

RODERICH HOHAGE, ULM

Analytische Aktivität und Passivität im Hinblick auf »Reden« und »Schweigen«

Es handelt sich um einen Beamten im vierten Lebensjahrzehnt, dessen Hauptsymptom in periodisch auftretenden Angstzuständen mit Arbeitsunfähigkeit besteht. Die Symptomatik äußerte sich schon in der Kindheit in Form von Ängsten vor Prüfungen und Klassenarbeiten. Als jüngster in der Geschwisterreihe entwickelte er als Kleinkind asthmaartige Anfälle, die ihn zum Sorgenkind der Familie machten. Während der ältere Bruder heftige Kämpfe mit den Eltern ausfocht, zeichnete der Patient sich durch Überanpassung an deren Forderungen aus.

Die Analyse des Patienten ist durch seine Fähigkeit gekennzeichnet, seine Lebensprobleme intellektualisierend flüssig zur Darstellung zu bringen, womit er große Distanz zu mir schafft. Er ist über die »Regeln« der Psychoanalyse gut informiert und geradezu übertrieben bemüht, den vermuteten Anforderungen der Analyse gerecht zu werden, indem er über seine Probleme spricht. Nur an wenigen Stellen schimmert eine vorsichtige Protesthaltung durch, die aber vom Patienten durch ausgesprochenen Unernst entschärft wird, was zu seinem noch jugendhaften, harmlos-freundlichen Auftreten paßt. In Gegensatz dazu steht lediglich eine geheime, aber spürbare ambivalente Bewunderung für einen harten, durchsetzungsfähigen Kollegen.

Einige Stunden vor der zu schildernden Episode hatte der Patient den Wunsch geäußert, die Analyse mit lediglich zwei Stunden pro Woche fortzusetzen. Diesen Wunsch ließ er fallen, nachdem ich ihm gesagt hatte, daß er damit nicht nur die Stundenzahl, sondern auch meine angebotene Hilfe auf die Hälfte reduziere. Einige Tage darauf hatte der Patient eine Analysestunde total »vergessen«, was er als Ausdruck einer »echten Urlaubsstimmung« wertete. Von dieser Episode ausgehend, war es erstmals möglich, zu zeigen, daß sein Kampf gegen die »Überforderung« sich nicht so sehr gegen abstrakte Pflichten als vielmehr gegen konkrete Personen (in der Lebensgeschichte mit Sicherheit gegen den Vater) richtete. Diese Deutungsarbeit kulminierte in der plötzlichen Erkenntnis, daß der Patient mir verübelt hatte, daß ich seinen Wunsch nach Stundenreduzierung lediglich gedeutet, aber nicht als Ausdruck seiner persönlichen Bedürfnislage angenommen hatte. Da diese Erkenntnis unmittelbar am Stundenschluß auftauchte, beendete ich die Vorstunde mit dem Satz: »Darüber sollten wir sprechen.«

Die nun folgende Stunde eröffnete der Patient mit energischer Stimme:

»Von gestern her möchte ich Ihnen noch sagen, daß es mich wirklich geärgert hat, daß ich mit meinem Wunsch, nur zweimal die Woche zu kommen, überhaupt nicht angekommen bin bei Ihnen. Auch wenn Sie vielleicht recht gehabt haben mit Ihren Vermutungen, ist es doch nicht gut, wenn Sie alles gleich in Frage stellen. Mir geht es dann so wie früher als Kind, wenn ich mich überhaupt nicht ernst genommen gefühlt habe.«

Da der Patient schweigt, antworte ich: »Ja, das war wichtig für Sie, das loszuwerden.«

Patient: »Hm, aber eigentlich ist es schon gar nicht mehr recht das Thema heute ... In der Arbeit geht es ja eher gut, trotz der Berge von Material, das ich aufzuarbeiten habe. Ich freue mich schon auf heute nachmittag, wenn ich das alles hinter mir habe.«

Es folgt ein entspanntes Schweigen. In dieser Zeit geht mir durch den Kopf, daß der Patient gut daran tut, zu schweigen, weil ihm erstmals in der Behandlung geglückt ist, eine — dazu aus seiner Sicht auch berechnete — Kritik an meinem Verhalten in energischer, ernsthafter und angemessener Form unterzubringen, auch wenn ich von dem begleitenden Affekt nur einen Nachklang zu spüren bekommen habe. Nach dem Erreichen eines so wichtigen Schritts scheint mir eine Redepause verständlich.

In diese Gedanken hinein beginnt der Patient wieder zu sprechen: »Mir geht es insgesamt recht gut ...« Es folgen weitere Versicherungen, daß er sich in einem angenehmen Zustand befinde, die mit zunehmender Ausführlichkeit an Glaubwürdigkeit verlieren. Tatsächlich ist die gespannte Stimmung bereits verflogen. Ich: »Ob sich in Ihr gutes Befinden von vorhin nicht etwas Störendes eingeschlichen hat? So, als wagten Sie nicht recht zu schweigen, wenn Ihnen danach zumute ist?«

Patient: »Nein, es ist wohl mehr das Problem, daß ich immer meine, ich dürfe nur Problematisches erzählen und dürfte nichts Gutes von mir berichten.« Es folgt eine längere Sequenz, in der der Patient sich und mir glaubwürdig versichert, daß er durchaus ein Recht darauf habe, es auch zu sagen, wenn es ihm gut geht. Es folgen Überlegungen, wie hoch der Nutzen für die Analyse sei, wenn er von seinen Stärken spricht, und daß er sich von der Erörterung seiner problematischen Seiten mehr Nutzen und Erfolg verspricht. Die Ausführungen scheinen inhaltlich gutes Verständnis für den Nutzen therapeutischer Gespräche zu verraten, mit zunehmender Dauer bemerke ich aber, daß mich selbst sein Sprechen stört und ich innerlich Partei für das Schweigen ergreife.

Deshalb unterbreche ich die Ausführungen des Patienten: »Es klingt durchaus überzeugend, was Sie sich da überlegen, aber es bleibt bei mir

der Eindruck, daß Sie vorhin viel lieber geschwiegen hätten, als das Reden wieder aufzunehmen.«

Der Patient lacht etwas und meint, er sei davon ausgegangen, daß ich darauf warte, daß er den Faden wieder aufnehme. Von hier aus vertieft er seine Tendenz, möglichst rasch herauszubekommen, was sein jeweiliges Gegenüber von ihm wünscht, um diese Wünsche stillschweigend zu erfüllen. Dieses Verhalten spielte in seiner Kindheit beiden Eltern gegenüber eine erhebliche Rolle. Ich kann im weiteren Verlauf der Stunde dem Patienten zeigen, daß sein so übertriebenes Bemühen, es hier in der Stunde »richtig« zu machen, genau dann einsetzte, als er mir zum erstenmal deutlich die Meinung über ein ihn störendes Verhalten sagen konnte. Diese Deutung bringt den Patienten dazu, verstärkt seinen aggressiven Protest gegen die phantasierte Unterlegenheit erleben zu lassen, ohne daß dieser Protest an der Stundenregelung selbst ausgetragen werden muß.

An dieser Episode läßt sich m. E. gut demonstrieren, wie das, was wie eine besonders gute »Arbeitsbeziehung« aussieht, im Verlauf der Analyse in den Dienst des Widerstands gestellt werden kann. »Einsichten« in die Notwendigkeit von freier Assoziation, der Wille zu Introspektion und Problembewußtsein werden in dieser Phase dazu verwendet, den Patienten vor aggressiven und libidinösen Regungen dem Therapeuten gegenüber zu schützen. Darüber hinaus läßt sich an diesem Beispiel zeigen, daß die Gegensatzpaare Reden—Schweigen und Aktivität—Passivität sich nicht decken. Meine Schlußbemerkung in der Vorstunde ist vom Patienten in doppelter Weise aufgegriffen worden: einerseits als Ermutigung, seiner Kritik Ausdruck zu verleihen, ohne daß die Beziehung an sich gefährdet würde; andererseits als »Befehl« oder »Pflicht«, der er umso lieber nachkam, als die Pflichterfüllung seine vorherige Kritik wieder ungeschehen macht. Deshalb stand das Reden, insbesondere das intellektualisierende Reden des Patienten im Dienst einer passiven Unterwerfungshaltung, während das Schweigen den aktiven Schritt seiner Kritik unterstreicht.

Anders verhält es sich mit *meinem* Schweigen: als Antwort auf die von ihm geäußerte Kritik stellte es zusammen mit meiner ersten bestätigenden Äußerung (»Ja, das war wichtig für Sie...«) eine Unterstützung seines aktiven Schritts dar. Patient und Analytiker befinden sich im Schweigen auf einer gemeinsamen Linie, die die Aktivität unterstützt. Als der Patient meinem Schweigen zunehmend einen anderen Bedeutungsgehalt gab (Warten auf sein Sprechen), wurde mein Schweigen in ein Druckmittel verwandelt, in dem der Patient zugleich seine Unterwerfungswünsche unterbringen konnte. Hätte ich im Verlauf dieser

Stunde weiter geschwiegen, wäre ich gerade durch diese scheinbare Passivität mehr und mehr in die Position des aktiv fordernden Analytikers gerückt. Für den Patienten hätte sich die alte Polarität zwischen meinen (schweigenden oder laut geäußerten) Forderungen und seiner Unterwerfung wieder hergestellt. Meine »aktive« Intervention — ich habe den Patienten sogar in seinen Ausführungen unterbrochen — erlaubte es hingegen dem Patienten, seine Eigenaktivität in Form einer Kritik wiederzuentdecken.

(Anschrift des Verf.: Dr. Roderich Hohage, Am Hochsträß 8, 7900 Ulm)

RODERICH HOHAGE UND W. G.*, ULM

Der Psychoanalytiker als »Übertragungsobjekt« und als »reale« Person: Zwei Wendepunkte eines therapeutischen Prozesses

Eine fünfzigjährige Patientin, Mutter erwachsener Kinder, litt an einer Depression, die mit Angstzuständen einherging und zu jahrelanger erfolgloser Psychopharmaka-Therapie geführt hatte. Die Symptomatik war aus einer Trauerreaktion um den nach kurzer Krankheit verstorbenen Ehemann hervorgegangen. Die Patientin entwickelte hypochondrische Ängste, wie ihr Ehemann an einem nicht entdeckten Karzinom zu leiden. Die unbewußte identifikatorische Vereinigung mit dem idealisierten Toten und die Fortführung der verinnerlichten ambivalenten Beziehung zu ihm in Form von Selbstanklagen folgten dem typischen Muster depressiver Reaktionen. Die Patientin lebte ganz zurückgezogen und hielt sich im wörtlichen Sinne verborgen: Sie schützte eine Überempfindlichkeit der Augen vor, um das Tragen einer Sonnenbrille zu begründen, hinter der sie sich versteckte. Wegen der chronischen Erkrankung einer Schwiegertochter glaubte sie eines Tages zwei Enkelkinder betreuen zu müssen, fürchtete aber, dazu wegen ihrer Erkrankung unfähig zu sein. Diese Sorge verstärkte ihr Leiden und verpflichtete sie zugleich, am Leben zu bleiben und nicht Hand an sich zu legen. Die beiden Wendepunkte der Therapie liegen etwa ein Jahr auseinander.

Der Psychoanalytiker als Übertragungsobjekt

Die analytische Bearbeitung der depressiven Identifikation mit dem verlorenen Objekt hatte zu einer gewissen Besserung der Beschwerden

* W. G. = Chiffre des behandelnden Analytikers.

und zur Wiederkehr ihrer Beziehungsfähigkeit zunächst am Übertragungsobjekt geführt.

Im Rahmen der Übertragungsbeziehung tendierte die Patientin dazu, den Analytiker freundlich zu »bemuttern«. Zugleich konnte sie ihn wegen seiner Ruhe und Gelassenheit idealisieren: »So wollte ich selbst immer sein.« Der Wendepunkt, der den entscheidenden Schritt von einer milden positiven Übertragung zur Übertragungsneurose markierte, ereignete sich scheinbar zufällig: Bei einer auf den Spätnachmittag verlegten Sitzung fand die Patientin einen müden, angespannten Psychoanalytiker vor. Ihre von mir bestätigte Beobachtung von Müdigkeit löste sofort eine von irrationaler Sorge motivierte Unruhe aus: Hinter meiner Abgespanntheit wurde eine ernste Krankheit vermutet, so daß mir weitere Belastungen nicht mehr zugemutet werden könnten. Die bis dahin freundlichen Bemutterungstendenzen nahmen ungewöhnliche Formen an. Zwar trat eine fast vollständige Symptomheilung ein, die aber verbunden war mit der Selbstanklage, die Behandlung nie mehr aufgeben zu können, weil sie dann keine Möglichkeit mehr hätte, sich fortlaufend davon zu überzeugen, daß mir nichts Böses widerfahren sei. Zumindest müsse sie dann zur Wiedergutmachung beitragen. Zugleich warf sie sich vor, mir durch die Fortsetzung der Therapie zur Last zu fallen, so daß sie durch das Abtragen alter Schuldgefühle sich erneut glaubte schuldig zu machen.

Die Sorge um mich als »Übertragungsobjekt« erleichterte die therapeutische Bearbeitung ihrer unbewußt ambivalenten Objektbeziehungen, die letztlich auf das Thema zurückgingen, die lebenslange schwere Hypochondrie der Mutter verursacht zu haben: Beinahe tödlich sei der Blutverlust bei ihrer Entbindung gewesen, und hierauf wurden jahrelang alle Beschwerden der Mutter zurückgeführt. Als Leitidee ihrer Kindheit sind vor diesem familiären Hintergrund Todes- und Rettungsphantasien zu verstehen. Im Schutz der positiven Übertragung gelang der Patientin und mir die Klärung der negativen aggressiven Aspekte ihres Denkens und Verhaltens. Mehr und mehr trat dabei der Abwehrcharakter der Idealisierungen zutage. So zeichnete sich ab, daß die Übernahme der Mutterrolle, die sie auch ihrem verstorbenen, von ihr ganz abhängigem Mann gegenüber eingenommen hatte, sich vorzüglich dafür eignete, ihre sexuellen Bedürfnisse zu verdecken und regressiv zu befriedigen. (In der Bemutterung ihres Mannes hatte sie übrigens gleichzeitig auf diskrete Weise dominiert und daraus zusätzliche Befriedigungen gezogen; sie hatte ihn beruflich sehr erfolgreich gemacht.) In meinen Deutungen suchte ich bei passender Gelegenheit die »menschlich-allzumenschliche« Seite des Analytikers in den Blickpunkt zu rücken —

ohne Erfolg: Zwar konnte die Patientin rein intellektuell einsehen, daß es wohl auch bei mir schwache Stellen geben müsse, aber sie wollte dieses Wissen nicht zur Kenntnis nehmen.

Idealisierung und Entwertung standen auch hier in typischer Wechselwirkung. Mein einmal gemachter Hinweis, daß ich mein Wissen zu ihrem Besten anwende, wurde nicht in Zweifel gezogen, aber soweit entwertet, daß ich mich nur aus eigensüchtiger Selbstbestätigung um sie bemühe. Diesen Gedankengang mußte die Patientin durch eine mich entschuldigende Entlastung abschließen, die darin bestand, daß sie die Menschenverachtung des »Übertragungsobjektes« auf angenommene schlimme Lebenserfahrungen zurückführte. Die latenten Entwertungsgedanken waren über lange Zeit genauso wenig einer Deutung zugänglich wie die Idealisierungen.

Die Entidealisierung und die Wahrnehmung der realen Person

Der zweite Wendepunkt in der Therapie trat ein, nachdem die Patientin mich im Auto mit zu hoher Geschwindigkeit hatte vorbeifahren sehen. Mit großer Wahrscheinlichkeit hatte es sich um eine zutreffende unterschwellige Wahrnehmung gehandelt, die sie mit verleugneten früheren unterschwelligen Beobachtungen verbunden hatte. Vermutlich hatte die Patientin schon oft am Eingang meiner Praxis das gleiche Auto gesehen, aber immer »weggeschaut«. Die PS-Zahl des Autos paßte nicht zum Idealbild des ruhigen, seßhaften, adynamischen Psychoanalytikers. Ihre zutreffende Beobachtung auf der Straße führte zur nachhaltigen Erschütterung ihrer Idealisierung. Nach schweren inneren Kämpfen, die sich darauf richteten, ob sie sich nun Gewißheit verschaffen dürfe, d. h. das geparkte Auto anschauen dürfe oder nicht, schloß die Patientin schließlich jeden Zweifel aus: Auch ihr Analytiker gehörte zu den Männern, die sich in der Wahl ihres Autos und in ihrer Hochachtung desselben von unvernünftigen Gesichtspunkten leiten lassen. Rechtfertigungs- und Entschuldigungsversuche, die sie für mich übrig hatte, führten nur zur vorübergehenden kompromißhaften Entlastungen. Die durch das Auto eingeführte Realität nahm vielfältige Bedeutungsinhalte an: Das Auto repräsentierte und symbolisierte Kraft und Dynamik bis hin zu Rücksichtslosigkeit und Verschwendung. Schließlich wurde das Auto zum Sexualsymbol im engeren Sinn. Die Unruhe der Patientin vergrößerte sich in dem Maße, in dem sie ihre Idealisierung des Übertragungsobjekts realisierte. Sie suchte im Übertragungsobjekt nicht nur die Befriedigung eigener Bedürfnisse, sondern vor allem sich *selbst*, d. h. ihre

eigene Dynamik, die in der Idealisierung und in der Bemutterung auf- bzw. untergegangen war.

Meine Deutungsarbeit hatte vor allem das Ziel, der Patientin zu zeigen, daß sie wesentliche Bereiche ihres eigenen Lebens an mich und an das »Automobil« abgetreten hatte. Da sie während ihrer langjährigen Ehe ihr Temperament in vieler Beziehung hatte zügeln müssen, war die Wiederbelebung ihrer Vitalität zunächst mit großen Beunruhigungen verbunden. Mit fortschreitender Bearbeitung der Abtretungsthematik konnte die Patientin mehr und mehr ihre Energie und Aktivität zurückgewinnen und bei sich selbst integrieren. Die Behandlung nahm nun im Durcharbeiten der angedeuteten unbewußten Inhalte einen unkomplizierten Verlauf.

Beide Wendepunkte dieser Therapie wurden durch Kenntnisse ausgelöst, die die Patientin über die reale Person bzw. Verfassung des Analytikers gewonnen hatte. Der Verlauf der Analyse belegt, daß eine Bestätigung der »Realität« dieser Kenntnisse durch mich als Analytiker nicht etwa zum Stocken des Prozesses geführt hat, sondern meinen Deutungen erst Substanz und Überzeugungskraft geben konnte. In der ersten Episode war es die Bestätigung, daß ihre Beobachtung korrekt war, die die Bearbeitung ihrer übergroßen Sorgen vor dem Hintergrund der aggressiven Beziehungsanteile ermöglichte. Durch die Bestätigung der Realitätsprüfung der Patientin wurde die Grundlage für die Entfaltung der Übertragungsphantasien erweitert. In der zweiten Episode trug die Ermutigung, genauer wahrzunehmen, dazu bei, daß die Patientin das von ihr selbst aufgerichtete künstliche Inkognito des Analytikers lockerte und bisher verleugnete bzw. projizierte Selbstanteile der Analyse zugänglich machte.

(Anschrift des Verf.: Dr. Roderich Hohage, Am Hochsträß 8, 7900 Ulm)