

A2. Ein Muster-Beispiel – Amalie X

Berichte aus der Forschung erreichen klinisch Tätige oft nur auf Umwegen oder erreichen sie gar nicht, weil die Aufgabenfelder und Ziele von Praktikern und Forscher zu divergent sind, wie John Bowlby darstellt:

"Ein Wissenschaftler muss bei seiner täglichen Arbeit in hohem Maße in der Lage sein, Kritik und Selbstkritik zu üben. In seiner Welt sind weder die Taten noch die Theorien eines führenden Wissenschaftlers - wie bewundert er persönlich auch sein mag - von Infragestellungen und Kritik ausgenommen. Es gibt keinen Platz für Autorität.

Das gilt nicht für die praktische Ausübung eines Berufes. Wenn ein Praktiker effektiv sein will, muss er bereit sein, so zu handeln, als seien gewisse Prinzipien und Theorien gültig. Und er wird sich bei seiner Entscheidung darüber, welche von diesen Prinzipien und Theorien er sich zu eigen machen will, wahrscheinlich von der Erfahrung derjenigen leiten lassen, von denen er lernt.

Da wir ferner alle die Tendenz haben, uns von der erfolgreichen Anwendung einer Theorie beeindrucken zu lassen, besteht bei Praktikern vor allem die Gefahr, dass sie größeres Vertrauen in eine Theorie setzen als durch die Tatsachen gerechtfertigt erscheinen mag." (Bowlby 1982, S. 200).

Da wir jedoch mit diesen Buch nicht nur Therapieforscher, sondern auch Kliniker erreichen wollen, nutzen wir zur einführenden Illustration Material aus einer Behandlung, die im deutschen Sprachraum durch ihre Darstellung im zweiten und dritten Band der Ulmer Trilogie von Thomä & Kächele (2006b, 2006c) Lesern bereits begegnet sein dürfte. Falls nicht stellen wir diese Patientin Amalie X einführend vor:

Die Patientin Amalie X ist eine zu Behandlungsbeginn 35jährige allein lebende Lehrerin, die sich aber noch einem engen Kontakt zu ihrer Familie, besonders zur Mutter, verpflichtet fühlte. Sie begab sich aufgrund depressiver Verstimmungen, die allerdings ihre Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigten, in Behandlung. Zeitweilig litt sie unter religiösen Skrupeln, obwohl sie sich nach einer Phase strenger Religiosität von der Kirche abgewandt hatte. Noch immer kämpfte sie mit gelegentlichen religiösen Zwangsgedanken und -impulsen. Von Zeit zu Zeit traten auch neurotisch bedingte Atembeschwerden auf und sie berichtete über erythrophobe Zustände unter besonderen Bedingungen.

Biographie

Geboren in einem kleinen Städtchen Süddeutschlands wuchs Amalie X in einer Familie auf, in der der Vater während der ganzen Kindheit praktisch abwesend war, zunächst kriegsbedingt, später durch eine Tätigkeit als Notar für einen weiten ländlichen Bereich. Emotional sei der Vater sehr kühl und erheblich in seiner Kommunikationsbereitschaft eingeschränkt gewesen; seine zwanghafte Art verhinderte intensiveren Kontakt zu den Kindern. Die Mutter beschreibt Amalie anders als den Vater: sie war impulsiv mit vielen kulturellen Interessen und litt unter der emotionalen Kälte ihres Mannes. Amalie X war das zweite Kind, nach einem älteren (+2) und vor einem jüngeren Bruder (-4), denen gegenüber sie sich immer unterlegen gefühlt hatte. Aus ihrer frühen Lebenswelt beschreibt sich Amalie X als ein sensibles Kind, das sich viel allein beschäftigen konnte, und sie liebte es zu malen. Mit drei Jahren erkrankte Amalie an einer milden Form von Tuberkulose und musste für sechs Monate das Bett hüten. Als die Mutter dann selbst an einer ernsthaften tuberkulösen Erkrankung litt, musste Amalie im Alter von fünf Jahren als erste die Primärfamilie verlassen und wurde zu einer Tante geschickt, wo sie die nächsten Jahre bleiben sollte. Die beiden Brüder kamen ein Jahr später nach. Da die Mutter immer wieder hospitalisiert werden musste, sorgten Tante und Großmutter für die Kinder. Dort herrschte ein puritanisches Klima mit einer religiösen Striktheit, die Amalie durch und durch prägte. In der Pubertät trat bei ihr eine somatische Erkrankung auf, ein idiopathischer Hirsutismus, der ihre psychosexuellen Probleme verstärkte.

In der Schule gehörte Amalie zu den Besten ihrer Klasse und sie teilte viele Interessen mit den Brüdern; mit den weiblichen Altersgenossen vertrug sie sich schlecht. Noch mit über sechzig Jahren (im Bindungsinterview, (Kap. 4.4 in Thomä & Kächele 2006c)) erinnert sie lebhaft eine Episode hinsichtlich der Rivalität mit einer Klassenkameradin, die wohl weniger intelligent, aber weitaus attraktiver war als sie selbst. Während der Pubertät verschlechterte sich die Beziehung zum Vater noch mehr und sie zog sich von ihm ganz zurück. Eine freundschaftliche, engere Beziehung in den späten Teens zu einem jungen Mann, bei der sogar schon von Verlobung die Rede war, wurde durch striktes elterliches Verbot beendet.

Nach dem Abitur nahm sie zunächst ein Lehramtstudium mit dem Ziel Gymnasium auf. Aufgrund ihrer persönlichen Konflikte entschied sie nach wenigen Semestern, ein Klosterleben aufzunehmen. Dort verschärften sich die religiösen Konflikte jedoch erheblich, was sie zurück zum Studium führte. Allerdings war dann der qualifizierende Abschluss zur Gymnasiallehrerin verschlossen, und sie konnte nur (!) Realschullehrerin werden. Im Vergleich zu den beiden Brüdern war und blieb dies für sie lange Zeit ein Makel.

Ihre ganze Lebensentwicklung und ihre soziale Stellung als Frau standen seit der Pubertät unter den gravierenden Auswirkungen der virilen Stigmatisierung¹, die unkorrigierbar war und mit der sich Amalie X vergeblich abzufinden versucht hatte. Zwar konnte die Stigmatisierung nach außen retuschiert werden, ohne dass diese kosmetischen Hilfen und andere Techniken zur Korrektur der Wahrnehmbarkeit des Defektes im Sinne Goffmans (1977) ihr Selbstgefühl und ihre sozialen Unsicherheiten anzuheben vermochten. Durch einen typischen Circulus vitiosus verstärkten sich Stigmatisierung und schon prämorbid vorhandene neurotische Symptome gegenseitig; zwangsneurotische Skrupel und multifforme angstneurotische Symptome erschwerten persönliche Beziehungen und führten v. a. dazu, dass die Patientin keine engen geschlechtlichen Freundschaften schließen konnte und bis zum Zeitpunkt des Erstinterviews keinerlei heterosexuellen Kontakte hatte.

Psychodynamik

Da die Patientin Amalie X ihrem Hirsutismus einen wesentlichen Platz in ihrer Laienätiologie zur Entstehung ihrer Neurose eingeräumt hat, beginnen wir mit Überlegungen zum Stellenwert dieser körperlichen Beeinträchtigung, aus der sich die speziellen Veränderungsziele ableiten lassen.

Der Hirsutismus dürfte für Amalie X eine zweifache Bedeutung gehabt haben:

Zum einen erschwerte er die ohnehin problematische weibliche Identifikation, da er unbewussten Wünschen der Patientin, ein Mann zu sein, immer neue Nahrung gab. Weiblichkeit ist für die Patientin lebensgeschichtlich nicht positiv besetzt, sondern mit Krankheit (Mutter) und Benachteiligung (gegenüber den Brüdern) assoziiert. In der Pubertät, in der bei der Patientin die stärkere Behaarung auftrat, ist die Geschlechtsidentität ohnehin labilisiert. Anzeichen von Männlichkeit in Form von Körperbehaarung verstärken den entwicklungsgemäß wieder belebten ödipalen Penisneid und -wunsch. Dieser muss freilich auch schon vorher im Zentrum ungelöster Konflikte gestanden haben, da er sonst nicht diese Bedeutung bekommen kann. Hinweise darauf liefert die Form der Beziehung zu den beiden Brüdern: Diese werden von der Patientin bewundert und beneidet, sie selbst fühlt sich als Tochter oft benachteiligt. Solange die Patientin ihren Peniswunsch als erfüllt phantasieren kann, passt die Behaarung widerspruchsfrei in ihr Körperschema. Die phantasierte Wunscherfüllung bietet aber nur dann eine Entlastung, wenn sie perfekt aufrechterhalten wird. Dies

¹ Wir möchten auf die verdienstvolle Untersuchung von Frauen mit idiopathischem Hirsutismus hinweisen, die Meyer und von Zerssen (1960) durchgeführt haben.. Diese beiden engagierten Vertreter einer empirischen Psychosomatik haben darauf hingewiesen, dass die Kombination von genetischen Faktoren und durch stress-bedingten Reaktionen zu einem Anstieg des Androgen-Niveaus führen kann, wenn einer kritischen Maß erreicht ist. Es liegt nahe, dass Frauen mit einem Hirsutismus auch in Abwesenheit klarer genetischer Disposition, wie es bei der Patientin Amalie X der Fall ist, Stress-Situationen ungünstig handhaben.

kann jedoch nicht gelingen, da ein viriler Behaarungstyp aus einer Frau keinen Mann macht. Das Problem der Geschlechtsidentität stellt sich erneut. Vor diesem Hintergrund sind alle kognitiven Prozesse im Zusammenhang mit weiblichen Selbstrepräsentanzen für die Patientin konfliktreich geworden, lösen Beunruhigung aus und müssen deshalb abgewehrt werden.

Zum anderen erhält der Hirsutismus sekundär auch etwas von der Qualität einer Präsentiersymptomatik: Er wird der Patientin zur Begründung dafür, dass sie sexuelle Verführungssituationen von vornherein meidet. Dabei ist ihr diese Funktion ihrer körperlichen Beeinträchtigung nicht bewusst zugänglich. Für eine erfolgreiche Behandlung der Patientin Amalie X lassen sich aus diesen Überlegungen zwei Forderungen ableiten: Die Patientin wird dann soziale und sexuelle Kontakte aufnehmen können, wenn sie 1) zu einer hinreichend sicheren Geschlechtsidentität gelangen kann und ihre Selbstunsicherheit überwindet und wenn sie 2) ihre Schuldgefühle bezüglich ihrer Wünsche aufgeben kann.

Weitere Überlegungen zur Psychodynamik

Unsere klinischen Erfahrungen rechtfertigen folgende Annahmen: Eine virile Stigmatisierung verstärkt Peniswunsch bzw. Penisneid, sie reaktiviert ödipale Konflikte. Ginge der Wunsch, ein Mann zu sein, in Erfüllung, wäre das zwittherhafte Körperschema der Patientin widerspruchsfrei geworden. Die Frage: Bin ich Mann oder Frau? wäre dann beantwortet, die Identitätsunsicherheit, die durch die Stigmatisierung ständig verstärkt wird, wäre beseitigt, Selbstbild und Körperrealität stünden dann im Einklang miteinander. Doch kann die unbewusste Phantasie angesichts der körperlichen Wirklichkeit nicht aufrechterhalten werden: Eine virile Stigmatisierung macht aus einer Frau keinen Mann. Regressive Lösungen, trotz der männlichen Stigmatisierung zur inneren Sicherheit durch Identifizierung mit der Mutter zu kommen, beleben alte Mutter-Tochter-Konflikte und führen zu vielfältigen Abwehrprozessen. Alle affektiven und kognitiven Abläufe sind von tiefer Ambivalenz durchsetzt, so dass die Patientin es z. B. schwer hat, sich beim Einkaufen zwischen verschiedenen Farben zu entscheiden, weil sich mit ihnen die Qualität „männlich“ oder „weiblich“ verbindet.

Ergänzend zur klinischen Einschätzung des Analytikers stellen wir nachfolgend eine Fallkonzeption für Amalie entsprechend der „Control Mastery Theory“ von Weiss, Sampson und der San Francisco Psychotherapy Research Group (SFPRG) vor. Diese sog. Planformulierung haben wir im Rahmen eines Forschungsprojektes gemeinsam mit Reto Volkart und Judith Humbel anhand der Transkripte der ersten fünf Behandlungsstunden und weiterer anamnestischer Angaben entwickelt². Wir werden darauf u. a. in der Diskussion der 9. Stunde zurückkommen (s. A3.).

Weiss geht davon aus, dass das Bedürfnis nach Sicherheit und die Vermeidung von Gefahr grundlegende, regulierende Prinzipien des unbewussten mentalen Lebens sind³. Um ein Gefühl von Sicherheit aufrecht zu erhalten, dauern nach Weiss Abwehrvorgänge so lange an, wie es unbewusst die Annahme gibt, dass die Wahrnehmung und Erfahrung der abgewehrten Inhalte eine Bedrohung darstellen. Ziel der Therapie ist es, ein höheres Maß an Kontrolle über diese unbewussten Abwehrstrategien zu erwerben und immer stärker in den Dienst der Ziele des Patienten zu stellen („control mastery“).

² Albani, C., Volkart, R., Humbel, J., Blaser, G., Geyer, M., & Kächele, H. (2000). Die Methode der Plan-Formulierung: Eine deutschsprachige Reliabilitätsstudie zur „Control Mastery Theory“ von Joseph Weiss. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 50(12), 470-471, T471-T479

³ Weiss, J., Sampson, H., & The Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research*. New York: Guilford Press.,

Weiss, J. (1993). *How Psychotherapy Works. Process and Technique*. New York, London: Guilford Press.

albani 12.4.07 19:08

Formatiert: Deutsch

albani 12.4.07 19:08

Formatiert: Englisch (Großbritannien)

Weiss schreibt dem Patienten einen starken unbewussten Wunsch zu, gemeinsam mit dem Therapeuten an der Lösung seiner Probleme zu arbeiten und geht davon aus, dass die Reinszenierungen lebensgeschichtlich erworbener, konflikthafter Beziehungskonstellationen in der Übertragungsbeziehung dazu dienen, deren Gültigkeit zu prüfen und alternative Bewältigungsmöglichkeiten zu finden, d. h. sie zu meistern.

Im Zentrum der Theorie stehen unbewusste, *pathogene Überzeugungen*, die typischerweise in der Kindheit vermittelt werden oder als Resultat unbewusster Bewältigungsversuche traumatischer Erfahrungen entstehen. Pathogene Überzeugungen ermöglichen die Aufrechterhaltung der Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen und dienen der Bewältigung traumatischer Erfahrungen, indem sie Gefühle von Hilflosigkeit mindern (vgl. Volkart 1993).

Schuldgefühle haben bei Weiss eine besonders wichtige Bedeutung. Es werden verschiedene Formen von Schuldgefühlen unterschieden. Schuldgefühle über den eigenen Erfolg oder eigenes Glück, das vermeintlich auf Kosten anderer Familienmitglieder erreicht wurde, wird „survivor guilt“ (Überlebensschuld) genannt, wie sich der Begriff auch bei Modell (1965) und Niederland (1961, 1981) findet. Das Schuldgefühl, andere durch eigenes Autonomiestreben verletzt zu haben, bezeichnet Weiss als „separation guilt“ (Trennungsschuld).

Um pathogene Überzeugungen zu widerlegen, **testet** (d. h. prüft) sie der Patient in der Beziehung zum Therapeuten. In dieser Sichtweise ist Übertragung kein pathologisches Phänomen, das als Widerstand gegen die Behandlung imponiert, sondern eine aktive, unbewusste Strategie des Patienten, sich in der geschützten therapeutischen Beziehung mit seinen bisherigen Erfahrungen auseinanderzusetzen und neue Beziehungserfahrungen zu machen. Wenn eine Bewährungsprobe (Test) bestanden ist, reagiert der Patient erleichtert, bringt neues Material, arbeitet intensiver oder initiiert eine nächste, für ihn gefährlichere Probe. Übereinstimmend mit dem Konzept der korrekativen emotionalen Erfahrung von Alexander u. French (1946) betont Weiss die aktive Rolle des Therapeuten, die dem Patienten eine positive Beziehungserfahrung in der aktuellen therapeutischen Beziehung ermöglicht, so dass therapeutische Veränderung auch ohne das Bewusstwerden abgewehrter Inhalte erfolgen kann.

Interpretationen sollen nach Weiss dazu führen, dass der Patient sich sicher fühlt, sich seiner pathogenen Überzeugungen bewusst wird und sie entkräften kann und seine Entwicklung und Psychopathologie versteht.

Zur Formulierung ihrer Fallkonzeptionen und zur empirischen Prüfung ihrer Konzepte entwickelten Weiss, Sampson und die Mitglieder der San Francisco Psychotherapy Research Group die „Plan Formulation Method“⁴, die folgende Komponenten beinhaltet:

Traumatische Erfahrungen: Es kann sich dabei um traumatisierende Einzelereignisse oder um fortdauernde negative Beziehungserfahrungen in der Kindheit handeln.

⁴ Caston, J. (1977). Manual on how to diagnose the Plan. In J. Weiss, H. Sampson, J. Caston & G. Silberschatz (Eds.), *Research on the psychoanalytic process - A comparison of two theories about analytic neutrality* (pp. 15-21). San Francisco: The Psychotherapy Research Group, Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center.

Curtis, J. T., Ransohoff, P., Sampson, F., Brumer, S., & Bronstein, A. A. (1986). Expressing warded-off contents in behavior. In J. Weiss, H. Sampson & T. M. Z. P. R. Group (Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research* (pp. 187-205). New York: Guilford Press.

Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H., Rosenberg, S. E., & Weiss, J. (1988). Developing reliable psychodynamic case formulations: An illustration of the plan diagnosis method. *Psychotherapy*, 25(2), 256-265.

Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H., & Weiss, J. (1994). The plan formulation method. *Psychotherapy Research*, 4(3&4), 197-207.

Pathogene Überzeugungen: Darunter werden irrationale, pathogene Überzeugungen und damit verbundene Befürchtungen, Ängste und Schuldgefühle verstanden, die am Anfang der Therapie oft unbewusst sind und verhindern, dass der Patient seine eigentlichen Ziele erreicht.

Ziele: Dies sind Therapieziele des Patienten, d. h. Verhaltens- und Erlebensweisen, Affekte, Fähigkeiten, die der Patient erreichen möchte.

Einsichten: Dieser Bereich bezieht sich auf Wissen und Erfahrungen, die dem Patienten helfen können, seine Ziele zu erreichen. Dazu gehören insbesondere auch Einsichten über die Genese der pathogenen Überzeugungen im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen.

Tests: Hier werden Bewährungsproben aufgelistet, mit denen der Patient in der Therapie versuchen kann, seine pathogenen Überzeugungen zu widerlegen, indem er den Therapeuten testet und dessen Reaktionen beobachtet.

Die Beurteiler ermitteln unabhängig voneinander Items für die fünf Bereiche. Aus allen Items der einzelnen Beurteiler wird dann eine sog. „master list“ zusammengestellt, anhand derer die Beurteiler auf einer 5-stufigen Skala einschätzen, wie relevant ihnen jedes der Items für diesen Fall erscheint. Aus den von allen Beurteilern am höchsten bewerteten Items wird die endgültige Planformulierung erstellt.

Planformulierung für Amalie

Amalie ist eine 35jährige, alleinlebende, berufstätige Patientin, die sich wegen zunehmender depressiver Beschwerden in Behandlung begeben hatte. Sie ist sozial isoliert und pflegt engen Kontakt zu ihrer Familie, vor allem zur Mutter. Bisher konnte Amalie keine sexuellen Beziehungen aufnehmen.

Traumatische Erfahrungen: Amalie steht in der Geschwisterreihe zwischen 2 Brüdern, denen sie sich unterlegen fühlte und fühlt. Ihr Vater ist während ihrer gesamten Kindheit abwesend - zunächst wegen des Krieges, später aus beruflichen Gründen. Amalie nimmt früh die Rolle des Vaters ein und versucht der Mutter den fehlenden Partner zu ersetzen. Im Alter von 3 Jahren erkrankt Amalie an Tuberkulose und muss für 6 Monate lang im Bett liegen. Wegen einer lebensbedrohlichen Tuberkulose-Erkrankung der Mutter wird Amalie im Alter von 5 Jahren als erstes der Geschwister zur Tante gegeben, wo sie ungefähr 10 Jahre lang bleibt. Sie wird stark von einer streng religiösen, sinnesfeindlichen und puritanischen Erziehung durch Tante und Grossmutter beherrscht. Seit der Pubertät leidet Amalie subjektiv stark an einem idiopathischen Hirsutismus, der jedoch objektiv kaum auffallend ist.

Die *pathogenen Überzeugungen* beschreiben ein ausgesprochen negatives Selbstbild. Amalie sieht sich als hässlich, schlecht und belastend für ihre Umgebung. Dazu kommt eine als sehr problematisch erlebte Autonomie: Sie erlaubt sich kaum, sich von anderen abzugrenzen und fühlt sich speziell für das Schicksal der Mutter verantwortlich. Amalie erlebt ihre eigenen Wünsche als gefährlich und verwerflich, insbesondere ihr sexuellen Bedürfnisse.

Wichtige Ziele für die Therapie sind das Wahrnehmen und Realisieren eigener Wünsche, speziell das Bedürfnis nach einer sexuellen Beziehung zu einem Mann, aber auch nach anderen sozialen Kontakten. Amalie möchte sich unabhängig von äußeren Normen selbst bestimmen und sich von anderen abgrenzen können. Insbesondere möchte sie sich nicht mehr so stark für andere verantwortlich fühlen. Amalie möchte sich und ihren Körper besser akzeptieren und mehr Selbstsicherheit gewinnen.

Zu *hilfreichen Einsichten* können Deutungen führen, die Amalie die problematische Situation verdeutlichen, in die sie gekommen ist, als sie bei der Mutter die Rolle des fehlenden Vaters eingenommen hatte. Neben dieser männlichen Identifizierung ist auch ihre Sehnsucht nach dem Vater ein wichtiges Thema. Zentral sind die Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen, in denen Amalie ihr Alleinsein als verdiente Strafe erlebt hat und die sie immer noch daran hindern, enge Beziehungen einzugehen. Mit der durch die väterliche Identifizierung problematischen weiblichen

Identität ist auch Amalies negatives Körper- und Selbstbild verbunden. Mit diesem versuchte sich Amalie zu erklären, warum sie von den Eltern allein gelassen wurde und für mögliche Partner abstoßend sein würde. Wichtig sind auch Einsichten, die Amalie verdeutlichen, dass sie sich zurückgezogen und anderen untergeordnet hat, weil sie immer befürchtete, dass ihre Selbständigkeit für andere unerträglich oder gefährlich werden könnte.

In den Tests zeigt Amalie in der Therapie einerseits defensive Verhaltensweisen, in denen sie die pathogenen Überzeugungen affirmativ präsentiert, sich dem Therapeuten gegenüber sehr zurückhaltend verhält und sich als häßlich und schwach darstellt. Andererseits wagt sie offensive Verhaltensweisen, in denen sie ihre pathogenen Überzeugungen direkt in Frage stellt, indem sie z. B. immer direkter über Sexualität spricht, neugierig ist, den Therapeuten herausfordert und eigene Anliegen einbringt.

Der Vergleich der beiden Fallkonzeptionen zeigt, dass der Analytiker den Konflikt v. a. auf ödipaler Ebene und vorwiegend die psychosexuelle Verwirrung der Patientin als dynamischen Faktor für ihre Störung ausmacht. Die auf der „Control Mastery Theory“ basierende Planformulierung bezieht ödipale Themen mit ein, diagnostiziert aber eher eine Störung der „frühen Triangulierung“ (Abelin 1971), in der die bestehende Abhängigkeit der Patientin von ihrer Mutter nicht als eine Regression verstanden wird, sondern als eine gehemmte Entwicklung der Autonomie, die auf bestimmten pathogenen Überzeugungen beruht. Klinisch haben beide Fallkonzeptionen unterschiedliche Konsequenzen für therapeutische Interventionen. Aus der Sicht von Weiss wären v. a. vor allem Amalies Gefühl von Verantwortung für ihre Beziehungspartner und daraus resultierende Schuldgefühle relevant, die letztlich der Aufrechterhaltung der Bindung an die Mutter und dem abgewehrten Wunsch „Sehnsucht nach dem Vater“ dienen.

Es geht uns hier nicht um einen bewertenden Vergleich. Die offene Frage ist, welche der beiden Konzeptionen welche Aspekte des therapeutischen Prozesses klären kann.

Behandlungsindikation

Aufgrund der Vorgeschichte, der Symptomatik und Charakterstruktur, des erheblichen Leidensdruckes konnte die Indikation für eine psychoanalytische Therapie gestellt werden. Diagnostisch handelt es sich um eine Störung der Selbstsicherheit; nach ICD war eine Dysthymie zu diagnostizieren.

Der behandelnde Analytiker begründet seine positive Indikationsentscheidung folgendermaßen: "Ich nahm die beruflich tüchtige, kultivierte, ledige und trotz ihrer virilen Stigmatisierung durchaus feminin wirkende Patientin in Behandlung, weil ich ziemlich sicher und hoffnungsvoll war, dass sich der Bedeutungsgehalt der Stigmatisierung wesentlich würde verändern lassen. Ich ging also, allgemein gesprochen, davon aus, dass nicht nur der Körper unser Schicksal ist, sondern dass es auch schicksalhaft werden kann, welche Einstellung bedeutungsvolle Personen und wir selbst zu unserem Körper haben". (Thomä u. Kächele 2006b, S.79).

Es handelte sich von den äußeren Merkmalen - denen wir jedoch nur bedingt definitorischen Wert zuerkennen - um eine 517stündige, ziemlich rite durchgeführte psychoanalytische Behandlung mit 3 Wochenstunden. Die Behandlung wurde sowohl in der klinischen wie auch in der testpsychologischen Einschätzung als erfolgreich bewertet; dies wurde bereits ausführlich dargestellt (Thomä & Kächele, 2006b, Kap. 9.11.2).

Einige Jahre später kehrte die Patientin zu ihrem früheren Analytiker zurück und benutzte eine kurze 25-stündige Psychotherapie dazu, ihre Probleme in der stabilen, aber konfliktreichen Partnerschaft mit dem erheblich jüngeren Lebenspartner zu bearbeiten.

Erst kürzlich - im Rahmen eines klärenden Gespräches bezüglich der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse und mehr als fünfundzwanzig Jahre nach Beendigung der Analyse - zeigte die Patientin den Wunsch nach weiteren Klärungen bezüglich dieser faktisch beendeten Partnerschaft

und wurde an eine vom Forschungsteam unabhängige Kollegin vermittelt, wo sie wenige Sitzungen in Anspruch nahm.

Unsere Heranführung an die klinische Bedeutung der Beziehungsepisoden - die ja als Kernstück der hier vorgestellten Methode gelten - soll an der 9. Sitzung der psychoanalytischen Behandlung der Patientin Amalie X erfolgen. Zu diesem Zweck geben wir das vollständige Transkript der neunten Stunde wieder (s. Teil B, 3.1.). Zur besseren Vorbereitung auf das schwierig zu lesende Transkript einer solchen Sitzung skizzieren wir die Anfangsphase der Behandlung (Stunde 1 - 10).

Die Anfangsphase von Amalies psychoanalytischer Behandlung (Fußnote – angelehnt an...

Äußere Situation: Die 35jährige Patientin ist Jungesellin, lebt allein, aber ist noch eng mit ihren Eltern verbunden. Sie übt einen pädagogischen Beruf von außen her betrachtet kompetent und zuverlässig aus.

Symptomatik: Es finden sich wenig Angaben zur körperbezogenen Symptomatik, stattdessen werden vorwiegend konflikthafte psychosoziale Situation berichtet.

Körperbild: Ihre Äußerungen zum Körper stehen meist in einem engen Zusammenhang mit der Sexualität und dem Vergleich mit dem Aussehen anderer Frauen. Ihre als quälend erlebte männliche Behaarung bestimmt ihr Denken und Fühlen, zumal sie bereits antizipieren kann, das die Analyse nur ihre Einstellung dazu, nicht aber die Behaarung wird ändern können. Die Bedeutung der Behaarung konkretisiert sich in einem Traum, in dem die Patientin sich einem Mann sexuell anbietet und von diesem zurückgewiesen wird. In diesem Traum erscheint eine Frau, deren Körper über und über mit Haaren bedeckt ist. Allerdings kann sie ihr Aussehen mit einer dicken Kollegin vergleichen und kommt ganz gut weg, wenn sie ihre Behaarung gegen das Dicksein aufrechnet.

Sexualität: Amalie erinnert sich, dass sie mindestens vom 3. bis zum 6. Lebensjahr onaniert hat. Von früher Kindheit an bis nach der Pubertät erlebt sie unter dem Einfluss der kirchlichen Sexualtabus und einer ihr jegliche Sexualität streng verbietenden Tante, die für sie damals die Mutter repräsentierte, Sexualität als schuldhaft. In der Abhängigkeit von den kirchlichen Normvorstellungen - die sie sehr in ihr Über-Ich integriert hat - sieht sie das wichtigste Hemmnis auf dem Wege zur Realisierung einer heterosexuellen Beziehung. In ihren träumen werden diese Wünsche aber deutlich.

Traum: Sie erlebt sich als schöne, sehr sinnliche „Raffael – Madonna“, die von einem Mann defloriert wird, und gleichzeitig als säugende Mutter. Dem Traum ging der Versuch voraus, ein Tampon in die Scheide einzuführen.

Die Patientin hat einerseits den Wunsch, Sexualität zu bejahen und schön zu finden und ausleben zu können, andererseits sieht sie sich der körperlichen Realität der Behaarung gegenüber und zweifelt daran, dass sie eine richtige Frau ist.

Selbstwertgefühl: Dieses ist im Wesentlichen negativ. Die Schüler betrachten sie in ihren Augen als „alte Jungfer“. Im Ringen um das Angenommenwerden hält sie ihre Aggression gegenüber ihrer Umwelt entsprechend zurück. Das Gefühl, unbeherrscht zu sein, ist dementsprechend stark mit Angst besetzt. Für ihre eigenen Entscheidungen braucht sie Bestätigung durch das Urteil anderer Autoritätspersonen; dieses erwartet sie in der Analyse durch den Analytiker.

Gegenwärtige Beziehungen: Vor allem in den Beziehungen zu den Kolleginnen am Arbeitsplatz erlebt sich die Patientin als diejenige, die immer investieren muss, die von anderen als „Abfaller“ ausgenutzt wird. Ihrem Wunsch nach totalem Verstehen, nach jemandem, mit dem sie sich aussprechen kann, steht das Gefühl gegenüber, sich bloßzustellen, sich ausziehen, wenn man über seine Probleme spricht.

Familie und Lebensgeschichte: Zum Vater besteht eine deutlich ambivalente Beziehung. Sie beschreibt ihn als überaus empfindlichen, häufig aggressiv reagierenden, ängstlich und verschlossenen Menschen. Sie will ihm gegenüber eine liebevolle, um ihn sorgende Tochter sein, die ihn nicht verletzt und ihm gegenüber nicht aggressiv ist. Darin vergleicht sie sich mit ihrer Mutter, einer

stillen, den Vater duldenden Frau. Gleichzeitig erwähnt sie lang bestehende, deutliche Hassgefühle gegenüber dem Vater („schon mit 14 Jahren sagte ich einmal zu ihm: Ich hasse Dich“). Von ihren beiden Brüdern fühlt sie sich schon von Kind auf nicht für voll genommen. Beruflich und durch ihr weibliches Geschlecht („unbemannt“) ist sie ihnen unterlegen. Als Kind nahm sie oft die Strafe der Eltern anstelle der Brüder auf sich. Sie sieht sich als „Trabant“ des älteren Bruders. Ihrem jüngeren Bruder bringt sie Bewunderung entgegen. Er ist beherrscht, ausgeglichen und geduldig. Er setzt seine Eigenständigkeit gegenüber den Eltern durch und beschäftigt sich wenig mit den Problemen des Elternhauses.

Nach dieser einführenden Vorstellung der Patientin Amalie X wollen wir im folgenden Kapitel anhand der neunten Behandlungsstunde Möglichkeiten und Grenzen der Verwendung von Beziehungsmustern demonstrieren.