht um mich rum. Die verhindert, daß irgend etwas tiefer in mich eindringen kann. Wenn nach innen nichts hinein kann, dann gibt's auch nichts, was da drinnen bleiben kann.*

A.: *Und wenn Sie denken, da drinnen bliebe nichts, dann kann sich da auch nichts regen. Sie können sich nicht ärgern. Das hat Ihnen eingebracht, mit anderen Leuten Ihren Frieden zu haben.*

P.: *Ja. Aber jetzt habe ich damit entsetzlichen Schiffbruch erlitten. Meine Frau kritisiert, daß ich oft innerlich unbeteiligt sei, ich sei initiativlos. Das macht sie wütend. Dann macht sie Krach. Und dann will sie mich provozieren mit schlimmen Worten.*

Er führt an Beispielen aus, wie seine Frau schimpfe, was sie alles allein machen müsse, weil er nichts anrege und keine Verantwortung übernehme. Dann wechselt er das Thema.

P.: *Ich habe mich ja viel beobachtet in letzter Zeit. In meiner Jugend hatte ich kein Mädchen. Ich habe keine Fragen können, weil ich immer Angst hatte, stehengelassen zu werden. So habe ich's gelassen. Bis eine kam, die mich fragte, und die habe ich dann auch gleich, weil sie es wollte, geheiratet. Das konnte ja nicht gut gehen. Es gab entsetzliche Szenen, dann die Scheidung. Ich ließ ihr alles, verschuldete mich und flüchtete nach Hause zu meinen Eltern. Ich war damals depressiv. Ich mußte in psychiatrische Behandlung. Man hat mich auf Geisteskrankheit untersucht, die ich nicht hatte. Ich bekam Tabletten.*

Herr Ludwig Y faßt seine Gedanken auffallend kurz zusammen. Er hat offenbar schon viel nachgedacht. Auch achtet er darauf, nicht zu ausführlich in seinen Schilderungen zu werden und bleibt ohne viel Mühe sachlich. Nur hin und wieder werden ihm die Augen feucht, was er schnell unterdrückt, als könne er mich damit belästigen. Auch entschuldigt er sich, wenn er meint, er habe mich unterbrochen oder ich habe etwas sagen wollen. Diese Beobachtung, die mir eine Erklärung gibt für meinen ersten Eindruck, daß er sich herumschicken lasse, fasse ich kurz zusammen.

A.: *Ich habe den Eindruck, daß Sie sich bemühen, Ihre Sorgen kurz und möglichst sachlich zu schildern, auch daß Sie sorgfältig darauf achten, mir jeweils den Vortritt zu lassen und auf mich einzugehen, weil etwas in Ihnen sich mir als ein besonders angenehmer Mensch zeigen will.*

P. (lacht etwas, als ob er davon wüsste): *Aber die gegenteiligen Folgen stellen sich dann um so schlimmer ein.*

Er kommt wieder darauf zurück, wie es ihn bekümmert, daß er nichts für sich selbst festhalten könne. Das habe ihn damals ja auch daran denken lassen, er könnte geisteskrank sein. Etwas sei bei ihm nicht in Ordnung.

Überlegung: Ich hatte dem Patienten mit der Zusammenfassung, mit welcher höflichen Bescheidenheit er sich anpasst, nichts Neues gesagt. Aber im Sichverstandeneffühlen fing er an, das, was er als *neu* bei sich entdeckt hatte, dringlicher, gefühlsbeteiligter zu beschreiben. Dabei fällt wieder seine präzise Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit auf, die bestätigt, wie viel er aufnehmen und bei sich behalten kann.

A.: *Es zeigt sich eine Diskrepanz zwischen Ihrem Denken, für sich nichts festhalten zu können, und Ihren differenzierten Beschreibungen, in denen alles enthalten ist, um sich ein Bild über Ihre Schwierigkeiten zu machen.*

P.: *Ja, auf meine Ausdrucksfähigkeit bin ich stolz!*

Unmittelbar nach dieser positiven Aussage des Patienten beende ich das Gespräch mit einem Hinweis auf die Begrenzung auf 50 Minuten. Ein Termin für die Fortführung in 2 Tagen wird verabredet.

Zum nächsten Gespräch bringt Herr Ludwig Y den Überweisungsschein des Hausarztes mit. Er trägt - wie sich am Schluß der Sitzung herausstellt - eine Armbanduhr, deren Piepser auf 50 Minuten eingestellt ist. Er weist mich noch auf einen Fehler in den Personalien des Überweisungsscheins hin, sagt aber nichts über die dort eingetragene Verdachtsdiagnose "Psychose". Ich meine dem Patienten ansehen zu können, daß er mir etwas Wichtiges sagen möchte.

P.: *Mir ist etwas nachgegangen. Manchmal bin ich ein Auflehner, ein Angreifer. Aber das kommt alles aus dem Kopf. Da wühlt es, während ich innerlich eine Leere empfinde. Da sieht's ganz diffus aus.*

A.: *Damit verbindet sich Angst, es könnte was ganz Diffuses aus Ihnen herauskommen.*

Der Patient reagiert darauf nicht und spricht weiter über die innere Leere.

A.: *Ich denke, die Leere, von der Sie sprechen, benutzen Sie als eine Art Phantasiegebilde. Ist's da drinnen leer, ist nichts dahinter, um sich als Auflehner und Angreifer gefährlich vorzukommen.*

P. (strahlt mich erleichtert an): *Ah, ich habe da ein Phantasiegebilde, das ich als Schutz benutze? Ja, wenn ich mich so stark schützen muß, wird es ja schlimm in mir aussehen. Was da wohl alles bei mir rauskommen wird?*

A.: *Solche Gedanken kommen einem, wenn man auf dem Weg ist, sich zu einer Psychoanalyse zu entschließen.*

P.: *Also in guter Gesellschaft bin ich, in zahlreicher Gesellschaft.*

A.: *Ja, und manche wagen wegen dieser Angst keine Therapie.*

P.: *Ich bin mir gewiß, daß ich so in meinem Leben nicht weitermachen kann.*

Überlegung: Zum Stundenanfang brachte der Patient eine Reihe Informationen, die u. a. zu dem Anpassungsverhalten der 1. Stunde gehören. Ich wartete auf weiteres Material, um in der relativ kurzen Zeit der Erstgespräche mehr über Angst und Abwehr zu erfahren. Von seiner Angst habe ich wohl zu früh gesprochen. Der Patient überhörte meinen Hinweis jedoch nicht ganz. Er blieb zuerst einmal bei dem ihn beschäftigenden *Leeregefühl*. Und über die Abwehrdeutung des Leeregefühls als ein Phantasiegebilde, das er benötige, fand er von selbst zu dem Wort *Schutz* und zeigte sich entspannt. Ich benutzte die Situation auch, um den Entscheidungsprozeß zur Psychoanalyse voranzubringen. Ich wollte noch einige Daten für den Kassenantrag erfragen. Daß der Patient die Verdachtsdiagnose "Psychose" nicht erwähnte, könnte anzeigen, daß ihn das Gefühl der Leere als ein Verdacht auf etwas Schlimmes beunruhigt.

Nach einer Pause fragt Herr Ludwig Y wie aus heiterem Himmel.

P.: *Gehört meine Labilität auch dazu?*

Ich schiebe den Überweisungsschein, der noch auf dem Tisch liegt, ein Stück zu ihm hin.

A.: *Haben Sie die Diagnose gelesen, und beziehen Sie sich jetzt darauf?*

P.: *Gelesen ja, ich weiß nicht, was das heißt.*

A.: *Psychose heißt Geisteskrankheit, wovon das letzte Mal hier die Rede war.*

P.: *So? Nein, das habe ich ja nicht.*

A.: *Sie waren auch nie in einer psychiatrischen Klinik?*

P.: *Nein. (Ganz rasch fügt er hinzu:) Auch niemand aus der Familie gewesen.*

A.: *Was denken Sie, welche Diagnose auf Sie zutrifft?*

P.: *Ich kenne mich da nicht aus.*

Der Patient hört sich meine Erklärung des Unterschieds zwischen Psychose und Neurose - anscheinend uninteressiert - an. Er möchte offensichtlich bei seiner Frage nach "Labilität" bleiben.

A.: *Wir sollten vielleicht aufgreifen, was Sie mit Labilität meinen. Sie wollten mir wohl mehr darüber sagen. Ich bin eben abgeschweift.*

P.: *Wenn einer vorangeht, gehe ich immer gleich mit (lacht etwas). Also, ich bin einmal von den Glücksautomaten, wo man Geld hineinsteckt, wie magisch angezogen gewesen. Ich geniere mich dafür. Ich bin da in schlechte Gesellschaft hineingeraten. Saufbrüder! (Dabei lacht mich der Patient lauthals an und nickt dazu.) Alle gaben da Parolen von sich. Das war in der Zeit, als ich mich von meiner ersten Frau trennte.*

A.: *Mit Hilfe von Alkohol kam damals zutage, was sich sonst nur da drinnen, innerlich, abspielt.*

P.: *Säufer und Kinder sagen die Wahrheit. Na, dann sieht's ja schlimm aus in mir. Da wird's mir ganz ängstlich zumute.*

Überlegung: Ich vermutete, daß er nicht zu denen gehörte, die unter Alkohol große Sprüche machen und nahm an, daß er an der partiellen Enthemmung der anderen in der Phantasie partizipierte. Daraus ergab sich meine nächste Intervention.

A.: *Sie haben hauptsächlich beobachtet und versucht, sich selbst über die anderen zu erforschen.*

P.: *Das mache ich für mein Leben gern. (Er schildert - jetzt ganz lebendig - wie er z. B. auf Bahnhöfen Menschen beobachtet, dann z. B. seiner Frau ganz lange Geschichten über seine Beobachtungen erzählt.) Natürlich ist das alles meine Geschichte. Das weiß ich!*

Gegen Ende der Stunde fragt er sich und mich:

P.: *Ob ich das schaffe, etwas zu erarbeiten?*

A.: *Die Art, wie Sie heute auf das, was ich gesagt habe, eingegangen sind und weiter ausgeführt haben, was ich Ihnen zeigte, nämlich was sich bei Ihnen tut, um der Angst nicht ausgesetzt zu sein, wofür Sie das Wort "Schutz" benutzten, zeigt, daß es möglich sein wird, daran weiterzumachen.*

Der Piepser kündigt das Stundenende an. Natürlich müssen er und ich prompt lachen. Wir sind uns einig, daß er mir Arbeit abnimmt, es mir leichter machen möchte. Die "Lachmomente" spielen später in der Behandlung eine wichtige Rolle (s.d. Leitenberger u. Kächele 2005).

Überlegung: Während der Überweisungsscheindiskussion ging dem Patienten mein Bedürfnis, von ihm mehr Information zu bekommen und ihm Information zu geben, auf der bewussten Ebene gegen den Strich. Ich entschuldigte mich quasi mit den Worten "Ich bin abgeschweift" und führte das Gespräch zurück zur "Labilität". Der Patient kam aber im folgenden Material zurück zur Angst vor dem Verrücktwerden, wenn er auch den Ausdruck

nicht benutzte. Seine Frage, ob ich glaube, er könne etwas mit mir erarbeiten, brachte ich nicht wieder zurück auf den Punkt geisteskrank bzw. verrückt, sondern fasste das Einverständnis zwischen ihm und mir in den beiden Gesprächen zusammen. Wegen seiner eher passiven Teilnahme an den Saufgelagen hatte er gefürchtet, als Alkoholiker zu gelten. Die Bezeichnung "Labilität" diente ihm als umfassende Selbstdiagnose. Durch meine Intervention, daß er bei seinen Beobachtungen sich selbst suche, fühlte er sich verstanden.

Zum 3. Gespräch bringt Herr Ludwig Y die Piepseruhr nicht mit.

P.: *Ich habe die Uhr bei meinem Vater gestern liegengelassen! Aber ich muß Ihnen erst sagen: Es hat sich etwas verändert. Heute morgen habe ich beim Aufwachen durch die Ritzen des Rollladens wahrgenommen, was draußen vor sich geht. Ich habe die Vögel gehört. Ich dachte, es hat sich nach dem letzten Gespräch in mir da drin etwas geöffnet, so wie die Ritzen beim Rollladen. Ein bisschen kann ich von meinem Inneren wahrnehmen, ich habe etwas verstanden. Ich sehe, daß meine innere Empfindungslosigkeit mit meinen Ängsten zu tun hat. Was für Ängste habe ich wohl?*

A.: *Ja, da geht's weiter.*

P.: *Ich bin ja schon ein großes Stück vorangekommen.*

Er spricht etwas darüber, welche Erleichterung er fühle, sich mehr zutrauen zu können. Die restliche Zeit verwenden wir dann, um einige Daten für den Antrag auf Kostenübernahme bei der Kasse zu ergänzen.

Der Patient hat mir in den ersten Sätzen die wiedergewonnene Hoffnung nahe bringen wollen. Wie viel Zeit er braucht und wie sich die Geschwindigkeit zwischen uns reguliert, war ein Thema, das Sorge bei ihm auslöste. Da mehrmals auf seine Ängste Bezug genommen worden war, beschäftigt es Herrn Ludwig Y, wie rasch er tieferen Ängsten ausgesetzt sein würde und wie er diese mit meiner Hilfe bewältigen könnte. Es wurde also von ihm - wie häufig in Erstgesprächen - die Abstimmung des Tempos getestet. In der Frage, wie viel er sich selbst zutrauen kann, war enthalten, ob er mir trauen kann - eine Thematik, die selbstverständlich später häufig aufkam.

Kommentar: Die 3 Gespräche führen nahtlos in eine Analyse über. Es ist gelungen, sowohl wesentliche Konflikte zu erkennen als auch erste Schritte zur Problemlösung zu vollziehen. Der erhebliche innere Druck, unter dem er stand, läßt nach Angstabwehrdeutungen entscheidend nach. Er schildert seine Einsichten und seine Hoffnung und beginnt, alte Beobachtungen und neu Wahrgenommenes zu ordnen. In seiner Angst vor dem Verrücktwerden kumulieren viele verschiedenartige Angstinhalte, deren Äquivalente in psychosomatischen Beschwerden zum Ausdruck kommen und zum Teil regressiv in eine depressive Reaktion einmünden. Gelingt es, die *psychotophoben* Vorstellungen mit einzelnen Inhalten zu verknüpfen, die sich aufaddiert haben, nimmt erfahrungsgemäß diese Angst vor dem Verrücktwerden ab. Hierfür gibt es in den 3 Gesprächen bereits erste Hinweise. Die Abklärung dieser Ängste war vorrangig, um eine entspanntere Beziehungsebene zu erreichen. Es zeichnete sich bereits in der 1. Begegnung ab, wie er einen Beziehungskonflikt mit dem Vater gelöst hat. Die Reinszenierung in der Übertragung ist wie ein roter Faden in 3 Gesprächen zu verfolgen. Er findet mit seiner philosophischen Betrachtungsweise, seinen treffenden Ausdrücken mein Gefallen, lacht über sich und die Welt mit mir wie mit seinem Vater.

6.2 Spezielle Probleme

Den speziellen Problemen beim Übergang von Erstinterview und diagnostischen Gesprächen zur Therapie geben wir aus gutem Grund viel Raum. Es ist keine Kunst, mit einem gebildeten

Patienten aus der oberen Mittelschicht, der unter erheblichem Leidensdruck steht und für eine Psychotherapie hoch motiviert ist, eine Analyse zu beginnen. Wir haben mehrere Beispiele des nahtlosen Übergangs vom Interview zur Therapie unter 2.1 wiedergegeben. Auch das im letzten Abschnitt zusammengefasste Erstinterview (6.1) stellte keinen hohen Anspruch an die flexible Anwendung der psychoanalytischen Methode.

Die Fähigkeit des Analytikers zur *adaptiven* Indikationsstellung wird hingegen auf die Probe gestellt, wenn es darum geht, Patienten für eine Analyse zu gewinnen, die aus den verschiedensten Gründen nicht leicht zu erreichen sind. Sieht man von Psychosen, Suchtkranken und Grenzfällen ab, die häufig zunächst einer stationären Behandlung bedürfen, so sind es 3 Gruppen, die spezielle Probleme aufwerfen: Schichtzugehörigkeit (6.2.1), Delinquenz (6.2.2) und Adoleszenz (6.2.3) bringen zumindest in der Initialphase, also am Übergang vom Interview zur Therapie, besondere Schwierigkeiten mit sich, so unterschiedlich diese im Gruppenvergleich und im einzelnen Fall auch sein mögen.

Es liegt uns daran, die *adaptive* Indikationsstellung an Fällen zu erproben, die bei *selektiver* Indikationsstellung den Auswahlkriterien nicht genügen und abgewiesen werden, weil sie sich für die psychoanalytische Standardtechnik nicht eignen. Passt man sich in der Gesprächsführung an die Erwartungen des jeweiligen Patienten an, schmilzt die Gruppe der unzugänglichen Patienten auf besondere Problemfälle zusammen. Bei adaptiver Indikationsstellung erspart man also vielen Kranken das deprimierende Los, überall durch die Maschen zu fallen und von einer Stelle zur anderen hin- und hergeschoben zu werden. Ohne Zweifel ist es oft sehr schwierig, einen nicht motivierten Kranken davon zu überzeugen, daß eine Psychotherapie sinnvoll wäre. Deshalb sind Patienten, die zwar über zahlreiche Beschwerden klagen, aber zunächst keinen Zusammenhang mit ihrem Erleben für wahrscheinlich halten, bei Vertretern aller psychotherapeutischen Richtungen gleichermaßen unbeliebt. Zu Absagen kommt es nicht selten schon am Telefon. Freilich ist es ein günstiges Zeichen, wenn sich ein Patient nicht entmutigen läßt und sich um einen Behandlungsplatz bemüht. Insofern gehören die Patienten, über die wir berichten können, weil sie den Weg in unsere Sprechstunde gefunden haben, bereits einer Untergruppe an.

6.2.1 Schichtzugehörigkeit

Wiewohl wir in diesem Abschnitt kasuistisch einige Probleme diskutieren, die bevorzugt bei Patienten aus der unteren sozialen Schicht auftreten, geben wir dem Abschnitt einen umfassenderen Titel. Wir wollen damit im Sinne der Untersuchung von Cremerius et al. (1979) zum Ausdruck bringen, daß die Schichtzugehörigkeit typische behandlungstechnische Probleme aufwerfen kann. Es ist kein Zufall, daß seit der Kostenübernahme durch die Pflicht- und Ersatzkrankenkassen etwa $\frac{2}{3}$ der analytisch oder tiefenpsychologisch behandelten Patienten der Mittelschicht angehören und nur $\frac{1}{3}$ aus der Bevölkerungsgruppe stammt, die bei der allgemeinen Ortskrankenkasse versichert ist (Rüger @@@). Auf der anderen Seite finden auch die "Reichen und die Mächtigen" relativ selten den Weg zum Analytiker, wie der erwähnten Studie von Cremerius zu entnehmen ist.

Wir beschränken uns auf behandlungstechnische Anfangsschwierigkeiten bei Patienten, die aus der Unterschicht kommen. Bezüglich der Klasseneinteilung folgen wir den allgemein gebräuchlichen Kriterien von Hollingshead u. Redlich (1958), wie sie von Menne u. Schröter (1980) übernommen wurden. Diese Autoren haben als Kriterien für Schichtzugehörigkeit die berufliche Stellung und die Schulbildung verwendet.

Als Unterschichtpatienten galten Arbeiter (einschließlich Facharbeiter und unselbständige Handwerker), vorwiegend manuell tätige einfache Angestellte und Kleinstbauern, soweit sie keine Mittlere Reife als Schulabschluss und keinen Abschluß einer Fach- oder Handelsschule hatten und Beruf und Bildungsstand der Väter - näherungsweise auch der

Mütter - unter diese Kategorie fielen. Bei verheirateten Frauen mussten auch Beruf und Bildungsstand des Ehemannes diesen Kategorien entsprechen, da der soziale Status und die sozio-ökonomische Situation einer Familie wesentlich auch durch Berufsstatus und Einkommen des Mannes bestimmt sind (Menne u. Schröter 1980, S. 16).

Zumindest für die Anfangsphase der psychoanalytischen Therapie von Unterschichtpatienten sind folgende Punkte zu beachten: Der Analytiker sollte diesen Patienten besonders viel aufklärende Informationen geben. Noch mehr als sonst sind körperliche Beschwerden in ihrer erlebten Eigenständigkeit ernstzunehmen. Denn das "Mitsprechen" von Symptomen ist in der Regel eine spätere Entdeckung. Zu frühe tiefe Interpretationen führen zu Misstrauen und verstärken die Distanz. Kann sich der Analytiker nicht in die Arbeits- und Lebensbedingungen von Angehörigen anderer sozialer Schichten versetzen, fehlen die Voraussetzungen des verstehenden Nachvollziehens. In der Anfangsphase wirkt sich eine sehr passive Gesprächsführung abstoßend aus.

Der typische Unterschichtpatient fühlt sich noch mehr als sein vorgebildeter und sozial höhergestellter Mitpatient durch abstinenteres Verhalten eines Analytikers, der glaubt, keine Fragen beantworten zu dürfen, vor den Kopf gestoßen. Folgt man den Regeln der Alltagskommunikation, die auch Freud ganz spontan beherzigte, als er mit Katharina eine "Bauernsprechstunde" abhielt, läßt sich ein psychoanalytischer Dialog Schritt für Schritt aufbauen. Andernfalls kommt es zu jenen Reaktionen, die Schröter (1979) beschrieben hat. Der sog. Unterschichtpatient erlebt das Gespräch (und den Analytiker) als "unnormale", ist beunruhigt und lehnt ab, was ihm fremd und unverständlich bleiben muß. Schröter hat die formalen Aspekte des psychoanalytischen Dialogs so beschrieben, als wäre es eine Sünde, zunächst alltägliche Kommunikationsformen einzuhalten. Werden Deutungen hingegen in einen Dialog eingebettet, der im wesentlichen den Bedürfnissen und Erwartungen eines Patienten entspricht und inhaltlich auf dessen Erleben abgestimmt ist, kommt es nach unserer Erfahrung auch nicht zu jenen Reaktionen, die den Unterschichtpatienten zugeschrieben werden. Die Beobachtung, daß Unterschichtpatienten Deutungen häufig als Vorwürfe, Kränkungen und Entwertungen erleben, ist also ein Ergebnis der unempathischen Anwendung der psychoanalytischen Methode.

Einige Erfahrungen, die in einer gruppentherapeutischen Vergleichsuntersuchung (Heising et al. 1982) gewonnen wurden, lassen sich auf die Einzeltherapie anwenden. Aus verschiedenen Gründen ist Unterschichtpatienten daran gelegen, Distanz aufrechtzuerhalten. Weil eine bessere Welt gesucht und das Gespräch mit dem Analytiker ganz real zu einer neuen und ungewohnten Erfahrung wird, stoßen bestimmte positive wie negative Übertragungsdeutungen auf Unverständnis. Konflikte werden eher mit Ersatzfiguren ausgetragen. Erst später läßt sich die darin liegende Aufteilung von Gut und Böse überbrücken und in der Übertragung bearbeiten. Diese Nebenübertragungen sind für den analytischen Prozeß fruchtbar. In der Distanz bildet sich eine gewisse idealisierende Übertragung aus, die von unbewusstem Neid und Klassenhaß durchströmt wird. Aber das interpretative Vorgehen, durch das der Analytiker sich als Übertragungsobjekt anbietet, muß modifiziert werden. Heising et al. (1982) sprechen von einer Kränkung, die der Analytiker bei Unterschichtpatienten erlebe, weil die spezielle Befriedigung, die man als Objekt der Übertragung zumal dann erlebt, wenn diese deutbar wird, bei dieser Patientengruppe eingeschränkt ist. Die Autoren werfen die Frage auf, ob damit nicht die Misserfolge, die in der Literatur über die analytische Arbeit mit Unterschichtpatienten beschrieben werden, sowie die Auffassung, diese seien nicht analytisch behandelbar, zusammenhängen könnten.

Bei Unterschichtpatienten ist eine längere Vorbereitungszeit zu empfehlen. Diese Patienten benötigen aufklärende Informationen über den Sinn der Behandlung. Es hat sich bewährt, einen umfassenden Lernprozess gruppentherapeutisch einzuleiten (Junker 1972; Reiter 1973). Aus ähnlichen Gründen wie bei körperlich Kranken ist es wesentlich, daß der Analytiker auf Fragen zunächst ganz konkret eingeht und diese realistisch beantwortet. Hält

man sich an diese einfachen Regeln, die durch den gesunden Menschenverstand nahegelegt werden, verflüchtigen sich viele angebliche Eigenschaften, die den Unterschichtpatienten (und den psychosomatisch Kranken, s. 9.9) zugeschrieben werden und an denen die Unbehandelbarkeit festgemacht wird, wie Phantasiearmut, rigides Über-Ich und Autoritätsangst. Auch die Unfähigkeit, innere Konflikte als bedeutsam anzusehen, und die Tendenz, statt dessen äußere Ursachen für die Erkrankung verantwortlich zu machen, sind häufig ein Kunstprodukt. Dieses entspringt der ungeduldigen Erwartung, daß der Patient Einsicht in seine inneren Konflikte bereits mitbringt.

Unterschichtpatienten haben nach dieser falschen Einschätzung typischer Merkmale eine beträchtliche Ähnlichkeit mit Kranken aus dem Kreis wohlhabender Privatpatienten, die jahrelang erfolglos wegen einer "psychosomatischen Struktur" behandelt werden (s. hierzu 9.9). Alles spricht dafür, daß beide diagnostischen Einstufungen Kunstprodukte sind. Fühlt man sich in die Welt eines Arbeiters ein und bemüht man sich um eine adaptive Indikationsstellung, treten die initialen Schwierigkeiten in den Hintergrund, und das Interesse des Analytikers am Leben eines Kranken aus einer anderen Bildungsschicht als der eigenen wird oft reich belohnt.

Leodolter (1975) und Wodak-Leodolter (1979) haben aufgezeigt, daß die Kommunikation zwischen einem Angehörigen der Unterschicht und einem Arzt aus der Mittelschicht keineswegs zureichend nach der Codetheorie von Bernstein (1975) beschrieben werden kann. Bernstein hat aufgrund der von ihm entwickelten Codetheorie die Möglichkeit des Gelingens eines therapeutischen Gesprächs zwischen einem Unterschichtpatienten und einem - meist aus der Mittelschicht stammenden - Arzt bestritten. Da dem Patienten wegen seines restringierten Codes das erforderliche Verbalisierungsvermögen fehle, finde der Arzt auch keinen Zugang zur Welt des Unterschichtpatienten. Offenbar ist Bernstein ebenso wie Schröter von festgelegten Regeln der psychoanalytischen Standardtechnik ausgegangen, die dann tatsächlich einen Dialog, wie ihn der gesunde Menschenverstand erwartet, nicht erlauben würden. Befreit man sich von solchen Festlegungen, erweisen sich viele Beobachtungen als Produkte einer geradezu missbräuchlichen Anwendung der psychoanalytischen Methode. Jedenfalls verlangt die Untersuchung des verbalen und des averbalen Austauschs die Anerkennung, daß der Problemkreis sehr viel komplexer ist als ihn Bernstein umrissen hat. Wodak-Leodolter wirft beispielsweise folgende Fragen auf:

1) Fehlt dem Unterschichtpatienten tatsächlich das "Verbalisierungsvermögen"? 2) In welcher Weise unterscheiden sich US- und MS-Sozialisation; [US=Unterschicht, MS=Mittelschicht] welche Kommunikationsstörungen liegen jeweils vor; was ist daher die jeweils geeignete Therapieform? 3) Was bedeutet Heilung für den US-Patienten: Die Kritik, Psychotherapie würde "Anpassung" bedeuten an MS-Normen, an Systemzwänge, muß zumindest diskutiert werden (1979, S. 187).

Auch ist es u. E. nicht sinnvoll, das "Verbalisierungsvermögen" als globales Merkmal zu betrachten, anstatt es aufzugliedern und damit auch den besonderen Qualitäten des Ausdrucksvermögens einfacher Menschen gerecht zu werden.

Beispiel 1

Die knapp 40jährige berufslose Frau Susanne X stammte aus dörflichem Milieu und war mit einem Arbeiter verheiratet. Die Patientin kam in meine Sprechstunde, weil sie häufig in ausweglose Situationen geriet, in denen schließlich ein Erregungszustand auftrat. In häufigen psychogenen Dämmerzuständen wusste sie nicht mehr, was sie sagte und tat. Ziellos rannte sie davon. Voraus gingen heftige Streitereien mit dem Ehemann. Der Anlass sei geringfügig, das Geschrei furchtbar. Frühestens am nächsten Tag, manchmal erst nach 3 Tagen würde sich die Spannung wieder lösen. Jahrelange medikamentöse Behandlung brachte keine

Veränderung. Hausarzt wie Psychiater vermittelten ihr auf Fragen nach Psychotherapie sinngemäß immer wieder, daß es ihr für eine solche Behandlung an Geld und auch an Intelligenz fehle. In armen Verhältnissen groß geworden, wurde sie schon als Kind zur Arbeit verdingt. Damit weniger Esser am Tisch waren, mußte sie nach Abschluß der Volksschule sofort das Haus verlassen.

Die bisherige Ablehnung einer Therapie hatte ihre Erwartung bestätigt, zu arm und zu dumm zu sein. Frau Susanne X ließ sich aber in ihrem Bildungshunger nicht entmutigen. Mit Hilfe der Medien (Zeitschriften, Bücher, Radio und Fernsehen) hatte sie sich vielfältig über Psychotherapie und Psychoanalyse informiert und sich schließlich an einen Psychiater gewandt, der sie an eine Analytikerin überwies in der Annahme, daß man der ungebildeten Frau ihre unrealistischen Ideen gründlich ausreden werde. Sie sollte ihren Psychotherapiewunsch endgültig begraben. Bei meiner Rückfrage ergab sich, daß dieser Kollege bei Überweisungen von Unterschichtpatienten mehrmals die Erfahrung gemacht hatte, daß von Analytikern keine Behandlungsindikation gestellt wurde.

In einer Mischung von Trotz, Angst und Misstrauen hatte sich Frau Susanne X autodidaktisch weiterzubilden versucht. Sie fand sich in verschiedenen Buchtiteln wieder. Richters (1976) *Flüchten oder Standhalten* war Anlass, sich um eine Analyse zu bemühen. Nach ca. 100 Stunden brachte sie mir etwa 10 ihrer Lieblingsbücher mit. Nachdem noch mehr Zeit verstrichen war, fragte sie mich, warum ich ihr die Lektüre dieser Bücher nicht untersage. Mein ausgesprochenes Zutrauen zu ihrer Bildungsfähigkeit ermutigte sie.

Bei der Durchsicht der ersten 10 Stunden einer 3jährigen niederfrequenten Analyse fällt mir auf, daß die Patientin versuchte, mich in fast jeder dieser Stunden zum Abbrechen, zum Aufgeben zu provozieren, als könnte sie nicht genug abgewiesen werden: sie gehöre zu den "Unteren".

Als ich mich ihr in den ersten Gesprächen während ihrer Schilderung, wie viel Armut, Elend und v. a. körperliche Züchtigung sie in ihrer Kindheit und Jugend erlebt habe, aufmerksam und mitfühlend zuwandte, kam unvermutet immer wieder der Satz dazwischen: "Bin ich überhaupt richtig bei Ihnen?" Sie gab mir in dieser Form immer wieder "Hiebe". Inhaltlich zeigte ich ihr, daß sie das, was sie vom Vater an Schlägen bekommen habe, hier erwarte und (durch Identifikation mit dem Aggressor) aktiv umgestalte. Sie beschrieb, was für ein grober Mann ihr Vater gewesen sei, er schrie und schlug, es sei ihm nur ums Geld gegangen. Ihren Mann habe sie geheiratet, weil er genau das Gegenteil sei, nämlich gutmütig. Aber das sei es nun, was sie ihm in den Streitereien vorwerfe, er habe mit allem und jedem einen zu langen Atem. Das versetze sie dann in einen Zustand hilfloser Wut und Angst. Sie sagte als letzten Satz im 1. Gespräch: "Wer das Böse erlebt hat, den zieht es dahin, selbst auch immer wieder das Böse zu tun!"

Ich bemühte mich, auf die "Bin-ich-hier-richtig?"-Fragen ausreichende Informationen zu geben. Die Patientin hatte mitgeteilt, daß sie viel gelesen habe. Meine Auskünfte beschränkten sich mehr darauf, daß ich versuchen wollte, sie zu verstehen, daß ich sie kennen lernen wollte und sie mich kennen lernen sollte, bevor wir weitere Pläne machten. Alles ungewohnt Neues war für sie, die mit mir am liebsten sofort gestritten hätte, beunruhigend.

Die 2. Stunde fing sie mit einem herausfordernden Blick auf mich gerichtet an: "Hat das hier überhaupt einen Sinn?" Mein Hinweis, daß ich ihr zuerst einmal weiter zuhören wollte, was sie mir noch zu erzählen habe, brachte sie auf 2 Themen, die sie ausführlich abhandelte. Sie höre gerade eine Radiosendung "Reden und Redenlassen". Daß sie eigentlich anhand der Sendung ausführlich beschrieb, was sie am 1. Gespräch bei mir fasziniert hatte, wurde weder von ihr noch von mir verbalisiert. Wir waren uns einfach einig, daß diese Art zu reden etwas Gutes sein könne. Sie schwenkte auf ihr 2. Thema um und beschrieb ein befreundetes Ehepaar, das vornherum "schöntun" und hintenherum böse über sie klatschen würde. Sie sei eben mit dem Bösen aufgewachsen, sie wisse Bescheid.

Bei ihrer Schwester sei alles ähnlich gewesen. Deren Mann habe sich das Leben genommen. Wenn alles so weitergehe, bliebe auch ihr nur der Selbstmord. Sie habe alles vorbereitet. Ich erkundigte mich genau nach ihren Vorbereitungen und sagte ihr, daß sie gerade dann, wenn ihr ein Mensch mit Freundlichkeit begegne - ein Gefühl, das sie von meiner Seite spüre -, alles durch eine böse Tat, durch Selbstmord, beenden wolle. Bereitwillig räumte sie daraufhin die zurechtgelegten suizidalen Mittel weg, um sofort eine andere Möglichkeit, sich das Leben zu nehmen, zu erwägen. Ein Machtkampf um Leben oder Tod setzte ein.

Vor der 3. Stunde traf ich Frau Susanne X auf dem Gang vor dem Wartezimmer und sagte: "Komme gleich." Als ich 5 Minuten später die Sprechzimmertür öffnete, stand sie direkt an der Tür. Meine Mitteilung hatte sie ganz wörtlich genommen, und sie begründete ihren Beobachtungsposten damit, daß sie hörend verfolgen wollte, was ich tue. Sie schimpfte, daß ich niemanden im Sprechzimmer gehabt habe und sie sofort hätte hereinkommen können. Ich sei ja da, also! Sie handelte dieses Thema sofort wieder an dem befreundeten Ehepaar ab, das immer schön tut, aber sich eigentlich nur um den eigenen Vorteil kümmert; wie schäbig die sich anderen Menschen gegenüber verhielten. Zwei Menschen, meinte sie, hätten sich aufgehängt, einer in diesen Tagen. Dreimal wiederholte sie in dieser Stunde: "Jetzt werde ich mit denen abrechnen, am Samstag werde ich hingehen!" Dann fiel ihr ein, der Mann sei wie ihr Onkel, der auch wie der Vater nur schreien und schlagen könne und hinterm Geld her sei. Sie kam darauf, daß das Zurredestellen nichts außer Streit brächte, sie müsse das wohl mit sich selbst ausmachen. Sie habe schon etwas von mir gelernt; ihr Mann habe sich gestern im Betrieb wieder zum Trottel machen lassen, habe viel zu lange gearbeitet, weil alle noch etwas von ihm wollten, und sei dann übermüdet nach Hause gekommen. Sie habe ihn nur angehört und weiter nichts. Früher habe sie ihm gezeigt, was er für ein Trottel sei.

Ich hätte recht, meinte sie, sie würde zuschlagen mit Worten, im "Bäffen" und "Goschen" sei sie sicher. Miteinander reden hätte sie als Kind nicht gelernt. Sie erinnerte, die Mutter habe immer nur 2 Sätze gesprochen: "Du sollst nicht stehlen, und du sollst immer gehorchen!" In der 4. Stunde berichtete sie, am Vortag Bäume fotografiert zu haben, sie wolle Bäume während der 4 Jahreszeiten festhalten. Bis jetzt bestanden Bäume für sie nur aus Blättern, die man wegkehren müsse. Sie stellte fest, sogar die Bäume seien nur etwas Böses für sie.

Die Patientin zeigte die ihr eigene psychologische Begabung, die ich ihr nicht erläuterte, in dem Sinne, daß sie ihre eigenen Veränderungs- und Entwicklungsmöglichkeiten jetzt erkannte. Sie arbeitete mit, sie veränderte sich, ließ z. B. ihren Mann ausreden. Daß sie damit die Interaktion mit mir imitierte, war klar. Hätte ich sie auf diese Übertragungsaspekte hingewiesen, hätte sie mich zurückstoßen müssen. Denn: was hätte denn das mit dem zu tun, was eine Frau Doktor macht? Mit der da oben hatte sie vorerst noch gar nichts zu tun, bewußt lehnte sie solche Zusammenhänge ab. Sie sagte mir auch wiederholt, daß sie zu den Unteren gehöre und ich zu den Oberen. Würde ich dieses Thema in Beziehung zu mir gesetzt haben, hätte sie mit Angstabwehr reagiert. Sie wäre ins Schimpfen gekommen darüber, daß das, was sie tue, überhaupt nichts mit dem zu tun habe, was ich tue, hätte mich auf Schöntuerei hingewiesen, was sie im Moment besser an ihren Freunden abhandeln konnte.

Behandlungstechnisch kann nutzbar gemacht werden, daß die Adjektive, mit denen Menschen aus der Ursprungsfamilie beschrieben werden, ziemlich unverändert in der Beschreibung anderer Personen wiederkehren und sich ein direkter Bezug leichter und schneller herstellen läßt, als es bei recht misstrauischen Patienten sonst möglich wäre.

So benutzte die Patientin für mich erst einmal überraschend die gleichen Ausdrücke für ihren Mann wie für Vater und Onkel: geldgierig, herrschsüchtig, unmenschlich.

Daß die Patientin Beschimpfungen des Vaters identifikatorisch übernommen hatte, gab häufig Anlass zu Konflikten mit ihrem Mann. Sie übernahm vom Vater hingeworfene

Beschimpfungen, indem sie ihren Mann als armen Kerl, als Nichtsnutz bezeichnete und behandelte: "Wer kein Geld hat, ist nichts." Es festigte sich in den folgenden Stunden immer mehr die ödipal verführende Seite in Bezug auf den Vater. Leider deutete ich viel zu früh, daß sie in dieser Weise den Vater verführe. Daraufhin schaute sie mich fassungslos an, lehnte, wie so oft beschrieben, eine Deutung ihres inneren Konflikts als etwas Groteskes ab und hielt mich für unglaublich und seltsam. Warum Triebkonflikte nicht oder erst viel später gedeutet werden können, ist m. E. noch nicht genügend geklärt. Viele Menschen leben in Polarisierungen und nach einem Alles-oder-nichts-Gesetz, das besonders bei Angehörigen der Unterschicht mit speziellen Inhalten erfüllt ist. Statische Beschreibungen, daß rigide Über-Ich- oder schwache Ich-Funktionen vorliegen, sind aber völlig unzureichend, um diese komplizierten Prozesse zu erfassen.

Vorsichtiger geworden, achtete ich nun darauf, keine neue Angstabwehr in Gang zu setzen. Frau Susanne X ging rascher als man erwarten konnte dazu über, sich meiner zu versichern, daß ich sie nicht fortschicken möge. "Sie müssen aufpassen, daß ich keinen falschen Weg gehe!" Sie sprach mehr von ihrer Mutter. In der nächsten Stunde kam sie in knallroter Jacke und lachte, ob ich wisse, was das bedeute. Sie käme als Rotkäppchen, das von der Mutter fortgeschickt wurde. Fortgeschickt fühlte sie sich, weil ich ihr nicht ausdrücklich ihren Wunsch bestätigt hatte, auf sie aufzupassen - ihre Aufforderung war offengeblieben. Aus ihrer Sicht hätte ich ihr sagen sollen: "Ja, ich übernehme diese Funktionen der Mutter jetzt!" Das sei jetzt meine ärztliche Pflicht. Solche Enttäuschungen wandelte sie in der Folgezeit rasch um und entwertete die ärztliche Funktion.

Dieses Thema fand viel später, in der *Endphase* der Behandlung, seinen Höhepunkt, als die Entmachtung auf verschiedenen Ebenen von ihr durchgespielt wurde. Nachdem die herkunftsbedingten Schwierigkeiten in der Einleitungsphase in der oben beschriebenen Weise geringer wurden, konnte der Patientin in den besonders hilfreichen Abschnitten der Analyse gezeigt werden, welche unbewußten ödipalen und präödipalen Neidinhalte am realen Bildungsmangel abgehandelt wurden. Auch wurde deutlich, daß sich damit in einem Teufelskreis der Mangel sowohl erlebnismäßig als auch tatsächlich verstärkte. Als die Patientin erkannte, welche Bedürfnisse sie zusätzlich zu befriedigen versuchte, lernte sie zwischen verschiedenen bewussten und unbewußten Absichten und Zielen zu unterscheiden. Aufschlussreich war, wie sich die zunächst als fremd erlebten, verinnerlichten Gebote und Verbote, also ihre Über-Ich-Instanz, umbildeten. Sie ersetzte fremde tyrannische Formeln durch eigene Worte. Diese Aneignung führte zu einer partiellen Umstrukturierung. 1½ Jahre nach Beendigung der Analyse rief Frau Susanne X an, um zu sagen, daß es ihr gutginge. Immer noch kämpfte sie innerlich darum, die Trennung von mir nicht als ein Verstoßenwerden zu empfinden. Ihr Vertrauen zu sich selbst - in Identifizierung mit dem, was sie bei mir in der Analyse für ihr Leben gewonnen hatte - bewähre sich über die Zeit hinweg. Allerdings meldeten sich immer wieder Zweifel, ob sie nicht doch ihrer Herkunft wegen auch in der Analyse zu kurz gekommen sei.

Beispiel 2

Im folgenden Fallbeispiel soll gezeigt werden, daß wir berufsspezifische Ich-Fähigkeiten zu Hilfe nehmen können, um soziale Unterschiede und die damit zusammenhängenden Minderwertigkeitsgefühle auszugleichen.

Der 37jährige Herr Viktor Y kommt wegen Schlafstörungen und körperlichen Beschwerden, unter denen er nach seiner "Niederlage", bei einer Prüfung durchgefallen zu sein, leidet. Seit seinem 18. Lebensjahr ist er als Monteur tätig. Aufgrund seiner Fähigkeiten habe er sich sicher genug gefühlt, eine Aufstiegsprüfung zu versuchen, aber sein Konflikt mit

Autoritäten mache ihm einen Strich durch die Rechnung. Der Patient lebt in einer zufriedenen, kinderreichen Familie.

Zwischen telefonischer Anmeldung und dem Beginn einer 7monatigen Therapie liegen einige Wochen. Bezugnehmend auf diese von *ihm* eingelegte Pause erläutert er mir seine Technik, durch Distanzieren Autoritätskonflikte zu bewältigen. Allerdings handele er sich damit auch Nachteile ein. Ein scheinbares Desinteresse habe er auch mir vermittelt, sage ich daraufhin. Ja, aber es sei schon klar, daß er eine Therapie wolle.

Es folgt eine genaue Schilderung der für ihn so unglücklich ausgegangenen Prüfung. Noch ausführlicher wird er bei seiner Beschreibung der Umgangsformen zwischen Vorgesetzten und Untergebenen, wird leidenschaftlich in der Darstellung von beispielhaften Erfahrungen und läßt es an Situationskomik nicht fehlen.

Überraschend schaut er mich an, unterbricht sich, er habe mich beinahe fragen wollen: "Haben Sie auch unten angefangen?" Er möchte, daß ich ihn verstehe. Alles habe er hineingesteckt, um in den mittleren Dienst zu gelangen. "Und jetzt!" Plötzlich weint er. Er verliere jetzt auch seine Freunde. Nur über Autos könne man mit den anderen reden. Er möchte da raus. Verwandte und Freunde draußen stichelten nun auch noch an ihm herum, er mache sich's ja nur leicht mit seinem Job. Er fühle sich verkannt. Mit dem Einschlafen sei's weiterhin schlimm. Es gehe ihm so viel durch den Kopf. Er sei aber kein Freund von Tabletten.

P.: Aber jetzt, sagt er plötzlich, Sie müssen den Sprung entschuldigen, meine Eltern! Die waren zu Besuch da. Und da fiel mir auf, so wie die will ich nicht werden. Meine Mutter konsumiert nur und hält den Vater unter Kuratel. Früher war der Vater die Autorität, er war Feldwebel, und jeder mußte ihm dienen.

Er spricht dann davon, daß er - wie seine Mutter - Krankheiten übertreibe. Kaum habe er irgendwo Schmerzen, erzähle er es der ganzen Welt. Seine Frau könne tagelang Kopf- oder Kreuzschmerzen haben und sage nichts. Ich solle ihn recht verstehen, er schreie nicht herum, sondern muffle vor sich hin. Das sei möglicherweise viel schlimmer. Was er noch habe, daß er leidenschaftlich zu Hause aufräume, z. B. in der Küche, was seiner Frau gar keine Hilfe sei. Dann müsse er immer auf *seinem* Stuhl sitzen. Er beschreibe noch einige andere zwanghafte und abergläubische Verhaltensweisen.

Herr Viktor Y ist Elternsprecher in der Klasse eines seiner Kinder. Vor dem Elternabend drücke es ihn auf der Brust, und er zeigt auf sein Herz. Er lasse dann erst einmal einen anderen reden, hole sich Informationen, dann gehe es mit dem Sprechen leichter. Ich sage, wenn *er* anfangen, fürchte er, angegriffen zu werden. So sei's, das umgehe er, indem er immer erst die anderen reden lasse. Nun müsse er wieder einen Sprung machen, er werde rot im Gesicht bis hinter die Ohren, wenn z. B. der Vorgesetzte käme; und es sei doch gar nichts, überhaupt nichts. Allerdings bereite er vor dem Einschlafen lange Reden vor, die er am nächsten Tag halten möchte. Er rede dann aber nicht das, was er vorbereitet habe, sondern aus dem Stegreif. Ich antworte, wenn er so aus dem Stegreif reden könne, besitze er doch Selbstsicherheit. Nein, er könne nämlich plötzlich losschimpfen, andere angreifen, und dann mache er sich Schuldgefühle über Schuldgefühle. Er sollte besser überhaupt nichts sagen. Er beschreibt, daß sein Nachbar das gleiche mache und mit allen Krach bekäme.

In der nächsten Stunde ist er still. Er erwarte meinen Befehl "Jetzt reden!" Er beschäftige sich zwischendurch mit seiner Gedankenarbeit, erst dann lasse er was raus. Er brauche die Behandlung nicht. Dann stellt er Betrachtungen an, wie mies es ihm gehe. "So," sage er sich, "tu was dagegen!"

Nun fängt er an, alles mögliche zu erzählen, immer in Rede und Gegenrede, sich selbst mit dem Vornamen ansprechend. Auf diese Weise kann es gar nicht dazu kommen, daß ich dazu etwas sage. Er gibt mir offenbar ein Bild von dem, wie er vor dem Einschlafen in der Nacht mit sich selbst spricht, und da sei ihm jetzt was passiert im Nachtdienst.

P.: *Grad Schluß, klingelt's Telefon! Herr Z., der kam mir gerade recht. Warum vor seiner Werkstatt noch Schnee sei. Weil Schnee gefallen sei. Warum der Schnee noch nicht weggeschippt sei. Weil der Schneeräumer noch nicht dagewesen sei.*

Da habe er sich wohlgefühlt. Da sei so einer, der gleich hochgehe. Mit dem könne er streiten, der sei so dumm im Fragen. Er errötet dabei. Als er dann unter der Dusche stand, wusste er schon, er hätte alles anders machen sollen: Erstmal anhören, dann "ja" sagen, dann "da ist was schiefgelaufen", dann "wird gemacht". Wäre das abends gewesen, hätte er die ganze Nacht nicht geschlafen. "Der, der muß auf alles aufpassen, darin sieht er seine Aufgabe." So 'nen Job möchte er auch haben, das könne er auch. Meine Bemerkung, daß er am falschen Platz laut sage, wie ihm innerlich zumute sei, aber sich gleichzeitig ins Unrecht setze, bestätigt er mit "ja". Es fallen ihm einige Beispiele ein, wie andere ihre Aggressionen bewältigen.

In den nächsten Tagen geht es ihm schlecht, er läuft verstockt und bockig herum und macht nur "Dienst nach Vorschrift".

Dieser Patient, der in den ersten 2 Stunden in verschiedenen Versionen seinen Autoritätskonflikt beschreibt, hat mir in der ersten Viertelstunde mit seiner Beinahefrage "Haben Sie auch eine technische Lehre gemacht?" gezeigt, daß ich als Ärztin natürlich einen anderen Werdegang hatte und nur *er* bezüglich seiner beruflichen Situation kompetent sein konnte. Ich höre den langen Aufklärungen, die er mir gibt, aufmerksam zu und weiß, daß er seine Kompetenz auf diese Weise genießen kann. So werden Ich-Fähigkeiten erkennbar, die dieser Über-Ich-diktierte Patient mit zwanghaften Zügen vor der Autorität Arzt sonst nicht so natürlich, sicher und angstfrei hätte schildern können.

Dann beschreibt er, wie kompetent und verantwortungsvoll er in seinem Beruf zu entscheiden hat, sich dabei jedoch sehr rasch beschimpft fühlt. Als ich ihm sage, daß er da, wo er real Autorität besitze, sich ihrer nicht sicher fühle, geht er plötzlich zu einer Schilderung seines Betriebsarztes über. Das sei ein Mann, der bei aller Zuständigkeit nichts mit seiner ärztlichen Qualifikation ausrichte. Er habe ihm eine Kur verschrieben, die sehr schön gewesen sei, aber nichts geholfen habe, ebenso wenig wie die verordneten Medikamente. Der nicht sprachgewandte Patient beschreibt in den nächsten 3 Sätzen, wie *er* die Entwicklung seiner Schwierigkeiten sieht. Wenn der Vater etwas sagte, bedeutete es, dem ehemaligen Feldwebel dienen zu müssen. Sagte die Mutter etwas, wurde man unter Kuratel gestellt, entmündigt. Er fürchtet, so ähnlich zu sein, und sagt sich gleichzeitig, so möchte er nicht werden.

Kommentar: Mit den an wichtigen Stellen eingeschalteten Zwiesprachen mit sich selbst zeigt er mir nicht nur sein Symptom, sein Grübeln, das ihn nicht einschlafen läßt, sondern zugleich auch, wie er der Übertragung aus dem Wege geht. Manchmal übernimmt dieser Patient ganz bewußt die Regie einer Stunde. Indem ich *nicht* deute, er müsse mir jetzt wegen der bei mir befürchteten Omnipotenz den Machtkampf ansagen, gehen der Dialog und die Zusammenarbeit weiter.

Auch nach Befreiung von neurotischen Einschränkungen durch Bearbeitung seiner unbewußten (ödipalen) Aggressivität verhindern gewisse intellektuelle Begrenzungen seinen Aufstieg, aber er braucht diesen nun auch nicht mehr, um das Rivalisieren mit seinem Vater (und Ersatzpersonen) zu einem guten Ende zu bringen.

In der letzten Stunde der Behandlung wirft Herr Viktor Y bei der Beschreibung eines Vorfalls im Nachtdienst mit technischen Fachausdrücken nur so um sich. Meine Feststellung, daß ich mangels Sachkenntnis dazu wenig sagen könne, läßt ihn triumphierend auflachen. Dann freut er sich über meine Bemerkung, daß er in einer schwierigen Situation entschieden und flexibel durchgegriffen und nicht eine Reparatur vor sich hergeschoben habe. Ja, er fände sich menschlicher. Er sei da nicht mehr der ewige Nörgler gewesen, wofür er bekannt war. Ja, die erkennen ihn da draußen gar nicht mehr wieder. Mit dem plötzlichen Satz: "Haben Sie

bloß keine Angst, daß ich jetzt ausflippe!" bringt er mich nochmals zum Lachen. Er zählt auf, was sich verändert hat, kommt nochmals auf die nichtbestandene Prüfung. Halb lachend sagt er: "Ich finde mich damit ab, Elektriker zu bleiben, anstatt gleich zur Fachschule zugelassen zu werden." Ich fasse daraufhin die anfangs geklagten Schwierigkeiten kurz zusammen, die er damit hinter sich ließe, wie Dagegentoben, Wütendwerden im falschen Moment, im rechten Augenblick nicht die richtigen Worte zu finden usw. Nein, diesen Zirkus mache er jetzt nicht mehr mit. Unterbrochen von nachdenklichen Pausen sagt er, seine Kräfte, die er vielleicht habe, müsse er durchleben, erleben, und dann auch produzieren, wenn er auch nicht immer die nötige Nervenstärke haben werde. Ich sage, das sei ein gutes Schlusswort. Er steht auf und sagt "ja". Er werde auch seinem Doktor berichten. Herr Viktor Y gibt mir die Hand. "Danke. Ich komme nicht wieder." Das übliche "Auf Wiedersehen" hat er damit verschmitzt umgangen.

6.2.2 Delinquenz

Bei adaptiver Indikationsstellung, wie sie im Grundlagenband vertreten und begründet wurde, ist es durchaus möglich, Personen, die an einem dissozialen Syndrom leiden, erfolgreich psychoanalytisch zu behandeln. Dann zeigt sich auch rasch, daß die Bezeichnung trägt: Es ist keineswegs so, daß unter den dissozialen und delinquenten Verhaltensweisen nur die Umgebung und die Gesellschaft dieses recht uneinheitlichen Personenkreises leidet. Eine große Anzahl dieser aufgegebenen und scheinbar hoffnungslosen Fälle leidet durchaus unter sich selbst und ihren unkontrollierbaren Verhaltensweisen.

Aufgrund etwa 30jähriger Erfahrungen, die v. a. in den niederländischen forensisch-psychiatrischen Einrichtungen gesammelt wurden, ist ein vorsichtiger Optimismus bezüglich der psychotherapeutischen Behandelbarkeit gerechtfertigt (Goudsmit 1986, 1987). Bei entsprechender Modifikation der psychoanalytischen Methode ist ihre Anwendung weit weniger heroisch als beim Menninger-Projekt. Seinerzeit war es nach Wallerstein (1986), der sich auf Ticho bezieht, ein "heroisches" Unternehmen, an der Standardtechnik auch bei Fällen festzuhalten, die eine größere Flexibilität in der Kombination therapeutischer Mittel erforderlich gemacht hätten - wie man im Rückblick weiß.

Die Modifikationen, die sich inzwischen überall bewährt haben, richten sich auf den Aufbau einer therapeutischen Beziehung. Viele Dissoziale haben in ihrer Kindheit und Jugend keine zuverlässigen familiären Bindungen erlebt.

Hat sich mit einem Dissozialen eine therapeutische Beziehung angebahnt, ist besondere Behutsamkeit am Platze, weil untergründig eine Beunruhigung entsteht. Zu oft hat er erfahren, daß es eine Weile mit einem Menschen gut auszuhalten war - bis zum überraschenden Abbruch: Aus der Sicht des Patienten so gut wie immer durch die Schuld des anderen.

Die Projektion in die Außenwelt ist bekanntlich der bevorzugte Abwehrmechanismus dieser Patienten. Die damit einhergehende Erwartungsangst vor dem Abbruch bringt es mit sich, daß manche Patienten in diesem Moment den unbewußt gesteuerten Versuch unternehmen, die Beendigung antizipierend selbst herbeizuführen. Bei stationärer Behandlung bestehen dann Fluchtneigungen, bei ambulanter Behandlung kommt es zu beschwichtigenden Scheinheilungen. Es ist wichtig, auf solche Selbsttäuschungsversuche nicht einzugehen, die verführerisch sind. Denn man kann auf diese Weise im Guten auseinandergehen, wiewohl der Rückfall von beiden Beteiligten insgeheim vorausgesehen wird.

Eine nüchterne Einschätzung der notwendigen Dauer der Therapie kann deren Kontinuität sichern. So liegt es auch im Interesse des Patienten, daß sich der Analytiker trotz

seiner Einfühlung in die augenblickliche Lage in freundlicher Distanz hält und sich nicht so vor den Karren des Patienten spannen läßt, wie dieser es momentan im Sinne kurzfristiger Befriedigung haben möchte.

Oft ist es erforderlich, sich zunächst auf die therapeutischen Vorstellungen des Patienten einzulassen, um dessen Vertrauen zu gewinnen und ihn nicht auf Regeln zu verpflichten, gegen die er, weil sie für sein Erleben von oben kommen, wieder rebelliert. Im nachfolgenden Fall wurde auf Wunsch des Patienten einige Male eine Hypnose durchgeführt, und später erfolgte eine Kombination mit Bewegungstherapie. Bei Delinquenten ist die Einbeziehung eines Sozialarbeiters in den Therapieplan in vielen Fällen fast unerlässlich.

Beispiel

Erstinterview und lebensgeschichtliche Daten

Wir folgen den ausführlichen Aufzeichnungen des behandelnden Analytikers, die wir im Einvernehmen mit dem Autor zusammenfassen. Dem ursprünglichen Text glauben wir dadurch gerecht zu werden, daß wir uns zum einen an die vorgegebene Strukturierung halten und zum anderen besonders prägnante Stellen in der persönlichen Rede wiedergeben, die der Autor gewählt hat.

Die Behandlung des Simon Y begann mit einem Telefonat, dem das 1. Gespräch am nächsten Tag folgte. Der dissoziale, vorbestrafte, 37jährige Mann kam als Notfall zum Analytiker, der eine Erste-Hilfe-Leistung anbot. Entscheidend war, daß der Analytiker den mit einer Suiziddrohung verbundenen Wunsch von Simon Y nach einer Hypnotherapie nicht in erster Linie als Erpressung, sondern als Ausdruck einer großen Notlage akzeptiert hat. Andernfalls wäre es bei dem erwähnten Telefongespräch geblieben, das der Patient als eine weitere Abweisung registriert hätte. Die Bereitwilligkeit des Analytikers, das Repertoire therapeutischer Hilfen umfassend zu verstehen und Slanders Diktum (1983) ernstzunehmen, daß Psychoanalyse das ist, was Psychoanalytiker machen, trug wesentlich zur Vertrauensgrundlage bei. Vieles muß zusammengekommen sein auf beiden Seiten, so daß sich schon im 1. Gespräch eine hilfreiche Beziehung einstellte, die auch eine 3monatige Wartezeit bis zum Beginn der Therapie überdauerte.

Wir vermuten, daß der Patient die Wartezeit deshalb gut überstanden hat, weil er im Angebot des Analytikers seine letzte Chance sah und aus dem langen 1. Gespräch auch die Hoffnung mitnahm, Halt und Sicherheit finden zu können. Der Patient hatte eine Wiederholung seiner früheren Erfahrungen erwartet, die er wörtlich so beschrieb: "Ich fürchte, mit mir ist nichts mehr zu machen, das haben all die anderen Doktoren auch gesagt und mich immer wieder weggeschickt." Nach einer Weile des Weinens fragte er den Analytiker: "Warum verschwenden Sie eigentlich Ihre Zeit mit mir? Solange wie Sie hat noch nie jemand mit mir geredet." In diesem Augenblick konnte der Analytiker dem Patienten glaubhaft versichern, daß er den Beschluss gefaßt habe zu versuchen, ihm bei seinem Kampf um ein anderes Leben beizustehen, ohne zu wissen, ob Hypnose wohl der richtige Weg sei. Wenn er sich jedoch viel davon verspreche, wäre er bereit, es damit zu versuchen.

Einige Anhaltspunkte für den subjektiven Hintergrund der Entscheidung dieses Analytikers, einen Therapieversuch zu machen, ergeben sich aus dessen Gedanken und Gefühlen, die folgenden Wortlaut haben: "Es ist eine Mischung von tiefem Mitleid und Entrüstung über die Art und Weise, wie man ihn behandelt hat, und ein Gefühl der Ohnmacht: Was kann ich da noch machen? Und doch habe ich im Laufe des Erstgesprächs den Eindruck bekommen, daß ich mit dem Patienten arbeiten kann und auch noch niemals ein

echter Versuch einer Behandlung mit ihm unternommen worden ist . . . Ich muß mit Nachdruck hinzufügen, daß ich dieses Angebot nicht als erzwungen empfunden habe."

Zum Zeitpunkt der positiven Entscheidung waren dem Analytiker Einzelheiten der Krankengeschichte und die Aufzeichnungen von anderen Institutionen noch nicht bekannt. Mit Zustimmung des Patienten wurden diese Berichte angefordert und eingesehen. Es ergab sich bezüglich der äußeren Daten der Art der Dissozialität und Delinquenz Übereinstimmung mit den Angaben des Patienten, die wir kurz zusammenfassen, um den Behandlungsverlauf verständlich machen zu können.

Der unehelich geborene Patient war unerwünscht und wurde Zeit seines Lebens hin- und her- bzw. abgeschoben: Vom Säuglingsheim nach der Geburt kam er zu den bigotten Eltern seiner Mutter, die Gott dafür dankten, daß sein Vater als holländischer Widerstandskämpfer verhaftet und in einem Konzentrationslager umgebracht wurde. In der Volksschule war er isoliert und durch ein sich im Laufe der Jahre verschlimmerndes Stottern behindert. Bereits als Kind hat er viel geweint, ein Symptom, mit dem er später berufsmäßige Hilfskräfte irritierte, die wegen seines Weinens mit ihm nichts anzufangen wußten. Der gutgemeinte Rat eines Schularztes, den 11jährigen und schwächlichen Buben in ein Erziehungsheim im Westen des Landes zu bringen, führte zur erneuten und schweren Traumatisierung. Wegen seines Dialekts blieb er unter den anderen Jugendlichen, die aus der Stadt kamen, ein Außenseiter. Der Abschied von der Mutter auf dem Bahnsteig, die seinem Bitten und Betteln, bleiben zu dürfen, kein Gehör schenkte und - wie er später begriff - wohl auch nicht schenken konnte, blieb als böser Verrat in seiner Erinnerung lebendig. Die beiden Jahre im Heim beschreibt Simon Y als eine grauenhafte Zeit.

Isolation und Wissenslücken entmutigten ihn, so daß er nach Rückkehr in seinen Heimatort 2 Lehren als Kraftfahrzeugmechaniker nach wenigen Tagen abbrach. Nach unregelmäßiger Tätigkeit als ungelernter Arbeiter bestand Simon Y die Fahrprüfung für Personen- und Lastwagen. Wegen Diebstahls wurde er zu 6 Monaten Gefängnis mit Bewährung verurteilt. Während einer langen Untersuchungshaft verweigerte er die Gesellschaft anderer Gefangener ebenso wie die ihm aufgetragene Arbeit. Nach der Entlassung arbeitete er als Fahrer unregelmäßig. Wegen Kopf- und Rückenschmerzen wurde er oft krankgeschrieben. Das übliche Hin- und Herüberweisen zwischen den sozialen und sozialpsychiatrischen Diensten intensivierte sich. Mit der ihm angebotenen Hilfe konnte er nichts anfangen, so daß er 2 Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik von sich aus abbrach. Wegen eines sehr heftigen Streites wurde Simon Y mit 22 Jahren in ein Zentrum für Krisenintervention eingewiesen. Nun waren ihm seine pädophilen Neigungen, die er noch kaum praktiziert hatte, voll bewußt. Er lebte mit einem jüngeren Freund zusammen und hatte sich von dieser Gemeinsamkeit ein stetigeres Leben erhofft. Als der Freund die Verbindung löste, verfiel er zunächst in verzweifelte Wut und dann in eine depressive Verstimmung mit Suizidgedanken.

Im Netzwerk des sozialpsychiatrischen Dienstes und der konsiliarischen Untersuchungen fiel Simon Y zwischen die Maschen der geteilten Verantwortung und Zuständigkeiten. Bei einer gründlichen testpsychologischen Untersuchung wurde ein IQ von 104 festgestellt. Seine Zeichnungen lagen auf dem Niveau eines 12jährigen. Seine soziale Anpassungsfähigkeit wurde als gering eingeschätzt. Überraschend normal war allerdings der MMPI. Im Laufe der Jahre waren ihm große Mengen von Psychopharmaka verschrieben worden, die er aber schon längere Zeit vor Aufnahme der Psychotherapie nicht mehr eingenommen hatte. Schließlich war das Ergebnis weiterer psychiatrischer ambulanter Untersuchungen, daß man diesem Patienten, der nun erstmals auch von seinen pädophilen Neigungen berichtete und fragte, ob er von seiner Störung nicht mittels Hypnose befreit werden könne, nichts zu bieten habe. Auf diesen Gedanken war Simon Y aufgrund seiner Lektüre über Yoga gekommen. Es erfolgt eine erneute Überweisung in die Abteilung für Sozialarbeit mit der Maßgabe, eine andere Unterbringung für ihn zu finden. Simon Y lebt seit Jahren in einem auffälligen Haus und seit der Trennung von seinem Freund in völliger Isolation mit einem Hund als einzigem "Gesprächspartner".

Simon Y hat viel über den Sinn seines Lebens und seiner Schwierigkeiten nachgedacht und im Glauben an die Reinkarnation Lösungen gesucht. Er fürchtet, aus seiner Isolation nicht mehr herauszukommen und ist unsicher, ob er nun wirklich pädophil veranlagt ist oder nicht. Kurze sexuelle Verhältnisse zu Frauen haben ihn nicht berührt, während ihn Jungen unter 20 begeistern können: "Vielleicht suche ich bei diesen die Liebe, die ich niemals bekommen habe." Daß ihm ein solcher Gedanke durch die vielen vorausgegangenen Gespräche nahegelegt worden sein könnte, ändert wenig daran, daß Simon Y damit seine Lage aus seiner Sicht zutreffend beschreibt.

Der behandelnde Analytiker hat die Therapie in Behandlungsphasen eingeteilt, die sich an äußeren Daten und an thematischen Schwerpunkten orientieren. Wir geben einige prägnante Stellen wörtlich wieder und verkürzen durch Zusammenfassungen. Nach etwa 9monatiger Bemühung war die therapeutische Beziehung soweit konsolidiert, daß eine Überführung in eine analytische Psychotherapie möglich war. Aus didaktischen Gründen geht es uns hier um diese lange Aufbauphase und wie diese vom Analytiker gestaltet wurde. Wir beenden die Wiedergabe am Punkt der beginnenden Transformation.

1. Behandlungsphase

Während der 3monatigen Wartezeit hat sich seine persönliche und soziale Situation nicht verschlechtert. Pünktlich kommt Simon Y zu der verabredeten Zeit. Er macht einen verlegenen und verheulten Eindruck und sagt nur: "Da bin ich." Da eine Pause in diesem Moment schädlich sein könnte, frage ich ihn nochmals, wie er auf den Gedanken der Hypnose gekommen ist und was er sich davon erwartet. Er erzählt von früheren Yogaerfahrungen. Der Yogalehrer hätte ihm erzählt, daß der Mensch ein tiefgehendes unbewußtes Leben habe und man manchmal mit Hypnose hinter die Maske schauen könne. Ich sage dem Patienten, daß diese Mitteilung wahr sei, das Schauen hinter die Maske in vielen Fällen jedoch ungenügend sei, um dasjenige, was hinter der Maske verborgen sei, wirklich innerlich zu verarbeiten. Auch mache ich ihn darauf aufmerksam, daß es durchaus möglich sei, daß man hinter der Maske recht erschreckenden Dingen begegnen könne. Eine hypnotische Sitzung könne mit dem Kassettenrekorder aufgenommen werden, um ihm danach die Möglichkeit zu geben, selber zu hören, was er während der hypnotischen Sitzung gesagt habe. Der Patient antwortet, daß er das etwas gruselig finde. Mein Angebot, sehr belastende Lebensbereiche aus der Hypnose wegzulassen, weist Simon Y zurück, "wenn schon, dann alles" - er könne es schon ertragen.

Um seine Fähigkeit, in Trance zu kommen, zu erproben, beginnen wir mit den Übungen zum autogenen Training. Dieses Vorhaben missglückt, da der Patient sich nicht konzentrieren kann.

Kommentar: Der behandelnde Analytiker beabsichtigt, die in der Hypnoanalyse gewonnenen Erinnerungen an affektiv stark besetzte, vergessene oder verdrängte Erlebnisse einer intensiveren, bewussten Auseinandersetzung zuzuführen und schlägt deshalb dem Patienten vor, das in der Hypnose geführte Gespräch auf Kassette aufzunehmen. Damit verliert die Hypnose auch ihren geheimnisvollen und magischen Charakter. Sie wird Teil des analytischen Vorgehens und kann sekundär bezüglich der in ihr sich vollziehenden Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse bearbeitet werden. In dieser Hinsicht ermöglicht die Einführung des Tonbands in die therapeutische Situation eine Erweiterung der adaptiven Indikationsstellung. Die voranalytische Behandlung eines Patienten während einer mehr oder weniger langen, flexiblen Einleitungsphase läßt sich dann methodisch korrekt in eine Übertragungs- und Widerstandsanalyse überführen. In Ergänzung zu unseren Ausführungen unter 7.9 kann diese Verwendung des Tonbandgeräts so kommentiert werden, daß nun Analysen nicht trotz, sondern gerade wegen der Verwendung dieses Hilfsmittels möglich werden. Auch Patienten, deren Misstrauen vor den geheimnisvollen Einflussmöglichkeiten des Analytikers so groß ist, daß sie zunächst misstrauisch sind und ihr eigenes Gerät mitbringen, können nun in adaptiver Indikationsstellung therapiert werden.

Das 2. Gespräch eine Woche später eröffnet der Patient mit der Mitteilung, daß sich wenig verändert habe. Dann muß er lachen und sagt: "Merkwürdig, man hofft so was, obwohl mir klar ist, daß das überhaupt nicht sein kann." Er möchte es noch einmal mit den Entspannungsübungen probieren. Auch dieses Mal missglückt der Versuch. Der Patient fragt, ob es möglich sei, daß ich die Entspannungsübungen auf ein Band spreche, das er dann mitnehmen könne, um zu Hause zu üben, was ihm zugesagt wird. Mit einem kleinen Lächeln beendet er: "Aber mit diesen Gesprächen mache ich weiter. Darauf können Sie sich verlassen."

Wie zu erwarten war, gehen die Übungen mit dem Tonband zu Hause auch nicht. Da die Weihnachtsunterbrechung vor der Tür steht, sprechen wir ausführlich hierüber. Ich biete dem

Patienten an, bei ernststen Schwierigkeiten bei mir daheim anzurufen. Nach Weihnachten erzählt Simon Y, daß er sehr schlechte 3 Wochen gehabt hat, er habe sich entsetzlich einsam gefühlt, immer wieder wurde er von den Gedanken überwältigt, daß sein Leben doch sinnlos und alles unnütz sei. Hinzu kamen häufige Kopfschmerzen, die ihn zum Liegen zwangen. Die restliche Zeit hat er sich um seinen Hund gekümmert: "Ohne den Hund und die Aussicht hierher zukommen, hätte ich diese Woche nicht geschafft."

Simon Y hat keine rechte Klarheit darüber, was er im Leben sucht und will und was er nicht will oder was in der Rangordnung seines Wollens einen untergeordneten oder negativen Platz einnimmt. Deshalb rate ich ihm, eine Liste aufzustellen, was er wolle und was er nicht oder weniger gern wolle. Diese Liste bringt er zum nächsten Gespräch mit. Was er nicht wolle - so ergibt es sich aus seiner Aufstellung -, hängt mit Aufträgen zusammen, die ihm von Dritten und v. a. von der Obrigkeit gegeben werden. Die Dinge, die er gern möchte, hängen alle mit der Verbesserung seiner Lebenssituation, seiner körperlichen Beschwerden, seiner eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten zusammen. Den größten Raum nehmen auch im Gespräch seine Unsicherheiten im Leben ein. Es zeigt sich, daß er sich auf keinem Gebiet wohlfühlen kann. Nur mit seinem Hund gibt es keinerlei Probleme, von ihm weiß er sich wortlos verstanden.

Kommentar: Indem der Analytiker strukturierende Vorschläge macht, übernimmt er Hilfs-Ich-Funktionen. Der Patient kann sich beim Aufstellen einer Liste über seine eigenen Ziele, die recht vage sind, ein besseres Bild machen. Diese Vergegenständlichung erleichtert auch die Gesprächsführung, weil auf etwas Fassbares zurückgegriffen werden kann.

2. Behandlungsphase

Simon Y spricht ausführlich über seine Minderwertigkeitsgefühle, die schon im Kindergarten anfangen und sich in der Schule verstärkten. Die Lehrerin stellte ihm keine Fragen mehr, weil er doch zu dumm sei. So sei es überall gewesen. Überzeugt sage ich, er habe viele tiefsinnige Gedanken. Außerdem habe auch die psychologische Untersuchung einwandfrei bestätigt, daß er nicht dumm sei. Das Problem sei nur, daß er von all diesen Erlebnissen doch einen Minderwertigkeitskomplex zurückbehalten habe, den es jetzt zu überwinden gelte.

Neben den Konzentrationsstörungen und Minderwertigkeitsgefühlen spricht er über sein Alleinsein und Sichalleinfühlen und über die Pädophilie. Er meint, daß er "den Jungs" etwas bedeuten könne. Beinahe errötend fügt er hinzu: "Ich denke jetzt nicht an Sex." Danach hält er mir eine Lektion, die beinhaltet, daß Pädophilie durch Anlage bestimmt ist und daß man daran nichts ändern könne. Da ich keinen Kommentar gebe, folgt eine Frage: "Oder könnte es sein, daß es mit alldem aus meiner Jugend zusammenhängt?" Meine Antwort lautet schlicht und einfach: "Ich denke schon."

Überlegung: Im Kopf habe ich den deutlichen Identifikationscharakter seiner Liebe zu den Jungen. Es ist noch zu früh, um eine Andeutung hierüber zu machen.

In der nächsten Stunde spricht Simon Y erst über das Gefühl von Unsicherheit, das er in all seinen Beziehungen hat. Wieder fragt er, ob das nicht mit seinen früheren Erfahrungen zusammenhänge. Dann erinnere ich ihn daran, daß wir in dieser Stunde einen hypnotischen Versuch unternehmen wollten. Simon Y antwortet erleichtert: "Ja, natürlich habe ich daran gedacht, aber ich wollte damit nicht anfangen, denn Sie hätten denken können, daß ich unbedingt meinen Kopf durchsetzen möchte." Etwas undeutlich stammelt er hinterher: "Außerdem wollte ich sehen, ob Sie es nicht vergessen haben."

Zur Einleitung des Trancezustands wähle ich die Fixationsmethode, da der Patient zur Genüge gezeigt hat, wie schlecht er sich konzentrieren kann. Es dauert ziemlich lange, bis Simon Y in einen leichten Trancezustand kommt. Sichtlich ist er mit dem Erreichten nicht

zufrieden, denn am Ende sagt er: "Ich habe gar nichts gemerkt." Spürbar zweifelt er an meinem Können. Als ich ihm sage, daß es oft am Anfang schwierig sei, überzeugt ihn das nicht.

Es wundert mich nicht, daß Simon Y klagend in die nächste Stunde kommt: "Eine schlechte Woche, nichts getan, sehr viel Unlustgefühle und viel Kopfschmerzen." Ich sage ihm nicht, daß das von den Enttäuschungen über die letzte Stunde komme, sondern schlage vor, mit der Hypnose weiterzumachen. Dieses Mal kommt er rascher in Trance, und diese ist viel tiefer: Er erinnert sich an den Abschied von seiner Mutter, als er in ein Heim im Westen des Landes gebracht wurde. Sofort fängt er an zu heulen und berichtet zwischendurch mit Schluchzen, wie entsetzlich im Stich gelassen er sich gefühlt habe. Er ist völlig aufgelöst in seinen Schmerzen und fragt immer wieder: "Wie kann eine Mutter so was einem Kind antun?" Er erinnert sich, daß er bei der Abfahrt vor Aufregung und Angst auf dem Bahnsteig erbrochen hat, aber seine Mutter war unerbittlich. Er ist so erregt, daß ich ihm die Suggestion gebe, daß er sich nach dem Erwachen wohler und ausgeruht fühlen werde. Es ist dann auffallend, wie gefaßt und ruhig Simon Y nach der Hypnose ist. Er schweigt eine Zeitlang, sagt danach, daß er sich an alles habe erinnern können. Nach einer Pause: "Ich wage eigentlich noch nicht zu glauben, daß ich in dieser Behandlung bin und daß sie weitergeht." *Überlegung:* Ich sage ihm dazu nicht, daß er befürchte, ich könnte ihn wie seine Mutter wegschicken. Eine solche Deutung wäre zu diesem Zeitpunkt zu belastend.

Kommentar: Die Grundangst des Patienten, fortgeschickt und weggeschoben zu werden, also keine Sicherheit, keinen festen Punkt im Leben zu haben, und seine Angst vor einer Wiederholung haben den Analytiker veranlasst, zunächst die Arbeitsbeziehung zu stärken und keine Deutung zu geben. Unseres Erachtens kommt es ganz darauf an, in welchen Kontext die Deutung der Angst vor einer Wiederholung von Verlusten gestellt wird. Die Regel, man solle die Angst am Punkt ihrer Dringlichkeit interpretieren, wird häufig so verstanden, daß es hierbei um den tiefsten oder stärksten Punkt der Angstentstehung gehe. Orientiert man sich hingegen daran, was ein Patient im Augenblick von seinen Ängsten auch zu meistern vermag, gelangt man zu anderen Punkten der Dringlichkeit und kann sich dann auf einem breiten affektiven Spektrum bewegen. Aus dieser Sicht spricht u. E. nichts dagegen, die Angst des Patienten beim Namen zu nennen und ihm auch gleichzeitig zu versichern, daß die Kontinuität der Therapie nach menschlichem Ermessen für eine gute Weile gesichert ist.

Es ist auffallend, daß er zur nächsten Behandlung in ziemlich guter Stimmung in die Stunde kommt. Es war eine gute Woche, jedenfalls für seine Verhältnisse. Nach seinen einleitenden Sätzen schlage ich vor, mit der hypnotischen Behandlung fortzufahren. Er kann sich nicht konzentrieren und schwitzt. Schließlich kommt er in Trance und erlebt sich im Kindergarten. Irgendwo sind auch andere Kinder - keine genaueren Erinnerungen. Das Kinderfräulein war nett. Simon Y sieht sich im Sandkasten und er fühlt sich wohl. Er wird nicht gehänselt.

Nach dieser Hypnose frage ich ihn, ob es nicht sehr einsam war dort im Sandkasten, während die anderen Kinder zusammen spielten. Simon Y schaut mich verwundert an und sagt: "Haben Sie denn noch nicht begriffen, was für eine Erleichterung es für mich war, daß die anderen Kinder sich nicht mit mir abgaben? Das war doch grade das Schöne, daß ich in Ruhe gelassen wurde. Und auch das Kinderfräulein war nicht böse."

Er erzählt, daß seine Mutter seinen kleinen Spielzeuggären während der Zeit in dem Erziehungsheim weggetan habe. "Sie hat nicht begriffen, wie wichtig das für mich war." (Ich denke mir hierbei, daß ihm damit ein Übergangsobjekt weggenommen wurde.)

Am Ende der nächsten Stunde gebe ich ihm ein kleines Päckchen mit einem kleinen Spielzeuggären darin und sage dazu: "Es ist ja nicht derselbe wie von früher, aber vielleicht

ist er auch lieb." Simon Y strahlt über beide Ohren, als ich ihm das Päckchen gebe. Er macht es nicht auf und geht still nach Hause.

Diese Woche ging sehr gut, seine Kopfschmerzen waren nach einem halben Tage Ruhe vorbei, danach erzählt er, wie sehr er sich über den kleinen Spielzeugbären gefreut hat. "Was für eine nette Geste von Ihnen." Danach machen wir wieder eine Hypnose. Diesmal kommt er sehr schnell in Trance und auch ziemlich tief - ein Geschenk für mich. Er schweigt erst eine Weile, dann wird er in zunehmendem Maße gespannt, schluckt einige Male, schaut ängstlich und sagt, daß er zuvor nicht gewußt habe, daß er damals nach Amsterdam verschickt wurde. Ihm wurde nur gesagt: "Es ist gut für dich, um mal mit anderen Kindern zusammenzusein." Er erzählt jetzt, daß seine Mutter und eine Sozialarbeiterin von der Fürsorgestiftung 1940/1945 für Kriegsoffer, die der Mutter Beistand gab, ihn nach Amsterdam gebracht hätten. Wieder weint er lange. "Wie konnte Mutter mir so etwas antun? Sie hat es ja nicht besser gewußt, aber als Mutter hätte sie mich doch begreifen müssen." Jeder Sträfling im Zuchthaus habe es besser als er es da gehabt habe. Der Sträfling weiß, wofür er sitzt. Er wusste nicht, warum man ihm das angetan hatte. Im Kinderheim hat er gelernt, widerspenstig zu werden.

Nach der Hypnose, in der es zu einer Katharsis kam, frage ich ihn, ob er später einmal mit seiner Mutter über diese für ihn so schreckliche Zeit gesprochen habe. Die Antwort lautet entschieden: "Nein. Das war völlig unmöglich. Mutter wurde böse, wenn ich hierüber etwas sagen wollte." Seitdem hat er es dann auch aufgegeben, mit der Mutter darüber zu reden.

Am Ende dieser Stunde fragt Simon Y, ob ich nicht auch der Meinung sei, daß es inzwischen auch ohne Hypnose gehe, denn so sehr viel Neues käme eigentlich nicht zum Vorschein, und er habe inzwischen gelernt, seine Scheu zu überwinden und mit mir offen über die Dinge zu reden. Ich stimme ihm zu und ergänze, daß, wenn er es gerne wolle, auf seinen Wunsch natürlich auch noch einmal eine Hypnose gemacht werden könne.

Überlegung: Das Geschenk des kleinen Bären ist eine ungewöhnliche Intervention. Selbstverständlich habe ich lange darüber nachgedacht, ob ich das tun könne und ob ich damit nicht die Zuneigung des Patienten "erkaufe". Schließlich habe ich es getan, weil ich meinte, daß es gut sei, daß der Patient ein sichtbares und deutliches Zeichen meiner Anwesenheit und meines Engagements habe, zumal die Behandlung nur einmal pro Woche stattfinden konnte. Der weitere Verlauf der Behandlung hat gezeigt, daß meine Handlungsweise richtig war: Die therapeutische Beziehung ist dadurch sehr viel fester geworden, was auch den therapeutischen Prozeß deutlich beeinflußt hat.

3. Behandlungsphase

Es geht ihm in der letzten Zeit besser, er stellt die Frage, ob das viele Weinen in der Hypnose ein Wiedererleben des früheren Leides oder ein Abreagieren sei. Ich antworte, daß es wohl beides sei.

Nach der Osterunterbrechung erzählt er aufs Neue lange über seine Jugend, dieses Mal v. a. über die Tatsache, daß er keinen Vater hatte, weiter auch über all die Gefühle von Ohnmacht und Erniedrigung. In der nächsten Stunde spricht er über seine pädophile Einstellung. Erwachsene Männer stoßen ihn eher ab; mit Frauen kann er wenig anfangen. Der Vorzug der Jungen von 15-16 Jahren ist, daß ein solches Verhältnis nicht bindend ist. Eine Bindung kann er nicht eingehen. Zugleich bedauert er sehr, daß die Jungen älter werden, dann nicht mehr interessant sind, ihn nicht mehr aufregen und sich meistens auch von ihm abkehren. Das ist eine Art eingebauter Enttäuschung. Danach stellt er wiederum die Frage, was denn überhaupt der Sinn des Lebens "auf diesem einsamen Stern" sei. Ich lasse ihn viel erzählen, gebe keine Kommentare und stelle Fragen, um ihn zum Weitererzählen zu

veranlassen. In der nächsten Stunde ist das Thema seine Passivität. Er kann tagelang nichts tun, er langweilt sich schrecklich und ist sehr schnell müde. Er ärgert sich gewaltig über sich selbst, aber kann mit dem Ärger nichts anfangen. Immerhin hat er sich inzwischen als Teilnehmer an einem Sportprojekt in seinem Wohnort angemeldet. Er hat es allerdings so getan, daß daraus nichts werden kann. Ich erzähle ihm von der Möglichkeit einer Bewegungstherapie und frage ihn, was er davon hielte, wenn ich ihn dafür anmelden würde. Unerwartet positiv reagiert er, daß ihm das eine gute Sache zu sein scheine.

Bereits in der nächsten Woche informiert er sich, ob eine Nachricht wegen der Bewegungstherapie vorliege. Er sagt, daß er zur Einsicht gekommen ist, daß er sein Leben doch anders einrichten muß. Daß es so nicht weitergeht und daß er es auch nicht geschenkt bekommt. Ich hatte ihm in einer der ersten Stunden gesagt, daß es gut ist, wenn er sich mehr Bewegung verschafft, auch sein Hund würde das sicher gut finden. Dem Patienten war die schlechte Kondition deutlich anzusehen. Jetzt erzählt er, daß er in den letzten Wochen viel gegangen und geradelt ist, er hat Muskelschmerzen davon. Er ist so vereinsamt, daß er eine permanente Gesellschaft überhaupt nicht vertragen könne. Auch ist er wieder böse, daß sein Leben so sinnlos dahinläuft. Dann kommt ein neuer Faktor: Er hat einen Konflikt mit der Stadtverwaltung. Eine zweite Aufforderung für die Hundesteuer findet er völlig unredlich. Simon Y klagt Stein und Bein über die Ungerechtigkeiten der Behörden. Dann geschieht das Wunder. Ohne daß er damit gerechnet hat, erhält Simon Y einen Brief vom Gemeindeamt, daß er aus besonderem Anlass von der Bezahlung der Hundesteuer freigestellt ist. Simon Y freut sich über seinen Erfolg, sagt zugleich, daß es ihm eigentlich überhaupt nicht um die Steuer ging, sondern nur um das Durchsetzen.

Meine Annahme, daß dieser gewonnene Streit ihn in seinem Selbstgefühl stärken würde, erweist sich als Illusion. In den nächsten beiden Stunden klagt Simon Y, wie einsam er sich fühle, wie hoffnungslos seine Situation sei und daß alles doch keinen Sinn hat. Er hat die Nachricht bekommen, daß er Anfang Juli eine neue kleine Wohnung beziehen könne. Auch diesem Angebot steht er ambivalent gegenüber: "Hat eigentlich überhaupt keinen Zweck." Er fühlt sich mehr und mehr zu den Jungen hingezogen. "Nichts läuft mehr, nur noch Elend und Verdruss." Obwohl ich kurz zuvor Nachricht erhalten habe, daß Simon Y innerhalb kurzer Zeit mit der Bewegungstherapie anfangen könne, sage ich ihm in dieser Stunde nichts davon.

Überlegung: Ich habe den Eindruck, daß ich ihn damit nur oberflächlich trösten würde, aber ihn letztlich darin stören würde, seinen Konflikt zu lösen. Außerdem stehen wir kurz vor den Sommerferien, und es erscheint mir gut, eine gute Nachricht bis kurz vor der Sommerunterbrechung zurückzuhalten.

In der nächsten Stunde erzähle ich ihm, daß er nach der Sommerpause mit der Bewegungstherapie anfangen könne. Simon Y sagt darauf: "Wenn mir das vor einem Jahr gesagt worden wäre, hätte ich das nicht angenommen. Ich hätte doch nicht dran geglaubt. Heute habe ich die Absicht weiterzumachen." Danach erzählt er von einem Traum: Er war im Gefängnis, er fühlte sich mürrisch und völlig gleichgültig. Simon Y berichtet dann zum ersten Mal ausführlich, wie es damals zu seiner Straftat gekommen sei.

Überlegung: Ich denke daran, daß dieser Traum seine Wirklichkeit wiedergibt, allein, besonders vor dem Urlaub, aber auch jetzt finde ich es noch zu früh, um hier etwas zu deuten, besonders in Anbetracht der nahen Sommerunterbrechung.

Simon Y informiert sich, was ich mit meinem Urlaub anfangen werde: Er hat es sich so vorgestellt: Nepal, Naturparksafari in Afrika oder mindestens Karibische Inseln. Ich sage ihm, daß ich meinen Urlaub in einem einfachen Bergdorf in Südtirol verbringen werde und gebe ihm auch meine Anschrift. Simon Y selbst hat keine Pläne: Wie sollte er auch? Bloß etwas undeutliche Ideen, daß er mit seinem Hund in dem uralten Lieferwagen, den er besitzt,

irgendwo ganz weit weg, am liebsten in die afrikanische Wüste fahren würde. Danach sagt er: "Machen Sie sich über mich keine Sorgen, ich komm' über die Zeit schon gut weg."

4. Behandlungsphase

Nach der Sommerunterbrechung kommt der Patient träge in die Stunde. Er hat überhaupt keine Lust, in eine neue Wohnung umzuziehen. Nach einem Schweigen erzählt er, daß er vor etwa 4 Wochen die Bekanntschaft eines 14jährigen Jungen gemacht hat. Dieser Junge besucht eine Schule für Kinder mit Lernschwierigkeiten und Verhaltensstörungen; Simon Y beschreibt ihn als gefühlvoll und anhänglich. Der Junge ist oft den ganzen Tag bei ihm, zu sexuellen Kontakten ist es noch nicht gekommen, obwohl der Junge verführerisch sei. Wir führen ein langes Gespräch über das Für und Wider einer solchen sexuellen Beziehung mit einem minderjährigen Jungen. Simon Y ist überzeugt: "Wenn ein Junge selber so etwas will, dann ist es doch ein Zeichen, daß er es nötig hat, und dann kann es doch nicht schädlich sein." Er nennt selbst die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit gesetzlichen Bestimmungen: "Wenn der Junge ein Jahr älter wär, würde die Polizei schon eher ein Auge zudrücken." Nachdem Simon Y dieses Thema berührt hat, frage ich ihn, ob ihn die Risiken einer solchen Beziehung nicht abschrecken. Simon Y antwortet spontan, daß er daran wohl denke, aber Risiken müsse man im Leben in Kauf nehmen, außerdem habe dieser Junge schon mehr Erfahrungen und würde sicher nichts sagen. Ihm selber ginge es nicht so sehr um den sexuellen Kontakt, sondern um die liebevollen Gefühle, die er für diesen Jungen hege. "Wenn er mich aber so eindeutig zu sexuellen Kontakten verleitet, weiß ich nicht, ob ich dem widerstehen kann", fügt er hinzu.

Überlegung: Nach diesem Gespräch wird mir deutlich, daß die therapeutische Beziehung jetzt so fest ist, daß er mir diese Dinge ohne jede Furcht erzählen kann. Zugleich stelle ich mir die Frage, die ich nicht ausgesprochen habe, ob das Anknüpfen dieser Beziehung mit dem Jungen nicht eine Folge der Ferienunterbrechung ist.

Einige Stunden später kommt Simon Y sehr erregt in die Praxis: Er wurde in seinem Haus durch eine Gruppe älterer Jungen bedroht. Durch die Hintertür konnte er entkommen, worauf die Jungen weggingen. Bei näherem Fragen wird deutlich, daß Simon Y mit einem dieser Jungen vor einigen Jahren sexuelle Kontakte hatte. Dieser Junge hat jetzt jedoch eine Freundin und ist voller Haß gegen Simon Y. Ausführlich sprechen wir davon, daß dies eines der Risiken des geschlechtlichen Umgangs mit Jüngeren ist, und ich fasse zusammen: "Die Jungen wollen ein Abenteuer und Sex, während du eine Beziehung wünschst, die du mit deinen Altersgenossen noch nicht haben kannst. Dadurch habt ihr eigentlich völlig verschiedene Interessen, weshalb eine solche Beziehung nicht das geben kann, was du davon erwartest. Außerdem kann sie nur eine sehr kurze Zeit dauern." Gerade dieses Letzte, sagt Simon Y, sei ihm ja besonders wichtig, vor einer längeren Beziehung scheue er zurück. Außerdem sei Pädophilie anlagemäßig bedingt, so daß er doch nicht anders könne. Ich erwidere hierauf, daß wir später noch weiterreden würden und daß die Dinge nicht so einfach seien, wie er sie sich vorstelle. In den nächsten 2 Jahren wird dieses Thema dann auch immer wieder von verschiedenen Facetten aus besprochen.

Ich habe den Eindruck, daß nach 9monatiger Therapie die Aufbauphase abgeschlossen ist und sich die therapeutische Beziehung konsolidiert hat, so daß langsam die Phase der analytischen Psychotherapie anfangen kann. Beide Abschnitte sind in der Regel, und auch bei diesem Patienten, nicht scharf voneinander zu trennen. Die Hauptsache ist, daß es zu einem einigermaßen stabilen therapeutischen Verhältnis gekommen ist und der Patient zur Mitarbeit bereit und motiviert ist. Wichtig bleibt, daß sich der Übergang zur analytischen Therapie so

kontinuierlich wie möglich vollzieht und daß nicht plötzlich für den Patienten völlig Unerwartetes in der Behandlung geschieht. Daß Deutungen immer auf das Erleben und auf das augenblickliche Verständnis und die Einsicht des Patienten gerichtet sind, ist kaum besonders hervorzuheben.

Das Ziel der weiteren Behandlung war gesteckt: dem Patienten die Möglichkeit zu schaffen, Sinn in seinem als unsinnig erfahrenen Leben zu finden. Im Hintergrund steht immer die Frage, inwieweit er wohl pädophil "veranlagt" ist. Unsere Erfahrung, daß eine effektive Behandlung von ausgeprägten und fixierten psychosexuellen Störungen nur im Rahmen einer umfassenden psychoanalytischen Behandlung möglich ist, wird in diesem Falle bestätigt. Selbstverständlich spielt die Motivation hier eine ganz besondere Rolle.

Zusammenfassung der Behandlung bis Februar 19. .

Hier müssen wir 2 Perioden auseinanderhalten: Die erste, vom August 19. . bis Anfang Oktober 19. ., und die zweite von Ende Februar 19. . bis zum Abschluß dieses Berichts im Februar 19.. Schon jetzt sei bemerkt, daß die Behandlung noch weitergeht.

Kurz nach Beginn der 1. Phase bringt der Patient ein Schulheft mit persönlichen Aufzeichnungen in die Stunde mit. Er fragt mich, ob ich bereit sei, dieses in der nächsten Woche zu lesen. Schwerpunkt dieser Aufzeichnungen ist die Geschichte der Euthanasie seines Hundes: Dieser war schwer erkrankt und unheilbar. Um ihn nicht leiden zu lassen, hatte Simon Y die Schlafmittel, die er "für den Fall der Fälle" gesammelt hatte, seinem Hund gefüttert. Die Aufzeichnungen zeigen seine tiefen Gefühle, eine normale intellektuelle Begabung und eine Verwahrlosung.

Ein Thema, das die erste Zeit bestimmt, ist das viele Weinen. Nachdem er während einer Bewegungstherapiestunde einen Weinkrampf bekommen hatte, weint er viel in den Sitzungen. Er sieht in dem Weinen einen Ausdruck seines Unvermögens. Zugleich fühlt er in sich starke aggressive Kräfte, vor denen er Angst hat. Noch einmal bittet er um eine Hypnose. Dabei kommt es zu einem sehr starken Weinkrampf, wie er ihn seit den ersten Stunden der Behandlung nicht mehr gehabt hatte. Auffällig ist, daß, nachdem dieser Weinkrampf auf dem Hintergrund der letzten Erfahrungen besprochen ist, der Patient im weiteren fast nicht mehr weint. Weitere Themen, die immer wieder besprochen werden, sind seine Einsamkeit sowie sein Unvermögen, soziale Kontakte zu finden. Dann folgen, zunächst sehr zögernd, kleine, selbständige Schritte, Beziehungen anzuknüpfen: Er hilft bei einem Straßenunfall, er meldet sich als Helfer in einem Tierheim an. Dort wird er jedoch abgewiesen, wobei sein Erstaunen groß ist, daß er diese Abweisung ohne weiteres verträgt und nicht aus seiner Bahn geworfen wird. Das Thema Pädophilie bleibt in dieser Phase im Hintergrund; ab und zu stellt Simon Y sich die Frage, warum ihn denn gerade diese Jungen so interessieren. Es ist jedoch noch nicht an der Zeit, ausführlich über diese Dinge zu sprechen.

Recht überraschend erklärt er im Oktober 19. ., daß er mit der Therapie aufhören wolle. Er fühlt sich selbständig genug und gestärkt, es ohne Therapie zu versuchen. Im weiteren erzählt er, daß er Kontakte mit einer Kommune hat, die bereit ist, ihn aufzunehmen. Er ist sehr beeindruckt, daß es außerhalb unserer Gespräche Menschen gibt, die ihn so, wie er ist, akzeptieren; auch seinen Hund darf er mitbringen. Er fragt, ob er noch einmal von sich hören lassen solle. Die Antwort lautet, daß ich mich darüber sehr freuen würde.

Nicht zufällig ruft er einige Monate später genau zur Zeit seiner Stunden an. Er erzählt, daß ein Bekannter sich auf eine äußerst dramatische Weise das Leben genommen habe. Am nächsten Tag kommt er und macht einen ruhigen und unerwartet selbstsicheren Eindruck. Den Selbstmord seines Bekannten findet er sehr traurig. Er kann sich alles so gut vorstellen, weil er sich früher so viele Jahre mit den gleichen Gedanken getragen hatte. Zugleich macht

er deutlich, daß solche Gedanken nicht mehr in ihm leben. Dann erzählt er von der Kommune. Er hat dort ab und zu Konflikte, die er aber immer besprechen konnte. Ich bekomme den Eindruck, daß der Leiter der Kommune ein ziemlich autoritärer Mensch ist. Im weiteren fällt auch der Name eines Mädchens, das dort lebt. Nach dem Gespräch kehrt Simon Y zufrieden in die Wohngemeinschaft zurück.

Es ist deutlich, daß die Behandlung nicht beendet ist, um so mehr, als die Wohngemeinschaft ihn mehr zur Abhängigkeit als zur Selbständigkeit beeinflusst. Nach einigen Monaten kommt er zurück. Zunächst ist er depressiv, daß er aus der Kommune ausgeschieden ist; er sieht darin ein Versagen, und erst im Laufe einiger Wochen wird ihm deutlich, daß es kein Versagen, sondern ein Gewinn ist: Er hat sich dem Druck, sich zu unterwerfen, nicht gebeugt. Sein Selbstbewusstsein ist deutlich gestärkt, auch in manchmal trüben Stunden. In der Therapie steht jetzt die Pädophilie ganz im Mittelpunkt. Es ist nun an der Zeit zu deuten, daß er sich selbst in den Jungen sucht, daß es eine Identifizierungsiebe ist, daß er sie bewundert, weil sie - jedenfalls äußerlich - so sind wie er früher hätte sein wollen, nämlich unabhängig, frei und ungebunden und nicht ängstlich. Die jungen Freunde machen ihm deutlich, wie psychosozial gestört sie sind: Er erkennt, daß das Verhalten dieser Jungen beinahe ausschließlich der direkten Triebbefriedigung dient und daß sie in einem Mitmenschen nur ein Objekt der Befriedigung sehen, jedoch zu einer dauerhaften persönlichen Beziehung nicht oder noch nicht imstande sind.

Abschließender Kommentar des behandelnden Analytikers: Beim Abschluß dieses Berichts stehen 2 Fragen im Mittelpunkt der Gespräche: Warum ist es für Simon Y so schwer, sich von diesen jugendlichen Freunden innerlich freizumachen, und warum hat er soviel Angst vor Frauen? Homosexuelle Kontakte lehnt er ab. Noch zu erwähnen ist, daß er seit längerer Zeit mit seinen früheren Freunden keine sexuellen Beziehungen mehr unterhält.

In der Behandlung ist sehr viel geschehen. Simon Y ist in vieler Hinsicht auffallend verändert, was ihm seine Bekannten auch verwundert bestätigen. Wir wissen beide, daß die Behandlung noch nicht zu Ende ist. Die Dauer hängt von dem Behandlungsziel ab.

6.2.3 Adoleszenz

In der Adoleszenz auftretende Krisen sind Ausdruck von *Umgestaltungen* und *Neuordnungen* (Freud 1905 d, S. 109), die wir heute unter dem Gesichtspunkt der Identitätsbildung und Identitätsfindung im Sinne Eriksons betrachten. Andere Seiten beschreibt Blos (1962, 1985) als Separations- und Individuationsprozesse, während Laufer (1984) die Integration der Sexualität in den Mittelpunkt stellt. Der Jugendliche macht qualitativ neue Erfahrungen mit sich, seinem Körper, seinen Eltern und nicht zuletzt bei der Suche nach Menschen außerhalb der Familie. Diese Aspekte werden innerhalb der psychoanalytischen Theorie der Adoleszenz noch zu wenig berücksichtigt. Der Jugendliche versucht nicht nur, seine Umwelt aktiv zu beeinflussen, sondern erprobt im Umgang mit seinen Konflikten neue Strategien (vgl. Seiffge-Krenke 1985; Olbrich-Todt 1984). So bezeichnet Lerner (1984) den Jugendlichen als "Produzent seiner eigenen Entwicklung". Diese entwicklungspsychologischen Befunde sind für die Konzeptualisierung des Behandlungsprozesses bei Jugendlichen deshalb bedeutsam, weil Behandlungstechnik und Behandlungsziel in Übereinstimmung mit der Entwicklungsdynamik formuliert werden müssen.

Bei der diagnostischen Einschätzung neurotischer Störungen in der Adoleszenz muß bedacht werden, daß die anstehenden "Umgestaltungen" aus den verschiedensten Gründen vermieden, blockiert, verzerrt oder aufgeschoben werden können. Das Verschwinden von tradierten Initiationsriten in unserer Kultur macht den Adoleszenten einsamer bzw. führt zu

Gruppenbildungen neuer Art. Damit treten die altbekannten Zwiespältigkeiten, Stimmungsschwankungen und Polarisierungen besonders stark in Erscheinung. Neben der Entidealisierung der Erwachsenenwelt steht das Suchen nach neuen Vorbildern. Rebellion und Bewunderung lösen sich rasch ab, wobei der Therapeut zumeist sehr kritisch als Handlanger elterlicher und gesellschaftlicher Normen betrachtet wird. Häufig sind es überschießende Autonomiebestrebungen, die es erschweren, Beratung und Hilfe von einem Erwachsenen anzunehmen.

Mit einem gesteigerten Hang zur Selbstbeobachtung - als Bereitschaft zum Nachdenken eigentlich eine erwünschte Voraussetzung der therapeutischen Arbeit - beginnen bereits an diesem Punkt behandlungstechnische Probleme. Muss nicht der Jugendliche, der sich zwar vermehrt selbst beobachtet, zugleich aber auch abkapselt, unserem Angebot, seine Innenwelt gemeinsam mit ihm zu erkunden, Widerstand entgegensetzen - unabhängig von der Natur seiner Störung? Die Skepsis, die der Jugendliche in die Therapie einbringt, darf somit nicht von vornherein als Widerstand im traditionellen Sinne missverstanden werden, zumal pubertäre Unsicherheit, die früher v. a. mit sexuellen Reifungsprozessen verknüpft war, heute auch andere Inhalte und Ausdrucksformen hat.

Die andere Seite der Beschäftigung des Adoleszenten mit sich selbst ist sein "Erlebnishunger". Der Erlebnishunger dient freilich nicht in erster Linie der Abkehr von der Innenwelt - auch das gehört zu den behandlungstechnischen Fallstricken: den "Erlebnishunger" nicht als Agieren zu diskreditieren -, Ziel ist vielmehr, das noch unfertige Selbstwertgefühl durch Handlungen und Erfahrungen zu erweitern. Selbstbeobachtung und Erlebnishunger bilden dementsprechend die beiden Pole eines umfassenden Wunsches nach Selbst- und Welterfahrung. Insbesondere Erikson (1968) hat die Bedeutung des *Erlebens* für die Lösung von Entwicklungskrisen in der Adoleszenz beschrieben.

Die Kardinalfrage ist, ob und wie die Beziehung zum Analytiker als ein "Mittel zum Zweck" verwendet werden kann, um Veränderungen zu erleichtern, ohne allzu sehr in die Verwicklungen sich wiederholender Übertragungen hineinzugeraten. Blos (1983) betrachtet die Übertragung in der Adoleszenz als Vehikel eines blockierten Entwicklungsprozesses und bezeichnet dementsprechend die Übertragungsprozesse in der Therapie Adoleszenter als "janusköpfig". Indem infantile Positionen wiederbelebt, Aspekte der Selbst- und Objektrepräsentanzen auf den Analytiker übertragen werden, werden die alten Versionen via Übertragung aktiv modelliert, um eine neue, revidierte Ausgabe herzustellen. Die Frage ist, wie die Übertragung gedeutet werden soll, wenn regressiv Bewegungen vom Jugendlichen aus neurotischen Gründen benutzt werden, den Entwicklungs- und Ablösungsprozess zu blockieren. Das gleiche gilt auch umgekehrt: Die auf den Therapeuten gerichteten Übertragungswünsche bergen die Gefahr einer Wiederholung traumatischer Erfahrungen und werden deshalb abgewehrt. Es ist deshalb wichtig, daß der Analytiker - anders als bei Erwachsenenanalysen - sich vorerst und manchmal auch langfristig *nicht* ins Zentrum der Übertragung rückt. Der Analytiker würde durch konsequente Deutungen der regressiven Anteile der Übertragung an die Stelle der realen Elternfiguren treten und die Ablösung geradezu verhindern. Zu den Paradoxien der Behandlungssituation gehört das u. U. sehr rasche Einsetzen heftiger emotionaler Reaktionen, die meist die berechnete intensive Angst vor einer Wiederbelebung infantiler Abhängigkeitspositionen widerspiegeln. Es ist deshalb sehr wichtig, eine "Wir-Bildung" im Sinne Sterbas (1929) zu erreichen, wie sie etwa von Aichhorn (1925) oder Zulliger (1957) angestrebt wurden.

Damit der Jugendliche in der Therapie den blockierten Entwicklungsprozess wieder aufnehmen kann, bedarf es mehr als Einsicht in Abwehrvorgänge. Sein Wunsch, im Analytiker einen Menschen zu finden, der ihm aus der gegenwärtigen Sackgasse heraushilft, muß als Ausdruck phasenspezifischer Bestrebungen verstanden werden. Sonst bleibt er in infantilen unbewußten Erwartungen verankert.

Die Aufgabe des Analytikers ist es, Vergangenes und Gegenwärtiges, Innen- und Außenwelt, Übertragung und reale Beziehung in der analytischen Situation zu differenzieren. Indem die Äußerungen des Patienten nicht nur auf verdrängte Kindheitswünsche hin untersucht werden, sondern den phasenspezifischen Wünschen Raum gelassen wird, werden diese von den infantilen Beimengungen regelrecht befreit (Bürgin 1980).

Von Anfang an geht es darum, die analytische Situation so zu gestalten, daß der Jugendliche sie als einen Raum für Entdeckungen nutzen kann. Es gilt ein Gleichgewicht zwischen *Entdecken* und *Aufdecken* zu finden. Es ist nicht nur die Angst vor Passivität und Regression, die Jugendliche dazu veranlasst, die analytische Situation z. B. in eine *reale* Situation verwandeln zu wollen. Wenn sie Fragen stellen, Ratschläge haben wollen oder schlicht herausfinden möchten, was der Analytiker denkt oder fühlt, wenn sie ihn zu emotionalen Reaktionen zu provozieren versuchen, dann hat dies auch den Sinn, dem Analytiker eine lebendige Existenz zu verleihen und ihn dadurch gewissermaßen davor zu bewahren, daß er zu einer omnipotenten und anonymen Figur wird. Der Jugendliche will sich nicht in erster Linie mit dem Analytiker identifizieren im Sinne von Ähnlichwerden, sondern sich abgrenzen, unterscheiden und dadurch seine eigene Identität erfahren.

In der Anfangsphase einer Behandlung werden die Voraussetzungen für den weiteren Verlauf geschaffen. In ihr muß eine erste Einsicht für die Besonderheiten der analytischen Situation als einem Raum für Entdeckungen hergestellt werden. Vieles hängt von der Fähigkeit des Therapeuten ab, von Beginn an sowohl ein Verständnis für die vorhandenen Befürchtungen seines jugendlichen Patienten zu entwickeln als auch dessen Wunsch im Auge zu behalten, daß er gekommen ist, um Hilfe zu erhalten. Je jünger der Patient ist, um so mehr steht am Anfang die reale Beziehung, aus der sich erst allmählich eine Übertragung entwickelt - abhängig davon, wie der Analytiker auf seinen Patienten eingeht. Man könnte sagen, der Jugendliche muß erst einmal herausfinden, wie und wozu der Analytiker ihm von Nutzen sein kann.

Beispiel

Der 18jährige Otto Y wurde von seinen Eltern bei uns angemeldet, weil er seit etwa 3 Jahren "alte Schuhe sammelt". Auf Drängen der Eltern hatte er vor 1½ Jahren an einer Gruppentherapie teilgenommen. Durch diese Therapie, die aus äußeren Gründen nur etwa ein halbes Jahr dauerte, war er kontaktfreudiger geworden und fühlte sich nicht mehr so niedergeschlagen. An seinem "Schuhproblem" hatte sich aber nichts geändert.

Diese Informationen waren mir vor dem Erstinterview bekannt. Otto Y konnte deshalb zu Recht vermuten, daß ich über den Grund seines Kommens Bescheid wusste. Der großgewachsene junge Mann begrüßte mich freundlich und etwas verlegen mit einem Diener. Um seine Verlegenheit nicht zu groß werden zu lassen, sagte ich ihm, daß er wahrscheinlich wisse, daß ich von seinem Schuhproblem bereits erfahren hätte, und bat ihn, mir zu sagen, was er selbst darüber denke. Daraufhin legte er mir sein Problem gewissermaßen auf den Tisch: "Ich bin in Schuhe verliebt." Über diese Eröffnung war ich nicht nur verblüfft, ich empfand sie zugleich als ausgesprochen gekonnt. Er hatte die Peinlichkeit der Situation geschickt überbrückt und mich damit zugleich auf die Probe gestellt: Er wollte herausfinden, ob ich ihm wie die Eltern die Schuhe wegnehmen und ihn normalisieren wollte. Ich sagte: "Ich kann mir vorstellen, daß es nicht immer leicht ist, in Schuhe verliebt zu sein."

Er begann mir nun die Geschichte der Schuhe zu erzählen. Er sammle seit der Kindheit Schuhe, und zwar ausschließlich Schuhe ohne Schnürsenkel. Er wehre sich, wenn die Mutter Schuhe wegwerfen wolle. Vor etwa 3 Jahren intensivierte sich das Sammeln alter Schuhe, die er sich auch im Sperrmüll suchte. Daß das Schuhesammeln auch eine sexuelle Bedeutung für

ihn hatte, blieb zunächst im Hintergrund. Er erzählte mir, daß er manchmal glaube, homosexuell zu sein, weil er für Mädchen nichts empfinde. Es wurde hingegen deutlich, daß Schuhe seine innere, aber auch seine äußere Welt sehr einschneidend bestimmten. Beim Schulaufgabemachen mußte er häufig an Schuhe denken und verlor die Konzentration. Allerdings gab es durchaus Bereiche, in denen er gut funktionierte; so malte er gerne in seiner Freizeit.

Je länger ich ihm zuhörte, um so mehr fiel mir auf, wie brav und bereitwillig er mir seine Anamnese berichtete. Zwar konnte ich etwas von seiner eigenen Beunruhigung ahnen, gerade durch seinen eher flüssig wirkenden Bericht hielt er mich aber auch auf Distanz. Ich sagte ihm daher, daß er mir eine ganze Menge über sich erzählt habe, daß ich jedoch den Eindruck hätte, es gäbe noch etwas, was ihn im Moment mehr beunruhigte als die Probleme, über die er gesprochen habe.

Er schwieg einen Moment und erzählte mir dann etwas von seiner früheren Therapie. Rückblickend meine er, diese Therapie habe ihm gewiß gutgetan, denn er sei nicht mehr so depressiv. Am Schuhproblem habe sich aber nichts geändert. Ich konnte ihm nun zeigen, daß er fürchtete, er könne auch bei mir nicht über die Schuhe reden, solange er den Eindruck habe, er komme auch dieses Mal nur der Mutter zuliebe. Ich kam dann auf die Erwartungen der Eltern zu sprechen, von denen ich bei der Anmeldung erfahren hatte, daß sie unbedingt ein Gespräch mit mir führen wollten. Ich vermutete, daß er davon wusste, und sagte ihm deshalb, daß er gewiß bei diesem Gespräch dabei sein wolle, da er wissen möchte, ob ich mich von den Erwartungen der Eltern beeinflussen lasse. Er wolle das Gespräch sicher selbst nutzen, um herauszufinden, welchen Standpunkt ich dem Schuhproblem gegenüber einnehme. Die Verabredung über den Therapiebeginn blieb offen, um ihm die Entscheidung nach weiteren Gesprächen zu überlassen.

Kommentar: Ob es erforderlich ist, mit den Eltern Jugendlicher am Beginn einer analytischen Behandlung zu sprechen, muß im *Einzelfall* entschieden werden. Wenn der Jugendliche sich selbst anmeldet, ist eine Einbeziehung der Eltern in der Regel problematisch, weil ein Vertrauensbruch die Folge sein könnte. Bei älteren Jugendlichen kann ebenfalls auf ein Gespräch mit den Eltern verzichtet werden, sofern ein ausreichendes Maß an äußerer Verselbständigung erreicht ist. Hat man sich dazu entschieden, die Eltern zu sehen, sollte dieses Gespräch in Anwesenheit des jugendlichen Patienten stattfinden. Wir empfehlen in einem solchen Fall, keine Deutungen der von der Familie angebotenen familiendynamischen Zusammenhänge zu geben, sondern sich darauf zu beschränken, etwas über die gegenwärtige und die vergangene Situation der Familie zu erfahren.

Otto Y verhielt sich in dem Familiengespräch weitgehend passiv, beobachtete jedoch das Geschehen aufmerksam. Im Gegensatz zur Mutter, die mit Tränen in den Augen über das "Schuhproblem" berichtete, wirkte der Vater nicht sonderlich irritiert. Die Wurzeln der bis heute engen Bindung zwischen Mutter und Sohn ließen sich bis in die Kindheit zurückverfolgen. Herr Y war nämlich in den ersten Lebensjahren von Otto Y bis zu dessen Einschulung beruflich sehr eingespannt. Eine bedeutsame Information erhielt ich über den Beginn des Schuhesammelns. Damals war die Mutter nämlich sehr besorgt wegen einer schweren Erkrankung der älteren Tochter, die eine lebensgefährliche Operation erforderlich machte. Zweifellos mußte Frau Y sich mit ihren Nöten sehr allein gefühlt haben. Otto Y, ihr jüngerer Sohn, so war zu vermuten, hatte als Tröster eine besondere Bedeutung für sie. Offensichtlich war deshalb die Abgrenzung in der Adoleszenz für beide erschwert. Die gelegentlich heftigen Wortwechsel zwischen Mutter und Sohn waren nicht nur Hinweis auf Schwierigkeiten bei der Abgrenzung; sie schienen darüber hinaus eine versteckte inzestuöse Befriedigung zu bieten, mit der Otto Y insgeheim über den Vater und seine Welt triumphieren konnte. Am Ende des Gesprächs wies ich darauf hin, daß Otto Y mit den

Schuhen eine Welt für sich aufgebaut habe, von der sie als Eltern ausgeschlossen seien. Etwas Ähnliches gelte für die Therapie. Wenn Otto Y sich dazu entschlöße, die Therapie zu beginnen, werde es für sie als Eltern nicht leicht sein zu akzeptieren, daß sie daran nicht teilhaben können.

Bei dem folgenden Termin behandelte Otto Y das Familiengespräch, als hätte es gar nicht stattgefunden. Er zeigte mir damit, wie er unangenehme Situationen geschickt auszublenden wusste, indem er für sich 2 Welten konstruierte: die Welt der äußeren Ereignisse und seine innere Welt, die er vor dem Zugriff anderer zu schützen versuchte. Auf diese Weise konnte er Konflikte in sich selbst wie im Umgang mit seinen Bezugspersonen vermeiden. Es wurde allerdings klar, daß er sich für die Behandlung bereits entschieden hatte. Dennoch blieb er reserviert und vorsichtig. Sein Ziel war es weiterhin herauszufinden, ob ich mich nicht doch in seine inneren Angelegenheiten einmischen würde. Er wählte dazu ein Thema, das hierzu besonders geeignet war. Er begann mit mir nämlich darüber zu sprechen, daß er bei der Bundeswehr verweigern wolle, aber noch nicht ganz entschlossen sei. Gewissermaßen mit einem Seitenblick auf mich meinte er, er werde sich bei jemandem Rat holen, der ihm dabei helfen solle. Seine Angst klang an, es könnte sich herausstellen, daß er wirklich homosexuell sei. Seine Absicht war leicht zu erkennen. Er wollte wissen, wie ich auf das Thema "Homosexualität" reagieren würde, und erwähnte weitere Details, die mich dazu bringen sollten, durch Nachfragen mein Interesse an homosexuellen Erfahrungen zu bekunden. Vor 2 Jahren hatte er in einem Freizeitlager einen Studenten kennen gelernt. Diese Begegnung hatte ihn sehr aufgewühlt. Dem Studenten hatte er erstmals sein "Schuhproblem" gestanden und auch auf seinen Rat die Gruppentherapie gesucht.

Seine Angst vor homosexuellen Übertragungswünschen war unübersehbar. Sie hatte 2 Seiten: Einmal war es für ihn beunruhigend, daß ich ihm die Möglichkeit offen ließ, herauszufinden, ob er homosexuell werden wollte, andererseits hatte er davor Angst, daß ich ihn im Sinne der elterlichen Erwartung "normalisieren" würde. Um die analytische Sprechstunde als Raum für seine eigenen Entdeckungen freizuhalten, sagte ich ihm, er wolle wissen, ob er hier mit mir über alles reden könne, auch über seine Homosexualität, um auf diese Weise zu klären, wer er sei und wie er sich in Zukunft entwickeln wolle. Ich mutete ihm damit gleichwohl eine Frustration zu. Es war nämlich deutlich zu spüren, daß er eine unmittelbare Entscheidungshilfe suchte, sowohl im Hinblick auf die Frage der Wehrdienstverweigerung als auch im Hinblick auf seine mögliche Homosexualität.

Außerdem zeigte er mir damit, wie unsicher er sich noch bei eigenen Entscheidungen fühlte. Es schien, als wollte er überprüfen, ob ich wirklich anders auf seine Ängste reagieren würde als der Vater, von dem er sich im Stich gelassen fühlte, aber auch anders als die Mutter, die sich zu sehr einmischte.

Nun eröffnete Otto Y mir seine eher "normalen" Konflikte. Es gab in der Schule Schwierigkeiten, z. B. mußte er in Mathematik Nachhilfeunterricht nehmen und fühlte sich auch in seinem Lieblingsfach, dem Kunstunterricht, anderen unterlegen. Die Welt der Schuhe bot Zuflucht. Oft dachte er bei den Schularbeiten darüber nach, wie er an das nächste Paar Schuhe herankommen könne. Dabei tauchte die Angst auf, er könne von anderen entdeckt werden, oder die Eltern könnten ihn beobachten, wie er mit einem Paar alter Schuhe an seinem Schreibtisch sitzt. An dieser Stelle war es wichtig, ihm zu zeigen, wie er darunter litt, anders als seine Alterskameraden zu sein. Ich deutete ihm seine Sehnsucht, so wie andere Jugendliche leben zu können, die keine Therapie brauchen, und verknüpfte seine Bindung an die Schuhe mit der Bindung an die Eltern, vor allen Dingen an die Mutter. Er fürchtete nämlich, er könnte die Mutter vor den Kopf stoßen, wenn er sich nicht mehr heimlich, sondern offen zu seiner Schuhleidenschaft bekennen würde. Ich sagte ihm deshalb, daß er sich von mir erhoffe, daß ich beides sehe, sowohl den Teil in ihm, der an den Schuhen und an

der Mutter hängt, aber auch den Teil, der nach einem Weg sucht, sich zu lösen und seinen eigenen Weg zu gehen.

Diese Deutung verstärkte zunächst die emotionale Spannung in ihm. Je mehr er sich auf die Therapie einließ, desto schwieriger wurde es für ihn, mit mir zu reden. Seine Angst vor Beschämung rückte in den Vordergrund. Den Eltern gegenüber wurde er jedoch offener. Erstmals wagte er es auszusprechen, daß er auf dem Sperrmüll nach Schuhen sucht. Mir gestand er ein, daß er die alten Schuhe gerne ins Bett nimmt und daß gerade dies seine Eltern anekle. Zugleich verleugnete er jegliche sexuelle Bedeutung seiner Schuhleidenschaft und gab sich unwissend. So hatte er erst vor kurzem das Wort Masturbation gehört und nicht gewußt, was es bedeutet. Das war auch ein Zeichen für mich, nicht zu voreilig die sexuelle Bedeutung zu thematisieren, die die Schuhe für ihn hatten.

Erst viel später erfuhr ich, daß er eine Zeitlang mit den Schuhen versucht hatte zu onanieren, dies aber wieder aufgegeben hatte, weil er aufgrund einer Ejaculatio retardata keinen Orgasmus erreichen konnte.

Ein einsetzendes verstärktes Schweigen weckte in mir die Tendenz, durch neugieriges Nachfragen in ihn zu dringen. Offensichtlich entwickelte er recht intensive Vorstellungen zu meiner Person und einen damit einhergehenden Widerstand. Meine Neugier, den Details seines Fetischismus nachgehen zu wollen, machte mir deutlich, daß er mich nicht nur zu einem Übergriff provozieren wollte, sondern zu erwarten schien, daß ich ihm die schwierige Arbeit an diesem Thema abnehmen würde. Ich war der Fachmann, der sich nicht wie die Eltern anekeln läßt, sondern sich alles anhört. Meine wachsende Neugier machte mir deutlich, daß ich in die Rolle eines heimlichen Fetischisten kommen sollte. Durch sein Andeuten und Zögern versuchte er, mich auf seine Schuhwelt begierig zu machen, und konnte offensichtlich seine eigene Erregung hierbei gut kontrollieren. Trotzdem war es zu früh, diese regressive Übertragungsdynamik anzusprechen. Viel näher lag es, seine Ambivalenz mir gegenüber zu interpretieren, weil diese einen Schutz vor Regression darstellte. Ich griff deshalb seine Idee auf, ich sei ein Fachmann, der in ihm nur einen ungewöhnlichen "Fall" sehe, und sagte ihm, daß er mit dieser Vorstellung versuche, seine ureigenste Schuhwelt vor mir zu schützen und mich auf Distanz zu halten.

Diese Deutung war aufgrund einer Enttäuschung meinerseits, die ich erst später zu erkennen vermochte, vorwurfsvoll. Obwohl ich wusste, wie empfindlich gerade er gegenüber noch so wohlmeinenden Überlegungen Erwachsener sein mußte, war ich dennoch gekränkt, daß er auf Übertragungsdeutungen mit einem "oh je" antwortete. Immer wenn ich ihm zu zeigen versuchte, wie er die Behandlungssituation erlebte, fühlte er sich "mit diesen Anspielungen über die Situation", wie er sie nannte, in die Ecke gedrängt. "Da weiß ich überhaupt nicht, was ich dazu sagen soll." Dabei entwickelte sich allmählich ein Wechselspiel. Er äußerte die Angst, ich könnte ihn, wenn er mir mehr von sich erzählt, "verreißen", um bei der nächsten Gelegenheit meine Deutungen mit einem gekränkt-vorwurfsvollen "oh je" zu quittieren.

Sein "oh je" wurde als Ausdruck seiner Angst verständlich, ich könnte ihn durch Übertragungsdeutungen auf "meine Sicht" der Dinge einschwören wollen und damit seine ohnehin instabile Selbständigkeit untergraben. Erkennen zu müssen, wie unsicher und unentschieden er war, mußte für ihn noch beschämender sein als für andere Jugendliche. Als ich ihm zeigen konnte, wie er mich mit seinem "oh je" auf die Probe stellte, um herauszufinden, ob ich gekränkt reagiere oder ob ich sein "oh je" als ein Angebot aufzugreifen vermochte, mit dem er mir zu verstehen gab, wie schwer es für ihn war, sich seinen inneren Widersprüchen zu stellen, begann er mehr und mehr darüber zu sprechen, wie kritisch er mit sich selbst umging.

Aufgrund seiner Wertvorstellungen verurteilte er seine Schuhleidenschaft und konnte sie nur aufrechterhalten, indem er sie von seinem Alltagsleben abspaltete. Deshalb wehrte er sich

auch gegen meine Deutungen, die miteinander in Beziehung setzte, was er auseinander zuhalten versuchte.

Otto Y befürchtete, durch die Therapie festgelegt zu werden. Es gab eine Reihe von Beispielen für seine Angst vor Festlegungen. So hatte er zu Beginn der Behandlung von mir ja erwartet, daß ich ihn bei der Entscheidung für oder gegen den Wehrdienst beraten sollte, weil er sich innerlich nicht wirklich festlegen konnte. Ebenso ging es ihm bei der Entscheidung, ob er lieber mit Öl- oder Aquarellfarben malen solle. Ich sagte ihm dazu: "Das hat 2 Seiten. Sie wünschen sich, klar und entschieden zu sein, haben aber auch Angst davor. Es hat ja etwas Großartiges, sich Möglichkeiten offenzulassen und sich nicht festlegen zu müssen. Deshalb wehren Sie sich auch gegen mich, weil Sie sich davor fürchten, daß ich Sie festlegen will und Ihnen damit etwas wegnehme." Er stimmte zu, gab aber zu bedenken, daß er sich andererseits Ratschläge von mir geradezu wünsche und sich im Stich gelassen fühle, wenn ich sie ihm nicht gebe. Der Wunsch nach Ratschlägen hatte das Ziel, eine Auseinandersetzung mit seiner inneren Welt zu verhindern und seine Angst vor Beschämung in Schach zu halten, die immer stärker wurde. Als ich ihm nach einer längeren Schweigepause sagte, er erlebe es jetzt offenbar so, daß ich von ihm verlange, mit Gedanken herauszurücken, für die er sich schäme, wurde er rot. Es mache ihm angst, daß er überhaupt nicht wisse, wohin die Therapie noch führen werde. Das hatte einen konkreten Hintergrund. Ich erfuhr, daß ihn die Stunden so aufwühlten, daß er danach durch die Straßen ging und sich Schuhe anschaute. Neulich hatte er Schuhe gesehen, die ihn sehr fasziniert hatten.

Dies schien mir ein indirekter Hinweis auf meine Schuhe zu sein, und ich überlegte mir, daß er es als beschämend erleben und abwehren müsste, wenn ich diesen Zusammenhang aufdeckte, anstatt ihm den Spielraum zu geben, diese Entdeckung selbst zu machen. Die Gelegenheit bot sich anlässlich einer Stundenverlegung, die ich im folgenden auszugsweise anhand von 2 Stundenprotokollen wiedergeben will, welche im Anschluss an die Stunden aus dem Gedächtnis niedergeschrieben wurden.

Die auf meinen Wunsch vorverlegte Sitzung begann mit einem für Otto Y ungewöhnlich langen 10minütigen Schweigen.

P.: *Ich habe zu Hause eine Liste mit Englischadverbien verlegt und sie verzweifelt gesucht.*

A.: *Vielleicht ist es kein Zufall, daß Sie von dieser Liste sprechen, weil Sie ja auch oft hier ganz verzweifelt nach den richtigen Worten suchen.*

P.: *Oh je, das ist wieder mal überinterpretiert. Das passt genau in das Klischee des Psychotherapeuten. Ich meine es ganz oberflächlich, und Sie vermuten gleich etwas Tiefes.*

A.: *Sie sind überzeugt, daß ich ständig mehr von Ihrer Schuhleidenschaft erfahren will und gar nicht mitkriege, daß es heute erst einmal um die Stundenverlegung geht, über die Sie sich vielleicht ärgern, weil Sie sich da nach mir haben richten müssen.*

P.: *Da bin ich schon ärgerlich gewesen, hatte das Gefühl, Sie bestimmen da über mich. Aber jetzt ist ja alles entschieden.*

A.: *So daß wir uns mit Ihrem Ärger gar nicht mehr beschäftigen sollen.*

P.: *Zu Hause bin ich manchmal schon ziemlich ärgerlich auf die Eltern, das ist oft nur so innerlich, manchmal bin ich aber auch verzweifelt und heule dann, z. B. wenn die Mutter mir Vorwürfe macht, weil ich was verlegt habe, das passiert nämlich oft, und sie mir dann vorhält, ich sei unzuverlässig.*

A.: *Sie finden es auch hier oft zum Heulen, wenn Sie sich von mir bedrängt fühlen.*

P.: *Ja, manchmal schon. Es geht doch darum, daß Sie nicht nur mein Psychotherapeut sein sollen, sondern sozusagen ein ganz normaler Mensch, also damit ich meine Würde bewahren kann.*

Mir ging die Mehrdeutigkeit des Verlegens der Stunde und des Verlegens der Adverbienliste durch den Kopf. Ich überlegte mir, wie er sich mit seinem "oh je" dagegen wehrte, bei mir in die gleiche Abhängigkeit wie bei der Mutter zu geraten. Deshalb mußte er

sich auch gegen Übertragungsdeutungen verwahren, die seine regressiven Wünsche mobilisierten und in Konflikt mit seinem Wunsch nach Abgrenzung standen. Er bot mir folgende Beziehungsfigur an: Er sucht nach einer Adverbienliste, die er verlegt hat, die Mutter verlangt von ihm, daß er ordentlich ist, und macht ihm Vorwürfe, weil er sich durch das Verlegen ihrem Zugriff entziehe. Für die Übertragung bedeutete dies, daß er fürchtete, ich könne die Rolle einer fordernden Mutterfigur übernehmen, die erwartet, daß sie über alles Bescheid weiß und ihn mit Deutungen festlegt und damit seine Eigeninitiative untergräbt. Andererseits konnte er, wenn er mich in diese Rolle brachte, die Auseinandersetzungen mit sich selbst, mit seinen Affekten und Phantasien umgehen, indem er darauf bestand, alles konkret aufzufassen. Allerdings drohte die Gefahr, daß wir uns dann in einen Teufelskreis von Vorwürfen und Gegenvorwürfen verstricken würden.

Es war daher nötig, ihm seinen Part in der Übertragung zu verdeutlichen. Indem er darauf rekurrierte, ich solle ein ganz normaler Mensch sein, sprach er über seine Verlegenheit in meiner Gegenwart. Diese Verlegenheit hatte damit zu tun, daß er immer wieder unsicher war, wie viel er von sich preisgeben konnte, ohne sich seinen regressiven Wünschen auszuliefern. Deshalb war es auch wichtig für ihn, den Zeitpunkt bestimmen zu können, an dem er sich mir öffnete. Ich wies daher zum Schluß der Stunde darauf hin, daß das Verlegen der Stunde offensichtlich seine Angst verstärkt hätte, er könnte die Kontrolle über sich, aber auch über mich verlieren. Das mache ihn verlegen, so daß er gar nicht mehr wisse, ob er überhaupt noch wolle, daß ich begreife, was in ihm vorgeht. Er sehe dann in mir einen Psychotherapeuten, der alles überinterpretiert.

Zur nachfolgenden Sitzung kam Otto Y genau eine Stunde zu früh. Da er nie im Wartezimmer wartete, sondern stets auf die Minute genau bei mir anklopfte, konnte er diese Verwechslung nicht bemerkt haben. Nachdem er eine Weile geschwiegen hat, beginne ich die Stunde und frage ihn, ob er gemerkt hat, daß er heute zu früh gekommen ist. Er ist zunächst ganz sicher, daß er nichts verwechselt hat und stutzt dann.

P.: *Oh je, dann muß ich mit der Freitagssunde ganz durcheinander gekommen sein.*

A.: *"Oh je", das taucht sonst auf, wenn ich Ihnen etwas sage, wogegen Sie sich wehren.*

P.: *Ja. (längere Pause)*

A.: *Bevor Sie da jetzt weiterkommen, müssen wir erst einmal herausfinden, was Sie für eine Idee haben, was ich tun soll, damit Sie sich wieder sicher genug fühlen.*

P. (heftig): *Na ja, das, was ich sage, verschwindet ja alles in Ihrem Hinterkopf, und ich weiß überhaupt nicht, was Sie daraus machen. Zweitens haben wir hier ja kein Ziel, nicht einmal ein Teilziel, und drittens fürchte ich, daß ich den letzten Rest an Würde und Selbstachtung verliere, wenn ich hier bin, obwohl ich möchte, daß Sie mir helfen, die Selbstachtung zu wahren. Aber darüber hatten wir ja letzte Stunde auch schon gesprochen.*

A.: *Offenbar hatten Sie gerade in der letzten Stunde das Gefühl, Sie könnten Ihre Selbstachtung verlieren.*

P. (verwirrt): *Was war da eigentlich, das weiß ich jetzt nicht mehr. Es war so viel dazwischen, ich war zum Geburtstag eingeladen, "Jugend musiziert" fand statt, und ja, jetzt fangen Sie bestimmt an zu überlegen, warum ich mich da nicht mehr dran erinnern kann.*

A.: *Mir wird jetzt klar, wie schwer es für Sie jedes Mal ist, von einer in die andere Welt zu wechseln. Da ist der Alltag, und da ist die Therapie, wo es um die Schuhe geht. (Der Patient unterbricht mich, bevor ich weitersprechen kann.)*

P.: *Und da werde ich immer an Ihre Schuhe erinnert. (Während er das sagt, lächelt er.)*

A.: *Genau, und da taucht der Wunsch auf, die zu besitzen.*

P.: *Letzten Endes ja, also wenn Sie die irgendwann nicht mehr tragen. (längere Pause)*

A.: *Jedenfalls ist deutlich, daß Sie sich dagegen sträuben, daran immer wieder erinnert zu werden.*

P.: Weil ich fürchte, daß ich dann in meiner Leistungsfähigkeit total nachlasse. Und da gibt es 2 Sachen, die Sie bisher nicht wissen. Seit der Kindheit habe ich das Problem, daß mir die Vorstellung, daß Tiere getötet werden, um an das Leder heranzukommen, zuwider ist. Und ich glaube, deshalb kann ich keine Schuhe wegschmeißen. Außerdem ist es für mich unheimlich schwierig, mit dem Träger von Schuhen zu sprechen, die ich mag. Es entsteht da eine körperliche Anziehung. Gehen die Schuhe aber meinem Geschmack zuwider, ist es noch schwieriger, mit dem Träger ein Gespräch anzuknüpfen. Ihre Schuhe haben etwas, was sehr wichtig, also ganz oben steht, sie haben nämlich keine Schnürsenkel.

A.: Ich denke, Sie sprechen nicht allein über die Schuhe, sondern über eine Sehnsucht, die sich mit den Schuhen verknüpft. Es geht darum, jemandem ganz nahe zu sein. Und wenn ich Schuhe trage, die mir und Ihnen gefallen, da komme ich Ihnen so nahe, daß es gerade deshalb schwierig ist, mit mir zu reden.

P.: Wo Sie das jetzt gesagt haben, da hatte ich ein unangenehm-angenehmes Gefühl bis in den Körper hinein. (Beim Verabschieden fügt er noch folgendes hinzu:) Jedenfalls werde ich die heutige Stunde nicht mehr vergessen.

Mit dieser Stunde war ein wichtiger Schritt zur Konsolidierung des Arbeitsbündnisses gelungen. Otto Y hatte mich schon seit einiger Zeit insgeheim in seine Schuhwelt einbezogen, ohne darüber sprechen zu können. Er hatte sich gleichsam durch meine Schuhe erregen und zugleich frustrieren lassen. Weil es für ihn zunehmend nur noch meine Schuhe waren, die ihn faszinierten, fühlte er sich mehr und mehr abhängig, und deswegen schämte er sich. Die Stundenverlegung und sein Zufrühkommen waren für ihn ein peinlicher Beweis dafür, wie sehr er auf mich angewiesen war. Mir all das einzugestehen, schien für ihn zu bedeuten, daß es keine Grenze mehr zwischen uns geben würde und ich ihn völlig in der Hand hätte.

Meine Frage, daß wir erst einmal herausfinden müßten, was ich jetzt tun könnte, damit er sich wieder sicher fühle, gab ihm die Möglichkeit, mich anzugreifen und sich dadurch von mir abzugrenzen. Indem er feststellte, daß alles in meinem Hinterkopf verschwinde und kein Ziel da sei, das ihn von den Schuhen ablenke, sprach er erneut über seine Angst, er könnte mir völlig ausgeliefert sein und dadurch jede Selbstachtung verlieren. Er kam deshalb auf die letzte Stunde zurück, zeigte mir, wie er auf 2 Ebenen lebte und mich aus seiner Schuhwelt bereits wieder auszuschließen begann. Das bedeutete aber auch, daß er durch das Wechseln von einer Welt in die andere eine Grenze zog. Zwar isolierte er sich dadurch, konnte aber die Befriedigungen, die ihm seine Schuhwelt bot, durch diese Isolierung weiter genießen. Indem ich ihn darauf ansprach, wie beunruhigend es sei, zwischen diesen beiden Welten, der Schuh- und der Alltagswelt, hin- und herzuwechseln, gab ich ihm die Gelegenheit, mich an seiner Schuhwelt unmittelbar teilnehmen zu lassen, sie für einen Moment zu öffnen und dadurch etwas von der abgespaltenen Schuhwelt zu integrieren. Er gestand mir nicht nur etwas, was er bislang zurückgehalten hatte, sondern identifizierte sich partiell mit mir. Indem ich ihm deutlich gemacht hatte, daß ich die besagten Schuhe trage, weil sie mir gefallen, war es ihm möglich geworden, sich dem Konflikt zwischen seiner Sehnsucht nach körperlicher Nähe (deshalb wollte er meine Schuhe besitzen) und seinem Wunsch nach Abgrenzung (deshalb sollte ich meine Schuhe nicht hergeben und seinen Wünschen Widerstand leisten) in dieser Stunde zu stellen. Er begann, eine Einsicht in seine unbewußten Konflikte zuzulassen, die eng gekoppelt ist an die Erfahrung, die er mit sich und mit mir in der Stunde gemacht hat. In diesem Sinne läßt sich diese Stunde als ein erster Wendepunkt der Therapie betrachten. Er begann zu erkennen, daß es nicht um die konkreten Schuhe, sondern um das geht, was die Schuhe bedeuten, z. B. seinen Wunsch nach Nähe und seine Angst, sich dem anderen in dieser Nähe auszuliefern. Im weiteren Verlauf trat an die Stelle des "oh je" ein "mh" als Reaktion auf Deutungen, durch die er sich berührt fühlte. Mit dem "mh" hielt er sich die Möglichkeit offen, mir entweder zu sagen, wie und warum er die Dinge anders sieht als ich, oder mit dem zu arbeiten zu beginnen, was er von mir gehört hatte. Er erlebte meine

Deutungen nicht mehr als Übergriff, gegen den er sich wehren mußte, sondern als Werkzeug, mit dem er selbst arbeiten konnte.

Kommentar: Um herauszufinden, unter welchen Bedingungen bei Otto Y eine Fixierung auf den Fetisch erfolgt ist, muß die Faszination durch die "Schuhwelt" zurückverwandelt werden in die konflikthafte Geschichte seiner unbewußten Phantasien und lustvollen Wünsche, die ursprünglich seinen Bezugspersonen gegolten haben und die er nun in der Gegenwart zu verwirklichen sucht.

Auszugehen ist dabei von der lebensgeschichtlichen Tatsache, daß dieser Patient etwa seit seinem 3. Lebensjahr in 2 Welten lebt, nämlich im und mit dem faszinierenden Fetisch als Symbol, das zum Inhalt aller Phantasien, Imaginationen und Illusionen werden kann und das wahrscheinlich aus verschiedenen Übergangsobjekten hervorgegangen ist. Gerade unbelebte Objekte, die durch keine Eigenaktivität stören, eignen sich wegen ihrer fast grenzenlosen Verfügbarkeit als Projektionsschirm aller nur denkbaren bewussten und unbewußten Phantasien. Von der Lebensentwicklung und von den zwischenmenschlichen Beziehungen losgelöst wird der Fetisch schließlich auch zum Sexualobjekt im engeren Sinne des Wortes. An der Faszination, die von bestimmten Schuhen ausgehen kann, zeigt sich die Großartigkeit der menschlichen Imagination. Freilich kann sich diese nicht darüber hinwegsetzen, daß es schöne und hässliche, anziehende und abstoßende Schuhe gibt. Bemerkenswerterweise leidet der Patient unter dem Wissen, daß seine Liebe sich auf einen Gegenstand richtet, der ihm nur deshalb zur Verfügung steht, weil ein Tier getötet wurde. Das Leder erinnert ihn immer wieder an die Vernichtung von Leben, also an Aggressivität und Destruktivität. Es ist aufschlußreich, daß die Faszination nur von solchen Schuhen ausgeht, die geschlossen sind, während alle Schuhe mit Ösen in eine negativ bewertete Gruppe fallen, von denen sogar eine Beunruhigung ausgeht. Möglicherweise erlebt der Patient unbewußt in den Ösen eine Unvollkommenheit, die im Sinne der Verschiebung der Wahrnehmung auf das kleinste Detail an jede Art von Beschädigung und Zerstörung erinnert. Die geschlossenen Schuhe stellen die Vollkommenheit wieder her, die allerdings auch mit Schuld, nämlich dem Töten von Tieren, belastet ist.

Zur Psychodynamik ist weiterhin anzumerken, daß die Befürchtung des Patienten, homosexuell werden zu können - ausgelöst durch seine enge Freundschaft zu einem Studenten, dem er sich anvertraute -, ein weiterer Ausdruck seiner entwicklungshemmenden Bindung an den Fetisch ist. Diese Bindung hat offensichtlich seinen heterosexuellen Spielraum vollständig eingeengt und zu einem ihn selbst und andere beunruhigenden Ausbleiben des Pubertätsschubs geführt.

Fetischismustheorie

Die gegebene und absichtlich sehr allgemeine psychodynamische Beschreibung integriert viele wesentliche Gesichtspunkte der psychoanalytischen Theorie des Fetischismus. Die Symptombildung vermag durch eine bestimmte Form der Verleugnung des Geschlechtsunterschieds sowohl Konflikte der ödipalen als auch der präödipalen Entwicklungsphase abzuwehren (Freud 1927 e, 1940 a, S. 133; Greenacre 1953; Stoller 1985).

Versucht man die verschiedenen Ansichten auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen, so konzentrieren sich die Überlegungen auf die prägenitale und androgyne Befriedigung einerseits und auf die Thematik des Kontrollierens und der Machtausübung andererseits. Häufig geht der später sexualisierte Fetisch aus einem Übergangsobjekt hervor, womit auch die intensive Befriedigung und Sicherheit zusammenhängt, die der Fetisch vermittelt. Die Therapie führt dementsprechend zu einer Beunruhigung, weil der Patient Angst hat, daß ihm das Objekt weggenommen wird, an dem seine ganze Seligkeit und Sicherheit hängt. Obwohl

der behandelnde Analytiker sich des Problems bewußt ist und sich darum bemüht, den Patienten nicht als verlängerter Arm der Eltern und quasi in deren Auftrag zu normalisieren und ihm den Fetisch wegzunehmen, gerät er in eine Zwickmühle. Diese Zwickmühle ist eng verknüpft mit der Entwicklung der Übertragung.

Besonders bei einer solchen Symptomatik sind tiefe Beschämungen mit der Enthüllung perverser Praktiken verbunden. Der Patient vermag sich trotz großer innerer Schwierigkeiten Schritt für Schritt zu öffnen. Allerdings zeigt sich an einigen Stellen, daß der Analytiker die Abgrenzungsstrategien des Patienten vorwurfsvoll interpretiert, obwohl er das Gegenteil beabsichtigt. So muß der Patient es als einen stillschweigenden Vorwurf empfunden haben, als der Analytiker ihm deutete, daß er sich nicht festlegen und Möglichkeiten offenlassen möchte und sich deshalb gegen den Analytiker wehre, weil dieser ihm etwas wegnehmen könne. Dieser Deutungstyp ist sehr häufig zu finden und wird von Analytikern mit der guten Absicht gegeben, die Patienten verstanden von selbst, daß ihnen selbstverständlich nichts weggenommen werden soll, sondern daß sie die unbegründete Angst haben, es könnte dieses oder jenes geschehen.

Anstatt dem Patienten nahezubringen, seinen Widerstand gegen die Übertragung als unbegründet aufzugeben, empfehlen wir, mit dem Patienten zusammen die Aktualgenese, also die Entstehung des Widerstands im Hier und Jetzt zu untersuchen und hierbei davon auszugehen, daß der Patient gute Gründe für seine Beunruhigung hat. Ein gutes Beispiel findet sich in der Therapie dieses Patienten in dem Behandlungsabschnitt, als sich seine Verwirrung legt. Nachdem der Analytiker den Patienten nach dessen Meinung gefragt hatte, was geschehen könnte, damit er sich wieder sicher genug fühle, nennt dieser 3 Punkte, die in jeder Analyse Schritt für Schritt eingelöst werden müssen, um ein gutes Ende, also therapeutische Veränderungen zu erreichen. Jeder Patient ist davon abhängig, was der Analytiker über ihn denkt und wo es hingeht, und nicht zuletzt reguliert sich die Selbstachtung in der Beziehung zum Analytiker. Dessen unterstützende Bemerkung, wie schwer es für den Patienten sei, von einer in die andere Welt zu wechseln, ist ausreichend, um endlich eine Übertragungsphantasie über die Schuhe des Analytikers zur Mitteilung zu bringen. Diese unvergeßliche Stunde hat den Fetisch in der Übertragungsneurose manifest werden lassen. Hierbei hat der Analytiker ausreichend hilfreich mitgewirkt, so daß sich das Arbeitsbündnis konsolidieren konnte. Freilich ist erst einmal eine Gemeinsamkeit, eine Ähnlichkeit bezüglich des Geschmacks von Schuhen hergestellt. Nun wird es darum gehen, mit dem Patienten auf anderen Ebenen Positionen aufzubauen, die aus der Fetischwelt herausführen. Man kann aus dieser Art von "Schuh" nur heraus, wenn man mit einem Fuß drin ist und mit dem anderen Bein woanders steht.

6.3 Angehörige

Wie wir im Grundlagenband unter 6.5 ausgeführt haben, ist das Verhalten des Analytikers Angehörigen gegenüber dem Grundsatz der ärztlichen Ethik und damit der Schweigepflicht unterzuordnen. Weniger rigoros klingt es, wenn wir mit der gleichen Zielrichtung sagen, daß der Analytiker verpflichtet ist, dem Wohl des Patienten zu dienen. Jede psychoanalytische Behandlung hat das Ziel, die Autonomie des Patienten zu fördern (Tress u. Langenbach 1999). Damit werden eingegangene Bindungen berührt, weshalb Psychoanalysen stets auch große Auswirkungen auf den Partner und das Paar haben (Freud 1912 e). In Ausnahmesituationen, also dann, wenn eine psychotische Erkrankung vorliegt oder eine ernsthafte Selbstmordgefahr droht, ist es auch unter juristischen Gesichtspunkten unproblematisch und ärztlich gesehen notwendig, Angehörige zu informieren und möglichst eine von allen Seiten getragene Entscheidung zu erreichen. Aber es gibt für den Patienten und

den Analytiker indirekte Formen, abwesende Dritte in die Therapie einzubeziehen oder auszuschließen.

Mehr oder weniger komplikationslose Therapien

Bevor wir uns einigen typischen Problemen zuwenden, möchten wir uns mit solchen Behandlungen befassen, die zur allseitigen Zufriedenheit verlaufen. Diesen Ausgangspunkt wählen wir aus verschiedenen Gründen. Zum einen wird in den letzten Jahrzehnten viel zu wenig zur Kenntnis genommen, daß die Besserung oder Heilung einer neurotischen oder psychosomatischen Erkrankung ein Prozeß ist, der insgesamt für alle Beteiligten und Betroffenen viel mehr erfreuliche als belastende Momente einschließt.

Betrachten wir unsere diesbezüglichen Erfahrungen seit der Veröffentlichung von Thomä u. Thomä (1968), so zeichnen sich diese für die Angehörigen weitgehend komplikationslosen Therapien dadurch aus, daß die sich vollziehenden Veränderungen des Patienten den *gemeinsamen Lebensrahmen* erweitern und das Zusammenleben bereichern. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist, daß eine tragfähige Basis besteht, die vorwiegend durch eine neurotische Symptomatik des einen Partners belastet ist. Liegen andere Verhältnisse vor, beispielsweise daß eine Partnerschaft bereits durch gegenseitige neurotische Verstrickungen zustande gekommen ist bzw. aufrechterhalten wird, führt die Veränderung des neurotischen Gleichgewichts zu erheblichen Komplikationen. Diese werden selbstverständlich von dem Partner, der sich nicht in Therapie befindet, negativ registriert. Denn er leidet nun darunter, daß z. B. der bisher abhängige Partner selbständiger wird und sich aus einer neurotischen Abhängigkeit befreit.

Betrachten wir die komplikationsarmen Behandlungen noch etwas genauer, und zwar von einem Standort aus, der u. E. als einziger angemessen ist. Es ist von einer Dreipersonenpsychologie im Sinne Balints auszugehen, die in der realen psychoanalytischen Situation auf eine Dyade verkürzt ist, weshalb wir von einer "Triade minus eins" sprechen. Die reale Abwesenheit und die nur virtuelle Präsenz des Dritten hat tiefgreifende Auswirkungen, und es hängt von allen 3 Beteiligten ab, wie die entstehenden dyadischen und triadischen Konflikte gelöst werden. Besondere Probleme ergeben sich für die Ausbildungskandidaten und ihre Partner (Vaglum et. al 1994; Haga 1995).

Das Wohl des Patienten im Auge zu haben, erlaubt es ja durchaus, ein Ohr dem Partner zu leihen, um auf einen treffenden Titel von Neumann (1987) anzuspielden. Diese Metaphern sollten nicht von der Verpflichtung ablenken, die sich aus dem klaren Behandlungsauftrag ergeben. Ein Ohr für den Partner zu haben, heißt für uns vor allem, das psychoanalytische Wissen über triadische (ödipale) und dyadische (Mutter-Kind-)Konflikte so anzuwenden, daß der behandelte einzelne zu einer Autonomie gelangt, die sich mit einer glücklichen Bindung verträgt. Das Ziel, eine postödipale heterosexuelle Beziehung zu erreichen, ist eine wegweisende utopische Phantasie. In dieser Utopie spiegelt sich wahrscheinlich eine tiefe menschliche Sehnsucht, die sich scheinbar im psychoanalytischen Paar darstellt. Darauf richten sich Neid und Eifersucht von außen. Auf der anderen Seite benötigt der Analytiker gerade bei der Entfaltung der Übertragung auch die Stimmen von außen, wiewohl er diese i. allg. nur indirekt aus dem Munde des Patienten hört. Deshalb gehen Angehörige auch häufig davon aus, daß sich Analytiker kein zutreffendes Bild darüber machen können, wie der Patient in Wirklichkeit sei und wie er sich tatsächlich verhalte. Hieraus entstehen Spannungen, die gemildert bzw. verschärft werden können. Zur Milderung oder Verschärfung von Spannungen kann jeder der 3 Beteiligten beitragen, so daß die Typologie der Komplikationen von der Einstellung und vom Verhalten jedes einzelnen und von den wechselseitigen Interaktionen abhängig ist.

Da wir bereits im Grundlagenband (6.5) die vorkommenden typischen Konstellationen beschrieben haben, beschränken wir uns hier auf ein Beispiel der Einbeziehung eines Ehepartners. Insgesamt hat unsere Offenheit gegenüber den Auswirkungen einer Analyse auf den Partner dazu geführt, daß wir beispielsweise besonders darauf achten, ob Patienten ihre Partner zur negativen Übertragung benützen. Achtet man auf die Aufteilung von Übertragungen, verlaufen Analysen komplikationsloser, und der Wunsch von Angehörigen, mit dem Analytiker zu sprechen, kommt weit seltener auf. Aus therapeutischen Gründen ziehen wir es allerdings vor, wenn der Patient selbst seinem Partner so viel Informationen gibt, daß es diesem leicht fällt, auf seinen Wunsch, mit dem Analytiker zu sprechen, zu verzichten.

Bedenklich ist es, wenn Patienten ihren Partner nicht an ihrem Erleben teilhaben lassen. Deshalb raten wir davon ab, in die Mitteilung der Grundregel die Empfehlung aufzunehmen, außerhalb nicht über die Analyse zu sprechen. Eine solche Empfehlung, die früher häufig sogar als Gebot vertreten wurde, führt nur zu unnötigen Belastungen und wird ohnedies nur selektiv befolgt. Um so wichtiger ist es, darauf zu achten, was Patienten außerhalb von dem mitteilen, was sie innerhalb der Analyse erleben, und welche Meinungen ihres Analytikers sie draußen wiedergeben. Auch wegen der masochistischen Komponente in vielen neurotischen Störungen mit ihrer Tendenz zur unbewußt motivierten Selbstschädigung ist es wesentlich, darauf zu achten, in welcher Weise dem Partner die Partizipation verwehrt oder ermöglicht wird.

Beispiel: Suizidalität

In der Analyse des unter Zwangssymptomen leidenden Herrn Martin Y hatte sich die vorliegende Suizidgefährdung situativ eingegrenzt auf eheliche Konflikte, die fast ausschließlich unschwellig verliefen. Das in der Ehe eingetretene Gleichgewicht hatte dazu geführt, daß gegenseitiges emotionales Engagement vermieden wurde. In typischer Wendung von Affektäußerungen gegen die eigene Person nahmen Suizidgedanken des Patienten, die er seiner Frau gegenüber verheimlichte, zu. In der Analyse der Übertragung gelang es nicht, diesen Ablauf zu unterbrechen. Es wiederholten sich in der seit 5 Jahren bestehenden Ehe Beziehungsmuster, die sich beim Patienten seit der Kindheit eingespielt hatten. Die Ehefrau war partiell an die Stelle der Mutter getreten. Wie früher zog sich der Patient in eine trotzig Passivität zurück, und seine Frau hatte keine Ahnung davon, daß ihr beruhigendes, nicht auf Klärung bestehendes Verhalten symptomverstärkende Wirkung hatte.

Mit einer gewissen Sorge sah ich einer Ferienpause entgegen. Es war zu befürchten, daß sich ohne Therapie die unausgesprochenen Spannungen zwischen den Ehepartnern und damit auch die Suizidalität verstärken würden. In dieser Situation machte ich den Vorschlag, ein Gespräch zu dritt zu führen. Der Patient war entlastet. Es stellte sich heraus, daß die Ehefrau sich wegen der Isolierung ihres Mannes bereits an die Analytikerin wenden wollte, aber glaubte, die Analyse nicht stören zu dürfen.

Um die symptomverstärkenden Partnerkonflikte bzw. das später dargestellte Beratungsgespräch besser verstehen zu können, werden zunächst einige besonders gravierende Persönlichkeitsmerkmale des Patienten, die seine Symptomatik und sein Verhalten im privaten und beruflichen Leben bestimmen, beschrieben. Seit der Schulzeit bemüht sich Herr Martin Y, möglichst gefühllos zu funktionieren, weshalb er glaubt, kalt, arrogant und komisch zu wirken. Er lebe eingengt und zurückgezogen wie in einem Käfig. Er erinnert, als Junge oft gesagt zu haben: "Das ist doch kein Leben!" Merkwürdigerweise werde erst über die Aufregung anderer Leute etwas in ihm lebendig. Das betreffe meist Situationen, die mit Lebensgefahr, mit Tod zusammenhängen. Er möchte am liebsten

ausbrechen, fortlaufen, seinen Rucksack nehmen und in ein fremdes Land auswandern, um sich einer Lebensgefahr auszusetzen. Seine Frau bringe ihn mit Hilfe von abschreckenden Beispielen von solchen Plänen ab. Dann denke er über andere Wege nach, die ihm ein Ausbrechen ermöglichen könnten. Im Betrieb, wo er als Vorbild für Ordnungssinn und Gewissenhaftigkeit gelte, mache er absichtlich grobe Fehler, um seinen Arbeitsplatz aufs Spiel zu setzen. Er wolle rausgeschmissen werden.

In den ersten Monaten der Therapie kommt es zu einem selbstverschuldeten Autounfall. Er versäumt Analysestunden oder kommt zu spät. Fühlt er, daß ich mir Sorgen mache, lebt er förmlich auf. Er schildert, wie abgeschirmt von jeglicher Gefühlsäußerung er aufgewachsen sei. Nach dem Tod der jüngeren Schwester hätten sich seine Eltern zurückgezogen. Über viele Jahre hinweg habe er sich beschuldigt gefühlt, den Tod verursacht zu haben. Es habe keine Möglichkeit gegeben, im Gespräch mit den Eltern etwas abzuklären. So verfestigte sich in ihm der Gedanke, er, der einmal den Kinderwagen mit der Schwester umgestoßen hatte, sei der Schuldige. Viel später hat er erfahren, die Schwester sei an einem angeborenen Leiden gestorben. Am Beerdigungstag sei er einem von ihm geliebten Onkel, der von weit her angereist kam, freudestrahlend entgegengelaufen. Dafür habe ihn der Vater geschlagen. Es entwickelte sich für einige Zeit ein Stottern.

Der Patient weint und empfindet es als befreiend, diese Erinnerungen aus seiner Kindheit hochkommen zu lassen und darüber zu sprechen. Wie nahe er seiner verdrängten Aggressivität kommt, verdeutlichen Sätze wie: "Ich möchte hier nur einatmen, weil ich fürchte, daß mit dem Ausatmen etwas Böses aus mir herauskommen könnte." Der Patient kann jetzt einen seiner schrecklichsten Gedanken äußern: daß er seit langem keinen sexuellen Verkehr mit seiner Frau haben könne, hänge mit seiner Befürchtung zusammen, er könne sie dabei lebensgefährlich verletzen. Seine Frau tröste ihn über vieles hinweg. Er beschreibt ihre unendliche Geduld, alles würde sich eines Tages zum Guten wenden.

Das Auftreten zwanghafter Vorstellungen, Befürchtungen und Impulse ist rückläufig. Die Besserung kann einer beginnenden Klärung der Geschichte seiner unbewußten Schuldgefühle zugeschrieben werden. Mit der Geburt der schwer behinderten Schwester und mit deren Tod waren aggressive Triebregungen der Verdrängung verfallen. Ausgesprochene und phantasierte Schuldzuschreibungen, abgetrennt von dem Erlebnis mit seiner Schwester, hatten zu einer Straferwartung geführt, die immer wieder in seinem Leben auftrat, ihn quälte und rätselhaft geblieben war. Hierbei handelt es sich um Auswirkungen unbewußter Schuldgefühle, wie sie von Freud (1916 d) bei einigen Charaktertypen beschrieben wurden.

An einem Sonntag, kurz vor einer längeren Ferienunterbrechung, blieb der Patient den ganzen Tag im Bett. Seine Frau war verreist. Er habe gedöst. Langsam stellt sich heraus, daß er Selbstmordpläne ausgebrütet hat. Dabei sei er mit folgendem Gedankengang immer wieder in eine Sackgasse geraten: Er hätte sich nicht entscheiden können, ob er sich erst scheiden lassen und sich dann das Leben nehmen oder ob er sich "vorher" etwas antun sollte. Die am Abend zurückgekehrte Ehefrau erschrak über seinen Zustand, fing sich offenbar rasch, konnte ihn ablenken und aufmuntern. Notdürftig sei dies wieder alles zugedeckt worden. Wieder sei es nach solchen qualvollen Stunden nicht zur Klärung und Auseinandersetzung gekommen.

Nach diesem Ereignis erfolgt nach allseitigem Einvernehmen das Beratungsgespräch.

Die Ehefrau beschreibt, daß ihr Mann immer stiller geworden sei. Oft sei sie ratlos. Wenn sie ihn frage, antworte er ihr nicht. Er lasse sie "auflaufen". Daß er im Dienst das Handtuch werfen wolle und dabei noch einen glücklichen Eindruck mache, sei ihr völlig unverständlich. Er sei - wie sie selbst - ein ganz gewissenhafter Mensch.

Ich sage, daß es jetzt ums Abklären solcher für beide unverständliche Situationen gehe, wie es zu diesem Hin und Her komme zwischen einerseits "das Handtuch werfen wollen" bzw. "sich wünschen rausgeschmissen zu werden" und andererseits wieder "alles besonders perfekt machen müssen". Der bis dahin schweigsame Patient wird überraschend lebhaft. Ja ja,

man müsse eine neue Lösung finden. Alles würde sich klären, wenn er aus seinem Beruf rausginge und mal was anderes machte. Sofort versucht die Ehefrau, ihn aus dieser hoffnungsvollen Erleichterung zurückzuholen. So könne man nichts klären. Sie denke nur an die verschiedenen ausgeflippten Freunde, welche katastrophale Schwierigkeiten sich da entwickelten. Er solle doch endlich mit denen mal reden, sich erkundigen. Aber nein, das mache er nicht. Darüber sei sie ganz verzweifelt. Er rede nie. Sie fängt an zu weinen.

Der Patient sitzt mit abgewandtem, unbeweglichem Gesichtsausdruck versunken in seinem Stuhl. Er finde es lächerlich, wenn sie so rede und über ihn bestimme, kommt nach einer Weile. Sie sage, wo's lang ginge, sie sage, was er zu reden, zu tun habe. Manchmal gebe sie ihm zur weiteren Ermunterung noch einen Fußtritt unter dem Tisch.

Durch diese kühle Art der Anklage wohl zusätzlich verzweifelt, holt die Ehefrau zu weiteren Vorwürfen aus. Zu Hause bei seinen Eltern laufe das genauso ab. Da rede er auch nicht. Vor allem bleibe er auf Fragen der Mutter einfach stumm. Dann spreche *sie* für ihn, weil die Mutter ihr so leid tue. Der Patient empört sich erneut, wenn sie einen solchen Start mache, sei ihm überhaupt nichts möglich. Genauso sei's, wenn sie einen Ausflug machten und sie ihm laufend sage: "Guck', siehst du denn nicht . . . da . . . dort . . . wie schön!" Er habe selber Augen im Kopf. Jetzt fangen beide an zu lachen.

In dieser entspannteren Pause fasse ich zusammen, daß das Gespräch heute in ähnlicher Weise verlaufen sei. *Sie* spreche, *sie* antworte, zeige als erste ein Gefühl, müsse weinen. Es sehe so aus, als müsse *sie* für *ihn* sprechen, antworten, fühlen, weinen. Die Ehefrau unterbricht mit einer gewissen Heftigkeit, nein, das sei gar nicht ihre Art. Aber sie habe sich mit der Zeit so in ihn "hineingelebt". Sie wolle gar nicht so sein. Sie könne nicht so sein, denn sie wisse ja manchmal überhaupt nicht, was in ihm vorgehe. Vor allem wenn ihr Mann mit ganz schrecklichen Worten herausplatze. Ich sage, das müsse sie ängstigen, v. a. wenn er sich wie in diesen Tagen darüber äußere, sich das Leben nehmen zu wollen. Wie schnell sie dann gegenreagiere und mit all ihrer Kraft ihn beruhige und ablenke, sei verständlich. Na ja, sagt sie, oft sei es ihr lieber, er spräche, als gar nicht. Natürlich sei's besser, wenn er mehr aus sich herausgehe. Neulich habe er ihr richtig gefallen. Er weckte sie am Morgen mit: "Los, los! Wir dürfen nicht zu spät kommen!" Er war so entschieden, er übernahm endlich mal die Initiative, es sei richtig schön für sie gewesen. Sie wolle nicht immer das Zugpferd sein, ihn bevormunden, ihm alles sagen müssen bis hin dazu, was er morgens anzuziehen habe. Erregt fährt der Patient dazwischen, er wisse selbst, was er anzuziehen habe. Nun unterbricht *sie* ihn, er sei wie seine Mutter. Wenn man ihr sage, "Zieh' das neue Kleid an, das steht dir so gut!", fange sie mit lauter "Abers" an. Dies und jenes komme dann und überhaupt, sie hätte ein ganz anderes Kleid kaufen sollen, zu warm, zu teuer usw. Der Vater bestärke sie dann auch nicht, wie schön er das Kleid an ihr finde. Es würde nichts entschieden. Ähnlich sei's mit dem Essen. Jeder wisse beim Auswählen doch genau, was er gerne essen würde, aber man mache ewig rum. Nie äußere man sich klar, worauf man jetzt Appetit habe. Der Patient ärgert sich, das sei typisch! In allem sei seine Frau schnell mit einer Entscheidung dabei. Es ginge jetzt drum, nicht über andere hinwegzugehen, auf Unentschiedenheiten einzugehen. Könne man denn nicht mal versuchen zu verstehen, was dahinter stecke. Dieses Thema wird an anderen Alltagsbeispielen erörtert.

Seit langer Zeit können die Ehepartner in dieser Weise erstmals offen miteinander reden und über ihre Enttäuschungen nachdenken. Beide nehmen sich vor, in den Ferien zu versuchen, diesen Teufelskreis - Schweigen, dem anderen seine Rolle überlassen, dann sich wütend unverstanden zurückziehen - zu durchbrechen.

Nach den Ferien stellt sich heraus, daß das Gespräch zu dritt zunehmende Konfliktbereitschaft bei den Ehepartnern ermöglicht hat. Ein weiteres Ergebnis war, daß ich dem Erleben des Patienten zufolge für seine Frau Partei ergriffen, nämlich zu viel Verständnis für ihre Ängste gezeigt hätte, anstatt ihm zu helfen, *seine* Ängste abzuklären. Ich

hatte in der Übertragung die behinderte Schwester in Schutz genommen. Die negative Mutterübertragung kam nun in die therapeutische Arbeit herein. Wie oft hatten sich Mutter und Schwester gegen ihn verbündet. Jetzt konnte der Patient sich empören und seine Aggressivität spüren. In der Folgezeit kam es weniger zu Isolierung und Suizidgefährdung. Die eheliche Beziehung konnte vom Agieren des Patienten partiell befreit werden.

6.4 Fremdfinanzierung

Im Grundlagenband (6.6) haben wir unter dem umfassenden Titel der Fremdfinanzierung die Grundsätze der Kostenübernahme der analytischen Psychotherapie durch die Pflichtversicherungen dargestellt. Inzwischen sind ähnliche Richtlinien auch von den privaten Krankenversicherungen und bei der Gewährung von Beihilfen für Beamte in Kraft gesetzt worden. Der behandelnde Analytiker muß also nun praktisch für alle seine Patienten Anträge zur Kostenübernahme bzw. -beteiligung an die jeweilige Krankenversicherung bzw. an die Beihilfestellen der Länder und des Bundes stellen, die durch Sachverständige bezüglich der Indikationsstellung zur tiefenpsychologisch fundierten bzw. analytischen Psychotherapie begutachtet werden. Bezüglich der Dauer der Behandlung gelten nach den Richtlinien vom 01. 10. 87 und bei den Beihilferichtlinien nicht die gleichen Gesichtspunkte. Auch die Bestimmungen der einzelnen privaten Versicherungen sind unterschiedlich.

International findet das Problem des "third party payment" zunehmende Beachtung (Krueger 1986). Deutsche Psychoanalytiker müssen nun für fast alle Patienten Anträge zur Begründung ihres therapeutischen Vorgehens nach den Prinzipien der ätiologischen Theorie der Psychoanalyse stellen. Der Therapeut muß also dem begutachtenden Analytiker gegenüber plausibel machen können, daß die vorgesehene Behandlung zur Linderung, Besserung oder Heilung der vorliegenden neurotischen oder psychosomatischen Erkrankung führen kann oder der Rehabilitation dient. Die Veränderungsmöglichkeiten, also die Prognose, muß eingeschätzt werden. In den Anträgen an begutachtende Psychoanalytiker, die ggf. eine *Empfehlung* zur Genehmigung bzw. Fortführung der analytischen Psychotherapie durch die Krankenkasse aussprechen, geht es wie in behandlungstechnischen Seminaren darum, einerseits die psychodynamischen Einschätzungen mit den behandlungstechnischen Schritten in Einklang zu bringen. Andererseits ist am Verlauf zu zeigen, wie der Patient auf die Therapie reagiert, d. h. also die Veränderung der Symptomatik im Zusammenhang von Übertragung und Widerstand zu begründen. Ausdrücklich wird in den Richtlinien daran festgehalten, daß Regressionen bezüglich ihres therapeutischen Nutzens zu beurteilen sind. Die entsprechende Stelle in den seit dem 01. 10. 1987 gültigen Richtlinien lautet:

Die analytische Psychotherapie umfaßt jene Therapieformen, die zusammen mit der neurotischen Symptomatik den neurotischen Konfliktstoff und die zugrundeliegende neurotische Struktur des Patienten behandeln und dabei das therapeutische Geschehen mit Hilfe der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse in Gang setzen und fördern.

Dieser Wortlaut läßt erkennen, daß den Richtlinien eine Ich-psychologische Theorie der Therapie zugrunde liegt. Soweit eine "Regression im Dienste des Ich" notwendig ist, um seelische Konflikte in einer symptomverändernden Weise zu meistern, gibt es bei Fortführungsanträgen keine Probleme. Wohl aber ist es für viele Antragsteller schwierig, Ergänzungsanträge, insbesondere solche, die über die Regelzeiten hinausgehen, so zu begründen, wie dies Freud (1918 b, S. 36) bei der Durchführung der besonders tiefen Analyse gefordert hat. Er verknüpft hier ätiologische mit therapeutischen Überlegungen und begründet die unterschiedliche Behandlungsdauer damit, daß manche Probleme und Symptome sich als lebensgeschichtlich spätere "Gestaltungen" erst dann therapeutisch auflösen lassen, wenn man

ihre Ursachen in den tiefsten Schichten der seelischen Entwicklung gefunden hat. Im gleichen Sinne fordern die Richtlinien bei der Kostenübernahme der analytischen Psychotherapie eine kausale Begründung. Regressionen um ihrer selbst willen passen weder zu den ätiologischen noch zu den therapeutischen Zielsetzungen Freuds. Baranger et al. (1983) sprechen in dieser Hinsicht von einem weitverbreiteten Vorurteil, dem Freuds wesentlicher Gesichtspunkt der Nachträglichkeit zum Opfer gefallen sei (s. hierzu 3.3). Erhält eine Ursache erst nachträglich und unter dem Eindruck späterer Ereignisse eine determinierende Kraft, werden besonders solche Theorien fragwürdig, die eine Verursachung späterer seelischer und psychosomatischer Symptome in die früheste Entwicklungsphase verlegen. Dementsprechend kritisieren Baranger et al. besonders die Theorie M. Kleins. Mit der Vernachlässigung der kausalen Bedeutung nachträglicher Ereignisse verbindet sich die weitverbreitete Tendenz, in der Regression um ihrer selbst willen den entscheidenden therapeutischen Faktor zu sehen. Diese Idee führt zu der therapeutischen Einstellung, in der analytischen Situation immer tiefere Formen der Regression herbeizuführen und den Patienten zu ermutigen, frühere und früheste traumatische Erfahrungen wieder zu erleben. Baranger et al. sprechen von der immer wieder durch die Erfahrung widerlegte Illusion, daß das Erreichen archaischer Situationen - sei es durch Drogen oder durch systematisch begünstigte analytische Regression - genüge, um einen Fortschritt zu erzielen. Als Beispiele für solche Erfahrungen werden von Baranger et al. das Wiederauftreten der initialen Symbiose mit der Mutter, das Geburtstrauma, die primitive Beziehung mit dem Vater, die schizoid-paranoide und depressive Positionen des Säuglings und das Herauswachsen aus den sog. psychotischen Kernen genannt. Baranger et al. betonen ausdrücklich,

... daß das Nacherleben eines Traumas nutzlos sei, wenn es nicht durch das Durcharbeiten ergänzt werde oder wenn das Trauma nicht in die Lebensgeschichte reintegriert werde oder wenn die ursprünglichen traumatischen Situationen nicht von dem historischen Mythos ihres Ursprungs unterschieden werden (1983, S. 6).

Die ärztliche und die wissenschaftliche Verantwortung gebieten es, regressive Bewegungen im Spannungsfeld von Widerstand und Übertragung unter dem Gesichtspunkt der *Meisterung* von Konflikten zu betrachten, dem u. E. der Begriff des Durcharbeitens unterzuordnen ist. Andernfalls werden illusionäre Hoffnungen geweckt und Abhängigkeiten bis hin zu malignen Regressionen unter Umständen iatrogen hergestellt. Nach unserer Erfahrung als Gutachter ist ein häufiges Indiz für solche Verläufe die beunruhigende Feststellung in Fortführungsanträgen über die 160. oder über die 240. Sitzung hinaus, daß ein Rückfall oder gar ein Suizid drohe, wenn die Therapie nun beendet würde. Ohne in Abrede stellen zu wollen, daß es zu solchen Situationen auch bei einer regelrecht durchgeführten Analyse kommen kann, möchten wir unsere Erfahrungen als behandelnde Analytiker und als Gutachter in einigen Überlegungen zusammenfassen. Es ist therapeutisch entscheidend, *maligne* Regressionen nach Möglichkeit zu verhindern. Aus dem Ich-psychologischen Verständnis der Regression leitet sich u. E. ab, in der analytischen Sprechstunde die bestmöglichen Bedingungen dafür zu schaffen, daß der Patient in die Lage versetzt wird, seine Konflikte zu meistern. Hierzu gehört es auch, zu einer realistischen Einschätzung der eigenen Lebenslage zu gelangen. Um maligne Regressionen einzuschränken, ist zu empfehlen, bei der Analyse von Übertragung und Widerstand die ökonomischen Gegebenheiten und damit eine wesentliche Seite des Realitätsbezugs nicht aus dem Auge zu verlieren. Insofern können die dem Patienten bekannten Leistungsbegrenzungen auch zur Verhütung maligner Regressionen beitragen. Andererseits gibt es auch Schwerkranke, die aus subjektiven Gründen wegen der Begrenzung unter einen so erheblichen Druck geraten, daß neurotische Ängste ansteigen. Die hierbei entstehenden Probleme konnten in unserer Praxis bisher stets zufriedenstellend gelöst werden. Als Gutachter haben wir indessen häufig den Eindruck einer Diskrepanz zwischen der beunruhigenden Feststellung, was alles passieren

könnte, wenn die Therapie innerhalb der durch die Richtlinien umschriebenen Zeiträume beendet würde, und der psychodynamischen Begründung dieses Zustands mit nachvollziehbaren kausalen bzw. prognostischen Kriterien.

Antragsverfahren

Wir haben das folgende Beispiel aus einer Reihe von Gründen ausgewählt. Der "Bericht" des Psychotherapie ausführenden Arztes an den Gutachter zum Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie sowie die Fortführungsanträge wurden verfasst, bevor wir beabsichtigten, ein Lehrbuch zu schreiben bzw. in Bd. 2 ein mustergültiges Antragsverfahren über die Regelgrenze hinaus wiederzugeben. Die Anträge wurden also nicht für diesen Zweck extra fabriziert. Ihr Umfang ist übrigens nicht repräsentativ. Der antragstellende Analytiker hat auf Aufzeichnungen zu einem behandlingstechnischen Seminar zurückgegriffen, so daß sein Fortführungsantrag zu ausführlich geraten ist. Die unübliche Länge kommt uns hier zugute, weil der Leser sich eingehend über den Verlauf orientieren kann.

In diesem Fall konnte begründet werden, daß die Behandlung über die übliche Begrenzung des Leistungsumfangs hinaus ätiologisch und im Sinne von Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit gerechtfertigt war. Schließlich können wir die Auswirkungen des Gutachterverfahrens auf den analytischen Prozeß, d. h. auf Übertragung und Widerstand, besonders gut demonstrieren. Wir widmen diesem wichtigsten Problem einen eigenen Abschnitt (6.5). Es kommt hinzu, daß wir durch die Wahl dieses Beispiels Raum sparen und Wiederholungen vermeiden. Denn die chiffrierte Anamnese, die unter Punkt 4 des Antragsformulars ausführlich dargestellt wird, findet der Leser unter 8.2.1. Wir können auch darauf verzichten, die Frage nach den Spontanangaben des Patienten hier zu beantworten. Denn der Leser findet die symptombezogenen Klagen von Herrn Arthur Y in mehreren Beispielen, die mit Hilfe des Patientenregisters leicht zugänglich sind. Die möglichst wörtliche Wiedergabe der Spontanangaben des Patienten ist übrigens besonders wichtig, weil der Gutachter an den Klagen des Patienten auch dessen Leiden einschätzen und zu den übrigen Punkten, insbesondere zur psychodynamischen Erklärung der Erkrankung, in Beziehung setzen kann.

Die Modalitäten der Fremdfinanzierung haben wir im Grundlagenband ausführlich beschrieben. Der pflichtversicherte Patient bezahlt das Honorar nicht selbst und erhält keine Rechnung. Dem Analytiker wird das Honorar über die kassenärztliche Vereinigung aufgrund bestimmter Vorlagen überwiesen. Die Höhe des Honorars pro Sitzung ist festgelegt. In der kassenärztlichen Versorgung können also keine freien Honorare verabredet werden. Anders ist es bei einer relativ kleinen Gruppe von Patienten, die freiwillig in einer Ersatzkasse versichert sind und an den Arzt den Wunsch herantragen, privat behandelt zu werden. Dann wird die Behandlung frei vereinbart, und die Höhe des Honorars kann individuell verabredet werden. Der Patient wendet sich dann wegen einer Kostenerstattung an seine Ersatzkasse. Der Analytiker tritt also nicht in ein Vertragsverhältnis mit der Krankenkasse via kassenärztliche Versorgung ein. Auch in diesem Fall ist ein Antragsverfahren notwendig, um Indikationsstellung und Krankheitswert im Rahmen der generellen Richtlinien für die Kostenübernahme festzustellen.

Herr Arthur Y war freiwillig in einer Ersatzkasse versichert und hatte eine Zusatzversicherung zur Abdeckung eventueller Differenzbeträge abgeschlossen. Er wurde als Privatpatient mit freier Honorarvereinbarung behandelt. Als Honorar war der Betrag von 138 DM pro Sitzung abgesprochen worden, der voll von den beiden Versicherungen abgedeckt wurde. Die Behandlung wurde so lang von den beiden Versicherungen gemeinsam

finanziert, bis die Krankheitswertigkeit der Symptomatik nicht mehr sicher belegt werden konnte. Nach Beendigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse finanzierte Herr Arthur Y noch weitere 120 Sitzungen aus eigenen Mitteln, und zwar mit einem Stundenhonorar von 90 DM. Die Analyse diente nun vorwiegend der Persönlichkeitsentfaltung und der Bereicherung seines persönlichen Lebens. Wiewohl es fließende Übergänge von Lebensschwierigkeiten zu Symptomen von Krankheitswert gibt, sind Abgrenzungen möglich. Vor allem ist es aber auch unter analytischen Gesichtspunkten wesentlich, daß ein Patient im Laufe einer Therapie seine Beteiligung an der Lebensgestaltung und seinen Einfluß auf die Symptomatik erkennt.

Wie bereits erwähnt, wurde die Analyse von Herrn Arthur Y auf Kosten der Krankenkasse über die 300. Sitzung hinaus fortgesetzt. Wir können den Leser also mit Argumenten vertraut machen, die wir im Grundlagenband unter 6.6 allgemein begründet haben und die wir nun kasuistisch erläutern. Darüber hinaus will es der Zufall, daß Herr Arthur Y zu jener kleinen Gruppe von Patienten gehört, die Wert darauf legen, die Stellungnahme des Analytikers zu lesen. Wir haben im Grundlagenband unter 6.6.2 empfohlen, Anträge so abzufassen, daß der Patient diese auf Wunsch lesen und verstehen kann. Bei psychiatrischen Patienten kann zwar die Einsichtnahme in Krankengeschichten oder gutachterliche Stellungnahmen unter bestimmten Umständen verweigert werden (Tölle 1983; Pribilla 1980). Es dürfte aber zu ganz außerordentlichen Belastungen führen, in der Analyse Patienten die Einsicht in abgegebene Stellungnahmen zu verweigern. Denn diese fallen ja auch rechtlich nicht unter die persönlichen Aufzeichnungen des Analytikers, die bezüglich der Gegenübertragung privaten Charakter haben. Wie dem auch sein mag, wir erneuern unsere Empfehlung, zu der wir ein Beispiel geben. Herr Arthur Y hat auf seinen Wunsch hin den 2. Verlängerungsantrag nachträglich eingesehen. Zum Zeitpunkt der Abfassung hatte der behandelnde Analytiker übrigens weder im allgemeinen noch bezüglich des speziellen Falles mit einer solchen Möglichkeit gerechnet. Es ist erstaunlich, daß nur wenige Patienten in die sie betreffenden Stellungnahmen Einblick nehmen möchten. Herr Arthur Y hat den 2. Verlängerungsantrag eine ganze Zeit, nachdem die Fortführung auf Kassenkosten bereits genehmigt war, im Wartezimmer gelesen. Er wollte herausfinden, ob sein Analytiker hinter seinem Rücken und über seinen Kopf hinweg mit dem Gutachter irgend etwas aushandelt, was sich seinem Zugang entzieht. Es stärkte die therapeutische Beziehung, daß der Patient im Fortsetzungsantrag ihm vertraute Erfahrungen beschrieben fand. Auch die psychodynamischen Begründungen für die Fortführung leuchteten ihm ein und entsprachen unseren gemeinsamen Überlegungen. Besonders beruhigend war es für Herrn Arthur Y, daß ich mich zu einer Fortsetzung der Analyse nach Auslaufen der Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu einem ihm *zumutbaren* Honorar verpflichtete.

Im Bericht des Arztes an den Gutachter nach dem Formblatt PT 3a/E kommt dem Punkt 6, der Beschreibung der *Psychodynamik der neurotischen Erkrankung*, besondere Bedeutung zu. Aus dieser ergeben sich die Begründungen der Diagnose, des Behandlungsplans und der Prognose der Psychotherapie, die im Formblatt unter den Punkten 7, 8 und 9 abzuhandeln sind.

Der antragstellende Analytiker wird auf die Bedeutung von Punkt 6 - Psychodynamik der neurotischen Erkrankung - besonders aufmerksam gemacht. Denn es heißt dort: "Ohne ausreichende Beantwortung dieser Frage kann der Antrag durch den Gutachter nicht bearbeitet werden!" Welche leitenden Gesichtspunkte sind zu berücksichtigen? Was wird vom behandelnden Analytiker erwartet? Er soll die bedingenden Faktoren darstellen, die bei der Entstehung neurotischer oder psychosomatischer Symptome wirksam waren bzw. als fortlaufende auslösende Ursachen die Symptomatik aufrecht erhalten. Im Zentrum steht hierbei die Darstellung der seelischen Konflikte, insbesondere bezüglich ihres unbewußten Anteils mit den daraus folgenden neurotischen Kompromiß- und Symptombildungen.

Außerdem sind der Zeitpunkt des Auftretens der Symptome und die auslösenden Faktoren im Zusammenhang mit der weiter zurückreichenden Psychogenese zu beschreiben. Wir beschränken uns bei der Wiedergabe der Beschreibung des Behandlungsverlaufs, wie er sich im Antragsverfahren niederschlägt, im wesentlichen auf diesen Punkt. Zum besseren Verständnis entnehmen wir der Beschreibung des psychischen Befunds (5 a) die folgende Stelle:

In meiner Notfallsprechstunde ist Herr Arthur Y angstgetrieben und anlehnungsbedürftig. Es entwickelt sich eine positive Übertragung, die ich bewußt förderte, um dem Patienten über die Weihnachtsfeiertage hinweg eine Brücke zu bauen. Ich rezeptiere ein Benzodiazepinpräparat.

Kommentar: Die Verschreibung hat das Vertrauen des Patienten in den Analytiker geweckt. Es ist sogar aufgrund der Kenntnis der Vorgeschichte und des späteren Verhaltens des Patienten wahrscheinlich, daß es ohne die Verschreibung gar nicht zum Beginn einer Analyse gekommen wäre. Die damit zusammenhängenden allgemeinen Probleme diskutieren wir unter 9.10.

Um nicht abhängig zu werden, nahm der Patient bis zur Antragstellung, also etwa in 4 Wochen, nur etwa 4 Tabletten. Die verzweifelt depressive Stimmung ist als Reaktion auf die Zwangssymptome aufzufassen. Gewisse Schwankungen der Beschwerden während der letzten 10 Jahre sind situativ verstehbar und nach ihrer Verlaufsgestalt mit Sicherheit nicht auf eine phasische Depression zurückzuführen.

Im Erstantrag befindet sich folgende psychodynamische Zusammenfassung:

Der Patient sieht zu Recht in der Krebserkrankung seines jüngeren Bruders die auslösende Situation für die Verschlechterung einer schon seit vielen Jahren bestehenden Zwangs- und Angstsymptomatik. Anlässlich dieser tödlichen Erkrankung in der Familie wurden alte Ambivalenzen aktiviert, die bezüglich ihrer Intensität unbewußt geblieben sind und in zahlreichen Symptomen aus der Verdrängung wiederkehren. Der Patient ist am Ende seiner Integrationsfähigkeit und fürchtet, verrückt zu werden wie seine Mutter. Um sich und andere vor Schlimmerem zu bewahren, denkt er daran, sich selbst umzubringen.

Es handelt sich um eine Störung, bei der stark passiv-feminine Tendenzen abgewehrt werden. Überhaupt ist der Charakter des Patienten durch eine hochgradige Ambivalenz zum Vater geprägt. Gewisse anale Fixierungen und Konflikte sind nicht zu übersehen. Inwieweit die depressive Struktur der Mutter eine Bedeutung hat, ist noch nicht zu beurteilen. In der ödipalen Phase, in der der Patient phallisch-narzißtische Bestätigung gebraucht hätte, wurde diese ihm durch die übersteigerten Forderungen seiner Eltern vorenthalten. Eine starke narzißtische Kränkbarkeit ist die Folge. Die Einziehung des Vaters zum Militär brachte zunächst eine ödipale Wunscherfüllung. Der Konflikt des Patienten besteht hauptsächlich darin, daß er das harte, fordernde Ich--Ideal seines Vaters übernommen hat und von daher seine passiven Anlehnungswünsche sehr stark bekämpfen muß. Ich vermute, daß seine bewußte Angst vor einer ihm unheimlichen "Perversion" mehr eine Abwehr seiner eigenen passiven Tendenzen ist. Zum Beispiel wenn er seinem Sohn über den Kopf streicht - er also zärtlich ist und in der Identifikation der Gestreichelte -, verwandeln sich beide in "Teufel" - aus Streicheln wird "Umbringen". In seinen vielfältigen, zwanghaft auftretenden Ängsten ist omnipotente Lust enthalten: "Wäre ich frei von Ängsten, wäre ich ungeheuer überheblich."

Zur *Prognose* (Frage 9) wird im Erstantrag ausgeführt:

Trotz langer Dauer zumindest hinsichtlich der Verschlimmerung günstig. Eine wesentliche Besserung ist zu erwarten, so daß Arbeitsfähigkeit erhalten bleiben könnte. Der bisherige Einblick in die Psychogenese, insbesondere auch in den Verlauf früherer Psychotherapien, läßt sogar annehmen, daß eine grundlegende Besserung oder gar Heilung möglich ist, denn der Patient ist flexibel, kein eingetrockneter Zwangsneurotiker, und in den früheren Psychotherapien wurden die narzißtischen Größenvorstellungen und die negative Übertragung offenbar eher vernachlässigt, so daß ihre motivierende Kraft für die Symptombildung erhalten blieb.

Begründung des Fortsetzungsantrags für die 80.-160. Stunde

Für alle Anträge auf Fortführung der Psychotherapie sind besonders die Fragen 4, 5, 6, 7 und 8 wichtig, die auch zusammenfassend beantwortet werden können. Der behandelnde Analytiker hat Auskunft zu geben über die bisher gewonnenen Erkenntnisse über die Psychodynamik der neurotischen Erkrankung (Frage 4) sowie über die damit zusammenhängende Ergänzung zur Diagnose (5). Besonders wichtig ist die

Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs und die Einschätzung der Prognose mit Beurteilung der Fähigkeit zur Regression, dem Ausmaß der Fixierung, der Flexibilität und der Entwicklungsmöglichkeit des Patienten.

Dem 1. Fortführungsantrag entnehmen wir die folgende Zusammenfassung:
 Lebensgeschichtliche und psychogenetische Zusammenhänge bzw. Vorläufer für die Zwangsneurose sind: sadomasochistische Erfahrungen in der Kindheit - harte Bestrafungen in der Waschküche, wo auch geschlachtet wurde, wegen seines Einkotens (jetzt: zwangsneurotische Angst vor der Farbe rot und Blut mit Abwehrritualen). Im Internat erstmaliges Auftreten eines Zwangsgedankens: brutaler Erzieher auf der einen, homosexueller Verführer auf der anderen Seite. Als Bub brachte er seine Größenideen in der Identifikation mit Hitler unter, seine Ohnmacht, sein Ausgestoßensein stellte sich in Identifikation mit dem dreckigen "Juden" dar. (Als Judenbub fühlte er sich, weil er dem Wunschbild seiner Eltern und der Umgebung nicht entsprach.) Daß der Vater, ohne sich mit ihm versöhnt zu haben, im Krieg blieb, ließ Ambivalenz und Idealisierung unbewältigt. Die Beziehung zur depressiven Mutter bestimmte sein ganzes Leben. Wenn er sich zufrieden hinsetzen möchte, wird er so, wie die Mutter gewesen ist: antriebslos und depressiv. Schuldgefühle wegen seines unbewußten Hasses auf die hilflose Mutter haben seine Identifikation mit ihr verstärkt. Er durfte sich seines Erfolgs nicht freuen. Erst vor kurzem tauchte eine Erinnerung an eine positive Seite der Mutter auf: Sie hatte einen Emmaladen, in dem sie Freude und Erfolg hatte. Aber der passte nicht zum Prestigedenken der väterlichen Linie.

Die *Übertragungs- und Arbeitsbeziehung* hat sich folgendermaßen entwickelt: Es wurde bald deutlich, daß er sklavisch der Grundregel folgte, aber meine tatsächlichen oder vermeintlichen Empfindlichkeiten vermied. Aus der ersten Konsultation vor mehr als 15 Jahren war ihm eine einzige Erinnerung verblieben: "Kommen Sie in akademisches Krankenhaus", hätte ich seinerzeit mit tschechischem Akzent gesagt. Der Professor und kommissarische Leiter der Heidelberger Psychosomatischen Klinik, ein sudetendeutscher Flüchtling! Verachtung und Hochachtung in einem! Die Angst, kränken zu können, und zwar dadurch, daß tatsächliche Empfindlichkeiten entdeckt oder persönliche Eigenarten beobachtet werden, ist sehr viel größer als die Angst vor den allmächtigen oder ohnmächtigen Phantasien, die sich durch Rückzug vor diesen persönlichen Auseinandersetzungen über Jahrzehnte aufbauen.

Ich gehe davon aus, daß die Zunahme seines positiven Selbstgefühls so zur Bedrohung werden kann - in der Identifizierung mit Hitler auf dem Obersalzberg -, daß er alles nach außen verlagert, d. h. von sich abspaltet und als fremd erlebt, fremd in der Darstellung der zwangsneurotischen Wahrnehmung von Zischlauten. Zischlaute sind verbunden mit dem Zischen eines Messers, das aus der Scheide gezogen wird und mit dem in der "auslösenden Situation" ein Schaf geschächtet wurde. Danach verbanden sich die Zischlaute mit dem Ziehen eines Messers, schließlich also mit Ermordung und Tötungsphantasien. Der Patient greift meine Äußerung über die Projektion seiner Allmacht/Ohnmacht auf Zischlaute und Opferlamm positiv auf und betont, daß ihm diese Überlegungen ja die Möglichkeit gäben, zunächst einmal die Fremdartigkeit dieser Gedanken zu überwinden und sie, wenn auch widerwillig, als Teil seiner selbst sehen zu lernen.

Herr Arthur Y greift auf sein Gleichnis zurück, ob die alte Eiche allem Gift standhalte, das er in Form von Zweifeln verspritzen könnte. Er äußert in Ausschmückung des Bildes weiter, daß er sich natürlich auch nicht den Ast absägen wolle, auf dem er sitze. Es geht dann um seine Überlegung, daß ich erkranken und sterben und ihn nicht zu Ende oder weiterbehandeln könnte. Für ihn bedeutet dies, wieder allein zu sein, alleingelassen zu werden. Mein Gedanke ist ihm neu, daß er nicht vollständig *abhängig* sei, also nicht wie ein

einen Tag altes Kind auf dem Ast sitze und herunterfalle. Demgemäß ist er überrascht, als ich ihn darauf aufmerksam mache, daß er sich ja schon einige Autonomie erworben habe und also durchaus Muskeln habe, um sich auch noch an einem anderen Ast zu halten.

Überraschend ist für ihn, daß ich als Problem formuliere, wie weit er sich dann im Alleinsein Vorwürfe mache, mich übermäßig belastet zu haben. Ich ziehe eine Parallele zur Erkrankung seiner Schwester und v. a. auch zur jahrelangen Krankheit der Mutter, die es ihm erschwert hat, offen zu sein und zu kritisieren. Er macht sich für den Suizid der Mutter verantwortlich, so als habe er sie durch seine Bestimmtheit, die er eines Tages zeigte, in den Tod getrieben.

Herr Arthur Y hatte gehofft, nach 20-30 Sitzungen gesund zu werden. Tatsächlich bemerke er, wie viel Arbeit noch geleistet werden müsse. Einige Zwangshandlungen führe er nicht mehr aus. Werde er aber diesmal nicht gesund, bleibe ihm nur noch der Selbstmord. Es klingt an, daß ich ihm die "Schuld" dafür zuschiebe. Also greife ich meine früheren Erklärungen zur Therapie auf und betone mein *Mitgefühl* und meine *Mitverantwortung*. Ich deute seine Idee, daß ich *unberührt* bleibe wie ein Arzt auf der Intensivstation, den das Sterben nicht berühren dürfe, als seinen Wunsch, mich gleichzeitig als Objekt zeitlos und unsterblich zu machen. Daß ihm die Schuld zugeschoben werde, müsse ihn untergründig wütend machen.

Sadomasochistische Inhalte verbinden sich symptomatisch besonders mit dem Kruzifix und mit der Opferung Isaaks durch Abraham. Daß in diesen Gottesbildern seine Sehnsucht nach Liebe und seine Angst vor Homosexualität abgewehrt wird, ist auch in der Übertragung deutlich geworden. Wir konnten erarbeiten, daß es um seine Vatersehnsucht geht, die er aus Ambivalenz abwehrt.

Fortsetzungsantrag für die 160.-240. Stunde

Nach meinen ausführlichen Beschreibungen der Anamnese beschränke ich mich in diesem Fortführungsantrag auf die Darstellung des Verlaufs, indem ich einige wesentliche Punkte zusammenfasse.

Es hat sich therapeutisch sehr günstig ausgewirkt, daß ich besonders wegen der Vorerfahrungen des Patienten meine ganze Aufmerksamkeit auf die Analyse der Psychodynamik im Hier und Jetzt gerichtet habe. Die analytische Bearbeitung der Symptomschwankung im Zusammenhang mit den Übertragungsprozessen und ihrer Bearbeitung sind in folgender Hinsicht aufschlußreich: Sie sind zu verstehen als negative therapeutische Reaktionen. Sie dienen der Selbstbestrafung immer besonders dann, wenn der Patient sich wieder ein Stück aus der Unterwerfung und aus dem Masochismus befreit hat oder befreien möchte. Dann gibt es einen Umschlag in den Sadismus, in die Auflehnung, wobei für Herrn Arthur Y schon jeder Erfolg, jede Aktivität unbewußt verbunden ist mit einer großen Angst vor Aggressivität und ihren Folgen. Dieses Problem geht zurück auf die Beziehung zu seiner depressiven Mutter, die seine Expansivität einschränkte. Er hat sich vorwiegend mit den einschränkenden Über-Ich-Verboten von Mutter und Großmutter identifiziert. Es ist für den Patienten und für mich eine große Überraschung gewesen zu bemerken, daß er meine Interpretationen, die Worte wie "Lust", "Befriedigung" etc. enthielten, mit Verwunderung, ja mit Erschrecken aufnahm. Zugleich ergab sich Schritt für Schritt eine Identifikation mit der von mir verbal vermittelten Lust im Sinne der mutativen Deutung von Strachey. Natürlich werden bei dieser Gelegenheit erneut die Ängste vor Nähe, vor Sexualität einschließlich der homosexuellen Komponente, die der Patient traumatisch in einer Beziehung mit einem Lehrer erlebt hatte, sichtbar. Überhaupt sind diese beiden Gestalten, ein sadistischer und ein homosexueller Lehrer, die Zentralfiguren, an denen einiges abgehandelt werden kann und die in der Übertragung auftauchen. Bei der

Übertragungskonstellationen sind selbstverständlich die Settingvariablen besonders als Aufhänger geeignet. Mit zunehmender Befreiung kommen auch sexuelle Probleme, die er mit seiner Frau aufgrund seiner analen Regression und der Vermischung der Lust mit Schmutz hat, zur Sprache. In seinen früheren Therapien hat er alle Deutungen mit sexuellen Inhalten als Erniedrigung erlebt. Offenbar standen in diesen Therapien die Inhaltsdeutungen so im Mittelpunkt, daß die Selbstbestrafungsseite zu kurz kam.

Ein weiterer wichtiger Bereich gehört zur Bemühung des Patienten, durch Verwöhnung seiner Kinder via Identifikation selbst einiges nachzuholen. Diese Prozesse haben dazu geführt, daß er ungemein eingeengt war und seinen eigenen Spielraum einschränkte bzw. schon ein schlechtes Gewissen hatte, wenn er einmal etwas später nach Hause kam.

Der günstige Verlauf dieser Therapie läßt sich nicht nur an der guten Bearbeitung der eben skizzierten und anderer Probleme erkennen, sondern auch an wesentlichen Symptombesserungen. Hier ist hervorzuheben, daß Herr Arthur Y ohne spezielle therapeutische Bearbeitung seine Abhängigkeit vom abendlichen und recht beträchtlichen Alkoholgenuss aufgeben konnte. Er hat 15 kg an Gewicht abgenommen und ist richtig sportlich geworden. Vom Alkohol war er jahre-, ja jahrzehntelang deshalb abhängig, weil er glaubte, nur durch diese Beruhigung den Tag und die folgenden Tage aushalten zu können. Er konnte sich nicht hinsetzen, ohne etwas zu trinken. Diese Abhängigkeit hat ihn nicht nur sehr bedrückt, sie ist psychogenetisch u. a. darauf zurückzuführen, daß ruhiges Sitzen ihn an die Depression seiner Mutter erinnerte, die viele Jahre passiv, gelegentlich stuporös war. Seine größere Freiheit kommt auch darin zum Ausdruck, daß bei Behandlungsunterbrechungen in diesem gesamten Zeitraum so gut wie keine Trennungsprobleme auftraten und der Patient während meiner Abwesenheit so gut wie keine Beruhigungsmittel einnahm.

Ergänzungsantrag für die 240.-300. Stunde

Diesen Antrag hat Herr Arthur Y nachträglich gelesen. Er war überrascht, daß er den Text verstehen konnte. Es beruhigte ihn, daß die Fortsetzung der Therapie im Sinne unserer Absprache begründet wurde. Im Antrag konnte der Patient u. a. lesen: Wegen der Intensität des therapeutischen Prozesses und um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, die unbewußten Hintergründe seiner Symptome durcharbeiten zu können, wurde auf Wunsch des Patienten die Frequenz der Therapie von 3 auf 4 Stunden erhöht. Diese Erhöhung der Frequenz hat sich therapeutisch günstig ausgewirkt, denn nun können ad hoc auftretende und mit der Übertragung zusammenhängende Symptomschwankungen sofort bearbeitet werden.

Die Ankündigung meiner Sommerferien bzw. die anstehende Unterbrechung beendete eine positive Entwicklung. Während der Sommerferien kam es zu einem Wiederauftreten der Zwangssymptome in ihren verschiedenen Ausgestaltungen (Angst, dem Sohn oder anderen Familienmitgliedern etwas antun zu können, im Sohn einen Teufel zu sehen, auf die Zischlaute der eigenen Sprache zwanghaft achten zu müssen und darunter zu leiden). Leider konnte der psychodynamische Zusammenhang erst im nachhinein voll erkannt und vor allem bearbeitet werden: Wann immer der Patient aggressive Impulse verspüre, erlebe er sich selbst unbewußt als Teufel und beseitige diesen in Gestalt seines Sohnes auf dem Umweg der Symptombildung. Diese wurden in der Übertragung zu Stichwörtern, an denen sich auch die thematische Arbeit zeigen läßt: Die wegen der Urlaubsunterbrechung erlebte Rücksichtslosigkeit des Analytikers enthält seine eigene Rücksichtslosigkeit. Rücksichtslosigkeit und Willkür als eigene Macht- und Omnipotenzphantasien wurden dem Patienten mehr und mehr bewußt, und in dem Maße traten auch die Symptome wieder in den Hintergrund. Natürlich gehören dazu die früheren zwangsneurotischen Kontrollmaßnahmen, mit denen er wiederum ein gewisses Gleichgewicht erreichen konnte. Über das Stichwort

"Teufeleien", das in der Sprache zwischen uns einen bevorzugten Platz einnahm, wurden dem Patienten seine unbewußten Tricks, seine anale Hinterfotzigkeit und seine Lust am Intrigieren bewußt. Natürlich sah er diese Regungen durch ein Vergrößerungsglas, und dementsprechend groß wurden seine Bestrafungs- und Selbstbestrafungsmaßnahmen. Je mehr seine Lebenslust zunahm, desto größer wurde vorübergehend der Masochismus. Es zeigte sich, daß es früher nur *eine* Zeit gab, in der er sich wohl fühlte: während des Urlaubs, wenn dieser nach intensiven Vorarbeiten gut gelang. Die Urlaubszeit war sozusagen die einzige, in der er aus "Gesundheitsgründen" auch Lust haben durfte. Um so gravierender wurde es, daß er einmal meinte, wegen der angeblichen Leichtfertigkeit seiner Frau, die das Konto überzogen hatte, keinen Urlaub machen zu können. Hingegen wurde ich zum wohlhabenden, ja ungemein reichen "King", der sich alles erlauben kann. Bei diesem Vorgang hatte der Patient sich in entschiedener Weise klein gemacht, die Leichtfertigkeit seiner Frau übertrieben und seine geheimen finanziellen Reserven unberücksichtigt gelassen. Nun kamen Geiz und Neid in die Analyse. Die sofortige Symptombesserung nach einer sehr stark affektiv erlebten Einsicht ist bei diesem Patienten besonders eindrucksvoll. Er selbst schöpft daraus Hoffnung, und obwohl er scheinbar bei dem Wiederauftreten von Symptomen im Augenblick völlig am Boden zerstört ist, ist eine spiralförmige Bewegung unverkennbar.

Trotz der Schwere der Symptomatik ist die *Prognose* günstig, weil der Patient in der Lage ist, sich Schritt für Schritt durchzuarbeiten und sich zu befreien.

Ergänzungsantrag für die 300.-360. Stunde

Dieser außerhalb der Richtlinien liegende Antrag über die 300. Behandlungsstunde hinaus gab dem Gutachter die Möglichkeit, zu einer positiven Empfehlung zu gelangen. Es gehört auch zu den Aufgaben des Gutachters, die Richtlinien so auszulegen, daß die Regeln an dem besonderen Fall zur Anwendung kommen.

Der Antragsteller schreibt:

Die Ausnahme ist darin zu sehen, daß es sich 1) um eine sehr schwere Symptomatik handelt, die 2) durch die bisherige Therapie günstig beeinflusst werden konnte, und 3) bei einer Fortführung der Analyse zu erwarten ist, daß eine weitere Besserung, ja schließlich eine Heilung erreicht werden kann. Dieser Optimismus ist gerechtfertigt, weil die nachfolgenden psychodynamischen Begründungen nicht nur für die noch bestehende Symptomatik eine zureichende Erklärung liefern, sondern auch deutlich machen, daß der Patient intensiv bemüht ist, seine Widerstände zu überwinden. Die Zusammenarbeit bei der Integration bisher abgespaltenen Persönlichkeitsanteile ist gut. Meine Prognose beruht auch auf der Verabredung mit dem Patienten, daß er nach Aussteuerung durch die Krankenkasse bereit ist, die Therapie aus eigenen Mitteln fortzusetzen, wie auch ich andererseits die Behandlung bei erheblich reduziertem Honorar fortsetzen werde. Entsprechende Absprachen sind mit dem Patienten getroffen. Ich halte unter sozialem Gesichtspunkt eine nochmalige Verlängerung für gerechtfertigt, denn der Patient wird sicher noch eine längere Zeit benötigen, um zu einer Integration der unbewußten Ich-Anteile zu gelangen, die sich wegen ihrer Abspaltung in den noch bestehenden Symptomen auswirken.

Ich greife den zentralen Gesichtspunkt auf, der in dieser Behandlungsperiode erarbeitet wurde.

Hatte der Patient am Anfang der Therapie betont, daß die Sexualität das einzige Gebiet sei, auf dem er keine Probleme habe, so kam er nun zu einer wesentlichen Einsicht, deren verändernde Wirkung nicht gering ist. Ich füge hier ein, daß ich die Auffassung des Patienten zwar nie geteilt hatte, aber von mir aus sehr zurückhaltend war. Meine Annahme lautete, daß wegen der Verbindung von Analität mit Sexualität jede aktive Bemühung in dieser Richtung

zu einer Erniedrigung des Patienten hätte führen müssen und nur eine Wiederholung dessen gewesen wäre, was er bereits kannte, nämlich daß er mit der Nase in die eigenen Fäzes gestoßen wurde. Sexualität würde dadurch mit Bestrafung und Erniedrigung assoziiert. Nachdem er sich ein ausreichendes Selbstgefühl in vielen Übertragungskämpfen mit mir gesichert hatte, wagte der Patient einen Durchbruch gegen die Selbstbestrafung und gegen die Exekutoren, mit denen er sich bisher gegen Lebenslust und Lebensfreude identifiziert hatte. Er entdeckte, daß er, indem er sich einer sadistischen Figur seiner Kindheit unterwarf, in all seinen Angst- und Zwangssymptomen jede Lust, alle Sinnlichkeit zu beseitigen versuchte. Also Mord und Zerstörung in Unterwerfung unter einen omnipotenten Gott und seine Vertreter auf Erden (Hitler, Priester, SS-Schergen usw.), denen er sich zugleich als Liebesobjekt anbot.

Die tiefen Dimensionen dieser Identifikation lassen sich auch an harmloseren Ängsten und Symptomen ablesen, die verschwanden, nachdem er sich mit mir als einer freundlichen Vaterfigur identifiziert hatte.

Daß der Patient zugleich tiefe Ängste wegen der in ihm liegenden Aggressionen, die sich auch gegen die Figuren der Macht richteten, hat, braucht kaum erwähnt zu werden. Die Umstrukturierung ermöglichte dem Patienten, sowohl allen seinen libidinösen als auch seinen aggressiven Impulsen mit sehr viel größerer Toleranz gegenüberzutreten. Ein Symptom hält sich noch sehr hartnäckig, nämlich eine Überempfindlichkeit gegen Zischlaute immer dann, wenn sein Angstpegel aufgrund unbewußter Prozesse ansteigt.

Ich beantrage aufgrund dieser psychodynamischen Begründung noch 60 Behandlungsstunden im Sinne einer Ausnahmegenehmigung.

Nach Auslaufen der Kostenübernahme wurde die Therapie bei Reduzierung von Honorar und Frequenz fortgesetzt. Zwischen dem Patienten und mir bestand das Einvernehmen, daß die Analyse nun in erster Linie der Behebung von Lebensschwierigkeiten diene, deren Krankheitswertigkeit immer fragwürdiger wurde. Die niederfrequente und erfolgreiche Fortsetzung der Analyse, die Herr Arthur Y aus eigenen Mitteln mit 90 DM pro Sitzung finanzierte, diene der Stabilisierung seines Selbstwertgefühls. Die Erfolgsbeurteilung stützt sich auf verschiedene Kriterien. Entscheidend ist u. E., daß die Symptomheilung auf einen psychoanalytischen Prozeß bezogen werden kann, der den Schluß auf tiefgreifende strukturelle Veränderungen zulässt. Wir empfehlen dem Leser, diesen Prozeß anhand der in diesem Lehrbuch dargestellten Abschnitte aus der Analyse von Herrn Arthur Y nachzuvollziehen (s. Patientenregister).

6.5 Gutachten und Übertragung

Alle Handlungen des Analytikers sind bezüglich ihrer Auswirkungen auf Beziehung und Übertragung zu untersuchen. Ob ein Rezept ausgestellt wird oder nicht, ob eine Bescheinigung ausgefüllt wird oder nicht - alles beeinflusst die Beziehung zwischen Patient und Analytiker.

Im Kontext einer erheblichen Symptomverschlechterung bei Herrn Arthur Y wurde die Handhabung einer Bescheinigung durch den Analytiker zur Drehscheibe der Durcharbeitung der negativen Übertragung. Die Bearbeitung dieses Themas zog sich über mehrere Stunden hin. Ähnliche Situationen wiederholten sich im Gang der Analyse mehrmals.

Herr Arthur Y ist freiwillig in einer Ersatzkasse versichert und wird als Privatpatient behandelt. Zur vollen Kostendeckung hat er vor Jahren eine Zusatzversicherung abgeschlossen. Diese Versicherung hat ihm nun mitgeteilt, daß Leistungen für eine ambulante Psychotherapie vertraglich nicht abgedeckt seien. Auf dem Wege der Kulanz wurde eine Kostenbeteiligung in Aussicht gestellt, wenn eine Krankheit vorliege, deren psychoanalytische Therapie unter den Gesichtspunkten von Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit vom behandelnden Arzt in einer ausführlichen Stellungnahme befürwortet werde.

Es folgen nun Ausschnitte aus 2 Stunden zu dem diskutierten Thema.

P.: *Ja, Sie kamen immer wieder mal auf die Sache mit der Versicherung und auf die Bescheinigung, die ich von Ihnen brauche. Ich hatte das Gefühl, Sie meinten, ich solle nicht alles Ihnen überlassen und Realitäten beachten.*

A.: *Nein, ich dachte nicht an festgelegte Realitäten, sondern an Enttäuschungen. Sie warten vielleicht schon 8 Tage auf die Bescheinigung.*

P.: *Ich habe so das Gefühl, Sie halten diese absichtlich zurück, weil ich noch nicht genug dazu gesagt habe.*

A.: *Nein, aber Sie sehen, daß dies offenbar ein ganz wichtiger Punkt ist.*

P.: *Ich wundere mich eigentlich, daß Sie die Sache mit der Krankenkasse für wichtiger halten als ich selbst, obwohl Sie mich ungeheuer tangiert. Ich finde es unverschämt, wenn die Versicherung mir etwas verweigert, auf das ich einen rechtlichen Anspruch habe.*

A.: *Und nun ist Ihnen eingefallen, daß ich Ihnen auch etwas verweigere, um Sie zu ärgern.*

P.: *Ja und nein.*

A.: *Hm.*

P.: *Um mich zu veranlassen, dazu mehr zu sagen.*

A.: *Sie haben doch das Gefühl, daß Sie selbst nichts mehr tun können, und ich habe von der Sehnsucht gesprochen, wie schön es ist, wenn einer alles in die Hand nimmt und gut regelt.*

P.: *Ein Mensch.*

A.: *Und möglichst einer, der stark ist. Es wäre komisch, wenn diese Sehnsucht nicht da wäre.*

P.: *Ja.*

A.: *Ob diese Sehnsucht jetzt bei Ihnen da ist?*

P.: *Natürlich.*

A.: *Eine solche Sehnsucht kann dazu führen, daß man das eigene Können nicht ganz ausreizt. Darauf habe ich Sie aufmerksam gemacht, vielleicht haben Sie daraus den Schluß gezogen, daß ich diese Bescheinigung zurückgestellt habe, oder vielleicht hatten Sie auch den Gedanken, daß ich nicht so viel für Sie tun möchte. Sehnsucht, Enttäuschung oder Zurückweisung?*

P.: *Ja, wenn man so dran ist wie ich, da hat man doch den ungeheuren Wunsch, es möge jemand kommen und alles in Ordnung bringen.*

A.: *Ja, ja, nicht nur die Sache mit der Kasse jetzt, sondern auch die Ängste und alles, freilich.*

P.: *Daß da eine gewisse Gefahr besteht, die eigenen Kräfte nicht auszureizen, das ist mir schon klar.*

A.: *Damit ist wahrscheinlich verbunden, daß Sie vorsichtig sind und nicht sagen, was ist das für eine Gemeinheit, daß ich so lange die Bescheinigung nicht kriege.*

P.: *Ja, ich hatte eigentlich das Gefühl, Sie werden mir diese so lange vorenthalten, bis ich in irgendeiner Weise massiv werde.*

A.: *Sie haben also einerseits eine Zurückweisung erlebt, sind aber nicht gegen mich oder die Kasse massiver geworden. Nicht Sie sind massiver geworden, sondern die Ängste und die Gedanken.*

P.: *Sicher, wenn ich mir das so überlege, es ist naheliegend zu fragen, ob die Bescheinigung fertig ist, ob ich sie jetzt mitnehmen kann. Ganz klar.*

Eine längere Schweigepause beendet der Patient, indem er mitteilt, daß seine Gedanken nun abgeglitten seien auf den Konflikt mit seinem Chef.

Mein Abwarten, die Bescheinigung sofort zu übergeben, hat zu einer Verlagerung geführt. Doch der Patient kommt auf das Thema zurück.

P.: *Sie sind mir die Antwort schuldig geblieben.*

A.: *Ja, ich habe noch nachgedacht, was ich jetzt sagen könnte, und es ist mir nichts weiter eingefallen. Aber die Sache ist nicht abgeschlossen. Sie möchten hören, ob Sie die Bescheinigung jetzt kriegen.*

P.: *Ja, genau.*

A.: *Und Sie sind noch zu einem anderen Punkt gekommen, der auch noch offen ist.*

P.: *Sie haben mir immer noch keine Antwort gegeben, ob ich die Bescheinigung kriege. Jetzt, ja, wenn schon, dann frage ich nochmals.*

A.: *Da müsste sie entweder geschrieben sein oder im Augenblick geschrieben werden (während der Stunde), also schon vorher ins Diktat gegeben worden sein.*

P.: *Dann nimm' ich sie halt das nächste Mal mit.*

Ich werfe die Frage auf, ob der Patient überlege, sie überhaupt nicht zu erhalten, was er verneint. Dann entfaltet sich doch das unterschwellige Gefühl, daß ihm die Bescheinigung verweigert werden könnte.

P.: *Jetzt kommen wir doch noch irgendwo drauf. Sie könnten sagen, ich habe meine eigenen Kräfte noch nicht ausgereizt, und solange ich das nicht getan habe . . . da kann ich aber 10 Jahre warten, wenn Sie das sagen, ich hätte meine Kräfte noch nicht ausgereizt. Jetzt habe ich den Impuls zu sagen, Scheißbescheinigung da.*

Er erinnert sich, daß die Absage der Krankenkasse nach Rückkehr aus dem Urlaub (wie die Verzögerung der Ausstellung der Bescheinigung) zu einer Symptomverschlechterung geführt habe, und seither sei wieder alles labiler.

Am Ende der Stunde fasse ich zusammen, was sich ereignet hat: Unter dem Eindruck, einer Schikane ausgesetzt zu sein, hat sich eine Wut angesammelt, die sich in der Verschiebung als Symptomverschlechterung durchsetzte.

Kommentar: Der Analytiker hat einige Tage benötigt, um den Text zu entwerfen, der nun im Sekretariat bereitliegt. In dieser Zeit haben sich beim Patienten Ungewissheit und Verärgerung weitgehend unbemerkt erhöht und sich symptomatisch, durch Wiederkehr des Verdrängten, ausgedrückt. Um diesen Ablauf rekonstruieren zu können, hat der Analytiker den Patienten absichtlich in dieser Sitzung zappeln lassen. Obwohl es sich fruchtbar ausgewirkt hat, die Angelegenheit zunächst offenzulassen, ist dieses Vorgehen nicht

unbedenklich. Denn es ist riskant, sich an das Sprichwort zu halten, daß der Zweck die Mittel heilige.

Der Analytiker gibt dem Patienten eine noch nicht unterschriebene Bescheinigung, in der darauf aufmerksam gemacht wird, daß die aufgeführten Punkte bereits durch die Kostenübernahmeerklärung der Ersatzkasse geklärt seien. Ein ausführliches Gutachten werde, wenn noch für erforderlich gehalten, nur zu Händen eines für die Beurteilung psychotherapeutischer Sachverhalte kompetenten Arztes ausgestellt.

In der folgenden Stunde wird deutlich, daß sich Herr Arthur Y intensiv mit der Bescheinigung befasst hat.

P.: *Ich hätte mich an Ihrer Stelle mehr dem Ansinnen der Kasse gebeugt . . . Ich hätte es mehr mit Unterwürfigkeit probiert. Vielleicht hätte ich das gleiche erreicht. Hätte dann die Kasse den Rest bezahlt, hätte sich meine These bestätigt - ist man unterwürfig, kommt man zum Ziel. Sie sehen das anders, und ich bin mir noch nicht ganz im klaren, wie ich mein eigenes Schreiben formuliere, ob ich nun eine Bitte äußern oder auf meinem Recht bestehen soll. Ich bin der Meinung, Anspruch auf Ausgleichszahlung zu haben.*

Der Patient bringt noch weitere Formulierungsmöglichkeiten für den Text, den er in eigener Sache an die Krankenkasse schreiben muß. Er ist beeindruckt von meiner klaren und kurzen Stellungnahme und sieht darin eine vorbildliche, mutige Haltung einer Institution gegenüber.

A.: *Hmhm. Das sind ja zwei Welten, wobei die Furcht besteht, es könnte bei der Versicherung eine Trotzreaktion geben, wenn Sie etwas fordern.*

P.: *Wenn ich die unterwürfige Formulierung gebrauche, haben die Mitleid mit mir und sagen: Ach, das arme Schwein. Wobei mal wieder das Schwein dran wäre. Dem armen Schwein helfen wir mal, wir, die große, mächtige Versicherung. Was sollen die paar Mark. Wirf sie ihm hin, dann kann er sie fressen. Ja, das ist ungeheuer mühsam, diese Geschichte hier.*

A.: *Sie wissen, ich habe die Bescheinigung noch nicht unterschrieben.*

P.: *Ja, ich will die Bescheinigung wie von Ihnen entworfen.*

A.: *Sie können sie dann selbst einschicken, mit Ihrem Begleitschreiben.*

P.: *Ich will sie wie entworfen, ich finde es richtig, ich finde es absolut in Ordnung.*

Ich gebe nun, besonders auch im Hinblick auf das ganze Antragsverfahren einige Erklärungen zu den Bezeichnungen Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit sowie zum Krankheitsbegriff, den die Krankenkassen bei der Anerkennung der Leistungspflicht zugrunde legen bzw. an den sich die ärztlichen Gutachter bei ihren Stellungnahmen für die Krankenkassen halten. Auf die Schweigepflicht und die Anonymisierung der Anträge wird aufmerksam gemacht.

Der Patient schließt dann das Thema ab:

P.: *Ich bin mir noch nicht über meine Formulierung im klaren. Ich kann ja vielleicht beides hineinbringen. Nun, irgendwie wird mir da schon etwas einfallen. Ich wundere mich nur, daß mich solche Dinge stimmungsmäßig noch so erschüttern können, daß ich beinahe vernichtet bin. Wie wäre es wohl erst, wenn ich in eine echte Krise käme, arbeitslos würde, meine Stellung verlöre, mit meiner Frau Schwierigkeiten hätte?*

A.: *Manchmal ist es leichter, Kämpfe mit einem realen und tatsächlichen Gegner zu bestehen, als einen Kampf mit einem Gegner zu führen, der so schwer greifbar ist, vor dem man auf der Hut sein muß.*

P.: *Sie kommen heute immer wieder auf Ihre Person zurück. Gut, wenn ich Sie gefühlsmäßig so erlebe wie diesen Lehrer, wenn das so ist, was kann ich daraus für Folgerungen ziehen aus dieser Erkenntnis? Da fehlt es noch bei mir, und das macht mich unsicher.*

Herr Arthur Y rückt das Thema der Abhängigkeit nochmals in den Mittelpunkt und betrachtet seine Bemühungen, mein Wohlwollen zu erhalten.

Er erwähnt das Tonbandgerät. "Mit dem habe ich mich auch noch nicht so recht arrangiert. Da komme ich mir hilflos, wehrlos und vergewaltigt vor [s. auch 7.5]. Vielleicht kommt es daher, daß ich gewisse Parallelen befürchte. Ich wäre wohl ein Stück weiter, wenn ich mir voll eingestehen dürfte, daß dieses Erlebnis damals wirklich schlecht für mich war, anstatt es immer wieder wegzuwischen. So als wäre es nicht so gewesen, so als würde ich mich da nur wichtig machen wollen." (Herr Arthur Y bezieht sich auf Erlebnisse mit einem homosexuellen Lehrer im Internat.)

A.: *Es ist schlimm, eine solche unerfüllte Sehnsucht zu haben, und zu erleben, daß diese missbraucht wird, ohne daß man sich wehren kann und man einfach hilflos ist.*

P.: *Und daß man da auch eine ungeheure Wut bekommt, ist doch verständlich.*

A.: *Und es ist auch verständlich, daß Sie es lieber bagatellisieren.*

P.: *Und jetzt würde ich Sie gerne fragen, ob Sie meinen, daß diese Erlebnisse mit dem Lehrer wesentlich zu den Ängsten beigetragen haben, die ich später hatte.*

A.: *Ja.*

P.: *Diese Antwort ist hilfreich für mich - eine klare Auskunft . . . Dieser ganze Matsch. Mir fällt das so ein. Mir fällt ein Vergleich ein. Ich laufe irgendwo bis zur Gürtellinie im Matsch und sinke immer wieder ein und kriege auch immer mal irgendwo zufällig Boden unter die Füße, aber das ist für mich mehr oder weniger noch Zufall. Beim nächsten Schritt weiß ich noch nicht, ob ich wieder ins Leere trete . . . Nun habe ich aber doch eine gewisse Orientierung, unter diesem Matsch in einer bestimmten Richtung weiterzugehen . . . Es ist alles sehr schwer. Bei den Worten Hingabe und Vertrauen sehe ich überall die Gefahr der Gefühlsduselei.*

Die Stunde endet mit der Thematisierung der Vatersehnsucht, nachdem der Patient noch das erste Auftreten der neurotischen Angstsymptomatik in der Präpubertät erwähnt hatte.