

Psychoanalytiker auf dem Prüfstand: Die Funktion der Abschlußberichte im Rahmen der Ausbildung

Annakatrín Voigtländer

Seit Jahrzehnten ist es ein wohl etabliertes Ritual in deutschen psychoanalytischen Vereinigungen, dass ihre Kandidaten für die Abschlussprüfung ihrer Aus- oder Weiterbildung einen schriftlichen Fallbericht einer unter Supervision durchgeführten Behandlung vorzulegen haben. Dieser Bericht sollte bestimmte formale und inhaltliche Kriterien erfüllen: so soll er zwanzig Seiten nicht überschreiten, er soll zunächst die Erstgespräche mit dem Patienten skizzieren und etwas über seine Biografie aussagen. Die Darstellung des Behandlungsverlaufes mit mehr oder weniger originellen Zwischenüberschriften macht den Großteil der Berichte aus; dieser wird durch psychodynamische Überlegungen des Behandlers abgerundet. Das ist nicht in allen Mitgliedsgesellschaften der IPV so. So wird beispielsweise in einigen europäischen Ländern wie Holland, Belgien, Frankreich oder auch Finnland kein Bericht verlangt, in den Vereinigten Staaten müssen überwiegend jährliche Berichte über jeden Behandlungsfall vorgelegt werden, in Israel wird im Rahmen eines Behandlungsberichtes zusätzlich eine ausführliche theoretische Diskussion mit Angabe von gewöhnlich 20-40 bibliographischen Referenzen erwartet. Das Verfassen einer solchen Arbeit nimmt dort gewöhnlich ein Jahr oder länger in Anspruch¹.

Weder über den inhaltlichen oder – was nahe liegen könnte - auch didaktischen Wert von Kolloquiumsberichten bei der DPV wurden bislang viele Worte verloren. Allerdings hält der methodologisch versierte leidenschaftliche Psychoanalytiker und Psychoanalysekritiker Meyer „die „Befähigungsnachweise für die außerordentliche Mitgliedschaft“ für „das

¹ Persönliche Mitteilung von Talia Frühauf, Kandidatin in Israel und IPSO-Vertreterin für Europa

wahrscheinlich mitgliederstärkste Taxon von Fallberichten, wobei ein Kandidat seinen überzeugendsten Ausbildungsfall einer Gruppe von graduierten Fachkollegen als Einzelfalldarstellung berichtet“ (Meyer 1993). Bei genauerer Betrachtung solcher Kolloquiums-Einzeldarstellungen findet Meyer „seltsame Hybride oder Bastarde. Diese Mischformen entsprechen allerdings voll der Freudschen Tradition, in Fallberichten Krankengeschichte und Fallberichte zu mischen.“ Im Horizont eines empirischen Wissenschaftsverständnisses ist Meyer zufolge der wissenschaftliche Wert solcher Kolloquiumsdarstellungen „reine Glücksache und ihr didaktischer approximiert Null“. Ins gleiche Horn tut Overbeck (1993):

„Mit vorwurfsvollem Blick auf die Colloquiums-Fallberichte war man sich (auf der DKPM-Tagung 1990) schnell einig, dass die meisten davon ziemlich unbefriedigende Kasuistiken sind. Nun gibt es m.E. gerade beim Pflichtprogramm der Fall-Abschlussberichte in der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Weiterbildung eben wegen dieser Durchmischung mit Ausbildungszielen und Wissensnachweis gute Gründe, warum sie so aussehen, wie sie aussehen, u.a. heruntergebetete Gefälligkeitsbeweise, von Ausbildungskandidaten aus einer Examenszwangslage heraus geschrieben.“

Einige Seiten später schlägt Overbeck vor, wie der Wert einer Kasuistik erhöht werden könnte: „Die Kriterien der gelungenen mündlichen Vorstellung mit ihrer Erzählstruktur könnten somit meines Erachtens Leitlinien für die entsprechende schriftliche Darstellungsform abgeben.“

Auf diese nicht gerade sanften Kritiken erfolgte jedoch keinerlei Reaktion weder von offizieller noch von inoffizieller Seite. Nach wie vor werden Berichte in der gleichen Form verfasst und Hunderte von Kandidaten haben ihre Aus- oder Weiterbildung damit erfolgreich abschliessen können.

Ich möchte die Möglichkeit in den Raum stellen, dass diese Berichte einen eigenständigen Wertekanon verkörpern und ihren eigenen

Wertekodex aufweisen. Zwar mag die wissenschaftliche Ausbeute gemessen an der Zeit und Mühe, die solche Berichte nun einmal kosten, mager sein, aber sie haben in der Form, in der sie gewöhnlich abgefasst werden, einen didaktischen Wert für den Schreiber selbst, der, gezwungen seine Gedanken und Konzeptionen einmal schriftlich darzulegen, einen Verständnis- und Wissenszuwachs erfährt, wie es ihm sonst vorenthalten bliebe. Untersuchungen dazu gibt es bisher nur bei den Verhaltenstherapeuten. Laireiter (2003) kommt in seiner Studie, in der er erfahrene Verhaltenstherapeuten zu verschiedenen Aspekten ihres Ausbildungsabschlusses, dabei insbesondere zu den Fallberichten befragt, zu folgender Schlussfolgerung: „Fallberichte scheinen eine wichtige Methode des Kompetenzerwerbs zu sein und sollten in der Ausbildung stärker verwendet werden“. Warum sollte das nicht auch für Psychoanalytiker gelten?

Für die Psychoanalyse bringt Meyer (1993) diesen Aspekt des Fallberichtes, wenn vielleicht auch nicht so positiv gemeint, mit seinen folgenden Worten auf den Punkt: „Kolloquiumsreferate = Gesellenstücke als Befähigungsnachweis für die außerordentliche Mitgliedschaft in einer nationalen IPV-Filiale“.

Wenden wir es positiv: Kolloquiumsberichte von Kandidaten sollen auch nicht mehr und nicht weniger sein: nämlich ein schriftliches Gesellenstück als Teil einer Prüfung, in der ein angehender Analytiker aufzeigt, dass er sein „Handwerk“ gelernt hat. Er stellt in seinem Bericht dar, dass er Theorien assimiliert hat und dazu in der Lage ist, diese im klinischen Kontext auch anzuwenden. Das gleiche gilt für Behandlungstechniken, die er sich im Laufe seiner Ausbildung erworben hat. Er zeigt, dass er psychodynamische Zusammenhänge erkennen und verstehen sowie nutzbringend für den Patienten deuten kann. Der Kolloquiumsbericht erfüllt somit seine Funktion als Teil einer Prüfung, in

der eben geprüft werden soll, ob ein Kandidat die spezifischen Fähigkeiten, die ihn zum zukünftigen Analytiker qualifizieren sollen, auch tatsächlich nachweisen kann. (Ob der Bericht wirklich prüft, was er zu prüfen vorgibt, ist dabei eine andere Frage und bedürfte wahrscheinlich noch einer gesonderten Untersuchung). Einen zusätzlichen Beweis seiner erworbenen Qualifikation soll der angehende Analytiker dadurch liefern, dass er im Rahmen eben dieser Prüfung eine „aktuelle Behandlungsstunde“ mündlich vorstellt, die im Zusammenhang mit dem Fallbericht ausführlich diskutiert wird. Der schriftlich abgefasste Fallbericht ist somit immer im Zusammenhang mit der mündlichen Vorstellung einer „aktuellen Stunde“ zu sehen; dies kommt der Forderung Meyers (1993) nach einem „unzensierten und ungeschnittenen Interview, eben Interaktionsprotokolle(n)“ nahe, um beurteilen zu können, „wie einseitig das Zutun, die Einflußnahme des teilnehmenden Beobachters Analytiker dabei deutlich wird“.

Wenn man sich vor Augen hält, dass die Kolloquiumsfallberichte in erster Linie Prüfungsberichte sind, die dem Nachweis eines Kompetenzerwerbs dienen, so wird vielleicht klarer, weshalb sie Forderungen nach mehr Wissenschaftlichkeit nicht standhalten wollen und warum sie sich von Behandlungsfällen, bei denen eine wissenschaftlich verwertbare „Transformation der Krankengeschichte zur Einzelfallstudie“ (Kächele & Thomä 2006b, S. 103) gelingt, unterscheiden.

Der wissenschaftliche Anspruch an Kasuistiken, der auch darin liegt, Raum für die Entwicklung neuer „Metaphern und Theorien“ zu schaffen, deren Ziel „die Generalisierung des Singulären und die Konkretisierung der Theorie“ (Weber, in diesem Band) ist, kann von Kandidaten m. E. aus verschiedenen Gründen nicht geleistet werden. Bude (1993) formuliert es so: „Fortschritt in der Wissenschaft vollzieht sich im kasuistischen Weltbild nicht dadurch, dass ein weiteres Gesetz formuliert

werden kann, das apodiktische Gültigkeit beansprucht, sondern dadurch, dass ein neuer und fremder Fall entdeckt wird, dessen begreifende Durchdringung uns das Verständnis für Fälle einer bestimmten Art eröffnet“.

Wohl kaum ein Kandidat wird einen „neuen und fremden Fall“ entdecken und in seiner Arbeit neue Hypothesen generieren können, sondern in der Regel wird er zunächst mit ganz anderen Herausforderungen zu kämpfen haben. Dazu gehört, das Gelernte überhaupt erst einmal anwenden zu können, die gesamte ungewohnte Komplexität, die sich zwischen ihm und dem Patienten abspielt, angemessen in Worte kleiden zu lernen und unter dem Damoklesschwert der bevorstehenden Prüfung, die einen realen Druck auf den Schreiber ausübt und zusätzlich noch viel Anlass gibt, je nach Mentalität des Prüflings das eigene strenge Über-Ich auf die Prüfer zu projizieren, bestimmte reale oder auch phantasierte Erwartungen zu erfüllen, ohne dabei die eigene, im Dickicht verschiedener Supervisionsstile und unterschiedlicher Auffassungen in Behandlungstechnischen Seminaren mühsam erworbene Haltung aus den Augen zu verlieren.

Wie es den Kandidaten mit dem Abfassen des schriftlichen Fallberichtes für das Kolloquium geht, wird in dem Bericht der DPV-Transparenzkommission über die Untersuchung des Kolloquiums der DPV (Beland et al. 2003) deutlich. In ihrem Kommentar fassen die Untersucher die Ergebnisse ihrer Umfrage folgendermassen zusammen:

„Mit der Abfassung des schriftlichen Fallberichtes haben die Befragten erwartungsgemäß ganz unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Manchen fiel das Schreiben sehr leicht, *‘es war ein unvergessliches Arbeitserlebnis’*, anderen fiel es schwerer, sie erlebten Selbstzweifel, waren besonders auf die Lehranalyse angewiesen, aber die meisten erlebten die Auseinandersetzung mit dem Fall und Diskussionspartnern als fruchtbar.“

Weiter unten heißt es weiter:

„Dass das Schreiben eines psychoanalytischen Fallberichts besondere Anforderungen an die Person des Schreibers stellt und Angst den kreativen Umgang mit dem Material behindert, macht eine Aussage besonders krass deutlich: *‘So viel Zeit für so wenige Sätze habe ich in meinem Leben noch nicht verwendet’*.“

Es kommen weitere Erschwernisse beim Schreiben der Kolloquiumsberichte hinzu. Während bei veröffentlichten Kasuistiken „teilweise relativ lange Zeiträume zwischen Behandlung und Veröffentlichung liegen“ (Kächele & Thomä 2006, S. 107), wird der Fallbericht als Prüfungsbericht in der Regel während der noch laufenden Analyse geschrieben, so dass mögliche Verwicklungen mit dem Patienten eine ‚Draufsicht‘ auf die Behandlung zumindest erschweren und das Generieren neuer Hypothesen sicher nicht leichter machen.

Dennoch, so meine ich, erfüllen die Fallberichte von Kandidaten im Rahmen der Ausbildung einen bestimmten Sinn. Neben dem oben beschriebenen Zweck des Kompetenzerwerbes und des Kompetenznachweises tradieren sie für die nachkommenden Kandidaten einen wichtigen Teil von Ausbildungsidentität, ohne den so mancher Kandidat in Ausbildung sich vielleicht verlorener vorkommen würde. In welcher Weise diese Fallberichte ein Forschungsreservoir darstellen, aus dem sich vielleicht doch Vieles ableiten ließe, will ich nicht weiter untersuchen.

Stattdessen soll einen Hinweis von Buchholz (1999) aufgegriffen werden: Fallgeschichten haben narrative Formate, *„mit deren Hilfe aus interaktiven Ereignissen einer Behandlung neue soziale Tatsachen für einen anderen Kontext geschaffen werden“*. Dieser neue Kontext generiert z.B. die zwanzig-seitigen Abschlussberichte einer psychoanalytischen Vereinigung (DPV), von denen im Ulmer Fallarchiv mehr als 900 Exemplare vorgehalten werden.

Nach diesen kursorischen Vorbemerkungen soll nun ein ‚Gesellenstück‘ das Ergebnis der Mühen illustrieren, die eine anonym, bleibende Verfasserin sich mit ihrem Abschlußbericht gemacht hat¹.

Bericht über die Analyse einer jetzt 36-jährigen Patientin²

Diagnose: Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt mit narzißtischer Abwehr

Behandlungsbeginn: November x³

Stundenzahl: 321 (Frequenz: 4 Stunden pro Woche)

Die Vorgespräche

Die Patientin wendet sich im Februar x auf Empfehlung einer ehemaligen Patientin von mir an mich und bittet um einen bald möglichen Beratungstermin.

Zum Erstgespräch kommt sie etwas verspätet, das Auto sei zugееist gewesen. Sie wirkt abgehetzt und ihr Blick mir gegenüber ist skeptisch. Sie ist groß und schlank, geschmackvoll gekleidet, wobei ein etwas gewollt lässig um den Hals gelegtes Tuch sie damenhafter und älter erscheinen lässt, als sie ist. Ihre Stimme ist sehr hoch und dünn, mit der Tendenz zu brechen, was mir fast schmerzhaft in den Ohren liegt. Das ebenmäßige und intelligente Gesicht ist von halblangen, leicht gewellten blonden Haaren umrahmt, ihr Gesichtsausdruck bleibt in der ersten Stunde etwas eingefroren, dabei Angst und Unsicherheit verratend.

¹ Wir danken der Kollegin für die Überlassung des Berichtes

² Dieser Fallbericht ist ein vertrauliches Dokument und enthält deshalb keine Namen, auch nicht den des Autors.

³ Als Chiffrierung wird der Beginn der Behandlung auf das Jahr x gesetzt; die nachfolgenden Jahresangaben werden dann mit xx, bzw xxx notiert

„Ich habe Partnerprobleme und ein völliges Gefühlschaos in mir“, eröffnet sie sehr getrieben das Gespräch. Sie streite nur noch mit ihrem Mann und denke an Trennung, schaffe es aber nicht. Im letzten Sommer sei es genauso gewesen. Völlig deprimiert und hoffnungslos habe sie keinen anderen Ausweg gewußt, als mit ihrem jetzt 2 ½-jährigen Sohn wieder zu ihren Eltern zu ziehen. Ihr Mann habe ihr dann aber *„liebe Briefe“* geschrieben, so dass sie zu ihm zurück gekehrt sei. Jetzt sei sie wieder für vierzehn Tage bei den Eltern gewesen.

Eigentlich hätten sie nur wegen des Sohnes geheiratet, der in einer *„Trennungsphase“* gezeugt worden sei. Während der Schwangerschaft habe sie keinerlei innere Beziehung zum Kind gehabt und habe sich dabei seelisch sehr schlecht gefühlt. Nach der Geburt sei sie dann in ein *„tiefes Loch“* gefallen. Sie habe sich zutiefst einsam und von ihrem Mann allein gelassen gefühlt, habe auch keinerlei Außenkontakte gehabt, so dass ihr alles sinnlos vorgekommen sei. Gleichzeitig sei sie durch ihre Mutterschaft auf *„Gegenkurs“* bei ihren Eltern gewesen, so dass sie schließlich eine Beratungsstelle aufsuchte, wo sie damit *„konfrontiert“* wurde, dass ihre Kindheit wohl nicht so glücklich gewesen sei wie gedacht. Aber darüber habe sie trauern können und habe ihren Eltern, nachdem sie eine Zeit lang wütend auf sie gewesen sei, *„im Großen und Ganzen“* verziehen. Ihr Sohn sei mittlerweile ihr *„Ein und Alles“*.

Vor einiger Zeit habe sie auch noch ihre Stelle als Redakteurin in einem Fachverlag gekündigt, weil sie sich von ihrer Chefin nur als *„Arbeitstier“* ausgenutzt fühlte und keinerlei Anerkennung bekam. Seitdem fühle sie sich völlig ohne Verankerung und Orientierung und sei bei ihrem Mann *„wie ein im Käfig gefangener Vogel“*.

Auf meine Frage, worin die Probleme in der Partnerbeziehung bestünden, antwortet sie mit einer Heftigkeit, die mich zunächst zurückschrecken läßt: Ihr Mann sei negativ, passiv und ohne Selbstbewußtsein.

Sie ekle sich vor ihm, wenn er sie anfasse. Sie lebe mit ihm in einer Beziehung „*unter Niveau*“, und am allerschrecklichsten seien die Schwiegereltern, die es zu nichts gebracht und ihr ganzes Geld verlegt hätten. Dagegen kontrastiert das idealisierte Bild von den eigenen Eltern, die positiv und erfolgreich seien und es zu Geld und Wohlstand gebracht hätten.

Es erleichtert mich, dass sie anschließend etwas selbstkritischer von sich sagen kann, dass sie sich schnell anderen überlegen fühle und dann die Beziehungen abbreche, dass sie aber die Beziehung zu ihrem Mann nicht so leichtfertig aufs Spiel setzen wolle und dass sie irgendwie ahne, dass sie sich oft durch ihre Reaktionen Dinge zerstöre, die sie sich gerade aufgebaut habe.

Die Patientin erscheint mir in der ersten Stunde wie eine eisige Wand, an der ich nur abprallen kann. Ihre Tendenz zur Verachtung und die Art, wie sie über ihren Mann spricht, erschrecken mich. Ihre Eltern hingegen erscheinen ideal und bleiben unangreifbar, so dass ich mich angesichts dieser massiven Spaltung ziemlich hilflos und unempathisch mit ihr fühle. Zum zweiten Gespräch kommt sie entspannter, und ich bin verwundert, wie ausführlich und differenziert sie den Fragebogen ausgefüllt hat, den ich ihr nach der ersten Stunde mitgegeben habe. Sie scheint mir unendlich viel mitteilen zu wollen, und jetzt tauchen plötzlich Klagen darüber auf, wie wenig sie sich von ihren Eltern früher verstanden und wahrgenommen gefühlt hat. „*Ab drei habe ich mich selbst erzogen*“, schreibt sie. Es fällt ihr noch sehr schwer, mit mir die Eltern kritischer zu sehen, aber es wird möglich und zwischen uns wird es wärmer. In ihrem Mann, so sagt sie, habe sie damals eigentlich den „*Gegenentwurf*“ zu ihrem Vater gesucht, der immer Recht hatte und alles besser wusste. Mit ihm (dem Mann) geht es inzwischen auch wieder besser, obwohl ihm

gekündigt wurde (er ist Biologe und arbeitete als Redakteur bei einer Fachzeitschrift).

Ich denke bei der Patientin an eine psychoanalytische Behandlung, was ich auch im dritten Gespräch mit ihr bespreche, schicke sie aber, weil ich zu diesem Zeitpunkt keine neue Analyse beginnen kann, aber auch wohl, weil mir ihre Heftigkeit Angst gemacht hat, zu einem erfahrenen männlichen Analytiker.

Zweieinhalb Monate später meldet sich die Patientin wieder bei mir. Die Gespräche bei mir und bei dem Kollegen habe sie als hilfreich erlebt, so dass sie ihren Mann jetzt wieder realistischer sehen könne und im Augenblick keine Therapie brauche. Es ist ihr aber offenbar wichtig, sich bei mir eine Vergewisserung zu holen, dass sie sich jeder Zeit wieder bei mir melden kann, falls es ihr wieder schlechter gehen sollte. Falls sie sich doch für eine Analyse entscheiden sollte, möchte sie die gerne bei einer Frau und nach Möglichkeit bei mir machen.

Die Entschiedenheit, mit der die Patientin um mich wirbt, rührt mich an und ich empfinde mich jetzt viel wärmer mit ihr. Ich erlebe sie jetzt als eine sympathische junge Frau, die in ihrem Hin-und Hergerissensein zwischen zwei noch unvereinbaren inneren Welten auf der Suche nach einer verlässlichen Beziehung ist und die mich daraufhin prüfen möchte.

Weitere 2 Monate später, im Juli x, bittet sie erneut um ein Gespräch und teilt mir ihren Wunsch nach einer analytischen Behandlung mit, obwohl es weiterhin mit ihrem Mann sehr viel besser geht. Ihr Anliegen an die Analyse formuliert sie jetzt so: *„Es ist etwas in mir drinnen, an das ich nicht allein heran komme, und ich merke, dass es mein Leben behindert. Dagegen möchte ich etwas tun“*.

Wir vereinbaren eine 4-stündige analytische Behandlung, deren Beginn ich für November x zusagen kann. Während der Zeit der Vorgespräche hat sie ihre Arbeit im Verlag als freie Mitarbeiterin wieder aufgenommen,

ihr Mann hat inzwischen eine neue Stelle als Redakteur in einer anderen Stadt angetreten, wohnt aber weiter mit der Familie zusammen.

Zur Lebensgeschichte

Die Patientin ist die ältere von zwei Töchtern (Schwester –2) eines Elternpaares, das bei ihrer Geburt noch relativ jung war (Mutter +22, Vater +25) und das als erstes Kind lieber einen Sohn gehabt hätte. Die Mutter ging bereits acht Wochen nach der Geburt wieder arbeiten, weil ein Haus gebaut werden sollte, wobei die Patientin dann wechselweise von den am selben Ort lebenden Großeltern mütterlicherseits wie auch väterlicherseits versorgt wurde.

Im Alter von drei Monaten musste sie für mehrere Wochen in ein entfernt gelegenes Krankenhaus zur Operation einer Gefäßmissbildung unter dem rechten Arm, mit der sie geboren wurde. Ihren Kommentar: *„Meine Mutter kam mich gar nicht besuchen, mein Vater nur wenige Male“* verstehe ich als Ausdruck eines quälenden Gefühls von Verlassensein und davon, für die Mutter nicht wirklich wichtig zu sein, was in der weiteren Analyse eine große Rolle spielen wird. Die *„einzig schönen Gefühle“* verbindet sie mit der Großmutter (v): *„Dort war ich angenommen, die hat mir die Füße massiert“*. Um von den Eltern Aufmerksamkeit zu bekommen, ist sie als Kind mit dem Kopf gegen die Wand gelaufen, wobei die Mutter aber *„extra“* nicht reagiert hat. Sie hat Krankheiten vorgetäuscht und mit ihren ständigen Halsschmerzen im Alter von 10 Jahren auf eine Tonsillektomie gedrängt.

Vernichtend und entwertend hat sie die wiederholten plastischen Operationen als Folge der frühen Gefäßmissbildungsoperation im Alter von 8, 12 und 17 Jahren erlebt, immer begleitet von dem Gefühl, irgendwie *„nicht richtig“* zu sein, und, da davon auch die rechte Brust

betroffen war, auch begleitet von dem Gefühl, als Frau beschädigt zu sein.

Es war schwer für mich, ein konsistentes Bild von den Eltern zu bekommen, da die Schilderungen der Patientin zumindest zu Beginn stark zwischen deren Idealisierung und Entwertung schwankten. Ihre Mutter erlebt sie überwiegend als eine schwache, leicht kränkbare und hypochondrische Frau, die ihre Töchter durch Erzeugen von Schuldgefühlen an sich bindet und eifersüchtig sowie rivalisierend deren Kontakte überwacht. Dem Vater untergeordnet hat sie früher mit ihm das Geschäft (Zahntechnikerlabor) geführt. Die Mutter wurde früher häufig von ihren Eltern mit dem Gürtel geschlagen und war eifersüchtig auf ihre jüngere Schwester, die im Mittelpunkt stand, nachdem diese sich bei einem Unfall schwere Verbrühungen zugezogen hatte.

Den Vater, in seiner Art unempathisch aber grandios, beschreibt die Patientin insbesondere zu Beginn der Behandlung noch als das „*erfolgreiche Sonnenkind*“. Er hat etwas aus sich gemacht, obwohl er trotz Abitur nicht Maschinenbau studieren durfte im Gegensatz zu seinem Bruder, mit dem er heute so zerstritten ist, dass sie keinerlei Kontakt mehr haben. Er ist ein erfolgreicher Geschäftsmann, der sich mit 42 Jahren den Ruhestand leisten und dabei weiter kreativ sein konnte (*„er hat eine Maschine entwickelt, die patentiert wurde, er hat sich seinen Traum erfüllt“*). Sie versuchte früher ihm nah zu sein, indem sie bei ihm Flugstunden nahm und mit ihm Flugzeuge reparierte. Dabei traf es sie so, wenn er manchmal zu ihr nach einem kleinen Mißgeschick sagte: *„Guck mal in Deine Hände, da ist Scheiße drin“*. „*Aus Trotz*“ gegen ihn studierte sie dann Tiermedizin, sie hätte für ihn Maschinenbau studieren sollen. Dass der Vater nach der Aufgabe seines Geschäftes damals in eine schwere depressive Krise geraten war, wollte sie –wie sie später in der Analyse erkennt- lange Zeit nicht wahr haben.

Auf ihre Schwester, die immer als „*unkomplizierter*“ galt, und die die Patientin als von den Eltern bevorzugt erlebte, war sie früher sehr eifersüchtig und neidisch, was sich später in eine große Fürsorge für sie verwandelte. Die Schwester ist in den Augen der Patientin jetzt eine erfolgreiche Berufsschullehrerin.

Die Schule ist der Patientin leicht gefallen, aber auch da litt sie darunter, dass sich niemand wirklich für sie interessieren wollte. Seit der dritten Klasse leidet sie an einer starken Kurzsichtigkeit, die sie selbst mit dem Beginn ihrer damaligen sozialen Schwierigkeiten in Verbindung bringt: „*Ich erwartete nur Schlechtes, wollte damals nicht mehr hinsehen*“. Sie schloß sich oft in den Pausen in der Toilette ein, um nicht alleine auf dem Schulhof stehen zu müssen. Sie rettete sich dann mit dem Gedanken, dass sie sich für sehr intelligent hielt und schließlich aus einer „*besonderen*“ Familie kam.

Die Pubertät erlebte sie als eine schreckliche Zeit. Sie schämte sich ihrer Entwicklung und Gefühle, machte sich häßlich und verkroch sich: „*Die Zeit zwischen 12 und 19 wurde mir gestohlen*“. Sie kann sich nicht einmal mehr erinnern, wann sie das erste Mal ihre Regel bekam. Sie weiß nur, dass es ihr sehr peinlich war, und dass die Regel danach längere Zeit ausblieb, um erst mit 17 wieder zu kommen. Zu Jungen hatte sie damals so gut wie keinen Kontakt, weil sie dies vor ihren Eltern nicht hätte verheimlichen können.

Nach dem Abitur und dem Verlassen des Elternhauses hat sie sich zunächst sehr frei gefühlt und ist aufgeblüht, hat dann aber relativ schnell (1990) ihren jetzigen Mann, der auch ihr erster Sexualpartner war, kennengelernt und das erste Mal das Gefühl gehabt, für jemanden wichtig zu sein. Aber sie hat ihn sich nicht wirklich ausgesucht, empfindet sie, sondern „*es war eine Bindung aus Bedürftigkeit, und dann konnte ich ihn nicht mehr los lassen*“.

Obwohl sie an ihrem Studium der Tiermedizin immer wieder gezweifelt hat, hat sie es zu Ende gebracht und anschließend sogar erfolgreich promoviert. Aber eine berufliche Entfaltung gelang ihr nicht. Sie stellte fest, dass weder die Forschung noch die praktische Tätigkeit als Tierärztin ihr Spaß machten, so dass sie schließlich als Redakteurin in einem Fachverlag arbeitete.

Die Beziehung zu ihrem Mann, in der sie sich sexuell nicht erfüllt fühlt, „kippte“ nach wenigen Jahren, und sie begannen, sich häufig zu streiten. Während der Doktorarbeit hatte sie eine sexuelle Affäre mit einem Kollegen, kehrte aber zu ihrem Partner zurück und folgte ihm hierher, wo er als Biologe und Redakteur eine Arbeit bekam. Durch die Heirat und die Geburt des Sohnes verschärften sich die Beziehungsschwierigkeiten zusehends. Sie erlebte bei ihrem Mann eine „große emotionale Kälte“ und geriet in eine massive Lebenskrise: „*Es war Krieg an der Heimatfront*“. Sie rettete sich daraus, indem sie sich aus ihrer Isolation befreite und in Mutter-Kind-Gruppen Frauenfreundschaften schloß, die bis heute sehr wichtig für sie sind.

Verlauf

(I) Stunde 1 bis 91 (Die Gefahr der Annäherung)

Zur ersten Stunde kommt die Patientin zu spät, wobei das Zuspätkommen insbesondere in der ersten Hälfte der bisherigen Analyse ein Phänomen bleibt, das einer wirksamen Deutung nur schwer zugänglich ist. Ich sehe es einerseits als Ausdruck ihrer chaotischen Lebensführung, bei der sie Realität und Zeit verleugnet, andererseits verstehe ich es aber auch als ihren Versuch, sich mir gegenüber unabhängig und mächtig zu fühlen.

Die ersten Stunden sind geprägt von ihrer Sorge, dass sie es nicht aushalten könnte, wenn ich so wenig rede, und von ihrer tiefen Angst vor

Ablehnung: „*Ich will Vorschussliebe von allen*“. Sie kommt mit den vereinbarten Terminen organisatorisch nicht zurecht, so dass wir neue finden müssen, und sagt hin und wieder eine Stunde ab. Ich denke, dass sie über die Stunden verfügen will und auch prüfen möchte, wieweit ich bereit sein werde, mich für sie einzusetzen.

In den Stunden setzt sie mich stark unter Druck, ihr Ratschläge zu erteilen, wie sie beispielsweise ihren Sohn erziehen oder ihren Mann behandeln soll. Sie hätte gerne einen Ratgeber, formuliert andererseits jedoch: „*Meine Eltern hatten immer schnelle Lösungen, aber die will ich nicht mehr*“. Immer wieder sprechen wir über ihren Wunsch nach „*Autoritäten*“ und ihre gleichzeitige Angst davor, denn durch „*Autoritäten*“ fühlt sie sich auch schnell entwertet, so dass sie sie bekämpfen muss.

Sie fühlt sich in der Analyse sehr unter Druck, etwas leisten zu müssen. Niemand darf einen Fehler bei ihr finden, und Schwäche zeigen ist für sie gleichbedeutend mit verachtet werden! Es sträube sich alles in ihr, in sich hinein zu horchen, sie habe keinerlei „*Urvertrauen*“, sagt sie. Gleichzeitig kündigt sie mir an: „*Ich brauche jemanden, der auch mal was aushalten kann*“ und „*ich will jemanden wegstoßen können, und er soll mich trotzdem in den Arm nehmen*“.

Zuhause gibt es vermehrt Streits mit dem Ehemann, wobei sie ihre Verunsicherung und Selbstentwertung sehr auf ihn projiziert. Da sie ihre Projektionen noch nicht erkennt und zurück nehmen kann, werden diese Streits durch gegenseitige oberflächliche Entschuldigungen zunächst immer wieder notdürftig „beseitigt“. In ihren Stimmungen schwankt sie dabei von ausgeprägter Lebensfreude bis hin zur Todessehnsucht, was sie selbst sehr anstrengt. Ihr Selbstbild schwankt ähnlich: „*Ich will jemanden ganz für mich haben, sonst bin ich nichts wert, ich bin wie eine Amöbe, so ganz ohne Gestalt*“, dann wiederum: „*Ich bin stark und intelligent*“. In dieser Anfangsphase der Analyse fühle ich mich am

ehesten in der Großmutterübertragung. Ich höre ihr zu, lasse sie sein und versuche, die durch die Analyse aufkommenden Ängste etwas zu beruhigen.

In die erste Stunde nach der Weihnachtspause (27) kommt sie wieder zu spät. Sie war mit ihrer Familie bei den Eltern und hat sich dort an die plastischen Operationen erinnert, die sie mit 8 und 12 erlebte. Sie erzählt mir von ihren Todesängsten, die sie damals hatte, und wie sie sie allein bewältigte, da sie sich mit niemandem darüber zu sprechen traute. *„Na gut, dann sterbe ich eben“*, habe sie gedacht.

Mit der Mutter ist sie diesmal etwas anders umgegangen, sie hat sie *„auf die Couch gelegt, so wie Sie es mit mir machen“*. Sie sieht, wie sehr die Mutter ihr Selbstwertgefühl aus ihrer Aufopferung bezieht und wie sie sich durch Krankheiten wichtig macht. Das hat sie selbst früher auch getan.

Vor ihrem Mann *„ekelt“* sie sich aber weiterhin und mit ihrer Schwester bricht sie einen Streit vom Zaun, beneidet sie und ist eifersüchtig. Auch auf mich wird sie wütend. Sie kommt zwanzig Minuten zu spät (30) und bedrängt mich sehr mit ihren Vorwürfen. Von mir bekomme sie nicht, was sie brauche, ich solle sie doch bitte mehr anleiten, in ihr gebe es keine Lösung. Ihre Gefühle seien embryonenhaft verkrüppelt. Anschließend ist sie erschrocken über ihre Wut. Sie sagt: *„Manchmal fühle ich mich hier unterlegen, dann begehre ich auf und versuche Sie runter zu kriegen“*. Je mehr sie merkt, daß die Stunden ihr gut tun, desto mehr bekommt sie auch Angst, diese jetzt wirklich zu brauchen. Das ärgert sie: *„Es ist ein Machtkampf hier. Ich denke dann: wir sind ja beide promoviert. Obwohl ich es lächerlich finde“*. Sie bemerkt, wie sie sich auch sonst ständig mit anderen vergleicht: *„Ich kann gar nicht anders, das ist wie atmen“*. Ich denke, dass sie durch diese verzweifelt-aggressiven Selbstbehauptungsversuche und Rivalitätskämpfe uner-

trägliche Scham- und Neidgefühle abwehrt, die durch das Erleben einer potenten Frau oder eines potenten Anderen in ihr hervorgerufen werden. In der Gegenübertragung fühle ich mich oft ohnmächtig-gelähmt von dieser Gleichzeitigkeit ihrer Aggressivität und ihres Bedrohtseins.

Sie wird sich bewusster, dass sie Mühe hat, mit den Wutanfällen, die ihr Sohn ihr gegenüber hat, umzugehen. Früher hat sie die nie ernst genommen oder versucht, „vernünftig“ mit ihrem Sohn zu reden. Als sie jedoch in den Kindergarten kommen muss, weil ihr Sohn dort aggressiv aufgefallen ist, fragt sie sich, ob sie ihn nicht bereits überfordert und zu erwachsen gemacht hat. Er argumentiert mit ihr oft schon so vernünftig. Auch ich beobachte bei mir, dass ich mich nur schwer der Intellektualisierung und dem Argumentieren der Patientin entziehen kann und dadurch ihre Gefühlsabwehr manchmal mitagierte.

Sie setzt sich mit ihrer Mutter auseinander und stellt fest, dass die ihr eigentlich gar nicht zuhört. Sie findet sie „*unglaublich gefühllos und verlogen*“. Sie (die Mutter) ist wie ein „*saugendes Loch*“, hat selber zu wenig bekommen. Der Vater war immer „*der oberste Richter in der Familie, der beschloss, dass Gefühle lächerlich sind*“. Er ist für sie unberechenbar, weil er zeitweise sehr nachgiebig ist, dann plötzlich wieder sehr streng. Er hat auch kein gutes Gefühl für Grenzen. Als sie mit ihrem Mann einmal bei denen übernachtet hat, betrat der Vater ihr Zimmer, ohne vorher anzuklopfen.

Im Vordergrund stehen aber immer wieder die Streits mit dem Mann und die Auseinandersetzungen mit mir bzw. mit der Analyse, an der sie sich mit ihrer Ambivalenz abkämpft. Erstmals taucht jetzt die Phantasie auf, dass sie sich doch von ihrem Mann trennen könnte, indem sie in eine andere Stadt zieht. Dass sie ihn noch braucht und von ihm abhängig ist, verleugnet sie vollkommen. In den Stunden berichtet sie stundenlang von den zermürenden Streits, die sie zuhause mit ihm führt. Sie

schimpft dabei fürchterlich auf ihn und fordert von mir schnelle Lösungen, so dass ich es manchmal kaum noch aushalte. Häufig erwische ich mich dabei, dass ich aus einer unerträglichen Ohnmacht heraus dagegen an gehe, damit die Rolle des Vaters übernehme mit der Tendenz besser zu wissen und die Patientin dadurch latent entwerte. Es fällt mir schwer, mich dieser Rollenübernahme zu entziehen und die Patientin einfach sein zu lassen, da sie mir dann unerreichbar erscheint. In solchen Momenten fühle ich mich nur wenig empathisch mit ihr.

In der Beziehung zu mir ist sie weiterhin sehr schwankend. Einerseits erzählt sie mir weinend nach einem Streit mit dem Mann: *„Ich habe es nur ertragen, weil ich wußte, daß ich hierher kann“*. Dann wiederum hält sie mich mit ihrem Zuspätkommen und einzelnen Terminabsagen auf Distanz. *„Hier kann ich ja jederzeit gehen“*, sagt sie selbstbeschwichtigend zu sich. Sie fühlt sich *„im Sumpf“* und beschimpft mich oder spricht über ihre Angst, sich mir mit ihrem *„Schmutz und Schotter“* zu zeigen. *„Wenn ich mich fallen lasse, dann schnappen die anderen zu“*.

Sie erschrickt jetzt manchmal über die Heftigkeit ihrer Wut, die sie auf ihren Mann hat, wobei die Wut dann manchmal zur Traurigkeit wird. *„In ihm steckt auch der gute, fürsorgliche Mensch, ich kriege die beiden Seiten in mir einfach nicht zusammen“*.

In der Analyse findet sie jetzt zwar einen Platz, an dem sie weinen kann und sich verstanden fühlt, aber sie ist weiterhin unzufrieden, weil ich die Situation nicht gleich für sie ändern kann.

Sie hat jetzt häufiger Halsschmerzen und berichtet ihren ersten Traum (63):

Ein übler Alptraum, den ich schon öfter hatte: Ich habe ein Haar im Mund und will es rausholen. Das ist dann eine Stecknadel, die in der Zunge steckt. Ich ziehe sie raus, und das wiederholt sich dann ganz oft. Ich würge Stecknadeln hoch, es kommen immer mehr, bis keine mehr kommen.

Sie assoziiert dazu: *„Ich hole verletzende Gefühle aus mir heraus, ich spüre die Stecknadeln, schmecke das Metall. Es ist eklig und unangenehm, ich habe gefährliche Sachen im Mund“*. Weiter berichtet sie, dass sie sich am Tag zuvor mit ihrem Mann gestritten habe und er sehr aggressiv geworden sei, weil sie ihm schon längere Zeit die Sexualität verweigere. Indem sie die Sexualität als Machtmittel benutzt, hält sie ihren Mann auf Distanz, denn in ihrer extremen Empfindlichkeit könnten ihr bei einer Annäherung schmerzhaft Nadelstiche zugefügt werden, aber gleichzeitig spürt sie auch, wie sie sich und andere mit ihren *„Stecknadeln“* verletzen kann.

Das bekomme ich einige Stunden später zu spüren (66). Sie fragt mich sehr vehement nach einer Theorie, die ihre Störung erklärt, warum sie es nicht schafft, Positives und Negatives in sich zusammen zu bringen. Ich antworte: *„Jetzt möchten Sie wieder die schnelle Lösung“*. Sie wird daraufhin noch wütender: *„So mag ich nicht mehr, ich will Fortschritte sehen!“* Sie beschuldigt mich, dass ich ihr etwas vorenthalte und ausweiche. *„Für Sie ist alles nur ein Spiel!“* Sie fühlt sich vor mir wie ein *„Idiot“*, wenn ich ihr dabei zusehe, wie sie ständig mit dem Kopf gegen die Wand rennt. Ich bin dann für sie die Mutter, die darauf nicht reagiert. In der nachfolgenden Stunde ist ihr ihre Wut peinlich: *„Ich habe kein Gefühl dafür, wieviel ich rauslassen darf. Es ist so schwer, überhaupt Gefühle zu zeigen“*. Sie spricht jetzt über ihre Angst, dass ich sie verachten oder ablehnen könnte, ihre *„innere Leere“* entdecken könnte, wenn sie sich mir zeigt. Gleichzeitig möchte sie sich *„nackt ausziehen, ganz aufmachen können, und der andere sagt: es ist alles okay. Ich möchte bedingungslose Zuneigung“*. In der Kindheit, so erinnert sie, stand sie immer zwischen Mutter und Vater, wollte es beiden recht machen. *„Ich habe keine eigene Identität“*, ist ihr Gefühl. Die männliche Identifikation mit dem Vater war nicht stimmig, und mit der Mutter wollte

sie sich nicht identifizieren, weil die ihr zu schwach erschien. Ich habe das Gefühl, dass es im Augenblick bei diesem Hin und Her meine Aufgabe ist, auszuhalten und zu „überleben“.

Kurz vor der bevorstehenden Osterpause xx streitet sie sich heftig mit ihrem Mann und klagt in der Stunde über ihn: *„Wenn´s mir schlecht geht, dann stehe ich alleine da“*. Ich sage: „Der Vorwurf trifft ja vielleicht auch mich. Ich lasse Sie allein, obwohl es Ihnen schlecht geht“. Sie: *„Nein, Sie tun so, als wären wir befreundet. Von einer Freundin erwarte ich, dass sie den Urlaub verschiebt, von Ihnen aber nicht“*.

Nach den Osterferien kommt sie zu spät und sagt die Termine in den Pfingstferien ab. Wenige Stunden später teilt sie mir ganz unvermittelt mit, dass sie ab Oktober ohnehin nicht mehr zur Analyse kommen könne, da sie sich in einer anderen Stadt für eine Berufsschullehrer-ausbildung beworben habe, das sei ihr *„Traumjob“*. In dieser Stunde kann sie aber über ihre große Angst sprechen, von mir abhängig zu werden, *„das ist dann wie bei den Eltern“*. Sie phantasiert, dass ich sie allein lassen könnte, indem ich einfach die Analyse beende. Ich denke an ihre „Pfingstabsage“ und deute: „Diese Ängste scheinen hier eine größere Rolle zu spielen, als Ihnen lieb ist. Deshalb kommen Sie mir zuvor und sagen die Pfingsttermine ab“. Sie antwortet: *„Ja, im Osterurlaub hatte ich den Gedanken: jetzt will ich auch nicht, jetzt zeige ich´s Dir!“*

In der Folgezeit kommen ihr Zweifel an ihrer Bewerbung außerhalb. Sie verleugnet ihre Abhängigkeit von ihrem Mann weniger und befasst sich damit, was sie eigentlich von ihm braucht. Er bietet ihr irgendwie doch eine Sicherheit, und sie möchte noch gerne von ihm versorgt werden. Sie kann sich jetzt nicht entscheiden, ob sie gehen möchte oder nicht, und erkennt, dass sie sich in ihrer Entscheidungsunfähigkeit oft selbst in

solche Zwangslagen bringt wie mit dieser Bewerbung, in denen sie dann impulshaft entscheidet und letztlich vor sich selbst wegläuft.

(II) Stunde 92 bis 162 (Der Ambivalenzkonflikt spitzt sich zu, und ein Teil des „falschen Selbst“ bricht zusammen)

In der Pfingstwoche kommt sie zu der einzigen Stunde (93), die sie mit mir vereinbart hat, dreißig Minuten zu spät. Meine Bemerkung, dass es zur Zeit für sie wichtig sei, Abstand zu mir zu halten, „überhört“ sie: *„Ich verstehe den Zusammenhang nicht“*. Sie erzählt aber einen Alptraum:

Ich gehe in einer Flutwelle unter, dann schreit mein Mann mich an. Es ist alles sehr bedrohlich.

Sie sei froh gewesen, in der (selbst gewählten) Pause von hier Luft holen zu können. *„Ich kann hier nicht mehr verdrängen“*. Gemeinsam mit mir zu verdauen fällt noch schwer, dazu ist sie noch zu untergründig mißtrauisch mit mir. Sie möchte den Kassenantrag lesen, was ich ihr in meinem Beisein auch erlaube, und ist erleichtert, darin keinen *„zusätzlichen Hammer“* gefunden zu haben. Danach kommt sie eine Zeit lang pünktlich in die Stunden und kann ihre Ambivalenz formulieren: *„Ich will eine tiefere Bindung und sobald ich sie habe, möchte ich mich gleich wieder lösen“*. Wegzugehen bleibt weiter im Gespräch, und ich bekomme Angst um die Analyse. Ich spüre, wie sie mich mit der latenten Drohung *„vielleicht gehe ich ja bald“* manipulieren und unter Druck setzen kann.

Die Verzweiflung über die Streits mit ihrem Mann geht weiter (Std. 100), dabei hat sie doch eine so große *„Verschmelzungssehnsucht“*. *„Verschmelzung ist ein idealer Zustand, Trennungen sind schrecklich“*, sagt sie, wobei es auch schon zu trennend ist, wenn sich einer durch eine andere Meinung von ihr unterscheidet. Auch das Stundenende hier ist zu trennend und kränkend. Sie hat Angst, von mir verletzt zu werden: *„Die Rein- und Rausgehszenen sind wichtig. Ich würde es nicht ertragen,*

wenn Sie mich unfreundlich ansehen würden“. Sie spricht darüber, dass sie sich von ihrer Mutter so benutzt gefühlt hat. *„Sie hat es nicht ertragen, wenn ich zu Freundinnen ging. Sie hat mich ausgesaugt und dann kalt gestellt“.* Sie hält sich deshalb oft Verabredungen mit vielen Freundinnen gleichzeitig offen, möchte von keiner abhängig werden.

Der Wunsch nach mehr Freiraum und Veränderung wird größer, sie würde gerne nachholen können, was sie früher verpasst hat. Sie würde gerne andere Männer ausprobieren, und der Sohn beginnt zu stören. Als es noch symbiotischer mit ihm war, war es schön, jetzt, da er selbständiger wird, ärgert sie sich oft, dass sie sich um ihn kümmern muss. Für diese Gedanken hat sie große Schuldgefühle. Überhaupt hat sie Angst, mit ihrer Bedürftigkeit Schaden anzurichten, so wie damals, als sie früher ihren Mann betrogen hat. Andererseits ist es schwer, diese Bedürftigkeit zu zeigen und etwas anzunehmen, weil sie dann sofort in der *„schwächeren Position“* ist. Deshalb ist es auch so schwer, von mir etwas anzunehmen, zu sehr käme sie dann mit ihren Wut- und Neidgefühlen auf mich in Berührung.

Im Nachhinein sehe ich diesen Diskurs sehr viel stärker im Zusammenhang mit der bevorstehenden 3-wöchigen Sommerpause. Es ist eine Zeit, in der die Patientin pünktlich kommt, aber sie zweifelt auch wieder an der Analyse und äußert ihre Angst, dass sie in der Pause sterben oder dass mir etwas passieren könnte. *„So eine Abhängigkeit geht doch zu weit!“.* Jede Unterbrechung von mir erlebt sie als Kränkung und unerträgliche Zurückweisung, womit umzugehen ihr schwer fällt. Kurz vor der Pause verliebt sie sich in S., den sie im Internet kennen gelernt hat. Mit ihm sei es eine Seelenverwandtschaft. *„Mit ihm spreche ich so offen wie mit Ihnen“*, schwärmt sie. Ich sage: *„Sie haben ein Bedürfnis nach Austausch, der Ihnen hier in den nächsten drei Wochen fehlen wird“.* *„Ja“*, räumt sie ein, *„das hat vielleicht miteinander zu tun“.*

Nach der Pause (Std. 113) erzählt sie mir euphorisch, dass sie eine Referendariatsstelle am Heimatort bekommen hat. Zu S. hat sie eine persönliche Beziehung aufgenommen, *„ich habe meine Gefühle entdeckt“*. Aber so ganz möchte sie sich nicht auf S. einlassen, eine Trennung vom Mann erscheint ihr noch zu schwierig. Sie ist in einem Gefühlsstrudel zwischen zwei Männern, und die Seiten wechseln dabei sehr schnell. Aber sie genießt es auch: *„Ich kleide mich jetzt völlig anders, ich sitze auf Tisch und Fußboden, ich hole Adoleszenz nach!“*

Wir sprechen darüber, dass die Schule für sie auch bedeutet, Kontakt zu ihrer eigenen Jugendlichkeit zu bekommen, und sie entdeckt ihre massive Wut, ihren Hass, ihren Neid und ihre Eifersucht auf alle, die eine Adoleszenz hatten oder haben. *„Ich war als Teenager innerlich tot“*, stellt sie verbittert für sich fest.

Mit dem Schulbeginn sagt sie vierzehn Tage Therapie ab, und es beginnt eine sehr schwierige und bedrohte Zeit in der Analyse, die von Anfang September xx bis Ende Oktober xx dauert. Ich sehe ihren Wunsch nach einer Berufsschullehrerausbildung nicht als eine gereifte Entscheidung, sondern werte ihn, genauso wie die Affäre mit S., als ein verzweifelter Agieren, das dem Selbsterhalt der Patientin dient, da ihre Abwehrmechanismen durch die Analyse nachhaltig labilisiert wurden.

Es wird schnell deutlich, dass sie sich mit dieser sehr aufwendigen Ausbildung zum jetzigen Zeitpunkt hoffnungslos überfordert. Sie verleugnet Realität und Zeit, um das Unmögliche möglich zu machen. Sie lebt in dem Gefühl: *„Ich kann alles möglich machen, wenn ich nur will“*. Da sie sich ihre Grenzen aber nicht eingestehen kann, projiziert sie all ihre Zweifel am Schulvorhaben auf mich und bekämpft sie in mir vehement. Sie denkt über einen Therapieabbruch nach und agiert in einem Ausmaß hinsichtlich der Termine, dass der analytische Rahmen vorübergehend zerstört wird. Termine gehen nur noch kurzfristig zu

vereinbaren, weil bei der Patientin angeblich nichts planbar ist. Ich komme ihr entgegen, um sie zunächst einfach nur in der Beziehung zu mir zu halten. Sie wirft mir aber vor, hämisch über sie zu lächeln und sie nicht genügend zu unterstützen. Zu S. nimmt sie eine sexuelle Beziehung auf, und die Ereignisse scheinen sie nur noch zu überrollen. Bei mir möchte sie kurzfristig Termine verschieben und findet, dass ich meine Macht ausspiele, wenn ich dies einfach nicht kann. Sie würde ja gerne zur Analyse kommen, wenn ich es ihr nur ermöglichen würde! Ich fühle mich ohnmächtig, wütend, verzweifelt und suche Entlastung in der Supervision. Ich habe manchmal Angst, dass ich meine Wut ausagieren und damit zur Zerstörung der Beziehung beitragen könnte. Ich beginne zu verstehen, dass die Patientin mich unbewusst bis zum Äußersten bringt, damit ich spüre, wie es ist, sich so entwertet und so ohnmächtig wütend zu fühlen, aber auch um zu prüfen, wie ich in meiner Gegenübertragung Aggressivität und Brüchigkeit gleichzeitig aushalte. Das Verstehen hilft mir, meine Wut langsam in Besorgnis zu verwandeln. Wir können darüber sprechen, dass sie möchte, dass ich mich um sie bemühen soll, weil sie sonst so große Zweifel an ihrem Wert für mich hat. Sie fühlt sich zunehmend von der Therapie abhängig, weil *die „so viele gute Gefühle schafft“*.

Aber an ihrem Schulprojekt hält sie weiter fest und der Kampf um die Termine (wir finden immerhin jede Woche mindestens drei in dem Durcheinander) geht weiter. *„Sie reagieren hier hart und zwingen mich zu Terminen, die ich nicht vereinbaren kann“*, wirft sie mir vor. Ich sage: *„Sie nehmen es mir übel, dass ich mich jetzt nicht zurückziehe“* und gebe ihr damit die in mich projizierte Aggression zurück. Sie antwortet: *„Sie sollen mich respektieren und mir nicht böse sein“*.

Schließlich entwickelt sie körperliche Symptome: Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und die Regel bleibt aus. Ich teile ihr meine ernsthafte

Sorge um sie mit, woraufhin das Schimpfen in eine Depressivität umschlägt. Sie weint und fühlt sich „*ganz klein*“ vor mir. Als ihr Sohn noch Windpocken bekommt, beschließt sie, die Schule aufzugeben und lässt sich erst einmal krank schreiben (Std. 136). Dass sie ihren Sohn jetzt so vermisst, der bei verschiedenen Tagesmüttern untergebracht ist, erschreckt sie sehr. Sie hat auch eine Sehnsucht nach den Stunden hier, wobei ihr vier Sitzungen fast zu wenig sind. „*Ohne Analyse hätte ich die Schule durchgezogen*“, sagt sie nachdenklich. Ihr altes System ist zusammen gebrochen, etwas Neues ist noch nicht da, und sie fühlt sich unglaublich schutzlos dabei.

Sie wird zunehmend depressiv und krank, hat das Gefühl, in der letzten Zeit in der Analyse etwas verpasst zu haben. Sie findet, dass die Analyse einen Kontrapunkt zu ihren Eltern darstellt. Hier kann sie schweigen und hier konnte sie sich auch irren, ohne dass sie hämisch ausgelacht wurde oder dass eine Katastrophe passierte. Sie entschließt sich, ihre Tätigkeit als freie Mitarbeiterin im Verlag wieder aufzunehmen. Die Gynäkologin diagnostiziert bei ihr einen Hormonstatus im Sinne eines Klimakterium praecox. Die Hypophyse produziert sehr viel FSH (follikelstimulierendes Hormon), aber die Eierstöcke reagieren nicht mehr. Sie hätte auch Angst vor einer erneuten Schwangerschaft, sehnt sich aber gleichzeitig nach einer großen Familie. Noch ein Kind von ihrem Mann wäre furchtbar, sie ekelt sich wieder gerade so vor ihm. „*Er liegt mir wie ein Klotz im Bauch*“, findet sie, und „*es ist so tot in mir*“. Wenn sie ihrem Trieb, ihrem Gefühl oder ihrer Sexualität nachgegeben hat, ist immer nur etwas Schlechtes dabei heraus gekommen, meint sie. Sie hat heftige Schuldgefühle wegen ihres Seitensprunges mit S., mit dem sie die Beziehung inzwischen beendet hat. Es fällt ihr so schwer, sich einzugestehen, dass ihr Mann noch bedeutsam für sie ist. Mit Ekel

und Abscheu will sie ihn unbedeutsam für sich machen, aber sie braucht ihn, weil sie selbst noch so unstrukturiert und entscheidungslos ist.

Mit ihrem Zuspätkommen möchte sie auch mich bedeutungslos für sich machen. Gleichzeitig hat sie Angst, mich mit „*Haut und Haaren*“ zu verschlingen. „*Ich bin ein gieriges Monster*“, findet sie.

In die 150. Stunde kommt sie mit einem Alptraum:

Ich habe geträumt, dass ich mit meinem Vater geschlafen habe, das war furchtbar.

Ihr Mann sei wie ihr Vater. Wenn er sie berühre, würden sich die Gesichter verwischen, deshalb wolle sie keine Sexualität mit ihm. In der Pubertät musste sie immer die Badewanne auswischen, bevor sie badete, weil sie sonst befürchtete, vom Vater schwanger zu werden. Sie weint darüber, wie demütigend sie ihren Vater erlebt hat, als sie vor ihm und dem befreundeten Hausarzt mit siebzehn Jahren im Wohnzimmer das Ergebnis der letzten plastischen Operation vorführen musste. Wenn er sie aber auf die Schulter küsste, hatte sie die Phantasie, die Mutter jetzt ausgestochen zu haben, und war bitter enttäuscht, wenn er doch wieder zur Mutter zurückkehrte. Die ödipale Enttäuschung erschütterte auch sehr ihr narzisstisches Gleichgewicht.

Sie weint darüber, sich als Mädchen nie „*richtig*“ gefühlt zu haben und dann noch mit der Missbildung bei einer Mutter, die keine Zeit für sie hatte. Ich frage, ob sie auch noch Zweifel habe, bei mir richtig zu sein, da ich sie am Anfang ja auch weg geschickt habe. Sie: „*Am Anfang hatte ich das Gefühl, Sie müssen sich überwinden, mit mir zu arbeiten, das Gefühl habe ich jetzt nicht mehr*“. Ich denke, dass der Traum auch einen Übertragungsanteil hat. Sie möchte mir sehr nah sein, aber es ist noch zu Furcht erregend.

Die Beziehung zu mir wird jetzt ruhiger und konsistenter. Sie macht sich Gedanken darüber, warum sie so schlecht mit der Zeit und der Realität zurecht kommt. Sie verleugnet häufig die Realität, weil sie Angst hat,

ihren Anforderungen nicht gewachsen zu sein und weil das, was ist, oft nicht mit den Vorstellungen, die sie von sich hat, übereinstimmt. Sie beginnt jetzt aber, ihre Zeit besser zu planen und sich mit anstehenden Entscheidungen in den Stunden mehr auseinanderzusetzen. Sie sieht, dass sie mehr an realer Freiheit gewinnt, wenn sie sich rechtzeitig mit dem, was tatsächlich ist, auseinandersetzt. Die spielerische innere Freiheit ist das, was fehlt.

An der anstehenden Verlängerung der Analyse hat sie keinerlei Zweifel. Als sie sich in die Weihnachtspause verabschiedet, bedankt sie sich für das letzte Jahr bei mir.

Beim Nachbetrachten der ersten beiden Phasen der Analyse wird mir deutlich, wie sehr der hartnäckige Widerstand der Patientin mir eine deutende Arbeit an ihren heftigen aggressiven Affekten unmöglich machte. Ihre Abbruchdrohungen, ihr ausgeprägtes Agieren sowie ihre massiven Projektionen führten dazu, dass für mich in der Gegenübertragung die Stabilisierung ihres Selbst sowie ihrer Beziehung zu mir zunächst im Vordergrund stand.

(III) Stunde 163 bis 238 (Der Zugang zur Innenwelt beginnt sich zu öffnen)

Im Folgenden wird es ihr zunehmend möglich, vom „inneren Vater“ oder der „inneren Mutter“ zu sprechen, wobei sie für meine Deutungen ihrer Projektionen sehr viel zugänglicher wird. Ich habe den Eindruck, dass ich jetzt so etwas wie eine mütterliche Funktion übernehme. Ich bin die Sicherheitsgeberin und schaue ihr bei ihrem Kampf mit den inneren Objekten zu. Sie wünscht sich eine „positive Autorität, eine, die nur für mich sorgt, jedenfalls partiell, der es nur um mich geht“.

Sie hat wieder Probleme mit ihrem Sohn, der gegen ihre Autorität kämpft. Sie fühlt sich mit ihm selbst oft noch wie ein Kind, wenn sie mit

ihm spielt, und spürt bei sich keine Grenzen. Der Sohn geht schließlich zu weit, und sie wird dann plötzlich ganz autoritär mit ihm, so, wie der Vater es früher mit ihr gemacht hat. Oft traut sie sich auch nicht, ihm ihren Ärger zu zeigen aus Angst, dass er dann beleidigt sein könnte, wie die Mutter, was sie nicht aushielte. Dann wiederum ist er ihr gegenüber oft überheblich und fordernd, wogegen sie sich schlecht wehren kann. „*Es ist ein ständiger Machtkampf zwischen uns*“. Wenn der Sohn krank wird, fällt es ihr schwer, fürsorglich mit ihm zu sein, sie denkt dann schnell, „*der schauspielert doch nur*“. Mir wird deutlich, wie sehr der Sohn ihr narzisstisches Selbstobjekt ist.

Erstmalig spricht sie auch ausführlicher über ihre Arbeitsstörung. Im Verlag gerät sie sowohl mit weiblichen als auch männlichen Vorgesetzten aneinander. Sie beginnt zu sehen, dass sich dahinter die Auflehnung gegen ihren Vater verbirgt. Sie hat Tiermedizin studiert, weil der Vater von Medizin und Tieren keine Ahnung hatte. Trotzdem konnte er auch da eindringen. Wenn sie mit der Flex Kuhhufe bearbeiten musste, dann tauchte in ihr der entwertende Vater aus der Werkstatt auf und plötzlich hatte sie „*gelähmte Hände*“. Sie spricht über ihre Versagensängste und den großen Druck in ihr, immer etwas „*Geniales*“ leisten zu müssen, weil das „*Normale*“ nichts wert ist. Sie sieht aber auch, wie sie selber zu ihrem Versagen beiträgt, indem sie Terminzusagen macht, die sie unmöglich einhalten kann. Sie selbst darf auch gar nicht erfolgreich sein, denn in ihrem Erleben ist es gleichbedeutend damit, dass der Vater dann schwach wäre und das könnte sie (noch) nicht aushalten.

Mit der Chefin ist es schwierig, weil sie sich von der nur benutzt fühlt, gleichzeitig idealisiert sie sie und kämpft um ihre Anerkennung. Seitdem sie Mutter ist, fühlt sie sich von ihr nicht mehr als „*vollwertig*“ angesehen und erkennt erst ansatzweise, dass sie selbst es ist, die sich als Frau

und Mutter so entwertet. Scham und Angst verhindern, dass sie ihren Ärger bei der Chefin wirksam einsetzen kann. Schließlich schafft sie es doch, eine korrigierte Rechnung an sie zu schicken und holt sie etwas von ihrem Podest, sieht, dass die auch manchmal Fehler macht. Diese „Entthronung“ erlebt sie trotz der Enttäuschung eher als Erleichterung. Aber es ist weiterhin schwer für sie, so etwas wie eine eigene Position zu finden. Weil in ihr alles so schwankt, bringen auch die Gespräche mit mir sie durcheinander: *„Jetzt weiß ich gar nichts mehr“*. Sie phantasiert mich jetzt als ideal und fordert wieder vermehrt Ratschläge von mir oder versucht, mich zum Argumentieren zu verführen. Unbewusst will sie meine Standhaftigkeit prüfen, denn sie sagt: *„Ich brauche jemanden, der da ist, aber der mich machen lässt“*. Sie spricht wiederholt über ihre Angst vor Schutzlosigkeit in Beziehungen, aber ihr Frauenbild wird positiver: *„Frauen geben mir jetzt Sicherheit, früher habe ich Frauen nur verachtet“*. Sie phantasiert sich ein Leben in einer kleinen Gruppe von Frauen, *„zu Dritt wäre es optimal“*. Ich sage: „Die Dritte als Schutz vor der Nähe zu zweit“. Sie: *„Ja, ich habe sonst Angst, mich zu sehr zu verlieren“*.

Ein Traum (Std. 183) illustriert ihre innere Veränderung:

An meinem Arm war eine Wunde oder Verletzung. Er musste amputiert werden im linken Ellenbogengelenk. Ich habe eine Prothese bekommen und war glücklich, es war besser als vorher. Zum Schluss war es gar keine ganze Prothese mehr, nur noch der Ringfinger war Prothese, ich habe mich total gut gefühlt damit.

Ihr fällt dazu ein, dass sie ihren Ehering, den sie zur Zeit nicht trägt, früher immer links getragen hat. Sie zweifelt, was wohl nach ihrer Veränderung aus ihrer Ehe wird. Aber es gibt auch die Sicherheit, dass etwas Neues und Besseres kommen kann, das sie sich zu eigen machen kann. Der Schmerz über den Verlust ist im Traum noch abgespalten. Wir verstehen es so, dass in ihr erst einmal Sicherheit und

Zuversicht wachsen müssen, damit sie überhaupt Schmerzen zulassen kann.

Nach einer kurzen Unterbrechung von nur wenigen Tagen kommt sie sehr niedergeschlagen in die Stunde: *„Ich sollte lieber gehen und niemanden belasten“*. Ich deute es ihr als Reaktion auf die Unterbrechung und darauf, dass auch ich Grenzen habe. Sie antwortet: *„Nein, hier ist es gegeben, es ist schön, eine äußere Gegebenheit zu haben, dann kann ich mich richtig reingeben“*. Sie probiert danach mehr Grenzziehung bei ihrem Sohn aus und ist überrascht, wie fröhlich er dabei ist.

Es folgt eine Phase, in der die Patientin vermehrt krank ist. Sie hat wieder Zyklusstörungen und sehr häufig bakterielle Infekte. Ich sehe diese somatische Regression im Sinne einer biopsychologischen Reaktion, die ich auf ihre frühen Trennungstraumata zurückführe. Insbesondere ihre ernsthaften Hormonstörungen besorgen mich zunehmend, wobei mir auch auffällt, dass sowohl ich als auch die Patientin dabei nur wenig Raum für Körperphantasien über diese Erkrankungen haben. Sie selbst fühlt sich nur als Versagerin. Kranksein bedeutet einerseits zwar, betütelt zu werden, es bedeutet aber auch, sich dem Willen der Mutter völlig zu unterwerfen. Auf sich selbst eingehen bedeutet auch, sich zu unterwerfen und schwach zu sein. Über ihren Körper spricht sie wie über eine Maschine. Aus Scham über ihre Krankheiten verbarrikadiert sie sich in den Stunden oft vor mir. Ich fühle mich dann hilflos, kann nur aushalten und schweigend anwesend sein.

(Std. 200) Sie kommt wieder vermehrt zu spät und macht in den Stunden Druck. Es gehe ihr alles zu langsam. Sie sagt wieder Termine ab, weil sie in der Zeit zum Zahnarzt muss! Sie beklagt sich, von ihrem Mann nicht verstanden zu werden. Ich sage: *„Vielleicht macht es auch Angst, verstanden zu werden“*. Sie antwortet: *„Ich weiß nicht, als Sie kürzlich*

weg waren, ging es mir schlecht, als Sie wieder kamen, ging es mir schon nach einer Sitzung besser, das hat mir Angst gemacht“. Sie befürchtet, ich könnte sie wegstoßen oder langweilig finden. Es sei so ungleich hier, sie könne mir nichts geben. Ich sage: „Ihr Sohn sorgt vielleicht nicht für Sie, aber er gibt Ihnen dennoch etwas“. Sie: „*Ich hatte nie das Gefühl, meinen Eltern etwas geben zu können*“. Sie erinnert sich an ihren 12. Geburtstag und an den Schmerz, der eigentlich nur durch eine Kleinigkeit ausgelöst war, von der Mutter nicht in ihrer Einzigartigkeit wahrgenommen zu werden. „*Die Mutter musste gefeiert werden, aber wie!*“ Sie gehörte der Mutter, und die Mutter benutzte sie. „*Nicht einmal meine Intelligenz gehörte mir selbst*“. Der Vater behandelte sie wie einen „*Dummbolz*“, entwertete sie oft, wobei sie jetzt langsam ein Gefühl dafür bekommt, wie sehr sie in ihrer Selbstentwertung noch mit dem Vater identifiziert ist. Nach diesen Stunden sagt sie die zuvor abgesagten Termine wieder zu.

Zu Ostern xxx „zwingt“ sie ihren Mann erstmals nicht, mit zu ihren Eltern zu kommen. Sie kann sich getrennter von ihm erleben und ihr Einfühlungsvermögen in ihn wächst. Sie erkennt, wie schwer es ihr fällt, ihre Ambivalenzspannung hinsichtlich ihrer Ehe in sich zu halten. Ohne es wirklich zu wollen, hat sie sich in solchen Situationen früher den Eltern offenbart und hatte hinterher das Gefühl, ihnen in die Falle gelaufen zu sein.

Mir fällt auf, dass ich mich jetzt sehr viel leichter in die Patientin einfühlen kann. Ich denke, dass es damit zu tun hat, dass ich ihr mittlerweile auch näher sein darf und in meiner Potenz weniger bedrohlich für sie bin.

Auch die Streits mit dem Mann werden weniger, wobei sie beginnt, diese Streits hinterher für sich zu analysieren (d.h. sie hat die analytische Funktion verinnerlicht). Ihr Mann ist oft noch kindlich und sehr schnell beleidigt. Sie bekommt dann, wie bei der Mutter, sofort Schuldgefühle,

aber auch eine große Wut. Dort, wo sie noch unsicher ist, wo „*ein Vakuum*“ entsteht, da ist ganz schnell ihr Mann drin, so wie der Vater. Sie lässt es zu, weil sie sich selbst noch nicht traut, ihren Raum selbst einzunehmen. Sie sieht, dass sie in ihrem Mann die Autorität des Vaters und das Beleidigtsein der Mutter bekämpft.

Sie erzählt, wie sie ein Kind beim Fahrrad fahren beobachtet hat. Die Mutter war stolz auf ihren Sohn und hat ihn gelassen. „*Dann kam es bei mir hoch, wie der Vater sich über mich lustig gemacht hat. Ich konnte es schließlich, aber ich ging heulend nachhause und beschloss, daß ich nie wieder Fahrrad fahre*“. Dass der Vater da einen Fehler gemacht hat, dass er nicht ideal ist, fällt ihr schwer zu sehen, aber in die nächste Stunde kommt sie mit den Worten: „*Das gestern mit dem Vater, es war wie eine Befreiung und hat eine tiefe Gefühlsebene erreicht*“.

Danach wird sie wieder krank (Std. 214), bekommt Halsschmerzen und Fieber. Sie ist depressiv und sieht die Erkrankung als Bestätigung des Vaters, der ihr immer klar machte: „*Wenn Du eigene Wege gehst, dann fällst Du auf die Nase*“. Ich deute ihr ihre Phantasie, für den eigenen Weg bestraft zu werden, so, als dürfte sie keinen eigenen Weg gehen. Ja, sie habe furchtbare Angst. Es ist die Angst, dass jetzt alles zusammen bricht und sie die Kontrolle verliert. Sie schimpft sehr auf ihren Mann und auf ihren Körper. Mir wirft sie vor: „*Wenn es mir hier schlecht geht, dann greife ich ja nur in Watte, es ist nichts zum Anlehnen da*“. Ich sage: „Es ist so ungewohnt, dass jemand mit Ihnen mitfühlt und nicht gleich eine Lösung parat hat“. Es gehe ihr schon so lange so schlecht, antwortet sie. Es sei so schwer auszuhalten, die Ohnmacht, ihr Versagen, die Trauer über alles und nicht zu wissen, wie es ausgeht. „*Es ist, als wenn lauter Nadeln in meinem Hals stecken, wie lange geht das noch so*“? fragt sie verzweifelt. Sie entschließt sich, Antibiotika zu nehmen, woraufhin es ihr bald darauf wieder besser geht.

Sie beschreibt die Mutter, die sie gerne hätte: *„Eine, die nicht gleich wankt und weicht, sondern die stark bleibt und mir trotzdem Luft lässt“*. Über unsere Beziehung macht sie sich auch Gedanken: *„Es ist eine dünne Eisschicht da, die ich nur vorsichtig belasten darf. Ich kann nur vorsichtig annehmen, habe immer Angst, dass sie gleich wieder einbricht“*.

Es entsteht der Wunsch nach einem Haus mit Garten für sich und ihren Sohn. Mit ihrer Liebe zur Gärtnerei hat sie sich bereits einen Bereich zurück erobert, den ihr die Eltern schon einmal zerstört hatten. Das gibt Hoffnung, dass es auch in anderen Bereichen gehen wird. Der ersehnte Garten steht für den Wunsch nach Festlegung. Mit dem sich alles offen Halten (Blumen in Töpfen auf dem Balkon) beraubt sie sich ihrer Wurzeln. Topfblumen können nur eine Notlösung sein!

Sie hat jetzt ein großes Bedürfnis, viel über sich zu reden und kommt zunehmend pünktlich zur Analyse. Bei ihren Streits mit ihrem Mann stellt sie eine geänderte Haltung bei sich fest. Sie fühlt sich nicht mehr so gedemütigt, hat einen größeren Abstand, manchmal sogar etwas Humor. *„Ich werde wach“*, sagt sie ganz stolz.

In der anschließenden Pfingstunterbrechung wird sie wieder krank, leidet diesmal an Übelkeit und Erbrechen. Ihrem Mann wirft sie vor, sie nicht genug versorgt zu haben und denkt wieder an Trennung. Auf eine entsprechende Übertragungsdeutung antwortet sie: *„Ja, ich habe es allen übel genommen, die nicht da waren“*.

Im Folgenden geht es um die Schwiegereltern, die dem einzigen Enkel noch nicht einmal ein Geburtstagsgeschenk gemacht haben und um den Vater, der so *„unberechenbar, kaltschnäuzig und verletzend“* sein konnte. Sie hat oft das Gefühl, bei ihm *„abzublitzen“*, was unerträglich schmerzhaft für sie war und ist. So konnte sie nie entspannt sein, und es war immer falsch, was sie machte. Sie träumt (Std. 235):

Ich schaue aus dem Fenster und sehe einen Unfall. Ein Autofahrer überfährt einen Fußgänger und begeht Fahrerflucht. Ich wollte die Nummer aufschreiben und alles richtig machen. Ich dachte dann, dass ich mich erst um das Opfer kümmern sollte, aber da war schon jemand. Ich ging auf die Straße zur Polizei und musste sie richtig bedrängen, dass ich meine Aussage machen durfte, die waren eher genervt. Die Polizei sagte dann: da müssen Sie schon genauer werden! Ich wollte alles richtig machen, es war doch Fahrerflucht.

Sie stellt diesen Traum in die Reihe der Träume, in denen sie alles richtig machen will, aber alles falsch macht, nicht ankommt, nichts erreicht. Am meisten entsetzt es sie bei diesem Traum aber, dass sie kein wirkliches Interesse für das Opfer hat. *„Ich will lieber zuschlagen als helfen“*, stellt sie fest. Ich sage: *„Es ist schwer, sich einzufühlen“*. Sie weint und sagt: *„Nein, mich einfühlen, das geht nicht, es ist zu schmerzhaft und zu beschämend, dann überfahre ich mich lieber selbst“*. Die Fahrerflucht symbolisiert vielleicht ihr Fliehen durch Projektionen aus ihren inneren Konflikten, und die Polizei bin ich, die ihr ihre Schuld nicht abnehmen will.

Mit ihrem Mann ist es so, dass sie sich oft gegenseitig „überfahren“. Ihren Mann braucht sie als *„Kontrapunkt“*, erkennt sie, bei ihm kann aus ihrer Ohnmacht Macht werden.

(IV) Stunde 239 bis 321 (Es darf immer näher werden)

Ihr Mann traut sich jetzt, ihr endlich eine Grenze zu setzen und droht mit Trennung, weil sie sich seit Monaten weigert, mit ihm zu schlafen. Sie gerät in Panik: *„Ich will nicht, dass er ganz geht“* und wird selbstkritischer. *„Ist das meine Unsicherheit, dass ich immer nur das Gegenteil sagen kann?“* Sie möchte gerne auf ihn zugehen können, hat aber Angst davor.

Es macht sich wieder eine große Hoffnungslosigkeit in ihr breit. Sie fühlt sich abhängig von den Stunden hier, aber *„es ändert sich nichts“*. Gequält fragt sie sich, wie lange das noch so gehen solle. Mich fragt sie

verzweifelt: „*Kennen Sie das Gefühl, so mühsam durch etwas hindurch zu gehen?*“ Angerührt durch ihr Gequältsein antworte ich spontan: „Ich glaube schon, dass ich dieses Gefühl kenne“. Sie schweigt und ich spüre, dass meine Antwort sie verblüfft, aber auch sehr berührt. Sie erzählt mir daraufhin, dass sie sich entscheiden konnte, ohne ihren Mann in einen Chor zu gehen und jetzt sehr viel Freude am Singen hat. Und sie fragt sich, ob es der richtige Weg mit ihrem Mann ist, wenn sie ihm die Sexualität verweigert.

In die nächste Stunde (Std. 243) kommt sie wieder zu spät und berichtet, dass sie mit ihrem Mann ein „*schönes Wochenende*“ verbracht hat. Sie hat sich auch festgelegt, in den Herbstferien zwei Wochen mit ihm und ihrem Sohn erstmals seit fünf Jahren wieder einen gemeinsamen Urlaub zu verbringen. Mir gegenüber äußert sie ihre Scham darüber, dass sie so „*unhöflich*“ zu mir ist, wenn sie immer zu spät kommt. Aber sie will prüfen, ob ich sie auffange: „*Es hat was von Aufgefangen werden, der andere ist da und wartet sicher auf mich*“. Die nächsten Stunden ist sie pünktlich, ihr fällt aber nichts ein. Sie klagt darüber, dass hier alles nur künstlich sei und ich unpersönlich und steril. Gleichzeitig ist es ihr peinlich, mir Vorwürfe zu machen, das stehe ihr nicht zu. Ich sage: „Es stört Sie der Rahmen hier, aber ich finde mich nicht unpersönlich und steril mit Ihnen“. Nach einer Pause sagt sie verlegen: „*Vermutlich rutsche ich gerade in die Phase, in der man sich in seinen Analytiker verliebt. Es ist praktisch, dass Sie eine Frau sind*“. Ich spüre die erotisch gefärbte Stimmung im Raum. In die nächste Stunde kommt sie mit einem Traum, den sie schon öfter hatte:

Ich kriege einfach die Augen nicht auf. Sie sind verklebt, ich versuche sie auf zu kriegen. Ich weiß, es ist Zeit auf zu wachen, aber es geht nicht.

„*Es tut weh, die Augen auf zu machen*“, ist ihr Einfall. Es ist auch noch jemand dabei, der sie am Arm führt, aber es geht trotzdem nicht. Sie

sagt: *„Es wurden so viele Emotionen wach gerufen durch diesen Traum. Vielleicht könnte ich alles mit geschlossenen Augen wahr nehmen, so auf der Gefühlsebene, aber ich bin immer so getrieben“*. Will sie ihre Verliebtheit in mich nicht sehen?

Sie freut sich, dass sie sich jetzt wieder mehr an ihre Träume erinnert, die seit der Geburt des Sohnes völlig weg waren. Mir fällt auf, dass ihre Stimme weicher geworden ist, manchmal sogar zärtlich klingt.

Sie wird empathischer mit anderen und kann sich mittlerweile vorstellen, dass es ihre Mutter auch belastet, wenn sie ihr den Sohn abnimmt. Davor dachte sie nur, dass die Mutter triumphiert, wenn sie ihr den Sohn *„abgeluchst“* hat. Sie hat sich dann dafür gerächt, indem sie den Eltern den Sohn gezeigt und gleich wieder weg genommen hat. Ich sage: *„Sie wollten den Eltern zeigen, wie es ist, wenn man dringend etwas möchte und nicht bekommt“*. *„Ja, das stimmt“*, entgegnet sie und erschrickt darüber, wie sehr sie noch mit den Eltern verstrickt ist (und über ihre eigene Aggressivität).

Einige Stunden später (Std. 257) kommt sie wieder fünfzehn Minuten zu spät und analysiert es für sich: *„Ich hatte in der letzten Woche das Gefühl, bei mir in eine tiefere Schicht vorzustößen. Es war so schön, und ich habe Angst, dass es nicht so bleibt. Deshalb musste ich die Stunde heute hinausschieben“*. Die Nähe zu mir könnte wieder weg gehen, und gleichzeitig hat sie Angst, sich in der Nähe zu mir zu verlieren. *„Ich halte es gar nicht aus, wenn es so schön bleibt“*. Sie ist sehr gerührt und ertappt sich dabei, wie sie mich jetzt am liebsten nach der Theorie fragen möchte, nach der ich arbeite. *„Jetzt will ich wieder rausgehen aus der Sache, es ist zu schön, zuviel im Moment“*.

Danach bekommt sie wieder Halsschmerzen. Es ist noch schwer für sie, seelische Spannungen anders zu symbolisieren, der Körper reagiert sofort. Sie hat wieder Schuldgefühle ihrem Mann gegenüber wegen S..

Ich vermute, dass sie Schuldgefühle hat wegen der Nähe zu mir, weil sie noch nicht in der Lage ist, Nähe zu zwei Menschen gleichzeitig auszuhalten.

Ein Besuch bei den Eltern steht bevor. Wie soll sie umgehen mit einer Mutter, die sofort beleidigt ist und einem Vater, der zu ihr sagt: „*Komm´ ruhig herein*“, wenn er nackt in der Badewanne liegt? Zuhause ist alles so grenzenlos und wenn sie sich abgrenzt, dann ist sie das „*Monster*“. Sie will es trotzdem einmal mit einem eigenen Standpunkt probieren. „*Mittlerweile denke ich, dass ich auch jemand werde, aber es ist alles noch sehr frisch*“.

Kurz vor dem Sommerurlaub sagt sie zwei Stunden ab. Ich teile ihr meine Vermutung mit, dass es ihr die Trennung von mir erleichtert. „*Ja, Trennung ist nicht leicht*“, sagt sie, es wäre leichter für sie, wenn ich da mehr Gefühl zeigen würde. Ich deute ihr ihre Angst vor meinem Gefühl, weil sie dann eventuell befürchte, sich nach mir richten zu müssen. Sie: „*Ja, das trifft einen wichtigen Punkt, darüber kann ich jetzt aber nicht weiter reden*“. Danach kommt sie aggressiv-gereizt in die Stunde: Sie könne sich nicht entscheiden, ob sie ein oder zwei Stunden hier ausfallen lassen wolle. Sie hat Angst, ihren Sohn, der gerade bei den Eltern ist, zu lange allein zu lassen, wolle sich aber auch von mir nicht trennen. Ich frage, ob sie Angst hat, mich zu verlieren, wenn sie es mir jetzt nicht Recht macht. „*Nein*“, sagt sie, „*auf Sie kann ich mich verlassen*“, aber sie wird deutlich entspannter und entscheidet sich, doch nur eine Stunde ausfallen zu lassen.

In der Pause ist sie gut zurecht gekommen. „*Diesen Sommer hat es irgendwie klick gemacht*“. Sie versteht sich anhaltend gut mit ihrem Mann. Die Beziehung zu ihm sei so ehrlich geworden wie noch nie, das sei ganz toll. Sie fühlt sich verwirrt und zufrieden zugleich, möchte am liebsten alle Freunde in Psychoanalyse schicken. Dann kommt sie

wieder viel zu spät. Ich frage, ob es ihr schwer falle, wieder hierher zu kommen, wenn es allein schon so gut gegangen sei. „*Nein*“, sagt sie, „*es ist mir eher peinlich, es ist wie bei meiner Mutter. Dass ich alleine zurecht komme, das durfte nicht sein*“. Wir sprechen aber auch über ihre Angst, eventuell nicht mehr zu mir kommen zu dürfen, wenn es ihr doch gut geht.

Ihr Zyklus ist jetzt wieder in Ordnung, und sie fühlt sich wohl. Ihr fällt bei einer Auseinandersetzung mit ihrem Sohn auf, dass sie ihn eigentlich nicht als eigene Person sehen kann. Ich: „Alles, was er ist, ist er durch Sie, er darf gar nichts Eigenes haben“: Sie: „*Ja, das erschreckt mich gerade, das war bei meiner Mutter und mir auch so*“.

Ende September xxx, kurz bevor sie mit ihrem Mann in den Urlaub fährt, berichtet sie folgenden Traum:

Ich habe eine alte Schulfreundin getroffen, mit der ich damals nicht klar kam, was in mir begründet lag. Ich war bei der im Garten, es war ein netter Kontakt. Meine Schwester war auch dabei, und wir mussten plötzlich auf die Hochzeit meines Cousins. Dann kamen 2 Schwestern der Braut, und eine meinte, ich hätte einen schönen Ring, den sie mal haben wollte. Ich hatte Angst um meinen Ring und lief ihr hinterher. Ich wusste, er soll mir gestohlen werden. Vielleicht habe ich die Polizei gerufen, aber auf alle Fälle, hinterher hatte ich den Ring wieder.

Seitdem sie sich mit ihrem Mann versteht, trägt sie ihren Ehering wieder. Mit der Freundin im Traum gab es damals eine Rivalität um ihren Mann, die sie gewonnen hat, und zu der sie danach aus Schuldgefühl den Kontakt vermied. Der Ring ist vielleicht ihr Mann, der ihr weg genommen werden soll. Es gibt noch missgünstige Frauen im Traum, aber die Freundin (die Analytikerin), zu der der Kontakt jetzt „nett“ ist, scheint ihn ihr zu gönnen. Aber sie hat Angst, sich im ersten gemeinsamen Urlaub seit Jahren die neu gefundene Beziehung zu ihrem Mann selbst wieder zu zerstören.

Im Urlaub hat sie viel geträumt, auch von mir (Std. 277):

Ich wollte zu Ihnen kommen, aber Sie hatten nie Zeit, immer kamen andere dazwischen, und ich musste wieder raus.

Sie habe die Gespräche vermisst in den zwei Wochen. Der Urlaub war nicht schlecht. Aber zu Dritt war es schwierig, der Sohn hat oft gestört. Sie hat wieder Halsschmerzen und Hitzewallungen, die Periode ist erneut ausgeblieben, und sie ist sehr deprimiert. Sie kämpfe so gegen Abhängigkeiten an, stöhnt sie. Ich spreche daraufhin das Ende der Kassenleistung in einigen Monaten an und ihre Angst, ich könnte dann keine Zeit mehr für sie haben. Ja, darüber habe sie nachgedacht, das sei beunruhigend. Aber sie habe auch Angst davor, noch *„eine Schicht tiefer“* zu gehen, das Ruder hier aus der Hand zu geben, gar nicht mehr aufhören zu können. *„Vielleicht kündigen ja die Halsschmerzen den nächsten Schichtdurchbruch an“*, überlegt sie.

Das Problem der Therapiefortführung über die Kassenleistung hinaus stürzt die Patientin in eine tiefe Selbstwertkrise. Ich könnte über sie triumphieren, wenn sie zugibt, dass sie mich noch braucht, und es ist so demütigend für sie, mir nicht das volle Honorar bezahlen zu können. Sie fühlt sich wertlos mir gegenüber, weil sie mir nichts geben kann. Sie leidet einerseits unter dem Gefühl, für mich austauschbar zu sein und andererseits unter der Angst, daß ich sie für meine Zwecke nur benutzen könnte. Auf meine Bemerkung: „Wenn Sie für mich austauschbar sind, entsteht auch keine Abhängigkeit, wenn Sie für mich nicht austauschbar sind, heißt es für Sie, daß ich Sie nur benutze“ antwortet sie betroffen und nachdenklich: *„Ja, egal, ich mache immer etwas Negatives daraus“*.

Die nächsten drei Stunden meldet sie sich krank. Sie leide an Übelkeit und Erbrechen, in den Stunden sei es zu anstrengend gewesen. Danach ist sie froh, wieder da zu sein, aber ihr war furchtbar übel, wenn sie an unser letztes Gespräch dachte. Es war ihr so peinlich, was sie zu mir gesagt hat, sie ist dabei über ihre Schamgrenzen gegangen. Sie war

sich auch über unsere Beziehung nicht im Klaren. *„Auf der einen Seite war es mir zu eng, auf der anderen nicht eng genug“.*

Dann geht es erst einmal darum, ob sie es wagen soll, mit ihrem Mann zusammen ein Haus zu mieten - und sie kann sich dafür entscheiden! Sie erzählt mir von einem *„Schlüsselerlebnis“*, das sie vor einigen Stunden hier hatte. Als ich nämlich einmal zu ihr sagte: *„Wir müssen auch nicht immer einer Meinung sein“*, da hat sie der Satz erstaunt, und sie hat ihn sich gleich hinterher notiert. *„Seitdem fühle ich mich wieder richtig wohl hier“.*

Auf die kurze Unterbrechung in Folge meiner Abwesenheit wegen einer Tagung reagiert die Patientin erneut regressiv mit starken Verlassensängsten (Std. 294), die sie zunächst in einem Streit mit dem Mann unterbringt und ihm vorwirft, dass er sie nicht hört. Auf meine Deutung hin, dass sie das Gefühl hat, dass auch ich ihre Ängste nicht höre, antwortet sie: *„Ja, ich kann schreien und schreien, es interessiert niemanden“*. Daraufhin kommt sowohl ihr als auch mir das Bild vom allein gelassenen drei-monatigen Säugling. Sie erinnert sich an ihre Todesängste vor der Mandeloperation und weint sehr. Diese Ängste hat sie mit niemandem teilen können, und das kam beim Streit mit dem Mann wieder hoch. Bei ihrer Mutter denkt sie manchmal: *„Jetzt soll die sich mal verzehren, und ich komme nicht“*. Sie spricht über ihre Todessehnsucht und ihre Kurzsichtigkeit als ein sich aus dem Leben Zurückziehen. *„Mit den Eierstöcken ist es jetzt genauso“*.

Die folgenden Stunden sind gefüllt von ihrem Schmerz und der Verzweiflung über die schwerwiegende Hormonstörung, die sie hat. Der Hormonstatus spricht weiterhin für ein Klimakterium praecox, und in den Eierstöcken sind keine Follikel zu sehen. Es fällt ihr sehr schwer, mit mir über das Ausmaß der Störung zu sprechen. Es ist ein Angriff auf ihre Weiblichkeit, wodurch die narzisstische Wunde der verletzten und

entwerteten Weiblichkeit wieder aufgerissen wird. *„Ich bin von Grund auf fehlkonzipiert“*, fährt es aus ihr heraus. Die Frage ist: Kann sie sich sicher sein, dass ich ihre Sorge und ihren Schmerz mit ihr teile anstatt über sie zu triumphieren oder hämisch zu lachen?

Die Frage der Therapieverlängerung löst ihren Neid aus, dass ich etwas habe und ihr geben kann, was sie nicht hat. Zugleich sagt sie: *„Seit zwei Wochen habe ich das Gefühl, dass wir auf die nächste Ebene herunter gekommen sind, das ist ein schönes Gefühl“*. Sie entschließt sich, es einmal zu riskieren, von mir etwas anzunehmen. Sie möchte, dass die Analyse weitergeht.

Die Annäherung an ihren Mann durch den bevorstehenden Umzug lässt ihn erst einmal für sie wieder etwas bedrohlicher werden. Als der Vater kommt, um zu helfen, merkt sie, wie leicht er sie noch verunsichern kann. Sie reagiert mit einem Alptraum (Std. 305):

Es war der Teufel, ein fürchterlicher Mann. Ich habe versucht, die Tür zuzuhalten, aber er hat gezogen. Sie war noch einen Spalt offen, und er hat Feuer gespielt.

„Ich habe Angst vor männlicher Aggressivität“, sagt sie dazu. *„Es war eine mörderische Energie, etwas Böses“*. Ich: „Ihre weibliche Seite will die Tür zuhalten, damit die männliche sie nicht zerstört“. Ja, sie fühle sich so als Neutrum. Ihre Freundinnen sehe sie oft mit dem Blick des Vaters, mache die dann nieder. Dann sagt sie, plötzlich sehr entschieden: *„Aber wenn ich mich mal als Frau spüre, dann bin ich das!“*

Danach kann sie die Hormontherapie als vorübergehende Entlastung ihres Körpers akzeptieren, wehrt sich nicht mehr dagegen. Die Beziehung zu ihrem Mann will sie zur Zeit nicht in Frage stellen, eigentlich wünscht sie sich noch ein zweites Kind. Aber noch muss sie sich mit Distanz vor ihm schützen. Vor der Weihnachtspause bedankt sie sich bei mir mit einem sehr schönen Blumenstrauß.

In die Weihnachtspause fällt der Umzug in das neue Haus, den sie gut übersteht.

Ich denke, dass die Patientin sehr viel mehr an innerem Raum für sich gewonnen hat und ihren Mann jetzt auch lebendiger werden lassen kann.

Zusammenfassende Überlegungen

Wiederholte depressive Stimmungseinbrüche sowie quälende Versagensgefühle, die sich aus dem Erleben beruflichen Scheiterns, Schwierigkeiten in der Erziehung des Sohnes sowie insbesondere heftigen Konflikten in der Partnerschaft ergeben, lassen die Patientin therapeutische Hilfe aufsuchen. Schnell wird deutlich, dass das komplizierte Zusammenspiel von frühen Trennungstraumata, von einer unsicher-verstrickten Bindung an die Mutter, der sie überwiegend als Selbstobjekt diente, sowie von dem Erleben, als Mädchen und mit einer Mißbildung geboren für die Eltern nicht „*richtig*“ zu sein, eine gesunde Selbstentwicklung bei der Patientin verhindert hat. Sie bleibt gefangen in dem Konflikt von Autonomie und Abhängigkeit, den sie unbewusst mit einer narzisstischen Abwehr zu bewältigen versucht, was ihre Beziehungsfähigkeit und damit auch ihre Entwicklung stark beeinträchtigt.

Eine „unzuverlässige“ und schwache Mutter sowie ein wenig empathischer, in der Erziehung unberechenbarer und führungsloser Vater führten zu einer frühen Überforderung der Patientin („*mit drei habe ich mich selbst erzogen*“), wodurch die Bildung eines „falschen Selbst“ gefördert wurde, und wogegen die Patientin mit einer Verleugnung von Zeit und Grenzen sowie mit einer oft massiven und auch zerstörerischen Wut rebelliert. Ein ebenso aus dieser Führungslosigkeit resultierendes gnadenloses und verdammendes Über-Ich, dessen Steuerungsfunktion

oft versagt, verschärft die Problematik der Patientin. Hinter ihrer Verachtung und Selbstverachtung, ihrem Schuldgefühlen und ihrer Verzweiflung vermute ich eine unerträgliche Traurigkeit über die Unzuverlässigkeit ihrer Primärobjekte und deren Mangel an förderlichen Grenzen sowie einen heftigen Neid auf den als so potent erlebten Vater. Die Wut auf die Mutter, die ihren Niederschlag in deren Entwertung findet, das Gefühl, als Mädchen „*fehlkonstruiert*“ zu sein sowie die Entwertung alles Weiblichen durch den Vater verhindern, dass die Patientin sich positiv weiblich identifizieren kann. Sie bleibt in ihrer Sehnsucht nach Potenz und Anerkennung an den idealisierten Vater narzisstisch-ödiipal gebunden, dies häufig regressiv durch Trotz und Verweigerung abwehrend.

Bereits in den Erstgesprächen reinszeniert sich ein frühes Trauma: auch ich gebe die Patientin weg! Aber sie kämpft um mich, und wir finden zusammen. Die weitere Behandlung ist zunächst sehr stark geprägt von dem ungelösten Konflikt der Patientin zwischen ihrer Selbstentwertung und der narzisstischen Abwehr, ihrer Sehnsucht nach einer „*Autorität*“ und ihrer Angst davor, wobei ich mich zeitweise in einer positiven Großmutter-, zeitweise in einer negativen Mutterübertragung befinde oder mich zur Rollenübernahme des Vaters gedrängt fühle. Bei der Durcharbeitung ihrer Ambivalenzkonflikte projiziert sie abgespaltene negative Selbstanteile auf ihren Mann oder mich, um sie dann dort bekämpfen zu können. Auf ihre langsame Annäherung an ihre abgewehrte Emotionalität, die sie jetzt mit Gefühlen von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Scham in Berührung bringt, reagiert sie noch häufig gleichsam „*paranoid*“, wobei sie dann wieder massiv projiziert und die Analyse in Frage stellt.

Durch das Gefühl einer beginnenden Abhängigkeit in der Analyse sowie die Tatsache, dass sie eine Abhängigkeit von ihrem Mann nicht länger

verleugnen kann, gerät sie in eine zunehmende Selbstwertkrise. Die dabei noch nicht verbalisierbaren massiven Ängste und Vernichtungsgefühle kann sie zu diesem Zeitpunkt nur agierend abwehren, indem sie sich zu einem Liebhaber und in eine Berufstätigkeit „rettet“, sich dabei aber hoffnungslos überfordert. Die Analyse gerät dadurch in eine schwere Krise, wobei die Patientin vorübergehend den äußeren Rahmen der Behandlung zerstört und gleichzeitig meine Belastbarkeit und Beständigkeit prüft.

In der analytischen Beziehung wird schließlich der Zusammenbruch eines Teiles ihres „falschen Selbst“ für sie aushaltbar, worauf sie zunächst depressiv und mit einer massiven Somatisierung reagiert.

Während in den ersten beiden Phasen der Analyse aufgrund des hartnäckigen Widerstandes der Patientin die Stabilisierung ihres Selbst sowie unserer Beziehung im Vordergrund steht, kann sie sich jetzt zunehmend mit ihren inneren Objekten auseinandersetzen, und eine vermehrte Deutungsarbeit wird möglich. Dennoch prüft sie weiterhin meine Festigkeit und Zuverlässigkeit.

Ihr Frauenbild wird positiver (*„Frauen geben mir Sicherheit“*), und sie genießt es, sich wieder an ihre Träume erinnern zu können. Die innere Erstarrung kann langsam einem verbesserten Zugang zu ihrer Innenwelt und einer größeren Fähigkeit zur Symbolisierung weichen, ihr innerer Denkraum wird größer, mit sich und anderen wird sie empathischer.

Mit zunehmender Intensivierung der Beziehung zu mir reagiert sie auf Urlaubsunterbrechungen niedergeschlagen, kann die Rahmenumgebung jetzt aber auch als etwas Entlastendes erleben (*„da kann ich mich dann richtig reingeben“*). Von ihrem Mann kann sie sich zunehmend innerlich getrennt erleben, wobei sie diese Entwicklung mit einer über einige Wochen anhaltenden Regression in die Somatisierung beantwortet. Wut und Verzweiflung über ihren Körper sowie auch Wut auf mich lassen sich

allmählich verstehen als ihre Angst vor Abhängigkeit und Enttäuschung, aber auch als ihre Erschrockenheit über das Ausmaß ihrer Bedürftigkeit. In ihrem großen Gequältsein zweifelt sie wieder sehr an der Sinnhaftigkeit der Analyse, wobei ihr heftiger Neid auf die Primärobjekte mit ihr aber noch nicht besprechbar ist.

Gleichzeitig werden die Streits mit dem Mann weniger, sie hat auch mehr Abstand ihnen gegenüber und beginnt, sie selbst zu analysieren. Die gespürte Sehnsucht nach einem Haus mit Garten steht für das größere Bedürfnis nach Festlegung. Als ihr Mann droht, sie zu verlassen, weil sie sich seit Monaten sexuell verweigert, bekommt sie Panik und wagt eine Annäherung an ihn. Auch in der Analyse darf es näher werden. Getragen von einem homoerotisch gefärbten Gefühl der Verbundenheit mit mir kann sie eine Entidealisierung des Vaters zulassen, was mit einer Verbesserung ihres Einfühlungsvermögens für die Mutter verbunden ist. Mit ihrem Mann wird die Beziehung „so ehrlich wie noch nie“. Ihr Zyklus ist vorübergehend wieder in Ordnung, und sie wagt erstmals seit der Geburt des Sohnes einen gemeinsamen Urlaub mit ihrem Mann.

Erneut auftretende Hitzewallungen und ernsthafte Hormonstörungen, bei denen die Eierstöcke ihre Funktion aufgeben, sowie das Problem der Therapiefortführung über die Kassenleistung hinaus lassen die Patientin wieder in eine Selbstwertkrise stürzen. Als „nicht funktionierende“ Frau und nicht in der Lage, mir das volle Honorar zu zahlen, fühlt sie sich mir gegenüber minderwertig und wertlos. Als sie bemerkt, dass ich nicht, wie befürchtet, über sie und ihren Zustand triumphiere, wird es ihr möglich, mit mir ihren Schmerz um ihre verletzte Weiblichkeit und das Gefühl angstvoller Verlassenheit zu teilen. Auf ihren Mann macht sie einen weiteren Schritt zu, indem sie sich endlich entschließen kann, mit ihm gemeinsam ein Haus mit Garten zu beziehen. Insgesamt kann sie ihn

potenter und lebendiger werden lassen. Sie selbst ist entschlossen, die Therapie fort zu setzen.