

Kapitel 5

Klinisch - Systematische Verlaufsbeschreibung

5.0 Systematische Gesichtspunkte der Beschreibung

Vorbemerkung

Die bislang vorliegende Sammlung von umfangreichen Fallberichten weist nur einige Beispiele auf mit „systematischer Beschreibung“ eines psychoanalytischen Behandlungsverlaufes (z. B. Dewald 1972; Stoller 1974; vgl. Kap. 2). Die Gründe hierfür liegen zunächst einmal einfach in der materialen Fülle, die schon bei der Aufgabe, kurze Psychotherapieverläufe darzustellen, zu einer äußerst geringen Produktivität geführt hat (z.B. Deutsch 1949; Balint 1973).

Analytiker als Referent

Der Analytiker ist als Berichtender, als Referent einer Behandlung, immer Partei. Wie sollte er auch anders. Aus der dyadischen Position heraus findet er sich jeweils nach der Sitzung und nach Beendigung der Behandlung allein und mit sich selbst im inneren „Dialog“ über seine Erfahrung mit diesem einen anderen Menschen, den er nur durch die eigene Subjektivität erlebt hat (Kächele 1985)¹.

Was passiert mit diesen Erfahrungen, wenn der Patient das Sprechzimmer verlassen hat und der Analytiker zu seinem Schreibtisch geht? In dem Moment, wo Analytiker und Patient sich trennen, ist die Phase der „psychoanalytischen Feldforschung“ (Kächele 1991) zu Ende; der Analytiker wechselt vom interaktiv strukturierten dialogischen Untersuchungsfeld und betreibt am Schreibtisch „klinische Forschung“. Diese Unterscheidung hat Moser (1991) – durchaus etwas ironisch gemeint (mündl. Mitteilung) – mit den einleuchtenden Ausdrücken 'online' und 'offline' Forschung gekennzeichnet.

Soll dieses nachdenkende Handeln als „Forschung“ bezeichnet werden, möchte man herausfinden, inwieweit der einzelne Analytiker über eine funktionierende Rollendifferenzierung verfügt, also sein eigener Erforscher sein kann, der vom dem, von Bowlby (1982) für Kliniker als notwendig erklärten Prinzip der Handlungsleitenden Evidenzmaximierung abgeht:

"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.

¹ Diese Erfahrung wurde in einem Projekt zum Liegungsrückblick mit Meyer (1988) systematisch dokumentiert.

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." (S. 200).

Ist es realistisch, dass er in der Lage ist, für seinen nachträglichen „Forschungsprozess mit einem Patienten“ auch alternative Deutungsentwürfe zu entwickeln, wie dies Edelson (1983) gefordert hat, die er dann auch zu erproben hätte? In dieser Phase des nachdenklichen Ordnen der Erfahrung kommt die gleichschwebende Aufmerksamkeit der psychoanalytischen Haltung zu ihrem vorläufigen Ende und der Psychoanalytiker wird zum schriftstellernden Sach- oder Fachbuch-Autor (Stein 1988).

Wie muss man in diesem Kontext die Immersion des Analytikers in den bewussten und unbewussten Interaktion-Prozess bewerten, der ständig durch seine innere Verbindung zum Patienten in seiner wie auch immer geschulten Reflexion beeinflusst sein dürfte? Gibt es einen optimalen zeitlichen Abstand zwischen einer Sitzung und deren Protokollierung? Wir wissen es nicht! Ändert sich die Einstellung des Analytikers bezüglich seiner ihn leitenden Ideen im Verlauf einer Behandlung? Ist diese abhängig von seiner jeweiligen Zufriedenheit mit den erreichten Fortschritten oder gar von seiner Gegenübertragung?² Trotz der wahrlich umfangreichen klinischen Literatur von Psychoanalytikern, die sich auf deren eigene analytische Tätigkeit stützt, wurde diesen Fragen kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Erst der kritische Blick von außen, z. B. durch einen Literaturwissenschaftler, wie von Marcus (1974) am Beispiel von Freuds ‚Dora‘ Fall gezeigt, kann die immanenten Konstruktionsprinzipien solcher Verarbeitungsprozesse aus dem veröffentlichten Material destillieren.

Das sorgfältige Studium einer einzigen psychoanalytischen Sitzung, die ich als ‚guinea pig‘ einem auswärtigen Kollegen zum ‚unpacking‘ nach der Empfehlung von Spence (1981, S.116) überlassen hatte, ermöglichte eine umfängliche Rekonstruktion des bei mir zu vermutenden inneren Verarbeitungsprozesses (König 2000).

Der klinischen Forschung des einzelnen Analytikers wird hier eine systematische Beschreibung des Behandlungs-Geschehens kontrastiert. Nicht mehr der behandelnde Analytiker, sondern eine mit dem klinischen Material vertraute Gruppe von Beurteilern sichtet und verdichtet das durch Verbatimprotokolle verfügbare Roh-Material zu systematischen Beschreibungen. Das Ziel dieser Bemühungen ist es, ei-

² Die doch sehr sparsame empirisch-systematische Literatur zur Gegenübertragung im aktuellen Therapiegeschehen (z.B. Singer u. Luborsky 1977; Bouchard et al. 1995) weist auf ein methodisch ungeklärtes Problem hin. Die differenzierte Untersuchung des Phänomens in einem experimentellen Setting, wie dies Beckmann (1974) demonstriert hat, wird davon nicht berührt.

ne zusammenfassende Darstellung zu geben, die gleichzeitig durch Zitierung ausgewählter Belegstellen Hinweise darauf gibt, welche Fundierung die zusammenfassenden Aussagen im textuellen Material haben.

Die psychoanalytische Behandlung

Wie im 4. Kapitel skizziert, begann die psychoanalytische Behandlung mit der stationären Aufnahme in eine Medizinische Klinik und wurde zunächst fünfstündig im Liegen durchgeführt. Wegen des Schweregrads der Angstneurose musste Christian Y ca. 1¹/₂ Jahre stationär behandelt werden.

Die systematische Beschreibung

Die systematische Beschreibung eines Behandlungsverlaufes durch nicht an der Behandlung unmittelbar Beteiligte beruht neben der Kontrolle der Stichprobe auf den auszuwählenden Gesichtspunkten, die jeweils gemeinsam durch klinisch geschulte Leser³ zusammengefasst werden. Die Überprüfung von Veränderungen ist nur dann möglich, wenn jedes Mal die gleichen Gesichtspunkte bei der Beschreibung zugrunde gelegt werden. Im Unterschied zu der Rating-Untersuchung, wie sie zwar zeitlich vorausgehend durchgeführt wurde, aber erst im 6. Kapitel dargestellt wird, wird das ausgewählte klinische Material in sequentieller Reihenfolge durchgearbeitet, um in der Gruppe die Veränderungen vor dem Hintergrund der bisher erfassten Verhältnisse zu erarbeiten.

Die Auswahl, die man aus der möglichen Vielzahl von Gesichtspunkten treffen muss, wird von den Fragestellungen geleitet, um die es bei dieser Beschreibung geht. Da die Entwicklung der Übertragung und ihre Beziehung zur Veränderung von Symptomatik und zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten Christian Y untersucht werden sollen, stehen diese Gesichtspunkte im Mittelpunkt. Ebenfalls von großer Bedeutung ist die Beschreibung des Therapeuten, der als handelndes Wesen durch seine verbalen und averbalen Beiträge "neue Erfahrungen vermittelt und positive Identifizierungen ermöglicht" (Thomä & Kächele, 1973, S. 350), dessen Beteiligung am Geschehen beleuchtet werden sollte.

³ An der Erarbeitung dieses Materials waren Mitglieder der Forschungsgruppe (Dipl. Psych. Schaumburg, Dr. Grünzig) ohne Teilnahme des behandelnden Analytikers beteiligt. Ihnen sei hier gedankt.

Im Folgenden führe ich die Gesichtspunkte auf und gebe eine kurze inhaltliche Charakterisierung dessen, was jeweils unter dem einzelnen Gesichtspunkt aufgeführt werden sollte.

a. Äußere Situation des Patienten

Hierunter sollen die Bedingungen seiner Behandlung beschrieben werden. Es handelt sich um die Wohnsituation, seine motorischen Möglichkeiten, seine finanziellen Schwierigkeiten, etc.

b. Symptomatik des Patienten

Hier sollen alle klagenden Äußerungen des Patienten erfasst werden, wobei zwischen den Klagen, die sich auf die analytische Situation, speziell die Stunde, und Klagen, die sich auf Situationen außerhalb der Behandlung beziehen, unterschieden werden. Es soll auch darauf geachtet werden, insbesondere zwischen körperbezogenen Klagen und seelisch-bezogenen Klagen zu unterscheiden.

c. Vorstellungen von außer-analytischen-Beziehungspersonen

Hier sollen die Beziehungen des Patienten zu anderen Menschen beschrieben werden, wie sie im Erleben des Patienten in den Behandlungsstunden erscheinen. Sie werden hier immer gleichzeitig als Übertragungsphänomene wie auch als reale Fähigkeiten des Patienten, Objektbeziehungen herzustellen, aufgefasst.

d. Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Hier sollen von den Beobachtern des Behandlungsprozesses diejenigen Einstellungen und Gefühle des Patienten beschrieben werden, die sie auf Grund ihrer empathischen Teilnahme an der Behandlung des Patienten erfassen können. Dieser Beobachtungsrichtung erfordert eine emotionale Anteilnahme an der Behandlung: wir haben die Erfahrung gemacht, dass sich zwischen dem Leser und den protokollierten Aussagen des Patienten und Analytikers ein intensiver imaginierter Dialog entwickelt. Hier werden auch divergente Ansichten zwischen dem behandelnden Analytiker und den Beobachtern auftreten, weil die Beobachter den Patienten aus einer anderen Perspektive sehen können als der Analytiker, der nie vollständig aus der Position dessen, der hier gehandelt hat, heraustreten kann. Es soll versucht werden die "Sicht des Patienten" anhand einzelner konkreter Äußerungen in den Verbatimprotokollen zu belegen.

e. Psychodynamik des Patienten aus der Sicht des Analytikers

Hier soll die psychodynamische Beurteilung und Bewertung dessen erfolgen, wie nach Ansicht der Beobachter der Analytiker die Behandlungssituation versteht und diese dementsprechend deutend aufarbeitet. Allerdings liegt der Schwerpunkt dieser Kategorie auf der Interpretation dessen, was vom Patienten mitgeteilt wurde. Erst die folgende Kategorie greift den Standpunkt des Analytikers auf und expliziert dessen technische Verfahren, womit auch eine Kritik dessen verbunden sein kann.

f. Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Hier soll, wie oben erwähnt, der Analytiker als Partei am analytischen Prozess abgehandelt werden. Im Gegensatz zur oben ausgeführten intersubjektiv erzeugten Be-Wertung des Patienten soll hier der Versuch gemacht werden, festzustellen, wie der Analytiker faktisch mit der Situation umgegangen ist, wie er auf sie reagiert hat.

Im Folgenden gebe ich eine Zusammenstellung der klinisch-qualitativen Ergebnisse, die durch intensive Gruppendiskussionen hergestellt wurden. Die Darlegungen der einzelnen Gesichtspunkte im Verlauf könnten wahlweise synchron, d.h. zu jedem Zeitpunkt alle Gesichtspunkte zusammen zu stellen, oder diachron, d.h. für jeden Gesichtspunkt eine längsschnittliche Darstellung zu geben. Hier wurde eine synchrone Darstellung gewählt (Kap. 5.1); abschließend wird eine zusammenfassende Darstellung der einzelnen Gesichtspunkte versucht (Kap. 5.2).

Da es faktisch unmöglich ist, das gesamte Material dieses 500stündigen Abschnittes der psychoanalytischen Behandlung lesend und beurteilend zu bewältigen, wurde beschlossen, mit einer zeitlich geschichteten Stichprobe zu arbeiten. Die leitende Annahme war, das kontinuierliche prozessuale Geschehen in regelmäßigen Abständen zu beobachten und auszuwerten. Es wurde angenommen, dass der Behandlungsprozess als Kontinuum anzusehen sei; eine Veränderung des Systems Patient-Analytiker, die zu einem Zeitpunkt 1 auftritt, würde zu einem späteren Zeitpunkt 2 nachwirken. Die Beziehung zwischen Patient und Analytiker wird in diesem Ansatz als probabilistisches System interpretiert, welches sich im Laufe einer Behandlung langsam verändert. Über die Geschwindigkeit der Veränderung klinischer Variablen - wie z. B. Übertragung - waren allerdings aus der Literatur keine detaillierten Angaben zu entnehmen. Als Abgleich zwischen dem Wunsch möglichst eine engmaschige Stichprobe zu wählen und dem zu erwartenden Aufwand wurden in regelmäßigen Abständen von 50 Sitzungen jeweils fünf Sitzungen als Stichprobe untersucht. Die folgende systematische Beschreibung umfasst den Zeitraum von Sitzung 001 – 505⁴.

Von der klinischen Erfahrung her schien es sinnvoll, zwischen kurzfristigen Schwankungen der Ausprägung klinischer Phänomene innerhalb einer Stunde, innerhalb weniger Stunden und zwischen länger dauernden Veränderungen psychodynamischer Konstellationen zu unterscheiden. Es wurde angenommen, dass über die kurzfristigen Schwankungen z. B. der Übertragungskonstellation hinweg relativ stabile Muster psychodynamischer Konfigurationen existieren, die den Verlauf des Behandlungsprozesses erkennbar werden lassen. Aufgrund dieser Überlegungen

⁴ Alternativ böte sich an, eine zufällige Stichprobe aus dem gesamten Korpus zu ziehen, wie Neudert et al. (1987) am Fall Amalie X. Allerdings zeigten sich bei dieser Studie doch zufallsbedingt erhebliche zeitliche Lücken.

wurde sowohl für die zeitlich vorangehende Rating-Studie (s. Kap. 6) als auch für die systematische Beschreibung aus der verfügbaren Gesamtstichprobe 11 Stichproben gezogen, die im Abstand von 50 Stunden jeweils 5 aufeinander folgende Stunden umfassen.

(Dieses Roh-Material in Form der Verbatim-Prokollé ist für weitere wissenschaftliche Fragen auf meiner homepage (www.horstkaechele.de) zugänglich).

Tab. 3 Übersicht
über Perioden und Sitzungen der Behandlung

Periode	Sitzungen
I	001 - 005
II	051 - 055
III	101 - 105
IV	150 - 155
V	201 - 205
VI	251 - 255
VII	301 - 305
VIII	351 - 355
IX	401 - 405
X	451 - 455
XI	501 - 505

5.1 Die synchrone Darstellung der 11 Perioden

Periode I (Std. 1-5)

Äußere Situation des Patienten

Der Patient muss wegen der Intensität seiner Beschwerden stationär behandelt werden. Sein Studium ist unterbrochen, er kann sich auch nicht aus eigener Initiative weiterbilden. Seine Kontaktmöglichkeiten sind stark eingeschränkt.

P: ja, ich habe gerade gedacht, was ich unternehmen soll, weil ich mich allmählich doch sehr an das Krankbett gewöhne, überhaupt nicht mehr rausgehe, ich traue mich auch gar nicht mehr . plötzlich habe ich den Mut verloren rauszugehen, spazierenzugehen für ein, zwei, drei Stunden.

T: Sie gehen gar nicht aus dem Krankenhaus raus, jetzt, überhaupt nicht?

P: ja überhaupt nicht mehr. ich finde einfach keinen Kontakt mehr. ich bin noch leutescheuer geworden als ich es bisher gewesen bin. ich glaube, ich betrachtete das Krankenhaus als eine Art sicheren Hort, von dem ich mich nicht mehr weg wage, dass ich mich nicht mehr in das feindliche Leben hinausraue oder sonst wie.

Auf der Station der Medizinischen Klinik ist er vorwiegend auf Gespräche mit Mitpatienten oder Krankenhauspersonal angewiesen, die er allerdings nicht intensiv ausgestalten kann.

Symptomatik

In der ersten (tonband-registrierten) Sitzung verwundert sich der Patient:

P: übrigens geht es mir besser, ich habe weniger Depressionen in der letzten Zeit. die einzige Angst, die ich momentan eigentlich habe, ist, dass es mir schlecht wird oder dass es zu Tachykardien kommt.

Diese symptomatische Besserung hält an, wie der Pat. in der dritten Sitzung bemerkt:

P: ich habe jetzt seltsamerweise auch weniger Angst vor dieser paroxysmalen Tachykardie seit gestern. sonst habe ich jede Nacht vor dem Einschlafen Angst, dass ich das bekommen werde, weil ich die meistens im Schlaf bekommen habe. aber gestern hatte ich das seltsamerweise nicht mehr und äh heute war ich nur kurzzeitig aufgeregt. Da hatte ich auch ziemlich hohen Puls, vielleicht hundertvierzig hundertfünfzig aber, das beunruhigt mich gar nicht mehr so sehr, wie bislang, -- das ist wohl auch ein Erfolg der Behandlung.

In den weiteren Stunden findet die Symptomatik kaum noch Erwähnung.

Die initial geklagten Ängste beziehen sich vor allem auf Leistungssituationen (Spazierengehen, Bücher lesen) und Situationen zwischenmenschlicher Nähe (Mitpatienten, Mädchen). Pat. klagt öfters über Augenflimmern.

Vorstellungen von außeranalytischen Beziehungspersonen

Verständlicherweise berichtet der Patient von seiner Wanderung von Arzt zu Arzt, wodurch erhebliche Erwartungen an den Therapeuten angesammelt wurden. Die Eindrücke von den verschiedenen Ärzten und deren Einschätzung seiner Krankheit (Sensibilität, Veranlagung, Sexualität) wird in dieser Periode eingebracht.

P: da äh, hat er ja schon mich wollen an diesen Professor *4489 in *2 überweisen. - dessen Chef ja dann gesagt hat, er selbst sei für solche Fälle gar nicht eingerichtet -- was wahrscheinlich nicht wahr ist, aber ich denke mir, dass sie mich nicht unter, Neurotikern unterbringen wollten oder weiß Gott sonst was. --- er meinte ich sollte da in die psychotherapeutische Ambulanz aber, das gibt es gar nicht. - in *2. das behauptet wenigstens dieser Professor *3210 oder wie er doch gleich hieß. --- damals hatte ich wie gesagt ambulant behandelt werden sollen. ich habe dann mit Doktor *W einen heftigen Kampf geführt, bis ich ihm klarmachen konnte dass ich ambulant, unmöglich, das durchstehen könnte weil, ich eben diese blödsinnige Phobie da habe - und da hat mein Onkel der in *578 wohnt, der hat dann äh dieses *Ulmer Zentrum aufs Tapet gebracht und das habe ich dann Herrn Doktor *W +vorgeschlagen.

Ein weiteres bedeutsames Thema sind seine Beziehungen zu Mädchen, mit denen die Auslösung einer Störung zusammenfällt; diese repräsentieren keine aktuellen Partner, aber spielen im Erleben eine bedeutsame Rolle:

P: es fing gleich an mit meiner ersten Freundin, in der ich in die ich sehr! schwer verliebt war und die für mich eine, große Enttäuschung bedeutete die habe ich dann einfach sitzen lassen weil sie nicht der Mensch war,

T: was war denn enttäuschend an ihr?

P: ach das kann ich eigentlich gar nicht sagen das ist lächerlich?

P: sie schien+ mir irgendwie äh zu wertlos.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Der Patient vermittelt den Eindruck, dass er sehr bemüht, fast überangepasst versucht, die Behandlung in der richtigen Weise aufzunehmen. Die Form seiner Kontaktaufnahme ist die Position eines Bittstellers:

P: ich bin ja immerhin auf meine Art ein Bittsteller, nicht wahr? ha ja das ist ja, weiter nicht wichtig. die Hauptsache ist dass ich, - nicht das getan habe was ich befürchtet habe. Im Übrigen bin ich sehr froh, mein Puls ist meistens schön ruhig, - für mich ist das, diese Behandlung, wie eine Art letzte Prüfung ob ich jetzt nun für das Leben taue oder nicht ich war ja bis zu / der Meinung, dass ich meine zweiundzwanzigeinhalb Jahre umsonst gelebt habe. -- dass ich hier, so scheint es mir wenigstens gewissermaßen um meinen Kopf rede. verstehen Sie wie ich das meine -- das wär jetzt auch wahrscheinlich wieder, ein Grund, weshalb ich vorhin Bittsteller sagte.

Er fragt eifrig nach, sucht Nachhilfe-Unterricht bei psychologischen Fachausdrücken, dem vom Analytiker Selbstbewusstsein eingeflösst werden soll (Std.3). Bewusst bringt der Patient eine positiv getönte Erwartungseinstellung (s.o.) zum Ausdruck; gleichzeitig drückt er eine merkwürdige Erwartungsvorstellung aus, auf die der Analytiker richtig gehend anspringt:

P: es ist eigentlich nur, dass ich wissen möchte wie das funktioniert, ..., ob man da das Bild von verwirrten Fäden gebrauchen kann oder von Verkrampfungen in meinen Gedanken oder sonst was, zu entwirren oder zu lösen, und dass eben mit der Aufdeckung der Widerstand, den ich beim Sprechen zu überwinden habe, und so weiter, ob das damit erzielt wird? oder wollen Sie bisher nur eben ein bisschen mich. soweit von Wichtigkeit kennen lernen? mich in Sie aufsaugen, wie ich das.

T: das meinte ich ja, dass es sehr beunruhigend für Sie sein muß, diese Vorstellung, aufgesaugt zu werden, da würden Sie ja verschwinden, da wäre ja nichts mehr vorhanden.

P: nein, das nicht.

T: wenn Sie aufgesaugt werden?

P: ja, sicher, aber sagen wir ein Abbild von mir.

T: und wenn Sie aufgesaugt werden wie von einem riesengroßen Schwamm, der Sie ansaugt und aufsaugt?

P: vielleicht habe ich das etwas ungeschickt ausgedrückt.

T: ich weiß nicht, ob das unglücklich ist wenn wir es ernst nehmen auf, daraufhin, dass ja auch. gegeben ist in dieser Formulierung, dann ist es eben ein Aufgesaugt werden, ein Verdaut werden total.

P: aber ich spüre das eigentlich beängstigend in einer Weise.

Im Hintergrund stehen erhebliche Zweifel allgemeiner Art - nämlich an den Fähigkeiten von Ärzten überhaupt - wie auch konkreter Art, ob dieser eine Arzt ihm helfen kann. Seine positiven Erwartungen schränken den Patienten in der Möglichkeit ein, evt. Kritik und Zweifel jetzt schon laut werden zu lassen. Er hält bewusst Material zurück, um den Analytiker nicht zu "vergrellen". Seine Fragen zielen darauf ab, zu erfahren, wie er es gut machen kann.

Psychodynamik

Die Gestaltung der Arbeitsbeziehung wird von dem großen Bedürfnis des Pat. bestimmt, sich zu unterwerfen („es geht um Kopf und Kragen“ {Std. 04}) ohne dass er doch bedeutsamen Anderen, dem Analytiker dabei auf den Wecker fallen darf. Er möchte vieles konkret wissen, sich beeinflussen lassen:

P: man sagt Freud habe das, Triebhafte überbewertet. - und das ist eben mein Wunsch dass ich von Ihnen, erfahre was richtig ist das hab ich Ihnen ja, vorgestern gesagt. weil ich ohne fremde Anleitung hab ich gesehn, mich einfach nicht mehr zurechtfinden kann. - und da sind Sie eben für mich - der kompetenteste, Mensch.

Die Schilderung seiner Beziehungen zu Mädchen lassen unbewusste Phantasien über Kontakte, Nähe und Sexualität erschließen und sind von einem narzisstischen Element geprägt:

P: ja das brauchte ich auch äh manchmal zur Selbstbestätigung gewissermaßen es konnte sein dass ich mir auch äh wie es auch einige Male der Fall war ein Mädchen herausgesucht hatte das nicht besonders hübsch war aber aufgrund irgendwelcher Eigenschaften eben äh sehr viele Verehrer hatte. und dann wollte und musste ich unbedingt der sein der sie dann letzten Endes abgeschleppt hat.

Der Patient verknüpft seinen körperlichen Zustand mit Selbstbefriedigung (Std. 5):

P: ich empfand manchmal äh nach der Selbstbefriedigung, heftige Übelkeit aber, das war immer grundsätzlich verbunden mit, wie gesagt Reue oder Schuldgefühlen. -- äh wenn ich irgend einen Zustand heftiger, sexueller Erregung bekam und, dann die, das als gewisse Not empfand und, aus dieser Not heraus äh die Selbstbefriedigung beging, dann hatt ich regelmäßig diese, Schuldgefühl und auch, hinterher, lange Zeit Übelkeit und heftiges Herzklopfen. -

Zwei Dimensionen seiner Psychodynamik sind demnach Selbstvertrauen und Bequemlichkeit:

P. weil ich einfach bislang die Erfahrung gemacht habe dass ich auf die Dauer, um nur zwei Beispiele zu nennen, von was wir bis jetzt geredet haben meine Bequemlichkeit meinetwegen oder, mein Mangel an Selbstvertrauen. das allein genügt mir schon, mich als nicht, um einen übertriebenen Ausdruck zu gebrauchen, lebensfähig zu bezeichnen.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Förderung der analytischen Beziehung durch verschiedene technische Manöver: Ermutigungen, direktes Ansprechen von Ängsten, Widerstandsdeutungen, Beantwortung von Fragen, um die Arbeit zu fördern. Aufgreifen verschiedener psychodynamischer Inhalte, Herausarbeitung der narzisstischen Objektwahl des Patienten).

Ein typisches Beispiel aus der 1. Sitzung zeigt, wie der Analytiker recht unmittelbar im Sinne einer Gillschen r-x Intervention vom konkreten Sitzungsdetail auf die Lebenssituation des Pat. verallgemeinert:

- P: manchmal wenn Sie so still sind, hab ich das Gefühl, dass ich etwas falsch mache, irgendwie nicht den Sinn meiner Behandlung begriffen zu haben.
- T: jedenfalls wird dies wie auch im Leben dazu beitragen, dass Sie beunruhigt werden, wenn Sie nicht gleich wissen, wie Sie dran sind, wenn Sie nicht sofort eine Antwort bekommen aus der Sie entnehmen können, dass es recht ist was Sie machen, denn damit scheinen Sie in Unruhe oder auch in Angst zu geraten.
- P: ja, jedenfalls ist das für mich eine fremde Reaktionsweise, wie ich überhaupt manchmal das Gefühl habe, nicht zurechtzukommen, wenn ich mich so ausdrücken darf, weil Sie sich anders verhalten und anders reagieren als Menschen mit denen ich mich normalerweise unterhalte.
- T: das ist richtig, ja, dass ich mich nicht so verhalte wie Sie das gewohnt sind in Ihrem alltäglichen Leben, das heißt, dass ich nicht sofort eine Frage beantworte oder schweige auch mal und manches daraufhin betrachtet wird, was es bedeuten könnte. während Sie besonders stark darauf angewiesen sind, dass sofort irgendwie eine Reaktion kommt von anderen, die Sie sehr brauchen, sogar um dann wieder sich sicherer zu werten, eine ganz bestimmte Orientierung zu haben.

Kommentar: Bei dem Versuch, die Arbeitsbeziehung zu etablieren, ist der Analytiker stellenweise sehr aktiv (direktiv, suggestiv). Die Beurteilergruppe hat den Eindruck, dass der Patient dadurch zu sehr in eine passive Position gerät. Die Hilfsangebote sind sehr massiv und scheinen von der Erwartung auszugehen, dass der Patient innerhalb weniger Stunden die analytische Arbeit erlernen könne.

Periode II (Std. 51-55)

Äußere Situation des Patienten

Der Patient lebt weiter im Krankenhaus: er klagt „das ewige Krankenhaus, aber eine andere Möglichkeit gibt es nicht“ (Std. 54); an den Wochenenden fährt er zu seinen Eltern nach Hause; allerdings äußert er:

- P: ein Grund weshalb ich nicht nach Hause möchte ist weil ich da, ja für meine Studien nichts tue erstens, die Fahrt, und zweitens hab ich zu Hause viel zu viel Ablenkungen als dass ich, da mich überwinden könnte zu einem Buch zu greifen. ----- muss zugeben ich habe es eigentlich sehr gut zu Hause, aber ich will einfach, raus ! aus diesen Verhältnissen.

Er benennt als Problem, dass er nicht so oft in die Stadt gehen kann, wie er möchte (wobei dies biographisch aufgeladen ist (in die Stadt gehen = Mädchen treffen, die er haben möchte etc).

Symptomatik

Einige Stunden vor dieser Periode waren Suizidgedanken vorhanden gewesen. Kein aktuelles Klagen über körperliche Symptomatik, aber über Ängste wird weiterhin berichtet (Std. 51):

- P: das sind für mich ein paar wenige Dinge, die aber anscheinend in unerreichbarer Ferne liegen, einmal, dass ich diese Herangst verliere, zum anderen, dass ich wieder ohne Beschwerden in die Stadt kann, weiter, dass die alberne Angst vor Mädchen beseitigt wird, und dann noch, dass ich meine Position im Leben festige oder auch dadurch, dass es mir gelingt, endlich fest zu arbeiten und dass ich wenigstens etwas Selbstbewusstsein gewinne. dass ich in mir selbst einen Halt habe, der mir die Möglichkeit gibt, den Kampf mit dem Dasein aufzunehmen

Der Patient formuliert selbst zu diesem frühen Zeitpunkt die Befürchtung „wann immer mir Zu-neigung fehlt, reproduzierte ich diese Tachykardien (Std. 53). In diesem Zusammenhang erin-

nert er an seiner Kommunion einen schweren Anfall des Großvaters, den er mit dem Beginn seiner Tachykardien im Alter von 12 Jahren kurz vor dessen Tod verknüpft.

Seine aktuelle depressive Stimmung zeigt sich insbesondere in der 54. Stunde:

P: mir ist die Stimmung wieder so auf den Nullpunkt gerutscht, Herr Professor, weil ich einfach nicht weiß, wie das weitergehen soll. ich lebe gewissermaßen von der Hoffnung, dass ich eines Tages wieder auf eigenen Füßen stehe, aber offensichtlich gelingt mir der Durchbruch nicht.

T: ja, es hat Sie wieder etwas entmutigt. oder was war?

P: ich weiß eben nicht. es ist zum Beispiel auch der Gedanke unerträglich, nie zu wissen, ob ich wirklich dahin kommen werde, wo ich will. was ich mir wünsche. je länger die Behandlung dauert, desto mehr verstärkt sich der Eindruck, dass meine Genesung in immer größere Ferne rückt. dann der Gedanke, ich bin ohnmächtig und kann nichts dazu tun, dass es besser wird, bin da irgendwelchen Umständen ausgeliefert, die ich nicht kenne, die ich nicht zu beherrschen vermag. und obendrein dieses trübe Krankenhausdasein, Woche für Woche, Monat für Monat, und kein Ende abzusehen.

In der folgenden Sitzung bessert sich seine Stimmung wieder und er kann selbst folgendes formulieren:

P: was mich die letzten Tage bekümmert hat und was wohl auch einen guten Teil meiner gestrigen Depression ausgemacht hat, ist dieser Gedanke meines derzeitigen Einsiedlertums, dass ich mich einfach nicht wie ein normaler Mensch frei bewegen kann, nichts unternehmen kann, meinetwegen, dass ich nicht ausgehen kann, beispielsweise zum Tanzen, dass ich da so an das Zimmer gefesselt bin. und da ist wieder ein Gedanke, bei dem sich die Katze in den Schwanz beißt: es scheint so, dass, wenn ich eine Freiheit wieder bekommen oder neu entdeckt habe, zum Beispiel Spazierengehen, ich diese zuerst erproben muss, damit sie mir eigen wird. auf Mädchen bezogen, heißt es, ich müsste mich mit Mädchen abgeben, damit ich langsam aber sicher die Angst davor verliere, das kann ich aber nicht, solange ich eingesperrt bin. und solange ich diese Angst habe, freut mich das Leben nicht. da finde ich wieder nicht raus.

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Die Klärung dieser aggressiven Konstellation in der Interaktion ermöglicht im Folgenden im Kontext einer stimmigeren Beziehung die Beziehung zum Großvater sehr plastisch zu erarbeiten (Std. 53)

P: was vielleicht noch! zu einem Konflikt geführt haben mag ist die Tatsache, dass mein Großvater von dem ich erzählte, mit dem ich mich, besonders in den ersten, Lebensjahren viel abgab, so grundverschieden war von, meinem Vater mein Vater war, so die ersten paar Jahre nach meiner Geburt zwangsweise in, vierzehn, nach dem Krieg, da steckte ich mehr, bei meinem Großvater mein Großvater, war ein Mann von umfassendem Geist der, für alle Dinge aufgeschlossener war als mein Vater ist. mein Vater äh kennt und braucht {nur} ein paar Dinge, zum Leben und mir gefällt, diese andere Art besser.

Es wird deutlich, dass sich die beiden folgenden Generationen (Mutter, Patient) in der Herzsymptomatik mit dem Großvater (mütterlicherseits) identifizieren. Hinter der Herzsymptomatik steht eine Trennungsproblematik. Von dem Bild des Großvaters scheint heute noch wichtig zu sein, dass dieser zwar vielseitig interessiert, aber nicht besonders aktiv war. Für das Empfinden des Kindes schien diesem alles in den Schoß zu fallen: der Großvater hatte immer Zeit, trotzdem konnte und wusste er vieles. Die Mutter lässt keine Selbständigkeit zu. Gleichsetzung Mutter - Mädchen - Bindung. Es wird sowohl die Vergangenheit als auch die Gegenwart bearbeitet, letztere vorwiegend in der Übertragungsbeziehung. Der Vater zeichnet sich durch Abwesenheit aus, erst real, dann psychisch.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Der Patient spricht aus, dass er dem Analytiker gefallen möchte (Std. 51):

P: ich habe mir darüber Gedanken gemacht, warum es mir so schwer fällt, mich. ich bin auf folgendes gekommen: erst mal ist es mir ja, wie Ihnen bekannt, von Anfang an schwer gefallen, mir selbst, ich habe mich sogar dagegen gesträubt, mir selbst klarzumachen, dass es für mich wichtig ist, dass ich Ihnen gefalle, Sie erinnern sich vielleicht, dass ich einmal davon sprach, Herr *716 hat da gesagt, man brauche da ein bestimmtes Vertrauensverhältnis, ich nannte als Beispiel Vater oder Bruder. Sie fragten darauf, ob mir da noch ein weiterer Begriff einfiel. da habe ich gekniffen. mir fiel das Wort Freund ein und weiter habe ich in diesem Zusammenhang vor folgendem Angst: Sie wissen, wie wichtig es wär, ein Mädchen zu finden, da mir gefällt, und nun habe ich in diesem Zusammenhang Angst vor einer Identifikation eines solchen vorgestellten Mädchens mit Ihnen, weil die daraus resultierenden Ergebnisse, die ich mir vorstelle, unter Umständen für mich peinlich sind.

Die Identifizierung von seinem Werben um den Analytiker mit seinem Werben um Mädchen löst den Gedanken an Homosexualität aus. Es tritt ein Gefühl der Schwäche auf, wenn die homosexuelle Einstellung zu Vätern eingestanden wird. Das Übernehmen des Sinns des Lebens vom Vater bedeutet Schwächung, macht Angst, ist nicht möglich. Suizid bedeutet Abwehr von homosexuellen Impulsen. Auseinandersetzung Analytiker - Patient = Riese - Zwerg, David - Goliath (Steine.....). Dies ist der narzisstische Aspekt des Rivalisierens. Abwehr gegen Rivalisieren: hundertprozentige Größe oder hundertprozentige Kleinheit.

Die Dynamik der Interaktion wird von der Untersuchung der Groß-Klein Konstellation bestimmt; jeder mögliche Erfolg des Patienten wird vom ihm als Erfolg des Analytikers verbucht, was wiederum den Patient klein macht. Das Handeln des Analytikers verbindet sich für den P. zu einer Machtlosigkeit, die ihm seine Unfähigkeit vor Augen führt. Jede aggressive Regung, sich dagegen aufzulehnen, wird durch einen mahnenden Zeigefinger blockiert (Std. 51):

P: mhm, aber ich fürchte, das wird das nächste Mal wieder dasselbe sein. sicher, ich hab die Einsicht gewonnen, dass da in meiner Vorstellung immer irgend jemand ist, der mir eins draufgeben will, wenn ich das und das tue, wie etwa meine Mutter früher zu mir gesagt hat: der liebe Gott sieht alles und straft dich dafür . aber die Angst bleibt mir nach wie vor erhalten, obwohl ich ja schon bald gar nicht mehr an den lieben Gott glaube. die Drohung ist geblieben. sie beherrscht anscheinend nach wie vor mein Denken. ich bin da in einem Netz gefangen.

Psychodynamik

Der neurotische Zirkel wiederholt sich: Trennung kann nur als totaler Schnitt oder als Enge empfunden werden. Äußert man Aggressionen, kommt es zu diesem Schnitt, äußert man keine Aggressionen, bleibt man in der Enge; dies deutet der Analytiker (Std. 52):

T: ..ich meinte, dass Sie ja bemerkt haben an Ihrem Verhalten hier, dass Sie manches, was dem Gefühl und der direkten Auseinandersetzung zugehört, dass Sie das hier vermeiden und also sowohl sehr heftige Gefühle der Sympathie, der Zuneigung, als auch heftige kritische Stimmungen..

Die Ambivalenz zum Großvater wird deutlich. Der Patient empfindet bei seiner Kommunion Schuldgefühle, weil er im Mittelpunkt stand und nicht der Großvater. Diese Schuldgefühle wie einiges andere weisen darauf hin, dass das Konkurrieren mit dem Großvater (als Vaterersatz) sich vorwiegend unbewusst abgespielt hat. Rivalität zum Großvater in der körperlichen Sym-

ptomatik. Als die Aggressionen gegenüber dem Großvater in der Analyse anklingen, verschlechtert sich das Befinden des Patienten. Seine Aggressivität wird in körperliche Destruktion umgesetzt. Bei der Bearbeitung der Trennungsproblematik geht der Analytiker auf die aggressiven Gefühle ein, die ursprünglich dem Großvater galten, dann ihm als innerem Objekt gelten; dadurch wird die depressive Situation verstärkt.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Im Vordergrund steht die Bearbeitung der Kränkbarkeit des Patienten, wegen der es immer wieder zu "Zwickmühlen" (Verhalten des Analytikers nach der Suiziddrohung des Patienten) kommt (Std. 52):

T: und es fällt Ihnen schwerer, dazu zu kommen, sich zu überlegen, warum Sie sich so und nicht anders verhalten, zum Beispiel, dass Sie sich jetzt anschuldigen, weil Sie noch von einem schlechten Gewissen getrieben sind für die Erpressung, wobei die Erpressung ja davon motiviert war, dass Sie endlich über diesen Umweg, weil es direkt Ihnen so schwer fällt, ..., etwas darüber zu erfahren, ob ich mich um Sie kümmere oder nicht. Und das ist das Merkwürdige, dass das in dem Moment, in dem Sie das merken, beinahe schon wieder eine Art Niederlage wird. Sie erinnern sich an Ihren Satz: jetzt haben Sie mich wieder rumgekriegt.

P: ja, mhm.

T: obwohl damit etwas in Erfüllung ging, wozu ich Sie, ich möchte sagen, dazu verführt habe, dazu gewonnen habe, sich nicht umzubringen, ist es dann beinahe wieder wie eine Niederlage, für die Sie sich schämen.

Der Analytiker versucht, die Bedrohung möglichst körpernah deutlich zu machen. Er lässt den Patienten Erfahrungen machen, dass Aggressionen geäußert werden dürfen.

Sehr intensive Arbeit an der Übertragung. Problem um Wert, Können, Rivalität. Fortschritt gegenüber der ersten Periode: Das Äußern von kritischen Gedanken hinsichtlich seiner eigenen Bindung an die Verwöhnung durch die Mutter ist möglich.

Die Trennungsproblematik wird weniger in der Übertragung als an Großvater und Mutter abgehandelt (Std. 53):

T: und da es schon so schlimm genug ist wenn er nicht da ist und wenn er stirbt und verstorben ist, dann, ist es noch! viel, schwieriger überhaupt den Vorwurf, sich einzugestehen, die Anklage! gegen, allgemein das Schicksal speziell gegen ihn dass er, Sie so machtlos! hinterlassen hat, und, fortgegangen ist verschwunden ist. ungreifbar geworden+ ist.

Der Patient kann nach der Bearbeitung der Übertragungsbeziehung z.B. ein Wochenende gut überstehen.

Periode III (Std. 101-105)

Äußere Situation des Patienten

Der Patient lebt immer noch im Krankenhaus (Std. 101):

P: mir geht immer noch so ein bisschen der Gedanke im Kopf rum, ob es nicht doch vielleicht besser wäre, wenn ich einige Zeit aussetzen würde.
ich komme mir nutzlos vor hier. das ist die eine Seite. auf der anderen Seite geht mir das ewige Krankenhaus so ein bisschen aufs Gemüt.

Es werden jedoch (vergebliche) Überlegungen angestellt, ob es nicht möglich sei, die Psychoanalyse ambulant fortzusetzen (Std. 104):

T: ja, Sie könnten ja auch von der Behandlung her oder vom Zustand her, nun ja, vom Zustand her, jedenfalls objektiv gesehen, müssten Sie ja nicht hier sein, da könnten Sie ja auch in eine Pension gehen oder in ein Zimmer hier in Ulm, das wäre ja durchaus möglich, bis Sie soweit sind, dass Sie ambulant von *2 dann herkommen könnten.

P: ja, das liegt anscheinend in ziemlich weiter Ferne.

Die Kontakte des Patienten zu Mitpatienten haben sich verstärkt (Feiern der Mit-Patienten, Anfänge einer romantischen Beziehung {Std. 103}):

P: ja, um auf Ihre Frage von vorher zurückzukommen, ich kann mich erinnern, dass ich zum Beispiel erschrocken bin, als die Frau sagte, ich wäre von dieser Küsserei bleich geworden. das war ich zwar schon vorher, aber, weil ich ja, wie gesagt, über diesen betrunkenen Zimmergenossen beunruhigt war, aber trotzdem war mir das natürlich peinlich, dass die es sagte. ja, und dann habe ich noch Angst, ich könnte verliebt sein, das wäre mir sehr unangenehm, wenn ich diese Empfindung bei mir entdecken würde.

Diese Kontakte sind so eng geworden, so dass sich daraus für ihn Konflikte ergeben (Std. 104):

P: weshalb ich die Nase voll habe, ist eigentlich lediglich, wie gesagt, die Patienten, die ich immer treffe und die sich mit mir unterhalten. das geht mir einfach auf die Nerven. das ist so eine Clique von den ... Abspeckern, dazu gehört auch die *649, von der ich Ihnen ja erzählte

Symptomatik

Auch wenn die Angstsymptomatik sehr reduziert ist, so äußert der Pat. eine verständliche Klage (Std. 101):

P: ich komme mir nutzlos vor hier. das ist die eine Seite. auf der anderen Seite geht mir das ewige Krankenhaus so ein bisschen aufs Gemüt.

Durchgängig wird die Fähigkeit des Patienten, Angst fest in Verhaltenseinschränkungen zu binden, sehr deutlich. Angstaffekte treten nur auf, wenn diese Verhaltenseinschränkungen nicht beachtet werden. In den Analysestunden wird wenig Angst manifest.

Aber eine typische Episode vom Wochenende zeigt, dass er in einer Situation beim Tanzen einen Angstzustand entwickelt, wenn er die Vorstellung zulässt, wie leicht ihm die Mädchen zufliegen (Std. 102):

P: ich habe Ihnen am Freitag erzählt, dass ich versuchen will, auf diesen Ball zu gehen. damit wollte ich gewissermaßen mit dem Kopf durch die Wand stoßen, obwohl ich eigentlich überzeugt war, dass es mir nicht gelingen würde, die Sache so übers Knie zu brechen. Aber ich war echt zufrieden mit mir. das ging ohne weiteres, mir wurde nicht schlecht, ich war nicht einmal sonderlich aufgeregt oder ängstlich, wenigstens nicht einige Stunden lang

Sobald er aber daran denkt, er habe eh kein Glück, tritt ein Angstanfall auf, und der Pat. zieht sich zurück:

P: ja, ja, ich habe eben von einem bestimmten Punkt ab die Angst, ich könnte mich exponieren, ich könnte mich zu weit vorwagen, irgendwie preisgeben. ich könnte mich lächerlich machen, ich könnte mit mir gespielt werden. zum Narren gehalten werden und so weiter. ich habe ja auch richtiggehend Angst, irgendwie auf ein Mädchen, das mir gefällt, einzuwirken.

Ähnliches passiert ihm dann auch auf der Krankenstation, wenn er sich mit einer dort ebenfalls stationär behandelten Frau einlässt (Std. 103):

P: und dann mich, wieder auf die gleiche Weise mit ihr {dieser Frau}, abgegeben habe diesmal versucht, sagen wir äh etwas mehr die, Zügel schießen zu lassen, aber äh mit, dem Erfolg den ich, befürchtet hatte, nämlich dass mir da schlecht wurde. -

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Am Wochenende, das er zu Hause bei seinen Eltern verbringt, manövriert sich der Patient ein Stück weit in eine kritische Beziehung hinein (Tanzpartnerin und ihr Freund). Der Patient zieht sich von der Tanzpartnerin zurück aufgrund der Gedanken, dass ihn diese Mädchen mit ihren Freunden vergleichen könnten. Den ödipalen Aspekt, den der Analytiker ihm anbietet, wird in der folgenden Stunde an der Auseinandersetzung mit der Mitpatientin weiter bearbeitet. Es dürfte positiv zu bewerten sein, dass der Patient es fertig bringt, sich auf dem Krankenhausflur, der für ihn hier die Strasse repräsentiert, aber andererseits mehr Sicherheit bietet, sich einer Frau erotisch zu nähern.

Der Patient lässt sich mit einer Mitpatientin ein; die Beziehung zu der Frau bleibt eine Zeitlang außerhalb der analytischen Arbeit, und kann deshalb nicht bearbeitet werden (Std. 103):

P: ich habe diese Frau gestern wieder getroffen,

T: die ist noch Patientin oder?

P: und dann mich, wieder auf die gleiche Weise mit ihr, abgegeben habe diesmal versucht, sagen wir äh etwas mehr die, Zügel schießen zu lassen, aber äh mit, dem Erfolg den ich, befürchtet hatte nämlich dass mir da schlecht wurde. -

Ein männlicher Mitpatient ist durch seine Trunkenheit ein beunruhigendes Beispiel für Kontrollverlust. Gleichzeitig repräsentiert dieser ein Stück Triebhaftigkeit: er schafft es durch sein Verhalten, aus dem Krankenhaus geworfen zu werden, was der Patient nicht fertig bringt.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Durch ständiges Lamentieren versucht der P. den Analytiker mürbe zu machen, ihn dafür zu gewinnen, dass es Zeit wäre, wenigstens zu unterbrechen (Std. 101):

P: mir geht immer noch so ein bisschen der Gedanke im Kopf rum, ob es nicht doch vielleicht besser wäre, wenn ich einige Zeit aussetzen würde. ich komme mir nutzlos vor hier.

Er beißt sich „selbst in den Hintern“, soviel kann er verstehen (Std. 101):

P: ja, zum Beispiel am letzten Freitag hatten wir ja praktisch dasselbe Thema, ich sagte, ich dreh mich im Kreise, Sie sagten mir, ich würde da eine gewisse Befriedigung darin finden, Sie da mitdrehen zu lassen oder Sie sagten meistens, „wenn Sie in einer solchen Stimmung sind, ..., irgend etwas sehr Persönliches zu reden, das Sie dann unterdrücken oder die Verbindung zu Ihnen sei abgebrochen“ und so weiter, oder ich möchte Sie kleinmachen, beide nichts. oder ich hätte Angst, über das Wochenende jetzt alleingelassen zu werden und so weiter. Dann sagte ich Ihnen ja, dass ich mir so nutzlos vorkomme, nicht wahr. mir ist hier ja genau das passiert, was ich nicht wollte, was ich mir nicht vorstelle. ich hatte gehofft, dass ich einmal wenigstens was richtig mache, wie Sie sagten, ich versuchte, ein guter Patient zu sein, prompt habe ich natürlich wieder wohl mehr falsch als richtig gemacht.

Immerhin schildert er dem Analytiker in detail sein letztes Tanzabenteuer und seine Anbändeln mit der Mitpatientin. Er lässt zu, dass seine Angst vor sexueller Erregung spürbar wird. Es gibt einen Kampf um einen möglichen „Realitätskern“ dieser Angst vor der Frau (Std. 103):

P: na ja aber in diesem Fall, ist ja dann meine Angst äh, nur allzu verständlich, nicht wahr, äh denn sie hat äh, wie Sie das mal nannten, einen, ziemlich großen, Realitätskern!. das ist eine Frau mit, sehr viel Erfahrung.

Eine parallele Situation mit einem betrunkenen Mitpatienten passt in den Versuch, den Analytiker dafür zu gewinnen, das Krankenhaus eventuell zu verlassen. Immerhin kann er wiederholte Male einräumen, dass er ärgerlich ist, wenn der Analytiker in einer Sache Recht hat; dies empfindet er als störend (Std.105).

Psychodynamik

Widerstand auf allen Ebenen. Unbewusst versucht der Patient durch Passivität, Trennung und Weggehen das Rivalisieren mit dem Analytiker zu vermeiden (Std. 101):

P: ja, zum Beispiel am letzten Freitag hatten wir ja praktisch dasselbe Thema, ich sagte, ich dreh mich im Kreise, Sie sagten mir, ich würde da eine gewisse Befriedigung darin finden, Sie da mitdrehen zu lassen oder Sie sagten meistens, „wenn Sie in einer solchen Stimmung sind,, irgend etwas sehr Persönliches zu reden, das Sie dann unterdrücken oder die Verbindung zu Ihnen sei abgebrochen“ und so weiter, oder ich möchte Sie kleinmachen, beide nichts. oder ich hätte Angst, über das Wochenende jetzt alleingelassen zu werden und so weiter. Dann sagte ich Ihnen ja, dass ich mir so nutzlos vorkomme, nicht wahr. mir ist hier ja genau das passiert, was ich nicht wollte, was ich mir nicht vorstellen wollte. ich hatte gehofft, dass ich einmal wenigstens was richtig mache, wie Sie sagten, ich versuche, ein guter Patient zu sein, prompt habe ich natürlich wieder wohl mehr falsch als richtig gemacht. ich habe wirklich ernste Bedenken, dass ich wieder in Ordnung komme. ich habe wirklich ernste Bedenken, dass ich wieder in Ordnung komme. ich fürchte, es ist gleichgültig, ob ich noch hier liegen bleibe oder rausgehe

Die Beziehungen zu Männern, zu den - realen oder phantasierten - Freunden der Mädchen, sind durch Rivalität gekennzeichnet. Zu Frauen bestehen keine reifen Objektbeziehungen; die Beziehungen zu ihnen sind als Suche nach infantilen Objekten zu bezeichnen.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Die Interpretationsstrategie zielt auf die Niederlage, die der Patient dem Analytiker bereiten möchte (Std. 101):

T: das meine ich ernst, denn damit hätten Sie erreicht, dass ich dann sagen würde, da kann man nichts machen oder, natürlich sehr viel persönlicher, Sie hätten damit ein Eingeständnis, dass ich nichts machen kann und so paradox es ist, Sie möchten ja auf der einen Seite der Sache möchten Sie ja mich dazu bringen, dass ich die Flinte ins Korn werfe, das heißt, dass ich den Kampf verliere. Dass der große Professor, die Kapazität k. o. geht, und zwar auf eine sehr elegante Weise, nicht durch grobe Kraft und Wutausbrüche und Jähzornsanfälle, geschlagen und auf den Boden geworfen wird, sondern viel eleganter durch Monotonie eingelullt wird.

Der Analytiker betont die Selbsterniedrigung des Patienten, um damit den Analytiker mit in den Dreck zu ziehen. Die Befriedigung liege darin, die phantasierte Größendifferenz zwischen Patient und Analytiker zu verkleinern.

Periode IV (Std. 151-155)

Äußere Situation des Patienten

Der Patient lebt immer noch im Krankenhaus; auch an seinen Kontakten hat sich wenig geändert: Er hat gesprächsweise Austausch zu Mitpatienten, kann aber keinen Kontakt zu Menschen, insbesondere zu Mädchen, außerhalb des Krankenhauses aufnehmen (Std. 151):

P: das einzige, was mir die ganze Zeit über, mich während der letzten Tage bewegt hat, war eben die sattsam bekannte Tatsache, dass ich nicht in die Stadt kann, nicht arbeiten kann, kein Mädchen haben kann und so weiter. und was aus mir werden soll.

Symptomatik

Es wird immer wieder körpernahe Symptomatik berichtet; doch in den Stunden bestehen keine Ängste. Aber der Patient beschäftigt sich mit einer existentiellen Form von Angst (Std. 151)

P: die Angst, dass Sie meine Phantasien zurechtstutzen und das klang, glaube ich, auch gestern an, wenn ich da sagte, dass ich davor Angst habe, Sie veranlassen mich zu einem Leben, das ich jetzt für miserabel halte. das notgedrungen miserabel sein wird,....., die Angst, in die Schranken gewiesen zu werden, die ich dann eben nicht mehr überschreiten kann. meinetwegen die Wunschvorstellung, viele Mädchen zu haben.

Außerhalb der Sitzungen bestehen seine Beschwerden jedoch unverändert (Std. 153):

P: das hatte ich Ihnen ja schon erzählt, dass ich mich nicht über längere Zeit mit jemand unterhalten kann, ohne dass ich das Gefühl kriege, ich falle um, haut mir der Blutdruck ab, das ist ja alles längst bekannt und was anderes geht mir ja nicht durch den Kopf, momentan. wenn die {anderen Patienten} von Krankheiten erzählen, wird's mir schlecht, ganz besonders, wenn die von Herzkrankheiten schwätzen

Außerdem kann der Pat. eine beliebig lange Liste von anderen Unverträglichkeiten berichten (Std. 154):

P: nun, dann versuche ich eben heute mal, mich nicht mit meiner Angst um den menschlichen Körper zu befassen; ich weiß nicht, ob mir da viel einfallen wird. meistens steht da im Vordergrund: Ekel. aber ich weiß schon nicht, woher ich den beziehe. und dann hab ich ja bei mir, mit meiner ewigen Angst vor irgendwas, versagt. und ich reagiere ja auf geringste Anzeichen mit Panik. und der Ekel bezieht sich auf Ausscheidung, Abscheidung jeglicher Art Samen, Urin, Schnupfen, weiß der Kuckuck. unreine Haut oder Körpergeruch.

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Die Situation auf der internistischen Station wird u. a. durch drei adipöse Frauen dominiert, mit denen der Patient nolens-volens beschäftigt ist.

P: Sie wissen ja, ich rege mich höchstens über diese Dickwänste auf, diese drei Weibsbilder, das hatte ich Ihnen ja schon erzählt, dass ich mich nicht über längere Zeit mit jemand unterhalten kann, ohne dass ich das Gefühl kriege, ich falle um, haut mir der Blutdruck ab, das ist ja alles längst bekannt und was anderes geht mir ja nicht durch den Kopf, momentan. wenn die von Krankheiten erzählen, wird's mir schlecht, ganz besonders, wenn die von Herzkrankheiten schwätzen, das ist auch bekannt.

Der Analytiker versucht den Patienten, an seine negativen Affekte heranzuführen, die mit der Physis dieser Frauen verbunden sind. Körpernahe Themen von Ekel, Stuhlgang, Wasserlassen werden dadurch aktiviert.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Der Patient hat im Grunde positive Einstellung zum Analytiker: Er versucht auf ihn einzugehen, bemüht sich mitzuarbeiten. Er fragt nach der Herkunft seiner Zärtlichkeitswünsche, möchte sie bearbeiten. Dabei wird der Analytiker ein Stück weit als wichtige reale Person gesehen. Auf der Übertragungsebene besteht eine prägenitale Übertragung, eine Mutterübertragung: Wenn die Mutter geht, ist alles Gute weg. Nur die Anwesenheit des Objektes stellt die Liebe und Gewährung sicher. In diesem Sinne ist es zu sehen, wenn der Patient auf magische Art und Weise - durch Auswendiglernen der Worte des Analytiker - versucht den Analytiker zu verlebendigen, um ihn immer zur Verfügung zu haben. Der Patient ahnt das Ziel wohl schon, weiß aber noch nicht genau, wie er den Analytiker in sich aufnehmen soll. Dadurch bleibt das Objekt "Analytiker" noch sehr äußerlich und ist extrem gefährdet. Dabei beschäftigt ihn das Thema der Verschmolzenheit immer wieder (Std. 152):

P: na ja, da sind wir, wie festgestellt, wieder bei dem Thema Verschmolzenheit angelangt und das heißt ja nun wohl, da weitermachen, offensichtlich ist da ein Haken. da ich in diesen Phantasien, wie sich herausgestellt hat, Nähe gesucht habe, und zwar körperliche Nähe, muss ja die Beunruhigung, die da da war, irgendwie in Beziehung zum Körper stehen. ich weiß nicht, ob es richtig ist, in der Richtung weiterzudenken. den Phantasien wenigstens, von denen ich gestern und vorgestern sprach.

Psychodynamik

Durchgängig besteht sehr intensive Zweierbeziehung auf einer früheren Ebene. Trotz wiederholten Nicht-Verstehens der Deutungen des Analytikers scheint der Patient sehr offen für die weitere Vertiefung dieser Aspekte zu sein. Eine Liebessehnsucht zum Analytiker wird vom Patient verbalisiert, die er aus Angst vor der Intensität nur bedingt zulassen kann (Std. 155):

P: hab mir das überlegt, dass ich das so oft am Montag getan habe. ich glaube, es ist nicht deshalb gewesen, weil ich den Eindruck habe oder eher zu der Meinung neige, ich sei Ihnen gleichgültig, sondern ich glaube, das ist deshalb, weil ich's nicht fertig bringe oder nicht richtig fertig bringe, Sie lieb zu haben. das - eh - sieht etwa so aus, dass ich diese Empfindung nur dem Ansatz nach zulasse, aber nicht nach ihrem möglichen Umfang. ich habe da, glaube ich, Angst vor der Intensität..

Die Gefühle den dicken Frauen gegenüber sind deutlich ambivalent. Einerseits symbolisieren sie für den Patienten Überrollen, Ersticken, einen Inbegriff von Körperlichkeit, Volles, Unästhetisches; andererseits sucht er sie auf. Sie stellen jedoch weniger eine sexuelle Verführung als der Inbegriff einer "großen Mutter" dar.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Interpretation der symbiotisch-prägenitalen Mutterbeziehung mit der daraus sich ergebenden narzisstischen Verunsicherung bei Objektverlust (=Selbstverlust = Körperverlust = Substanzverlust) (Std. 151):

T: ja, zum Beispiel nach der Stunde. Sie möchten dauernde, dauerhafte Sicherheit gebende zärtliche Zuwendung ununterbrochen durch äußere Ereignisse, ununterbrochen durch Hinausgehen müssen und auch ununterbrochen durch Hinausgehen müssen im weiteren Sinne des Wortes, nämlich Hinausgehen in die Stadt oder ins Leben.

.....

T: und dabei sind ja wohl dann die Vollkommenheit und die vollkommene Sicherheit dann ganz bei dem anderen, der nicht gegenwärtig ist. denn es ist ja, in den Zärtlichkeitsphantasien, von denen Sie gesprochen haben, da ist ja eine sehr, sehr innige Verbindung da, wo kaum, man kann sagen, gar kein Unterschied ist zwischen Ihnen und dem, der die Zärtlichkeit spendet.

Die Arbeit an diesem Thema wird– erfolgreich - auch genetisch angereichert (Std. 152):

T: und dieses alles ist an die unmittelbare Gegenwart geknüpft ist, mit der unmittelbaren Gegenwart gegeben und verknüpft ist, und in diesen Augenblicken dann auch nicht dieser schreckliche Größenunterschied dann da ist: ganz kleines Kind und ganz große Mutter. dieser schreckliche Augenblick sich ganz klein zu fühlen, kommt wohl erst dann ins Erleben, wenn.

P: wenn ich weg bin.

T: ja, wenn die ganz große und ja, spendende Mutter weg ist.

P: das heißt, die Erinnerung macht die Mutter oder irgendjemand anders, der mir wichtig war oder ist, viel größer

Sexualität wird im Sinne der prägenitalen Beziehung interpretiert. Die Trennungsangst entsteht dadurch, dass feindselige Affekte auf die Mutter projiziert werden.

Periode V (Std. 201-205)

Äußere Situation des Patienten

Stationärer Krankenhausaufenthalt. Über aktuelle Kontakte wird nichts berichtet.

Symptomatik

Außerhalb der Analyse ist der Patient durch seine Angstsymptomatik stark eingeschränkt. Er berichtet von einem äußerst intensiven Angstanfall, der alle Ärzte der Station mobilisiert (Std. 201):

P: na ich komm mal wieder, fast, vom Verstand vor Angst, ich hatte, gestern Nachmittag, wieder so einen blödsinnigen Anfall. ich weiß nicht äh wie das kam, wahrscheinlich hatte ich mich wieder, irgendwie aufgeregt, dass mein, neuer Zimmernachbar sich mit mir unterhielt jedenfalls ist mir schlecht, geworden bin ich raus auf den Gang, dann ist mir noch schlechter geworden und dann bin ich wieder, ins Bett und dann ging' s immer noch schlechter dann habe ich mit mir gekämpft ob ich, die Ärzte, den Arzt holen soll und dann kamen sie zufällig alle drei Stationsärzte

Da es diese dann doch für nötig erachteten, sicherheitshalber ein EKG durchzuführen, wurde der Patient mit dieser Angst provozierenden Situation konfrontiert:

P: äh, ich br- ich bring' s kaum fertig da in den EKG-Raum rüber zu gehen. ich krieg da schon, irrsinnige Angst, und Herzklopfen und, weiß der Kuckuck was und wenn ich warten muss werd ich verrückt.

Zur Stunde 202 kommt der Pat. in einem Angstzustand, der urplötzlich verschwindet (Std. 202):

P: mir ist mulmig wieder. ich hab wieder so diese so furchtbare Aufregung, Atemnot, was heißt, Atemnot? Atemnot ist übertrieben, aber so wenig Luft und Herzbeschwerden. ich habe jetzt überhaupt kein Medikament genommen, Sie das nicht wollen, aber ich weiß nicht, was es ist, aber - na, mehrmals - wo gibt's denn so was? während ich diese Übelkeit hatte, mehrfach diese Sehnsucht, Sie bei mir zu haben, aufgetaucht und dann konnte ich auch feststellen, dass ich dann wütend auf Sie war, wenigstens meinte ich das feststellen zu können, aber ich konnte nicht die Stärke zugeben. ich bin ja wohl irgendwie wütend auf Sie. na, komisch, jetzt denke ich plötzlich überhaupt nichts mehr und die Beschwerden sind auch weg, und es ist übrig geblieben der Ärger, dass ich so unbeherrscht war und geklopft habe und die Angst, dass ich Sie dadurch irgendwie indigiert habe.

Allerdings taucht die Angst im Zusammenhang mit dem nachfolgenden Inhalt des Gesprächs wieder auf und es wird die enge Beziehung der Angst zu den aggressiven Affekten des Patienten deutlich.

Als neues Symptom tritt in dieser Periode das Gefühl auf, nicht essen zu können (Std. 205):

P: was mich die letzte Zeit bewegt hat: nicht allein sein können, Gesellschaft suchen, ich weiß nichts dazu zu erzählen. ich kann nur wieder an irgendwelchen symptomatischen Dingen festhalten, während ich auf der anderen Seite die Gesellschaft anderer gar nicht brauchen kann, weil's mir schlecht wird. es verläuft alles so im Sande. ich weiß nicht, warum ich auf nichts komme, ich weiß bloß, dass mir so schlecht ist dauernd, ich kann die meiste Zeit nicht auch mal was essen...ich krieg's nicht runter. und dann Magenbeschwerden natürlich und der Brechreiz, oder völlig trockener Mund. ist so blöde, kann mich zeitweise kaum auf den Beinen halten. und dann kann ich ja, wie ich schon oft erzählte, kaum auf die Toilette, weil ich da jedes Mal von der Vision verfolgt werde, ich kipp um, oder wenn's mir so mies ist, komme ich nicht mal vom Zimmer zum Arzt vor

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Im Krankenhaus bemühen sich alle drei Ärzte auf seiner Station um den Patienten. Sie bemühen sich sehr aktiv um ihn. Wenn er einen Angstanfall hat, geben sie ihm Medikamente und Spritzen. Es wird deutlich, dass der Patient sich sehr stark mit der Ansicht des Analytikers identifiziert, man solle möglichst ohne medikamentöse Behandlung auskommen. Er steht den Spritzen sehr ambivalent gegenüber, empfindet sie womöglich als persönliche Niederlage. Die Ärzte schaffen dadurch, dass sie bei den Patienten ein EKG machen lassen möchten, eine Versuchungssituation für ihn: Wenn dabei ein Herzfehler entdeckt würde, bedeutete das im Erleben des Patienten seinen Sieg über den Analytiker.

Der Patient formuliert seine Ambivalenz über seine Anhänglichkeit an seine Eltern, die er am vergangenen Wochenende, als er sie besuchte, besonders deutlich bemerkt hat. Die Eltern fuhrten zusammen mit Bekannten für einige Stunden weg; der Patient verspürte den Wunsch, sie möchten doch dableiben, für ihn da sein, sich um ihn kümmern (Std. 204):

P: da hatte ich mich schon wieder geärgert, dass ich mir wünschte, meine Eltern wären lieber dageblieben, weil ich einfach diesen Wunsch, wenigstens nicht mehr so stark haben will. Ich mag nicht mehr diese heftige Bindung an zu Hause.

Erneut taucht die Tochter eines Schriftstellers auf, von der der Patient andeutet, dass sie eine Rolle bei der Auslösung seiner Beschwerden gespielt haben könnte (Std. 205):

P: Ich hatte Ihnen ja von dieser sentimental Beziehung andeutungsweise erzählt, diesem Schriftsteller-mädchen. ich weiß nicht, ich hatte immer den Eindruck, dass diese Sache in irgendeiner Weise dazu beigetragen hat, dass es mich letzten Endes umgehauen hat, aber so sehr ich mich auch bemüht habe, dass ich mich an irgend etwas erinnerte, es fiel mir nichts ein, obwohl das erst zwei Jahre jetzt zurückliegt.

Auf alle Fälle schildert der Patient sie völlig anders als alle anderen Mädchen: sie ist nicht besonders hübsch, aber sie ist eine eigenständige, selbständige Persönlichkeit (Std. 205):

P: ich hatte ja meine Freundin damals, diese Dekorateuse, ich hab's Ihnen erzählt und nebenher hatte ich noch mich für so ein paar andere Mädchen interessiert. unter anderem auch für diese da. und ich wollte eigentlich gar nichts von der, die war mir zu jung und vielleicht auch nicht hübsch genug, und die hat mich wirklich angezogen, aus irgendwelchen Gründen, ich weiß nicht. Und ich war wohl auf der anderen Seite recht heftig in die verliebt und konnte mir das nicht zugeben, so war das so eine Art hin und her. Ich hatte auch zu der gesagt, dass ich nichts von ihr wissen will, aber

ich habe trotzdem dauernd deren Nähe gesucht, versuchte, sie in Beschlag zu nehmen, versuchte sie ganz für mich einzunehmen. irgendwas ist mir dabei nicht gelungen, weil ich daran im Anschluss recht verzweifelt war.

Der Patient weiß nicht genau, aus welchen Gründen er sich angezogen fühlt; es gelingt ihm nicht, sie wie alle anderen Mädchen unter Aufhebung ihrer Individualität irgendwie an sich selbst anzugliedern, „sie in Beschlag zu nehmen“.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Eingangs kann der Patient eine Auseinandersetzung mit dem Analytiker anzetteln, die er selbst mit der Sturheit seines Vaters in Verbindung bringt (Std. 201):

P: und ich sehe da keinen guten Ausgang weil, es wird ja "nix" besser es, immer mehr so Anfälle. von der Angst und der Verzweiflung, ganz zu schweigen. ----- ja ich schiebe Ihnen da wohl, so was wie Sturheit unter. auf einen Nenner gebracht, wie' s ihm geht ist 'wurscht', Hauptsache Psychoanalyse.

T: das ist da mit drin in dem Kampf, gnadenlosen Kampf mit einem Gegner, Sturheit und gehört ja dazu, dann zu diesem anderen, zu dem Gegner. - -- nach dem Motto was diesem bösen Spruch, 'Behandlung gelungen Patient tot.' jenes jene Form von Rücksichtslosigkeit die, in der es nur darum geht, mit der Behandlung sozusagen recht zu behalten. ---- ein ungeheures Maß an Rücksichtslosigkeit und Gleichgültigkeit. für den Patienten heißt dies, es geht mir nur meinen, Kopf, durchzusetzen. recht zu behalten. --- und daraus wird dann die Wut ableitbar, die sich gegen einen solchen Tyrannen richten muss. ---- je mehr der dabeibleibt bei seinem Konzept, mehr dessen Sturheit, deutlich wird.-

P: nun Sie nehmen da wohl vielleicht Züge meines Vaters an, der immer auf seiner Meinung beharrte und mir meine immer als Rechthaberei abqualifizierte. nun ja sicher, es kann nur einer recht haben, und das sind in dem Fall sicher Sie, aber warum sehe ich das wieder als meinen Fehler an, - oder was mache ich überhaupt falsch,

T: weil' s Ihnen schwer fällt, - also es kann nur einer recht haben damit hängt' s zusammen und der bin ich. mit der Sturheit, und Rücksichtslosigkeit die darin steckt für Ihr Erleben und es bleibt da nur übrig, die Gegenposition zu verstärken. Die Wut wächst, Sie meinen nicht anrennen zu können gegen den Rechthaber.

Diese Auseinandersetzung fördert die Wahrnehmung des Pat. dass er dem „wehrlos ausgeliefert ist, was mit ihm gemacht wird“ (Std. 201):

P: ich kann wählen entweder, äh die ganze Zeit zu zittern wie Espenlaub oder dass ich eben (Sequil), kriege. ----- ich will mich ja mal endlich, durchsetzen, aber das wird äh, ja wohl damit zusammenhängen dass ich, eben Angriffslust oder Wut oder irgend so was ähnliches, äh einfach noch nicht, entweder gleich gar nicht bei mir, feststellen kann weil ich' s zum Beispiel, wie oben für, unschön halte oder, was weiß ich sonst wie, einfach nicht praktizieren kann. nicht als, in vollem Umfang empfinde. ich muß ja nicht unbedingt, nach außen zeigen aber wenigstens, spüren.

Die folgende Sitzung darf als Schlüsselsitzung bezeichnet werden. Der rasche Umschlag eines akuten Angstanfalles in die Wahrnehmung seiner Sehnsucht demonstriert dem Patienten seine starken Wünsche an den Analytiker nach intensiverer Fürsorge, besserer körperlicher Betreuung (Std. 202):

P: ja, und dann, wenn's mir immer so schlecht ist wie heute Mittag, da habe ich immer den Wunsch nach irgendjemand zu schreien. ich muss mich da immer zusammennehmen, dass ich nicht schreie. irgendwie nicht alleingelassen werden wollen oder so was, fällt mir noch dazu ein.

Auslöser war ein Schild „Bitte nicht stören“ an der Tür des Praxisraumes, und die Patient hatte erwartet, dass der Analytiker ein böses Gesicht macht:

- P: vielleicht bin ich auch beruhigt dadurch oder verblüfft, weil Sie kein finsternes Gesicht gezogen haben, ich hatte nicht gedacht, dass Sie jemand im Zimmer hatten, sonst hätte ich nicht geklopft.
- T: Sie haben dann an dem erlebt, dass ich nicht böse bin, dass die Wut, die dahintersteckte, die vor dem Klopfen war, die Wut nicht eine schlimme Folge hatte. Es geht dann noch ein bisschen zurück die Angst: ja, ist er nicht doch indigniert. Aber das ist viel milder gewesen. Die Beschwerden waren weg, die Wut war weg, nichts passiert, nichts wirklich Vitales, nicht?

Zärtlichkeit, Anhänglichkeit, überhaupt jede positive Beziehung zu einem anderen Menschen wird äußerst zwiespältig erlebt. Es bleibt dem Patienten eine Wut, dass er alleingelassen wird. Ermutigt durch die Arbeit kann der Patient erstmals einen konkreten heftigen Wunsch aussprechen (Std. 202):

- P: also hieße das dann, auf den konkreten Fall bezogen, ich will von jetzt ab sieben Tage die Woche drankommen und möglichst zweimal oder so.

Das Angebot einer Extrastunde wird vom Patienten dankbar aufgenommen, und er bedankt sich mit der erstmaligen Mitteilung eines rezenten Traumes. Aggressive Affekte, die Wut des Patienten – erstmals in diesem Traum angedeutet (s. Kap. 4) - stehen zwar noch nicht im Vordergrund, sind aber schon deutlich spürbar.

Psychodynamik

Die innerseelische Situation wird in der Interaktion sehr lebendig, da der Pat. seine aggressive Wunschseiten in dosierter Form erleben kann. Der Zusammenhang von Sehnsucht, Versorgung und Wut, der in den Angstanfällen gebunden wird, ist spür- und fassbar. Im Vordergrund steht ein Bekommen-wollen, eine passive Erwartungshaltung bei gleichzeitiger von ihm selbst so bezeichneter Aufdringlichkeit (Std. 203):

- P: na, weshalb ich gestern in der zweiten Hälfte der Stunde mich so anders aufgeführt habe, nichts mehr zu reden wusste, da handelte es sich wohl darum, dass ich den Wunsch hatte, heute auch dranzukommen und nun nicht wusste, wie ich das äußern sollte und aus dieser Unsicherheit den Wunsch lieber auf die Seite schob. und wahrscheinlich hat es sich dann über die neu einsetzenden Beschwerden wieder geäußert, so dass ich auf diese verdrehte Weise das dann durchgesetzt habe. Ich wollte Sie nicht darum bitten, weil ich weiß, dass ich ziemlich anspruchsvoll bin und dass aus allerlei Gründen diese Ansprüche ja nicht verwirklicht werden können. zudem kann ich das ja irgendwie nicht, jemanden um etwas bitten, das gehört wahrscheinlich auch zu diesem Thema "sich durchsetzen". ich habe da die Angst, aufdringlich zu sein, genauso wie mir mancher andere, der von mir was will, aufdringlich erscheint. etwas von jemandem haben wollen und dann versuchen, es zu kriegen, war ja bei mir immer ein sehr komplizierter Vorgang eigentlich.
- T: ja, ja.
- P: eins hatte ich Ihnen ja mal. - . recht unsportlich, indem ich mich als gekränkt hinstelle und damit den anderen zwang, irgend etwas zu unternehmen oder indem ich jemandem etwas nahe legte, auf diese Weise war's ja wohl gestern, oder schon fast zwang. Vielleicht habe ich da gestern hintenrum an Ihre Rücksicht appelliert oder Ihr Pflichtbewusstsein, ich weiß nicht. und dann habe ich irgend etwas durchgesetzt beispielsweise, indem ich mir irgendwie ein Lob verdiente und das dann als Belohnung kriegte oder durch Schmeichelei. aber leider fast nie durch direktes Vorgehen. oder jetzt bin ich ja auch versucht, meine Krankheit zu Hause als Mittel einzusetzen. ich passe da zwar auf, dass es nicht passiert, aber es kommt doch manchmal vor. das wäre ja dann ein entsprechender Vorgang vielleicht. oder durch Trotzen.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, damit umzugehen; die regressivste Lösung sind die Anfälle. Die Aggressivität richtet sich direkt gegen das versorgende Objekt, woraus sich das Ausmaß der Angst ableitet. Dynamisch ist jedoch bemerkenswert, dass der Patient mit einem rezenten Traum seine aktuelle innere Dynamik einbringen kann.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Zunächst findet eine Widerstandsanalyse symptom- und verhaltensgebundener aggressiver Wünsche statt. Da der Patient die Phantasie hat, dass seine omnipotente Aggression zu Objektverlust, Tod und Alleinsein führen könne, wird in Stunde 202 eine zusätzliche Stunde am Samstag vereinbart, um die Wochenendunterbrechung zu verkürzen. Als positive Reaktion auf dieses Verhalten des Analytikers bringt der Patient als „Geschenk“ einen Traum, den ersten rezenten Traum, der in der Analyse berichtet wird. Der Inhalt des Traumes und die Fähigkeit des Patienten, ihn zu berichten, sprechen dafür, dass er nun eine größere Sicherheit hat, durch seine Aggressivität das Objekt nicht zu zerstören. In den Stunden 204 und 205 besteht ein starker Widerstand bei der Traumbearbeitung, der sich nur sehr ungenügend beheben lässt (Widerstandsanalyse mit zugleich starker Stützung).

Kommentar: Das Erzählen des Traumes wurde zu wenig bekräftigt; die Bearbeitung des Widerstandes war nicht intensiv genug.

Periode VI (Std. 251-255)

Äußere Situation des Patienten

Der Patient lebt weiterhin im Krankenhaus; durch seine Symptomatik ist er zurzeit besonders stark eingeschränkt (es ist ihm "kaum ein Schritt vor die Zimmertür" möglich).

Symptomatik

Außerhalb der Analysestunden macht sich die Angstsymptomatik des Patienten extrem stark bemerkbar; teilweise bestehen auch in den Stunden Symptome. Dabei werden jedoch weniger die mit der Angst verknüpften Affekte als die mit den dahinter liegenden Problemen verknüpften Affekte eingebracht (Std. 252):

P: na ja, ich kann mir ja in keiner Weise irgendeine Aufregung leisten...., geht ja nicht, ist mir ja sofort schlecht. und dann habe ich ja zunächst mal immer wahnsinnige Angst, dass meine diversen Unzulänglichkeiten sichtbar werden. da komm ich einfach nicht von diesem Gefühl der Unterlegenheit los. das wird auch wieder. wenig Sinn haben, sich darüber zu unterhalten, weil diese Empfindung wahrscheinlich auch wieder aus einigen anderen Dingen resultiert, sich ergibt, würd ich sagen. ich habe ja entsetzliche Angst, nicht für voll genommen zu werden, aber im Moment besteht ja leider genügend Anlass, mich nicht für voll zu nehmen

Die Symptome sind weniger körpernah; aber sie sind stark affektbesetzt. Seine Angst vor anderen, die selbstsicher auftreten, wird ausdrucksvoll ausgestaltet (Std. 252):

P: ich habe halt ganz einfach Angst vor Leuten, die sehr forsch, sehr bestimmt, selbstsicher auftreten, weil mir das ganz einfach fehlt. ich kann's im besten Fall schauspielern, aber dann ist es Fassade und nichts dahinter. das mag bei den anderen genauso sein, aber solange ich das eben nicht entdeckt habe, dass das nur gespielt ist, habe ich eben Angst. da unterstelle ich denen ganz einfach die Übermacht: davon komme ich ja nicht weg. ich habe Angst, da meinetwegen angeschrien zu werden, dass ich da Streit kriege. ich habe grundsätzlich Angst vor einer Auseinandersetzung, ich habe nicht den Nerv dazu, das auszuhalten. da kann ich auch nichts parieren, da sack ich praktisch in mir zusammen.

Die phantasierte Konfrontation mit der Polizei wird jedoch deutlich von negativen lustvollen Affekten unterfüttert, die dann wieder eine Angst auslösen (Std. 252):

P: wenn ich Auto fahre, ich werde ewig von der Angst begleitet, ich werde von der Polizei angehalten; und deshalb, weil ich im allgemeinen Polizisten nicht leiden kann. da bin ich von vornherein wütend und da komme ich sehr schnell in Versuchung, nach Name und Dienstgrad zu fragen, eine Dienstaufsichtsbeschwerde. aber da krieg ich dann schon nicht den Mut dazu. überhaupt krieg ich's nirgends ja fertig, gegen jemand aufzutreten,

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Den Erziehungsstil seiner Eltern verbindet der Patient mit dem Thema "Unterordnen" (Std. 252):

P: mir wurde ja auf der anderen Seite Zurückhaltung anezogen. aber ich möchte, verflixt noch mal, nicht ewig scheu und vorsichtig überall Rücksicht üben und weiß der Kuckuck, was alles, weiterleben. das bringt den anderen nichts und mir erst recht nichts. wahrscheinlich die Angst vor meinem Vater. von meiner Mutter habe ich halt eins drübergezogen gekriegt, und dann war der Fall vergessen. aber mein Vater hat uns ja immer entweder mächtig verhauen oder war maßlos betrübt. da habe ich wohl auch irgendwie so eine Phantasie von Ausstrahlung oder, ja, ich weiß nicht, es ist mir gerade ausgefallen, was ich sagen wollte, irgendwie die Vorstellung, diese oder jene Person sei Respekt einflößend. und da habe ich ja dann den blödsinnigen Wunsch, mich unterzuordnen. immer taucht die Angst auf vor irgendeinem Krach

Aktuell wichtige Beziehungspersonen werden nicht konkret thematisiert; wenn dann ist von Mädchen in einem allgemeinen Sinne die Rede

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

In dieser Phase der Analyse findet eine intensive affektive Auseinandersetzung statt. Eine positive Beziehung des Patienten zum Analytiker erlaubt ihm viele und starke aggressive Affekte zu äußern (Std. 254):

P: da wird mir auch schon schlecht, wenn ich bloß dran denke. ich schäme mich zum Beispiel dafür, außerdem ist das für mich geradezu ein Zeichen für meine, ja, Schwäche, Unzulänglichkeit. die Angst, die ich davor habe. - . über irgendwelche Phantasien. - . zu sein, die ich vor der Begegnung mit Mädchen habe. ich weiß nicht. ich meine, es wird dann ja auch ein Stück Hass auf Sie drinstecken, so in der Form, dass ich Ihnen vorwerfe, ich muss mir auf diese Weise etwas verschaffen, was ich lieber woanders hergenommen hätte. Selbstbefriedigung, das kränkt mein Selbstgefühl, ich fühl mich dadurch erniedrigt

Der Patient ist stark involviert in das, was in den Sitzungen abläuft; er spricht nicht nur über seine Wut, sondern er erlebt sie (Std. 255):

P: ja, ich bin gestern selbst erschrocken über das Maß meiner Aggressivität. ich hab bodenlose Angst, dass das wieder auftaucht. ich will Sie ja gar nicht ausradieren, vor dem Gedanken fürchte ich mich ja, weil ich Sie, nicht nur in der Phantasie, ja brauche.

So scheint ihm ein Stück des Mechanismus deutlich zu werden, der in ihm abläuft, die Verbindung von Wut mit Angst und Schuldgefühlen.

Psychodynamik

Eine deutliche Aktivierung der Kastrationsproblematik eröffnet diese Arbeitsphase (Std. 251):

P: mhm. ja, das dreht sich ja hier um Angriffslust. oder was ich meinte, war ja mehr auf Mädchen bezogen, auf das Sexuelle, dass ich davor solche Angst hab, oder was auch immer. zu Hause galt das ja als peinlich, als abstoßend, nur unter gewissen Voraussetzungen zulässig, und dann nur heimlich und verborgen. das tut man nicht, es ist schon schlimm, nackt zu sein. wenn die Angst vor Beschädigung Angst vor Strafe ist, heut weiß ich ja, dass ich nicht bestraft werde, nicht so ohne weiteres meinetwegen von irgendeiner Konkurrenz verhauen werde und so weiter. irgendwie genieß

ich mich ja offenbar heftig, dass ich das haben will: Mädchen, Zärtlichkeiten, Geschlechtsverkehr. es fiel mir auch immer sehr schwer, das zuzugeben. als würde mir das nicht zustehen oder als wäre das abstoßend.

Dies führt über verschiedene Umwege (Leute, Polizisten etc) zur Wahrnehmung seiner Wut (Std. 252):

P: ich habe eben, das ärgert mich jetzt, weil dem nicht beizukommen ist, Angst vor irgendwelchen Auseinandersetzungen, verflucht noch mal. ich koche ja sofort über vor Wut und mit der Wut wird's mir gleich schlecht oder mit dem Wunsch, dem andern irgendwie eins 'überzubraten' .

Der Vaters ist im Erleben des Patienten schuld an seinen Schwierigkeiten. Wenn der Vater ihm sagen würde, wo er sich einschränken, wie er sich verhalten soll, könnte er sich danach richten und brauchte keine Angst vor Strafe zu haben. Da der Vater das nicht tut, empfindet der Patient eine heftige Wut gegen ihn. Andererseits braucht der Patient aber den Vater, um sich mit ihm zu identifizieren. Wenn er den Vater stürzt, verbindet er damit gleichzeitig die Phantasie, selbst einmal so groß wie der Vater zu sein.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

In der 251. Stunde wird die Angst vor Mädchen und die Schwierigkeit, Anderes und Fremdes zu bewältigen, auf die unbewusste Kastrationsangst zurückgeführt. Hypothese: Überall tritt Penislosigkeit entgegen. Einige Deutungen gehen davon aus, dass der Patient auch deshalb rasch in Erregung kommen möchte, weil diese ihm Potenz signalisiert; andererseits aber bedeutet jede frustrane Erregung Impotenz (=Penislosigkeit). Deshalb hat die Kastrationsangst auch den Charakter der über das Organ hinausgehenden narzisstischen Schädigung.

Kommentar: Manche Deutungen sind zu konstruiert im Sinne der Deutungsstrategie, wodurch der Patient überfordert wird. Diese Kritik gilt auch für die folgenden Stunden, und es ist die Frage, ob die Entwicklung der Wut in den Stunden 252 bis 255 auch darauf zurückzuführen ist, dass sich der Patient gegen die in der Deutungsstrategie liegenden "Macht" zur Wehr setzt; denn seine Wut richtet sich eindeutig gegen den Vater - Analytiker, den er zugleich - sich mit ihm identifizierend - idealisiert.

Die Deutungsstrategie in den Stunden 252 bis 255 richtet sich auf das Thema der Angstlust. Es wird davon ausgegangen, dass es dem Patienten deshalb so schwierig ist, sich von seiner Angst zu distanzieren, weil in ihr eine ungemein lustvolle Wut steckt, mit der er sich gegen den übermächtigen (weil unangreifbaren) Vater erfolgreich zur Wehr setzt.

Bestätigend findet sich in der nachfolgenden Sitzung 256 ein Angstanfall, der vom Pat. selbst als Ausdruck einer Wut anerkannt wird: „Mich hat's wieder erwischt, mich plagt da offensichtlich nach wie vor ein wilder Hass“.

Periode VII (Std. 301-305)

Äußere Situation des Patienten

Gegenüber den vorigen Perioden hat sich wenig geändert; der Patient lebt weiter im Krankenhaus. Allerdings fährt er am Wochenende nach Hause wieder mit dem Auto, wenn auch mit einiger Angst und teilweise sogar körperlichen, herzbezogenen Symptomen.

Symptomatik

Es geht schon seit einiger Zeit nicht sehr gut; ihm ist vor allen Dingen oft schlecht und er hat auch ausgesprochene Angstanfälle hat (Std. 301):

P: dass ich, endlich draußen sein kann und, nicht äh, wieder solche, entsetzliche Anfälle habe wie jetzt, heute gestern und vorgestern.

In der nachfolgenden Sitzung (Std. 302) treten Unruhe und heftige Angst auf, und zwar in einer Situation, in der der Patient relativ offen über Aggressionen gegenüber seinen Eltern spricht:

P: ja ich will ja offensichtlich mit Ihnen "nix"! anfangen, ich will ja nur was von Ihnen!. (flüstert) weiß auch nicht, (holt tief Luft) ---- verflixt,

Nach einer Sitzung, die vorwiegend thematisch durch Probleme mit der Krankenkasse bestimmt war, stellt der Patient inmitten eines für ihn ungewöhnlich umfänglichen Monologs fest, dass er gar keinen Sinn mehr darin sieht, die Behandlung fortzusetzen, denn

P: was immer ich hier dazu lerne, das reicht nie aus, endlich draußen zu sein. es reicht nie aus, ein einigermaßen normales Leben zu führen, nicht mal reicht's aus, dass ich mit Beschwerden draußen sein könnte. nicht mal das. drei Minuten oder fünf Minuten vom Haus weg, haut's mich eben um und unsicher scheint's ja auch zu sein, weil immer, wann etwas auf mich zukommt, rutscht es gleich wieder in viel Schlimmeres ab und hilflos bin ich nach wie vor, überall brauch ich jemand anderes, der für mich irgend etwas tut, kann nie was selber in die Hände nehmen. Arbeiten kann ich immer noch nicht. ich weiß nicht, ob es sich da, bin ich jetzt über vierundzwanzig Jahre alt und ich hab noch nichts fertig gebracht

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Wie schon in den beiden vorangegangenen Perioden erwähnt der Patient, dass sich die Stationsärzte über ihn und seine Beschwerden lustig machen. Er empfindet das als Kränkung auch des Analytikers und dessen, was sie beide zusammen tun, nämlich der Psychoanalyse. Nicht als Person, aber als unbestimmt machtvolle Institution wird die Krankenkasse erwähnt. Sie wird als etwas gesehen, was den Patienten vom Analytiker trennen kann, wobei die Trennung durchaus ambivalent erlebt wird: auf der einen Seite möchte der Patient die Beziehung zum Analytiker erhalten, auf der anderen Seite ist er versucht, sich aus der Enge, die die Analyse auch bedeutet, zu lösen.

Im Zusammenhang mit der "Krankenkassengeschichte" erscheint der Vater als vernachlässigende Figur, dem außer Segeln nichts wichtig zu sein scheint. Er wird als unfähig erlebt, sich realitätsgerecht zu verhalten, mit den anstehenden Problemen fertig zu werden. Der Vater lehnt es aber ab, auf die Ratschläge des Patienten zu hören.

Daneben wird in dieser Periode eine Fülle von Erinnerungen an die Eltern gebracht. Die Mutter hatte detaillierte Erwartungen an das Verhalten jedes einzelnen Familienmitgliedes; sie verhielt sich "hysterisch", hatte Anfälle, Schreikrämpfe, um diese Erwartungen durchzusetzen (Std.

305):

P: ..das Problem bei mir ist ja, wenn ich mich irgendwie über meine Eltern hinwegsetzen will oder an meinen Eltern etwas aussetzen habe oder, meinen Eltern zeige, dass ich sie da und da nicht brauche, wo sie sich eben mir tatsächlich in irgendeiner Sache aufdrängen, wo sie mir was verbie-

ten, da ist mein Problem dass ich mit der Reaktion, meiner Eltern nicht fertig werde. wenn ich da mich nicht so verhalte, wie die wollen, dann ist es ja tatsächlich so dass die sich das furchtbar zu Herzen nehmen. das frisst dann an denen, frisst sie fast auf, reagieren dann tatsächlich mit irgendwelchen Herzbeschwerden oder beklagen sich, meinetwegen können sie keine ruhige Nacht verbringen und so weiter und so fort; das ist dann ja tatsächlich so. ich werde nicht damit fertig dass meine Eltern eben was sie mit mir anfangen und was sie von mir verlangen und so, was ich eben tun muss, dass meine Eltern etwas mit viel gutem Willen fordern, dass die mir dies oder jenes eben aus Liebe tun und dann umgekehrt, weil sie ja immer von der Richtigkeit, dessen was sie tun überzeugt sind, mir dann gewaltigen Ungehorsam und gewaltige Undankbarkeit in die Schuhe schieben, worunter ich dann, wieder leide, dass da zumindest eine große Unstimmigkeit, herrscht. dann hab ich ja auch ne, gewisse Dankbarkeit meinen Eltern, gegenüber

Andererseits war die Mutter viel für den Patienten da, er konnte sich mit ihr unterhalten. Der Vater zog sich sehr zurück, ließ die Familie wenig an dem teilnehmen, was ihm wichtig war. In den Punkten, in denen er sich um die Familie kümmerte, setzte er jedoch seine Ansichten durch. Dem Verhalten der Mutter stand er jedoch ohnmächtig gegenüber und konnte sie nur mit Hilfe der Großmutter beruhigen.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Es wird eine starke Ambivalenz deutlich: auf der einen Seite möchte der Patient etwas vom Analytiker bekommen, etwas Ruhiges (Std. 301):

P: ...- ja ich hab da, eben und. na so nach einer Stimmung gesucht. ich krieg sie aber nicht so ganz zusammen, was das ist irgend; na jetzt krieg ich wieder "nix" raus. ---- nach, (räuspert sich) nach irgend einer Stimmung in der ich, äh sehr äh, friedlich bin sehr zufrieden, satt, erfüllt, ich weiß nicht was das ist, -- mir sind dazu einige, äh, Worte eingefallen + aber jetzt sind sie weg. irgendetwas, Wunschloses Bedürfnisloses. -- irgend etwas das von Ihnen ausgeht aber, ich weiß das nicht. etwas sehr Ruhiges.

Diese Phantasie der friedlichen Gestilltwerdens wird vom Analytiker dann sehr extensiv elaboriert:

T: und solange Sie dann solange Sie nichts machen, sondern nur dies was in der Phantasie dann von mir kommt, ist es schön und gut und friedlich. und dann solange, ist es recht auch solange ist es harmonisch so ist Harmonie da und, äh, wenn Sie was eigenes machen zum Beispiel ein Buch aufschlagen, dann äh, äh schlagen Sie ein Buch auf arbeiten etwas, und Ihre Phantasien sind dann, nicht mehr frei und können nicht mehr sozusagen frei wandern dorthin, zurückwandern, sondern gehen sie gehen dann ihren eigenen Wege, die dann andere Wege sind als meine Wege. sie befassen sich mit Ihrem Buch. ---- (P räuspert sich) das ist eigentlich dann und da kommt dann schon dann ein bisschen Wut und Ärger herein, es ist eine Gemeinheit!

Der Analytiker benennt damit das Dilemma, dass jede eigene Aktivität ihn wegführt von der ruhigen Übereinstimmung (Std. 301):

P: nein natürlich möchte ich das nicht ich hab ja, ohnehin entsetzliche Angst Sie zu verlieren. -- aber das hier ist so schlimm weil es nie, nie ausreicht mir endlich, äh die Beschwerden wegzunehmen.

Auf der anderen Seite empfindet der Patient die Beziehung zum Analytiker als Einengung, Einschränkung, aus der er herauskommen möchte. Die Parallele zwischen dem Analytiker und der analytischen Situation auf der einen und den Eltern und dem Zuhause auf der anderen Seite ist in dieser Periode besonders deutlich.

Der Patient sieht die Analyse als ebenso wenig der Realität angepasst, wie es die Eltern waren und sind. Der Vater steht vielen Belangen der Realität hilflos gegenüber, wird nicht fertig damit. Diese Hilflosigkeit besteht auch gegenüber dem Verhalten der Mutter. In gleicher Weise ist der Patient ihren Anfällen "ausgeliefert" (Std. 305):

P: ..., ich will wissen, wie ich damit zurechtkomme, dass meine Eltern, in solcher Art reagieren, dass meinewegen meine Mutter ne Stunde lang wie verrückt kreischt und schreit und Herzattacken hat und;

T: also wann schreit sie und kreischt sie und hat Herzattacken zum Beispiel? +in welcher Situation?

P: wenn ich+ was weiß ich, das kann zum Beispiel sein, wenn ich an meinem Vater, Kritik übe oder dass ich vergessen hab, mich, da nun was wie und in welcher Form mich +zu verabschieden

Im Unterschied zu seinem jüngeren Bruder wagt er nicht, sich vom Elternhaus zu lösen und eigene Wege einzuschlagen.

Aufschlussreich ist, dass er nach seinen Angaben in dieser Periode bis zu seinem 8. oder 9. Lebensjahr ein "normaler", vor allem motorisch aktiver Junge gewesen sei; danach wird eine Pubertätsphase deutlich bis etwa zum 16. Lebensjahr, in der er sich zurückzog, viel las, viel mit der Mutter sprach, seinen Körper nicht harmonisch fand, in der wohl seine ödipale Unsicherheit aktiviert wurde.

Psychodynamik

Die ödipale Verwicklung mit den Eltern wird zunächst anhand der Übertragungsbelegung deutlich; die vom Analytiker unterstellte Kränkung des Patienten angesichts des vorbeifahrenden Autos des Analytikers in Begleitung dessen Ehefrau führt später zu einer manifesten Kritik am Vater beim Regeln von Schwierigkeiten mit der Krankenkasse.

Daraus entwickelt sich ein Generalangriff gegen die Einengung durch die Eltern, der sich der Patient passiv unterwirft. Er sieht überhaupt nur zwei Verhaltensalternativen: die passive Unterwerfung und das aggressive Kaputtschlagen aller Schranken (Std. 302):

P: und wie komm ich mit der Wut zurecht? wie soll ich, das anstellen? - ich hab ja gelernt das spielt sich, zunächst folgendes ab ich, sehe dass ich mit der Wut, nichts ausrichte, dass ich, zu schwach bin, -- ich weiß nicht. --- und dass ich ja Angst habe, dass ich mit der Wut, dann noch tatsächlich alles, zerschlage. -- aber wo "nix" ist kann ich ja eigentlich auch "nix" kaputtmachen. –

Sein Oszillieren zwischen Wut und Ohnmacht findet dann ein Pendant in der Übertragungsbeziehung:

P: ich weiß gar nicht vor was ich, da wohl Angst habe oder, ich weiß überhaupt "nix" mehr. - --- ich will endlich hinaus! deshalb steh ich ja auch immer, da oben so ab und zu weil ich da wenigstens bisschen unter paar Menschen bin, die da vorbeilaufen nicht ewig hier, unter Halbtoten. -- weiter kann ich ja nicht weil mir wird's ja immer schlecht, -- weil dieses Hinausgehen hat natürlich ein, noch eine andere Seite, nicht nur dass Sie sich mir entziehen? sondern dass Sie mich auch so vielen Dingen aussetzen die mir, gar nicht gefallen und seltsamerweise auch natürlich solchen Dingen, die, in meiner Vorstellung, Ihnen nicht gefallen, und die ich dann ja eben meiden muss +/ /

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Die Deutungsstrategie bezieht sich auf die beschriebene Psychodynamik, wobei in der 301. Stunde zunächst die extreme Passivität als symbiotische Beziehung angenommen wird. Dem gemäß geht der Analytiker davon aus, dass der Patient sich völlig ruhig stellt, um das Objekt nicht durch Eigenbewegungen zu beunruhigen; wenn man sich selbst bewegen würde, entstünde ein Spalt in der Symbiose.

Diese Thematik wird an den Zwistigkeiten der familiären Situation vertieft; es erlaubt dem Analytiker eine klare Aussage darüber, dass er bisher diese erzwungen symbiotische Situation selten so deutlich gehört hat (Std. 305):

P: mein Jüngster der setzt sich da meist drüber weg der (beschüttelt) kein Ohr. (zweimaliges Husten) aber ich krieg das nicht fertig. --- und ich bi- ich bin ja, das ist auch bekannt in tatsächlich in sehr vielen Dingen, äh dann der mögliche Auslöser nämlich wenn ich's, äh meine Auffassung vertrete der mögliche Auslöser für solche Zustände, und krieg dann äh, von der ganzen Firma hinterher die Vorwürfe. -- das ist nichts als reine Hysterie, das weiß ich genau, ich darf ja dann nicht mal einen Arzt holen wenn so was, vorkommt. weil dann ja rauskommt dass äh eigentlich kein Grund, vorliegt.

T: ja, nicht nur durften Sie keinen Arzt holen, sondern auch dem Arzt nämlich mir, dies ja auch in dieser, Klarheit wie! die Mutter schreit und wie schwer sie es Ihnen macht, äh wegzugehen, das äh, äh hab ich in dieser! Deutlichkeit auch glaub ich noch nicht gehört. -

Kommentar: Diese Konstruktionen sind dem Patienten zunächst ziemlich fremd. Der Analytiker ist relativ direktiv und unternimmt viele Ansätze, die Passivität des Patienten als Vermeidung zu interpretieren. Das Aufgreifen des rezenten Eindrucks von den Elternimages im Auto erweist sich für die gesamte Deutungsstrategie dieses Behandlungsabschnittes als fruchtbar. Es ist nicht zu übersehen, dass die Arbeit in dieser Periode eine erwünschte Zuspitzung und Herausarbeitung der bislang abgewehrten aggressiven familiären Konstellation ergibt, die auch in der Übertragung deutlich wird.

Periode VIII (Std. 351-355)

Äußere Situation des Patienten

Der Patient lebt bei seiner Tante in Ulm. An den Wochenenden fährt er zu seinen Eltern. An einem Wochenende, das kurz vor dieser Periode lag, hat der Patient an einer Regatta mitgesegelt, was ihm trotz einiger Ängste, einmal wegen Konkurrenzsituation, zum anderen wegen relativ starker Winde, durchaus möglich war. Direkt vor dieser Periode hatten die Herbstferien zu einer Unterbrechung von 10 Tagen in der Analyse geführt; die Stunde 351 ist die erste Stunde nach dieser Pause.

Symptomatik

Die Sitzung 351 beginnt mit der Schilderung eines Autounfalls des Bruders, was den Patienten zu folgender Klage veranlasst:

P: ja, was für mich schlimm ist, die Vorstellung, wenn ich da jemand verletzen würde, davor hab ich ja immer so Angst, selbst wenn ich nichts dafür kann. natürlich die ganzen Komplikationen dabei, was weiß ich. ja, mir ist vorhin wieder ziemlich schlecht geworden, hab ich wieder einmal kein Taxi erwischt, es war so spät.

Wenig später vertieft sich die Hiobsbotschaft:

P: mir ist halt an denselben Stellen ewig schlecht. ja, mächtig zugesetzt hat mir auch diese ewige Angst vor Mädchen, wär ich am liebsten wieder gestorben, wenn's mir ja ewig schlecht wird. halt an denselben Stellen ewig schlecht. bin ja einfach natürlich sehr unglücklich darüber, dass ich zu diesen blödsinnigen Beschwerden ewig dazu verurteilt bin, einfach ohne Mädchen zu leben, ich mag nicht mehr so weiter.

Subjektiv erlebt der Patient außerhalb der Therapiestunden die gleichen Einschränkungen (Ängste, Befürchtungen, Körpersymptome etc) wie früher auch („hab halt Angst vor dem Körper, dem soviel passieren kann“):

P: ich will endlich raus, verflixt. hab ja schon Angst vor so harmlosen Dingen, wie meinetwegen, was weiß ich, Regen oder Wind oder so, da wird's mir ja schon schlecht oder Kälte, es geht halt nicht..

Die Liste der Angst auslösenden Situationen verlängert sich:

P: leb ja etwa, ist ja auch bekannt, in der panischen Angst, dass mir dieser oder jener Zahn allmählich dann jetzt doch soweit ist, dass ich zwangsweise zum Zahnarzt muss, und das ist dann auch eine Situation, die ich an und für sich gar nicht bewältigen kann, weil ich da mit Sicherheit so einen Herzanfall kriege

Auch die folgende Sitzung 352 eröffnet der Patient mit einer Symptomschilderung:

P: ja mir ist äh gerade wieder ziemlich schlecht geworden weil die da eine Frau vorbeigefahren haben dahinter zu Ihrem, Kollegen und der ist doch Gesichtsverletzter, das ist einfach blödsinnig wenn immer ich so was sieh, haut's mich um gleich ist es Herzklopfen Brechreiz was weiß ich was....

Das gleiche Eröffnungsmuster dann in der folgenden Sitzung 353:

P: ja, mir ist es jetzt natürlich heute wieder ziemlich schlecht gewesen, weil ich da eine mächtige Angst vor irgendwas habe, aber ich komm einfach immer noch nicht dahinter, was es damit auf sich hat, was ich da anfangen soll.....selbst, wenn ein Taxi nicht kommt und auf sich warten lässt, der Verkehr so dicht ist und, ich werde ja halbverrückt vor Angst...

Am Beginn der folgenden Sitzung 354 wiederholt der Patient seine unbeeinflussbaren Klagen, um danach in ein sehr langes Schweigen zu verfallen:

P: ja, ja, mir ging's heut ziemlich schlecht. ich weiß nicht. da hab ich wieder mich kaum zusammennehmen können, dass ich da nicht laufend für mich "Hilfe, Hilfe" oder so was hin, wenn mal, ich weiß gar nicht, was mir jetzt wieder gefehlt hat. da hab ich so wahnsinnig Angst gekriegt, wenn ich da jetzt hier raufkomme und am Ende der Stunde mir ist dann auch so schlecht, wie ich dann wieder da unterkomme, kein Taxi und weiß ich was, wenn da irgendwas schief geht, weil ich da ja dann so hilflos bin. da hab ich mir ausgemalt, wie Sie mich da allein lassen. da war ich natürlich wieder mächtig wütend. ich weiß aber gar nicht, wovon es mir so schlecht geworden ist.

Im Gegensatz zu diesen sich intensivierenden (An-)Klagen steht der Eindruck, dass die Einschränkung (außerhalb der Sitzungen, z.B. in den zehn Tagen Ferienunterbrechung) gar nicht mehr so gravierend ist (siehe "äußere Situation").

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

An Beziehungspersonen wird in dieser Periode vor allem der jüngere Bruder erwähnt, der mit dem Auto des Patienten einen Unfall gebaut, einen Fußgänger verletzt und das Auto beschädigt hat; außerdem steht dieser Bruder kurz vor dem Abitur. Für das Erleben des Patienten bringt er Unruhe in die Familie; er aktiviert Ängste des Patienten.

Erwähnenswert ist besonders die vom Patienten in Stunde 352 geäußerte Erinnerung, dass er als kleiner Junge sadistische Phantasien hatte:

P: ich kann mich ja auch komischerweise, äh so gut wie nicht daran erinnern, dass ich irgend jemand was, antun wollte. obwohl ich genau weiß dass ich, das wirklich hatte oder häufig hatte, ---- ich da hatt ich mal als kleiner Junge, so ne Vorstellung jetzt // irgend jemand der mich da mal maßlos geärgert hat, das weiß ich nicht mehr was das war, sämtliche unnützen, zum Fortkommen äh, notwendigen Körperteile abzuschneiden. - ich weiß nur noch dass mit irgendwelchen solchen Phantasien dass mir's da, fast, wahrscheinlich wohl von der, der Lust oder was weiß ich +fast schwindlig geworden ist.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Das Gefühl des Stillstandes ist überwältigend. Der Patient kommt nicht voran, kann nichts an seinen Problemen machen. Die Hoffnungslosigkeit ist sehr stark: „Es ist einfach alles unerträglich, ich will lieber unter Menschen sein und so bin ich verurteilt, auf dem Zimmer zu sitzen und Übelkeit zu haben“ (Std. 354). Die Analyse beschützt ihn gegen nichts, ist völlig nutzlos. Der Patient findet keinen Halt, auch nicht an seinen rationalen Einsichten, auch nicht an den Kommunikationen des Analytikers.

Dabei kann er in dieser Periode – wenn auch widerwillig – recht intensive Phantasien äußern, andere totschiessen, die ihn geärgert haben, ihnen das Gesicht zerschneiden u. ä, aber zugleich betont er, dass er solche Gefühle (eine Sauwut) noch nie auf den Analytiker gehabt habe, wie er sie draußen erlebe. Ob beim Regattasegeln, oder beim riskanten Überholmanöver beim Autofahren, er erlebt für Momente einen Triumph, der dann jeweils einen Angstanfall auslöst (Std. 352).

Psychodynamik

Der Patient befindet sich in einem Kreisprozess von omnipotenter Destruktion und omnipotenter Idealisierung. Er reagiert mit Angst auf seine destruktiven Phantasien und mit Wut, wenn er sieht, dass er unfähig ist, sie zu verwirklichen (Std. 353):

P: .. es wird ja wohl einige Gründe geben, weshalb ich da nicht aggressiv bin, sein will, wenn ich ja, also, riesengroß und was weiß ich, übermächtig bin, dann sind Sie ja mit einem Schlag gleich ganz weg oder jedenfalls wenn ich so böse bin, ziehen Sie sich zurück, wie ich ja überhaupt der Meinung bin, wenn ich böse bin, ist es aus mit irgendwelchen Zuwendungen, vielleicht lass ich deshalb nichts zu. ich kann nichts dazu, und ich kann mir nicht helfen, ich finde diese Art von Lust einfach lächerlich. ich habe da irgendwie, scheint mir, wenigstens, kein großes Vergnügen dran, wahrscheinlich nur deshalb, weil ja nie so richtige Phantasien in die Tat umsetze. ich weiß nicht.

Im Symptom erlangt der Patient eine regressive Befriedigung. Es kann angenommen werden, dass für ihn Angst, Lust und Wut (vorwiegend als Erregung, Unruhe, nicht als zielgerichtete Aktion) eine Einheit bilden im Sinne der "Angstlust". Deshalb würde auch eine Symptombesserung für den Patienten einen "Lustverlust" bedeuten.

Als Problem bleibt offen, weshalb der Patient nicht zu einer Unterscheidung des Angst-Lust-Bündels in der Lage ist als Voraussetzung einer seelischen Reifung.

Wahrscheinlich hängt der Stillstand oder nur mühsame Fortschritt der Analyse damit zusammen, dass der Patient durch die Paralyse, durch die sich gegenseitig aufhebenden Strebungen, geschützt wird vor irgendwelchen zielgerichteten Aktivitäten; denn unbewusst setzt er Einzelaktivitäten immer gleich mit globaler Destruktion. Keinesfalls dürfen zielgerichtete Aktivitäten eine psychische Realität haben.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Die durch den Unfall des Bruders aufgeworfene Aggressionsthematik wird nach verschiedenen Seiten hin interpretiert.

In der 351. Stunde wird die narzisstische Überempfindlichkeit des Patienten, z. B. gegen Kälte,

Nässe usw., ebenfalls vor dem Hintergrund omnipotenter Destruktion verstanden: Der Wind ist störend, weil unbewusst zerstörend, übermächtig und außerhalb der Kontrolle des Patienten. In der 352. Stunde ist die Erinnerung wichtig, nach der der Patient als kleiner Junge die Phantasie hatte, einem Gegner alle zum Fortkommen nötigen Gliedmaßen abzuschneiden. Die Deutungsstrategie bezieht sich in dieser und der folgenden Stunde weitgehend auf diese psychodynamische Einschätzung. Der wiederholt aufkommende Gedanke an Suizid wird als Möglichkeit deutlich, sich mit allen Größenphantasien zu behaupten. Der Analytiker benutzt das Herkules-Gleichnis als Exemplifizierung für diese Größenphantasien.

Vor allem ist die 354. Stunde sehr unproduktiv. Nach einem sehr langem Schweigen kommt auf Nachfragen des Analytikers das Thema Heimweh zur Sprache:

T: ja, wo sind die Gedanken hingegangen inzwischen? Mut und Sinnlosigkeit, oder was meinen Sie? es hat ja was zu bedeuten, dass Sie nichts sagen. was hat es zu bedeuten? das scheint mir von anderem Charakter zu sein als etwa das Schweigen von gestern, wo es darum ging, ob es auch ausreicht, wenn Sie nicht viel sagen, Sie nicht viel produzieren.

P: nein, mir ist es weitgehend gleichgültig, wie viel und was wie mir's reicht. ich will einfach nicht mehr länger bleiben. das will ich nicht. ich will lieber gleich tot als nur halblebig sein. es macht mir eben einfach keinen Spaß, so lange Zeit vor einem Berg von Problemen zu stehen und für keines davon irgendeine Lösung auch bloß damit zu sehen. nichts, das ist doch zu wenig. ich find die Möglichkeit nicht. für mich ist das Wichtigste, dass ich mich körperlich wohlfühle. aber wirklich, lieber tot. na, so eine Art, was weiß ich, Heimweh hab ich ja auch noch die letzte Zeit, einfach die Umgebung und die Leute, die ich kenne. ich leide hier so drunter, ewig allein zu sein.

Das Schweigen richtet sich gegen den Analytiker, der ihm „keine Stillung des Heimwehs gewährt hat“:

T: ja, wogegen hat es sich gerichtet das Schweigen? das Schweigen hat sich gerichtet gegen jemand, der Ihnen keine Stillung des Heimwehs gewährt hat. das Schweigen hat sich gerichtet gegen jemand, der Ihnen keine Wiederherstellung eines ersehnten Zustandes gegeben hat, eine Wiederherstellung eines ersehnten Zustandes, die sozusagen eine große, große Lösung der Probleme wäre, eine Antwort auf die großen und wichtigen Fragen Ihrer Angst. ich habe Ihnen sozusagen zugemutet, drum wurde Ihnen dauernd so, dass Sie, dass wir über etwas sprechen, dass Sie etwas sagen, zu irgendwelchen Einzelthemen, Einzelfragen, dass sich sozusagen die große, wie soll ich sagen die große Wiederherstellung, die große Befriedigung der Sehnsucht, dass die in diesen Einzelthemen und Einzelfragen nicht so direkt greifbar ist. das heißt dann: lieber tot als sich weiter um einzelnes bemühen, ohne dass sichtbar ist, ohne dass das große Heimweh befriedigt wird. das große Heimweh nach jemand, der Ihre Sehnsucht wirklich voll befriedigt und Sie beschützt, und da kommt etwas herein, was es Ihnen so schwer macht mit einzelnen Problemen, so mit einzelnen Problemen fertig zu werden, weil Sie nämlich befürchten, dass, wenn Sie nicht, dass, wenn nicht die große Lösung, die große Befriedigung der Sehnsucht dadurch zustande kommt, dass Sie selbst eben sehr viel sind, sehr viel tun, selbst ein Herkules sind, dass dann die große Befriedigung auch nicht gewährt wird, und dass die Angst dann auch nicht verschwindet, weil Sie ja selbst nicht so mächtig sind, wie Sie meinen, sein zu müssen oder wie der andere sein sollte, nämlich ich.

P: das heißt, ich markiere also den Hilflosen, dass Sie mir helfen oder wie? ich hab Sie nicht verstanden.

Für den Leser liegt der Eindruck nahe (auch in der 355. Stunde), dass dieser Widerstand mit der Überforderung des Patienten durch die recht hoch gegriffenen Deutungen zusammenhängt, zumal der Analytiker auch sehr lange klärende Passagen bringt.

Äußere Situation des Patienten

Der Patient wohnt bei seiner Tante. Die Stunde 401 ist die letzte Stunde vor Weihnachten; die weiteren Stunden liegen dann Mitte Januar des folgenden Jahres. Der Patient verbringt die Weihnachtsunterbrechung bei seinen Eltern.

Symptomatik

Der Patient klagt zwar immer noch darüber, dass er Angst habe vor Mädchen, vor Übelkeit etc. (Std. 401):

P: habe wieder eine hässliche Missstimmung. ich erwarte ziemlich unerfreuliche Tage zu Hause, weil ich ganz einfach diese üble Laune, die ich nun ja schon zwei, drei Wochen habe, da mitnehmen werde, und die scheint ja hauptsächlich darauf zu beruhen, dass mir Mädchen ganz allgemein unzugänglich sind, im besonderen, die in die ich da nun mal leider verliebt bin. das ist ja besonders schlimm für mich, weil durch diese Tatsache, ich dauernd an dieses Problem erinnert werde, dass mir irgendwelche Zärtlichkeiten oder Geschlechtsverkehr, was weiß ich was, eben Lust, vor allem körperliche Lust, völlig unzugänglich eben sind, und ich habe ganz einfach, wie schon oft gesagt, diese ewige Quälerei satt. mag da nicht tags wie ein gefangenes Tier da in der Wohnung auf und ab gehen oder nachts mich da eben vor Qual im Bett wälzen und so.

Jedoch scheinen die Ängste von sehr viel geringerer Intensität zu sein als in früheren Perioden, was der Patient nach der Unterbrechung immerhin mitzuteilen weiß (Std. 402):

P: guten Tag, Herr Professor. ja, ich bin jetzt natürlich mächtig froh, dass ich wieder hier bin. Sie haben mir ziemlich gefehlt, das war eine recht unruhige Zeit, obwohl ich weit besser über die Runden gekommen bin als ich mir das eigentlich vorgestellt hatte

Immer wieder erwähnt der Patient Befürchtungen bezüglich der Verfügbarkeit der Taxis, mit denen er von der Wohnung seiner Tante zur Analyse fährt. Diese bilden ein ständiges Ärgernis, weil diese sich ständig verspäten oder gar nicht kommen, und die Pförtner, die das Taxi des Patienten gar nicht oder erst nach langen Verhandlungen auf das Krankenhausgelände fahren lassen.

Allerdings berichtet er auch, dass er in den Weihnachtsferien beim Zahnarzt war, was ihm längst nicht soviel ausgemacht hat, wie er immer befürchtet hatte.

Vorstellungen von außer-analytischen-Beziehungspersonen

Die wichtigste außeranalytische Beziehungsperson ist das Mädchen Monika (Std. 402):

P: ..na, am meisten Unruhe hat mir ja diese letzten, was weiß ich, zwei Wochen dieses Mädchen da geschafft, von dem ich Ihnen erzählte, dass ich in die so verliebt sei

Dabei kommt ihm eine „Einbildung“ in die Quere, als ob der Analytiker ihm vermittelt habe, er würde durch das Mädchen etwas anderes, nämlich ihn suchen:

P: ..ja, ich hab ja mit diesem Mädchen eine Freundschaft angefangen und da bilde ich mir nun ein, da hätten Sie was dagegen, nicht etwa aus persönlichen Gründen, ich weiß nicht, da habe ich irgendeinen Satz von Ihnen in den falschen Hals gekriegt vielleicht, der fällt mir jetzt nicht ein, in die, wie ich das erzählt habe, ich in die verliebt sei, sagten Sie, ja das sei klar, ich würde da irgendwie was anderes suchen und irgendwie meinte ich dann, aha, das ist verkehrt, wenn ich das tue, weiß nicht. na ja, ich bin ja an und für sich mächtig in dieses Mädchen verliebt, weil ja an und für sich, wie soll ich so sagen, ungleich viel mehr von dem finde, was ich bei anderen Mädchen in den Dingen eben suche, weiß nicht.

Der Patient kannte sie schon seit längerer Zeit; jetzt hat er sie ihrem Verlobten ausgespannt und eine engere Beziehung angeknüpft. Über Weihnachten intensiviert sich diese Beziehung.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Die Periode zerfällt in zwei Teile, nämlich die Stunde 401 vor der Weihnachtsunterbrechung und die vier übrigen Stunden nach der Weihnachtsunterbrechung.

Std. 401: Der Patient eröffnet die Sitzung mit einem ungewöhnlich ausführlichen Eingangsmonolog, der anscheinend von der Thematik seiner Mädchensuche bestimmt ist. Allerdings bekommt der Analytiker auch massive Kritik zu hören:

P: es ist ja auch nun wieder recht entwürdigend, das Ihnen zu erzählen. mag ja meinetwegen auch wieder so sein, dass da ein mordsmäßiger Hass auf Sie dahinter steckt, dass ich all die Lust, die ich da nun von irgendwelchen Mädchen erwarte, von Ihnen nicht gekriegt habe und nie kriegen werde und so weiter und so fort, aber ist ja auch bekannt, dass die Erkenntnis nicht weiterhilft, weil ich ja mit irgendwelcher Wut überhaupt nicht fertig werde

Er berichtet nur auf Nachfragen des Analytikers und auch dann noch sehr bruchstückhaft von der soeben angeknüpften Beziehung zu Monika:

P: nö, wieso, ich habe nur nicht gesagt, wie die aussieht oder wie sie heißt oder was sie für eine Haarfarbe hat. das ist ja wurscht. wieso soll ich Ihnen von diesem Mädchen erzählen, die werd ich wieder vergessen. ich krieg sie nicht und eines Tages wird's eine andere sein, in die ich verliebt bin, wird's mich wieder neu quälen, darauf kommt's an

Dass die Analyseunterbrechung über Weihnachten ein Grund für sein Verhalten sein könnte, kann der Patient erst nach einer entsprechenden Deutung des Analytikers halbwegs anerkennen.

Std. 402 bis 405: Die Beziehung zu Monika, in die er seinerseits sehr verliebt ist, empfindet er andererseits aber schon wieder als zu starke Bindung. Er ist durch die Intensität seiner Gefühle extrem beunruhigt. Diese Qual wird intensiv erlebt; von der Realität her ist kein Grund dafür vorhanden. Der Patient klagt mehrfach über die Unfähigkeit des Analytikers, ihm Voraussetzungen für eine angstfreie Aufnahme einer erotischen Beziehung zu vermitteln. Er weist den Analytiker teilweise sehr konkret zurück; das hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass er seine Einschränkungen auch zum ersten Mal an einer konkreten Person erlebt.

Psychodynamik

Die 401. Stunde ist gekennzeichnet durch die Verleugnung der unmittelbar bevorstehenden längeren Weihnachtsunterbrechung. Die verschiedenen Klagen über Erfolglosigkeit etc. können als Manifestationen der dynamisch aktivierten Trennungsangst aufgefasst werden:

T: und darin steckt ein Suchen nach etwas Stärkerem, was ist ein starkes Mittel zum Abschied. da ist eine Beziehung, was Sie von dem Mädchen sagen, und was Vergleichbares da, das starke Mittel, dort ist dann sehr starker Ausdruck eines starken Gefühls, was von einem Mädchen kommt und ein starkes Mittel von mir, ein starker Ausdruck von Zuneigung. und was Sie da suchen, ist dann auch Ihr eigenes starkes Gefühl, dass es nicht verloren geht, dass es erwidert wird und da man nicht recht weiß, ob es erwidert wird oder ob nicht doch etwas verloren geht davon. und das möchten Sie dann in einer Beziehung bei einem Mädchen sozusagen gleich wissen, möglichst schnell, und schämen sich dafür, so dass es zugleich nur im Verborgenen glüht, so dass Sie natürlich recht haben, wenn Sie sagen, einerseits beunruhigt Sie das, andererseits wollen Sie sich besser distanzieren lernen davon, das heißt, das es gleich im ersten Augenblick lichterloh brennen muss, sondern dass man einen gesteuerten, einen gelenkten Brand im Ofen brennen lässt.

P: na, was weiß ich, das geht mir freilich sehr nahe, was Sie vorhin sagten wegen Zuneigung und Wieder finden, starkes Gefühl, nichts verloren, aber wissen Sie, ich krieg furchtbar Angst, wenn mich jemand mag, davon will ich gar nichts wissen.

T: weil Sie dann fürchten, nicht mehr loszukommen, wo es doch so wichtig ist, loszukommen andererseits für Sie

Das Hauptthema des Abschnittes 402 bis 405 sind die überwältigenden Gefühle des Patienten durch die erste ernsthafte Freundschaft während der Analyse zu einem Mädchen. Sein Erfolgserlebnis wird sofort durch narzisstische Probleme und seine Angst vor Abhängigkeit aufgehoben (Std. 402):

P: ich habe immer Angst vor dem Augenblick, in dem ich irgendwas Negatives erfahre, ich kann das ja nicht verarbeiten, davor hatte ich ja immer Angst. na, natürlich konnte ich im Einzelfall genau und sauber feststellen die Wut auf das Mädchen, wenn ich da irgendwas nicht so kriegte oder die Wut auf deren Exverlobten, das war in der üblichen Weise maßlos verzerrter Hass, aber ich bin, wie immer, unfähig, das zu reduzieren und wegzulassen. es geht einfach nicht, ich muss dann immer selber über mich lachen, weil ich da so bin, aber irgendwie erstarrt alles, und ich schäme mich dann ja auch für den Blödsinn, den ich da denke und empfinde

Er kann seine enorme Überempfindlichkeit für Reize außerhalb seines Kontrollbereichs besser distanzierend kennzeichnen. Seine Wut kann als Versuch aufgefasst werden, die Traumata zu überwinden. Zugleich ist der Patient durch seinen Hass beunruhigt (Std. 402):

P: da hatte ich diesen Hass natürlich, aber das wusste ich, das konnte ich sogar sehen, aber nicht abstellen. und irgendwie, Verliebtheit führt ja bei mir grundsätzlich zu schlechter Laune, die ich dann niemand zeige, aber ich hab sie doch. vielleicht kommt das daher, dass ich dann da nicht alles so kriege wie ich es will oder. - . jedenfalls, wenn die dann weg ist, dann denke ich, die kann mich, werde wütend und dann bilde ich mir auch gleich wieder ein, die macht mir ja doch bloß was vor

Diese Thematik rahmt die Beziehungsgeschichte zu dem Mädchen Monika ein (Std. 403):

P: ja ich bin die ganze Zeit schon, recht ärgerlich über mich, weil ich gar nicht so richtig weiß was ich Ihnen erzählen soll, irgendetwas wo ich denke da- das geht weiter oder ich, lern endlich wieder ein Stück mal dazu mir fällt, einfach, "nix" ein ich, ich weiß immer bloß was ich gerne möchte und was mir fehlt, aber irgendwie etwas dazu wie ich, zu allem komme was ich da will. --- meinetwegen wenn ich da, mal wieder auf Sie wütend bin, weshalb das dann immer so schlimm ist. für mich und, was weiß ich. --- und Sie da, immer sagen im Hass und in der Wut da steckt Lust ich hab, keine +für mich ist das" nix".

T: hmhm+

P: Leidenschaftliches meinetwegen. -- wenn mir irgendwas unangenehm ist wird' s mir schlecht davon. ---- überhaupt ärgert mich dass wenn ich da, in Gedanken so aggressiv werde wegen jedem Dreck und in Wirklichkeit gelingt' s mir dann überhaupt nicht. äh, mich durchzusetzen oder irgendwas, zu erreichen

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

In der 401. Stunde wird die Unterbrechung (vor der Weihnachtspause) besonders bearbeitet.

Der Analytiker deutet die Trennung als Kränkung:

T: schon die äußere Tatsache der letzten Stunde, der Unterbrechung, ist ein Fortgeschicktwerden und das elementare Gefühl von neulich, als Sie warten mussten wegen dem (anderen) Patienten, ist ein dafür ein Beispiel. Sie werden dann fortgeschickt. Es ist eine solche Kränkung, dass Sie die verständlicherweise möglichst rasch wieder ausgeglichen sehen möchten durch einen möglichst raschen, schnellen Erfolg bei einem Mädchen. so dass dort also auch schon eine kleine Wahrnehmung, dass es dort vielleicht auch nicht so schnell geht, Sie wieder kränkt und die alte Kränkung des Fortgeschicktwerdens potenziert und verstärkt. mit der Anklage, die ja in der traurigen Feststellung auch steckt, ja, jetzt gehen Sie dann fort und können drei Wochen, vierzehn Tage nicht aus dem Haus. so habe ich Sie geschädigt durch die Nichterwiderung, so habe ich Sie gekränkt.

Std. 402 bis 405: Die Metapher von Herr und Knecht, von Dominanz und Unterwerfung wird erneut ins Spiel gebracht (Std. 402):

T: ..was er {der Analytiker} auch immer kann, eines kann er nicht, irgendwie hängen die Beschwerden damit zusammen, so viel er auch kann, an einem entscheidenden Punkt sind Sie Ihr eigener Herr, an einem Punkt allerdings, wo Sie dann auch wieder sich als der Knecht Ihrer Beschwerden erleben,... wo dann vielleicht dann dieses Herr im eigenen Haus sein wollen und selbst etwas sein

wollen, anscheinend doch noch mit sehr viel Selbstbestrafung verbunden ist, weil es, so etwas ist wie große Undankbarkeit.

P: ja, das leuchtet mir auch ein.

In den folgenden Stunden dreht sich die Thematik um Niederlagen im Umgang mit Nässe und Kälte; immer wieder wird der Zusammenhang von Kränkung, Wut und Angst interpretiert (Std. 404):

T: welcher Vorteil liegt nun darin, dass die Wut ein Fremdkörper geworden ist?

P: na, im Moment fällt mir dazu nur unsinniges Zeug ein, nämlich, ich habe Angst, wenn das, wenn ich die vielleicht doch erlebe, dass mir dann nun dauerhaft wieder ziemlich schlecht wird. und ich habe keine Lust, mir die Mühe zu machen, die Wut, die mich ohnehin nicht interessiert, da überhaupt zu bearbeiten.

T: also, das wäre dann dies, dass Sie dann trotz Wut noch ohnmächtiger bleiben oder, sogar noch mehr, dass Sie durch die Wut sich noch ohnmächtiger fühlen, weil Sie selbst in der Wut nichts machen können. sozusagen trotz Volldampf nichts ändern können.

Kommentar: Obwohl der Analytiker sich immer wieder neue Ideen (z. B. Wut als unkontrollierbarer Fremdkörper), einfallen lässt, ist der Patient unzufrieden und beklagt, dass alles beim Alten bleibt. Der Analytiker bietet dem Patienten zuviel an verbaler Kommunikation und zuwenig "Substanz", die der Patient aber auch nicht will, da sie ihn zu sehr bindet.

Periode X (Std. 451-455)

Äußere Situation des Patienten

Unverändert; der Patient wohnt weiterhin bei seiner Tante. Er erzählt, dass er neuerdings zwei bis drei Stunden am Tage arbeiten kann; allerdings nicht in einem hin, sondern "stückchenweis".

Symptomatik

Es bestehen immer noch Ängste vor Versagen in verschiedenen Situationen und vor körperlichen Beschwerden; bemerkenswert ist jedoch die Klarheit, mit der der Patient seine Symptomatik mit den hintergründigen Abläufen in einem systematischen Zusammenhang sehen kann (Std. 451):

P: da hab ich gerade wieder weiche Knie bekommen, weil ich da an der Pforte wieder Scherereien hatte, weil sie mich wieder nicht reinlassen wollten. jetzt bin ich dann dadurch schon wieder verstimmt, weil in solchen Fällen steckt da wieder Wut dahinter und dann fällt mir wieder ein, dass ich die nicht beherrschen kann und dann immer wenn ich wütend werde, werde ich ja zusätzlich hinterher noch, was weiß ich, verstimmt irgendwie eben. ich krieg ja auch Angst, wenn andere Leute wütend werden. ich weiß nicht, was ich dabei denke. das eine ist, dass dem die Wut selber schadet und wahrscheinlich, weil ich dann selbst wütend werde, ich weiß nicht wieso, und weil ich Angst habe, mir passiert da was, wenn andere wütend sind. ich weiß das nicht, mir wird's halt schlecht. und so richtig wütend werde ich ja an und für sich anderen Leuten gegenüber gar nicht. ich bin ja immer sehr gedämpft, zurückhaltend mit Reden, Äußerungen. muss ja auch nicht von Vorteil sein, da nun richtig wütend zu werden, aber manchmal wäre ich schon froh, wenn ich's überhaupt sein könnte. ich hab ja nichts. möchte ja eben das haben können, was Sie eine gesunde Welt nennen. Das hier, das ist offen.

T: ja danke.

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Die Pförtner, die den Patienten nicht aufs Krankenhausgelände fahren lassen wollen, bilden weiterhin ein erhebliches Ärgernis, das sich als prototypisch darstellt (Std. 451):

P: und ich weiß auch, dass ich das im Einzelfall so völlig bezeichnend erlebe, gleich was das ist, ob mir was verwehrt wird, oder ob ich beleidigt werde, oder zurückgewiesen, oder geärgert. es ist ganz wurscht, was für eine Niederlage ich einstecke, ich werde halt entsprechend wütend, weil, wie Sie selber sagen, ich das als furchtbaren Niederschlag erlebe und jetzt ist aber die Frage, äh, doch warum erlebe ich das als so schreckliche Niederlage, und zwar in jedem Fall was anderes.

T: ja, ja, ja, ja.

P: und hier, wenn ich zur Pforte nicht rein darf, da steckt ja nicht nur die Niederlage drin, dass ich meinen Willen nicht durchgesetzt habe, also unterlegen bin, der Schwächere war im Kampf mit dem Pförtner sondern es steckt die ganze Scheißangst, deretwegen ich überhaupt da herkomme, dahinter.

Die Beziehung zu Monika besteht noch; den Patienten beschäftigt nun seine Angst, mit ihr zu schlafen, und ob er dies „lebendig“ überstehen würde (Std. 453).

Er erinnert sich an die Einstellung der Eltern und des Großvaters zu seinen Tätigkeiten in der Kindheit. Der Großvater war der einzige, der Interesse an dem zeigte, was dem Kind Spaß machte. Die Mutter kümmerte sich um technische Spielereien sowieso nicht, aber auch der Vater zeigte Desinteresse. Die Einstellung zu seinem Vater bestimmt noch heute seine Einstellung zur Arbeit. Anscheinend wurden seine manuellen Fähigkeiten extrem herabgesetzt, was eine bleibende Verunsicherung hinsichtlich des Wertes seines Körpers als Werkzeug herbeiführte. Dem Vater gegenüber baute er gleichzeitig eine Überlegenheitsphantasie auf: der Erfindervater ist mit Primitivem zufrieden, der Patient hingegen beschäftigt sich mit dem Bau einer elektronischen Apparatur (Std. 454):

P: ja, ich weiß an und für sich gar nicht so recht, was ich mal wieder erzählen soll und ich bin schon mürrisch, weil mir nichts einfällt. mir geht nämlich dauernd so eine Spielerei durch den Sinn, die ich mir da in den Kopf gesetzt habe. na, ich weiß aber nicht, ob sich das lohnt, darüber nun Zeit zu verlieren. ich will das auch nicht erzählen. ja, was, es geht nicht anders, ich muss eben doch blödsinnigerweise, und zwar hab ich mir da in den Kopf gesetzt, eine Apparatur zu machen, die auch solche Wellen empfängt, die man mit dem normalen Radio nicht reinkriegt und jetzt geht mir da dauernd die Schaltung durch den Kopf.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Der Patient kritisiert nach wie vor, dass ihm in seinen körperlichen Schwächezuständen nicht geholfen wird und dass nichts geschieht, damit er seine Wut "in den Griff bekommen" kann.

Daneben erscheinen in dieser Periode deutliche Hinweise auf eine sehr positive Beziehung zum Analytiker; gute Mitarbeit (z.B. gegen Ende der 451. Stunde):

P: aber ob ich jetzt nun nachdenke, wie ich die Wut gegen den Pförtner, oder wie ich die Wut gegen Sie, loskriege, das kommt ja schließlich auf das gleiche raus. es wird ja wohl nur wichtig sein, zu sehen, dass ich wütend bin, dass ich irgendetwas als so furchtbare Kränkung empfinde, dass ich eben diese entsetzliche Wut als Ausgleich brauche. aber. - . nun weiß ich aber heute, dass die Wut ja, die ich da habe, nun, ganz konkret, dass die ja idiotisch ist. sie hilft mir ja zu nichts, im Gegenteil, es wird mir noch schlechter. das heißt, dass ich mehr Bewegungsfreiheit habe, wenn ich die Wut weglasse, weil's mir ja nicht schlecht wird und wie Sie sagten, ich, am Freitag, ich könne mehr, wenn ich nicht, als Sie, wenn ich nicht wütend bin, Sie können gar nichts, Sie sitzen hier oben. ich kann wenigstens, wenn ich nicht wütend werde, mich mit dem Pförtner unterhalten und so weiter und so fort. der ganze Rattenschwanz. der oft genug, da hier erwähnt worden ist. ich hab das doch wohl richtig begriffen, am letzten Freitag. mit dem oder?

T: ja, ich glaub schon, ja, mhm.

P: und, ja, und jetzt ist die Frage lediglich noch: "warum werd ich wütend" oder "warum kann ich die Wut nicht weglassen" und, das ist ewig dasselbe. was für Vorteile damit verbunden sind, und was im Einzelnen abläuft, ist mir ja klar, meistens wenigstens.

Es gibt keinerlei Abbruchgedanken. Die Berichte des Patienten, dass er täglich einige Stunden arbeiten könne und dass er ein kompliziertes Empfangsgerät gebaut habe, muten wie die Mitteilung von Geheimnissen, wie Geschenke an den Analytiker an. Und er scheint von der Freude des Analytikers an seinem Erfolg überrascht zu sein (Std. 452):

P: ja, äh, und so die letzten, vielmehr diese Woche, die letzte Woche und auch so die Wochen vor Ostern nicht, aber über Ostern hab ich's doch ein bisschen hingekriegt, was zu tun, nicht viel, vielleicht zwei oder drei Stunden am Tag.

T: ja. darf ich mich auch freuen darüber?

P: äh, das ist eine seltsame Frage, Herr Professor.

Psychodynamik

Realitäten werden als extrem lusteinschränkend erlebt, so dass der Patient vorwiegend in die Reaktion Wut und Müdigkeit und Lustlosigkeit ausweicht. Sekundär ist er dann zusätzlich darüber wütend, dass er seine Wut nicht "in den Griff bekommt".

P: ja, ich weiß nur, dass ich eben da furchtbar wütend werde, wenn ich nicht kriege was ich will und dass mir einfach nicht möglich ist, die Wut wegzulassen. so unnütz die ist, das weiß ich doch wohl. wenn Sie heute nichts dazu wissen, fällt Ihnen vielleicht nächste Woche was dazu ein oder nächsten Monat, aber ich hab's halt in dem Moment nicht.

Er scheut Abhängigkeit, weil er dadurch erhöht kränkbar und von der Realität (Vater, Mutter etc.) abhängig wird.

Seine "Dauerwut", die sich nicht aus rezenten Frustrationserfahrungen erklären lässt, wird vom Analytiker als omnipotente Selbstbehauptung („Vollkommenheits-Ideal“) aufgefasst. Sie ist demgemäß so übermächtig, dass sie gar nicht "in den Griff bekommen" werden kann, weil sich damit ja bereits eine realitätsgerechte Reduzierung vollzogen haben müsste. Solange die Wut mit einem primitiven Ich auf gleicher Ebene steht, solange also Ich und Wut identisch sind, kann das Ich nicht im Abstand zur Wut diese zügeln.

In dieser Überlegung ist die Hypothese enthalten, dass die Mutter die Ich-Entwicklung des Patienten in diesem Bereich geschädigt haben muss (Std. 452):

P: Ob das damit zusammenhängt, dass Ihre Mutter einerseits Sie sehr anhänglich, Sie sehr abhängig gemacht hat, andererseits aber auch wiederum in manchen Bereichen, Sie eher abgewiesen hat. in Ihnen so eine Phantasie einerseits entwickelt hat, dass Sie immer da ist für Sie und darum die Enttäuschungen besonders stark wurden, wenn, Enttäuschungen natürlich die da sind, wenn man da feststellen muss, das ist keineswegs so, sie ist ja gar nicht immer da.

Die Autonomie-Dynamik wird an diesen geheim gehaltenen Hobbies deutlich. Wegen des phantasierten Verbots hält der Patient den "Schaltkreis" jedoch geschlossen.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Die Arbeit kreist vorwiegend um den Wunsch nach einer „reibungsfreien konfliktfreien Einheit“, aus dem sich die meisten gekränkten Reaktionen des Patienten ableiten lassen.

P: ja, das verstehe ich, Herr Professor, es ist nur eines, weshalb sollte ich mich dann gegen das Begreifen stemmen, doch nur dann hat es einen Sinn, wenn ich den Schaden weiter behalten soll und ich dann weiter auch auf Sie wütend sein werde.

- T: wenn Sie den Schaden nicht behalten sondern wenn Sie den Schaden , der Ihnen zugefügt wurde, erst einmal noch indem Sie mich schädigen und sozusagen mich treffen, indem Sie den, der Ihnen etwas verwehrt hat, der Sie geschädigt hat, der Pfortner, meine rechte Hand, indem Sie diese rechte Hand erst einmal zurückweisen und diese rechte Hand mir also auf die Finger hauen sozusagen.
- P: ja, vielleicht machen wir's so, indem Sie mir nochmals erklären, was Sie mit dem Sesam öffne dich meinten, weil jetzt versteh ich's natürlich überhaupt nicht mehr.
- T: das Sesam öffne dich ist die Wunschwelt, dass alle Tore, und alle Prügel, alle Tore aufgehen, wo immer man sich bewegt, das ist das Sesam öffne dich, keine Grenze da ist, keine Barriere und äh . das ist die Wunschwelt einer, auch einer reibungslosen konfliktfreien Einheit, mit dem Ziel, personifiziert mit mir mit einer schönen Frau, mit einem Buch, nicht?

Periode XI (Std. 501-505)

Äußere Situation des Patienten

Er wohnt bei seiner Tante und fährt mit dem Taxi zur Analyse. Er überlegt jedoch (und realisiert wenig später), den Weg zu Fuß zurückzulegen. Wenige Stunden vor Beginn dieser Periode hatte der Umzug des Analytikers in andere Räume stattgefunden, dem der Pat. jedoch keine große Relevanz zu schreiben gewillt ist.

Symptomatik

Extreme Lustlosigkeit, die sich symptomatisch als Arbeitsunlust und Faulheit äußert. Objektiv betrachtet hat diese "Faulheit" schon während der ganzen Analyse bestanden; im Erleben des Patienten jedoch hat sie in dieser Periode eine ganz besondere Bedeutung. Ängste scheinen noch zu bestehen, treten aber gegenüber der "Faulheit" zurück (Std. 501):

- P: guten Tag Herr Professor, ---- bin also, wieder, wegen irgendetwas heftig wütend auf Sie, das gefällt mir, gar nicht zumindest weil ich dann in / Stunde, zu, nichts komme und, wenigstens deshalb hinterher dann, recht deprimiert bin. ich weiß nicht so recht weshalb ich, (lautes Motorengeräusch) momentan, wieder so: äh böse auf Sie bin. habe halt, wieder den Eindruck, dass Sie mir in dem Punkt nicht helfen, der Punkt ist meine, Faulheit. Sie sollen da irgendwas für mich tun was weiß ich nicht. Sie tun' s nicht, ich bleib dann, faul, weiß nicht ich will ja, mit Ihnen über alles äh das reden was Sie da anschneiden, meinetwegen dass Sie etwas für mich tun sollen oder, dass, hm, ich, gezwungen bin, äh zu arbeiten und was alles so geredet wird, aber, es scheint mir so fremd alles. und äh, i- ich finde einfach ich hab' s Ihnen schon mal gesagt dass das Pferd am Schwanz aufgezümt weil, ich meine zunächst müsste man doch, mir mal beibringen /(wie) überhaupt, ein Grund habe zu arbeiten etwa, und Lust am Arbeiten oder so, und da habe ich nichts!. es ist dann meine ich müßig, sich über alles drumrum zu unterhalten weil, selbst wenn das geklärt ist äh bin ich immer! noch nicht fleißig weil, ich ja keine Lust habe zu arbeiten. --- zudem ist mir das was Sie anführten zu persönlich ich mag äh so was nicht das wissen Sie, mir gefällt das nicht persönlich zu sein ich bin, lieber distanziert, ---

Vorstellungen von außer-analytischen-Beziehungspersonen

Zum ersten Mal wird etwas über die Tante berichtet; sie scheint recht genau und pünktlich zu sein und ist "irritiert", wenn er zu spät zum Essen kommt, weshalb er einer vom Analytiker vorgeschlagenen Terminänderung nicht zustimmen kann..

Die Beziehung zu Monika besteht noch.

Der Patient erwähnt, dass er von seiner Mutter sehr stark abhängig sei.

Im Zusammenhang mit dem Umzug wird die Sekretärin des Analytikers erwähnt, die manchmal sein Klopfen nicht hört und dadurch zu einer Unsicherheit beiträgt, wie er sich verhalten soll. Offenbar hat der Patient in ihr einen „Pförtnerersatz“ gefunden.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Der Analytiker gibt dem Patienten keine Hilfe in den wesentlichen Punkten seiner ausgesprochenen auf körperliche Mängel bezogenen Klagen (Std. 502):

P: habe ja immer Angst, jemand auf die Nerven zu fallen, oder zu frech zu sein, oder was weiß ich, wenn ich hier herkomme, bin ich ja ohnehin meist schon nervös, dass ich mir zusätzliche, auch nur ganz geringfügige Belastungen nicht leisten kann. kann ja gerade anfangen zu reden von was ich will, Sie lenken mich immer um auf den Trotz, was wollen Sie denn damit anfangen, ich kann damit nichts anfangen, mich langweilt das über Trotz zu reden, weil mich jetzt interessiert, wie werde ich fleißig und ich finde keinen Zusammenhang zwischen Trotz und Faulheit und ich finde auch es ist unnötig, über den Trotz zu reden, weil Wut drin steckt und mit der Wut ist das so eine eigene Sache, die geht ja immer nicht weg. ist auch ein Satz, den ich fast täglich wiederhole, vielleicht verkehr ich da auch, aber ich glaub's nicht. ja, wenn Sie immer auf den Trotz zurückkommen, muss es doch damit eine Bewandnis haben, was ist los damit, warum sagen Sie nichts?

So hat der Patient z.B. die Vorstellung, er könne nur fleißig werden, wenn der Analytiker ihn fleißig mache. Analoge Verhältnisse bestehen bei seiner Unlust und bei seinem Aktivitätsmangel. Auch hier erwartet er Lust oder Aktivitätsvermittlung vom Analytiker.

Psychodynamik

Die Unlust kann als analer Trotz aufgefasst werden. Demgemäß wird die verdeckte Lust in der passiven Aggressivität, in der trotzig Selbstbehauptung gesucht. Die interaktionelle Seite des Trotzes wird in der Arbeit in den Mittelpunkt gestellt und die Analität - wenn auch in Analogien - besprochen. Es wird davon ausgegangen, dass ein Aufgeben des Trotzes durch eine Übertragungsbeziehung möglich werden könnte, in der erreicht werden werden könnte, dass der Patient den Analytiker offen mit in die Scheiße (Senf) ziehen kann. Er selbst bezeichnet sich stärker als in früheren Stunden als "Scheißkerl". Insofern ist eine Entwicklung von der Auflösung der Verdrängung zu registrieren.

Allerdings gibt es auch eine Kastrationskomponente in seinen Klagen über körperliche Unfähigkeit. Er beklagt sich auch, dass er beim Analytiker nichts findet.

Durchsetzt ist diese Entwicklung von depressiven Einbrüchen. Er will die Behandlung beenden und würde sich umbringen, wenn er keine Angst davor hätte. Diese Dynamik gipfelt in ungeheurer Wut.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Die Idee des Patienten, dass seine "Substanzdefekte" nur durch materielle Zufuhr geheilt werden können, ergibt ein äußerst schwieriges behandlungstechnisches Problem. Es wird noch dadurch verstärkt, dass der Patient zugleich jede konkrete Vermischung, z. B. gemeinsam Scheiße zu machen, als erneute schwere Erniedrigung erlebt. Daraus resultiert seine Hoffnungslosigkeit mit Abbruchs- bzw. Suiziddrohungen in der 504. Stunde. Die behandlungstechnischen Schwierigkeiten zeigen sich auch darin, dass der Analytiker bei seinen Deutungen,

dass er irgendwo sich noch ein Stück Lust bewahrt habe (z. B. anal), sehr suggestiv und direkt vorgeht bzw. über den Kopf des Patienten hinweg redet. Die Aktivität des Analytikers zeigt sich z. B. in der 501. Stunde, als der Analytiker am Beispiel des Umzugs der Abteilung in ein neues Gebäude das Thema Veränderung forciert anspricht.

5.2. Längsschnittliche Zusammenfassung des Verlaufs der einzelnen Gesichtspunkte

Der äußere Verlauf

Die äußeren Bedingungen dieser Behandlung waren vorwiegend durch den Umstand gekennzeichnet, dass der Patient stationär behandelt werden musste, da in seinem Heimatort keine Möglichkeit einer ambulanten oder einer stationären Behandlung bestand. Die folgende Aufstellung macht die Entwicklung seiner Mobilität deutlich:

Äußere Situation

Krankenhaus.....wohnt bei Tante.....											
kommt im Taxi.....											
kommt zu Fuß											

Periode	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI

Interessanterweise konnten wir in einer früheren textanalytischen Untersuchung einen Anstieg der verbalen Redundanz im Text des Patienten nachweisen, die mit dieser motorischen Entfaltung synchron ging (Kächele u. Mergenthaler 1984) (Abb. 8):

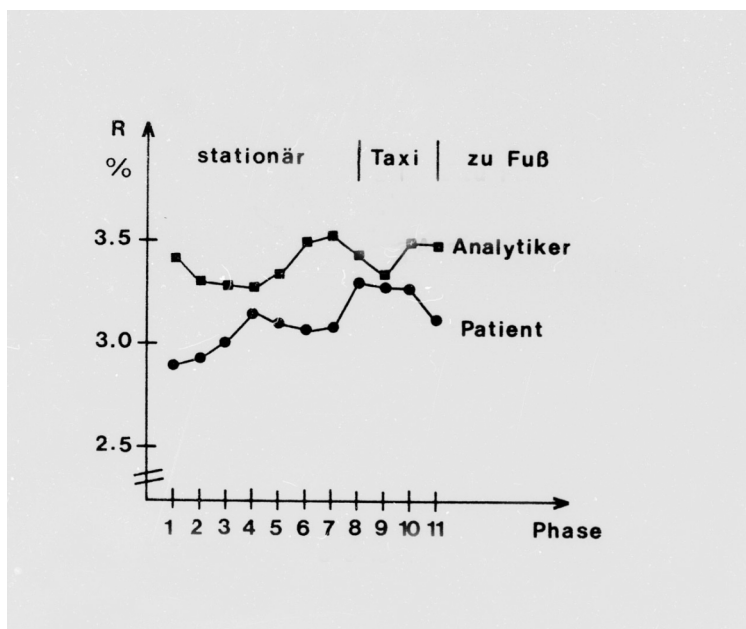


Abb. 8 Anstieg der verbalen Redundanz

Die stationäre Unterbringung als Parameter dieser Behandlung bestand über einen Zeitraum von 18 Monaten, was in dieser Zeitstichprobe den Perioden I - VII entspricht. Die Fahrt in die Klinik wurde aufgrund des Umzugs zu einer Tante zunächst noch mit Hilfe eines Taxies ermöglicht, welches den Patienten jeweils zu den Stunden

in die Klinik brachte (Periode VIII - X); dann aber konnte er seinen Weg zur Klinik zu Fuß zurücklegen, was den nächsten Schritt, die Wiederaufnahme seines Studiums, vorbereitete (Periode XI).

Dieser Aspekt der Behandlung zeigt die schrittweise sich vollziehende Auflösung der motorischen Einschränkungen des Patienten, der als "Veränderungs"-Index zwar grob, aber unübersehbar ist.

Aus heutiger Sicht scheint die Dauer der Hospitalisierung ungewöhnlich lang gewesen zu sein; allerdings belegen die Aufzeichnungen, dass zwar mehrfach eine Umwandlung in eine ambulante Therapie erwogen, und dann doch vom Patienten selbst heftigst abgelehnt wurde. Die Unterbringung auf einer Station der Medizinischen Klinik der damals jungen Medizinischen Hochschule war unter den damaligen Umständen nicht so ungewöhnlich, wie es aus heutiger Sicht zu sein scheint. Damals bestand ein Doppel-Lehrstuhl Internistische Psychosomatik (Prof. von Uexküll) und Psychotherapie (Prof. Thomä) und der behandelnde Analytiker (Thomä) hatte sein Büro in einem neu errichteten Nebengebäude, das von der Krankenstation aus zu Fuß erreichbar war. Die wegen der recht massiven Tachykardie-Anfälle des Pat. mitbehandelnden Internisten waren der Abteilung Internistische Psychosomatik zugeordnet. Das Umfeld der Privat-Station wurde außerdem durch Patienten gestaltet, die wegen Ernährungsprobleme (Adipositas) ebenfalls lange Liegezeiten aufwiesen.

Der Verlauf der Symptomatik

Die regelmäßige, wenn auch stichprobenartige Erhebung über elf Zeitpunkte ergibt, dass der Patient zu Beginn der Behandlung sehr wenig Angsterlebnisse unmittelbar in den Sitzungen erlebt, wohl aber über vielfältige Angst auslösende Situationen berichtet bzw. über ihn einengende Verhaltenseinschränkungen spricht. Die berichteten Ängste können vom Patienten durch entsprechende Vermeidungshaltungen unterlaufen werden (s. Std. 51-55, 101-105). In der V. Periode ist eine deutliche Veränderung zu registrieren: Nach 200 Stunden Behandlung intensiviert sich die Angstsymptomatik innerhalb und außerhalb der Behandlungssituation. Dieser Zustand hält sich bis zur Periode VIII (Std. 351-355). Dort wird eine zunehmende Diskrepanz zwischen der Erlebnisseite der Ängste und der objektiven Besserung vermerkt. Diese Tendenz setzt sich auch in den folgenden Stichproben fort. Der Patient hält an seinen Ängsten fest, obwohl sich sein Verhalten zunehmend expansiver gestaltet.

Die verhaltensmäßige Besserung des Patienten kann besonders gut an einem Beispiel der Periode VII (Std. 301-305) gezeigt werden. Er ist am Wochenende erstmals seit langem mit dem Auto nach Hause gefahren. Fünfzig Stunden später (Std. 351-355) berichtet er von der Teilnahme an einem sportlichen Wettkampf (Regatta) und noch weitere fünfzig Stunden später teilt er mit, dass er den Besuch beim Zahnarzt ohne einen Angstanfall überstanden hat. In der X. Periode (Std. 450-455) stellt man beim Lesen der Verbatim-Protokolle fest, dass der Patient seine Fachliteratur wieder studiert und sich als sehr geschickter Bastler von elektronischen Geräten erweist.

Der Verlauf macht also deutlich, dass sich auf der Ebene der Symptomatik zwei Entwicklungen erkennen lassen: Durch die stationäre Behandlung reduzieren sich die vielfältigen panischen Ängste. Die allmähliche Mobilisierung dieser Ängste im "analytischen Raum" führt zu einem Abbau der Verhaltenseinschränkungen; am Ende des hier untersuchten Zeitraumes, der nicht identisch mit der Beendigung der Behandlung ist - findet sich aber eine neue Symptomatik, die erst nach Überwindung der Angstsymptomatik sichtbar geworden ist. Der Patient könnte nun mehr riskieren; nun zeigt sich aber, dass er sich absolut nichts zutraut. Lustlosigkeit und ein absoluter Mangel an Selbstwertgefühl stehen nun im Mittelpunkt der Klagen. Seiner Unlust entspricht eine ihn überwältigende Passivität (Faulheit). Diese neu auftauchende psychologische Symptomatik – Faulheit und extreme Lustlosigkeit - dominiert die dann folgenden Phasen der Behandlung, die hier nicht weiter verfolgt werden.

Vorstellungen von außeranalytischen Beziehungspersonen

Es erstaunt, wie dürftig das frühere und gegenwärtige soziale Netzwerk des Patienten ist, soweit dies aus den Texten erschlossen werden kann. Es kommen fast nur familiäre Bezugspersonen oder Personen aus dem Umfeld des stationären Aufenthaltes vor. Dieser Eindruck prävaliert über den ganzen hier untersuchten Behandlungszeitraum. Dies wird insbesondere an seinem auffallenden Sprachgebrauch deutlich, wenn er durchgängig fast nur von ‚Mädchen‘ (im Plural) als den unerreichbaren Objekten seiner Sehnsucht spricht, ohne dass auch nur eine Person des anderen Geschlechts mit einem konkreten Namen ausgezeichnet wird. Allerdings geht der Gebrauch des unspezifizierten Ausdrucks ‚Mädchen‘ im Verlauf der Behandlung sys-

tematisch zurück, wie bei einer Wortschatzanalyse⁵ gezeigt werden konnte (Kächele 1973) (Abb.9):

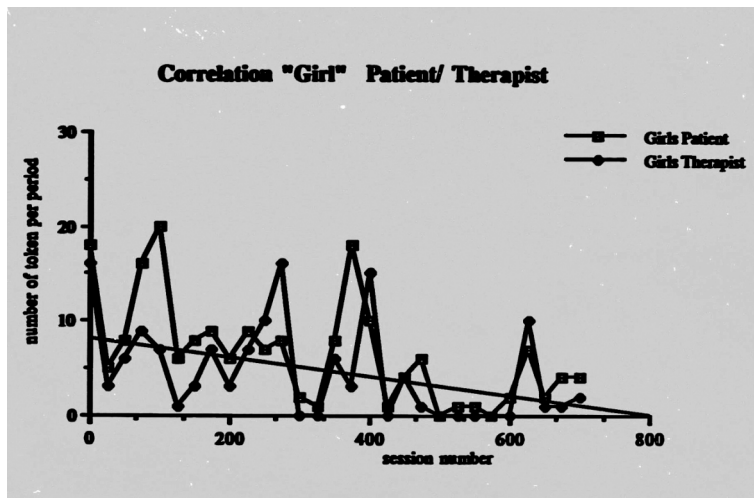


Abb. 9 Gebrauch des unspezifizierten Ausdrucks ‚Mädchen‘ im Verlauf der Behandlung

Selbst als sich gegen Ende des hier untersuchten Ausschnittes die Beziehung zu Monika konkretisiert (von der aus dem Überblick über die ganze Behandlung und die langjährige Katamnese bekannt ist, dass die Beziehung zu ihr Bestand hatte) wird diese Person aus den Verbatimtexten nur wenig konkret fassbar. Es könnte durchaus sein, dass die „diskrete“ Eigenart des Patienten vom Analytiker insofern unterstützt wurde, als dieser sich nur wenig direktiv nachfragend eingemischt hat.

Ähnliches lässt sich vom Bild der Lebensgeschichte des Patienten sagen, soweit diese sich in den hier untersuchten Ausschnitten fassen lässt.

Zur Biographie des Patienten finden sich einige Passagen, die sich auf die Entstehungsgeschichte seiner Symptomatik beziehen, wie z. B. in der fünften Sitzung:

P: körperliche Schwächlichkeit, die ich mir da einredete. das kann schon sein, nicht wahr? weil ich ja wie ich Ihnen erzählte nach diesem Verdacht auf Myocarditis, nichts tun durfte ich durfte nicht rennen ich wurde die Treppe raufgetragen, ich durfte nicht spielen, weiß Gott was alles, hat sich über Jahre hinweggezogen. da war ich auch anfangs im Turnen bisschen belastet davon, da hatt ich sehr häufig, hohen Puls? bekommen aber, das hat sich dann im Laufe der Jahre doch ziemlich gebessert. und ich war, eigentlich immer gut in Sport ich hatte, das einzige was mir Schwierigkeiten machte das war das Schwimmen ich bekam, sobald ich im Wasser war sehr heftig Herzklopfen. -- hab ich ziemlich spät schwimmen gelernt obwohl ich an einem See wohne ...-- ich hatte einfach Angst vor dem Wasser. --- aber das stimmt schon dass ich mich einfach, körperlich für einen Schwächling hielt ..

Nur vereinzelt finden sich Passagen, in denen die familiäre Umwelt des Patienten etwas konkreter aufscheint, wie in dem folgenden Ausschnitt (Std. 302):

⁵ Diese experimentelle Studie aus der Anfangszeit der Ulmer Bemühungen um textanalytische Methoden untersuchte den Verlauf von 25 ausgewählten, psychologisch relevanten Substantiven über den Behandlungsverlauf hinweg (aus dem Zwischen-Bericht an die DFG).

- P: Ich weiß es wirklich nicht. -- ich wollte halt meist nicht allein sein. da dann in der Zeit so von, neun bis sechzehn, da war ich da zog ich's dann vor allein zu sein da hab ich ja, nur gelesen und war unwillig über jede Störung. da hab ich mich wohl in irgend so ne, Traumwelt eingesponnen damals. -- da war ich ja dann das war ja auch die Zeit wo ich ja, besonders mich ungelenkt fand hölzern, und das gefiel mir dann plötzlich nicht mehr und ich, hab das versucht dann, loszukriegen. - und dann war ich plötzlich immer, furchtbar gern unter Leuten -- aber, ich: hatt ja, wie wie bekannt ist nen geringen Spielraum muß ich, dauernd daheim sein, tatsächlich wann immer ich die Haustür zumachte, musste ich vorher sagen wohin - und was die Anwesenheit meiner Mutter anbelangt, die war immer zu Hause meine Eltern die gehen, ja nie weg so, --- das war ich dann, allerdings gewohnt, (das ist wahr) und ich kann mich auch erinnern, dass ich da recht unwillig reagiert habe wenn etwa Besuch da war und, das dann, /(nicht) so gewesen ist, ---
- T: die Mutter war also meistens zu Hause der Großvater war dann anzutreffen bis zu seinem Tod. Sie hatten es also ziemlich gut in der Hand? wie soll ich sagen Sie hatten es gut in der Hand, dass die Mutter sich irgendwie in Ihrem Sinne verhalten hat. -- könnte es sein, dass die Mutter nicht auch durch Ihre Erwartungen oder wie Sie Ihre Erwartungen auch spürbar gemacht haben dann nicht gewagt hat mehr von dem zu tun was sie selbst wollte.
- P: äh das kann ich Ihnen gar nicht beantworten, das weiß ich nicht das mag schon sein aber das hatte eine, ich möchte sagen, eine sehr enge Grenze weil mein Vater ja eigentlich überall die Grenzen gesteckt hat. Mein Vater hat ja, den engsten Horizont, in der Familie. und da durfte ja! nichts, drüber hinausgehen. höchstens heimlich ab und zu
- T: darüber hinausgehen in welcher Richtung meinen Sie jetzt mit den Grenzen,
- P: ach ja? alles was ihm nicht katholisch nicht, redlich nicht, tugendsam nicht, was weiß ich war. oder nicht der Familienrason entsprach ich weiß es nicht im Einzelnen.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Als beeindruckendste Erfahrung beim wiederholten Lesen der Verbatimprotokolle beschäftigte mich besonders die Fähigkeit des Patienten zur Negation, zur Vernichtung der Angebote des Analytikers. „Es nutzt nichts“, war wohl die prägnanteste Formulierung, die der Patient den Angeboten des Analytikers abgewinnen konnte. Obwohl der Eindruck bestand, dass sich er recht bald an den Analytiker positiv attachierte, bestand sein Beitrag weitgehend auf der Aufzählung von Unmöglichkeiten. Diese Fähigkeit zur Negation variiert zwar den Gegenstand der Klage über den hier untersuchten Behandlungsabschnitt, bleibt aber bis in die letzte hier einbezogene Sitzung präsent (Std. 505):

- P: Guten Tag, Herr Professor. ich bin nach wie vor sehr missgestimmt, weil aus der Bemühung fleißig zu werden, nichts wird. ich bleibe faul, meine Anstrengung ist umsonst. ganz gleich, wo ich nun etwas tun will, gleichgültig, ob ich selbst oder mit anderen zusammen meinetwegen mit Ihnen. ich weiß nicht, ob die Betonung so sehr auf selbständig liegt, weil ganz allein werde ich sehr selten an und für sich was tun, es wird schon irgendwie immer mit anderen zu tun haben, es ist ganz gleichgültig, ich habe keine Möglichkeit, mir Mühe zu geben, weil ich vorher entweder ausweiche oder weil's mir dabei schlecht wird.

Seine familiären Situation mit sehnsuchtvollen, regressiven Wünschen vorwiegend an die Mutter führt ihn in das Dilemma, dass dadurch gleichzeitig aggressive Entfaltung erschwert wird; dies spiegelt sich zunehmend in der „Übertragungsneurose“

wieder, wenn damit die Wiederholung des unbewussten Konfliktes in der Beziehung zum Analytiker gemeint ist. Eine Wiederfindung eines väterlichen, strukturierenden Objektes war lange Zeit in der Macht-Ohnmacht-Szenerie implizit enthalten, dürfte aber noch im nachfolgenden Behandlungsverlauf weiter entwickelt werden.

Psychodynamik:

Zwei Ebenen sind in der Psychodynamik deutlich zu unterscheiden. Die basale Problematik von Symbiose mit der fehlenden Ablösung von dem mütterlichen Objekt durchzieht das Material. Die Konzipierung der Störung als Ausdruck einer narzisstischen Pathologie im Sinne Kohuts bietet eine theoretische Möglichkeit, die aber der Analytiker nicht verwendet hat; andererseits zeigt der Patient einen wiederkehrenden Kreisprozess von omnipotenter Destruktion und omnipotenter Idealisierung, der an Kernbergsche theoretische Konzepte denken lässt. Die Kastrationsthematik, die der Patient vorwiegend an seinem beschädigten Körperschema abhandelt, verweist auf die ungenügende Rolle des Vaters für die Loslösung aus der frühen symbiotischen Welt.

Die analytische Situation aus der Sicht des Analytikers:

Offenkundig leitet den Analytiker das Verständnis, dass die symbiotisch-prägenitale Mutterbeziehung mit den daraus sich ergebenden narzisstischen Verunsicherungen bei Objektverlust die tragende Matrix der Pathologie des Patienten ist. Auch Sexualität wird von ihm vorwiegend im Sinne der prägenitalen Beziehung interpretiert; phasenhaft gewinnt diese Thematik eine pseudo-ödipale Färbung, ohne dass diese Ebene des Rivalisierens eine überzeugende Qualität gewinnt. Zunehmend bewegt sich jedoch die Arbeit des Analytikers im Verlauf in den Bereich der Auseinandersetzung um den Konflikt zwischen Anerkennung und Autonomie, welcher sich gegen Ende des Untersuchungszeitraumes zuspitzt (Std. 505):

T: ..., daß Sie sich angewiesen sehen auf Anerkennung, auf Begleitung Ihres Tuns im wörtlichen und übertragenen Sinne des Wortes, so dass Sie auch mir gegenüber diese Unterströmung da ist und sie sich bei jedem Wort was auf die andere Seite sich richtet Ihrer Lebensführung, nämlich Selbständigkeit. dass jedes Wort, was sich auf Selbständigkeit bezieht, dann Sie trifft

5.3 Kritische Würdigung der Methode

In einer Gruppe erneut die Verbatimprotokolle, diesmal im Längsschnitt, zu diskutieren, - die die Mitglieder des Forschungsteams (und der Analytiker) eigenständig und in randomisierter Reihenfolge zu beurteilen hatten (s. Kap. 6) - erwies sich als äußerst anstrengende und doch anregende Erfahrung. Die Beurteiler-Gruppe war von der Monotonie der Themen beeindruckt, die durchgängig durch klagende Äußerungen des Patienten bestimmt wurden. Die Lektüre von Verbatimprotokollen in ihrer originalen zeitlichen Abfolge führt zu einer anderen Positionierung des Lesenden, als wenn man Texte zu bewerten hat, deren zeitliche Einordnung nur schwer bestimmbar ist. Das methodische Problem liegt in der Kontextsensitivität des Untersuchungsgegenstandes. Das methodische Vorgehen einer nomothetischen Therapieforschung, wie es bei der in Kap. 6 berichteten Einstufungsprozedur angewandt wurde – wo jede Sitzung als eigenständige Untersuchungseinheit behandelt wurde, die man randomisiert zur Beurteilung vorlegen kann – unterschlägt die historische Natur des Gegenstandes, das prozesshafte Geschehen, wo ein Ereignis das nachfolgende kodeterminiert. Ausgeprägter werden die verschiedenen Felder des Geschehens spürbar, werden auch die Auslassungen in den Berichten des Pat. spürbarer.

Die Gruppendiskussionen führten zu der Ansicht, dass der Patient – trotz seiner kontinuierlichen Klagen – deutliche Fortschritte in der Entfaltung seiner aggressiven Möglichkeiten im Verlauf der Behandlung machte; charakteristisch war dabei, dass er diese Fortschritte oft nur so nebenbei erwähnt. Die Aufgabe, die analytischen Dialoge unter verschiedenen Gesichtspunkten auszuleuchten, erwies sich als produktiv. Dadurch wurde die Vielfältigkeit möglicher Bezugspunkte sichtbar, je nachdem auf welchen Bereich sich die Aufmerksamkeit zu konzentrieren hatte. Die Beurteilergruppe bearbeitete systematisch die vorgegebenen Gesichtspunkte auf der jeweiligen Basis von 5 Sitzungen und versuchte sich ein konsistentes Bild zu verschaffen; nicht immer gelang es, ein Gefühl für die Homogenität der Sitzungen zu etablieren, was zumindest Fragen bezüglich des Ulmer Fokuskonzeptes aufwirft. Bei den teilnehmenden Beurteilern ergab sich teilweise – wohl nicht überraschend – eher eine stärkere Identifizierung mit dem Patienten, während die Aktivität des Analytikers des Öfteren kritisch beurteilt wurde.

Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass der Patienten mit seinen fulminanten Tachykardie-Anfällen durchaus schwerwiegende Probleme für die mitbehandelten internis-

tischen Ärzte stellte, die sich mit dem Faktum auseinandersetzen mussten, dass dieser Patient fast nicht auf die damals üblichen verfügbaren Betablocker reagierte.

Die Beurteilergruppe war sich einerseits darin einig, dass der Analytiker alle Register seines handwerklichen Könnens zieht, um eine Sicherheit gebende Arbeitsbeziehung herzustellen. Allerdings wird durchgängig auch festgehalten, dass der Analytiker wohl des Öfteren des Guten zuviel versucht hat. Insbesondere seine durchgängige rasche Arbeit in der Übertragung – im Gegensatz zu einer vorsichtigen Arbeit am Widerstand gegen die Übertragung (Gill 1996) – war für die Lesergruppe überraschend und führte des Öfteren zu einer (virtuellen) Identifizierung mit dem Patienten, wie am Beispiel der Anfangsszene einer Sitzung deutlich wird (Std. 504):

P: mir stinkt wieder alles. wenn ich den Mut hätte, mich aufzuhängen, halte das nach wie vor für die beste Lösung, leider ist die Angst im Wege, das Leben bringt nichts, was irgendwie sinnvoll und lebenswert wäre, da bin ich einer Täuschung aufgesessen.

T: Sie meinen jetzt einer Täuschung durch mich.

P: ist wurscht, wer mich täuscht, meistens bin ich's selber.

Obwohl die durchgängig festzustellende regressive Bewegung des Patienten aufzuhalten gewesen, oder ob eine andere, „moderne“ Technik passender für den Patienten gewesen wäre, hat der behandelnde Analytiker in seinen Lehrbuchbemerkungen zum Thema „Anerkennung und Selbstwertgefühl“ diskutiert (Thomä u. Kächele 2006b, Kap. 9.3.3)⁶.

Positiv gewendet kann festgehalten werden, dass die aus der klassischen psychoanalytischen Neurosentheorie abgeleitete Hypothese – lt. Fenichel (1945) –, dass bei schweren Angstzuständen die basale Wut auf das Primärobjekt durchgearbeitet werden muss, an diesem Verlauf bestätigt werden kann. Die vielfältigen Facetten der Behandlung, die durch diese systematisch-klinische Beschreibung sichtbar werden, belegen die Entbindung einer fulminanten negativen Übertragungskonstellation bei gleichzeitiger Auflösung der den Patienten behindernden Einschränkungen seiner Lebensvollzüge. Die beiden Hauptkonstellationen – ödipale und prä-ödipale Übertragungsmuster wechseln sich unregelmäßig im Verlauf ab; eine Linearität – wie im Fürstenau'schen Verlaufsmodell postuliert, lässt sich nicht belegen. Allerdings gewinnt die negative Übertragungstendenz zunehmend an Gewicht. Die Auflösung dieser Konstellation war die weitere Aufgabe der analytischen Arbeit, die hier nicht Gegenstand der Untersuchung war.

⁶ Leuzinger-Bohleber (1989) qualifizierte in ihrer inhaltsanalytischen Untersuchung des Umgangs mit Träumen diese Behandlung (von fünf untersuchten Fällen) als noch nicht erfolgreich. Diese Bewertung deckt viele der hier belegten Veränderungen des Pat. m.E. nicht ab.